

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Nikola Gažová**

Vzorce užívání a analýza potřeb mladých dospělých uživatelů drog v Praze  
Patterns of use and needs assessment of young adults using illicit drugs in Prague

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Praha, 2023

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, řádně jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, 30. 11. 2023

NIKOLA GAŽOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

GAŽOVÁ, Nikola. *Vzorce užívání a analýza potřeb skryté populace mladých dospělých uživatelů drog v Praze [Patterns of use and needs assessment of hidden population of young adults using illicit drugs in Prague]*. Praha, 2023. 88 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mravčík, Viktor.

### Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce doc. MUDr. Viktorovi Mravčíkovi, Ph.D. za pomoc v průběhu psaní, rychlou zpětnou vazbu, cenné rady, trpělivost a podporu.

Dále patří poděkování všem organizacím, pracovníkům a respondentům, kteří se mnou spolupracovali a přispěli tak ke vzniku mé práce. Děkuji také mým nejbližším za jejich podporu a důvěru, kterou do mě vkládali.

## Abstrakt

**Východiska:** Porozumění vzorcům užívání a potřebám mladých dospělých uživatelů nelegálních návykových látek (NL) představuje výzvu především z důvodu skryté povahy tohoto problému. Lidé užívající drogy rizikově (LDR) mohou čelit vážným zdravotním a sociálním problémům. Praha patří mezi oblast s největším počtem LDR, nízkoprahové adiktologické služby však zaznamenávají trend stárnutí populace klientů. Navázání kontaktu s touto skupinou má potenciál snižovat důsledky a podporovat méně rizikové formy užívání, stejně tak usnadnit vstup do dalších služeb adiktologické péče.

**Cíle:** Cílem výzkumu byla analýza potřeb populace mladých dospělých uživatelů NL v Praze, kteří odpovídali definici rizikového užívání EMCDDA, se zaměřením na identifikaci vzorců užívání a potřeb ve vztahu k nízkoprahovým adiktologickým službám. Výsledky výzkumu měly být podnětem pro zlepšení poskytovaných služeb.

**Metody:** Byla provedena studie metodou rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response). Výzkumný soubor byl získán metodou záměrného výběru a tvořen 6 mladými dospělými LDR v Praze (3 v kontaktu se službami, 3 ze skryté populace) a 18 klíčovými informanty (peer pracovníky, odborníky nízkoprahových a dalších sociálních služeb a zástupců institucí). Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněným pozorováním. Analýza dat zahrnovala sekundární analýzu dat z existujících zdrojů a sebraná kvalitativní data byla analyzována metodou prostého výčtu, vytváření trsů a zachycení vzorců.

**Výsledky:** Zkušenosti mLDR s NL byly rozmanité, nejčastěji užívané jsou konopné látky a metamfetamin, první zkušenost s nelegální drogou se objevovala do 16 let věku, opakované injekční užívání bylo zachyceno u 4 respondentů. Každý pociťoval některé z bio–psycho–sociálních dopadů, v kontrole užívání se objevuje ambivalence. Povědomí o nízkoprahových službách je mezi mladými LDR rozšířené, ze vzorku skryté populace by jich nikdo nevyužil, a to především z toho důvodu, že nemají zdravotní a sociální problémy vyžadující intervence. Přítomnost těchto problémů naopak vedla k prvnímu využití služeb u klientů v kontaktu se službami. 17 z 18 klíčových informantů potvrdilo skrytou povahu problémového užívání mezi mladistvými, do kontaktu se službami většinou nepřicházejí.

**Závěr:** Problematika rizikového užívání NL mezi mladými dospělými v Praze je nedostatečně prozkoumána, skrytá povaha a obtíže s identifikací cílové skupiny komplikují efektivní intervence. Nízkoprahové adiktologické služby jsou mezi mladými dospělými LDR málo využívané. Existuje potřeba rozšíření a specializace služeb nejen pro mladé dospělé LDR, systémových změn v oblasti psychiatrické péče a spolupráce mezi službami a institucemi. Tato studie podněcuje k diskusi o komplexním přístupu k této problematice, další výzkum této uživatelské skupiny je však nezbytný.

**Klíčová slova:** mladí dospělí, lidé užívající drogy, problémové užívání drog, skrytá populace, analýza potřeb

# Abstract

**Background:** Understanding patterns of use and the needs of young adult users of illegal addictive substances presents a challenge primarily due to the hidden nature of this problem. Individuals engaging in problem drug use (PDU) may face severe health and social problems. Prague stands among regions with the highest prevalence of PDU, yet low-threshold addiction services note an aging trend among their clients. Establishing contact with this group has the potential to reduce consequences and encourage less risky usage patterns, while simultaneously facilitating entry into further addiction care services.

**Aim:** The aim of the research was to analyze the needs of the young adult substance users in Prague, who fit the definition of PDU according to EMCDDA, with a focus on identifying patterns of usage and needs in relation to low-threshold addiction services. The research results were intended to serve as an initiative for improving the services provided.

**Methods:** A study employing the Rapid Assessment and Response (RAR) method was conducted. The research sample was obtained through purposive sampling and comprised 6 young adults in PDU in Prague (3 in contact with services, 3 from the hidden population), along with 18 key informants (peer workers, experts from low-threshold and other social services, and institutional representatives). Data were collected through semi-structured interviews and participant observation. Data analysis involved secondary analysis of data from existing sources, and the collected qualitative data were analyzed using the method of the simple enumeration, clustering, and pattern capture.

**Results:** The experiences of young adults in PDU with substances were diverse, with cannabis and methamphetamine being the most used. The initial encounter with illicit drugs occurred before the age of 16, and repeated injectable use was observed in 4 respondents. Everyone experienced some of the bio-psycho-social impacts, and ambivalence was noted in controlling their usage. Awareness of low-threshold services was widespread among young PDU individuals. However, none from the hidden population sample utilized these services, primarily due to the absence of health and social problems requiring intervention. Conversely, the presence of these issues led to the initial utilization of services among clients in contact with service providers. 17 out of 18 key informants confirmed the concealed nature of PDU among young individuals, who generally do not seek contact with services.

**Conclusion:** The issue of risky drug use among young adults in Prague remains inadequately explored. The hidden nature and challenges in identifying the target group complicate effective interventions. Low-threshold addiction services are underutilized among young adults. There is a need for the expansion and specialization of services, not only for young adults with PDU, but also for systemic changes in psychiatric care and enhanced collaboration among services and institutions. This study prompts discussion on a comprehensive approach to this issue; however, further research on this user group is essential.

**Key words:** young adults, drug users, problem drug use, hidden population, needs analysis

# Obsah

1	Úvod .....	9
2	Teoretická část .....	11
2.1	Dospívání a mladá dospělost .....	11
2.1.1	Dospívání .....	11
2.1.2	Mladá dospělost .....	14
2.2	Užívání návykových látek u mladých dospělých .....	16
2.2.1	Rizikové faktory užívání .....	18
2.2.2	Specifika a dopady užívání .....	19
2.2.3	Prevalence užívání nelegálních návykových látek u mladistvých v ČR .....	21
2.3	Problémové užívání návykových látek – rizikové užívání drog .....	26
2.3.1	Důsledky rizikového užívání drog .....	28
2.3.2	Prevalence rizikového užívání drog .....	30
2.3.3	Rizikové užívání drog v Praze .....	31
2.4	Skrytá populace a obtížně dosažitelné skupiny .....	32
2.5	Analýza potřeb a metoda Rapid Assessment and Response .....	34
2.5.1	Analýza potřeb .....	34
2.5.2	Metoda Rapid Assessment and Response .....	35
3	Praktická část .....	37
3.1	Cíle výzkumu .....	37
3.2	Výzkumné otázky .....	37
3.3	Charakteristika a výběr výzkumného souboru .....	37
3.3.1	Populace mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově .....	37
3.3.2	Klíčové informanti .....	39
3.4	Metody tvorby dat .....	41
3.4.1	Existující data .....	41
3.4.2	Polostrukturované rozhovory .....	41
3.4.3	Zúčastněné pozorování .....	42
3.5	Metody zpracování a analýzy dat .....	43
3.5.1	Existující data .....	43
3.5.2	Polostrukturované rozhovory .....	43
3.5.3	Zúčastněné pozorování .....	43
3.6	Etické aspekty .....	43

4	Výsledky.....	45
4.1	Existující data.....	45
4.2	Soubor mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově.....	46
4.2.1	Vzorce užívání návykových látek.....	47
4.2.2	Potřeby cílové skupiny v souvislosti s nízkoprahovými adiktologickými službami.....	51
4.2.3	Drogová scéna mladých dospělých uživatelů.....	53
4.3	Klíčovní informanti.....	53
4.3.1	Trendy a vzorce užívání návykových látek mezi mladými dospělými.....	54
4.3.2	Drogová scéna mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově a jejich výskyt ve službách.....	55
4.3.3	Oslovování klientů vs. představy o ideálním kontaktování populace mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově.....	57
4.3.4	Existující služby – benefity, bariéry, rizika a limity.....	58
4.3.5	Mezery v systému léčebné péče s ohledem na mladé dospělé lidi užívající drogy rizikově.....	60
4.4	Zúčastněné pozorování.....	62
5	Diskuse.....	63
6	Závěr.....	68
	Seznam literatury.....	70
	Přílohy.....	80
	Příloha č.1: Polostrukturovaný rozhovor pro populaci mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově.....	80
	Příloha č.2: Polostrukturované rozhovory pro klíčové informanty.....	85



# 1 Úvod

Porozumění vzorcům užívání a potřebám populace mladých dospělých uživatelů nelegálních návykových látek (NL), kteří tyto látky užívají rizikovým způsobem, představuje výzvu, jež se netýká pouze adiktologických služeb. Lidé užívající drogy rizikově (LDR) byli dříve označováni jako problémoví uživatelé (Mravčík et al., 2020), ke změně terminologie došlo v souladu s používáním nestigmatizujícího jazyka. V případě nevhodného používání jazyka je možno ovlivnit jedince a jeho vnímání sebe samého a schopnost změnit se, může dojít taktéž k ovlivnění společnosti a jejího pohlížení na užívání NL a lidí je užívající (Broyles et al., 2014). Problémové užívání drog (PUD) je vymezeno Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) jako „injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA & Institute for Therapy Research, 1998), patří mezi nejrizikovější formy a vzorce užívání, z kterých plynou nejzávažnější zdravotní a sociální dopady (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2019a). Praha spadá mezi region s největším počtem LDR, v roce 2021 byl počet LDR stanoven na 11 200 osob, z toho 6 000 uživatelů opioidů (2 000 heroinu, 3 800 buprenorfinu a 800 jiných opioidů) a 4 500 pervitinu (Chomynová et al., 2022). Studie prevalenčního odhadu mladých uživatelů uvedla, že na území hlavního města Prahy se vyskytuje 1 190 mladistvých, kteří alespoň jednou v životě vyzkoušeli kokain, aktuálních uživatelů pervitinu je odhadováno na 220 a uživatelů heroinu a jiných opiátů na 540. Zkušenost s injekční aplikací nějaké drogy má přibližně 220 mladých (Rolová, Miovský & Barták, 2018).

K adiktologickým službám, které se zaměřují na zmírnění zdravotních, sociálních i ekonomických dopadů spojených s užíváním u skupiny LDR a řídí se tedy principy harm reduction (HR), patří převážně nízkoprahové programy (IHRA, 2010). Zastoupení mladých uživatelů v kontaktu se službami je však minimální. Jak ukázal výzkum pražských terénních programů populace LDR stárne, průměrný věk uživatelů služby v roce 2019 činil 37, 2 let, což je téměř o 10 let více než v roce 2008. Mezi respondenty bylo méně než 8,5 % mladších 26 let a 0,58 % byli klienti mladší 20 let (Herzog, Kocián & Plaček, 2019). Na základě výzkumu této diplomové práce měla být vyloučena možnost špatného nastavení stávajících nízkoprahových adiktologických služeb a tím ověřen předpoklad, že zastoupení mladých dospělých klientů je nižší v důsledku celkového posunu průměrného věku uživatelů. Případně navrhnutá jejich úprava pro vykrytí poptávky mladých uživatelů. Navázání kontaktu s touto cílovou skupinou pracovníky nízkoprahových služeb by mělo nejen budovat motivaci k méně rizikovým formám užívání NL, předcházet šíření infekčních onemocnění a dalších zdravotních a sociálních aspektů plynoucích z rizikového užívání, ale také umožnit snazší vstup těmto uživatelům do služeb adiktologické péče (Libra, 2015).

Úvodní část seznamuje čtenáře s definicí dospívání a mladé dospělosti, užíváním NL mezi mladými dospělými a rizikovými faktory, specifiky a specifickými dopady v této skupině. Dále je pojednáno o prevalenci užívání nelegálních NL u mladistvých v kontextu České republiky, včetně problematiky problémového užívání a jeho důsledků. Není

opomenuta zmínka o rizikovém užívání drog v Praze a charakteristice skrytých a obtížně dosažitelných skupin, které mohou být zvláště zasaženy tímto jevem.

Praktická část práce se věnuje identifikaci vzorců užívání mezi mladými dospělými LDR v Praze, zároveň zkoumá jejich vztah k nelegálním látkám a analyzuje potřeby týkající se nízkoprahových adiktologických služeb. Pro dosažení výzkumného cíle byla zvolena metoda rychlého posouzení, známá jako Rapid Assessment and Response (RAR). Tato metoda umožňuje komplexní hodnocení rozsahu a charakteristiky sociálních a zdravotních problémů, rizikového chování a prostředí dané skupiny. Také pomáhá identifikovat potřeby a vhodné intervence, což je užitečné při plánování, vývoji a realizaci programů (Stimson, Fitch & Rhodes, 1998; Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998; Malcolm & Aggleton, 2004). Po vymezení metodologie následuje shrnutí výsledků studie a jejich diskuse.

V celém průběhu práce je uplatňováno generické maskulinum (Valdrová, 2017), což znamená, že použitím označení osoby v mužském rodě jsou zahrnuti jak muži, tak ženy. Například termínem "uživatel/respondent" může být myšleno označení uživatelky či respondentky.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Dospívání a mladá dospělost

Vývojová psychologie pohlíží na vývoj člověka pomocí vývojových úkolů, které představují ukazatele adaptace a jsou specifické pro každou jednotlivou etapu, zahrnují, co člověk považuje za důležité a podstatné a chce ve svém životě naplnit i v kontextu určitého prostředí, komunity a společnosti (Ježek, Macek, Bouška & Kvitkovičová, 2016).

Za adolescenty, mladistvé, mladé dospělé se označují jedinci, kteří se nacházejí v období mezi dětstvím a plnou dospělostí, tato období se do jisté míry překrývají, probíhá zde mnoho biologických, psychických i společensko-kulturních změn, v jednotlivých etapách dochází k náročným situacím a důležitým vývojovým úkolům. Pro účely této práce je mladá dospělost datována mezi 15–24 lety, vychází z definice EMCDDA, které mladou dospělost doporučuje určovat ve věkovém rozmezí 15–34 let, velmi mladou dospělost pak 15–24 let (EMCDDA, 2002).

#### 2.1.1 Dospívání

V době dospívání probíhá proměna nezralého jedince v jedince relativně soběstačného, jedná se tedy o přechod dítěte v dospělou osobu, v tomto období dochází k mnohočetným změnám, jež jsou do jisté míry vzájemně závislé, avšak také ovlivňovány řadou dalších faktorů, a to na úrovni (Langmeier & Krejčířová, 2006; Janošová, 2016):

- biologické, kdy od prvních známek pohlavního zrání jedinec dovršuje plné pohlavní zralosti a je dokončen tělesný růst;
- psychické, která se týká počátku nových pudových tendencí, jejich uspokojování a regulace, emoční lability, rozvoje vyspělého formálně abstraktního způsobu myšlení, introspekce, změn v sebepojetí;
- sociální, přičemž jedinec postupně přijímá roli dospělého a připravuje se na budoucí povolání.

Z důvodu poměrně dlouhého trvání a výrazných změn této vývojové fáze, uvádí se zhruba věkové rozhraní od 10 do 22–24 let, člení se období dospívání do dvou případně tří navazujících stádií. Věkové ohraničení jednotlivých etap je problematické, a to jednak z důvodu individuálního vývoje a výchovy každého jedince, tak kvůli genderovým rozdílům vývoje (Janošová, 2016). Obecně lze dospívání rozdělit na období pubescence zhruba od 11 do 15 let a adolescence od 15 do 22 let (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová & Lisá, 2022).

Dospívající člověk se vypořádává s mnoha diskomforty a v jeho životě dochází k situacím, se kterými se doposud nesetkal, potřebuje se oprostit od dětského světa a přiblížit se světu dospělých, to je spjato s hledáním vlastní identity, sociálních vazeb, rolí, životních cílů a hodnot, smyslu života a sebe sama, osobní zodpovědnosti. Tyto situace jsou pro dospívání typické a motivují jedince k vývoji, nicméně jsou taktéž spojeny s pocity frustrace

z nepovedených pokusů, opuštění a nepochopení, proto změněné stavy vědomí skrze NL mohou být atraktivním pomocníkem pro jejich zvládnání (Broža, 2003).

### *Biologické, psychické a sociální změny v dospívání*

Z hlediska tělesného zrání převažuje vývoj reprodukčního a neuroendokrinního systému, fyzické změny mají pro muže a ženy různé kulturně podmíněné významy, rozvoj těchto změn ve srovnání s vrstevníky má značný dopad na sebevědomí jedinců (Gowers, 2005). U dívek se okolo 10. roku života vyvíjejí sekundární pohlavní znaky, mezi které patří růst prsů, mezi 11. a 14. rokem se objevuje ochlupení axilární i pubické a začíná první menstruace. Zejména u chlapců se zvyšuje síla a vytrvalost, sekundární pohlavní znaky se objevují později než u dívek, a to kolem 14. roku, projevují se zvětšením penisu, skrota a objemu varlat, růstem pubického, axilárního ochlupení a vousů, dochází též ke změně hlasu (Vágnerová & Lisá, 2022). Kromě růstu tělesné konstrukce dochází k téměř zdvojnásobení hmotnosti srdce, dále se zvyšuje počet červených krvinek a stoupá systolický krevní tlak, tyto změny jsou výraznější u chlapců. V doprovodu fyzických změn dochází k vývoji sexuálního uvědomění a prvních sexuálních zkušeností (Gowers, 2005).

Změny v chování se dlouhá léta přisuzovaly zvýšené hormonální aktivitě, nedávné studie však naznačují, že během dospívání dochází k pokračování vývoje mozku, nové zobrazovací techniky ukazují výrazné změny v bílé a šedé hmotě mozkové mezi 11. a 25. rokem, zvýšenou konektivitu mezi jednotlivými oblastmi mozku a zvýšenou dopaminergní aktivitu v prefrontální kůře, striatu, limbickém systému a drahách, které je spojují. Tyto změny jsou spjaté s kognitivními i behaviorálními rysy adolescence, přičemž pochopení neurologického vývoje může napomoci jim porozumět. Přirozeným a nezbytným procesem dospívání je podstupování rizika, které umožňuje mozku vyvinout trvalé nervové dráhy do prefrontální kůry (Colver & Longwell, 2013). Prefrontální kůra se podílí na rozhodování a je zodpovědná za schopnost plánovat a zvažovat důsledky svých činů, stejně tak jako ovládat impulsy (Choudhury, Charman & Blackmore, 2008). Riskování z pohledu neurologického vývoje zahrnuje vše, co mladého člověka nutí vystoupit z komfortní zóny, lze sem zařadit zkoušení různých činností, navazování přátelství či přestup na novou školu. Do emoční regulace je zapojen limbický systém (Colver & Longwell, 2013). U adolescentů se vyskytuje vyšší míra emoční lability, dráždivosti a tendence přecitlivělé reakce i na běžné podněty, což je dáno nerovnováhou mezi zralejším emočním systémem a méně zralým regulačním systémem (Vágnerová & Lisá, 2022). Emoční život dospívajících může být nevyzpytatelný a nepředvídatelný, někteří jsou ve svých emocích nestálí, přecházejí z jedné nálady do druhé během krátké doby, druzí přemítají o pozitivních či negativních myšlenkách celé dny a zůstávají v pocitech déle, jiní se vnitřně stahují a brzdí vnější projevy emocí navzdory silným vnitřním pocitům (Heller & Casey, 2015). U dospívajících dochází k častějšímu prožívání celkového negativismu, pocitů smutku, znechucení, zlosti a emočním ruminacím (Vágnerová & Lisá, 2022).

Dospívání je časem velkého posunu myšlení a rozumových schopností. Piaget & Inhelderová (2012) popisují, jak jedinec může pracovat s hypotézami a přemýšlet o výrocích

bez přímé reálné souvislosti, má tedy schopnost provádět formální operace a zapojit abstraktní myšlení, zvyšuje se také jeho kapacita pro logické a vědecké uvažování. Schopnost abstraktního myšlení umožňuje přemýšlení o otázkách jako je morálka, přátelství či zodpovědnost. Dochází též ke zvýšenému zaujetí vlastním já, značnější sebestřednost je však součástí normálního vývoje. Dospívající začínají chápat, že jádrem dobrých vrstevnických vztahů je schopnost přemýšlet o lidech a sociálních vztazích (Gowers, 2005). Rozvíjí se metakognice, dochází ke zlepšení odhadu vlastních schopností a dovedností. Mladí přemýšlejí o sobě a svých kompetencích a k řešení problémů přistupují zraleji, nicméně v uvažování mohou uplatňovat potřebu rychlého řešení, nízkou sebedůvěru, strach ze selhání a další (Vágnerová & Lisá, 2022).

Nedílnou součástí psychosociálního vývoje je krize identity, jež označuje aktivní proces sebeurčení, jedinec posuzuje vlastní silné a slabé stránky a určuje, jak se s nimi chce vypořádat. Identita se získává trvalým individuálním úsilím, přičemž neochota aktivně pracovat na utváření identity s sebou nese nebezpečí konfúze, což může vést k odcizení a pocitu izolace a zmatku. Při konfúzi identity není vlastní sebepojetí soudržné a není vytvořen soubor vnitřních norem, to může vyústit v sebedestruktivní chování. Pozitivní výsledek krize identity závisí na ochotě mladého člověka přijmout vlastní minulost a navázat kontinuitu s předchozími zkušenostmi. Formulování budoucích plánů a přijímání závazků, tykajících se například ideálů, hodnot, přesvědčení, cílů, životní filosofie a sexuality, přináší účel a kontinuitu, tedy vědomí toho, kam a jak v životě směřovat. Rozvoj těchto složek identity je zásadní pro vstup do dospělých rolí, úkolů a odpovědností, jejich prostřednictvím se může objevit intimita lásky a hlubokého přátelství beze strachu ze ztráty sebe samého (Erickson, 1968). Při dosažení stabilní identity se mladý člověk orientuje v tom, kým je a rozhoduje se, kým se chce stát, nicméně rozvoj identity je celoživotním procesem. Mladí lidé vykonávají řadu činností mimo původní rodinu, vztahy s vrstevníky se stávají stále důležitější a napomáhají rozvoji vlastní autonomie a prevenci stresu (Gowers, 2005). Adolescenti se stávají společenějšími a vytvářejí si složitější sociální vztahy, v porovnání s mladšími dětmi jsou však citlivější na přijetí a odmítnutí (Colver & Longwell, 2013). Vyjádření vlastní identity se mnohdy odráží ve výběru oblečení a úpravě zevnějšku (Vágnerová & Lisá, 2022). Ačkoliv význam vrstevníků s věkem roste, členové rodiny jsou stále hodnoceni jako nejvýznamnější a zůstávají zdrojem rad pro zásadní rozhodnutí, zajímavým fenoménem je, že si adolescenti často volí přátele s podobnými názory jako mají jejich rodiče. V pozdním dospívání postupně význam vrstevnické skupiny slábne a nahrazuje jej experimentování s intimními vztahy. Akceptace od vrstevníků je pro dospívající velmi důležitá, populární adolescenti bývají dobromyslní, vtipní a inteligentní, společensky odmítaní se vyznačují slabými sociálními dovednostmi, netaktností nebo agresivním chováním (Gowers, 2005). Mezi důležité sociální mezníky patří získání občanského průkazu a ukončení povinné školní docházky s následnou volbou profesního směřování, studium může představovat možnost seberealizace, potvrzení a navyšování vlastních kompetencí, ale také riziko neuspokojivých výsledků (Vágnerová & Lisá, 2022).

Bezpochyby se jedná o období zvýšené zranitelnosti a přizpůsobivosti, a to jak z důvodu různé rychlosti dozrávání mozku, tak vývoje chování a kognitivních schopností.

Psychopatologie v dospívání může odrážet potíže v emočním, intelektuálním a behaviorálním koordinačním procesu (Steinberg, 2005). U adolescentů lze pozorovat tendenci k vyhledávání vzrušujících zážitků a riskantnímu chování bez ohledu na jeho následky, dochází tak k bezprostřednímu uspokojování a dostavuje se potřebná odměna (Vágnerová & Lisá, 2022). Ve srovnání s dětstvím je dospívání obdobím zvýšené míry výskytu deprese, zneužívání NL, sebevražd, poruch příjmu potravy a dalších forem rizikového chování (Choudhury, Charman & Blackmore, 2008). Náhylnější mohou být společensky izolovaní či odmítaní jedinci (Gowers, 2005).

### 2.1.2 Mladá dospělost

Toto období je charakteristické vstupem do nové etapy života, dospělosti, ve které dochází k značným psychosociálním výzvám (Millová, 2016). V posledních desetiletích lze pozorovat prodlužování procesu přechodu do dospělosti, věk plnoletosti se však nemění, vzniká tak poměrně dlouhé období, kdy je člověk právně dospělý, ale ne každý se tak cítí a chová (Ježek, Macek, Bouška & Kvitkovičová, 2016). Přejít z adolescence do dospělosti se pojí s prvním úsekem mladé dospělosti, věkové vymezení časně dospělosti je velmi rozmanité, pohybuje se od 18–20 let a obzvláště horní hranice není jednotná a uvádí se u různých autorů do 30–40 let (Millová, 2016; Vágnerová, 2007; Thorová, 2015), v rozmezí mezi 18 a 25–29 lety americký psycholog Arnett (2014) definoval zcela samostatné období, které nazval vynořující se dospělost, ta se teoreticky i empiricky liší od adolescence a mladé dospělosti.

#### *Vynořující se dospělost*

Během vynořující se dospělosti se naskýtá relativní nezávislost na sociálních rolích, jedinec se vzdal vazeb z dětství a dospívání, a ještě nevstoupil do trvalých povinností dospělého, dostává tak prostor pro zkoumání různých životních směrů v lásce, zaměstnání a světových zorech (Arnett, 2000). Většina mladých lidí v těchto letech je více nezávislá na svých rodičích a opouští původní domov, nicméně odkládá vstup do manželství, rodičovství a stabilního zaměstnání, někteří z vlastní touhy vyzkoušet různé možnosti před přijetím závazků, jiní z nemožnosti učinit rozhodnutí, co by v životě chtěli. Mezi charakteristické rysy vynořující se dospělosti patří (Arnett, 2014):

- průzkum vlastní identity, kdy si mladý jedinec ujasňuje, kdo je a co od života chce, učí se o svých schopnostech a zájmech;
- nestabilita v lásce, práci a místě bydliště, mladí si utvářejí určitou představu o své cestě životem a plánují, v těchto plánech dělají v tomto období značné revize a často je mění, s každou revizí se o sobě něco dozvědí a udělají tak krok k objasnění toho, jakou budoucnost chtějí;
- zaměření se na sebe sama, jehož cílem je naučit se být samostatný, stát za sebou a činit vlastní rozhodnutí;
- pocit bytí mezi dospíváním a dospělostí, jedná se o přechodnou životní fázi, jedinec se necítí být dospívajícím ani dospělým;
- možnosti, které nabízí potenciál změnit směr svého života (někdy i dramaticky).

Někteří vývojoví psychologové nepřijímají Arnettovu vynořující se dospělost jako novou vývojovou fázi, domnívají se, že důvody pozdějšího přechodu do dospělosti se týkají ekonomických, sociálních a demografických faktorů, které se v budoucnu mohou měnit. Toto zpoždění by tak mohlo vymizet, což by koncept vynořující se dospělosti učinilo pouze omezeným odrazem doby (Côté & Bynner, 2008). Nicméně myšlenka vynořující se dospělosti je užitečná při upoutání pozornosti na dopad globalizace, vývoje technologií, anebo zvyšující se nároky zaměstnavatelů a změny v rodičovství (Bynner, 2005).

### *Mladá dospělost*

V průběhu mladé dospělosti se jedinec zaměřuje na osobní realizaci, nalézá svůj životní styl a sociální role, hledá rovnováhu mezi uspokojováním vlastních potřeb a potřeb jeho okolí, důležitá je taktéž potřeba emočního přijetí. Tato životní etapa je bezpochyby spjata s větší mírou zodpovědnosti a nárustem povinností, tlak sociálního okolí je stále přítomný a alespoň částečně je podléháno očekáváním společnosti (Vágnerová, 2007). K charakteristikám dospělosti patří existenční soběstačnost, samostatnost, smysluplné produktivní zaměstnání, schopnost hospodaření, spolupráce, kompromisu, navazování vztahů, neméně pak rozvoj zájmu a péče o blízké i širší společenství, či existence realistických plánů odpovídajícím vlastním zájmům (Farková, 2009).

Dle Ericksona (1968) se po dosažení stabilní identity do popředí psychosociálního vývoje mladého dospělého dostává potřeba intimity, tedy vytvoření skutečného přátelství a stabilní lásky včetně intimity sexuální. Konflikt této fáze vývoje je mezi nalezením intimity a izolací/osamělostí. Mladí jedinci s nejistotou ve své identitě se budou mezilidským vztahům vyhýbat, anebo mohou vyhledávat promiskuitu bez intimity, sex bez lásky či vztahy bez emoční stability. Přestože od pozdního dospívání do mladé dospělosti rozvoj identity nabývá maximálního zrychlení, pocit identity je neustále se vyvíjející a dynamický proces s otevřeným koncem, nadále se rozvíjí v průběhu střední a pozdní dospělosti a je závislý na kontextuálních faktorech. Mění se životní okolnosti, spolu s biologickými a psychologickými potřebami, jsou spouštěčem pro kontinuální vývoj identity během dospělosti (Kroger, 2015). Identita není nikdy plně získána nebo dokončena, její důležitost a rozvoj přetrvává, což může znamenat větší nejistotu a opakující se fáze zkoumání a přehodnocování vlastních hodnot a směřování (Mannerström, Muotka & Salmela–Aro, 2019).

