

Pavel Nepustil, Karel Pančocha,
Magda Frišaufová, Renata Kalivodová,
Alžběta Bártová



Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám

Situace v ČR: analýza informačních zdrojů





Užívání drog ve skupinách

s obtížným přístupem k drogovým službám

Situace v ČR: analýza informačních zdrojů

Autoři/ Mgr. Pavel Nepustil
PhDr. Karel Pančocha, Ph.D.
Mgr. Magda Frišaufová
Mgr. Renata Kalivodová
Mgr. Alžběta Bártová

Editor/ Mgr. Vlastimil Nečas

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Lucie Grolmusová

**Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem
k drogovým službám**

1 ÚVOD	8
2 „SKRYTÉ SKUPINY“ – ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ	10
2/1 Terminologie	11
2/2 Způsoby dělení podle jednotlivých skupin	11
2/3 Jiné způsoby dělení	12
2/4 Skryté skupiny pro potřeby této studie	14
Literatura	15
3 SKUPINY MIGRANTŮ A ETNICKÝCH MENŠIN	16
3/1 Úvod	17
3/2 Zahraniční zkušenosti	17
3/3 Obecně k tématu migrace a užívání drog v ČR	18
3/4 Romové	19
3/4/1 Rozsah užívání drog u Romů	19
3/4/2 Vzorce užívání drog u Romů	20
3/4/3 Povědomí o drogách mezi Romy	21
3/4/4 Drogová kriminalita u Romů	21
3/4/5 Zotavování ze závislosti	21
3/4/6 Práce s romskými uživateli drog	22
3/5 Vietnamci	22
3/5/1 Informace o užívání drog mezi Vietnamci v ČR	23
3/6 Žadatelé o mezinárodní ochranu	24
3/6/1 Zjištěné informace o užívání drog mezi žadateli o mezinárodní ochranu	24
3/7 Migranti z oblasti Balkánu	25
3/7/1 Zjištěné informace o užívání drog mezi migranty z Balkánu	25
3/8 Ruskojazyčné skupiny	25
3/8/1 Zjištěné informace o užívání drog v ruskojazyčných skupinách	26
3/9 Doporučení ke skupinám migrantů a etnických menšin	26
Literatura	28
4 LIDÉ S POSTIŽENÍM	32
4/1 Vymezení skupiny osob s postižením	33
4/2 Osoby s mentálním postižením	34
4/2/1 Užívání drog u osob s mentálním postižením v zahraničí	35
4/2/2 Užívání drog u osob s mentálním postižením v České republice	36
4/3 Osoby s tělesným postižením	37
4/3/1 Užívání drog u osob s tělesným postižením v zahraničí	37
4/3/2 Užívání drog u osob s tělesným postižením v České republice	39
4/4 Osoby se sluchovým postižením	39
4/4/1 Užívání drog u osob se sluchovým postižením	40

4/5	Osoby se zrakovým postižením	41
4/5/1	Užívání návykových látek u osob se zrakovým postižením	41
4/6	Osoby s ADHD a přidruženými poruchami emocí a chování	42
4/6/1	Užívání drog u osob s s ADHD v zahraničí	42
4/6/2	Užívání drog u osob s ADHD v České republice	43
4/7	Doporučení	43
4/7/1	Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám s mentálním postižením	43
4/7/2	Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám s tělesným postižením	44
4/7/3	Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám se sluchovým postižením	45
4/7/4	Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám se zrakovým postižením	46
4/7/5	Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám s ADHD	46
	Literatura	47
5	ŽENY	50
5/1	Mezinárodní perspektiva	51
5/2	Specifika žen	51
5/3	Dvojitá stigmatizace	52
5/4	Genderové role	52
5/5	Duální diagnózy	53
5/6	Infekční onemocnění	54
5/7	Práce v sexbyznysu	54
5/8	Těhotné ženy a matky	54
5/9	Služby specializující se na ženy – uživatelky drog	55
5/10	Doporučení	56
	Literatura	57
6	SENIORŮ	60
6/1	Úvod	61
6/2	Užívání drog mezi seniory	62
6/3	Doporučení	65
	Literatura	65
7	LESBICKÉ ŽENY, GAYOVÉ, BISEXUÁLOVÉ A TRANSGENDER (LGBT)	68
7/1	Úvod	69
7/2	Užívání drog mezi LGBT v ČR	69
7/3	Doporučení	70
	Literatura	71
8	ZÁVĚR A SHRNUÍ HLAVNÍCH DOPORUČENÍ	72
9	PŘÍLOHA	74
	Použitá literatura	78
10	SOUHRN/SUMMARY	80



ÚVOD

Publikace pojednává o užívání drog ve skupinách, jejichž specifika bývají ze strany poskytovatelů služeb, výzkumníků, politiků či široké veřejnosti často opomíjena. Nerespektování specifických charakteristik a potřeb těchto skupin často vede k tomu, že jejich členové využívají sítě existujících služeb pro uživatele drog ve velmi malé míře a jsou na okraji zájmu výzkumníků a politiků. Zdravotní a sociální problémy těchto skupin mohou tudíž zůstat dlouhodobě neřešeny. Přitom se jedná o jedince, kteří jsou často vysoce zranitelní a zasluhují minimálně stejnou, ne-li vyšší pozornost jako běžná klientela, jejíž charakteristiky a potřeby jsou známé. V některých skrytých skupinách mohou také chybět informace o rizicích užívání drog a může v nich docházet k rychlejšímu šíření infekčních onemocnění (HIV, hepatitidy), k rychlejšímu rozvoji závislosti a dalším negativním jevům.



„SKRYTÉ SKUPINY“ – ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ

Karel Pančocha, Pavel Nepustil

2/1 Terminologie

Je zřejmé, že v důsledku přehlížení, nezájmu či „neviditelnosti“ jsou určité skupiny uživatelů drog často vylučovány ze společnosti ještě více než jiné. Do služeb se dostanou až po dlouhé době a o to víc je léčba a řešení komplikovaných a dlouhodobých sociálních problémů nákladnější. Pro tyto skupiny uživatelů návykových látek nalezneme v odborné literatuře celou řadu označení, jako např.:

- skryté populace (hidden populations),
- obtížně dosažitelné skupiny (hard-to-reach groups),
- zranitelné skupiny (vulnerable groups),
- specifické populace (specific populations),
- různorodé skupiny (diverse groups),
- rizikové skupiny (risk-related groups),
- klientela se speciálními potřebami (clients with special needs),
- populace s nedostatečným přístupem ke službám (underserved population),
- nedostatečně zastoupené skupiny (underrepresented groups) atd.

Významy jednotlivých termínů se mnohdy překrývají, jindy naopak termíny odkazují k rozdílným skutečnostem podle toho, v jaké profesní oblasti se používají. Každý z výše uvedených pojmů naznačuje určitou perspektivu, se kterou mluví ke skupinám přistupuje (např. z pohledu veřejného zdraví, kriminologie, speciální pedagogiky).

Jde často o skupiny, které chybí v národních srovnávacích studiích, protože například nemají stálé bydliště, je obtížné je v místě bydliště zastihnout nebo nejsou ochotny se šetření účastnit. Často jsou vystaveny vyšší stigmatizaci a setkávají se s většími bariérami v přístupu ke službám. Jedinci z těchto skupin mají častěji problémy s užíváním drog než obecná populace a vyšší riziko morbidit s tím spojené. Nastává tedy paradoxní situace: ti, kteří by mohli nejvíce těžit z poskytovaných služeb, terapie a prevence, jsou nejméně prozkoumanou skupinou, která nejčastěji uniká epidemiologům, terapeutům, výzkumníkům a dalším profesionálům, jejichž snahou je zvýšení kvality života jedince a zlepšení veřejného zdraví (Lambert, 1990).

2/2 Způsoby dělení podle jednotlivých skupin

Skupiny, které se mezi obtížně dostupné řadí, jsou definovány různým způsobem, přičemž nejvíce záleží podle Brackertze (2008) na konkrétní situaci a kontextu. Typicky se jedná o obtížný kontakt z důvodů znevýhodnění, odlišnosti skupiny od majority nebo bariér v přístupu ke službě. Je také zřejmé, že obtížnost kontaktu záleží mnohdy na lokálních podmínkách, předchází zkušenosti pracovníků určitě služby nebo na zřizovateli dané služby. Jak obtížně je některá skupina dostupná se tedy nezakládá pouze na jejích specifických vlastnostech, ale schopnosti a ochotě profesionálů se o danou skupinu zajímat. Např. v USA se mezi specifickými skupinami vyskytují tyto (SAMHSA, 1993):

- děti,
- adolescenti,
- starší dospělí,
- ženy,
- kulturní, rasové a etnické skupiny,
- gay a lesbické menšiny,
- lidé s tělesným a kognitivním postižením,
- lidé žijící ve venkovských oblastech,
- lidé s duální diagnózou,
- HIV pozitivní osoby,
- bezdomovci,
- váleční veteráni.

Flameng & Handcock (2010) k tomuto výčtu přidávají:

- osoby provozující prostituci,
- azylanti,
- uprchlíci,
- lidé žijící kočovným způsobem,
- lidé, které společnost vnímá jako nějakým způsobem odlišné.

Ve Velké Británii se v současné době (Fountain, 2011; Leicester Country Council, 2008) nepracuje s žádným jasně stanoveným seznamem skrytých skupin, ale klade se velký důraz na zajištění *díverzity* (různorodosti, rozmanitosti) jak ve výzkumných studiích, tak i ve službách. Za tímto účelem se zohledňují především následující charakteristiky osob:

- etnicita,
- gender (včetně transgender),
- sexualita (lesbická, gay, bisexuální, heterosexuální orientace),
- věk (s důrazem na děti a dospívající a starší lidi),
- postižení (tělesné a duševní),
- někdy náboženství (především aktivní praktikování).

Specifická pozornost se věnuje dalším nejrůznějším kategoriím, jako jsou sexuální pracovníci, bezdomovci, (bývalí) vězni, nezaměstnaní, studenti, HIV pozitivní, které je jednak nemožné vyjmenovat všechny a jednak je časté, že jedna osoba je členem několika takových skupin.

Vzhledem k tomu, že se skryté skupiny v různých zemích liší, a také proto, že skupina skrytá v určitém kontextu nemusí být skrytá v jiném, je vhodnější nezaměřovat se na přesný výčet skupin, ale na obecnější charakteristiky a důvody, proč je skupina považována za skrytou, a tyto charakteristiky propojit s možnými způsoby, jak tyto skupiny kontaktovat a jakým způsobem s nimi pracovat.

Podle Dohertyho et al. (2003) lze skryté skupiny rozdělit podle obecnějších charakteristik na tři typy:

- typ A, kdy se jedná o skupiny tradičně nedostatečně zastoupené v sociálních a zdravotnických službách, marginalizované skupiny, ekonomicky znevýhodněné nebo sociálně vyloučené,
- typ B, kdy skryté skupiny vnímáme jako takové, které v současném systému proklouzávají záchytnou sítí, jsou přehlíženy, jsou „neviditelné“ nebo nedokáží vyjádřit své potřeby,
- typ C, který můžeme definovat jako rezistentní vůči službám, tedy skupiny, které nechtějí kontaktovat službu, jsou vůči službám podezřívavé nebo jsou kontaktovány příliš často a nesprávně.

Pro shrnutí těchto charakteristik v oblasti adiktologie využijeme nástroj pro identifikaci hlavních znaků obtížně kontaktovatelných skupin adaptovaný podle Brackertze (2007):

Tabulka 1: Hlavní znaky obtížně kontaktovatelných skupin

Příčiny skrytosti skupiny	Vlastnosti a znaky skupiny	Příklady	Otázky
Demografické příčiny: počet členů skupiny a jejich typické charakteristiky	<ul style="list-style-type: none"> – velké množství členů – rozptýlené populace – určité místo bydliště – typ zaměstnání – věk – gender – dosažené vzdělání – příjem 	<ul style="list-style-type: none"> – nezaměstnaní – senioři – mládež – ženy – imigranti – lidé s nízkou gramotností 	<p>Kde se tyto lidé často vyskytují a kde se scházejí?</p> <p>Kolik má skupina příslušníků?</p> <p>Co mají členové skupiny společného?</p> <p>Jaké jiné služby jsou s nimi v kontaktu a jakým způsobem?</p>
Kulturní příčiny: způsob, jakým skupina žije	<ul style="list-style-type: none"> – nedostatek informací – neschopnost kontaktovat službu – odlišný jazyk 	<ul style="list-style-type: none"> – etnické minority – jazykové a kulturní menšiny – LGBT – lidé s postižením 	<p>S jakými organizacemi můžeme spolupracovat?</p> <p>Je možné se ke skupině dostat skrze některého z jejich příslušníků?</p> <p>Jaké alternativní způsoby komunikace a kontaktní místa je možné využít?</p>
Příčiny související s chováním a postoji skupiny: způsob jakým se skupina chová a funguje, co si skupina myslí o drogových službách	<ul style="list-style-type: none"> – nedůvěra v instituce a služby – naléhavější problémy než užívání drog – nízká hodnota zdraví 	<ul style="list-style-type: none"> – ilegální přistěhovalci – lidé v konfliktu se zákonem – lidé žijící se prostitutčí – lidé bez domova 	<p>Komu tyto lidé důvěřují?</p> <p>Jakým způsobem je možné je informovat o závažnosti problematiky drog?</p> <p>Jaké metody kontaktu a navazování vztahů je možné využít?</p> <p>Co nebo kdo je schopen skupinu ovlivnit?</p> <p>V jakém čase je vhodné skupinu kontaktovat?</p>

Příčiny skrytosti skupiny	Vlastnosti a znaky skupiny	Příklady	Otázky
Strukturální a administrativní příčiny: způsob, jakým služba funguje	<ul style="list-style-type: none"> – dostupnost služby – postoje a kompetence zaměstnanců – dostupnost informací o službě – práh přístupu do služby 	<ul style="list-style-type: none"> – zaměstnanci drogových služeb 	<p>Jakým způsobem můžeme změnit poskytování služeb, aby je skupina mohla lépe využívat?</p> <p>Jak můžeme zlepšit informovanost o službě?</p> <p>Jak to dělají jiné organizace?</p>

Pro potřeby této studie vycházíme z kombinace všech výše uvedených přístupů ke skrytým, obtížně kontaktovatelným a nedostatečně zastoupeným skupinám, přičemž je modifikujeme pro české sociální a kulturní prostředí. Volíme krátký termín „skryté skupiny“, který už má v české literatuře tradici (Kalina, 2003), přičemž vycházíme spíše z obecných charakteristik a příčin skrytosti a určujících znaků dané skupiny nežli z přesně daného seznamu. Jsme si vědomi limitů této studie a faktu, že je možné najít další skryté skupiny, o kterých tato studie nehovoří a také toho, že mnohé skupiny se ve svých charakteristikách a příčinách skrytosti překrývají. Každá z uvedených skupin je pro drogové služby skrytá z jiného důvodu (tab. 1), a proto může sloužit i jako modelová skupina pro skupiny obdobného charakteru.

