

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Iryna Pavarych

„Stigmatizace ruskojazyčných injekčních uživatelů drog, žijících v České republice“

Stigma of Russian-speaking injection drug users, that live in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Matoušek

Praha 2022

Autor práce: Iryna Pavarych

Vedoucí práce: Mgr. Petr Matoušek

Rok obhajoby: 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny jsem uvedla a řádně citovala a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze dne

Iryna Pavarych

.....

Podpis

Identifikační záznam

PAVARYCH, Iryna. Stigmatizace ruskojazyčných injekčních uživatelů drog, žijících v České republice [Stigma of Russian-speaking injection drug users, that live in the Czech Republic]. Praha, 2022, 52 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Petr Matoušek

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petru Matouškovi za inspiraci k napsání této bakalářské práce. Děkuji i celé fakultě, která nabízí možnost studia zahraničním studentům. V neposlední řadě patří mé velké poděkování všem respondentům za jejich ochotu, čas a otevřenost a také pracovnímu týmu služby Sananim, z. ú..

Abstrakt

Cílem práce bylo zmapovat bariéry přístupu k adiktologickým službám ruskojazyčným IUD žijícím v České republice, a to z pohledu samotných uživatelů. Dále zjistit, zda ve zmíněné populaci existuje internalizovaná stigmatizace vůči užívání drog jako důsledek strukturálního a sociálního stigmatu přítomného v postsovětských státech, ze kterých pocházejí. Práce se zaměřuje i na další subjektivní bariéry ze strany ruskojazyčných IUD v přijímání a vyhledávání adiktologických služeb v ČR. Dílčím cílem práce bylo prohloubit znalosti o kulturních specifikách diaspor.

Data byla získána prostřednictvím kvalitativního výzkumu, kde byl jako nástroj veden semistrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor, který byl vybrán účelovým výběrem, tvoří 8 respondentů. Tento soubor činí respondenti z Gruzie, Ukrajiny, Běloruska a Lotyšska.

Z výzkumu vyplynulo, že hlavní potenciální bariérou pro využití adiktologických služeb v ČR z pohledu dotazovaných se stala absence informací o službách, která je především důsledkem jazykové bariéry a neochoty respondentů vyhledávat v ČR odbornou pomoc jako takovou.

Internalizovaná stigmatizace v důsledku sociálního stigmatu, se stala hlavní příčinou odmítnutí využití adiktologických služeb pro respondenty z Ukrajiny, Lotyšska a Běloruska.

Dvakrát uvedena byla odpověď o nedůvěře v oficiální metody léčby drogově závislých od respondentů z Běloruska a Ukrajiny, která je výsledkem dezinformací nebo negativních zkušeností s léčebnými programy v zemi původu.

Rozhovory ukázaly na kulturní rozdíly respondentů. Uživatelé drog pocházející z Gruzie netají užívání před blízkým okolím, které vůči nim projevuje určitou toleranci. Absence sociální stigmatizace se pozitivně projevuje na jejich ochotě vyhledat odbornou pomoc.

Klíčová slova: stigmatizace, injekční uživatelé drog, ruskojazyčná minorita, skrytá populace

Abstract

The aim of the bachelor thesis was to map the barriers to Russian-speaking injecting drug users (IDU) living in the Czech Republic in entering the addictology services from the perspective of the users themselves. Moreover, to find out whether there is internalized stigma towards drug use in the mentioned population as a consequence of the structural and social stigma present in the post-soviet countries. The work also focuses on other subjective barriers on the part of Russian-speaking IDU in accepting and searching for addictology services in the Czech Republic. A partial goal of the work was to deepen knowledge about the cultural specifics of diasporas.

The data were obtained using qualitative research where a semi-structured interview was conducted as a tool. The research group, which was selected by purposeful selection, consists of 8 respondents. This set is made by respondents from Georgia, Ukraine, Belarus and Latvia.

The research revealed that the main barrier to the use of addictology services in the Czech Republic from the perspective of respondents was the lack of information which is mainly due to the language barrier and the reluctance of respondents to seek professional help in the Czech Republic as such.

Internalized stigma due to social stigma has become the main reason for the refusal to use addictology services for respondents from Ukraine, Latvia and Belarus.

Twice mentioned was the answer of distrust in the official methods of treatment of drug addicts from respondents from Belarus and Ukraine which is the result of desinformation or negative experience with treatment programs in the countries of origin.

The interviews showed the cultural differences of the respondents. Drug users from Georgia do not hide as much their drug (ab)use from people in their immediate environment which shows a certain tolerance towards drug users. The absence of social stigma has a positive effect on her willingness to seek professional help.

Keywords: stigmatization, injecting drug users, Russian-speaking minority, hidden population

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Stigmatizace	12
1.1 Sociální deviace – teorie značkování.....	12
1.2 Pojem stigmatu a stigmatizace	12
2 Druhy stigmatu v závislosti na zdrojích stigmatizace	14
2.1 Sociální skupina jako zdroj sociální stigmatizace	14
2.2 Strukturální stigma	15
2.3 Internalizované stigma	15
3 Dopady stigmatizace na jedince.....	16
3.1 Pojem skrytá populace	16
4 Stigma a jeho důsledky v souvislosti s užíváním drog	17
4.1 Stigmatizace závislosti.....	17
5 Vliv na stigmatizaci dle přístupu léčby v adiktologii.....	19
5.1 Paradigmata v adiktologii.....	19
5.2 Harm Reduction	20
6 Přístupy k léčbě závislosti ve vybraných postsovětských zemích	21
6.1 Společné historické aspekty	21
6.2 Aktuální situace v postsovětských zemích	22
7 Ruskojazyčné skupiny v kontextu adiktologických služeb ČR	27
PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
8 Metodologický rámec.....	29
8.1 Cíl výzkumu.....	29
8.2 Výzkumné otázky.....	29
8.3 Design výzkumu.....	29
8.4 Výzkumný soubor	29
8.5 Metody získávání dat	30
8.6 Analýza a zpracování dat.....	31
8.7 Etické aspekty výzkumu	31
8.8 Praktický průběh realizace sběru dat	31
8.9 Charakteristika respondentů.....	32
9 Výsledky.....	35
9.1 Souhrn výsledků	40
10 Diskuse	42

11 Závěr.....	47
Použitá literatura a zdroje.....	49

„Svět bez drog je nerealistická idea, která se stává škodlivou koncepcí ve chvíli, kdy je stanovena jako konečný cíl.“ (Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik in Protidrogová politika HMP, 2014, s. 34).

ÚVOD

Jelikož pocházím z Běloruska, zajímala jsem se od prvního ročníku svého studia adiktologie o téma ruskojazyčných migrantů v České republice. Jak uvádí Kalina (2015), představuje problematika etnických minorit a migrantů v adiktologii tematickou mezeru a není dostatečně prozkoumána. Tato slova byla pro mě výzvou a měla jsem je na paměti v průběhu celého svého studia. Během stáží v adiktologických službách jsem se však setkala pouze s minimem klientů z této minority. Přestože mi bylo známé, že na území ČR se injekční uživatelé drog (IUD) pocházející z tzv. východního bloku vyskytují, a to hlavně v Praze. Vycházím ze své zkušenosti z předchozího studia na Vysoké škole zdravotnické, obor porodní asistentka, kde jsem potkávala ruskojazyčné ženy-uživatelky na gynekologických ambulancích. O existenci IUD vím i ze svého širšího okolí. Kladla jsem si otázku, proč nevyhledají odbornou pomoc? Částečnou odpověď jsem našla díky výuce v předmětu Etnické minority a migranti v kontextu drogových služeb, zde na oboru adiktologie. Největší náhled na problematiku mi poskytl jeden z amerických odborných článků s vypovídajícím názvem „Nejsou lidi, stejně zemřou“. Tento článek je věnován problematice stigmatizace mladých injekčních uživatelů ve věku 18-29 let mezi migranty ze zemi bývalého sovětského svazu (neboli ruskojazyčnou minoritou) žijícími v New-Yorku. Článek upozorňuje, že stigmatizační postoj ze strany rodinných příslušníků častokrát mladé lidi odrazuje od léčby a celkově situaci zhoršuje. Kromě teoretické části článek obsahuje i rozhovory s aktivními a bývalými uživateli (popř. s jejich matkami, jelikož otcové jak rozhovory, tak i své děti odmítají), které názorně ilustrují hloubku problematiky. Samotný výrok „nejsou lidé...“ právě zazněl od klienta, který popisoval postoj jeho komunity k injekčnímu užívání NL. Zároveň se dotýká i totální neinformovanosti této populace o adiktologické problematice. Injekční uživatelé poskytli v rozhovorech informace o stigmatizaci ze strany komunity, která je vedla ke ztrátě sebeúcty a mnohokrát odradila od ochoty obracet se na adiktologické služby (Gunn & Guarino, 2016).

Tento článek ve mně vyvolal největší odezvu a odpovídal skutečnosti, se kterou se já sama, coby cizinka pocházející z Běloruska, setkávám. Zároveň vnímám, že je velmi obtížné vysvětlit svým blízkým (též cizincům) své budoucí povolání. Slova adiktolog nebo substitute jsou pro ně zcela cizí a pochopit, jak se této problematice mohu věnovat, když je pro ně IUD nepřijatelný jako člověk, je nemožné.

Tématu ruskojazyčných uživatelů drog v České republice bylo věnováno několik málo studií (např. Špaček, 2013; Zábranský & Janíková, 2008).

Důvodem pro volbu tohoto tématu se stala i ta skutečnost, že jednou z priorit pro zlepšení péče o duševní zdraví je boj se stigmatizací a sociálním vyloučením ze společnosti. Toto stigma je vhodné redukovat právě tím, že by přestalo být tabuizované a více by se o něm diskutovalo (Marková a kol., 2005).

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stigmatizace

Pochopení procesu stigmatizace není možné bez základních teoretických znalostí předmětu sociální deviace a konkrétně teorie značkování. Cílem první kapitoly je stručně podat základní přehled v pojmech jako jsou sociální deviace, teorie značkování a stigma.

1.1 Sociální deviace – teorie značkování

Munková (2013) uvádí, že každé lidské společenství je založeno na určitém normativním řádu – jedná se o soubor formálních předpisů a neformálních očekávání vztahujících se na lidské chování. Též „v každé společnosti existuje ve vztahu k různým normám určitý toleranční limit, který vypovídá o tom, jakou míru nepřesnosti při dodržování normy je daná společnost ochotna v daném čase tolerovat“ (s. 7–8). Deviace tedy není inherentní vlastnost lidského chování, ale je výsledkem jeho společenského hodnocení. Tato myšlenka je pro teorii značkování základní, ale je i etiketizační – zvaná labelling (název je odvozen od angl. label, čes. nálepka) (Munková, 2013).

Pro teoretiky labellingu (Frank Tannenbaum, Edwin Lemert, Howard Becker, Erving Goffman a jiní) není deviace objektivní charakteristikou lidského jednání nebo pouhá analýza postavy devianta, jeho motivů a objektivního narušení normy. Je to vlastnost, kterou veřejnost označuje určité chování jako deviantní. Deviace pak není kvalita spáchaného činu, ale souvislost spojená s aplikací nálepky, a je tudíž výsledkem kolektivní interakce mezi údajným deviantem a ostatními lidmi. Deviant je ten, komu byla nálepka úspěšně přidělena. Výsledkem „úspěšného“ labellingu je stigma (Urban, Dubský & Bajura, 2012; Munková, 2013).

1.2 Pojem stigmatu a stigmatizace

Termín stigma pochází z antického Řecka a původně označoval cejch vypalovaný otrokům v thesálských dolech (Petr a kol., 2014). Též bývá překládán jako znak, stopa nebo znamení, které nese svědectví, a jeho nositelé jsou rozpoznáváni. V pozdějších časech se termín dostával do širšího kulturního slovníku a jeho význam se v dalších souvislostech měnil. Tak například v dobách raného křesťanství získal tento pojem další metaforické konotace, a to: tělesné znaky jako svědectví a důkaz silné víry nebo jako známky svědčící o nemoci svého nositele (Ocisková & Praško, 2015).

Velký zájem o tento pojem lze pozorovat v druhé polovině minulého století. Kolébkou sociálního interakcionismu, který vytvořil základ pro teorii labellingu, se stala Chicagská škola. Jedná se o „specifickou sociologickou školu, která se rozhodla uspokojit společenskou poptávku po vědecké interpretaci a řešení sociálně deviantních

jevů“ (Urban, Dubský & Bajura, 2012, s. 91). Jedním z takových jevů se stala masová imigrace do Spojených států z jižní a východní Evropy, která vytvořila doslova živnou půdu pro rozvoj sociologie (Munková, 2013).

Mimo jiné se podnětem pro zkoumání sociologických aspektů po 2. světové válce stala i samotná definice zdraví člověka Světovou zdravotnickou organizací z roku 1948, která uvedla, že „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. To ukazovalo na skutečnost, že zdraví je vymezeno třemi rovnocennými složkami, včetně sociální (Bártová, 2005).

Klíčovou monografií, která vymezila teoretický rámec stigmatu, se stala kniha amerického sociologa a představitele třetí generace již zmíněné Chicagské školy, Ervina Goffmana. Goffman definuje stigma jako „záměrné označování jedince tělesnými znaky tak, aby bylo zřetelné něco neobvyklého, špatného, amorálního, nečistého, výlučně patřícího k statusu označovaného“ (Goffman in Novosad, 2011, s. 73). Přitom stigmatizaci definuje autor jako silně diskreditující atribut, při kterém my „normální“ (bez atributu) vytváříme ideologii vysvětlující méněcennost osoby se stigmatem a objasňujeme nebezpečí: máme sklon připisovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě jedné původní (Goffman, 2003).

Goffman (2003) soudí, že proti znakům „normality“ stojí znaky stigmatu – upozorňující na identitu daného jedince. „*Tím narušují vytváření celkového reálného obrazu o něm a v očích druhých snižují jeho hodnotu. O jakýsi automatický předpoklad, že člověk se stigmatem není plnohodnotnou, integrální lidskou bytostí, opíráme různé formy diskriminace, ačkoli tím snižujeme důstojnost a životní šance stigmatizovaných*“ (Novosad, 2011, s. 76).