Mladí dospělí se nacházejí na vrcholu svých fyzických a kognitivních sil, většina fyzických změn souvisí převážně s životním stylem. Oproti dospívání se jedná o emočně stabilnější období, přičemž se stále objevují impulzivní rozhodnutí i vyhledávání nových a riskantních zážitků. Ve srovnání s následujícími obdobími života je emoční prožívání stále intenzivní a variabilní, nicméně obecně dochází k poklesu prožívání negativních emocí, jako je hněv a agrese, a narůstá prožívání emocí pozitivních. V závislosti na stále se vyvíjejícím se mozku roste kontrola chování a schopnost sebereflexe (Vágnerová, 2007 & Millová, 2016).

Za hlavní úkoly dospělosti se společně s rozvojem vlastní osobnosti považuje založení rodiny, výchova dětí a profesionální zakotvení (Vymětal, 2003). Arnett (2014) pohlížel na dospělost jako na soběstačnost, kdy se člověk stane nezávislým a stojí sám za sebou. Jako ukazatelé dospělosti mezi mladými lidmi již nedominují svatba či rodičovství, naopak za důležitá kritéria se považují (Arnett, 1998):

- odpovědnost za sebe samého, k čemuž patří převzetí odpovědnost za důsledky svých činů, nicméně to také znamená být ohleduplnější k ostatním;
- nezávislé rozhodování, které se týká nejen otázek kariéry a bydlení, ale také přesvědčení a hodnot;
- finanční nezávislost.

Z některých studií však vyplývá, že vlastní pocity dospělosti spíše převládají u těch jedinců, kteří již dosáhli nově vzniklých rolí vstupem do manželství či rodičovství a tyto role se tak mohou stále pokládat za důležité indikátory dospělosti (Kirkpatrick Johnson, Allen Berg & Sirotzki, 2007). Výzkum Mannerström, Muotka & Salmela–Aro (2019) poukazuje na to, jak úspěch v rozvojových úkolech jako je zaměstnání a rodičovství v některých případech chrání jedince před rostoucí budoucí nejistotou.

Dalším k atributům dospělosti a zralosti patří autonomie, díky které může mladý člověk využít nepřeberné množství možností. Ta může zahrnovat jednak niterní pocit svobody a moci nad vlastními činy a myšlenkami, vnímání sebe sama v kontextu vztahů, spolusoučinnost se svými blízkými, tak pozorovatelnou nezávislost na rodičích, naplňování vztahových potřeb, finanční samostatnost apod. Na autonomii lze v extrémní formě nahlížet také jako na břímě zahrnující bezohlednost, dosahování vlastních cílů bez ohledu na ostatní a odpoutanost od druhých (Ježek, Macek & Bouša, 2016).

Nejistota v oblastech vlastní identity, partnerských vztahů a sexuálního života, společně s mírou osobní zodpovědnosti, je spojena s pocity frustrace a stresu a může vést až ke krizi rané dospělosti, což se prolíná do profesního života i rodinných vztahů. Jedinec poznává komplexnost problémů i jejich řešení a může zažívat pocity deziluze (Thorová, 2015). K hlavní příčinám vzniku krize rané dospělosti patří dle Stapletona (2012) tlak, který pramení z nadměrného očekávání od druhých i od sebe samých, je spojen s osobním životem i kariérou, nedostatkem sebevědomí a sebeuvědomění, povrchními sociálními vazbami, které neposkytují oporu, a nenaplňujícím zaměstnáním, anebo nedostatečným finančním ohodnocením. Sebedestrukce a odmítání sebe samého může být výsledkem znovuoživení konfliktu identity, a tím směřovat k osobním a sociálním selháním, či ke vzpouře k dospělým rolím, stejně tak ke vzniku závislosti na NL (Kalina, 2015).

## 2.2 Užívání návykových látek u mladých dospělých

Užívání NL patří k trvalým problémům veřejného zdraví, pojí se s ním související zdravotní rizika a ekonomické dopady na společnost (Shelby, Copeland & Cherry, 2023). V dětském a dorostovém věku se závislost na NL může rozvíjet rychleji, užívání NL způsobuje zpomalení vývoje, zvyšuje riziko zdravotních, psychických a sociálních dopadů na jedince, dále zvyšuje nebezpečí vzniku psychických poruch, předávkování a nebezpečného jednání (Koranda, 2015; Nešpor, 2006). Existují specifické skupiny, jež jsou



náchylnější k častějšímu nebo více rizikovému užívání NL. Mezi tyto ohrožené jedince můžeme zařadit například příslušníky etnických skupin, obyvatele sociálně vyloučených lokalit, mladistvé v institucionální výchovné péči, mladé lidi bez domova, záškoláky a osoby s předčasně ukončenou školní docházkou (EMCDDA, 2008), děti rodičů užívající drogy, mladé pachatele, anebo dospívající matky (Mirza & Mirza, 2008). Vyšší míru zkušeností s užíváním NL nacházíme i mezi klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) a v prostředí nočního života (Mravčík et al., 2019).

Z pohledu vynořující se dospělosti může každý z charakteristických rysů tohoto období být předpokladem pro užívání a experimentování s návykovými látkami. V průběhu zkoumání identity mají mladí zájem otestovat různé zkušenosti, to může být uskutečněno právě prostřednictvím NL, jiní využívají látky ke zmírnění zmatenosti a obtíží spojených s vytvářením stabilní identity. Dalším zdrojem úzkosti a smutku může být značná nestabilita v tomto období vyvolaná opakovanými změnami bydliště, milostných vztahů, škol či zaměstnání, přičemž na užívání drog lze nahlížet jako na metodu samoléčby ke zmírnění těchto pocitů (Arnett, 2015). Užívání NL v dospívání tak může slibovat řešení nesnází, anebo únik od problémů (Kalina, 2015). S poznáváním vlastního postavení ve světě souvisí též zkoumání a vztahování se k tomu, co jedince přesahuje, užívání látek může být způsobem naplňování potřeby spirituality, ať již jde o touhu po skupinové transcendenci, hledání mimotělních zážitků, anebo zmírnění vlastní osamělosti skrze mimořádné prožitky (Kudrle, 2003).

Jedná se zároveň o dobu, během které se mladí zaměřují na sebe samé více než jindy, jsou svobodnější v nezávislém rozhodování, což se vztahuje i k výběru sociální skupiny, do které patří a která může, ale také nemusí, sloužit jako zdroj sociální kontroly (Arnett, 2005). Přechod k nezávislosti signalizuje různé změny chování a prostředí, jedním z důsledků může být omezení rodičovských a institucionálních vlivů a zvýšená role vrstevníků, to společně s nižší mírou odpovědnosti může zvýšit riziko užívání NL (Kypri, McCarthy, Coe & Brown, 2004). Nejen mladí mají tendenci vybírat si přátele, kteří jim jsou v mnoha ohledech podobní, ti s tendencí k užívání NL pak navazují kontakty s takovou sociální skupinou, která jejich užívání spíše podpoří (Arnett, 2005). Studie Kypri, McCarthy, Coe & Brown (2004) potvrzuje vztah mezi sociální kontrolou a užíváním NL, zjistila, že užívání drog vzrostlo v následujícím roce po odstěhování do samostatného bydlení, tedy v letech, kdy zmizela kontrola ze strany rodičů či vychovatelů.

Jedinci v průběhu vynořující se dospělosti mají pocit, že ještě nedosáhli plné dospělosti, kvůli čemuž je u nich větší pravděpodobnost užívání NL a toto chování spatřují jako přijatelné jejich věku (Arnett, 2005). Užívání drog mezi mladistvými je většinou experimentální a krátkodobé, významný nárůst rekreačního užívání je spojen s taneční kulturou, mezi nejčastěji užívanými látkami patří extáze, marihuana a kokain, v poslední době došlo též k nárůstu užívání ketaminu a GHB (Gowers, 2005). Jelikož zkoušení látek je často neformálně tolerováno, může být obtížné odlišit experimentátory, kteří se po dosažení dospělosti látek vzdají, od těch, u kterých bude problém s užíváním přetrvávat (Arnett, 2005). S užíváním drog se však zvyšuje riziko neschopnosti vypořádat se a řešit vývojové úkoly, čímž se snižuje dosažení osobní a sociální zralosti (Kalina, 2015).

## 2.2.1 Rizikové faktory užívání

Mnohé ze sociálních a behaviorálních problémů, s nimiž se adolescenti setkávají, jako je zneužívání NL, teatrální chování, sebevražedné sklony, poruchy příjmu potravy, těhotenství, předčasné ukončení školní docházky apod., lze považovat za odraz dřívějších potíží s nedůvěrou, studem a pochybnostmi, pocity viny a/nebo méněcennosti. Zdá se, že úspěšný způsob zvládnání výzev dospívání stojí na dřívějších zkušenostech důvěry, autonomie, iniciativy a pracovitosti (Erickson, 1950), může však být posílen enviromentální prevencí, neboť vytváření bezpečného a zdravého prostředí je zásadní při snižování rizik a rizikových vzorců chování (Burkhart, Tomczyk, Koning & Brotherhood, 2022).

Zatímco dospívání je spojováno se zahájením a experimentováním s užíváním NL, které může přejít ve zvyk, v mladém dospělí jsou pak jedinci více ohroženi rozvojem závislosti (Shelby, Copeland & Cherry, 2023). Mnohé rizikové faktory se pro mladou dospělou shodují s těmi, které predikují užívání v adolescenci. Zvýšenému riziku problémů jsou vystaveni ti, u kterých se objevuje závislost v rodině, mají příznivý postoj k užívání, zkušenosti s užíváním během dospívání (zejména v raném dospívání), vykazují nedostatek morálky, nízké nasazení ve škole, anebo snáze podléhají vlivu vrstevníků (Stone, Becker, Huber & Catalano, 2012). Užívání nelegálních drog je vyšší u mladých, kteří nestudují vysokou školu, zatímco u vysokoškolských studentů je větší míra užívání alkoholu (Blanco et al., 2008).

K užívání NL přispívají u zranitelných jedinců genetické, enviromentální, behaviorální, psychosociální a kulturní faktory. K neurobiologickým rizikovým faktorům se řadí například genetické predispozice a neurochemické abnormality, častější užívání lze pozorovat u jedinců, kteří trpí poruchou depresivní, úzkostnou, pozornosti a hyperaktivity či poruchou chování (Mirza & Mirza, 2008). Špatné duševní zdraví během dospívání má souvislost s užíváním NL a u těchto jedinců je větší riziko rozvoje závislosti (D'Amico, Ellickson, Collins, Martino, & Klein, 2005).

Stresující rané prožitky a traumatické události mohou zvýšit nebezpečí rozvoje užívání NL (Shelby, Copeland & Cherry, 2023). Studie Huang et al. (2011) zjistila přímou souvislost mezi fyzickým zneužíváním v dětství a užíváním nelegálních drog u mladých dospělých. Platí však také, že u adolescentů s existující poruchou užívání NL je vyšší pravděpodobnost, že trauma prožijí.

Rizikovým faktorem pro rozvoj užívání je příliš přísná, či naopak tolerantní výchova (Shelby, Copeland & Cherry, 2023). Autoritářští rodiče si vážící poslušnosti jako ctnosti, věří, že omezení autonomie dítěte a jeho udržování v podřízené roli je správné, očekávají přijetí pravidel bez otázek. Adolescenti bývají pasivní, méně sociálně zdatní, méně zvědaví, vyskytuje se u nich menší sebevědomí a mají sklon k závislostem. Permisivní rodič osvobozuje dítě od omezování do té míry, dokud je to v souladu s přežitím, nevidí se jako aktivní činitel odpovědný za utváření budoucího chování a vývoje dítěte. Někteří jsou velmi ochrannější a milující, jiní nabízejí svobodu jako způsob, jak se vyhnout odpovědnosti za vývoj dítěte. Nicméně i permisivní rodičovství je spojováno s vyšší mírou užívání NL u dětí

(Baumrind, 1978; Gowers, 2005; Shelby, Copeland & Cherry, 2023). Existuje také souvislost mezi užíváním NL v rodině a u mladistvých (Hajný, 2015), v rodinách, kde oba rodiče trpí poruchami užívání a mladý dospělý mu byl vystaven v raném věku, může být tato souvislost prohloubena (Stone, Becker, Huber & Catalano, 2012; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, & Paradis, 2000).

V neposlední řadě patří k rizikovým faktorům užívání vliv vrstevníků (Shelby, Copeland & Cherry, 2023). Každý je na vliv vrstevníků jinak citlivý, ukazuje se, že u citlivějších jedinců je častější výskyt užívání NL, rizikového sexuálního chování, zameškávání školní docházky a dalšího problémového chování (Santor, Messervey & Kusumakar, 2000). V souvislosti s vrstevnickou skupinou lze v mladém dospělosti pozorovat zvýšený zájem o společné trávení volného času v prostředí noční zábavy, tedy v klubech a barech (Matoušek & Kroftová, 1998). Ve výzkumu Keyzets, Lee & Dworkin (2020) bylo zjištěno, že u mladých, kteří jsou vystavováni negativním vlivům ze strany vrstevníků, je pravděpodobnost nadměrného pití a užívání marihuany vyšší, u jiných nelegálních NL to však potvrzeno nebylo.

Na užívání NL se podílí socioekonomický status, nicméně výsledky studií zkoumajících vliv mezi finančními poměry rodiny a užíváním mladistvých nemají jednoznačné výsledky, zatímco některé studie poukazují na vyšší pravděpodobnost u rodin s nižším ekonomickým statusem (Daniel et al., 2009; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, & Paradis, 2000), existuje stále více důkazů o tom, že dopívající pocházející z rodin s vyšším ekonomickým status jsou také ohroženy rozvojem poruch spojených s užíváním (Humensky, 2010; Patrick, Wightman, Schoeni & Schulenberg, 2012). Výsledky výzkumu Skogen, Sivertsen, Hysing, Heradstveit & Bøe (2019) pak poukazují na to, že podíl těch, kteří vyzkoušeli drogy byl nejvyšší mezi těmi, kteří se dostali do chudoby, či se dostali z chudoby.

Studie Afuseh, Pice & Oruche (2020) se zabývala identifikací rizikových faktorů vzniku závislosti souvisejících s věkem, za charakteristické pro dětství a dospívání uvedla vliv negativních a traumatických zkušeností v dětství (zanedbávání, týraní, násilí aj.), tlak vrstevníků, zneužívání NL v rodině a demografické faktory jako jsou rasa, sexualita, genderová identita a socioekonomický status. U mladých dospělých pak zvýšený stres z dospělosti, nedostatek pozitivních rodičovských vzorů, stres ze studií a zaměstnání, či zkušenost s potenciálně návykovými léky na předpis (například po malých chirurgických zákrocích).

### 2.2.2 Specifika a dopady užívání

Negativní dopady souvisí s typem užívané látky, způsobem užívání, osobnostními rysy jedince a vlastnostmi prostředí (Grolmusová, 2020). Užívání drog zvyšuje možnost vystavení se rizikovému a nebezpečnému prostředí, zpomaluje vývoj jedince a narušuje dosažení role dospělého, zhoršuje fyzické a duševní zdraví a podporuje rozvoj antisociálního a kriminálního chování (Palmer et al., 2009). Ovlivněn je neurologický a psychosociální vývoj, během akutní intoxikace lze u jedinců pozorovat vyšší tendence k nebezpečnému jednání a chování (Nešpor, 2011) jako je například lhaní, agresivita, šikana a násilné

chování, vandalismus, kriminální jednání, rizikové chování na internetu, v dopravě, rizikové sexuální chování, extrémní sporty, hazardní aktivity a jiné (Nielsen Sobotková et al., 2014). U mladých je taktéž větší tendence k polymorfnímu užívání, anebo k přecházení z jedné látky na další (Nešpor, 2011).

Kvůli nižší toleranci, menšímu množství zkušeností a tendenci k většímu riskování je u této skupiny vyšší riziko otrav, užívání NL souvisí s nejčastějšími příčinami smrti, ke kterým patří převážně úrazy, násilné příčiny a otravy (Nešpor, 2011; Keyzers, Lee & Dworkin, 2020). K rozvoji závislosti u dětí a dospívajících dochází rychleji a lze u nich pozorovat tendence k rizikovějším formám užívání (Nešpor, 2011), přičemž u těch, u kterých se vyskytuje více počátečních rizikových faktorů je nebezpečí vzniku závislosti pravděpodobnější (D'Amico, Ellickson, Collins, Martino, & Klein, 2005). Užívání NL má dopad na duševní zdraví, častěji se u jedinců vyskytují depresivní a úzkostné poruchy, psychotické projevy, psychotické poruchy, či sebevražedné tendence (Grolmusová, 2020). Mezi uživateli NL je vyšší výskyt duálních diagnóz, tedy souběh poruchy užívání NL a další psychické poruchy, přičemž užívání může překrývat již dříve existující duševní onemocnění, anebo na druhou stranu psychopatologické komplete užívání mohou napodobovat takřka jakoukoliv psychickou poruchu, pro správnou diagnostiku je tedy abstinence nezbytná (Kalina & Minařík, 2015).

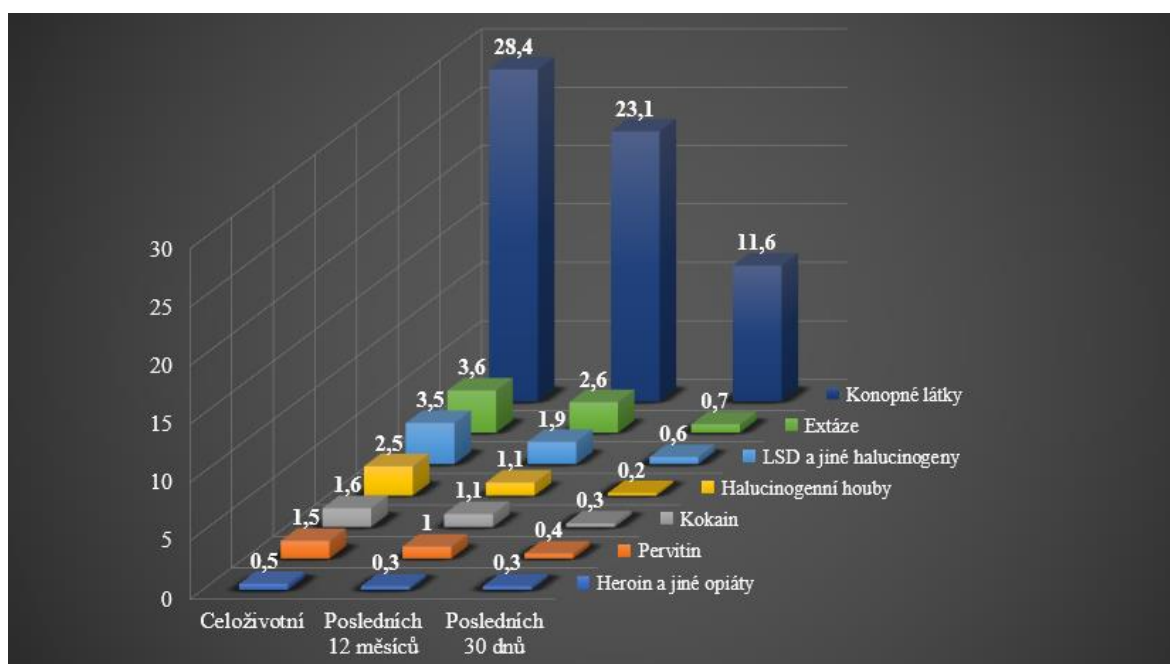
NL působí negativně na fyzické zdraví a způsobují různá somatická poškození, ta souvisí s druhem látky, jejím množstvím, způsobem aplikace, frekvencí užívání, a i dalšími faktory jako je třeba životní styl. K nejčastějším potížím patří lokální komplikace (poškození sliznice, integrity kůže, krvácivé projevy atd.), bakteriální a virové infekce, hnisavé a zánětlivé procesy. U dlouhodobých uživatelů dochází k chronickému ovlivnění orgánových systémů, které souvisí s toxicitou dané látky, nicméně k orgánovému poškození může dojít i při jednorázovém užití (Minařík & Řehák, 2015).

Vážné problémy je možno pozorovat v oblastech fungování jako je neschopnost adekvátně reagovat, vykonávat práci, dochází k nárůstu pozdních příchoďů či absencí, což může vést ke ztrátě zaměstnání, akademickým problémům či vyloučení ze školy. Negativně ovlivněny bývají rodinné, přátelské a partnerské vztahy (Arnett, 2014). Neschopnost zvládat společenské požadavky, rozpad sociální sítě, ztráta ekonomické soběstačnosti a další náročné životní situace mohou souviset se ztrátou domova. Bezdomovectví u mladých lidí může být jak následkem, tak příčinou užívání (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). Mezi mladými lidmi žijícími na ulici je užívání NL vysoce rozšířené, prevalence je několikanásobně vyšší ve srovnání s ubytovanými jedinci, častěji se také vyskytuje užívání více látek najednou a získávání financí majetkovou trestnou činností, distribucí drog a dalším kriminálních chováním (Thompson, Rew, Barczyk, McCoy & Mi-Sedhi, 2009). Existuje určitá provázanost drogové a prostituční scény, mladí provozující prostituci si tak mohou získávat finanční prostředky na drogy, anebo mohou užívat NL na povzbuzení či k potlačení bolesti (Vaničková, 2007).

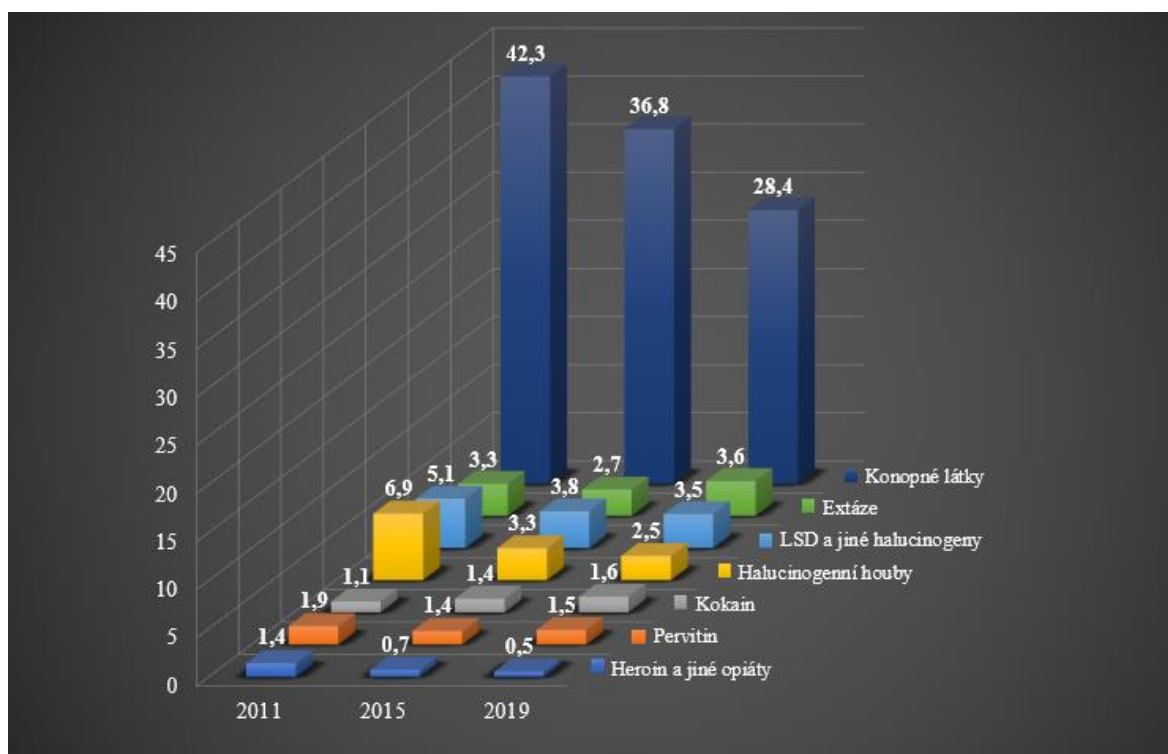
### 2.2.3 Prevalence užívání nelegálních návykových látek u mladistvých v ČR

U dospívajících je užívání NL monitorováno pomocí školních průřezových dotazníkových studií, největším celoevropským projektem je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), ta probíhá ve čtyřletých intervalech a zaměřuje se na rozsah kouření, konzumaci alkoholu, užívání nelegálních drog a další formy rizikového chování mezi 15–16letými studenty napříč evropskými zeměmi, a to od roku 1995 (ESPAD Group, 2020). K hlavním cílům patří shrnutí rozsahu užívání NL mezi mládeží, monitorování vývoje situace a analýza souvislostí u vybraných indikátorů návykového chování (Hibell, 2004). Poslední studie ESPAD probíhala v roce 2019, přehled prevalence užívání v ČR u vybraných nelegálních drog ukazuje graf 1. Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy má 29,3 % studentů, užití jiných než konopných nelegálních látek se vyskytlo u 7,6 %, nejčastěji se užívala extáze (3,6 %), dále LSD a jiné halucinogeny (3,5 %) a halucinogenní houby (2,5 %). Celoživotní prevalence užití pervitinu byla 1,5 %, kokainu 1,6 %, heroinu nebo jiných opiátů méně jak 1 %. Zkušenost s nekonopnými drogami v posledních 12 měsících uvádí 4,9 % studentů, v posledních 30 dnech se prevalence pohybuje pod 1 % u všech látek. Užívání je vyrovnané mezi pohlavími, vyšší míra je přítomna mezi studenty odborných učilišť. U většiny nelegálních NL dochází k poklesu celoživotní prevalence užívání (graf 2), mírný růst je možné sledovat u zkušeností s kokainem a v posledním sledovaném období i extází a pervitinem (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2020).

Graf 1: Procentuální prevalence užívání vybraných nelegálních NL u 15–16letých studentů v roce 2019 – celoživotní, v posledních 12 měsících a 30 dnech (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2020)



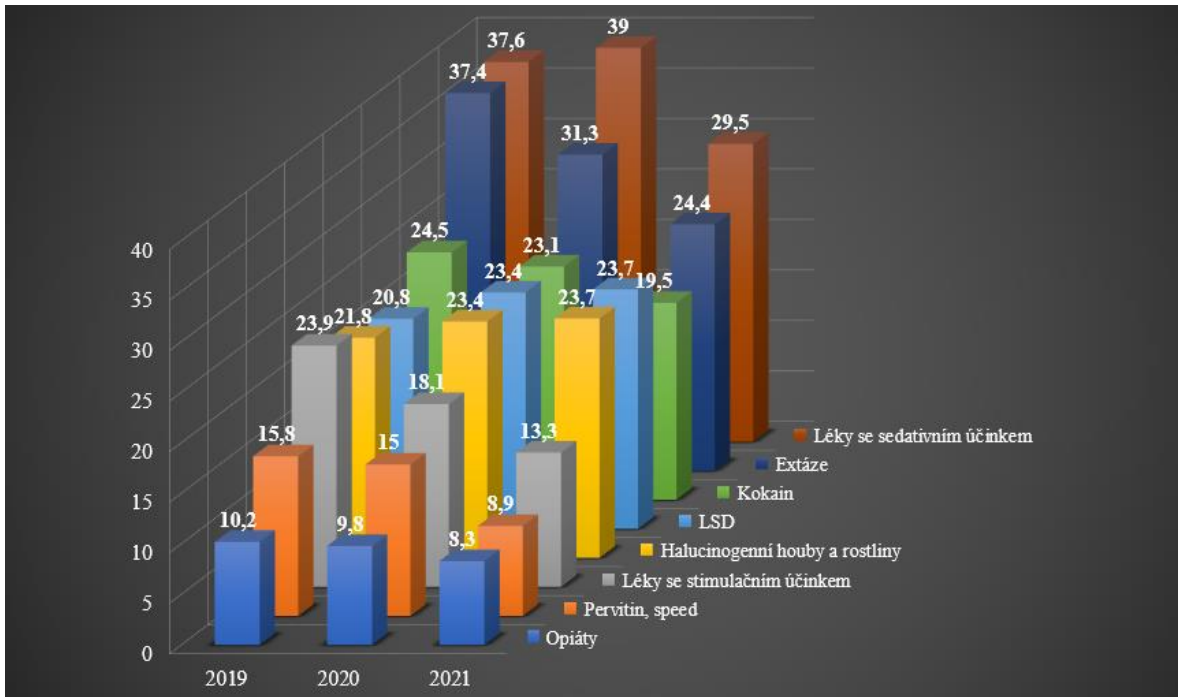
Graf 2: Vývoj celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních NL u 15–16letých studentů mezi lety 2011–2019, v % (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2020)



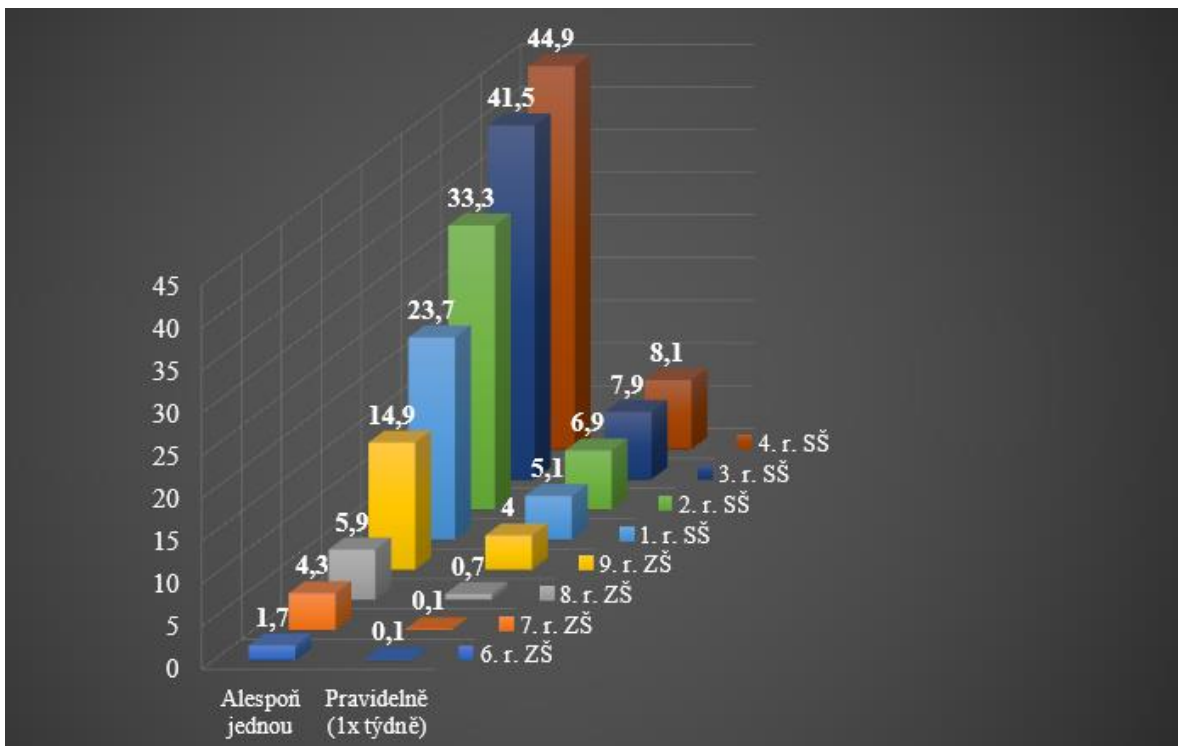
Studie ESPAD má nicméně, stejně jako jiné školní dotazníkové studie, svá metodologická omezení, a to převážně ve výzkumném souboru, této studie se účastní pouze mladiství, kteří jsou v době sběru dat přítomni v běžných školách, ze vzorku tak vypadávají studenti speciálních škol, cizojazyční studenti, a právě ohroženější skupiny užíváním NL jako jsou záškoláci, studenti výchovných a diagnostických ústavů. Další zkresení výsledků může vzniknout možnou nedůvěrou v anonymitu, kvůli čemuž mohou být odpovědi týkající se užíváním nelegálních NL podhodnoceny (Chomynová, Grohmannová & Mravčík, 2019).

