

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Bc. Aza Tibová

Problémové užívání návykových látek mezi migranty
arabského původu v České republice

High risk drug use among Arab immigrants in the Czech Republic

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení

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

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

V Praze, dne 4. 7. 2023

Bc. Aza Tíbová

Identifikační záznam

Tibová, Aza. Problémové užívání návykových látek mezi migranty arabského původu. [High risk drug use among Arab immigrants in Czech Republic]. Praha, 2023. 135 s., 2 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí diplomové práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a podporu, jenž mi poskytla při konzultacích při zpracování této práce. Děkuji panu prof. PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D. za podnětné připomínky a také vstřícnost, jenž mi poskytl při zpracování. V neposlední řadě bych chtěla také poděkovat rovněž mému příteli a rodině za emoční podporu.

Moje poslední poděkování patří **in memoriam** mému otci Waguih, který bojoval s vážnou nemocí a v průběhu psaní této práce zemřel.

Abstrakt

Východisko: Do Česka v posledních letech se stěhuje neustále počet lidí z jiných zemí, kteří na rozdíl od 90. let již nepokračují na západ, ale stále více se chtějí trvale usadit v České republice. Lidé migrují, protože nejsou spokojeni v místě, kde se narodili. Přírodní katastrofy, epidemie, politická nesvoboda, nepříznivé ekonomické podmínky, válečné konflikty vyhánějí anebo lákají lidi k migraci. Diplomová práce se zabývá problémovým užíváním návykových látek mezi migranty arabského etnika. V českém prostředí je nedostatek pramenů zaměřujících se na užívání drog ve specifických skupinách populace a jejich léčbu, zároveň chybí příklady dobré praxe. Řada zahraničních autorů upozorňuje na naléhavost tohoto fenoménu, který má vliv na celkový zdravotní stav populace.

Cíl: Cílem práce bylo vejít do kontaktu s co největším počtem užívajících a oslovit ty, kteří nejsou v kontaktu s žádnou adiktologickou službou. Práce mapuje specifika problémového užívání návykových látek vybraných respondentů. Dalším cílem bylo zmapovat specifické problémy arabských migrantů, které mohou být prediktorem rizikového chování a zjistit korelace mezi těmito charakteristikami a problémovým užíváním.

Metodika: Výzkumným nástrojem je metodika rychlého posuzování (RAR), která dnes tvoří jednu z nejvýznamnějších výzkumných metod mezi uživateli drog v tzv. skryté populaci. Pro práci jsou zvoleny tři výzkumné metody, a to rozhovor, pozorování a dotazník. Výzkumný soubor je tvořen transnacionálními cizinci, kteří žijí mimo stát původu déle než jeden rok. Celkem se výzkumu zúčastnilo pět respondentů. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí softwarového nástroje ATLAS ti.

Výsledky: Práce může významně obohatit znalosti a vhled do dané problematiky. Mohou být zároveň zdrojem cenných informací pro pracovníky zdravotnických, sociálních zařízení a také mohou sloužit jako podklad pro další výzkum.

Klíčová slova

Arabové – migranti – problémové užívání – skrytá populace uživatelů – vzorce užívání drog

Abstract

Background: In recent years, a constant number of people from other countries have moved to the Czech Republic, who, unlike in the 1990s, no longer continue west, but increasingly want to settle permanently in the Czech Republic. People migrate because they are not happy in the place where they were born. Natural disasters, epidemics, political unfreedom, unfavorable economic conditions, war conflicts drive people away or attract people to migrate. Diploma thesis deals with the topic of high risk drug use of addictive substances among immigrants of Arab ethnicity. In the Czech environment, there is a lack of sources focusing on the use of drugs in specific groups of the population and their treatment, and there is also a lack of examples of good practice. A number of foreign authors draw attention to the urgency of this phenomenon, which has an impact on the overall health status of the population.

Objective: The goal of the work was to come into contact with as many drug users as possible and to reach those who are not in contact with any addiction service. The thesis maps the specifics of the problem drug use of addictive substances by the selected respondents. Another goal was to map the specific problems of Arab immigrants that may be a predictor of risky behavior and to determine the correlations between these characteristics and high risk drug use.

Methodology: The research tool was the rapid assessment method (RAR), which today constitutes one of the most important research methods among drug users in the so-called hidden population. The research population consists of transnational foreigners who live outside their country of origin for more than one year. A total of five respondents participated in the research. The results were evaluated using the ATLAS ti software tool.

Results: The results of the work can significantly enrich knowledge and insight into the given issue. They can be a source of valuable information for health and social care workers and can also serve as a basis for further research.

Keywords

Arabs – immigrants – high risk drug use – hidden populations of substance use–
patterns of drug use

Seznam zkratek

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ATS	Amphetamine type stimulants
AVIL	Pheniramine maleate
BMT	Buprenorphine maintenance treatment
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HR	Harm reduction
MENA	Middle East and North Africa
MENAHRA	Middle East and North Africa Harm Reduction Association
OAT	Opioid agonist therapy
PO	Porucha osobnosti
PWUD	People who use drugs
UNODC	United National Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organisation

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	12
1 Vymezení základních pojmů	16
2 Migrace Arabů do České republiky	21
2.1 První Generace Arabů	22
2.2 Druhá generace Arabů	23
3 Problémové užívání drog	25
4 Problémy spojené s užíváním drog	30
4.1 Zdravotní stav	31
4.2 Sociální problémy	41
5 Drogová situace a koordinace v arabských zemích	52
5.1 Drogová epidemiologie	57
6 Užívání drog v populaci	59
6.1 Užívání drog mezi migranty v ČR	60
7 VÝZKUMNÁ ČÁST	63
7.1 Výzkumný problém a cíle	63
7.2 Výzkumné otázky	63
8 Typ výzkumu	64
9 Metoda Rapid Assessment and Respond	65

9.1	Výběr metody	65
9.2	Metody sběru a fixace dat	66
9.3	Metody zpracování a analýza dat	71
9.4	Etické normy a pravidla výzkumu.....	73
9.5	Výzkumný soubor	74
10	Výsledky výzkumu	76
10.1	Fáze axiálního kódování	86
10.2	Selektivní kódování	111
11	Diskuse	114
12	Limity studie	117
	Závěr	119
	Literatura.....	121
	Přílohy.....	133

Úvod

Svět se stále více propojuje, globalizuje a do České republiky Arabové migrovali již v době komunistického režimu a dále pokračovali migrovat po pádu komunistické vlády, kdy se otevřeli hranice. Kromě vysokého počtu migrantů z bývalého Sovětského svazu se v 90. letech otevřely možnosti i pro obyvatele jihozápadní Asie a severní Afriky (Vopelková, 2012).

Rostoucí počty migrantů se začali objevovat od roku 2015 v souvislosti s migrační krizí. Největší počet žadatelů o azyl v Evropě tvoří lidé ze zemí Blízkého a Středního východu. Násilná povstání, boje a války jsou motivem k rozsáhlejší migraci. Syrská arabská republika a Afghánistán byly zeměmi s nejvyšším původem uprchlíků na světě v roce 2019 (IOM, 2020).

Vzhledem ke své geografické poloze se ČR stala jakousi tranzitní zónou do vyspělejších států. Uprchlíci hledají útočiště a bezpečnější život pro sebe a své rodiny. Ale samozřejmě, že to nejsou jenom pronásledovaní, mnoho mladíků nachází odvahu a vůli opustit rodnou zemi, emigrovat jednoduše za lepší budoucností v podobě volných pracovních míst, rozmanitější volby práce, zlepšení finanční situace, životní úrovně rovněž za svobodou (Mendel, Ostržanský, Rataj, 2008).

Arabové jsou popisováni jako heterogenní skupina, odrážející odlišné multikulturní a multirasová specifika. Pojem „Arab“ je mnohdy používán v souvislosti s mateřským jazykem a kulturou, ale zároveň neodráží etnicitu, která je velmi rozmanitá (Straussner, 2001). Arabové jsou široké etnikum, jehož součástí jsou jednotlivé arabské národy. Liší se svým dialektem, barvou pokožky, mentalitou apod. Pocházejí nejčastěji ze Sýrie, Egypta, Iráku, Tuniska, Alžírsko či z Jemenu. (Khidayer, 2011).

Žijí zde dále Palestinci, Libyjci, Jordánci, Sudánci aj. největší skupinou je syrská, která je například velmi dobře integrovaná. Syrská komunita je zde již od dob Československa, kdy vztahy mezi oběma státy byly velmi vřelé (Rahimi, 2021).

Podle Strnadlové (2006) část Arabů žije v Čechách především z důvodu nepříznivé politické situace ve své vlastní zemi, některým byl v ČR udělen azyl. *„Odchod ze země původu je pak obvykle spojen s nepříjemnými zážitky, o nichž se jen těžko mluví. V případech, kdy cizinec ani nemůže navštívit svou rodnou zem, je obzvláště patrná frustrace a pocit vykořenění, zejména u mladých lidí, kteří se ještě nedokázali s novým prostředím příliš sžít. Lidé v takové situaci se cítí odmítání svou vlastní a zároveň nepřijímání společenstvím novým. Žijí na pomezí dvou světů v marginálním postavení a s tím je mnohdy těžké se vyrovnat.“*

Počet cizinců na území ČR setrvale stoupá. K 30. červnu 2022 bylo na území ČR registrováno celkem 1 116 154 osob cizí státní příslušnosti, z toho 889 728 občanů EU včetně občanů třetích zemí (MVČR, 2022). Arabů dle statistik ČSÚ bylo v roce 2022 registrováno celkem 11 287 (ČSÚ, 2022). V současné době v ČR pobývají dlouhodobě nejčastěji občané Egypta, Iránu, Sýrie a Tuniska (ČSÚ, 2022). Mezi azylanty a žadateli o udělení mezinárodní ochrany je nejvíce Syřanů, Iráčanů a Afghánců. Ze statistiky vyplývá, že v České republice pobývalo legálně v roce 2022 kolem 11 287 což je ve srovnání s rokem 2019 o 3587 (tj. 46 %) více Arabů. (ČSÚ, 2022). Tři nejčastější skupiny žadatelů, tedy Afghánci, Syřané a Iráčané, v Česku v prvním pololetí roku 2022 tvořili dohromady pouze 7,5 % z celkového počtu žadatelů o mezinárodní ochranu v ČR. Na nelegální migraci se nejvíce podíleli občané Ukrajiny (1 742), Sýrie (676), Moldavska (518), Vietnamu (211) a Gruzie (181) (ČSÚ, 2022).

Podle islámského práva je konzumace a jiných návykových látek zakázána. Korán varuje, že konzumace alkoholu a patologické hráčství je hrozný hřích a zároveň věcí „mužů“. Proto užívání návykových látek patří k tabuizovaným a kontroverzním tématům (Straussner, 2001).

Alkohol je v arabském světě odedávna a slovo alkohol pochází z arabštiny. Alkoholické destiláty nebo pivo se konzumovali již za Mezopotámie a starověkého Egypta, ještě před nástupem islámu se alkoholické nápoje hojně konzumovali také na Arabském poloostrově.

Ve většině arabských zemí je konzumace legální, jen některé konzervativní státy např. Saudská Arábie, Irán mají zákony proti jeho požívání a vyměřují tresty, které se také vztahují na cizince.

Současně není v těchto zemích alkohol volně dostupný, lze ho koupit jen v některých obchodech nebo v turistických letoviscích. Některé arabské země (Egypt, Maroko, Libanon, Alžírsko) víno vyrábějí. Např. v Maroku je možné koupit alkohol volně v supermarketech. Z celé marocké produkce zůstává 95 % vín v zemi, ročně se vypije minimálně 26 milionů lahví. Specifikem Jemenu je užívání katu, rostliny, která roste napříč celou zemí, kde žvýkání rostliny je legální a naprosto běžné a může za chudobu této země vzhledem k tomu, že tvoří 60 % zemědělské produkce. Maroko je známé pěstováním marihuany. Jedná se o tradici, a proto dnešní vláda toleruje její pěstování (Khidayer, 2011).

Užívání drog v těchto zemích není neznámé, ale náboženský postoj ve společnosti znemožňuje léčbu závislých a zhoršuje se celý problém. Může docházet k tomu, že mnoho uživatelů v těchto zemích ani léčbu nevyhledá kvůli stigmatu celé rodiny. Na závislost není pohlíženo jako na nemoc, která je podmíněná psychologickými, biologickými, environmentálními faktory, která vyžaduje léčbu jako každá jiná nemoc.

Během 17leté libanonské občanské války probíhala současně opiátová epidemie. V první polovině 20. stol. Egyptští psychiatři zaznamenávají heroinovou epidemii a poukazují na užívání jako závislost a zasazují situaci do kontextu sociálního a zdravotnického problému země (Straussner, 2001).

Nepustil a Zajdánková (2007) ve své studii identifikovali rizikové faktory, které by mohly vést k problémovému užívání drog mezi migranty v České republice. Ve své studii uvádějí, že tyto osoby mají velmi snadný přístup k různým sociálním skupinám užívajících drogy z hlediska sdílení společného prostoru uprchlického střediska. Nacházejí se v podobné situaci s ostatními azylanty, čekají na rozhodnutí ve věci své žádosti, trpí obavami ze své budoucnosti a mají mnoho volného času, který nemohou smysluplně využít. Azylanti patří mezi nejvíce ohrožitelné skupiny sociálním vyloučením, mohou se ocitnout v „ghettu“, kde se objevují sociálně patologické jevy (Šťastná, Adámková, Chomynová, 2010).

Zároveň skupina tvoří skrytou populaci z důvodu odlišnosti skupiny od majoritní společnosti, znevýhodněním a přítomností bariér v přístupu do HR programů. Autoři Flanagan a Hancock (2010) ve svém šetření poukazují na migranty jako na „hard to the reach“ uživatele stejně tak z důvodu obtížného vstupu do drogových služeb nebo ze společenského postoje. Zároveň doporučují užívání mezi minoritními skupinami neopomíjet a zlepšit oblasti spolupráce s návaznými organizacemi, navázat důvěru s potenciálními klienty služeb a zapojit je do systému péče.

Zdravotní péče v rámci Správy uprchlických zařízení je poskytována bezplatně v rozsahu hrazené péče ze zdravotního pojištění. Jeden respondent již uvedl, že měl potíže s využitím psychiatrické péče z důvodu předložení dokladu pojištěnce, který se vydává Správou uprchlickým zařízením na dobu 30 pracovních dní, poté si musí žadatel nechat vystavit doklad nový.

1 Vymezení základních pojmů

Diplomová práce se zabývá problémovým užíváním mezi arabskými migranty, kteří se stěhují do České republiky, a sdílejí společnou etnicitu.

Arabové

Jako celek jsou Arabové spojeni zejména společnou kulturou, jazykem a náboženstvím. Arabové jsou etnická skupina semitského původu rozšířená v severní Africe a Blízkém východě. Zeměmi arabského světa jsou především Egypt, Libye, Tunisko, Alžírsko, Maroko, Mauritánie, Súdán, Jemen, Omán, Kuvajt, Bahrajn, Spojené arabské emiráty, Katar, Libanon, Jordánsko, Sýrie, Irák a Palestinské autonomní území. Někteří publicisté a politologové čerpající z anglo-americké literatury a chybně označují Blízký východ za Střední východ „Middle East“. Zde však dochází k posunu významů, protože Irán, Pákistán a Afganistán nepatří k arabskému světu. Hlavním jednotícím prvkem těchto lidí je společná víra Islám, který dává jeho stoupencům pocit vyhraněnosti a vzájemného souznění (Khidayer, 2012).

Menšina

V Evropě se setkáváme nejčastěji s pojmem menšina. Matoušek (2003) popisuje etnickou menšinu jako skupinu obyvatel státu, která se odlišuje od majoritní společnosti kulturními zvyklostmi, tradicemi, jazykem a tělesnými znaky a zároveň mají příslušníci horší podmínky k uplatnění se na trhu práce anebo k přístupu ke vzdělání ve srovnání s většinovou populací.

Organizace AC ve svém výzkumu definuje menšinu v kontextu užívání drog jako „mobilní uživatelé drog“, které lze rozdělit do skupin přistěhovalci, turisté, uprchlíci (AC COMPANY, 2004). Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost přichází s termínem „hard to the reach groups“ tedy obtížně dosažitelné skupiny (EMCDDA, 2009).

V Americké odborné literatuře se nejvíce setkáváme s kategorizací podle etnické příslušnosti či rasy. Ve většině amerických studiích se objevuje označení „Arab immigrants“ nebo „Arab Americans“ v kontextu užívání drog (Al-Krenawi, Graham, 2000).

V České republice se pro tuto skupinu osob objevuje celá řada označení jako např.: Skryté populace, obtížně dosažitelné skupiny, rizikové skupiny, osoby se specifickými potřebami, zranitelné skupiny (Nepustil, Zajdaková 2007). Ve Výročních zprávách se hovoří o skupině závislostí ohrožených – specifické skupiny (Mravčík, Grohmannová, Chomynová, Nečas, Grolmusová, Kiššová, Nechanská, Fidesová, Kalina, Vopravil, Kostelecká, Jurystová, (2012).

Transnacionální migranti

V textu bude užíván univerzální termín „migrant“, které označuje osoby žijící na jiném území, než je jejich původ déle než jeden rok a termín zahrnuje dobrovolné a nedobrovolné přistěhovalce (Brožová, 2022).

Azylant

Azylantem se podle znění zákona č. 325/1999 Sb., o azylu, rozumí cizinec, kterému byl podle zákona o azylu udělen azyl, a to po dobu platnosti rozhodnutí o azylu (zák. č. 325/1999 Sb., o azylu).

Azylová zařízení

Azylová zařízení slouží k dočasnému ubytování azylantů nebo žadatelů o mezinárodní ochranu a jsou zřizována a provozována Ministerstvem vnitra České republiky (SÚZ MV, n. d.).

Pobytové středisko

Pobytové středisko slouží k ubytování žadatelů, kteří prošli předepsanými vstupními procedurami přijímacího střediska, a to po dobu řízení ve věci jejich žádostí o mezinárodní ochranu. Žadatelé mohou svobodně střediska opouštět nebo využít možnosti pobytu v soukromí.

Důraz je kladen na sociální práci doplněnou o volnočasové aktivity. Střediska jsou celkem dvě, a to v Kostelci nad orlicí a druhé v Havířově (SÚZ MV, nedatováno).

Žadatel o udělení mezinárodní ochrany

Se rozumí cizinec, který v ČR požádal o mezinárodní ochranu nebo cizinec, který podal žádost o udělení mezinárodní ochrany v jiném členském státě Evropské unie (zák. č. 325/1999 Sb., o azylu).

Azylová řízení

Je řízením ve věci mezinárodní ochrany řízení, jehož výsledkem je rozhodnutí ministerstva ve věci mezinárodní ochrany. Potom, co žadatel podá svoji žádost, je odeslán do některého ze dvou přijímacích středisek, kde je podroben zdravotní karanténě a kde cizinecká policie provede s žadatelem základní identifikační úkony jako je sejmutí otisků prstů a pořízení obrazového záznamu. Asi po třiceti dnech je žadatel přemístěn do pobytového střediska. V pobytovém středisku uprchlík čeká na vyřízení své žádosti o mezinárodní ochranu. V průběhu této doby je s žadatelem proveden pohovor (tzv. interview), který má blíže specifikovat důvody, jež byly uvedeny v žádosti o mezinárodní ochranu (Jelínková, 2022).

Pohovor patří mezi nejdůležitější úkony azylové procedury, neboť dává žadateli o mezinárodní ochranu dostatečný prostor popsat své problémy a situaci v zemi původu. Cizinec ubytovaný v pobytovém středisku má právo na kapesné, na zajištění stravování (třikrát denně, u dětí do 15 let pětkrát denně), zajištění základního hygienického standartu, právo na lůžko a skříňku na uložení osobních věcí, právo přijímat návštěvy, balíčky a peníze. Nelze-li po něm spravedlivě žádat úhradu služeb, budou mu poskytnuty bezplatně. Namísto stravovacích služeb lze účastníku řízení poskytnout finanční příspěvek ve výši životního minima (Jelínková, 2022).

Arabská národnostní menšina

Počet arabských obyvatel žijících v České republice není přesně znám. Neexistují oficiální statistiky o počtu žijících Arabů na našem území. Arabská menšina žijící v České republice není nějak zvlášť početná. V roce 2020 podalo žádost o udělení mezinárodní ochrany celkem 69 Arabů, což je o 35 % méně než v roce 2019. Azyl byl udělen celkem ve (3) případech. Nejvyšší počty žádostí podávali státní příslušníci Sýrie (23), Iráku (10), Alžírsko (9) a Libye (7). Doplnková ochrana byla udělena celkem ve 39 případech a nejvíce Syřanům (24), Libyjcům (9), Jemencům (4) nejčastěji z humanitárních důvodů. Pokračuje trend poklesu, který započal v roce 2015 (MV ČR, 2021).

Největší arabská komunita žije v Teplicích. *„Někteří jsou občané Česka, jiní, respektive jejich děti o občanství budou usilovat. Rodiče se živí buď v návazných službách pro lázeňské hosty, mnoho z nich ovšem působí v nemocnici“* (Teplická nej, n. d.).

Odhad počtu muslimů je také nejasný. Různé zdroje uvádějí rozdílné počty. Islamolog Kropáček (2011) uvádí kolem 15 000 z roku 2004 a také konstatuje, že muslimské náboženské obce se soustředí zejména v Praze, Brně a Zlínsku. Sociolog Černý (2015) odhaduje, že v současné době žije v ČR kolem 22 000 muslimů – migrantů. Žádná z evropských zemí nesleduje důsledně náboženskou příslušnost svých občanů nebo migrantů, jelikož je to soukromá věc.

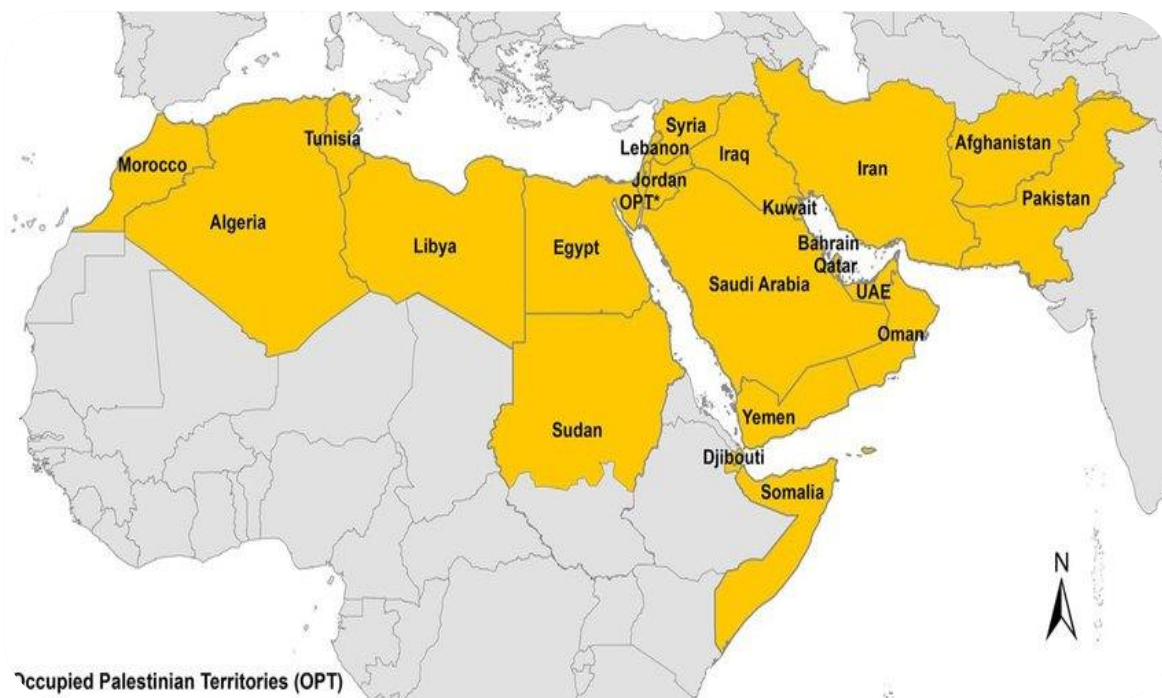
Radoňová (2007) ve své práci rozděluje populaci muslimů do tří základních kategorií podle důvodu příchodu. Typický český muslim byl bývalý student vysoké školy ze zemí, s nimiž udržoval přátelské vztahy komunistický režim bývalého Československa. V Česku často zůstali, založili si rodiny a získali české občanství. Další významnější skupinou jsou lidé, kteří do České republiky přišli z důvodu pracovní migrace především po roce 1989 jako podnikatelé či obchodníci a třetí skupinu muslimů na našem území tvoří uprchlíci.

Gombárová (2013) zmiňuje, že existuje i skupina asimilovaných Arabů, která je menší a má dva zdroje. *„První zdroj vychází ze smíšených manželství, kdy druhá generace lidí, kteří zde vyrostli, mají již jen velmi vágní vztah k zemi původu svých rodičů. Svou původní zemi neznají a jazyk znají jen do určité míry. Tito lidé již patří do české společnosti“.*

2 Migrace Arabů do České republiky

Diplomová práce se věnuje regionu, který zahrnuje jak vlastní Blízký východ (tedy oblast pojímající Egypt, Levantu, Turecko, Arabský poloostrov, Irák, Írán), tak i další arabské země v Africe (Maroko, Alžírsko, Tunisko, Mauritánie, Libye a Súdán). V angličtině se tento region označuje zkratkou MENA (Middle East and North Africa), pojímá celkem 23 států podle Organizace spojených národů viz obr. 1. Rovněž uvádím informace k migraci Afghánců, s ohledem na význam této migrace pro Českou republiku (Raddad, Ghanem, Feizzadeh, Setayesh, Calleja, Riedner, 2013).

Obrázek 1: Země původu migrantů



Zdroj: Abu-Raddad et al., (2013).

2.1 První Generace Arabů

Po revoluci 1989 se migrační saldo země postupně měnilo ve prospěch migrantů a v devadesátých letech se Česká republika stávala nejen zemí tranzitní, ale stále více zemí cílovou, zejména v r. 2001: Mezi lety 2001 a 2008 se počet cizinců v ČR několikanásobně zvýšil (77 tis. v roce 2008 oproti cca 13 tis. v roce 2001). S nimi se zvýšil i počet vyznavačů islámu.

Drtivou většinu tvoří migranti z Blízkého východu. Nárůst muslimské migrace však souvisí především s příchodem migrantů z Balkánu (Felčer, n. d).

Česká republika přijala tisíce bosenských muslimů prchajících před jugoslávskými válkami v 90. letech (Počet uprchlíků z Bosny a Hercegoviny registrovaných v ČR, 1992-1995) čísláno asi na 5 000 osob (Felčer, n. d).

Migranti z první generace jsou velmi dobře integrováni do společnosti na pracovním trhu i ve vzdělávání. Velmi důležitý je pro ně ale důraz na etnickou identitu. *„Máme tady poměrně důležitou část vysokoškoláků, kteří mají velmi dobře placená zaměstnání, často to jsou lékaři nebo inženýři a patří k vyšší střední třídě. Zároveň zde žijí i velice bohatí obchodníci ze zemí Perského zálivu nebo Egypta, kteří patří do vyšší vrstvy“* (Trachtová, 2007).

Od 90. let 20. století několik autorů upozorňovalo na rozdíly v míře náboženství, etnické diverzity a celkové nejednotnosti mezi muslimy žijícími v ČR. Největší počet místních muslimů byli a jsou cizinci s povolením k trvalému a dlouhodobému pobytu z arabských zemí v prvním desetiletí 21. století. Jedná se především o Syřany, Iráčany a Egyptany (Mendel, Rataj, Ostřanský, 2008).

Věkové složení migrantů z arabsko-muslimských zemí je různorodé. Mezi věkovou skupinou 15–24 let tvořili největší podíl migranti z Íránu, Iráku, Libanonu, Libye, Ománu, Palestiny, Saúdské Arábie a Spojených arabských emirátů. Konkrétně v Libyi, Ománu, Saúdské Arábii a Spojených arabských emirátech tvoří tito mladí lidé polovinu všech imigrantů této národnosti.

Na druhou stranu více než třetina migrantů z Afghánistánu, Alžírsko, Bahrajnu, Indonésie, Jemenu a Maroka byla starších 55 let (Mendel, Rataj, Ostřanský, 2008).

V případě mladých lidí mohou být tyto rozdíly ovlivněny faktory, jako je např. podpora studijních programů, přítomnost starších generací. Vzdelanostní úroveň migrantů je často základní vzdělání, zejména Alžířanů, Maročanů, Pákistánců a Turků, podíl migrantů se základním vzděláním dosahuje více než poloviny. Míra zaměstnanosti přistěhovalců s touto úrovní vzdělání se obvykle pohybuje kolem 35 % (Žáková (n. d.).

Žáková (n. d.) zmiňuje, že vzdělání u Egypťanů, Indonésanů a Íránců v ČR je podíl středoškolského a vysokoškolského vzdělání poměrně vysoký. Vysokoškolsky vzdělaní migranti mají asi 60% šanci se uplatnit na trhu práce. Přibližně polovina migrantů se středním vzděláním je zaměstnána.

Situace v oblasti zaměstnanosti migrantů se základním vzděláním se však v různých hostitelských zemích liší, v případě Maročanů ve Španělsku dosahuje míra zaměstnanosti až 74 %, což je více než u Španělů se stejnou úrovní vzdělání. V současné době chodí do práce nejčastěji svobodní muži ve věku 20 až 40 let. Pokud migrují ženy, tak jsou většinou vdané a za účelem sloučení rodiny (Žáková, n. d.).

