

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Zuzana Leštinová

Zkušenosti uživatelů ilegálních návykových látek s diskriminací v běžném životě

Experiences of illegal drug users with discrimination in everyday life

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Benjamin Petruželka, Ph.D.

Praha, 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně 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, 26.04. 2022

ZUZANA LEŠTINOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

LEŠTINOVÁ, Zuzana. *Zkušenosti uživatelů ilegálních návykových látek s diskriminací v běžném životě. [Experiences of illegal drug users with discrimination in everyday life]*. Praha, 2022. 52 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Benjamin Petruželka, Ph.D.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Benjaminu Petruželkovi Ph.D. za odbornou pomoc a vedení při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří též všem zúčastněným respondentům a zařízením, která mi poskytla zázemí pro sběr dat.

ABSTRAKT:

Východiska: Uživatelé ilegálních návykových látek se setkávají s vyčleněním ze společnosti. Není pro ně jednoduché se s takovým jednáním vyrovnat a předpokládají, že s nimi může být zacházeno nerovně.

Cíle: Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat zkušenosti uživatelů ilegálních návykových látek s diskriminací v běžném životě. Zaměřila jsem se na to, jaké jednání sami klienti označují jako diskriminační bez ohledu na to, zda se skutečně jedná o diskriminaci z právního hlediska, v jakých oblastech běžného života se s diskriminací setkávají a zda situaci nějak řešili.

Hlavní výzkumné otázky:

- Jak respondenti rozumí pojmu diskriminace?
- V jakých oblastech se s diskriminací respondenti setkávají?
- Zda a jakým způsobem respondenti danou situaci řešili?

Soubor: Výzkumný soubor tvořilo 10 osob (5 mužů a 5 žen), které využívají adiktologické služby. 5 respondentů byli klienti nízkoprahového zařízení a zbývajících 5 respondentů pacienti ústavní léčby. Respondenti museli splňovat základní kritérium, kterým je užívání ilegálních návykových látek. Nebylo podstatné, zda je u nich rozvinuta závislost.

Metody: Data byla získávána formou kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány, následně přepsány a analyzovány pomocí tematické analýzy s využitím metod polootevřeného kódování a kategorizace.

Výsledky: Všichni respondenti uvedli, že se ve svém běžném životě s diskriminací setkali. Nejčastěji byl zmiňovaný stigmatizující přístup společnosti, druhou nejčastěji zmiňovanou oblastí byla zdravotní péče. Povědomí o právní úpravě diskriminace a ochraně proti diskriminaci bylo mezi respondenty nedostačující.

Závěr a doporučení: Právní pojem diskriminace neodpovídá tomu, co respondenti za diskriminaci považují. Je potřeba zvýšit informovanost uživatelů o tom, jak rozpoznat diskriminaci a jak se jí bránit. Navrhovala bych vytvoření programů na téma právní gramotnosti uživatelů návykových látek a edukaci pracovníků v adiktologických službách.

Klíčová slova: diskriminace – stigmatizace – návykové látky – antidiskriminační zákon

ABSTRACT:

Background: Illegal drug users are often socially excluded. It is not easy for them to cope with such behaviour and they assume that they will be treated unequally.

Aims: The main aim of the research is to map the experiences of illegal drug users with discrimination in everyday life. I was interested in what actions the clients themselves describe as discriminatory, regardless of whether it is actually discrimination from a legal point of view, in what areas of everyday life they encounter discrimination and whether they resolve the situation in any way.

Main research questions:

- How do respondents understand the concept of discrimination?
- In what areas do respondents encounter discrimination?
- Whether and how have respondents dealt with the situation?

Sample: The research sample consisted of 10 persons (5 men and 5 women) using addiction services. 5 respondents were clients of a low threshold facility and the remaining 5 respondents were in institutional care. The respondents had to meet the basic criterion of illegal substance use. It was irrelevant whether they had developed an addiction.

Methods: Interviews were recorded on a tape recorder and then transcribed into MS Word and analyzed using thematic analysis with semi-open coding and categorization methods.

Results: All respondents reported that they had encountered discrimination in their everyday lives. The most frequently mentioned issue was the problematic attitude of society, the second most frequently mentioned area was health care. Awareness of discrimination legislation and protection against discrimination was insufficient among the respondents.

Conclusion and recommendation: The legal concept of discrimination does not correspond to what respondents consider discrimination. There is a need to raise users' awareness of how to recognise discrimination and how to defend themselves. I would suggest the creation of programmes on legal literacy for substance users and education for workers in addictology programme.

Keywords: discrimination - stigmatization - drugs - anti-discrimination law

Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	VYMEZENÍ POJMŮ.....	10
2.1	Rovnost	10
2.2	Nerovné zacházení	10
2.3	Stigma.....	11
2.4	Diskriminace.....	11
2.5	Návykové látky (NL).....	12
3	DISKRIMINACE.....	13
3.1	Právní úprava	13
3.2	Rozlišení diskriminace	14
3.3	Zakázané diskriminační důvody	15
3.4	Oblasti působnosti antidiskriminačního zákona	18
3.5	Jak se bránit diskriminaci	19
4	STIGMATIZACE A SPOLEČENSKÝ POSTOJ K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM.....	20
4.1	Stigmatizace uživatelů návykových látek	21
5	DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	23
5.1	Zdravotní důsledky užívání návykových látek	23
5.2	Sociální důsledky užívání návykových látek	24
5.3	Ekonomické a právní důsledky užívání návykových látek	24
6	CÍLE VÝZKUMU	25
7	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
8	METODOLOGIE VÝZKUMU	25
8.1	Sběr a analýza dat	27
8.2	Etika výzkumu	28
8.3	Výzkumný soubor.....	29
9	VÝSLEDKY	31
9.1	Sociodemografické údaje.....	31
9.2	Diskriminace – porozumění pojmu a zkušenosti	32
9.3	Oblasti diskriminace	35
9.4	Řešení diskriminace.....	39
10	DISKUSE.....	42
11	ZÁVĚR	45
12	LITERATURA.....	46
13	PŘÍLOHY.....	50
13.1	Příloha č. 1 – Osnova k rozhovorům	50

13.2	Příloha č. 2 – Informovaný souhlas	52
------	--	----

1 ÚVOD

Diskriminace je často zmiňovaný pojem, ale ne vždy představa o významu tohoto slova odpovídá jeho právnímu významu. Diskriminovaným se může cítit každý člověk v různých oblastech svého života, ale rozhodnout o tom, zda bude jednání označeno jako diskriminační, může pouze soud. Rovnost a zákaz diskriminace představují základní hodnoty moderní společnosti.

Cílem mé práce bylo zmapovat zkušenosti uživatelů ilegálních návykových látek s diskriminací. K tomuto tématu mě přivedla zkušenost z praxe, kdy jsem se v několika případech setkala s tím, že klienti v této oblasti byli zcela bezradní a nevěděli, jak tuto situaci řešit, přestože se jich hodně dotýkala a vnímali přístup společnosti k nim samotným jako velmi stigmatizující. Chtěla jsem zjistit, jaký je vztah mezi stigmatizací a diskriminací a kdy už můžeme jednání označit jako diskriminaci. Při své práci jsem zjistila, že se jedná o velmi citlivé a těžko uchopitelné téma. Na dva zdánlivě stejné případy je možné pohlížet z různých úhlů pohledu a je velmi těžké diskriminaci z právního hlediska prokázat.

V teoretické části jsem se věnovala tomu, jak je pojem diskriminace vymezen z hlediska právního, kterých oblastí života se dotýká a jakou roli ve společnosti hraje stigmatizace. Dále jsem se zabývala tím, jak společnost vnímá uživatele ilegálních NL a jaké důsledky s sebou užívání NL přináší. Zjišťovala jsem jaké jsou možnosti ochrany před diskriminací a jakého výsledku může být v diskriminačním sporu dosaženo.

Výzkumnou část tvoří převážně poznatky získané z rozhovorů s respondenty. Tato část mé práce byla velmi náročná a pro mě zároveň velmi obohacující v tom, že mi pomohla uvědomit si důležitost individuálního přístupu k této specifické skupině respondentů. Pouze při osobním kontaktu je možné věnovat se konkrétnímu problému každého jednotlivce a zaměřit se na daný problém více do hloubky.

TEORETICKÁ ČÁST

2 VYMEZENÍ POJMŮ

2.1 Rovnost

Jak zmiňují Bobek, Boučková a Kühn (2007) rovnost je společenským ideálem, avšak je obtížné stanovit definici tohoto pojmu. Většina z nás je přesvědčena, že ví, co tento pojem znamená, ale pokud si položíme přímou otázku, budou se odpovědi diametrálně lišit v závislosti na mnoha faktorech, ať již politickém přesvědčení, historické zkušenosti či sexuální preferenci. Otázku rovnosti a diskriminace nelze aplikovat pouze do oblasti právní, prolíná se do všech oblastí života jedince i celé společnosti. Princip rovnosti bývá spojován s lidskými právy jako je například: vzdělání, zdravotní péče, daňové zatížení, sociální dávky, zaměstnání a další. Princip rovnosti s sebou nese konflikt mezi svobodou a rovností, kde jsou tyto dva pojmy v jednom případě vnímány jako protikladné, ale v jiném případě mohou být naopak vyloženy tak, že jeden naplňuje ten druhý.

Na otázku, zda existuje nějaké rozdělení rovnosti nelze jednoznačně odpovědět. Rovnost nemůžeme jednoznačně kategorizovat. Je to ideál, který jen stěží můžeme popsat. I jeho rozdělení může být z různých hledisek odlišné. Jednou z možností by bylo rozdělit rovnost na:

- Rovnost formální (tato definice je postavena na přesvědčení, že spravedlivě znamená všem stejně)
- Rovnost materiální (zohledňuje skutečnou situaci jednotlivce, jeho schopnosti, možnosti)
- Rovnost příležitostí (základní myšlenka je ta, že jednotlivci musí mít stejné podmínky)
- Rovnost výsledků (určujícím faktorem není jednatel ale postavení celé skupiny) (Bobek, Boučková & Kühn, 2007).

2.2 Nerovné zacházení

Často se můžeme při aplikaci práva, jež řeší diskriminaci, setkat s nesprávným výkladem a zaměňováním pojmů diskriminace a nerovné zacházení (Bobek, Boučková & Kühn, 2007).

Přestože diskriminace označuje nerovné zacházení, chybí v této definici důležitý prvek. Tím je diskriminační důvod. O diskriminaci v právním smyslu se jedná pouze tehdy, když dochází k nerovnému zacházení z důvodu uvedeného v antidiskriminačním zákoně. V praxi dochází k zaměňování těchto pojmů a tím následně k nedovolené aplikaci antidiskriminačního zákona i na případy, kde jde pouze o nerovné zacházení. V pracovněprávních vztazích je možno vedle antidiskriminačního zákona využít i zákoník práce, který v § 16 odst. 1 zakazuje jakékoliv nerovné zacházení, či zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. Diskriminační důvody vyjmenované v těchto zákonech se většinou shodují

s důvody uvedenými v antidiskriminačním zákoně, navíc však obsahují některé speciální důvody (Janšová & Placzeková, 2018).

2.3 Stigma

Termín stigma pochází z antického Řecka a označuje znaky vypovídající o něčem, co je neobvyklé, nedostatečné nebo z morálního hlediska nepřijatelné. Podle tohoto označení byl jedinec ve společnosti rozpoznán a vyloučen. Z toho vyplývá, že stigma může být příčinou diskriminace. V historii najdeme mnoho příkladů stigmatizace, která je založená na etnicitě, rasových předsudcích, sociálním statutu, národnosti, pohlaví či sexuální orientaci. Stigmatizovaný jedinec je vyloučen z plného přijetí společností, může být například omezován ve svých právech, vystaven posměchu či trestu. Důsledky stigmatizace se negativně projevují v oblasti sociální, zdravotní, rodinné a dále například při sebestigmatizaci uživatelů návykových látek (Ocisková & Praško, 2015). Podle Hajdy (2015) při sebestigmatizaci jedinec nekriticky přijímá za své negativní hodnocení společnosti, které se týká rysů, jež jsou druhými znevažovány.

Společnost více stigmatizuje jedince na základě povědomí o jeho diagnóze a není v těchto případech důležitá závažnost závislosti. Mnohem více jsou společensky nepřijatelné její viditelné projevy. Typickým příkladem může být injekční užívání drogy (Phelan et al., 2000).

Stigma označuje jedince hanlivě, někdy i vulgárně a toto označení je překážkou pro začlenění jedince do kolektivu a zhoršuje navazování mezilidských vztahů (Hartl & Hartlová, 2000). To může mít za následek sebestigmatizaci, která působí nepříznivě na psychiku i tělesné zdraví a v konečném důsledku zabraňuje jedinci vyhledat zdravotní nebo sociální pomoc. Při snižování míry stigmatizace se potýkáme s negativním vlivem některých léčebných postupů, které ve svých terapeutických programech zdůrazňují selhání klienta jako proces léčby, který má být přínosem k motivaci (Ocisková & Praško, 2015).

2.4 Diskriminace

Základ slova diskriminace najdeme v latině, kde „discriminare“ znamená rozlišování. Ne každé rozlišování je však diskriminace. Rozlišování je zcela přirozený jev, se kterým se v běžném životě denně setkáváme. Společenský vývoj však přinesl původně neutrálnímu pojmu negativní konotaci, a tak je dnes pojem diskriminace vnímán jako synonymum nespravedlnosti (Krhutová & Sochor, 2012).

Dle Sborníku stanovisek veřejného ochránce práv 20 je diskriminace charakterizována jako neospravedlnitelné rozdílné zacházení s lidmi ve srovnatelné situaci. Každý konkrétní případ diskriminace je obrazem zraněné lidské důstojnosti a voláním po spravedlnosti. Právě díky konkrétním situacím dokážeme porozumět obecným pravidlům. Diskriminace nemusí být úmyslná, ani ji nemusí být možno jednoznačně rozpoznat na první pohled. Často si lidé diskriminaci ani neuvědomují. Dochází k ní na základě zažitých stereotypů, předsudků a vzorců chování. Typickým příkladem může být diskriminace drogově závislých. Je dobré si

připomenout, že diskriminace se vždy týká pouze jednotlivce, a to, že tito jednotlivci poměrně často vycházejí ze stejných skupin znamená, že diskriminace má systémový charakter a svou roli tu hrají i vzorce chování a dlouhodobě zažitě předsudky ve společnosti (Šabatová a kol., 2019).

Výskyt diskriminace je složitým celospolečenským problémem, promítá se do oblasti sociální, ekonomické, politické i psychologické. Diskriminace je vždy nespravedlivá a její oběť se často cítí ponížene nebo nepřijemně. Není v moci zákona diskriminaci zcela zastavit, protože její forma je často nenápadná a těžce rozpoznatelná. Ve výjimečných případech může diskriminační jednání představovat i trestný čin (např. forma sexuálního obtěžování) (Tomšej, 2020).

