

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN



Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog

Bakalářská práce

Autor práce: Ondřej Sklenář

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.

Oponent práce: Mgr. Petra Vondráčková

Datum předložení: 8.8. 2008

Praha

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval PhDr. Josefu Radimeckému Ph.D., MSc. za odborné vedení bakalářské práce, Mgr. Petře Vondráčkové za oponenturu a svojí ženě za cenné připomínky a podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citoval a uvedl.

V Praze 8. srpna 2008

.....

(Podpis předkladatele práce)

Název práce v češtině: Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog

Abstrakt:

Práce představuje kvalitativní výzkum, který se zaměřuje na zjišťování současných možností léčby drogové závislosti pro romské uživatele drog. Šetření je založeno na semistrukturovaných interview s romskými uživateli drog – klienty kontaktního centra Stage 5 v Praze 5 a odborníky z oboru adiktologie, kteří se léčbě uživatelů drog dlouhodobě věnují a současně tyto poznatky konfrontuje s dosavadními poznatky publikovanými v odborné literatuře. Pro realizaci výzkumu byla použita metoda zakotvené teorie.

Otázky, o jejichž zodpovězení výzkum usiluje, jsou dnešní možnosti léčby pro romské uživatele drog, jejich zkušenosti s účastí v ambulantním či pobytovém zařízení léčby nebo názory na nastavení současných programů v systému adiktologických služeb. Dále se výzkum pokouší zjišťovat, zda lze v praxi vyzorovat nějaké rozdíly v přístupu romských klientů ke službám na rozdíl od těch z majoritní společnosti. V neposlední řadě zjišťuje zkušenosti a názory odborníků z oboru adiktologie na otázku počtu romských klientů v léčebných programech, způsoby léčby závislosti u Romů a zda je přístup k této skupině uživatelů drog v něčem jiný či zda by se měl v něčem změnit a případně v čem. Výsledky naznačují, že romských klientů je v programech léčby méně, než by to odpovídalo z odhadu počtu problémových uživatelů drog z řad Romů a data o nich nejsou evidována. Zdá se, že tito klienti většinou odcházejí z léčebných programů předčasně a jejich retence v programech je nízká. To vede k závěru, že by se stávající přístup k nim i nastavení služeb mělo změnit. Výsledky z výzkumu naznačují, že by mohlo pomoci, pokud by došlo k prohloubení spolupráce personálu léčebných programů s rodinou uživatelů drog, zaměstnávání romských pracovníků v léčebných týmech a určité změně pravidel. Všechny tyto aktivity by měly probíhat ve spolupráci romských i neromských pracovníků a odborníků.

Klíčová slova: Romové, drogová závislost, léčebný program, využívání služeb, retence v programu

Název práce v angličtině: Current options for treatment of drug dependence from the perspective of Roma drug users

Abstract:

The thesis presents qualitative research study assessing current options for treatment of drug dependence from the perspective of Roma drug users. Presented study is based on semi structured interviews with Roma drug users – clients of a low-threshold centre Stage 5 in Prague 5 and experts in addictology with a long-term experience in treatment of drug users. Findings from interviews are confronted with existing scientific literature.

Research attempts to answer questions concerning recent options for treatment of Roma drug users, their experiences with out-patient and/or residential treatment programmes, and opinions about current treatment programs within the system of addictological services. Also, it aims to respond the question of whether we can observe some differences in an approach of treatment programmes towards Roma using population when compared with those from majority one. Last but not least the study assess experience and opinions of experts with regard to number of Roma clients in programmes, ways of their treatment, and also the question of whether there is a different approach towards them or whether they think it should have been changed, and if yes then how.

The results suggest that there is a lower proportion of Roma problem drug users in the treatment than in the case of other groups of users. It seems also that the Roma users drop out from treatment usually at an earlier phase and their retention is very low. It leads to a conclusion that recent treatment programmes should be changed. It is likely that most crucial changes are needed in the area of enhancement of cooperation between staff and relatives of Roma drug users, involvement of Roma representatives in the staff of treatment programmes as well as of some of existing rules.

Keywords: Roma people, drug dependence, treatment programme, utilization of services, retention in treatment.

Obsah

1. Úvod	8
2. Romové v České republice	9
2.1 Vybrané pojmy.....	9
2.2 Struktura romského společenství u nás.....	10
2.3 Vymezení pojmu Rom pro tento výzkum	11
2.4 Demografie	12
2.5 Postavení Romů ve společnosti	12
2.6 Sociální aspekty užívání drog.....	13
2.6 Poradní orgány vlády ČR pro záležitosti romské komunity.....	16
3. Léčba drogové závislosti	16
3.1 Problémové užívání drog.....	16
3.2 Léčba.....	17
3.3 Typy léčby	17
3.4 Dosavadní výzkumy na téma Romové	18
3.5 Romská resocializační komunita (RRK)	22
4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky	25
4.1 Cíle	25
4.2 Výzkumné otázky	25
5. Popis metodologického rámce a metod	26
5.1 Metody.....	26
5.2 Analýza dat.....	28
5.3 Etické normy a pravidla výzkumu	29
5.4 Popis souboru.....	30
5.5 Výzkumná validita.....	31
5.6 Reprezentativita.....	31
5.7 Poznámky k výzkumu.....	31
6. Výsledky výzkumu	32
6.1 Výsledky výzkumu mezi romskými uživateli drog	32
6.2 Výsledky výzkumu mezi odborníky.....	41
6.3 Dotazníkové šetření v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách	52
7. Diskuse a závěry	55

7.1 Diskuse k výzkumu.....	55
7.2 Závěry z výzkumu.....	56
7.3 Srovnání s dosavadními výzkumy	57
8. Použitá literatura	58
9. Přílohy	62
Příloha 1 – Informovaný souhlas	63
Příloha 2 - Výzkumné otázky pro odborníky	65
Příloha 3 – Výzkumné otázky pro romské uživatele	67

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM

Sklenář, Ondřej (2008). Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrické klinika 1. LF a VFN. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.

1. Úvod

Téma bakalářské práce vychází z pracovních zkušeností autora v kontaktním centru pro uživatele nealkoholových drog STAGE 5, Progressive o.s. Existuje celá řada zajímavých fenoménů, které autor za necelé dva roky své práce kontaktního pracovníka se závislími klienty vypořádal a rád by se jimi dále zabýval. Jedno z nich bylo zvoleno jako téma pro bakalářskou práci - Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog.

Impulzem pro výběr tohoto tématu bylo zjištění, že na Praze 5, ale i celkově v Praze, je velké množství uživatelů drog z řad romské komunity. A na základě praktické zkušenosti z práce s nimi se zdá, že mají v něčem jiný přístup k neromským pracovníkům kontaktního centra, ke službám jež jeho tým poskytuje, a že důvěra z jejich strany k němu je menší než u klientů z majoritní společnosti. Další zkušenost je taková, že de facto žádní klienti našeho zařízení z řad romských uživatelů drog nejsou odesíláni do pobytových či ambulantních léčebných zařízení. Ať už jde o psychiatrickou kliniku, terapeutickou komunitu či denní stacionář. A naopak, pokud nějaké služby využívají, jsou to služby terénních programů a nízkoprahových center, substituční programy a případně pobytová detoxifikace.

Tyto zkušenosti vedly k zamyšlení, proč tomu tak je a ke snaze zjistit - skrze názory romských klientů a odborníků - jaký je jejich pohled na daný jev a zda by nebylo žádoucí naše služby změnit.

2. Romové v České republice

V České republice se setkáváme s různými přístupy a taktéž pojmenováváními pokud hovoříme o Romech. Lze se setkat s uchopením pojmu „Rom“ způsobem, jakoby se jednalo o rasu, etnickou skupinu, národ, národnostní menšinu, apod.

Taktéž se můžeme setkat s různými názory na to, kdo je vlastně skutečný Rom a koho k této skupině počítat či nikoliv. Zda je to člověk, který sám sebe označí jako Roma, nebo ho za něj označí jiní či ten, kdo splní určité psychologické, sociální, či kulturní kritéria připisovaná této skupině většinovou společností či mluvčími zmíněné skupiny obyvatel.

2.1 Vybrané pojmy

Vzhledem k výše uvedeným nejasnostem, se jako užitečné jeví, uvést v úvodu práce definice vybraných pojmů, s nimiž bude v dalším textu pracováno.

2.1.1 Etnikum, etnická skupina

Průcha (2007) uvádí, že v české a evropské terminologii je jemné významové rozlišení: etnikum je výraz označující obvykle společenství rozvinuté na úroveň národa (např. Češi), kdežto výraz etnické skupina často označuje ta společenství, která do úrovně národa nedospěla (např. Romové v ČR nebo Laponci ve Finsku či Švédsku).

2.1.2 Etnická příslušnost

Etnická příslušnost je chápána jako projev vědomí a sounáležitosti jednotlivce či skupiny s určitou etnicitou. Objektivními komponenty etnicity se rozumí teritorium, jazyk, aj., za subjektivní komponenty se považují postoje, zvyklosti nebo hodnotový systém. V praxi je etnická příslušnost často ztotožňována s kategorií „národnost“, např. při sčítání obyvatelstva (Průcha, 2007), viz bod 2.4.

2.1.3 Národ a národnost

Národ je v současném světě velké společenství lidí, kteří jsou navzájem spojeni kombinací několika druhů objektivních vztahů (hospodářských, územních,

politických, jazykových, kulturních, náboženských) a odrazem těchto vztahů ve společenském vědomí (Brouček et al., 1991 in Průcha, 2007).

Národnost jako příslušnost k určitému národu je v současném světě chápána ve dvojitě smyslu pojmu „národ“: (1) Národ ve smyslu etnickém je soubor osob obvykle se společným jazykem, společnou historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím. (2) Národ ve smyslu politickém je prostě soubor občanů určité státní, tedy soubor osob se státní příslušností tohoto státu (Roubíček, 1997 in Průcha, 2007).

2.1.5 Národnostní menšina

Existují-li problémy s vymezením pojmu „národnost“, pak ještě komplikovanější je pojem národnostní menšina. Většina autorů a publikací zabývajících se touto problematikou sdílí názor, že vymezení národnostní menšiny se shoduje s vymezením etnika či etnické skupiny (Průcha, 2007).

V ČR je pojem „národnostní menšina“ vymezen právní normou, a to zákonem č. 237/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin, kde se praví v paragrafu 2, odst. 1: Národnostní menšina je společenství občanů ČR žijících na území současné ČR, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.

Romové jsou rovněž chápáni nejednoznačně, buď jako etnická skupina, nebo jako rasová skupina.

Ale např. v praxi adiktologických služeb není problém evidovat příslušníky národnostní menšiny, nelze to ale v případě Romů, což by bylo vnímáno jako rasismus. Tato skutečnost mj. komplikovala i realizaci níže prezentovaného výzkumu, zejména ve vztahu k otázce, kolik romských uživatelů drog užívá služby léčby závislého chování.

2.2 Struktura romského společenství u nás

Struktura romského společenství v ČR není jednodušší, ale naopak je zde zastoupeno několik skupin Romů.

2.2.1 Romové v ČR

Nejpočetnější zastoupení mezi Romy v České republice mají Romové slovenští, kteří tvoří asi 75–85 % z celkového počtu Romů u nás (procentuální údaje jsou jen velmi přibližné, orientační). Výraznou komunitu tvoří Romové olašští s asi 10 %, kteří se dále dělí na další skupiny, podskupiny a množství rodů. Zbývajících 10–15% představují především maďarští Romové. Jen nevýznamně se na tomto čísle podílejí zbytky původních českých Romů a němečtí Sintové. U nás žijící Sintové mají však jádro své komunity (zpravidla vždy někoho z příbuzných) v Německu (Horváthová, 2002).

2.2.2 Kdo je to Rom? (Moravskoslezský kraj, 2006):

a) Romem je ten, kdo se hlásí k romství, tedy občan České republiky, který se deklarativně přihlásí k romské národnosti.

b) Romem je ten, kdo žije jako Rom

Romové žijící u nás většinou nemají potřebu deklarovat své romství přihlášením se k romské národnosti při sčítání lidu, přesto však udržují romskou kulturu a z generace na generaci si předávají tradice a mateřský jazyk. Způsob života lidí udržujících v romských komunitách tradiční kulturu je označován romským slovem „romipen“.

c) Romem je ten, kdo vypadá jako Rom

Charakteristické antropologické rysy lidí příslušejících k romské etnické skupině ruku v ruce se zažitými předsudky většiny majoritní společnosti vůči této minoritě působí jako společenské stigma, a to naprosto nezávisle na jejich vůli, způsobu života, výši dosaženého vzdělání, apod. Příslušníky majoritní společnosti jsou označovány za Romy („cikány“) například i romské děti vyrůstající od kojeneckého věku v adoptivních většinových rodinách, tedy nedotčené romskou kulturou ani způsobem života „romipen“.

2.3 Vymezení pojmu Rom pro tento výzkum

Nová škola, o.p.s. ve svém výzkumu vymezuje pojem Rom následovně (Nová škola, o.p.s., 2006). Za Roma považujeme jedince, který se za Roma sám považuje, aniž by se nutně k této příslušnosti za všech okolností (např.

při sčítání lidu) hlásil, a/nebo je za Roma považován významnou částí svého okolí na základě skutečných či domnělých (antropologických, kulturních nebo sociálních) indikátorů.

Toto vymezení pojmu „Rom“ může být vnímáno jako politicky nekorektní, zdůrazňuje však skutečnost, že právě připsané romství je jednou z hlavních příčin sociálního vylučování řady obyvatel ČR. Pro výzkum prezentovaný v této bakalářské práci bude pojem Rom uváděn v kontextu výše uvedené definice.

2.4 Demografie

Navrátil (2003) uvádí, že se odhaduje, že v západní Evropě žije asi 1,5 milionu Romů a ve východní Evropě pak více jak 3 miliony. V České republice Romové tvoří početně nejvýznamnější etnickou menšinu. To je v rozporu s výsledky sčítání lidu z roku 2001, kdy se k romské národnosti přihlásilo 11 716 osob (Český statistický úřad, 2003). Jak dále Navrátil (2003) píše, je zřejmé, že množství občanů, kteří se přihlásili k romské národnosti, neodpovídá reálnému stavu věcí. Uvádí, že střízlivé expertní odhady se v této věci obvykle pohybují na úrovni 200 – 300 tisíc (cca 2 – 3% obyvatel) a jsou i odhady vyšší. Některé další zdroje na základě sčítání odhadují, že skutečný počet Romů v ČR v roce 2001 činil přibližně 72 000 osob (Rada vlády pro národnostní menšiny, 2002), podle jiných zdrojů je odhadovaný počet Romů v ČR dvojnásobný až trojnásobný, tedy přibližně 160 – 200 tis. (Nedomová, 1998). Z prognóz provedených na katedře demografie PŘF UK vychází, že v ČR žije okolo 200 tis. Romů (Langhamrová, Fiala, 2003). Tento odhad je založen na datech z roku 1989, kdy podle evidence tehdejších národních výborů žilo v ČR celkem 145 738 Romů. Schmidt (Schmidt in Kalina, 2003) uvádí, že polovina romské populace je mladší než 19 let, což znamená, že mezi školními dětmi je přibližně 4% Romů.

2.5 Postavení Romů ve společnosti

Následující odstavce přinášejí pohled několika autorů na postavení Romů v naší společnosti.