Pražské centrum primární prevence (PCPP) Centra sociálních služeb Praha (CSSP) každoročně realizuje průzkum zaměřený na rizikové chování žáků 2. stupně základních a středních škol a gymnázií v Praze, šetření se účastní respondenti ve věku 11–21 let. V roce 2019 se průzkumu celkem zúčastnilo 9 278 respondentů, vyplynulo, že alespoň jednu zkušenost s NL v uplynulém roce mělo 672 dotazovaných, v roce 2020 se zúčastnilo 8 724 respondentů, alespoň jednu zkušenost s NL v uplynulém roce mělo 521 respondentů, v roce 2021 bylo do šetření zahrnuto 9 793 respondentů, alespoň jedna zkušenost s užíváním byla zaznamenána u 654 žáků. Zastoupení užívání vybraných NL v letech 2019–2021 u žáků, kteří uvedli v uplynulém roce alespoň jednu zkušenost zobrazuje graf 3. Prevalenci užívání konopných látek v posledních 12 měsících v roce 2021 znázorňuje graf 4, na kterém je patrná vzrůstající zkušenost s věkem a po přechodu ze základní na střední školu (CSSP, 2022). V roce 2019 a 2020 byla zkoumána injekční aplikace u žáků se zkušenostmi s užíváním, přičemž v roce 2019 mělo s injekční aplikací zkušenost 2,2 % dotazovaných, o rok později zkušenost klesla na 1,1 % (Petrenko & Líbal, 2021).

Graf 3: Zastoupení vybraných NL u žáků, kteří uvedli alespoň jednu zkušenost v uplynulém roce, porovnání mezi lety 2019–2021, v % (Petrenko & Líbal, 2021)



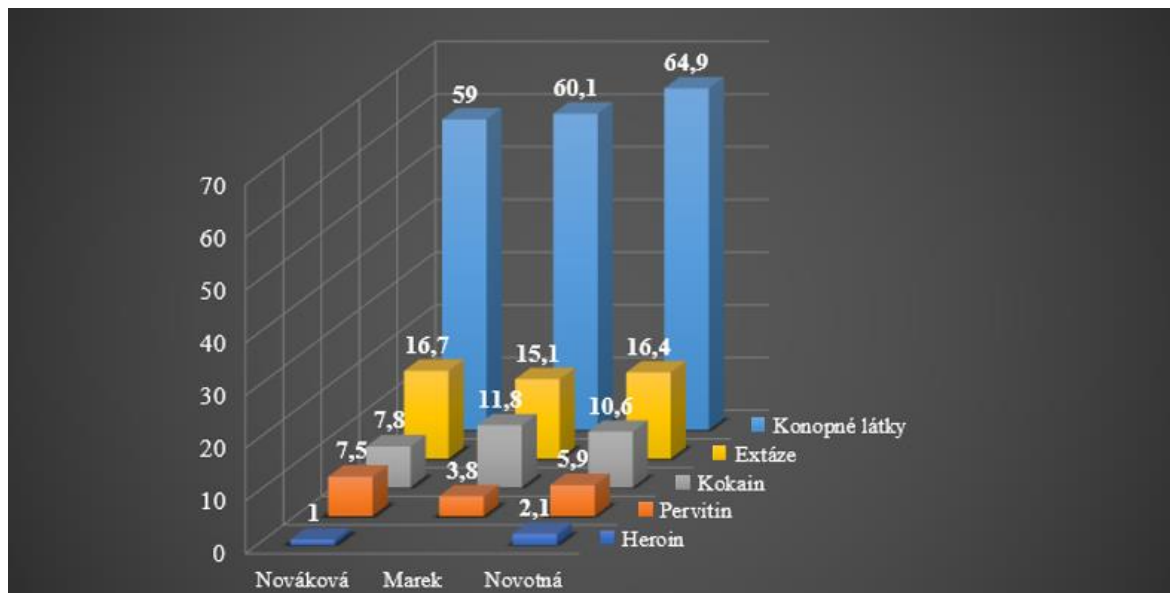
Graf 4: Prevalence užívání konopných látek v posledních 12 měsících dle ročníku studia mezi žáky ZŠ a SŠ v Praze v roce 2021, v % (CSSP, 2022)



Užíváním NL u studentů se zabývá řada závěrečných prací, jako příklad lze uvést výzkum Novákové (2021), která zkoumala zneužívání NL u žáků středních škol, jejího kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 5 652 studentů po celé ČR, šetření Marka (2021) u

629 studentů ve věku 19–26 let a Novotné (2020), ta zaměřila výzkum na studenty vysokých škol v Brně, do šetření bylo zahrnuto 962 bakalářských a magisterských studentů. Prevalenci celoživotního užívání vybraných nelegálních NL ukazuje graf 5.

Graf 5: Celoživotní prevalence užívání vybraných NL z výzkumů Novákové (2021), Marka (2021) a Novotné (2020), %



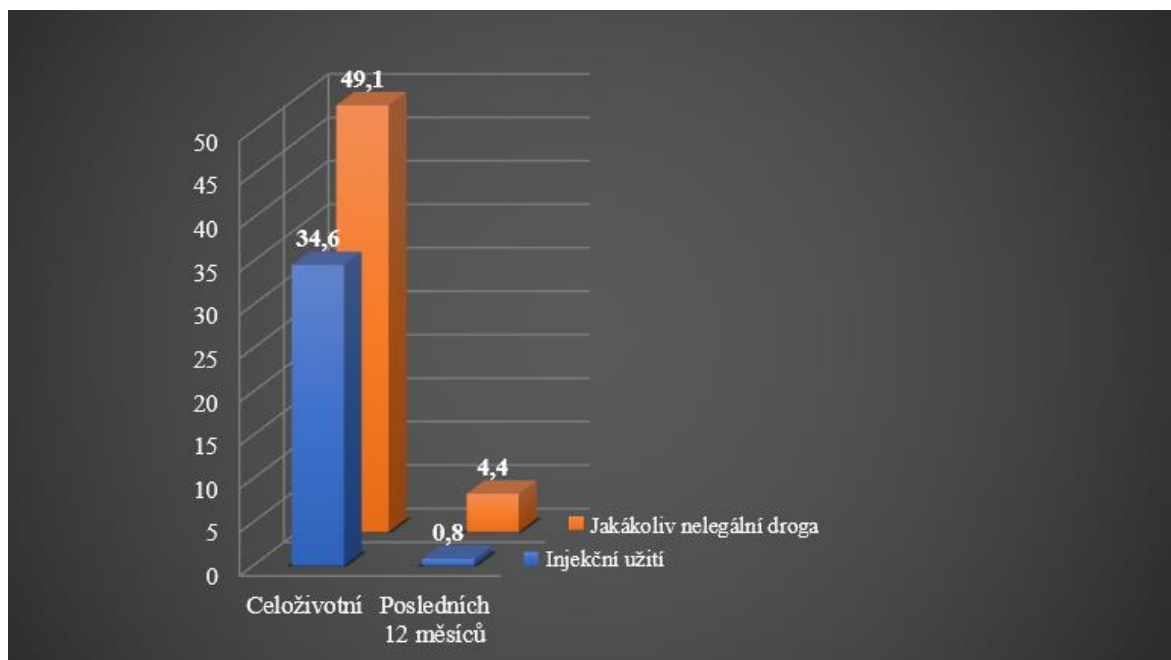
Společnost SocioFactor zpracovala Metodiku výzkumu užívání NL mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách, v jejímž rámci proběhlo dotazníkové šetření mezi žáky druhého stupně základních škol v Brně. Zúčastnilo se ho 117 romských žáků ve věku 12–17 let, jedenkrát za život s heroinem, pervitinem nebo extází experimentovalo 4,3 % žáků, vícekrát za život tyto látky vyzkoušelo 1,8 % dotazovaných. Průměrný věk prvního experimentování byl 13 let. Romské děti a mládež patří k nejrizikovějším skupinám co se užívání NL týče (SocioFactor, s. r. o., 2010). V roce 2017 realizovalo Národní monitorovací středisko (NMS) ve spolupráci s agenturou ppm factum research a kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské menšiny studii „Zdraví a návykové látky mezi Romy“. Výzkumu se zúčastnilo 546 respondentů ve věku 15 a více let z 11 krajů ČR, 287 respondentů bylo mladých dospělých ve věku 15–34 let. V posledních roce mělo mezi mladými dospělými zkušenost s pervitinem a amfetaminy 12,5 %, extází 5,9 %, kokainem a crackem 1,7 %, heroinem a opiáty 1 %, subutexem taktéž 1 %. V posledních 30 dnech měli respondenti nejvíce zkušeností s pervitinem a amfetaminy (6,6 %), dále extází (1 %), užití heroínu a opiátů uvedlo 0,3 % dotazovaných. Ve věkové kategorii 15–24 let mělo v posledním roce zkušenosti s pervitinem a amfetaminy 13,2 %, extází 5,8 %, kokainem a crackem 0,8 %, heroinem a opiáty 0,8 % respondentů (Mravčík et al., 2017).

NMS a agentura MindBridge Consulting realizovaly v roce 2020 celopopulační studii („Národní výzkum užívání NL 2020“), která se zaměřovala na rozsah užívání legálních i nelegálních látek v obecné populaci, tedy u osob starších 15 let, celkový počet respondentů činil 3 543 osob. U mladých dospělých je prevalence užívání nelegálních NL vyšší než v obecné populaci, z toho důvodu jsou výsledky uvedeny zvlášť pro věkovou

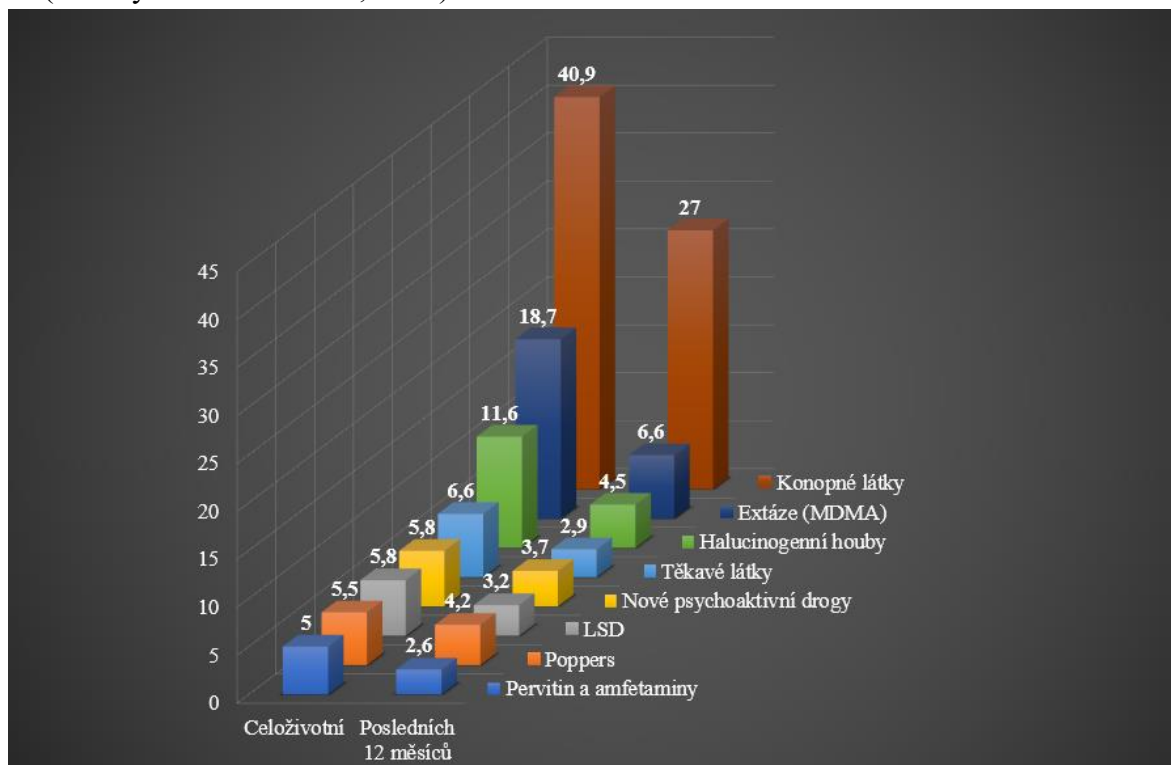


skupinu 15–34 let. Velmi mladí dospělí pak spadají do věkového rozhraní 15–24 let, výsledky studie pro tuto věkovou kategorii uvádí graf 6–8, celkem bylo 379 respondentů, přičemž životní zkušenost s nelegální NL uvedlo 49,1 %, v posledních 12 měsících 34,6 % dotazovaných (Chomynová & Mravčík, 2021).

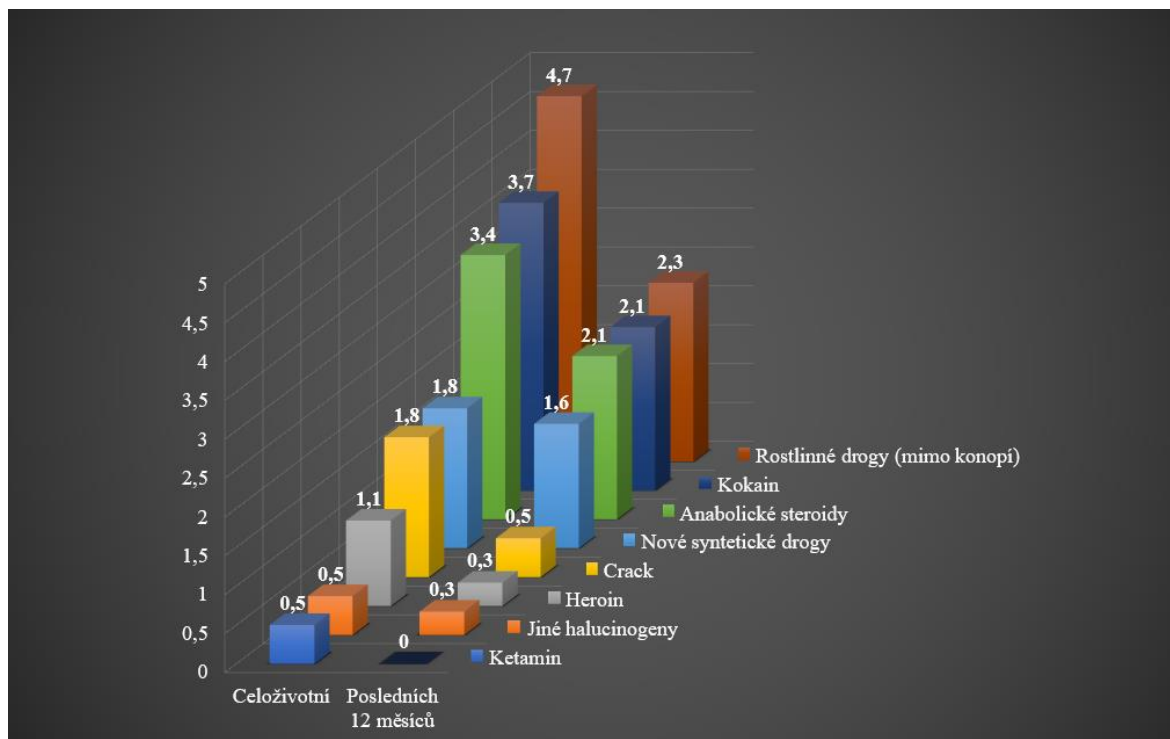
Graf 6: Prevalence užití nelegálních NL a injekční užití v populaci velmi mladých dospělých (15–24 let), v % (Chomynová & Mravčík, 2021)



Graf 7: Prevalence užití nelegálních NL v populaci velmi mladých dospělých (15–24 let), v % (Chomynová & Mravčík, 2021)



Graf 8: Prevalence užití nelegálních NL v populaci velmi mladých dospělých (15–24 let), v % (Chomynová & Mravčík, 2021)



Prevalenčním odhadem současných mladých uživatelů nelegálních NL se zabývala studie založená na identifikaci datových zdrojů a epidemiologických údajů, co se týče užívání NL u dětí a mladistvých do 19 let v ČR. Závěry uvedly, že v populaci mladistvých ve věku 14–19 let v posledních 30 dnech užilo 2 750 osob pervitin a 2 100 lidí heroin a jiné opiáty. Celoživotní prevalence užívání kokainu se vyskytuje u 5 070 mladých uživatelů a injekční aplikaci někdy v životě vyzkoušelo 3 460 adolescentů ((Rolová, Miovský & Barták, 2018).

## 2.3 Problémové užívání návykových látek – rizikové užívání drog

LDR byli dříve označováni jako problémoví uživatelé (Mravčík et al., 2020), k této změně terminologie došlo v souladu s používáním nestigmatizujícího jazyka. V oblasti závislostí je používání vhodného jazyka důležité, jelikož v případě jeho nevhodného používání může dojít k ovlivnění jedince, jeho vnímání sebe samého a schopnosti změnit se, a také společnosti a jejího vnímání na užívání NL a lidí je užívající (Broyles et al., 2014).

PUD patří mezi nejrizikovější formy a vzorce užívání, z kterých plynou nejzávažnější zdravotní a sociální dopady (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2019 a). Definice je vymezena EMCDDA jako „injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA & Institute for Therapy Research, 1998). Dle EMCDDA patří prevalence PUD mezi pět klíčových epidemiologických indikátorů, dalšími jsou: užívání drog v obecné populaci, žádosti o léčbu

spojenou s užíváním drog, infekční nemoci a úmrtí související s drogami, mortalita uživatelů drog (EMCDDA, 2001). Na rozdíl od užívání drog v obecné populaci se zaměřuje na vzorce závažnějšího užívání a jejich specifika, jež způsobují podstatnější poškození jednotlivci i společnosti. Záměrem tohoto indikátoru je získat spolehlivá a srovnatelná měření prevalence problémového a injekčního užívání drog na místní a národní úrovni napříč Evropou, to může sloužit ke zkoumání účinnosti politiky zaměřené na snižování užívání NL, zdravotních a sociálních důsledků problémového užívání, porovnání prevalence, vzorců problémového užívání a trendů mezi zeměmi (EMCDDA, 2009).

Od roku 2011 probíhala revize tohoto klíčového indikátoru, přičemž došlo k úpravě dosud používaných ukazatelů problémového užívání a zavedl se pojem „rizikové užívání drog“ (high-risk drug use), který více odpovídá současné situaci v Evropě, kdy dochází k intenzivnějšímu užívání dalších drog jako třeba konopí a nových syntetických drog, či polymorfnímu užívání. Vysoce rizikové užívání EMCDDA definuje jako „opakované užívání drog, které má negativní důsledky pro jednotlivce zahrnující závislost a další zdravotní, psychické a sociální problémy, nebo představuje vysokou pravděpodobnost/riziko utrpení takových důsledků“, jedná se o „užití psychoaktivních látek vysoce rizikovým vzorcem (např. intenzivně) a/nebo vysoce rizikovým způsobem aplikace v posledních dvanácti měsících“. Odhady prevalence vysoce rizikového užívání drog jsou rozděleny na obecné, tedy společné pro všechny členské země EMCDDA, a na specifické pro určité státy, dále by také mělo být hlášeno polyvalentní užívání (Thanki & Vicente, 2013).

Do obecných odhadů prevalence vysoce rizikového užívání drog spadá (Thanki & Vicente, 2013):

- užívání opioidů (včetně opioidních léků) alespoň jedenkrát týdně po dobu šesti měsíců v posledním roce;
- injekční užívání jakékoliv psychoaktivní látky v posledních dvanácti měsících;
- užívání konopí (včetně syntetických kanabinoidů) denně, nebo téměř denně v posledním roce.

Do odhadů prevalence vysoce rizikového užívání drog podle specifické drogové situace v určitých zemích se může řadit (Thanki & Vicente, 2013):

- užívání kokainu alespoň jedenkrát týdně po dobu šesti měsíců v posledním roce, anebo opakované užívání cracku;
- užívání amfetaminů alespoň jedenkrát týdně po dobu šesti měsíců v posledním roce;
- užívání jiných látek v závislosti na potřebách jednotlivých států, jako GHB, benzodiazepinů, těkavých látek aj.

V ČR rizikové užívání drog vychází z definice EMCDDA (viz výše) a řadí se do něj tradičně „injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé nebo pravidelné užívání pervitinu a opioidů“, do odhadů se nezahrnují uživatelé kokainu, a to převážně z důvodu jejich nízkého počtu v kontaktu s adiktologickými službami (Chomynová et al., 2022).

### 2.3.1 Důsledky rizikového užívání drog

Užívání psychoaktivních látek s sebou nese mnoho sociálních a zdravotních poškození, negativní důsledky však vyplývají také z reakcí společnosti na užívání NL (Room, 2006) a představují zátěž pro veřejné zdraví (Jones et al., 2011). Užívání NL patří k podstatným činitelům zdravotního stavu populace, jelikož je jedním z významných rizikových faktorů souvisejícím s úmrtností a nemocností (Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2019b). Nebezpečí a rizika spojená s užíváním se netýkají pouze chemických vlastností látek, spočívají v interakci mezi látkou, jednotlivcem, způsobem, vzorci a kontextem užití. Mezi faktory, které ovlivňují nebezpečí spojené s užíváním drog lze zařadit faktory související s látkou (velikost dávky, čistota látky, toxicita, farmakologie), faktory konzumenta (věk, vývojové problémy, zranitelnost, fyziologický rámec, tolerance, psychologické faktory včetně očekávání a psychoadaptace na látku), kombinování NL (současné či po sobě jdoucí užívání látek může výrazně zvyšovat riziko), dostupnost látek, způsob podání, sociální kontext a také právní předpisy (Best et al., 2003). LDR často čelí stigmatizaci a diskriminaci, to může mít za následek strach a odmítání zahájit léčbu i vyhledat zdravotní a sociální služby. Příčiny stigmatizace jsou mnohočetné a složité, zahrnují skutečné škody způsobené uživateli, jejich životní styl, nepochopení, ale i obavy z nelegálních drog (Lloyd, 2010).

Nicméně negativní dopady nepůsobí pouze na samotné uživatele, nýbrž také na jejich okolí, případně společnost jako celek, ty ve svém modelu (obrázek 1) shrnuli Nutt, King & Phillips (2010), na individuální úrovni lze rizika rozdělit na:

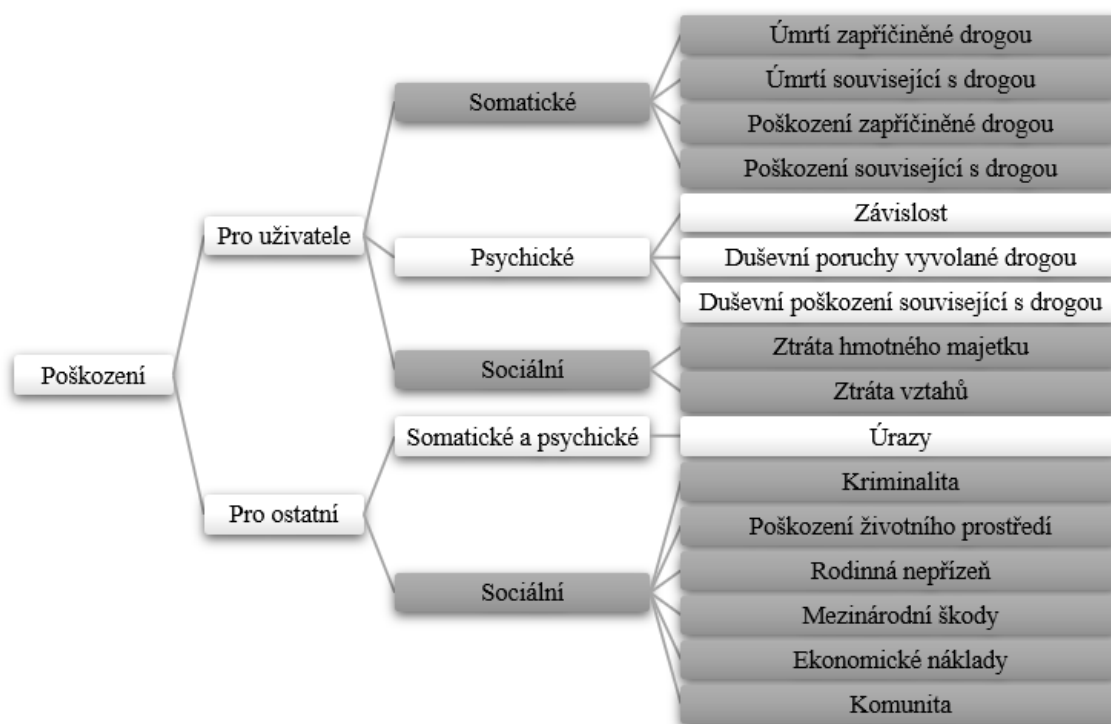
- somatická, kam patří úmrtí spojená s letální dávkou dané látky (předávkování), úmrtí související s drogou (míra zkrácení života spojená s užíváním – dopravní nehody, nádorová onemocnění, infekční onemocnění, sebevraždy), poškození organismu vyvolané či způsobené účinkem drogy (cirhóza, mrtvice, kardiomyopatie, žaludeční vředy apod.), poškození fyzického zdraví v důsledku rizikového chování spojeného s užíváním (např. rizikové sexuální chování, sebepoškozování, zdravotní důsledky v souvislosti s intravenózní aplikací);
- psychická – závislost (míra, kterou látka vyvolává nutkání pokračovat v užívání i přes negativní následky a další kritéria dle MKN–10), duševní onemocnění vyvolané látkou (např. toxická psychóza, psychopatologické komplikace), duševní poškození související s drogou (např. poruchy nálady související s životním stylem uživatele);
- sociální, do ztráty hmotných věcí lze zařadit ztrátu zaměstnání, bydlení, příjmu, odchod ze vzdělávacích institucí, páchání trestné činnosti spojenou se zápisem v trestním rejstříku i odnětím svobody, ohroženy jsou také vztahy s rodinou a přáteli.

Škody vznikající druhým se týkají roviny (Nutt, King & Phillips, 2010):

- somatické a psychické, užívání NL zvyšuje možnost přímého i nepřímého zranění druhých (dopravní nehody, násilí včetně domácího násilí, přenos virových infekcí, poškození plodu aj.);

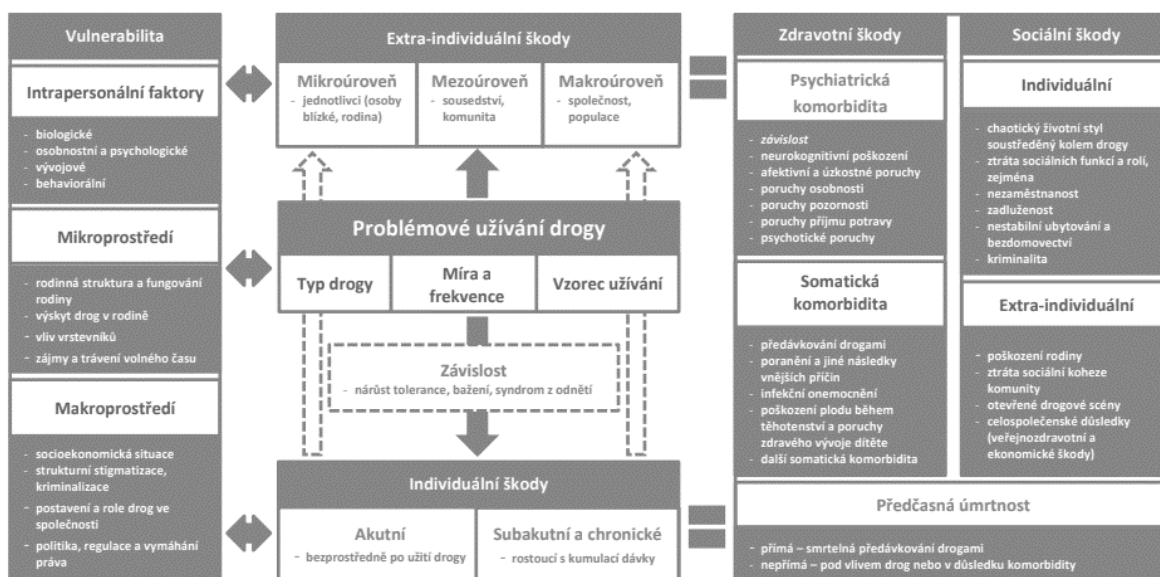
- sociální, sem lze zahrnout kriminalitu (zvýšená majetková trestná činnost nad rámec užívání), škody na životním prostředí (rozsah, v jakém užívání a výroba drog způsobuje místní poškození životního prostředí – toxický odpad), rodinnou nepřízeň (psychická újma blízkých, rozvraty rodin, finanční strádání, zanedbávání dětí), mezinárodní škody (např. mezinárodní zločiny), ekonomické náklady (jako je zdravotní péče, sociální péče, policie, vězeňství aj.) a škody na úrovni komunity (do jaké míry užívání drog způsobuje pokles sociální soudržnosti a zhoršení pověsti komunity).