Při výběru skupin pro účely této analýzy jsme se inspirovali způsobem dělení používaným ve Velké Británii, nicméně snažili jsme se být co nejvíce citliví k českému prostředí. Rozhodli jsme se zabývat se následujícími skupinami, jejichž užívání drog může být z hlediska drogových služeb „skryté“:

- etnické menšiny a migranti (Romové, Vietnamci, skupiny z Balkánu, žadatelé o mezinárodní ochranu, ruskojazyčné skupiny),
- lidé s postižením (mentálním, tělesným, sluchovým, zrakovým a ADHD),
- ženy,
- LGBT skupiny (lesbické, homosexuální, bisexuální a transgender skupiny),
- senioři.

U každé skupiny nabízíme nejprve stručnou inspiraci ze zahraničí, potom shrnujeme aktuální stav poznatků o užívání drog a o souvisejících tématech v dané skupině a závěrem předkládáme některá doporučení, která vyplývají z předchozího textu. Uvědomujeme si, že mohou existovat další zdroje informací, které jsme nebyli schopni dohledat. V každém případě uvítáme informace o dalších možných zdrojích na adrese Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

Literatura

- Brackertz, N. (2007). *Who is hard to reach and why?* ISR Working Paper [cit. 2011-11-12].
Dostupné z: <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>.
- Brackertz, N. (2008). *Social Inclusion of the Hard to Reach*. [cit. 2011-11-12].
Dostupné z: http://www.sisr.net/Flagships/democracy/docs/htr_final.pdf.
- Doherty, P, Hall, M., Kinder, K. (2003). *On Track Thematic Report: Assessment, Referral and Hard-to-Reach Groups*. [cit. 2011-11-18].
Dostupné z: <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/RR475.pdf>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2006). *Annual report 2006*.
- Flanagan, S. M., Hancock, B. (2010). *Reaching the hard to reach – lessons learned from the VCS (voluntary and community Sector). A qualitative study* [cit. 2011-11-18].
Dostupné z: http://eprints.bham.ac.uk/335/1/flanagan_BMhealth_services.pdf.
- Fountain, J. (2011). Ústní sdělení.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Lambert, E. Y. (Ed.) (1990). *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations. NIDA Research Monograph 98*. Rockville: National Institute on Drug Abuse (NIDA) .
- Leicestershire County Council. (n.d.). *Equality Impact Assessment: Leicestershire Safer Communities Agreement & Leicestershire County Council Safer Communities Plan 2009–2012*.
Dostupné z: www.leics.gov.uk/safer_communities_agreement.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SHAMSA). (2008). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocols 2008 (7) [cit. 2011-11-13].
Dostupné z: <http://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA08-4215>.



SKUPINY MIGRANTŮ A ETNICKÝCH MENŠIN

Pavel Nepustil

3 / 1 Úvod

Migranty a etnické menšiny zde slučujeme do jednoho oddílu především z toho důvodu, že obě skupiny spojují společné bariéry, kterým musí čelit (jako např. ztížený přístup na pracovní trh, trh s bydlením, ke vzdělání), přičemž k těmto bariérám často přispívají diskriminační praktiky ze strany majoritní společnosti. Navíc se o etnických menšinách zde zmiňovaných dá uvažovat jako o migrantech 2. nebo 3. generace. Etnicita v drogových službách není monitorována, národnost pouze zřídka. Na základě tohoto znaku uvažujeme o migrantech a etnických menšinách jako o skupinách skrytých. Nejprve shrnujeme některé zahraniční poznatky, potom se věnujeme tématu migrace obecně a následně jednotlivým skupinám v ČR.

3 / 2 Zahraniční zkušenosti

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost provedlo mezi lety 1999–2002 analýzu situace užívání drog mezi migranty a etnickými menšinami v 15 evropských zemích (ČR nebyla zahrnuta). Autoři této studie (Fountain et al., 2002) konstatovali, že užívání drog je mezi těmito skupinami dlouhodobě neřešeno, ignorováno a někdy i skrýváno jak politiky, tak výzkumníky. K proklamovaným důvodům patřil strach z obviňování z rasizmu a z prohlubování stigmatizace. Jak ale autoři zdůrazňují, tento argument je chybný – je naopak zapotřebí znát vztah etnických menšin a migrantů k drogám a drogovým službám, aby mohly být činěny relevantní kroky. Doporučují především zavádět vhodné způsoby monitorování etnicity v drogových službách, zjišťování potřeb, rozvoj větší kulturní citlivosti služeb apod. (Fountain et al., 2002).

Otázkám migrace se v drogové politice a drogových službách věnuje zvýšená pozornost také v souvislosti s přenosem infekčních onemocnění – především virových hepatitid a HIV. Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) vypracovalo analýzu, ze které vyplývá, že by se evropské země měly migraci zabývat jak na úrovni zákonodárství, tak i výzkumu a poskytování služeb. Podporovány jsou přístupy, které ochraňují práva migrantů, zlepšují jejich přístup ke službám a zvyšují jejich přímé zapojení při tvorbě předpisů a služeb. Doporučovány jsou především kulturně citlivé a komunitní služby (ECDC, 2009)

Terminologie je v evropském i světovém kontextu užívána nejednotně. Velká Británie už delší dobu razí termín „skupiny černošských a minoritních etnik“ (black and minority ethnic groups), v USA převládá tradiční dělení na etnické a rasové kategorie (Morrissey, 2005) a v Austrálii používají termín „lidé s kulturně a jazykově odlišným pozadím“ (Public Health Division, 2000). Nejrozšířenější však zůstává termín menšiny a migranti, my v této studii používáme oba termíny společně.

3/3 Obecně k tématu migrace a užívání drog v ČR

Užívání drog mezi migranty ve střední Evropě monitoroval v letech 2003–2004 projekt AC-Company. V závěrečné zprávě (Orcheret & Schatz, 2004), kde je jedna kapitola věnovaná i České republice, byl použit termín „mobilní uživatelé drog“, který se ale neujal. V publikaci jsou popsány situace týkající se užívání drog mezi migranty v jednotlivých zemích střední Evropy včetně případových studií. Na činnost této organizace navázala síť Correlation Network (<http://correlation-net.org/>).

Spojení migrace a užívání drog také úzce souvisí se způsoby přenosu infekčních onemocnění. V rámci EU je toto téma důležitou součástí akčního plánu v oblasti veřejného zdraví, přičemž základním pravidlem je, aby každá země byla schopna zabezpečit rovný přístup ke zdravotní péči všem osobám na území daného státu, včetně nelegálních migrantů (Broring, 2008).

V České republice ještě řada opatření chybí. V roce 2010 v Praze uspořádal Státní zdravotní ústav konferenci na téma podpory zdraví migrantů, v rámci níž zaznělo, že v ČR jsou někteří migranti v přístupu ke zdravotní péči diskriminováni – především migranti ze třetích zemí, ale nejen ti (Hnilicová, 2010). Cizinci musí například platit plnou cenu léčby v psychiatrických klinikách, např. v PL Bohnice kolem 30 % cizinců poskytnutou péči neuhradí (Hnilicová, 2010).

H. Janatová, L. Říhová a E. Uličná, (2010) konstatují, že neexistují žádné aktivity podpory zdraví zaměřené přímo na migranty. Doporučují proto jednak spolupráci mezi zdravotnickými a poradenskými pracovišti a jednak nabídku specializovaných kurzů multikulturní problematiky pro pracovníky ve zdravotnictví. Jako podmínku úspěchu uvádějí aktivní nabízení podpory migrantům, nikoliv pasivní čekání.

Samotní migranti by potom podle výzkumu Janatové (2009) nejvíce stáli o více informací z oblastí duševního zdraví, škodlivých účinků alkoholu a prevence úrazů, což může souviset s tím, že největší počet hospitalizací cizinců souvisí s pracovními úrazy a nejčastějším onemocněním cizinců jsou duševní nemoci, často vyvolané nadměrným pitím alkoholu (Janatová, 2009).

Na mladé migranty žijící s HIV/AIDS se zaměřil výzkum J. Jedličky, V. Strouhala, M. Zikmundové a J. Stupky (2006), jejichž vzorek tvořili pracovníci dvou pražských organizací – Rozkoše bez rizika a Domu světla. Autoři zjistili, že pro mladé migranty užívající drogy může být obtížné získat přístup ke sterilnímu vybavení pro injekční aplikaci, stejně tak jako k vrstevnické podpoře. Byly vysoce oceňovány materiály v cizích jazycích, některé jazyky chyběly (zejména bulharština, mongolština, vietnamština, rumunština).

Hygienická stanice hl. m. Prahy ve své výroční zprávě za rok 2010 uvádí, že ke konci roku 2010 bylo zachyceno 334 HIV pozitivních cizinců, z nichž u 35 byl již zjištěn AIDS (Studničková, Petrášová, & Bajgar, 2011).

Další dostupné statistické údaje o užívání drog u migrantů a v etnických menšinách shrnuje článek L. Miovske (2005).

Vymezení Romů jako skupiny je tradičně obtížné, stejně jako kvantifikace jejich příslušníků. Podle E. Davidové (2010) jsou převažující skupinou v ČR Romové slovenští a maďarští nazývaní Rumungre, v menším zastoupení jsou Romové/cikáni čeští a moravští, Sintové a Romové olaští, kteří tvoří zcela specifickou skupinu. Při sčítání lidu roku 2001 se k romské národnosti přihlásilo necelých 12 tisíc osob (Český statistický úřad, 2003), odhady celkového počtu se však pohybují mezi 150 a 250 tisíci (Barany, 2002). Existuje však hned několik způsobů, jak Romy identifikovat, např. Liga lidských práv (2007) uvádí čtyři: vlastní identifikaci, identifikaci pozorovatelem, označení členy daného etnika a klasifikaci pomocí nepřímých proměnných. Situaci však komplikuje také skutečnost, že Romové nejsou v žádném případě homogenní skupinou, navíc někteří označení Rom vůbec nepoužívají. J. Frýbert (2011) provedl průzkum mezi klienty agentury Ulice (jak uživatelé, tak i ne-uživatelé drog), aby zjistil, jak se kdo identifikuje jako „Rom“, a zjistil velkou variabilitu identifikujících označení jak u klientů s tmavou, tak i se světlou barvou pleti.

Už v roce 2000 konstatovali autoři studie o užívání drog mezi Romy, zahrnující střední a východní Evropu (Grund, Öfner, & Verbraeck, 2000), že užívání drog mezi Romy rozhodně není zanedbatelný ani izolovaný fenomén. Upozornili na to, že mezi mladými Romy roste zájem o heroin, je u nich zvýšené riziko nákazy HIV a jinými přenosnými viry, přičemž drogové scény jsou etnicky rozdělené a drogová závislost zásadně ohrožuje tradiční rodinné struktury a vztahy v komunitě. Mezi jejich návrhy řešení patřilo zapojení romských aktivistů a svěpomocných organizací do tvorby regulací a předpisů.

Přehlednou zprávu o situaci v oblasti užívání drog u Romů do roku 2005 poskytla Miovská (2005). Zde přinášíme informace o studiích převážně z období mezi lety 2005 a 2011.

3/4/1 Rozsah užívání drog u Romů

Ačkoliv v posledních letech rapidně stoupá počet studií v romských komunitách a vyšlo značné množství publikací zabývajících se Romy a jejich sociálním vyloučením (např. Jakoubek & Hirt, 2004; Hirt & Jakoubek, 2006; Šimíková & Vašečka, 2005), otázkám problémového užívání drog se nevěnují buď vůbec, anebo jen anekdoticky. Pouze některé výzkumy týkající se zdraví Romů zmiňují užívání drog, avšak pouze okrajově, přičemž největší prostor je věnován legálním drogám a patologickému hráčství (viz např. Nesvadbová, Šandera, & Haberlová, 2009; Davidová, 2010).

Kapitolu věnovanou užívání návykových látek od autorů A. Kajanové a D. Urbana najdeme ve sborníku *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice* (Davidová, 2010). Obsahuje shrnutí několika dosavadních studií o užívání návykových látek a potom výsledky vlastního kvantitativního výzkumu, který prokázal častější konzumaci všech návykových látek ve srovnání s majoritní populací. Je uvedena také případová studie uživatele drog.

Informace o rozsahu užívání drog mezi etnickými menšinami se v roce 2006 pokusilo prostřednictvím krajských správ Policie ČR získat Ministerstvo vnitra ČR. Studie uvádí, že mezi

slovenskými Romy převládalo čichání těkavých látek, zvyšovalo se užívání konopných látek a pervitinu, zatímco mezi olašskými Romy převládá užívání Subutexu[®] (Ministerstvo vnitra ČR, 2007).

Ve své bakalářské práci provedl M. Kotlár (2008) výzkum mezi náhodně vybranými klienty terénních sociálních pracovníků, kteří žijí v sociálně vyloučených lokalitách v Libereckém kraji. Celkem oslovil 173 respondentů, z toho bylo 91 mužů a 82 žen. Zjistil, že 24,3 % pije denně alkohol, dále výsledky ukázaly poměrně vysokou aktuální míru kouření marihuany (45,7 %) a užívání tzv. tvrdých drog přesáhlo 40 %. Jednalo se převážně o toluen, a to u mladistvých respondentů, a o pervitin u respondentů o něco málo starších. Výzkum také zjistil vysokou míru hraní automatů, kdy 45,2 % respondentů uvedlo, že hrají vždy, když mají peníze. Podobně vysoká čísla v případech hráčství zjistil i výzkum D. Topinky a K. Janouškové (2009) na Přerovsku.

Skladbou užívaných látek na Brněnsku se zabýval i výzkum provedený organizací A Kluby ČR – v jejich vzorku byl také nejvíce zastoupen toluen (44,4 %), následovaný pervitinem (22,2 %), potom heroinem (11,1 %) a léky (11,1 %). Autoři konstatovali, že často dochází ke kombinaci jednotlivých užívaných látek (Černý, Chaloupková, Mikulková, & Štosková, 2004).

Důležité místo toluenu prokazuje i výzkum užívání těkavých látek provedený Centrem adiktologie (Vacek, Šťastná & Miovský, 2010). Autoři uvádějí, že se mezi uživateli těkavých látek vyskytují převážně příslušníci romského etnika, přičemž počáteční zkušenosti spadají do období kolem 10 let věku a vrchol užívání je před 15. rokem.

Výzkum užívání drog mezi romskými žáky základních škol v Brně (Sociofaktor, 2010) konstatuje, že romské děti a mládež jsou, vzhledem k užívání návykových látek, jednou z nejrizikovějších skupin. Počátky experimentování s kouřením, alkoholem a marihuanou sahají až na první stupeň základní školy. Jedná se o problém stovek dětí, které se každodenně pohybují v prostředí, kde je konzumace nelegálních návykových látek běžná, a berou ji proto jako součást každodenní reality, nijak se nad ní nepozastavují.