2.5.1 Vztah majoritní společnosti k Romům

Navrátil ve své knize uvádí (Navrátil, 2003), že se někteří jedinci opírají o falešnou představu, podle níž má většinová společnost problémy s Romy (tzn., kdyby Romové problémy nezpůsobovali, bylo by vše v pořádku). Argumentuje, že ve skutečnosti jsou naše problémy vzájemné. A pokračuje, že Romové nezdědka narážejí na bariéry, které jim neumožní žít důstojný a spokojený život v české společnosti, a současně jsou pro většinu obyvatel způsob života a kultura Romů tak „nesrozumitelné“, že ve výsledku se vzájemné vztahy udržují na velmi „chladné“ úrovni.

Podle Mareše (2006) jsou Romové českou populací vnímáni primárně jako příslušníci odlišného etnika a teprve sekundárně jako občané (oni ne my) a veřejnost je posuzuje především podle předpokládané ochoty k asimilaci (stát se stejnými jako my).

Otázkou zůstává, jaký bude tedy postoj společnosti vůči Romům, kteří jsou uživateli drog, kdy budou zastoupeny už nejméně dva znevýhodňující faktory: příslušnost 1) k romské národnosti a 2) ke skupině uživatelů drog.

Pro dnešní dobu je příznačné, že nepřátelský postoj není směřován k jednotlivcům dopouštějícím se zavrženíhodných činů, ale k Romům jako skupině. V takové situaci dochází ke stigmatizaci všech, kteří se otevřeně hlásí k romské komunitě. Romští jedinci dosahující nadprůměrné vzdělanostní i sociální úrovně mají proto tendenci se ke svému etniku nehlásit, aby se nepříjemné celoživotní stigmatizaci vyhnuli. Přitom jako deklarovaní Romové by mohli být pro své etnikum, a tím i pro celou společnost velkým přínosem (Horváthová, 2002).

2.6 Sociální aspekty užívání drog

Různé sociální aspekty mohou situaci Romů zhoršovat, což se mj. může projevat i ve vztahu k užívání návykových látek respektive k procesu rozvoje závislého chování.

2.6.1 Sociální vyloučení

Navrátil (2003) se zmiňuje, že Romové jsou jednoznačně skupinou, která je sociálním vyloučením postižena velmi výrazně. V důsledku jejich společenského vyloučení jsou příležitosti běžně dostupné většině společnosti pro jednotlivé Romy, romské rodiny a celé komunity velmi omezené.

Steiner (Steiner in Hirt a Jakoubek, 2004) v kapitole ekonomie sociálního vyloučení popisuje kauzální vztahy mezi chudobou, diskriminací, neefektivním chováním Romů a velkými solidárními sítěmi. Píše, že velké solidární sítě vedou k neefektivnímu chování. Neefektivní chování pak vede k diskriminaci a diskriminace nakonec k chudobě.

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nižší (nedokončené) vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Kumulace více sociálních problémů pak může vést až k sociální exkluzi. Samotné vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i jeho příčinou. Sociální exkluzí jsou kromě uživatelů drog ohroženi především nezaměstnaní, osoby bez domova a osoby s nízkým vzděláním, imigranti, příslušníci minorit a děti vyrůstající v problémových rodinách. V ČR se sociální exkluze týká především některých skupin romské populace, jak vyplývá ze zprávy o stavu ve věcech drog za rok 2006 (Úřad vlády ČR, 2007).

2.6.2 Znevýhodňující faktory

(Křištofová in Štandlová, 2007):

- Romství jako stigma (znevýhodňující faktor),
- nerovnoprávné postavení mužů a žen v romské rodině,
- etnobyznys – otázka účelného využívání dotačních programů (způsobuje negativní obraz Romů),
- nízká informovanost majoritní veřejnosti a úřadů (nepopulární téma, okrajová záležitost),
- romský problém nemá legitimitu (1. nejsou statistické údaje, 2. majorita nevnímá frustraci Romů z bezvýhodné situace),

- pozitivní diskriminace (není promyšlena do důsledků),
- syndrom únavy na obou stranách, tj. majorita i minorita (vyčerpávající sociální práce, z pohledu Romů však nepřináší zásadní pozitivní změnu).

2.6.3 Romské komunity a drogy

Exkluze romských komunit je chápána jako nakupení sociálních problémů. Na straně jedné primárními faktory a na straně druhé stejně tak důsledky sociálního vyloučení Romů jsou dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost nebo špatná kvalita bydlení (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007).

Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004 (Úřad vlády ČR, 2005) uvádí, že šetření zdravotního stavu obyvatelstva v zahraničí ukázala, že i v zemích s rozvinutými zdravotními a sociálními službami je výskyt některých onemocnění (jak infekčních, tak neinfekčních) v různých etnických skupinách odlišný. Epidemiologické studie zdravotního stavu obyvatelstva, prováděné v zemích EU, zjišťují vyšší četnost „psycho-somatických onemocnění“ u skupin příslušníků etnických minorit oproti majoritní populaci. S tím může úzce souviset i čtenější výskyt drog.

2.6.4 Zodpovědnost společnosti

Sociální vyloučení Romů nelze chápat převážně jako důsledek osobních vlastností příslušníků romské komunity, ale spíše jako jev, který má široké příčiny historické, kulturní, ekonomické a zejména sociální povahy. Za těchto okolností se společnost (správní orgány) musí cítit odpovědná za řešení tohoto stavu (Navrátil, 2003).

2.6.5 Snahy o řešení problémů romské komunity

Společným jmenovatelem a možná i základním problémem téměř všech ideových východisek expertních řešení tzv. „romské problematiky“ je předpoklad, že expert – příslušník majority může porozumět světu minoritních společenství, ať už jsou definována etnicky či jinak. Na základě tohoto objektivního porozumění potom strategicky či systémově volí cílené intervence, prostřednictvím nichž ovlivňuje odchylku od normy. Tuto formu ovšem

konstruuje a definuje on sám, protože on je majoritou delegován jako expert. Zjednodušeně řečeno: naše řešení jsou téměř vždy mocensky orientovanou formou sociální kontroly, protože my jako příslušníci majority určujeme, co je a co není pro romskou populaci vhodné, žádoucí a zdravé. Takové ovlivňování ovšem nemůže respektovat základní atributy situace sociální pomoci, tj. hledání a formulaci společného tématu, které by v daném kontextu mělo smysl pro všechny zúčastněné tak, aby na něm mohli vzít účast (Schmidt in Kalina, 2003).

2.6 Poradní orgány vlády ČR pro záležitosti romské komunity

Na integraci příslušníků romských komunit do společnosti se mají významně podílet zejména dva poradní orgány vlády ČR: Rada vlády České republiky pro záležitosti romské komunity (<http://www.vlada.cz/cs/rvk/rzrk/rzrk.html>) a Rada vlády České republiky pro národnostní menšiny (<http://www.vlada.cz/cs/rvk/rnm/default2.html>). Obě rady jsou iniciativními a poradními orgány vlády a nemají přímé výkonné kompetence.

3. Léčba drogové závislosti

V této části bude uveden přehled všech typů služeb v ČR. Dále zde budou interpretovány výsledky šetření v ústavních a residenčních léčebných zařízeních.

3.1 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátových a/nebo kokainových a/nebo amfetaminových drog (EMCDDA, 2006). V ČR je nejvíce rozšířenou drogou metamfetamin (pervitin). V definici není uvedeno např. čichání těkavých látek, jež je zejména mezi mladými Romy časté a svými důsledky je patrně stejně, ne-li více rizikové než užívání heroinu nebo kokainu či pervitinu.

3.1.1 Odhad prevalence problémového užívání drog

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (Mravčík et al., 2005) dosáhl počet problémových uživatelů drog (dále jen PUD) v roce 2004 na 30 000 osob. V roce 2005 pak v ČR mírně stoupl počet PUD na

32 000 (Mravčík et al., 2006). A dle prevalenčních odhadů byl celkový počet PUD v ČR v roce 2006 odhadován na 30 200 osob. Z toho v Praze měl být v roce 2006 celkový počet PUD 8 400 osob (Mravčík et al., 2007). Zdá se tedy, že počet PUD je v ČR poměrně stabilní a pohybuje se okolo čísla 30 000 osob.

3.1.2 Odhad prevalence problémového užívání drog mezi Romy

Tato data neexistují – jedním z hlavních důvodů jejich neexistence je patrně skutečnost, že uvádění počtu romských klientů dle definice uvedené v bodě 2.3 by bylo považováno za „rasistické“.

3.2 Léčba

Kalina (2001) uvádí, že léčba závislosti na psychoaktivních látkách je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života a zvýšit kvalitu jejich života.

3.3 Typy léčby

V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které lze dle typu rozlišit na ambulantní (ambulantní zdravotnická zařízení, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny) (Mravčík et al., 2006).

Standardy odborné způsobilosti (RVKPP, 2003) rozlišují 9 typů služeb, a to detoxifikaci, kontaktní a poradenské služby, terénní programy, ambulantní léčbu, stacionární programy, krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu, rezidenční péči v terapeutických komunitách, následnou péči, substituční léčbu a primární prevenci užívání návykových látek. Všechny tyto typy služeb mají podle požadavků standardů poskytovat péči všem uživatelům drog bez ohledu na jejich národnostní či etnickou příslušnost a v souladu s platnou právní úpravou.

Pro tento výzkum byly jako stěžejní vybrány tyto služby: detoxifikace, ambulantní léčba, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba a rezidenční péče

v terapeutických komunitách. Neboť výzkumy potvrzují (viz. bod 3.5) dobrou účast romských klientů v nízkoprahových a substitučních programech a naopak nízkou účast v pobytových či ambulantních programech (např. denní stacionář). A prozkoumat tento jev patří k jednému z cílů této práce.

3.4 Dosavadní výzkumy na téma Romové

Na téma vztahů mezi Romy a majoritní společností, užívání drog mezi Romy, znalosti o existujících službách apod. proběhlo již několik výzkumů. Z těch byly vybrány pouze poznatky relevantní pro prezentované šetření.

3.4.1 Šetření o vztazích mezi Romy a majoritní společností

Ve výzkumu z r. 1997 (Nedomová, 1998), který se zaměřil na vzájemné vztahy mezi Romy a majoritní společností se respondenti (N = 1 210 osob) mj. pokoušeli pojmenovat nejzávažnější příčiny problémů vznikajících mezi Romy a majoritní společností. Podle míry významu je lze seřadit v tomto pořadí:

1. rozdíly v mentalitě, systému hodnot a kulturní rozdíly,
2. rozdílný způsob života,
3. rozdílné zvyky a tradice,
4. přístup Romů k dodržování zákonů,
5. (ne)zájem o práci či (ne)ochota pracovat,
6. nedůvěra Romů k úřadům a neochota spolupracovat s nimi,
7. rozdílné postavení Romů ve společnosti,
8. uzavřenost majoritní společnosti Romům,
9. uzavřenost romských komunit,
10. nezájem a neochota úřadů řešit specifické problémy Romů,
11. jazyková bariéra.

3.4.2 Specifika romských uživatelů drog ve srovnání s majoritními uživateli.

Autorkou absolventské práce na VOŠ sociálně právní je Alice Vyhnalová. V jí realizovaném výzkumu byly z pohledu této práce nejzajímavější informace o romské rodině. Autorka (Vyhnalová, 2004) uvádí, že v romské rodině platí odlišná pravidla než v neromské. Např. ve vztahu k drogám uvádí, že v romských rodinách není výjimkou „vícegenerační závislost“. Jedná se o to, že

v jedné (zpravidla rozvětvené) rodině užívají děti (sourozenci, bratřenci), rodiče a někdy dokonce i prarodiče (ti bývají mladší než je běžné v majoritě vzhledem k časnému zakládání rodin u Romů).

Dalším jevem, který je v romských rodinách (převážně olašských) častější než v majoritních, je výroba a distribuce drog. Vyhnalová (2004) také uvádí, že Romové v České republice ještě ve větším měřítku nepoznali zhoubné zdravotní důsledky závislosti, a proto se užívání drog zatím příliš neobávají.

3.4.3 Romský vzájemný výzkum

V letech 2002–2004 provedla Společnost Hvězda (Vrtbovská a Larkin, 2004b) Romský vzájemný výzkum s cílem zkoumat situaci v oblasti užívání drog u Romů v ČR. Během práce na těchto projektech se objevila určitá témata, o kterých autoři ve své zprávě referují (Vrtbovská, Larkin, 2004b) – např.:

- Velmi omezená informovanost romské komunity o užívání drog, drogové závislosti a jejích následcích.
- Nepříznivá sociální situace Romů v ČR (nezaměstnanost, nedostatečné vzdělání, sociální exkluze apod.).
- Neporozumění, nerespektování kulturních odlišností ze strany majority.
- Tendence Romů se separovat, žít v uzavřené komunitě, hluboce zakořeněná nedůvěra ke „gadžům“ vs. touha uspět u „bílých“.

Výsledky výzkumu (Vrtbovská, Larkin, 2004a):

V souboru uživatelů drog (R=43) byl nejčastěji užívanou drogou heroin (37), pervitin (35), 24 respondentů uvádí zkušenost s oběma drogami. Déle Subutex (19) a léky (18). Injekční aplikaci heroinu uvedl 31 respondent, pervitinu 18 a Subutexu 15.

Respondenti byli dobře informováni o terénních programech, situace byla horší v informovanosti o kontaktních centrech. Celkem 24 respondentů o nízkoprahových zařízeních vědělo a také jejich služeb někdy využili (maximálně 3x), důvodem návštěvy byly zejména testy na HIV a VHC.

Informace o detoxifikaci mělo 26 respondentů, už mnohem menší část tuto službu využila (10), z toho devět uvedlo, že nebyli spokojeni. V průměru tam vydrželi týden. Asi polovina, tedy 21 respondent věděl, proč léčba existuje a 15

z nich i jak se tam dostat. Pouze 2 lidé však tuto službu využili, oba byli nespokojeni. O substituční léčbě vědělo 17 respondentů.

14 respondentů uvedlo, že by se ze závislosti dostali sami. Služeb pracovníků nízkoprahových služeb by využilo 18 respondentů. Respondenti měli obecně větší důvěru k ambulantním typům služeb (zejména terén, substituce i K-centrum), i k snaze abstinovat ve známém sociálním prostředí (léčili by se sami).

Autoři odvodili z výzkumu následující doporučení pro tvorbu protidrogové politiky (Vrtbovská, Larkin, 2004c): Služby by měly mít specializovaný personál, který by byl vyškolen tak, aby pomohl romským klientům překonat kulturní rozdíly.

3.4.4 Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům.

V roce 2005 provedli autoři Vacek, Gabrhelík, Miovská a Miovský studii, kde využili metodiku Rapid Assessment and Response (RAR). Celkem se do studie zapojilo 27 uživatelů drog, reprezentantů 8 národností (z toho 12 Romů) a 14 pracovníků nízkoprahových služeb.

Ze závěrů studie je pro potřeby této práce je nejzajímavější bod, v němž se hovoří o doporučeních specifického přístupu vůči romským uživatelům drog: Zejména u romské populace je nutné se zaměřit na individuální práci s rodinou a informování a vzdělávání romských rodin.