Obrázek 1: Poškození související s užíváním NL (Nutt, King & Phillips, 2010)



Podrobný koncept problémového užívání NL vytvořil Mravčík (2018) a odkazuje na něj obrázek 2, na kterém je možné shledat existenci několika faktorů, jež mají vliv na charakter problémového užívání i jeho negativní dopady, tyto faktory se zároveň navzájem ovlivňují na všech rovinách.

Obrázek 2: Podrobné schéma konceptuálního rámce problémového užívání drog znázorňující úrovně a typy škod a faktory ovlivňující jejich míru a povahu (Mravčík, 2018; Mravčík, Chomynová & Grohmannová, 2019)



### 2.3.2 Prevalence rizikového užívání drog

Z důvodu nízké prevalence tohoto jevu by pro jeho zachycení bylo potřeba velkých souborů, navíc vzhledem k povaze a citlivosti problémového užívání a obtížnosti kontaktování LDR je to věc značně problematická. Problémové užívání tedy nelze měřit standardními populačními studiemi, a proto jsou k určování počtu LDR využívané nepřímé metody, statistické modelování nebo jejich kombinace. Jedná se například o multiplikační metodu. Tzv. multiplikátor je poměr vypočítaný z co nejpřesněji zjištěného počtu uživatelů na určitém území a některého z typických indikátorů (počet osob využívající léčbu a služby, počet otestovaných uživatelů na infekční choroby, počet stíhaných pro drogové trestné činy). Tento poměr může být použit pro větší území (typicky pro celou ČR) i pro jednotlivá místa s ohledem na různorodost jednotlivých lokalit, vážený průměr multiplikátorů z jednotlivých míst pak zpřesňuje data pro celou ČR. Dalším možným zjištěním multiplikátoru je metoda nominativní, při které se během kvalitativních studií s uživateli drog zjišťuje, kolik uživatelů drog osobně dobře znají a kolik z nich využilo výměnný program, dochází na abstinenci orientovanou léčbu, či bylo zadrženo policií apod., při dostatečném počtu respondentů a různorodosti jejich odpovědí lze získat poměrně přesný multiplikátor aplikovatelný na celou populaci. Složitějšími nicméně přesnějšími metodami pro zjišťování počtu LDR jsou metoda zpětného zachytu, metoda zpětné kalkulace či metoda vícečetných indikátorů (Zábranský & Mravčík, 2015).

Odhady LDR (se zaměřením na pravidelné uživatele pervitinu a opioidů) v ČR každoročně provádí NMS multiplikační metodou z dat o klientech nízkoprahových zařízení, ve dvouletých intervalech jsou také odhadovány LDR z průzkumů mezi lékaři ČR. Počet LDR v ČR byl v roce 2021 stanoven na 44 900, z toho 10 200 uživatelů opioidů a 34 700 uživatelů pervitinu, odhadovaný počet lidí užívajících drogy injekčně (LDI) činil 40 500.

Z dotazníkové studie Multiplikátor 2022, které se účastnilo 1058 klientů ze 41 nízkoprahových kontaktních center vychází, že 97,9 % klientů má zkušenost s injekční aplikací, v posledních 30 dnech pak 94,1 %, průměrný věk první injekční aplikace byl 20,2 let (Chomynová et al., 2022). Z omnibusového šetření mezi lékaři ČR, které probíhalo v roce 2020 dosáhly odhady LDR 36–41 000, uživatelé opioidů tvoří 18–20 000 a uživatelé pervitinu 19–21 000. Šetření probíhá také mezi lékaři pro děti a dorost, přičemž odhad osob do 18 let užívající rizikově opioidy a pervitin je přibližně 5–6 000 (Mravčík, 2021).

### 2.3.3 Rizikové užívání drog v Praze

Hlavní město Praha patří mezi region s největším počtem LDR. V roce 2021 byl odhad počtu LDR stanoven na 11 200, z toho 6 000 uživatelů opioidů (2 000 heroinu, 3 800 buprenorfinu a 800 jiných opioidů) a 4 500 pervitinu. Odhadovaný počet LDI byl 10 100. Počet LDR v Praze tvoří 24,9 % z počtu z celé ČR. V roce 2021 došlo k meziročnímu poklesu populace LDR (graf 9), každopádně je nutné přihlídnout k tomu, že na odhadovaný počet problémového užívání má vliv řada faktorů jako je malá velikost souborů pro odhad multiplikátoru a změny v nízkoprahových centrech, které mohou působit na počty klientů v evidenci (Chomynová et al., 2022). V roce 2019 také došlo k revizi odhadů v Praze za období 2009–2018, což vedlo k ovlivnění celkového počtu LDR v ČR (Mravčík et al., 2020). Tato revize proběhla na základě studie Sopka, Škařupové, Nečase & Mravčíka (2016), ve které došlo k odhadu počtu LDR v Praze pomocí upravené metody zpětného záchytu, ta, na rozdíl od dříve užívané nominační metody, bere v úvahu pravděpodobnost, že jeden klient využívá více nízkoprahových služeb na daném území a dochází tak k možnému překryvu klientů napříč službami. Oproti jiným krajům ČR je v Praze vyšší výskyt uživatelů opioidů nad uživateli pervitinu (Chomynová et al., 2022).

Graf 9: Prevalence lidí užívající drogy rizikově v letech 2012–2021 v Praze a ČR (Chomynová et al., 2022)



Studie prevalenčního odhadu mladých uživatelů uvedla, že na území hlavního města Prahy se vyskytuje 1 190 mladistvých, kteří alespoň jednou v životě vyzkoušelo kokain, aktuálních uživatelů pervitinu je odhadováno na 220 a uživatelů heroinu a jiných opiátů na 540, zkušenost s injekční aplikací nějaké drogy má přibližně 220 mladých (Rolová, Miovský & Barták, 2018). V kontaktu s terénními programy, které působí na pražském území, je mladých uživatelů minimum. Jak ukázal výzkum Herzog, Kocián & Plaček (2019) populace LDR (resp. LDI) stárne, průměrný věk uživatelů služby v roce 2019 činil 37, 2 let, což je téměř o 10 let více než v roce 2008. Mezi respondenty bylo méně než 8,5 % mladších 26 let a 0,58 % byli klienti mladší 20 let. Průměrný věk respondentů dotazníkové studie Multiplikátor 2022 byl 37,7 let (Chomynová et al., 2022).

V souvislosti se stárnutím populace uživatelů, rizikovými vzorci užívání a prodlužující se délkou drogové kariéry dochází ke zhoršování jejich zdravotního a duševního stavu i sociální situace (Herzog, Kocián & Plaček, 2019; Havlíková, 2020). Narůstá počet uživatelů, kteří vykazují duševní onemocnění a nejsou v psychiatrické péči. Síť zdravotní péče pro uživatele NL je v Praze značně nedostatečná, jedná se převážně o péči gynekologickou, chirurgickou, dermatovenerologickou, stomatologickou, nedostatek je také praktických lékařů (Havlíková, 2020). Mezi nejčastější somatické komorbidity patří infekční onemocnění, jako je virová hepatitida typu C a HIV, infekce v místě vpichu, kožní problémy a defekty, akutní systémové infekce způsobené nesterilní injekční aplikací, stomatologické problémy, dále také celková slabost organismu, únava, úbytek na váze a bolesti těla. Tyto příznaky mohou poukazovat na různá onemocnění a poruchy orgánových systémů. U žen se mimo to vyskytují poruchy menstruačního cyklu. Ze vzorku 240 pražských LDR jich 58,8 % vyhledalo zdravotní péči v posledním roce, 29,2 % pak bylo převezeno do nemocnice záchrannou službou (Mravčík, Mladá & Drbohlavová, 2018). K zhoršení situace došlo i v oblasti bydlení, počet LDR bydlících v bytě od roku 2008 značně klesnul, a to ze 76 % na 28,01 %. Více jak polovina respondentů (51,5 %) uvedla, že aktuálně patří mezi osoby bez přístřeší (Herzog, Kocián & Plaček, 2019).

Otevřená drogová scéna se v posledních letech v Praze proměňuje, dochází k přesunu klientů z centra, kde terénní programy zaznamenávají pokles kontaktů i výměn injekčních setů, klienti se více vyskytují v odlehlejších částech Prahy a narůstají sekundární výměny, kdy v rámci kontaktu mění jeden klient více injekčního materiálu pro více lidí (Herzog, Kocián & Plaček, 2019). Napříč kraji je zaznamenávána zhoršující se kvalita pervitinu, klienti přechází k jiným látkám, často také k polymorfnímu užívání (Havlíková, 2020; Černíková, Dárek & Klíma, 2021).

## 2.4 Skrytá populace a obtížně dosažitelné skupiny

U skrytých či obtížně dosažitelných skupin se vyskytuje vyšší míra stigmatizace, jsou to například osoby s nízkým socioekonomickým postavením, sociálně vyloučené skupiny, etnické menšiny a migranti, lidé bez domova, uživatelé NL, lidé pracující v sexbyznyse, lidé v konfliktu se zákonem, komunita LGBTQ, HIV pozitivní, oběti domácího násilí, děti a dospívající, lidé s mentálním a zdravotním postižením, lidé s duševním onemocněním, ale



také senioři a mnohé další. Než na prostý výčet je však vhodnější se zaměřit na příčiny skrytosti a vlastnosti a znaky skupiny, což může dopomoci k vhodným způsobům kontaktování i práci s těmito lidmi (Bracketz, 2007; Pančocha & Nepustil, 2012).

Skrytou populací uživatelů NL se rozumí osoby, jež „nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně–sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně–výchovnými programy“ (Kalina et al., 2001). Do kontaktu se službami se často dostávají až ve chvíli, kdy jsou u nich rozšířeny mnohočetné sociální a zdravotní komplikace (Pančocha & Nepustil, 2012). Problémové užívání má přirozenou tendenci zůstat skryté, právě kvůli této skryté povaze jsou LDR těžko přístupnou skupinou (Hrdina & Korčišová, 2003), nevyskytuje se u nich motivace k účasti na výzkumu, bývají skeptičtí, podezíraví a veškerý kontakt zpravidla odmítají (Miovský, n.d.). Mezi skrytou populací lze na drogové scéně řadit experimentátory (převážně mladí lidé, kteří mají prvotní zkušenosti s NL), tzv. „děti ulice“ (přechodně se vyskytují na drogových bytech, přičemž se jedná o experimentátory i pravidelné uživatele), pravidelné uživatele bez motivace kontaktovat pomáhající služby (jejich sociální a zdravotní situace to nevyžaduje) a LDR, kteří o služby mohou mít zájem, nicméně je často nejsou schopni vyhledat a využít (Hrdina & Korčišová, 2003). Ačkoliv je možné, že pro těžko dosažitelné skupiny žádné služby nejsou k dispozici, častěji spíše tito lidé k již existujícím službám nemají přístup, anebo je z různých důvodů nechtějí využít. Míra obtížnosti určitou skupinu kontaktovat však nezávisí pouze na jejich specifických vlastnostech, ale také na schopnosti, snaze a chuti profesionálů se o ni zajímat (Bracketz, 2007). Informací o užívání NL ve specifických skupinách a skrytých populacích v ČR je velmi malé množství (Černíková, Dárek & Klíma, 2021).

Na těžko dosažitelnou populaci uživatelů drog se zaměřují převážně terénní programy (TP), které své služby poskytují v přirozeném prostředí uživatelů (Hrdina & Korčišová, 2003), řídí se principy harm reduction (HR), tedy zmírňováním nepříznivých zdravotních, sociálních i ekonomických důsledků užívání drog (IHRA, 2010). TP jsou mnohdy prvním zařízením, se kterým uživatelé přicházejí do styku, pracovníky je zde odbourávána stigmatizace a dochází k postupnému budování důvěry mezi nimi a klienty. Klientům jsou nabízeny adekvátní potřebné informace, sociální a zdravotní poradenství, výměna injekčního náčiní a distribuce dalšího materiálu k minimalizaci rizik, poradenství, krizová intervence a další. Mimo to dochází pracovníky k monitorování drogové scény a současných trendů a ochraně veřejného zdraví (Hrdina & Korčišová, 2003). Cílem terénních programů je dle „Standardů odborné způsobilosti“ působit na motivaci klienta takovým způsobem, aby byl veden ke změně životního stylu, zmírnil rizikové chování, případně vyhledával další odborné služby (Libra, 2015).

Pro kontaktování skryté populace jsou často využíváni bývalí uživatelé, kteří mohou být v TP či nízkoprahových kontaktních centrech (KC) zaměstnání jako peer pracovníci (Libra, 2003). V kontextu ČR jsou peer pracovníky myšleni lidé, kteří se na poli drogové scény pohybují jako pracovníci, ačkoliv mohou být stále aktivními uživateli, jsou určitým způsobem stabilizovaní (Hrdina & Korčišová, 2003), mají tedy stejné postavení v komunitě uživatelů a obdobnou zkušenost jako členové komunity (Greer et al. 2016). Jejich role je velmi důležitá z několika důvodů. Jejich znalost drogové scény a života za ní je nepřenosná,

díky tomu, že byli, a stále jsou její součástí, stávají se cennými informátory o tom, jak tato scéna vypadá. Mají také možnost kontaktovat, pomáhat a navazovat do služeb jedince, ke kterým se tyto služby nedostávají. Dalším důvodem je jejich zkušenost a povědomí o tom, co cílová skupina uživatelů potřebuje, čímž je možné vytvářet co možná nejefektivnější zásahy do života cílové skupiny. Nejen z těchto důvodů jsou peer pracovníci nenahraditelnou součástí programů HR, které jsou při práci s uživateli drog primární. Peer pracovníci jsou schopni si mnohem snadněji zajistit přístup k nejvíce ohrožené populaci uživatelů drog, stejně tak k uživatelům mladým či novým (EDCD & EMCDDA, 2011).

Tak jako TP se na skrytou populaci zaměřují i KC, ty disponují vlastním zázemím, díky kterému mohou nabízet širší spektrum služeb. Mezi používané metody práce patří zejména kontaktní práce zaměřená na navázání kontaktu a budování důvěry s klientem, výměnný program a další činnosti HR, informační servis, základní zdravotní ošetření, poradenství pro uživatele i jejich blízké, sociální práce, krizová intervence, potravinový a hygienický servis (Janíková, 2008).

K cílové klientele NZDM patří děti a mladiství, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a jsou ohroženi rizikovými jevy, mezi které lze zařadit problematické vztahy v rodině a vzdělávacích institucích, záškoláctví, diskriminaci, nízkou životní úroveň, negativní vlivy vrstevníků, rizikové vzorce chování (užívání NL, sexuálně rizikové chování, delikvence aj.), či nevhodné trávení volného času apod., jedná se tedy o jednu z obtížně dosažitelných skupin. Pro kontaktování této populace využívají pracovníci NZDM formu terénní práce, informační kanály a aktivity, distribuci informačních materiálů v místech a institucích, kde se cílová skupina pohybuje. Nicméně klienti do služby mohou vstupovat taktéž na základě doporučení od orgánů sociálně–právní ochrany dětí (OSPOD), probační a mediační služby, školy a dalších služeb návazné péče (ČAS, 2008).

## 2.5 Analýza potřeb a metoda Rapid Assessment and Response

### 2.5.1 Analýza potřeb

Analýza potřeb je jedním z šesti hlavních typů evaluace, umožňuje identifikovat nesoulad mezi aktuálním stavem a cílovými potřebami, tudíž do jaké míry poskytované služby odpovídají na potřeby a co je nutné změnit pro jejich pokrytí. Tyto výzkumy často bývají jediným nástrojem, jak mohou klienti vyjádřit názor na poskytovanou službu a na potřebu nových služeb (WHO, 2000). Zásadní význam spočívá v získání zpětné vazby o efektivitě intervencí daného programu a z toho plynoucích zjištění o možném zlepšení (Marsden, Ogborne, Farrell & Rush, 2000). Pomocí analýzy potřeb uživatelů NL je možné zjistit charakter a míru problémů souvisejících s užíváním v dané komunitě a jejich relativní potřebu léčebných služeb, také zda současné služby odpovídají na potřeby cílové skupiny a do jaké míry, zda intervence zasahují cílovou skupinu, jsou implementovány dle plánu a nakolik jsou efektivní (WHO, 2000a).

K hlavním činnostem dle Marsden, Ogborne, Farrell & Rush (2000) v rámci analýzy potřeb patří:

- určení geografických hranic populace, u které má dojít k posouzení potřeb;
- využití již vzniklých dat o populaci (prevalence a incidence určitých problémů cílové skupiny);
- využití nepřímých odhadů prevalence a incidence konkrétních problémů za pomoci indikátorů;
- speciální populační šetření;
- zjištění očekávání od služeb pomocí ohniskových skupin s jedinci, kterých se téma týká (zřizovatelé, odborníci, uživatelé služeb);
- prozkoumání organizace služeb v podobných prostředích;
- studium literatury, které se zabývá efektivností nákladů u intervencí;
- identifikace stávajících služeb a jejich zkoumání;
- zpracování doporučení na zvětšení léčebného pokrytí, účinnosti a efektivity služeb.

V rámci metody komunitní analýzy služeb se zaměřením na klienta (KAPZK) se zkoumají základní informace o klientovi, jeho chování ve vztahu k návykovým látkám a informace o potřebných intervencích, díky kterým mohou vycházet najevo případné nedostatky v existujících službách (WHO, 2000a). Analýza potřeb by měla být flexibilním a kontinuálním procesem zaměřujícím se na nové trendy ve vzorcích užívání u cílové skupiny, stejně tak na vztah užívání a dalšího rizikového chování. Dále také na změny v zeměpisném rozšíření a koncentraci konzumace NL, změny v poptávce po službách, bariéry pro vstup do léčby. Neméně pak na protidrogovou politiku, organizaci a možné prostředky sociálních a zdravotních služeb a na nové efektivní intervence (Marsden, Ogborne, Farrell & Rush, 2000).

## 2.5.2 Metoda Rapid Assessment and Response

Metoda rychlého posouzení neboli Rapid Assessment and Response (RAR) je prostředkem, jak provést komplexní posouzení konkrétního problému veřejného zdraví. Zaměřuje se na zjištění rozsahu a charakteristiky sociálních a zdravotních problémů, prostředí a rizikového chování dané skupiny populace, a také na usnadnění určení potřeb, proveditelnosti a vhodnosti intervencí, které pomáhají při plánování, vývoji a realizaci programů, díky kterým může dojít ke zlepšení těchto problémů (Stimson, Fitch & Rhodes, 1998; Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998; Malcolm & Aggleton, 2004). RAR byla vytvořena jako metodika analýz potřeb za účelem zhotovení sjednoceného nástroje u různých cílových skupin. Hojně se využívá ve výzkumech uživatelů NL se zaměřením na intravenózní aplikaci (Stimson, Fitch & Rhodes, 1998), rizikové sexuální chování (Rhodes, Fitch & Stimson, 2002), ohroženou mládež (Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998), anebo například na trendy na drogové scéně, tzv. trendspotting (EMCDDA, 2018).

Mezi charakteristické rysy RAR patří (Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998):

- rychlost – čas je důležitou proměnnou při řešení rychle se rozvíjejících zdravotních a sociálních problémů, které jsou typické pro užívání NL, k dynamickým změnám dochází také ve vzorcích a trendech užívání a skrze RAR je možné těmto jevům porozumět v krátkém časovém úseku;
- efektivita nákladů – využití výzkumných technik, které umožňují získat velké množství dat z cenově přístupných zdrojů, čímž se lze vyhnout rozsáhlým technikám náročným na práci a čas;
- praktický význam pro intervence – RAR pomáhá při rozhodování o potřebě, proveditelnosti a relevanci intervencí;
- využití existujících dat – získávání nových dat se děje až v případě, kdy stávající informace jsou nedostačující a neadekvátní;
- posílení místních reakcí – může pomoci identifikovat a zapojit klíčové osoby místní komunity, ti mohou pomoci k rozvoji intervencí, posílení jejich významů a použitelnosti v praxi;
- použití více metod a zdrojů dat – kombinací různých metod a zdrojů dat může dojít k širšímu a komplexnímu obsáhnutí aspektů sociálních problémů, obzvláště těch, které mají tendenci zůstat skryté a jsou citlivé povahy;
- induktivní přístup – formulace závěrů probíhá od jednotlivých k obecným na základě shromažďování a křížové kontroly široké škály dat;
- zkoumání mnoha úrovní společnosti – RAR se nezaměřuje pouze na jednotlivce, ale také na úroveň komunity a sociální a ekonomické prostředí, na užívání NL je nutné pohlížet v historických, kulturních, náboženských, sociálních a politických kontextech;
- adekvátnost – spolehlivost a validita výzkumu je zajišťována triangulací dat křížovou kontrolou a metodami.

K nejužitečnějším metodám pro posouzení požadovaných potřeb a zdrojů pro budoucí intervence patří analýza stávajících dat a zdrojů, dále sběr nových dat převážně pomocí kvalitativních technik například rozhovory (s klíčovými informátory, klienty stávajících služeb a uživateli, kteří se službami nejsou v kontaktu), fokusními skupinami, pozorováním, průzkumy, narativními metodami, případovými studiemi, ale také kvantitativními rychlými průzkumy (EMCDDA, 2018). Ke sběru dat informací jsou navrženy různé metody, výběr té konkrétní závisí na výzkumných otázkách, které jsou řešeny a na druhu požadovaných dat, typicky dochází ke kombinacím různých metod, čímž se také zvyšuje validita výzkumu (Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998).

## 3 Praktická část

### 3.1 Cíle výzkumu

Výzkumem měla být ověřena hypotéza, že zastoupení mladých dospělých klientů v nízkoprahových adiktologických zařízeních se snižuje v důsledku stárnutí uživatelů, nikoliv kvůli špatnému pokrytí mladých dospělých LDR (mLDR) těmito službami. S tím souvisí nastavení stávajících služeb, případně jejich úprava pro vykrytí poptávky ze strany mLDR. Navázání kontaktu s touto cílovou skupinou pracovníky nízkoprahových služeb by mělo nejen budovat motivaci k méně rizikovým formám užívání NL, předcházet šíření infekčních onemocnění a dalších zdravotních a sociálních aspektů plynoucích z rizikového užívání, ale také umožnit snazší vstup těmto uživatelům do adiktologických služeb.

Primárním cílem výzkumu byla analýza potřeb populace mladých dospělých uživatelů nelegálních NL v Praze, kteří odpovídali definici rizikového užívání EMCDDA. Mezi dílčí cíle patřila identifikace vzorců užívání této populace, zmapování vztahu k návykovým látkám a potřeb ve vztahu k nízkoprahovým adiktologickým službám. Výsledky výzkumu měly být podnětem pro zlepšení stávajících poskytovaných služeb.

### 3.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou vzorce užívání mLDR?
2. Jaká je jejich informovanost o nízkoprahových adiktologických službách?
3. Jsou tyto služby pro cílovou skupinu dostupné?
4. Odpovídají poskytované služby nízkoprahových zařízení potřebám cílové populace? Pokud ne, z jakých důvodů a jak by měly vypadat, aby odpovídaly jejich potřebám?

### 3.3 Charakteristika a výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen populací mLDR a klíčovými informanty, ti sloužili jako zdroje nových poznatků o dané problematice. Výběr výzkumného souboru probíhal metodou záměrného (účelového) výběru, jedná se o hojně používanou metodu, kdy jsou záměrně vyhledáváni respondenti s určitým jevem či stavem, vybraní účastníci tak splňují předem definovaná kritéria (Miovský, 2006). Účelový výběr sice neumožňuje generalizaci výsledků, nicméně může přinést užitečné závěry v kontextu specifického zkoumaného fenoménu (Disman, 2000).

#### 3.3.1 Populace mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově

Základním souborem byla populace mladých dospělých lidí ve věku 15–24 let užívající drogy rizikově dle definice EMCDDA žijící na území hlavního města Prahy. Jednalo se jak o populaci v kontaktu s nízkoprahovými adiktologickými službami, tak skrytou populaci. Skrytou populací uživatelů NL se rozumí osoby, jež nejsou v kontaktu

s existujícími zdravotními, zdravotně–sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně–výchovnými programy (Kalina et al., 2001).

Mladí dospělí v kontaktu s nízkoprahovými adiktologickými zařízeními byli vybráni z důvodu zmapování vzorců užívání u této skupiny, lepšího pochopení jejich potřeb a porozumění motivace pro vstup a využívání adiktologických nízkoprahových služeb. Dále také na základě předpokladu, že by mohli být v kontaktu se skrytou populací, zprostředkovat její navázání a zároveň dát tipy, jak tuto potenciální klientelu efektivněji kontaktovat. Výběr účastníků probíhal za pomoci pracovníků nízkoprahových služeb Progressive, o. p. s., kteří v roli gatekeeperů doporučili a zprostředkovali navázání klientů služby, případně se sami chopili polostrukturovaných rozhovorů. Dále bylo využito znalostí a kontaktů peer pracovníků.

Na zachycení skryté populace byla použita metoda sněhové koule, ta se využívá jako prostředek pro navázání kontaktu s cílovou skupinou výzkumu, přičemž jedna osoba zprostředkuje přístup k dalším osobám, ti k dalším, a tak dále (Hartnoll, 2003). Výběr souboru probíhal v několika fázích, jak uvádí Hartnoll (2003), existuje fáze předcházející vlastnímu výběru účastníků, takzvaná „přednultá fáze“. Během této části výzkumu byli formou e–mailové komunikace osloveni pracovníci pražských KC a TP pro uživatele NL a pracovníci NZDM s prosbou o osobní setkání. Na osobní schůzce s pracovníky byl podrobně představen výzkum, jeho cíle, účel i náplň, stejně tak jim byla vysvětlena jejich role tzv. „gatekeeperů“ v něm, tudíž oprávněných osob kontrolující přístup k informacím, osobám, skupinám či místům, kteří doporučí již navázané klienty služby tzv. „sponzory“. Sponzoři by umožnili výzkumníkovi snadnější přístup k respondentům (Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998). Současně byly zjišťovány tipy na místa, kde se mladiství scházejí a tráví volný čas. Navázání klientů služeb v roli sponzorů byli seznámeni s povahou výzkumu, ujištění o zachování anonymity a dotazování, zda mají v okolí někoho, kdo by splňoval kritéria výzkumu. Dále zda by byli ochotni zprostředkovat osobní kontakt s potenciálními participanty, anebo alespoň sdílet, kde se tito lidé vyskytují, scházejí a jak by tuto skupinu bylo možné kontaktovat. Díky tipům získaných od gatekeeperů a sponzorů bylo možno potenciální respondenty kontaktovat přímo v terénu. První kontakt s možnými respondenty byl vyhledáván také na místech, kde byl předpoklad vyššího výskytu mladých uživatelů, jednalo se hlavně o kluby zaměřené na taneční elektronickou hudbu. Vstupy do klubů proběhly ve dnech nejvyšší návštěvnosti (pátek a sobota), na těchto akcích byli aktivně osloveni účastníci a v případě splnění vstupních kritérií požádáni o účast ve výzkumu.

Pro zařazení respondentů do výzkumu byla stanovena následující kritéria:

- věk 15–24 let;
- místo pobytu Praha;
- užívají alespoň jednou týdně a/nebo injekčně drogy opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu;
- souhlasí s účastí na výzkumu.

Bylo osloveno 18 mladých dospělých (8 z nich bylo v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními a 10 ze skryté populace), 12 oslovených nesouhlasilo s účastí na výzkumu, a

tudíž s nimi rozhovor nemohl proběhnout, 6 z nich s účastí souhlasilo a byli zahrnuti do šetření.

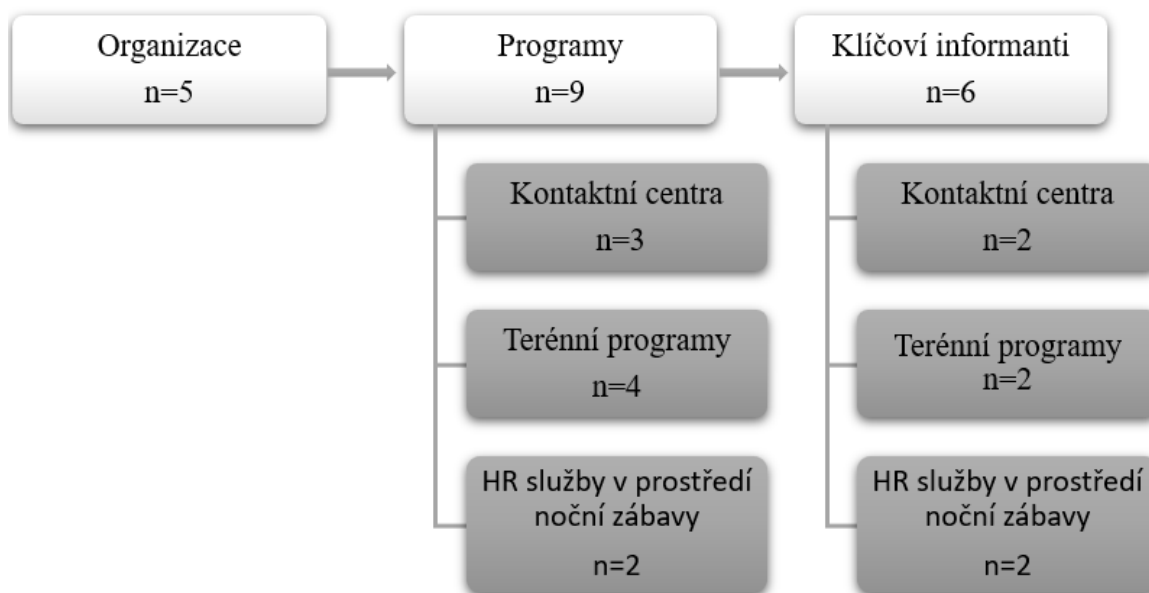
### 3.3.2 Klíčoví informanti

Klíčové informanty tvořilo několik skupin osob, mezi které byli zařazeni odborníci, kteří s cílovou skupinou mohou přijít do kontaktu a jsou tak způsobilí popsat a posoudit sledovanou problematiku. Začlenění byli pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele NL, pracovníci NZDM, pracovníci nízkoprahového denního centra (NDC) pro mladé lidi bez domova, pracovníci OSPOD, příslušníci policie ČR. Dále také peer pracovníci, jenž jsou zvěhlí ve vývoji a aktuálním dění na drogové scéně.

#### *Pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek*

Tento soubor byl tvořen pracovníky KC, TP a HR programů působících v oblasti noční zábavy (HRNZ). Metodou totálního výběru (Miovský, 2006) byly osloveny organizace působící na území hlavního města Prahy, a to Progressive, o. p. s., Sananim, z. ú., Drop In, o. p. s., Semiramis, z. ú. a Společnost Podané ruce, o. p. s. Pomocí e-mailu jim byla představena povaha diplomové práce a její cíle, současně byly požádány o účast ve výzkumu. Pracovníci z organizací se pak na základě vlastního zájmu mohli do šetření přihlásit, výběr účastníků tedy probíhal metodou samovýběru (Miovský, 2006). Na schématu níže lze vidět počet kontaktovaných organizací a programů a počet klíčových informantů, kteří se zkoumáním zúčastnili.