Aktuálně se stigmatem rozumí nejen tělesná deformita, ale i vlastnost, která je neviditelná, např. příslušnost k určité skupině lidí (Marková a kol., 2005). Neviditelné stigma je také chápáno jako pouhá nežádoucí či podivná odlišnost od toho, co jsme očekávali. Atributy stigmatu se tak neslučují s naším „posuzovacím“ stereotypem, kým by měl daný jedinec být podle našeho názoru (Novosad, 2011). Současný představitel Chicagské školy Patrick W. Corrigan označuje stigma za sociální konstrukt, kterým je myšleno, že člověk je výtvořem společnosti (Corrigan, 2018).

Velký psychologický slovník definuje stigma jako „odsuzující společenský postoj pro údajnou dušení, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti“ (Hart & Hartlová, 2010, s. 553).

2 Druhy stigmatu v závislosti na zdrojích stigmatizace

Zatím co stigma je pouhým znakem či atributem, stigmatizaci se rozumí hlavně proces nebo mechanismus přidělování nálepky, jejíž nositel pasován na devianta (Šubrt a kol., 2014). Mezi složky tohoto procesu patří:

1. Značkování – zaznamenání odlišných charakteristik oproti subjektivní nebo společenské normě, které je výsledkem kolektivní interakce mezi údajným deviantem a ostatními lidmi (společnosti, skupinami). Značkovací reakce se stává stigmatizující, pokud se rozvine do následující fázi.
2. Stereotypie – aplikace stereotypů, myšlení společnosti a setrvačnost. Sociálním stereotypem se označuje „souhrn úsudků o osobnostních rysech nebo tělesných charakteristikách celé skupiny lidí“ (Hart & Hartlová, 2010, s. 552).
3. Separace – umístění osoby do kategorie, která ji odlišuje od zbytku lidstva - rozlišení na „my“ a „oni“.

Tyto složky jsou doprovázeny emočními reakcemi, jako hněv, strach, zhnusení ale také lítosti, pocity viny nebo pocity zodpovědnosti za stav daného člověka.

4. Diskriminace, kdy stigmatizovaní jedinci jsou znevážení, odmítnuti a vyloučení (Ocisková & Praško, 2015).

Důležitou roli v procesu hodnocení hrají mocenské sociální skupiny, organizace či jedinci, „tedy všechny, kdo mají pravomoc či schopnost jiným nutit představu o ideálech, mravnosti a kterým okolí z celé řady důvodů naslouchá“ (Šubrt a kol., 2014, s. 387). V závislosti na tom v jaké sociální skupině proces stigmatizace vzniká, rozlišují se i typy stigmatu. Cílem této kapitoly je seznámit s těmito druhy stigmatu.

2.1 Sociální skupina jako zdroj sociální stigmatizace

Sociální skupinou se rozumí množství jedinců od dvou až k velkým celkům s poznámkou, že na rozdíl od nahodilého shromáždění musí ve skupině existovat trvajících delší dobu pravidelné vztahy. Vztahy ve skupině mají charakter instrumentálních či citových pout. Tato pouta jsou základem rozdělení skupin na primární a sekundární. V prvním případě členové skupiny jsou v častých, relativně intimních a převážně emočně určených osobních vztazích vůči sobě. Jedná se především o rodiny, přátele a sousedy. Velmi intenzivní pouta bývají ve dvoučlenném společenství, například vztahu partner-partnerka, rodič-dítě apod. Členové primární sociální skupiny jsou mocným nástrojem sociální kontroly – vzájemně silně ovlivňují, vytvářejí podobné postoje, hodnotové představy a normy (Jandourek, 2013). Stereotypy sociálních skupin, které se projevují v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích jsou též zdrojem sociálního stigmatu vůči stigmatizovaným skupinám (Ocisková & Praško, 2015).

2.2 Strukturální stigma

Na rozdíl od primárních, v případě sekundárních sociálních skupin hovoříme o relativně neosobních a málo emočně určených vztazích členu skupiny vůči sobě, které nesou formální charakter. Pro tyto skupiny neboli instituce jsou též charakteristická racionální organizace a zaměření na společný cíl. V dnešních obrovských společnostech se objevuje celá řada organizací přebírajících úkoly, které dříve plnila rodina. Na ně se přenáší úkoly, cílem kterých je výchova dětí, zdravotní péče, péče o staré lidi, zajišťování pořádku a spravedlnosti apod. (Jandourek, 2013). Pravidla, zásady nebo postupy institucí, které omezují práva a příležitosti pro členy stigmatizovaných skupin na úrovni fungování organizací, úřadů, zaměstnavatelů apod. jsou projevem strukturálního stigmatu (Ocisková & Praško, 2015).

2.3 Internalizované stigma

První dva druhy stigmatu terminologicky spadají do tzv. veřejného, kdy běžná populace podporuje předsudky a projevuje diskriminaci vůči stigmatizovaným. Třetím typem stigmatu je internalizované neboli sebestigmatizace (Ocisková & Praško, 2015). „*Internalizovaným stigmatem je označován proces, při kterém člověk přijímá negativní stereotypy druhých lidí vůči němu za své. V první fázi se jedinec setkává se sníženým přijetím okolí. Začíná si uvědomovat stereotypy, které vedou k tomu, že s ním není nakládáno jako s rovnocenným partnerem. V konečné fázi s těmito tvrzeními souhlasí a aplikuje je na sebe*“ (Ocisková & Praško, 2015, s. 38). Skládá se z vnímaného stigmatu a zakoušeného:

- vnímané stigma je jedincovo povědomí o stereotypech kolujících o určitých skupinách ve společnosti (Corrigan a kol., 2006).
- zakoušené stigma - popisuje negativní dopady jedincova povědomí o tom, jak společnost vnímá a jak se bude pravděpodobně chovat ke skupině lidí, ke které jedinec náleží (Corrigan a kol., 2006).

3 Dopady stigmatizace na jedince

Stereotypy kolující mezi lidmi můžou mít pro jedince jak pozitivní, tak i především negativní dopady. Tato kapitola je věnovaná negativním důsledkům stigmatizace na jedince.

Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni různé míře odmítání v běžných každodenních situacích (partnerské vztahy, pracoviště, zájmová činnost) a snaží se vyrovnat se se stigmatizací změnou svého sociálního chování. Omezují své původní sociální kontakty, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované jedince (Marková a kol., 2005). Více se izolují od většinové společnosti, což vede k pocitům osamělosti a beznaděje. Pokud se člověk setkává s negativní reakcí ve svém okolí, může jeho zkušenost vést ke snížení radosti ze života. Stejně jako typy stigmatu může se izolace projevovat ve třech oblastech. Jde o izolaci sociální, emocionální (jedinec nemá možnost sdílet své pocity, potřeby, touhy ani zážitky) a kognitivní (chybí informace a vzory, se kterými by se mohl jedinec ztotožnit). Při sociální izolaci dochází k odcizení a odloučení individua od majoritní společnosti (Ocisková & Praško, 2015).

3.1 Pojem skrytá populace

Některé skupiny obyvatel jsou izolovanější a odcizenější ze společnosti než jiné, a to v důsledku přehlížení, nezájmu nebo „neviditelnosti“. Jde často o skupiny, které chybějí v národních srovnávacích studiích, protože například nemají stálé bydliště nebo nejsou ochotny se šetření zúčastnit. Tyto skupiny tvoří tzv. skrytou populaci a často jsou vystaveny vyšší stigmatizaci: setkávají se s bariérami v přístupu ke službám. Jedinci z těchto skupin mají četnější problémy než obecná populace. Může tedy nastat paradoxní situace, kdy ti, kdo by mohli poskytovat služby, terapie a prevence nejvíce využít, se stávají nejméně prozkoumanou skupinou. Navíc nejčastěji unikají epidemiologům, terapeutům, výzkumníkům a dalším profesionálům, jejichž snahou je zvýšit kvalitu života jedince a zlepšit veřejné zdraví (Nepustil a kol., 2012). Do těchto skupin jsou často zařazeny uživatelé drog, ženy, senioři, lidé s postižením a též etnické menšiny a migranti.

4 Stigma a jeho důsledky v souvislosti s užíváním drog

Cílem této kapitoly je více se přiblížit otázce stigmatizace vůči určité skupině populace, konkrétně stigmatu v souvislosti s užíváním drog a dopadu tohoto jevu na stigmatizované.

4.1 Stigmatizace závislosti

Ocisková a Praško (2015) ve své knize Stigmatizace a sebestigmatizace psychických poruch popisují výsledky průřezové studie WHO, která se zabývala osmnácti nejvíce stigmatizovanými problémy (např. zločinností, HIV pozitivitou, bezdomovectvím, závislostmi a dalšími). Z této studie vyplývá, že závislost na drogách je nejvíce stigmatizovaným problémem. Na lidi, kteří užívají NL se společnost dívá s odstupem, podezřívavostí nebo strachem. Míra stigmatizace se může lišit podle typu zneužívané látky. Relativně méně stigmatizovaní jsou lidé závislí na marihuaně, vážněji jsou stigmatizováni lidé závislí na alkoholu. Nejvíce jsou pak stigmatizováni lidé závislí na pervitinu a na opiátech jako heroin, protože jsou pokládáni za nepředvídatelné a nebezpečné. Přesto dnes mnozí psychofarmakologové upozorňují, že legální droga, jako např. alkohol, nepředstavuje o nic menší nebezpečí než nelegální drogy a přináší vyšší úmrtí než zneužívání všech ostatních psychoaktivních látek dohromady. Pojetí legálnosti tedy vychází spíše z historických a sociokulturních souvislostí, než z lékařských poznatků (Fischer & Škoda, 2014).

Tato tvrzení dokazují i konkrétní příklady z pohledu občanů hlavního města Prahy na drogovou problematiku. Zatímco vůči osobám závislým na alkoholu jsou občané HMP poměrně tolerantní a opilost vnímají jako normu, osoby závislé na nealkoholových NL považují za původce všeho zlého v lokalitě (Protidrogová politika HMP, 2014).

Podobně jako u jiných duševních poruch nemusí být pro míru stigmatizace důležitá závažnost závislosti, ale její viditelné projevy. Příčinou by mohla být i skutečnost, že chování spojené se zneužíváním či závislostí na návykových látkách bývá symbolicky spojováno s dalšími stigmatizovanými jevy, jako např. HIV a virové hepatitidy, s komorbiditou a s ní spojeným nebezpečným chováním nebo sociálními problémy, např. chudoba, kriminalita a bezdomovectví (Ocisková & Praško, 2015).

Nálepka „fetáka“ je silnějším stigmatem. Proto identifikace se subkulturou jedinců závislých na drogách je mnohem pravděpodobnější. Jedinec přijímá stanovené vzorce chování, morální pravidla a ztotožňuje se s jejich hierarchií hodnot. Zvnitřnění jedince se subkulturou ve skutečnosti znamená snížení šancí na změnu tohoto způsobu života na minimum. Těž nejen samotná diagnóza nebo označení (nálepka), ale pouhý strach z reakce okolí bývá velmi stresující. To často mívá za následek různé formy represe a sociálního i existenčního ohrožení. Stigmatizovaní lidé se pokud možno

takovému označení brání a snaží se odstranit či zmírnit následky značkovacího procesu (Ocisková & Praško, 2015).

5 Vliv na stigmatizaci dle přístupu léčby v adiktologii

V závislosti na pohledech, představách či předpokladech odborné veřejnosti (která je mocenskou sociální skupinou) k příčinám vzniku závislosti, k návykovým látkám a jejich uživatelům se vyvíjejí i metody, pravidla a normy řešení této problematiky. Jsou to tzv. paradigmaty v adiktologii (Kalina a kol., 2015). Přístupy odborné veřejnosti jsou důležité i z toho důvodu, že ovlivňují i míru interpersonálního stigmatu. V zemích s nižší mírou veřejného stigmatu, vyšší mírou vyhledávání odborné pomoci a s lepším přístupem k informacím existuje nižší míra sebestigmatizace (Rek, 2017).

Cílem této kapitoly je popsat rámcové strategie principu adiktologických služeb a protidrogové koncepce na základě paradigmat.

5.1 Paradigmaty v adiktologii

Model vzniku závislosti zaměřený na populaci nám pomáhá rozlišit např.:

1. Sociální paradigma, které hledá primární příčinu vzniku závislosti v sociálním prostředí,
2. Veřejnozdravotní paradigma, které klade za cíl omezit škodlivé jevy v populaci, ale příliš se nezajímá o samotného nositele zdravotního ohrožení (Kalina a kol., 2015).

Z pohledu zaměřeného na jednotlivce pak rozlišujeme např.:

3. Psychologické paradigma, které předpokládá, že závislost je výsledkem učení a adaptace v určitém kontextu (Kalina a kol., 2015).

V kontextu těchto paradigmat vzniká závislost na základě „preexistujících charakteristik jednotlivců, které společně se souborem faktorů okolního prostředí vedou ke vzniku silné motivace uchylovat se k vzorcům škodlivého chování“ (West, 2016, s. 29). Podobné chování pak vysvětlují například teorie „racionální“ volby, kdy závislí jedinci poměřují různé možnosti svého jednání a pomocí rozumové analýzy si upřednostňují závislostní chování před toutéž existencí bez něj (West, 2016).

Podle některých autorů má teoretický rámec pojetí stigmatu právě problémy především tím, že „hází do jednoho pytle lidi, kteří záměrně porušují právní a morální normy, a lidi, kteří nenesou za svůj stigmatizovaný stav vůbec žádnou odpovědnost“ (Novosad, 2011, s. 73–74). Pohled na závislost jako na „svévolně zaviněnou nemoc“ je základem pro morální paradigma:

4. Morální paradigma pokládá závislost za morální pokles, hodnotový debakl či hřích. Závislost nese rysy zločinu nebo zpronevěry společenským normám. Tento

přístup se projevuje požadavkem „tvrdé léčby“ a odmítáním „rozmazlování pacientů“ rozumějící psychoterapií. Výsledkem podobného přístupu jsou: kriminalizace uživatelů drog, jejich diskriminace, policejní zvrůle a korupce, represivní zákonné úpravy a politiky, odepírání životně důležité lékařské péče a sociální nerovnost (Kalina a kol., 2015).