3.4.5 Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti

V letech 2005–2006 byla pro MPSV zpracována Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti. Hlavním cílem analýzy bylo získání základních informací o situaci (sociálně) vyloučených a vyloučením ohrožených romských lokalit v ČR (Nová škola, o.p.s., 2006). Celkem bylo v ČR popsáno 310

vyločených romských lokalit ve 167 obcích. Z toho 30 % lokalit vzniklo v posledních 10 letech, a to převážně řízeným sestěhováním obyvatelstva. Necelá čtvrtina lokalit (23 %) je jasně prostorově vyloučená, nachází se mimo okolní zástavbu, 31 % domů a bytů v těchto lokalitách je ve špatném nebo neobyvatelném stavu. Jako zásadní problém byla ve vyloučených romských lokalitách identifikována vysoká míra nezaměstnanosti související s nízkou vzdělaností, nízkými sociálními kompetencemi, nízkou motivací a často i zhoršeným zdravotním stavem obyvatel negativně ovlivněným špatnými stravovacími návyky, kouřením, konzumací alkoholu a jiných návykových látek.

3.4.6 Souhrnná zpráva o zneužívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin

V r. 2006 provedlo Ministerstvo vnitra ČR studii zaměřenou na zmapování situace v oblasti užívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin s cílem navrhnout opatření preventivního a případně i represivního charakteru ke snížení dostupnosti drog. Data byla sbírána prostřednictvím krajských správ Policie ČR (styčných důstojníků Policie ČR pro menšiny). Závěry studie uvádí, že užíváním drog je zasažena především romská a vietnamská menšina. Mezi slovenskými Romy převládá čichání těkavých látek, v posledních letech také užívání konopných látek a pervitinu, zatímco mezi olašskými Romy převládá užívání Subutexu. Podle dat Policie ČR jsou příslušníci romské komunity často zapojeni do obchodování s drogami a pěstování konopí. Podle zprávy bývají Romové zapojeni do získávání a prodeje Subutexu na černém trhu. Rodiny také často obviňují uživatele drog z vlastních řad z důvodu, aby docílily vyšší délky trestu odnětí svobody a zamezili tak dalšímu užívání drog (Ministerstvo vnitra ČR, 2007).

3.4.7 Niektoré odlišnosti medzi rómskymi a nerómskymi užívateľmi drog na Hlavnom nádraží v Prahe z pohľadu terénneho pracovníka. Terénny výskum.

V roce 2007 realizovala studentka Renata Berkyová (FF UK, obor Romistika) výzkum zaměřený na romské uživatele drog na hl. nádraží v Praze.

Metodologie: kvalitativní výzkum, šest respondentů, řízený rozhovor a zúčastněné pozorování.

Z rozhovorů vyplynulo, že romští uživatelé zpravidla ve fázi těžké závislosti bydlí doma, u svých rodičů, prarodičů, sourozenců apod. Specifická situace je u olašských Romů, kteří se distribucí drog často živí.

Účastník Štefan: „ *Oni většinou berou jen heroin. Pervitin si dávají jen na to, aby mohli vydržet celý den na nohách a shánět peníze na heroin. Ten je pro ně drogou.*“

Při výzkumu se autorka setkala s názorem, že Romové mají velké problémy s léčením z drogové závislosti, což může mít různé důvody. Všichni respondenti se shodli v konstatování, že Romové mají s léčbou těžkosti. Kromě strachu z bolesti, který uváděli někteří respondenti, byla uváděna nedůvěra vůči psychologům, psychiatrům a všeobecně vůči institucím. Taktéž byl zmíněn odborný jazyk lékařů, který dělá Romům problémy. Mnoho Romů využívá detoxifikaci, kterou však neberou jako první krok k odvykání si od závislosti, ale pro pročištění organismu. U olašských Romů je specifická situace. Ti do léčení nastupují jen velmi zřídka. Vyskytují se však případy, kdy se celá rodina drogově závislá rozhodla přestat užívat drogy a odstěhovala se.

Kromě jiného, přežívání Romštiny mezi závislými Romy a přebírání romských slov do slangu drogově závislé komunity je znakem, že se Romové identifikují jako lidi s romským původem a z toho vyplývajícím jazykem a ne čistě jako drogově závislí.

3.5 Romská resocializační komunita (RRK)

V tomto případě se nejedná o výzkum, ale o projekt. Z důvodu jeho výjimečnosti a jedinečnosti považují za nezbytné jej na tomto místě stručně představit. Autorem projektu je Dimitrovka Štandlová, která je protidrogovou koordinátorkou města Brna. Obsahem projektu je analýza situace ve městě Brně a návrh systémového řešení problému užívání návykových látek v romské minoritě ve spolupráci se zástupci místních romských aktivit, jež podle autorky spočívá ve zřízení RRK a návazných projektů (viz bod 3.5.2.).

3.5.1 Zdůvodnění projektu

Štandlová (2007) uvádí, že město Brno má necelých 370 000 obyvatel a 4 sociálně vyloučené lokality téměř v centru města. V lokalitách žije cca 50 % romského obyvatelstva. Školy v těchto lokalitách z 85 % navštěvují romské děti. Cca 90% členů romské komunity žije ze sociálních dávek, trestné a přestupkové činnosti a práce „načerno“. Téměř 50 % romských obyvatel v těchto lokalitách jsou osoby do 15 let. Mezi nejčastější patologické jevy patří v daných lokalitách prostituce, krádeže, gamblerství, užívání návykových látek, alkoholismus. Významně zastoupena je lichva a úvěrové podvody, též prodej drog. Statistické údaje nejsou k dispozici, drogová scéna v romském etniku není zmapována.

3.5.2 RRK a návazné projekty chráněné dílny, chráněné bydlení, doléčovací program

Na otázku proč zřídit RRK autorka odpovídá, že především staví na doporučení odborníků, kteří upozorňují na selhávání romských klientů v běžných programech a na specifika romských uživatelů drog, kterým je nutno rozumět. Autorka píše, že program romské resocializační komunity – bude poskytovat tzv. 3 R: resocializaci, rekvalifikaci a rodinnou terapii. Navrhovaný projekt má poskytovat komplexní péči o problémového uživatele návykových látek z romské minority ve spolupráci se stávajícími romskými aktivitami. Obdobný projekt dosud v ČR neexistuje. Před umístěním klienta na detoxifikaci a následně do RRK mají spolupracovat romský streetworker, romský asistent a romští sociální a zdravotní asistenti. Po absolvování detoxifikace a programu v RRK budou s klientem spolupracovat romské agentury (právní poradenství, zprostředkování práce, zprostředkování ubytování, sociální poradenství). Proč a v čem konkrétně mají tyto jednotlivé složky spolupracovat již autorka neuvádí.

3.5.3 Vytvoření vzdělávacího programu pro budoucí pracovníky terapeutické komunity

Autorka projektu uvádí, že díky tomuto programu bude možné s časovým předstihem proškolit pracovníky komunity pro přímou práci s cílovou skupinou.

Píše, že program je dobře cílený – většina účastníků programu je romské národnosti – jejich pomoc bude mít nadhodnotu v tom, že bude vycházet z dobré znalosti prostředí a z jejich zkušeností s životem v romské komunitě.

3.5.4 Popis realizace projektu

Klienta bude kontaktovat a motivovat k léčbě především romský streetworker. Na motivaci klienta k léčbě se mohou podílet pracovníci všech romských aktivit ve městě Brně, protože s takovým klientem je možné se setkat v rámci jiných poskytovaných služeb (právní poradenství, sociální poradenství, volnočasové aktivity, zdravotní asistence, asistence na školách formou romských asistentů). Motivovaný klient absolvuje Detox. Na Detox navazuje navrhovaný projekt Romská resocializační komunita.

Ne úplně zodpovězenou otázkou zůstává, z jakého důvodu romští uživatelé využívají detox. Zda se nejedná pouze o pročištění organismu či snížení tolerance. Pokud by tomu tak bylo, využívali by služeb RRK?

3.5.5 SWOT analýza projektu

Mezi silné stránky patří, že projekt je zaměřen na komplexní řešení problematiky romských uživatelů návykových látek. Dále, projekt budou realizovat zkušení odborníci, zakladatelé a provozovatelé terapeutické komunity v Kyjově. Pozitivní je vytvoření vzdělávacího programu pro budoucí pracovníky terapeutické komunity (Štandlová 2007).

Jak bude později uvedeno ve výsledcích výzkumu (bod 6.3.2), terapeutické komunity mají s léčbou romských uživatelů velmi malé a mnohdy nulové zkušenosti. Můžeme se tedy ptát, zda tito odborníci na léčbu uživatelů z řad majoritní společnosti jsou ti praví realizátoři projektu. Na druhou stranu je třeba uvést, že data od TK v Kyjově nebyla získána.

K slabým stránkám projektu patří, že není zaměřen na uživatele mladší 15 let a na těhotné matky závislé na drogách. Dále časová náročnost a dlouhodobost terapie (Romové „jsou orientovaní na přítomnost“), umístění resocializační komunity mimo bydliště uživatelů či to, že program v resocializační komunitě je postaven na dodržování režimu a pravidel uvnitř terapeutické komunity, což není příslušníkům romské komunity vlastní (Štandlová 2007).

Co se týče věku, Kalina (2003) uvádí, že se věk ve většině TK pohybuje v rozmezí 18 – 35 let. O TK pro osoby mladších 15 let se nezmiňuje. V ČR je to snad pouze Cesta Řevnice, která není v pravém slova smyslu TK. Celkově se zdá, že převažuje více argumentů proti než pro a bylo by zapotřebí ještě konkrétně specifikovat a propracovat některé body.

4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

4.1 Cíle

Cílem práce je nalézt odpovědi na otázky, zda je možné v přístupu romských problémových uživatelů drog k léčbě nacházet specifika, co je příčinou nízkého počtu romských uživatelů drog v léčebných programech oproti uživatelům drog z majoritní společnosti a případně jaká přijmout opatření, jež by mohla vést ke zlepšení současného stavu ve využívání služeb programů léčby romskými uživateli drog.

Výzkum si však neklade za cíl vyprodukovat nějaký obecný závěr, který by byl aplikovatelný pro celou ČR a byl by vydáván jako obecně platné stanovisko. Chce se pokusit zjistit od samotných romských uživatelů drog v Praze, jak oni vnímají situaci ohledně možnosti léčby drogové závislosti a zda je z jejich pohledu na stávající podobě programů léčby třeba něco změnit, co by zvýšilo míru jejich využívání těchto programů. Výzkum současně usiluje o to, zjistit na dané téma i názor druhé strany, tedy odborníků na léčbu závislostí.

4.2 Výzkumné otázky

1. Je možné v přístupu romských klientů k existujícím programům léčby pro uživatele návykových látek identifikovat nějaká specifika?
2. Co je příčinou nízké účasti romských uživatelů drog v léčebných programech?
3. Měly by se stávající léčebné programy změnit, aby byly více využívány romskými klienty? A pokud ano, jak?

5. Popis metodologického rámce a metod

5.1 Metody

Pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek byl použit kvalitativní výzkum uskutečněný formou polostrukturovaného interview s romskými uživateli nelegálních drog a dále s odborníky z oboru adiktologie. Pro výzkum byla vytvořena základní struktura s okruhy otázek, které byly pro respondenty závazné. Dále bylo definováno tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které bylo nezbytné s participanty šetření prodiskutovat. Tím byl zaručen určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata budou skutečně probrána. Nedílnou součástí výzkumu byla provedená rešerše literatury a odborných výzkumů na téma této práce.

5.1.1 Zdroje dat

Primární data nezbytná pro realizaci šetření, byla získána od dvou skupin respondentů: a) romští uživatelé drog a b) odborníci z oboru adiktologie.

Ad a) Jako zástupci romských uživatelů drog byl institucionálně vybrán vzorek klientů nízkoprahových programů STAGE 5 a NO BIOHAZARD o. s. Progressive v hl. m. Praze, tedy zařízení, v nichž autor pracuje. Pro zařazení klientů zařízení do šetření byla stanovena následující tři kritéria:

- problémoví uživatelé dle definice EMCDDA,
- příslušníci romské národnostní menšiny,
- využívání nízkoprahových služeb.

Ad b) Respondenti z řad odborníků v oboru adiktologie se zkušenostmi v poskytování služeb nízkoprahových programů, substituční léčby a pobytové léčby byli vybráni náhodně na základě naplnění těchto dvou kritérií:

- praxe v oboru adiktologie nejméně pět let,
- zkušenosti v práci s romskými uživateli drog.

5.1.2 Semistrukturované interview

S každým respondentem byl proveden jeden polostrukturovaný rozhovor. Okruhy otázek pro respondenty z obou referenčních skupiny se lišily následovně:

Ad a) Rozhovor s romskými uživateli drog se zaměřoval na získání základních údajů o respondentovi, zejména na následující základní oblasti, jež lze rozdělit na dvě části a ke kterým respondenti mohli volně vyjadřovat svůj názor, popisovat události, zkušenosti apod.

I) Osobní údaje: rodinná situace, drogová kariéra: současné užívání, způsob aplikace, kombinování drog, začátek užívání a jeho následný vývoj, délka užívání.

II) Využívání služeb: zkušenost se službami, jakých služeb respondent využívá, jaké má zkušenosti z léčbou, kolikrát se léčil ze závislosti, kde a kdy naposledy využil služeb léčebného zařízení, atraktivita léčebných zařízení: v čem jsou služby atraktivní, v čem ne, co chybí v nabídce služeb, co by je přilákalo, je nabídka dostačující, má respondent dostatek informací o službách, co by respondent změnil, kdyby měl možnost.

Ad b)

Rozhovory se zaměřovaly na získání základních údajů o současném zaměstnání a zkušenostech z práce s romskými klienty respondenta. Interview bylo rozděleno do tří okruhů, ke kterým respondenti mohli volně vyjadřovat svůj názor, popisovat události, zkušenosti apod.

I) Současná praxe: náplň činnosti zařízení, jeho kapacita zařízení, počet romských klientů v současnosti a za posledních 10 let, poměr klientů z majoritní společnosti a romských klientů.

II) Vlastní zkušenosti z praxe: rozdíly v přístupu romských a neromských klientů ke službám, způsob léčby drogové závislosti u romských klientů, specifika romských uživatelů drog, vliv sociálního prostředí.

III) Posouzení léčebných postupů a návrhy na zlepšení: možnosti a meze uplatňování individuální a skupinové psychoterapie, efektivní a naopak neefektivní formy léčby pro romské uživatele, názory na zapojování rodiny, návrhy na lepší a konkrétní změny, názory na speciální léčebná zařízení pouze pro Romy.

5.1.3 Dotazníkové šetření

V rámci přípravy výzkumu provedl autor dotazníkové šetření. Byla oslovena všechna fungující zařízení poskytující detoxifikaci, ústavní léčbu a terapeutické komunity (TK) v ČR včetně zařízení Cesta Řevnice, která není v pravém slova smyslu TK, avšak pro svoji práci s mladistvými je v určitém směru jedinečným zařízením podobným TK. Všechna zařízení byla oslovena e-mailem s přiloženými otázkami. Cílem byla příprava pro následný výzkum mezi romskými uživateli. Ta spočívala ve snaze utvořit si představu o počtu romských klientů ve výše uvedených zařízeních. Výsledky jsou uvedeny v bodě 6.3.

5.2 Analýza dat

5.2.1 Fixace dat

Všechny rozhovory s romskými uživateli byly nahrávány digitální kamerou ve formě videozáznamu, s odborníky jako audiozáznam na diktafon. Poté byly rozhovory doslovně přepsány. Doslovné přepisy rozhovorů byly upraveny pomocí redukce I. řádu.