2.2 Druhá generace Arabů

Topinka (2007) říká, že „*Druhá generace muslimů se již narodila v Evropě, navštěvovala evropské školy, naučila se jazyk a přizpůsobila se společenským zvyklostem.*“

Výsledky antropologické studie Rendek (2022), která se zabývala pohledem na druhou generaci žijících muslimů ukazuje, že děti migrantů z první generace se snaží kulturně asimilovat a mají víceméně benevolentnější vztah k víře, než je tomu u mladých nynějších arabských migrantů migrujících do zemí západní Evropy.

Ve své práci zjistila, že mladí Arabové dochází k závěru, že to, co řekne místní imám, pro ně není důležité. Tito mladí lidé se sami snaží vykládat Korán a hledají různé zdroje a informace. Někteří z mladých muslimů ve studii se dokonce bouřili proti přesvědčení svých rodičů nebo přijali islám po svém a považovali záležitost mezi nimi a Alláhem za svou soukromou věc. Dále zjistila, že jsou velmi ambiciózní, možná i proto, že jejich rodiče považují vzdělání za jednu z nejdůležitějších hodnot, kterou chtějí svým dětem předat (Rendek, 2022).

Cílem druhé generace mladých muslimů v České republice je získat prestižní zaměstnání. Chtějí být lékaři, zubaři, diplomaté, chtějí pracovat v mezinárodních vztazích. Mohou pocházet ze zemí, které jsou bohatší a kde je hodnota vzdělání vysoká, takže mají také větší šanci se uplatnit na trhu práce (Rendek, 2022).

Černý (2015) upozorňuje, že se Česká republika vyznačuje tím, že zde nepřevládá jedno etnikum. Žije zde mnoho lidí z různých zemí. Bez nadsázky lze říci, že čeští muslimové reprezentují z hlediska země původu celý islámský svět. Najdete tu lidi ze severní Afriky, ale také z Indonésie, bývalých sovětských států a Senegalu. To je jeden z důvodů, proč jsou čeští muslimové tak integrovaní: nedominuje žádná rasa, nevznikají etnicky homogenní čtvrtě nebo ulice a tyto skupiny nejsou uzavřeny.

České muslimy najdeme na celém území republiky. Ve srovnání s některými částmi západní Evropy opravdu nemají integrační problémy. Mají kvalitní vzdělání, práci, přátele i partnery z majoritní společnosti. Podle Černého (2015) se však najdou i výjimky, jako lokální muslimové pocházející z Afriky, kteří u nás nemají dostatek finančních prostředků a tíží je problémy se sháněním pracovních míst, a jsou v důsledku toho marginalizováni.

3 Problémové užívání drog

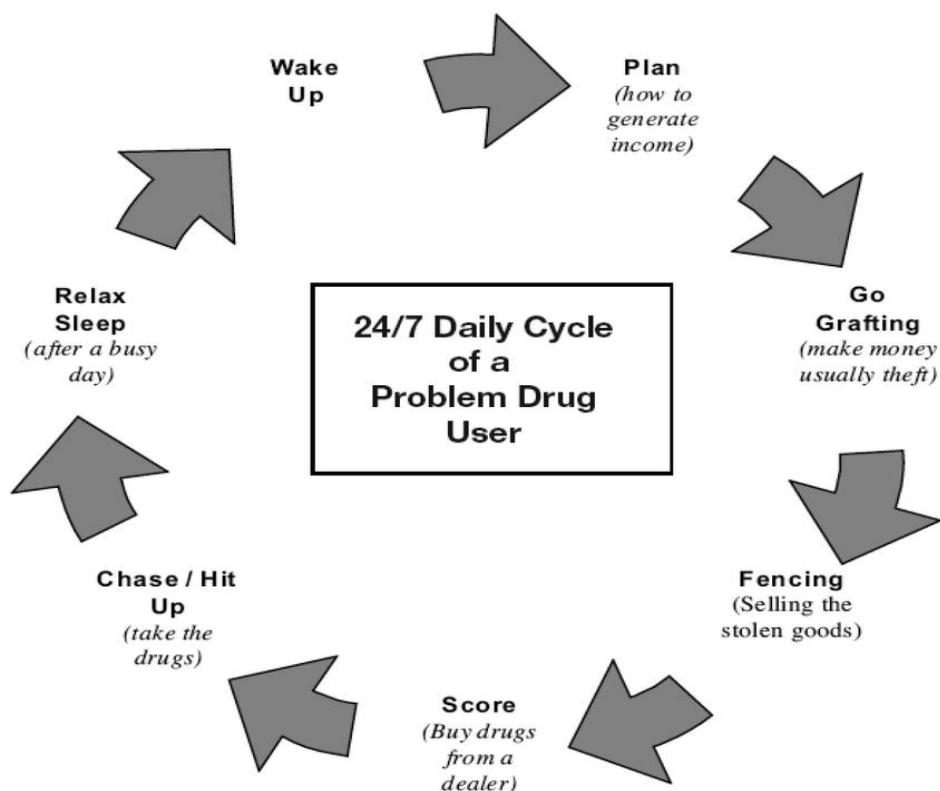
Hartnol (1997): (heavy) tento vzorec užívání drog označuje užívání za časté, ve vysokých dávkách nebo intravenózní aplikaci). Představuje vysoké riziko problematických důsledků (problematic consequences), jako jsou závislost nebo HIV infekce, anebo důsledky, které mohou vyžadovat léčebné intervence zejména intervence v oblasti sekundární prevence.

EMCDDA (2009): definuje injekční užívání drog anebo dlouhodobé a pravidelné užívání opioidů anebo stimulantů typu amfetaminu či kokainu/cracku a upozorňuje na to, že zahrnuje takové vzorce užívání a typy drog, jejichž užívání způsobuje jednotlivcům i společnosti nejvíce škod.

Definice HRDU (high risk drug use) obsahuje rovněž i konopné látky a označuje užívání za pravidelné a s negativními důsledky, zahrnujícími závislost a ostatní zdravotní, psychické a sociální problémy, nebo představuje vysokou pravděpodobnost takových důsledků (EMCDDA, 2009).

Významná část problémových uživatelů drog má v anamnéze narušené dětství, nízké dosažené vzdělání, které jim ztěžuje najít a udržet stabilní zaměstnání. Jsou sociálně vyloučení. Je třeba uznat, že problémové užívání drog poskytuje účelnou a zaměřenou rutinní strukturu – „denní koloběh problémového užívání drog“. Za prvé, životní styl zaměřený na obstarání a konzumaci drogy poskytuje nejen zisky do státní kasy, které vzejdou z černého trhu, však nezmizí v černé díře. Jakmile je někdo použije jako platební prostředek stávají se znovu součástí legálního ekonomického cyklu a tím zvyšuje přístup znevýhodněných lidí k příjmům a zboží, které by si jinak pravděpodobně nezajistili (Buchanan, Young, 2000).

Obrázek 2: Denní koloběh problémového užívání drog



Zdroj: Buchanan, (2006).

Dalo by se říci, že tento cyklus viz obrázek 2 je součástí propracovaného a dobře rozvinutého alternativního hospodářství, které se stává hlavním zdrojem příjmů a směny zboží v rámci znevýhodněných komunit. Prodej a nákup kradeného zboží je jediný způsob, jak se může mnoho rodin zúčastnit pasti „bohaté společnosti“ (Buchanan, Young, 2000).

Za druhé, životní styl zaměřený na drogy řeší každodenní nudu, frustraci existence bez zaměstnání a omezených příležitostí. Pro mnohé je braní drog alternativa k nezaměstnanosti, nudě a stereotypu.

Za třetí, pro sociálně vyloučené osoby tato nepřetržitá existence poskytuje podobné nároky a odměny jako zaměstnanost. Konečně, a možná nejvýrazněji, problémové užívání drog dává jednotlivci zaměření na den, zahrnující vše náročné a vysoce strukturovanou rutinu.

Zatímco život zaměřený na drogy nabízí podobné výhody jako zaměstnání, obvykle má škodlivé sociální a psychologické důsledky a zanechává problémového uživatele drog stále více izolovaného a vyloučeného. Zúčastněné osoby, které se snaží léčit problémové uživatele drog jejich odstraněním z této vysoce strukturované činnosti budou muset začít přemýšlet, co potřebují uživatelé nahradit, jinak bude recidiva téměř nevyhnutelná. (Buchanan, (2006).

Právě problémový uživatel drog se s největší pravděpodobností dostane do kontaktu nejčastěji se zdravotníkem, porodní asistentkou, zdravotní sestrou, sociálním pracovníkem, probačním pracovníkem. Většina rekreačních uživatelů drog je docela schopná udržet jejich užívání drog skryté a pod kontrolou. Problémoví uživatelé drog již ztratili kontrolu nad drogovým návykem a často se u nich objevují potíže a výzvy. O kauzálním vztahu mezi užíváním drog a kriminalitou bylo napsáno mnoho (Buchanan, (2006).

Kriminalita může být jedním z mnoha příznaků problémového užívání drog, ale více lze vytvořit důležité příčinné souvislosti mezi sociálním vyloučením a problémovým užíváním drog. Co je podstatné, je že vysoký podíl problémových uživatelů drog snáší vážné obtíže a problémy ještě předtím, než začnou brát drogy (Zábranský, 2003).

Problémový uživatel: *„Bere často i sám a často již vysoké dávky drog. Jeho zdraví je narušeno mnohočetnými fyzickými i duševními problémy. Bere, aby se cítil normálně.“* (Zábranský, 2003).

Dalo by se tvrdit, že pro mnoho problémových uživatelů drog není užívání nelegálních drog tím hlavním problémem, kterému čelí v životě. Na druhou stranu, životní styl ovládaný drogami může být do určité míry řešením, které je kromě všech rizik, stresů a problémů, které přináší, schopné nabídnout osobě aktivitu, rutinu, účel, strukturu, sounáležitost, vzrušení a odměnu.

A to jsou aspekty každodenního života. Tyto aspekty každodenního života byly jinak z velké části odepřeny většině problémovým uživatelům drog (dokonce předtím, než začali drogy brát). Mnozí z nich měli neklidné nebo zneužívané dětství, byli v náhradní péči, vyloučeni ze školy, rozvinuli se u nich potíže s učením, které se snažili dosáhnout později zvýšením kvalifikace. Mají omezené nebo žádné pracovní zkušenosti, žijí v chudobě a žijí mimo standardní bydlení.

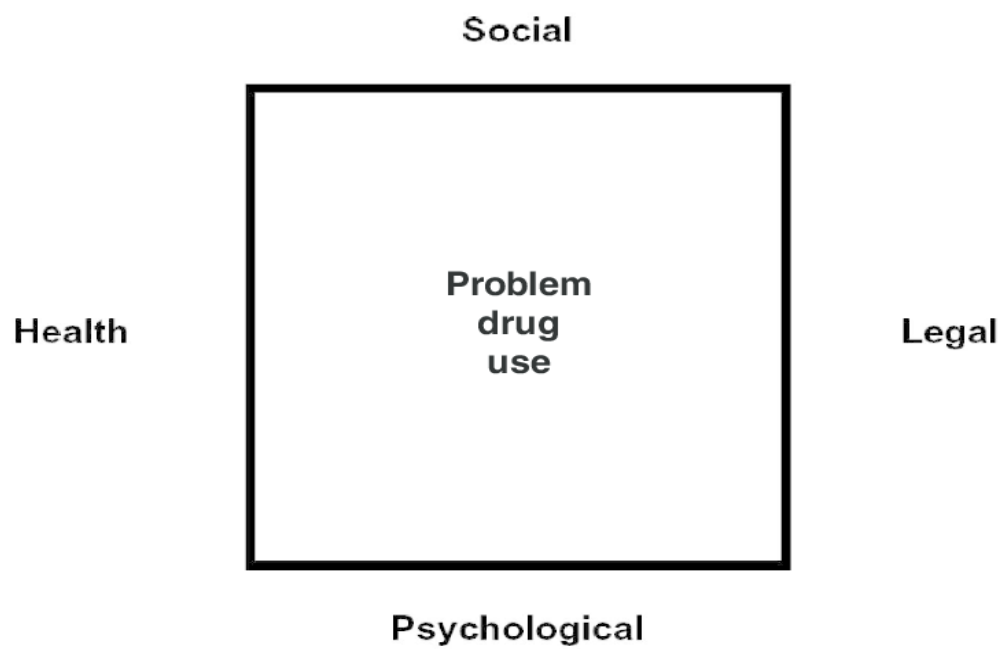
Není divu, že vzhledem k tomuto znevýhodněnému problému uživatelů drog často chybí osobní zdroje a sociální kapitál, aby se mohli zapojit s požadavky a odpovědností nezávislého dospělého života.

Příležitosti, jak si „vydělat na živobytí“ a získat přístup ke spotřebitelským výhodám (předváděny prostřednictvím multimediální reklamy) jsou extrémně vyzdvihovány. Vysoce konkurenční kapitalistické prostředí má stále méně potřeby nekvalifikovaného, polo kvalifikovaného manuálního dělníka. Často je manuální práce spojená s nízkou mzdou, s nejistými hodinami a nejistou budoucností (Buchanan, Carnwell, 2009).

Problémové užívání drog je považováno za protispolečenský jev. Má přirozenou tendenci se skrývat, tudíž je velmi náročné určit rozsah přesnými metodami. Populace problémových uživatelů drog spadající do tzv. skryté populace drogově závislých, nejsou v kontaktu s žádnou léčebnou, pomáhající institucí ani s institucemi prosazování práva (Zábranský, 2003).

Dominantní myšlení ve vztahu k problémovému užívání drog zdůrazňuje fyzické zdravotní aspekty tohoto vzorce užívání drog, právní aspekty, pokud jde o trestnou činnost, problémy způsobené komunitám, a psychologické touhy a potřeba získat „další nápravu“. Nicméně je důležité zmínit často přehlížený sociální kontext problému užívání drog (Buchanan, Carnwell, 2009).

Obrázek 3: Problémové užívání drog má tedy čtyři složky



Zdroj: Buchanan, (2006).

4 Problémy spojené s užíváním drog

Tato kapitola se zaměřuje na zdravotní a sociální dopady drogové závislosti. Jak jsem již uvedla, předmětem zkoumání je rizikové užívání. U tohoto typu užívání je ohroženo významně zdraví, pracovní aktivita, udržení rodinných vztahů, zapojení do společnosti vůbec.

Každý den potřebuje uživatel brát drogu, přestane kvůli tomu docházet do práce, zanedbávat svou rodinu a už vůbec neřeší sebe, neboť na shánění dávky potřebuje stále více času a najednou se okruh jeho přátel zúží pouze na lidi, kteří drogy užívají také.

Uživatel potřebuje denně na svou dávku stovky ne-li tisíce korun, navíc je většinou nezaměstnaný, neboť jeho závislost ho vyřazuje z pracovního procesu, a tak shání peníze, kde se dá. Nejprve prodává všechny osobní věci, mající nějakou hodnotu, poté začne rozprodávat majetky ostatních příbuzných, mění věci, které různě nasbírání a v poslední fázi se většinou uchylují k trestné činnosti nejčastěji dochází k užívání cizí věci a krádežím (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orlicková, Rous, Černíková, 2023).

Důsledky problémového užívání jsou v práci rozděleny na část zdravotní a sociální.

V této souvislosti stojí musím podotknout, že migranti z arabských zemí mají odlišné hygienické návyky, nedostatečné informace o způsobu přenosu infekčních onemocnění. Může se u nich vyskytovat ve zvýšené míře TBC, hepatitidy a jiné onemocnění.

Vzhledem k Ukrajině krizi a počet narůstajících uprchlíků způsobenou válkou na Ukrajině, může narůstat imigrace z východních zemí a tyto nové jevy nelze ignorovat, je potřeba předvídat a připravit se na možné důsledky.

4.1 Zdravotní stav

Drogová problematika ve specifických skupinách obyvatel byla v Národním akčním plánu protidrogové politiky zmiňována doposud jen okrajově a nebyla detailně propracovaná. V souvislosti s Ukrajinskou krizí a uprchlickou vlnou osob hledající ochranu v EU vzrůstají obavy o zvýšení epidemiologických rizik a s tím souvisejících negativních dopadů nejen na uživatele.

Nejpalčivější problémy ukrajinské vlny uprchlíků v České republice jsou:

Narůstá poptávka klientů po adiktologických službách. Zejména jde o služby prvního kontaktu – nízkoprahové služby, které nabízí tzv. harm reduction intervence (tj. intervence snižující riziko šíření infekcí a předávkování) – testování na krvi přenosné infekce, výměnný program jehel a stříkaček, terénní programy, programy prevence předávkování.

Klíčová je dostupnost opiátové substituční léčby, která je v ČR dlouhodobě nízká a urgentní je zejména situace v Praze a okolí (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, Černíková, 2023).

V neposlední řadě se mohou ve zvýšené míře projevovat dopady traumatických událostí na duševní zdraví, které mohou zvyšovat riziko rozvoje psychologických problémů, tudíž je potřeba navýšit služby poskytující nejen adiktologickou ale i psychosociální pomoc a podporu v rámci duševního zdraví (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, Černíková, 2023).

Kromě toho je zapotřebí navýšit kapacitu personálu na testování HIV, HCV a dalších infekcí, včetně mobilních programů, aby docházelo k včasnému zachytu případů infekce a navýšit kapacitu nízkoprahových programů (kontaktních center, terénních programů), které dokáží rychle reagovat na potřeby lidí užívajících drogy rizikově, zejména výměnných programů jehel a stříkaček a distribuce dalšího harm reduction materiálu. S tím souvisí navýšení rozpočtu Úřadu vlády na politiku v oblasti závislostí a monitoring situace především v místech, kde dochází ke kumulaci uprchlíků (RVKPP, 2023).

Trousil (2011) ve své disertační práci popisuje, že psychické problémy mohou být způsobeny nejistotou v pracovně právních vztazích, vykořisťováním ze strany zaměstnavatelů či zprostředkovatelů zaměstnání, závislost na dalších osobách jako tlumočnických, podmínkami bydlení, finančním nedostatkem apod. Tyhle zdroje stresu a mentálnímu přetížení vedou k obranným mechanismům jako popírání a potlačování, nepřijímání změn v oblastech přizpůsobení se a učení v procesu akulturace.

Stejně jako každému rezidentovi na území ČR, i migrantům pobývajících legálně/ilegálně na území České republiky musí být v případě potřeby poskytnuta nutná neodkladná zdravotní péče. V praxi se ale ukazuje, že migranti obecně vyhledávají lékařskou péči pouze v krizových případech (Hnilicová, Dobiášová, 2011).

O zdravotním stavu ve specifických skupinách populace, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace, jsou k dispozici pouze dílčí informace. Podle zpráv krajů využívají adiktologické služby i cizinci, obvykle jde řádově o jednotky klientů cizí národnosti. Nejčastěji kraje zmiňují klienty původem ze Slovenska a zemí východní Evropy. Ve zprávách krajů se ojediněle objevují informace také o uživatelích drog z vietnamské komunity, která je označována za uzavřenou a obtížně přístupnou adiktologickým službám. Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který byl spuštěn v r. 2015, stále nepokrývá data celé sítě adiktologických služeb a všechny léčené klienty, jeho pokrytí se však postupně zvyšuje. Poslední otevřená data o léčených uživatelích publikují z roku 2019.

K dispozici je řada informací o vzorcích a charakteristikách rizikového užívání pervitinu a opioidů v ČR z jednorázových i pravidelných výzkumů realizovaných v populaci uživatelů drog (např. studie Multiplikátor 2022 a Monitoring testování infekcí (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, Černíková, 2023).

Průzkumy popisují rovněž odhady užívání drog rizikovým způsobem, které se provádí každoročně způsobem multiplikační metodou za použití dat klientů z nízkoprahových zařízení, kde ale výkaznictví dle etnicity není rovněž spolehlivé, jak již jsem zmiňovala v úvodu této práce.

Mezi nejvýznamnější negativní zdravotní dopady rizikového užívání nelegálních drog patří infekční nemoci, spojené zejména s injekčním užíváním drog, a předávkování drogami, a to jak nefatální, tak fatální (úmrtí v důsledku předávkování). Dlouhodobě jsou zdrojem dat v oblasti infekčních nemocí zejména Státní zdravotní ústav (Národní referenční laboratoř HIV/AIDS) a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orliková, Rous, Černíková, 2023).

Onemocnění, které může uživatele drog postihnout, bývají v konečném důsledku obvykle vážnějším problémem než sama drogová závislost. Rozvoj somatických komplikací je ovlivněn užívanou drogou, velikostí dávky, způsobem aplikace drogy i délkou drogové kariéry (Kalina, 2003).

AIDS / HIV Syndrom

Syndrom získaného imunodeficitu je smrtelná nemoc přenosná z člověka na člověka. V podstatě jde o konečné stadium infekčního onemocnění způsobuje ho virus zvaný HIV, které vede k selhání imunity, tedy obranyschopnosti člověka před nejrůznějšími infekcemi. Virus HIV útočí především na určitou skupinu bílých krvinek, takzvaných T-lymfocytů, které mají důležitou úlohu v imunitním systému lidského organismu. Virus se v nich množí, poškozuje jejich funkci, a nakonec je i usmrcuje. Když se jejich absolutní počet sníží na maximum, dochází k úplné ztrátě imunity a následně ke vzniku onemocnění AIDS (Kalina, 2003). Tělo je natolik oslabené, že nedovede bojovat s určitými oportunními infekcemi a nemocemi, jako jsou zápal plic, meningitida a některé typy rakoviny. Jednou z nejběžnějších oportunních infekcí mezi lidmi s HIV/AIDS je tuberkulóza (Lékaři bez hranic, 2017).

Virus HIV se vyskytuje v krvi, v sekretech pohlavního ústrojí (sperma, vaginální sekrety) a v dalších tělních tekutinách, včetně mateřského mléka.

Jeden ze způsobů přenosu nákazy je krevní cestou, injekčním užíváním drogy (hlavně společným používáním jehel, injekčních stříkaček a roztoku drogy a dalšího náčiní určeného k nitrožilní aplikaci drogy).

Ke snížení rizika přenosu nákazy může uživatel aplikující drogy nitrožilně redukovat riziko zejména tím, že nebude sdílet injekční materiál ani jiné předměty používané při aplikaci (lžička, filtry, voda a jiné pomůcky určené k bezpečné aplikaci), které se mohou dostat do styku s krví jiného člověka. Uživatel drog se může nakazit i nechráněným pohlavním stykem např. od svého infikovaného partnera nebo častým střídáním partnerů (Kalina, 2015).

Sekundárně je také možné přenosu vertikálně z matky na dítě. V r. 2021 bylo hlášeno 233 nových případů HIV/AIDS. Podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR dlouhodobě nízký, ročně jde o 5-9 případů (Chomynová, Grohmannová, Dvořáková, Orlíková, Rous, Černíková, 2023).

V letech 1985–2023 zaznamenáváme narůstající trend HIV a AIDS diagnostikovaných pozitivních osob. Výskyt HIV a AIDS u UID je relativně nízký a stabilní jedná se o celkem 3,5 % z evidovaných osob. Nejčastěji se vyskytuje mezi homosexuály/bisexuály a promiskuitními osobami. Od roku 1985-2023 HIV pozitivních případů celkem evidovaných bylo 4967 osob z toho 535 osob cizinců (SZÚ, 2023).

Virová hepatitida

Nazývá se také jako infekční žloutenka. Virové hepatitidy představují významné zdravotní riziko intravenózní aplikace drog. Za toto nakažlivé onemocnění jsou odpovědné viry, které napadají jaterní orgán. V současné době je dobře popsáno pět typů virů hepatitid, označovaných písmeny A - G.

Mezi injekčními uživateli drog se nejčastěji přenáší virová hepatitida typu B a C. Prevalence protilátek proti viru hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v Evropské unii se pohybuje v rozmezí 17–95 % (Dlhý, Beneš, 2007).

Přenos hepatitidy je stejný jako u předešlého popsání přenosu viru HIV. Uživatel se může nakazit sdílením injekčního materiálu anebo přes pomůcky určené k aplikaci, měl by dbát na hygienu, sterilitu nejen injekčního náčiní.

Pro uživatele drog je nákaza běžná také při sexuálním kontaktu bez použití ochrany či společným používáním dalších předmětů, které mohou přijít do kontaktu s krví (zubní kartáčky, holení, manikúra apod.) V roce 2021 bylo hlášeno (17) nových případů HBV, z toho (1) mezi lidmi užívajícími drogy injekčně (LDI). V ČR je v posledních letech výskyt HCV relativně nízký u virové hepatitidy typu C tvoří lidé užívající drogy rizikově dlouhodobě přibližně polovinu všech nakažených. V roce 2021 bylo hlášeno 662 nových případů, z toho 313 (47,3 %) mezi LDI (lidé užívající rizikovým způsobem) Chomynová, Grohmannová, Janíková, Rous, Černíková, Cibulka, Mravčík, 2022).

U hepatitidy typu B a nejčastěji u hepatitidy typu C se může stát, že se tělu nepodaří virus zcela odstranit a onemocnění může přejít do chronického stadia. Virus má dále tendenci se v těle množit a postupně dochází k poškození jaterní buňky.

U chronických hepatitid hrozí po zhruba deseti až dvaceti letech trvání choroby rozvoj jaterní cirhózy. Dostupná je jak léčba u HBV, HCV i očkování u HBV. Významným pokrokem posledních let je léčba interferonem, která onemocnění zcela vyléčí asi u jedné třetiny pacientů. U chronických hepatitid hrozí po zhruba deseti až dvaceti letech trvání choroby rozvoj jaterní cirhózy (Orlíková, 2005).

Místní a celkové bakteriální infekce

V této skupině infekcí se jedná o postižení kůže, sliznice a měkké tkáně. K nejčastějším z nich patří povrchové záněty žil, absces a flegmóny. Bez lékařského zásahu a léčení (chirurgické vyčištění ložiska, antibiotika, balzámy) hrozí rozvinutí povrchového onemocnění na invazivní onemocnění.

Dalším parazitárním kožním onemocněním je svrab. Který je spjat nejčastěji s lidmi bez domova, nebo nižšími hygienickými podmínkami, squattery. S těmito typy infekcí velmi často přicházejí do styku právě uživatelé pervitinu a klienti kontaktních center (Kalina, 2003).

Při invazivní infekci bakterie překoná obranné mechanismy organismu a dostane se do cévního řečiště. U injekčních uživatelů drog pak hrozí sepse, (projevující se horečkou, zrychleným dechem, puls), kdy při septickém šoku dojde k selhání především ledvin a plic. Nejvíce je nemocný ohrožen vznikem infekční endokarditidy, při které se mikrobiální infekce usídí na srdeční nitrobláně, nejčastěji na chlopni. Invazivním onemocněním je také absces sleziny (Kalina, 2003).

Orgánová postižení

Většinu uživatelům s dlouhou drogovou kariérou se do míst neustálých vpichů dostává infekce, tvoří se abscesy atd. Proto se uchylují k aplikaci i do hrdelní žíly, stehenní žíly či tepny. Opakované vstupy do těchto velkých cév mohou vyvolat vznik trombóz, nedokrevnost místních tkání nebo tvorbu abscesů.

Nežřídko je u uživatelů pozorováno postižení srdce ve smyslu infarktu myokardu, endokarditida. Důvodem bývá právě vyčerpání organismu způsobené těmito látkami, plicní embolie nebo tromboflebitida dolních končetin a nejčastěji postihuje uživatele pervitinu.

K nejčastějším onemocněním však patří plicní postižení, jak vlivem intoxikace opiáty, tak i silným kouřením cigaret, což je u uživatelů drog velmi časté. Dále dochází k zápalům plic a také k postižení CNS.

Užívání těchto látek vede k velmi vysokému tlaku, což může způsobit krvácení do mozkové tkáně a následně tak k postižení CNS (Kalina, 2003).

V roce 2021 bylo zjištěno celkem (64) smrtelných předávkování drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky (96 v r. 2020). V 54 případech šlo o smrtelná předávkování drogami a těkavými látkami (58 v r. 2020), nejčastěji docházelo k předávkování psychostimulancii (19 osob) a předávkování opioidy (18 osob). Těkavé látky byly zaznamenány u 10 uživatelů a benzodiazepiny také u 10 osob. Ročně je zaznamenáno dalších 130-150 úmrtí pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků, z toho nejvíce bývá v důsledku nemocí (31 %), dopravních nehod (26 %) a sebevražd (25 %) (Chomynová, Grohmannová, Janíková, Rous, Černíková, Cibulka, Mravčík, 2022).

Psychický zdravotní stav

Psychoaktivní látky mohou také zhoršit a akcentovat jednotlivé symptomy u duševního onemocnění Kalina (2008) popisují tři skupiny, u kterých se duální diagnóza objevuje:

- 1) První skupinou jsou jedinci, kteří primárně trpí duševní poruchou a závislost se u nich objevuje jako forma samoléčení. Pomocí látek se snaží zmírnit nebo potlačit symptomy této poruchy.
- 2) Druhou skupinu tvoří uživatelé návykových látek, u kterých se duševní porucha manifestovala až vlivem užívání.
- 3) Poslední skupinou jsou ti jedinci, u kterých je závislost a psychická nemoc výsledkem společné příčiny, např. stresu nebo traumatu.

Podle výzkumů se u uživatelů návykových látek nejčastěji objevují úzkostné poruchy, afektivní poruchy, poruchy osobnosti, ale i psychotické poruchy nebo posttraumatická stresová porucha (Adamson, Todd, Sellman, Huriwai, Porter, 2006).

Adiktologické služby evidují vzrůstající trend výskytu duálních diagnóz, odhad podílu klientů s dalším duševním onemocněním se v různých typech péče pohybuje od 1/4 do 2/3 celkového počtu klientů (Chomynová, Grohmannová, Janíková, Rous, Černíková, Cibulka, Mravčík, 2022).