Schéma 1: Flow diagram – nízkoprahové služby pro uživatele NL



#### *Pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*

Na stejném principu jako pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele NL byli vyhledáni pracovníci NZDM jakožto odborníci pracující s dětmi a mladistvými, kteří jsou

ohrožení rizikovými jevy. Do oslovených organizací spadaly – Dům dětí a mládeže Praha 3 – Ulita, Husitské centrum, o. p. s., R–Mosty, z. s., Teen Challenge International ČR, Prev–Centrum, z. ú., YMCA Praha, Salesiánské středisko mládeže – středisko volného času, o. p. s., Proxima Sociale, o. p. s., Komunitní centrum Motýlek, z. ú., Neposeda, z. ú., Jahoda, z. ú. Schéma 2 ukazuje množství kontaktovaných organizací i jednotlivých programů a klíčové informanty, kteří se přihlásili do výzkumu.

Schéma 2: Flow diagram – nízkoprahová zařízení pro děti a mládež



#### *Pracovníci denního centra pro mladé lidi bez domova*

Osloveno bylo taktéž NDC Bolzanova organizace Naděje, jedná se o jediné pražské specializované NDC pro mladé lidi bez domova. Tato služba byla kontaktována z důvodu vyšší míry užívání NL u lidí bez přístřeší, s osobním setkáním a účastí na výzkumu souhlasil jeden z pracovníků.

#### *Pracovníci orgánu sociálně–právní ochrany dětí*

Sociálně–právní ochrana dětí (SPOD) se zaměřuje mimo jiné na děti užívající alkohol nebo NL, a ty které jsou ohroženy závislostí a dalšími rizikovými formami chování (Zákon č. 359/1999 Sb.), z toho důvodů byli i zaměstnanci OSPOD zahrnuti do šetření. S žádostí o účast na šetření byly obeslány kontaktní osoby OSPOD jednotlivých pražských správních obvodů, tedy Prahy 1 – Prahy 22, přičemž k osobní schůzce a sdílení zkušeností z praxe dali svolení dva zaměstnanci.

#### *Příslušníci policie České republiky*

Na rozdíl od ostatních zástupců z řad institucí byli příslušníci policie vybíráni, krom metody záměrného výběru, také metodou sněhové koule (Miovský, 2006). První kontakt byl zprostředkován pracovníkem TP, po proběhlém interview byl policista požádán o doporučení dalšího účastníka, takto se podařilo získat data od čtyř příslušníků pražské policie z různých městských částí.



## *Peer pracovníci*

Pro výběr participantů z řad peer pracovníků byla použita metoda záměrného výběru přes instituce (Miovský, 2006), nejprve byly kontaktovány programy Fixpoint Progressive, o. p. s., projekt XTP Terénního programu Sananim, z. ú. a Terénní program Drop In, o. p. s. Těm byla představena povaha závěrečné práce a peer pracovníci se na základě vlastního zájmu, tedy samovýběrem, mohli do výzkumu přihlásit, z uvedených programů se do výzkumu přihlásili dva peer pracovníci.

### 3.4 Metody tvorby dat

Ke sledování výzkumného cíle byla pro tvorbu dat použita metodika RAR, kterou vyvinula Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) specificky pro kvalitativní studie menšího rozsahu zaměřené k určitému problému. Mezi přednosti této metody patří rychlost, pragmatismus, nenákladnost a plastičnost. Základním principem při tvorbě dat pomocí metodiky RAR je sběr informací z různých zdrojů a odlišnými metodami, jež jsou spolu kombinovány a vzájemně se doplňují (Stimson, Fitch & Rhodes, 1998). Jádrem výzkumu byla data z polostrukturovaných interview s populací mLDR a klíčovými informanty, dále analýza již existujících dat a zúčastněné pozorování.

#### 3.4.1 Existující data

Existující data umožňují výzkumníkovi aplikovat poznatky, pro které by neměl prostředky, zdroje, anebo kapacitu. Pomáhají mu v orientaci, pochopení vývoje, kontextu a vhodnému zvolení dalších metod pro výzkum. Lze sem zařadit informace od jiných výzkumníků, rutinně sebraná data od vlády, sociálních a zdravotních služeb, policie a dalších organizací (Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998). Pro účely výzkumu byla použita tato veřejně dostupná data – výzkumy zabývající se problematikou užívání u mLDR, výroční zprávy neziskových organizací, které zajišťují nízkoprahové služby pro uživatele NL, Souhrnná zpráva o závislostech v České republice, Strategie hl. m. Prahy pro oblast závislostního chování na období 2022–2027, Analýza situace v oblasti užívání NL s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze, Analýza dostupnosti adiktologických služeb a potřeb klientů těchto služeb v Hlavním městě Praze, Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027, Akční plán politiky v oblasti závislostí 2023–2025 a Statistická ročenka hl. m. Prahy.

#### 3.4.2 Polostrukturované rozhovory

S respondenty a klíčovými informanty, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, proběhly polostrukturované rozhovory, ty obsahovaly předem připravené okruhy témat a otázky vycházející z výzkumných otázek. Tento druh rozvoru výzkumníkovi umožnil zaměřovat pořadí dotazů a také se dle situace na některé oblasti podrobněji doptávat, zároveň struktura rozhovorů ulehčila jejich srovnání (Miovský, 2006). Rozhovory trvaly v rozmezí 30–90 minut, sběr dat probíhal během března 2022 – ledna 2023 na různých městských částech

prostřednictvím osobního setkání vždy dle dohody s respondentem/klíčovým informantem. Vzhledem k povaze výzkumu a sběru citlivých údajů byla vybírána taková místa, aby se účastníci cítili dobře a bezpečně. Hlavní informace byly zapisovány do záznamového archu, který sloužil jako osnova pro tazatele, zároveň bylo celé interview nahráváno na diktafon. Před každým rozhovorem byli dotazovaní obeznámeni s povahou výzkumu, jeho účelem, náplní a cíli, byla též zdůrazněna anonymní povaha výzkumu. Účastníci byli seznámeni s pravidly výzkumu a jejich účastí ve studii, dále od nich byl získán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, jehož součástí byl též souhlas s nahráváním rozhovoru. Veškeré dotazy týkající se výzkumu byly respondentům zodpovězeny, v závěru bylo ověřeno, zda jsou dotazovaní v pořádku a nenachází se ve stavu, který by potřeboval další intervenci.

#### *Populace mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově*

Otázky polostrukturovaného rozhovoru (příloha 1) byly rozděleny na čtyři hlavní okruhy, v úvodní části byly získávány základní sociodemografické údaje, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, bydliště a současný stav na trhu práce. Druhá část mapovala vzorce užívání NL, otázky se vztahovaly ke frekvenci a množství užívaných látek, prvnímu užití a následnému vývoji, délce užívání, způsobů aplikace, metodám obstarávání NL, kombinování látek, injekčnímu užívání (první užití, délka trvání, četnost, získávání injekčního materiálu, jeho likvidace, sdílení stříkaček či dalších parafernálií), jinému rizikovému chování a bio–psycho–sociálním důsledkům užívání. Třetí okruh byl zaměřen na získání informací ohledně potřeb cílové skupiny v souvislosti s nízkoprahovými adiktologickými službami. Otázky se zaměřovaly na vztah k stávajícím službám, jejich atraktivnost, dostupnost a využívání, případně na zkušenosti respondentů s nimi. Dále také na to, co by od služeb potřebovaly, jakým způsobem by se o nich měli dozvědět, jakou nabídku HR materiálu a služeb by ocenili, případně jaké překážky k využívání služeb vnímají. Závěr rozhovoru byl soustředěn na mapování drogové scény mLDR.

#### *Klíčové informanti*

Pro klíčové informanty ze služeb a institucí byl vytvořen soubor 5–10 otázek (příloha 2), ten zpočátku mapoval pohlaví, věk, vykonávanou pozici a dobu působení na této pozici. Podstatou rozhovoru bylo hodnocení drogové scény v Praze a jejího vývoje s ohledem na mLDR, dále zkušenosti pracovníků s cílovou skupinou a možné postupy práce s ní, případně hodnocení atraktivnosti a potřebnosti nízkoprahových služeb pro mLDR.

### **3.4.3 Zúčastněné pozorování**

Pozorování lze pokládat za nejběžnější metodu sběru dat, během které badatel pozoruje, poslouchá a zaznamenává, co se děje kolem něj. Při zúčastněném pozorování má aktivní úlohu výzkumník, přičemž se zaměřuje na předem definované podněty (Howard, Rhodes, Fitch & Stimson, 1998). V rámci zúčastněného pozorování byla mapována pražská drogová scéna se zaměřením na mLDR. To bylo prakticky prováděno tak, že se řešitel výzkumu exponoval místům na základě vlastního úsudku a doporučení od respondentů a klíčových informantů. Zaznamenáván byl výskyt potenciálních mLDR či skupin

mladistvých, jejich chování, vzhled a viditelné znaky užívání (jako například pohybové stereotypy a řeč).

## 3.5 Metody zpracování a analýzy dat

### 3.5.1 Existující data

Existující zdroje, jež byly uvedeny v kapitole 3.5.1, byly seskupeny a následně proběhla jejich obsahová analýza se zaměřením na mLDR a nízkoprahové adiktologické služby působící v Praze, nalezené informace byly interpretovány.

### 3.5.2 Polostrukturované rozhovory

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, následně došlo k jejich přesnému přepisu do písemné podoby, po doslovné transkripci dat byly nahrávky ze zařízení smazány. Pro usnadnění analytické práce s textem byla provedena prvotní úprava rozhovorů pomocí redukce prvního řádu, došlo tedy k redukci doslovné transkripce zápisu rozhovorů do plynulejší podoby, tím byly odstraněny části, jež nesdělovaly nosné informace. Následně došlo k označení tematických celků a specifických témat pomocí barvení textu, čímž byla umožněna snadnější orientace v textu pro jeho další zpracování (Miovský, 2006).

K analýze dat byla použita metoda prostého výčtu, která formuluje vlastnosti daného jevu, tato metoda stojí na hranici mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem. V průběhu analýzy docházelo deskriptivním přístupem k systematickému organizování dat. Dále docházelo k nalézání témat a určitých souvislostí mezi nimi, k tomu byla využita metoda vytváření trsů a zachycení vzorců. Pomocí metody vytváření trsů dochází k seskupování určitých složek do skupin na základě podobnosti či společných znaků, z těchto základních složek jsou následně vytvořeny obecnější jednotky. Metoda zachycení vzorců se zaměřuje na vyhledávání a zaznamenávání opakujících se témat, v datech jsou tak vyhledávány obecné struktury (vzorce), čímž dochází k redukci obsáhlých odpovědí respondentů a jejich shrnutí na základě podobností či odlišností. Takto nalezené vzorce se pak s novými tvrzeními rozšiřují o další informace, mohou se vzájemně podporovat, doplňovat, či vyvracet (Miovský, 2006). K vyobrazení některých důležitých výsledků byly vytvořeny plošné grafy za použití výše popsaných metod, ty udávají hodnoty identifikovaných opakujících se prvků a pomohou čtenáři v lepší orientaci.

### 3.5.3 Zúčastněné pozorování

Data ze zúčastněného pozorování byla analyzována metodou prostého výčtu (Miovský, 2006).

## 3.6 Etické aspekty

K základním etickým zásadám, ze kterých by se při výzkumu mělo vycházet, patří úcta k lidem, snaha konat dobro a nekonat zlo, tedy k jedincům přistupovat s respektem,

maximalizovat potenciální přínos a minimalizovat možnou újmu (Hartnoll, 2003). Ochrana účastníků výzkumu je uskutečňována pomocí etických pravidel, která je nutno dodržovat. Zachování soukromí a emočního bezpečí patří mezi podstatné požadavky výzkumu, jelikož respondenti sdělují osobní a citlivé informace. Anonymita je nezbytná, nicméně pouhá anonymita není ideálním řešením, jelikož může být prohlédnuta na základě souvislostí, z toho důvodu je někdy nevyhnutelné změnit některé skutečnosti tak, aby ale nedošlo k narušení podstatných informací pro výzkum. Od respondentů je potřebné získat informovaný souhlas s účastí na výzkumu, kterému předchází seznámení s průběhem a okolnostmi. Účast respondentů je ryze dobrovolná, mohou si ji kdykoliv rozmyslet a mají právo na to od výzkumu odstoupit (Hendl, 2005). Informovaným souhlasem dotazovaný stvrzuje, že rozumí povaze výzkumu a je si vědom výhod i nevýhod plynoucích z účasti na něm. Tento souhlas by měl být v písemné formě, nicméně v některých případech, kupříkladu u uživatelů drog žijících na ulici, je možný ve formě ústní, pokud je dostatečně zdokumentován (třeba podobou audionahrávky při rozhovoru). U jistých skupin (dětí, osob s omezenou schopností chápat či rozumět) je nutné držet se dalších ochranných postupů, např. získat souhlas zákonného zástupce (Miovský, 2006).

Veškerí aktéři výzkumu byly obeznámeni s dobrovolnou povahou účasti, se svými právy, jako je možnost kdykoliv ze studie odstoupit, neudělit souhlas s audionahrávkou a oprávnění požádat o její zničení, anebo neodpovídat na otázku, kterou by považovali za nepřijemnou, ohrožující či z jakéhokoliv jiného důvodu by na ni nechtěli odpovídat. Před zahájením sběru dat jim byl výzkum představen, byli informováni o jeho účelu, náplni, cílech, zpracování, oprávnění seznámit se s výsledky apod. Zároveň měli prostor doptat se na cokoli, co jim bylo nejasné či se chtěli dozvědět, svou účast stvrdili informovaným souhlasem ústní formou, který byl zaznamenán na audionahrávku. Veškeré archivované informační nosiče byly zabezpečeny heslem a použity výhradně pro účely výzkumu, po analýze pak ze zařízení vymazány. Aby nedošlo k možnosti identifikovat skutečné osoby, byly skutečnosti vedoucí k prolomení anonymity odstraněny či pozměněny, každému účastníkovi byl přidělen unikátní kód, pod kterým byl ve studii veden, zároveň nebyly pozměněny skutečnosti tak, aby byly narušeny podstatné informace pro výzkum. Participantů byli v průběhu rozhovorů ochraňováni před fyzickou a duševní újmu, rozhovory probíhaly v prostředí, které pro ně bylo bezpečné a nebyla pravděpodobnost odposlechu třetí osobou. Po ukončení interview bylo ze strany tazatele ověřeno, zda jsou dotazovaní v pořádku a nenachází se v rizikovém stavu.

## 4 Výsledky

### 4.1 Existující data

Dle statistické ročenky hl. m. Prahy byl v roce 2021 počet obyvatel 1 301 432, ve věkovém rozmezí 15–24 let se jednalo o 109 150 osob (Český statistický úřad, 2022). Jak již bylo uvedeno v kapitole 2.3.2 a 2.3.3 přesný počet LDR není znám, hlavní město Praha patří mezi region s největším počtem LDR, odborné odhady uvádějí počet 11 200 (Chomynová et al., 2022). Z výzkumu Rolové, Miovského & Bartáka (2018), který se zabýval prevalenčním odhadem mladých uživatelů, vyšlo 220 aktuálních uživatelů pervitinu a 540 uživatelů heroinu a jiných opiátů na pražském území, s injekční aplikací by mělo mít zkušenost přibližně 220 mladých. V průzkumu mezi injekčními uživateli drog bylo ze souboru 342 LDI méně než 8,5 % uživatelů mladších 26 let a 0,6 % mladších 20 let (Herzog, Kocián & Plaček, 2019). Nebyly nalezeny žádné další výzkumy, které by se zaměřovaly na problémové užívání v populaci mladých dospělých na území hlavního města.

Zmírňování nepříznivých zdravotních a sociálních následků vyplývajících z užívání NL pro jednotlivce i společnost představuje klíčový prvek integrované politiky v oblasti závislostí. Tato politika má prokázaný vliv na veřejné zdraví, bezpečnost a sociální soudržnost. Jedním z hlavních rysů této strategie je nízkoprahový přístup, nízkoprahové služby jsou navrženy tak, aby byly časově a místně dostupné, flexibilně reagovaly na potřeby cílové skupiny, a ta jich mohla využívat anonymně (MHMP, 2022).

Síť nízkoprahových služeb pro uživatele drog v hlavním městě zajišťují neziskové organizace Sananim, z. ú., Drop In, o. p. s., Progressive o. p. s., Semiramis, z. ú., a Společnost Podané ruce, o. p. s., jednotlivé programy znázorňuje tabulka 1. V současné době jsou v provozu pouze dvě kontaktní centra, Kontaktní centrum Progressive bylo ke konci roku 2022 uzavřeno z důvodu výpovědi nájemní smlouvy v prostorách na Praze 5, svou činnost pracovníci přenesli do podoby terénních služeb (Progressive o. p. s., 2023). V prostředí nočního života a zábavy působí programy Partyharm reduction, Hard&Smart a Terénní program Drop In, o. p. s., ty nabízejí intervence snižující specifická rizika v tomto prostředí a odborné poradenství návštěvníkům hudebních akcí (Progressive, o. p. s., 2023; Společnost Podané ruce, o. p. s., 2023; Drop In, o. p. s., 2023). Ačkoliv se v Praze nachází několik nízkoprahových služeb, jejich kapacita je nedostatečná vzhledem k velikosti cílové skupiny (MHMP, 2022; Mravčík, Vařeková & Janíková, 2022). Nízkoprahová zařízení dlouhodobě operují s omezenými personálními i prostorovými kapacitami. Z výzkumu Petruželky, Hanzlíka & Bartáka (2022) vyplývá, že na území Prahy se vyskytuje zhruba 2 558 lidí, kteří by potřebovali využít nízkoprahových služeb, kapacita KC je dle většiny respondentů značně poddimenzovaná.

Tabulka 1: Nízkoprahové služby pro uživatele NL v Praze (Drop In, o. p. s., 2023; LSA.partners, 2023; Progressive, o. p. s., 2023; Sananim, z. ú., 2023; Společnost podané ruce, o. p. s., 2023)

Organizace	Nízkoprahová služba
Sananim, z. ú.	Kontaktní centrum
	Terénní programy
	Terénní programy 2
Drop In, o. p. s.	Nízkoprahové středisko
	Terénní program
Progressive, o. p. s.	Kontaktní centrum
	Terénní program
	Partyharm reduction
Semiramis, z. ú.	Terénní program
Společnost Podané ruce, o. p. s.	Hard&Smart

Nelze opomíjet ani další skupiny s odlišnými potřebami a vzorci užívání, které těchto služeb využívají pouze okrajově, jako například mladiství uživatelé, lidé ohrožení závislostí na legálně předepisovaných látkách a uživatelé alkoholu (MHMP, 2022). Adiktologická péče pro děti a mladistvé je v posledních letech rozvíjena, nicméně lze identifikovat nedostatek některých typů specializovaných služeb, zejména těch, které pracují na základě nízkoprahového principu a v přirozeném prostředí dětí (Mravčík, Vařeková & Janíková, 2022).

## 4.2 Soubor mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově

Soubor tvořilo 6 uživatelů, 3 byli v pravidelném kontaktu s nízkoprahovými adiktologickými službami, další 3 spadali do skryté populace. Respondentům byl přiřazen anonymní kód R1 – R6, tabulka 2 zobrazuje sociodemografické údaje, výzkumu se zúčastnili 4 ženy a 2 muži ve věkovém rozmezí 18–24 let. Dotazovaní z řad skryté populace (R4 – R6) měli stálé bydlení, oproti tomu R1 – R3 pobývali na squatu či ve stanovém městečku. Převážná část zaměstnaných pracovala brigádně, práce na hlavní pracovní poměr byla zaznamenána u R4.

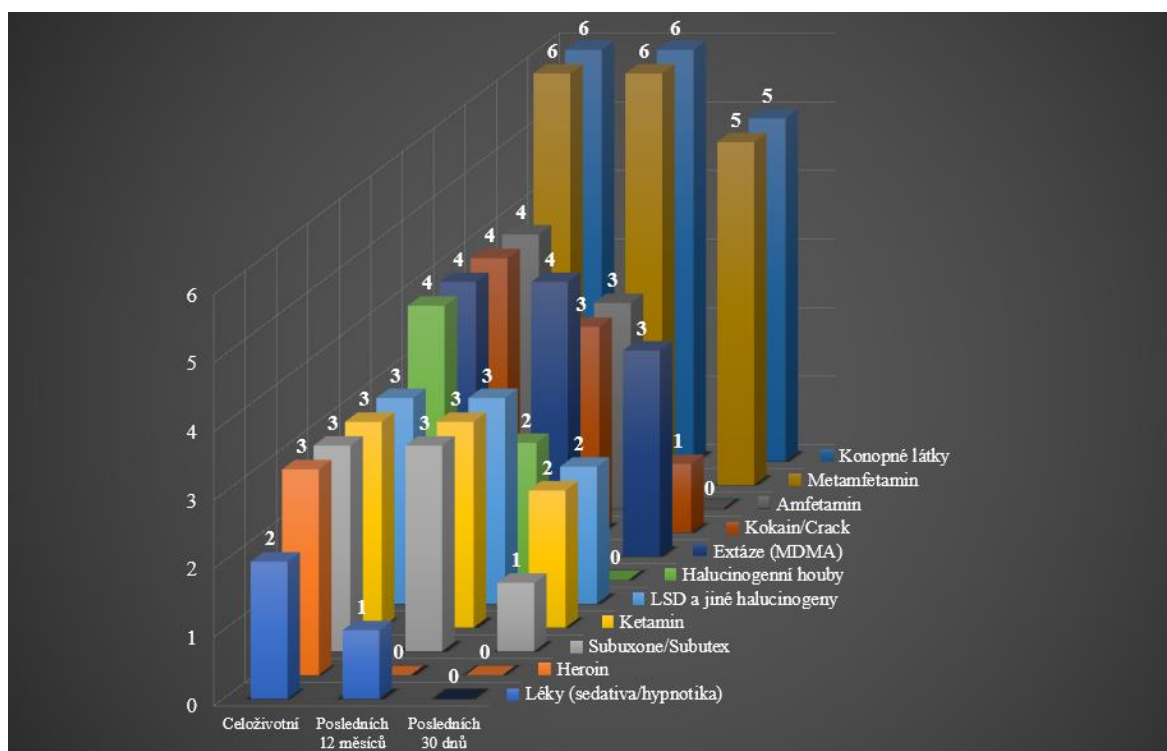
Tabulka 2: Sociodemografické údaje populace mladých dospělých LDR

Kód respondenta	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Bydlení (kde/s kým)	Stav na trhu práce
R1	Žena	22 let	Střední s vyučením	Bez domova (squat)/s přáteli	Zaměstnaný
R2	Muž	24 let	Základní	Bez domova (stanové město)/s přáteli	Zaměstnaný
R3	Žena	20 let	Základní	Bez domova (squat)/s partnerem	Zaměstnaný
R4	Žena	23 let	Základní	Byt/s rodiči	Zaměstnaný
R5	Žena	24 let	Vyšší odborné	Byt/spolubydlení	Student/zaměstnaný
R6	Muž	18 let	Základní	Byt/s rodiči	Student

#### 4.2.1 Vzorce užívání návykových látek

Graf 10 znázorňuje celoživotní i aktuální zkušenosti s nelegálními NL a léky získanými bez lékařského předpisu. U výzkumného souboru lze pozorovat široké spektrum užívaných látek, v posledních 30 dnech uvedli všichni dotazovaní taktéž užívání nikotinu a alkoholu. Dva respondenti navíc udávali aktuální užívání 2C-B, jeden měl zkušenost s DMT v posledním roce.

Graf 10: Zkušenosti s užíváním NL – celoživotní, v posledních 12 měsících, v posledních 30 dnech



Časovou osu prvního užití jednotlivých NL a prvního injekčního užití ukazuje schéma 3, u každého respondenta byla znázorněna ta látka, kterou v daném věku užil poprvé. Nejútlejší zkušenosti byly zaznamenány s cigaretami a alkoholem, z nelegálních látek pak





Tabulka 3: Aktuální užívání NL

Návyková látka	Frekvence užívání					Způsob aplikace				Typická příležitost					
	Denně	4-6x týdně	1-3x týdně	1-3x měsíčně	<1x měsíčně	Orální	Kouření	Šňupání	Injekční	Sám	Partner	Přátelé	Doma	Venku	Hudební akce
Cigarety	6						6			6			2	4	
Alkohol		1	5			6					1	5	2	3	1
Konopné látky			4	2			6			2		4	3	3	
Amfetamin				1	2			3		1		2	1	1	1
Metamfetamin	1	1	3		1			3	3	2	1	3	4	2	
Extáze (MDMA)				1	3	4						4	1		3
Kokain/Crack			1	1	1			3				3		2	1
LSD a jiné hal.				2	1	3				2		1	2	1	
Hal. houby				1	1	2						2		2	
Ketamin				2	1			2	1	1	1	1	2		1
Subuxone/Subutex			1		2				3	1	1	1	3		
Léky (sedativa/hypnotika)				1		1				1			1		

Klasickým způsobem obstarávání NL byla koupě (u 5 respondentů), někteří NL také dostávali od svých známých (4), 1 respondent uvedl výměnu NL za jiné služby. Kombinování NL při jedné příležitosti bylo možno sledovat u většiny respondentů, jediný R1 neužívá více látek najednou. R2 kombinoval NL nejčastěji v případě, pokud chtěl zmírnit účinky jedné látky či odvykací syndrom, charakteristickou situací pro něj bylo užití Subutexu po několikadenním užívání metamfetaminu. R3 neužíval běžně více látek najednou, nicméně alkohol s pervitinem byl jednou z častějších kombinací. Respondenti ze vzorku skryté populace udávali obvykle kombinování 3 a více látek najednou, ať už se jednalo o látky se synergickým účinkem, či nikoliv. Jednotlivé kombinace pak záležely na požadovaném zážitku, typu příležitosti, společnosti i dostupnosti látek. R5 se snažil vyvarovat užívání alkoholu a dalších látek dohromady, přípustná kombinace s alkoholem byla pouze u kokainu a marihuany.

Samotnou aplikaci látky považovali 4 respondenti za rituál, R4 a R5 zdůrazňovali, že na přípravu a aplikování látky potřebovali předpřípravu. Za důležité považovali klidný prostor a čisté náčiní, po aplikaci látky nejobvykleji volili polohu v leže s vyčkáváním na začátek působení, tzv. nájezd. Očekávání z aplikace se u 5 dotazovaných ne vždy potkávalo s realitou, uváděli důvody jako menší výkonnost; zaseknutí se na činnostech, které neměli v plánu; zmatenost; horší kvalita látky. Dva z respondentů uváděli, že hlavní důvod užívání některých látek (převážně amfetaminu a metamfetaminu) není motivace si vyvolaný stav užít, ale spíše využít jejich potenciál, R5 látky využíval k studijním účelům a R4 k zajištění péče o umírajícího rodiče.

Zkušenosti s injekční aplikací měli 4 respondenti – tři s intravenózní (IV), jeden s intramuskulární (IM). R1 uvedl první IV aplikaci v 15 letech, konkrétně šlo o

metamfetamin, který tímto způsobem užívá dodnes v četnosti 2x týdně, ve 22 letech udával IV užití Subuxonu, které proběhlo jedenkrát. Injekční materiál získává i likviduje na KC, sdílení injekčního náčiní negoval. R2 prvně vyzkoušel IV podání metamfetaminu v 19 letech, heroinu a Subutexu pak v 21 letech, v současnosti pokračuje v injekčním užívání metamfetaminu a Subutexu několikrát týdně. Využívá výměnného programu skrz TP i KC, zkušenost se sdílením injekčního materiálu měl jednu před půl rokem. R3 IV aplikoval metamfetamin a Subuxone, první nitrožilní podání metamfetaminu bylo v 17 letech, Subuxonu ve 20 letech, injekčně užívá přibližně 5x týdně, taktéž využívá služeb TP pro získání i likvidaci stříkaček. Se sdílením injekčních setů se setkal v nouzi, když s partnerem neměli čisté jehly. R5 opakovaně okusil IM užití ketaminu, poprvé ve 20 letech, tento způsob aplikace probíhal pouze v domácích podmínkách. Injekční materiál byl vzat od rodinného příslušníka, který se léčí s diabetem, k likvidaci byl použit taktéž jeho kontejner na infekční odpad. R5 sdílel stříkačku několikrát s dlouhodobým partnerem.

Každý z respondentů pociťoval nějaké bio–psycho–sociální důsledky (graf 11) plynoucí z užívání, nejvíce znatelné byly zdravotní/somatické následky, jako žaludeční problémy, abstinenční syndrom a zhoršení stavu pleti, z psychologických převažovala emoční nestabilita. Sociální konsekvence uváděli převážně R1–R3, přičemž se shodovali na obtížnosti rozeznat, které z důsledků souvisí s životem na ulici a které s užíváním.

Graf 11: Bio–psycho–sociální důsledky užívání

Biologické			Psychologické			
Žaludeční problémy 4	Poruchy spánku 3	Abstinenční syndrom 4	Emoční nestabilita 4	Psychotické stavy 2	Únavu 3	
Zhoršení pleti 3	Váhové výkyvy 2			Úzkostné stavy 2		
	Svalové bolesti 2	Kožní problémy 2	Sociální			
		Poruchy paměti 2	Páchání trestné činnosti 2	Ztráta práce 2	Ztráta sociálních vazeb 2	Ztráta domova 2
		Poruchy zraku 1				

Ambivalenci v kontrole užívání uvedli všichni respondenti, R1 udával kontrolu nad užíváním v malých dávkách, R2 se spíše přikláněl k názoru, že užívání pod kontrolou již nemá. R3 popisoval události, při kterých měl užívání pevně v rukách, při jiných příležitostech se zas udržet nedokázal. R4 uvedl: „*Chodím do práce a dávám si pozor, abych mohla fungovat, stanovuju si určitý pauzy od užívání, ale stalo se mi několikrát, že jsem nebyla schopná dodržet pauzu, kterou jsem chtěla.*“ Obtíže v kontrole jednotlivých látek

popisoval R5: „...*třeba s kokainem je ta kontrola náročná, když ho nemám u sebe, tak jsem v pohodě, když ho ale mám, tak si většinou nedokážu nedat a padne to všechno v jeden den.*“

K nejběžnějšímu dalšímu rizikovému chování patřil nechráněný sex, a to u 5 dotazovaných, 3 uvedli páchaní kriminální činnosti, jiné rizikové chování zmapováno nebylo.