2.5 Návykové látky

V oblasti terminologie, která se týká drogové problematiky, se stále setkáváme s různými termíny, ať již droga, návyková látka nebo psychotropní látka či omamná látka (dále jen NL). V podstatě všechny tyto názvy označují to, co již bylo definováno WHO v roce 1969. Dle expertů WHO byla jakákoli látka, kterou vpravíme do živého organismu a pozmění jednu nebo více jeho funkcí označena za drogu (WHO, 1994). Dle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 130 „*se návykovou látkou rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.*“

Ve společnosti je stále ještě častěji než termín návykové látky, užíván termín drogy. Tento termín se historicky vyvíjel. Původní slovo pochází z francouzštiny a označovalo „léčivo obecně“, tento význam zůstal stejný dodnes, například v angličtině „*drugs*“ (Zábranský, 2003). V obecném i odborném úzu je dnes slovo „droga“ nadřazený pojem, který označuje jako drogy ve farmaceutickém smyslu také jiné léky a látky (včetně alkoholu), zejména pokud jsou užívány a zneužívány ke změnám nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení duševních a tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací, pseudohalucinací apod.) (Nožina, 1997). Samotné užívání drog není v ČR trestné, ale jakékoliv nakládání s nelegálními drogami je vždy protiprávní a je zde nulová tolerance (Mahdalíčková, 2014).

Pokud mluvíme o drogách nebo návykových látkách, málokdo si uvědomuje, že se s nimi v běžném životě setkáváme každý den. Nikoho nepřekvapí, že mezi ně patří tabák, alkohol či destiláty, ale definici drogy splňuje také například káva a čaj nebo některé volně dostupné léky. Všechny tyto látky mají schopnost ovlivnit naši psychiku, můžeme je tedy označit jako látky návykové (Nožina, 1997).

3 DISKRIMINACE

Antidiskriminační právo v ČR je zakotveno v zákoně č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (dále jen antidiskriminační zákon, AZ). Tento zákon byl přijat v době, kdy evropské a americké antidiskriminační právo mělo za sebou již delší vývoj. Přijetí AZ nebylo provázáno s dalšími již existujícími předpisy, je tedy na aplikační praxi, aby vyřešila jeho vztah k další právním předpisům. Protože lidé ochranu antidiskriminačního zákona příliš nevyužívají a soudních sporů proběhlo jen málo, neměly dosud soudy příležitost dát antidiskriminačnímu právu jasný obsah. Ze stejného důvodu se ozývají hlasy, podle kterých diskriminace v ČR neznamena problém. Tento pohled je však velmi zjednodušený a nebere v potaz překážky, kterým mohou čelit oběti diskriminace, a proto svůj případ neoznámí (Šamánek a kol., 2017).

3.1 Právní úprava

Boj proti diskriminaci je zakotven v mezinárodních smlouvách a směrnicích, kterými je ČR vázána. „*Základním principem antidiskriminačního práva je tak zákaz znevýhodnění jedince na základě konkrétně vymezených zakázaných důvodů.*“ (Tomšej, 2020).

V legislativě Evropské unie je zákaz diskriminace a zásada rovného zacházení jedním z primárních cílů, přičemž základním požadavkem je zákaz diskriminace z důvodu pohlaví. EU vydává právní akty závazné pro členské státy. Patří sem směrnice, nařízení a rozhodnutí. Listina základních práv a svobod uvádí jako diskriminační znaky: pohlaví, rasu, barvu pleti, jazyk, víru a náboženství, politické či jiné smýšlení, národní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní či etnické menšině, majetku, rodu nebo jinému postavení (Listina základních práv a svobod, čl. 3, 1992).

V České republice právní formu upravuje zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). AZ § 2 obsahuje základní definici diskriminace a zakazuje diskriminaci v oblastech v něm vymezených (zdravotní péče, práce a zaměstnání, vzdělání, služby a bydlení). Dále uvedl deset diskriminačních důvodů. Jsou jimi rasa, etnický původ, pohlaví (spadá sem i diskriminace z důvodu těhotenství nebo mateřství), národnost, věk, sexuální orientace, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víra a světový názor. Vývoj společnosti a tlak mezinárodních úmluv přispěl k vydání antidiskriminačního zákona v roce 2009. Jeho účelem není dosáhnout stejného postavení všech osob, ale zamezení bezdůvodného znevýhodňování či zvýhodňování jedinců (Tomšej, 2020).

Další dokumenty, které upravují rovné zacházení v ČR jsou například zákoník práce, zákon o zaměstnanosti či zákon o sociálních službách, na poli mezinárodním pak Listina základních práv EU, Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

„Zatímco antidiskriminační zákon obsahuje uzavřený výčet diskriminačních důvodů, zákoník práce byl před několika lety novelizován tak, že jeho § 16 odst. 2 říká, že je zakázána jakákoliv diskriminace.“ (Tomšej, 2020).

3.2 Rozlišení diskriminace

Nejčastěji se setkáme s rozlišením diskriminace na přímou a nepřímou, kdy tyto pojmy jsou postaveny jako protiklad. Nemůžeme stejnou diskriminační situaci vyhodnotit jako přímou i nepřímou zároveň. Pojem nepřímá diskriminace se odvíjí od pojmu přímé diskriminace tak, že přímá je chápána jako nadřazená a morálně horší (Šmíd, 2020).

3.2.1 Přímá diskriminace

Dle § 2 odst. 3 AZ se přímou diskriminací míní „takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru, a dále v právních vztazích, ve kterých se uplatní přímo použitelný předpis Evropské unie z oblasti volného pohybu pracovníků, i z důvodu státní příslušnosti.“

Ne každé rozdílné zacházení můžeme označit jako méně příznivé zacházení. Může nastat i situace, kdy stejné zacházení bude představovat přímou diskriminaci. Vždy je nutné vyjít z konkrétní situace a posoudit všechny okolnosti. Abychom mohli posoudit méně příznivé jednání jako diskriminaci, musí existovat zakázaný diskriminační důvod. Zakaz diskriminace je však upraven v celé řadě dalších zákonů, je tedy značně obtížné určit, zda jednání můžeme hodnotit jako diskriminační (Šamánek a kol., 2017).

3.2.2 Nepřímá diskriminace

Dle § 3 odst. 1 AZ se nepřímou diskriminací míní „takové jednání nebo opomenutí, kdy na základě zdánlivě neutrálního ustanovení, kritéria nebo praxe je z některého z důvodů uvedených v § 2 odst. 3 osoba znevýhodněna oproti ostatním. Nepřímou diskriminací není, pokud toto ustanovení, kritérium nebo praxe je objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné.“

V § 3 odst. 2 AZ je nepřímá diskriminace ze důvodu zdravotního postižení chápána také jako „odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.“

Jedním ze znaků, který odlišuje nepřímou diskriminaci od přímé je důvod rozlišování. Rozlišování je v případě nepřímé diskriminace založené na jiném než diskriminačním znaku. Rozlišování má negativní důsledky zejména na skupinu osob vymezených zakázaným diskriminačním důvodem (Kvasnicová, Šamánek a kol., 2015). Právě pro nepřímou diskriminaci jsou typické situace, kdy k jejímu vzniku může vést dobrý nebo zdánlivě dobrý úmysl. Například vykázaní nevidomé osoby se psem bez náhubku z MHD nebo je-li žákovi

se zdravotním postižením místo výuky v běžné škole doporučeno vzdělání v základní škole praktické, aby se mu ostatní žáci nesmáli a nebyl šikanován (Čermák, 2012).

3.2.3 Přípustné formy rozdílného zacházení

V § 6 a 7 AZ jsou definovány přípustné formy rozdílného zacházení. Podstatným a základním předpokladem pro toto zacházení je legitimní cíl, přiměřenost a nezbytnost. AZ připouští rozdílné zacházení v oblasti zaměstnání nebo povolání, rozdílný důchodový věk pro muže a ženy, ochranu žen z důvodu těhotenství a mateřství, ochranu osob mladších 18 let a ochranu osob se zdravotním postižením (Kvasnicová & Šamánek a kol., 2015).

3.2.4 Další formy diskriminace (dle AZ)

- **Obtěžování**

Dle § 4 odst. 1 AZ se obtěžováním rozumí nežádoucí chování, které souvisí s diskriminačními důvody, jehož záměrem nebo důsledkem je snížení důstojnosti osoby a vytvoření zastrašujícího, nepřátelského, ponižujícího, pokořujícího nebo urážlivého prostředí nebo které může být oprávněně vnímáno jako podmínka pro rozhodnutí ovlivňující výkon práv a povinností vyplývajících z právních vztahů.

- **Sexuální obtěžování**

Dle § 4 odst. AZ vychází ze základní definice obtěžování, má však navíc sexuální povahu.

- **Pronásledování**

Dle § 4 odst. 3 AZ se pronásledováním rozumí „nepříznivé zacházení, postih nebo znevýhodnění, k němuž došlo v důsledku uplatnění práv podle tohoto zákona.“

- **Pokyn k diskriminaci**

Dle § 4 odst. 4 AZ se pokynem k diskriminaci rozumí „chování osoby, která zneužije podřízeného postavení druhého k diskriminaci třetí osoby.“

- **Navádění k diskriminaci**

Dle § 4 odst. 5 AZ se naváděním k diskriminaci rozumí „chování osoby, která druhého přesvědčuje, utvrzuje nebo podněcuje, aby diskriminoval třetí osobu.“

3.3 Zakázané diskriminační důvody

Výčet zakázaných diskriminačních důvodů v AZ je taxativní neboli uzavřený. Nelze ho tedy doplňovat o další důvody. Patří sem rasa, etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientace, věk, víra, náboženství a světový názor. Neznamena to však, že není možno uplatnit právo na diskriminaci podle jiného zákona. Společným znakem zakázaných diskriminačních důvodů je to, že mohou při použití k rozlišování zasáhnout do lidské důstojnosti. Vždy je nutné dbát na to, aby byl jednotlivec posuzován individuálně, a nikoliv optikou skupinové charakteristiky. Oběti diskriminace je možno nalézt právě ve skupinách osob zasažených stigmatizací (Kvasnicová, Šamánek a kol., 2015).

3.3.1 Rasa, etnický původ, národnost

Rasa a etnický původ a národnost zastupují nejsilnější diskriminační důvod v AZ. Dle evropského práva je rasa a etnickému původu přikládána větší míra ochrany než ostatním diskriminačním důvodům (Kvasnicová a Šamánek a kol., 2015).

3.3.2 Pohlaví

Je nezpochybnitelné, že existují tělesné rozdíly mezi muži a ženami a nelze je popřít, naopak mohou být legitimním důvodem rozlišování. Zákaz diskriminace se vztahuje na oblasti, v nichž by tělesné rozdíly žádnou roli hrát neměly, například politická práva, právo na práci atd. Patří sem například diskriminace z důvodu těhotenství, mateřství nebo otcovství a z důvodu pohlavní identifikace (Kvasnicová & Šamánek a kol., 2015).

3.3.3 Sexuální orientace

Kdokoliv se dopustí diskriminace vůči osobě kvůli její sexuální orientaci, naruší tak její důstojnost. Proto je tento důvod označován jako jeden z tzv. důstojnostních diskriminačních důvodů (Šamánek a kol., 2017).

3.3.4 Věk

Diskriminaci na základě věku lze spojovat jak s pokročilým, tak i nízkým věkem. K rozlišování dochází na základě absolutního věku tam, kde je určena maximální nebo minimální věková hranice. V oblasti evropského práva je diskriminace na základě věku zakázána pouze v pracovně právní oblasti (Šamánek a kol., 2017).

3.3.5 Náboženství, víra, světový názor

Tento důvod je specifický v tom, že na rozdíl od ostatních není neměnný. Náboženství, víru i světový názor může jednotlivec v průběhu života změnit. Duchovní či filozofický postoj není na první pohled patrný, takže jeho rozpoznání je možné až v kontextu s charakteristickým jednáním (Kvasnicová, Šamánek a kol., 2015; Šamánek a kol., 2017).

3.3.6 Zdravotní postižení

Dle § 5 odst. 6 AZ se zdravotním postižením rozumí „*tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.*“

V AZ je zdravotní postižení podmíněno prvkem dlouhodobosti dobou minimálně jednoho roku. To znamená, že do této definice nespádají běžné úrazy, například zlomená ruka ani nemoci bez trvalých následků, které jsou vyléčené v kratší době. Důležité je rozlišit, zda se jedná o zdravotní postižení nebo zdravotní stav, který není zakázaným důvodem rozlišování. Je potřeba dbát na to, aby osoby se zdravotním postižením měly stejný přístup k informacím, dopravě či komunikaci a dalším veřejně dostupným službám pro veřejnost. Podezření na diskriminaci vzniká, pokud na otázku: „Jednalo by se stejně s osobou bez zdravotního postižení v této situaci?“ je odpověď negativní (Čermák, 2012). Odborný pohled na zdravotní postižení se v průběhu let proměňuje z lékařského modelu na model sociální. Staví na tom, že zdravotní postižení je důsledkem znevýhodněné pozice daného jedince ve společnosti (Wintr & Antoš, 2014).

Pro ochranu osob se zdravotním postižením před diskriminací existuje celá řada předpisů, které diskriminaci zakazují. Patří sem například Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (ÚPOZP), která je v současné době stěžejním dokumentem mezinárodního práva v oblasti ochrany práv zdravotně postižených. V ČR nabyla účinnosti v roce 2009. ÚPOZP se netýká pouze diskriminace, ale komplexně upravuje práva osob se zdravotním postižením. Dalším mezinárodním právním dokumentem, který upravuje diskriminaci osob zdravotně

postížených je Listina základních práv EU, kde je v článku 21 zakázána diskriminace na základě zdravotního postižení (Čermák, 2012).

Vzhledem k tomu, že definice zdravotního postižení zahrnuje i dlouhodobé duševní postižení, kdy osobám brání různé překážky v plném zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními, uvádím výčet duševních poruch i poruch chování dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Blíže zmiňuji jen vybraná onemocnění, které by se mohly vztahovat k mým respondentům. Duševní onemocnění mohou vznikat na základě sociálních vlivů či z biologické příčiny. Nejčastěji se však setkáme s kombinací více faktorů. Vlivy okolí, výchova i sociální podpora hrají velkou roli ve výsledných projevech daného postižení (Mahrová & Venglářová a kol., 2008).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se duševní poruchy dělí do několika podkategorií:

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Psychoaktivní látky působí na centrální nervovou soustavu a jejich následkem bývají změny nálad, vnímání, chování a způsobují i organická poškození. MKN-10 uvádí seznam duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, užíváním jiných stimulantů včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, prehavých rozpouštědel a užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek.

V klasifikaci MKN-10 číselné označení v kódu znamená 10-19 danou psychoaktivní látku, označení za tečkou specifikuje klinický stav.

.0 Akutní intoxikace

.1 Škodlivé použití

.2 Syndrom závislosti

.3 Odvykací stav

.4 Odvykací stav s deliriem

.5 Psychotická porucha

.6 Amnestický syndrom

.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem

.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování (MKN-10, 2019).

3.4 Oblasti působnosti antidiskriminačního zákona

3.4.1 Práce a zaměstnání

Z výzkumu veřejné ochránkyně práv v roce 2015 vyplývá, že nejčastěji se diskriminace vyskytuje v oblasti práce a zaměstnání. 73 % respondentů, kteří zažili diskriminaci, se s ní setkali v souvislosti s hledáním nebo výkonem zaměstnání. Nejčastěji znevýhodnění v pracovněprávních vztazích jsou starší lidé, např. při hledání práce, při výkonu práce nebo při propuštění ze zaměstnání. Další velmi rozšířenou formou diskriminace je znevýhodňování matek s dětmi. Respondentky uvedly, že při pracovních pohovorech byly položeny otázky na počet dětí či jejich hlídání, přestože takové otázky zákoník práce nepřipouští. Problémy přináší i nedostatečné vzdělání, neznalost cizích jazyků či problémy absolventů, kteří nemohou najít uplatnění na trhu práce, protože nemají praxi. Tu ovšem nemají kde získat (Šabatová a kol., 2015).