EMCDDA definuje komorbiditu ve vztahu k uživatelům drog jako dočasný souběžný výskyt dvou nebo více psychiatrických poruch definovaných Mezinárodní klasifikací nemocí, z nichž jednou je problematické užívání návykových látek (EMCDDA, 2004).

V praxi se dle Torrens, Mestre-pintó, Domingo, Salvany (2015) se nejčastěji setkáváme s určitými kombinacemi duševního onemocnění a užívání návykových látek.

Deprese a užívání návykových látek

Kombinace deprese a užívání návykových látek je ze všech komorbidit nejpočetnější. *„Prevalenční hodnoty se pohybují v rozmezí od 12 % do 80 % v závislosti na charakteristikách výběrového vzorku“*. Častěji se vyskytuje u žen, které mají sklony k nadužívání drog obecně (Torrens, Mestre-pintó, Domingo, Salvany 2015).

Na druhou stranu běžně propuká deprese u lidí, kteří prvně užívají návykové látky. Zneužívání návykových látek, především alkoholu, podporuje depresivní symptomy (skleslé nálady, pocity méněcennosti apod.). Lidé s depresí kromě alkoholu nadužívají léky, marihuanu, amfetaminy nebo opiáty. Tato duální diagnóza je v hodně případech spojena s pokusy o sebevraždu (Torrens, Mestre-pintó, Domingo, Salvany 2015).

Úzkostné poruchy a užívání návykových látek

Úzkostné poruchy mohou předcházet užívání návykových látek, ale mohou být i vyvolány jejich užíváním. Symptomy tohoto duševního onemocnění bývají také součástí abstinčních příznaků při odvykání od drogy.

Úzkostné poruchy jsou nejběžnější v kombinaci s užíváním marihuany, opiátů, amfetaminu, kokainu a extáze. Dle autorů: „*Nejvíce se vyskytuje zneužívání látek především u panické a posttraumatické stresové poruchy.*“ Autoři uvádějí výskyt až u 35 % lidí s duální diagnózou. Psychózy a užívání návykových látek. Do této kategorie se řadí závažná duševní onemocnění nazývaná schizofrenie a bipolární porucha. Rovněž autoři uvádějí: „*prevalenci mezi 30-66 % lidí se schizofrenií užívající některou návykovou látku, u bipolární poruchy se pohybuje prevalence mezi 40-60 %.*“ (Torrens, Mestre-pintó, Domingo, Salvany 2015).

Schizofrenici užívají nejčastěji alkohol, pervitin a marihuanu. U lidí s bipolární poruchou se střídají manické a depresivní fáze, v průběhu, kterých lidé zneužívají v různé míře alkohol, pervitin i jiné návykové látky. Přičemž platí, že v manické fázi je množství užití látky vyšší.

Někteří lidé začínají zneužívat návykové látky pro utlumení projevů onemocnění. Jiným lidem se mohou symptomy onemocnění objevit až po užití drog a alkoholu. Jestliže se jedná o akutní intoxikaci, nebo bylo užívání návykové látky spouštěčem pro samotné onemocnění, lze poznat až po několikátýdenní abstinenci. Ve všech výše zmíněných situacích návykové látky prohlubují a zhoršují zdravotní stav, což je často důvodem k akutním hospitalizacím, dokonce pokusům o sebevraždu (Torrens, Mestre-pintó, Domingo, Salvany 2015).

Poruchy osobnosti a užívání návykových látek

Osoby s hraniční a disociální poruchou osobnosti často zneužívají návykové látky rizikovým způsobem, a to více než uživatelé návykové látky bez poruchy osobnosti. Jak upozorňují Torrens, Mestre-pintó, Domingo, Salvany (2015) 46 % lidí užívajících návykové látky trpí minimálně jednou poruchou osobnosti (16 % disociální, 13 % hraniční, 8 % paranoidní, vyhýbavou a obsedantně-kompulzivní). Prevalence PO v populaci se pohybuje podle různých dat mezi 6–15 %.

Velké procentuální zastoupení najdeme v ambulancích psychiatrů, kde touto poruchou trpí 30–50 % pacientů a přibližně 15 % osob je hospitalizováno kvůli symptomům PO (Praško, 2015).

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou a užívání návykových látek

Hrnčíárová (2021) popisuje potíže hyperkinetické poruchy a říká že, návykové chování se vyskytuje velmi často právě u lidí s poruchou pozornosti s hyperaktivitou. ADHD u dospělých je spojena s významnou psychiatrickou komorbiditou a vyšší než průměrnou mírou rozvodů, nezaměstnanosti, dopravních nehod a je rizikovým faktorem zneužívání návykových látek.

ADHD je spojena s různými charakteristikami zneužívání návykových látek: zneužívání návykových látek přechází rychleji do závislosti a u dospělých s ADHD trvá déle než u těch bez ADHD (Hrnčíárová, 2021).

„Samoléčba“ může být faktorem vysoké míry zneužívání návykových látek u dospělých s ADHD. Miovský (2018) rovněž potvrzuje, že *„riziko užívání návykových látek u lidí s ADHD je až dvojnásobně vyšší oproti non-ADHD populaci.“* Mezi ADHD a užíváním stimulantů především pervitinu se ukazuje v poslední době poměrně velká souvislost.

Poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek

Zneužívání návykových látek se vyskytuje také u lidí s poruchou příjmu potravy, především u žen s mentální bulimií. Tato duální diagnóza je poměrně častá u žen, které užívají amfetaminy, léky nebo alkohol. Společným rysem poruch příjmu potravy a jiných závislostí jsou psychické charakteristiky jako impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost, nezdrženlivost nebo silná touha po konzumaci potravin. Znaky tohoto druhu chování související s konzumací potravy můžeme sledovat z klinického hlediska hlavně u záchvatového přejídání a mentální bulimie. Jídlo přináší jedinci okamžité uspokojení, okamžitou odměnu, proto má takové chování tendenci být opakováno a z dlouhodobého hlediska se stává návykem (Vacek, Vondráčková, 2014).

4.2 Sociální problémy

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří problémy ve vztazích a rodině, nezaměstnanost, nízké vzdělání a také dostupnost a kvalita bydlení, která může vést až k bezdomovectví. Migranti mohou řešit řadu problémů týkající se nejen jich samotných jako osob, ale i celé společnosti a s tím vyvstává charakter jejich potřeby a existence adekvátní sociální péče (Mravčík, Grohmannová, Chomynová, Nečas, Kiššová, Nechanská, Fidesová, Kalina, Vopravil, Kostelecká, Jurystová, 2012).

V této podkapitole představím nejběžnější sociální těžkosti se kterými se mohou arabští migranti potýkat a zároveň představují části procesu a v zásadě ovlivňují celý společenský proces, kdy odpovědnost za jeho průběh a podoba je sdílená v rámci širší vztahové sítě – společnosti.

Některé organizace mají zkušenosti s psychicky nemocnými migranty nebo uživateli (nejčastěji z Ukrajiny nebo jiných bývalých post-sovětských republik), kteří přišli o práci, nemají legální pobyt a nepodařilo se jim svou situaci vyřešit. V praxi se tyto organizace potýkají především s jazykovou bariérou, omezeným přístupem klienta k sociálním službám, který je odvozený od jeho pobytového oprávnění, a v nemalé míře i s tématy, jako je absence finančních zdrojů klientů pro obnovení průkazu totožnosti (Jelínková, 2022).

Mnoho autorů z oblasti filozofie, sociologie, psychologie si všímá, že v dnešní moderní společnosti jsou více než v jiném historickém a kulturním období prosazovány a obhajovány koncepty vedoucí k individualizaci západní společnosti – svoboda, subjektivní práva nebo vnitřní život.

Podle Gergena (2011) se podílíme na vzniku světa, ve kterém se každý stará o sebe a člověk je ve vztahu k ostatním ostražitý a nedůvěřivý, což prohlubuje odcizení mezi lidmi. Spoléhání se na druhé je vnímána jako slabost a procesy nepřátelství, soutěžení, odcizení, vina, osamění a izolace shledává právě s tendencí individualizace.

Zároveň sledává, že vztahovost, respektive společenské otázky bývají podružnými problémy, protože na první místě v této společnosti je zisk pro jednotlivce. Zároveň závislost vysvětluje jako vyrovnávání se s absentující nebo ztrátou psychosociální integrací.

Léčba zaměřená na samotného jedince a jeho interpersonálním problémům nepřinese uspokojivé řešení. Další kolektiv autorů hovoří o konceptu spolu jednání, kdy člověk je utvářen vztahy procesem interakce a vztahování se. Kdy se lidé společně podílí aktivně na vytváření spolupracujícího vztahu a tím začne existovat individuální duše jako taková.

Gergen (2011) hovoří o tom, že je potřeba, abychom si všimli událostí, které předcházeli, abychom se zajímali o fakta a poznání, které jsou předkládaná jako platná. Jakým způsobem se vztahujeme k okolí a přispíváme do jeho podoby.

Je také přesvědčen, že svět je produktem právě koordinace mezi lidmi – spolu jednáním, prostřednictvím něhož náš svět vzniká a samostatně člověk není původcem jednání, ale vždy součástí existujícího jednání, vztahů, do kterého se narodil (Gergen, 2011).

Dostupnost a kvalita bydlení

V roce 2017 proběhlo výzkumné šetření mezi migranty ze zemí mimo EU, které bylo realizováno kvótním výběrem se snahou maximálně připodobnit složení výzkumného vzorku cílové populaci migrantů žijících v Praze. Do výzkumné sondy bylo zapojeno celkem (1109) migrantů starších 18 let s různým pobytovým statutem.

Dle této studie je druhým největším problémem úhrada nákladů spojených s bydlením. Ty označilo za velmi obtížně zaplatitelné 12 % respondentů a spíše obtížně 31 %. Ukázalo se, že cca 43 % respondentů má potíže platit náklady spojené s bydlením především nájemné, což je třetina migrantů. Obtíže pak jsou výraznější u občanů ostatních zemí mimo EU, Ukrajiny a Ruska. Náklady na bydlení je obtížné hradit pro polovinu respondentů ve věkové kategorii 36–45 let a opět pro polovinu osob, které nemají trvalý pobyt.

Sledoval se zde i vliv úrovně češtiny a (i s ní související) pozicí na trhu práce – čím lepší čeština a kvalifikovanější práce, tím menší obtíže se ukázaly při placení nákladů, nejen na bydlení. 63 % řemeslníků a 57 % pomocných pracovníků má potíže při hrazení nákladů na bydlení dle zaměstnání (Leontiyeva, Tollarová, Mikešová, 2017).

Podle Trousila (2011) je situace ohledně bydlení migrantů složitá z několika důvodů. Domnívá se, že majoritní populace může mít obavy pronajímat byty cizincům z důvodu předsudků a xenofobie a častokrát tak dochází k diskriminaci na trhu s bydlením.

Přistěhovalci, kteří nemluví plynule česky s nižším socioekonomickým statusem se většinou stěhují do míst, kde žijí rovněž cizinci, známí se kterými mohou být v kontaktu a kteří jim pomohou s adaptací a akulturací.

Migrant, pokud bydlí spolu s dalšími ve čtvrti, v nichž se koncentrují domácnosti znevýhodněných, mohou zároveň posilovat chudobu a tendenci k sociálnímu vyloučení. Tyto čtvrti však na druhou stranu mohou poskytovat informační servis, zcela respektující zacházení a zajištění sociálního začlenění, které ve výsledku zmírňují důsledky chudoby jakožto soudržnost je podpurná.

Zprostředkovatelé zaměstnání podle Trousila (2011) nabízejí obvykle ubytování, které je určeno obvykle pro ty, kteří mají problémy si zajistit ubytování nehotelového charakteru. V takovém případě sdílí pracovní ubytovnu spolu s dalšími migranty. Segregace v bydlení migrantů má celou řadu příčin: nedostupnost části trhu s bydlením, vysoké nájmy, předsudky a neochota snášet kulturní rozdíly pronajímatelů atd.

Téma migrantů bez domova patří v mnoha zemích k jedné z nejdiskutovanějších oblastí sociální práce. Většinou je tomu tak proto, že je v těchto zemích (např. Dánsko, Belgie, Nizozemí) velké množství odmítnutých žadatelů o azyl, nicméně řada zemí (např. Norsko) reportuje i nemarginální bezdomovectví občanů EU, především ze střední a východní Evropy (Jelínková (2022).

Jelínková (2022) vyzorovala, že organizace pracující s lidmi bez domova v ČR nárůst migrantů mezi svými klienty zaznamenala, ale stále se však jedná o nižší počty. Většinou se jedná o občany z okolních zemí, převážně (neromské migranty) ze Slovenska, v menším počtu z Polska, Rumunska a Bulharska, někdy se také jedná o osoby, které i v zemi svého původu, resp. bydliště, byly osobami bez domova. Strategie migrantů bez domova bývá rozdílná v tom, že si migranti častěji zajišťují finanční prostředky sloužící k přežití žebřáním, vybíráním popelnic, sběrem papíru či výkonem pracovní činnosti bez smlouvy.

Typickou překážkou bývá obvykle absence platného dokladu totožnosti a zdravotního pojištění, které zároveň zvyšuje riziko získání adaptačních mechanismů k přežívání „na ulici“ a rozvoje závislostí, nedostatečné výživy a postupně i zhoršování celkového zdravotního stavu (Jelínková, 2022).

Většina migrantů bez přístřeší není v evidenci úřadu práce, často nemají platný doklad totožnosti (což znemožňuje využít ubytovací služby) a někteří pobývají v ČR bez pobytového oprávnění. Podle Jelínkové (2022) nabídka služeb, na které mají nárok je v tuto chvíli malá, nehledě na nemožnost tyto služby bez nároku na dávku v hmotné nouzi uhradit. Existují ale některé ambulantní sociální služby pro lidi bez domova, které jsou bezplatné – nízkoprahové a poskytují sociální pomoc v oblastech (stravy, možnost hygieny, výměny ošacení, sociálního poradenství), tudíž jsou dostupné i lidem bez domova z řad migrantů.

V rámci těchto služeb se s takovým migrantem zajišťuje nejprve doklad totožnosti a stanovuje se individuální plán na řešení situace. Jelikož však migranti bez domova nedisponují finančním příjmem, je pro ně často nemožné uhradit správní poplatky například za notářský zápis, za potvrzení o ztotožnění (k tomu je zapotřebí dvou svědků s platným dokladem totožnosti), za rodný list, za potvrzení o státní příslušnosti, následně za podání samotné žádosti o vystavení občanského průkazu. Uvedené platí i v případě úhrady jízdného zpět do země trvalého bydliště či vyhotovení cestovního dokladu.

Pozitivní zkušeností je, že řada úřadů práce uznává migranty bez domova jako osoby v hmotné nouzi a na vyhotovení cestovního dokladu jim přispěje skrze dávku mimořádné okamžité pomoci (Jelínková, 2022).

Dle závěrečné zprávy z výzkumu prováděné v Brně je snadná dostupnost drog a sdílení užívání v rámci komunity v uprchlickém zařízení rizikovým faktorem pro uživatele z řad migrantů z hlediska situace, do které jsou po příchodu do ČR postaveni. Rovněž absentující protektivní faktory v oblastech jako absentující podpůrné sociální vazby, nezaměstnanosti, nejistoty spjaté s budoucností mohou značně ne dobře ovlivnit migranta (Nepustil a Zajdánková, 2007).

Podle zprávy je jediným protektivním faktorem v takhle naléhavé situaci náboženské přesvědčení. Faktorem pro ty, kteří nejsou spjati s místem tedy s uprchlickým nebo jiným ubytovacím zařízením. Tuto situaci vyjádřil jeden ze zástupců neziskové organizace na pomoc cizincům, když porovnával uživatele drog českého původu a řadu žadatelů o azyl (Nepustil a Zajdánková, 2007).

Azylové domy a noclehárny jsou k dispozici lidem bez domova bez ohledu na jejich národnost. Nicméně tyto služby jsou zpoplatněné (jedná se zhruba o 120 Kč za den v azylovém domě a 20 až 30 Kč za přespání v noclehárně), a daná osoba se musí prokázat platným dokladem totožnosti. Oproti občanům ČR nedosáhne většina migrantů bez domova na sociální dávky odvíjející se nárok na sociální službu dle pobytového statusu, kdy řada z migrantů nemívá peníze na služby (Jelínková, 2022).

Migranti a trh práce

V současné době je podle poslední zprávy vydávané v roce 2021 bylo Státním úřadem inspekce práce při kontrolách zaměřených na odhalování nelegální práce zjištěno 2 695 nelegálně zaměstnávaných cizinců ze třetích zemí a 288 občanů EU (mimo občany ČR). Státní úřad inspekce práce uložil celkem 739 pokut za porušení právních předpisů v oblasti nelegálního zaměstnávání ve výši téměř 190 mil. Kč (MV, 2022).

Česká republika je cílovou zemí především pro migranty z méně ekonomicky vyspělých zemí nacházejících se východně od jejích hranic. Ze států mimo EU měli na trhu práce tradičně nejvyšší zastoupení státní příslušníci Ukrajiny (195 116), Ruska (18 931) a Vietnamu (16 174) (MV, 2022).

Právě ukrajinských a vietnamských přistěhovalců u nás za posledních dvacet let přibylo vůbec nejvíce, což je spojeno mimo jiné s ekonomickým růstem a s ním spojenou poptávkou po zahraniční pracovní síle. Cizinci z méně vyspělých zemí, bývají ochotni přijmout pracovní místa s nízkou mzdou, vysokou nejistotou a celkově vysokým důrazem na flexibilitu. Lepší zaměstnání jsou pro ně jen těžko dostupná, avšak i ta jsou pro mnohé velmi atraktivní.

Český trh práce totiž vykazuje tendenci k silné dualizaci zahraniční zaměstnanosti: zatímco lidé přicházející z vyspělých zemí obsazují kvalitní pracovní místa na tzv. primárním trhu (Rákoczyová, Trbola, 2012). Nejčastější důvody migrace cizinců na území ČR jsou tedy obecně ekonomické aktivity, buď se jedná o výkon práce anebo podnikání.

Azylanti v ČR mají přibližně stejné právní postavení jako osoby s povolením k trvalému pobytu. Žadatelé o mezinárodní ochranu mohou pracovat po uplynutí 6 měsíců ode dne podání žádosti o mezinárodní ochranu a musí mít platné povolení k zaměstnávání (MPSV, 2023).

Obvykle během prvních měsíců po příjezdu do České republiky nastupují Arabové do pohostinství – do restaurací nebo podniku, který vede jejich krajan, který zde žije déle. Lidé se často v restauracích obměňují, a když tam zůstanou déle a naučí se česky, odcházejí hledat jiné zaměstnání (Trachtová, 2017).

Špaček (2013) ve své diplomové práci Terénní práce s uživateli drog – cizinci uvádí, že ruskojazyční cizinci, kteří začali užívat drogy až v Česku, většina pracovníků byla zaměstnána ve stavebnictví a užívali pervitin. Nejčastějším důvodem užívání bylo, aby zvládali velké pracovní výkony, vydrželi dlouho pracovat a nepociťovali únavu.

Další skupinou byli také studenti, kteří užívali pervitin z obdobných důvodů jako dělníci. Ti užívali pervitin především kvůli zvýšené koncentraci a vysokému výkonu, kdy užívali drogu jako stimul k učení.

Rákoczyová, Trbola (2012) jsou přesvědčeni, že osoby v marginálním postavení na pracovním trhu, ať už z řad domácí populace, nebo cizinců, jsou obecně nejvíce vystaveny negativním dopadům ekonomického vývoje.

Tyto dopady jsou ovšem pro zahraniční pracovníky výraznější, a to zejména pokud je jejich postavení na pracovním trhu spojeno s celkově nízkým stupněm sociální integrace (například pokud jde o znalost českého jazyka a orientaci ve společnosti, sociální kapitál či pobytový status).

Tito lidé se pak v České republice ocitají ve velmi složité životní situaci, jejíž řízení je limitováno nedostatkem vlastní sociální a kulturní kompetence. Určitá míra sociální integrace je tedy důležitá nejen pro trvale usazené migranty, ale i pro ty, které většina společnosti i oni sami považují za „dočasné“ setrvání v ČR. I to, co se očekává jako „dočasné“, může být dlouhodobé, navíc získání klíčových kompetencí obecně snižuje zranitelnost migrantů a zvyšuje jejich schopnost samostatně pečovat o sebe a své blízké v ČR bez ohledu na očekávané a skutečnou délku pobytu. Kromě krátkodobé pracovní migrace přicházejí do ČR také cizinci, kteří chtějí zůstat dlouhodobě nebo trvale. Patří mezi ně např. imigrace za účelem sloučení rodiny, žadatelé o mezinárodní ochranu, kteří mohou být rovněž součástí ekonomické imigrace (Rákoczyová, Trbola, 2012).

Integrační proces do českého prostředí a budování vztahů

I jako cizince se využití volného času odvíjí od socioekonomické situace, a to především v oblastech: pracovní doby, mzdy, jazykové znalosti a místo bydliště. Cizinci by měli mít zájem chránit své vlastní fyzické a duševní zdraví pro rozvoj vašich talentů, jako je hudba, sport, umění, zkrátka rozvíjet potenciál v tom, co je baví a naplňuje.

Součástí trávení volného času mohou být i oslavy – různé festivaly, realizace náboženské víry atd. Pokud nemá jinou činnost, které se může a chce věnovat. Osobní zájmy a koníčky mohou člověka někdy skutečně zachránit před náročnými situacemi, neštěstím a životními ztrátami. Potřeby imigrantů v regionu mohou být velmi odlišné. Samostatné poskytování a podpora v trávení smysluplného volného času lze chápat jako součást socializace a prevence, tudíž snahy předcházet potenciálním hrozbám sociálně patologických jevů (Trousil, 2011).

Sociální integrace je složitý proces, na jehož úspěšnost má vliv mnoho faktorů. Například z hlediska společnosti hostitelské země to zahrnuje postoje veřejnosti k rozdílným, ať už rasovým, etnickým nebo kulturním, migrační a integrační politika, ekonomická situace, otevřenost vzdělávání v systému atd. Společnost tak vytváří integrační rámec, který může rozlišovat různé skupiny a kategorie přistěhovalců. Aktivity migrantů a pravděpodobný vývoj a charakter etnických komunit v zemích původu jsou však pro integrační proces stejně důležité. Tohle je například o jejich kulturním a sociálním kapitálu, jazykových znalostech, motivaci imigrace, vzdělání, kvalifikace a aspirace nové společnosti. Nezbytnou, i když ne dostačující, podmínkou je pak zájem a aktivní přístup přistěhovalců (Rákoczyová, Trbola, 2012).

Strnad (2017) hovoří o tom, že v posledních letech od roku 2015 zaznamenáváme výrazné navýšení počtu migrujících směrem do Evropy z oblastí Blízkého a Středního východu, Maghrebu a také subsaharské Afriky. Současná arabská migrační vlna kulminovala v roce 2015, kdy bylo zaznamenáno více jak jeden milion příchozích z tzv. třetích zemí mimo prostor Evropské unie.

Strnad (2017) upozorňuje na hrozbu strachu z cizinců (především Arabů a muslimů), který panuje od roku 2015 právě v kontextu arabské migrace, kdy je zneužíván extrémistickými a populistickými stranami a hnutí, které vyvolávají díky slabé informovanosti a neznalosti veřejnosti k dalším obavám ve společnosti, a rovněž k nenávisti.

Dochází k výrazné společenské polarizaci a radikalizaci na základě předsudků, na kterou reaguje i politické prostředí absorbující část agendy, které absorbuje část agendy některých na popularitě získávajících xenofobních občanských subjektů. Bezpečnostní informační služba spatřuje hrozbu v případné seberadikalizaci některých psychicky labilnějších jedinců, kteří mohou být ovlivněni právě i postoji a informacemi prezentovanými zástupci extremistické, populistické či konspirační scény (BIS, 2022).

K tomu, aby drogové služby mohly nabídnout pomoc těm migrantům, kteří chtějí skončit s užíváním drog, je zapotřebí přímého zapojení skupin, které jsou pro klienty referenční. Inspiraci je možné čerpat například z modelu „Community Engagement“, který by vyvinut na univerzitě v Prestonu (Nepustil, Zajdánková, 2007).

Smyslem zapojení těchto skupin je vybavit dané komunity finančními a informačními zdroji tak, aby mohly samy poskytovat pomoc svým vlastním členům. Zároveň je nutné rozvíjet komunikaci mezi těmito skupinami, státními institucemi a poskytovateli drogových služeb a tím také snižovat bariéry, které mezi těmito jednotlivými skupinami existují. V tomto případě není řešením zaměstnání příslušníka některé marginalizované skupiny (Nepustil, Zajdánková, 2007).

Za integrované cizince jsou považováni ti, kteří žijí na území ČR legálně nejméně po dobu jednoho roku. Do cílové skupiny nejsou zahrnuti státní občané členských států Evropské unie a žadatelé o azyl. Pro azylanty je určen specifický Státní integrační program, který má stejné atributy jako obdobné programy v ostatních zemích EU, a navíc zdůrazňuje podporu bydlení. Za nejdůležitější předpoklady úspěšného začlenění cizince do České společnosti jsou považovány:

- Znalost českého jazyka
- Ekonomická soběstačnost
- Orientace ve společnosti
- Začlenění do majoritní společnosti (Drbohlav, D. 2010).

Trachtová (2017) hovoří o tom, že Arabové, kteří se tu integrovali od dob 90. let si libují v tom, že jsou relativně svobodní v české společnosti a nikdo jim nestojí „za zády“, nekontroluje je a nepřipomíná jim, že mají praktikovat víru. Cítí se svobodní a víru často vůbec nepraktikují. Často slaví Vánoce nebo chodí na pivo.

Problémy kulturních střetů dvou světů

Migranti přicházejí z více či méně vzdálených kultur. Mohou patřit do diferenciovaného kulturní a hospodářské civilizace a přinést si s sebou jiné zvyky a normy, které jsou v rozporu s normami a zvyklostmi hostitele. Kulturní prostředí chápeme jako vymezený geografický prostor, jenž lze identifikovat především na základě historického vývoje a často podmíněný přírodním prostředím. Tyto prostory se dají rozdělit na jednotlivé civilizace. Není náhoda, že většina autorů chápe civilizaci na náboženském základě, protože jen málo produktů lidské společnosti dokázal ovlivnit způsob života lidí tak hluboce jako náboženství. Z nich pak mohou vznikat interkulturní konflikty, které se promítají do společenského života a promítají se i v přístupu k pomáhajícím profesím a naopak (Trousil, 2011).

Z kulturních odlišností přistěhovalců mohou plynout i specifické problémy s majoritní společností, s podmínkami v uprchlickém táboře, s pohledem na sociální pracovníky apod. Není-li věnován dostatečná pozornost kulturním odlišnostem, se snahou je registrovat a pochopit, pak lze očekávat, že klienti sociální práce nezískají k pomáhajícím pracovníkům důvěru.

Je potřeba zohledňovat:

- Jídlo a pití
- Zvyky, tradice
- Hry
- Svátky
- Hudba, tanec
- Struktura rodina (tradiční, moderní)

- Význam času a dochvilnost
- Sociální vazby
- Hodnoty
- Oblečení
- Jazyk
- Náboženství
- Různé zacházení se studem a tělesností (Trousil, 2011).

5 Drogová situace a koordinace v arabských zemích

Současná situace produkce, obchodu a spotřeby drog včetně škodlivého užívání se zhoršuje vlivem politické, ekonomické globální nestability, vleklým konfliktem v některých zemích, bezpečnostními otázkami, nedostatečnou přeshraniční spoluprací.

Souvislost mezi zbraněmi, lidmi a drogami. Dále sílícím obchodování s lidmi, absence alternativního živobytí pro výrobce drog a migrace a vysídlování v regionu téměř 11 milionů (MENAHR, 2021).

Arabské jaro se vyvinulo v násilné konflikty v několika zemích především Severní Afriky, přičemž nejhůře je postižena Sýrie. Válka a několik dalších například ekonomických a environmentálních faktorů se staly příčinou zvýšeného počtu migrantů hledajících útočiště v Evropské unii.

Oblast MENA je primárně částí obchodu s drogami a tranzitním regionem, existují významné trendy ve výrobě a spotřebě captagonu (obvykle fenetyllin), opia, heroinu, konopí, ATS a Katu. Nejčastěji užívanou látkou zůstává konopí. Zvýšené užívání syntetických kanabinoidů, ATS a farmaceutických drog v řadě zemí regionu bylo pozorováno díky měnícím se trendům užívání drog. Byl zaznamenán také znepokojivý nárůst užívání syntetických kanabinoidů v Jordánsku, Kuvajtu, Egyptě a Palestině. Rovněž užívání ATS se zvýšilo v Afghánistánu, Kuvajtu, Íránu, Iráku, Libanonu a Palestině (WHO, 2021).

Například v Libanonu byl zjištěn rostoucí trend v užívání šalvěje mezi uživateli drog. Kat také zůstává hlavní drogou použití v zemích Perského zálivu (Omán, Saúdská Arábie, Spojené arabské emiráty a Jemen). Informace o neinjekčním užívání drog v Bahrajnu jsou omezené. Běžné drogy, které se aplikují injekčně, byly hlášeny v osmi zemích regionu (Alžírsko, Bahrajn, Jordánsko, Maroko, Omán, Pákistán, Palestina, Sýrie) a zahrnují především heroin, např. stejně jako buprenorfin (Subutex®), amfetaminy, kokain, morfin a AVIL (MENAHR, 2021).