#### 4.2.2 Potřeby cílové skupiny v souvislosti s nízkoprahovými adiktologickými službami

Informace o existenci a nabídce nízkoprahových adiktologických služeb byly mezi respondenty rozšířené, pouze jeden z dotazovaných o službách nikdy neslyšel. Nejčastěji se o nich dozvěděli z doslechu od známých, R5 si navíc vyhledával informace na internetu. R1–R3 byli v pravidelném kontaktu se službami TP a/nebo KC 2–4 roky, první kontakt byl zprostředkován převážně skrze přátele, kteří již služeb využívali.

Nabídka služeb byla pro všechny respondenty zajímavá, tři z nich uváděli, že neměli potřebu služby využít a ani do budoucna si nemyslí, že by je vyhledali, opakující se důvod byl ten, že nepocítují bio-psycho-sociální dopady na takové úrovni, že by potřebovali odbornou pomoc, navíc si dokáží HR materiál obstarat sami a nic dalšího nepotřebují.

Časová a místní dostupnost nebyla pro všechny respondenty vhodná, R2 by uvítal více KC rozmístěných po Praze, neorientoval se v rozličných pravidlech, která mají jednotlivá KC stanovená, z toho důvodu jich využíval převážně za účelem výměny injekčního materiálu „...*každý má jiná pravidla, když jde jen o výměnu, tak je to v pohodě, ale když chci něco řešit, tak je těžší se tam dostat. Pokud k tomu přidám ještě přejíždění přes celou Prahu, kdy mě každou chvíli chytanou revizoři, tak mi to dělá další a další dluhy. To si radši kolikrát počkám na teréňáky.*“ R3 pravidelně využíval služeb TP, za čtenější návštěvy by byl ale raději: „...*mohli by chodit častěji, jezdí sem tak jednou za 14 dnů a když to zrovna nestihnou a není tu nikdo jiný, kdo by mi vyměnil, tak je to náročný. Na káčko zajdu málokdy, nerada to nosím u sebe ve městě a mám to tam skoro hodinu cesty.*“ R4 prezentovala, za jakých místních a časových podmínek by si uměla představit svou první návštěvu takového centra: „*Musely by být na místech, kde bych nemohla potkat známí lidi, u kterých bych rozhodně nechtěla, aby něco takového o mně věděli. Představuju si to spíš na okraji Prahy, určitě ne v centru, s nějakým nenápadným vchodem. Otvírací doba by pro mě hrála taky roli, upřednostňovala bych spíš pozdější hodiny, kdy by už bylo šero.*“

Důvody proč dotazovaní nevyužili nízkoprahových služeb, anebo jich nevyužili dříve, byly různé, objevoval se prvotní nezájem, strach z odsouzení, snaha schovávat užívání před okolím, neochota přiznat si problém, nepřítomnost tak rozsáhlých problémů, které by vyžadovaly intervence („*Nevím, jestli bych je někdy využila, jako leda bych měla nějaký hodně velký sociální nebo zdravotní problémy třeba.*“), „*Nemám pocti, že by mě to ovlivňovalo natolik, abych musela vyhledat nějakou pomoc. Dokud zvládám péči o sebe, svoje blízký, mám práci. Pokud bych nebyla schopná fungovat a byla třeba opakovaně vyhozená z práce, užívání mi narušovalo vztahy, anebo pokud bych cítila, že mě to pohlcuje*“

*už moc, tak bych si řekla, že je vyhledám.“, „Dokud jsem nežila na ulici a nebrala injekčně, tak jsem neměla důvod je využívat.“), jiné zas odrazovala přítomnost injekčních uživatelů a nechuť ztotožňovat se s rolí uživatele, anebo představa nedostatečné diskrétnosti a strach z prolomení anonymity. Mezi riziky využívání stávajících služeb se objevovaly také neshody s klienty a setkání osob z řad uživatelů, kterým se chtějí vyhnout.*

Přínosnost respondenti viděli v bezpečném prostoru, výměně injekčního materiálu, možnosti si popovídat s pracovníky a sdílet s nimi problémy a starosti. Také v neodsuzujícím přístupu ze strany pracovníků, materiální pomoci, sociální práci, nepřehlížení cílové skupiny, péči o veřejné zdraví, snižování šíření infekčních nemocí a dopadů užívání.

Na otázku využívaných (případně potenciálně využívaných) služeb odpověděli pouze respondenti v kontaktu se stávajícími zařízeními (graf 12), z možné nabídky nikdy nevyužili krizové intervence či socioterapie, z poskytovaného materiálu pak vitamíny.

Graf 12: Využívané služby nízkoprahových adiktologických zařízení

Služby			Poskytovaný materiál		
Hygienický a potravinový servis 3	Zdravotní ošetření 3	Distribuce HR materiálu 3	Prezervativy a lubrikanty 3	Zdravotní materiál 3	Kapsle 2
		Testování inf. nemocí 1			Šňupátka 2
Informační servis 3	Individuální poradenství 1	Sociální práce 2	Injekční náčiní a parafernálie 3	Alobal 1	Těhotenské testy 2
	Asistenční služba 1				

Ve vzorku skryté populace nebyl projevem zájem o zodpovězení otázky, co by z nabídky exitujících služeb využili, k využívání nízkoprahových služeb se nepřikláněli ani v případě jejich úpravy. Dva respondenti se shodovali nad potřebou rozšířit HRNZ (*„Byl jsem v jednom klubu, kde zkolaboval kluk a musela pro něj jet záchranka, ukázalo se, že byl nedočkavej, vzal si extázi a když ho po nějaký době nenakopla, tak si dal víc a předávkoval se, měl štěstí a přežil, ale zaslechl jsem i případy, kdy to ten člověk nezvládl. Proto mi přijde fakt důležitý rozšiřovat povědomí o těch látkách a jak je brát bezpečněj ideálně předem než si to vůbec daj, protože vymlouvat jim to nemá smysl. Potkal jsem párkrát stánek v klubu, kterej nabízel vodu, ovoce a další věci a bylo tam i spoustu informací o látkách, lidi příjemný a člověk si tam mohl na chvíli odpočinout. V tu chvíli jsem pomyslel na tohohle klučinu, že kdyby měl tu šanci se předtím stavít na pokec, třeba by to nemuselo dopadnout takhle.*

*Takovejhle služeb by mělo bejt víc.“, další názor byl obdobný „...a potkala jsem HR služby na parties, to mi přišlo hodně fajn, ty bych rozšířila mnohem víc a koneckonců by mohli napomocť i k navázání mladejch na další služby.“).*

Představy o ideální službě pro mladé uživatele obsahovaly větší prostory, prodlouženou otevírací dobu, aplikační místnosti, možnosti pracovního místa a bydlení bez nutnosti abstinence, volnočasové aktivity a prostory pro možnost seberozvoje v různých odvětvích. Zaměstnání by tam měli být empatictí vzdělaní lidé a lidé s vlastní zkušeností s užíváním. Povědomí o službách by se mělo šířit již na školách, dále na sociálních sítích a jako nejideálnější způsob dotazování uváděli šíření informací na hudebních akcích a v klubech, buď skrze různé informační materiály (letáky, plakáty, nálepky), anebo prostřednictvím HRNZ (*„Asi nejlépe na parties, skrz třeba nějaký cedule na záchodech nebo tak. Myslím, že by to bylo účinnější než na školách.“*).

#### 4.2.3 Drogová scéna mladých dospělých uživatelů

Respondenti byli dotazováni, kolik znají mLDR, odpovědi byly různorodé – hodně, pár, 8, 3, 1 a nikoho. Vyskytují se na různých hudebních akcích (tuto odpověď uvedli 2), a také v okolí Anděla, Smíchova a Florence (1), případně různě po pražské scéně (1). Nejčastěji užívanými látkami u této skupiny jsou dle dotazovaných taneční drogy, stimulanty, halucinogeny a THC, typické jsou kombinace více látek najednou. Polovina respondentů uváděla, že mladí dospělí LDR, které znají, využívají nízkoprahových služeb, ostatní se přikláněli k tomu, že služeb nevyužívají a ani využívat nepotřebují. K větší informovanosti o existenci a motivovanosti k využívání služeb by měli přispívat lékárny, které by neměly prodávat injekční sety, ale spíše odkazovat na TP a KC. Dle R4 by pak měli více přispívat pedagogičtí pracovníci: *„Já si myslím, že by mohli bejt víc v tomhle vstřícný pedagogové, třeba i v dětských domovech a těchhle pobytových ústavech k tomu být víc otevřený. Já tam jednou byla a uživatelé tam byli, ale nikdo to neřešil, a když už to někdo řešil, tak chtěli, aby přestali brát. No ale to nikdo z těch mladejch nechtěl a na truc podle mě utíkali a brali ještě víc.“*

### 4.3 Klíčové informanti

Základní údaje o klíčových informantech z řad pracovníků služeb a institucí udává tabulka 4, v tabulce byl vždy uveden anonymní kód informanta, pozice, pohlaví, věk, vzdělání a délka působení ve službě.

Tabulka 4: Základní informace o klíčových informantech

Kód informanta	Pozice	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka působení ve službě
KC1	Pracovník KC	Žena	32 let	Vysokoškolské	11 let
KC2	Pracovník KC	Žena	26 let	Vysokoškolské	3 roky
TP 1	Pracovník TP	Muž	45 let	Vysokoškolské	23 let
TP2	Pracovník TP	Muž	29 let	Vysokoškolské	5 let
HRNZ1	Pracovník HRNZ	Žena	25 let	Vysokoškolské	3 roky
HRNZ2	Pracovník HRNZ	Žena	30 let	Vysokoškolské	6 let
NZDM1	Pracovník NZDM	Žena	25 let	Vysokoškolské	2 roky
NZDM2	Pracovník NZDM	Žena	33 let	Vysokoškolské	3 roky
NZDM3	Pracovník NZDM	Žena	37 let	Vyšší odborné	2 roky
OSPOD1	Pracovník oddělení péče o děti a rodinu	Žena	55 let	Vysokoškolské	32 let
OSPOD2	Kurátor pro děti a mládež	Muž	38 let	Vysokoškolské	11 let
P1	Příslušník policie	Muž	33 let	Vysokoškolské	4 roky
P2	Příslušník policie	Muž	39 let	Vysokoškolské	3 roky
P3	Příslušník policie	Muž	42 let	Střední s maturitou	10 let
P4	Příslušník policie	Žena	28 let	Střední s maturitou	5 let
NDC1	Pracovník NDC pro mladé lidi bez domova	Žena	40 let	Vyšší odborné	6 let
PP1	Peer pracovník	Žena	44 let	Střední	4 roky
PP2	Peer pracovník	Muž	41 let	Základní	3 roky

### 4.3.1 Trendy a vzorce užívání návykových látek mezi mladými dospělými

Většina klíčových informantů se shodlo na tom, že v populaci mladých dospělých je v současnosti rozšířenější tendence rekreačního užívání, a to převážně alkoholu, konopných látek, MDMA, extáze, kokainu a psychedelik. TP1 zmiňuje také trend nelátkových závislostí. Peer pracovníci dodávají souvislost užívání NL s taneční hudbou, dle P2 mladí dnes nejsou vyhraněni na určitou látku, užívání nevnímají jako problém a častokrát kombinují mnoho látek dohromady, P1 se přiklání k častějšímu kombinování NL převážně alkoholu, tanečních drog a léků. Ve službách NZDM se u některých starších klientů setkávají s experimentováním či rekreačním užíváním převážně alkoholu a marihuany, maximálně s experimenty s extází a LSD, rozšiřuje se ale užívání nových látek jako jsou třeba nikotinové sáčky. Své zážitky popisuje NZDM1 – „Vím, že klienti, co experimentovali třeba s marihuanou, tak se začali z kontaktu ztrácet, mohlo to být ale také tím, že již byli starší a začali mít i jiné zájmy a povinnosti (vztahy, zaměstnání).“ Pokud se v OSPOD vyskytne někdo, kdo NL užívá, jedná se spíše o experimenty s marihuanou, v ojedinělých případech se stimulanty. OSPOD1 i OSPOD2 dodávají, že nyní je ve společnosti přijatelné právě užívání kanabinoidů, u klientů se setkávají také s užíváním volně prodejných látek, které se za drogy neoznačují (například kratom). Dotazovaní příslušníci policie souhlasí

s vyšší mírou experimentování s alkoholem a marihuanou, tyto látky jsou u cílové skupiny také mnohdy zadrženy, pohyb mladých uživatelů se koncentruje do nákupních centrech a přilehlých parků, klubů, v centru Prahy také do okolí náplavky.

S rekreačními uživateli se hojně setkávají pracovníci HRNZ, jejich cílová klientela je rozmanitá, záleží na typu akce a místě jejího konání. Potkávají se s lidmi ve věku 15 a více let, kteří převážně užívají alkohol, taneční drogy – extáze, MDMA, psychedelika, THC, ketamin a stimulační látky (kokain, v menší míře amfetaminy). Vývoj užívání u mladých dospělých hodnotí pracovníci obdobně jako tomu bylo dříve, nicméně informovanost o látkách a bezpečnějším užívání se rozšiřuje, účastníci o sebe více dbají a zajímají se.

#### 4.3.2 Drogová scéna mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově a jejich výskyt ve službách

Ve službách KC je výskyt mLDR nižší, než tomu bylo dříve, populace LDR stárne, je možné, že dříve bylo problémové užívání rozšířenější, případně se lépe vedlo mladé dospělé navazovat do nízkoprahových služeb. Důvodem, proč klesá potřeba služeb KC může být například nižší výskyt zdravotních a sociálních problémů u této skupiny. Nicméně pracovníci se přikláněli také k možnosti, že z anonymní povahy služby se na věk málo doptávají.

Pracovníci TP se shodují na marginálním výskytu mLDR ve službách, z kontaktu se ztrácejí, posouvá se průměrný věk klientů a populace LDR stárne. TP1 si vysvětluje úbytek mLDR tím, že přišlo období, kdy se objevila žitá zkušenost dopadů dlouhodobého problémového užívání, a ta slouží jako preventivní faktor, vedle toho přišla nová témata, která mladé zaměstnávají, jako je volba pohlaví, nelátkové závislosti a jiné. Další příčinou může být vyloučení sociálně slabších rodin, kde je větší předpoklad k rozvoji rizikového chování, nejprve z centra Prahy, v současnosti i mimo Prahu do středních a severních Čech. TP2 uvedl možnost menšího zastoupení mLDR kvůli neefektivnímu vyhledávání a oslovování této populace (*„na mladém člověku nemusí být problémové užívání rozeznatelné“*), dalším důvodem může být zaměření služeb právě na starší uživatele, což lze považovat za příčinu, proč by mladší klienti mohli vnímat službu jako pro ně nevhodnou.

Podle peer pracovníků se drogová scéna v průběhu let značně proměnila, v 90. letech byly NL na ulici více dostupné a jejich užívání bylo moderní. Problémové užívání u mladých dospělých se vyskytuje i dnes, ale v razantně menší míře. Nyní se jedná o uzavřenou komunitu, která je skrytá a na veřejnosti se neukazuje, i pro starší uživatele bývá náročné se k této populaci dostat. V kontaktu s existujícími nízkoprahovými službami pro uživatele NL je mLDR méně, což může být způsobeno i celkovým úbytkem této populace. Informovanost o nízkoprahových službách není velká, mladí o nich vědět ani nechtějí.

Výskyt mladých dospělých LDR je dle pracovníků HRNZ nepatrný, nicméně HRNZ2 uvedl náročnost hodnocení rizikového užívání – *„Řekla bych, že často nemáme šanci to poznat, protože účastníky vidíme jedinkrát, případně vícekrát ale v průběhu jedné akce, neptáme se, jak často a co přesně užívají, bavíme se spíš o těch tématech, která*

*samotného klienta zajímají a můžeme z toho něco usuzovat, ale nemáme to nikterak potvrzené. Jsou lidé, které potkáváme pravidelně na různých akcích, u těch by o problémové užívání jít mohlo, kolik jich je ale nedokážu říct, každopádně si myslím, že oni samotní užívání nevidí jako problém a může trvat docela dlouho, než se problémem stane.“* S LDI se ve službě potkali ojedinele, jednalo se vždy o klienty starší 30 let. S tématem nízkoprahových adiktologických služeb s účastníky nepřichází do kontaktu, na tyto služby běžně neodkazují, odkazování probíhá převážně na stejné typy služeb, které sami zprostředkovávají. Shodují se na názoru, že pokud existuje populace mladých dospělých LDR, tak je skrytá a do kontaktu s existujícími službami nepřichází, alespoň ne do chvíle, dokud se u nich nerozvinou mnohočetné problémy.

Ani ve službách NZDM se cílová skupina neobjevuje, anebo její užívání zůstává skryté a běžně o něm nehovoří. Téma NL pracovníci oslovují nejčastěji ve chvílích, kdy jej zachytí v rámci rozhovoru, jako komunikační kanál využívají také edukační nástěnku a letáky, eventuálně pořádají besedy na tato témata. NZDM3 hodnotí problémové užívání NL v Praze jako méně se vyskytující oproti například severním Čechám, kde s touto cílovou skupinou přicházejí do kontaktu častěji.

Oproti ostatním zařízením uvádí pracovník NDC pro mladé lidi bez domova markantní výskyt mLDR ve službě, jedná se až o 80 % a situace ohledně užívání NL u cílové skupiny se v posledních letech zhoršuje. Uživatelů přibývá nebo užívají NL ve větší míře a také více kombinují, což souvisí se zhoršujícím se psychickým stavem klientů. Ve službě se to mimo jiné projevuje menším zájmem o volnočasové aktivity.

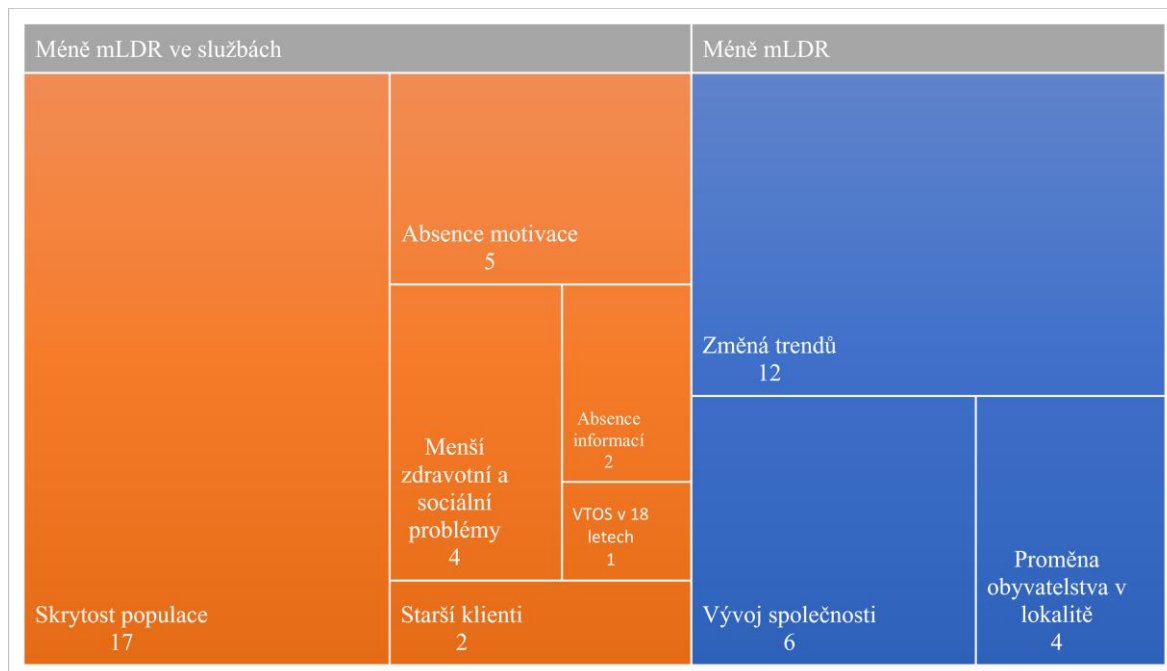
Pracovníci OSPOD se shodují s pracovníky NZDM, mLDR v současnosti v péči nemají. Užívání mladých dospělých je oproti minulosti méně rozšířené, dříve byla lehčí dostupnost drog a větší zvědavost, názorový proud se posouvá. O užívání NL se pracovníci OSPOD dozvídají převážně od rodin, škol, zdravotnických zařízení, policie, občas přichází anonymní oznámení, je však také možné, že se o užívání vůbec nedozvědí.

Příslušníci policie hodnotí problémové užívání NL jako závažnou problematiku, která je do určité míry nepodchycená a velmi těžko dostupná, nicméně se objevuje hlavně u populace středního věku. S mladými dospělými LDR se nesetkávají, pokud taková skupina uživatelů existuje, bude se vyskytovat převážně na bytech nikoliv na ulicích. Situace ohledně užívání NL je ustálená, dříve byl problém více rozšířen, časté bylo řízení pod vlivem NL a útěky z detenčních zařízení za účelem užívání, to dnes již není aktuální. Nyní jsou mladými dospělými nejčastěji páchané přestupky proti občanskému soužití, rušení veřejného pořádku a neoprávněné přechovávání omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu v malém množství. Jako důvody nižšího výskytu problémového užívání uvádějí proměnu obyvatelstva v lokalitě, zrušení heren a nonstop podniků, ale i celkový vývoj společnosti (*„mladí vidí v životě smysl a vědí o nebezpečnosti drog, nyní vyhledávají jiné požitky jako jsou technika a virtuální svět“*).



Jednotlivé zastoupení možných důvodů nižšího výskytu problémového užívání u mladých dospělých a jejich menší přítomnosti ve službách shrnuje graf 13 na základě informací získaných od klíčových informantů.

Graf 13: Možné důvody nižšího výskytu problémového užívání u mladých dospělých a jejich menší přítomnosti ve službách

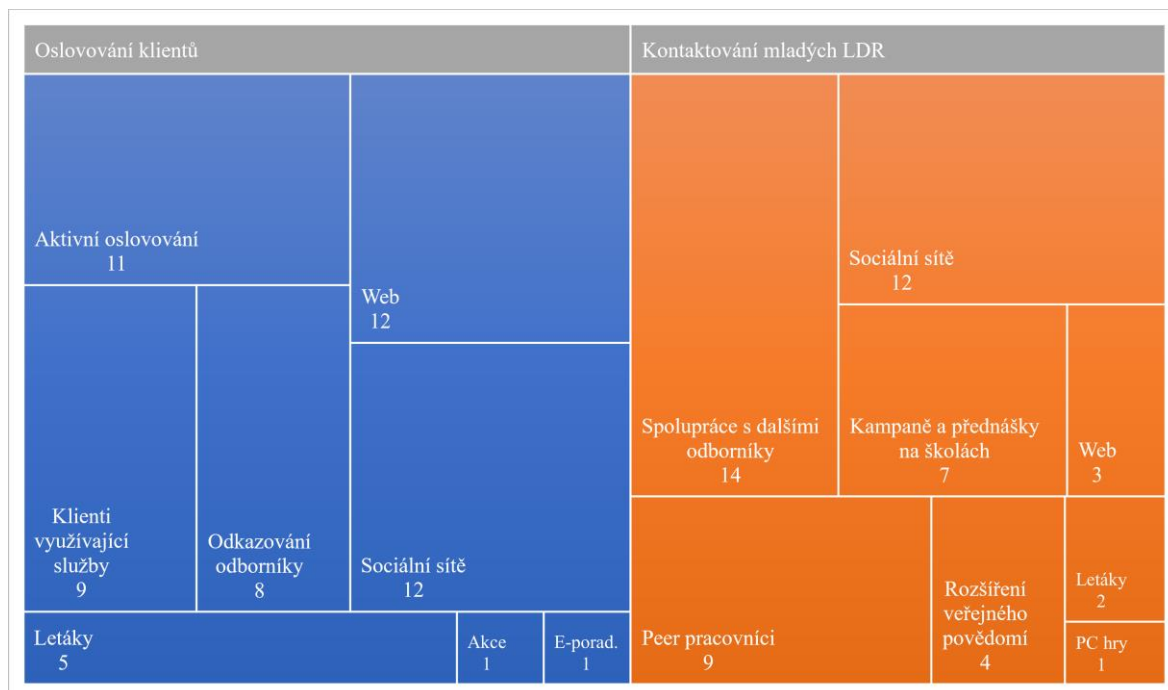


#### 4.3.3 Oslovování klientů vs. představy o ideálním kontaktování populace mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově

Mezi nejčastější způsoby, jak kontaktují jednotlivé služby své klienty, patří propagace služeb na webových stránkách a sociálních sítích, odborníci se shodují na tom, že velká část klientů si informace předává mezi sebou. Povědomí se šíří také prostřednictvím odkazování odborníku na další služby. U terénních programů i třeba NDC pro mladé lidi bez domova, NZDM a peer pracovníků probíhá oslovování na základě aktivního vyhledávání přímo na ulici. TP2 uváděl také využívání online prostoru, kde poskytují online poradenství, skrz které mohou být klienti navázáni do služby. Pro NZDM je také typická spolupráce s pracovníky OSPOD, díky které dochází k propojení a sdílení jejich klientů. Stejně tak přednášky na školách, NZDM3 navíc představil pořádání zábavných a motivačních veřejných akcí s doprovodným programem. Graf 14 ukazuje postupy oslovování klientů v praxi a představy odborníků o ideálních metodách kontaktování populace mLDR. K těm patřila převážně provázaná spolupráce mezi jednotlivými odborníky, a to na poli sociálních služeb, pracovníků ústavní péče, OSPOD, lékařů a dalších zaměstnanců zdravotnických zařízení, úřadů, pedagogů a dalších. Dále využívání sociálních sítí, u kterých je třeba pamatovat na trendy, a tudíž využívat ty, které jsou mladistvým blízké (nyní především Instagram a TikTok). Ku pomoci by mohli sloužit peer pracovníci, anebo cílené kampaně či přednášky na školách a v zařízeních ústavní péče. TP2 zmiňoval rozšíření

povědomí skrze moderní technologie například počítačové hry. 4 z klíčových informantů pak uváděli důležitost rozšířit celkové povědomí veřejnosti o sociálních službách.

Graf 14: Oslovování klientů v praxi a představy odborníků o ideálních metodách kontaktování populace mLDR



#### 4.3.4 Existující služby – benefity, bariéry, rizika a limity

Stávající KC mají mLDR co nabídnout, ať již se jedná o sociální práci, poradenství či harm reduction principy. Bariérou pro vstup mLDR do KC mohou být starší klienti, kteří zároveň mohou představovat potenciální riziko pro tuto skupinu, pracovníci vyjádřili obavy, že by se od starších klientů mohli přiučit více rizikové způsoby aplikace. KC2 uváděl, že naopak mohou mít starší klienti i pozitivní efekt, kdy mladí uvidí důsledky plynoucí z dlouhodobého užívání. Další ohrožení viděli ve snazší zranitelnosti a možnosti zneužití mladých například v sexbyznyse.

Intervence TP se zaměřují převážně na lidi s vícečetnými problémy, nicméně základní činnosti mohou být zajímavé pro každého, kdo se pohybuje v prostředí drogové trhu či užívá NL rizikovým způsobem, ať už se jedná o poradenství, informační servis, potravinový servis, distribuci HR materiálu, materiální pomoc. Pokud by uživatelé byli na ulici, byla by poptávka podobná bez ohledu na věk. Jako překážky pro vstup mladých do služeb pracovníci uváděli strach ze služby samotné, stigmatizace, prolomení anonymity či z kontaktování OSPOD a rodičů, k čemuž se přikláněli i pracovníci HRNZ. Názory na nebezpečí plynoucí z využívání stávajících služeb se víceméně shodovaly s pracovníky KC, za rizika pracovníci považovali identifikaci mladých s identitou uživatele, ostatní uživatelé drog, od kterých by se mohli naučit nebezpečnější způsoby aplikace, mohli by jimi také být využívání, ohrožení a traumatizování. Za nebezpečí považovali taktéž partnerství se staršími uživateli. Na druhou stranu by zkušenější uživatelé mohli být benefitem, pokud by šlo o

předání zkušeností se životem na ulici. Existují však také rizika a bariéry při práci s mladými LDR pro samotné pracovníky, kteří se mohou dotýkat vlastních hranic, velké nároky jsou kladeny na dobré provedení kontaktu, aby nedošlo k negativní zkušenosti a následnému vyhýbání se služeb.

Mezi bariéry pro vstup do služeb uváděli peer pracovníci obavy z prolomení anonymity a kontaktování rodičů, předsudky vůči službám a klientům, kteří jich využívají, psychiatrická onemocnění, negativní zkušenosti s jinými službami, pravidla zařízení, starší uživatelé, pro ženy mohou být překážkou muži, P2 dodává – „...a možná tím, jak neberou užívání jako problém, tak to prostě nechtěj řešit a myslej si, že na káčku to někdo řešit bude, taky mě napadá, že se často staví do opozice vůči autoritám, tak proč by šli někam, kde nějaká autorita bude žejo, anebo se prostě nechtěj identifikovat s rolí toxikomana“. Za hlavní riziko při využívání stávajících služeb považují starší uživatele, od kterých by se mladí mohli přiučit více nebezpečné způsoby aplikace.

Zaměstnanci NZDM jsou k HR přístupu otevření a klienty s ním seznamují, rozdávají HR materiál (kondomy, lubrikační gely a filtry pro uživatele marihuany), většinou mají také navázanou spolupráci s adiktologickými TP, popřípadě na programy odkazují. Pokud by se v zařízení vyskytl mLDR jako z nejdůležitějších počátečních úkonů pro pracovníky by bylo navázání kontaktu a vytvoření vztahu, poté mapování jeho motivace, intervence ohledně problémového užívání a možných následků z něj plynoucích, intervence bezpečnějších způsobů aplikace, odkazování do následných adiktologických služeb. Jestliže by se jednalo o abstinенčně motivovaného klienta probíhalo by navázání spolupráce s adiktologickou ambulancí, mladí do 18 let by se měli směřovat na dětskou psychiatrii. NZDM2 však uvádí, že mají negativní zkušenosti s dětskou psychiatrií, jelikož umístění užívajícího klienta je do tohoto typu zařízení náročné, spíše je tendence děti umístit do středisek výchovné péče, kde chybí adiktologická pomoc. Další možností jsou stacionáře pro mladistvé a terapeutická komunita. Nemotivovaného klienta však v současnosti kvalitně odkázat nelze, jedinou eventualitou jsou HR služby.