5.2.2 Redukce transkribované verze rozhovoru

Redukce I. řádu. Cílem této operace je učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním. Redukcí prvního řádu rozumíme proces transformace plné (doslovné) transkripce záznamu interview nebo ohniskových skupin do plynulejší podoby, vhodnější pro další analytickou práci (Miovský 2006).

Jak poznamenává Miovský (2006, str. 210): „Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechávání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Vynecháváme tedy různé zaznamenané zvuky, slova tvořící pouze tzv. slovní vatu atd. Text dále bývá

očištěn od výrazů, jejichž přítomnost spíše narušuje plynulost a které samy nenesou žádnou další informaci.“

Barvení textu bylo zvoleno jako technika úprav a příprav dat pro analýzu. Technikou úprav a příprav dat pro analýzu může být barvení textu (Miovský, 2006). Pokud tedy pracujeme s „papírovou“, a nikoli počítačovou verzí textu, můžeme v textu barevně označovat pasáže, které se týkají určitých tematických celků (které odpovídají základním výzkumným otázkám). Například každému ze šesti hlavních témat přiřadíme jednu barvu a následně pročítáme text a barvami označujeme všechna místa, která se jednotlivých tematických oblastí týkají.

5.2.3 Metoda analýzy kvalitativních dat - zakotvená teorie

K analýze kvalitativního výzkumu byla vybrána metoda zakotvené teorie. Jak uvádí Miovský (2006), jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze. A jak dále pokračuje, jednou z jejích dalších významných výhod je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle našich potřeb a předmětu výzkumu.

5.3 Etické normy a pravidla výzkumu

V průběhu realizace výzkumu byly dodržovány následující etické normy:

- Souhlas s účastí ve výzkumu – tzv. písemný informovaný souhlas účastníka výzkumu
- Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu (anonymní zpracování získaných dat)
- Ochrana před poškozením či újmou účastníků výzkumu
- Vlastní mlčenlivost
- Dodržení dalších pravidel platných pro etiku v psychologickém výzkumu (např. ochrana vztahů mezi účastníky výzkumu a výzkumníky)

5.4 Popis souboru

Institucionálně vybraní romští klienti nízkoprahových programů pro uživatele nealkoholových drog (STAGE 5 a NO BIOHAZARD) v hl.m. Praze. Celkově bylo uskutečněno 11 rozhovorů, kterých se zúčastnilo osm romských uživatelů drog a tři odborníci na léčbu závislostí. A to jeden odborník z ústavní léčby, jeden odborník z ambulantní léčby a odborník pro práci s romskou komunitou v rámci služeb harm reduction. Rozhovory s odborníky probíhali standardně a výtěžnost rozhovorů byla poměrně dobrá. Naopak skupina romských uživatelů je relativně špatně dostupná. Ačkoliv jsme se snažili oslovit každého romského klienta, který se objevil během dnů určených k nahrávání rozhovorů v kontaktním centru nebo v terénním programu, odmítnutí z jejich strany nebyla ojedinělá. Když už k rozhovoru došlo, často měli velmi na spěch, tudíž bylo obtížné udržet jádro interview a stihnout zodpovědět všechny výzkumné otázky. Stejně tak pokud byly rozhovory nahrávány mimo kontaktní centrum - kde byl dostatek klidu, bylo obtížné v tomto prostředí (Hlavní nádraží či Muzeum) hledat klidné místo pro natáčení. Z těchto a dalších důvodů byla mnohdy výtěžnost rozhovorů velmi nízká.

5.4.1 Soubor pracovníků adiktologických služeb

Do souboru pracovníků byl zařazen lékař (psychiatr) z mužského oddělení léčby závislostí (ústavní detoxifikace a krátkodobá/střednědobá ústavní léčba) z psychiatrické léčebny v Praze. Dalším účastníkem byl lékař (psychiatr) a psychoterapeut z ambulantního zařízení (ambulantní detoxifikace a substituční léčba) a třetím účastníkem byl pracovník z romského terénního programu, oba také v Praze.

5.4.2 Soubor klientů nízkoprahových služeb

Sběr dat s klienty nízkoprahových služeb prováděli dva zaškolení tazatelé (autor výzkumu Ondřej Sklenář a kolega David Valouch z řad zaměstnanců o.s. Progressive. Hlavní výhodou bylo, že měli poměrně vysokou důvěru klientů a s tím spojenou ochotu spolupracovat. Klienti byli vybráni za použití tzv. příležitostného výběru – kdo se v zařízení objevil, toho tazatelé z řad personálu oslovili. Z celkového vzorku 8 účastníků výzkumu tvořili 5 osob muži a 3 ženy. Nejmladšímu účastníkovi bylo 21 let a nejstaršímu 55 let. To, že se podařilo

kontaktovat více mužů věrně odráží situaci, která v nízkoprahových službách existuje: tyto služby jsou více využívány muži. U Romů, na které je tento výzkum zaměřen, však ještě může hrát důležitou roli postavení ženy v romské rodině potažmo celé komunitě, kdy se nezřídka stává, že je jí např. kontakt s léčebnými programy zakazován.

Nejvíce využívanou službou romskými klienty v kontaktním centru i terénním programu je výměna injekčního materiálu. Charakteristiky injekční formy aplikace u uživatelů z našeho souboru vypovídají o tom, že se nám podařilo kontaktovat převážně uživatele nelegálních drog, kteří jsou označováni jako tzv. problémoví uživatelé dle definice EMCDDA.

5.5 Výzkumná validita

Výzkumná validita byla zajištěna triangulací dat z různých zdrojů – jedná se o data získaná přímo od romských účastníků výzkumu (8 osob), profesionálů z oblasti adiktologie (3 osoby) a z odborné literatury či uskutečněných výzkumů.

5.6 Reprezentativita

V případě kvalitativního výzkumu nejde o staticky reprezentativní vzorek ani o zjištění, jež by bylo možné generalizovat (na populaci romských uživatelů drog), ale spíše o pochopení významu, který svému chování připisují. Proto kvalitativní přístup nevyžaduje velké soubory účastníků výzkumu. Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší a vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006).

5.7 Poznámky k výzkumu

Videonahrávka rozhovorů s romskými uživateli drog byla získána pro účely prezentace na AT konferenci v Měříně v roce 2008. Klienti souhlasili s účastí na výzkumu, prezentací krátkého filmu na odborné konferenci a se zpracováním

dat. Rozhovory s odborníky byly zaznamenány jako audio nahrávka pouze pro účely této bakalářské práce, proto nebylo potřeba zaznamenat i obraz.

6. Výsledky výzkumu

Výsledky byly pro větší přehlednost rozděleny do dvou samostatných kategorií – v první části jsou prezentovány poznatky získané od romských uživatelů drog a v druhé od odborníků. Kvalitativní výzkum je navíc doplněn a podpořen dotazníkovým šetřením v TK a PL, které je uvedeno na závěr.

6.1 Výsledky výzkumu mezi romskými uživateli drog

Samotné výsledky výzkumu jsou dále rozděleny a členěny do jednotlivých kapitol, které korespondují s výzkumnými otázkami.

6.1.1 Drogová kariéra

Z rozhovorů vyplynulo, že počátky drogové kariéry se u romských uživatelů drog datují do věku mezi 13 až 17 lety. Pět lidí uvedlo, že dnes užívá Subutex, z toho tři jako primární drogu a dva v kombinaci s pervitinem. Tři dotazovaní uvedli, že užívají pervitin, z nichž pouze jeden jej má jako primární a jedinou drogu. Pro dva respondenty je primární drogou heroin. Lze tedy shrnout, že mezi respondenty převládá užívání opioidů, potom pervitinu a případně nějakých léků. Většina klientů také užívá THC.

Šest lidí z osmi uvedlo, že užívání drog je pro ně zátěž, tj. kdyby věděli, do čeho jdou, nikdy by to nezkusili a že by se chtěli ze své závislosti vyléčit.

Dva respondenti uvedli, že vyrůstali v dětském domově a tam také sahají jejich počátky drogové kariéry. Jeden respondent začal drogy užívat po úmrtí babičky, která jej vychovala. Jeden začal s užíváním drog ve vězení a jiný s kamarády v partě kvůli veliké nuditě. Další dva respondenti uvedli, že je k drogám přivedl kamarád.

6.1.2 Sociální prostředí

Nesporný vliv na počátky drogové kariéry může mít sociální prostředí, kde daný jedinec vyrůstal nebo strávil část svého života. Jeden respondent uvedl první zkušenosti s drogami z vězení, dva z dětského domova, další tři z party nebo s kamarádem.

Pro národnostní menšinu jako jsou Romové, jsou při porovnání s majoritní populací typické silné rodinné a partnerské vazby. Na drogovou kariéru uživatelů může mít nezanedbatelný vliv, mimo jiné také proto že: (rozhovor 6) *„...rodiče bílejších se na ně vykašlou a vyhodějí je z bytu ven. A nezáleží jim na těch dětech, co je s nima. To by u cikánů, u cikána nikdy nebylo. Já znám, mám třeba kamarády, kamarádky a třeba dva, tři dny nejsou doma a jejich rodiče už je hledají. I když třeba na ně nadávají, prostě vyhodějí je z toho bytu, ale nemyslí to doslova, vážně. Prostě je to úplně jiný. Jiný přístup. Jako není to, že by nám to dovolovali nebo něco takového. Prostě věří, že by nám tím ublížili asi víc, kdyby nás vyhodili. Že už dost jsme dole a ještě na ulici být, to už bychom asi.“*

Romská rodina svého člena za užívání drog mnohdy odsoudí. To však pro ni neznamena, že by nějakým způsobem měnila svoje chování ve smyslu péče o svoje třeba již dospělé dítě, ať už se to týká praní, oblékání, vaření, bydlení, apod. Je zde tedy výrazná podpora ze strany rodiny. (Rozhovor 6: *„Maminka z toho byla nešťastná a rodina, ty mě prostě odsoudili. Ale ne jako, že by mě odsoudili, že by mě vyhodili z bytu. U cigánů je to jiný než u bílých.“*)

U mladistvých Romů může mít vliv na počátky užívání drog prostředí města, ve kterém se vyskytují. Mnozí z nich nepoznali jiné prostředí než velkoměsto, ve kterém žijí (rozhovor 2: *„...Jenže tyhle Romové nepoznali nic jiného, než že vyjde ve 14 z baráku a utíká si koupit heroin. Neví co je les, co je houba, neví, co jsou jeřabiny, kaštiny, žaludy, prostě. Takovýchle věci ví teoreticky, ale prakticky vůbec neví, co to je. Nepoznali nějaký jiný prostředí.“*). Mnozí z nich se od dětství pohybují v prostředí, kde se drogy prodávají a také konzumují: (rozhovor 2) *„To je právě ta nesvoboda u nich. Tady po parkách jo. Tam bydlej*

ty feťáci, co si aplikujou. No teď ty mladý lidi to viděj, že jo, Romové. Jo, hele, to musí bejt dobrý, tak to zkusí taky a už je v tom. To je špatný právě, špatný.“

6.1.3 Sociální situace

Dále jako možnou příčinu užívání drog lze spatřovat ve špatné sociální situaci romských rodin, v sociálních podmínkách ve kterých žijí a tedy v problémech které jsou s tím spjaty. (Rozhovor 1) *„To je vlastně sociálníma podmínkami si myslím. Že jo?! Protože většina těch Romů co je dneska na drogách jsou ze sociálně slabších rodin. Že jo?! Opravdu. To bude v tom. Nejhorší.“*

Na vznik a rozvoj závislosti také může mít jistý vliv parta, ve které se mladý člověk vyskytuje a s tím spojené trávení volného času. Pokud není čím zajímavě vyplnit volný čas, nastává situace, kdy se člověk nudí: (Rozhovor 7) *„To bylo tak, že oni. Já jsem to hulení kupoval od černochoů. A oni je všechny pozavírali, tak my jsme neměli trávu a nudili jsme se. To byla veliká nuda. A koupili jsme prostě herák. A dali jsme si to v pěti lidech, si pamatuju.“*

Respondenti mají za to, že silné rodinné vazby stojí i za užíváním drog v celých rodinách napříč více generacemi. Jedná se o vícegenerační závislost, což znamená, že v jedné rodině užívají děti (sourozenci, bratřenci), rodiče a někdy dokonce i prarodiče, kteří bývají mladší než je běžné v majoritě vzhledem k časnému zakládání rodin u Romů. (Rozhovor 8: *„No, tam jsou sestřenice, bratřenci a všichni jsou na perníku. Ale už hodně let.“*)

Prostředí kde jedinec vyrůstal, může později mít vliv na to, zda je či není zvyklý pobývat mezi neromy : (Rozhovor 8) *„...Upřímně, já jsem spíš vyrůstala mezi Čechama. Jako, že já mám rodinu jako normální cikáni, ale mám jako výchovu prostě českou, protože jsem byla v ústavu. S těma cikánama jako já se moc nestýkám. Jako nevadí mi. Spíš si jako rozumím s těma bílýma než s Romama.“*

6.1.4 Specifika Romů v oblasti chování a prožívání

Poznatky z výzkumu naznačují, že by romští uživatelé drog mohli mít nižší práh bolesti než klienti z majoritní společnosti. Většina respondentů hovoří o strachu

z bolesti, o nedostatku léků na detoxu, apod. (Rozhovor 3: „Jako určitě by jsem chtěla skončit, ale není to lehký. Jako, má to, jako třeba subutex. Je to na delší dobu. Třeba měsíc. Když měsíc v noci nespíte, nebo furt je vám špatně, zimnice celý měsíc, to je horší. Když by to bylo chvilku tak by se to asi dalo vydržet, ale měsíc to je dlouho.“)

Co se týče dynamických vlastností osobnosti, které můžeme souhrnně nazývat jako temperament, můžeme hovořit o tom, že u romských uživatelů, případně u Romů obecně, se vyskytuje ve vyšší míře, než u osob z majoritní společnosti. Naznačují to některé výpovědi respondentů, ale i rozhovory mimo nahrávku.

6.1.5 Specifika v přístupu romských uživatelů ke stávajícím programům

Poznatky z šetření podporují tvrzení, že není spravedlivé přistupovat k nestejným lidem stejným způsobem. A pokud tuto větu pozměníme, tak není možné očekávat, že nestejní lidé budou přistupovat stejným způsobem k unifikovaným léčebným programům či čemukoli jinému.