Nejnovější Světová zpráva o drogách (2020) odhaduje, že 35,6 milionů lidí trpí poruchami užívání drog a pouze 1 z 8 lidí, kteří potřebují související léčbu, je dostává. Informace související s drogovou závislostí se v MENA regionu získávají hlavně z žádostí o léčbu (treatment demand indicator). V MENA jsou opioidy primárními užívanými drogami mezi klienty, kteří přicházejí do center pro léčbu drogových závislostí, často v situacích polyvalentního užívání drog.

Užívání a injekční aplikace heroinu, amfetaminů, kokainu, morfinu není ojedinělé a buprenorfin je používán k detoxifikační a substituční léčbě v řadě zemí regionu MENA.

Komorbidity užívání drog a duševní nemoci vyvolávají stále větší obavy (například v Afghánistánu, Libanon, Omán, Saúdská Arábie). Přístupy k léčbě poruch užívání opiátů se liší od užívání detoxikace metadon (nejběžnější; Bahrajn, Saúdská Arábie) na OAT (BMT nejběžnější formou OAT) v region MENA.

Pouze Afghánistán, Írán, Kuvajt, Libanon, Maroko, Palestina, Spojené arabské emiráty v současnosti poskytují OAT (MENAHR, 2021).

Nárůst užívání farmaceutických drog je však nejrozšířenější a to mezi 15 z 20 zemí MENA (Afghánistán, Alžírsko, Egypt, Írán, Irák, Jordánsko, Kuvajt, Pákistán, Palestina, Katar, Saúdská Arábie, Sýrie, Tunisko, Spojené arabské emiráty a Jemen). Světová zdravotnická organizace (2021) ve své zprávě označila, že obchodování s tramadolem a captagonem a nelékařské použití těchto látek je jedna z klíčových výzev, kterým region čelí.

V protidrogové politice ve většině arabských zemí převažuje strategie represivní. Zaměřuje se na důrazné vymáhání práva než na vyvážený přístup potlačování nabídky a poptávky.

Tyto země uplatňují represivní přístup v oblasti produkce, prodeje a vývozu drog. V severní Africe brání v potírání nelegálního obchodu s omamnými a psychotropními látkami vysoká míra korupce, kde jsou na sobě navázané a zkorumpované institucionální struktury včetně trestní justice (MENAHR, 2021).

Pachatelé sekundární drogové kriminality obvinění nebo odsouzení představují neúměrné procento pachatelů všech spáchaných trestných činů. V některých zemích v MENA regionu se uplatňuje zákon šaría, kde může být uložen trest za drogovou závislost k odnětí svobody až na 10 let. Vývoz, dovoz omamných a psychotropních látek může být potrestán doživotím anebo dokonce trestem smrti (Egypt, Bahrajn, Kuvajt, Libye, Irák, Omán, Sýrie). Tělesné tresty za drogové trestné činy ukládají v Libyi, Kataru, Saúdské Arábii, Spojených arabských emirátů (tj. státem schválené bití, bití nebo bičování osoby) za užívání, nákup nebo držení drog. (ADDCOUNSEL, 2019).

V souladu s právní praxí, která je v rozporu se zákonem, podléhají uživatelé drog mnoha právním porušením a v některých případech někdy i zneužitím moci ze strany veřejných činitelů, a to především v oblasti:

- 1) Možnost uložení trestu soudně nařízené léčby jako alternativy k sankci odnětí svobody
- 2) Neoddělování vězňů, kteří jsou zatčeni za užívání drog od ostatních, kteří jsou odsouzeni za jiné závažné zločiny
- 3) Porušení soukromí, persekuce PWUD pro účely získání informací např. pro účely trestního řízení pod záminkou snížení trestu nebo možnosti léčby
- 4) PWUD jsou vystavovány urážkám, nadávkám včetně nerespektování lidských práv především lidské důstojnosti.

Egyptské zákony považují užívání drog také za trestný čin a jeden z nejzávažnějších provinění. Je-li však zadržena osoba pachatelem tohoto trestného činu poprvé, je automaticky zproštěna viny a je jí nařízena léčba v pobytovém zařízení bez jakéhokoliv záznamu v rejstříku trestů. Kvůli vysokým trestům se mnoho uživatelů žijících v zemích Blízkého východu či Severní Africe bojí mluvit s přáteli a rodinou o jakýchkoliv problémech souvisejících s drogami, právě protože je užívání velmi stigmatizováno. Rodiny, kde je přítomna drogová závislost mají tendence tento problém skrývat.

Celá rodina se stydí a ti, kteří jsou závislí, jsou většinou opovrhováni těmi, kteří problém nemají. To celé velmi stěžuje úzdravu a sociální integraci závislých (MENAHRÁ, 2021).

Domnívám se, že kulturní nepochopení celého problému je jedno z největších důvodů složité, pomalejší implementace a rozvoje systému prevence, který bude předcházet zdravotním nebo sociálním poškozením v důsledku užívání drog v arabském světě.

Podle UNAIDS, od roku 2019 nedošlo k žádné změně ve snižování užívání drog, přičemž se potvrzuje nutnost zavést postup k identifikaci PWUD, kteří jsou nejzranitelnější kategorií osob v souvislosti přenosu HIV a jiných infekčních chorob. Nejčastější poskytovanou zdravotnickou péčí je rezidenční detoxifikace v nemocničním zařízení, medikamentózní léčba v ordinacích psychiatrů a pobytové léčby komunitního typu, poskytující celkovou léčbu a rehabilitaci, avšak jejich dostupnost je nízká ve srovnání počtem poptávajících uživatelů (MENAHRÁ, 2021).

V Egyptě a řadě dalších zemí se ukazuje, že děti ulice jsou zvláštní rizikovou skupinou užívající drogy. hlavní město Káhira hostí rychle rostoucí populaci dětí ulice. Ony jsou sociálně silně marginalizováni a musí se potýkat s rozvrácenými rodinami, chudobou, zneužíváním, násilím a škodlivými následky způsobené užíváním drog.

Nejčastěji používanou metodou léčebné intervence je detoxifikace a medikamentózní terapie – symptomatická terapie. Není žádná specifická národní strategie a systemizovaná metody léčby. V Libanonu léčebná centra neposkytují rehabilitační programy, které by jim pomohly vrátit se do normálních podmínek, žít a zapojit se do společnosti po stráveném období léčby (MENAHRÁ, 2021).

Základním východiskem úzdruví v léčebném zařízení by mělo být zachování důvěry a mlčenlivosti včetně základních lidských práv a svobod v těchto zemích, to vyžaduje systematickou spolupráci mezi státními službami a organizacemi občanské společnosti ke zvýšení povědomí a získat podporu komunity, snížit kulturní a náboženské stigma v komunitě proti PWUD a používat v soudnictví alternativy trestu, aby lidé měli novou příležitost se zapojit znovu do společnosti (MENAHRÁ, 2021).

Intervence Harm reduction zaměřené na injekční uživatele drog byly v Egyptě zavedeny v roce 2008. Byly financovány mezinárodními organizacemi a prováděny nevládními organizacemi s aktivními vazbami na vysoce rizikové skupiny včetně injekčních uživatelů drog. V době, kdy byly tyto intervence koncipovány, byli injekční uživatelé drog považováni za bezpečný vstupní bod pro ostatní vysoce rizikové skupiny především ženy, děti (Oraby, 2013).

Bývalí závislí byli vzděláváni a trénováni jako terénní pracovníci, kteří nejlépe znají drogovou scénu PWUD a znají kulturní citlivost ve snaze co nejefektivněji oslovit stigmatizovanou populaci. Intervenční model harm reduction implementovaný v Egyptě zahrnuje následující služby, které jsou nabízeny anonymně a zdarma: vzdělávání o bezpečném sexu a bezpečném užívání, dobrovolné poradenství a testování HIV pomocí rychlých testovacích sad, distribuci komunikačních brožur a informačních letáků o změně rizikového chování (Oraby, 2013).

Aktivní injekční uživatelé drog uvedl, že vzhledem ke konzervativní kultuře Egypta a citlivosti problematiky užívání drog se bojí prozrazení a má obavy o požádání jakékoliv pomoci ve zdravotnických zařízeních, která znají. *„Neměli jsme kam jít a říct, že jsme závislí, když jsme nemocní, neříkáme lékařům, že jsme závislí...ale mám pocit, že to poznají podle znamének na mé paži a zacházejí s námi se strachem.“* Někteří klienti mají podezření na úmysly služby se diví, proč by takové služby poskytovaly bezplatně (Oraby, 2013).

The Freedom of drugs and HIV program nacházející se v Egyptě je jedním z největších programů v regionu MENA a byl založený již v roce 1989 doktorem Dr. Ihab Al-Kharratem, ředitelem rehabilitačních středisek prvních komunit pro drogově závislé a dalších preventivních programů. Nyní zahrnuje 28 protidrogových rehabilitačních napříč celým Egyptem. Disponuje s kapacitou 855 lůžek pro 3 až 6 měsíční rehabilitační program. Léčba v komunitním režimu vychází z bio-psycho-socio – spirituálního modelu závislosti, věnuje se všem složkám působící na vznik a vývoj závislostního chování. Stavebním kamenem je 12 kroků NA. Terapeutický program je postaven především na skupinové práci (pracovní terapie, skupiny, komunita (FREEDOM, n. d.).

Kromě toho Freedom provozuje terénní a kontaktní centrum, dvě školicí střediska a velkou rekultivační farmu, jejíž příjmy jsou směřovány na náklady na rehabilitaci závislých, kteří si nemohou léčbu zaplatit sami. Freedom má také vědeckovýzkumné oddělení provádějící originální výzkum ve spolupráci s prestižními národními a mezinárodními orgány (FREEDOM, n. d.).

5.1 Drogová epidemiologie

V této oblasti není drogová epidemiologie podrobně a kontinuálně zmapována. Ve většině zemí chybí strategie a je nejasná intervenční politika pro boj s následky užívání, jak na regionální, tak na státní úrovni jednotlivých zemích. Výskyt viru hepatitidy C je v arabských zemích endemický. Bylo zjištěno, že sérostatus takového viru se mezi těmito zeměmi liší s jednotnými vzory genotypů. Taková prevalence se velmi liší podle zahrnutých rizikových faktorů (UNODC, 2021).

Rovněž bylo zjištěno, že přenos infekční choroby je spojen s krví krevními produkty, hemodialýzou. Autoři se domnívají, že nitrožilní a perkutánní uživatelé drog budou mít pro s takto rozvíjící se a dynamické společnosti velkou sociální, hospodářskou, a dokonce i politickou zátěž.

Proto je naléhavé, umožnit a spolupracovat na tvorbě a implementaci efektivních opatření zaměřených na řešení drogových problémů nejen v Evropě (state of concern, Hep. C) (UNODC, 2021).

Mezi lidmi, kteří užívají drogy nitrožilně v regionu MENA bylo identifikováno 43 % infikovaných virem HIV. Údaje o prevalenci a incidenci včetně léčby jsou omezené vzhledem ke kulturnímu a náboženskému stigmatu užívání drog a rovněž převažujícímu represivnímu přístupu. Odhady týkající se prevalence Hepatitidy dosahuje kolem 53 % na Blízkém a Středním východě (UNODC, 2021).

Přestože se odhaduje, že region MENA má jednu z nejnižších mír prevalence HIV na světě (<0,1 %), úmrtí související s HIV/AIDS zůstává vysoká (8 000 v roce 2020) a pouze 38 % lidí žijících s HIV má přístup k antiretrovirálním lékům. Pokud jde o hepatitidu C, odhaduje se, že region MENA má nejvyšší míru na obyvatele na světě, kde žije přibližně 20 % z celkového počtu lidí, kteří se touto infekcí nakazili. Kromě toho se v roce 2020 odhadovalo, že více než 200 000 lidí, kteří injekčně užívají drogy, žije s chronickou hepatitidou C, přičemž jedna třetina z nich se nachází v Íránu. V současné době financování iniciativ na snižování škod zůstává pro země v regionu MENA hlavní překážkou. Všechny země mají nízkou úroveň financování od roku 2018, rovněž se snižuje a jedinou výjimkou je Maroko. Mezi primární sponzory v oblasti harm reduction je mezinárodní Globální fond pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií (Globální fond) a (Drosos Foundation) (UNODC, 2021).

6 Užívání drog v populaci

V národním registru léčby uživatelů drog, obsahuje data o pacientech, kteří začali a ukončili léčbu závislostí včetně substituční. Údaje o léčených klientech jsou publikovány aktuálně pouze do roku 2019. V roce 2022 byla zahájena příprava Akčního plánu politiky v oblasti závislostí 2023–2025. Akční plán stanovuje jednu z hlavních priorit drogové politiky: minimalizaci dopadů krize na Ukrajině na situaci v oblasti závislostí v ČR (RVKPP, 2019). Z tiskové zprávy národního koordinátora vyplývá, že narůstá poptávka klientů po adiktologických službách lidí přicházejících z Ukrajiny a jde zejména o nízkoprahové služby – terénní programy, kontaktní centra pro uživatele drog. Situace v oblasti výskytu infekčních chorob na Ukrajině je značně alarmující (NMS, 2022).

Výskyt HIV infekce mezi lidmi užívající injekčně (LDI) na Ukrajině je řádově 100krát vyšší a virové hepatitidy typu C přibližně 2krát vyšší než mezi lidmi užívajícími drogy injekčně v ČR. K roku 2022 přišlo do HIV/AIDS center celkem 486 HIV pozitivních osob z Ukrajiny se statusem dočasné ochrany (140 mužů, 328 žen, 18 dětí mladších 15 let). Naprostá většina osob (92,5 %) byla již na Ukrajině léčena antiretrovirovou terapií (NMS, 2022).

Podle hygienické stanice hl. města Prahy se v roce 2018 léčilo celkem 103 cizinců. Nejvíce uživatelé alkoholu (38 osob), uživatelé pervitinu (26 osob) a uživatelé opiodů (17 osob) z toho 6 % uživatelů uvedlo jinou národnost a etnickou příslušnost než českou, a to především slovenskou (3 %) a romskou (2 %). Podle dostupných statistik nebyly zjištěny případy drogového úmrtí a úmrtí pod vlivem drog mezi cizinci v roce 2018. Substituční léčbu ve zdravotnickém zařízení podstoupilo celkem 15 cizinců, s průměrným věkem 37 let. Z toho celkem 5 osob řádně dokončili substituční léčbu. Nejčastějším důvodem pro ukončení léčby v roce 2018 bylo, že byly cizinci převedeni do jiné adiktologické služby. Při pohledu na trend je patrný vyšší míra zájmu o substituční léčbu (ÚZIS ČR, 2019).

Podíl HIV pozitivních včetně virových hepatitid mezi injekčními uživateli se dá považovat za dlouhodobě nízký a stabilní v rámci Evropy (EMCDDA, 2023). Z předběžné zprávy z roku 2022 vyplývá nárůst zachycených případů infekce HIV. V roce 2022 bylo zjištěno 292 nových případů infekce HIV, což je dosud nejvyšší zjištěný počet za celou dobu sledování od roku 1985. Jedná se o výskyt 2,78 případu na 100 000 obyvatel. Mezi 292 případy je 91 osob, které již o své HIV pozitivitě věděly, protože byly dříve diagnostikovány v zahraničí. Mezi novými případy bylo 126 občanů České republiky a 166 (56,8 %) rezidentů, tj. cizinců s dlouhodobým či trvalým pobytem v ČR. Počet rezidentů je nejvyšší v historii a jejich podíl poprvé přesáhl 50 %. Rezidenti pocházejí z Ukrajiny (100 osob), Slovenska (11 osob), Ruska (9 osob), Polska (7 osob), Moldavska (6 osob) a v počtech 1-3 z dalších 25 evropských i mimoevropských zemí (SZÚ, 2022).

6.1 Užívání drog mezi migranty v ČR

Údaje o stavu problémového užívání drog mezi arabskými migranti nejsou doposud známy. Posoudit skutečný rozsah problémového užívání je velmi náročné a komplikované již z podstaty povahy skrytého jevu. Domnívám se, že se jedná o velmi uzavřenou scénu, která má velmi obtížný přístup k adiktologické péči. Většina arabských uživatelů nemusí služby využívat a zároveň etnicita klientů a státní příslušnost není v adiktologických službách specificky sledována.

V současné době je v České republice velmi omezený počet odborných prací zabývajících se arabskými komunitami, stejně tak se neobjevují žádné zmínky o jejich užívání návykových látek. Na druhou stranu je také pravdou, že arabská menšina žijící v České republice není nijak zvláště početná. Oficiální statistiky o počtech žijících Arabů na našem území neexistují.

Prevalenci a incidenci problémových uživatelů z řad cizinců lze těžko odhadnout. Podle periodika Národního monitorovacího centra „Zaostřeno na drogy“ se jedná o cizince, kteří pobývají v České republice nelegálně a vyhýbají se kontaktu s veřejnými institucemi či nestátními organizacemi (NMS, 2005).

Obecně lze říci, že v rámci tzv. mobilních uživatelů drog lze rozlišit následující skupiny: Rusky mluvící uživatelé drog. Jednu z nejpočetnějších užívajících skupinu tvoří sezónní pracovníci, kteří dostávají velmi nízkou mzdu. Někteří z nich užívají pervitin, aby byli schopni zvládnout těžké pracovní podmínky. Jistá část této skupiny si přináší závislost již z domova. Druhou skupinu tvoří rusky mluvící uživatelé zapojení do trestné činnosti prodeje drog nebo organizovaného zločinu. Zejména v tomto případě se jedná o velmi uzavřenou skupinu osob, nepřístupnou jakýmkoliv intervencím (Šťastná, Adámková, Chomynová, (2010).

O uživatelích vietnamské národnosti se ví jen velice málo informací vzhledem k tomu, že se tato skupina nepohybuje na otevřené drogové scéně. Ke kontaktům terénních pracovníků s vietnamskými uživateli dochází pouze ojediněle. Slovenští uživatelé nemají zvláštní specifika ve vzorcích užívání drog s ohledem na podobnost kultur. Slovenští uživatelé se chovají nejméně „problémově“ ze skupiny mobilních uživatelů drog (Šťastná, Adámková, Chomynová, (2010).

V České republice byl realizován pouze jeden výzkum zabývající se problémovým užíváním nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Výzkumná zpráva zmapovala vzorce užívání klientů terénního a substitučního programu (Podané ruce, o. s.) mezi cizinci převážně rusky hovořících, Balkánců a Vietnamců. Dílčími cíli bádání bylo zlepšit sociální práci pracovníků, nalézt možná úskalí a přispět k realizaci dalších klíčových aktivit (Nepustil, Zajdánková, 2007).

Výzkum o mobilním užívání drog v zemích střední Evropy přinesla studie sdružením MARISA s družem Podané ruce. Součástí práce jsou zpracovány kazuistiky několik uživatelů převážně ze států bývalého sovětského svazu, kteří byli v kontaktu s terénním programem v Praze. Při analýze výpovědí bylo zjištěno, že užívající migranti pocházejí především ze zemí bývalého Sovětského svazu, konkrétně ze zemí: Bělorusko, Arménie, Dagestán a Gruzie a Čečensko.

Žadatelé o mezinárodní ochranu v tomto výzkumu uvedli, že: po příjezdu do ČR se jejich užívání drog výrazně změnilo a zintenzivnilo. Dva informátoři před příchodem do České republiky nikdy neužívali návykové látky. Jeden respondent se dostal k užívání heroinu přes svou českou přítelkyni. Druhý začal užívat kvůli neúspěšnému podnikání. Další informátoři, kteří se zúčastnili studie také vypověděli, že se znali již z Běloruska, kde užívali víkendově opiáty – většinou připravené z nezralých máků (Nepustil, Zajdánková, 2007).

7 VÝZKUMNÁ ČÁST

7.1 Výzkumný problém a cíle

Výzkumnou oblastí této práce je problémové užívání drog mezi migranty arabského původu v ČR. Což je doposud nezmapovaný fenomén.

Cílem výzkumné práce je zmapovat a popsat vzorce problémového užívání návykových látek mezi migranty arabského původu. Identifikuji, a popíši rizika spojené s problémovým užíváním arabských migrantů.

Cílem práce není uvést obecný závěr, který by bylo možné generalizovat na sociální skupinu užívajících migrantů žijících v ČR, ale jde o přiblížení dané problematiky prostřednictvím analýzy konkrétních případů. Práce se pokusí zachytit, popsat a vysvětlit klíčové situace a momenty, které by mohly mít vliv na vznik a vývoj drogové kariéry užívajících respondentů.

7.2 Výzkumné otázky

Vycházejí z výzkumných cílů a jsou tedy následující:

- 1) Jaké jsou vzorce užívání návykových látek u migrantů arabského původu?
- 2) Jaký je charakter a rozsah problémů souvisejících s problémovým užíváním návykových látek migrantů arabského původu?
- 3) Jaké etnokulturní aspekty mohou mít vliv na vývoj problémového užívání migrantů arabského původu?
- 4) Jakým způsobem lze snižovat rizika a řešit drogové problémy?

8 Typ výzkumu

Při zkoumání problémového užívání drog mezi arabskými migranty byla využita strategie kvalitativní explorativní případová studie a jejich komparace za využití metodiky Rapid Assessment and Response. Studie si kladla za cíl důkladně prozkoumat jednotlivé případy arabských migrantů, problémově užívajících, návykové látky.

Kvalitativní výzkumná metoda je pro tuto studii vhodná zejména z důvodu: složitosti a specifčnosti dané problematiky, jelikož je oblast doposud málo zkoumána a mnoho se o ní neví.

Dále také zkoumáme jasně vymezenou skupinu, osob, která má specifické vlastnosti a zároveň je zde důležité sledovat např. vývoj vztahů vůči jiné kultuře. Vzhledem k charakteru získaných dat, výzkumným otázkám a cílům studie je výběr této strategie žádoucí. Explorací zvolených případů je možné porozumět subjektivním zkušenostem a postoji problémového užívání v kontextu sociálních, kulturních, politických a jiných aspektů daných případů.

9 Metoda Rapid Assessment and Respond

9.1 Výběr metody

Kvalitativní výzkumný přístup reaguje na relativně nedostatečně ošetřenou oblast postojů, hodnot, vzorců chování právě mezi skryté populaci uživatelů, kdy se prostřednictvím výzkumu uzavřených skupin uživatelů, pokouší zodpovědět otázky procesu vztahů mezi důležitými aspekty ovlivňující užívání drog v kontextu kulturních, sociálních a jiných faktorů (Miovský, 2001).

Metodiku RAR jsem zvolila z důvodu snahy identifikovat populaci, která je problémem postížena zejména ve "skryté" a dovoluje zjistit, rychle a pragmaticky posoudit klíčové informace týkající se zdravotních, rizikových a sociálních faktorech. Jednotlivé reprezentující případy budou komparovány a hledány společné etiopatogenetické mechanismy, které vedou k problémovému užívání, včetně hledání kauzálních vztahů.

Metoda Rapid Assessment and Response (RAR) neboli metoda rychlého posuzování dnes tvoří jednu z nejvýznamnějších výzkumných metod mezi uživateli drog v tzv. skryté populaci (Miovský, n. d.).

Podle Barkera (1999) je jedním z cílů RAR pochopit a interpretovat konkrétní fenomén, zabývající se podstaty, proč a jak lidé zneužívají návykové látky z hlediska emočních a psychosociálních aspektů.

RAR je způsob, jakým lze komplexně posoudit specifický zdravotní problém, identifikovat možná zdravotní rizika včetně sociálních dopadů. Snaží se identifikovat existující zdroje a možnosti řešení, zároveň pomáhá plánovat, rozvíjet, zavádět intervence a programy RAR se skládá ze tří klíčových částí a to z: analýzy existujících informací, druhá část tvoří nominační technika a třetí část pak tvoří metody získávání dat (Malcolm, Aglleton, Coram, 2004).

Metodika RAR vyžaduje rozmanitý zdroj dat, kdy se data sbírají z různých zdrojů a odlišnými metodami, které se mohou v rámci metody kombinovat. Metoda je zároveň aplikovatelná tam, kde pracujeme s menším počtem případů a vycházíme z nízké úrovně znalostí o daném problému. Jádrem mého výzkumu je polostrukturovaný interview, který se skládá z otevřených otázek. Dále to je screeningový dotazník DAST a zúčastněné pozorování. Současně se jednotlivé části i získané zjištění doplňují navzájem aby bylo možné flexibilně reagovat (Barker, 1999).

Faktory výběru RAR

- složitější sociální problém
- pružnost metodologie
- povaha zdrojů dat
- stanovené cíle

Rozborem jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu můžeme dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Miovský, 2006). Zároveň se předpokládá, že důsledným zkoumáním případu porozumíme jiným, ale podobným případům. (Hendl, 2016).

9.2 Metody sběru a fixace dat

Jelikož hovořím arabsky a pohybuji se v arabské komunitě v Česku, požádala jsem informanta – uživatele z arabské komunity, aby poskytl informace o uživatelské komunitě a usnadnil mi zároveň přístup k nim. V rámci výzkumu jsem uskutečnila celkem pět individuálních rozhovorů, s každým účastníkem studie jeden.

Ještě před osobním setkáním s participanty, jsem je telefonicky kontaktovala a dohodla s nimi termín schůzky. Krátce jsem jim sdělila cíl a průběh rozhovoru a potvrdili si účast na studii. Účastníci měli také prostor pro otázky vztahující se k výzkumu.

Respondenti si mohli určit místo pro setkání. Se všemi participanty jsme se domluvili na neformálním prostředí, všechny rozhovory probíhali v parku nebo v kavárně v blízkosti bydliště účastníka. Rozhovory probíhali s každým účastníkem individuálně a trvaly od 90 min do 120 min. Neformální prostředí usnadnilo navázání vztahu, získání důvěry, a také navození příjemné atmosféry, kterou jsem považovala za klíčovou vzhledem k povaze zkoumání a dosažení stanoveného cíle. Před samotnými rozhovory jsem znovu respondentům připomněla pravidla vzájemné spolupráce, zdůvodnila záměr bádání tohoto tématu, cíl a průběh rozhovoru také, abych si snáze uchovala autonomii a hranice, které jsou v terénní práci ještě naléhavější.

Nedělníková (2007) hovoří o dilematu pomáhající vztahu v souvislosti s neformálním prostředím, které se právě vyznačuje snazším získáním důvěry, pracovníkovi jsou zpřístupněny informace často velmi soukromé povahy, ale také zmiňuje riziko manipulace ze strany klienta a pracovníka, který může porušit zásadu rovnocenného přístupu ke klientům.

Pro práci jsou zvoleny tři výzkumné metody, a to rozhovor, pozorování a dotazník.

Polostrukturovaný rozhovor

Primárním zdrojem sběru dat v kvalitativním výzkumu je tzv. polostrukturované interview. Jádrem interview představují otázky týkající se vzorců užívání návykových látek, role drog z hlediska sociokulturního hlediska a dopadům spojených s jejich užíváním.

Výhodou této techniky je, že máme předem připravené okruhy otázek a zároveň máme prostor pro doplňující otázky, které nám umožní správnou interpretaci odpovědí.

Polostrukturované interview je flexibilnější a volnější než strukturované, ale je organizovanější a uspořádanější než nestrukturované rozhovory. Zároveň vyžaduje náročnější přípravu (Miovský, 2006).

Kvalitativní rozhovor nemusí být pouze prostředkem sběru dat, ale může mít i intervenční charakter, kdy by mohly být poskytnuty vhodné informace respondentům z hlediska užívání návykových látek a systému adiktologické péče (Hendl, 2016).

Nicméně nevýhodou této techniky může být tendence ke zkreslení výsledků, které vznikají především výzkumníkem, jelikož mohou respondenti odpovídat, tak aby tazatele zaujali (Olecká, Ivanová, 2010).

Polostrukturovaný rozhovor jsem provedla s respondenty v arabském jazyce a proběhl v neformálním prostředí např. v kavárně kvůli konformitě respondentů. Arabský jazyk jsem upřednostnila před jazykem anglickým, protože je to jejich mateřský jazyk, který usnadnil komunikační bariéry a interpretaci získaných dat. Zároveň se při komunikaci v jejich rodném jazyce navodila atmosféra důvěry, která je pro naplnění cílů studie nezbytná.

Před samotným kladením otázek jsem se snažila nastolit příjemnou atmosféru, nechala jsem prostor pro volnou komunikaci, ptala jsem se respondentů na jejich aktuální situaci, jak se jim daří a povídali jsme si o jejich pocitech o probíhajícím setkání. Snažila jsem se také odbourat počáteční nervozitu respondentů. Všichni klienti měli dobrou náladu a všichni projevili radost, že mohou být součástí výzkumného šetření.

Bylo na nich vidět, že jsou nadšení ze zájmu o jejich životní příběh a možnosti sdílení zkušeností. Dále jsem se krátce zeptala na sociodemografické údaje, které jsem ale pro účely práce pozměnila a začala klást otázky podle připraveného pořadí, které jsem si připravila včetně otázek z dotazníku DAST. V průběhu jsem se ujišťovala, zda rozumí jednotlivým otázkám a případně se doptávala na další souvislosti, které mě zajímali a dle mého názoru relevantní informace.

Rovněž jsem brala v potaz i neverbální komunikaci, udržovala oční kontakt a koncentraci. Důležité také pro mě bylo, abychom si interpersonálně porozuměli, a abych správně formulovala připravené otázky. Vnímala jsem všechno, co mi dotazovaný říkal, a nad jeho slovy přemýšlela. Během průběhu jsem dávala dostatečný prostor dotazovanému a zapisovala jsem si nejen poznámky, ale všechno, co mě k tomu napadlo. Abych se nezdržovala a nedocházelo k chybným interpretacím, zapisovala jsem si odpovědi v jazyce arabském, někdy se stávalo, že kvůli odlišnému dialektu respondenta jsem se doptala na přesnou formulaci v jazyce anglickém.