NDC1 udává, že jsou jediným střediskem pro mladé lidi ohrožené sociálním vyloučením. Témata užívání NL a HR přístupu s klienty otvírají a odkazují je na adiktologické služby, ačkoliv se jejich klientela prolíná, neexistuje mezi službami užší spolupráce – „Je to škoda, kolikrát klienti řeší stejné věci s více pracovníky v různých službách, což je značně neefektivní, bylo by vhodné se sjednotit a začít více spolupracovat.“. Zároveň zdůrazňuje, že při práci s mLDR jsou kladeny vysoké nároky na pracovníky. Ti musejí být zběhlí v adiktologické tematice a dokázat adekvátně reagovat na například agresivní klienty v akutní intoxikaci či klienty v toxické psychóze tak, aby neublížili sobě ani svému okolí.

Postup práce OSPOD spočívá v mapování a zhodnocení situace, vytvoření individuálního plánu, intervencích ohledně škodlivosti užívání a nasměrování k odborníkům nejčastěji do adiktologické ambulance, spolupracuje se ale také se školou, střediskem výchovné péče, lékaři atd. S nízkoprahovými službami pro uživatele NL spolupráce neprobíhá. Postup práce s nemotivovaným klientem popisuje OSPOD1 takto: „Pokud by se

*jednalo o nemotivovaného klienta a nespáchal by trestnou činnost, kvůli které by pravděpodobně dostal nařízenou léčbu soudem, tak toho moc nezmůžeme. Můžeme se maximálně obrátit na soud a požádat, aby ho umístil někam, kde se budou této strážce věnovat. To lze dokud nad ním má stát jakoby ochranou ruku, v okamžiku 18 let se může z toho zařízení sebrat a odejít.“, OSPOD2 dodává, že klienti většinou spolupracují, protože moc jiných možností nemají, nicméně si pracovníci nedělají iluze, že by všichni s užíváním přestali.*

Souhrn uváděných bariér pro vstup mladých dospělých LDR do nízkoprahových služeb podle klíčových informantů nabízí graf 15, také je v něm možné shledat rizika, která by pro potenciální klienty mohla plynout, pokud by využívali služeb stávajících.

Graf 15: Bariéry pro vstup mLDR a rizika při využívání stávajících služeb

Bariéry pro vstup				Rizika při využívání služeb	
Strach z prolomení anonymity 9	Strach z šíření informací 8		Strach ze stigmatizace 3	Vzorce užívání od starších 6	Zneužívání staršími klienty 5
	Identifikace s identitou uživatele 5		Starší klienti 2		
Nízká motivace 5	Předstudky ke službě 3	Opačné pohlaví 2	Psych. onemocnění 2	Pravidla 1	Identifikace s identitou uživatele 5
				Autority 1	

#### 4.3.5 Mezery v systému léčebné péče s ohledem na mladé dospělé lidi užívající drogy rizikově

O specializovaných nízkoprahových službách pro mladé uživatele pracovníci KC neměli povědomí, uváděli NDC pro mladé lidi bez domova, kde se nezaměřují pouze na uživatele NL a NZDM, kde ze zkušeností témata NL neotvírají, navíc v mnoha NZDM mají pro klienty pod vlivem vstup zakázaný. Shodli se na vhodnosti vzniku takto specializované služby, anebo rozšíření cílově skupiny již existujících NZDM. Služba by měla mít dobře vytvořený design pro potřeby mLDR i rekreačních uživatelů a experimentátorů, který by se vyvíjel a přizpůsoboval společně s trendy, nabízela by volnočasové aktivity, poradenství, poskytovala nestigmatizované informace, byla otevřená HR přístupu a zajišťovala výměnný program.

Povědomí TP o specializovaných nízkoprahových službách pro cílovou skupinu bylo obdobné jako u pracovníků KC, pracovníci TP nevěděli o službě, která by se přímo zaměřovala na mLDR, uváděli NZDM a NDC pro mladé lidi bez domova. „*Příklad NDC Bolzanova ukazuje, že ve chvíli, kdy mladí mají exkluzivní prostor, kam mohou přijít a objevovat sebe samé, je to pro ně zajímavé. V této službě se část naší klientely objevuje, což poukazuje na další oblast nepokrytých potřeb, adiktologické služby nikdy nezřizovali kontaktní centrum pro mladé nebo něco podobného.*“ Jako ideální novou službu by si T1 představoval komplex, jenž by nabízel kombinaci nízkoprahového denního centra, kontaktního centra, case managementu, zaměstnávání a housing first. T2 by se přikláněl k obnově a rozšíření stávajících služeb tak, aby byly atraktivní i pro mladé uživatele, za důležité považoval volnočasové aktivity a možnost individuálních i skupinových terapií, k lepší dostupnosti HR materiálu by se daly využít také specializované automaty.

Vznik specializované služby pro mLDR by dle peer pracovníků mělo smysl, benefitem by bylo zmírnění strachu cílové skupiny z využívání takovéto služby, vhodná by byla kombinace KC a NZDM, která by nabízela četné volnočasové aktivity, sociální práci, možnost podpůrného zaměstnávání a ideálně sociální bydlení, což by využili například mladí z dětských domovů.

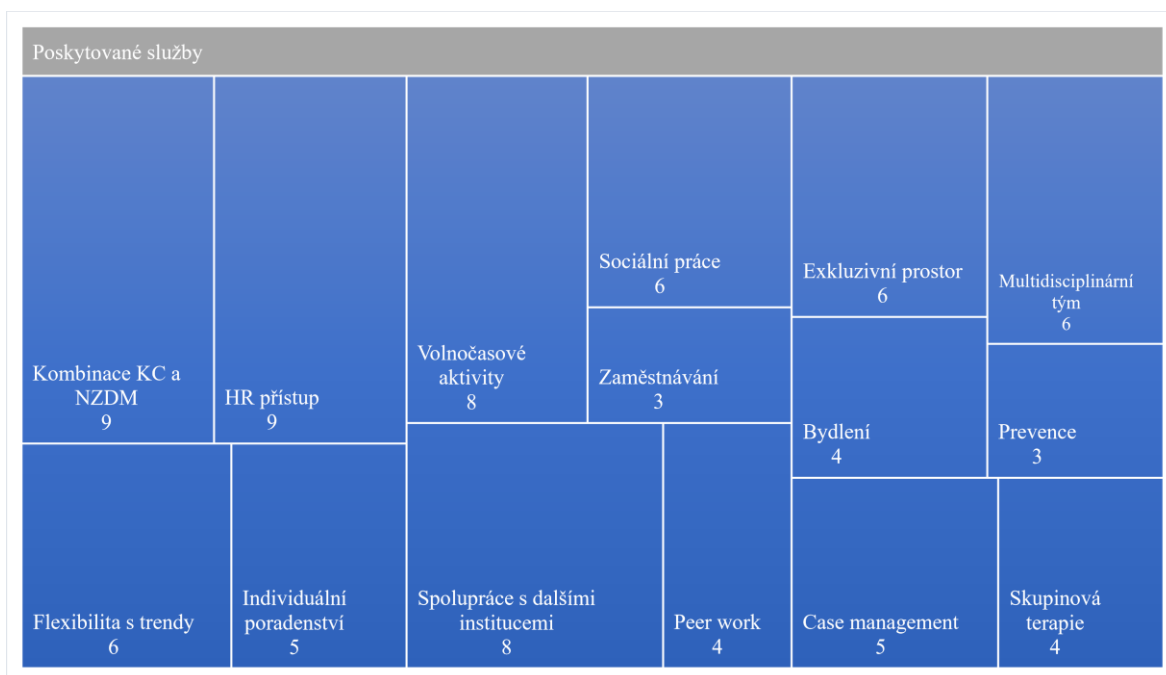
Pracovníci HRNZ o službách, které by se zaměřovali přímo na mLDR nevědí, zdůrazňují však možnost využívání většiny TP od 15 let. Za žádoucí by považovali rozšíření služeb NZDM, kde by působil odborný personál složený z adiktologů, sociálních pracovníků, pedagogů a dalších. Spolupracovali by také s dalšími odborníky a službami, aby bylo řešení problémů efektivní, klienti by měli bezpečný prostor pro sebe, možnost využít volnočasových aktivit, individuálních i skupinových sezení a získat či vyměnit HR materiál. Témata užívání NL by nebyla tabu a dle zakázky klienta by se s ním nakládalo. Za důležité bez pochyby považují rozšíření programů HRNZ.

Kvůli nepřítomnosti HR programů pro mLDR by se pracovníci NZDM přikláněli k rozšíření jejich stávajících služeb o výměnu HR materiálu, každopádně by bylo nutné mít dobře zaopatřené, aby výměna byla odděleně jako dodatková služba a tou nosnou by zůstalo poradenství, budování motivace, předávání relevantních informací apod. U vzniku nových specializovaných nízkoprahových služeb pro mLDR by se obávali možné neúnosnosti pro rodiče i společnost. Překážky pro vstup klientů do služby pracovníci vidí převážně ve strachu z šíření informací, mladí ohrožení rizikovým chováním jsou zvyklí na kontrolní složky, jako je například OSPOD. Systém léčebné péče by byl nicméně potřeba rozšířit také o stacionární péči, pobytové služby, psychiatrickou péči (nejlépe o vznik specializovaného oddělení pro mladé uživatele NL). Nezbytností je také systémová změna a větší důvěra v pedagogy, kteří by měli být více v roli toho, kdo se zajímá a chce pomoci než kontrolovat.

NDC1 vyjádřil nejistoty, zda by mladí byli schopni vyhledat a využívali by zaměřených nízkoprahových služeb pro mLDR, smysluplnost vidí spíše v užší spolupráci mezi existujícími službami. Klíčoví informanti z OSPOD uváděli potřebu rozšíření psychiatrické péče, které je markantní nedostatek, vzniknout by také mohla výchovná zařízení zaměřující se na mladistvé s duálními diagnózami.

Služby zajišťované potenciální ideální službou pro mLDR jsou zaznamenány v grafu 16.

Graf 16: Ideální zařízení pro mLDR a jeho poskytované služby



#### 4.4 Zúčastněné pozorování

Hodnocení drogové scény mLDR ze zúčastněného pozorování nebylo dost dobře možné. Existují určitá místa, kde lze pozorovat zvýšený výskyt LDR, otevřená drogová scéna se v současnosti vyskytuje převážně na Praze 5 v okolí Anděla, méně pak na Praze 1 u Hlavního nádraží a Václavského náměstí (stanice Můstek), nárazově na Praze 8 na Florenci a na Praze 2 – Karlovo náměstí, I. P. Pavlova. Mladí se mezi LDR vyskytují minimálně, na základě odhadnutí věku byly všichni starší 24 let. Skupinky mladých lidí byly ve velkém počtu a opakovaně potkávány na Praze 1 v Čelakovského sadech a Praze 2 na náplavce, tam dochází k hojnému popíjení alkoholu mladistvých okolo 16 a více let s občasným závanem marihuany, častokrát byl zaslechnut ruský/ukrajinský či anglický jazyk. Ve víkendových dnech se pohyb mladých jedinců v centru Prahy zvyšuje, ti zdá se míří za zábavou do nočních podniků. Pozorování probíhalo taktéž v některých klubech a na hudebních akcích jako například na Praze 7 – Fuchs2, Cross club, Altenburg 1964, Praze 10 – Ankali, Praze 1 – Roxy, Praze 5 – Gabriela Loci. Užívání NL je bezpochyby přítomno a několikrát bylo spatřeno (převážně polykání kapslí/tablet, šňupání, kouření marihuany), vyhodnotit výskyt rizikového užívání však nelze.

## 5 Diskuse

V rámci studie byl zkoumán vzorek šesti mLDR, doplňující informace o problematice rizikového užívání u mladých dospělých pak poskytovalo 18 klíčových informantů, mezi které patřili peer pracovníci, pracovníci nízkoprahových adiktologických a dalších sociálních služeb a zástupci institucí. Respondenti byli ve věkovém rozmezí 18–24 let, z nichž tři využívali nízkoprahových adiktologických služeb a tři patřili do souboru skryté populace. Jedinci z řad skryté populace se, na rozdíl od skupiny v kontaktu se službami, vyznačovali stálým bydlením. V oblasti užívání NL měli všichni široké spektrum zkušeností, mezi nejfrekventovaněji užívané patřily konopné látky a metamfetamin. Respondenti vykazovali různé vzorce užívání a způsoby aplikace, včetně injekční aplikace u několika z nich. Byla spatřena tendence začínat s užíváním v útlém věku, nejprve s cigaretami a alkoholem, do 17 let měli téměř všichni dotazovaní (5 z 6) zkušenost se dvěma a více nelegálními substancemi, dva dokonce s injekční aplikací. Někteří považovali samotnou přípravu a užití látky za rituál. Výběr místa, kde docházelo k užívání NL, souvisel s několika faktory jako například druhem látky, aktuálním osobním nastavením či primární motivací k užívání. Většina pociťovala ambivalenci v kontrole nad užíváním, ačkoli každý měl své vlastní zkušenosti s touto problematikou. V rámci bio–psycho–sociálních důsledků užívání drog byly zjištěny převážně žaludeční problémy, abstinenci syndrom, poruchy spánku a emoční nestabilita. Mapování dalšího rizikového chování zjistilo nejčastěji nechráněný sexuální styk, u některých také páčání trestné činnosti.

Jak naznačují výsledky, užívání NL má u mladých dospělých dynamický průběh, i když je počátek užívání spojen s látkami legálními, jako jsou cigarety a alkohol, a průzkumy ESPAD dokazují, že v populaci mladistvých se jedná o nejčastěji užívané látky (Chonymová, Czémy & Mravčík, 2020), do 18 let věku jsou i tyto látky pro ně nelegální (Miovský, n.d.a). Ačkoliv se zdá být fenoménem doby přechod z látkových závislostí na nelátkové (Koranda, 2015), mezi mladistvými, ač v menší míře, přetrvává povaha rizikového užívání NL, vzrůstajícím trendem je polymorfní užívání (Černíková, Dárek & Klíma, 2021) a málokdo je vyhrazen pouze k jedné látce, k tomuto názoru se přikláněli i klíčoví informanti z řad peer pracovníků, HRNZ a NDC pro mladé lidi bez domova. Polymorfní užívání bylo zaznamenáno také u výzkumného souboru, při jedné příležitosti u nich navíc pravidelně docházelo k aplikaci více různých látek, přičemž vzájemné interakce mohou být spojené s větším rizikem a negativními důsledky včetně vyššího nebezpečí předávkování (EMCDDA, 2021). Negativní (převážně psychické) dopady polymorfního užívání popisoval NDC1, NDC pro mladé lidi bez domova je jedinou službou zapojenou do šetření, kde byl zachycen značný výskyt mLDR, spolupráce s nízkoprahovými službami však neprobíhá, přitom by mohla být benefitem nejen pro samotné uživatele, ale také pro pracovníky.

Alarmující jsou zkušenosti respondentů s injekčním užíváním, první aplikace proběhly v nižším věku oproti průměru, který byl zaznamenán z výzkumu Multiplikátor 2022 a činil 20,2 let (Chomynová et al., 2022). Pro uživatele NL injekční užívání představuje velmi vysoké riziko krví přenosných virových infekcí a zvýšené riziko předávkování a závislosti (Jones et al., 2011), výsledky navíc ukazují, že 3 ze 4 respondentů, kteří měli

zkušenost s injekční aplikací, také někdy sdílelo injekční náčiní. Vzrůstající tendence upřednostňovat injekční aplikaci u mladých uživatelů byla v České republice zaregistrována v Libereckém kraji (Černíková, Dárek & Klíma, 2021). Je zřejmé, že injekční užívání se mezi mladými dospělými vyskytuje a je důležité hovořit o rizicích z něho plynoucích a motivovat je k bezpečnějším způsobům aplikace.

Jedním z cílů revize problémového užívání bylo odfiltrvat experimentální a příležitostné uživatele, kteří mají nižší riziko poškození a nejsou hlavní populací, která by potřebovala léčbu (Thanki & Vicente, 2013). Nicméně i experimentátoři či rekreační uživatelé mohou užívat látky rizikovým způsobem a patří do skupiny ohrožené vznikem negativních dopadů z užívání. Ne všichni LDR musí nutně splňovat diagnostická kritéria závislosti, problémové užívání se objevuje i u počátečních forem závislostní poruchy, ale nerozvine se bez opěťovaného a intenzivního užívání NL (Mravčík, 2018). Klíčoví informanti se shodují na rozšíření spíše rekreačního užívání u mladých dospělých, ti však mohou vykazovat vzorce problémového užívání, a skupina rekreačních uživatelů se tak může prolínat se skupinou LDR. Výsledky tohoto výzkumu přiblížily vzorce užívání u mLDR, a to jak aktuálních trendů, variabilitu užívaných látek, vývoj a dopady užívání, způsoby aplikace, tak charakteristiky prostředí, ve kterém se užívání odehrává, čímž odpovídají na první výzkumnou otázku. Problémem však zůstává existence mála studií s mladými uživateli, které by vedly k hlubšímu pochopení vzorců a souvislostí pro ně specifických. Pravidelně probíhají celopopulační studie a školní studie, přesto jak bylo uvedeno v teoretické části, existují rizikové skupiny, u kterých lze předpokládat vyšší prevalenci užívání, ty ale v těchto výzkumech nemusejí být zastoupeny.

Ačkoliv informovanost o nízkoprahových adiktologických službách u výzkumného souboru existovala, ve skupině skryté populace mohl být rozhled výraznější, detailnější informace o tom, co všechno nabízí, měl pouze jeden z nich a jeden o službách vůbec nevěděl. Ke zhodnocení druhé výzkumné otázky lze tak zmínit, že potřeba rozšířit celkové povědomí je na místě. Klíčoví informanti považovali rozvoj znalostí o službách, zvláště pak v ohrožených skupinách s potenciálně vyšším sklonem k užívání, za nezbytný a vznikla tak potřeba společenské osvěty a propagace sociálních služeb, aby se povědomí rozšířilo mezi cílovou skupinu. Jako ideální nástroj by měla posloužit intenzivnější spolupráce mezi odborníky, u rekreačních uživatelů by mohly dobře sloužit HRNZ, za důležitou považovali klíčoví informanti i respondenti větší otevřenost v tomto směru u pedagogů a pracovníků ústavní výchovy. Jiným vhodným nástrojem mohou být sociální sítě, které jsou mladými značně využívány. Problematika užívání NL mezi mladými dospělými je komplikovaná a potřebuje koordinovaný a komplexní přístup od různých služeb a institucí. Otevřený dialog a spolupráce mezi těmito subjekty jsou zásadní pro efektivní prevenci a poskytování adekvátní podpory mladým lidem.

Povaha problémového užívání NL mezi mladými dospělými zůstává skrytá, do kontaktu s nízkoprahovými službami jich přichází minimum, jak popisuje Islam & Conigrave (2007), některé skupiny i injekčních uživatelů, mezi které lze řadit také velmi mladé uživatele, o kontakt s klasickými HR programy nestojí, především z důvodů různých



obav či možné identifikace se skupinou uživatelů drog. Do kontaktu se službami se uživatelé NL dostávají často až ve chvíli, kdy jsou u nich rozšířeny mnohočetné sociální a zdravotní komplikace (Pančocha & Napustil, 2012), tyto důvody k eventuálnímu navázání kontaktu uváděl i vzorek skryté populace výzkumu, potvrdili to také respondenti v kontaktu se službami, kteří je vyhledali na základě rozvoje více problémů, které pro ně již byly neúnosné. Třetí a čtvrtá výzkumná otázka pobídla k vyhledávání odpovědí ohledně dostupnosti a vhodnosti nízkoprahových služeb pro mLDR. Je patrné, že časová i místní dostupnost současných služeb by měla být zdokonalena. Poskytnutá data ukazují, že klíčoví informanti si jsou vědomi mnohých bariér a rizik, kterým mLDR mohou čelit při vstupu do existujících služeb, zdůrazňují, že mohou mít strach ze služeb jako takových, čelit stigmatizaci a obavám z prolomení anonymity. Odradit je ale také mohou předchozí negativní zkušenosti se službami a institucemi, na základě kterých vznikla nedůvěra v systém, což výrazně ovlivňuje ochotu vyhledat pomoc. Další problematickou oblastí je přirozený odpor mladých vůči autoritám. Mezi obavy klíčových informantů při využívání stávajících služeb patřila možná identifikace s rolí uživatele a přítomnost starších klientů, od kterých mladí mohou přejímat rizikovější vzorce užívání, zároveň pro ně starší klienti představují potenciální riziko využívání a zneužívání, například v kontextu prodeje drog či sexbyznysu.

Diskuse by měla směřovat k identifikaci možných zlepšení stávajících služeb, řešením by mohlo být jejich rozšíření směrem k cílové skupině. Zvýšení povědomí o sociálních službách, přizpůsobení otevírací doby, větší flexibilita, výběr vhodných míst pro jejich poskytování a zvýšení diskrétnosti mohou být klíčovými faktory pro navázání mladých dospělých. O potřebě zvětšení sítě adiktologických služeb fungujících na principu HR na pražském území je pojednáváno ve strategických dokumentech (MHMP, 2022). Realita je však prozatím taková, že dochází k omezování již existujících nízkoprahových zařízení, jak lze vidět na příkladu organizace Progressive o. p. s., která z důvodu výpovědi nájemní smlouvy byla nucena ukončit provoz kontaktního centra a jeho činnost transformovat do podoby terénní práce (Progressive o. p. s., 2023). Podstatný je rozvoj spolupráce mezi odborníky napříč zařízeními a institucemi. Skrytost a obtížná dostupnost skupiny mLDR zdůrazňuje nezbytnost lepší spolupráce i mezi veřejnými a soukromými subjekty, aby bylo možné efektivněji identifikovat a podporovat tuto populaci. Nároky jsou kladeny také na schopnost flexibilně a adekvátně reagovat na nové trendy. Vzhledem k obavám pracovníků nízkoprahových programů ohledně negativního vlivu starších klientů na mladou populaci je nutné zvážit vytvoření specializovaných služeb nebo rozšíření služeb stávajících, čímž by se mohly lépe adresovat specifické potřeby této skupiny a minimalizovat případná rizika negativního ovlivňování. Bio–psycho–sociální důsledky užívání pak poukazují na potřebnost multidisciplinárního přístupu k péči. Potřeba komplexního přístupu je na místě také vzhledem k rychlému vývoji užívání NL u mladistvých, o čemž pojednávali i Miovký, Šťastná a Popov (2016).

Studie Hawke et al. (2019) se zabývala podporou vstupu mladistvých do služeb péče o duševní zdraví a služeb pro uživatele drog, kromě již zmíněné komplexnosti a multidisciplinarity je důležité, aby byly vytvořeny unikátně pro cílovou skupinu a neslučovala se tak populace dětí (mezi které již mladiství nespádají) a dospělých (mezi které

ještě nepatří), klíčové jsou aspekty důvěry a soukromí, odborníci znají aktuálních trendů, zapojení peer pracovníků, zapojení mladých do realizace a vhodně zvolená propagace služby. V potaz by se měl brát možný stud mladých za duševní problémy a užívání NL, služba by se tak neměla nacházet na příliš frekventovaném a viditelném místě, jako je centrum města (Henderson, Hess, Mehra & Hawke, 2020). Maximální anonymita jako motivace k využití služby vzešla i z výsledků šetření. Stejně tak z výzkumu vyplynul viditelný zájem respondentů o rozšíření HRNZ, což dosvědčuje i výzkum Maršíkové (2019). Pracovníci těchto služeb by se nicméně měli více zajímat o vzorce užívání u návštěvníků akcí, čímž by zcela jistě mohly být rozšířeny také jejich intervence a odkazování na následné služby.

Jak zmiňuje Mirza & Mirza (2008) mladí lidé vždy užívali NL, aby změnili způsob, jakým vidí svět a jak se cítí, není důvod si myslet, že to tak nebude vždy. Včasná identifikace tohoto problému současně s komplexní léčbou by mohla pomoci zabránit dalšímu zhoršování, pomoc by však měla mimo jiné zahrnovat i zralý úsudek o tom, co je možné, a co ne. Kontrolní složky systému kladou velký důraz na úplnou abstinenci mladistvých, změna tohoto pohledu, větší otevřenost a důvěra by ve finále mohly vést k hladšímu navázání mladých do služeb adiktologické péče se záměrem budování motivace k bezpečnějšímu užívání až abstinenci. Přestože pražské nízkoprahové programy a další sociální služby přinášejí pozitivní změny, stále je třeba posilovat tyto zdroje a dále rozvíjet strategie pro prevenci a léčbu rizikového užívání drog mezi mladými dospělými. Celkovým cílem je vytvořit prostředí, které podporuje zdravý životní styl a poskytuje dostupnou a efektivní pomoc pro ty, kteří se potýkají s touto náročnou problematikou.

Jedním z hlavních omezení této studie je malý vzorek respondentů mLDR, který tvoří pouze šest jedinců. Omezená velikost vzorku tak nemůže sloužit k dostatečnému porozumění vzorců užívání ani potřeb v souvislosti se službami u této populace. Výběr výzkumného souboru mohl probíhat na jiných místech a v jiných skupinách, stejně tak větší motivace účastníků mohla být podpořena odměnou. Jelikož byla analýza dat založena na poskytnutých údajích respondenty, existuje riziko zkreslení, neboť nemuseli poskytnout úplné informace týkající se užívání látek ať už z citlivosti daného tématu či jakýkoliv jiných důvodů. Ačkoliv byly zastoupeny různé skupiny klíčových informantů zajisté existují další odborníci, kteří by mohli přinést důležité poznatky ke zkoumanému tématu jako jsou například pedagogové, zdravotníci, pracovníci výchovných ústavů a detenčních zařízení, pracovníci ambulantních služeb pro děti a mladistvé, dětského a dorostového detoxikačního centra a mnohých dalších profesionálů ze zdravotních i sociálních služeb.

Data byla sbírána v omezeném časovém období, což může ovlivnit schopnost zachytit dynamiku změn ve vzorcích užívání a zahrnout aktuální trendy nebo události v oblasti problémového užívání NL mezi mladými dospělými. Dlouhodobější studie by poskytly komplexnější pohled na vývoj chování a potřeb respondentů.

Limitem mohou být zvolené metody sběru a analýzy dat, určitá omezení představuje nedostatečná triangulace zdrojů a použitých metod. V neposlední řadě je určitým limitem výzkumník sám, jelikož měl omezený přístupem k nezbytným zdrojům, omezenou znalost

odborného tématu, některé odpovědi respondentů si také mohl vyložit jinak, než byly původně myšleny, navíc byl ovlivněn vlastní participací v nízkoprahových službách. Přes tyto existující limity výzkumu může práce poskytnout důležitý rámec pro návrhy budoucích studií a intervencí v oblasti rizikového užívání u mladých dospělých.

## 6 Závěr

Problematika rizikového užívání NL u mladých dospělých v Praze je téma nepodchycené a špatně zmapované. V současné době tvoří mLDR v Praze převážně skrytou populaci, která nepřichází do kontaktu se službami a kontakt s touto uživatelskou skupinou je pro existující adiktologické služby obtížný. Je tedy zřejmé, že rizikové či intenzivní užívání psychoaktivních látek ve skupině dospívajících a mladých dospělých existuje, ale mění se jeho vzorce, kontexty a charakteristiky a potřeby uživatelů, na což nedokáží dostatečně reagovat stávající a další adiktologické služby. Na základě výsledků této práce lze vyvodit následující závěry:

Mění se vzorce a charakter užívání: Výskyt mladých dospělých s rizikovým užíváním NL se zdá být nižší než dříve. Trend směřuje spíše k rekreačnímu užívání, cílová skupina má však bohaté zkušenosti s různým spektrem látek, je u ní rozvinuto polymorfní užívání drog. Část rekreačních uživatelů nicméně může spadat do skupiny LDR s možným rozvojem závislosti, ani tak ale nemusí vyhledávat odbornou pomoc, a to nezávisle na tom, zda ji potřebuje či nikoliv.

Problémy s identifikací a oslovením cílové skupiny: Pracovníci se shodují, že identifikace a oslovení mladých dospělých s rizikovým užíváním drog je obtížné, ať již kvůli skryté povaze tohoto problému, omezeným možnostem vyhledávání či náročností rozeznat mladé LDR na rozdíl od starších klientů, u kterých je problémové užívání znatelné na první pohled.

Existující nízkoprahové služby a bariéry pro vstup: Menší potřeba mladých lidí využívat služeb může být způsobena neexistencí zdravotních a sociálních problémů v takové míře, které by z jejich pohledu potřebovaly intervence. Bariérami pro vstup mladých do služeb z hlediska pracovníků jsou obavy z prolomení anonymity a šíření informací, poté také starší klienti, kteří mohou představovat určité riziko pro cílovou skupinu, a to převážně v přijetí rizikovějších způsobů aplikace a potenciálního zneužívání.

Potřeba rozšíření stávajících a vznik nových služeb: Nedostatečně pokrytá síť nízkoprahových adiktologických služeb v Praze způsobuje přetížení kontaktních center a terénních programů, což má mimo jiné za následky nemožnost vyhledávat a pokrývat potřeby jiných skupin ohrožených rizikovým užíváním, než jsou LDR s rozsáhlými zdravotními a sociálními problémy. Existuje potřeba specializovaných služeb pro mladé LDR. K jejich zajištění by se mohly využít již existující NZDM, u kterých by došlo k rozšíření nabízených služeb. Důležité je také větší pokrytí HR služeb v prostředí nočního života a zábavy.

Nutnost systémových změn a návaznosti péče: Kromě rozšíření adiktologických služeb pro mladistvé a nízkoprahových služeb je potřeba zvýšit dostupnost psychiatrické péče, stacionárních a pobytových služeb i dalších forem výchovné a léčebné péče. Výzkum také zdůraznil nezbytnost systémové změny a větší důvěry v pedagogů. Koordinace a užší

spolupráce mezi jednotlivými zdravotními a sociálními službami i státními institucemi je nepopíratelná.

Celkově tento výzkum ukázal potřebu komplexního přístupu k problematice rizikového užívání NL mezi mladými dospělými zahrnujícího prevenci, poskytování nestigmatizujících a pravdivých informací, nízkoprahové služby, psychiatrickou a adiktologickou péči a vzájemnou spolupráci mezi nimi.

Tato práce by mohla být podnětem k diskusi pro odborníky zapojené v komunitním plánování sociálních a zdravotních služeb nejen v Praze. Výskyt a trendy v oblasti rizikového užívání psychoaktivních látek ve skupině mladých dospělých je potřeba dále zkoumat a mapovat, zejména pokud jde o vzorce a kontext užívání a potřebu souvisejících nízkoprahových a dalších služeb.