5.2 Harm Reduction

Za protiklad moralistického paradigmatu by se dala považovat koncepce snižování škod neboli Harm Reduction (HR). Filozofie HR se staví proti záměrnému pronásledování a násilí a prosazuje takové řešení problematiky užívání drog, které respektuje a chrání základní lidská práva. HR můžeme definovat jako soubor praktických strategií – od bezpečného užívání po strategie vedoucí k abstinenci, které redukuje negativní dopady užívání návykových látek (Protidrogová politika HMP, 2014). Jeden z principů HR je akceptování rozhodnutí uživatele drogy užívat, které však neznamená schvalování. Uživatel není odsuzován moralistickými soudy, ale není také ve svém užívání podporován. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele (Kalina a kol., 2015). *„Místo usilování o absolutní eliminaci návykových látek a jejich užívání, snaží se pracovat tak, aby negativní důsledky užívání NL byly pro konkrétního jedince co nejmenší. Jakákoli změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem. Toto úsilí směřuje ve výsledku ke snížení poškození celé komunity a v tomto kontextu může být problém jednotlivce chápán jako problém celku“* (Protidrogová politika HMP, 2014, s. 19).

Jedním ze standardních léčebných postupů HR je substituční léčba. Je to časově neomezená udržovací terapie, jejímž cílem je udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav do té doby, než dosáhne trvalé abstinence. Nástrojem této léčby je podávání substituční látky, např. metadonu, jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientův odvykací stav a umožňují zlepšit kvalitu jeho života (Fischer & Škoda, 2014).

V současné době již není o efektivitě HR programů pochyb. Mnoho studií potvrdilo, že výměnné programy mohou v důsledku bránění opakovaného užití jehel snížit HIV prevalenci, a umožňují velkému počtu klientů přístup ke zdravotním a jiným službám. Přitom neexistují žádné vědecké důkazy o tom, že by zvyšovaly užívání drog jak na úrovni jednotlivců, tak na úrovni celé společnosti (Kalina a kol., 2015).

6 Přístupy k léčbě závislosti ve vybraných postsovětských zemích

Navzdory prokázané efektivitě výměnných či jiných programů HR, zůstávají tyto programy, stejně jako i sám termín HR, na mezinárodním poli drogové politiky stále kontroverzní (Kalina a kol., 2015). K pochopení současného postoje postsovětských zemí k léčbě uživatelů drog je třeba vědět, co tomu předcházelo a jaká je současnost. Cílem následující kapitoly je tyto informace podat.

6.1 Společné historické aspekty

Odborné informace o drogově závislých a o metodách jejich léčby v SSSR prakticky neexistují, jelikož ani oficiálně problém neexistoval. Podle sovětské ideologie patřily podobné praktiky (užívání drog) pouze imperialistickému světu, kdežto sovětskému občanovi byly cizí. Psychiatrie v SSSR byla velmi uzavřeným oborem se silným bio-medicínským základem. Jakákoliv psychiatrická či psychoterapeutická léčba byla poskytována pouze psychiatry. Metody léčby jako arteterapie nebo dokonce psychoterapie byly vysoce „ideologické“. Například psychoterapie probíhala ve smyslu „alkohol je nepřítelem rodiny“ nebo „alkohol není vhodný pro sovětského občana“. Mezi nejoblíbenější nelékové léčby spadala pracovní terapie, protože byla považovaná za nejúčinnější a úzce sladěnou se sovětskými sociálními normami. Nicméně ve skutečnosti skrývala vykořisťování duševně nemocných pacientů za účelem práce. Práva pacientů nebyla ani zohledněna, protože se předpokládalo, že vztah mezi pacientem a lékařem byl mimořádně důvěryhodný a sovětsí psychiatři byli vysoce morální a nikdy nedovolili, aby došlo k jakémukoli zneužívání. Ale jak bylo prokázáno, práva psychiatrických pacientů byla skutečně omezována (Kolpaková, 2019).

Během sovětského období byli lidé léčeni v různých zařízeních pod silnou institucionální kontrolou, která byla velmi uzavřená. Dokonce i služby sociální podpory byly umístěny hlavně v nemocnicích. To vše vedlo k rozvoji segregace a stigmatizaci lidí (Kolpaková, 2019).

V roce 1975 byl založen nový samostatný obor – narkologie – s novým lékařským profilem psychiatr-narkolog. Avšak metody léčby se příliš nezměnily. Rozhodnutí, zda závislému spoluobčanu nařídít léčbu, tj. pracovní terapii, přijímal tzv. lidový soud. Jedním z úkolů narkodispenseru bylo právě nahlásit všem příslušným institucím evidenci nového klienta (Morozov & Egoryshev, 2014).

6.2 Aktuální situace v postsovětských zemích

Pád komunistického režimu, prudká změna socioekonomických podmínek a prohlubující se sociální rozdíly zapříčinily u mnoha obyvatel pocit zoufalství a beznaděje, což byla živná půda pro rizikovější chování. Šíření a zneužívání nezákonných drog se objevilo po roce 1990 ve všech zemích střední a východní Evropy ve velké míře a bylo závažné. Každá země se postavila k řešení tohoto jevu jinak a po svém (Bém & Radimecký in Kalina a kol., 2003).

Ruská federace

Současný ruský vládní systém je stále silně ovlivňován dědictvím z dob Sovětského svazu, kterým je nadále neomezená vládní moc. Přestože v zemi proběhly privatizační procesy a vznikl tržní systém, stát stále hraje větší roli v oblastech veřejného zdraví, vzdělání a ekonomiky než ve většině evropských zemí. I přes existující soukromý sektor ve zdravotnictví, zůstává většina zdravotnického systému pod správou státu (Wallander, 2005).

Hlavní vládní organizací, která se podílí na směřování protidrogové politiky v Rusku, je tamní Ministerstvo zahraničních věcí. Již v roce 2010 sklidila ruská vláda kritiku na mezinárodní konferenci AIDS, kde jí byl vyčten odmítavý postoj k finanční podpoře programů na výměny injekčních stříkaček mezi drogově závislými lidmi. (Clark, 2013). Stejně tak strategie státní protidrogové politiky Ruské federace do roku 2020 zakotvila i nepřipustnost používání substitučních metod pro léčbu drogově závislých s užíváním omamných a psychotropních látek a legalizaci užívání drog pro jiné než lékařské účely. Postoj k programům HR, a tudíž i oficiální strategii státu vyjádřil 6. srpna 2018 náměstek MZV O. V. Syromolotov:

„Federální zákon ‚O omamných a psychotropních látkách‘ zakazuje léčbu drogové závislosti omamnými látkami a metadon je v Ruské federaci zakázán. Programy snižování škod, včetně programů výměny injekčních stříkaček, které zpravidla zahajují zavedení ‚substituční terapie‘, jsou nepřímou možností legalizace drog prostřednictvím oficiálních lékařských struktur.

Zavedení programů substituční terapie může mít následující rizika:

- *udržování a zvyšování rozsahu drogové závislosti v populaci, destabilizace drogové situace v Ruské federaci;*
- *nárůst úmrtí souvisejících s drogami;*
- *rozšíření legálního obchodování s drogami a v důsledku toho předvídatelné zapojení uživatelů metadonu a buprenorfinu a zdravotnického personálu do nedovoleného obchodování s těmito drogami;*
- *formování tolerance k užívání drog ve společnosti;*
- *zničení demografického, intelektuálního a tvůrčího potenciálu země.“*

Podobný postoj může vypovídat i o tom, že sociální stigma je významnější než znalecké posudky. Ti, kdo rozhodují o směru protidrogové politiky, se řídí většinovým názorem a kromě toho mohou sami sdílet stigmatizující postoje. Důvod pravděpodobně spočívá i v ruském konzervativním politickém názoru. Na základě tradičních a společenských hodnot nepřijímají politici takové sociální skupiny, jako jsou třeba uživatelé drog. Aktuálně je problémem závislosti na drogách v Rusku více spojený s represivními složkami, nežli se zdravotní péčí. Nulová tolerance ruské vlády straší injekční uživatele drog, protože se obávají odplaty a trestu, který od ruské vlády přichází. Jsou tak nuceni shánět jednorázové injekční stříkačky v lékárnách, přičemž na ně čeká policie a kupující úmyslně zadržuje. IUD jsou zadržováni i za pouhé držení vlastních stříkaček, což podle ruských právních předpisů není trestným činem. Pro policii však představují uživatelé drog snadnou kořist, která jim umožňuje plnit plán v počtu zatčených (Human Rights Watch, 2004). Lidé, kteří užívají heroin, jsou ze zákona povinni se registrovat, následně je jim odebrán řidičský průkaz, odepřena možnost nastoupit do většiny zaměstnání. Tyto přímé kroky přesouvání drogově závislých na okraj společnosti vedou jen ke zhoršení celé situace, a to i z hlediska veřejného zdraví (Gilderman, 2013). Vážnost celého problému si lze ilustrovat i na odhadu, který tvrdí, že v Rusku je 1,8 milionu drogově závislých, kteří drogu aplikují intravenózně a z nich více než 30 % jsou HIV pozitivní. Jenže epidemie HIV se neomezuje pouze na určité skupiny populace a nezaniká nebo neumírá spolu s nimi, čemuž vypovídají i údaje euroasijské asociace HR. Ta uvádí, že v Rusku v důsledku téměř úplné absence programů přibývá přibližně 100 000 nových případů osob infikovaných HIV ročně (Varentsov, 2017).

Druhou nejvíce postiženou zemí epidemií HIV v regionu, hned za Ruskem, je Ukrajina.

Ukrajina

Ukrajina jako jeden z dědiců éry komunistického režimu měla vertikální systém lékařské péče. Multidisciplinární školení a interakce mezi různými resorty zůstávaly extrémně vzácnou událostí. V důsledku toho pacienti pak nebyli schopni najít potřebné služby. Mnozí tak nenašli nezbytnou pomoc, což zase vedlo k ekonomickým a sociálním ztrátám ve společnosti. Způsob řešení těchto problémů se komplikoval přítomností mnoha dalších: od stárnoucí populace až po vysokou prevalenci kardiovaskulárních onemocnění, dětskou úmrtnost a užívání NL. Mimo jiné od roku 1987 se Ukrajina potýkala s rostoucí epidemií HIV, a to hlavně v populaci injekčních uživatelů drog. Tato situace vyvolala vznik mnoha dalších problémů, a to jak pro ukrajinské veřejné zdravotnictví, tak i pro praktické lékařství. Tak již v roce 2007 na Ukrajině se odhadovalo přibližně 440 000 HIV pozitivních osob, což v přepočtu činilo 1,6 % dospělé populace (Curtis, 2010). V témže roce byly

na Ukrajině zřízené první služby Harm Reduction, však ne terénní ale prostřednictvím lékáren. Odhaduje se, že v roce 2013 bylo distribuováno téměř 24 milionů jehel a injekčních stříkaček, což je v průměru 138 sterilních jehel / stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog. Tento počet zaostával za doporučeními WHO, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) a Společného programu OSN pro HIV/AIDS (UNAIDS), podle nichž by každý injekční uživatel drog měl dostávat nejméně 200 kusů (EMCDDA, 2016).

Epidemie vyžadovala úzkou spolupráci mnoha státních i nestátních organizací, lékařských a sociálních služeb. Tak v roce 2014 došlo k reorganizaci systému kontroly drog, a Ministerstvo zdravotnictví převzalo všechny funkce spojené s formováním státní protidrogové politiky, se sledováním drogové situace a s koordinací kontroly drog. V důsledku toho bylo v roce 2015 zřízeno Ukrajinské monitorovací a lékařské centrum pro drogy a alkohol (UMMCDA) jako státní agentura Ministerstva zdravotnictví. Středisko vede aktivity spojené s monitorováním oběhu omamných látek, nelegálních drog, jiných psychotropních látek a prekurzorů. Též poradenství a testování na HIV jsou na Ukrajině poskytovány zdarma (EMCDDA, 2016). Aktuálně Ukrajina je lídrem v rozvoji programu HR mezi postsovětskými státy. Navzdory tomu však na Ukrajině stále přetrvává vysoká míra kriminalizace IUD a společenského stigma vůči užívání drog. Což odrazuje UD využívat nabízené možnosti a vyhýbat se možnosti testování a léčbě HIV. (Curtis, 2010)

Gruzie

Od doby nezávislosti na Sovětském svazu Gruzie prošla mnoho transformacemi včetně systému zdravotnictví, který byl výrazně decentralizován. Reforma protidrogové politiky v Gruzii se stala důležitým tématem, jelikož Gruzie patřila do jedné z nejvíce zasažených zemí injekčním užíváním drog na světě. V roce 2015 se odhadovalo na skoro 8 % pozitivních Virovou hepatitidou C (VHC) v dospělé populaci, u kterých bylo primárně příčinou nakažení injekční užívání (Richardson & Berdzuli, 2017).

Již od roku 2003 byly v Gruzii zavedené programy HR. Nízkoprahové služby začaly poskytovat výměnu stříkaček, testování na infekce přenášené krví, case management a sociální podporu. V roce 2018 tyto programy poskytly testování HIV/VHC více než 22 000 IUD. Od roku 2005 v Gruzii se též poskytuje i substituční léčba (EMCDDA, 2020).

V provádění národní protidrogové strategie a akčního plánu, které přijala meziresortní koordinační rada pro boj proti organizované trestné činnosti, bylo dosaženo významného pokroku. Národní protidrogová strategie byla schválena v roce 2013 a vycházela ze čtyř pilířů koncepce protidrogové politiky: snížení nabídky po drogách, prevence, léčba a snižování škod (EMCDDA, 2020). Pokrok nastal zejména ve snižování poptávky po drogách a škod, které způsobují, a také v léčbě a rehabilitaci.