Vztahu Romů k drogám si všimají také zprávy o monitoringu romských lokalit. Např. zpráva z Chebska popisuje, že se zvyšuje užívání heroínu u Romů, kteří už začali tvořit většinu klientů terénních pracovníků. Také poukazuje na úzké propojení užívání drog a prostituce (GAC, 2009).

Je však třeba uvést, že rozsah užívání drog se může velice výrazně lišit podle regionu. Například v Přerově je podle zprávy D. Topinky a K. Janouškové (2009) nejrozšířenější ilegální drogou marihuana, dále pervitin, nicméně heroin ani těkavé látky se příliš nevyskytují.

3/4/2 Vzorce užívání drog u Romů

Kvalitativní výzkumy zabývající se vztahem Romů k drogám (např. Kořínek, 2010; Berkyová, 2008; Vyhnanová, 2004) upozorňují na některá specifika u této skupiny. Shodují se na výrazné důležitosti rodiny v celém průběhu drogové kariéry, kdy nebývá tak častá exkomunikace člena rodiny, který užívá drogy, naopak se někdy užívání drog týká všech členů rodiny. K tomu často dochází v komunitě olašských Romů. Zde je také větší propojenost s obchodem s drogami. Avšak vzhledem k uzavřenosti této skupiny je obtížné se dostat ke kvantifikovatelným datům.

3/4/3 Povědomí o drogách mezi Romy

Zjištění o velmi omezené informovanosti Romů týkající se užívání drog, jeho rizicích a nedůvěře ke službám poskytovaným majoritou předložili Vrtbovská, Larkin & Tumlířová (2005). Realizovali v letech 2002–2004 „romský vzájemný výzkum“ s využitím participativní a kolaborativní metodologie v podobě vrstevnického výzkumu (peer research).

Výsledky ukazují nejen na velký nedostatek informací napříč celou romskou komunitou i napříč generacemi, a to jak ve vztahu k drogám a rizikům jejich užívání, tak ve vztahu k drogovým službám, ale také na obavy z komunikace o užívání drog – specificky potom o mluvení o sexuálně přenosných nemocech (Vrtbovská, Larkin & Tumlířová, 2005).

Je otázkou, zda jsou zjištěné informace stále platné jako v letech 2002–2004, kdy výzkum probíhal. Novější práci na toto téma se nám nepodařilo najít, v posledních několika letech se některé drogové služby začaly zaměřovat ve větší míře na užívání drog u Romů, včetně šíření informací v celé komunitě (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011).

3/4/4 Drogová kriminalita u Romů

Údaje o drogové kriminalitě Romů přináší M. Hammer (2007) ve své bakalářské práci. Uvádí, že se Romové v rámci obchodu s drogami začali specializovat od druhé poloviny devadesátých let na heroin a k tomu jim pomohly vazby na kosovské Albánce. Dokládá také tvrzení, že se heroin stal pro romskou komunitu značným rizikem a že i sami Romové se podle vlastních možností snaží omezit vliv heroínu uvnitř vlastní komunity, například zákazem prodeje ostatním Romům. Běžným jevem v případě drogové kriminality je zapojování nezletilých či nesvéprávných osob do páchaní trestné činnosti s cílem využít jejich právní nepostizitelnost. Kromě balkánských skupin spolupracují při obchodu s heroinem také s Vietnamci.

Více zdrojů upozorňuje na specifické místo olašských Romů v obchodu s heroinem (Kořínek, 2010; Berková, 2008) a podle Policie ČR jsou příslušníci romské komunity často zapojeni do získávání a prodeje Subutexu® na černém trhu (Ministerstvo vnitra ČR, 2007).

P. Armas provedl pro účely své bakalářské práce anonymní dotazníkové šetření mezi svými kolegy – policisty na třech odděleních MŘ PČR Brno, která udávají největší výskyt etnických menšin ve městě. Celkově sebral 100 vyplněných dotazníků. V odpovědích jsou patrné jednoznačně diskriminační postoje policistů vůči Romům. Například na otázku „Myslíte si, že romská minorita je pro Českou republiku přítěží?“ odpovědělo 84 % policistů kladně. Stejně procento odpovědělo kladně na otázku „Pokud byste chtěl/a adoptovat dítě a toto dítě by bylo romské, odmítl/a by jste je?“. 52 % policistů by také reagovalo odmítavě, kdyby si jejich dítě přivedlo jako partnera Roma. Dále zjistil, že policisté v 80 % oceňují program romské asistence, který v Brně a dalších městech probíhá (Armas, 2008).

3/4/5 Zotavování ze závislosti

Pokud jde o možnosti podpory zotavení závislých uživatelů drog z řad Romů, práce Sklenáře (2008) naznačuje, že současná nabídka neodpovídá potřebám Romů. Například některé terapeutické komunity pro drogově závislé za celou dobu svojí existence neměly jediného romského klienta. Psychiatrické léčebny etnicitu nesledují, a k otázce se tudíž nevyjádřily. Navíc se zdá, že pokud už Romové některou formu odvykání využijí, odcházejí předčasně. Romský

vzájemný výzkum o užívání drog (2005) poukázal na výrazný nedostatek informací o léčbě závislosti u Romů a na strach z institucí.

Berkyová (2008) za možné komplikace retence v léčbě mimo jiné považuje strach z bolesti a odborný jazyk používaný personálem léčen, kterému Romové nerozumějí.

O specifickém způsobu řešení závislosti vypovídá práce Kořínka (2010). Zotavení může být často iniciováno určitými „body obratu“, jako například vyhrožováním a následnou pomocí rodiny a blízkých, vírou v Boha, zásahem policie, výkonem trestu apod. R. Berkyová (2008) ještě přidává přestěhování, které za účelem odpoutání se od drog využívají zejména olašské rodiny nebo jejich členové.

Zpráva Ministerstva vnitra (Ministerstvo vnitra ČR, 2007) uvádí ještě jeden způsob, a to že romské rodiny někdy obviňují uživatele drog z vlastních řad z důvodu, aby docílily vyšší délky trestu odnětí svobody a zamezily tak jejich dalšímu užívání drog.

3/4/6 Práce s romskými uživateli drog

Hned několik textů týkajících se práce s romskými uživateli drog vyšlo v knize Kontaktní práce 2010 (Klíma et al., 2010). J. Frýbert (2010) ukazuje propojení mezi užíváním drog, prostitucí a romskou etnicitou na příkladu činnosti terénních pracovníků plzeňského občanského sdružení Ulice. M. Parula (2010) ze stejné organizace podobně popisuje sociální práci v domácnostech uživatelů drog, z nichž drtivou většinu tvoří Romové. Obecným uchopením specifík poskytování služeb pro Romy ze zkušeností Romského terénního programu Sananim se zabývá H. Laurentová (2010).

Služby pro drogově závislé Romy v Karlových Varech analyzuje A. Farkalínová (2009) ve své bakalářské práci. Poukazuje na velmi malý počet romských uživatelů drog, kteří sociálních služeb využívají, na nedostatek dat a informací o této problematice, na špatnou informovanost Romů a jejich nedůvěřivý přístup k zařízením, nezájem veřejnosti a skrytou či popíranou realitu drogové scény v romských komunitách.

3/5 Vietnamci

Podle Českého statistického úřadu (2011) žilo v roce 2010 v České republice 60 350 osob vietnamského státního občanství. První Vietnamci k nám začali přicházet už v padesátých letech na pozvání československé vlády, postupně zde zakládali rodiny a nyní tedy v ČR žijí už Vietnamci druhé generace (Kocourek, 2005). Vietnamská komunita v ČR bývá popisována jako uzavřená, s tendencemi kontrolovat informace, které o sobě poskytne majoritní společnosti (Uherek & Černík, 2004). Existují však nejrůznější organizace, spolky, sdružení, jejichž cílem je prohlubovat vztahy mezi Čechy a Vietnamci¹.

¹ Jako třeba Klub Hanoi, Svaz Vietnamců v ČR (www.hvvn.cz), Společnost Vietnamsko-českého přátelství (www.hoivietsec.org.vn), Sdružení Info-Dráček (<http://info-dracek.cz/>), Česko-vietnamská společnost (<http://www.cvs-praha.cz/>), o.s. Lače Chave (<http://www.lache-chave.cz/>) apod.

3/5/1 Informace o užívání drog mezi Vietnamci v ČR

Zatím jediný výzkum, který se pokusil zachytit vztah Vietnamců v ČR k drogám, byl realizován v Brně (Nepustil, Zajdánková Et Šlesingerová, 2007). Podařilo se získat výpovědi tří vietnamských uživatelů drog a tří dalších lidí dobře obeznámených s děním v komunitě, kteří popisovali vzorce užívání drog hodně odlišné od majoritní společnosti. Typické je kouření heroinu přes allobal, ke kterému dochází v uzavřených prostředích uvnitř vietnamské komunity a uživatelé drog nejsou zpravidla z komunity vyloučeni: chodí do práce, zůstávají v úzkém kontaktu s rodinami. Počátky užívání souvisí buď s neúspěchem v podnikání v ČR, anebo navazují na předchozí drogovou kariéru ve Vietnamu. Jiná situace však může být u Vietnamců druhé generace. Autoři studie (Nepustil, Zajdánková Et Šlesingerová, 2007) popisují také možný přechod k injekčnímu užívání, který souvisí se špatnou finanční situací a s tendencí vytěžít malou dávku drogy co nejvíce. Z drogových služeb Vietnamci využívají pouze terénní programy a metadonový program, ale jen okrajově. Odvykání probíhá s pomocí rodiny, někteří chtějí k tomuto účelu využít trest odnětí svobody.

Vlček (2008) poukazuje na těsné propojení užívání drog u Vietnamců s obchodem. Zatímco v devadesátých letech bylo pro Vietnamce užívání drog spojeno se zábavou, po přelomu tisíciletí si někteří vietnamští obchodníci všimli lukrativnosti drog jako obchodního artiklu a vybudovali vlastní distribuční síť. Zpočátku prodávali drogy pouze ve vlastní komunitě, v současnosti začínají spolupracovat s ruskojazyčnými a albánskými skupinami, s Čechy pouze málokdy.

Ve své bakalářské práci o drogové kriminalitě hovoří M. Hammer (2007) o tom, že Vietnamci se na rozdíl od ostatních organizovaných skupin dokáží velmi rychle zapojit do obchodu s celou škálou drog oblíbených v ČR, v současnosti zejména do distribuce heroinu, pervitinu, v poslední době také extáze a THC. Při obchodování navazují styky se skupinami mimo komunitu – především Romy, občany bývalé Jugoslávie, ruskojazyčnými skupinami, ale i s českou majoritou. Organizování prodeje se však děje pouze uvnitř komunity. Podle M. Hammera (2007) si policisté také všimli, že v bytech obchodníků jsou často poskytovány i další služby, jako například možnost aplikovat si drogu ihned po jejím zakoupení a setrvat až do odeznění účinku. Uvnitř komunity tedy prodej neprobíhá na ulici, ale v uzavřených objektech.

Rozsáhlé zapojení Vietnamců do obchodu s drogami potvrzují i statistiky Národní protidrogové centrály (2011), podle nichž bylo do drogové trestné činnosti v roce 2010 zapojeno 204 osob z Vietnamu, což je daleko více než součet všech osob jiné národnosti než české. Nejčastěji Policie ČR ve vietnamské komunitě řešila nelegální pěstování konopí a následnou výrobu a distribuci marihuany, přičemž konopí se pěstuje „indoorově“ průmyslovým způsobem a vyrobená marihuana se vyznačuje vysokým obsahem THC (až 18 %). O zvýšení kriminality Vietnamců hovoří také velký nárůst jejich počtu ve věznicích: oproti 112 v roce 2006 vzrostlo jejich zastoupení na 299 v roce 2011 (Vězeňská služba České republiky, 2011).

Na zjištění o rozmachu obchodu s konopím zareagovala vietnamská komunita veřejným vystoupením předsedy Česko-vietnamské společnosti Marcela Wintera, který pěstování marihuany tvrdě odsoudil a předal veřejnou výzvu všem Vietnamcům v ČR, aby okamžitě přestali pěstovat marihuanu a rozšiřovat drogy (ČVS, 2008). Navrhl, aby byla posílena spolupráce v boji proti pěstitelům marihuany z řad Vietnamců mezi českými a vietnamskými orgány, aby se šířila osvěta ve vietnamské komunitě v boji proti drogám a proti pěstování marihuany

a navrhl striktní postup vůči Vietnamcům, kteří budou marihuanu pěstovat. Také inicioval vznik „horké linky“ pro vietnamskou komunitu i českou veřejnost k anonymnímu oznamování příznaků této trestné činnosti Vietnamců.

3 / 6

Žadatelé o mezinárodní ochranu

Skupinu žadatelů o mezinárodní ochranu zde uvádíme zvlášť, ačkoliv se může překrývat s jinými skupinami. Jde o heterogenní skupinu lidí různých národností, která je však ve znevýhodněném právním postavení a v dosti specifické situaci oproti občanům ČR a osobám, kterým byl přiznán dlouhodobý pobyt v ČR. Vzhledem k tomu, že tito lidé mají velice rozdílný původ a historii, ale zároveň často žijí nebo se setkávají v rámci zařízení Správy uprchlických zařízení, mohou utvářet specifické vzorce užívání drog.

Podle ČSÚ (2011) evidovala Česká republika v roce 2009 celkem 1 258 žádostí o udělení mezinárodní ochrany, což bylo o 24 % méně než v roce 2008. Trend poklesu počtu žadatelů o mezinárodní ochranu je v České republice zaznamenáván od vstupu země do Evropské unie.

Nejvíce, tj. 203 žádostí o mezinárodní ochranu podali státní příslušníci Ukrajiny, následovali je státní příslušníci Kazachstánu se 186 žádostmi a Mongolska se 159 žádostmi. Dále jsou zastoupeni státní příslušníci Turecka (66 žádostí), Vietnamu (63 žádostí), Ruska (57 žádostí), Běloruska (54 žádostí), Sýrie (45 žádostí), Nigérie (41 žádostí) a občané bez státní příslušnosti (65 žádostí).

3/6/1 Zjištěné informace o užívání drog mezi žadateli o mezinárodní ochranu

Studie o problémovém užívání drog mezi migranty (Nepustil, Zajdákova & Šlesingerová, 2007) konstatuje, že pro žadatele o mezinárodní ochranu (dále MO) je poměrně jednoduché dostat se do sociálních skupin, kde dochází k problémovému užívání drog – jednak často sdílí prostor s více lidmi v podobné situaci a jednak jsou vystaveni velkému stresu a napětí při čekání na rozhodnutí o své žádosti, přičemž není mnoho smysluplných aktivit, kterými mohou trávit čas.