Projevy diskriminace v pracovněprávních vztazích se mohou negativně odrazit na kariéře některých zaměstnanců a tím v konečném důsledku poškozovat celou naši ekonomiku. Přestože počet diskriminačních sporů není vysoký, nemůžeme z toho usuzovat, že by se diskriminace na poli pracovněprávních vztahů nevyskytovala. Svědčí to spíše o tom, že prostředky ochrany před diskriminací nefungují zcela efektivně. Oběti diskriminace nemají někdy dostatek informací a odvahy požádat o pomoc, často se bojí o místo, a proto nechtějí vstoupit do konfliktu se zaměstnavatelem (Tomšej, 2020).

Dle § 3 odst. 2 AZ jsou zaměstnavatelé povinni „přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo k funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání.“

3.4.2 Zdravotní péče

Další oblastí výskytu diskriminace je oblast zdravotní péče. Například lidé užívající nelegální návykové látky mají často problém s ošetřením a přijetím do zdravotnických zařízení. Důvodem je stigma, které je provází. Uživatelé se bojí vyhledat potřebnou zdravotní péči z důvodu špatného zacházení poskytovatele lékařských služeb i kvůli vlastnímu pocitu zahanbení. Podobné negativní zkušenosti při využívání zdravotní péče mají lidé i v jiných zemích. V roce 2019 proběhl v Arizoně v USA výzkum kvalitativní i kvantitativní s počtem 185 respondentů za účelem měření zkušeností se službami, včetně zdravotní péče, i potřebami souvisejícími s bydlením, zdravotnictvím, sociálními službami, policií a soudy. Z výsledků vyplynulo, že více než jedna třetina (39,5 %) ze vzorku 185 osob nevyhledala v posledním roce lékařskou péči. 34,2 % z této skupiny uvedlo, že nevyhledávali potřebnou zdravotní péči, protože se báli, že s nimi budou poskytovatelé zdravotní péče zacházet špatně kvůli užívání drog. Mezi tři hlavní zkušenosti hlášené těmi, kdo v minulém roce vyhledali zdravotní péči, patřily 1. nevhodný přístup lékaře (poskytování nesprávné nebo nedostatečné léčby), 2. špatné zacházení v rámci společnosti a 3. hrubé chování (verbální a fyzické) poskytovateli zdravotní péče (Meyerson et al., 2021).

Diskriminace je spojena s počátkem užívání drog, což může znamenat, že podporuje další užívání návykové látky jako společensky nežádoucí projev zvládnání stresu. V historii byla závislost chápána jako morální problém jedince, nikoliv jako problém celospolečenský. Na uživatele nelegálních návykových látek se pohlíželo s despektem a pohrdáním. Byli považováni za problémové, morálně špatné a psychicky nevyrovnané, a proto bylo společensky přijatelné neetické zacházení s nimi. Toto chování se přeneslo i do současnosti, takže se uživatelé setkávají s pohrdavým a nepřátelským chováním, které je mimo jiné ovlivněno typem užívané látky a způsobem podání. Například injekční uživatelé jsou mnohem více stigmatizováni a diskriminováni než například uživatelé konopných drog (Ocisková & Praško, 2015).

Další skupinou, která často pociťuje diskriminaci ve zdravotnictví jsou starší osoby. Podle výzkumu veřejné ochránkyně práv v roce 2015 zažilo 18 % respondentů diskriminaci jako pacienti ve zdravotnictví (Šabatová a kol., 2015).

3.4.3 Ostatní oblasti diskriminace

V dalších oblastech života jako bydlení, služby a vzdělávání se opakuje diskriminace starších osob. Cítí se diskriminováni například i v prostředcích hromadné dopravy či obchodech a službách. Vadí jim i celospolečenská debata o stárnutí populace a rostoucích nákladech na důchody. Za nejrozšířenější typ diskriminace v České republice lidé pokládají diskriminaci na základě etnického nebo rasového původu, přestože se týká jen malého počtu osob. Můžeme se setkat i s „diskriminací naruby“, kdy si většinová populace stěžuje na nepřizpůsobivost Romů, jejich agresivní chování i „neodůvodnitelné“ sociální výhody. Zde se jedná především o zažitou představu nadměrného čerpání sociálních dávek (Šabatová a kol., 2015).

3.5 Jak se bránit diskriminaci

Oběti diskriminace mohou uplatnit následující nároky:

- Zanechání diskriminace, odstranění následků
- Nepeněžitá kompenzace, např. omluva
- Peněžitá kompenzace (Tomšej, 2020).

Dle Tomšej (2020) je důležité si uvědomit, že ne každé nerovné zacházení je diskriminace. Nestačí pocit člověka, že je diskriminován. K tomu abychom mohli mluvit o diskriminaci musí existovat diskriminační důvody. Tyto důvody jsou vyjmenovány v antidiskriminačním zákoně. Ve druhé části antidiskriminačního zákona najdeme přehled právních prostředků ochrany před diskriminací. Jestliže dojde k porušení práv a povinností vyplývajících z práva na rovné zacházení nebo k diskriminaci, dle AZ § 10 má ten, kdo byl tímto jednáním dotčen, právo se u soudu domáhat upuštění od diskriminace, odstranění následků diskriminačního zásahu a aby mu bylo dáno přiměřené zadostiučinění. Pokud se toto nejeví dostatečné a byla-

li v důsledku diskriminace snížena dobrá pověst nebo důstojnost jedince, má právo na náhradu nemajetkové újmy v penězích. Výši náhrady určí soud podle závažnosti a okolností za nichž k porušení práva došlo.

Pokud jsou tedy podmínky diskriminace splněny, má oběť diskriminace několik možností:

- Nejjednodušší je vyřešit spor smírnou cestou. V tomto případě je stěžejní ochota diskriminující osoby ke společné domluvě. V této situaci může pomoci mediátor. Je to osoba, která je nezaujatá, v konfliktu působí nestranně a pomáhá dospět k oboustranné dohodě.
- Pokud dohoda nenastane, může se diskriminovaný obrátit na příslušný kontrolní orgán, například Státní úřad inspekce práce, Českou obchodní či školní inspekci atd. V zaměstnání je možné problém řešit s nadřízeným.
- Pokud ani to nepomůže, je možné se obrátit na veřejného ochránce práv. Ten však nemůže závazně rozhodnout a snaží se pomoci ke smírnému vyřešení. Pokud se smírné řešení nedaří, může doporučit neziskovou organizaci Pro bono aliance, která zajistí bezplatnou právní pomoc, protože ochránce sám před soudem vystupovat nemůže. Ročně se dostane k veřejnému ochránci práv přibližně několik set případů diskriminace.
- Poslední možností je podání žaloby k soudu, kde je potřeba předložit důkazy, jen tvrzení samo nestačí. K projednání diskriminačních sporů jsou v prvním stupni příslušné okresní soudy. Místní příslušnost se nejčastěji určuje podle sídla žalovaného. Jen málo diskriminačních sporů skončí před soudem. V ČR se ročně vykytuje méně než 10 soudních sporů, které se týkají pracovního poměru, zdravotnictví, sociálního zabezpečení, nákupu zboží či služeb. Důvodem, proč se lidé málokdy obracejí na soud, může být obava zaměstnanců o místo, či nedostatek důkazů nebo oběť diskriminace neví jaké argumenty použít (Tomšej, 2020; Šabatová a kol., 2019).

V roce 2019 byl podán poslanecký návrh novely antidiskriminačního zákona, podle kterého by se měla rozšířit pravomoc veřejného ochránce práv o podávání tzv. veřejných žalob. Jednalo by se o žaloby, které mají širší společenský význam a přesahují zájmy jednotlivce. Podstatou by nebylo dosáhnout poskytnutí kompenzace, ale dosažení nápravy závadného stavu (Tomšej, 2020). K tomuto návrhu vláda zaujala neutrální stanovisko.

Nejvyšší soud potvrdil, že obětem diskriminace může být poskytnuto finanční odškodnění (ačkoliv tento přístup nemusí platit ve všech případech) (Tomšej, 2021).

4 STIGMATIZACE A SPOLEČENSKÝ POSTOJ K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM

Tím, jak se společnost vyvíjela, se měnil pohled na užívání návykových látek i návykové látky samotné. Dříve se využívaly především látky přírodní, dnes se již běžně setkáváme s látkami syntetickými. Z historie známe případy, kdy dnes zakázaná látka byla využívána a podávána jako lék. Až další vývoj společnosti přinesl zneužívání těchto látek a s nimi i

legislativu, která jejich užívání zakazuje. Podle těchto kritérií pak dělíme návykové látky na legální a nelegální (Šejvl a kol., 2007).

- **Legální návykové látky**

S legálními návykovými látkami se setkáváme běžně každý den, Jejich užívání a držení není zákonem zakázané. Nevnímáme je jako návykové látky, ale jako věci běžné spotřeby, přestože jejich užívání může být stejně nebezpečné jako užívání nelegálních návykových látek. Společnost v České republice je k užívání legálních návykových látek tolerantní. Dnes již víme, že zdravotní následky užívání alkoholu, jakožto legální návykové látky, předstihují následky užívání nelegálních návykových látek. I přesto jsou uživatelé nelegálních návykových látek vnímání odlišně, setkávají se s tvrdším a přísnějším přijetím a jejich postavení ve společnosti je obtížnější. Počty zdravotních následků užívání alkoholu (včetně fatálních) jsou vyšší než počty fatálních následků všech nelegálních drog (Šejvl a kol., 2007).

Nejčastěji užívanými drogami v České republice jsou alkohol a cigarety. Dle Národního výzkumu užívání návykových látek 2020 kouří denně nebo téměř denně 23,9 % dospělých osob a během posledních 12 měsíců konzumovalo alkohol celkem 80,1 % respondentů (Chomynová & Mravčík, 2021). Přístup k legálním návykovým látkám je často ze zákona omezen například věkovou hranicí (u alkoholu a tabákových výrobků 18 let), u některých druhů léků je možný výdej pouze na lékařský předpis (Běláčková a kol., 2012).

- **Nelegální návykové látky**

Nelegální návykové látky jsou definovány v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších předpisů. Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice 2019 byly nejčastěji užívanou nelegální drogou konopné látky (25,9 %) následované extází (5,6 %). Pervitin užívalo 1,9 % respondentů. Zkušenost s užitím nelegálních drog uváděli ve všech případech častěji muži. Zajímavá je i skutečnost, že 3,2 % respondentů uvádí zkušenost s novými psychoaktivními látkami např. mefedronem, PINACOU nebo rostlinnými drogami (Mravčík a kol., 2020).

Z historie známe různé způsoby boje proti drogám, například prohibice nebo legalizace drog. Ani jedna z těchto možností nepřinesla očekávaný výsledek a drogovou situaci nevyřešila. Protidrogová politika v České republice zahrnuje čtyři základní pilíře: represe, prevence, léčba a resocializace, harm reduction. Zahrnuje snahu o snižování dostupnosti drog a přísnou kontrolu nabídky produktů, které mohou způsobit závislost (Mravčík a kol., 2019).

4.1 Stigmatizace uživatelů návykových látek

Dle výzkumu McGintyho (2015), který byl proveden v USA v roce 2014 zůstávají veřejné stigma a diskriminace vůči osobám s duševním onemocněním a drogovou závislostí v posledních 30 letech konstantní. Výsledky studie naznačují, že zobrazení osob, které procházejí úspěšnou léčbou duševních chorob a drogové závislosti, může být slibnou strategií pro změnu významného a zdánlivě neřešitelného stigmatu a diskriminace vůči osobám s duševním onemocněním a drogovou závislostí. Zlepšení postoje veřejnosti k těmto skupinám může v konečném důsledku přispět ke zlepšení míry léčby a sociálních výsledků

u těchto zranitelných skupin obyvatelstva (McGinty et al., 2015). Průřezová studie WHO se zabývala nejčastěji vyskytujícími se stigmatizovanými problémy. Mezi celkem 18 problémy (např. zločinnost, HIV, bezdomovectví, závislost atd.) zaujímá problematika závislosti první místo (Room et al., 2001).

V roce 2008 byla realizována Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice. V rámci studie byly sledovány ukazatele týkající se konzumace alkoholu, prevalence kouření a zkušeností s užíváním nelegálních drog. Studie se také zabývala vnímáním rizikovitosti užívání návykových látek, tolerancí a jejich dostupností. Potvrdila se tolerantnost společnosti k mírnému užívání alkoholu a dennímu kouření tabáku (Běláčková a kol., 2012).

Nelegální NL se mezi sebou liší jak svými účinky a následky, tak i mírou stigmatizace. Společnost je poměrně tolerantní k uživatelům konopí, avšak uživatelé ostatních nelegálních NL se setkávají s mnohem vyšší mírou stigmatizace. Nejvyšší míře vyloučení čelí uživatelé závislí na opiátech a opioidech a také uživatelé pervitinu. Hlavním důvodem pro tento přístup společnosti je způsob aplikace těchto NL, kdy injekční forma užívání je nejvíce odsuzovaná, a také strach z nepředvídatelného chování. Tento přístup společnosti má negativní vliv na duševní zdraví uživatelů a často se projevují i následky v jejich somatickém stavu, protože odmítají vyhledat odbornou pomoc. Jak uvádí Henderson a Thornicroft (2009), sami poskytovatelé zdravotní péče v Anglii jsou přesvědčeni, že závislí jedinci jsou problematickými pacienty, kteří nadužívají zdravotní prostředky, využívají pomoc společnosti, ale sami nejsou ochotni dodržovat léčebný režim. S tímto pohledem se setkáváme i u profesionálů zabývajících se péčí o tuto cílovou skupinu. To může mít vliv na poskytovanou péči. Tento přístup samozřejmě vnímají uživatelé negativně a v konečném důsledku raději pomoc nevyhledávají nebo svůj problém skrývají. Jsou přesvědčeni, že jim nebude poskytnuta odpovídající péče a přístup nebude relevantní. Svou roli tu hraje i práce s rodinou nemocného, která je mnohdy problematická. Nejdříve by mělo dojít k destigmatizaci klienta v rámci rodiny, aby mu v pozdější léčbě mohla být oporou. V práci s klientem je důležité téma sebestigmatizace, která je často málo řešeným tématem, přestože jejími důsledky jsou vyhýbání se léčbě, předčasné ukončení léčby, delší proces uzdravení, možné relapsy a zvýšení rizikového chování např. sdílení jehel. Z výsledků několika studií vyplynulo, že stigma je překážkou pro přístup ke zdravotní péči a vyhledání sociální pomoci (Ocisková & Praško, 2015; Henderson & Thornicroft, 2009).

Závislost vnímá veřejnost závažněji než jiné psychické poruchy i v oblasti nebezpečnosti pro druhé, nepředvídatelnosti, obtížné komunikaci a nespolehlivosti uživatelů (Crisp et al., 2000). Poruchy uživatelů NL jsou více než za zdravotní problém považovány za problém morální a kriminální. Široká veřejnost pohlíží na uživatele NL jako na někoho, kdo si za svůj problém může sám a pokud ztrácí nad sebou kontrolu, je to jeho vina a odpovědnost. Následkem je sociální reakce společnosti, například hněv, vyhýbání a agrese, která může ovlivnit i to, jak závislí jedinci vnímají sami sebe (Corrigan et al. 2003).