Různé projekty a programy zvýšily povědomí mladých lidí o škodlivosti drog a o nebezpečí souvisejícím s užíváním (Richardson & Berdzuli, 2017).

Ačkoliv se programy HR v poslední době rozšiřují, protidrogová politika Gruzie však patří mezi nejrepresivnější. Tak například za držení jakéhokoliv množství omamné látky je možné uložit trest odnětí svobody. Při tom průměrná délka trestu související s nelegálními NL zde činí až 8 let odnětí svobody (Global State of HR, 2018).

Bělorusko

Další zemi s vysokou mírou kriminalizace a sociální stigmatizaci vůči uživatelům drog je Bělorusko. Negativní postoj k IUD je zde nejen formou projevu oficiální vlády ale i společenskou normou. Podle názoru bezpečnostních složek státu zatčení uživatelů drog je pro ně záchranou před předávkováním. Navíc nedostatek služeb Harm Reduction dává prostor pro přesvědčování nepochybnosti v tomto postoji. Dle běloruských statistik téměř 80 % uživatelů drog byli aspoň jednou ve svém životě ve výkonu trestu odnětí svobody. Trestní stíhání a stigmatizace vytváří situaci, kdy IUD jsou odpírána základní lidská práva. Což se často projevuje šikanou ze strany policejních složek, zneužíváním jejich pravomoci a ztěžováním života nejen uživatelům drog, ale i jejich rodinám. Držení malého množství nelegálních látek se sebou nese trestní odpovědnost a pokuty, přičemž trest odnětí svobody je tím nejčastějším trestem za držení jakéhokoliv množství drog. Zatčení bez právního důvodu je pro IUD běžnou praxí: na ulicích, na místech substituční léčby, ve zdravotnických zařízeních a v blízkosti lékáren. Běloruská vláda nejen zcela ignoruje ale i podporuje politiku boje proti drogám. Tak například za podobné praktiky motivuje bezpečnostní složky povýšením nebo oceněním, dekriminalizace v tomto případě by pro ně znamenala ztrátu celé řady výhod (The Economist Intelligence Unit Limited, 2021).

Stigmatizace spojená s užíváním drog v Bělorusku výrazně brzdí rozšiřování služeb HR a základních služeb pro UD v systému veřejného zdravotnictví. Ač služby oficiálně existují, jejich potenciál využívá jen 5% cílové populace (s tím že by tato cifra měla být nejméně na 40%). 61,3% uživatelů drog v Bělorusku si drogy aplikuje injekčně, při tom aktuálně dostávají v průměru 27 sterilních jehel / stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog. Tento ukazatel jednak je hluboko pod doporučeným množstvím 200 kusů na osobu a navíc ještě skoro o polovinu klesl v porovnání ze stejným ukazatelem z roku 2010, kdy činil číslo 46,5 (WHO, 2014). Důsledkem marginalizace uživatelů drog může být i vysoké procento HIV pozitivních osob mezi IUD, které zde činí 31% (The Economist Intelligence Unit Limited, 2021). Dle statistik WHO v roce 2011 v Bělorusku bylo provedeno 938 694 anonymních testů na HIV (WHO, 2014), jiný výzkum ale ukazuje na fakt, že 40,5 % HIV pozitivních osob zažilo porušení mlčenlivostí ze strany lékařů a zdravotnického personálu, 15,5 % byla lékařská péče dokonce i odepřena (The Economist Intelligence Unit Limited, 2021).

Lotyšsko

Další bývalou sovětskou svazovou republikou sousedící s Běloruskem je Lotyšsko. Ve srovnání s ostatními zeměmi Evropy, Lotyšsko neprošlo cestou pomalé liberalizace a privatizace své ekonomiky. Jinými slovy, jejich ekonomická a politická transformace měla blíže k modelu „šokové terapie“ než k postupnějšímu přístupu některých jiných postsovětských států. I tady ekonomická restrukturalizace v 90. letech 20. století vedla k vynoření sociálních problémů. Rychlá společenská změna a změna hodnot doprovázející politické osvobození vedla i k méně efektivnímu fungování systému veřejného zdraví. Pravděpodobně dále prohlubovala takové problémy, jako jsou kriminalita, zneužívání návykových látek a prostituce. Na druhou stranu zrušení cenzury a zavedení demokratických institucí vytvořilo více možností pro veřejnou prezentaci tvrzení týkajících se problematických jevů, které byly dříve popírány orgány vlády. Proto jsou například k dispozici data ukazující rychlé tempo růstu počtu drogově závislých v Lotyšsku, které činili v roce 1992 16 osob na 100 000 obyvatel, v roce 1995 již 32 a v roce 1997 – 44. Též v Lotyšsku byla patrná preference opiátu – 70 % mezi drogově závislé. Navzdory těmto ukazatelům v Lotyšsku nedošlo k včasnému rozvoji racionální protidrogové politiky. Postupná kriminalizace drogových scén vedla k marginalizaci části společnosti. O čemž svědčí i výzkum veřejného mínění z roku 1994, kdy jen pouhých 8 % lidí považovalo, že užívání drog je jedním ze sociálních problémů, který je třeba prioritně řešit. Ani opakované pozdější výzkumy tento postoj nezměnily (Moskalewicz & Lagerspetz, 2002). Aktuálně v Lotyšsku není represivní, ale restriktivní model protidrogové politiky (Dashina, 2014). V letech 2017 až 2022 by se intervence na snížení poptávky po drogách podle Ministerstva zdravotnictví Lotyšska měly zaměřit hlavně na sociálně vyloučené lokality a další rizikové skupiny obyvatel (EMDDA, 2019).

7 Ruskojazyčné skupiny v kontextu adiktologických služeb ČR

„V posledních letech přichází do České republiky stále větší počet lidí z jiných zemí, kteří na rozdíl od období devadesátých let nepokračují dále na Západ, ale stále častěji se v České republice chtějí usadit natrvalo“ (Nepustil & Zajdaková, 2007, s. 5). Ruskojazyčné skupiny nejsou výjimkou. Jejich samostatným vymezením je hlavně ruský jazyk, kterým jsou schopni se dorozumět. Především se jedná o občany zemí bývalého Sovětského svazu (Nepustil a kol., 2012). Oficiální statistiky hovoří o tom, že k 31. 12. 2019 jenom z Ukrajiny přišlo 142 916 osob, které trvale/dlouhodobě žijí v ČR. Pokud jde o další národnosti, pak ruská – téměř 36 000 osob, běloruská – přes 6 000, kazašská – přes 5 000, gruzínská – více než 1 500 nebo arménská – téměř 2 000 osob (ČSÚ, 2020).

„Příchodem do neznámého a odlišného prostředí se však tyto migranti dostávají do marginalizovaného postavení, které se může ještě prohloubit vstupem do již vytvořených etnicky nebo institucionálně definovaných skupin. Pokud v rámci těchto skupin dochází k problémovému užívání drog, může toto chování zůstat skryté před většinou společnosti a tím i před nabídkou programů drogových služeb“ (Nepustil & Zajdaková, 2007, s. 5). Pokud se ale jedná o uživatele drog, u kterých došlo k užívání drog již před příchodem do jiného státu (v rámci této práce – ruskojazyčné skupiny do ČR) je vhodné mít na paměti, že cizinec nemusí adiktologické programy vůbec znát nebo je zná v jiné formě a s jinými pravidly. Vzhledem k jiným, výše popsáním, přístupům řešení drogové problematiky v zemích jejich původu, může mít tato cílová skupina obavy či špatné zkušenosti s využíváním některých služeb. Například se ruskojazyční uživatelé drog mohou obávat kontaktu s represivními složkami nebo mají obavy, že budou identifikováni jako uživatelé drog, a tak se na otevřené drogové scéně nezdržují (Špaček, 2013).

„K obavám a komplikacím, které zažívá uživatel drog, se připojují obavy kvůli pojištění, platným dokladům, ubytování, pobytovému statutu a jeho dodržování atp. U pracujících cizinců, kteří užívají drogy, bývají velké obavy ze ztráty zaměstnání, pokud by se zaměstnavatel dozvěděl o jejich závislosti“ (Špaček, 2013, s. 65)

Důsledkem toho může být, že informace o této klientele v souvislosti s injekčním užíváním drog v síti adiktologických služeb téměř chybí. Z dostupných informací je k dispozici kvalitativní výzkum Nepustila, Zajdakové a Šlesingerové (2007), který popisuje vzorce užívání drog v této skupině a konstatuje preferenci opiátů téměř ve všech státech bývalého SSSR. Přehled o infekčních onemocněních v rámci ruskojazyčných skupin přináší výzkum Centra adiktologie (Zábranský & Janíková, 2008), kdy mezi 65 IUD byly zachyceny dvě HIV pozitivní osoby, 49 případů hepatitidy C a 31 případů hepatitidy B (Nepustil a kol., 2012). Ze stejného výzkumu je patrné, že nejvíce uživatelů drog ve skupině cizinců je z Ukrajiny, Ruské federace, Gruzie a Běloruska. Statistiky organizace Sananim, z. ú., uvádějí, že celkový počet cizinců v terénních programech mimo EU v roce 2018 tvořil 1 % všech respondentů (Gruzie,

Ukrajina), avšak s poznámkou, že cizinci byli méně ochotní odpovídat na výzkumné otázky, a proto může být jejich počet mírně podhodnocen (Herzog, Kocian & Plaček, 2019).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Metodologický rámec

8.1 Cíl výzkumu

Cílem práce bylo zmapovat bariéry přístupu k adiktologickým službám ruskojazyčným IUD žijícím v České Republice, a to z pohledu samotných uživatelů. Dále zjistit zda ve zmíněné populaci existuje internalizované stigma vůči užívání drog jako předpokládaný důsledek strukturálního a sociálního stigmatu přítomného v postsovětských státech, ze kterých pocházejí. Dílčím cílem bylo prohloubit znalosti o kulturních specifikách diaspor.

8.2 Výzkumné otázky

Kromě zkoumání drogové kariéry, socioekonomického, demografického a zdravotního stavu dotazovaných byly pro naplnění výše uvedených cílů definovány uvedené otázky:

1. Jaké jsou zkušenosti respondentů s adiktologickými službami v zemi původu?
2. Jaký je postoj blízkého okolí k injekčnímu užívání návykových látek vůči respondentovi?
3. Možné (potenciální) bariéry pro vstup do léčby v České republice z pohledu dotazovaných.

Otázky byly stanoveny s ohledem na tři typy stigmat, a to: strukturální, sociální a internalizované.

8.3 Design výzkumu

Vzhledem k exploratorní povaze práce, zkoumání souvislosti mezi sociálními jevy a možnostmi realizovat výzkum formou rozhovoru, byl zvolen kvalitativní design. Jedna z definic charakterizuje kvalitativní design jako přístup pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností (Miovský, 2006), a tou stigmatizace je.

8.4 Výzkumný soubor

Soubor byl vybírán metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce. Metoda záměrného výběru znamená, že na základě zvoleného kritéria vyhledáváme

pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotní se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006).

Pro účely této práce byla zvolena čtyři kritéria:

- věk potenciálních účastníků výzkumu 18+,
- osoby, pro které je ruský jazyk rodným nebo druhým jazykem – v praxi se jedná o osoby, pocházející ze zemí bývalého SSSR,
- dlouhodobý pobyt v ČR,
- aktivní injekční užívání drog nebo injekční užívání drog v minulosti.

Institucí byla zvolena Sananim, z. ú., a to z důvodu, že evidovala ve svých statistických údajích cílovou skupinu, která by daná kritéria naplňovala. Ostatní organizace uvedly, že poptávanou cílovou skupinu neevidují.

8.5 Metody získávání dat

Metodou sběru dat byl zvolen semistrukturovaný rozhovor, jehož výhodou jsou dvě formy vedení rozhovoru, které pomáhají plnit dvě funkce, a sice:

- neformální nestrukturovanou část rozhovoru pro navázání kontaktu s potenciálním účastníkem, která byla využita téměř u všech respondentů, protože se jednalo o první kontakt,
- strukturovanou část, kdy si tazatel předem vytváří schéma a na základě toho dále specifikuje okruhy otázek pro své respondenty; rozhovor má definované tzv. jádro interview (Miovský, 2006).

Schéma s okruhem otázek bylo předem připravené, rozhovory se soustředily na témata, která kopírovala výzkumné otázky. V rámci rozhovoru byla také zjišťována drogová kariéra, sociodemografický a zdravotní stav dotazovaných. Tato témata byla zároveň využita pro uvolnění atmosféry.

Celkem bylo realizováno pět osobních rozhovorů a tři telefonické. Podle Miovského (2006) mohou být data z interview, které je vedeno tváří v tvář, a data z telefonického interview plně srovnatelná.

Respondenti byli seznámeni s postupem a průběhem výzkumu i s etickými aspekty. Téměř všichni respondenti odmítli nahrávání rozhovoru na diktafon, pouze jeden respondent souhlasil. Z toho důvodu byl využit záznamový arch. Předem připravené písemné informované souhlasy nikdo nechtěl podepsat, ale pasivně s účastí ve výzkumu všichni souhlasili. Osobní rozhovory proběhly v parku, každý trval 20 až 60 minut, a to v závislosti na ochotě respondenta podílet se o informace.

8.6 Analýza a zpracování dat

Data z archu a data po transkripci z audiozáznamu byla zpracována metodou barvení textu. Každému z hlavních témat byla přidělena barva a následně byla označena všechna místa, která se týkala jednotlivých tematických oblastí (Miovský, 2006). Tato metoda byla zvolena pro snadnější orientaci v textu. Data byla následně přeložena do českého jazyka a zpracována metodou otevřeného kódování. Otevřené kódování pomohlo v datech odhalit určitá témata, která měla vztah k výzkumným otázkám, a cílem bylo tematické rozkrytí textu (Miovský, 2006). V textu bylo přistoupeno k označování a kategorizaci pojmů s následnou deskripcí a s uvedením konkrétních ukázek výpovědí respondentů.