Z hlediska veřejného zdraví se jedná o velice rizikovou skupinu osob, která užívá ve většině případů injekčně opiáty, přičemž ze své rodné země nemusí mít dostatek informací o zásadách bezpečného užívání (Nepustil, Zajdákova & Šlesingerová, 2007). Autoři studie v rozhovorech s některými žadateli zjistili, že úroveň bezpečnosti užívání drog je na velice špatné úrovni, dochází k užívání velice riskantních dávek i kombinací drog a injekční způsob užívání může být hodnocen i jako zdravější a bezpečnější.

Pokud jde o počty uživatelů drog mezi žadateli o MO, je velice těžké je odhadnout. Žadatelé svoje užívání drog skrývají ve strachu před negativním ovlivněním jejich žádosti, z drogových služeb využívají sporadicky pouze metadonový nebo terénní program (Nepustil, Zajdákova & Šlesingerová, 2007).

3 / 7

Migranti z oblasti Balkánu

Skupiny lidí z oblasti Balkánu zde slučujeme z toho důvodu, že vykazují některé shodné rysy a díky jazykové blízkosti i historickým kořenům (bývalá Jugoslávie) se často společně stýkají.

3/7/1 Zjištěné informace o užívání drog mezi migranty z Balkánu

V případě této skupiny je možné čerpat opět pouze z výzkumné zprávy P. Nepustila, S. Zajdákové a E. Šlesingerové (2007) a z informací o drogové kriminalitě. Jiné zdroje nejsou k dispozici.

Nehomogenost této skupiny nám také nedává žádné možnosti určení rozsahu užívání drog. Nicméně rizikovost užívání drog balkánských migrantů v Brně nebude pravděpodobně tak vysoká jako u majority (Nepustil, Zajdáková & Šlesingerová, 2007): injekčnímu užívání se tyto lidé vyhýbají a pokud k němu dochází, snaží se dodržovat zásady bezpečnějšího užívání. Z hlediska vzorců užívání můžeme rozlišit dvě skupiny: Albánce, kteří užívají heroin převážně kouřením, a osoby z bývalé Jugoslávie, kteří užívají heroin a pervitin různými způsoby a kokain šňupáním (Nepustil, Zajdáková & Šlesingerová, 2007).

Z drogových služeb využívají pravděpodobně sporadicky pouze metadonový program. Jednou z příčin nezájmu o drogové služby může být už význam drogy jako symbolu prestiže, který se neslučuje s využíváním nabídky pomoci (Nepustil, Zajdáková & Šlesingerová, 2007).

Při pokusech o zotavení se většinou obracejí na své vlastní sociální sítě, především na svoji rodinu a příbuzné, za kterými často jedou do země původu nebo do jiné země, kde žijí.

Národní protidrogová centrála (2011) hovoří o skupinách z Balkánu v souvislosti z obchodováním s heroinem a kokainem, ale zároveň tvrdí, že oproti devadesátým letům už neplatí, že by se určité etnikum specializovalo na obchod s určitým typem drogy. Nicméně uvádí, že v oblasti pašování a distribuce heroinu na území ČR stále dominují skupiny etnických Albánců, zejména z Kosova a Makedonie. Větší část heroinu je podle Národní protidrogové centrály pašována dále do západoevropských zemí.

3 / 8

Ruskojazyčné skupiny

Ruskojazyčnými skupinami míníme občany zemí bývalého Sovětského svazu. Důvodem pro jejich samostatné vymezení nejsou ani tak podobné vzorce užívání, jako ruský jazyk, kterým jsou schopni se dorozumět, a potom také z hlediska veřejného zdraví daleko vyšší prevalence HIV v populaci v zemích, ze kterých pocházejí.

Pokud jde o národnost, mezi těmito skupinami dominuje ukrajinská – v roce 2010 bylo v ČR 131 927 Ukrajinců (Český statistický úřad, 2011). Ale i další národnosti ze zemí bývalého So-

větského svazu jsou zastoupeny poměrně četně, např. ruská (30 297), moldavská (10 042), běloruská (4 307), kazašská (3 905) nebo arménská (2 035).

3/8/1 Zjištěné informace o užívání drog v ruskojazyčných skupinách

Na rizika přenosu infekčních nemocí v rámci ruskojazyčných skupin se zaměřil výzkum Centra adiktologie (Zábranský & Janíková, 2008). Výzkumníci prováděli testování injekčních uživatelů drog ze zemí bývalého Sovětského svazu a mezi 65 osobami zachytili 2 HIV pozitivní osoby, 49 případů hepatitidy C a 31 případů hepatitidy B.

Ačkoliv se vyskytovaly obavy z velkého šíření HIV/AIDS právě přes osoby z bývalého SSR, H. Hnilicová a K. Dobiášová (2009) ve své zprávě na základě analýzy statistik uvádějí, že narůstající podíl migrantů z Ukrajiny a dalších rizikových zemí výskyt HIV/AIDS v ČR dramaticky nezvyšuje.

Kvalitativní výzkum Nepustila, Zajdakové a Šlesingerové (2007) poukázal na velice rozdílné vzorce užívání drog v této skupině. Zmiňuje existenci ukrajinských dělníků, kteří užívají pervitin kvůli zvýšení výkonnosti, potom osob z kriminálního podsvětí, které užívají kontrolovaně marihuanu nebo pervitin, přičemž dbají na bezpečnost užívání, a konečně uživatelů opiátů, které jsou preferovanou drogou téměř ve všech státech bývalého SSSR.

Typickým problémem osob z oblasti bývalého SSSR se zdá být intenzivní užívání alkoholu a s ním související zdravotní problémy. Alkoholizmus a s ním související poruchy byly nejčastější příčinou hospitalizace těchto skupin v psychiatrických léčebnách v ČR (Hnilicová & Dobiášová, 2009).

Doporučení ke skupinám migrantů a etnických menšin

Jakkoliv jsou zde popsané skupiny odlišné, doporučení se často týkají podobných témat, proto je zde uvádíme souhrnně, s konkretizací jednotlivých specifíků.

Zavedení citlivého nástroje pro monitoring etnicity ve výzkumech a statistikách týkajících se drog, specificky v drogových službách.

- V malých uzavřených komunitách se užívání drog šíří velice rychle – pro včasnou reakci je tedy nutné mít vyvinutý rychlý nástroj pro posouzení situace v dané komunitě/lokalitě.
- Statistické sledování, v jaké míře využívají migranti a etnické menšiny služby pro uživatele drog, je potom naprosto nezbytné pro zhodnocení, zda jsou služby ne-diskriminační, tedy zda do nich mají všechny skupiny obyvatel stejný přístup.

Vytváření vzdělávacích modulů zaměřených na zvyšování kulturní citlivosti a kompetencí pro jednání s migranty a etnickými menšinami.

- V zemích západní Evropy jsou kurzy zaměřené na témata „různorodosti“ („diversity“) nebo „kulturního povědomí“ („cultural awareness“) základní složkou vzdělávacího curricula pracovníků drogových služeb.
- Tyto kurzy by měly být zaměřeny nejen na sdělování informací o odlišných kulturách, ve kterých žijí potenciální klienti, ale měly by také pomoci pracovníkům odkrývat jejich vlastní předsudky nebo skryté předpoklady, se kterými ke klientům z jiných etnických skupin přistupují.

Rozšiřování informací mezi migranty a etnickými menšinami o drogách, způsobech snižování rizik užívání drog a o drogových službách.

- Informační kampaň by měla být citlivá ke kulturním specifikům, měla by využít jejich jazyk a jednoduché formy sdělení (Vrtbovská, Larkin & Tumlířová (2005), např. u Romů doporučují barevné letáky do schráněk, komiks...). Kampaň by měla být realizována ve spolupráci se členy dané skupiny.
- U některých migrantů s vyšším stupněm nedůvěry je třeba zdůrazňovat podstatu drogových služeb, především to, že jsou naprosto anonymní a že nemají žádný vztah s represivními složkami.

Zavádění nových způsobů práce, které budou vstřícné k potřebám menšinových etnik.

- Jednou z takových forem práce jsou komunitní setkávání, která se snaží rozvíjet například ostravská nezisková organizace Vzájemné soužití (<http://www.vzajemnesouziti.estran-ky.cz/>).
- Další variantou je ambulantní detoxifikace, která umožňuje zvládnout období vysazení drogy, a to v domácím prostředí klienta.

Rozvoj spolupráce mezi drogovými službami a organizacemi, které v komunitě poskytují jiné služby.

- Drogové služby nemusí vytvářet speciální postupy „proniknutí“ do komunity, pokud v komunitě už působí nějaká organizace, se kterou je možné najít společné cíle a spojit se při jejich dosahování.
- Příkladem může být spolupráce drogových terénních programů a těch nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, která jsou navštěvována mladými Romy.

Zapojování členů komunity do všech procesů, které dění v komunitě ovlivňují.

- Při zapojování migrantů a etnických skupin do výzkumů týkajících se užívání drog je možné inspirovat se v britském modelu „community engagement“ (Fountain, Patel & Buffin, 2007).
- Se zapojováním členů komunit do poskytování služeb už v České republice jsou zkušenosti, nicméně vždy jde o službu poskytovanou majoritou, která zaměstná jednotlivce – Roma; zatím nejsou žádné zkušenosti se službou, která by byla produktem a majetkem komunity.
- Jako nezbytné se jeví i zapojování členů etnických skupin a migrantů do politických a rozhodovacích procesů.

Literatura

- Armas, P. (2008). *Patologické jevy a kriminalita u Romů ve městě Brně*: diplomová práce (Bc.). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky. 76 l., 5 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Ema Štěpařová.
- Barany, Z. (2002). *The East European Gypsies: Regime change, Marginality and Ethnopolitics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berkyová, R. (2008). *Niektoré odlišnosti medzi rómskymi a nerómskymi užívateľmi drog na Hlavnom nádraží v Prahe z pohľadu terénneho pracovníka*. Terénny výskum. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Ústav jižní a centrální Asie, Romistika.
- Bröring, G. (2008). *Access to HIV Prevention and Care for Migrant Populations in the EU 27, Norway, Liechtenstein and Iceland*. ECDC.
- Brouček, S. (2003). *Aktuální problémy adaptace vietnamského etnika v ČR*. Praha: Etnologický ústav AV ČR.
- Conviser, R. & Rutledge, J. H. (1989). *Can Public Policies Limit the Spread of HIV among IV Drug Users?* *Journal of Drug Issues*, 19(1), 113–128.
- Černý, M., Chaloupková, L., Mikulová, Š. & Štostková, R. (2004). *Romové a drogy*. Brno: A Kluby CR o.p.s.
- Český statistický úřad. (2011). *Cizinci podle kategorií pobytu, pohlaví a státního občanství – k 31. 12. 2010*. Praha: ČSÚ.
- Český statistický úřad. (2003). *Národnostní složení obyvatelstva* [cit. 2011-11-15].
Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4114-03>.
- Český statistický úřad. (2010). *Život cizinců v ČR* [cit. 2011-11-19].
Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/1118-10-2010>.
- Davidová, E. (2010). *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton.
- Day, E., Eggen, J., Ison, J., Copello, A. & Fazil, Q. (2006). Ethnicity and attempts at self-detoxification from opioid drugs. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(1), 93–103.
- ECDC. (2009). *Migrant Health: Access to HIV Prevention, Treatment, and Care for Migrant Populations in EU / EEA Countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Farkalínová, A. (2009). *Analýza služeb pro drogově závislé Romy v Karlových Varech*: diplomová práce (Bc.). Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta sociálně ekonomická.
- Fountain, J., Bashford, J., Underwood, S., Khurana, J., Winters, M., Patel, K. & Carpentier, C. (2002). *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities*. Lisboa: EMCDDA.
- Fountain, J., Bashford, J. & Winters, M. (2003). *Black and Minority Ethnic Communities in England: a review of the literature on drug use and related service provision*. London: NHS.
- Fountain, J., Patel, K. & Buffin, J. (2007). *Community engagement: the Centre for Ethnicity and Health model*. In D. Domenig, J. Fountain, E. Schatz & G. Bröring. *Overcoming Barriers – migration, marginalisation and access to health and social services*. Correlation: Amsterdam.
- Frýbert, J. (2011). *Pracujeme s Romy? Průzkum etnicity a národnosti klientů a klientek terénního programu v Plzni a Rokycanech v letech 2009–2010*. Plzeň: Ulice – Agentura sociální práce.
- Frýbert, J. (2010). Trasa. In P. Klíma a kol. *Kontaktní práce*. Praha: NVFa ČAS.
- GAC. (2009). *Souhrnná zpráva: Dlouhodobý monitoring situace romských lokalit – české lokality*. Praha: Úřad vlády.
- Grund, J.-P., Öfner, P. J. & Verbraeck, H. T. (2000). *Marel o Del, kas kamel, le Romes duvar (God hits whom he chooses; the Rom gets hit twice). An Exploration of Drug Use and HIV Risks among the Roma of Central and Eastern Europe*. Amsterdam: DV8, Research, Training and Development Project Group Roma & Drugs.
- Hammer, M. (2007). *Problematika drogové kriminality páchané menšinovými etniky na území ČR*: diplomová práce (Bc.). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
- Hirt, T. & Jakoubek, M. (eds.) (2006). *„Romové“ v osídlech sociálního vyloučení*. Plzeň: Aleš Čeněk.