Rozhovor byl rozdělen do čtyř částí a kopíruje osnovu záznamového archu, viz příloha č. 1. Osnova k rozhovoru je následující:

1) Osobní anamnéza, rodinná struktura a fungování rodiny, vzdělání, ekonomická situace, kriminální anamnéza.

2) Užívání drog

- Začátek a vývoj užívání, způsob aplikace, frekvence užívání, současné užívání, okolnosti.

3) Postavení a role drog ve společnosti – sociokulturní kontext.

4) Užívání nealkoholových návykových látek v posledních 12. měsících – DAST 10

Pro fixaci dat je ideální použít diktafon či jiné nahrávací zařízení, ale rozhodla jsem se použít záznamový arch, jelikož si myslím, že by s rozhovorem potenciální účastníci nesouhlasili a zároveň jsem nechtěla navodit obavy či negativní pocity a tím znemožnit kvalitní, validní rozhovor. Záznamový arch je přílohou této práce, jak již bylo zmíněno.

Nevýhodou této techniky může být, že se nemůžeme plně věnovat rozhovoru, jelikož zaznamenáváme informace a přitom komunikujeme.

Dotazník

Dále jsem použila screeningový nástroj DAST viz příloha č. 2 k určení míry zneužívání návykových látek, který je vhodný rovněž k diagnostice adiktologických poruch (tj. užívání ohrožující zdraví, resp. již způsobující poškození zdraví s možnými příznaky závislosti), a tak identifikovat osoby, u nichž je vhodné provést krátkou intervenci či doporučení specializované péče (Malinovská, 2020).

Screeningový dotazník kopíruje kritéria závislosti, tak aby bylo umožněno zanalyzovat závislost a rozpoznat problém. Rovněž použití dotazníku bylo přínosné i pro plánování intervence v klinické praxi. Screeningový dotazník poskytuje základní diagnostické informace o problémech uživatele souvisejících s užíváním návykových látek. Celkem vzniklo 8 hodnocených oblastí: Základní údaje, zdravotní stav, rodinné a sociální vztahy, psychický stav, práce a zdroj obživy, kriminální anamnéza, etno kulturní aspekty užívání, drogy a alkohol.

Pozorování nestrukturované

„Pozorování je pravděpodobně jednou z nejtěžších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu. V literatuře najdeme několik variant pozorování, avšak základním typem je zúčastněné pozorování“ Všechny informace o okolním světě a veškerá zkušenost, kterou získáváme, musí projít smyslovými orgány (Švaříček, Šedová, 2014).

Během kontaktu s účastníky studie jsem pečlivě vnímala a reflexivně sledovala probíhající aktivity. Rovněž jsem se snažila vnímat psychické procesy – psychické prožitky, neverbální projevy např. mimiku, pohyby a fyziologické funkce – červení, blednutí apod.

K této metodě jsem vytvořila kolonku s názvem „poznámky“ na konci záznamového archu, kam jsem si psala vypořádané poznatky.

9.3 Metody zpracování a analýza dat

Kvalitativní vzorkování v diplomové práci je účelové a usiluje o informační bohatost. Vzhledem k explorativní studii počet zkoumaných jedinců nebyl vymezen, ale bylo nutné pro zkoumanou problematiku získat dostatek informací pro bohatý popis. Respondenti byli vybráni dle stanovených kritérií, tak aby došlo k teoretické saturaci. Respondenti byli doporučení klíčovým informantem, který dokonale zná dané prostředí a rovněž je jeho součástí. Tudíž navrhl k oslovení jedince, tak aby co nejlépe reprezentovali výzkumný soubor a umožnil přístup k takto skryté populaci.

Všichni dotazovaní mluvili plynule anglickým jazykem a někteří lámanou češtinou. Na konci setkání jsem se ptala respondentů, jestli chtějí ještě něco dodat k otázkám, a ocenila jsem je za ochotu sdílení. Poskytla jsem jim empatickou zpětnou vazbu, tudíž si myslím, že rozhovor byl zakončen zároveň intervenčním charakterem. Poděkovala jsem jim za účast ve výzkumném šetření, a zeptala se na případné dotazy a reflexi.

Analýzu dat jsem provedla pomocí metody zakotvené teorie. Jedná se o induktivní metodu, která vede k vytváření teoretických poznatků. *Zakotvená teorie je návrhem hledání specifické „substantivní“ teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby* (Hendl, 2005).

Výhodou metody je, že je možné integrovat různé metody sběru dat a zároveň použít odlišných postupů v rámci analýzy. Sběr dat, analýza a teorie stojí vzájemně v recipročním vztahu. Jde o to, že začínáme zkoumaným fenoménem a necháváme, aby se v průběhu objevilo to, co je pro náš výzkum významné. (Miovský, 2006).

Šedřová, Švaříček, (2014) uvádí tři fáze zpracování pomocí zakotvené teorie. První úroveň je sběr dat, který je ukončen v případě, kdy jsou kódy teoreticky nasyceny – přestávají nám generovat nové informace. Sběr dat budu ověřovat průběžně analýzou, která se prolíná. Dále probíhá samotné kódování materiálů a v poslední úrovni vytváříme teoretický konstrukt.

Před samotným zpracováním dat jsem provedla systematizaci dat dle zdroje získání dat. V první části jsem data roztřídila na:

1) Záznamový arch

2) Dotazník DAST

Dále jsem doplnila či upravila poznámky v záznamovém archu a také byla provedena tzv. redukce prvního řádu. Pro analýzu rozhovorů a dotazníku jsem využila softwarový nástroj pro kvalitativní výzkum ATLAS.ti., který mi umožnil přehlednou práci při kódování témat a významných míst a byl vyvinut právě pro analýzu dat v rámci zakotvené teorie. Pro snadnější orientaci jsem otázky seskupila do jednotlivých kódovacích segmentů, ke kterým se přiřazovaly jednotlivé kódy. Data byly analyzována přesně v pořadí, tak aby odpovídaly na výzkumné otázky.

Díličí tvorba se skládala z:

1) Otevřené kódování – v této části jsem pečlivě rozebrala získané údaje, porovnávala data a kladla si otázky. V první části bylo nezbytné nalézt významové jednotky. Dále každému případu jsem přidělila jméno, které reprezentovalo konkrétní jev. Využila „in vivo“ kódy vytvořené z částí citací. V této úrovni jsem si ověřila správnost významových jednotek pomocí účastníků a vedoucí této práce, tak aby se předešlo chybám.

2) Kategorizování – seskupila jsem pojmy, které označovaly podobné jevy, pojmenovala konkrétní kategorie.

3) Axiální kódování – v této fázi jsem skládala dohromady údaje, které jsem získala při otevřeném kódování. Hledala jsem vztahy mezi kategoriemi a subkategoriemi a získala hlavní kategorii. Znovu bylo velmi důležité ověřovat vztahy se získanými daty.

4) Selektivní kódování – zde již jsem sestavila kostru příběhu, vyložila příběh – analyticky, uvedla všechny pomocné kategorie včetně subkategorií, které jsem skládala do vztahu k centrální kategorii.

5) Interpretace – narativní kostra a grafické znázornění výsledného modelu (Řiháček, et al., 2013).

9.4 Etické normy a pravidla výzkumu

Migranty, problémové uživatele považuji za velmi citlivou minoritní skupinu. Zvláště se zřetelem na tento fakt musí být etické požadavky této práce opravdu velmi dobře ošetřeny tak, aby účastníci během rozhovoru a společných setkání se cítili bezpečně, bez pochybností o zachování jejich soukromí a narušení psychické pohody. Mezi základní etická pravidla patří právo na informace, právo na soukromí a ochranu informací o participantech výzkumu, právo kdykoliv odstoupit od výzkumu včetně respektu (Ferjenčík, 2000).

Etické normy a pravidla výzkumu

- 1) Respondenti se zúčastní dobrovolně
- 2) Souhlas s účastí ve výzkumu – respondenti musí udělit souhlas
- 3) Bude zachována anonymita respondentů, osobní a citlivé údaje budou pozměněny tak, aby nedošlo k identifikaci respondentů, aby nemohlo dojít k nežádoucím důsledkům pro respondenty.
- 4) Záznamové archy budou bezpečně archivovány u tazatele a mohou být využity výhradně pro naplnění účelu diplomové práce. Nemá k nim nikdo jiný přístup.
- 5) Interview bude probíhat v jiném než azylovém zařízení určené pro žadatele, tak aby byly naplněny etická pravidla chránící účastníky a také výzkumníka. Místo bude určeno vzájemnou dohodou výzkumníka a respondenta.
- 6) Při konverzaci s účastníky je důležité dodržet soubor určitých pravidel zdvořilého chování vzhledem ke kulturním a etickým odlišnostem.

7) Respondenti mají právo kdykoliv ukončit rozhovor včetně práva neodpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné nebo kdykoliv rozhovor ukončit.

8) Vlastní mlčenlivost

Se všemi účastníky byly probrány výše uvedené etické normy a zmíněná pravidla výzkumu. Před začátkem každého rozhovoru jsem se respondentů ptala, zda jsou s pravidly dostatečně srozuměni, a zda tedy souhlasí s účastí ve studii pro potřeby této diplomové práce. Všichni respondenti souhlas vyjádřili a ten byl nahrán. Zároveň jsem respondenty ubezpečila o anonymitě osobních údajů, a seznámila jsem je se záznamovým archem.

9.5 Výzkumný soubor

Výběr vzorku byl sestaven nepravděpodobnostní metodou, vytvořen pomocí prostého záměrného výběru (Miovský, 2006). Kritéria zařazení respondentů do studie: 1) migranti, 2) problémoví uživatelé drog dle definice EMCDDA (problémové užívání drog jako injekční užívání drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů nebo drog amfetaminového typu nebo kokainu (Mravčík n. d.). 3) příslušník arabského etnika, 4) souhlas s účastí na výzkumu. Pro získání respondentů do studie byl nejvhodnější způsob doporučit potenciální respondenty informantem.

Využila jsem neformálního kontaktu – informanta k rekrutaci účastníků, který zprostředkoval kontakt s respondenty, kteří splňovali zmíněné charakteristiky a byli ochotni se zapojit. Informant byl zvolen především z důvodu jedinečné znalosti vnitřního fungování drogové scény v této komunitě. Pro vytvoření komfortnějšího prostředí přispívajícího ke sdílení a navození pocitu bezpečí, byl tento požadavek nezbytný pro naplnění cílů této studie.

Celkem bylo osloveno osm potenciálních respondentů, z toho tři byli vyřazeni, nenaplnovali stanovená kritéria. Celkem se studie účastnilo pět respondentů, včetně informanta. Všichni respondenti se považují za arabské etnikum semitského původu, hlásí se k islámské víře, věří ve společný původ, jejich mateřským jazykem je arabština. Dva participanti pobývají v různých azylových zařízeních pro žadatele o udělení mezinárodní ochrany a dva účastníci jsou žadatelé o trvalý pobyt. Všichni žijí na území ČR déle než 1 rok.

Tab č. 1: Migranti – problémoví uživatelé

Jméno	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Země původu
Murad	Muž	47 let	středoškolské (vyučen)	Maroko
Amir	Muž	34 let	vysokoškolské	Sýrie
Mohammed	Muž	39 let	středoškolské	Egypt
Diana	Žena	33 let	středoškolské	Jemen
Abdul	Muž	44 let	středoškolské (vyučen)	Libanon

10 Výsledky výzkumu

V této kapitole přináším již konkrétní výsledky z výzkumu.

Somatické potíže

Kategorie somatické potíže představuje biomedicínský stav, které respondenti uváděli při zjišťování zdravotního stavu včetně úrazů. Všichni respondenti uvedli, že mají zdravotní problémy. Z jednotlivých výpovědí můžeme vybrat následující úryvky.

Murad: *„Hemeroidy, břišní tyfus, obstipace chronická, zápaly plic, svrab, nezdařená operace ucha.“* Amir: *„plně se cítím zdrav, poslední půl roku obtíže zad, infekce chřipky, Mohammed: „Dětství bez obtíží, žádné infekční onemocnění „alergie, zvířecí srst, insomnie/hypersomnie, „zuby nás bolí, „partnerka je dost hubená, skoro nejí a já usínám často za volantem automobilu, cukrovka, „klouby – artróza, astma, štítná žláza, chřipku, nachlazení.“* Diana: *„Chudokrevnost, „alergie.“* Abdul: *„zdravotní, bolí mě zuby, křeče, bolest, zácpa.“*

Na základě těchto úseků analyzovaných esejí můžeme somatické potíže charakterizovat jako aktuální stav respondentů a jejich nejčastější somatické komplikace, které jsou spojené s užíváním.

Nestabilní partnerské vztahy

Kategorie nestabilní partnerské vztahy mi odpověděla na to, jaké problémy vnímají respondenti v souvislosti se vztahy a jejich nejbližšími přáteli. A to buď, že žádné vztahy nemají anebo, že jsou s nimi nespokojení. Během rozhovoru bylo tohle téma jedním z nejméně oblíbených, tedy co se týká partnerských vztahů. I když byli respondenti většinou sdílní, cítila jsem, že o tomto tématu nemají potřebu rozsáhle hovořit a také na doplňující otázky odpovídali zdrženlivěji.

Abdul: *“Nemám, občas mám přítelkyni, teďka nedávno jsem se rozešel s přítelkyní. Štvalo mě, že užívá také heroin a byla dost hysterická. Neklapalo nám to.”* Diana: *„Nemám, nedávno jsem se rozešla s přítelem.“* Amir: *„Měl jsem manželku, ale rozvedli jsme se.“* Mohamed: *„Děti nemám, rozvedli jsme se, protože jsem ji podvedl, nyní mám jinou partnerku.“* Nejvíce mě trápí, že spolu už moc nespíme, poslední rok si špatně rozumíme celkově, spíše nás spojují ty drogy vlastně.“ Murad: *„Dlouhodobě přetřhané vztahy, manželka křivdí, manželka je žárlivá, výbušné povahy. S dcerou si rozumím, trávíme spolu volný čas, snažím se zlepšit. Vztahy mám spíše povrchní a účelové.“*

Psychické problémy

Kategorie psychické problémy byla zastoupena v každé výpovědi respondenta. Výpovědi se víceméně shodovali. Objevovala se u otázky, zda respondenti vnímají nějaké rizika svého užívání. Zastupují ji výroky typu:

Diana: *“Určitě, nálada – v psychický úrovni, mám časté deprese“, cítím se špatně, neustále ospale a podrážděně, bez energie, smutná nálada.“* někdy slychám a slyším věci, které nejsou realitou.“ Mohammed: *Jsem neustále podrážděný a také hodně spím a nemám chuť k věcem jako dřív“, také je partnerka dost podezřívavá, má halucinace, zemřel otec, psychické potíže.“* Murad: *„Když užívám, myslím že tělo slábne, mysl blázní“, taky jako bych cítil, že to nejsem já“ nic mě nebaví, nemám na nic náladu, na lidi.“*

Manuální práce

Kategorie manuální práce představuje příležitostný zdroj obživy respondenta. Ukázalo se celkem u čtyřech respondentů, že jsou manuálně zruční a peníze na základní životní potřeby si vydělávají občasnými brigádami.

Kategorie rovněž představuje minulé pracovní zkušenosti, v současné době jsou respondenti nezaměstnaní – brigády vykonávají na černo. V záznamovém archu se vymezovala typu:

Abdul: „*Stavař a horník.*“ Diana: „*Švadlena, provozovala jsem krejčovství.*“
Mohammed: „*Jsem vzděláním kuchař, v Egyptě jsem pracoval v turistických rezortech jako kuchař dlouhou dobu.*“ Murad: „*Kovář, zedník – zednické práce.*“
Amir: „*Občas dělám ve skladu, skládám věci do kamionu anebo zednickou práci.*“
„*Chodím po stavbách, většinou uklízím, jak mi šéf řekne.*“

Drogové trestné činy

Drogové trestné činy kategorie se ukázala jako velmi početná. Všichni respondenti páchali anebo nyní páchají kriminalitu spojenou s drogami. Z jednotlivých výroků je vybráno:

Abdul: „*Dostávám se neustále, musím se přiznat, že spolupracuji s lidmi, kteří mají, co dočinění s drogami a drogovým obchodem.*“ Diana: „*Ano už jen tím, že užívám drogy a taky když je někomu dávám.*“ Amir: „*Je to spojené všechno s drogami, kde se jednalo o konzumaci a prodej rovněž obchod se zbraněmi poté se začalo vyvážet do Saudská Arábie, obchodovat a být součástí i vývozu, myslím, že jsou zde malé místní kartely, kteří si zajišťují poslušnost násilím, prodejem drog, vyznávají určité normy a funguje tu přerozdělování částí obřích zisků z prodeje mezi vlastní komunitu, mezi Syřany jsou pak tito lidé lidoví hrdinové“*, Mohammed: „*Již v Egyptě ano, dlouhý prodej drog, hašiše, marihuany“*, „*později ve větším rozsahu a také prodej kradených aut“*, „*ano, to jsem zmiňoval, také jsem byl odsouzen několikrát v České republice odsouzen za prodej drog.*“
Murad: „*Kriminální recidiva, 4x krát ve výkonu trestu, distribuce OPL.*“

V závislosti na uvedených jednotlivých výroků můžeme drogové trestné činy charakterizovat jako postoj a zároveň reflexi psychofarmakologické a ekonomicky motivované trestné činnosti, která u většiny respondentů probíhá v současné době a dříve v domovských zemí. U většiny respondentů se jednalo o ekonomicky motivovanou trestnou činností. Zároveň výroky odráží drogovou scénu v domovských zemích a také spáchané trestné činy v České republice.

Černý trh

Přes počáteční očekávání existence skryté scény včetně černého trhu se kategorie černý trh ukázala jako jedna z nejvíce zastoupených a z uvedeného vyplývá, že v zemích původu respondentů je rozsáhlá uživatelská scéna a návykové látky jsou velmi dostupné a probíhá zde rovněž pouliční prodej. Zároveň z uvedeného je patrné, že ve státech původu respondentů zastávají země represivní drogovou politiku. Respondenti sdělují následující informace:

Abdul: *„Taky pouličně, kde lze koupit léky a drogy na každém kroku.“* Diana: *„Těžce, ale když znáte lidi, tak ano. Ale možné to je.“* Amir: *„Kdekoliv, jsou k sehnání na každém místě, venku, ale musíte znát někoho, kdo je prodá vám, dealerů je tam dost.“* Mohammed: *„Na každém rohu (smích), kdo chce si koupit, co chce.“*, *„myslím, že jako všude jinde, horší možná, než v Evropě drog je tu dost.“* Murad: *„Hulí se všude, ulice, sahara, město, akorát při koupi a prodeji jsou lidé maximálně opatrní. Mají hrozný strach z postihu a odsouzení rodinou, Heroin seženeme také poměrně snadno.“*

Skryté užívání

Na základě výpovědí respondentů vyšlo, že všichni skrývají užívání drog. Kladou důraz na to, aby se o jejich užívání nikdo nedozvěděl, jsou v kontaktu především s lidmi z uživatelské komunity. Aby jejich užívání nebylo prozrazeno považovali respondenti za velmi důležité. Z příkladů můžeme uvést:

Diana: *„Dlouhodobě o tom nikdo nevěděl.“* Abdul: *„Nevědí, nikdo o tom neví.“* Amir: *„Ne, nikdo o mém užívání neví, ani žena nevěděla.“* *„Ne, nikdy nic neví.“* Murad: *„Z české bývalé rodiny jasně, že ví. Z arabské rodiny jen někdo.“*

Samota

Kategorie samoty trápí všechny respondenty. Do této početné kategorie náleží tyto úryvky ze záznamových archů respondentů:

Abdul: „*Cítím se sám.*“ Diana: „*Samota, připadám si sama.*“ Amir: „*Nerad užívám mimo domov. Nemám z toho dobrý pocit a mám strach.*“ Murad: „*Řeším běžné denní záležitosti – jídlo, peníze, práce, základní životní potřeby. Bojím se samoty, že zůstanu sám.*“

Podle analýzy jednotlivých ukázek je zřejmé, že se v podstatě jedná o hodnocení jejich pocitů. A z vyjádřeného můžeme říci, že respondenti nemají dostatek kontaktů s jinými lidmi a unikají užíváním ze svého sociálního světa.

Zneužívání léků

Do zneužívání léku byly zahrnuty všechny výroky týkající se zneužívaných psychoaktivních medikamentů, které jsou užívány bez lékařské indikace. Léky jsou užívány pro jiné než léčebné účely anebo jiným způsobem, než jak je uvedeno ve schváleném souhrnné informaci o léku. Tyto výroky byly typické rovněž pro každou výpověď a velmi se shodovaly. Zařadit jsem můžu například tyto výroky:

Abdul: „*Občas léky na spaní nebo Rivotril a taky to, co kdo přinese.*“ Mohammed: „*Léky proti bolesti, Vicodin, Tramadol, Morfin na úzkost.*“ Amir: „*Ne, občas na spaním Diazepam, Rohypnol, Tramadol, Kodein, Rivotril.*“ Diana: „*Lexaurin, Trittico, Thiamin a Magne B6.*“ Murad: „*Někdy Diazepam na spaním dříve Rivotril, 15 let – BZD, Rivotril – abstinenční příznaky, poslední dva roky na potlačení psychického napětí – deprese.*“

Užívané látky

Ve výpovědích participantů se objevovaly pasáže týkající se užívání stimulantů, opiátů a konopných látek, který podává pohled na dostupnost těchto látek, užívání respondentů a také postoj v některých zemích k těmto látkám. Z následujících výroků byly vybrány tyto:

Abdul: *„Marihuanu a hašiš užívám.“* Mohammed: *„Marihuana, hašiš s přáteli v 9 letech, experimentovali jsme, mnoho času jsme trávili v barech a později heroin“*, Murad: *„Myslím, že konopí, samozřejmě tabák, ten je tu nejrozšířenější, od 16 hašiš, hašiš tu kouří všichni. Je tu prostě pole, jsou tu pokryté celé pole. Maroko je hlavním producentem pro jižní a západní Evropu. Pěstuje se na desítkách tisíc hektarů. Pěstování pro vlastní potřebu je tolerováno. Pěstování pro vlastní potřebu je tolerováno. Distribuce a vývoz je trestné.“* Diana: *„Kokain a když není, tak užiju pervitin.“*

Kouření

Ve svých výpovědích autoři odpovídali na typ aplikace užívání látek nejčastěji způsobem „kouření“, kdy výroky se shodovali a tento způsob užívání volí čtyři respondenti.

V oblibě mají kouření z aluminiové folie, který se zapalovačem zespoda nahřívá a látka uvnitř se taví a uvolňující se páry se vdechují do plic.

Abdul: *Kouřím, zahřívám na alobalu.“* Mohammed: *„Zahřívám heroin a pervitin z alobalu, dám si dávku na alobal a inhaluji trubičkou.“* Murad: *„Inhaloval, k přípravě jsem potřeboval pouze alobal, šňupátko obalené folii.“*

Nejméně nebezpečný typ aplikace psychoaktivních látek je kouření přes alobal – snižuje se riziko předávkování, přenosu AIDS, hepatitid a nedevasují se žíly.

Sniff

Dalším nejčastějším způsobem aplikace objevující se u respondentů je aplikace nazální, kdy se odpovědi shodovali u všech participantů výzkumu. Odpovídali víceméně jednoslovně, tudíž nepřekládám jednotlivé obsahy sdělení.

Množství a četnost užívání

Ve svých výpovědích se snažili respondenti podat obraz o četnosti a množství užívaných látek opiátů a stimulantů. Dle následujících odpovědí bylo zjištěno, že dotazovaní užívají primární drogy ve vysokých dávkách a pravidelně. Mezi takové odpovědi mohou být řazeny následující:

Abdul: *„Každý den, řekl bych, že tak 0,3 g – 0,5 g pervitinu ale i heroinu.“*
Amir: *„0,2 g – 0,3 g/denně, záleží, jestli seženu, někdy zůstávám čistý i několik dní.“*
Mohamed: *„Zhruba 0,5 g, heroin v podstatě kouřím tak po troškách, celý den, když nemám žádné povinnosti, když nemám nic na práci, tak 3x za den, ale také záleží, kde jsem.“*
Murad: *„Cca 3 X – 4 X denně 0,2 g – 0,5 g.“*

Neschopnost fungování

Výše uvedená kategorie neschopnost fungování“ odráží závislost respondentů na návykových látkách, projevující se negativními důsledky zahrnující především zdravotní potíže – samotná závislost a další psychologické problémy, které se navzájem ovlivňují. Psychiatrické komorbidity zvyšují riziko vzniku sociálních dopadů, kdy respondenti selhávají v sociálních rolích. O tom pojednávají tyto výroky:

Diana: *„Že bez toho vůbec nemůžu nic“, no a taky že nemám zaměstnání mě štve.“*
Amir: *„No užívám, abych mohl chodit do práce, měl náladu a zapomněl na denní těžkosti.“*
Abdul: *„Když potřebuju jít ven, pracovat a scházet se s lidmi. Akorát ráno si musím hned dát.“*
Mohammed: *„Na začátku na učení, zvýšení koncentrace“, někdy na večer na nakopnutí, když potřebuju pracovat.“*

Užívání v zemi původu

Kategorie užívání v zemi původu popisuje iniciaci užívání drog. Kdy se z výpovědí dotazovaných dozvídám, že užívání drog započalo již v zemi původu.

Abdul: *„Heroin, to jsem byl ještě doma“*, Diana: *„Kokain jsem začala v Jemenu s kamarády, kdy jsme se scházeli na bytech.“* Amir: *„Během občanské války firma zkrachovala, dařilo se mi míň a míň a začal jsem užívat, tak jsem se dostal ke captagonu.“*

Užívání ve společnosti

Kategorie užívání ve společnosti představuje jednoznačně pozitivní výroky respondentů týkající se sdílení radosti, blízkosti společných zálib, emocionální podpory. Zahrnuje subjektivní prožitky uživatelů, které jim přinášejí určité jistoty, porozumění, přijetí. Mimo jiné můžu uvést:

Abdul: *„Na bytě s přáteli“, většinou užívám s dalšími přáteli, ve společnosti užíváme, vaříme, sledujeme zprávy, ale i v našem baru, kde se scházíme pravidelně.“* Diana: *„Ve společnosti, ale i sama doma, kamarády.“*

Nejraději užívám v kruhu přátel, k tomu dobrou kávu.“ Amir: *„Mám rád, když je sranda. Takže většinu času sedíme společně, povídáme si, smějeme se a u toho kouříme.“* Mohammed: *„Na bytě s partnerkou nebo u přátel – obchodní partneři, prostředí zábavy.“*

Komunita uživatelů

Stejně jako předchozí kategorie tato byla naplněna u všech rozhovorů. V naší analýze ji tudíž nešlo pominout. Ve výpovědích respondentů byla komunita uživatelů zastoupena např.:

Mohammed: *„Poslední dobou během propadu užívání jsem měl přátele jen v rámci uživatelské komunity, uživatelku také heroinu a pervitinu.“* Diana: *„Kromě jednoho baru a scházíme se tam.“* Abdul: *„No hodně drog se užívá, konzumují se hojně drogy, ale uzavřeně.“* Amir: *„Užívá se v takových menších rodinách skrytě, nejvíce se užívá, především soukromě v komunitě. Dlouhodobě omezen na pohyb mezi lidmi z drogové scény.“* Murad: *„V rámci arabské komunity. Svoboda, nezávislost – bohémský styl života“, „Nejčastěji sám, poslední roky 10 let. Ale i s uživateli dýchánky 2-3 kamarádi.“* Jedná se o identifikaci k drogové subkultuře, popisuje životní styl uživatelů, jejich hodnoty a normy.

Kdekoliv a kdykoliv

Kategorie nazvaná „Kdekoliv a kdykoliv“ v podstatě představuje konkrétní aktuální vzorce užívání drog respondentů, které popisují zároveň dostupnost látek v jednotlivých zemích. Jedná se o výroky:

Abdul: *„Kdykoliv, nejčastěji doma a sám, nebo s lidmi.“* Diana: *„Ve společnosti, ale i sama doma.“* Amir: *„Nejčastěji venku – ve squatu. Kdekoliv jsou drogy k sehnání. Na každém místě, venku, ale musíte znát někoho, kdo je prodává dealerů je tam dost.“* Murad: *„Nejčastěji sám, poslední roky - 10 let. Ale i s uživateli dýchánky 2-3 kamarádi.“* Mohammed: *„Hulí se všude, ulice, Sahara, město, akorát při koupi a prodeji jsou lidé maximálně opatrní. Mají hrozný strach z postihu a odsouzení rodinou, heroin seženeme také poměrně snadno.“*

Stigma

„Stigma“ je jedním z celků, který se pro výzkum stal klíčovým. Tato kategorie se ukázala jako velmi naplněná, z předložených dat vybírám následující úryvky:

Abdul: *„Neví, samozřejmě že ne, o tom se nemusíme ani bavit. Nepřijali by, že mám problém, že jsem závislý, vnímali by to jako pochybení.“* Diana: *„Stigma, ostuda, lidé to nechápou.“* Mohammed: *„Drogy jsou tabu, nikdo o nich nemluví, je to velké stigma, je to takový paradox.“* Murad: *„U nás, když někdo užívá drogy nebo alkohol je to ostuda nejen pro něj, ale pro celou jeho rodinu.“*

V arabské komunitě se o užívání nemluví, řeknete to jen nejbližším, a i těm se stydíte to říct, o mém užívání věděli pouze sestry, které mě viděli v abstáku.“

Užívání drog je v zemích respondentů velmi nežádoucí chování, kdy na základě tohoto jevu jsou konzumenti jakýchkoliv zakázaných látek vyčleňováni ze společnosti. Většina uživajících, ale zákaz buď ignoruje anebo obchází.