Respondenti popisují, že oni jako Romové mají jiné chování než neromové. Z toho důvodu je pro ně těžké, přizpůsobit se některým požadavkům a pravidlům, které jsou nastaveny v léčebných zařízeních. Dále uvádějí, že vyznávají jiné životní hodnoty. (Rozhovor 1: „My máme jiný chování, všechno... pro nás je to trošku těžší že jo, přizpůsobit se těm požadavkům. Nevím no.“)

Potřebují cítit jistou dávku „svobody“, i když jsou v léčebném zařízení: (Rozhovor 4) „Víte co, vezmou vám drogy jo, hudbu, přátele, věci, cigarety. Cigarety – to vás hrozně uklidňuje. Fakt, jak kdyby tě ostříhali dohola. Náušnice dolů.“; rozhovor 5: „...Protože je těžký u těch Romů je dávat od sebe. Protože pak by si člověk mohl myslet, že je jako v kriminále akorát.“)

Zdá se, že specifikem romských uživatelů je vnímání výkonu trestu odnětí svobody jako formy léčby. Šest z osmi respondentů uvedlo, že pobyt ve vězení buďto rozhodně považují nebo částečně považují za možnou formu léčby

drogové závislosti: (Rozhovor 8) *„Byla jsem zavřená chvíli tak to šlo, to je jasné. Pak ještě dobrovolnou léčbu a detox, ale to jsem vždy podepsala revers.“*

Co se týká specifík samotného aktivního užívání drog u Romů, pokud se k tomu respondenti vyjadřují, tak většinou v tom smyslu, že zde nevnímají rozdíl mezi Romem a neromem: (Rozhovor 4) *„Ne, ne. To je úplně to samé. I bílý, i černý mají úplně stejný důvod v tom, že fetujou.“* (Rozhovor 7) *„Nevím. Myslím, že je to stejný, jestli je to Čech nebo Rom.“*

6.1.6 Příčiny nízké účasti v léčebných programech

Zkušenosti s nějakou formou léčby mají všichni respondenti. Sedm z osmi bylo na detoxifikaci. Všech osm Romů někdy volilo cestu samoléčby, ale neúspěšně. Stejně tak má většina uživatelů vlastní zkušenost s tím, že odešli z léčby na revers nebo utekli. Mnozí z nich podepsali revers již po 2 - 3 dnech na detoxifikaci: (Rozhovor 8) *„Pak ještě dobrovolnou léčbu a detox, ale to jsem vždy podepsala revers. V Bohnicích. Tři dny a pak dva dny.“* Všichni uživatelé z výzkumného souboru mají ve své drogové kariéře alespoň jeden a více relapsů, ať už po léčbě, po propuštění z vězení či tzv. samoléčbě.

Nízkou účast v ambulantních programech potvrzuje to, že pouze jeden respondent se léčil ambulantně. Ten ji popisoval jako dobrou zkušenost: (Rozhovor 7) *„Já jsem se léčil ambulantně u paní XY. Ta mi vlastně napsala ty subutexy. A to bylo úplně poprvý. Já jsem nevěděl, že se to píchá vůbec. Normálně jsem to jedl, pod jazykem. Všechno jak to má být.“*

Někteří respondenti se domnívají, že ambulantní programy mohou být vhodnou formou léčby drogové závislosti (Rozhovor 1: *„No. Já si ji dokážu představit. Pokud je člověk na těch opiátech musel by si projít tím detoxem a následně tu ambulantní léčbu. Že jo. To si asi myslím že je zapotřebí. Pokud je člověk na tom detoxu a pak je propuštěnej.“*)

Jiní naopak nevěří, že by to ambulantně dokázali (Rozhovor 8: *„Ale to bych asi nedocházela ambulantně. Nebo dokázala, ale mezi tím bych si ten heroin píchala, že jo.“*)

Jeden respondent uvádí, že psychiatrické léčebny jsou pro Romy špatné, ale již dále neuvádí v čem konkrétně: (Rozhovor 1) *„Ty léčebny jako jsou pro Romy určitě špatný. Pro mě jako to bylo hrozně špatný.“* Určitým vodítkem by mohlo být nastavení pravidel v léčebných programech, které se dle výpovědi některých respondentů může zdát jako příliš přísné a pro romské uživatele nezvladatelné (rozhovor 1: *„My máme jiný chování, všechno... pro nás je to trochu těžší že jo, přizpůsobit se těm požadavkům. Nevím no.“*). Další respondent potvrzuje a rozvádí toto tvrzení ve smyslu přílišného trestání za porušování pravidel a strachu z režimu (Rozhovor 2: *„Chyba je, že za každý sebemenší přestupek se v tý léčbě trestá. Těm mladým lidem to tím znepríjemňují. Nikdo tam nechce do těch Bohnic. Má strach z těch buzerací a tak.“*).

Čtyři respondenti se negativně vyjádřili ke konkrétním bodům pravidel ústavní detoxifikace či léčby, jako je zákaz či velmi úzce vymezené časy, kdy se může kouřit nebo např. absence televize na pokojích, kterou vnímají jako vhodný prostředek k trávení volného času. V některých respondentech tyto a mnohé jiné zákazy nebo omezení vzbuzují pocit nesvobody či srovnání k pobytu ve vězení jen s tím rozdílem, že z léčebny můžete odejít na revers. Jeden z respondentů na otázku zda mu kouření přijde důležité odpovídá (Rozhovor 4): *„No určitě. Je ty vago. Cigarety – to vás hrozně uklidňuje.“* Několik respondentů uvedlo, že by se chtělo léčit společně se svým partnerem či partnerkou (Rozhovor 5: *„...když jsou manželé nebo druh a družka tak aby byli spolu. Všichni si myslí, že ty manželé se budou svádět k těm drogám, ale já si myslím, že by se víc drželi. Kdyby si prostě řekli kvůli těm dětem a byli spolu tak. Protože je těžký u těch Romů je dávat od sebe. Protože pak by si člověk mohl myslet, že je jako v kriminále akorát.“*).

Několik respondentů vypovědělo, že si v léčebných programech dostatečně neuvědomují, že existují jisté rozdíly mezi klienty z řad majoritní společnosti a Romů. Čeho se rozdíly týkají: (Rozhovor 1) *„Ohledně těch léčeben. Že by tam měli změnit svůj přístup k Romům. Nesmíme brát..já nevím no.. ono to možná jako zní blbě jo. Ale prostě jako. Je jim prostě brát jinak jako Čecha a Roma. Mít na ně stejný měřítko. Opravdu jsou jiný. Jako já nežádám žádný privilegia jako*

že bych chtěl pro nás, ale je to o tom přístupu. Prostě my máme jiný životní a celkový hodnoty a takový.“).

Čtyři respondenti se vyjádřili k případné neúčasti v léčebných programech v tom smyslu, že se setkali s nestejným přístupem k romským a neromským uživatelům. Dále, že délka čekací doby na nástup je natolik dlouhá či prodlužována, že jejich motivace prostě nevydrží a svoje rozhodnutí si během této doby rozmyslí: (Rozhovor 7) *„Nebyl. Protože jsem se tam ani nedostal. Já jsem byl? Jak se to jmenuje? Jo, Apolinář. A zkoušel jsem prostě a oni měli furt plno. Pak jsem to vzdal.“* Jiný respondent k tématu Romové a neromové v léčebných programech vypověděl (Rozhovor 6): *„Já nevím. Já jsem tam byla jednou. Ničeho jsem si nevšimla. Ale myslím si, že oni mají větší výhody, no. Hodně velký výhody.“*

Příčinou nízké účasti romských uživatelů drog v léčebných programech může být také nízké povědomí o typech léčby, existujících možnostech stávajících programů a nedostatek informací. Jeden z respondentů na otázku zda zná terapeutické komunity, stručně odpověděl (Rozhovor 7): *„Ne. A to jsem ani nikdy nebyl v TK.“* (Rozhovor 8): *„Měla jsem nějaký seznam, ale...“*

Jeden respondent přímo v rozhovoru a několik respondentů až při diskusi po ukončení nahrávání rozhovorů uvedlo, že mají strach z psychiatrických léčeben: (Rozhovor 7) *„Já se toho právě bojím, tý léčebny. Já mám tetu, která trpí tou schizofrenií. A já jsem za ní chodil tam do Bohnic a prostě. Tam to prostředí je hodně špatný. Hnusný je to tam. Bojím se toho. Možná bych šel do nějaký léčebny. Do nějaký jiný třeba. Do nějaký normální.“* Stejně tak pokud se budeme držet ústavní léčby nemocniční prostředí nepůsobí na některé respondenty příznivě.

6.1.7 Vhodný přístup

Odpověď: „Nevím“. Na otázku, jak by si samotní respondenti představovali, že by se měly stávající programy změnit, aby je více využívali či jak by si ideálně představovali léčbu, přišla u šesti případů nejprve stručná odpověď nevíme: (Rozhovor 1) *„Ideální léčebnu? To nevím to. To je hrozně těžký.“*

Nejvýznamnější je kontakt s rodinou. Při domáhání se konkrétnějších odpovědí než „nevím“, respondenti mluvili hlavně o tématech jako je role rodiny během léčby v pobytovém zařízení a důležitost kontaktu s rodinou (to vyjádřilo 7 respondentů z 8). Většina respondentů si nedokáže představit, že by byli odříznuti od rodiny: (Rozhovor 7) „...Právě, že ne. No, od rodiny jsem byl nejvíc odříznutý tak tři dny. No, možná kecám. Týden jo. Na táboře.“

Matka s dítětem v léčbě je další téma: (Rozhovor 3) „...my máme třeba děti. Já jsem měla první holčičku v 17. No a prostě určitě bych jí tam chtěla mít s sebou. No jo, chtěla.“ V podobném duchu vypověděl ale i mužský respondent (Rozhovor 4) „...To, že třeba, když tam můžete mít někoho z blízkých. Kdykoliv si pomyslíte třeba, že chci vidět svoje dítě nebo tak. Že jenom stačí zavolat a oni přijedou.“

Stejně tak je pro 5 respondentů důležitý partner, s kterým by chtěli být společně v léčbě (Rozhovor 5: „...kdybych si představoval nějakou léčebnu tak ..když jsou manželé nebo druh a družka tak aby byli spolu. Všichni si myslí, že ty manželé se budou svádět k těm drogám, ale já si myslím, že by se víc drželi. Kdyby si prostě řekli kvůli těm dětem a byli spolu tak...“).

Téma zlepšení a zvýšení osvěty a předávání informací Romům, jež bychom pravděpodobně odborně nazvali primárně preventivní programy, bylo zdůrazněno u 3 respondentů. Stejně tak jako větší informovanost o drogách: (Rozhovor 1) „...Podle mě je tam špatná ta osvěta. Celková.“; (Rozhovor 2: „Oni nevědí co berou. A prostě lituju je, opravdu je lituju. Kdyby aspoň znali svůj organismus nebo k čemu je ten pervitin nebo z čeho je herák. Jak si to prostě můžou aplikovat takhle desetkrát za den, to je prostě neuvěřitelný.“)

Jeden respondent se vyjádřil - co se týče oblasti prevence - že by mělo být více center pro trávení volného času pro mladé Romy, více míst kde by se mohli scházet a že by měly existovat nějaké alternativy k trávení volného času. V dnešní době bychom v tomto duchu nejspíše hovořili o existenci nízkoprahových klubů pro mládež : (Rozhovor 2) „...tady nejsou kulturní domy

pro Romy. Nebo nějaká místnost, tenisový kurt, šachy, ping pong, dáma, kulečnick, všechno možný. Nic takového tady není pro Romy, jo. Takovej nějakej menší kulturní dům, kde by ty Romové, kde by ty Romové už od 13,14 let nevyšli z domu a neutíkali do parku, kde se aplikujou drogy, že jo. Ale utíkali by tam – do tý herny, do toho klubu, kde by se scházelis přátelema, s přítelkyněmi. Každý by tam strávil především víc času. Protože vždy, když by jsme se hledali nebo by se hledali, tak každej by šel do toho kulturního domu, protože by věděl 100%, že tam najde tu osobu kterou hledá. Protože nemají kam.“

Mezi další návrhy spadal i požadavek na změnu přístupu k Romům v léčebných programech (Rozhovor 1: *„Ty léčebny jako jsou pro Romy určité špatný. Pro mě jako to bylo hrozně špatný. No jasně no. My máme jiný chování, všechno... pro nás je to trošku těžší že jo, přizpůsobit se těm požadavkům.“*).

Někteří respondenti vnímají rozdíl pro Romy a neromy v tom, jak se vůbec dostat do léčebného zařízení. Jedná se o samotnou komunikaci ohledně nástupu do léčby, délku čekací doby, apod. Mluví o tom, že existuje rozdílný přístup: (Rozhovor 3) *„Určitě. Určitě je. Protože mám kamarádku, která teďka s přítelem se, byli u Apolináře a řekli, že chtějí jít na léčbu. No a 17, a jdou tam oba dva spolu. No a když bych tam přišla já tak.. mají to teďka hnedka.. no určitě, nám by to určitě prodlužovali.“*). Stejně tak někteří respondenti cítí rozdíl v přístupu personálu k Romům a neromům i během pobytu v léčebném programu. Jiní uživatelé s tím naopak nesouhlasí a žádné rozdíly v přístupu a v šancích dostat se např. na detoxifikaci nezažili a ani nevnímají.

Dalším tématem je umístění léčebného zařízení. Jeden respondent se vyjádřil v tom smyslu, že by bylo vhodné, kdyby léčebné programy existovaly např. někde v horách, tedy mimo prostředí města. Tři respondenti se naopak vyjádřili, že by pro ně bylo příjemnější, kdyby byl léčebný program situován někde v blízkosti místa, ve kterém žijí (Rozhovor 3: *„V Praze je to lepší. Abych řekla pravdu, v Praze je to lepší. Protože já jsem byla na detoxu v Praze a cítila jsem se líp, že jsem nebyla tak moc daleko od domova.“*).

Ohledně délky léčby se respondenti většinou vyjadřovali v tom smyslu, že by měla být tak dlouhá, dokud jim nebude dobře. Převládal názor, že se jedná hlavně o zvládnutí abstinčních příznaků, tedy zejména bolestí, nevolnosti, apod. (Rozhovor 3: *„Dlouhá? Ne zase nějak přehnaně dlouhá. Určitě to ne. Aby sem prostě vykrizovala z toho nejhoršího. Aby už mi nebylo špatně. No ty 3 týdny. 2 týdny jsou ideální. Tak tři. Měsíc.“*)

Všech osm respondentů se domnívá, že pravidla v léčebných programech jsou moc přísná, vadí jim zákazy kouření na detoxu, absence televize na pokojích, nemožnost telefonování kdykoliv chtějí či zabavování osobních věcí při nástupu: (Rozhovor 6): *„Prášky dají všechno, ale cigáro si nemůžeš zapálit a TV tam není, nic. Nemůžeš tam sladkosti. Každý feťák, když krizuje, tak potřebuje sladký. A cigáro si potřebuje zapálit, protože je nervózní. Na TV se taky kouknout musí, protože neuteče den.“*

Jeden respondent se vyjádřil, že by u klientů závislých na opioidech mělo probíhat postupné snižování dávek pomocí substitučního preparátu Subutexu. Přísná pravidla a nedostatek léků pak mohou být důvodem předčasných odchodů z léčby již během pobytu na detoxifikaci: (Rozhovor 8) *„Ta léčba je na tolik radikální, že ty lidi, to právě díky tomu to nevydrží. Kdyby se to dělalo tím systémem postupného snižování, tak by možná dosáhli daleko více výsledků. Ty lidi by jim neutíkali.“*

Délka čekací doby před nástupem na detoxifikaci či léčebného programu, která je mnohdy z pohledu respondentů moc dlouhá, může být významným faktorem k tomu, že uživatel do ní nakonec nenastoupí: (Rozhovor 7) *„...A zkoušel jsem to prostě a oni měli furt plno. Pak jsem to vzdal.“*

6.2 Výsledky výzkumu mezi odborníky

6.2.1 Sociální prostředí

Tříkrát rodina. Rodina je téma, které zmiňují všichni odborníci. Romská rodina nikdy nevyhodí dítě na ulici: (Rozhovor 3) *„U nich je rodina na prvním místě. Já nevím, dám příklad třeba. Neromská rodina má syna, začne brát a tohle, rodiče to sponzorují, začnou s tím něco dělat, že jo. Řeknou, hele koukej se sebou*

něco dělat nebo vypadneš z baráku. No tak si to rozmyslí nebo ho vyhodí, je týden venku, pozná, jaký to je v džungli a pak se vrátí zpátky s prosíkem domů. Ale u nás je právě blbý to u Romáků, že vlastně my svoje děti nikdy na ulici nevyhodíme. Ať dělá, co dělá ten syn nebo dcera, prostě je na ulici nikdy nevyhodíme. Mají kde spát, samozřejmě mají vypráno, vyžehleno, jsou najedený. Mají se kde umýt a prostě jim to vyhovuje. A nemají potřebu se sebou něco dělat. A to je právě blbě no.“ Díky rodině také tedy dle některých respondentů romští uživatelé vypadají lépe než ostatní. Z rozhorů vyplývá, že rodina může být jednak zdrojem problémů, udržování v závislosti anebo zdrojem pomoci při léčbě.