- Hnilicová, H. (2010). *Migrace a ochrana a podpora veřejného zdraví. Příspěvek na konferenci Migranti a zdraví konané v rámci projektu EU Healthy Inclusion* 27. 5. 2010.
Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/migranti-a-podpora-zdravi>.
- Hnilicová, H. & Dobiášová, K. (2009). *State of Art Czech Republic*. Projekt Mighealth [cit. 19. 11. 2011].
Dostupné z: http://mighealth.net/index.php/State_of_the_Art_Reports.
- Jakoubek, M. & Hirt, T. (eds.) (2004). *Romové: kulturologické etudy*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Janatová, H., Říhová, L. & Uličná, E. (2010). *Národní zpráva projektu: Migranti a podpora zdraví – analýza rozhovorů s migranty v České republice*. Praha: SZÚ.
- Janatová, H. (2009). *Národní zpráva projektu: Migranti a podpora zdraví – analýza rozhovorů s poskytovateli služeb v podpoře zdraví v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Jedlička, J., Strouhal, V., Zikmundová, M. & Štupka, J. (2006). *Young migrants living with or at risk of HIV/AIDS in the Czech Republic. Report for the AIDS & Mobility Europe Working Group on Young migrants living with HIV/AIDS*. Praha: SZÚ.
- Khan, K., Zervoullis, K., Carpentier, C. & Hartnoll, R. (2000). *Mapping Available Information on Social Exclusion and Drugs, Focusing on „Minorities“ Across 15 EU Member States*. Lisabon: EMCDDA.
- Klíma, P a kol. (2010). *Kontaktní práce*. Praha: NVFa ČAS.
- Kocourek, J. (2005). *Vietnamci v ČR*. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz>.
- Kořinek, R. (2010). *Narativní analýza životního příběhu uživatelů drog z prostředí romských komunit*.
Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/365/1885/Narativni-analyza-zivotniho-pribehu-uzivatelu-drog-z-prostredi-romskych-komunit>.
- Kotlár, M. (2008). *Vybrané sociálně patologické jevy u romské menšiny v kontextu terénní sociální práce*: diplomová práce (Bc.). Brno, Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická.
- Larkin, T., Vrtbová, P. & Tumlířová, P. (2004). *Romský vzájemný výzkum o užívání drog – deník*.
- Laurentová, H. (2010). *Rom Romeha, Gadžo Gadžeha (Romům by měli pomáhat Romové, gádžům gádžové)*. In Klíma, P. a kol. *Kontaktní práce*. Praha: NVF a ČAS.
- Liga lidských práv. (2007). *Sběr dat určujících etnickou příslušnost jako nástroj pro zjištění rozměru diskriminace romských dětí. Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 4*.
- Mareš, P. (2002). *Marginalizace, sociální vyloučení*. In: T. Sirovátka (ed.) *Menšiny a marginalizované skupiny v ČR*. Brno: Georgetown.
- Ministerstvo vnitra ČR. (2007). *Souhrnná zpráva o zneužívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin*. Praha: MVČR.
- Miovská L. (2005). *Užívání drog v národnostních menšinách. Souhrn dostupných informací*. Zastřeno na drogy. 3, 2. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy.
- Ministerstvo vnitra ČR. (2007). *Souhrnná zpráva o zneužívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin*. Praha: Ministerstvo vnitra.
- Morrissey, M. (2005). *Ethnicity and race in drug and alcohol research*. Health Sociology Review 2005, 14(2), 111-121.
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orliková, B., Petrošová, B., Škrdlantová E., Trojáčková, A. & Petroš, O. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities*.
Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/pdf/minorities03.pdf>.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2005). *Zastřeno na drogy 2: užívání drog v národnostních menšinách v ČR*. Praha: Úřad vlády.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2011). *Příklady dobré praxe programů v ČR zaměřených na užívání drog v etnických menšinách*. Praha: Úřad vlády.
- Národní protidrogová centrála. (2011). *Výroční zpráva 2010*. Praha: Národní protidrogová centrála.
- Nepustil, P., Zajdák, S. Šlesingerová, E. (2007). *Problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Brno: Marisa.
- Nesvadbová, L., Šandera, J. & Haberlová, V. (2009). *Romská populace a zdraví. Česká republika – Národní zpráva 2009*. Praha: Úřad vlády a Vzájemné soužití.

- Ocheret, D. & Schatz, E. (2004). *Drug Use and Mobility in Central Europe*.
Dostupné z: http://www.idpc.net/sites/default/files/library/CORR_RP_DrugsAndMobility_EN.pdf.
- Parula, M. (2010). *Práce o. s. Ulice na „toxibytech“ v Plzni*. In P. KLÍMA a kol. *Kontaktní práce*. Praha: NVF a ČAS.
- Public Health Division. (2000). *Drugs in a Multicultural Community: An Assessment of Involvement*. Melbourne: Victorian Government Publishing Service.
- Rada vlády pro národnostní menšiny. (2007). *Zpráva o situaci národnostních menšin v České republice v roce 2006*. Praha: Rada vlády pro národnostní menšiny.
- Sedláková, L. (2002). *Proměny hranic v moderní společnosti: od marginality k marginalizaci, od inkluze k exkluzivní společnosti*. In T. Sirovátka (ed.). *Menšiny a marginalizované skupiny v ČR*. Brno: Georgetown.
- Sklenář, O. (2008). *Současné možnosti léčby drogové závislosti z pohledu romských uživatelů drog*. Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN, bakalářská práce
- Sociofaktor. (2010). *Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní ověření*. Ostrava.
- Studničková, B., Petrášová, B. & Bajgar, L. (2011). *Výroční zpráva Praha – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.
- Šimíková, I., Vašečka, I. a kol. (2005). *Mechanismy sociálního vyčleňování romských komunit na lokální úrovni a nástroje integrace*. Brno: Barrister a Princípál.
- Šťastná, L., Adámková, T. & Chomynová, P. (2010). *Užívání drog v národnostních menšinách v ČR*. Adiktologie, 10(1), 36–44.
- Tisková zpráva ČVS: *Vyhlašujeme válku drogám a narkomafii ve vietnamské komunitě!* 28. 6. 2008.
- Topinka, D. & Janoušková, K. (2009). *Výzkum rizikových faktorů souvisejících s existencí romských sociálně vyloučených lokalit ve městě Přerově*. Výzkumná zpráva pro Agenturu pro sociální začleňování.
- Uhřek, Z. & Černík, J. (2004). *Výzkumné zprávy a studie o integraci cizinců na území České republiky*. Praha: MŠMT.
- Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovská, L. & Miovský, M. (2005). *Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Vacek, J., Šťastná, L. & Miovský, M. (2010). *Užívání těkavých látek dětmi z etnických skupin. Kvantitativní a kvalitativní pilotní studie, 2. rozšířená verze*. Praha: Centrum adiktologie.
- Vlček, T. (2008). *Vietnamský organizovaný zločin v ČR: diplomová práce (Bc.)*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Šmíd, Ph.D.
- Vrtbovská, P., Larkin, T. & Tumlířová, P. (2005). *Výcvik romských terénních pracovníků a romský vzájemný výzkum o užívání drog*. Praha: Společnost Hvězda.
- Vězeňská služba ČR. (2011). *Statistická ročenka Vězeňské služby České republiky*. Praha: Generální ředitelství VSČR.
- Vyhnanová, A. (2004). *Specifika romských uživatelů drog ve srovnání s majoritními uživateli: absolventská práce*. Praha: VOŠ sociálně právní, obor sociální práce.
- Zábranský, T. & Janíková, B. (2008). *Studie „Seroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA). Souhrnná zpráva*. Praha: Centrum adiktologie.



LIDÉ S POSTIŽENÍM²

Karel Pančocha

² Tato kapitola vznikla v rámci řešení Výzkumného záměru MSM0021622443.

Užívání návykových látek a rozvoj drogové závislosti je bezpochyby nejen problémem intaktní populace, ale také lidí s postižením, nicméně výzkumy v českém prostředí se v minulosti na osoby s postižením téměř nezaměřovaly. Jednou z mála prací na toto téma je článek Karla Pančochy (2007) *Závislostní chování u osob s postižením*, ve kterém poprvé představuje tuto problematiku pro odbornou veřejnost v ČR. V textu se zaměřuje na specifika užívání návykových látek a rizikové faktory u jednotlivých typů zdravotního postižení. Upozorňuje také na fakt, že mnozí dospělí lidé s postižením nejsou navázáni v žádné organizaci, a proto chybí ve výzkumech, které typicky probíhají právě u klientů různých sociálních služeb. Práce Pančochy vychází zejména ze závěrů výzkumných prací provedených v USA, neboť v ČR nejsou tyto informace dostupné.

4 / 1

Vymezení skupiny osob s postižením

Chceme-li se zabývat užíváním drog u jedinců s postižením, musíme se nejprve vypořádat s vymezením okruhu osob, které do této skupiny zahrnujeme. Neexistuje totiž jednotná definice ani přesné statistické údaje o počtu lidí, kteří do ní náležejí. Nejedná se navíc o homogenní skupinu: lidé s postižením se od sebe odlišují stejně jako lidé bez postižení.

V období povinné školní docházky hovoříme u dětí, žáků a studentů (dále jen žáků) o tzv. speciálních vzdělávacích potřebách (SVP). Mezi žáky se SVP řadíme:

1. žáky se zdravotním postižením (tělesným, zrakovým, mentálním, atd.),
2. žáky se zdravotním znevýhodněním (zdravotním oslabením, dlouhodobou nemocí),
3. žáky se sociálním znevýhodněním, např. nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou (Zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška 72/2005 Sb.).

V této oblasti existují poměrně přesné statistiky o počtech žáků, kteří do daných kategorií patří. Pro účely prevence či terapie však může být definování populace podle typu postižení nevýhodné. Účelnější může být určení cílové skupiny podle doby vzniku postižení (např. vrozené, získané) nebo podle míry potřebné podpory (např. občasná, značná, stálá).

V období dospělosti dochází ke změnám ve vymezení skupiny osob s postižením. Již se nesetkáváme s rozdělením podle školské legislativy, ale např. podle agendy zdravotnické či sociální. Některé kategorie (např. jedinci s poruchami učení) se tak vytrácejí.

Počet osob s postižením v ČR je pouze orientační. Člověk se zdravotním postižením je v různých statistikách zachycen většinou až poté, co formálně požádá o některou z dávek či o přiznání invalidního důchodu. Lidé s postižením mohou být definováni na základě Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (přiznaného příspěvku na péči), Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (přiznání invalidního důchodu) či přiznání výhod či mimořádných výhod (ZTP, ZTP/P). Tyto systémy však operují pouze s pojmy, jako je stupeň závislosti či stupeň invalidity. Jedinec spadající do jednoho systému nemusí být účastníkem systému jiného. Celkový počet osob se zdravotním postižením v ČR tak není možné přesně určit.

Určitý vlned do situace přineslo šetření ČSÚ a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2007. Informace o lidech se zdravotním postižením byly získány z kartoték náhodně vybraných lékařů, neboť většina české populace je v evidenci praktických lékařů pro dospělé, děti a mládež nebo lékařů působících ve specializovaných ústavech pro zdravotně postižené. Z tohoto šetření vyplývá, že v roce 2007 žilo v ČR 1 015 548 osob se zdravotním postižením a celkově tvořil jejich podíl 9,87 % populace ČR (ČSÚ, 2007). Tato studie sledovala mimo jiné také typ zdravotního postižení podle medicínské specifikace. Jednalo se o rozdělení na postižení tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní a vnitřní (onemocnění vnitřních orgánů).

Při vymezení skupiny osob se zdravotním postižením pro naše účely vycházíme z tradičního medicínského dělení na:

- osoby s mentálním postižením,
- osoby s tělesným postižením,
- osoby se sluchovým postižením,
- osoby se zrakovým postižením.

Mimo tento systém, avšak z adiktologického hlediska důležitou skupinou jsou **osoby s poruchami pozornosti**. Dospělí lidé s poruchami pozornosti totiž většinou nespádají do kategorie zdravotního postižení. My však tuto skupinu zahrnujeme, jelikož z mnoha výzkumných šetření vyplývá souvislost mezi těmito poruchami a užíváním návykových látek.

Jsmo si vědomi, že opomíjíme celou řadu dalších typů postižení, a to zejména osoby s **duševním onemocněním** a **osoby s těžkým a kombinovaným postižením**. K této selekci nás vedou různé důvody. Užívání návykových látek u jedinců s duševním onemocněním je svěbytným tématem. Osoba, která užívá alkohol nebo nelegální drogy a kromě toho trpí duševním onemocněním, např. poruchami nálad, schizofrenií atp., je označována jako nositel tzv. „duální diagnózy“. Určení přesných diagnóz je často komplikované překrýváním znaků a symptomů závislosti a diagnostických projevů duševního onemocnění, další komplikací jsou v tomto případě souběžné nebo vzájemně se podmiňující procesy. Je mimo možnosti tohoto textu podrobněji se zabývat duálními diagnózami, mimo jiné proto, že tato skupina nepatří mezi skrytou populaci, ale naopak se jedná o poměrně častou klientelu drogových služeb.

Dále se nebudeme zabývat skupinou osob s těžkým a kombinovaným postižením (např. autizmus), neboť tito lidé jsou v převládající většině případů závislí na pomoci jiných osob a velmi často žijí v institucích rezidenčního charakteru. Bariéry v přístupu k legálním i nelegálním drogám jsou u těchto jedinců v podstatě nepřekonatelné, což vede k jejich celoživotní abstinenci.

Počet osob s mentálním postižením stále stoupá jak v ČR, tak i celosvětově. Tento nárůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence. Uvádí se, že mentální retardaci trpí asi 3 % občanů, avšak podle některých pedagogicko-psycholo-

logických výzkumů je intelektově podprůměrných 10–15 % dětí školního věku. V České republice žije přibližně 300 tisíc osob s mentálním postižením (Švarcová, 2000), jiná studie ČSÚ však hovoří pouze o 107 tisících osob (ČSÚ, 2007). Tyto výrazné rozdíly v odhadech jsou zapříčiněny různými přístupy k definování této skupiny.

Mentální postižení lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí (IQ pod 70), demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Valenta a kol., 2004). Světová zdravotnická organizace ve své 10. revizi MKN mentální retardaci rozděluje podle stupně na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Do širší skupiny osob s mentálním postižením můžeme zařadit i osoby s demencí, někdy nazývanou získaná mentální retardace. V případě demencí je mnohdy obtížné zjistit, zdali např. užívání drog ovlivnilo její rozvoj nebo jde o kauzálně nezávislé jevy.

4/2/1 Užívání drog u osob s mentálním postižením v zahraničí

J. R. Gress a M. Boss (1996) porovnávali prevalenci užívání drog u studentů s mentálním postižením, kteří byli zařazeni do speciálních středních škol, se studenty běžných středních škol. U studentů s mentálním postižením byla zjištěna nižší prevalence užívání alkoholu (55 % ve srovnání se 72 %), marihuany (24 % vs. 28 %) a dalších drog, např. kokainu (3 % vs. 5 %). Srovnatelné rozdíly mezi postiženými a nepostiženými byly pozorovány také u žáků 1. a 2. stupně základních škol. Výsledky výzkumů ukazují, že osoby s mentálním postižením užívají návykové látky méně často než osoby bez postižení. Avšak v případě, že jedinci s mentálním postižením návykové látky užívají, problémy se u nich objeví mnohem dříve než u nepostižených vrstevníků. Snížené sociální kompetence mentálně postižených vedou i při mírném užívání návykových látek k problematickému chování. Nejrizikovější částí této skupiny jsou jedinci s lehkým mentálním postižením.

Vliv prostředí, ve kterém mentálně postižený člověk žije, na užívání návykových látek poprvé naznačil Edgerton (1986), když ve svém výzkumu rozdělil tyto jedince ve vztahu k užívání drog do následujících skupin:

- jedinci, kteří v nedávné době zahájili pobyt v chráněném bydlení,
- jedinci žijící samostatně v běžném prostředí,
- jedinci žijící samostatně v sociálně vyloučené lokalitě,
- jedinci, kteří jsou dlouhodobě umístěni v ústavní péči.

Největší problémy s užíváním návykových látek měly osoby, které v nedávné době zahájily pobyt v chráněném bydlení (Edgerton, 1986). Jedná se o případy, kdy rodina nebo instituce ztrácí svou ochrannou a kontrolní funkci a mentálně postižený člověk z velké části přebírá odpovědnost za své každodenní rozhodování a trávení volného času. Toto osamostatňování však vede ke zvýšeným nárokům na psychiku a člověk se může s náročnými situacemi nebo nadbytkem volného času vyrovnávat právě pomocí návykových látek. V Edgertonově výzkumu uvádělo zkušenost s návykovou látkou pouze 25 % osob, avšak u více než jedné třetiny z nich se jednalo o užívání problémové.