Důležité je také, že důsledky stigmatizace osob užívajících NL jsou škodlivé a dalekosáhlé. Zhoršuje se sociální odcizení a mohou být negativně ovlivněny další oblasti života jako například zaměstnanost, bydlení i sociální vztahy (Room, 2005). To se pak odráží v sociální politice, veřejném pořádku i přerozdělování výdajů na zdravotní péči. Proto by měla být výzva pro nás všechny pracovat proti celospolečenské diskriminaci (Ocisková & Praško,

2015). O prevalenci a povaze vnímané diskriminace je známo jen málo. Větší znalosti by mohly ovlivnit léčbu a politiku (Vilsaint et al., 2019).

5 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Užívání nelegálních návykových látek se negativně projevuje ve všech oblastech života. Návykové látky jsou významným rizikovým faktorem v oblasti zdraví, zvyšují nemocnost i úmrtnost uživatelů. Častým důsledkem užívání jsou sebevraždy, předávkování, infekční onemocnění a nehody. V oblasti sociální jsou uživatelé nelegálních návykových látek vystaveni vyšší míře nezaměstnanosti, musí řešit problémy s bydlením a vznikají sociálně vyloučené lokality. Nedostatek finančních prostředků situaci ještě zhoršuje. Dávky hmotné nouze, které vyplácí stát často nepokryjí základní potřeby, a tak uživatelé získávají finanční prostředky prací na černo, případně trestnou činností. Zadluženo je zhruba 81,9 % uživatelů. Důsledky užívání návykových látek jsou tedy problémem celospolečenským (Mravčík a kol., 2019).

5.1 Zdravotní důsledky užívání návykových látek

Dlouhodobé užívání návykových látek s sebou nese nepříznivé zdravotní důsledky. Můžeme je rozdělit na somatické a psychické (Mahdalíčková, 2014).

- **Somatické důsledky**

Pravidelné a dlouhodobé užívání drog zvyšuje pravděpodobnost výskytu mnoha závažných onemocnění jako jsou např. onemocnění kardiovaskulární a onkologická nebo chronické nemoci jater a plic. Mezi somatické důsledky patří různé infekce (kožní či slizniční) v místě aplikace drogy. U injekčních uživatelů se často vyskytuje hepatitida typu C, HIV, záněty žil nebo tuberkulóza. K přenosu infekce dochází při užívání nesterilních pomůcek při aplikaci a přípravě drogy. Dalším důsledkem může být nespavost, nepravidelnost menstruačního cyklu až neplodnost, ztráta zubů a při úplném zanedbání péče o zdraví selhání organismu až sepse (Mahdalíčková, 2014).

Největší podíl na úmrtnosti v ČR v roce 2019 mělo kouření tabáku (13 %) následované užíváním alkoholu (5 %). Nelegální drogy způsobily smrt v 1 % případů. V roce 2019 se oproti minulému roku navýšil počet případů smrtelných předávkování nelegálními a těkavými látkami. V 8 případech byly příčinou smrti těkavé látky a ve 12 případech pervitin (Mravčík a kol., 2020). Počet případů nákazy hepatitidou typu C (HCV) je u injekčních uživatelů 500-650 za rok (Mravčík a kol. 2019).

- **Psychické důsledky**

Mezi psychické potíže způsobené užíváním návykových látek můžeme zařadit například poruchy emocí, zvýšenou labilitu, halucinace, bludy, poruchy motoriky. Inhalace organických rozpouštědel vede k poškození centrální nervové soustavy. Při dlouhodobém

užívání se droga dostává na první místo a rodina i ostatní zájmy a potřeby uživatele jsou zanedbány. Mění se hierarchie hodnot a dochází k degeneraci osobnosti, ztrátě vůle i sebeovládání (“Negativní důsledky“, n.d.). Sebevraždy nebo předávkování s fatálními následky zasahují nejen uživatele samotného, ale v širším důsledku je zasažena i jeho rodina, okolí a společnost (Mravčík a kol., 2019).

5.2 Sociální důsledky užívání návykových látek

Sociální důsledky užívání návykových látek mohou být různé. Z velké míry je ovlivňuje individualita uživatele i diverzita užívání. Mezi důsledky můžeme zařadit například narušení vztahů v rodině, zadluženost, nezaměstnanost, problémy s bydlením či sociální vyloučení. Jestliže je určitá sociální skupina extrémně znevýhodněna z důvodu nerovného přístupu k sociálním, kulturním a ekonomickým zdrojům a právům, definujeme tento stav jako sociální vyloučení. A právě sociální vyloučení znemožňuje návrat do běžného společenského života (Mathieson a kol., 2008).

Pokud je narušena jedna ze základních funkcí rodiny (materiální, reprodukční, výchovná nebo emocionální), projeví se to s velkou pravděpodobností jako sociální dysfunkčnost (Marek, Strnad & Hotovcová, 2012).

Dle studie Séroprevalence VHC 2018 má téměř jedna polovina respondentů nelegální příjem. Nestabilní ubytování nebo bezdomovectví uvedly dvě třetiny lidí užívajících drogy rizikově. V roce 2020 provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování dotazníkové šetření v sociálně vyloučených lokalitách. Z výsledků vyplynulo, že stejně jako v předchozích letech je největším problémem zadluženost. V sociálně vyloučených lokalitách pro uživatele drog nejsou k dispozici specifické adiktologické programy, častěji se vyskytují běžné služby jako terénní programy, distribuce harm reduction materiálu nebo základní zdravotní ošetření. Důvěra uživatelů je základním předpokladem pro fungování služeb v této oblasti. Romové tvoří nepočtenější etnickou menšinu, se kterou služby pracují (Mravčík a kol., 2020).

5.3 Ekonomické a právní důsledky užívání návykových látek

Celospolečenské náklady v oblasti užívání návykových látek můžeme rozdělit na přímé (zdravotní a sociální péče či prevence), nepřímé (ztráta produktivity) a nehmotné (ztráta blízkých, bolest) (Zábranský a kol., 2011). Vysoké částky jsou každý rok vynaloženy nejen na léčbu závislosti, ale i na preventivní programy a na sociální dávky a bydlení. S užíváním návykových látek je spojena i kriminální činnost. Za primární drogovou činnost bylo v roce 2019 odsouzeno 2 631 osob. V roce 2020 byly v rámci trestních řízení, která vedla Národní protidrogová centrála, zajištěny omamné a psychotropní látky v hodnotě 32.050.134,-- Kč (Kudláčková, 2021). Ceny nelegálních návykových látek na černém trhu jsou velice vysoké. Protože pro závislého jedince je získání dávky prioritou, není mu cizí protiprávní jednání. S tím souvisí vysoká míra kriminality, ať již krádeže, loupeže nebo prostituce (Zábranský a kol., 2011).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části mé bakalářské práce jsou zpracovány výsledky mého výzkumu zaměřeného na zkušenosti uživatelů ilegálních NL s diskriminací v běžném životě.

6 CÍLE VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat zkušenosti uživatelů ilegálních NL s diskriminací v běžném životě. Cílem bylo zjistit, jaké jednání sami klienti označují jako diskriminační bez ohledu na to, jestli se skutečně jedná o diskriminaci z právního hlediska. V rozhovorech jsem hledala oblasti, kde se klienti s diskriminací setkávají nejčastěji. Snažila jsem se zjistit, jak je tato situace ovlivňuje a kde a zda vůbec hledají řešení.

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Zabývala jsem se třemi základními výzkumnými otázkami:

- Jak respondenti rozumí pojmu diskriminace?
- V jakých oblastech se s diskriminací respondenti setkávají?
- Zda a jakým způsobem respondenti danou situaci řešili?

Jelikož jsem data sbírala ve dvou rozdílných zařízeních, kde se vyskytují klienti i pacienti v různých fázích léčby a z různých sociálních vrstev, bylo možno porovnat i rozdíly při vedení rozhovorů v jednotlivých zařízeních. V mé práci budu nadále používat termín klient nebo respondent pro všechny účastníky rozhovorů.

8 METODOLOGIE VÝZKUMU

Provedla jsem kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. Kvalitativní výzkum je výzkumná strategie, která obvykle klade důraz spíše na slova než na kvantifikaci při sběru a analýze dat (Bryman, 2012). Výběr tématu, analýza a interpretace dat a závěry výzkumu jsou charakteristickými znaky kvalitativního přístupu (Švaříček & Šed'ová, 2010).

Polostrukturovaný rozhovor je jednou z nejrozšířenějších metod rozhovorů. Výzkumník musí u této formy rozhovoru počítat s delší a náročnější přípravou oproti rozhovoru strukturovanému. Důležitým faktorem pro rozhovor samotný je vnější prostředí, kde rozhovor bude probíhat. Výzkumník si předem vytvoří základní schéma, které bývá

rozděleno do několika okruhů či bloků. Je možno zaměnit pořadí jak okruhů, tak jednotlivých otázek a přizpůsobit se potřebám klienta tak, aby byla výtečnost rozhovoru maximální. Předem vytvořené schéma nedovolí odchýlit se od tématu, které je předmětem výzkumu (Miovský, 2006).

V rozhovorech jsem v souladu s postupy kvalitativního výzkumu hledala opakující se znaky a témata a s těmi následně pracovala. Podstatou kvalitativního přístupu je to, že se snaží sebrat data a setřídít je podle pravidelností, které se v nich objevují. Jeho základním posláním je porozumění lidem v sociálních situacích. Respondent zde není svazován předem připraveným schématem. Měla jsem tedy předem připravené základní body a nechala klienta volně mluvit. Do výpovědi respondenta jsem se snažila zasahovat co nejméně, jenom pokud se výrazně odchýlil od tématu, snažila jsem se ho nasměrovat zpět tak, abychom dodrželi dané schéma. Výzkumník se snaží vést rozhovor tak, aby mu respondent řekl co nejvíce (Disman, 2014).

Během rozhovoru jsem svou pozornost směřovala i na momentální rozpoložení klienta a hledala souvislosti mezi neverbální komunikací a tím, jak se klient vyjadřoval. V některých případech jsem zpozorovala, že se odpovědi zdají být nerelevantní, klient byl nervózní a měl problém s udržení očního kontaktu. V tomto případě celá klientova výpověď působila neupřímně. Pokračovala jsem tedy v rozhovoru na jiné téma a znovu se k problému pokusila vrátit později, když se klient uvolnil. Podle Kvaleho je důležité splňovat vybraná kritéria úspěšného tazatele k tomu, abychom sebrali dostatečné množství potřebných dat k našemu výzkumu a rozhovor byl příjemný jak pro respondenta, tak i tazatele (Kvale, 1996).

V procesu výzkumu věnuje výzkumník pozornost i tomu, co nemá zjevnou souvislost se sledovaným problémem. Pokud již výzkumník získal dostatečné množství informací, může začít vyhledávat data, která se pravidelně vyskytují a formulovat předběžné závěry. Pro tyto závěry pak hledá ověření v již získaných datech. V závěrech je nutno zohlednit, v jakých různých životních situacích se daný jev může vyskytovat (Novotná a kol., 2019).

Jednou z nevýhod kvalitativního výzkumu je ovšem to, že jeho závěry není možné zobecňovat. Platí pouze pro ten vzorek, kde byla data získána (Švaříček & Šed'ová, 2010).

Před zahájením rozhovoru je důležité ujistit se, že vybrané prostředí je tiché a klidné a nahrávka tedy bude kvalitní a dobře ozvučená. Zajistit soukromí je dalším důležitým bodem pro výzkum (Bryman, 2012). Všechny mé rozhovory s respondenty probíhaly v terapeutické místnosti psychiatrické léčebny a v zasedací místnosti v kontaktním centru. Tím bylo zaručeno, že dotazovaný nemusí mít obavu, že ho někdo zaslechne a umožní mu to cítit se při rozhovoru bezpečně a komfortně. Při kvalitativním rozhovoru často nastává situace, při které se dotazovaný musí vyjádřit k emočně citlivé záležitosti, proto je důležité dát účastníkovi dostatek času a prostoru pro uvolnění a vysvětlení svých pocitů. Tento rozhovor se může podobat rozhovoru terapeutickému tím, že výzkumník naslouchá a dotazovaný se svěřuje (Hendl, 2016).

8.1 Sběr a analýza dat

Pro svou práci jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu a data jsem sbírala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tuto metodu jsem zvolila z toho důvodu, že jsem se chtěla zaměřit na konkrétní téma a zohlednit individuální postoje respondentů včetně jejich pocitů (Bryman, 2012).

Sběr dat probíhal od ledna do března roku 2022 ve dvou zařízeních. Prvním zařízením bylo kontaktní centrum v Jihočeském kraji a druhým zařízením byla soukromá psychiatrická léčebna. Očekávala jsem, že pacienti v psychiatrické léčebně budou díky účasti na skupinových terapiích sdílnější a nebude tak náročné s nimi rozhovor uskutečnit. U klientů nízkoprahového zařízení jsem očekávala náročnější práci. Toto očekávání se mi potvrdilo a blíže jsem ho rozebrala v kapitole 8.3. Výzkumný soubor. Velkou výhodou v mém případě bylo, že v obou zařízeních jsem absolvovala v minulosti praxi, takže jsem byla ve známém prostředí a měla představu o přístupu ke specifické skupině klientů. V zařízeních jsem měla předem domluveno, že mi umožní provedení výzkumu a sběr dat ve svých prostorách. V obou zařízeních jsem nejdříve prezentovala a konzultovala téma mé bakalářské práce s vedením zařízení, které mi vyšlo maximálně vstříc a umožnilo mi samostatnou práci s klienty. Obě zařízení mi poskytla své terapeutické či zasedací místnosti pro individuální náslechy, čímž jsem mohla zachovat soukromí klientů.

V úvodu jsem se s každým klientem seznámila a nejprve představila sebe i svůj záměr, včetně cíle mé bakalářské práce. Vysvětlila jsem, že v rozhovoru nebudu zmiňovat jeho jméno a požádala o souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon. Každý klient obdržel informace o výzkumu a informovaný souhlas. Celý rozhovor probíhal podle předem připravené osnovy. Z odpovědí respondentů pak vyplývala další témata, která přispěla k pochopení jejich postojů. V některých případech se klienti při rozhovoru odchýlili do tématu, musela jsem tedy flexibilně měnit otázky tak, abych je znovu navedla zpět k tématu. Pro práci s klienty jsem měla připravený diktafon a v záloze ještě jeden náhradní, pro případ technického problému. Nahrávku jsem zkontrolovala ještě za přítomnosti klienta, abych měla jistotu, že nahrávka je kompletní, kvalitní a dobře slyšitelná a bude možné s ní dále pracovat (Bryman, 2012).

Osnovu rozhovoru jsem rozdělila do čtyř základních bloků. V prvním bloku jsem se zaměřila na mapování závislostního chování a sběr sociodemografických údajů. Tento blok zahrnoval 10 otevřených otázek, které měly umožnit bližší seznámení s klientem a navodit příjemnou atmosféru pro rozhovor.

Druhý blok obsahoval 5 otázek zaměřených na to, jak klienti chápou pojem diskriminace, jaké jednání by jako diskriminační označili oni sami a v jakých oblastech svého běžného života se s takovým jednáním setkávají. Poslední otázka byla zaměřená na to, zda klient spojuje diskriminační jednání vůči své osobě s užíváním ilegálních NL.

Ve třetí části jsem se zabývala konkrétními zkušenostmi, pocity a názory klientů. Tato část obsahovala 9 otázek a byla nejpřínosnější částí celého rozhovoru. V této části se klienti nejvíce rozhovořili o konkrétních situacích a vlastních pocitech, které tyto situace vyvolaly. Právě v této části jsem nejvíce reagovala doplňujícími otázkami. Objevovала se nová témata k diskuzi a v některých případech byl i silný emoční náboj.