6.2.2 Specifika Romů v oblasti prožívání

Od jednoho z respondentů padlo tvrzení, že Romové mají nižší práh bolesti: (Rozhovor 3) *„Jenže, Romové mají ten práh bolesti nízký. Prostě, když mají krizi, tak jsou úplně v prdeli. Hůř snáší bolest a hůř snáší tyhle věci, jako je krize, absták a tak. Mají z toho strach. Z toho mají největší strach, křeče a takový. Mají strach z té bolesti.“* Ve vztahu k romským klientům byla zmíněna i vyšší emotivita.

6.2.3 Přístup romských klientů a jejich zakázka

Co se týká využívání léčebných programů ze strany romských uživatelů, tak všichni tři respondenti se shodli na tvrzení, že služby nejsou romskými uživateli využívány natolik, aby to odpovídalo rozsahu reálného problému s užíváním drog mezi Romy. (Rozhovor 1: *„Já si myslím, že ty služby nevyužívají. Rozhodně, že by ten problém tam mohl být větší, než jaká je jejich ochota tyhle ty standardní služby těch zařízení využívat. Myslím si, že tyhle ty služby jakkoliv jsou užitečné a to někdy i pro romské klienty tak přece jenom jim nejsou úplně šité na míru, to je jasný.“*)

Všichni respondenti potvrdili, že romští uživatelé často využívají substituční programy: (Rozhovor 2) *„A ty klienti byli obvykle v té skupině zájemci o substituci a v té skupině druhý se tu snad neobjevil žádný Rom. Takže spíš z té substituční skupiny i jako tak těch deset. Protože to byli lidi z dlouhodobé péče,*

takže těch deset tvořilo pak 10-20% z těch klientů. Takže ten podíl byl relativně velký.“

K tématu ústavní detoxifikace se dva respondenti vyjádřili v tom smyslu, že zakázku od romských uživatelů drog vnímají jako objednávku krátkodobé intervence: (Rozhovor 3) *„... jako dost lidí absolvovalo detox. To jsme byli schopný zařídit a i lidi tam došli. Ale druhá otázka je to jak je to nastavený. Ty Romové, ty požadavky na ty klienty, ty pravidla který tam jsou, ty Romové prostě vůbec nevydrží. Prostě vydrželi tam dva tři dny a pak šli pryč. Podepsali revers a šli domů, že jo.“* Častým důvodem využívání detoxifikace může být také policejní detoxifikace: (Rozhovor 1) *„A jednak někteří jsou přivázeni policií na detoxifikaci, protože něco provedli, že jo, je potřeba zvládnout odvykací stav. No, když zvládneme odvykací stav tak si je ta policie zase odváží. Takže ten pobyt v podstatě, je více méně teda už postaven jako objednávka nějaké krátkodobé intervence k překonání krize.“*

Jeden z respondentů se domnívá, že hodně romských uživatelů přestane užívat drogy ve vězení. Z rozhovoru bylo cítit, že romskými uživateli je pobyt ve vězení vnímán trochu jiným způsobem než u jiných uživatelů (Rozhovor 3: *„Takhle. Ono hodně Romů přestane, brát když je zavřou. Do vězení. Mám s tím dost veliký zkušenosti. Že ty kluci, prostě ta psychika když jsou v tý cele. Prostě to snáší líp, když vědí, že nic nedostanou. Snáší to lépe, Než když jsou v té léčebně.“*). A dále uvedl, že není výjimkou aby se romský uživatel nechal zavřít „schválně“, právě z důvodu zájmu o docílení abstinence během pobytu ve vězení.

6.2.4 Specifika v přístupu romských uživatelů ke stávajícím programům

Na otázku, zda respondenti vnímají nějaký rozdíl u romských a neromských klientů v přístupu ke službám pro uživatel návykových látek, se mimo jiné všichni shodli v odpovědi, že je u nich silná vazba na rodinu. To potvrzuje např.: (Rozhovor 2) *„Já myslím že, ta rodina je pro ně jinak důležitá než pro nás. Ve chvíli kdy, ono se to z toho nějak ztratí, tak jako kdyby se zborčil ten svět, ztratil, rozsypal, je to pro někdy fakt hodně těžký.“*

Jeden z respondentů se domnívá, že by romští uživatelé mohli ke službám přistupovat s předsudky: (Rozhovor 1) *„Pochopitelně další problém je, že přeci jenom asi ta romská komunita bude k těmhle službám přistupovat řekl bych s jistými předsudky, které možná ji brání tu službu plně využívat.“*

Jiný respondent hovoří o častém porušování pravidel. To může být typické pro všechny uživatele návykových látek, ale u Romů se s tím údajně setkává častěji a ve větší míře: (Rozhovor 2) *„...některý jsme byli nuceni pro soustavné různé potíže s nimi vyrazit dveře nakonec. Většinou to ale nakonec bylo kvůli nějakému průšvihů jako falšování receptů, jednoho klienta jsme vyhodili za falšování moči. My v zásadě jako jsme poměrně hodně benevolentní, co se týče různých průšvihů, který ty klienti vyrábí, ale někdy už to přesáhne.“*

Tentýž respondent uvádí srovnání Romů a neromů ve smyslu plnění léčebných úkolů a povinností klientů v programu: (Rozhovor 2): *„Protože oni v zásadě na rozdíl od bílejších, který říkají ne, takhle to nepůjde, takhle to neuděláme, tak ty Romové řeknou ano pane doktore, samozřejmě, uděláme to přesně jak říkáte. A nestane se nic. A to tak dělají pořád. Vyjadřují souhlas, ale neudělají žádnou akci.“*

Podle jednoho z respondentů hraje velkou roli v psychické rovině zvládnání léčby fakt, že z léčebného zařízení mohou kdykoliv odejít, ale z výkonu trestu nikoli: (Respondent 3) *„Že ty kluci, prostě ta psychika, když jsou v tý cele. Prostě to snáší líp, když vědí, že nic nedostanou. Snáší to lépe, Než když jsou v té léčebně. Když má v hlavě tu myšlenku, že vlastně může kdykoliv odejít a podepsat ten revers tak to ho nutká a on si říká, tady nevydržím. Když je v tom kriminále, tak je to, že ta psychika hraje takovou roli, že on si řekne, ano jsem tady zavřený a už se odtud nedostanu. A prostě to snáší, poslouchá a dělá co se mu řekne.“*

Romský klient, jiný klient? Jeden z odborníků uvádí, že jeho zkušenosti s romskými uživateli jsou takové, že má z nich pocit: (Rozhovor 2) *„...tak já mám pocit, že k tomu přistupují jinak. Apriori to nějak vochtat k tomu přistupují, a z toho taky vyplývá, že oni nikdy jako .. jako, že vždycky ta zakázka*

se kterou oficiálně dorazili, mi přišla jako, že je jenom sekundární. Jako že primární je něco úplně jiného. Ty Romové, já jsem nikdy nepotkal, že by s tím chtěli něco udělat. Většinou to jako verbálně demonstují, že mám pocit že sem apriori nepřichází pro pomoc, ale jako.. a že to tam ani nikde není v tom. Nebo mnohem méně než u neromů.“

Jako potřebnou až nezbytnou službu vnímá jeden respondent formu asistence při nástupu do léčby nebo návštěvě lékaře: (Rozhovor 3) *„Tak to určitě děláme. Když je někam odkazujeme tak jdeme s nim. Ráno pro něho přijedu a odvezu ho na testy, pak na detox. To dělám, to je normální. By nevstal že jo.“*

6.2.5 Příčiny nízké účasti v léčebných programech

(Ne)evidence dat ohledně národnosti v léčebných programech je jedním z hlavních problémů při řešení tohoto tématu. Neexistují a nejsou evidována data, která by zjišťovala od klientů jejich národnost či etnickou příslušnost. To potvrdili všichni respondenti a na otázku, kolik ze klientů tvoří Romové: (Rozhovor 1) *„To nevím. Neevidujeme to, určitě to bude menšina.“*; (Rozhovor 2): *„To nevím. To úplně cíleně nesleduji, ale není jich příliš. Budou to jedinci každopádně. Je jich minimum.“*

Odborník na ústavní léčbu a detoxifikaci odhadnul počet romských klientů v jejich zařízení: (Rozhovor 1) *„Řekněme dvě procenta. Ale je to jaksi velmi nepřesný odhad. Ruku do ohně bych za to nedal. Možná to bude jedno procento.“* Nízkou účast romských uživatelů potvrzuje i další respondent. (Rozhovor 3: *„Tak jako, zkušenosti tam máme nějaký. Ale není jich moc. No a s léčbou jako takovou, že komunita nebo tak to jsme měli asi tři Romy během pěti let, kteří tam odešli a z toho vydržel jen jeden celou léčbu.“*).

Jeden respondent uvádí, že u romských klientů může být příčinou nízké účasti v léčebných programech jejich zhoršená schopnost léčby: (Rozhovor 1) *„Protože jenom, ta jejich schopnost tý léčby, nějakým způsobem se adaptovat je horší takže oni dřív odcházejí. Čili ten jejich průměrný pobyt bude většinou kratší.“* A jako další příčiny odchodu uvádí to, že prostě podepíše revers a nebo

se jedná o policejní detoxifikaci a když zvládnou odvykací stav tak si je ta policie zase odváží.

Všichni respondenti hovoří na téma pravidel a nastavení programů směrem k romským uživatelům, které jim nejsou úplně šité na míru. Jeden z odborníků hovoří o špatném či nevhodném nastavení pravidel pro romské klienty: (Rozhovor 3) *„Ale druhá otázka je to jak je to nastavený. Ty Romové, ty požadavky na ty klienty, ty pravidla který tam jsou ty Romové prostě vůbec nevydrží. Já myslím, že ten systém není tak nastavený na Romy jako. Já vím, že ono se řekne, že by se neměli dělat žádný rozdíly, tohle, támhle... ale taky musíte vycházet z toho, že ty Romové jsou z jiného kulturního prostředí. A mají jiný zvyky, jiný tradice prostě. Jak jsem říkal, tyhle podmínky nejsou pro ně nastavený. Pro ty Romáky.“*

Z rozhovorů vyplývá, že je pro romské klienty důležité aspoň minimální pocit osobní svobody. Ta je samozřejmě v léčebných zařízeních ve velké míře omezena. Jeden z respondentů hovoří např. o důležitosti mít možnost kouřit: (Rozhovor 3) *„Tak samozřejmě by si chtěl třeba zapálit cigaretu a na detoxu jsou přísný pravidla, kouří se vždy jen před jídlem a po jídle. A je to pro něho nesvoboda, jo?! Je to pro něho nesvoboda a když má v hlavě tu myšlenku, že vlastně může kdykoliv odejít a podepsat ten revers tak to ho nutká a on si říká tady nevydržím.“*

Jako další důležitý prostředek pro trávení volného času a překonání krizí spojených s pobytem na detoxikaci pokládá možnost dívání se na televizi: (Rozhovor 3) *„Koukat na televizi třeba a takovýhle věci. Když jste u nějakého Roma doma, tak tam jede pořád televize, i když se na ní nikdo nekouká. Je to taková jako kulisa jenom. A prostě to patří k jejich domácnosti.“*

A věc kterou považují všichni respondenti za nejdůležitější a shodují se v ní je významná role romské rodiny. Převážná většina Romů je zvyklá být v neustálém kontaktu se svojí rodinou. A to může být problémem zejména v počátečních fázích léčby, kdy je tento kontakt všem klientům odepřen. Tato skutečnost by mohla být jedním z hlavních důvodů nízké účasti romských klientů v léčebných programech.

Na téma omezení svobody hovoří další respondent: (Rozhovor 1) *„Myslím si, že bude asi přece jenom taková trochu nedůvěra k něčemu co jakoby omezuje volnost člověka.“* S tím může souviset jejich fungování v nízkoprahových nebo substitučních programech, kdy ovšem neabstínují nebo se nevyžaduje, aby vystoupil ze svého sociálního prostředí.

V rozhovorech také padnul názor, že je v léčebných zařízeních používán příliš odborný či jinak nesrozumitelný jazyk pro romské klienty. Může se pak tedy stávat, že romští klienti nerozumí tomu co je jim sdělováno či po nich vyžadováno: (Rozhovor 3) *„To je právě ono. Oni s vámi v těch léčebnách mluví odborně spíš. A nějaký odborný názvy a takovýhle věci, oni tomu nerozumí. Ten jazyk je pro ně nesrozumitelný. Musím to říct prostě, snížit se na jejich úroveň a bavit se s nima jako když jsme my na ulici tak se s nima bavíme, že jo. A ne se s nima bavit jako odborně, že jo. Oni to všechno odkývnou, jako že ano, ano, ale nevědí nic. To je problém právě.“*

Další příčinou nízké účasti romských uživatelů drog v léčebných programech může být pořadník před nástupem do léčebného programu, který existuje ve většině zařízení. Z jednoho rozhovoru vyplynulo, že pokud chce romský klient nastoupit, je potřeba aby tam pro ně byla držená volná místa: (Rozhovor 3) *„Je tam samozřejmě nějaký pořadník. S tím byl taky velký problém. Je tam hodně uchazečů o to a já jsem se s nim domluvil, že mi tam vždy nechá tři-čtyři místa pro Romy.“*

Jasný názor nepadnul v uplatňování psychoterapie. Jsou zde vnímány dvě různé roviny v jejím uplatňování. V té první rovině jde o samotné porozumění ze strany klientů tomu co je psychoterapie a pochopení co se např. během skupiny odehrává, kdy je potřebná jistá dávka intelektu. V té druhé rovině jde o rozpor mezi tím, zda je pro romského uživatele přijatelné, otvírat své osobní témata před neromem či nikoli. Jeden respondent vypověděl, že ne, druhý naopak: (Respondent 3) *„To je právě to no. Kdyby tam byli na půl Romové a gadžové jako klienti, tak jako by se možná otevřeli před druhým a tak. Ale když tam bude jeden nebo dva lidi, tak já si myslím, že se neotevřou.“*

A tvrzení dále dovysvětluje tím, že u Romů mohou být některá témata tabu nebo není slušné o nich hovořit s ostatními či s příslušníky opačného pohlaví: (Respondent 3) *„On řekne v klidu kolik, co bere, jak dlouho, co dělal a takovýchle věci. Ale třeba ty osobní věci to vůbec. Třeba o sexu se bavít před ženami nebo před starší osobou. Třeba moje klientka přišla minule a říkám, tak co, byla jsi na tý gynekologii jak jsi měla ty problémy? Jo, byla. A co, jak to dopadlo? Já jsem šla pryč, ten doktor je idiot. A já říkám, proč je idiot? On se mě ptal jako často spím s manželem a takovýchle věci. To mu přece nebudu říkat. Jsem nějaká kurva nebo co? A šla pryč, jo.“*