8.7 Etické aspekty výzkumu

Sběr dat v terénní službě a kontaktním centru byl schválen vedoucím zařízením. Respondenti byli seznámeni s informovaným souhlasem, ve kterém všichni pasivně souhlasili s účastí ve výzkumu. Byli předem upozorněni, že účast je dobrovolná a byli srozuměni s faktem, že mohou kdykoliv svou účast odřeknout nebo z výzkumu odstoupit. Byli také seznámeni s tím, že nemusejí odpovídat na otázku, která by jim přišla nepříjemná či nevhodná. Respondentům byl představen účel výzkumu. Jeden rozhovor byl se souhlasem respondenta nahráván na diktafon, ostatní respondenti s nahrávkou nesouhlasili, rozhovory byly tedy zaznamenávány na záznamový arch. Všechna získaná data byla využita jen pro účely této práce. Nahrávka byla smazána a záznamové archy skartovány. Všem dotazovaným byla zaručena anonymita, proto se v bakalářské práci neobjevují žádné údaje, podle nichž by bylo možné identifikovat konkrétní osoby. V interpretaci zjištěných dat byly informace od respondentů zapisovány pod kódovou značkou – respondent R1, R2, ... R8.

8.8 Praktický průběh realizace sběru dat

Původní myšlenkou bylo dostat se do skryté populace aktivních IUD, která není v kontaktu s žádnou adiktologickou službou na území ČR. Vzhledem k tomu, že jsem sama ruskojazyčná cizinka, zvažovala jsem oslovit své blízké ohledně možnosti zprostředkovat kontakty s IUD. Narazila jsem však z jejich strany na velký odpor. Přes veškerou snahu přesvědčit své blízké o bezpečnosti výzkumu, bylo jejich protiargumentem, „že svým jednáním vystavuji riziku celou rodinu“. Podařilo se mi získat pouze dva kontakty, a jen proto, že se jednalo o ex-usery, kteří nepředstavovali z jejich pohledu „již velkou hrozbu“. Tyto rozhovory proběhly telefonicky, bez osobního setkání.

Musela jsem od původního záměru ustoupit. Aktivně hledat vhodné respondenty jsem začala již na konci roku 2019. Osobně jsem oslovila několik nízkoprahových zařízení v Praze (např. organizaci R-Mosty, z. s., Progressive o.p.s.), ale bezúspěšně. Pracovníci zmiňovali ruskojazyčné klienty pouze v souvislosti se závislostí na alkoholu, IUD nevidovali.

Poté jsem oslovila Sananim, z. ú., službu terénních programů, kde jsem měla zajištěnou stáž na březen 2020. Situaci však zkomplikoval nouzový stav v ČR v souvislosti s nemocí covid-19, se zavedením karantény a dalších opatření. Na léto 2020 jsem přes pracovníci týmu z terénních programů (též ruskojazyčnou pracovníci) měla dojednané schůzky s potenciálními respondenty, kteří však nedorazili. Záměrem bylo, aby s klienty již existoval důvěryhodný vztah, který by snížil obavy z rozhovoru. Respondenti byli nakonec úspěšně osloveni na ulici během výměnného programu sterilních stříkaček v rámci terénního programu organizace Sananim, z. ú., na území hlavního města Prahy, a to po předchozí domluvě s vedoucím zařízení. Oslovení byli i klienti Kontaktního centra stejné organizace, všech sedm ale rozhovor poskytnout odmítlo. Sběr dat včetně telefonického rozhovoru probíhal od 5. června, kdy byl proveden první rozhovor, do 10. července, kdy byl proveden poslední rozhovor. Na podzim roku 2021 byl výzkum doplněn rozhovorem s členem svépomocné ruskojazyčné skupiny uživatelů drog se sídlem v Praze.

Účastníci výzkumu byli informováni především o své anonymitě a o účelu výzkumu. Během rozhovoru se dbalo na to, aby nezaznívala slova jako stigmatizace, stud, diskriminace, a to z toho důvodu, aby nedošlo ke zkreslení či „podbarvení“ výsledků. Celkem bylo realizováno pět osobních rozhovorů a tři telefonický. Téměř všichni respondenti odmítli nahrávání rozhovoru na diktafon, pouze jeden respondent souhlasil. Nejčastější reakcí na nahrávání diktafonem bylo: „Pro jistotu raději ne.“

8.9 Charakteristika respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem osm respondentů pouze mužského pohlaví, kteří byli vybráni s ohledem na zvolená kritéria a jsou uvedeni pod značkou R1,... R8. Pět aktivních IUD bylo osloveno prostřednictvím organizace Sananim, z. ú., v Praze, během výměnného programu sterilních stříkaček. Dva respondenti byli vyhledáni v širším okolí a s adiktologickými službami v ČR ve styku nikdy nebyli, jedná se o ex-usery. Jeden z respondentů je účastníkem svépomocné skupiny anonymní organizace v Praze.

R1: Muž ve věku 34 let, původem z Gruzie. Dlouhodobý uživatel, uvádí úzus injekčních NL od 23 let. Původně heroin; momentálně je primární drogou subutex (buprenorphin) injekčně (slangově subáč), vedlejší užívanou látkou je THC. Jeden pokus o léčbu v zemi původu. Do ČR přijel pracovně před rokem a dvěma měsíci, bydlí

v najatém bytě s dalšími členy komunity. Má stabilní zaměstnání a zdravotní pojištění. Mluví o zdravotních potížích, zejména o plicních, u lékaře nebyl. Praktického lékaře má, ale stěžuje si na svůj časový deficit.

R2: Muž ve věku 35 let, původem z Gruzie. Přijel do ČR pracovně před dvěma lety. Má stabilní zaměstnání, zdravotní pojištění a praktického lékaře. Jako aktuální zdravotní problém uvádí bolest kloubů, spojuje to s pracovním zatížením. První zkušenost s injekční drogou (heroinem) v 18 letech – mluví jako o experimentu. Aktuálně primární droga – subutex injekčně.

R3: Muž ve věku 49 let z Lotyšska, v České republice je již přes šest let. Do ČR se rozhodl přestěhovat po propuštění z vězení, byla to pro něho životní příležitost ke změně. Dle něj se mu první roky v ČR dařilo. Momentálně bydlí v nájmu se svojí exmanželkou. Sdělil, že problémy ve vztahu byly podnětem pro rozvoj patologického hráčství. Když si uvědomil závislost na hazardu, začal s drogami, jelikož vytěšňovaly myšlenky o hře. Poslední tři roky – injekčně pervitin. Práce příležitostně – brigády, manuální práce. Nemá praktického lékaře. Zdravotní problémy neguje, mluví o tom, že potřebuje odbornou pomoc psychoterapeuta.

R4: Mladý muž ve věku 31 let. Národnost ukrajinská. V ČR střídavě již od předškolního věku. Má stabilní zaměstnání a zdravotní pojištění. Bydlí s rodinou – manželka, dítě. Aktivní uživatel heroinu a sezónně opia (makoviny). Injekčním uživatelem drog je posledních 10 let, za tu dobu dva neúspěšné pokusy o léčbu na Ukrajině.

R5: Muž ve věku 42 let, původem z Gruzie. V ČR teprve půl roku, rozhodl se přestěhovat kvůli práci, je dělníkem na stavbě. Nemá zdravotní pojištění. Bydlí s krajany v nájmu. Injekčním uživatelem je již 20 let, původně heroin, aktuálně je primární drogou pervitin.

R6: Muž – 36 let, pochází z Ukrajiny. Trvalý pobyt v ČR již přes 10 let, plátce zdravotního pojištění. Aktivně začal s drogami již v 18 letech, jako podnět uvádí vliv okolí a absenci jiných aktivit ve volném čase. Primární drogou na Ukrajině byl heroin, v ČR pervitin. Přestal svépomocí před cca 7 lety, když vážně začal uvažovat o založení rodiny, pro něj to byla motivace. Bydlí ve vlastním bytě s manželkou, mají společné dítě. Aktuálně pravidelně THC.

R7: Muž, 37 let pochází z Běloruska. V ČR legálně 4 roky, problémy s režimem (neupřesňuje). Oficiálně zaměstnán, plátcem zdravotního pojištění. Od 13 let alkohol, THC, zneužití farmak. Od 20 let i.v. opiáty - mák, Tramadol, Metadon. Mluví o zvědavostech, touze po experimentech. Abstinuje 9 let, členem svépomocné skupiny anonymních UD.

R8: Muž z Běloruska, 33 let. V ČR 15 let, aktuálně má trvalý pobyt, zaměstnání, je plátcem zdravotního pojištění. Cca 3 roky injekčně pervitin, kterému předcházely problémy s hazardem. Jako podnět uvádí osamocení v neznámém, cizím prostředí a absenci blízkých vztahu. Posledních pět let abstinuje svépomoci, aktuálně však pravidelně alkohol.

9 Výsledky

V následující kapitole jsou interpretovány výsledky výzkumu získané z rozhovorů jejich kódováním a tříděním do kategorií, kde hlavním cílem bylo zjistit možné bariéry při vstupu do adiktologických služeb v ČR ruskojazyčným IUD a zjistit, jakou roli v tomto ohledu hraje otázka stigmatizace.

První výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti respondentů s adiktologickými službami v zemi původu?

Cílem této otázky bylo zaměřit se na možnou přítomnost strukturálního stigmatu ze strany institucí, konkrétně ze strany pracovníků adiktologických služeb a policejních složek.

Z výzkumu vyplynulo několik důležitých skutečností. Jednak první požití drogy již před příjezdem do ČR téměř u všech respondentů. Až na dva respondenty všichni ostatní uvedli dlouhodobé užívání injekčních drog aktuálně nebo v minulosti.

R3: „... s drogami jsem začal tady. Doma jsem odpykával celkem dvacet a půl let ve věznicích, takže na to nebyl čas...“ Na otázku, zda nebylo vězení pro ně zrovna rizikovým prostředím, které by ho inklinovalo k užívání drog, odpověděl: „...právě jsem viděl na ostatních, jak mohu dopadnout. Byl jsem přesvědčený, že jsem odolný, že nic v životě mě nerozhodí. Žil jsem správně podle pravidel (zřejmě tím myslel tzv. „poňatija“-neformální normy chování vězňů). Však jsem nikdy ani nepil alkohol... vlastně jsem šel rovnou do kriminálu...hned po škole, no mám pouze 8 let základní školy...až teď to manželství...“ - tvrdil však, že drogy v lotyšských věznicích byli běžnou záležitostí - „...ano, dokonce jsem i pomáhal kamarádům s tím mákem...víte, jak se připravuje... měl se uvařit... fuj, to byl hnus...“ – dodal.

R8: „...alkohol, to ano – jsem si dal i v Bělorusku, ale vyloženě drogy jsem nevyhledával... však mi nic nesházelo...“ - na otázku jestli ale o uživatelích drog ve svém městě věděl, odpověděl: „...jo, pár „psychopatu“ jsem znal...“ - označení UD za „psychopaty“ vysvětlil - „...normální člověk s tím však nikdy nezačne...“

Čtyři respondenti z osmi byli v kontaktu s adiktologickými službami ve své vlasti.

R1: „... v Gruzii jsem se zúčastnil substituční léčby. Celkem jsem navštěvoval ambulanci asi rok a šest měsíců...“

R4: „... byl jsem celkem dvakrát v léčbě na Ukrajině...“

R2: „... teď před odjezdem začali dokonce i měnit stříkačky...“ v Gruzii.

R7: „... navštěvoval jsem pravidelně služby... jak se nazývají... narkodispensery, a to kvůli práškům a také abych snížil spotřebu. Rozhodně ne kvůli chutí se vyléčit...“ - na otázku, zda se jednalo o anonymní služby, odpověděl - „...ano, pokud zaplatíš, tak můžeš získat pomoc anonymně...“

Všichni respondenti z Gruzie potvrdili represivní praktiky ve vztahu k uživatelům drog, které jsou projevem strukturálního stigmatu.

R1: „... sice jsem dostával metadon, ale podle našich zákonů je pouhá přítomnost drogy v krvi již administrativním přestupkem... takže policajtům vůbec nevadí, jestli se léčíte, nebo ne... a to nemluvím o tom, jak by to dopadlo, kdybych měl něco u sebe! Rovnou bych dostal trest odnětí svobody od tří do pěti let...“

R2: „... u nás za užívání hrozí dokonce i vězení...“

R5: „... měl jsem pauzu pouze jednou, a to trochu nucenou, když jsem byl ve vězení. Žádná odborná pomoc... zvládal jsem to sám...“

Represivní praktiky potvrdil i respondent z Běloruska.

R7: „...však jsem ve vězení seděl dva roky... Vařil jsem pro sebe a pro svou "spoluživatelku" když pro nás přišli...“ - vysvětloval své zadržení - „... Nebránil jsem se ničemu, podepsal jsem vše, co mi podstrčili. Víte, v tu chvíli jsem již byl úplně na dně: squaty, špína, krádeže... nechci na to vzpomínat. Tak že jsem to zadržení bral vlastně jako úlevu. Administrativní tresty jsem měl i před tím - za falšování receptu, například...“ - popsal i absenci adiktologických služeb ve vězení - „... ve věznici mě hodily na pět dnů do cely pro jednotlivce, abych si prošel abstínencí. Jinak tenkrát mé užívání nikdo neřešil. Víím, že již existuje věznice v Bělorusku výhradně pro narkomany. Nevím, jak to tam chodí, ale Lukašenko prý oficiálně prohlásil, že se v ní musejí udělat takové podmínky, aby "návštěvníkům" přešla chuť ze života...“ - rozhovor doplnil i vzpomínky o ostatních věznicích - „...ve věznici bylo i hodně kluku s paragrafem 328.3. Jedná se vlastně o trestní čin "šíření drog", ale skutečně dealeru, dle mého odhadu, tam bylo asi jen 10%. Ostatním vězňům byl tento paragraf v podstatě vnucen. Víte, jak to chodí: "když budeš spolupracovat s vyšetřovateli" a takové té jejich rozhovory. Ve skutečnosti je to podvod: trestní sazba za tento paragraf je již od osmi let odnětí svobody. Já víím, že existuje dokonce i skupina "matky 328.3", která se snaží dokázat, že jejich dětem byl tento trestní čin vnucen a že se ve skutečnosti jedná o pouhé uživatele, které měli u sebe dávku pro vlastní potřebu, nikoli dealery...“

Výsledkem výše popsaných zkušeností se stalo i vyhýbání se terénním službám a substitučním programům pro UD v zemích jejich původu.