Závěrečný blok obsahoval 4 otázky, týkající se vysvětlení pojmu a možností postupu proti diskriminaci v ČR. V této části jsem zjišťovala povědomí klientů o existenci antidiskriminačního zákona a jeho uplatnění v praxi. V závěru jsem jim vysvětlila možnosti postupu proti diskriminačnímu jednání. Součástí posledního bloku byla i diskuze s klientem o tom, jak odbourat bariéry a stigmata a jestli zapojit téma diskriminace do terapeutické práce ve skupinách a jakým způsobem edukovat klienty v nízkoprahových zařízeních.

Délka rozhovoru nebyla pevně stanovena, časový rámeček se přizpůsoboval potřebám klienta. Průměrný čas rozhovoru byl přibližně 35 minut. Audiozáznam z diktafonu jsem převedla do písemné formy a provedla redukci prvního řádu. Transkripce je prvním krokem při zpracování audiozáznamu, jedná se o převedení dat z netextové podoby do podoby textové. Dalším krokem při úpravě záznamu rozhovoru je tzv. redukce prvního řádu, pomocí které převedeme záznam do jednodušší podoby, vhodnější pro další práci. V praxi to znamená, že vynecháme zvuky a slova tvořící tzv. slovní vatu a výrazy, které nepřinášejí žádnou informaci (Miovský, 2006). Je důležité transkripci dále upravit, protože čtenář, který se aktivně neúčastní rozhovoru, může mít problém pochopit zdánlivě nesouvislé části rozhovoru vzniklé nečekaným přerušením či odmlčením respondenta (Čermák & Lindénová, 2000).

Pro svůj výzkum jsem použila tematickou analýzu. Jedná se o často používanou formu analýzy v kvalitativním výzkumu. Je to technika, kde výzkumník shromáždí data a potom se snaží při opakovaném procházení dat najít opakující se vzorce a témata. Hlavní témata, která se používají k závěrečné analýze jsou navzájem propojená. Tematická analýza je metoda pro identifikaci, analýzu a vykazování vzorců uvnitř dat. Důležité je, aby teoretický rámeček a metody odpovídaly tomu, co chce výzkumník vědět (Braun & Clarke, 2006). Pro efektivnější práci s daty jsem použila přepis do textové podoby. Každý rozhovor jsem nejdříve přepsala v MS Word a následně jsem využila metodu polootevřeného kódování. Rozhovory jsem znovu několikrát procházela a zjišťovala společné rysy a znaky. Na základě třídění významových jednotek vznikají kategorie. Úkolem kódování není jen zařazení do kategorií, ale i zohlednění jejich vlastností (Miovský, 2006).

Z rozhovorů vyplynulo 6 nejčastěji zmiňovaných témat z oblasti zkušeností s diskriminací (zdravotní péče – rodina a vztahy – zaměstnání – bydlení – přístup společnosti – instituce), další témata se týkala řešení ochrany proti diskriminaci a znalosti antidiskriminačního zákona. Každé téma jsem dále zpracovala jako samostatný soubor v MS Word tak, že jsem si z původních rozhovorů znovu vypsala odpovědi týkající se jednotlivých témat. Toto rozdělení mi pomohlo utřídit odpovědi a hledat společné znaky. Odpovědi na mé výzkumné otázky jsem hledala opakovaným čtením a za pomoci zvýrazňování textů. Pro každé téma jsem zvolila jinou barvu pro větší přehlednost.

8.2 Etika výzkumu

Nejprve jsem seznámila vedoucí pracovníky vybraných zařízení s tématem mé bakalářské práce a požádala o spolupráci při sběru dat. Vzhledem k odlišnosti zařízení byl odlišný i výběr klientů pro rozhovor. V psychiatrické léčebně jsem přednesla své téma na skupinových terapiích. V kontaktním centru jsem oslovovala klienty jednotlivě. Účast na

výzkumu byla dobrovolná, základním předpokladem byla ochota klientů hovořit o daném tématu. Rozhovory probíhaly v soukromí v prostorách daného zařízení, kde se klienti cítili komfortně a bezpečně.

Před zahájením rozhovoru jsem se představila, řekla pár slov o sobě a o tématu mé práce. Vysvětlila jsem respondentům, jak bude rozhovor probíhat, že mě zajímají jejich zkušenosti a názory a nebudu jejich odpovědi nijak hodnotit, pouze je použiji jako podklad pro svůj výzkum.

Každý klient obdržel informace pro účastníka výzkumu, dále byl informován o možnosti odstoupení či přerušení rozhovoru a udělil souhlas k nahrávání rozhovoru na diktafon. Velkou pomocí ve fázi získávání dat je možnost využití zvukového záznamu. Výzkumník si nemusí zaznamenávat obsah rozhovoru a může se soustředit na pozorování, která zvukový záznam nezachytí, ačkoliv se z nějakého důvodu jeví jako významné. Výhodou zvukového záznamu je i to, že zachytí kvalitu mluveného slova jako například sílu hlasu, intonaci, pomlky atd. Je na něm vše zachyceno tak, jak se to odehrálo (Miovský, 2006).

Aby byla zaručena anonymita klientů změnila jsem jejich jména a ve své práci je označila pouze číslem respondenta. Souhlas respondenta byl nahrán na diktafon, v písemné formě jsem v rámci anonymity označila respondenta číslem a podepsala informovaný souhlas svým jménem. V informaci pro účastníka výzkumu byly uvedeny kontaktní údaje na vedoucího práce, školu i kontakt na mě, aby respondent věděl, kam se v případě dotazu nebo doplnění obrátit. Při kvalitativním rozhovoru se nejedná pouze o sběr dat, rozhovor může mít i intervenční charakter. Právě proto je důležité nabídnout dotazovanému možnost dodatečného kontaktu (Hendl, 2016).

Rozhovory jsem nahrávala na diktafon a po převedení do písemné formy byl jejich záznam vymazán. Po přepsání jsem si rozhovory vytiskla, abych mohla jednotlivá témata lépe porovnávat a pracovat s nimi. Po ukončení práce jsem rozhovory v písemné formě skartovala a záznamy z počítače odstranila.

8.3 Výzkumný soubor

Respondenty jsem vybírala ze dvou zařízení, kde jsem absolvovala v minulosti praxi. V jednom případě se jednalo o nízkoprahové zařízení, v druhém o psychiatrickou léčebnu.

Respondenti museli splňovat základní kritérium, kterým je užívání ilegálních návykových látek. Nebylo podstatné, zda je u nich rozvinuta závislost.

S účastí ve výzkumu souhlasilo 10 respondentů ve věkovém rozmezí 21 – 61 let. Jednalo se o 5 žen a 5 mužů. 5 respondentů byli klienti nízkoprahového zařízení a zbývajících 5 respondentů pacienti ústavní léčby.

Tabulka č. 1: Základní charakteristiky respondentů

Respondent číslo	Pohlaví	Věk	Zařízení	NL
1	Muž	58	PL	Pervitin
2	Muž	40	PL	Marihuana
3	Muž	32	PL	Pervitin Marihuana
4	Žena	57	K-centrum	Opiáty
5	Žena	28	PL	Pervitin Marihuana
6	Žena	22	PL	Pervitin
7	Muž	44	K-centrum	Pervitin Heroin Marihuana
8	Muž	61	K-centrum	Pervitin Opiáty
9	Žena	31	K-centrum	Pervitin Heroin
10	Žena	21	K-centrum	Pervitin Marihuana

U klientů z nízkoprahového zařízení byl problém rozhovory uskutečnit. Byli velmi nedůvěřiví a i přesto, že při úvodním oslovení byl přítomen pracovník kontaktního centra, měli strach se mnou rozhovor vést. Někteří s rozhovorem sice souhlasili, ale očekávali finanční odměnu. Tyto klienty jsem musela odmítnout. V dalším případě klient odešel dřív, než jsem si stihla připravit místnost na rozhovor. Velkou překážkou byla jejich nesoustředěnost a také problém s časem, většinou spěchali pryč a neměli čas na rozhovor. Bylo těžké udržet jejich pozornost během rozhovoru, často se odvraceli od tématu a měli problém pojmenovat situaci a své pocity.

Oproti tomu v psychiatrické léčebně byli pacienti více sdílní a komunikativní, rozhovory probíhaly v klidné a přátelské atmosféře. Díky skupinovým terapiím jsou pacienti schopni lépe vyjádřit své pocity a myšlenky a držet se konkrétního tématu. Sami zmiňovali, že téma je pro ně inspirativní, přimělo je k zamyšlení nad svou situací a zajímalo je i řešení diskriminace. Oproti klientům z nízkoprahového zařízení si byli více vědomi svých práv a více se zasazovali o vyřešení situace. Sami navrhli, že by uvítali více informací ohledně právních témat během pobytu v léčebně i v ostatních adiktologických zařízeních.

9 VÝSLEDKY

V této kapitole uvádím přehled odpovědí respondentů rozdělený podle jednotlivých témat. Zjišťovala jsem, jak klienti vnímají diskriminační chování, co pro ně pojem diskriminace znamená a jak tyto situace řeší. Zároveň mě zajímalo, jaký vliv na řešení těchto problémů má stigmatizace a nerovné zacházení s klienty.

Při prezentaci dat uvádím pouze úryvky rozhovorů. Jedná se pouze o nejdůležitější části a dle Strauss a Corbinová (1999) je podstatný přesný popis daného rozhovoru, ale dále již není nutné znovu vypisovat všechny jemu podobné údaje.

Struktura popisu výsledků respektuje osnovu rozhovoru, která je následující:

- Sociodemografické údaje
- Diskriminace obecně
- Oblasti diskriminace – v tomto bloku vyplynulo z rozhovorů 6 nejčastěji zmiňovaných témat (zdravotní péče – rodina a vztahy – zaměstnání – bydlení – přístup společnosti – instituce)
- Řešení diskriminace

9.1 Sociodemografické údaje

Tento blok obsahoval 10 otázek týkajících se sociodemografických údajů a mapování závislostního chování respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů, 5 mužů a 5 žen ve věku 21- 61 let (viz. Tabulka č. 1). 9 respondentů bylo české národnosti, jeden respondent byl Ind. 2 z respondentů nemají stálé bydlení, ostatní bydlí buď ve vlastním bytě či domě nebo v pronájmu.

R8: „Já bydlím v lese, vyhovuje mi to, mám tam pokoj od lidí. Můžu si dát a nikdo to neřeší. Je tam klid a to je přesně to, co potřebuju. Blbý je to v zimě, to chodím do azyláku.“

R6: „Já si s přítelkyní pronajímala byt, teď jsme se rozešly, tak nevím, asi půjdu k tátovi. Ale nevím, jestli to tam vydržím.“

R7: „Po sedmi letech jsem vylezl z lochu, ale bydlení mám, to jo, mám barák po babičce. Je to velká vila, ale točej mě neskutečně ty lidi kolem, furt volají policajty a mají nějaký problém.“

Všichni respondenti užívají ilegální návykové látky. Pervitin užívá 8 respondentů, někdy i v kombinaci s jinou návykovou látkou, 4 respondenti uvádí závislost na opiátech, 5 respondentů užívá marihuanu.

R8: „Od 76 roku fetuju hlavně pervitin, občas heroin a opiáty jako opium, ale to je takový nic, dalo by se říct. Nejvíce pervitin a rivotrily, ale kapany rivotrily a taky subutex. Občas si ho natáhnou do dvojky a dám si ho.“

Aplikace návykových látek

Sedm respondentů uvádí, že nejčastěji užívá pervitin injekčně. Jeden respondent uvádí nazální užívání pervitinu. Opiáty užívají jak injekčně, tak ve formě léků či kapek. (viz. Tabulka č. 1)

R8: „Já, když jsem měl třeba kapky, tak každé věděl houby, co je v té skleničce, z který si kapu. Tak jsem to vypil a nic, že jo, to můžu říct, že jsou to kapky na kašel a nikoho to nezajímá. To je v pořádku, brát takhle. Nad tím se nikdo nepozastaví. To je jak u toho jointa. Proto mám poslední dobou radši kapky, riváč i tramal, to se kape na lžičku a rovnou do pusy, tak čtvrtku té skleničky, já jsem zvyklej, pro normálního člověka tak 5 kapek ať se neodrovná.“

Na otázku, zda využívají služby výměny injekčního náčiní uvádí shodně klienti K-centra (5 respondentů), že dochází do kontaktního centra, kde si mění injekční náčiní a zároveň využívají i další služby kontaktního centra jako sprchu, pračku a drobné zdravotní ošetření. Svůj zhoršený zdravotní stav 4 respondenti připisují užívání ilegálních návykových látek, 6 respondentů žádné zdravotní problémy neuvádí.

Největší problém vidí respondenti ve způsobu aplikace drog než v drogách samotných. Jak uvádí Corrigan et al. (2005) míra stigmatizace se může lišit podle typu zneužívané NL. Méně stigmatizovaní jsou uživatelé marihuany než například injekční uživatelé. Tato skupina je nejvíce stigmatizovaná, což dokládají i výsledky mého výzkumu. Respondenti často ve svých odpovědích zmiňovali odlišný přístup veřejnosti k uživatelům alkoholu oproti uživatelům ilegálních NL. Toto téma je pro ně hodně citlivé a způsobuje častý konflikt.

R8: „Ti alkoholici jsou braný jako alkoholici, ale prostě furt člověk závislej na fetech, ta společnost jima opovrhuje. Prostě to se nikdo nesmí dozvědět, že jste na fetu, že jste narkoman. Když někdo chlastá, tak je taky závislej na drogách, že jo, ale společnost to přijímá jinak.“

R6: „Každé se podívá líp na alkoholika než na feťáka. Už jen když to takhle řeknu, zní to strašně. To samé alkoholik a narkoman. Když je někdo alkoholik, jsme v Čechách, země piva že jo, to je tady úplně normální. Každé druhý přece pije. Ale feťák to je prostě hajzl, kterej krade.“

9.2 Diskriminace – porozumění pojmu a zkušenosti

V této části jsem se pokusila zjistit, jak klienti rozumí pojmu diskriminace, co si pod tímto pojmem představují, jaké jednání by označili jako diskriminační, kdy takové jednání zažili a zda toto jednání dávají do souvislosti s tím, že užívají ilegální NL.

Porozumění pojmu diskriminace

Na první otázku odpověděli všichni respondenti, že si pod slovem diskriminace představí nerovné zacházení, méněcennost, špatné zacházení a vyčlenění ze společnosti.

R1: „Slovo diskriminace pro mě znamená, myslím si, že má význam v tom slova smyslu jako utlačování, potlačování třeba vlastního názoru, nebo vystrkování ze společnosti, z kolektivu.“

Jo, diskriminace je, že člověk víceméně se nemůže projevit, nebo říct, co si myslí, takže takhle já vidím slovo diskriminace.“

R4: *„No diskriminace je v podstatě povědomí, falešné povědomí toho, že já jsem něco víc než ti ostatní, a to mi dává právo těm druhým upírat možnost na spravedlnost. To si myslím, že je přesná definice diskriminace. K diskriminovanému se chová někdo jako k méněcennému člověku, jako kdyby ten člověk neměl právo na stejně rovný život, na stejně rovnocenný partnerský vztah nebo chování.“*

R7: *„No to je potlačování možností pro někoho kvůli jeho nálepce.“*

R10: *„Jako ty feťáci, to je zatím třída, která je prostě podle mě úplně mimo společnost. Lidi s náma opovrhují a nemůžeme se nikde chytnout.“*

Zkušenosti s diskriminací a běžný život

Všichni respondenti odpověděli, že se s diskriminací někdy v životě setkali, 3 respondenti uvedli, že se s diskriminací setkali v posledním roce, ostatní v delším časovém horizontu (viz. Tabulka č. 2).