Adiktologické služby

Kategorie „Adiktologické služby“ se zaměřuje na pohled respondentů z hlediska poskytování péče a pomoci uživatelům návykových látek, odpovídá na otázku, zda existují vůbec nějaké služby pro uživatele drog a poukazuje na systém zdravotnické péče.

Abdul: „Jasně, celá síť služeb, kdy léčebná rehabilitace závisí na úrovni závislosti. Je tam detox, dvanáctistupňové programy, terapie skupinové a individuální.“ Diana: „Asi ano, ale nevím o nich.“ Amir: Existují psychiatrické oddělení – kde se můžete léčit ze závislosti, duševní poruchy a závislosti se léčí na psychiatrii, nejsou zde konkrétní služby nebo rehabilitační centra jako tady.“ Mohammed: „Téměř ne, nebo ano, ale je jich velmi málo a jsou to především soukromé kliniky.“ Murad: „Jo, myslím, že Maroko je jednou z nejprogresivnějších zemí, kde existují a fungují zde i programy pro uživatele drog např. anonymní narkomané a programy vyměňující injekční stříkačky, také léčebny, ale tam se dostane málo kdo, protože jsou většinou plné.“

Tyto výroky svědčí o povědomí respondentů o poskytování specifické pomoci a rovněž o existenci služeb pro osoby se závislostními problémy.

10.1 Fáze axiálního kódování

Axiální kódování zahrnuje proces zasazení definovaných kategorií do vzorce zakotvené teorie s ohledem na jejich vzájemné vztahy. Při mé studii vznikla následující schémata:

Tabulka 2: Axiální kódování

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínka	Strategie jednání, interakce	Následky
Užívání drog	Aktuální somatický stav	Životní styl Nedostatečné hygienické podmínky	Opomínání péče o celkové zdraví, nedostatečná zdravotní péče, neznalost legislativy týkající se přístupu ke službám	Zanedbání zdravotní péče	Zhoršení zdravotního stavu, vznik a negativní vývoj dalších onemocnění.
Nízká asertivita, zranitelnost, povrchnost, zpřetřhané vazby v komunitě	Nestabilní partnerské vztahy	Problémy související se vztahy	Absence postojů, hodnot, sociálních schopností – nedostatek komunikačních schopností	Lhostejnost, ignorance, nezodpovědnost za roli	Nefunkčnost, Neschopnost fungování, nižší míra spokojenosti samota
Zneužívání léků, užívání drog	Psychické problémy	Problémy související s drogami	Závislost Neschopnost fungování	Užívání drog a léků	Deprese, úzkost Psychózy
Nízká kvalifikace Neznalost pracovního trhu, legislativy, stigma	Nezaměstnanost	Problémy v sociálních schopnostech	Závislost Neschopnost fungování Vykořisťování Špatné pracovní podmínky	Nezaměstnanost	Nízká životní úroveň

Opatření drog peněz na základní potřeby	Primární a sekundární drogová kriminalita	Problémy související s drogami	Drogová kriminalita v domovských zemích	Páchání trestné činnosti	Ekonomicky motivovaná trestná činnost
Vysoký zisk oproti nízkému vkladu Represivní přístup k drogové politice	Černý trh	Trh s drogami	Rozsáhlá skrytá uživatelská scéna	Motivace k angažovanosti	Vysoká nabídka drog
Stigmatizová ní Odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty nedůvěra k institucím, Strach	Skrytá populace	Arabská uživatelská komunita	strach z problémů s úřady a policií – bydlení v azylovém zařízení	Uzavřená drogová scéna	Zvýšení rizik spojených s užíváním drog
Nemají dostatek kontaktu s jinými lidmi Nízký sociální kontakt	Problémy související se vztahy	Nízká míra integrace	Rozdíly v mentalitě, systému hodnot, kulturní rozdíly	Samota Uzavřenost	Exkluze Velká míra latence Minimální kontakt s institucemi
Psychické problémy Deprese, úzkosti	Zneužívání léků	Dostupnost	Závislost	Nekontrolované užívání bez lékařské indikace	Rizika spojené se zneužíváním léků
Sounáležitost Sdílení	Kouření a sniff	Vzorec užívání	Kouření jako kulturní fenomén	Užívání ve společnosti	Komunita uživatelů
Nízká tolerance	Velké množství a užívání	Problémové užívání drog	Prostředí	Nadměrný příjem drog a léků	Rizika spojené s užíváním

Dlouhodobě užívání drog					
Užívání drog	Neschopnost fungování	Problémy s drogami	Psychické problémy	Pokračování v užívání včetně diagnostických kritérií pro závislost	Sociální, psychologický, tělesný a právní problém
Craving Abstinenční příznaky	Užívání drog	Vzorec užívání drog	Kdekoliv a kdykoliv	Nekontrolované a impulzivní užívání	Rizika spojená s užíváním
Strach, neznost, Negativní předsudky	Stigma	Užívání drog	Stud Pocit viny	Uzavřenost Osamělost Skryté užívání	Diskriminace Marginalizace
Drogová epidemie	Adiktologické služby	Užívání drog	Stigma Rozdílný způsob života, kulturní rozdíly	Prevence vzniku rozvoj, léčba návykových nemocí	Snižování škod uživatelů Ochrana veřejného zdraví
Sociální faktory	Užívání drog	Vzorec užívání	Užívání v zemi původu	Užívání drog jako rituál Závislost jako spirituální problém	Kolektivní identita
Spojení Smysluplnost Sdílení	Komunita uživatelů	Skryté užívání	Kulturní odlišnosti – postoje, hodnoty	Užívání v komunitě	Uzavřenost majoritní společnosti a Uzavřenost arabských uživatelských komunit

Model č. 1

Užívání drog	Aktuální somatický stav	Životní styl Nedostatečné hygienické podmínky	Opominání péče o celkové zdraví, nedostatečná zdravotní péče, neznalost legislativy týkající se přístupu ke službám	Zanedbání zdravotní péče	Zhoršení zdravotního stavu, vznik a negativní vývoj dalších onemocnění.
--------------	-------------------------	--	---	--------------------------	---

Do pozice příčinných podmínek byla dosazena kategorie „užívání drog“, která podává obraz o aktuálním somatickém stavu respondentů v kontextu problémového užívání drog, kdy způsob života vede ke vzniku a rozvoji řady chorob infekční i neinfekční povahy. Velká část zdravotního rizika drogově závislého jedince představují právě infekční agens, způsobené:

- 1) Nepoužíváním nesterilních pomůcek užívaných k i. v. aplikací a nesterilní přípravou drogy včetně sdílení jehel a pomůcek určené k užívání drog
- 2) Nízkou socioekonomickou úrovní a z ní vyplývající nízký hygienický standart
- 3) Sexuální promiskuitou, která je úzce spojená s užíváním drog v souvislosti získávání finančních prostředků na drogy (Kalina, 2015).

Z výpovědí respondentů bylo zjištěno, že nejvíce se potýkají se somatickými problémy poruchou chrupu, respiračními problémy zejména astma, dále trpí častými nachlazeními, chřipkami, u třech respondentů se objevují gastroenterologické potíže převážně obstrukce, bolesti břicha a v jednom případě se vyskytly i kožní potíže svrab.

Z uvedeného vyplývá, že tyto somatické komplikace mohou být zapříčiněné právě užíváním drog a způsobem užívání. Všichni respondenti inhalují pervitin či heroin tudíž mohou být vystaveni riziku vzniku respiračních onemocnění. Tento způsob aplikace může vést k poleptání plicních sklípků, inhalace drog zvyšuje riziko ke vzniku nádorových, a právě infekčních onemocnění dýchacího systému. Dále bylo zjištěna nechuť navštívit lékaře z důvodů minulých negativních zkušeností s přijmutím do zdravotnického zařízení, kdy byli odmítáni

zdravotnickým personálem z důvodu neznalosti průkazu zdravotního průkazu pojištěnce vyplývajícího z pobytového statusu.

Migranti bez ohledu na pobytový status jsou povinně pojištěni v systému zdravotní péče, kdy zdravotní pojištění vzniká získáním statutu azylanta a případně získání trvalého pobytu dle zákona o zdravotním pojištění viz zákon č. 274/2021 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky (VZP ČR, n. d.).

V zákoně o pobytu cizinců je definován přistěhovalec požívající mezinárodní ochranu jako zvláštní případ, kdy je pro účel tohoto zákona považován za osobu s trvalým pobytem, a tudíž mu vzniká nárok na čerpání zdravotní péče. Bohužel v praxi se setkávají respondenti s nezájmem neochotou a neznalostí zákona zdravotnického personálu a stává se, že jsou odmítány nechtějí je ošetřit a také se potýkají rovněž s diskriminací vzhledem k jejich etnicitě a statusem cizince. Dále bylo zjištěno, že respondenti navštěvují lékaře až když mají akutní problémy a velice neradi, kdy zdravotnické zařízení vnímají jako nepřátelské prostředí. Dále byly zjištěny faktory, které představují bariéry pro poskytování zdravotní péče a léčby a to: strach z lékařů s tím spojený stres a ostych. Špatná zkušenost právě s přístupem zdravotnického personálu, někteří respondenti vnímají svoje potíže jako malicherné, tudíž vnímají návštěvu lékaře zbytečnou, v případě potíží stavy zažehnají užíváním drog.

Dále je problémem, že v zařízeních absentují tlumočníci z řad sociálních pracovníků, kteří by mohli zprostředkovat asistenci, a tedy umožnit lepší podmínky pro přijetí respondentů k ošetření. A také se mnohdy vyskytuje jazyková bariéra a omezená schopnost cizinců vysvětlit svoje somatické problémy. Hygienické podmínky, ve kterých žijí nejsou rovněž příznivé. Mnohdy se v pobytových zařízeních vyskytují parazity, které mohou být příčinou nejen pro psychologické ale i dermatologické problémy migrantů. Dále mají obavy z represe, kriminalizace, kdy by kontakt s institucí mohl představovat konfrontaci se zdravotním, sociálním a právním systémem osob.

Intervenující podmínku v tomto schématu představuje kategorie „opomínání péče o celkové zdraví, nedostatečná zdravotní péče, neznalost legislativy týkající se přístupu ke službám“, která je vyjádřením určitých okolností, za nichž se celkový zdravotní stav může zhoršovat při dlouhodobém zanedbávání péče o zdraví ať z hlediska nemocného či lékaři.

Následkem v tomto modelu se ukázal celek nazvaný „zhoršení zdravotního stavu, vznik a negativní vývoj dalších onemocnění“, který zahrnuje všechny data týkající se péče o zdraví v souvislosti užívání drog.

Jestliže cizinec nezná svá práva, vystavuje se zvýšenému riziku např. zneužívání v pracovním prostředí, diskriminaci nedostatečné zdravotní péče a bydlení. Není schopen se účinně bránit a jeho problémy se mohou takto prohlubovat, včetně závislostí. Rovněž pokud nezná své povinnosti, vystavuje se riziku propadnutí do ilegality a různým zbytečným sankcím.

Respondenti uváděli především negativní aspekty somatických stavů, Pokud se pokusíme o celkové shrnutí schématu č. 1, musíme na základě výpovědí konstatovat, že somatické zdraví v kontextu užívání drog účastníků studie ústí v somatická onemocnění a určuje kvalitu zdraví a povahu vzájemného vztahu obou subjektů.

Model č. 2

Nízká asertivita, zranitelnost, povrchnost, zpřetřhané vazby v komunitě	Nestabilní partnerské vztahy	Problémy související se vztahy	Absence postojů, hodnot, sociálních schopností nedostatek komunikačních schopností	Lhostejnost, ignorance, nezodpovědnost za roli	Nefunkčnost, Neschopnost fungování, nižší míra spokojenosti Samota
---	------------------------------	--------------------------------	---	--	---

V rámci druhého modelu byla do pozice příčinných podmínek dosazena kategorie „nízká asertivita, zranitelnost, povrchnost, zpřetřhané vazby v komunitě“, která charakterizuje problémy, které mají respondenti se vztahy.

Po důkladné analýze rozhovorů s respondenty většina hodnotí současný vztahy negativně, kdy jsou jejich partnerské vztahy neuspokojivé. Příčinné podmínky podmiňují jev, který je v tomto případě zastoupen kategorií „nestabilní partnerské vztahy“. V rozhovorech se respondenti vyjadřovali ke vztahům nespokojeně a zmiňovali především, že nemají partnera anebo že mají přetržené partnerské vazby a dále také se objevovalo, že je vztah spjatý s drogami. Do postavení intervenujících podmínek byla dosazena kategorie „absence postojů, hodnot, sociálních schopností – nedostatek komunikačních schopností“. Schéma ústí ve strategii jednání a interakci, kterou zastupuje kategorie „lhostejnost, ignorance, nezodpovědnost za roli“. Celkovým následkem modelu č. 2 se ukázala kategorie „nefunkčnost, neschopnost fungování, nižší míra spokojenosti, samota“.

Model č. 2 naznačuje, jednak že, užívání drog respondenty je zdrojem nepochopení, nedůvěře a odcizení partnery. Domnívám se, že jedním z primárních problémů se kterými lidé vstupují do psychoterapií nebo psychologických poradenství je právě potíže vytvářet plnohodnotné vztahy a vůbec vztahování se k lidem. Kdy absence vztahů a dysfunkční vztahy mají nesmírné důsledky. Mohou být příčinou psychických potíží, jako jsou úzkosti a deprese. Nejčastěji se objevují pocity osamění a smutku. Kdy samota je velmi bolestivá a doprovází ji nesnesitelný pocit prázdnoty.

Gergen (2011) hovoří o konceptu vztahového bytí, kdy v rámci tohoto konceptu jej nezajímá a vnitřní podstata osobnosti člověka a jeho utváření jeho motivy a potřeby, ale spíše samotný proces interakce a vztahování se.

Czikszenmihalyi (2014) hovoří, že pocit osamění nemusí nutně znamenat nepřítomnost druhých lidí, ale spíše absenci opravdového hlubokého kontaktu, intimního a smysluplného přátelství, pocit odcizení a pocit, že neexistuje nikdo, kdo ví, jaký doopravdy jsem. Důkazem je už minimální úleva, kterou cítíme, když se můžeme někomu vyprávět a když víme, že nás slyší. Nedostatek vzájemných zážitků může vést k pocitu, že člověk musí vše zvládnout sám, protože nikdy nezažil a neuvědomil si, co to je sdílet, být podporován, nechat o sebe pečovat.

To je velmi vysilující. Často se předem obává, že vztahy dopadnou špatně, protože si nevytvořil adekvátní představu o tom, jak jej druzí vnímají.

Pocit samoty se dále posiluje. Vzájemné mezilidské vztahy (mezi partnery, v rodině, na pracovišti apod.) Jsou často v protikladu k tomu, jak vypadá otevřené, intimní a vzájemné setkání. Jsou zdrojem mnohých mezilidských konfliktů. Na jedné straně proto, že jedinec má tendenci zakrývat své pravé pocity a do kontaktu vnáší nesouhlas a nepřímou komunikaci. Často předpokládá, že druzí budou samozřejmě vědět, co prožívá, jaká jsou jeho přání, či jak to myslel. (Czikszentmihalyi, 2014).

Užívání drog musíme vnímat jako jednání, které má vztahový charakter. Žádná aktivita nestojí sama o sobě, veškerý proces spočívá ve spolu jednání. Kdy např. efekt z užívání marihuany, má podstatnou sociální a interakční složku, kterou nelze při analýze porozumění opomenout. Becker (1996) poukazuje na to, že nálepky, které připisujeme druhým, lidem, kteří vybočují z normy se skrývají naše předsudky a úsudky, které odmalička čerpáme z různých zdrojů od rodičů, ze školy, z médií (Becker, 1966).

Druzí lidé mohou usuzovat jen z jeho vnějšího pozorovatelného chování, které je ve skutečnosti jen jednou částí toho, co je opravdu uvnitř něho a co prožívá. Následkem tohoto rozporu se člověk může cítit nepochopený, zraněný a sám. V důsledku toho, že lidé neříkají, co potřebují se jim také nedostává to, co potřebují. Vyjádření přání samozřejmě vyžaduje také vzájemnost a ochotu a schopnost druhého zachytit a slyšet, co jeho partner říká a odpovědět. Neschopnost přijímat druhé, naslouchat jim a ocenit je může být zdrojem konfliktu stejně jako neschopnost se vyjádřit a prosadit.

Může vést, v konečném důsledku, k zášti a pocitům odmítnutí a frustrace, protože druzí budou cítit toto nepříjetí a podle toho také reagovat (Czikszentmihalyi, 2014).

Domnívám se, že dospělá a zdravá komunikace vypadá tak, že se cítíme svobodní ve vyjadřování potřeb svému partnerovi. Že jsme společně schopni diskutovat, aniž bychom se báli projevit svůj názor.

Pokud se jedná o komunikační blok a předem vážíme každé své slovo, něco je špatně. Pokud nemáme dostatečný bezpečný prostor, nebo se neodvážíme vstoupit do diskuze v tomhle případě se nejedná o náležitý prostor pro svobodné vyjadřování potřeb a názorů.

Základem vytváření plnohodnotných vztahů, které jsou na jedné straně charakterizované možností otevřeného a přirozeného vyjadřování potřeb a přání jedince a na straně druhé schopností přijímat a oceňovat druhé lidi, je především adekvátní sebepřijetí a sebeuvědomění (Šifelová, 2009).

Model č. 3

Zneužívání léků, užívání drog	Psychické problémy	Problémy související s drogami	Závislost Neschopnost fungování	Užívání drog a léků	Deprese, úzkost Psychózy
----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---	------------------------	------------------------------------

Příčinnou podmínkou ve třetím schématu je kategorie „zneužívání léků, užívání drog“. Respondenti užívají nejčastěji benzodiazepiny a primární drogy nejčastěji pervitin či heroin. Užívání léků a drog je předpokladem a příčinou psychických problémů, které se odehrává v kontextu problémů související s drogami.

V tomto schématu byla do postavení intervenujících podmínek dosazena kategorie „závislost a neschopnost fungování“, která dokazuje i přes snahu respondentů, že selhávají v životních rolích. Poruchy, které vznikly přímým působením drogy. Jedná se o poruchy vzniklé z „toxické příčiny“. Začínají často velmi rychle, jejich průběh bývá dramatický a většinou rychle odeznívají. Nejčastěji se jedná o různé druhy psychotických, depresivních či úzkostných poruch.

např. toxická psychóza. Dotyčný je natolik zmatený a mimo realitu, že není jisté, jestli neprovede něco nebezpečného sobě nebo okolí.

Do pozice strategie byl dosažen celek „užívání drog“, kdy se užívání stává začarovaným kruhem, do kterého jedinec spadá se vším všudy, ze kterého lze vystoupit jen s velkou dávkou vůle, motivace a dobrým zázemím. Výsledkem tohoto kruhu jsou zhoršující se psychické potíže, které výrazně komplikují návrat do běžného života.

Model č. 4

<p>Nízká kvalifikace</p> <p>Neznalost pracovního trhu, legislativy, stigma</p>	<p>Nezaměstnanost</p>	<p>Problémy v sociálních schopnostech</p>	<p>Závislost</p> <p>Neschopnost fungování</p> <p>Vykořisťování</p> <p>Špatné pracovní podmínky</p>	<p>Nezaměstnanost</p>	<p>Nízká životní úroveň</p>
--	-----------------------	---	--	-----------------------	-----------------------------

Jako východisko tohoto schématu vystupuje kategorie „nízká kvalifikace, neznalost pracovního trhu, legislativy, stigma“, která v sobě obsahuje informace o špatném postavení respondentů na trhu práce, popř. ukazuje na nízkou integraci.

Nízká kvalifikace, neznalost pracovního trhu, legislativy, stigma jsou příčinnými podmínkami pro vznik jevu, který v tomto schématu zastupuje celek „nezaměstnanost“. Můžeme říci, že podle respondentů nízká kvalifikace a s tím spojené další zmíněné jevy určují horší výchozí pozici pro uplatnění se na trhu práce. Do postavení intervencujících podmínek byla dosazena kategorie „závislost, neschopnost fungování, vykořisťování, špatné pracovní podmínky. Schéma ústí ve strategii jednání a interakci, kterou zastupuje kategorie „nezaměstnanost“. Celkovým následkem modelu č. 4 se ukázala kategorie „nízká životní úroveň“, jež vyjadřuje kvalitu života obecně.

Sociální dopady jsou stejně jako zdravotní důsledky jedním z nejhorších následků závislosti na návykových látkách. Tyto sociální potíže jsou většinou tou hnací silou, která závislého toxikomana dožene k vyhledání pomoci a k tomu, aby si začal dávat život do pořádku. V důsledku závislosti může člověk přijít o práci, a to formou výpovědi ze strany zaměstnavatele anebo může mít problém nalézt práci. Lidé s nižší vzdělaností mají jen minimální šanci uplatnění na trhu práce, jsou ohroženi právě nezaměstnaností, a tedy i nižšími příjmy a horší kvalitou života obecně. Pokud se tedy situace v oblasti vzdělání těchto obyvatel nezlepší, je hrozbou další zhoršování životní úrovně velké části obyvatelstva.

To ve spojení s nezaměstnaností zabrzdí ekonomický rozvoj. Je tedy nutné se zaměřit zvyšování úrovně vzdělání cizinců obecně a podpořit jejich vzdělávání, zaměřit se uživatele se specifickými potřebami.

Model č. 5

Opatření drog a peněz na základní potřeby	Primární a sekundární drogová kriminalita	Problémy související s drogami	Drogová kriminalita v domovských zemích	Páchání trestné činnosti	Ekonomicky motivovaná trestná činnost
---	---	--------------------------------	---	--------------------------	---------------------------------------

Do příčinné podmínky pátého schématu byla dosazena kategorie „opatření drog a peněz na základní potřeby“, což je celek, který mapuje významnou okolnost finanční situace v životě respondentů a také příčinou proč se uchylují k trestné činnosti.

Tato situace podmiňuje jev, jímž je „Primární a sekundární drogová kriminalita“, což je kategorie vypovídající v podstatě o řešení konkrétní situace. Každá reakce na určitou situaci se odehrává v kontextu jisté interakce, proto i zde byla do pozice kontextu postavena kategorie „problémy související s drogami“, která ústí v následek, který zde představuje jednotka „ekonomicky motivovaná trestná činnost“.

Při analýze rozhovorů nám v modelu č. 5 vychází předpoklad, že opatření drog a peněz na užívání podmiňují problémy související s drogami a způsob řešení této situace, které se odehrávají v kontextu drogové kriminality a ve svém důsledku formuje vzájemný vztah mezi opatřením drog a trestnou činností.

Nadměrná konzumace (abúzus) drog obvykle signalizuje neschopnost přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, v nichž se člověk pohybuje, tj. adaptovat se na životní požadavky. Snížení přizpůsobivosti na okolní prostředí se projevuje omezenou schopností v přijímání odpovídajících rolí i společenského postavení. Dochází k zanedbávání jiných činností nebo zájmů ve prospěch užívané drogy a zvyšuje se množství času nutného k jejímu získání, užívání nebo zotavení se z jejího účinku. Lze říci, že uživatel postupně redukuje nebo zcela vypouští důležité sociální, pracovní, i rekreační aktivity a větší část dne věnuje snaze opatřit si drogu, či prostředky na ni nezákonným (tzv. opatřovací kriminalita) či nežádoucím způsobem, u žen velmi často prostitucí (Scheinost, 2010).

Trestná činnost a užívání drog se tedy mohou navzájem posilovat v tom smyslu, že osoby z deviantního kriminálního prostředí jsou více ohroženy vznikem problémů s drogami a osoby s problémy s drogami jsou naopak vystaveny vyššímu riziku zapojení do trestné činnosti. Na základě výzkumu, můžeme říci, že závislí uživatelé jsou nuceni páchat trestnou činnost, aby získali prostředky na drogy (EMCDDA, 2007).

Model č. 6

Vysoký zisk oproti nízkému vkladu Represivní přístup k drogové politice	Černý trh	Trh s drogami	Rozsáhlá skrytá uživatelská scéna	Motivace k angažovanosti	Vysoká nabídka drog
--	-----------	---------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------

Tento model trochu kopíruje předchozí schéma, které si vzal za vzor. Přesto není zcela shodný a v některých bodech se liší. Příčinnou podmínkou v šestém schématu je kategorie „vysoký zisk oproti nízkému vkladu“.

Respondenti hodnotí vysoký zisk oproti nízkému vkladu jako jeden z důvodů páchání trestné činnosti.

Tento fenomén z pohledu respondentů je předpokladem pro vznik a fungování černého trhu, které se opět odehrává v kontextu existujícího rozsáhlého trhu s drogami. V tomto schématu byla do postavení intervenujících podmínek dosazena kategorie „motivace k angažovanosti“, která dokazuje určitou příčinu k zapojení do trestné činnosti a konzumaci drog v zemích respondentů.

Do pozice následku byl dosazen celek nazvaný „Vysoká nabídka drog“, do nějž byla zařazena veškerá data z rozhovorů vypovídající o subjektivních zkušenostech respondentů z domovských zemích.

Obchod s drogami je obecně považován za závažný trestný čin. Sankce se liší s ohledem na zemi, typ a množství drogy, způsob distribuce. Ve většině arabských zemích je drogová kriminální aktivita sankcionována např. dlouholetým vězněním, bičováním, až potrestáním trestem smrti.

Jako základní východisko můžeme označit předpoklad, že člověk jako racionální bytost maximalizuje svůj užitek v rámci systému pobídek a omezení, která se v průběhu času mění. Dopad těchto změn je předmětem existence drogových trhů. Preference racionálně jednajícího subjektu, jež určují, co je pro něj užitek, zůstávají pro účel existence černých trhů neměnné. Patří k nim například maximalizace zisku na drogových trzích nebo užitek z konzumace drog. Existence drogového trhu je spjata historicky s drogovou prohibicí, respektive fungování trhů se zakázaným zbožím.

Ve výzkumných poznatcích se často potvrzují tvrzení o existenci drogových trzích z hlediska právě existující prohibice: *„Zkušenost s vymáháním zákazu drog ukazuje, že prohibice drog zvyšuje ceny, stimuluje nelegální aktivity a má jen nepatrný vliv na spotřebu, a navíc uvaluje na společnost nepřijatelné náklady v podobě vysoké kriminality, nárůstu vězeňských populací, a zhoršení vztahů se zeměmi, které nás zásobují nelegálními výrobky.“* (Barro, 1997).

Model č. 7

Stigmatizování Odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty nedůvěra k institucím, strach	Skrytá populace	Arabská uživatelská komunita	strach z problémů s úřady a policií - bydlení v azylovém zařízení	Uzavřená drogová scéna	Zvýšení rizik spojených s užíváním drog
--	--------------------	------------------------------------	--	------------------------------	--

Do pozice příčinných podmínek byla dosazena kategorie „stigmatizování, odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty nedůvěra k institucím, strach“, která nám podává obraz postoje respondentů o jejich etno kulturní identitě sociální exkluzi spojené s užíváním drog. Podmiňuje jev, na jehož místo byla implikována kategorie „skrytá populace“, kdy se jedná o to, že migranti chtějí zůstat v anonymitě kvůli strachu ze stigmatizace a strachu z odebrání dokladů. K tomuto účelu by mohla dobře sloužit telefonická poradenská linka s proškoleným odborníkem v oblasti uživatelů se specifickými potřebami – migrantů. Ať už na telefonní lince nebo v léčbě, tato cílová skupina potřebuje se cítit v bezpečí a přijetí ze strany pracovníků. Je možné, že by této specifické skupině mohly také pomáhat svépomocné skupiny jako podpůrný prostředek.

Intervenující podmínku v tomto schématu představuje kategorie „uzavřená drogová scéna“, která je vyjádřením určitých okolností užívání. V praxi se organizace pracující s migranty potýkají především s jazykovou bariérou, omezeným přístupem klienta k sociálním službám, který je odvozený od jeho pobytového oprávnění, a v nemalé míře i s tématy, jako je absence finančních zdrojů klientů pro obnovení průkazu totožnosti.

Terénní práce většiny organizací probíhá formou streetworku, tedy „na ulici“ (např. ve veřejných prostranstvích), není tedy jejím cílem zjišťovat situaci v lokalitách typických pro migranty. Minimum lidí bez domova z některých cizineckých komunit (např. Vietnamci, Ukrajinci) také může souviset s udržováním vnitřních vazeb v rámci komunity, skrze které se migranti nepropadnou „na ulici“.

Strategie migrantů bez domova bývá částečně odlišná v tom, že si častěji zajišťují příjem k přežití žebráním, vybíráním popelnic, sběrem papíru či výkonem pracovní činnosti bez smlouvy. Typická bývá absence platného dokladu totožnosti a zdravotního pojištění. Kvůli často nemožnému získání dokladů totožnosti (viz dále) zůstávají v této situaci převážně dlouhodobě, což zvyšuje riziko získání adaptačních mechanismů k přežívání „na ulici“, rozvoje závislostí (nejčastěji na alkoholu), nedostatečné výživy a postupně i zhoršování zdravotního stavu.

U migrantů bez domova může být problematická nemožnost návratu do země původu, která může mít řadu (často kombinovaných) příčin, jako je absence sociálních služeb, kontaktů (rodina, přátelé), pomoci příslušného Specifické oblasti terénní sociální práce s migranty zastupitelského úřadu atp. V některých obcích nemají cizinci z třetích zemí možnost získat byty z bytového fondu obcí a narážejí na velmi limitovanou ochotu ze strany odpovědných sociálních odborů podílet se na řešení jejich situace, jinde je naopak přístup k této skupině vstřícný (Jelínková, 2022).