R2: „... kupoval jsem si stříkačky raději v lékárně, aby mě neviděli... léčbu jsem ani nevyhledával...“

R1: „... bylo to ale celé nesmyslné...“ - vysvětloval fungování substitučního programu respondent z Gruzie.

R7: „...výměna stříkaček za sterilní? To už existuje i v Bělorusku, ještě v době kdy jsem užíval. Já jsem ale jejich služby nevyužil ani jednou. Těm oficiálním službám nevěřím. Co kdybych u sebe něco měl? Aby mě rovnou zabavili... Stříkačky jsem vždy kupoval jen v lékárně. Měl jsem vždy jednu vlastní pro sebe...“

Odlíšnou zkušenost s policejními složky uvedli respondenti z Ukrajiny, kde byly represivní praktiky mírnější ale jiného charakteru.

R4: „... ne, kvůli užívání jsem nikdy problémy se zákonem neměl, jinak vím, že hrozí pokuta...“

R6: „... celý trh by nemohl fungovat bez vědomí policajtů. Všichni o všem vědí, kdyby potřebovali, tak mě zatknou, ale nestalo se...“

Respondent, který se zúčastnil léčby na Ukrajině, též nehodnotil svoji zkušenost jako pozitivní – mluvil o strachu a nedůvěře k léčebným praktikám.

R4: „... ale ani jednou jsem léčbu nedokončil ... nechci ... slyšel jsem na Ukrajině, že po metadonu hodně lidí umírá...“ – vysvětloval svůj strach před substituční léčbou.

O nedůvěře mluvil i respondent z Běloruska.

R7: „...víte, můj tatínek byl docela agresivní, byl totiž kódován z alkoholu. A já jak jsem celé dětství viděl jeho chování po takové "léčbě", tak jsem si říkal, že v životě nic podobného nepodstoupím...“ - vzpomínky respondenta z dětství ustálily i jeho názory na veřejné zdravotnictví v Bělorusku - „...narkolog vždy řeší jen fyzickou stranu závislosti, nebo biologickou... Psychologickou pomoc jsem žádnou nedostal. A co jinak by mi mohl nabídnout? Nevěřím lidem, kteří neprošli stejnou situací. Vůbec nevědí, o čem mluví. Pamatují si na jednoho takového „doktora“ ... ještě jsem si tenkrát v duchu řekl: „lžeš to celé, závislost se neléčí“. A jak jinak? Je to součást mé osobnosti a to bych musel, nevím... odříznout si část mozku, abych na té pocity blaha zapomněl. Nic jiného v běžném životě mi stejný prožitek nenahradí...“

V případě druhého IUD z Ukrajiny se dá hovořit o totální neinformovanosti.

R6: „... cože? Služby pro narkomany? To musí být vtip, ne? Sice jsem slyšel „pohádky“ o tom, že jsou dokonce i místnosti, do kterých přijdeš, a dají ti drogu. Ale to snad nemůže být pravda...“

Druhá výzkumná otázka: Jaký je postoj blízkého okolí k injekčnímu užívání návykových látek respondentem?

Druhá výzkumná otázka byla zaměřená na sociální stigma prostřednictvím dvou sociálních skupin – blízkého okolí a rodiny. Odpovědi respondentů z Gruzie na otázku postoje rodiny k užívání drog byly téměř totožné, nikdo z dotazovaných netajil svůj status.

R1: „... rodina to ví, sice to neschvalují, ale už to berou jako skutečnost ... kdykoliv se můžu na ně obrátit ... u nás je normální pomáhat příbuzným...“

R2: „... chtějí, abych přestal. Na druhou stranu mi to nemohou zakázat – nejsem dítě... tolerují moje rozhodnutí ... jsem s nimi v kontaktu...“

R5: „... v pohodě... nevadí...“

Výzkum odhalil i skutečnost, že IUD z Gruzie žijí v ČR společně v komunitách.

R1: „... všichni, asi 95 %, co tady znám – všichni berou...“

R2: „... spolubydlícím to nevadí – taky berou...“

R5: „... bydlím s krajany: já a ještě tři... taky berou...“

Odpovědi respondentů z Gruzie ukázaly na velký toleranční limit a absenci sociálního stigmatu ze strany zkoumaných skupin. Tím, že jsou v ČR relativně krátkou dobu, zastihli ve své vlasti zavedení programu Harm Reduction, a obě tyto skutečnosti se pozitivně odrazily na využití adiktologických služeb v ČR.

R1: „... dokonce se domlouváme, kdo bude příště chodit pro stříkačky...“

R5: „... kdo má volno, tak přijde na výměnu... stříkačky vezme pro všechny...“

Lze to chápat jako značnou kulturní odlišnost od respondentů z Ukrajiny a Běloruska.

R6: „... nesvěřoval jsem to ani kamarádům ... to by mě už nikdo nikdy nebral vážně a nikdy by se mě už nezastal. Ztratil bych respekt...“

Strach z udělení negativního hodnocení donutil respondenty užívání drog tajit, a to i v partnerských vztazích.

R4: „... před manželkou užívání tajím ... Jak si myslíte, že by na to reagovala? ... Vy to nevíte? ... No, to je prostě nepřípustné...“ – reagoval respondent z Ukrajiny.

R6: „... partnerka taky nevěděla ... zas takový amatér jsem nebyl...“ – vysvětloval, způsoby jak užívání zatajit - „...nebo jak by to měla poznat? Jenom úplný „začátečník“ by netrefil do žíly, jinak jsou cesty, jak to utajit...“

Odpovědi respondentů z Ukrajiny ukázali na vysokou míru sociální stigmatizace ze strany zkoumané sociální skupiny. Jednou z motivací pro ně, proč odmítnout odbornou péči v ČR, bylo, zůstat v anonymitě. Podobná situace vyplynula i z odpovědi respondenta z Lotyšska a Běloruska.

R3: „... příbuzné jsem vůbec nekontaktoval dva roky – od chvíle, kdy jsem začal s pervitinem ... dokonce si mysleli, že jsem již po smrti...“

R7: „... sice jsem bydlel u rodičů. No jak bydlel? Pouze chodil v noci občas přespat, aby přes den mě nikdo neviděl. Styděl jsem se... nebo když jsem zrovna měl nějakou "spoluživatelku" tak jsem žil u ní...“ - slovu partnerka se vyloženě vyhýbal celý rozhovor – „...když matka se dozvěděla o tom, že beru, tak se rozbrečela. Taťka... ten se mnou přestal mluvit... několik let mi neřekl ani slovo. Párkrát jsme se poprali, jakož mě fyzický napadl...“ - o podpoře ze strany rodičů zmiňoval pouze v souvislosti s jejich nároky nebo podmínky – „... jednou za rok jsem si musel najít nějakou práci, aby mi dali pokoj. Ale jsem tak vždycky vydržel jenom týden. Jednou se rodičům povedlo mě donutit do léčby. No, celé to zmanipulovali... matka mi dala seznam léčeben a já jsem si vybral ten nejkratší program - 28 dní, Minnesotský se nazývá...“

R8: „... sdělovat svůj způsob života blízkým jsem nechtěl, ani před tím jsme si často nevolali. Finanční problémy utajit však úplně nešlo...musel jsem si obrátit za pomoci,

abych neskončil tady pod mostem. O tom, že jsem bral pervitin, nevědí ani dodnes...“ - na otázku jejích předpokládané reakce, uvedl - „...matka se celá sesypala, když se dozvěděla, že peníze jsem prohrál v automatech... mluvit o drogách bych ani nezkoušel...“

Třetí výzkumná otázka: Možné bariéry pro podstoupení léčby z pohledu dotazovaných.

Cílem poslední výzkumné otázky bylo zjistit přítomnost internalizované stigmatizace, která je charakterizována přijímáním negativních stereotypů od druhých lidí vůči určité skupině populace, konkrétně vůči IUD. Zjistit jestli respondenti souhlasí s aplikací těchto názoru na sebe a v důsledku toho se neobracejí za pomoci.

Známky vnímaného a zakoušeného stigmatu se objevily v rozhovorech s respondenty z Lotyšska, Běloruska a Ukrajiny, kdy uvědomování pravděpodobného chování vůči IUD, je vedlo k popření skutečnosti, že uživatelé jsou i oni sami.

R3: „... ne, léčbu nepotřebuji... je mi to nepříjemné, stydím se... zvládnou přestat i sám...“

R8: „...žádným „fetákem“ jsem nikdy nebyl, tak proč bych měl hledat léčbu...“ - na předpoklad, že by mohl kontaktovat služby kvůli sterilním stříkačkám, odpověděl - „...všechno včetně stříkaček jsem dostával od kamaráda, který mi „zboží“ vozil... a když nevozil, tak jsem sám nesháněl...“ - za předpokladu, že to dělají pouze „skutečné“ UD, za kterého sám sebe nepovažoval.

Podobně uvažoval i respondent z Ukrajiny.

R6: „...jak se dá na takového člověka spoléhat? Když bereš, tak si sám svůj život neřídiš, rozhodují za tebe drogy: uděláš pro dávku cokoliv...“ - vyjadřoval se. Na otázku, zda se choval i on tak jak popisuje UD, odpověděl - „... já - ne...“

Druhý respondent z Běloruska nejen, že souhlasil s názory kolující kolem něj ale dokonce i aplikoval je na ostatní uživatele drog již tady v ČR.

R7: „... byl jsem úplně v šoku, když jsem tady (v ČR) viděl v přechodech užívat drogy před zraky ostatních. A že to nikomu nevadí a nikdo to neřeší...“ - na otázku jak takové řešení by podle něj mohlo vypadat, odpověděl, že UD - „...by se měli izolovat ... není normální užívání ukazovat ostatním...“

I když zmínil, že užívání drog v pubertě bylo „unikem od reality“ a „potlačení bolesti“ (nechtěl upřesnit o jakou „bolest“ se jednalo, pouze řekl: „bylo toho hodně“) nepřipouštěl vliv psychologických ani sociálních složek na vznik závislosti.

R7: „... je to součást mé identity... za vznik závislosti mohu jen já... bylo to pouze mé osobní rozhodnutí...já vím, že ostatní hledají viníky, třeba partu, kamarády... u mě to bylo tak, že jsem já sám kolem sebe vytvářel podmínky pro užívání...“

Hlavní bariérou pro něj a respondenta číslo čtyři, ale byla totální nedůvěra v oficiální/ institucionální metody léčby.

R7: „...v čem vlastně ta Vaše léčba spočívá? V dříně na farmě nebo přijetí náboženství? Nebo aby člověk skončil v žumpě někdy na Sibiře? Jo, slyšel jsem od ostatních (členu svépomocné skupiny) jak "léčíte"... vlastně jsem šel do léčby (program 28 dní), abych přesvědčil příbuzné, že to nefunguje...“ - kde ho však inspiroval ex-user – „... když to dokázal on, tak dokážu i já. Takovému člověku se dá věřit, že mluví pravdu...“

Již zmíněnou v otázce číslo dvě bariérou se stal i samotný strach s udělení nálepky.

Často zmiňovanou se stala bariéra jazyková, což částečně vysvětluje absenci informací o adiktologických službách v ČR.

R3 : „... spíše bych potřeboval jenom nějakého psychologa, ale hlavně, aby mluvil rusky... a též aby poskytoval rozhovory zadarmo, pět stovek na hodinu je pro mě moc – nemám na to...“

R4: „... nevím, na koho se mám obrátit. Nemám informace...“

R5: „... jednak nevím, na koho bych se obrátil, taky neumím moc česky...“

R6: „... nevěděl jsem, že něco podobného existuje...“

Respondenti z Gruzie nepočítali s nástupem léčby v ČR, jelikož užívání (i přes zdravotní potíže) bagatelizují a vnímají jej jako časově omezenou záležitost, která zvyšuje jejich výkonnost v práci.

R1: „... dokud jsem tady, tak nepřestanu. Hodně pracuji a po subáči necítím únavu – dává mi energii, jsem aktivnější...“

Také zmínili i časovou vytíženost.

R2: „... nemám tady čas pravidelně někam docházet – musím být v práci. Třeba až se vrátím do Gruzie... slyšel jsem od ostatních, že tam léčba stojí nějakých osm set dolarů...“

9.1 Souhrn výsledků

Výzkumu se zúčastnilo celkem osm ruskojazyčných respondentů ve věku 31 až 49 let, pocházejících z postkomunistických zemí jako Gruzie, Ukrajina, Bělorusko a Lotyšsko. Pět aktivních IUD bylo osloveno prostřednictvím organizace Sananim, z. ú., v Praze, během výměnného programu sterilních stříkaček. Dva respondenti byli vyhledáni v širším okolí a s adiktologickými službami v ČR ve styku nikdy nebyli, jedná se o ex-usery. Jeden z respondentů je účastníkem svépomocné skupiny anonymní organizace v Praze.

Nejčastější primární užívanou drogou dotazovaných byl uveden pervitin – u poloviny respondentů, dále byl dvakrát zmíněn subutex a jednou heroin, jako vedlejší u dvou respondentů – THC. Jedná se o dlouhodobé uživatele NL (od tři až

do dvaceti let úzu), kteří (až na dvou) přišli do styku s drogou již před příjezdem do ČR, u všech prvotně s opiáty, resp. heroinem. Dva respondenti v rozhovorech uvedli zdravotní potíže. Šest respondentů z osmi (dle jejich slov) jsou plátcí zdravotního pojištění. Všichni respondenti mají na území ČR buď přechodný, nebo trvalý pobyt.

Polovina respondentů zmínila kontakty s adiktologickými službami v zemi původu, ani jeden svou zkušenost nehodnotil pozitivně. Respondenti z Gruzie a Běloruska potvrdili vůči uživatelům drog represivní praktiky, které jsou projevem strukturální stigmatizace.