Chtěla jsem po respondentech vysvětlit, co pro ně znamená pojem běžný život, protože jsem předpokládala, že oblasti, kde se s diskriminací setkali, se budou hodně lišit. Zajímalo mě, jak individuálně tráví svůj volný čas a jak vypadá jejich denní program. Odpovědi byly velmi rozmanité. Byl mezi nimi patrný rozdíl v návaznosti na to, zda se jednalo o klienty nízkoprahového zařízení nebo psychiatrické léčebny. Respondenti z nízkoprahového zařízení nepracují na HPP, jen občas brigádně. Nejčastěji zmiňovali že nemají žádný plán a jejich denní činnost se odvíjí od toho, koho na ulici potkají, záleží i na počasí. V psychiatrické léčebně byl znát posun respondentů k plánování využití volného času, snaha o trávení času s rodinou, sportem nebo rozvoj zájmových aktivit. Převážnou část jejich dne zabírá výkon povolání.

R7: *„Nejsem schopen fungovat a žít normální život, to je hrozná fuška vařit perník.... Sehnat suroviny, sehnat všechny chemikálie, furt někde lítat a něco shánět, to všechno něco stojí, takže se to točí furt dokola. Běžný život... No tak já jsem normální – jsem normální na to, že takhle smažím, si myslím, že to tak nějak zvládám. Jo, to zvládám všechno, teda jako kromě běžný práce, že tam teda nechodím. Místo toho vařím ten perník, což je práce jako každá jiná. Tak si můžu dovolit 5 dní v tejdnu spát do oběda a pak dva dny na to vzltnout. Jsem svým ředitelem, vrchním, vedoucím a majitelem v jedny osobě. Jako normální život bych nezvládal, kdybych si měl vydělávat na drogy nějakýma čorkama, anebo poctivou prací, tak bych to nezvládl. To bych musel dělat něco, aby mě to bavilo a uživilo. Přejde mi hrozná cena těch 8 h nebo 12 h v místě, kde člověk nechce bejt, v nějaký fabrice u pásu. Tak to není adekvátní, když já si můžu vydělat co tam za 3 měsíce a ještě budu dělat něco, co mě baví, v čem jsem dobrej a co mě uživí. To je pak těžký tam vydržet stát za ty prachy, když víte, že můžete dělat něco 100x příjemnějšího a 2 dny takový práce pokrejou půl roku takovýhle dřiny. A to už stojí za ten risk kriminálu. To už fakt za to stojí.“*

Diskriminace a NL

Poslední otázka se týkala názoru, zda diskriminace může souviset s užíváním ilegálních NL. Na tuto otázku všichni respondenti shodně odpověděli, že jejich zkušenosti vypovídají o tom, že právě užívání ilegální NL je nejčastějším důvodem pro diskriminaci. Jedna respondentka uvedla jako diskriminační důvod sexuální orientaci, další 2 respondentky uváděly diskriminaci z důvodu pohlaví a 2 respondenti z důvodu rasy (viz. Tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 – Zkušenosti s diskriminací

	Zkušenost s diskriminací	Souvislost s užíváním NL	Diskriminace během posledního roku	Diskriminace v průběhu celého života (kromě posledního roku)	Diskriminační důvod
R1	✓	✓	x	✓	NL
R2	✓	✓	x	✓	NL Rasa
R3	✓	✓	✓	✓	NL Rasa
R4	✓	✓	x	✓	NL Pohlaví
R5	✓	✓	x	✓	NL
R6	✓	✓	✓	✓	NL Sexuální orientace
R7	✓	✓	x	✓	NL
R8	✓	✓	x	✓	NL
R9	✓	✓	✓	✓	NL
R10	✓	✓	x	✓	NL Pohlaví
Počet respondentů se zkušeností s diskriminací	10	10	3	10	10 NL 2 Rasa 2 Pohlaví 1 Sex. orientace

Legenda k tabulce č. 2: x = odpověď ne
 ✓ = odpověď ano

R6: „Tak nejsilnější diskriminaci jsem zažila kvůli mé sexuální orientaci, protože jsem teda homosexuál, lesba. A poprvé už to bylo ve 13 letech z důvodu šikany na víceletém gymnpu, nějak v 7.-8. třídě, kdy to na mě prasklo. Tehdy to nebylo ještě tak in, takže jsem schytávala šikanu s tím, že mi i cizí lidi vyhrožovali, že mi rozbijou hlavu o chodník a takovýchle věci, no prostě nic příjemného. A bohužel naposledy jsem to zažila dneska z důvodu, že si pracovníci v léčebně myslí, že jsem zamilovaná do mé spolubydlící kamarádky a není to pravda. Že se k holkám chovám hezky, takhle se ale chovám hezky ke každému, kdo se tak chová ke mně. Takže to se mě dneska dotklo a určitě to budu řešit.“

Protože se mi to absolutně nelíbí a fakt se mě to dotklo, a přesně kvůli takovýmhle lidem, co si myslí, že nemůžu mít normální kamarádky kvůli mé orientaci, jsem začala brát ty drogy častěji. Protože mě to mrzí, jsem z toho smutná a ty drogy to vypínají, tadyty pocity. Takže to je jedno s druhým.“

R3: *„Jo milionkrát, to je prostě furt, asi to je na mně vidět, že beru drogy nebo já nevím, nebo u nás to prostě tak je.“*

9.3 Oblasti diskriminace

Nejvíce zmiňované oblasti, kde se respondenti setkávají s diskriminací, jsem rozdělila na 6 podkategorií (viz. Tabulka č. 3)

Tabulka č. 3 – Oblast zkušenosti s diskriminací v celém životě

	Zdravotní péče	Rodina a vztahy	Zaměstnání	Bydlení	Přístup společnosti	Instituce
R1	✓	✓	x	x	✓	✓
R2	x	x	✓	x	✓	x
R3	✓	✓	x	x	✓	✓
R4	x	✓	x	x	✓	✓
R5	✓	x	✓	x	✓	x
R6	✓	x	✓	✓	✓	x
R7	✓	x	x	✓	✓	✓
R8	✓	✓	✓	x	✓	x
R9	✓	✓	x	x	✓	x
R10	✓	x	x	✓	✓	x
Počet respondentů se zkušeností s diskriminací	8	5	4	3	10	4

Legenda k tabulce č. 3: *x = odpověď ne*
✓ = odpověď ano

9.3.1 Zdravotní péče

Diskriminace ve zdravotní péči byla druhou nejčastěji zmiňovanou oblastí. Zkušenosti s diskriminací v této oblasti uvádí 8 respondentů. Z odpovědí vyplývá, že respondenti se cítí diskriminováni především nepříjemným chováním zdravotnického personálu. Vadí jim opovržlivé pohledy, neochota personálu, nářázky, změněný tón hlasu a celkově nepříjemná atmosféra spojená s jejich ošetřením. 6 respondentů uvedlo špatnou zkušenost při návštěvě zdravotnického zařízení, 2 při přivolání záchranné služby.

R1: *„U toho doktora měli kecy, že fetuju, protože to mají napsané v těch papírech. Oni to vidí, protože já byl třeba v Bohnicích v Praze no a odtud přišlo, že jsem feťák, narkoman*

pod vlivem pervitinu, takže to tam maj napsaný černý na bílým, takže já k nim radši ani nechodím. Protože vím, že tam vlezou a okamžitě mě pakujou.“

R7: *„...když vidím jak se chovaj nebo bavějí ti doktoři s jinejma lidma, tak mi přijde, že se se mnou pak baví jinak. Ne že by mi něco řekli, ale člověk to cítí, že to není úplně v pořádku.“*

V žádném případě nedošlo k tomu, že by respondent nebyl ošetřen. V jednom případě byla respondentka přeložena v nemocnici na jiný pokoj bez zjevného důvodu, což vnímala jako diskriminační.

R8: *„No byli nepříjemný, co vám mám říct, prostě nepříjemný lidi jako na mě. Jakože se mi nestalo, že by mě neošetřili, ale byli nepříjemný a měli blbý kecy, ale jinak mě ošetřili vždycky.“*

Dva respondenti uvádějí negativní zkušenost s přivoláním záchranné služby. Setkali se s nepříjemným chováním záchranářů, ale pomoc jim poskytnuta byla. V tomto případě je znovu patrné, že se projevuje stigma vůči uživatelům NL, avšak o diskriminaci v právním smyslu se nejedná.

R5: *„Jednou nebo 2x jsem si volala sanitku, protože mi bylo fakt hrozně zle a úplně jsem cítila z těch doktorů, jak si říkají, prostě další fetka, co si za to může sama. I v tý sanitce no. Ještě to bylo ve 4 ráno, to je prudilo, že pro mě museli jet. A to jsem nebyla pod vlivem, prostě jsem měla hrozný úzkosti, tak jsem si volala sanitku, že buď pro mě přijedou nebo skočím z mostu. Tohleto se fakt nebere vážně, jen s předsudkama. To je diskriminace.“*

R9: *„...kamarád upadl do bezvědomí, profici přijeli, nevěděli, kde jsou, rozhlídli se a zjistili situaci a bylo jim to jasný, že jsme nějaký fetky... a tak. Pomoc mu sice poskytl, ale chovali se hnusně a odtazitě, bylo to nepříjemný. Si pak člověk uvědomí, že asi jako vypadá jinak, že se chová jinak, nebo že ho lidi odsuzujou za něco.“*

Klienti tyto situace špatně snášejí a takové jednání je odrazuje od toho, aby vyhledali v případě potřeby lékařskou péči. Obrací se raději na kontaktní centrum, které jim ale může poskytnout jen drobné zdravotní ošetření. Akutní případy nebo předepsání léků řešit nemůže a musí klienty odkázat na odbornou pomoc.

R10: *„Já chodím radši do káčka, protože tam se nic neřeší, tam se mnou jednájí normálně, ale u doktora se podívají do papírů a jsou nepříjemný.“*

9.3.2 Rodina a vztahy

Problematické chování v rodině uvedlo 5 respondentů, 2 respondenti mají naopak v rodině oporu, ostatní se s rodinou nestýkají. Klienti shodně uvádějí, že konflikt ve vztahu s rodinou vyvolalo zjištění o užívání NL.

R10: *„Já jsem to první řekla tátovi, ten s tím nikdy problém neměl, ten mi byl velkou oporou.“*

Opět zde v odpovědích shledávám rozdíl mezi pacienty psychiatrické léčebny, kde velkou roli ve vztahu s rodinou hrál relaps a opakované léčení.

R6: „Dřív jsem se tím tajila, že beru a když to prasklo, tak kamarádi mě hodně odsoudili, máma, táta.... tehdy jsem pro ně byla mrtvá, teď mě táta podporuje jen protože se léčím.“

Nejprve se rodina snažila pacienta podpořit, avšak po několikátém zrelapsování a nástupu do léčby došlo ke ztrátě důvěry a v některých případech k úplnému přerušení kontaktů. Toto jednání má velký vliv na motivaci pacienta v léčbě a celkově to hodně ovlivňuje jeho psychický stav a délku léčby. Všichni toto chování vnímají jako diskriminaci ze strany rodinných příslušníků.

V kontaktním centru bylo u respondentů problémem chybějící rodinné zázemí, kdy klienti s rodinou nejsou vůbec ve styku. Klienti postrádají plnohodnotné zázemí, nemají práci a dostatek finančních prostředků a nejčastěji zmiňovaným problémem byl chybějící kontakt s dětmi. Absence širší rodiny jim tolik nevadila.

R4: „Já jsem se setkala v rodině s diskriminací jako hodněkrát. To jsem s nima ještě byla. Teď mi nejvíc chybí děti.“

9.3.3 Zaměstnání

S diskriminačním jednáním v zaměstnání se setkali 4 respondenti. Ostatní respondenti problémy neměli, jeden klient dokonce uvedl pozitivní zkušenost. V této oblasti byly odpovědi ovlivněny i tím, že klienti z kontaktního centra v současné době nepracují a dřívější zkušenosti nezmiňovali. Někteří respondenti uvedli, že svou závislost na NL před zaměstnavatelem zatajili a shodli se na tom, že to je ten nejlepší způsob ochrany před diskriminací. A pro ně jediné řešení, jak si práci udržet.

R10: „V zaměstnání to musíte tajit, jinak je konec. Neříct jim, že jste kdo jste, když řeknete, že jste narkoman, tak vás ani nevezmou, to se s váma nikdo nebaví.“

R2: „Dal jsem si na hajzlu, aby to nikdo nevěděl nebo cestou z práce, ale kdyby se to někdo dozvěděl, tak by mě vyhodili, protože jsem feťák a nikoho by nezajímalo, že makám a jsem v práci fakt dobrej.“

Špatné zkušenosti mají respondenti především z přijímacích pohovorů a z chování kolegů. Jedna respondentka uvedla negativní zkušenost z přijímacího pohovoru, kdy se k ní zaměstnavatel zachoval neprofesionálně a odmítl ji, protože od jiných zaměstnanců věděl, že se pokusila o sebevraždu pod vlivem NL.

R6: „Když jsem se hlásila na práci v restauraci. Tak si četl zprávu, zvedl oči a jako, že co to má být, tak jako nehezky se mi o tom mluví že jo. Při pohovoru první den, ale ok, mám to za sebou. A on mi řekl, to se nezlobte, my potřebujeme někoho vyrovnanýho.“

Často respondenti zmiňovali špatný přístup v chování kolegů v zaměstnání. Šlo o nevhodné poznámky, odmítnutí pomoci nebo odtažitě chování. Respondenti zde kladou důraz na svůj špatný pocit a situaci už dále nijak neřeší. Ostatním se vyhýbají a tím ještě více prohlubují stigmatizaci.

R5: „No v práci. Obecně v tom pracovním kolektivu se prostě vědělo, že jsem tam jediná, kdo hulí. Takže oni si spolu povídali, já byla stranou a když jsem třeba něco řekla, tak bylo cítit, že to není braný tak vážně.“

R2: „V práci jsem problém nikdy moc neměl. Tady jsem pracoval jako masér a vadilo mi to, jeden člověk mi vůbec nechtěl podávat ruce.“

9.3.4 Bydlení

V této oblasti uvedli problémy pouze 3 respondenti, ostatní se s diskriminací v oblasti bydlení nesetkali.

R10: „...ona pronajímá pokoj v tom baráku a prostě to je první co hlídá, aby nájemník nebral drogy, kdyby viděla, že někdo bere, tak by ho tam nevzala.“

Opět se zde opakovalo jako nejlepší řešení situace zatajit užívání NL.

R6: „První byt v pohodě a ten druhý to bylo znát. Já jsem bydlela s přítelkyní a tehdy mi tam i odpojil majitel elektrinu, vodu atd, když jsem mu volala tak dělal nedostupného, ale když volala přítelkyně, tak to bylo v pohodě.“

Problém byl i ve vztazích se sousedy, kteří si všímají pohybu cizích osob.

R7: „Všichni mají namířený kamery na můj barák, a to se tam může kdokoli přijít na mě podívat. Zkoušejí na mě psychický týrání, ani mě nezdravěj a zkoušej na mě psychický figle...cokoliv udělám a kam se hnu, tak vidím jak oni koukaj.“

9.3.5 Přístup společnosti

Problémy v přístupu společnosti uvedli ve svých odpovědích všichni klienti. Nejčastěji se s problematickým přístupem ke své osobě setkali na ulici, to uvedlo ve svých odpovědích 9 respondentů.