Jeden z odborníků vnímá spíše chybu na svojí straně: (Rozhovor 2) *„Já nevím. Já to asi neumím s nimi.“* A dodává, že další chybou ve vzájemné komunikaci může být: (Rozhovor 2) *„Já myslím, že to nějak neumím s nima překonat ten, jako někde tu bariéru, že jsem gadžo a je potřeba mě zkásnout. Něco takového, já nevím.“*

6.2.6 Vhodný přístup

Jako stěžejní vnímají všichni respondenti intenzivnější zapojení rodiny do léčeného procesu a dva respondenti ji přikládají veliký význam na samotných počátcích a při úvodních kontaktech. Jak uvedl jeden z nich, role romské rodiny se zdá být zásadní: (Rozhovor 2) *„Každopádně ta rodina je pro ně klíčová. Asi jako daleko více než u bílých. To si myslím, že je asi hlavní faktor jak toho úspěchu tak toho neúspěchu.“* Fungující romská rodina může být zvýhodňujícím faktorem a vytvořit motivační tlak. Další respondent připomíná význam věci jako je telefonát s rodinou během pobytu v léčebném programu: (Rozhovor 3) *„Nevím no, hlavně ta rodina. Nebo telefony, aby si mohl zavolat domů kdykoliv se mu zachce. Aby ho podpořili - hele čekáme tady na tebe.“*

Jeden z respondentů se domnívá, že by mohlo být účinné, kdyby tedy zejména v ambulantní léčbě docházel klient i s rodiči: (Rozhovor 2) *„Já myslím, že smysluplný by bylo kdyby ty Romové chodili s rodičem. Nebo s matkou. Protože přece jenom ty klienti, kteří přišli s rodičema, tak tam byla trochu lepší spolupráce.“*

Všichni respondenti se shodli v užitečnosti a potřebnosti zaměstnávat v léčebných programech romské pracovníky, kteří by mohli přispět k větší účasti romských klientů a jejich udržení (Respondent 1: *„Jedna z věcí která se teda osvědčila v zahraničí a kterou jaksí nejsem schopen nabídnout je, že existuje člověk téhož etnika a stejnou životní zkušeností, který nějakým způsobem dokáže navázat kontakt, kdo je pro tu cílovou populaci důvěryhodný. Tohle je jedna z věcí, která si myslím, že by fungovala. Takže si myslím, že tohle je asi jednou z cest, kterou by se dala tahle ta záležitost, kterou by se dala řekl bych ta retence a aby lidi nastupovali do léčby zvýšit.“*).

Toto tvrzení potvrzuje a rozšiřuje i další odborník: (Rozhovor 3) *„Já nevím. Myslím si, že to je hudba budoucnosti. Protože až se tím začnou zabývat třeba sami Romové, touhle problematikou, a vyškolí se lidi na to, aby dělali therapy a aby měli školy, vzdělání a takhle. A když tam přijdete ten Rom do toho zařízení a uvidí tam romského pracovníka, který je Rom, který tomu rozumí a ukáže, že mu na tom člověku záleží na tom klientu na tom Romovi, tak myslím, že to bude v pořádku. Že těch klientů vlastně. Pak se to rozkřikne, hele tam pracuje Rom a tohle, a ten nám pomůže.“*

Jako důležitý fakt uvádí také jeden z respondentů, že pokud budeme mít romské pracovníky, tak aby nezapomněli, že jsou Romové: (Rozhovor 3) *„No, tak některý studenti nebo vyškolený romský lidi se takhle chovají jo, ale je to špatně. Nesmí zapomenout odkud vyšel ten člověk, že?! Na ty svoje kořeny. A ten člověk musí vědět úplně přesně, já jsem Rom, i když budu stokrát doktorem, vždycky budu Rom. Nemám se za co stydět. Naopak. Budu se prostě chovat tak, aby ty lidi věděli, že sem Rom. Naopak, dám to jako na stůl.“*

Jako velmi užitečné všichni respondenti vnímají, když je romský pracovník současně pro romské klienty autoritou.

Změny by měli nastat i na straně léčebného týmu. Jeden z respondentů se domnívá, že by měla panovat větší tolerance: (Rozhovor 1) *„Ale, řekl bych tak, že asi ze strany týmu je nutná jistá tolerance že jo, protože ta emotivita je trochu větší.“* Dále jsem se potkal s názorem, že by pro efektivní léčbu romských uživatelů drog bylo třeba většího počtu zaměstnanců v léčebném programu: (Rozhovor 2) *„... ale vyžadovalo by to asi mnohem větší personální obsazení, protože, jako na to, aby se to celý. Že jako by to vyžadovalo, že se*

prostě na to vrhne pět lidí, který na tom stráví jako v té první fázi jako klidně dny, na tom jednom klientovi, než se povede ten systém nastavit tak, aby byl pro tu léčbu použitelný.“

Integrace versus segregace. Respondenti odpovídali na otázku, co si myslí o zřizování speciálních zařízení pouze pro Romy, jako má být např. Romská komunita u Brna. Jeden z respondentů bezvýhradně souhlasil: (Rozhovor 3) *„Můj názor je takový, zkusme to, co to udělá. Prostě, když to nefunguje takhle, to už jsme vyzkoušeli, lidi nechodí do té léčby, že jo, tak to zkusme takhle.“*

Další z respondentů si ve svých tvrzeních sám protiřečil. V první fázi rozhovoru uvedl: (Rozhovor 1) *„Protože jaksí dělat speciální lůžkové zařízení pro romskou komunitu, to si myslím v podstatě, že by asi nebyla úplně nejschůdnější cesta pochopitelně.“* Načež při dotazu co si myslí o terapeutické komunitě pro Romy uvedl následující: (Rozhovor 1) *„No, proč ne. Obecně vzato, komunita pro Romy to je nápad, který se mi velmi líbí.“*

Třetí respondent vidí spíše cestu ve snahách o integraci romských klientů do stávajících programů: (Rozhovor 2) *„Možná, že TK pouze pro Romy by mohla mít smysl, ale jinak já bych se spíš snažil je integrovat do těch stávajících. Jako, že se segregují z toho. Já bych asi udělal tohle jenom v té fázi, že to je nezbytný, že to jinak nejde, že všechny ostatní pokusy selhaly. Ale já myslím, že ale se o to nikdo moc nepokouší, jako až tak integrovat ty lidi do toho procesu.“* Sám jako řešení navrhuje zařízení ve formě ambulantního a to třeba denní stacionář: (Rozhovor 2) *„Že v tomhle tom kontextu si myslím, že mají větší šanci programy, které jsou ambulantní v místě, jako že stacionář pro tuhle romskou klientelu, s velkým zázemím a že by se hodně pracovala s těmahle věcmi. Myslím, že ty pobytové léčby jsou těžké pro ztrátu toho kontaktu s tou rodinou. Jako, že ambulantní mi přijde, že je spíše průchodný pro ně jako vůbec o tom začít uvažovat.“*

Předchozí respondent námitku o segregaci odmítá: (Rozhovor 1) *„Já si myslím že ne, že v podstatě naopak by to mohlo usnadnit v dobrém slova smyslu integraci, že jo. Nikoliv integraci ve smyslu asimilace, ale...“* A dodává, že náplň práce s klienti z řad Romů by měla být jiná, program a zaměření by mělo být jiné než u uživatelů z majoritní společnosti: (Rozhovor 1) *„Přece jenom ta romská populace potřebuje jiné sociální dovednosti než li populace majoritní.“*

Oni by si tam třeba mohli dodělat 9.třídou, což pro většinu pacientů z majoritní populace je zbytečný, že jo. Oni by samozřejmě by se tam mohli naučit trochu líp česky, což by pro některé zlepšilo jejich zaměstnatelnost. Oni by nějakým způsobem mohli lépe proniknout do takovejch zcela základních pracovně právních záležitostí.“

Jako další významnou hodnotu vnímá, že by z řad klientů terapeutické komunity mohli později vycházet terapeuti: (Rozhovor 1) *„Pochopitelně ta TK, kdyby to šlo hodně dobře že jo, to je věc jaksi jak získá určité obrátky atd., tak ona by mohla vychovávat terapeuty, že jo. Mohla by být líhni peer terapeutů.“*

Dva respondenti se vyjádřili ve smyslu vhodnosti fungování nějaké formy intenzivního case managementu: (Rozhovor 1) *„To by taky samozřejmě mohl být case management, jistě ano. Ale já jaksi tak daleko nejdu, že jo. Pochopitelně pokud by přišel někdo zvenčí, nějaký jeho case manager, a chtěl nějakým způsobem tady s ním pracovat tak rozhodně je to vítáno.“*

Ten souvisí i se vstupem do léčby, který může být pro klienta možná nejnáročnější fází. Z toho důvodu by mohl být nástup pozvolnější: (Rozhovor 3) *„Já myslím, že by se hlavně první týden spíš jen rozkoukali. Neklást na ně hned takový nároky, dělej tohle a tohle. Pozvolna. Podívej se, tady ty dělají tohle a je to k něčemu.“*

Jako důležitá také vyplynula opět spolupráce s rodinou v úvodní fázi léčby a role romského pracovníka v úvodu: (Rozhovor 1) *„...užitečnější by ten romský aktivista, terapeut byl v těch iniciálních fázích léčby, kdy by tomu dotyčnému nějakým způsobem vysvětlil, jaksi k čemu je to dobrý a jaký to má smysl, na co si dát bacha v tý léčbě. A pracoval by s nějakými jeho specifickými motivacemi, kterým on bude rozumět lépe. Či li, myslím si, že úplně nejdůležitější by to bylo v úvodu léčby, ke kvalitnímu navázání kontaktu a usnadnění adaptace v tom léčebném programu.“*

Jeden z respondentů navrhuje zrušit poplatky: (Rozhovor 1) *„Myslím si, že oblast návykových nemocí by od tohoto měla být osvobozena.“*

Padl jeden návrh na to, že by tím, kdo by se měl někomu přizpůsobit jsou služby: (Rozhovor 3) *„No, to já nevím. Nějak prostě, aby se to přizpůsobilo tomu*

klientovi.“ Konkrétně třeba: (Rozhovor 3) „Koukat na televizi třeba a takovýchle věci. Nebo telefony, aby si mohl zavolat domů kdykoliv se mu zachce.“

6.3 Dotazníkové šetření v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách

6.3.1 Počet romských klientů v ústavní léčbě

V dotazníku byly položeny tři otázky:

1. Kolik romských klientů prošlo Vaším zařízením (detox) za posledních deset let?
2. Kolik romských klientů prošlo Vaším zařízením (střednědobá ústavní léčba) za posledních deset let?
3. Kolik z nich úspěšně dokončilo léčbu?

Odpověď se vrátila ze třech zařízení

Nemocnice Liberec (1. odpověď): „Dobrý den, národnostní složení absolventů našeho detoxu nesledujeme.“ prim. MUDr. Tauš, CSc.

Nemocnice Liberec (2. odpověď): „Bohužel na Vaše dotazy nejsme schopni odpovědět, protože veškeré naše statistiky se zaměřují pouze na věk, pohlaví a počet pacientů. Naše statistiky se datují od roku 2000 avšak nikdy nebyly etnicky rozlišováni pacienti, bylo by to pro nás nepotřebné a pro pacienty diskriminující. Pokud Vám to pomůže, mohu Vám jen sdělit, že dle tvrzení dlouholetého personálu, se na Detoxifikačním středisku romský pacient neléčil“.

PL Bohnice: „Je mi líto, ale tyto údaje nevidujeme, otázky o etnickém původu se v dokumentaci obvykle vůbec nevyskytují.“ Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

PL Beřkovice: „Na vaše dotazy bohužel nejsem schopen odpovědět, u našich pacientů NEREGISTRUJEME Romy od ostatních žadatelů o léčení.“ prim.MUDr.Palchý Bohuslav

Z výše uvedených odpovědí vyplývá jeden z hlavních problémů. Jak se můžeme zabývat otázkou, zda je v léčebných zařízeních dostatek romských klientů a zda tyto služby vůbec využívají. Neboť to, že jejich počty nejsou

systematicky sledovány brání udělat validní odhady romských PUD, současně je to bariéra při splňování požadavků standardů či dobré praxe – přizpůsobovat služby individuálně zjišťovaným potřebám klientů nebo jejich skupinám. Tedy „dobrý úmysl“, že tyto data nevidujeme, nám brání dělat smysluplný výzkum a hodnocení potřeb dané cílové skupiny. Stejně tak výsledky demonstrují nejednotné označování Romů v odborné obci (národnost, etnická skupina, apod.). V neposlední řadě neochota nemocničních zařízení k účasti na výzkumu (odpověděla pouze 3) je skutečnost, která celou situaci nijak neulehčuje.

6.3.2 Počet romských klientů v terapeutických komunitách

V dotazníku byly položeny dvě otázky:

1. Kolik romských klientů prošlo Vaším zařízením od počátku založení TK do dnes?
2. Kolik z nich úspěšně dokončilo léčbu?

Tabulka 1 – výsledky odpovědí TK

Název zařízení	Celkový počet romských klientů během existence TK	Celkový počet romských klientů kteří dokončili léčbu	Doba fungování / kraj / Poznámky od účastníků šetření
TK White Light I.	7	1	Vznik 1997(93)/ 11 let existence / Cca 300 klientů celkem / Ústecký kraj
TK Magdaléna	0	0	Vznik 1998/ 10 let existence/ Středočeský kraj

TK Karlov	7	0	Vznik 1998/ 10 let existence/Jihočeský kraj
TK Němčice	12	3	Vznik 1991/ 17 let existence/Jihočeský kraj
TK Sejřek	1	1	Vznik 1997 / 11 let existence/kraj Vysočina
TK Pocestný mlýn	1	0	Vznik 1996/ 12 let existence/Jihočeský kraj
TK Renarkon	5	3	Vznik 1997/11 let existence/ Od r.2005 data/Moravskoslezský kraj
TK Fides	5	0	Vznik neznámý/ Olomoucký kraj
TK Teen Challenge Šluknov	3	0	Data jsou pouze za rok 2008/ Ústecký kraj/nevedou statistiky na toto téma
TK Teen Challenge Plzeň	6	3	Vznik 1998/ 10 let existence/ Plzeňský kraj
Cesta Řevnice	10	5	Vznik 1997/ 11 let existence/Středočeský kraj/ 537 klientů za 11 let, z toho 10 Romů – 6 soudem a 4 dobrovolně
TK Nová Ves, Advaita Liberec	5	4	Vznik 1997/ 11 let existence/ Liberecký kraj
TK Krok, Kyjov	-	-	Nepřišla odpověď / jihomoravský kraj
TK Monar	-	-	Nepřišla odpověď/ Olomoucký kraj
TK Pastor Bonus	-	-	Nepřišla odpověď / Moravskoslezský kraj

Z výsledků vyplývá, že některé terapeutické komunity za celou dobu svoji existence neměli jediného romského klienta, a ty které ano, pracovaly s maximem 12 romskými z řádově několika set klientů. Zdá se tedy na místě klást si otázku, zda lze tento počet romských klientů považovat za dostačující a odpovídající prevalenci drogové závislosti mezi Romy.