Hlavní potenciální bariérou pro využití adiktologických služeb v ČR z pohledu dotazovaných se stala absence informací, která je především důsledkem:

- jazykové bariéry,
- neochoty nebo nezájmu respondentů vyhledávat v ČR odbornou pomoc jako takovou.

Byly zjištěny kulturní odlišnosti, a to zejména v případě respondentů z Gruzie, kteří vybočují ze zbylé skupiny respondentů.

Respondenti z Gruzie se na jedné straně neplánují zúčastnit terapeuticky zaměřených adiktologických programů v České republice. Na druhé straně absence sociální stigmatizace, která se projevuje určitou mírou tolerance vůči užívání drog ze strany zkoumaných sociálních skupin, se pozitivně projevuje na ochotě vyhledat odbornou pomoc v zemi jejich původu. Též se pozitivně projevuje na využití výměnných programů v ČR. Uživatelé drog pocházející z Gruzie, žijí v ČR v komunitách s krajany, kteří také užívají NL. Spolupracují a sdělují si informace o výměnných programech. Netají užívání před blízkým okolím.

Příčinou nezájmu respondentů z Ukrajiny, Běloruska a Lotyšska je především internalizovaná stigmatizace, která je důsledkem sociální stigmatizace. Kvůli strachu z předpokládané negativní reakce blízkého okolí si respondenti zvolili cestu zůstat v anonymitě a neobracet se do adiktologických služeb v ČR, jelikož užívání drog tají. Dotazovaní též vykazovali povědomí o stereotypech většinových společností, ze kterých pocházejí vůči IUD a o tom, jak by je vnímali v případě, že by z anonymity vystoupili. Často v rozhovorech popírali, že uživatele drog jsou. Dvakrát zazněla i odpověď o nedůvěře v oficiální metody léčby drogově závislých od respondentů z Běloruska a Ukrajiny, která je důsledkem desinformací nebo jejich předchozích negativních zkušeností s adiktologickými programy v zemích původu.

10 Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat bariéry přístupu k adiktologickým službám v ČR ruskojazyčným IUD z pohledu samotných uživatelů a hlavně zjistit, jakou roli v tomto ohledu hraje otázka stigmatizace. Konkrétně zjistit zda ve zmíněné populaci existuje internalizované stigma vůči užívání drog jako předpokládaný důsledek strukturálního nebo sociálního stigmatu přítomného v postsovětských státech, ze kterých pocházejí.

Ačkoli mojí prvotní myšlenkou bylo se dostat do skryté populace aktivních injekčních uživatelů drog, ke kterým jsem teoreticky měla přístup, ve skutečnosti jsem narazila na velký odpor blízkého okolí již ve fázi přípravy praktické části. Formálně jsem se osobně setkala s tématem své bakalářské práce, i když z mé strany se jednalo o pouhou snahu o rozhovory s cílovou skupinou. Musela jsem si změnit strategii a hledat respondenty, u kterých bych mohla s velkou pravděpodobností vědět o tom, že IUD jsou – třeba při výměně sterilního materiálu. Proto byl soubor vybírán metodou záměrného výběru přes instituce. V praxi to znamenalo najít osoby, které již jsou v kontaktu s nízkoprahovou adiktologickou službou. Konstatuji to s určitou mírou lítosti, jelikož vnímám tento fakt jako největší a nejzásadnější z limitů své bakalářské práce, ale zároveň jako faktickou bariéru dosahu této skryté populace.

Výzkumu se zúčastnilo celkem osm ruskojazyčných IUD z postsovětských států jako Bělorusko, Ukrajina, Gruzie a Lotyšsko. Jedná se o relativně malý výzkumný soubor. Dá se to vysvětlit i tím, že skupina uživatelů drog - cizinců v Praze je relativně malá sama o sobě a nebývá každý den v kontaktu s pracovníky adiktologických služeb (Špaček, 2013).

Rozhovory poskytli respondenti pouze mužského pohlaví, což je také limitem této práce. V případě žen IUD by se dalo zaměřit na otázku dvojí deviace, jelikož obecný postoj společnosti vůči užívání drog ženami je mnohem kritičtější než vzhledem k mužům. Odmítavý postoj veřejnosti často ženám neumožňuje vyhledat a přijmout pomoc (Kalina a kol., 2015).

Limitem je i skutečnost, že se výzkumu nezúčastnil žádný respondent z Ruské federace, kde je přístup k IUD momentálně nejkontroverznější, a tak se projevuje například zákazem metadonové léčby, popíráním přístupu HR a nulovou tolerancí ruské vlády vůči uživatelům drog (Human Right Watch, 2004).

Seďm potenciálních respondentů, oslovených během výměnného programu sterilních stříkaček, účast ve výzkumu zamítli. Ostatní respondenti, i když se výzkumu zúčastnili, se chovali velmi opatrně: odmítli nahrávání rozhovoru i vlastnoruční podepsání informovaného souhlasu („stopy“, podle kterých by se dala identifikovat jejich totožnost). To potvrzuje slova, že tato skupina je navíc specifická i tím, že úroveň stigmatizace v zemích bývalého SSSR je podstatně vyšší (Zábranský & Janíková, 2008).

Tento výsledek mohla poznamenat i skutečnost, že tazatelem nebyl muž. Zábranský a Janíková ve svém výzkumu (2008) hovoří o kulturním specifiku ruskojazyčných diaspor, že probandi upřednostňovali komunikaci s mužem. Tvrzení o tom (ve stejném výzkumu), že podání ruky je možné pouze mezi muži, doslova „žena si s mužem ruku nikdy nepodala“ (s. 25), se mi nepotvrdilo, jelikož během oslovení respondentů a následného představení jsem ruku podala vždy a nestalo se, že by na toto někdo reagoval negativně. Naopak tvrzení, že typický zástupce ruskojazyčných IUD v ČR pečlivě dbá o svůj zevnějšek (Zábranský & Janíková, 2008), o čemž se zmiňuje i Špaček (2013), mohu jen potvrdit. Osobně to vnímám jako jednu z možností, jak se brání stereotypní představě o uživatelích drog. Totiž možnosti vyhnout se značkovacímu procesu, jelikož jak již bylo zmíněno v teoretické části, je pro vysokou míru stigmatizace důležitý především viditelný projev (Ocisková & Praško, 2015).

V rámci rozhovoru byla zjišťovaná drogová kariéra, sociodemografický a zdravotní stav dotazovaných. Špaček (2013) uvádí, že předpokládanou objektivní bariérou pro vstup do adiktologických programů by mohla pro cizince být absence zdravotního pojištění navazujícího na typ pobytu v ČR. Z výzkumu však vyplynulo, že všichni respondenti se zdržují na území ČR legálně: mají buď přechodný, nebo trvalý pobyt. Šest respondentů z osmi (podle jejich vyjádření) jsou plátcí zdravotního pojištění a mají nárok na využití služeb ve zdravotních a sociálních zařízeních včetně adiktologických.

Zjištěním bylo odhalení preference stimulantu u respondentů. Když se podíváme na uvažování Kaliny (2008) o příčinách a motivaci užívání drog, dojdeme pak k názoru, že za důvodem podobné volby stojí potřeba cítit se energický a výkonný. To odpovídá i slovům dotazovaných: „... *Hodně pracuji a po subáči necítím únavu – dávám mi energii, jsem aktivnější...*“ a také skutečnosti, že do ČR přijeli za prací. O užívání pervitinu mezi dělníky z Ukrajiny kvůli zvýšení výkonnosti se zmiňují i Nepustil, Zajdánková a Šlesingerová (2007) v kvalitativním výzkumu (Nepustil a kol., 2012).

Zjištěním byla i skutečnost, že téměř všichni respondenti přišli k užívání drog již před příjezdem do ČR. Což znamená, že v tomto případě cizinci nemusí adiktologické programy vůbec znát nebo je znají v jiné formě a s jinými pravidly (Špaček, 2013). To se potvrdilo i během rozhovoru s respondentem číslo sedm: „...*v čem vlastně ta Vaše léčba spočívá? V dříně na farmě nebo přijetí náboženství? Nebo aby člověk skončil v žumpě někdy na Sibíře...*“. Vzhledem k jinému, v teoretické části pospanému, přístupu řešení drogové problematiky v zemích původu, má tato cílová skupina špatné zkušenosti s využíváním některých služeb (Špaček, 2013).

Během rozhovoru s respondentem číslo čtyři mě zarazila i zmínka o nedůvěře k metadonu: „... *slyšel jsem na Ukrajině, že po metadonu hodně lidí umírá...*“ Přemýšlela jsem nad tím, kde na to přišel a proč tak uvažuje? Jelikož úmrtí spojená s užitím

metadonu téměř nejsou evidované. Dle Toxikologického informačního střediska byly v roce 2011 častější konzultace týkající se otrav tramadolem (79) nebo kodeinem (30) než otravy substitučními preparáty metadonem (1) a buprenorfinem (3) (Kalina a kol., 2015). Pokračovala jsem ve svém uvažování a začala hledat na internetu informace o substituční léčbě na Ukrajině, tak jak by to mohl dělat teoreticky i potenciální zájemce. Výsledkem hledání byl objev příručky v ruském jazyce pod názvem „Podvodná rehabilitace – machinace psychiatrů s drogami“ od autorů Občanské komise za lidská práva (2004), která čtenáři přináší informace o „užívání metadonu a jiných nebezpečných léků v substitučních programech“, např.: „I když se heroin, který se prodává na ulicích, užívá častěji než metadon, po metadonu umírá více lidí než po heroinu.“ (s. 4) nebo: „... léčba metadonem je podvodem – cestou do propasti“ (s. 9). O tom, jestli podobné „příručky“ ovlivnily uvažování i respondentů číslo čtyři, mohu jen spekulovat, jelikož nemám šanci si zpětně ověřit, zda tomu tak skutečně je. O podávání matoucích informací prostřednictvím médií se zmiňuje i Olga Čečeleva ve své bakalářské práci z roku 2014, která je sice primárně zaměřena na Kazachstán, ale mapuje též i nekorektní informace, kolující na internetu v ruském jazyce: „... věrohodnost informací uváděných v médiích bývá často na nízké úrovni. Někteří se zřetelně pomocí médií snaží oklamat veřejnost prostřednictvím podávání zavádějících informací, které dezinterpretují současný výzkum i metodické materiály organizace OSN, případně jim zcela odporují“ (s. 42). Kromě desinformací respondent číslo čtyři zmiňoval i osobní strach: „... před manželkou užívání tajím ... to je prostě nepřístupné...“. Což se shoduje s teorií, že nejen samotná diagnóza nebo označení (nálepka), ale pouhý strach z reakce okolí bývá velmi stresující. Stigmatizovaní lidé se pokud možno takovému označení brání (Ocisková & Praško, 2015) a v tomto konkrétním případě užívání drog tají.

Kromě desinformací se projevila i absence představy o současných přístupech a metodách léčby. Účastník výzkumu z Ukrajiny (R6) a účastník výzkumu z Běloruska (R8), kteří nikdy nebyli v kontaktu s adiktologickými službami, nedisponují vůbec informacemi. Vlivem stereotypního přesvědčení o uživatelích drog pro ně není přípustná ani možnost odborné pomoci: „*Služby pro narkomany? To musí být vtip, ne? Sice jsem slyšel „pohádky“ o tom, že jsou dokonce i místnosti, do kterých přijdeš, a dají ti drogu. Ale to snad nemůže být pravda...*“ nebo „...žádným „feťakem“ jsem nikdy nebyl, tak proč bych měl hledat léčbu...“. Tato malá ukázka jednak ukazuje tři stupně vývoje internalizovaného stigmatu (Ocisková & Praško, 2015), jednak částečně ilustruje fungování oboru ve východní Evropě, kde je rozvoj adiktologických služeb (Human Rights Watch, 2004) brzděn veřejným míněním. Ačkoli přístupy HR jsou aplikovány na Ukrajině a v Bělorusku, stejně to nezměnilo přístup veřejnosti k problematice, která uděluje UD nálepku. Dokazuje to tvrzení, že když se již „shoda v morální oblasti

rozvine, přetrvává celé generace a není snadné ji změnit“ (Šimek, 2015, s. 22). Nelze však nepoznamenat, že i kvůli svému přesvědčení nebo vlivu okolí injekční NL přestali užívat. V tomto případě se stigma závislosti může jevit jako racionální projev sociální kontroly pro udržení koherence společnosti a že snížení stigmatizace problému s užíváním NL může vést k nepříznivým výsledkům, jako například zvýšenou míru užívání (Ocisková & Praško, 2015). Má to ale jeden „háček“: Respondenti číslo šest a číslo osm nikdy nebyli v kontaktu s adiktologickými službami, tudíž nikdy ani nebyli testováni na infekce přenosné krví, a to nejvíce postižených zemí epidemií HIV v regionu. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, výsledek může být nebezpečný nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost, jelikož infekční onemocnění se neomezují jen na určité skupiny populace (Varentsov, 2017).

Ačkoliv drogy obecně nebo užívání NL je definováno mezinárodním společenstvím jako globální problém již od 90. let minulého století a přístupy HR jsou prokazatelně nejefektivnější strategií, přistupuje každá země k této problematice jinak a po svém (Kalina a kol., 2003). Drogové politiky lze vnímat jako kulturní a sociální produkty jednotlivých společností, kde významnou roli sehrává politický vliv, který se však může měnit v čase (Zábranský, 2003). Politická rozhodnutí o protidrogové koncepci ve východní Evropě (současná i v minulosti) ovlivňují i výsledek veřejného mínění. Jelikož hlavními aspekty zkoumání závislosti v SSSR byly biologické, odvíjely se od toho i léčebné metody včetně paradigmat, která vylučovala sociální a psychologické aspekty (Human Rights Watch, 2004). Stejně mínění zaznělo i od respondenta číslo sedm: „... je to součást mé identity... za vznik závislosti mohu jen já... bylo to pouze mé osobní rozhodnutí...já vím, že ostatní hledají viníky, třeba partu, kamarády... u mě to bylo tak, že jsem já sám kolem sebe vytvářel podmínky pro užívání...“. Výsledek mé bakalářské práce potvrdil, že přistěhovalci z tohoto regionu si s sebou přinášejí vlastní návyky a postoje (Zábranský & Janíková, 2008), včetně stigmatizačních a dokonce je aplikují i na místní uživatele drog: „...by se měli izolovat“.