Četnější problémové užívání mezi konzumenty drog potvrzuje i studie (McGillicuddy & Blane, 1999), jež zkoumala dovednosti vyhýbat se návykovým látkám u 122 dospělých s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Mezi uživateli drog byla téměř polovina uživatelů

problémových. Problémoví uživatelé měli oproti ostatním respondentům vyšší IQ, avšak horší schopnost odmítání a sníženou schopnost rozeznat mezi kladnými a zápornými vzorci chování.

4/2/2 Užívání drog u osob s mentálním postižením v České republice

Situace v ČR je v této oblasti značně komplikovaná. Osoby s mentálním postižením byly až do nedávné minulosti segregovány a velmi často umístovány v zařízeních ústavního typu. V rezidenčních zařízeních je klient pod stálým dohledem a přístup k návykovým látkám je značně omezen. Jinak je tomu ovšem v rodinách či chráněném bydlení. Je zřejmé, že problém užívání návykových látek v populaci mentálně postižených je výrazný zejména u osob v hraničním pásmu intelektu a s lehkým mentálním postižením. V českém prostředí jsou žáci s hraničním intelektem a lehkým mentálním postižením, pokud nejsou integrováni v běžné základní škole, vzdělávání v základních školách praktických (dříve tzv. zvláštní školy). Specifikem těchto institucí je zejména fakt, že kromě žáků s lehkým mentálním postižením do těchto škol dochází mnoho žáků sociálně znevýhodněných, z nichž značnou část tvoří Romové (obvykle třetinu až polovinu žáků ve třídě).

Aniž byla provedena plošná epidemiologická studie zabývající se užíváním drog na tomto typu škol, z menších výzkumů i osobních zkušeností učitelů je zřejmé, že situaci je možné považovat za kritickou. Velmi znepokojivé, avšak typické informace přinesla studie Šmidové (Hebáková et al., 1997), která uvádí, že nejrozšířenější bylo mezi žáky užívání těkavých látek. Tento poznatek koresponduje i s výsledky jiných studií. Např. Zábranský (2003) uvádí, že tento typ užívání se koncentruje do marginalizovaných a handicapovaných skupin obyvatelstva. Podle plošného školního průzkumu (Zábranský, 2003) mělo alespoň jednu zkušenost v životě s těkavými látkami 5 % ze všech studentů a žáků, ve zkoumané základní škole praktické to však byla polovina starších žáků. Populace žáků sociálně znevýhodněných a s mentální retardací od sebe nebyla odlišena. Někteří žáci měli za sebou pokusy i s jinými návykovými látkami (hašiš, pervitin), avšak jednalo se o izolované pokusy, nikoli o pravidelné užívání. Znepokojující byl i fakt, že při některých rozhovorech vyšlo najevo, že žák experimentuje s látkou, aniž by tušil, že se o drogu vlastně jedná.

Ze studie vyplynulo, že žáci navštěvující základní školu praktickou, tedy děti s lehkou mentální retardací a se sociálním znevýhodněním, mají následující charakteristiky:

- Vzhledem ke svému postižení jsou žáci s lehkým mentálním postižením a se sociálním znevýhodněním bezbrannější proti drogám, jsou-li jim vystaveni.
- Žáci základní školy praktické začínají s drogou v mladším školním věku či dříve, ve věku předškolním.
- Věří v mýty týkající se drog. Nechápou rozdíl mezi měkkou a tvrdou drogou a o některých látkách ani nevědí, že jsou drogami.
- Morální sankce typu „co“ a „proč“ to či ono nesmím jsou vnější, nestávají se vnitřním korektivem. Na otázku, proč by neměli brát drogy, odpovídají „protože je to zakázané“ nebo „to by mě táta zabil“.
- Pokud žák přichází ze sociálně znevýhodněného prostředí, je spolupráce školy, pedagogicko-psychologické poradny či speciálně pedagogického centra, sociálních pracovníků a jiných profesionálů s rodiči problematická i v případech, že je vážně ohroženo zdraví dítěte.

- Hlavní proud současné primární protidrogové prevence má na tuto populaci nulový dopad. Informace v tištěné podobě tyto děti a mladiství nečtou, na přednášky se nesoustředí, abstrakce typu „droga je látka způsobující návyk“ pro ně nemají smysl. Je nutné vyjít z jejich konkrétního světa a konkrétní zkušenosti (Hebáková a kol., 1997).

Obdobnou sondou je také práce Veselé (2010), která se zaměřila na srovnání užívání návykových látek na základní škole běžného typu a základní škole praktické. Autorka použila techniku dotazníku a získala celkem 140 respondentů mezi žáky ve věku od 9 do 12 let. Vzhledem k věku žáků nebylo užívání nelegálních drog (až na výjimečné pokusy) zaznamenáno. Zvláště alarmujícím zjištěním však byl fakt, že 91 % respondentů na ZŠ praktické nedokázalo odpovědět, jakým způsobem v případě nabídky drogu odmítnout (oproti 67 % na běžné ZŠ).

Většina absolventů základních škol praktických, kteří pokračují ve vzdělávání, přechází na odborná učiliště. Na těchto školách je užívání návykových látek rozšířeno již mnohem více. Šetření Macháčkové (2008) se zúčastnilo 148 respondentů, učňů dvou odborných učilišť ve věku 15–20 let. První zkušenost s ilegální návykovou látkou (konopím) uvedla většina respondentů mezi 13. a 17. rokem věku s tím, že s určitou mírou pravidelnosti ji užívá 37 % učňů. Zkušenostmi s dalšími látkami se tato studie nezabývala.

4 / 3

Osoby s tělesným postižením

Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností (Vítková, 1999). Osoby s tělesným postižením mají přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech, projevující se zejména omezením hybnosti. Tělesné postižení má vliv na kognitivní, emocionální a sociální výkon jedince.

Příčin tělesných postižení je mnoho, jmenujme např. úrazy páteře s následným poraněním míchy při sportu a autonehodách či pádech, artritidu, svalovou dystrofii, dětskou mozkovou obrnu, amputace, v minulosti také dětskou obrnu, mozkovou mrtvici atd. Typickými příznaky pak mohou být např. poruchy svalového napětí, vyznačující se zvýšeným, sníženým nebo střídavým napětím svalů, poruchy koordinace, mimovolní (vůlí nekontrolovatelné) pohyby, ztráta citlivosti, ztuhlost kloubů, vadné držení těla a další. Pro naše potřeby je důležité rozlišovat, zda se jedná o tělesné postižení vrozené nebo získané v pozdějším věku. U získaných postižení je pak důležité diferencovat, zda se jedná o postižení vzniklé náhle vlivem úrazu, nebo o dlouhodobé progredující onemocnění. Podle studie ČSÚ trpí některou z forem tělesného postižení v ČR přibližně půl milionu osob (ČSÚ, 2007).

4/3/1 Užívání drog u osob s tělesným postižením v zahraničí

Riziko vzniku problémů s užíváním drog u osob s tělesným postižením je vyšší než v běžné populaci. Konkrétní prevalence užívání drog se liší podle typu a etiologie tělesného postižení. Mezi zvláště rizikové skupiny patří lidé po traumatických úrazech, např. po úrazu páteře s následným poraněním míchy. Přibližně polovina všech úrazů s poraněním míchy následuje v souvislosti či po požití návykové látky (Heinemann, Doll & Schnoll, 1993).

Další rizikovou skupinou jsou osoby trpící chronickými bolestmi nebo svalovou spasticitou (Moore & Polsgrove, 1991). Není výjimečné, že je těmto jedincům najednou předepisována řada léků. I malé množství drogy v kombinaci s některými léky může působit škodlivě. Toto nebezpečí však bývá jak profesionály, tak samotnými postiženými podceňováno. Zvládnání fyzické bolesti primárně za pomoci léků nebo drog pak snadno vede ke stejnému způsobu řešení při psychických problémech. Veřejné mínění takového chování často ospravedlňuje tím, že tělesně postižení mají „právo“ užívat drogy, aby se tak zbavili bolesti či se vyrovnali s izolovaností a sociálními problémy (Ford & Moore, 1999).

Osoby s tělesným postižením, které mají problémy s návykovými látkami, je možné rozdělit do dvou hlavních skupin:

- typ A zahrnuje ty jedince, kteří měli problémy s drogami před vznikem tělesného postižení.
- typ B zahrnuje ty, jejichž problémy se objevují až po vzniku postižení.

Méně příznivé výsledky léčby se pak objevují u typu A. Typologie tohoto druhu má důležitý význam pro stanovení předpokládaného vývoje onemocnění, plánování terapeutických zásahů a stanovení reálných cílů léčby (Glass, 1980). Z dostupných výzkumů týkajících se vztahu zneužívání alkoholu a jiných drog u osob s tělesným postižením můžeme shrnout následující:

- Většina osob s tělesným postižením užívající drogy vykazuje problémy s těmito látkami již před vznikem postižení. Např. z šetření Heinemanna, Dolla & Schnolla (1989) vyplývá, že ze 103 osob s traumatickým poraněním míchy bylo 65 % identifikováno jako typ A, 6 % jako typ B a 29 % neuvodlo žádné problémy s psychoaktivními látkami ani před, ani po úraze.
- U velké většiny osob užívajících drogy došlo k tělesnému postižení následkem úrazu, a to v přímé souvislosti s užitím alkoholu nebo jiných drog.
- Pouze ojediněle začne člověk s tělesným postižením užívat návykové látky až po vzniku tělesného postižení.
- Užívání návykových látek může být pouze jednou z charakteristik širší osobnostní struktury, jež predisponuje člověka k tělesnému postižení a závislosti na návykových látkách.
- Diferenciální diagnostika, která na základě náchylnosti, expozice a následků určí klinický typ uživatele, může napomoci při plánování další intervence.

Dalším častým problémem u této populace je nadměrné užívání předepisovaných léků. Za zneužívání léků považujeme užívání předepsaných léků častěji nebo ve větším množství, než bylo lékařem stanoveno, nebo užívání těchto léků bez předpisu lékaře. Heinemann (1993) zkoumal skupinu 96 osob s poraněním míchy, u nichž došlo ke zranění před nejméně jedním rokem, a v době úrazu byly ve věku od 13 do 65 let. Mezi předepsované látky byly zařazeny benzodiazepiny, sedativa a hypnotika, barbituráty, paracetamol, antidepresiva, anticholinergika, amfetaminy a opioidní analgetika. Léky, u kterých je možný rozvoj závislosti, užívalo 43 % respondentů. Zneužívání jednoho nebo více předepisovaných léčiv uvedlo 24 % osob z této skupiny. Dále bylo zjištěno, že osoby, které užívaly léky na předpis, hůře přijímaly své postižení a trpěly depresemi ve větší míře než postižení, kteří tyto látky neužívali. Zajímavé však je, že k zneužívání předepisovaných léků docházelo nezávisle na užívání jiných drog.

4/3/2 Užívání drog u osob s tělesným postižením v České republice

V českém prostředí chybí systematické studie, které by se zaměřovaly na problematiku jedinců s tělesným postižením. Mezi několik málo prací patří studie Kachlíka (2011), Müllerové (2009) a Odstrčila (2009).

Odstrčil ve své studii získal informace od 30 respondentů, dospělých osob se získaným tělesným postižením. Ve zkoumaném vzorku se užívání nelegálních látek vyskytovalo jen ojediněle, avšak 50 % respondentů se získaným tělesným postižením se s některou nelegální drogou setkalo v zařízení poskytujícím zdravotní či sociální péči osobám s postižením. Přitom v těchto zařízeních není užívání ani distribuce návykových látek nijak systémově sledována.

P. Kachlík (2011) ve své práci *Problematika patologických závislostí v populační skupině osob s tělesným postižením* uvádí, že lze předpokládat, že vzhledem ke svému zdravotnímu omezení mohou jedinci s tělesným postižením více trpět odloučeností, obtížným hledáním partnera, přátel, zaměstnání, sebeuplatnění. Mohou prožívat své pocity jinou intenzitou či jiným způsobem než lidé „zdraví“. Pokud nenaleznou pomocnou ruku, hrozí, že někteří z nich budou řešit své potíže užíváním drog či jinými návykovými aktivitami. Z šetření J. Müllerové (2009) vyplynulo, že dávkování předepsaných léků nedodržuje 56 % dotázaných jedinců s tělesným postižením.

K. Pančocha (2009) se zaměřil na zjišťování dalších souvislostí mezi získaným tělesným postižením a užíváním návykových látek. Z jeho zjištění vyplynulo, že užívání návykových látek se před a po vzniku postižení příliš neliší. Respondenti uvedli pravidelné užívání nelegálních drog před vznikem postižení ve 30 % a po vzniku postižení ve 33 % případů. Tento výsledek tedy odpovídá předpokladu, že lidé před a po vzniku zdravotního postižení své chování ve vztahu k drogám příliš nemění.

Výjimečný přístup k získání informací o jedincích se zdravotním postižením použila J. Šperlová (2009). Pomocí metody sněhové koule a s využitím on-line dotazníku získala informace o užívání návykových látek u 524 respondentů se zdravotním postižením. To, zda jedinec patří do této skupiny, však bylo pouze na jeho subjektivní posouzení. Nadpoloviční skupinu souboru tvořili lidé s vnitřním onemocněním (51 %). Z výsledku vyplývá opět vysoká míra užívání léků, zejména sedativ. V posledním roce užilo alespoň jednou 96 % a denně či téměř denně 17,6 % respondentů. Při posledním užití získalo léky od přítele či známého skoro 12 % respondentů. Užití marihuany nebo hašiše v posledních 12 měsících uvedlo přes 70 % respondentů, u ostatních ilegálních drog se pak jedná pouze o jednotky respondentů.

Pod pojmem sluchové postižení si většina laiků představí zpravidla jen snížení schopnosti slyšet. Ve skutečnosti však existuje mnoho druhů a typů sluchových postižení, přičemž jejich projevy jsou velmi pestré. Nejčastějším důsledkem sluchového postižení je snížení intenzity sluchových vjemů. Tento stav se odborně nazývá hypoacusis, česky nedoslýchavost. U někoho může být sníženo vnímání na vysokých tónových frekvencích, u jiného naopak jen na nízkých.

kých kmitočtech, jindy může být porušeno vnímání celého tónového spektra (Strnadová, 1998).

Podle Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení z roku 1993 žilo v České republice přibližně 100 tisíc sluchově postižených osob, z toho 15 tisíc zcela neslyšících. Podle některých odhadů má sluchovou vadu v ČR až 500 000 osob (Pipeková, 1998). Znakový jazyk jako prostředek komunikace pak užívá přibližně 7 300 osob (Opatřilová, 2006). Podle ČSÚ (2007) je sluchově postižených pouze 75 000 osob. Opět se tedy setkáváme se značně rozdílným pohledem na to, kdo je a kdo není zařazen do skupiny osob se sluchovým postižením.