Následkem v tomto modelu se ukázal celek nazvaný „Zvýšení rizik spojené s užíváním“, je dobré se věnovat oblasti poskytování služeb drogových terénních programů migrantům – uživatelům se kterými je potřeba navázat spolupráci na terénního pracovníka hovořícího jejich jazykem, mapovat a aktivně vyhledávat cílovou klientelu a v případě spolupráce předat adekvátní informace včetně např. distribuce HR materiálu. Už jen z důvodu k situaci ve zdrojových zemích mohou být tito klienti více ohroženi nákazou HIV.

Pokud se pokusím o celkové shrnutí schématu musím na základě výpovědí respondentů konstatovat, že stigmatizace, nedůvěra a strach odehrávající se za určitých podmínek arabské uživatelské komunity může ústít ve zvýšení rizik spojených s užíváním drog např. v nevyhledání včas odborné pomoci.

Model č. 8

Nemají dostatek kontaktu s jinými lidmi Nízký sociální kontakt	Problémy související se vztahy	Nízká míra integrace	Rozdíly v mentalitě, systému hodnot, kulturní rozdíly	Samota Uzavřenost	Exkluze Velká míra latence Minimální kontakt s institucemi
---	--------------------------------	----------------------	---	--------------------------	--

Model č. 8 si za svou příčinnou podmínku bere kategorii nazvanou „nemají dostatek kontaktu s jinými lidmi, nízký sociální kontakt“. Respondenti se ve svých výpovědích často uchýlovaly k uzavřenosti v kontaktu s lidmi, které v tomto kontextu mělo významně hodnotící charakter.

Jevem, který je zapříčiněn nízký sociální kontakt, je tedy „problémy související se vztahy“. Jedná se o celek, který se zaměřuje jak na popis vztahů respondentů mimo svou komunitu. Následkem tohoto schématu je potom Sociální exkluze. Pokud se pokusíme shrnout model č. 8, dojdeme k závěru, že nízký sociální kontakt, – nedostatek zkušeností s lidmi vede k osamění a uzavřenosti respondentů ostatních vztahových dovedností a je východiskem pro exkluzi a může být příčinou pro další sociální, zdravotní, kriminogenní rizika např. jako chudoba, zhoršující se mentální zdraví, bezdomovectví, kriminalita apod.

Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikové jednotlivci a skupiny, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří právě migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog“ (NMS, 2005).

Specifika při práci s cizinci Důležitým faktorem terénní práce je její dostupnost z hlediska místa i času, ale i dostupnost z hlediska psychického. Jinými slovy, terénní pracovníci by měli působit v přirozeném prostředí uživatelů drog a pro uživatele drog přijatelnou formou. V případě, že uživatelé drog na daném území jsou cizinci, je obtížné říci, co je přirozené prostředí a co není.

Pro usnadnění a pochopení možných odlišností je možné alespoň rámcově zjistit, jak fungují obdobné služby v zemích původu, případně ověřit, jsou-li tam tyto služby dostupné. Mimo přímou terénní práci jsou odlišné podmínky pro užívání navazujících zdravotnických či sociálních služeb.

Pro cizince uživatele drog možnost čerpání služeb s vyšším prahem ovlivňuje forma pobytového statusu, respektive typ pojištění. Tato formální pravidla je nutné mít během terénní práce s cizinci na vědomí, protože nabídka bezplatných zdravotnických a sociálních služeb je nižší.

Model č. 9

Psychické problémy Deprese, úzkosti	Zneužívání léků	Dostupnost	Závislost	Nekontrolované užívání bez lékařské indikace	Rizika spojené se zneužíváním léků
--	-----------------	------------	-----------	--	------------------------------------

V devátém schématu postavení příčinných podmínek zastupuje kategorie „psychické problémy, deprese, úzkosti“, které vyjadřují nejčastější obtíže, které trápí respondenty. V důsledku zmíněných obtíží v kontextu snadné dostupnosti dochází k sebemedikaci – zneužívání léků, kdy respondenti nachází úlevu od psychických problémů a jsou zároveň zdrojem abúzu medikamentů. Nejčastěji užívané léky, které jsou respondenty zneužívány jsou Benzodiazepiny ze skupiny BZD s anxiolytickým účinkem, které zejména při dlouhodobém užívání nebo při užívání vyšších, než doporučených dávek jsou silně návykové. Jedná se o kompozitní léky, které jsou zároveň snadno dostupné.

Závislost na léku jsou zdrojem vzniku určité interakce a chování, které v této kategorii zastupuje kategorie „nekontrolované užívání bez lékařské indikace“. Kdy právě syndrom závislosti odpovídá potom podle MKN-10 syndromu závislosti, který je charakterizován silnou touhou získat látku, obtíží s kontrolou jejího užívání, které pokračuje i přes nebezpečné konsekvence, dávání přednosti užívání před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšenou tolerancí a někdy (není podmínkou) somatickým odvykacím stavem.

Celkovým následkem schématu č. 9 se ukázala kategorie s názvem „rizika spojená se zneužíváním léků“, které je v podstatě následkem zneužívání léků. Na základě analýzy můžeme model č. 9 shrnout následujícím způsobem: Psychické problémy, úzkosti, deprese neléčené v klinické praxi v kontextu dostupnosti léků s návykovým potenciálem mohou vést ke vzniku dalších závažných situací, které se závislostí souvisejí, mohou zkomplikovat celkovou úzdravu, ale především rozvíjet depresivní stavy, sklony k podezíravosti, podrážděnosti až k výskytu nevyprovokované agrese a násilí. V sociálním kontextu potom mohou zapříčinit ztrátu přátel a zhoršit kvalitu vztahů.

Zneužívání léků a léková závislost jsou závažnými fenomény. Představují stinnou stránku jinak pozitivního rozvoje farmakologie a psychofarmakoterapie. Ve svých důsledcích mohou vést k závažným zdravotním a ekonomickým následkům (Švestka, Češková, Náhunek, 1995).

Model č. 10

Sounáležitost Sdílení	Kouření a sniff	Vzorec užívání	Kouření jako kulturní fenomén	Užívání ve společnosti	Komunita uživatelů
--------------------------	--------------------	-------------------	----------------------------------	---------------------------	-----------------------

Jako východisko tohoto schématu vystupuje kategorie „sounáležitost, sdílení“, která v sobě obsahuje informace o motivech společného užívání s druhými lidmi. Pocit sounáležitosti a sdílení jsou podmínky pro vznik jevu, který v tomto schématu zastupuje celek „kouření a sniff“.

Můžu říci, že podle respondentů mít společné a pocit, že někam patřím určuje charakter společných zážitků a je tedy vzorcem užívání drog.

K tomuto vzorci dochází v kontextu vzorce užívání, což je kategorie, která určuje pohled na danou problematiku z hlediska způsobu užívání drog.

Do postavení intervenujících podmínek byla dosazena kategorie „kouření jako kulturní fenomén“. Schéma ústí ve strategii jednání a interakci, kterou zastupuje kategorie „užívání ve společnosti“, celkovým následkem modelu č. 10 se ukázala kategorie „komunita uživatelů“, jež vyjadřuje sdílení společných zájmu a potřeb, vzájemnou interakcí.

Pokud se pokouším o shrnutí tohoto modelu, na základě prostudování rozhovorů vycházejí následující závěry: Z hlediska okolností vzorce užívání se sounáležitost a sdílení v kontextu kouření jako kulturní fenomén podílejí na vzniku užívání ve skupině, při nichž vzniká uživatelská komunita, kde se sdílejí nejen potřeby ale i jistým způsobem kulturní identita.

Domnívám se, že se jedná o menší komunitu lidí v našem prostředí, kteří nesou společné znaky subkultury, která má společné znaky v rámci životního stylu, chování, hodnot a norem a odlišuje se právě těmito znaky od většinové společnosti.

Model č. 11

Nízká tolerance Dlouhodobé užívání drog	Velké množství a intenzita	Problémové užívání drog	Prostředí	Nadměrný příjem drog a léků	Rizika spojené s užíváním
--	----------------------------	-------------------------	-----------	-----------------------------	---------------------------

Východiskem tohoto modelu vystupuje kategorie „dlouhodobé užívání drog“, která informuje o užívání drog jako chronickém stavu, kdy respondenti látky užívají dlouhodobě. Dlouhodobé užívání látek odráží sníženou toleranci a určuje vznik jevu, který v tomto schématu zastupuje celek „velké množství a intenzita“.

Jedná se o technické aspekty užívání, kdy organismus reaguje postupně na původně účinnou dávku méně, tj. ke stejnému účinku je třeba zvyšovat dávku drogy. Problémové užívání dochází právě v kontextu prostředí, které vypovídají o nízkých sociálních podmínkách především absentujících v oblastech jako je práce a bydlení.

Do postavení intervenujících podmínek byla dosazena kategorie „nadměrný příjem drog a léků“. Ústředním motivem neustálého koloběhu je potlačení nepříjemných psychických stavů – únik z reality.

Model ústí ve strategii jednání a interakci, kterou zastupuje kategorie „nadměrný příjem drog a léků“, celkovým následkem modelu č. 11 se ukázala kategorie „rizika spojené s užíváním“, jež sděluje rizika a potenciální dopady závislosti – zdravotní, sociální, ekonomické kategorie, největším rizikem může být prohlubující se závislost, která může ústít v úmrtí spojené s užíváním drog.

Model č. 12

Užívání drog	Neschopnost fungování	Problémy s drogami	Psychické problémy	Pokračování v užívání	Sociální, psychologický, fyziologický, ekonomický a právní problém
--------------	-----------------------	--------------------	--------------------	-----------------------	--

V tomto modelu byla do pozice příčinných podmínek dosazena kategorie „užívání drog“, který mapuje nynější situaci respondentů s drogami. Příčinné podmínky podmiňují jev, který je v tomto případě zastoupen kategorií „Neschopnost fungování“.

Kdy respondenti hodnotili jejich fungování zejména v kontextu užívání drog negativně. Nejvíce si stěžovali na to, že nemají práci a že nemají žádný program k naplnění dne. K hodnocení neschopnosti fungování dochází v kontextu problémů s drogami, kdy respondenti reflektují a pozastavují se nad vlastní osobou. Rovněž hovoří o psychických obtížích, kterými trpí.

Model č. 12 naznačuje, že užívání drog a neschopnost fungování, které sebehodnotí respondenti negativně v důsledku vede k negativním určitým pocitům – špatnému psychickému stavu, a tím způsobuje zachování stavu, které jsme v našem případě označili jako „pokračování v užívání“.

Na základě rozboru vyjádřených skutečností je možné říci, že vzájemný vztah mezi užíváním drog a neschopností fungování v kontextu vlastního sebehodnocení problému s drogami je východiskem pro pokračování v užívání drog, navzdory přítomným problémům, které vedou k rozvoji existujících, ale i dalším problémům spojených s užíváním.

Model č. 13

Craving Abstinenční příznaky	Užívání drog	Vzorec užívání drog	Kdekoliv a kdykoliv	Nekontrolované a impulzivní užívání	Rizika spojená s užíváním
---------------------------------	--------------	---------------------	---------------------	-------------------------------------	---------------------------

Jako východisko tohoto schématu vystupuje kategorie „craving, abstinenční příznaky“, které pojednávají o projevech závislosti. Příznaky závislosti jsou podmínky pro vznik jevu, který v tomto modelu zastupuje celek „Užívání drog“. Můžeme říci, že podle hodnocení respondentů projevy závislosti určují užívání drog a jsou tedy vzorcem užívání drog.

K užíváním drog dochází za okolností kdekoliv a kdykoliv, což je kategorie, která sděluje ztrátu kontroly nad užívanou látkou, kdy respondent v důsledcích abstinčních příznaků látky užije kdykoliv a kdykoliv, aby mu nebylo špatně.

Do postavení intervenujících podmínek byla dosazena právě kategorie „nekontrolované a impulzivní užívání“. Model znovu ústí v rizicích spojených s užíváním a tím související problémů včetně závislosti.

Model č. 14

Strach, neznalost, Negativní předsudky	Stigma	Stud Pocit viny	Užívání drog	Uzavřenost Osamělost Skryté užívání	Diskriminace Marginalizace
---	--------	--------------------	--------------	---	-------------------------------

V dalším schématu postavení příčinných podmínek zastupuje kategorie „strach, neznalost, negativní předsudky“, které označují, jak nazírá pluralitní společnost na menšinu konkrétně na respondenty. V důsledku jednání založené na neznalosti se cítí respondenti nepřijati, a trpí pocity studu a zároveň nepříznivým negativním úsudkem o vlastní osobě. V kontextu těchto pocitů dochází k užívání drog.

Užívání drog vede dále ke strategii jednání interakci, a to v uzavřenost a osamělost a stigma může pro lidi s jakýchkoliv duševním onemocněním dokonce představovat závažnější problém nežli projevy nemoci samotné. Stigma vede k diskriminaci při shánění zaměstnání nebo bydlení, které spočívá v nedostatku sociální podpory lidí s duševním onemocněním, a to i strany nejbližšího okolí. A konečným důsledkem může být marginalizace.

Model č. 15

Drogová epidemie	Adiktologické služby	Užívání drog	Stigma Rozdílný způsob života, kulturní rozdíly	Prevence vzniku rozvoj, léčba návykových nemocí	Snižování škod uživatelů Ochrana veřejného zdraví
------------------	----------------------	--------------	--	---	--

Do příčinné podmínky schématu byla dosazena kategorie „drogová epidemie“, což je celek, který popisuje příčinnou podmínku výskytu choroby závislosti v domovských zemích respondentů. Tato situace podmiňuje jev, jímž je „adiktologické služby“, což je kategorie vypovídající v podstatě o řešení konkrétní situace.

Každá reakce na určitou situaci se odehrává v kontextu jisté interakce, proto i zde byla do pozice kontextu postavena kategorie „Užívání drog“, která v kontextu intervenující podmínky „stigma a kulturní rozdíly“ ústí v protidrogové strategii „Prevence vzniku rozvoj, léčba návykových nemocí“.

Domnívám se, že je velmi progresivní a ve většině zemích se začala rozvíjet prevence založená na „evidence based“ aktivitách. Při analýze rozhovorů model vypovídá o usilování zvládnání drogové epidemie nejen z hlediska represivních opatření, ale i narůstajících preventivních programů služeb, a proto je kladen důraz na ochranu veřejného zdraví.

Model č. 16

Sociální faktory	Užívání drog	Vzorec užívání	Užívání v zemi původu	Užívání drog jako rituál Závislost jako spirituální problém	Kolektivní identita
------------------	--------------	----------------	-----------------------	--	---------------------

V Modelu č. 16 vstupuje příčinná podmínka s názvem „sociální faktory“. Tahle kategorie vypovídá o vlivu rodiny, přátel, vrstevníku, společenského statutu ale také norem a jedná se o podmínkách, které mohou přispět k vypuknutí závislostí respondentů. Ve svých výpovědích často zmiňovali, že jejich rodiny velice dbali na to, co je morálně správné, někteří rodiče zastávali autoritářskou, striktní výchovu, kde se mnohdy používají i fyzické tresty. Postavení rodiny a jejich členů je velmi důležité v kontextu kulturních hodnot.

Jevem v tomto modelu je „užívání drog“. Jedná se o fenomén, který je právě podmíněn příčinnou podmínkou a zároveň se podílí na experimentování a užívání drog ve spojitosti se vzorci užívání drog dospělých, kdy v některých arabských zemích užívání drog je paradoxně zdrojem odpočinku anebo záležitostí „rituálu“. Např. v Egyptě se kouří hašiš v každé druhé otevřené kavárně z dýmky a muži hrají karty. Již v nízkém věku respondenti se dostávají tedy do kontaktu nejen s legálníma drogami.

Následkem tohoto schématu je mnohorozměrný pojem, a to kolektivní identitu, kterou interpretujeme jako identitu kolektivní. Ve smyslu integrační, vytvářející ducha sounáležitosti mezi členy komunity. Mluvíme o pocitu lidí, kteří jsou navzájem stejní, nebo, že patří k nějakému společenství (Šindlářová, 2002).

Model č. 17

Spojení	Komunita uživatelů	Skryté užívání	Kulturní odlišnosti – postoje, hodnoty	Užívání v komunitě	Uzavřenost majoritní společnosti
Smysluplnost					A uzavřenost arabských uživatelských komunit
Sdílení					

V rámci posledního modelu v axiálním kódování byla do pozice příčinných podmínek dosazena kategorie „spojení, smysluplnost a sdílení“, které vystihuje obecně motiv sdílení drog v komunitě. Jelikož lze obecně říci, že uživatelé drog v návaznosti na fáze užívání drog se postupně uzavírají do uživatelských komunit, a tedy stýkají se výhradně s uživateli.

Podle výpovědí získaných od respondentů jsem se dozvěděla, že mají řídké nebo omezené sociální sítě, omezený přístup na trh práce, trpí chudobou mají problémy s bydlením apod. Příčinné podmínky podmiňují jev, který je v tomto případě zastoupen kategorií „komunita uživatelů“. V rozhovorech se respondenti vyjadřovali ke vztahům v rámci své nejen uživatelské ale i arabské komunity, ve které nachází pocity sounáležitosti, ale mohou zde v bezpečném prostředí látky konzumovat společně. Do postavení intervenujících podmínek byla dosazena kategorie „kulturní odlišnosti, postoje“, které mohou být pozitivní ale i negativní proměnnou ke vztahu k drogám obecně.

Schéma ústí ve strategii jednání a interakci, kterou zastupuje kategorie „užívání v komunitě“, které může být rizikovým faktorem k prohlubujícímu se sociálnímu vyloučení. Mohou vznikat další problémy typu nízká gramotnost, silná skupinová koheze, kriminalita, život na ulici. Celkovým důsledkem modelu se ukázala kategorie „uzavřenost majoritní společnosti a uzavřenost arabských uživatelských komunit“.

Výsledky screeningového dotazníku DAST ukázaly, že respondenti mají stejné problémy související s užíváním drog. A to zejména v otázkách týkající se: nekontrolovatelném užívání drog, výčitky a pocity viny, zanedbávání rodiny, kriminalita, abstinenční příznaky, zdravotní problémy. V těchto otázkách odpověděli všichni respondenti kladně.

Na základě součtu bodů ze skórování vyšlo čtyřem respondentům, že mají těžké problémy s užíváním drog, součet bodů 10 bodů vyšlo třem a jednomu respondentovi vyšlo bodů 9.

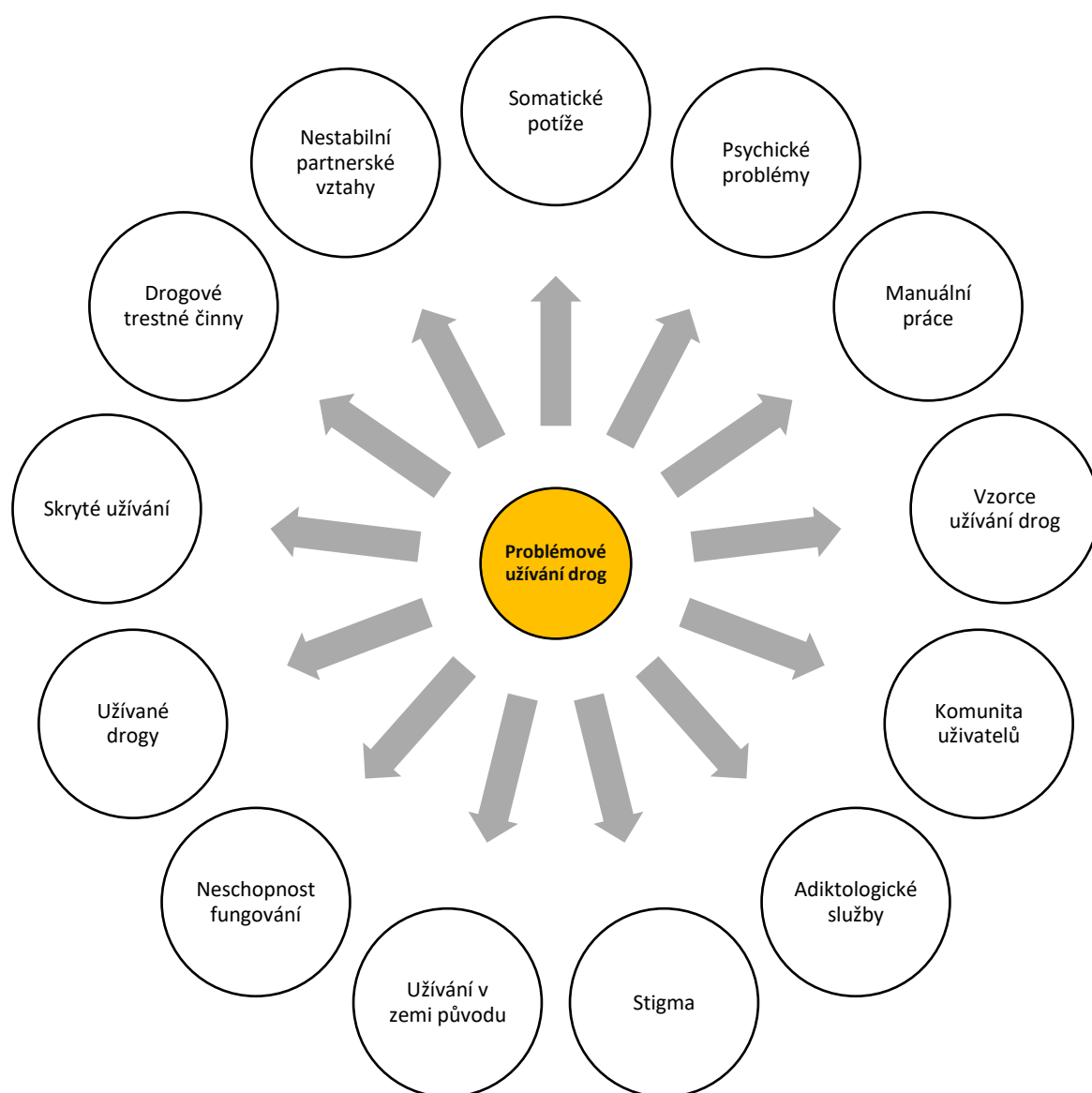
Pouze jeden respondent se nachází v pásmu úrovní problémů – výrazné riziko problémů, při součtu bodů vyšlo 7.

Všichni respondenti dle dosáhnutých bodů jsou problémovými uživateli a pravděpodobně jsou závislí na drogách. Žádoucí je vyšetření u adiktologa, lékaře se specializací na závislost nebo psychiatra, je zde nutná specializovaná léčba.

10.2 Selektivní kódování

V rámci závěrečné fáze kódování vybírám ústřední, klíčovou kategorii, která je ústředním zdrojem vznikající teorie a které zahrnují všechny ostatní kategorie. Centrální kategorie se stává klíčovým pojmem, který vystihuje celý příběh výzkumu a obsahuje jeho pointu. Centrální kategorie je ve vzájemné korelaci s uvedenými kategoriemi.

Obrázek č. 4: Paradigmatický model:



Klíčová kategorie „užívání drog“ má následující souvislosti: V průběhu šetření se ukázalo, že špatný psychický a somatická stav arabských migrantů se jednoznačně podílí na drogovém problému, protože na základě hodnocení kvality tohoto stavu jsou respondenti v roli závislého vzhledem psychosomatickým komplikacím při vysazení látek a s tím spojeným odvykacím syndromem, rovněž potlačují, zmírňují další fyziologické bolesti užíváním drog, ale i léků. Nízká úroveň zdravotní péče rovněž nepřispívá ke zlepšení celkové situace. Na základě těchto informací se všechny zmíněné problémy zhoršují a respondenti se udržují v užívání a s tím spojenými problémy.

Osobnost závislého postupně upadá, dochází k mnoha závažným změnám, mezi jinými například k „psychopatizaci“ osobnosti, k úbytku schopností. Člověk nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že už se nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost. Dlouhodobé užívání drog může vyvolat i závažné duševní poruchy.

Poruchy psychotického charakteru vznikají jako následek vyšších dávek užívání stimulantů. Typickými projevy jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, neadekvátní reakce a poruchy psychomotoriky.

Velká část uživatelů udává symptomy úzkosti, panické ataky, paranoidity a deprese. Závislost jim změnila životní styl, který se nakonec ukázal stereotypní. Život závislých je naplněn činnostmi vedoucí primárně k získání a aplikaci drogy, tak to jde stále dokola.

Další velmi významnou podmínkou z vystoupení z problémového užívání je začít tvořit plnohodnotné vztahy, jelikož partnerské vztahy arabských migrantů se ukázaly jako nestabilní, toxické a rovněž absentující. Toto subjektivní hodnocení vycházelo z nespokojenosti se vztahy a jejich nenaplněním.

Tyto neuspokojivé anebo žádné vztahy mohou být podmíněné právě drogovým problémem, na jehož základě je konstatován neúspěch při vytváření nebo udržování jakýchkoliv vztahů. Nakonec jen vznikají a přetrvávají jen náhodné vazby se stejně závislými lidmi.

Dalším specifickým jevem je nízká integrace anebo nízká kvalifikace, které jsou také ve vzájemné korelaci. Jak jsem zmínila, nízká kvalifikace a s tím spojené další zmíněné jevy určují horší výchozí pozici pro uplatnění se na trhu práce. Sociální dopady jsou stejně jako zdravotní důsledky jedním z nejhorších následků závislosti na návykových látkách. V důsledku závislosti nejsou schopni arabští migranti nalézt kvalifikovanou práci, jelikož obecně lidé s nižší vzdělaností mají jen minimální šanci na uplatnění se na trhu práce, jsou ohroženi právě nezaměstnaností, a tedy i nižšími příjmy a horší kvalitou života obecně. Mají problémy s bydlením, řeší každodenně existenční problémy jako např. nízký hygienický standart v azylových uprchlických zařízeních, častokrát mají hlad.

Panuje zde nejistota ohledně budoucnosti v souvislosti s pobytovým statutem a rozhodnutím, které trvá u všech arabských migrantů déle jak jeden rok. S nízkou kvalitou života znovu souvisí užívání drog, jelikož respondenti trpí frustrací, pocity méněcennosti, viny, studu, a především beznadějí na lepší život, potlačují negativní emoce právě užíváním. Závislost na drogách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu i celou osobnost závislého člověka. Dlouhodobé užívání těchto látek může vést k tzv. organickému psychosyndromu, změny osobnosti, které jsou vyvolané poškozením mozku (Beran, 2000).

11 Diskuse

Všichni dotazovaní respondenti užívají dlouhodobě a pravidelně nelegální návykové látky. Jistá část této skupiny si přináší závislost již z domova. Nejužívanějšími drogami jsou heroin (3 migranti) a pervitin (4 migranti). Všichni arabští migranti je kouří a rovněž aplikují látky nazálně. Všichni oslovení migranti zároveň potvrdili, že nejrozšířenějším způsobem užívání drog je kouření přes alobal. Důvodem pro preferenci užívání drog kouřením přes alobal je zvyklost v arabské komunitě. Tři arabští migranti mají polymorfní závislost (heroin a pervitin). V jednom případě se objevila závislost na captagonu v zemi původu. Diana jako jediná migrantka – žena, užívá psychostimulancia kokain anebo pervitin. Rovněž migranti užívají benzodiazepiny (sebemedikace) a kouří příležitostně hašiš anebo marihuanu.

Jako další specifika uváděli migranti užívání většího množství ve vyšší frekvenci, což je spojeno již s nízkou tolerancí. Významné se také zdá sociální kontext a způsob života, ve kterém se užívání drog odehrává – uzavřené komunitě.

Domnívám se, že je zapotřebí se více zaměřit na zvyšování úrovně vzdělávání cizinců obecně, podpořit nejen jejich integraci ale především je edukovat a informovat je v oblastech, zdraví, vzdělávání, právních věcech, kultury. Zároveň je nutné usilovat o vznik adiktologických služeb, programů, zvýšit dostupnost existujících, zpřístupnit služby pro cizince a vytvořit komplexní síť služeb pro klienty se specifickými potřebami. Jedině tehdy se mohou cizinci u nás plně přizpůsobit hostitelské kultuře, sžít se s ní a tím být dostatečně vybaven na průběh adaptace.

Domnívám se, že největším problémem spojených s užíváním drog u cizinců obecně je nejen neznalost zdravotnického a sociálního systému péče, ale rovněž skutečnost, že tento problém není řešen systémově. Zdravotnická zařízení se potýkají s komunikačními problémy s cizinci.

A také je problémem, že většina zdravotnických zařízení nejsou dostatečně informovány o záležitostech spojených s pojištěním cizinců.

Kulturně determinovaný odlišný způsob jednání cizinců ve spojení s narušeným emočním prožíváním může mít za následek emoční poruchy, které se nejčastěji projevují vyhýbavým chováním, izolací, vyhýbání se různým situacím a kontaktu s lidmi, přílišná nejistota). Následkem úzkostných poruch je pak např. selhávání v běžných sociálních požadavcích (Hrdličková, 2014).

Negativní postoj společnosti představuje problém i pro abstinující, neboť je později nikdo neakceptuje a nedůvěra v nich přetrvává. Tím se posiluje i riziko recidivy, protože to s sebou přináší sociální izolaci a nedostatek kontaktů mimo drogovou scénu.

Mění se jeho vztahy s ostatními lidmi, chování závislého se jeví jako nepřizpůsobivé. Závislý jedinec je nespolehlivý, sobecký a necitlivý k potřebám ostatních. Navzdory demonstrace své svobody je závislý na svém okolí, rodině či společnosti, neboť sám není schopen se o sebe postarat a vydělat dostatek peněz. Spolu s užíváním drog narůstá i trestná činnost. Finanční náročnost drogy, změna osobnosti a hodnotového systému uživatele zvyšuje pravděpodobnost trestné činnosti.

Tito lidé mohou být diskriminováni z hlediska etnické příslušnosti, kulturní diverzity, trpí problémy s adaptací a mají narušené emoční prožívání, které plyne z nejasnosti a strachu z budoucnosti. Užívání drog je obecně stigmatizující, kdy společnost se těmito lidem straní, uživatele nakonec donutí, aby přijal normy drogové subkultury a identifikoval se s ní.