## Seznam literatury

Afuseh, E., Pike, C. A., & Oruche, U. M. (2020). Individualized approach to primary prevention of substance use disorder: Age-related risks. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15, 58. DOI: 10.1186/s13011-020-00300-7

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. DOI:10.1037/0003-066x.55.5.469

Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235–254. DOI:10.1177/002204260503500202

Arnett, J. J. (2014). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*. New York: Oxford University Press.

Baumrind, D. (1978). Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children. *Youth & Society*, 9(3), 239–267. DOI:10.1177/0044118x7800900302

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S.–M., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-College-Attending Peers. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429. DOI:10.1001/archpsyc.65.12.1429

Brackertz, N. (2007). *Who is hard to reach and why?* ISR Working Paper. Dostupné z [https://www.researchgate.net/publication/314283998\\_Who\\_is\\_hard\\_to\\_reach\\_and\\_why](https://www.researchgate.net/publication/314283998_Who_is_hard_to_reach_and_why)

Broyles, L. M., Binswanger, I. A., Jenkins, J. A., Finnell, D. S., Faseru, B., Cavaiola, A., Pugatch, M., & Gordon, A. J. (2014). Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: A recognition and response. *Substance Abuse*, 35(3), 217–221. DOI:10.1080/08897077.2014.930372

Broža, J. (2003). Děti a mladiství. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Úřad vlády ČR

Burkhart, G., Tomczyk, S., Koning, I., & Brotherhood, A. (2022). Environmental Prevention: Why Do We Need It Now and How to Advance It?. *Journal of prevention* (2022), 43(2), 149–156. DOI:10.1007/s10935-022-00676-1

Bynner, J. (2005). Rethinking the Youth Phase of the Life-course: The Case for Emerging Adulthood? *Journal of Youth Studies*, 8(4), 367–384. DOI:10.1080/13676260500431628

Colver, A., & Longwell, S. (2013). New understanding of adolescent brain development: relevance to transitional healthcare for young people with long term conditions. *Archives of Disease in Childhood*, 98(11), 902–907. DOI:10.1136/archdischild-2013-303945

Côté, J., & Bynner, J. M. (2008). Changes in the transition to adulthood in the UK and Canada: the role of structure and agency in emerging adulthood. *Journal of Youth Studies*, 11(3), 251–268. DOI:10.1080/13676260801946464

CSSP. (2022). *Komparace dat z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze. Porovnání let 2016 až 2021*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha.

ČAS. (2008). *Pojmosloví Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM)*. Praha: Česká asociace streetwork, o.s.

Černíková, T., Dárek, D., & Klíma, T. (2021). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v roce 2019*. Praha: Úřad vlády ČR.

Český statistický úřad. (2022). *Statistická ročenka hl. m. Prahy 2022*. Praha.

D'Amico, E. J., Ellickson, P. L., Collins, R. L., Martino, S., & Klein, D. J. (2005). Processes linking adolescent problems to substance–use problems in late young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(6), 766–775. DOI:10.15288/jsa.2005.66.766

Daniel, J. Z., Hickman, M., Macleod, J., Wiles, N., Lingford–Hughes, A., Farrell, M., ... Lewis, G. (2009). Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug and Alcohol Review*, 28(2), 142–153. DOI:10.1111/j.1465–3362.2008.00042.x

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost, Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.

Drop In, o. p. s. (2023). *Výroční zpráva za rok 2022*.

EDCD & EMCDDA. (2011). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Stockholm: ECDC. DOI:10.2900/58565

EMCDDA (Ed.). (2008). *Drugs and vulnerable groups of young people: Selected issue 2008*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA, & Institute for Therapy Research. (1998). *Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States*. EMCDDA Project (CT. 97.EP.04). Lisboa/München: EMCDDA.

EMCDDA. (2001). *Five key epidemiological indicators: Recommended draft technical tools and guidelines*. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA Project (CT. 99.EP.08). Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA. (2009). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA. (2018). *Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA. (2021). *Polydrug use: health and social responses*. Dostupné z [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses_en)

Erickson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W W Norton & Co.

ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing.

Gowers, S. (2005). Development in adolescence. *Psychiatry*, 4(6), 6–9. DOI:10.1383/psyt.4.6.6.66353

Greer, A., M. et al. (2016). Peer engagement in harm reduction strategies and services: a critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *BMC public health* (16), 452. DOI:10.1186/s12889-016-3136-4

Hartnoll, R. (Ed.) (2003). *Výběr vzorku metodou sněhové koule: Snowball Sampling*. Praha: Úřad vlády ČR.

Havlíková, P. (2020). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2019*. Hlavní město Praha.

Hawke, L. D., Mehra, K., Settipani, C., Relihan, J., Darnay, K., Chaim, G., & Henderson, J. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC health services research*, 19(1), 257. DOI: 10.1186/s12913-019-4066-5

Heller, A. S. & Casey, B. J. (2015). The neurodynamics of emotion: delineating typical and atypical emotional processes during adolescence. *Developmental Science*, 19(1), 3–18. DOI:10.1111/desc.12373

Henderson, J., Hess, M., Mehra, K., & Hawke, L. D. (2020). From Planning to Implementation of the YouthCan IMPACT Project: a Formative Evaluation. *The journal of behavioral health services & research*, 47(2), 216–229. DOI: 10.1007/s11414-019-09658-4

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Herzog, A., Kocián, M., & Plaček, J. (2019). Zmenšování drogového trhu v centru Prahy. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(2), 98–105.



- Hibell, B. (2004). *Overview of the ESPAD Project: Background, Methodology and Organisation. The ESPAD Handbook, Section 2*. Lisbon: EMCDDA.
- Howard, J., Rhodes, T., Fitch, C. & Stimson, G. V. (1998). *Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Especially Vulnerable Young People (EVYP–RAR)*. Geneva: WHO.
- Hrdina, P. & Korčisová, B. (2003). Terénní programy. In K. Kalina (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Huang, S., Trapido, E., Fleming, L., Arheart, K., Crandall, L., French, M., ... Prado, G. (2011). The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addictive Behaviors, 36*(1–2), 95–102. DOI:10.1016/j.addbeh.2010.09.001
- Humensky, J. L. (2010). Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5*(1), 19. DOI:10.1186/1747-597X-5-19
- Chomynová, P., & Mravčík, V. (2021). Národní výzkum užívání návykových látek 2020. *Zaostřeno, 7*(5), 1–20.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno, 6*(5), 1–20.
- Chomynová, P., Grohmannová, K., & Mravčík, V. (2019). Užívání nelegálních drog mezi dospívajícími v ČR: Současný trendy ve vývoji situace. *Demografie, 61*(3), 211–221.
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orlíková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Dékany, L., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Choudhury, S., Charman, T. & Blakemore, S.–J. (2008). Development of the Teenage Brain. *Mind, Brain, and Education, 2*(3), 142–147. DOI: 10.1111/j.1751-228x.2008.00045.x
- IHRA. (2010). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London. Dostupné z: [https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_English.pdf](https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf)
- 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. *Harm Reduction Journal, 4*(1), 14. DOI:10.1186/1477-7517-4-14.
- Janíková, B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In K. Kalina. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing

- Janošová, P. (2016). Adolescence in Blatný, M. (ed.). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Ježek, S., Macek, P., Bouša, O. & Bouša, O. (2016). Cesty k nezávislosti: Jak se vyvíjí autonomie s identitou. In Lacinová, L., Ježek, S. & Macek, P. (eds.). *Cesty do dospělosti. Psychologické a sociální charakteristiky dnešních dvacátníků*. Brno: Masarykova univerzita.
- Ježek, S., Macek, P., Bouša, O. & Kvitkovičová, L. (2016). Přejít do dospělosti. In Lacinová, L., Ježek, S. & Macek, P. (eds.). *Cesty do dospělosti. Psychologické a sociální charakteristiky dnešních dvacátníků*. Brno: Masarykova univerzita.
- Jones, L., Bates, C., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P., Evans–Brown, M., Mackridge, A. McCoy, E., Sumnall, H., & Mcveigh, J. (2011). *A summary of the health harms of drugs*. London: Department of Health.
- Kalina, K. (2015). Bio–psycho–socio–spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Keyzers, A., Lee, S. K., & Dworkin, J. (2020). Peer Pressure and Substance Use in Emerging Adulthood: A Latent Profile Analysis. *Substance Use & Misuse*, 55(10), 1716–1723. DOI:10.1080/10826084.2020.1759642
- Kirkpatrick Johnson, M., Allen Berg, J., & Sirotzki, T. (2007). Differentiation in Self–Perceived Adulthood: Extending the Confluence Model of Subjective Age Identity. *Social Psychology Quarterly*, 70(3), 243–261. DOI:10.1177/019027250707000304
- Koranda, M. (2015). Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kroger, J. (2015). Identity development through adulthood: The move toward "wholeness" In K. C. McLean & M. Syed (Eds.). *The Oxford handbook of identity development*. New York: Oxford University Press.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Úřad vlády ČR
- Kypri, K., McCarthy, D. M., Coe, M. T., & Brown, S. A. (2004). Transition to Independent Living and Substance Involvement of Treated and High Risk Youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13(3), 85–100. DOI:10.1300/j029v13n03\_05
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Libra, J. (2003). Nizkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

Libra, J. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy-odborne-zpusobilosti\\_brezen-2015x\\_1.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy-odborne-zpusobilosti_brezen-2015x_1.pdf)

Lloyd, Ch. (2010). *Sinning and Sinned Against: The Stigmatisation of Problem Drug Users*. London: The UK Drug Policy Commission.

LSA.partners. (2023). *Výroční zpráva za rok 2022*.

Malcolm, A., & Aggleton, P. (2004). *Rapid assessment and response Adaptation guide for work with especially vulnerable young people*. Geneva: WHO

Mannerström, R., Muotka, J., & Salmela-Aro, K. (2019). Associations between identity processes and success in developmental tasks during the transition from emerging to young adulthood. *Journal of Youth Studies*, 22(9), 1289–1307. DOI:10.1080/13676261.2019.1571179

Marek, T. (2021). *Užívání návykových látek u studentů vysokých škol* [Bakalářská práce]. Hradec Králové, Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Ústav sociálních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Václav Bělík, Ph.D.

Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., & Rush, B. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA

Maršíková, D. (2019). *Analýza potřeb klientů programu PARTYHARMreduction*. [Diplomová práce]. Praha, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Mgr. Barbara Janíková.

Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence*. Praha: Portál.

MHMP. (2022). *Strategie Hlavního města Prahy pro oblast závislostního chování na období 2022–2027*. Praha: Odbor sociálních věcí.

Millová, K. (2016). Mladá dospělost in Blatný, M. (ed.). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum

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

Miovský, M. (n.d.). *Teoretická východiska aplikace kvalitativních metod v moderním adiktologickém výzkumu*. Praha: Centrum adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Miovský, M. (n.d.a). *Vybrané teoretické aspekty provádění školních studií v adiktologii*. Praha: Centrum adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Miovský, M., Štastná, L., Popov, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4), 330–341.

Mirza, K. A. H., & Mirza, S. (2008). Adolescent substance misuse. *Psychiatry*, 7(8), 357–362. DOI:10.1016/j.mppsy.2008.05.011

Mravčík, V. (2018). *Epidemiologie problémového užívání drog* [Habilitační práce]. Praha, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Obor hygiena a epidemiologie.

Mravčík, V. (2021). *Dotazníková studie Lékaři 2020 se zaměřením na problematiku závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR

Mravčík, V., Chomynová, P. & Grohmannová, K. (2019a). Koncept problémového užívání návykových látek. *Psychiatrie* 23(3), 121–128.

Mravčík, V., Chomynová, P., & Grohmannová, K. (2019b). Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek. *Hygiena*, 64(1), 21–26.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Leštinová, Z. T., Nechanská, B., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Leštinová, Z. T., Nechanská, B., Cibulka, J., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Mladá, K., & Drbohlavová, B. (2018). Infectious and Other Somatic Comorbidity in People who Inject Drugs – Results of a Cross-sectional Survey. *Adiktologie*, 18(3–4), 141–150.

Mravčík, V., Vařeková, Z., & Janíková, B. (2022). *Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze*. Brno: Společnost Podané ruce o.p.s.

Nešpor, K. (2006). Problémy způsobené alkoholem, návykovými látkami a hazardní hrou v dětství a dospívání. In Říčan, P., & Krejčířová, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.

- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál
- Nielson Sobotková, V., et al. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Nováková, M. (2021). *Zneužívání návykových látek u žáků středních škol a prevence* [Diplomová práce]. Hradec Králové, Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Ústav sociálních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Jiří Semrád, CSc.
- Novotná, M. (2020). *Prevalence užívání a dostupnost návykových látek mezi studenty vysokých škol v Brně* [Diplomová práce]. Brno, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky. Vedoucí práce MUDr. Petr Krachlík, Ph.D.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. DOI:10.1016/s0140–6736(10)61462–6
- Palmer, R. H. C., Young, S. E., Hopfer, C. J., Corley, R. P., Stallings, M. C., Crowley, T. J., & Hewitt, J. K. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1–3), 78–87. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012
- Pančocha, K., & Nepustil, P. (2012). „Skryté skupiny“ – základní vymezení. In Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová R., & Bártová, A. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: Analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády ČR
- Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F., & Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 772–782. DOI: 10.15288/jsad.2012.73.772
- Petrenko, R., & Libal, M. (2021). *Komparace dat z šetření rizikového chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze, porovnání let 2016 až 2021*. Praha: Pražské centrum primární prevence.
- Petruželka, B., Hanzlík, K., & Barták, M. (2022). *Analýza dostupnosti adiktologických služeb a potřeb klientů těchto služeb v Hlavní městě Praze*. Praha.
- Piaget, J. & Inhelderová, B. (2012). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Progressive, o. p. s. (2023). *Výroční zpráva za rok 2022*.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S., & Paradis, A. D. (2000). General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 223–231. DOI:10.1097/00004583–200002000–00023

Rhodes, T., Fitch, Ch., & Stimson, G. V. (2002). *SEX–RAR guide: the rapid assessment and rapid response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour*. Geneva: WHO

Rolová, G., Miovský, M. & Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 1(4), 224–235.

Room, R. (2006). The dangerousness of drugs. *Addiction*, 101(2), 166–168. DOI:10.1111/j.1360–0443.2006.01315.x

Sananim, z. ú. (2023). *Výroční zpráva za rok 2022*.

Santor, D. A., Messervey, D., & Kusumakar, V. (2000). *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 163–182. DOI:10.1023/a:1005152515264

Shelby, S. A., Copeland, A. L. & Cherry, K. E. (2023). Risk Factors for Substance Use across the Lifespan. *The Journal of Genetic Psychology*, 184(2), 145–162. DOI: 10.1080/00221325.2022.2130025

Skogen, J. C., Sivertsen, B., Hysing, M., Heradstveit, O., & Bøe, T. (2019). Economic Circumstances in Childhood and Subsequent Substance Use in Adolescence – A Latent Class Analysis: The youth@hordaland Study. *Frontiers in Psychology*, 10, 1115. DOI:10.3389/fpsyg.2019.01115

SocioFactor, s.r.o. (2010). *Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní šetření*. Dostupné z: [https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Metodika\\_vyzkumu\\_uzivani\\_navykovych\\_latek\\_v\\_SVL\\_Brno\\_Sociofactor.pdf](https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Metodika_vyzkumu_uzivani_navykovych_latek_v_SVL_Brno_Sociofactor.pdf)

Sopko, B., Škařupová, K., Nečas, V., & Mravčík, V. (2016). Estimation of Problem Drug Users in Prague in 2011 from Low–threshold Data: Modified Capture–Recapture Method, Adjusted for Clients Avoiding Any Identification (Non–Coded Clients). *Cent Eur J Public Health* 2016, 24(1), 39–44. DOI: 10.21101/cejph.a4096

Společnost podané ruce o.p.s. (2023). *Výroční zpráva za rok 2022*.

Stapleton, A. (2012). Coaching clients through the quarterlife crisis: What works? *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentory, Special Issue*, 6, 130–145.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. DOI: 10.1016/j.tics.2004.12.005

Stimson, G. V., Fitch, Ch. & Rhodes, T. (1998). *The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU–RAR)*. London: WHO.

Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775. DOI:10.1016/j.addbeh.2012.02.014

Thanki, D. & Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. Lisbon: EMCDDA

Thompson, S. J., Rew, L., Barczyk, A., McCoy, P., & Mi-Sedhi, A. (2009). Social Estrangement: Factors Associated with Alcohol or Drug Dependency among Homeless, Street-Involved Young Adults. *Journal of Drug Issues*, 39(4), 905–929. DOI:10.1177/002204260903900407

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. & Lisá, L. (2022). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M., Csémy, L., & Marek, J. (2013). *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum.

Valdrová, J. (2017). Generické maskulinum. In Karlík, P., Nekula, M. & Pleskalová, J. *CzechEncy – Nový encyklopedický slovník češtiny*. Dostupný z [www.czechency.org/slovník/GENERICKÉ%20MASKULINUM](http://www.czechency.org/slovník/GENERICKÉ%20MASKULINUM)

Vaničková, E. (2007). *Dětská prostituce*. Praha: Grada Publishing.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

WHO (2000). *Evaluační léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Rámcový sešit*. Geneva: WHO, UNDCP & EMCDDA.

WHO (2000a). *Evaluační léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Analýza potřeb. Sešit č. 3*. Geneva: WHO, UNDCP & EMCDDA.

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

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

## Přílohy

### Příloha č.1: Polostrukturovaný rozhovor pro populaci mladých dospělých lidí užívající drogy rizikově

1) Sociodemografické údaje

a) Věk:

b) Pohlaví

Muž	
Žena	
Jiné:	

c) Vzdělání

Základní	
Střední s vyučením	
Střední s maturitou	
Vysokoškolské	

d) Bydliště

Druh		Jak/s kým	
Dům		Sám	
Byt		S rodiči	
Ubytovna		S přítelem	
Bez domova		Spolubydlení	
Jiné:		Jiné:	

e) Současný stav na trhu práce

Žák/student	
Zaměstnaný	
Nezaměstnaný	



2) Vzorce užívání návykových látek

a) Zkušenosti s návykovými látkami

Návyková látka	Nikdy v životě	Alespoň 1x v životě	V posledních 12 měsících	V posledních 30 dnech
Nikotin				
Alkohol				
Marihuana/hašiš				
Amfetamin				
Metamfetamin				
MDMA (Extáze)				
GHB				
Kokain/Crack				
LSD a jiné hal.				
Hal. houby (lysohlávky)				
Ketamin				
Heroin				
Subuxone/Subutex				
Jiné opiáty				
Těkavé látky				
Léky (sedativa/hypnotika)				
Jiné:				

b) Vývoj užívání návykových látek

Návyková látka	První užití (věk)	Způsob aplikace prvního užití	Injekční aplikace ano/ne + věk 1. užití	Aktuální užívání ano/ne*	Jiné poznámky

\*v posledním roce

c) Aktuální užívání návykových látek (v posledním roce)

Návyková látka	Frekvence užívání*	Množství látky při jedné příležitosti	Způsob aplikace	Poslední aplikace (kdy)	Příležitost**

\*počet aplikací např. v životě/měsíčně/týdně/denně

\*\*při jaké příležitosti užívá nejčastěji (s kým – sám/partner/přítel/parta/neznámý/jiné + kde – doma/venku/klub/jiné)

d) Způsob získávání NL

- Jakým způsobem si nejčastěji obstaráváte návykové látky?

e) Kombinace NL

- Kombinujete návykové látky?
  - Pokud ano, jak a při jaké příležitosti?

f) Aplikace NL

- Popíšete mi více, jak látky aplikujete?

- Máte nějaký rituál? (příprava, rozdělení, užití dávky, očekávání/realita)
- g) Injekční užívání
- Užíváte drogy injekčně?
    - Jak dlouho a jak často užíváte injekčně?
    - Jak získáváte injekční materiál?
    - Jakým způsobem likvidujete injekční materiál?
    - Použil jste někdy jednu stříkačku opakovaně?
      - Pokud ano, kolikrát se to stalo a kdy naposledy?
    - Sdílel jste někdy injekční stříkačku?
      - Pokud ano, kolikrát se to stalo a kdy naposledy?
- h) Bio–psycho–sociální důsledky užívání
- Má užívání NL dopad na vaše zdraví, psychiku či sociální prostředí? Zaregistroval jste někdy negativní důsledky plynoucí z užívání? Jaké?
- i) Myslíte si, že máte užívání pod kontrolou?
- j) Jiné rizikové chování
- Nechráněný sex, kriminální činnost, ...
- 3) Potřeby v souvislosti s nízkoprahovými adiktologickými službami
- a) Informovanost o poskytovaných nízkoprahových službách
- Znáte nějaké nízkoprahové služby pro uživatele NL? Jaké?
  - Jak jste se o službách dozvěděl?
  - Využíváte služeb KC a TP?
    - Jak dlouho služeb využíváte?
    - Jak jste s nimi přišel do kontaktu?
    - Z jakých důvodů jste využil služeb poprvé?
- b) Atraktivita nízkoprahových služeb
- Víte, co všechno KC a TP nabízí? (případně respondenta seznámit)
  - Je pro vás nabídka zajímavá?
  - Jsou pro vás služby místem a časem dostupné?
  - Využíval byste služeb, kdybyste o nich dříve věděl?
  - Zdají se vám tyto služby něčím přínosné? Proč/čím?
  - Vnímáte pro vás nějaká rizika těchto služeb?
  - Co vás odradilo od využití služeb?/Proč byste nevyužil nízkoprahových služeb?
- c) Potřeby respondentů

- Co přesně z nabídky služeb byste využili/využíváte?

Služby	ANO/NE	Poskytovaný materiál	ANO/NE
Distribuce HR materiálu		Kapsle	
Asistenční služba		Šňupátka	
Individuální poradenství		Alobal	
Informační servis (bezpečné brání, bezpečný sex, sociálně-právní, zdravotní, ...)		Injekční náčiní a parafermálie	
Krizová intervence		Prezervativy a lubrikanty	
Sociální práce		Zdravotní materiál	
Socioterapie		Těhotenské testy	
Zdravotní ošetření		Vitamíny	
Testování infekčních nemocí			
Hygienický a potravinový servis			

- Co jiného byste potřeboval od KC a TP? (poskytované služby, HR, aktivity)
- Jak by vypadala ideální služba, která by splňovala potřeby vaše a vašeho okolí? (Pokud by existovala specializovaná nízkoprahová služba pro mladistvé uživatele, využíval byste ji radši?)
- Jakým způsobem byste se o službách chtěl dozvědět?
- Kdo by měl v těchto službách pracovat?
- Je někdo, s kým sdělíte vaše problémy a starosti?

#### 4) Drogová scéna mladých dospělých uživatelů

- Kolik znáte mladých dospělých LDR?
- Pokud zná
  - Víte, jaké látky nejčastěji užívají?
  - Kde se nejčastěji mladí dospělí LDR vyskytují?

- Využívají služeb KC a TP? Pokud ne, víte proč? (Co by se muselo stát, aby je využívali? Jakým způsobem by se o službách mohli dozvědět?)

## Příloha č.2: Polostrukturované rozhovory pro klíčové informanty

### *Polostrukturovaný rozhovor pro pracovníky kontaktních center*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. V jaké míře se ve službách vyskytují mladí dospělí LDR?
4. Jak hodnotíte vývoj výskytu mladých dospělých LDR ve službě za posledních 5 let (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)? Pokud je jich méně: Jak si vysvětlujete, že jich v kontaktu ubývá?
5. Jakým způsobem a jak často oslovujete mladé lidi? Jak by se o vás mladí dospělí LDR mohli dozvědět?
6. Má mladým dospělým LDR služba co nabídnout? Co by se dalo zlepšit?
7. Jaká rizika a bariéry vnímáte při práci s nimi? (z pohledu pracovníka)
8. Jaká vnímáte rizika pro mladé dospělé LDR, kteří budou využívat stávajících nízkoprahových služeb?
9. Víte o službách, které by se specializovali na mladé dospělé LDR?
10. Myslíte si, že by byly potřebné specializované nízkoprahové služby pro mladistvé uživatele?
  - Jak by taková služba měla vypadat, co by měla nabízet, jakým způsobem by se měla dostat do povědomí mladých lidí?

### *Polostrukturovaný rozhovor pro pracovníky terénních programů*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. V jaké míře se ve službách vyskytují mladí dospělí LDR?
4. Jak hodnotíte vývoj výskytu mladých dospělých LDR ve službě za posledních 5 let (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)? Pokud je jich méně: Jak si vysvětlujete, že jich v kontaktu ubývá?
5. Jakým způsobem a jak často oslovujete mladé lidi? Jak by se o vás mladí dospělí LDR mohli dozvědět?
6. Má mladým dospělým LDR služba co nabídnout? Co by se dalo zlepšit?
7. Jaká rizika a bariéry vnímáte při práci s nimi? (z pohledu pracovníka)
8. Jaká vnímáte rizika pro mladé dospělé LDR, kteří budou využívat stávajících nízkoprahových služeb?
9. Víte o službách, které by se specializovali na mladé dospělé LDR?
10. Myslíte si, že by byly potřebné specializované nízkoprahové služby pro mladistvé uživatele?

- Jak by taková služba měla vypadat, co by měla nabízet, jakým způsobem by se měla dostat do povědomí mladých lidí?

*Polostrukturovaný rozhovor pro pracovníky harm reduction služeb v oblasti noční zábavy*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. S jakou cílovou skupinou se nejčastěji setkáváte na akcích? Jaké NL se nejčastěji užívají?
4. Jak hodnotíte vývoj užívání u mladých dospělých za posledních 5 let (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)?
5. Setkáváte se s mladými dospělými LDR? Pokud ano, na jakých akcích se nejčastěji vyskytuje problémové užívání?
6. Měníte na akcích injekční materiál? Máte zkušenost s mladými dospělými LDI?
7. Odkazujete na další nízkoprahové programy pro LDR?
8. Jaká rizika a bariéry vnímáte při práci s mladými dospělými LDR?
9. Víte o službách, které by se specializovali na mladé dospělé LDR?
10. Myslíte si, že by byly potřebné specializované nízkoprahové služby pro mladistvé uživatele?
  - Jak by taková služba měla vypadat, co by měla nabízet, jakým způsobem by se měla dostat do povědomí mladých lidí?

*Polostrukturovaný rozhovor pro pracovníky nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. V jaké míře se u vašich klientů vyskytuje problémové užívání NL? Čím si to vysvětlujete?
4. Jak hodnotíte vývoj zkušeností s NL u mladých dospělých za posledních 5 let (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)?
5. Oslovujete témata užívání NL? Proč? Jak? Co by vám pomohlo k tomu toto téma otvírat?
6. Pokud byste měli v kontaktu mladého dospělého LDR, jaký by byl postup práce s ním?
7. Znáte principy harm reduction? Co si pod tím představujete? Seznamujete mladé uživatele s principy bezpečnějšího užívání?
8. Spolupracujete s nízkoprahovými programy pro uživatele NL? Pokud ano, jak? Pokud ne, proč?
9. Víte o službách, které by se specializovali na mladé dospělé LDR?
10. Myslíte si, že by byly potřebné specializované nízkoprahové služby pro mladistvé uživatele?
  - Jak by taková služba měla vypadat, co by měla nabízet, jakým způsobem by se měla dostat do povědomí mladých lidí?

*Polostrukturovaný rozhovor pro pracovníky denního centra pro mladé lidi bez domova*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. V jaké míře se u vašich klientů vyskytuje problémové užívání NL? Čím si to vysvětlujete?
4. Jak hodnotíte vývoj zkušeností s NL u mladých dospělých za posledních 5 let (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)?
5. Oslovuje témata užívání NL? Proč? Jak? Co by vám pomohlo k tomu toto téma otvírat?
6. Znáte principy harm reduction? Co si pod tím představujete? Seznamujete mladé uživatele s principy bezpečnějšího užívání?
7. Spolupracujete s nízkoprahovými programy pro uživatele NL? Pokud ano, jak? Pokud ne, proč?
8. Jaká rizika a bariéry vnímáte při práci s mladými dospělými LDR?
9. Víte o službách, které by se specializovali na mladé dospělé LDR?
10. Myslíte si, že by byly potřebné specializované nízkoprahové služby pro mladistvé uživatele?
  - Jak by taková služba měla vypadat, co by měla nabízet, jakým způsobem by se měla dostat do povědomí mladých lidí?

*Polostrukturovaný rozhovor pro pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. V jaké míře se setkáváte s mladistvými, kteří užívají návykové látky rizikově?
4. Jakým způsobem se dozvíte o tom, zda klient užívání NL? Dokážete popsat charakteristické rysy, které se u této skupiny vyskytují?
5. Jak hodnotíte vývoj v užívání NL u mladistvých klientů za posledních 5 let (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)?

*Polostrukturovaný rozhovor pro příslušníky policie České republiky*

1. Pohlaví/věk
2. Na jaké pozici pracujete a jak dlouho?
3. Jak hodnotíte situaci problémového užívání mladých dospělých v Praze?
4. Jak hodnotíte vývoj u této cílové skupiny v posledních 5 letech (případně za působení ve službě, pokud je kratší než 5 let)?
5. Jaké látky jsou nejčastěji zadrženy u mladých dospělých?
6. Jaká jsou nejčastěji páchané přestupky/trestná činnost u cílové skupiny?
7. Kde se nejčastěji vyskytuje cílová skupina mladých dospělých uživatelů? (Existují lokality, kde se vyskytují častěji?)

*Polostrukturovaný rozhovor pro peer pracovníky*

1. Pohlaví/věk
2. Jak dlouho se pohybuje na drogové scéně v Praze?
3. Jak hodnotíte vývoj situace na drogové scéně v posledních 5 letech s ohledem na mladé dospělé LDR?

4. Myslíte si, že se u mladých dospělých v současnosti vyskytuje problémové užívání? Kde by se podle vás mohli vyskytovat?
5. Myslíte si, že mladých dospělých LDR v kontaktu s nízkoprahovými službami ubývá nebo přibývá? Proč tomu tak je?
6. Jakým způsobem by nízkoprahové služby měly kontaktovat mladé dospělé LDR?
7. Vnímáte nějaká rizika a bariéry pro vstup mladých dospělých LDR do nízkoprahových služeb?
8. Jaká vnímáte rizika pro mladé dospělé LDR, kteří budou využívat stávajících nízkoprahových služeb?
9. Myslíte si, že by byly potřebné specializované nízkoprahové služby pro mladistvé uživatele?
  - Jak by podle vás taková služba měla vypadat, co by měla nabízet, jakým způsobem by se měla dostat do povědomí mladých lidí?