Při kontaktu se sluchově postiženými je možné využít dva základní komunikační systémy: audioorální systém – reprezentovaný mluveným jazykem majoritní slyšící společnosti a vizuálně motorický systém – zastoupený především znakovým jazykem, znakovým jazykem a prstovými abecedami (Opatřilová, 2006).

4/4/1 Užívání drog u osob se sluchovým postižením

Empirické výzkumy, které by ozřejmily, zda jsou návykové látky pro skupinu sluchově postižených vážným problémem, včetně prevalence problémového užívání a závislosti v této skupině, nejsou v ČR dostupné a ani v zahraničí nejsou prováděny. K největším překážkám výzkumu patří:

- nedůvěra sluchově postižených jedinců k většinou slyšícím výzkumníkům,
- strach z „označení“ nebo vyloučení z komunity sluchově postižených,
- neexistence standardizovaného nástroje pro rychlý sběr dat v této skupině,
- komunikační bariéry.

Odborníci se domnívají (např. McCrone, 1994; Zangar, 1990), že užívání alkoholu a jiných drog je v populaci sluchově postižených minimálně stejně rozšířeno jako v populaci obecné, avšak osoby se sluchovým postižením nemají dostatečný přístup k informacím o návykových látkách ani o možnostech podpory a služeb (Leigh, 1999). Materiály týkající se prevence užívání drog nezohledňují kulturní, jazyková a komunikační specifika osob se sluchovým postižením.

Lidé se sluchovým postižením, zejména neslyšící, se mnohdy za postižené vůbec nepovažují a cítí se být spíše příslušníky jazykové a kulturní menšiny (Pipeková, 2006). Z toho pramení i jistá uzavřenost této skupiny. Většina osob se sluchovým postižením se účastní aktivit, které se realizují uvnitř komunity sluchově postižených, a to může znamenat některé problémy např. při odvykání. Zatímco je obecně doporučováno, aby se zotavující se závislí vyhýbali známostem a prostředím, ve kterém dochází k užívání návykových látek, klienti se sluchovým postižením nemají příliš na výběr: ve výsledku jsou často osamělí nebo mají pouze omezený okruh přátel. Mají tedy tendenci spíše setrvávat ve vztazích se současnými přáteli, přestože zneužívají návykové látky (Leigh, 1999).

Zásadní bariéra v přístupu ke službám je spojena s komunikací. Aby mohl sluchově postižený klient plně využívat služeb terapeutického zařízení, je nutné vzít do úvahy kulturní a komunikační zvláštnosti této skupiny. Jednou z možností je využití tlumočnicka do znakového jazyka, ten však nemůže být přítomen po celou dobu trvání terapeutického programu. Jako nej-

vhodnější varianta se proto jeví zařazení klienta do programu, kde je přítomen terapeut, který ovládá znakový jazyk a zná kulturu neslyšících. Komunikace s ostatními klienty, jež ovlivňuje výsledek celého léčebného programu, je pro sluchově postiženého také problematická. Možnost plnohodnotné komunikace je tedy zásadní jak pro terapeuticko-vzdělávací část léčebného programu, tak pro část, kdy dochází k interakci mezi jednotlivými klienty (Leigh, 1999).

Tento model je však celosvětově velice málo rozšířen: jedním z mála specializovaných programů léčby závislostí zaměřený na sluchově postižené – The Minnesota Chemical Dependency Program for Deaf and Hard of Hearing Individuals – byl vyvinut ve Spojených státech a přijímá klienty z celého území USA a Kanady (Guthmann, 1996).

4 / 5**Osoby se zrakovým postižením**

Zrakové postižení zpravidla znamená, že schopnost postiženého jedince přijímat vizuální informace je omezena nebo ztížena. U nevidomých osob, tj. s nejtěžší formou zrakového postižení, je tato schopnost úplně vyloučena. Zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince, má vliv na jeho psychický i fyzický vývoj (Pipeková, 2006).

Tyto osoby můžeme rozdělit do několika skupin na základě určitých společných znaků či různých kritérií. Z hlediska adiktologie je důležité přihlížet k době vzniku a příčině vzniku postižení. Při problémech s drogami je z hlediska doby vzniku zásadní, zda se jedná o vadu vrozenou či získanou. Zrakové postižení získané v pozdějším věku přináší trauma, je subjektivně hůře snášeno a nese s sebou vyšší riziko užívání návykových látek.

V České republice žije asi 60 tisíc osob s těžkým zrakovým postižením. Dvě třetiny těchto postižení vznikají vlivem šedého zákalu, glaukomu, diabetu, cévních onemocnění, úrazů a dědičnosti. Jedna třetina pak nemá jednoznačnou etiologii (Pipeková, 2006). Podle ČSÚ žije v ČR 87 tisíc osob se zrakovým postižením (ČSÚ, 2007).

4/5/1 Užívání návykových látek u osob se zrakovým postižením

O lidech se zrakovým postižením a užívání drog existuje jen velmi málo informací, v ČR nebyly studie tohoto typu nikdy provedeny. Jedinou drobnou studii v rámci své závěrečné práce představuje Šárka Szökeová (2011). Výzkumu se zúčastnilo 48 studentů střední školy pro zrakově postižené a 63 jejich spolužáků bez zrakového postižení. Následně jsou popsány kauzistiky tří studentů se zrakovým postižením. Szökeová nejprve využila techniku dotazníku, který byl adaptován pro potřeby studentů se zrakovým postižením (zvětšen a také převeden do Braillova písma). Výsledky šetření opět naznačují, že ve způsobu užívání návykových látek, celoživotní prevalenci ani v postojích k návykovým látkám není mezi jedinci se zrakovým postižením a jejich vrstevníky bez postižení výrazný rozdíl.

Zvýšené riziko užívání návykových látek v této skupině je spojováno s izolovaností, nadbytkem volného času a vysokou nezaměstnaností (Nelipovich Et Buss, 1991). Jen velmi málo profesionálů pracujících v oblasti prevence a léčby závislostí na návykových látkách má zku-

šenosti s prací s klienty se zrakovým postižením. Jako velmi vhodná se proto jeví spolupráce služeb pro uživatele návykových látek s institucemi poskytujícími služby pro zrakově postižené (Ford & Moore, 1999).

4 / 6

Osoby s ADHD a přidruženými poruchami emocí a chování

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), tedy porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, patří do oblasti specifických poruch chování. Někteří odborníci chápou pojem ADHD jako shodný s lehkou mozkovou dysfunkcí – LMD (Žáčková, Jucovičová, 2005, s. 5; Munden, Arcelus, 2002, s. 11). Další autoři pojem LMD a ADHD diferencují z důvodu odlišných výchozíků či nestejné symptomatologie. Pojem lehkých mozkových dysfunkcí byl rozvíjen hlavně ve Velké Británii a vychází z konceptu mozkového postižení. ADHD, který je typický pro USA, vychází z konceptu deficitu určité funkce (Zelinková 2003, s. 203–204). Vzhledem k tomu, že většina dospělých s ADHD nevyužívá systém sociálních služeb ani zdravotnictví, nejsou o jejich počtech dostupné informace. Prevalence v dospělé populaci se odhaduje mezi 3–5 %.

4/6/1 Užívání drog u osob s s ADHD v zahraničí

Mnoho autorů (např. Biederman et al., 1997; Horner & Scheibe, 1997) uvádí, že děti s ADHD mají v období dospívání a dospělosti častěji problémy s návykovými látkami, než je tomu v běžné populaci. Není však zcela jasné, zda je samotné ADHD rizikovým faktorem pro pozdější zneužívání návykových látek, nebo se jedná o jiné poruchy chování, které jsou rizikovým faktorem a s ADHD se často vyskytují společně. Mohou to být např. specifické poruchy učení, emoční a anxiózní poruchy, opoziční chování či porucha řízeného chování.

Z mnoha výzkumů vztahu mezi ADHD a užíváním návykových látek uvedme například šetření Busche et al. (2002), které se zabývalo psychiatrickými zvláštnostmi dětí a mládeže s ADHD ve věku 6–18 let umístěných v psychiatrických či pediatrických léčebnách. Skupina jedinců s ADHD měla častěji problémy s návykovými látkami než skupina kontrolní. Mnohem častěji byly u této populace kromě ADHD zjištěny ještě další poruchy chování, avšak šetření, do jaké míry se jednotlivé poruchy překrývaly, nebylo provedeno.

Hledání vztahu mezi ADHD, poruchami řízeného chování a užíváním návykových látek bylo cílem populační studie dospívajících dvojčat, již provedli Disney, Elkins, McGue & Iacona (1999). Výsledky ukázaly, že vztah mezi ADHD a užíváním návykových látek byl způsoben pouze komorbiditou ADHD s poruchami řízeného chování. Byla však nalezena i jedna významná výjimka, a to závislost na nikotinu, která se velmi často objevovala u jedinců s ADHD, kteří netrpěli žádnou další poruchou.

V dalším výzkumu, jenž se zaměřil na vztah mezi ADHD, poruchami řízeného chování a užíváním návykových látek u dospívajících (Whitmore et al., 1997), byla zjištěna korelace mezi ADHD a závislostí na návykových látkách. Existují také doklady o tom, že ADHD vyskytující se

společně s další poruchou chování ještě dále zvyšuje riziko užívání návykových látek (Molina, Bukstein & Lynch, 2002).

4/6/2 Užívání drog u osob s ADHD v České republice

Zkoumat vztah mezi poruchami typu ADHD a zneužívání návykových látek v dospělosti lze zejména dvěma způsoby. První možností je zkoumat skupinu dospělých s problémy či závislostí na návykových látkách a zpětně zjišťovat, zda u nich bylo v období školní docházky diagnostikováno ADHD nebo zda tyto osoby vykazovaly chování, které by se dalo považovat za příznaky nediagnostikovaného ADHD. Tímto způsobem postupovala Benešová (2009) ve své výzkumné sondě mezi jedinci závislími na pervitinu. Ve studii bylo dotazováno 37 osob se závislostí. Dotazy směřovaly na příznaky nediagnostikované poruchy ADHD v dětství. Většina respondentů (27 z 37) vykazovala silné nebo střední příznaky poruchy v dětství a během školní docházky.

Tyto studie však mají své limity, neboť diagnostika v minulosti často nebyla vůbec provedena, a tak musí výzkumníci spoléhat na vzpomínky a školní i mimoškolní zážitky samotné zkoumané osoby. Dalším problémem při výzkumu je fakt, že u dospělých, kteří dlouhodobě užívají návykové látky, se mohou vyvinout poruchy pozornosti, hyperaktivita nebo impulzivita sekundárně jako důsledek návykového chování. Druhou možností je zkoumat skupiny žáků s ADHD a sledovat jejich vývoj až do období adolescence a dospělosti, kdy je u nich proveden screening na užívání návykových látek.

4 / 7

Doporučení

V USA a západní Evropě vznikají od osmdesátých let 20. století specializované služby, programy prevence i léčby zaměřené na osoby se zdravotním postižením v souvislosti s výzkumy napříč všemi typy postižení. V České republice chybí specializované služby, vzdělávací, preventivní i léčebně terapeutické programy pro osoby s postižením. Mnohé kroky pro zlepšení přístupu a zkvalitnění služeb pro lidi s postižením mohou však udělat i stávající organizace a služby. Upozorňujeme zde na některé takové kroky u každé skupiny zvlášť.

4/7/1 Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám s mentálním postižením

1. Lidem s mentálním postižením je užitečné nabízet zvýšenou individuální podporu.
 - Ta se může týkat například vyhýbání se viktimizaci, hledání smysluplného uplatnění (v případě, že nejsou schopni vstoupit na volný trh práce), rozvoji sociálních a komunikativních dovedností, získávání informací o svých právech, vhodných sociálních službách, finanční podpoře, na kterou mají nárok, a zaměstnání.
2. Je nutné odlišit problémy např. s pamětí, samostatným rozhodováním, plánováním a učením od obdobných příznaků způsobených užitím návykové látky.
 - Lidé s lehkým mentálním postižením mohou své postižení dobře skrývat, mohou mít např. velmi dobré sociální a komunikativní dovednosti a jimi překrývat svoje postižení.
3. Při práci s klientem s mentálním postižením je nutné prověřit, zdali si uvědomuje negativní důsledky svého chování (např. užívání návykových látek).

- Samotné vysvětlení, jak návykové látky ovlivňují ostatní aspekty života člověka, může být dostatečnou motivací pro jedince s mentálním postižením ke změně chování.
- 4. Při poskytování informací o návykových látkách je vhodné využít vizuální podpory, např. fotografie návykových látek, fotografie rizikových způsobů užívání atp.
 - Lidé s mentálním postižením mají často potíže s abstraktními koncepty, včetně pojmů týkajících se návykových látek (např. abstinence, droga) a jejich slovní zásoba je v tomto ohledu limitovaná. Při adaptaci služeb pro tuto skupinu je proto nutné provést úpravy v tištěných materiálech i ve verbální komunikaci s klientem směrem ke konkrétním myšlenkovým operacím.
- 5. Pro dostupnost služby je nutné upravit veškeré formuláře, které musí klient vyplňovat.
 - Je možné formuláře buď zjednodušit, anebo by měl být k dispozici pracovník, který s vyplněním vypomůže, přičemž porozumění textu je třeba opakovaně prověřovat (SAMHSA, 2008).
- 6. Při komunikaci s jedincem s mentálním postižením je vhodné řídit se některými pravidly, které předkládá například Jurkovičová (2010):
 - Udržujte při komunikaci oční kontakt, ale zároveň umožněte osobě s postižením kontakt přerušit. Můžete tak sledovat, zda vám člověk s mentálním postižením rozumí.
 - Při komunikaci používejte krátká slova, krátké věty, jednoduchá souvětí. Svoje myšlenky vyjadřujte jasně. Neužívejte cizí slova. Snažte se vyhnout zkratkám a žargonu. Používejte pomocné otázky, kterými se můžete ujistit, že vám klient rozumí.
 - Vyhybajte se abstraktním pojmům (abstinence, droga, motivace). V případě, že to není možné, objasněte je konkrétními příklady nebo vhodnými přirovnáními.
 - Mluvte pomalu. Snažte se, aby tempo vaší řeči klienta nezahlučovalo. Buďte trpěliví.
 - Dopřejte partnerovi dostatek času na odpověď, zvlášť když hovoříte s člověkem, který má vadu řeči a používá alternativní způsoby komunikace.
 - Dbejte na to, aby vaši řeč srozumitelným a čitelným způsobem provázela mimika a řeč těla.
 - Mějte na paměti, že lidé s mentálním postižením jsou většinou velmi sugestibilní (tzn. že nekriticky přijímají myšlenky druhých). Sugestibilními otázkami je možné velmi lehce člověka s mentálním postižením ovlivnit a manipulovat s ním.
 - Dospělého člověka s postižením oslovujte přímo. Pokud má s sebou asistenta nebo doprovod (rodiče, vychovatele nebo přítele) obraťte se na jeho doprovod jen v tom případě, pokud je to nezbytné.
 - Při komunikaci používejte řeč dospělých, klientovi vykejte. I když používáme jednoduché věty, neznamená to, že musíme používat zdvořilost, mluvit nahlas nebo zbytečně dlouho a triviálně.
 - Pamatujte na to, že lidé s mentálním postižením se v neznámém prostředí orientují s velkými těžkostmi. Osoba s mentálním postižením má problémy v směrové orientaci, těžkosti jí působí i číslice (římské číslice nemusí znát vůbec). Tedy, když chcete osobu s mentálním postižením za někým poslat, je lepší, když ji doprovodíte. Nežádka se totiž stává, že i když osoba s postižením danou místnost najde, má obavy do ní vstoupit.