Arabští migranti hovořili o jejich uživatelské komunitě právě za podporující a jedinou funkční ve smyslu porozumění a označovali ji jako skupinu, kde si nejen rozumí, ale mohou společně užívat, a také udržet si vlastní kulturu.

Centrální kategorie problémové užívání a všechny ostatní zmíněné kategorie se ovlivňují a podmiňují navzájem. Protože potíže těchto lidí mohou způsobovat právě to, že utíkají od sebe k užívání drog a rovněž setrvávají v užívání a nabalují se jim problémy, které se akorát zhoršují.

Účinnou intervencí by v těchto případech představovala různá místa s terapeutickým potenciálem, které by poskytovaly arabským migrantům možnost nebýt ve svých trápeních sám a bez pomoci. Taková pomoc by jim neumožňovala padat do závislosti, ale naopak by je povzbuzovala v cestě k sobě. Učila by člověka, jak takové situace zvládat, kde hledat pomoc a jak využívat své vnitřní zdroje k dosažení uspokojivého života.

Podporované aktivity

- Podpora terénní sociální práce (streetwork) zaměřené na aktivní vyhledávání a oslovování cizinců včetně rozšíření nejen kapacit specifických léčebných oddělení se zvláštním režimem např. 3 D oddělení Červený Dvůr.
- Podpora poradenství zaměřené na životní situaci (právní, sociální, zdravotní)
- Výuka češtiny nad úroveň A1, která by cizincům umožnila aktivní uplatnění na trhu práce a společnosti.
- Podpora a realizace vzdělávacích aktivit zejména na lokální úrovni (podpora občanské gramotnosti, sociokulturní orientace včetně podpory aktivit založených na vlastní iniciativě cizinců)
- Podpora ale i financování obcí v oblasti integrace cizinců na lokální úrovni (obce s větším počtem cizinců)
- Aktivity zaměřené na tlumočnické a překladatelské služby – možnost podpory tlumočnicků z řad cizinců k usnadnění a zkvalitnění komunikace mezi cizinci, institucemi a veřejností.

12 Limity studie

Nejzásadnějším limitem této práce spatřuji již v absenci informací související s monitoringem užívajících migrantů. Většina drogových služeb neviduje indikátory etnicity. Např. v elektronické databázi Boris, která eviduje klienty kontaktních a terénních služeb včetně výkonů se v položce státní příslušnost nabízí: ČR, jiné – EU, jiné – non EU, neznámo. Co se týká etnické příslušnosti, nabízí se pouze možnosti typu: ne-romská, Romská, nesledováno. Tudíž nemůžeme přesně definovat vlastnosti zkoumané populace, jelikož neexistují zdroje informací.

Podle Seala (2004) lze důležitost zkoumaného jevu posoudit pouze na základě existujících znalostí nebo teorie. *„Zkoumání černého kamene na oblázkové pláži sám o sobě nemá velký význam. Ale pokud je zkoumání prováděno v oblasti, kde se předpokládá že, geologické podmínky znemožňují jeho objevení, bádání získává větší význam“.*

Jisté omezení spatřuji v nedostatečnou triangulaci zdrojů dat a metod k získání dat. Jsem si vědoma povahy zdroje dat – jednostrannosti mých dat, které popisují problémové užívání z pohledu užívajících migrantů, ale zároveň bychom mohli lépe zmapovat vzorce, porozumět vlivům a problémům, které jej ovlivňují u vybraného vzorku. Abych mohla komplexně porozumět dané problematice a navrhnout např. praktická vodítka ke zkvalitnění dostupných služeb, potřebovala bych se také dozvědět o perspektivě sociálních pracovníků/zdravotníků a jejich zkušenostech, kteří s nimi dostávají do kontaktu. Obecně platí, že čím bohatší máme zdroje dat, tím rozmanitější možnosti máme v rámci analýzy a interpretaci výsledků (Miovský, 2006).

Tak aby výběrový vzorek byl co nejvíce adekvátní – reprezentativní je třeba neustále doplňovat vzorek, tak aby nedošlo k nepřirozené konzistenci, díky níž by nemohlo dojít k přirozené saturaci. Tento problém by bylo možné překonat zvětšováním výzkumného vzorku až do chvíle, kdy data nebudou přinášet nové informace (Miovský, 2006).

Dalším rizikem také mohlo být, že respondenti nemuseli odpovídat pravdivě či úplně zodpovídat otázky, jelikož by se mohli bát, že by to mohlo ovlivnit jejich žádost nebo že by mohli být např. trestně stíháni. V přípravné fázi, kdy se jsem se s účastníky setkala, jsem se musela důkladně zaměřit na vysvětlení účelu, charakter výzkumu, způsobu použití, nakládání se získanými daty včetně ošetření etických norem. Dále bylo nezbytné vytvořit důvěrný vztah s participanty a navodit bezpečné prostředí.

Domnívám se, že jedním z pomocných kritérií bylo právě konverzace s participanty v jejich rodném jazyce a dále pomohlo k získání důvěry a jejich otevřenosti.

Limitem studie může být také subjektivní interpretace jevů a vztahů, tam kde nejsou, a tím může docházet ke zkreslení výzkumných výsledků daného případu. V průběhu analýzy dat jsem provedla zvyšování validity přes tazatele alespoň dvakrát, kdy např. v první verzi rekonstrukce případu jsem si s participanty ověřila, zda je výklad správný.

Závěr

Diplomová práce se zabývala tématem, které není dostatečně probádáno a neexistuje „dobrá praxe“ s detailním postupem a odpověďmi na kladené otázky. V diplomové práci se podařilo odpovědět na výzkumné otázky.

Na základě získaných informací je možné začít diskutovat, jakým způsobem by bylo vhodné podpořit služby pro migranty – uživatele. Jaké konkrétní opatření implementovat v rámci Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním. Jaké kroky a opatření stanovit v rámci Akčního plánu, tak aby intervence zaměřená na cílovou skupinu byla co nejvíce účinná a přínosná nejen pro uživatele ale chránila veřejné zdraví.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že užívání drog považují nyní za velký problém v jejich životě a uvítali by zprostředkování odborné pomoci za jistých podmínek.

Těmito podmínky jsou například její dostupnost, mlčenlivost a diskrétnost, partnerský přístup pracovníků, anonymita, pracovní doba, finanční nenáročnost a také kladli důraz na to, aby se s pracovníkem dorozuměli – preferují anglicky mluvícího, aby neměl pracovník vůči nim předsudky.

Jako nejefektivnější službu shledali arabští migranti spolu se mnou mobilní zařízení, které bude ve stanovený den a dobu na jednom místě. Mohli by přijít jen tak si popovídat, poradit se a načerpat informace ze zdravotních, pracovních, ekonomických a právních oblastí a také asistence v rámci úřadů.

Hlavní náplní práce pracovníků by bylo: informování o bezpečném užívání drog, drogách obecně, jejich rizicích, distribuce harm reduction materiálu např. (alobal, šňupátka, kondomy), testování na krvi a pohlavní přenosné choroby, poskytování krizové intervence, poradenství v oblasti léčby závislosti, distribuce pitné vody či základního potravinového servisu.

Aby mohlo dojít ke zlepšení spolupráce mezi klientem a pracovníkem takové služby se zaměřením na skrytou, obtížně kontaktovatelnou populaci, mohlo by být efektivní vyškolit a následně využít externího terénního pracovníka (XTP), kterého definuje právě příslušnost k jeho skupině nejen užíváním drog. Byl by zaveden do pracovního týmu a zároveň by zúčastněné strany propojoval. Takový pracovník by měl být schopen sociálně fungovat, být částečně zdravotně stabilizovaný, to znamená, že sice drogy užívá, ale je substitučním programem anebo užívá látky kontrolovaně. Samozřejmě, že by měl mít v pořádku doklady. Měl by být spolehlivý, zodpovědný z hlediska užívání drog – nechovat se rizikově, nešířit infekční nemoci, pravidelně se testovat atd. Rovněž by měl mít ve své komunitě určité postavení, být respektován uživateli. Celkově by měl být ve své referenční skupině vzorem. Dle Hrdiny (2002) může být dalším přínosem fakt, že se pro samotného XTP se jeho činnost může stát i motivačním faktorem k léčbě či abstinenci.

Rovněž by zlepšení spolupráce tímto způsobem uvítali určitě pracovníci azylových zařízení (zdravotníci, sociální pracovníci a další, kteří přispívají k fungování ubytovacího zařízení).

Výsledky práce mohou významně obohatit znalosti a vhled do dané problematiky. Mohou být zdrojem cenných informací pro pracovníky zdravotnických, sociálních zařízení a také mohou sloužit jako podklad pro další výzkum.

Musím ovšem nutně říci, že předcházející popis vazeb a klíčové kategorie se odehrával pouze na základě mnou zkoumaných výpovědí arabských migrantů a nelze ho tedy generalizovat na celou populaci.

Literatura

AC COMPANY (2004). *Drug Use and Mobility in Central Europe*. On-line, cit. 13. 5. 2022. http://www.correlation-net.org/ac_company_07/en/pdf_products/report-mobilityCE.pdf

Adamson, S. J., Todd, F. C., Douglas Sellman, J., Huriwai, T., Porter, J. (2006). *Coexisting Psychiatric Disorders in a New Zealand Outpatient Alcohol and other Drug Clinical Population*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 164-170. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01764.x

ADDCOUNSEL (2019). *The Middle East and addiction: A complex treatment for those who seeking treatment*. On-line, cit. 18. 5. 2022. <https://addcounsel.com/the-middle-east-and-addiction/>

Al-Krenawi, A., John R. G. (2002). *Culturally Sensitive Social work Practice With Arab Clients in Mental Health Settings*, *Health & Social Work*, Volume 25, Issue 1, On-line, cit. 03. 03. 2022. <https://doi.org/10.1093/hsw/25.1.9>

Barker, G. (1999). *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Albert.

Barro, R. (1997). *Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study*. MIT Press.

Becker, H. S. (1996). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.

Beran, J. (2000). *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

BIS (2022). *Výroční zpráva Bezpečnostní informační služby za rok 2021*. On-line, cit. 18. 5. 2023. <https://www.bis.cz/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-bezpecnostni-informacni-sluzby-za-rok-2021-e1718a7b.html>

Brožová, K. (2022). *Co znamenají termíny ekonomický migrant, cizinec a uprchlík?* On-line, cit. 15. 10. 2022. [https://www.clovekvtisni.cz/ekonomicky-migrant-nelegalni-uprchlik-cizinec-4588gp#:~:text=Pod%20pojmem%20uprchl%C3%ADk%20si%20tedy,\)%20%C4%8Di%20ute%C4%8Denec%20\(slovakismus\).](https://www.clovekvtisni.cz/ekonomicky-migrant-nelegalni-uprchlik-cizinec-4588gp#:~:text=Pod%20pojmem%20uprchl%C3%ADk%20si%20tedy,)%20%C4%8Di%20ute%C4%8Denec%20(slovakismus).)

Buchanan, J. (2006). *Understanding Problematic Drug Use: A Medical Matter or a Social Issue?* British Journal of Community Justice, 4(2). On-line: 02.04.2022. <http://www.cjp.org.uk/publications/bjcj/volume-4-issue-2/>

Buchanan, J. Young, L. (2000). 'The War on Drugs – A War on Drug Users' in *Drugs: Education, Prevention Policy* Vol. 7 No.4 pp 409-422

Buchanan, J., Carnwell, R. (2009). *Effective Practice in Health, Social Care and Criminal Justice: A Partnership Approach* (pp.312) Edition: 2nd Edition Chapter

Černý, K. (2015) *Nad Evropou půlměsíc*. v Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Rous, Z., Černíková, T. (2023). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., Mravčík, V. 2022. *Souhrnná Zpráva o Závislostech V České Republice 2021* Praha: Úřad Vlády České Republiky.

Csikszentmihalyi, M. (2014). *Creativity: Flow and the Foundations of Positive Psychology*: Springer Dordrecht

ČSÚ (2020). *Cizinci v ČR - včetně azylantů*. On-line, cit. 05. 05. 2022. <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-v-cr-vcetne-azylantu>

- Dlhý J, Beneš Č. (2007). *Hlášené virové hepatitidy u intravenózních narkomanů v ČR*. Interní Med 2007; 9: 462-464. On-line, cit. 03. 04. 2022.
https://www.solen.cz/artkey/int-200710_0010_Hlasene_virove_hepatitidy_u_intravenoznich_narkomanu_v_CR.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dhlubok%25FD%2Bstabiliza%25E8n%25ED%2Bsyst%25E9m%26sfrom%3D2340%26spage%3D30
- Drbohlav, D., (2010). *Migrace a (i)migranti v Česku: kdo jsme, odkud přicházíme, kam jdeme?* Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON)
- EMCDDA (2007). *Drugs and crime — a complex relationship*. On-line, cit. 01. 03. 2022. https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36331EN.html_en
- EMCDDA (2009). *An overview of the of the problem drug use (PDU) key indicator*. On-line, cit. 01. 02. 2023.
https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview_en
- EMCDDA (2023). *Drug-related infectious diseases: health and social responses*. On-line, cit. 01. 04. 2023. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/drug-related-infectious-diseases-health-and-social-responses_en
- EMCDDA (n. d.). *Problem drug use (PDU) key indicator*. Lisbon: EMCDDA. On-line, cit. 12. 05. 2023. <https://www.emcdda.europa.eu/data/2014/methods-hrdu>
- Felčer, P. (n. d.). *Tváře migrace*. SDGs and Migration – Multipliers and Journalists Addressing Decision Makers and Citizens in the EU. Diakonie ČCE. On-line, cit. 02. 05. 2023. <https://tvaremigrace.cz/res/archive/001/000208.pdf?seek=1582901302>
- Ferjenčík. J., Bakalář. P., (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Freedom (n. d.). *Treatment off addiction*. On-line, cit. 13. 12. 2022. <http://www.freedom-eg.org/services.html>

Gergen, K. J. (2011). *Relational Being in Question: A Reply to My Colleagues*. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(4), s. 314-320. doi: 10.1080/10720537.2011.593471

Gombárová, J. (2013). *Islámská kultura v euro-středomořském dialogu a její reflexe v českých zemích*. Disertační práce. V Praze: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://docplayer.cz/110151008-Islamska-kultura-v-euro-stredomorskem-dialogu-a-jeji-reflexe-v-ceskych-zemich.html>

Hartnoll, R. (1997). General introduction. In: Stimson, G., Hickman, M., Guirk, a., Frisher, M., Taylor, C. (eds.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Lisbon: EMCDDA.

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

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hnilicová, H., Dobiášová, K. (2011). *Migrants' health and access to healthcare in the Czech Republic*. *Central European journal of public health*, 19(3), 134–138. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3657>

Hrdina, P. (2002). *Externí terénní pracovníci*. *Éthum*. 34, 66-76.

Hrdličková. (2014). *Adaptace dětí cizinců - psychologická rovina adaptace*. On-line, cit. 11. 10. 2022. <https://clanky.rvp.cz/clanek/19199/ADAPTACE-DETI-CIZINCU-PSYCHOLOGICKA-ROVINA-ADAPTACE.html>

Hrnčiarova, N. (2021). *Psychiatr. Praxi*. 22(1): 17–24. On-line, cit. 16. 02. 2023. <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2021/01/03.pdf>

IDPC (2021). *COVID-19 and the impact on drug use and harm reduction programming in the Middle East and North Africa (MENA) region*. <https://idpc.net/events/2021/02/covid-19-and-the-impact-on-drug-use-and-harm-reduction-programming-in-the-middle-east-and-north-africa-mena-region>

International Organization for Migration. (2019). *World Migration Report 2020*. UN. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf

iRozhlas (2019). *Devět z deseti žádostí zamítnuto. Proč Česko uplatňuje nejtvrďší azylovou politiku ze států Evropské unie?* On-line, cit. 12. 12. 2021. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/azylo-uzpesnost_1905070600_pek.

Jelínek, A. (n. d.). *Arabská komunita v České republice je pestrá a integrovaná*. Slovo21.Cz. On-line, cit. 05. 01. 2023. <https://www.slovo21.cz/aktuality/524-arabska-komunita-v-ceske-republice-je-pestra-a-integrovana-2>

Jelínková, M. (2019). *A Refugee Crisis Without Refugees: Policy and media discourse on refugees in the Czech Republic and its implications*. Central European Journal of Public Policy 13 (1): 33–45. <https://doi.org/10.2478/cejpp-2019-0003>.

Jelínková, M. (2022). *Terénní sociální práce s migranty*. Sdružení pro integraci a migraci, Praha. https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/metodika_web_final_1666612697.pdf

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Khidayer, E. (2012). *Život po arabsku*. Praha: Mladá Fronta

Khidayer, E. (2011). *Arabský svět jiná planeta?* Praha: Mladá Fronta

Kropáček, L. (2011). *Duchovní cesty islámu*. Praha: Vyšehrad.

Lékaři bez hranic (2017) *HIV/AIDS*. On-line, cit. 06. 1. 2023. https://www.lekari-bez-hranic.cz/hiv-aids-0?gclid=CjwKCAjwzJmIBhBBEiwAEJyLux2GjyY8JwgP6M9NfkGLyQi5G8WHbzZ_VH8NW-Fed1nYim5dnIAvwhoCYwgQAvD_BwE

Leontiyeva, Y., Tollarová, B., Mikešová, R., (2017). *Analýzy postavení migrantů a migrantek na území hl. m. Prahy*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. <https://metropolevsech.eu/wp-content/uploads/2017/11/Anal%C3%BDza-postaven%C3%AD-migrant%C5%AF-a-migrantek-2017.pdf>

Malcolm, A., Aggleton, P., Coram, T. (2004). *Rapid assessment and response Adaptation guide for work with especially vulnerable young people*. WHO: University in London.

Malinovská, J. (2020). *Screening a krátká intervence u uživatelů nelegálních drog*. Vnitř. Lék. 2020,66(7):450-454. https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-202007-0010_screening-and-brief-intervention-in-illicit-drug-users.php

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Portál.

MENAHRA (2021). *Assessment of situation and response of drug use and its harms in the Middle East and North Africa*. https://www.menahra.org/images/pdf/Situation_Assessment_2021_-_Web.pdf

MENAHRA (2021). *Harm reduction advocacy brief for the Middle East and North Africa region*. On-line: 08. 11. 2022. <https://idpc.net/publications/2021/05/harm-reduction-advocacy-brief-for-the-middle-east-and-north-africa-region>

MENAHRA (2021). *Rights of people who use drugs: A menahra report*. http://menahra.org/images/pdf/Rights_of_People_Who_Use_Drugs_report_en.pdf

Mendel, M., Ostřanský, B., Rataj T. (2008) *Islám v srdci Evropy: vlivy islámské civilizace na dějiny a současnost českých zemí*. Praha: Academia

Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a Klienti v adiktologii*. Praha: Grada

Miovský, M. (2001). *Kvalitativní přístup ve výzkumu závislostí: teoretická východiska a aplikační možnosti*. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. 1(1).

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

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

MPSV (2023). *Zaměstnávání uprchlíků (žadatelů o mezinárodní ochranu)*. On-line, cit. 03. 06. 2023. <https://www.mpsv.cz/zamestnavani-uprchliku>

Mravčík, V. (n. d.) *Problémové užívání drog - koncepční rámec a definice: NMS*. Dostupné z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2017/06/mravcik-v.-problemovye-uzivani-drog-koncepcni-ramec-a-definice.pdf>

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

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.

MV ČR (2022). *Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky v roce 2021*. Ministerstvo vnitra České republiky. <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/rocni-zpravy-o-situaci-v-oblasti-migrace-a-integrace-cizincu-v-ceske-republice-za-roky-2001-2021.aspx>

Nedělníková, D. (2007). *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: MPSV.

Nepustil, P., Zajdánková, S. (2007). Problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí: Závěrečná zpráva z výzkumu. Brno: Sdružení Podané ruce.

NMS (2005). Zaostřeno na drogy 2. *Užívání drog v národnostních menšinách*: Úřad vlády České republiky. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4622/593/Zaostreno%20200502_mensiny_web.pdf

NMS (2022). *Souhrn situace v oblasti nelegálních drog v ČR 2022*. Příloha k tiskové zprávě národního koordinátora pro protidrogovou politiku z 22. 11.2022 https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/Priloha-k-TZ-2022-11-22-Zprava-o-nelegalnich-drogach_final.pdf

Olecká, I., Ivanová, K. (2010). Metodologie vědecko-výzkumné činnosti.

Oraby, D. (2013). *Harm reduction approach in Egypt: the insight of injecting drug users*. Harm Reduction Journal.

https://www.researchgate.net/publication/282503802_Harm_reduction_in_Egypt-Doaa_Oraby1

Orlíková, B. (2005 b). *Nemoci a drogy: Hepatitidy* Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/drogy-a-nemoci/hepatitidy.html>

Pospíšilová, R. (2008). Koncept transnacionální migrace a jeho projevy na příkladu ukrajinské a vietnamské komunity v česku. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. Katedra Sociální geografie a regionálního rozvoje.

Praško, J. (2015). Poruchy osobnosti. Praha: Portál.

Program migrace, Člověk v tísní, o.p.s. On-line, cit. 12. 03. 2022. <https://www.clovekvtisni.cz/ekonomicky-migrant-nelegalni-uprchlik-cizinec-4588gp>

- Raddad, L., Ghanem, K., Feizzadeh A., Setayesh, H., Calleja J., Riedner, G. (2013). *HIV and other sexually transmitted infection research in the Middle East and North Africa: Promising progress?* Article in Sexually Transmitted Infections. https://www.researchgate.net/figure/Figure1-Map-of-the-Middle-East-and-North-Africa-region-as-defined-in-in-this-supplement_fig1_259294603
- Radoňová, Z. (2007). *Naděje a obavy arabských muslimů v Česku*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
- Rahimi, F. (2021). *Náboženská identita mladých Afgánců v Česku v historické perspektivě*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova. Katedra Evropské kulturní a duchovní dějiny
- Rákoczyová, M., Trbola, R., (2012). *Sociální integrace přistěhovalců v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Rendek, Z. (2022). *The Drama of Social Identities*. How second-generation Muslims in the Czech Republic cope with otherness and negotiate their acceptance. *Český lid* 109: 59–81. <https://doi.org/10.21104/CL.2022.1.03>
- Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- RVKPP (2019). *Akční plán politiky v oblasti závislosti 2023-2025*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Scheinost, M. (2010). *Kriminalita očima kriminologů*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Seale, C. (2004). *Researching Society and Culture* (2nd ed.). SAGE Publications.

Šifelová, D. (2009). *Rogersovská psychoterapie: Vývoj teorie a praxe přístupu zaměřeného na člověka*. Rigonozní práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta filozofických studií, katedra Psychologie.

Šindlářová, J. (2002). *Otázky regionální identity*. AGRIC. ECON., 48, (6): 263–268. <https://www.agriculturejournals.cz/pdfs/age/2002/06/05.pdf>

Špaček, J. (2013). *Terénní práce s uživateli drog - cizinci*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. organizacích.

Šťastná I., Adámková, T., Chomynová, P. (2010). *Užívání drog v národnostních menšinách v ČR: Adiktologie*, (10)1. http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2010_1_Stastna_Uzivani-v-narodnostnich-mensinach.pdf

Straussner, S. L. A. (2001). *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*. Guilford Publications

Strnadelová, L. (2006). *Role neziskových organizací v procesu integrace arabské menšiny do české společnosti, a to z pohledu neziskových organizací a členů arabské komunity*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova

SÚZ MV. *Naší klienti*. On-line: 22.02.2022. <https://www.suz.cz/nasi-klienti/informace/>

Švaříček, R., Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál.

Švestka, J., Češková, E., Náhunek, K. (1995) *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada.

Teplická nej. *Největší arabská komunita v severních Čechách*. On-line: 04.02.2022. <https://teplickanej.wordpress.com/2017/11/08/nejvetsi-arabska-komunita-v-severnich-cechach/>

- Topinka, D. (2007). *Výzkumná zpráva: Integrační proces muslimů v České republice*. Ostrava: Very Vision, On-line:
23.03.2022. http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/integrace_mu_slimu.pdf
- Torrens, M., Mestre-pintó J-i.Domingo-Salvany A. (2015). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32823/817/Komorbidity_adiktologickyh_a_dusevnych_poruch_v_Evrope.pdf
- Trachtová, Z. (2007). *Integrace muslimů u nás není problém. S Čechy pracují i pijí, ukázal výzkum*. IDnes. On-line:
05.04.2023. https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/rozhovor-s-karlem-cernym-o-muslimech-v-cesku.A170712_142428_domaci_zt
- Trousil, M. (2011). *Nevládní organizace a sociální práce s imigranty*. Disertační práce. Ostrava: Fakulta sociálních studií.
- UNODC (2021). *World drug report. Global overview: Drug demand, drug supply*. Dostupné z: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf
- ÚZIS (2019). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018*. On-line:
09.05.2023. <https://www.uzis.cz/res/f/008270/ai-2019-03-nrlud.pdf>
- ÚZIS (2022). *Trendy vývoje a výskyt HIV-AIDS v ČR – předběžná zpráva za rok 2022*. On-line: 04.08.2022. <https://szu.cz/publikace/data/vyskyt-a-sireni-hiv-aids/zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2022/>
- Vacek J., Vondráčková, P. (2014). *Behaviorální závislosti. Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie*. Čes a slov Psychiat.; 110(3): 144–150. On-line: 17. 06. 2022. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_144_150.pdf
- Vopelková, V. (2012). *Muslimové v České republice: studie o procesu integrace arabské minority do českého prostředí*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova

VZP ČR (n. d.) *Zdravotní pojištění cizinců*. On-line:
12. 05. 2023. <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/zdravotni-pojisteni-cizincu>

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého

Zákon č. 325/1999 Sb. *Zákon o azylu a o změně zákona ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu)* In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-325>

Žáková, G. (n. d.). *Encyklopedie migrace*.
<https://www.encyclopediaofmigration.org/migrace-muslimu-evropske-unie-pohledem-statistik/>

Přílohy

Příloha č. 1 Záznamový arch a struktura dotazníku

Pseudonym:	Věk:
Národnost:	Vzdělání:
Jaký je váš zdravotní stav? Přítomnost nemocí?	
Užíváte nějaké léky?	
Prodělal jste někdy infekční onemocnění? (HIV, HVB, HVC apod.)	
Léčil jste se s jinou nemocí? Jakou?	
Jaké choroby prodělali Vaše rodiče?	
Jak vypadalo Vaše dětství? Jak jste vyrůstal?	
Jaké jsou Vaše vztahy s rodiči/sourozenci?	
Máte vlastní rodinu?	
Jaké jsou Vaše vztahy s vlastní rodinou?	
Jaké jste měl/máte vztahy se svými vrstevníky v rámci své komunity?	
Čím jste se živil ve své domovské zemi?	
Dostal jste se někdy do konfliktu se zákonem? Spáchal jste někdy nějaký trestný čin?	
Jaké návykové látky užíváte? Proč látky užíváte?	
Jakým způsobem aplikujete návykové látky?	

Jaké je dávkování a frekvence užívání?	
Jaký je vývoj užívání návykových látek od počátku do současnosti? (věk prvního užití, okolnosti, motivace, prostředí)	
Časová osa: užití poprvé, další vývoj	
Jaká jsou Vaše specifika/rituály v užívání?	
Jak si látky připravujete k aplikaci?	
Kde a s kým užíváte?	
Vnímáte nějaké rizika svého užívání?	
Jaké jsou vaše aktuální problémy? Co Vás nejvíce trápí?	
Vědí o užívání rodina/přátelé? Jak jej vnímá?	
Jaký je postoj k užívání drog v arabské komunitě?	
Jak vypadá drogová scéna ve vaší rodné zemi?	
Jaké návykové látky se užívají nejčastěji ve vaší rodné zemi?	
Jakým způsobem lze tam drogy získat?	
Existují nějaké preventivní služby/léčebny pro uživatele?	
Poznámky	

Screening – DAST 10

Užívání během posledních 12 měsíců

A N

1. Užíval/a jste během posledního roku nějaké nelegální drogy?
2. Užíval/a jste současně více než jednu drogu?
3. Jste vždy, když chcete, schopen/schopna přestat s užíváním drog?
4. Měl/a jste „okna“ nebo „flashbacky“ v důsledku užívání drog?
5. Měl/a jste někdy výčitky nebo pocity viny kvůli užívání drog?
6. Vyčítali vám někdy partner nebo rodiče vaše užívání drog?
7. Zanedbával/a jste někdy svou rodinu kvůli užívání drog?
8. Dopustil/a jste se někdy nelegálního jednání, abyste získal/a drogy?
9. Měl/a jste někdy abstinenční příznaky, když jste přestal/a brát drogy?
10. Měl/a jste zdravotní problémy v důsledku užívání drog? (např. ztráta paměti, žloutenka, křeče, krvácení atd.)

Skórování a interpretace: Za každou kladnou odpověď (**ANO**) se počítá **jeden bod**.

Výjimkou je položka 3, kdy se jeden bod počítá za odpověď NE. Orientační hodnocení na základě součtu bodů je v tabulce níže.

Součet bodů	Úroveň problému	Doporučená akce
0 Žádný problém	není udáván	Žádná akce
1 – 2	Nízké riziko problémů	Sledovat, případně po čase screening opakovat
3 – 5	Zvýšené riziko problémů	Nutné podrobnější vyšetření
6 – 8	Výrazné riziko problémů	Doporučit k vyšetření na specializovaném pracovišti
9 – 10	Těžké problémy s užíváním drog	Doporučit k vyšetření na specializovaném pracovišti