Nicméně za zajímavé lze považovat skutečnost, že pracovníci TK byli na rozdíl od personálu psychiatrických léčeben schopni na položené otázky odpovědět. Odpověď by mohla být taková, že účast romského klienta v programu TK je natolik neobvyklá, že není těžké si jejich počet zapamatovat i bez případné evidence. Navíc PL projde ročně mnohem více klientů. V r. 2006 fungovalo 12 TK v ČR, celková kapacita zařízení byla 185 míst a počet klientů činil 451 osob (v průměru 40 - 45 klientů za rok v 1 zařízení). V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v roce 2006 uskutečněno celkem 4858 hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek (kromě alkoholu a tabáku) (Mravčík et. al, 2007).

7. Diskuse a závěry

7.1 Diskuse k výzkumu

Stěžejní byl pro výzkum vyšší počet romských účastníků, neboť jejich pohled na věc, byl pro tento výzkum primární. Při výběru romských účastníků byl kladen důraz na to, získat co možná nejbohatší vzorek, také z územního hlediska Prahy, kdy byly vybírány různé lokality a s tím spojená snaha zajistit respondenty pro výzkum. Ovšem častou překážkou bylo přimět romské uživatele k účasti na výzkumu, to komplikovalo i samotnou nominaci účastníků, neboť měli často velmi naspěch, zřejmě kvůli obstarávání prostředků na drogy a drog samotných.

Průběh rozhovoru byl také často ovlivněn časovou tísní romských respondentů, bylo těžké udržet jádro interview a vůbec se soustředit na samotný rozhovor v ruchu ulici a otevřené drogové scény. Tím může být ovlivněna výtěžnost rozhovorů s romskými uživateli. U odborníků byla situace opačná, na vše byl dostatek času a dalo se doptávat na další otázky i mimo předem připravený rámec rozhovoru. Výtěžnost u odborníků byla dobrá. Pro zvýšení validity

výzkumu byla data z různých zdrojů - tj. z rozhovorů s Romy, odborníky a z odborné literatury - triangulována.

7.2 Závěry z výzkumu

Domnívám se, že ve výzkumu byly nalezeny odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Potvrdil se specifický přístup romských klientů ve vztahu k existujícím programům léčby pro uživatele drog, např. v tom, když respondenti popisovali, že jejich chování je jiné a je pro ně těžší se přizpůsobit požadavkům současných programů. Jako hlavní příčiny nízké účasti romských uživatelů drog v léčebných programech se jeví zejména nastavení „bílých“ pravidel, strach romských uživatelů drog z institucionálního prostředí a přístupu personálu, častá omezení a zákazy, nedostatečná spolupráce s rodinou, dlouhé čekací doby před nástupem či nízké povědomí o stávajících možnostech léčby. Provedené šetření nabízí i odpovědi na to, jak by se měly stávající léčebné programy změnit, aby byly více využívány romskými klienty: zvýšit kontakt a spolupráci s rodinou, upravit stávající pravidla léčebných zařízení, posílit flexibilitu v procesu přijímání nových klientů do programu, používat méně odborný jazyk v kontaktu s klienty, upravit náplň denního programu s ohledem na specifika cílové skupiny, zaměstnávat a vyškolovat romské pracovníky, posilovat toleranci týmu vůči odlišnostem. Neshoda panovala na straně odborníků v otázce zřizování specializovaných léčebných zařízení pouze pro Romy.

Získané poznatky spíše vedou k závěru, zvažovat dílčí úpravy jednotlivých programů. Pomohly také zpřesnit znění několika základních otázek, na které by měl odpovědět extenzivnější výzkum, zacílený již pouze na vybraná témata a ne jen na romské uživatele drog, ale i na jejich blízké osoby, pracovníky romských sdružení a romské autority. Ten by samozřejmě dále zjišťoval příčiny nízkého zastoupení romských uživatelů drog v programech léčby a návrhy na konkrétní změny stávajících programů léčby pro dosažení změny současného stavu.

Odborníci dále uvedli, že se domnívají, že počet romských klientů není v jejich programech dostatečný. A to přesto (nebo právě proto?), že data ohledně národnosti svých klientů neevidují. To by mělo být vnímáno jako zásadní téma.

Protože pokud přistoupíme na to, že zjišťovat v léčebných zařízeních národnost klientů je diskriminující, pak se těžko můžeme tímto tématem zabývat a mít pro jeho zkoumání nějaká validní data a následně chtít něco zlepšovat a/nebo měnit přístup (např. aby nebyl diskriminující a klienti služby využívali). Např. ve Velké Británii a jiných evropských zemích je běžná součást vstupního vyšetření odpověď na otázku ohledně etnické příslušnosti.

Významným tématem je zaměstnávání Romů v léčebných programech. Většina materiálů a výzkumů mluví o integraci, potvrdil to i tento výzkum. Současně se lze ale setkat s tím, že např. zákon o sociálních službách stanovuje, jaké vzdělání je ke konkrétnímu pracovnímu zařazení třeba. Tak může být paradoxně v důsledku velikou a možná až nepřekonatelnou překážkou. Neboť kolik Romů má vysokoškolské vzdělání či psychoterapeutický výcvik? Takové informace patrně rovněž nebudou k dispozici, lze se ale neoprávněně obávat, že takových Romů nebude mnoho.

7.3 Srovnání s dosavadními výzkumy

Autor práce se domnívá, že výsledky výzkumu v něčem potvrdily poznatky z předchozích výzkumů a v něčem doplnily současný stav poznání o nové informace. Např. specifickou roli rodiny, častější užívání opioidů, rozdíly v systému hodnot nebo pro nás důležitá témata jako jsou malé zkušenosti s účastí v léčebných programech a nízká retence v léčbě zmiňují ve svých výzkumech i jiní autoři jako Nedomová (1998), Vrtbovská a Larkin (2004b), Berkyová (2008). Výzkum potvrdil tvrzení, že někteří romští jedinci dosahující nadprůměrné vzdělanosti i sociální úrovně mají tendenci, nehlásit se ke svému etniku. Přitom by mohli být pro své etnikum čímkoli asi čím? (Horváthová, 2002). Dále se zdá, že výzkum podporuje tvrzení, že jako příslušníci majority určujeme, co je a co není pro romskou populaci vhodné, žádoucí a zdravé (Schmidt in Kalina, 2003). Pokud budeme chtít zvýšit retenci romských uživatelů v programech léčby závislého chování bude patrně zapotřebí angažovat romské pracovníky a ještě před tím zamýšlené úpravy stávajících programů léčby se zástupci Romů konzultovat. V tomto ohledu se autor připojuje k Navrátilově (2003) argumentaci, že zodpovědnost za současný stav (sociální vyloučení Romů) a za jeho řešení nese společnost.

8. Použitá literatura

Berkyová, R. (2008). Niektoré odlišnosti medzi rómskymi a nerómskymi užívateľmi drog na Hlavnom nádraží v Prahe z pohľadu terénneho pracovníka. Terénny výskum. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy. Ústav jižní a centrální Asie. Romistika. Praha.

Český statistický úřad (2003). Sčítání lidu, domů a bytů 2001. Český statistický úřad, Praha.

Hirt, T., Jakoubek, M. (2004). Romové: Kulturologické etudy. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Plzeň.

Horváthová, J. (2002). Kapitoly z dějin Romů. Lidové noviny, Praha.

Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kalina, K. a kolektiv (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova, Praha.

Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2005). Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004 a koncepce romské integrace. Úřad vlády ČR, Praha.

Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007). Zpráva o stavu romských komunit v České republice v roce 2006. Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, Praha.

Langhamrová, J. & Fiala, T. (2003). Kolik je vlastně Romů v České republice? Demografie, 45, 1, 23–32.

Ministerstvo vnitra ČR. (2007). Souhrnná zpráva o zneužívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin. Ministerstvo vnitra, Praha.

Miovská, L. (2005). Zaostřeno na drogy 2. Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. Úřad vlády ČR, Praha.

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

Moravskoslezský kraj. (2006). Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2006 – 2009. Odbor kultury a památkové péče Krajský úřad Moravskoslezského kraje.

Mareš, P. (2006). Faktory sociálního vyloučení. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha.

Mravčík, V., Bejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojánková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2006). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Úřad vlády ČR, Praha.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojánková, A., Petroš, O., Vopravil, J., Vacek, J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Úřad vlády ČR, Praha.

Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2004). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003. Úřad vlády ČR, Praha.

Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Úřad vlády ČR, Praha.

Murphy, R. F. (1998). Úvod do kulturní a sociální psychologie. Sociologické nakladatelství, Praha.

Navrátil, P. (2003). Romové v české společnosti. Portál, Praha.

Nedomová, A. (1998). Romská komunita v České republice. Demografie, 40, 3, 157–167.

Nová škola, o.p.s. (2006). Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti. Praha.

Průcha, J. (2007). Interkulturní psychologie. Sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů. Druhé, rozšířené vydání. Portál, Praha.

Rada vlády pro národnostní menšiny (2002). Zpráva o situaci národnostních menšin v ČR za rok 2001. Úřad vlády ČR, Praha.

RVKPP (2003). Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek. Úřad vlády ČR, Praha.

Schmidt, V.: Etnické minority (se zvláštním zřetelem na romské etnikum). In: Kalina, K. (2003). Drogy a drogové závislosti 2, kapitola 9/7. Úřad vlády ČR, Praha.

Štandlová, D. (2007). Užívání návykových látek v romské komunitě. Návrh systémového řešení. Brno.

Štěchová, M. (2002). Romská minorita a postupy integrace. Závěrečná zpráva z výzkumu. Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha.

Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovská, L. & Miovský, M. (2005). Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům. Zpráva z výzkumu. Sdružení SCAN. Tišnov.

Vrtbovská, P. & Larkin, T. (2004a). Romský vzájemný výzkum (výsledky výzkumu). Společnost Hvězda, Praha.

Vrtbovská, P. & Larkin, T. (2004b). Deník. Projekt Romský terén a Baterie, Výcvik romských terénních pracovníků, Romský vzájemný výzkum 2002–2004. Společnost Hvězda, Praha.

Vrtbovská, P. & Larkin, T. (2004c). Závěry a doporučení z projektu baterie vzájemný romský výzkum o užívání drog v romské komunitě. Společnost Hvězda, Praha.

Vyhnalová, A. (2004). Specifika romských uživatelů drog ve srovnání s majoritními uživateli. Absolventská práce. VOŠ sociálně právní. Absolventská práce, obor sociální práce. Praha.

9. Přílohy

příloha 1 – svobodný informovaný souhlas

příloha 2 – výzkumné otázky pro klienty

příloha 3 – výzkumné otázky pro odborníky

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha k bakalářské práci s názvem: Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog. Autorem práce je Ondřej Sklenář, student oboru adiktologie na

1. LF UK. Vedoucím práce je PhDr. Josef Radimecký, Ph.D. , MSc.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Cílem práce je hledat odpovědi na otázky zda, je možné v přístupu romských klientů k léčbě nacházet specifika? A pokud ano, vnímali by větší zacílení rezidenční léčby i ambulantních služeb na uživatele drog z řad romského etnika jako efektivní? Odpovědi na tyto a další otázky budou získány přímo od romských uživatelů drog. Dalším cílem je zjistit co je příčinou nízkého počtu romských uživatelů drog v léčebných programech oproti majoritní společnosti a návrhy opatření, jež by mohla vést ke zlepšení tohoto stavu.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl zúčastnit výzkumu, který je součástí bakalářské práce - Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení.

Autor výzkumu se zavazuje, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům a bude zpracována objektivně.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že autor práce, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a souhlasím s účastí na výzkumu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Datum

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

podpis autora výzkumu

podpis účastníka výzkumu

Příloha 2 - Výzkumné otázky pro odborníky

S jakými klienty pracuje Vaše zařízení?

Jaká je aktuální kapacita vašeho zařízení? Kolik z vašich současných klientů tvoří uživatelů drog z romské komunity?

Jak byste odhadli poměr romských uživatelů drog mezi klienty vašeho zařízení za posledních 10 let?

Podle vašeho odhadu - odpovídá počet romských klientů ve vašem zařízení poměru romských uživatelů drog ve vztahu k uživatelům z řad většinové společnosti?

Pokud myslíte, že tomu tak není, čím si myslíte, že je to způsobeno?

Vnímáte nějaký rozdíl v přístupu romských a neromských klientů ke službám pro uživatele návykových látek, příp.konkrétně k těm které poskytujete vy?

Vnímáte nějaký rozdíl ve způsobu léčby drogové závislosti u romských a neromských klientů?

Vypozoroval/a jste během Vaší práce v oboru něco specifického ve smyslu rozdílů mezi romskými uživateli drog a uživateli z majoritní společnosti?

Jak význam k případné pozdější léčbě závislosti hraje na základě vašich zkušeností sociální prostředí, v němž klient/-ka vyrůstal/-a (např. dětský domov, adoptivní rodina, uzavřená romská komunita)?

Jaký je váš názor na uplatňování psychoterapie jako jedné z forem léčby pro romské uživatele drog?

Jaký je váš názor na uplatňování skupinové psychoterapie jako jedné z forem léčby pro romské uživatele drog?

Která forma léčby je z Vašeho pohledu pro romské uživatele drog nejefektivnější a která nebo které naopak nejméně?

Je něco, co by se mělo v léčebných zařízeních změnit ke zvýšení zapojení romských uživatelů drog do programů léčby? Pokud ano, co?

Myslíte si, že by se pro zvýšení úspěšnosti léčby romských klientů měla do jejich léčby více zapojovat rodina? Pokud ano, jakou formou?

Jaký je váš názor na snahy zřizovat speciální léčebná zařízení pouze pro Romy?

Napadá vás k tématu léčba romských uživatelů drog ještě něco, chtěli byste ještě něco doplnit?

Děkuji vám za rozhovor.

Příloha 3 – Výzkumné otázky pro romské uživatele

V kolika letech jste začal s drogami experimentovat?

Jaká to byla droga (jaké to byly drogy)?

Co vás k tomu vedlo?

Po jak dlouhé době jste se stal pravidelným uživatelem, tedy kdy jste se začal cítit na drogách závislý?

Jaké drogy nyní berete?

Co pro vás drogy znamenají?

Bere drogy ještě někdo další z vaší rodiny?

Zkusil jste někdy přestat brát?

Při odpovědi ANO:

Co vás k tomu vedlo?

Jak to probíhalo? Zvládnul jste to sám nebo vám někdo pomohl?

Jak dlouho jste vydržel být čistý?

Co se stalo, že jste opět začal brát?

Zkusil byste to znovu?

Máte informace o léčebnách, komunitách, které fungují?

Víte něco o ambulantní léčbě?

Využil byste takovou pomoc?

Je nějaká léčebna, komunita, do které byste šel?

Je něco, co by vám pomohlo, usnadnilo rozhodnout se?

Při odpovědi NE:

A přemýšlel jste o tom alespoň?

Co je hlavní překážkou toho, zkusit to?

Šel byste do toho sám, nebo byste využil pomoc druhých?

Máte informace o léčebnách, komunitách, které fungují?

Víte něco o ambulantní léčbě?

Využil byste takovou pomoc?

Je nějaká léčebna, komunita, do které byste šel?

Je něco, co by vám pomohlo, usnadnilo rozhodnout se?

Znáte nějaký detox?

Máte vlastní zkušenosti s detoxem?

Jaké jsou to zkušenosti, mohl byste být konkrétnější?

Jak byste si představoval ideální léčbu?

Pomohlo by vám kdyby v personálu Romové?

Co si myslíte o pobytu ve vězení - může se člověk podle vás ve vězení vyléčit?

Znáte někoho takového?

Děkuji Vám za rozhovor.