Výzkum ukazuje na neochotu či nezájem dotazovaných se obracet do adiktologických služeb v ČR. U respondentů z Gruzie je především dané tím, že se neplánují zúčastnit adiktologických programů v České republice. Zřejmé je i to, že jsou ve fázi prekontemplace a i přes zdravotní potíže nevnímají potřebnost změny (Kalina a kol., 2003). Absence sociální stigmatizace, která se projevuje určitou mírou tolerance vůči užívání drog ze strany zkoumaných sociálních skupin, se pozitivně projevuje na ochotě vyhledat odbornou pomoc v zemi jejich původu. Též se pozitivně projevuje na využití výměnných programů v ČR. Uživatelé drog, pocházející z Gruzie, žijí v ČR v komunitách s krajany, kteří také užívají NL. Spolupracují a sdělují si informace o výměnných programech. Netají užíváním před blízkým okolím. De facto blízké okolí IUD z Gruzie aplikuje vůči nim jeden z hlavních principů HR: akceptování, které však

neznamená schvalování toho, že se uživatel rozhodl drogy užívat (Kalina a kol., 2015). To jenom ještě jednou potvrzuje efektivitu této strategie.

Tato skutečnost ukazuje i na velký kulturní rozdíl, kterým se liší od respondentů z Ukrajiny, Běloruska a Lotyšska. Pro ty je příčinou jejich neochoty přijímání adiktologických služeb v ČR především internalizovaná stigmatizace, která je důsledkem sociální stigmatizace. Kvůli strachu z předpokládané negativní reakce blízkého okolí si respondenti zvolili cestu zůstat v anonymitě a neobracet se na adiktologické služby v ČR, jelikož užívání drog tají. To se shoduje i s výsledkem totožného amerického výzkumu, který uvádí, že proces stigmatizace donucuje užívání drog tajit a představuje při hledání léčby obrovskou bariéru. Přistěhovalcům z postsovětských zemí chybějí informace o způsobech práce s uživateli, sociální stigma podporuje neochotu mluvit o drogách a pomáhá udržovat neznalost o procesu závislosti (Gunn & Guarino, 2016). V obou případech ale je evidentní souvislost mezi úrovní stigmatizace a úrovní informovanosti o možnostech využití adiktologických služeb.

Prostorem pro práci a prevenci by mohlo být podání korektních informací cílové skupině v jejím jazyce. Navíc nejčastěji zmíněnou potenciální bariérou pro využití adiktologických služeb se z pohledu dotazovaných v této práci stala absence informací a jazyková bariéra. Kromě doporučených letáků (Špaček, 2013), které jsou předávány již v nízkoprahových službách, se jako možnost edukace jeví i oslovení nejen cílové skupiny, ale obecně ruskojazyčné minority žijící v ČR. Aby přístupy a metody práce s uživateli NL nebyly v rovině „pohádek“ a dezinformací. Jako zásadní vnímám i sdílení informací přes internet – ruskojazyčná fóra, diskuse, časopisy, webové stránky adiktologických služeb nebo sociální sítě, kde úroveň anonymity (velice podstatné pro cílovou skupinu) je mnohem vyšší. Tato uvažování odpovídají doporučením o rozšiřování informací mezi migranty a etnickými menšinami o drogách, způsobech snižování rizik a o drogových službách uvedených Nepustilem (2012):

- informační kampaň by měla být citlivá ke kulturním specifikům,
- je třeba zdůrazňovat, že drogové služby jsou naprosto anonymní a nemají žádný vztah s represivními složkami.

11 Závěr

Naše vnímání není objektivní – je výsledkem interpretace a ovlivněno kulturními vzorci. Přístup k návykovým látkám a jejich uživatelům se historicky proměňoval podle toho, jak společnost vnímala návykové látky, jejich uživatele a příčiny užívání (Kalina a kol., 2008). V současnosti je závislost na drogách nejvíce stigmatizovaným problémem, často jen symbolicky spojeným s dalšími, jako jsou zdravotní či sociální. Ve snaze odstranit či zmírnit následky značkovacího procesu, se uživatelé NL udělení nálepky brání, což vede k sociální izolaci jedinců a vzniku skryté populace (Ociskova & Praško, 2015). Do skryté populace uživatelů drog jsou zpravidla zařazeni i migranti. Ruskojazyčná skupina IUD v ČR není výjimkou a zůstává skrytou před nabídkou programů drogových služeb. Kvůli vysoké prevalenci infekčních onemocnění v zemích, ze kterých pocházejí, jde z hlediska veřejného zdraví o znepokojující údaj (Zábranský & Janíková, 2008). Informace o této klientele v souvislosti s injekčním užíváním drog v síti adiktologických služeb v ČR téměř chybí.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat bariéry při vstupu do adiktologických služeb v ČR ruskojazyčným IUD, a to z pohledu samotných uživatelů. A dále zjistit, jakou roli v tomto ohledu hraje otázka stigmatizace.

Z výzkumu vyplynulo, že hlavní potenciální bariérou pro využití adiktologických služeb v ČR z pohledu dotazovaných se stala absence informací a z toho pramenící značná „drogová negramotnost“. Ta je především důsledkem jazykové bariéry, neochotou nebo nezájmem respondentů vyhledávat v ČR odbornou pomoc jako takovou, a mylnými přesvědčeními získanými v zemi původu. Dalším zjištěním bylo odhalení kulturních rozdílů v příčinách nezájmu respondentů, ze kterého je též evidentní souvislost mezi úrovní sociální stigmatizace a informovanosti dotazovaných o možnostech využití adiktologických služeb. Zde za zmínku stojí, že značná část sociální stigmatizace (vlastní rodina a diaspora) a internalizované stigmatizace byla uživateli importována ze zemí původu, které jsou postiženy represivnějším či minimálně restriktivnějším přístupem k populaci intravenozních uživatelů drog.

Výsledky mé závěrečné práce by mohly být vodítkem pro další badatele v této oblasti. Tak například, zjištění o souvislosti informovanosti a stigmatizace by mohli být ověřeny v kvantitativních výzkumech. Zjištění mohou být též zajímavá pro české adiktologické služby, zejména by mohly být poučením z kritické úrovně „drogové gramotnosti“ ruskojazyčné klientely. Některá konkrétní doporučení ke komunikaci s touto cílovou skupinou uživatelů jsem zmínila taktéž v předchozí kapitole své práce, věnované diskusi.

Svou práci vnímám i jako započatou širší diskusi na toto téma, jelikož je to jedna z možností, jak zmírnit následky stigmatizace (Marková a kol., 2005), čili že pouhé

ignorování nebo skrývání problému nevede k jeho vymizení (EMCDDA in Kalina a kol., 2015).

Na závěr se chci vrátit ke slovům Pražské deklarace o principech účinných místních protidrogových politik, a sice o tom, že drogová závislost je nemoc definovaná Světovou zdravotnickou organizací a neexistuje žádné vědecké zdůvodnění ani etický princip, který by ospravedlňoval kriminalizaci nemoci (Protidrogová politika HMP, 2014).

Použitá literatura a zdroje

- Bártová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
- Bém, P., & Radimecký, J. (2003). Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In K. Kalina et al. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Clark, F. (2013). Health and medicine under Putin. *The Lancet*, 381.
- Corrigan, P., Watson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (8), 875-884.
- Corrigan, P. (2018). *The Stigma Effect : Unintended Consequences of Mental Health Campaigns*. Columbia University Press.
- Curtis, M. (2010). *Building interated care services for injection drug users in Ukraine*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130651/e94651.pdf
- Čečeleva, O. (2014). *Postoje lékařů a dalších klíčových profesionálů k substituční léčbě závislosti na opioidech v Kazachstánu* (Bakalářská práce, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Praha). <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/63721/130140168.pdf>
- Český statistický úřad (2020). *Cizinci v České republice*.
- Dashina Y. (2014). Youth narkotism in Russia and Latvia: Methodological approach to empirical studies. *Sociālo Zinātņu Vēstnesis*, (2), 84-99.
- EMCDDA (2000). Treatment demand indicator: Standard protocol 2.0. In K. Kalina et al. (Eds.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- European monitoring centre for drugs and drug addiction (2016). *Ukraine country overview*. <https://www.emcdda.europa.eu/countries/ukraine>
- European monitoring centre for drugs and drug addiction (2019). Latvia country drug report 2019. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/latvia_en
- European monitoring centre for drugs and drug addiction (2020). *Georgia country overview*. <https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/georgia>
- European monitoring centre for drugs and drug addiction (2018). *Drug situation in Georgia 2018*. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/12307/drug-situation-in-georgia-2018-summary.pdf>
- Erofejeva, P. (2016). Stigmatizace alkoholové a drogové závislosti: parametry a dopady. *The Journal of Social Policy Studies*, 14 (3), 377–392.

- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing.
- Gilderman, G. (2013). Death by indifference. *World Affair Journal*, 175 (5), 44–51.
- Global state of Harm Reduction (2018). *Regional Overview 2.2 Euroasia*, 47–60.
<https://www.hri.global/files/2018/12/10/Eurasia-harm-reduction.pdf>
- Goffman, E. (2003). *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Gunn, A., & Guarino, H. (2016). “Not human, dead already”: Perceptions and experiences of drug-related stigma among opioid-using young adults from the former Soviet Union living in the U.S. *International Journal of Drug Policy*, 38, 63–72.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395916303164>
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Herzog, A., Kocian, M., & Plaček, J. (2019). Zmenšování drogového trhu v centru Prahy. *Adiktol. prevent. léčeb. praxe* 2 (2), 98–105. <https://www.aplp.cz/zmensovani-drogoveho-trhu-v-centru-prahy/>
- Human Right Watch (2004). Povtorenie proždennyh oshibok VICH/SPID i narusheniya prav cheloveka v Rossijskoj Federacii, 16 (5). <https://www.hrw.org/legacy/russian/reports/russia/2004/russia-aids.pdf>
- Jandourek, J. (2013). *Úvod do sociologie*. Praha: Portál.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kolpaková, S. (2019). A journey through Russian mental health care: A review and evaluation. *International Journal of Mental Health*, 48 (2), 106–132.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2005). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Morozov, A., & Egoryshev, I. (2014). K 40-letiju sozdaniya narkologicheskoi sluzby v strane. *Problemy socialnoi gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*, (6), 55–57.
- Moskalewicz J. & Lagerspetz M. (2002). Drugs in Postsocialist Transitions of Estonia, Latvia, Lithuania and Poland. *European Addiction Research*, (8), 177–183.
- Munková, G. (2013). *Sociální deviace. Přehled sociologických teorií*. Plzeň: Aleš Čeněk.

- Nepustil, P. et al. (2012). *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nepustil, P., & Zajdaková, S. (2007). *Problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí: Závěrečná zpráva z výzkumu*. https://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/Zaverecna_zprava_Migranti_v_Brne_2007.pdf
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
- Občanská komise za lidská práva (2004). *Moshennicheskaya rehabilitaciya: Mahinacii psihiatrii s narkotikami*. <https://ru.cchr.org/cchr-reports/rehab-fraud/introduction.html>
- Ocisková, M. & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Petr, T., Marková, E. et al. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- Petrusek, M. et al. (2015). *Dějiny sociologie*. Praha: Grada Publishing.
- Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik (2010). In *Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014 až 2020*. Praha: Protidrogová politika města Prahy.
- Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014 až 2020*. Praha: Protidrogová politika města Prahy. https://www.praha.eu/public/2d/46/78/1813594_456870_protidrogova_politika.pdf
- Rek, O. (2017). *Vztah mezi sebestigmatizací a strategiemi zvládnání stresu u lidí s depresivní poruchou*. Olomouc: Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci. https://theses.cz/id/zduhyp/Diplomov_prce_Rek_elektronick_verze_bez_metod.pdf
- Richardson, E. & Berdzuli, N. (2017). Georgia: Helth system review. *Health Systems in Transition*, 19(4), 1–90.
- Syromolotov, O. (2018, 6. srpna). *Otvět zamestitelya Ministra inostrannyh del Rossii O.V. Syromolotova na vopros SMI o programmah "snizheniya vreda" ot narkotikov*. https://www.mid.ru/foreign_policy/news/-/asset_publisher/cKNonkJE02Bw/content/id/3314696
- Šimek, J. (2015). *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing.
- Špaček, J. (2013). *Terénní práce s uživateli drog – cizinci*. Praha: Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Praha. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/55658>
- Šubrt, J. et al. (2014). *Soudobá sociologie II. Teorie sociálního jednání a sociální struktury*. Praha: Karolinum.

- Tuček, M., Slámová, A. et al. (2012). *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. Praha: Karolinum.
- The Economist Intelligence Unit Limited (2021). *Narkopolitika v východní Evropě i Centralní Asii: ekonomické, medicínské i sociální následství*.
https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/download/eiu_aph_investing_hiv_launch-russian.pdf
- Urban, L., Dubský, J. & Bajura, J. (2012). *Sociální deviace*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. In M. Ocisková, & J. Praško *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Varentsov, I. (2017). The HIV epidemic in Russia as the consequence of state political ideology. [Cit. 02:40, 13. 11. 2020]. <https://afew.org/headlines/hiv-epidemic-russia-eng/>
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Zábranský, T. & Janíková, B. (2008). *Studie „Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA)“: Souhrnná zpráva*. Praha: Centrum adiktologie.
- Wallander, A. (2005). Russian Politics and HIV/AIDS: The Institutional and Leadership Sources of an Inadequate Policy. *Palgrave Macmillan New York*, 33-35.
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- World Health Organization (2014). *HIV/AIDS treatment care in Belarus*.
<https://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/hivaids-treatment-and-care-in-belarus-2014>