R5: „Možná i jen když jdu po ulici, tak ty lidi prostě na vás blbě koukají jako na huliče. Šli třeba dál ode mě atd. a dělají to spíš starý lidi, že jako ona hulí...“

R8: „No na ulici na tobě musejí poznat, že jseš sjetej a každěj si řekne, no feťák. V kriminálu jsem se s diskriminací nesetkal. Nejčastější je diskriminace na ulici. K tomu musíš bejt sjetej nebo si dávat, když jsi střízlivej, tak si toho nikdo nevšimne.“

Často uváděné bylo i slovní obtěžování nebo dokonce i fyzické napadení.

R10: „A jako klasika na zastávkách slovní obtěžování, to taky určitě proběhlo. Šla jsem kvůli tomu radši i na kurz sebeobrany.“

Opakovala se zkušenost se zatajením užívání NL. Tu mají shodně všichni respondenti.

R2: „Hlavně feťáci nesmějí dávat najevo, že jsou feťáci, nesmějí si to dávat na veřejnosti, to vás lidi okamžitě odsouděj. Stalo se mi to mockrát.“

9.3.6 Instituce

Ve veřejných institucích a na úřadech se s diskriminací setkali 4 respondenti, z toho 2 ve vězení. Tito respondenti uvádějí diskriminaci jak ze strany spoluvězňů, tak i zaměstnanců zařízení.

R3: „Ve věznici, tam ta diskriminace je....Tak to už je i o té vězeňské stráži a berou vás jako ty čísla a když dojde k nějakému konfliktu, rozbijou vám pokoj, všechno rozházejou atd.“

R7: „V kriminále jsem se taky setkal s diskriminací, tam jsou pravičáci, náckové a furt tam řvou a jedou něco do feťáků. Je to tam zajímavý, protože jsou tam různé skupiny, sportovci, který furt cvičej a dřou, mají průpovídky, že fětky jsou fuj. 95 % konfliktů je kvůli nějakým práškům nebo drogám, nebo že si někdo vezme něco na dluh a pak na to nemá.“

Další 2 respondenti označili jako diskriminační chování jednání na finančním úřadě a při komunikaci s exekutorem. Opět se opakoval pocit nerovného zacházení v kontaktu s danou institucí.

R1: „No setkal jsem se s tím třeba na finančáku, když jsem byl u přepážky. Dostal jsem tiskopis a chtěl jsem něco vysvětlit atd., a ona mi řekla, že to není její povinnost, že mi dává jenom ten formulář na daně nebo co to bylo a že si musím najít daňovou nebo finanční poradkyni.“

R4: „Nejvíc se mě dotýká teď chování exekutorů, protože oni jsou skutečně nepostižitelní a nadělali ve společnosti hodně škody a ke mně taky, prostě mě psychicky zničili.“

U ostatních se žádné problémy ve styku s institucemi nevyskytly.

R8: „Jsem na pracáku, beru sociální podporu, prostě v pohodě. Protože se tam chovám slušně, jednají se mnou jako s normálním člověkem.“

9.4 Řešení diskriminace

Dále jsem se zaměřila na to, jaké povědomí mají respondenti o právní úpravě diskriminace v ČR a o možnostech ochrany proti diskriminaci (viz. Tabulka č. 4)

První otázka se týkala povědomí o existenci antidiskriminačního zákona. Z odpovědí vyplynulo, že o existenci antidiskriminačního zákona neví ani jeden z respondentů. 6 respondentů v odpovědích uvedlo, že si myslí, že nějaká právní úprava v ČR existuje, ostatní nevěděli.

R2: „Asi nějaký zákon bude, konkrétně neznám.“

R4: „No asi něco existuje, asi jo, ale nijak jsem to nestudovala, navíc to není pro normálního člověka, se v tom nevyzná.“

R6: „Něco takovýho určitě je. Vím, že zákony jsme se učili ve škole, no něco na to bude....“

R7: „Tak rozhodně to někde bude ošetřeno nějak v zákoně, ne? Konkrétní neznám. Tak zas dneska si nikdo nedovolí, aby to chybělo v zákoně.“

R8: „No to nevím, to se musíš zeptat nějakého právníka, to teda nevím, jestli by tady bylo něco takovýho.“

R10: „Nemám to zjištěný víc, ale určitě.“

Po této otázce jsem respondentům vysvětlila, jaké jsou jejich práva a možnosti ochrany před diskriminací dle antidiskriminačního zákona. Chtěla jsem vědět, jestli by po seznámení se

zákonem řešili svou situaci jinak. Situaci týkající se diskriminace by řešila pouze 1 respondentka.

R6: „Fakt se mi to nelíbí, ubližuje mi to. A teď tady v té léčbě mi vadí, že to může urazit i ty holky prostě, mě to neurazí, že si myslej, že se mi líbí. Taký je to může poškodit a nebýt jim to příjemné. A už jen to chránit i sebe, tady jsou vztahy zakázaný a já to respektuju a prostě takhle to neexistuje. Nechci, aby mě to tady nějak poškodilo a už vůbec ne ty lidi, co byli vyjmenovaní. Takže to řešit určitě chci.“

Žádný jiný respondent by situaci neřešil. Tito respondenti ve svých odpovědích uvedli, že to nemá smysl, protože by se stejně ničeho nedomohli.

R1: „No tam si myslím, že aby nebylo ještě hůř. Já nerad chodím do těch střetů, nejrádši bych se chtěl domluvit a hledal kompromis a snažím se to nějak řešit.“

R8: „Nechci to vůbec řešit, protože zaprvé bych se stejně nedomohl a za druhý by mě ještě stíhali.“

Na otázku, kde by hledali informace k řešení situace odpovědělo 5 respondentů, že by se obrátili na K-centrum, 3 respondenti by hledali na internetu a 2 respondenti by se zeptali známých. (viz Tabulka č. 4)

Všichni respondenti jsou přesvědčeni, že domoci se svých práv je velmi složité a vynaložená námaha by byla neúměrná dosaženému výsledku, který nepřinese nic podstatného.

R3: „Jo, tak to si myslím, že je velmi těžký pro některý lidi, který nemají zázemí, takovej ten všeobecný přehled a stejně to nic nezmění.“

R7: „Jako už se snažím nebejt obětí, ale nemá smysl to řešit.“

Tabulka č. 4 – Řešení diskriminace

Respondent	Existence AZ	Řešení situace po seznámení s AZ	Zdroj informací k řešení diskriminace
R1	x	x	známí
R2	x	x	internet
R3	x	x	známí
R4	x	x	internet
R5	x	x	K-centrum
R6	x	✓	internet
R7	x	x	K-centrum
R8	x	x	K-centrum
R9	x	x	K-centrum
R10	x	x	K-centrum
Počet respondentů se zkušeností s diskriminací	0	1	5 K-centrum 3 internet 2 známí

Legenda k tabulce č. 4: x = odpověď ne
 ✓ = odpověď ano

Shrnutí výsledků

Oblast diskriminace bylo pro klienty citlivé téma, přesto neměli problém o něm mluvit. Největším problémem, který se prolínal všemi oblastmi byl přístup veřejnosti, kde klienti pociťují diskriminaci nejvíce a nejčastěji.

Pojem diskriminace klienti chápou jako nerovné zacházení. Shodně uvedli, že se s diskriminací setkávají velmi často a užívání ilegálních NL s tím dávají do souvislosti.

Nejčastější oblasti výskytu diskriminace se ve všech rozhovorech opakovaly, ale je nutné připomenout, že ve většině případů se nejednalo o diskriminaci v právním slova smyslu, ale spíše o pocit uživatele. Respondenti jsou přesvědčeni, že jakmile lidé v okolí zjistí, že užívají NL, zachází s nimi hůře než s neuživateli.

V oblasti znalosti právní úpravy v ČR se potvrdila malá informovanost uživatelů ilegálních NL. Ani po seznámení s existencí antidiskriminačního zákona a možnostmi ochrany před diskriminací se jejich postoj nezměnil. Většina respondentů by situaci spojenou s diskriminací neřešila, protože to považuje za zbytečné a jsou přesvědčeni, že by se svých práv stejně nedomohli.

Potvrdila se významná úloha K-center, protože uživatelé k nim mají mnohem větší důvěru než v ostatní instituce.

10 DISKUSE

„Antidiskriminační opatření jsou nedílnou součástí ochrany lidských práv v Evropě. Jedná se o téma, které vyvolává vášnivé spory o tom, kde vlastně končí svobodné jednání jednotlivců v demokratické společnosti a kde už začíná nepřijatelné zasahování do integrity ostatních.“ (Wintr & Antoš, 2014).

Ve své práci jsem se zaměřila na specifickou skupinu uživatelů ilegálních NL a jejich zkušenosti s diskriminací v běžném životě. Předpokládala jsem, že právě tato skupina, která se velmi často setkává s problematickým přijetím a začleněním do společnosti, bude ochotna sdílet své zkušenosti ohledně tohoto tématu.

V teoretické části jsem se zabývala právní úpravou rovného zacházení a diskriminace v České republice. Podle mého názoru je oblast diskriminace a ochrany před ní v ČR dostatečně dobře ošetřena. Otázkou však zůstává posouzení konkrétní formy jednání, které klient označuje jako diskriminaci. Odpověď jsem se pokusila nalézt v praktické části mé práce.

Výzkumným šetřením byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky, které jsem si položila.

- **Výzkumná otázka č. 1: Jak respondenti rozumí pojmu diskriminace?**

Pojem diskriminace respondenti chápou jako nerovné zacházení a jako horší podmínky pro život než mají ostatní sociální skupiny ve všech sociálních oblastech. Shodně uvedli, že se s diskriminací setkávají velmi často a užívání ilegálních NL je, podle jejich mínění, jeden z důvodů k diskriminačnímu jednání.

- **Výzkumná otázka č. 2: V jakých oblastech se s diskriminací respondenti setkávají?**

Nejčastější oblasti výskytu diskriminace se ve všech rozhovorech opakovaly, ale je nutné připomenout, že ve většině případů se nejednalo o diskriminaci v právním slova smyslu, ale spíše o pocit uživatele. Respondenti jsou přesvědčeni, že jakmile lidé v okolí zjistí, že užívají NL, zachází s nimi hůře než s neuživateli. Proto jako nejlepší způsob vidí svou závislost zatajit, aby předešli slovním nárážkám či odmítavému chování, které je jim nepříjemné. Na uživatele ilegálních NL je v historickém kontextu nahlíženo negativně, a i v současné době je tolerován odmítavý postoj veřejnosti. Není výjimkou, že na ulici se k respondentům lidé chovají s pohrdáním, pokřikují a mají nemístné poznámky a toto chování je ostatními považováno za přijatelné (Ocisková & Praško, 2015). Jeden z respondentů dokonce zmínil napadení na ulici při intravenózní aplikaci drog. Sami uživatelé ilegálních NL vidí velký rozdíl v přístupu k nim oproti uživatelům legálních NL, například alkoholu, kde je společnost více než tolerantní.

Často se klienti, podle svých slov, setkávají s diskriminací při využívání zdravotní péče a v zaměstnání. Naopak při jednání na úřadech problémy s diskriminací uvedl pouze jeden respondent, další 3 respondenti mají negativní zkušenost s vězeňskými službami či exekutorem. Podobné negativní zkušenosti při využívání zdravotní péče mají lidé i v jiných zemích. Například dle výzkumu, který proběhl v roce 2019 v Arizoně v USA s počtem 185 respondentů, uvádí více než jedna třetina respondentů, že nevyhledala potřebnou lékařskou péči, protože měli obavy, že s nimi bude špatně zacházeno kvůli užívání drog (Meyerson et al., 2021).

Pokud bychom se pokusili nalézt spojitost mezi užíváním ilegálních NL a diskriminačním znakem, mohli bychom použít klasifikaci MKN-10. Podmínkou by bylo diagnostikování duševního onemocnění, v našem případě duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Další podmínkou musí být dlouhodobost onemocnění, aby byla splněna definice zdravotního postižení dle AZ. Jelikož podmínkou pro účast v mém výzkumu nebyla závislost, ale pouze užívání ilegálních NL, nemohu posoudit u kterých uživatelů by se jednalo o diskriminační jednání.

Specifickou oblastí, kterou respondenti zmiňovali byly vztahy v rodině. Více než polovina klientů má negativní vztahy v rodině a z důvodu užívání ilegálních NL. Když svým blízkým přiznali užívání či závislost na ilegálních NL, nesetkali se v rodině či blízkém okolí s podporou ani pochopením. Naopak ztratili důvěru členů rodiny i přátel a došlo k narušení rodinných vazeb, v některých případech i k úplnému přerušení veškerých kontaktů. Tuto skutečnost vnímají respondenti jako velmi bolestnou a chybějící jistotu, lásku a pocit bezpečí a zázemí si nahrazují právě užíváním NL. Někteří respondenti však vztahy v rodině nehodnotí jako diskriminaci, ale jako svoje vlastní selhání, kdy uvádí doslova R3: „*Je to moje chyba, můžu si za to sám.*“

- **Výzkumná otázka č. 3: Zda a jakým způsobem respondenti danou situaci řešili?**

V oblasti znalosti právní úpravy v ČR se potvrdila malá informovanost uživatelů ilegálních NL. Ani po seznámení s existencí antidiskriminačního zákona a možnostmi ochrany před diskriminací se jejich postoj nezměnil. 9 z 10 respondentů by situaci spojenou s diskriminací neřešilo, protože to považují za zbytečné a jsou přesvědčeni, že by se svých práv stejně nedomohli. Zde se opět projevuje vliv stigmatizace, kdy sami respondenti už dopředu odmítají vstoupit do konfliktu, protože společnost na ně nahlíží neférově a podle slov jednoho z respondentů R7: „*Nikdo by fetku nebral vážně a stejně by mi nevěřili. Už jsem dávno rezignoval, protože je těžký najít někoho, kdo se za vás postaví. Feťák je zkrátka vyvrhel společnosti a všichni s tím tak nějak souhlasí.*“

Potvrdila se významná úloha K-center, protože uživatelé k nim mají větší důvěru než ve veřejné instituce. Hlavním důvodem, proč by se klient obrátil pro pomoc spíše do nízkoprahových služeb bylo rovné zacházení a proklientský přístup. Jak sami respondenti uvádějí, v nízkoprahových centrech se cítí bezpečně, u pracovníků nalézají pochopení, podporu a ochotu pomoci jim v krizových situacích. Pro uživatele ilegálních NL je přijatelnější probrat své problémy se sociálním pracovníkem, který ho nasměruje k řešení situace, popřípadě mu poskytne osobní doprovod, než jít sám řešit situaci na úřad.

Považuji za důležité zmínit, že výsledky mé práce mohlo ovlivnit několik faktorů. Prvním byl výběr respondentů, který byl záměrný a dalším malý výzkumný vzorek, který tvořilo 10 respondentů. Je tedy zřejmé, že výsledky nelze zobecnit mimo zkoumanou populaci.

Respondenty tvořili klienti nízkoprahového zařízení a psychiatrické léčebny, čímž mohly být také ovlivněny výsledky výzkumu. Tyto nedostatky by vyřešil větší vzorek respondentů z různých adiktologických zařízení z celé České republiky. To by mohlo být podnětem pro další kvantitativní výzkum, který by mohl přinést nový pohled na tuto problematiku.

Další omezení mohl zapříčinit výběr metody polostrukturovaného rozhovoru, kde mohlo dojít k nepřesnému pochopení a zkreslení získaných informací. Při rozhovorech jsem se setkala s velmi otevřeným přístupem, těžko však mohu posoudit, zda klienti říkali pravdu nebo si situaci přibarvili, aby vzbuzovali lítost a sympatie výzkumníka. Také při analýze dat mohlo dojít k nepřesné interpretaci dat, kdy jsem nemusela správně pochopit podstatu respondentova sdělení. Právě proto, že při této výzkumné metodě nezáleží pouze na sdělovaném obsahu, ale velký význam tu hrají i neverbální komunikace, klientova intonace, zabarvení hlasu a výrazy které používá.

Vybraná forma sběru dat, tedy rozhovory s klienty, které probíhaly osobně, pro mě byly velmi obohacující a přínosné. Uvědomila jsem si, jak důležitý je individuální přístup při práci s klientem a jak moc pro něho znamená vyjádření důvěry a podpory. Ke každému respondentovi bylo třeba přistupovat jinak, musela jsem být empatická a zároveň si zachovat odstup, což nebylo vždy jednoduché. Při práci s některými klienty bylo obtížné udržet jejich pozornost a zachovat časový rámec rozhovoru. Byla důležitá improvizace a kreativita, vcítění se do klienta a při odklonu od tématu jemné nasměrování zpět k danému tématu. Podstatným bodem bylo i vedení rozhovoru tak, aby bylo dosaženo výzkumného cíle.

11 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila o zmapování zkušeností uživatelů ilegálních NL s diskriminací v jejich běžném životě. Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké jednání považují uživatelé ilegálních NL za diskriminační a zda je dávají do souvislosti s užíváním NL a jaké jsou jejich zkušenosti s diskriminací a povědomí o ochraně proti diskriminaci. Cíle výzkumu bylo dosaženo. Přestože respondenti vnímali popisované situace jako diskriminaci, bylo by velmi obtížné a v některých případech i nemožné z právního hlediska jednání označit jako diskriminační. Potvrdilo se, že uživatelé ilegálních NL nemají žádné povědomí o právní úpravě diskriminace v ČR a ani nechtějí svou situaci nijak řešit. Jsou přesvědčeni, že je pro ně velmi obtížné domoci se svých práv právě kvůli velké míře stigmatizace ve společnosti.

Povědomí o právní úpravě diskriminace a ochraně proti diskriminaci bylo mezi respondenty nedostačující. Zde bych viděla možnost nápravy ve vytvoření programů na téma právní gramotnosti uživatelů NL a v této oblasti edukovat i pracovníky adiktologických služeb, na které se klienti budou obracet. Tímto tématem by se mohly zabývat například edukační skupiny v psychiatrických léčebnách a vhodné by bylo vytvořit i projekt na toto téma v nízkoprahových zařízeních.

Přínos mé práce může být právě v tom, že odhalila malou informovanost této specifické skupiny a popsala nejčastější oblasti, kde se respondenti s nerovným zacházením setkávají. Svoji bakalářskou práci bych vnímala jako podnět pro otevření nového tématu, které by mohlo být zařazeno mezi aktivity adiktologických zařízení. Mohla by být podnětem k další výzkumné práci v oblasti diskriminace, jelikož se zaměřila na dříve málo zkoumané téma na národní úrovni.

12 LITERATURA

- (2019). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Běláčková, V., Nechanská, B., Chomynová, P. & Horáková, M. (2012). *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky. [vid. 2021-12-28] Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Celopopulacni_studie_uzivani_navykovych_latek_v02.pdf
- Bobek, M., Boučková, P., Kühn, Z. (eds.) (2007). *Rovnost a diskriminace*. 1. vydání. Praha: C.H. Beck.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. 4th ed. New York: Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*, 44, 162-179.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatr*, 177, 4-7.
- Čermák, I. & Lindénová, J. (2000). *Povolání: herec*. Brno: Větrné mlýny.
- Čermák, M. (2012). *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR.
- Disman, M. (2014). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Hajda, M., Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Ocisková, M., Cinculová, A., ... Ticháčková, A. (2015) Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – průřezová studie. *Psychiatrie pro praxi* 16(2e): e23–e32. Olomouc: Solen, s. r. o.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to change. *The Lancet*, 373 (9679), 1928–1930.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál.
- Chomynová, P. & Mravčík, V. (2021). Národní výzkum užívání návykových látek 2020. *Zaostřeno* 7(5), 1–20. [vid. 2021-12-15] Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33551/1109/Zaostreno_2021-05_Narodni_vyzkum_uzivani_navykovych_latek_2020.pdf

- Janšová, M. & Placzeková, K. (2018). Diskriminace v pracovněprávních vztazích. *Práce a mzda 12*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. [vid. 2021-12-29] Dostupné z: <https://www.praceamzda.cz/clanky/diskriminace-v-pracovnepravnich-vztazich>
- Krhutová, L. & Sochor, T. (2012). *Zpráva o výsledcích dotazníkového šetření Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. [vid. 2021-12-09] Dostupné z: https://nrzp.cz/wp-content/uploads/2013/01/images_docs_PROGRESS_Vystupy_Vysledky-dotaznikoveho-setreni_3.pdf
- Kudláčková, B. (2021). *Výroční zpráva NPC za rok 2020*. Národní protidrogová centrála SKPV PČR. [vid. 2021-12-29] Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/vyrocní-zprava-npc-za-rok-2020.aspx>
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvasnicová, J., Šamánek, J., Černá, J., Obrovská, L., Ondrůjová, Z., Pospíšil, I., ... Štěpánková, M. (2015). *Antidiskriminační zákon. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR a.s.
- Mahdalíčková, J. (2014). *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer ČR a.s.
- Mahrová, G., Venglářová, M., Čadková-Svejkovská M., Hronová, M., Chytil, O., Laštovica, M., ... Knapp, P. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Marek, J., Strnad, A. & Hotovcová, L. (2012). *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
- Mathieson, J., Popay, J., Enoch, E., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H. & Rispel, L. (2008). *Social Exclusion: Meaning, measurement and experience and links to health inequalities*. A review of literature. WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1. Lancaster University, UK: Institute for Health Research. [vid. 2022-01-03] Dostupné z: https://www.who.int/social_determinants/media/sekn_meaning_measurement_experience_2008.pdf.pdf
- McGinty, E.E., Goldman, H., Pescosolido, B.A., & Barry, C.L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social science & medicine*, 126, 73-85.
- Meyerson, B. E., Russell, D. M., Kichler, M., Atkin, T., Fox, G., & Coles, H. B. (2021). I don't even want to go to the doctor when I get sick now: Healthcare experiences and discrimination reported by people who use drugs, Arizona 2019. *International Journal of Drug Policy*, 93, Article 103112.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky. [vid. 2022-01-12] Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33369/1076/VZdrogy2019_v02_s%20obalkou.pdf
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2019) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky. [vid. 2022-01-05] Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33122/871/VZdrogy2018_web%202020-01-13_V02.pdf
- Negativní důsledky drogové závislosti. (n.d.). Drogy: Drogy kolem nás. [vid. 2021-12-27] Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz>
- Novotná H., Špaček, O. & Šťovíčková Jantulová, E. (eds.) (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Univerzita Karlova: Fakulta humanitních studií.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Orlík nad Vltavou: KLP-Koniasch Latin Press.
- Ocisková, M. & Praško J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. & Pescosolido B.A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2), 188-207.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev*, 24, 143-155.
- Room, R., Rehm, J., Trotter, R., Paglia, A. & Ustun, T. (2001). Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and social values towards disability. In Ustun, T., Chatterji, S., Rehm, J. (eds.), *Disability and Culture: Universalism and Diversity*. Seattle, WA: Hogrefe and Huber Publishing, 247-291.
- Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovic.
- Šabatová, A., Kvasnicová, J., Nehudková, E. & Polák, P. (2019). *Sborník stanovisek veřejného ochránce práv 20: Diskriminace*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. [vid. 2022-12-06] Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/Publikace/sborniky_stanoviska/Sbornik_Diskriminace.pdf
- Šabatová, A., Polák, P., Šamánek, J., Urbániková, M., Dytrt, Z., Nepala, J., ... Zaplatílek, M. (2015). *Diskriminace v ČR: oběť diskriminace a její překážky v přístupu ke spravedlnosti. Závěrečná zpráva z výzkumu veřejné ochránkyně práv*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. [vid. 2021-12-06] Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/CZ_Diskriminace_v_CR_vyzkum_01.pdf
- Šamánek, J., Nehudková, E., Polák, P., Urbániková, M. & Obrovská, L. (2017). *Antidiskriminační právo v judikatuře a praxi*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck.

- Šejvl, J., Zábanský T., Bouška I. & Žáčková M. (2007). *Vybrané kapitoly z adiktologie: Fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- Šmíd, M. (ed.) (2020). *Právo na rovné zacházení: Deset let antidiskriminačního zákona*. Praha: Wolters Kluwer ČR a.s.
- Švaříček, R. & Šed'ová, K. (2010). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Tomšej, J. (2020). *Diskriminace na pracovišti*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Tomšej, J. (2021). *Country report non-discrimination Czechia 2021*. [vid. 2021-12-18]
Dostupné z: <http://equalitylax.eu>
- Vilsaint, C.L., Hoffman, L.A., & Kelly, J.F. (2019). Perceived discrimination in addiction recovery: Assessing the prevalence, nature, and correlates using a novel measure in a U.S. National sample. *Drug and alcohol dependence*, 107667.
- WHO (1994). *Lexicon of Alcohol & Drug Terms*. Geneve: WHO.
- Wintr J. & Antoš M. (eds.) (2014). *Rovnost a zákaz diskriminace v právní teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta.
- Zábanský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Zábanský, T., V. Běláčková, Štefunková, M., Vopravil, J., Langrová, M. (2011). *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. [vid. 2022-03-03] Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/352/01-coi-monografie-web.pdf>

Právní normy:

- Listina základních práv a svobod, HLAVA I, čl. 3. [vid. 2022-02-23] Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/DISKRIMINACE/pravni_predpisy/USNE SE NI_LISTINA.pdf
- Zákon č. 167/1998 Sb., zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.
- Zákon č. 198/2009 Sb., zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). § 1 - § 12.
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. § 13
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.
- Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti.

13 PŘÍLOHY

13.1 Příloha č. 1 – Osnova k rozhovorům

První část – mapování závislostního chování

1. Osobní údaje (věk, pohlaví, národnost, místo pobytu)
2. Bydlení a rodinná situace
3. Vzdělání a současná ekonomická aktivita
4. Jakou návykovou látku užíváte? Jak často? Popište prosím, vaši drogovou kariéru.
5. S užíváním kterých drog máte podle vás v současnosti (nebo jste měl v nedávné minulosti) vážný problém? Řekl/a byste, že jste na nich závislý/á?
6. Jak si tyto drogy většinou aplikujete?
7. Kde si opatřujete nebo jste si opatřoval/a injekční náčiní? Využíval/a jste služeb výměny injekčního náčiní?
8. Máte nějaké vážnější zdravotní problémy, které se dotýkají vašeho užívání a jeho zvládnutí?
9. Omezuje vás nějak užívání NL v běžném životě? Jak?
10. Řešil/a jste to nějak? Absolvoval/a jste léčbu nebo docházíte do nějaké služby?

Druhá část – diskriminace porozumění pojmu a zkušenosti

1. Jak rozumíte pojmu diskriminace, jaké jednání si pod tím představujete?
2. Jak rozumíte pojmu „běžný život“? Jak vypadá ten váš?
3. V jakých oblastech VAŠEHO běžného života jste se setkal s jednáním, které byste označil jako diskriminační?
4. Kdy jste se naposled setkal s takovým chováním? Jak často se s ním setkáváte? Bylo to během posledního roku nebo v delším časovém horizontu?
5. Myslíte si, že mělo toto jednání souvislost s tím, že užíváte NL a proč? Nebo mohlo mít souvislost s vaším zdrav. stavem apod.?

Třetí část – konkrétní zkušenosti, pocity a názory klientů

1. Popište mi prosím KONKRÉTNÍ situaci, kdy jste se setkal/a s diskriminačním jednáním. Zajímá mě situace, která se vás nejvíce dotkla a která souvisela se závislostním chováním či vaším zdravotním stavem. Pokud vás nenapadá žádná situace spojená se závislostním chováním či zdravotním stavem, tak popište jinou. Popište mi prosím Vaše vzpomínky na tu situaci, vaše pocity, průběh atd.
2. Jaký to mělo dopad na váš život?
3. V jakém prostředí jste se s diskriminací setkal/a / setkáváte?
4. Jak jste tuto situaci řešil/a?
5. Hledal/a jste někde informace týkající se vašeho problému?
6. Pokud ano, kde jste hledal/a informace týkající se vašeho problému?
7. Když jste se cítil/a diskriminován/a nebo obtěžován/a, šel/a jste někde tento případ vy či někdo jiný nahlásit? Na koho jste se obrátil/a se stížností na diskriminaci nebo obtěžování?
8. Pokud jste situaci řešil/a, jakým způsobem byla vyřešena, jaké byly výsledky?
9. Proč jste nevyhledal/a pomoc a případ nenahlásil/a?

Čtvrtá část – vysvětlení pojmu a možností postupu proti diskriminaci v ČR

1. Myslíte si, že existuje v ČR nějaký zákon, který problematiku diskriminace řeší a vymezuje?
 - Po této otázce klientům vysvětlím, jaké jsou jejich práva a možnosti ochrany před diskriminací dle antidiskriminačního zákona.
2. Pokud byste se v budoucnu stal/a obětí diskriminace nebo obtěžování, řešil/a byste tuto situaci a na koho byste se nejspíše obrátil/a? A proč právě tam?
3. Jak obtížné je, podle Vás, pro oběti diskriminace domoci se v České republice svých práv?
4. Co by vám ve vaší situaci pomohlo k lepšímu a snadnějšímu přístupu k právní pomoci?

13.2 Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Informace pro účastníka kvalitativního výzkumu: „Zkušenosti uživatelů ilegálních návykových látek s diskriminací v běžném životě“

Kdo jsem a co mám za úkol:

Jsem studentkou 3. ročníku oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V současné době zpracovávám bakalářskou práci, ke které sbírám data formou individuálních rozhovorů s klienty/pacienty.

Cíl rozhovoru:

Zmapovat zkušenosti klientů/pacientů s diskriminací v běžném životě.

Průběh práce:

S vaším svolením bude tento rozhovor nahráván. Nahraný rozhovor bude přepsán a použit pro analýzu. Ani zvuková ani textová forma rozhovoru nebude žádným způsobem jako celek zveřejněna.

Výstupy, důvěrnost, dobrovolnost:

Rozhovor je anonymní. Výstupem z dat získaných pomocí rozhovoru bude praktická část mé bakalářské práce. Data, která takto získám, budou považována za důvěrná a budou sloužit pouze účelům mé bakalářské práce, případně publikování výsledků. Ve všech výstupech práce budou výsledky anonymizovány tak, aby nebylo zpětně možno určit Vaši osobu nebo osobu, o které se v rozhovoru zmíníte. Spolupráce je dobrovolná a po celou dobu rozhovoru můžete svůj souhlas odvolat.

Stížnosti, dotazy, podněty:

Budete-li mít jakékoli stížnosti, další podněty či dotazy ohledně rozhovoru, můžete se na mě či vedoucího mé práce kdykoliv obrátit.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Benjamin Petruželka, Ph.D.,

benjamin.petruzelka@lf1.cuni.cz

Autor bakalářské práce: Zuzana Leštinová, lestinova.zuzana4@gmail.com

Datum:.....

Děkuji Vám za Váš čas a Vaši spolupráci

Zuzana Leštinová