4/7/2 Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám s tělesným postižením

1. Měla by existovat spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními, kde jsou hospitalizovány osoby s tělesným postižením (chirurgie, ARO, JIP), a poskytovateli drogových/adiktologických služeb.
2. Drogové/adiktologické služby by měly být uzpůsobeny na přijímání klientů s tělesným postižením – včetně bezbariérového přístupu.

3. Při práci s jedincem s tělesným postižením je důležité poskytovat některé specifické informace, zejména informovat klienta, že:
 - i mírné dávky drogy mohou zvýšit riziko zdravotních komplikací, úrazů a dalších problémů, zejména v kombinaci s užívanými léky,
 - alkohol a jiné drogy vedou u tělesně postiženého k většímu narušení motorické koordinace a svalové kontroly, a tím ještě více znesnadňují motorickou činnost.
4. Zdravotnický personál, který přichází do kontaktu s tělesně postiženým, by se měl aktivně zajímat o případné problémy se zneužíváním návykových látek a sledovat tyto rizikové faktory (Taylor, Kreuzer, Demm Et Meade, 2003):
 - zneužívání návykových látek před vznikem postižení,
 - intoxikace v době vzniku postižení,
 - porušování zákona spojené s návykovými látkami (např. řízení motorového vozidla pod vlivem návykové látky),
 - problémy s alkoholem a jinými drogami v rodině nebo mezi přáteli,
 - popírání nebo nedostatek vědomostí o nebezpečích spojených se zneužíváním návykových látek,
 - věk pod 25 let,
 - možnost samostatného pohybu a dostatečné finanční zajištění.

4/7/3 Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám se sluchovým postižením

1. Pracovníci drogových/adiktologických služeb by měli znát způsob, jak se sluchově postiženým komunikovat.
 - V ideálním případě by měly být veškeré intervence prováděny pracovníkem, který je schopen používat znakový jazyk.
 - V případě, že takový pracovník v zařízení není, je možné využít služeb tlumočnicka do znakového jazyka, který zná terminologii a koncepty užívané v adiktologii.
2. Po léčbě závislosti je nutné zajistit možnost doléčování klienta v místě jeho bydliště.
 - Sluchově postižený nemá vzhledem ke svým specifickým komunikačním potřebám možnost snadno měnit prostředí.
3. Prevence fenoménu *umožňování/enabling* u osob se sluchovým postižením.
 - Profesionálové, opatrovníci, rodinní příslušníci i přátelé často přehlíží nebo dokonce podporují užívání návykových látek u sluchově postiženého člověka, tzv. umožňování vychází z mylné představy, že užívání může napomoci sluchově postiženému při společenském kontaktu, pro navození pocitu štěstí a spokojenosti, nebo dokonce pro získání pocitu rovnocennosti s nepostiženými jedinci. Aby bylo možné dosáhnout pozitivních výsledků v léčbě, musí být také názory a chování okolí sluchově postiženého terapeuticky ovlivňováno (Leigh, 1999).
4. Vzdělávání pracovníků služeb v oblasti problematiky sluchového postižení je nutností pro všechny, kteří mohou přicházet do kontaktu se sluchově postiženými.
 - Vzdělávání by se mělo zaměřit na zprostředkování znalostí o kultuře neslyšících a možnostech komunikace, dále pak na vytvoření dovedností včasného rozpoznání příznaků zneužívání, preventivní strategie, možnosti léčby a doléčování.
5. Širší snahy na poli výzkumu.
 - V českém prostředí schází výzkum týkající se užívání návykových látek u osob se sluchovým postižením. Zejména pak longitudinální studie by měly objasnit rozsah problému a úspěšnost různých druhů terapeutických přístupů.
6. Využití terapeutů se sluchovým postižením při léčbě závislých se stejným postižením.

- Opatření může významně napomoci překonání kulturních bariér, bariér v komunikaci a vytvoření pozitivních vzorů (Leigh, 1999).

4/7/4 Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám se zrakovým postižením

1. Na začátku práce s osobou se zrakovým postižením je třeba učinit některé důležité kroky:
 - Zjistit, zda došlo nejprve ke zrakovému postižení a až posléze k rozvoji užívání návykových látek, nebo naopak (v případě, že je zrakové postižení vrozené a klient své postižení přijal, je vhodné zaměřit intervenci přímo na léčbu návykového chování; pokud se však jedná o postižení získané v nedávné minulosti, je nutné intervenci zaměřit nejprve na přijetí a přizpůsobení se vzniklému zrakovému postižení a až následně na léčbu závislosti).
 - Identifikovat, zda klient rozumí, o jaké onemocnění či k jakému úrazu u něj došlo, a zná prognózu tohoto stavu.
 - Výběr způsobu komunikace, který daný klient preferuje.
 - Pokud je slabozraký nebo nevidomý klient přijat do rezidenčního zařízení pro léčbu závislosti, je třeba jej co nejdříve seznámit s prostředím: orientačnímu procesu je nutné věnovat patřičný čas a pozornost, tak aby se v něm klient dokázal cítit bezpečně.
2. Při nabízení služeb osobám se zrakovým postižením je třeba přizpůsobit jim písemné materiály.
 - Materiály v běžné tištěné podobě jsou pro zrakově postiženého většinou bezcenné.
 - Jednou z možností je mít užívané materiály dostupné na audio zařízeních nebo pověřit vidící osobu přečtením těchto materiálů.
 - Nejprospěšnější je, pokud může být slabozrakému klientovi poskytnuto zvětšovací zařízení nebo pokud jsou pro nevidomého převedeny základní texty programu do Braillova písma. Cílem je pomoci klientovi dosáhnout co největší samostatnosti ve všech činnostech.
3. Do individuálního plánu práce s klientem je vhodné zapracovat specifická témata, např.:
 - stupeň přijetí (akceptace) svého stavu,
 - dovednosti (kompetence) ke zvládnání situace zrakového postižení (např. specializované rehabilitační kurzy, čtení a psaní Braillova bodového písma, schopnost rozpoznávání svršků a vhodného oblékání apod.

4/7/5 Doporučení pro zpřístupnění služeb osobám s ADHD

1. Pro zjištění problému typu ADHD u dopívajícího či dospělého jedince užívajícího návykové látky je nutné posuzovat jeho minulost pomocí základního zmapování, které může obsahovat otázky typu:
 - Měl/a jste na základní škole nějaké problémy s učením nebo chováním (předtím než jste začal/a užívat drogy)?
 - Bylo vám někdy diagnostikováno ADHD nebo nějaká porucha učení nebo chování?
 - Užíval/a jste někdy léky kvůli poruchám chování nebo učení?
 - Pomohly vám tyto léky?

Je však třeba si uvědomit, že u klientů užívajících návykové látky bývají problémy s pozorností nejčastěji způsobeny právě působením psychotropních látek. V období, kdy klient začne abstinovat, by se však tento druh problémů měl postupně vytráčet. Je tedy vhodné prověřovat symptomy opakovaně.

2. Pokud se pozornost a impulzivita nezlepšují ani v případě déletrvající abstinence, je třeba uvažovat o odborném vyšetření a terapii ADHD.

Literatura

- Barkley, R. A., Fisher, M., Eelbrock, C. S. & Smallish, L. (1990). *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. In An 8-year prospective follow-up study.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 546–557, 1990.
- Benešová, H. (2009). *Hyperkinetický syndrom a závislost na psychostimulanciích* (bakalářská práce). Brno: Masarykova Univerzita.
- Biederman, W., Wilens, M., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S. et al. (1997). *Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 21–29.
- Busch, B., Biederman, J., Glassner-Cohen, L., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E. et al. (2002). *Correlates of ADHD among children in pediatric and psychiatric settings.* Psychiatric Services, 53, 1103–1111.
- ČSÚ (n.d.). *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007* [cit. 2011-11-18]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>.
- Demers, J. (Ed.) (2003). *Alcohol, tobacco, and other drug prevention activities for youth and adults with disabilities.* Dayton: SARDI Program, Wright State University.
- Dick, J. (1996). *Signing for a high: A study of alcohol and drug use by deaf and hard of hearing adolescents* (dizertační práce). New Brunswick, NJ: Rutgers University.
- Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M. & Iacona, W. G. (1999). *Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence.* American Journal of Psychiatry, 156, 1515–1521.
- Edgerton, R. B. (1986). *Alcohol and drug use by mentally retarded adults.* American Journal of Mental Deficiency, 90(6), 602–609.
- Ford, J. A. & Moore, D. (1999). *Substance Abuse Resources and Disability Issues Training Manual.* Dayton: Wright State University.
- Glass, E. (1980–1981). *Problem drinking among the blind and visually impaired.* Alcohol Health and Research World, 5(2), 20–25.
- Gress, J. R. & Boss, M. S. (1996). *Substance abuse differences among students receiving special education school services.* Child Psychiatry and Human Development, 26(4), 235–246.
- Guthmann, D. (1996). *An analysis of variables that impact treatment outcomes of chemically dependant deaf and hard of hearing individuals* (dizertační práce). In Dissertation Abstracts International, 56(7A), 2638.
- Hebáková, M. a kol. (1997). *Zvláštní svět speciální školy: nejen o drogách na Speciální škole ve Slezské.* Praha: Institut sociologických studií FSV UK.
- Heinemann, A. W. (Ed.) (1993). *Substance Abuse and Physical Disability.* Binghamton, NY: Haworth Press.
- Heinemann, A.W., Doll, M. & Schnoll, S. (1989). *Treatment of alcohol abuse in persons with recent spinal cord injuries.* Alcohol Health and Research World, 13(2), 110–117.
- Horner, B. R. & Scheibe, K. E. (1997). *Prevalence and Implications of attention deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 30–36.
- Jucovičová, D. & Žáčková, H. (2005). *Dysgrafie.* Praha: D + H.
- Jurkovičová, P. (Ed.) (2010). *Komunikace a lidé s mentálním postižením.* Metodický materiál. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kachlík, P. *Podpora zdraví u dětí a mládeže s postižením a znevýhodněním.* In Opatřilová, D. (Ed.) (2006). *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v ranném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Masarykova univerzita.
- Kessler, D. & Klein, M. (1995). *Drug use patterns and risk factors of adolescents with physical disabilities.* International Journal of the Addictions, 30(10), 1243–1270.
- Kucharská, A. (1998). *Specifické poruchy učení a chování.* Praha: Portál.

- Leigh, I. (1999). *Psychotherapy with deaf clients from diverse groups*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Macháčková, H. (2008). *Dopady konzumace vybraných drog na žáky odborného učiliště* (diplomová práce). Brno: Masarykova Univerzita.
- McCrone, W. (1994). A two-year report card on Title I of the Americans with Disabilities Act: Implications for rehabilitation counseling with deaf people. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 28(2), 1–20.
- McGillicuddy, N. B. & Blane, H. T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors*, 24, 869–878.
- Molina, B. S. G., Bukstein, O. G. & Lynch, K. G. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 161–164.
- Molina, B. S. G., Smith, B. H. & Pelham, W. E. (1999). Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 348–358.
- Moore, D. & Polsgrove, L. (1991). Disabilities, Developmental Handicaps, and Substance Misuse: A Review. *International Journal of Addictions*, 26(1), 65–90.
- Müllerová, J. (2009). *Analýza závislostního chování u jedinců s tělesným postižením* (bakalářská práce). Brno: Masarykova Univerzita.
- Munden, A. & Arcelus, J. (2006). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Praha: Portál.
- Nelipovich, M. & Buss, E. (1991). Investigating Alcohol Abuse Among Persons Who Are Blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85(8), 343–345X.
- Odstrčil, M. (2010). *Specifika užívání návykových látek u osob s tělesným postižením* (diplomová práce). Brno: Masarykova Univerzita.
- Opatřilová, D. (Ed.) (2006). *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita.
- Pančocha, K. (2009). Zneužívání návykových látek u jedinců se získaným tělesným postižením. In M. Bartoňová & M. Vitková. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami III* (s. 31–40). Brno: Masarykova Univerzita.
- Pančocha, K. (2007). *Závislostní chování u osob s postižením*. In K. Pančocha & H. Vaďurová. *Aktuální směry výzkumu ve speciální pedagogice. Výzkum v dizertačních pracích postgraduálních studentů na Katedře speciální pedagogiky PdF MU* (s. 103 – 117). Brno: Masarykova univerzita.
- Pipeková, J. (Ed.) (1998). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Sacks, S. & Ries, R. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occuring Disorders: A treatment Improvement Protocol TIP 42*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Stinson, M. & Lane, H. (1994). *The potential impact on deaf students of the full inclusion movement*. Washington, DC: Gallaudet Research Institute.
- Strnadová, V. (1998). *Současné problémy české komunity neslyšících I. Hluchota a jazyková komunikace*. Praha: Univerzita Karlova.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SHAMSA). (2008). Substance Use Disorder Treatment For People With Physical and Cognitive Disabilities. Treatment Improvement Protocols [cit. 14. 11. 2011]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14408/>
- Szökeová, Š. (2011). *Problematika sociálně patologických jevů u žáků se zrakovým postižením* (bakalářská práce). Brno: Masarykova Univerzita.
- Šperlová, L. (2009). *Prevalence užívání návykových látek u zdravotně postižených osob*. (diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.
- Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál.
- Taylor, L., Kreuzer, J., Demm, S. & Meade, M. (2003). Traumatic brain injury and substance abuse: A review and analysis of the literature. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13, 165–188.

- Valenta, M. & Müller, O. (2004). *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta.
- Veselá, S. (2010). *Konsumace návykových látek na ŽŠ praktické a ZŠ běžného typu* (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Vitková, M. (1999). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.
- Vitková, M. (Ed.) (2011). *Speciálně pedagogická podpora dětí a mládeže se speciálně vzdělávacími potřebami mimo školu*. Brno: Masarykova univerzita.
- Waid, L. R., Larowe, S. D., Johnson, D. E. & Anton, R. F. (2004). Attention/deficit hyperactivity disorder and substance abuse. In H. R. Krenzler & J. A. Tinsley (Eds.) *Dual Diagnosis and Treatment: Substance Abuse and Comorbid Disorders* (pp. 349–386). New York, NY: Dekker.
- Whitmore, E. A., Mikulich, S. K., Thompson, L. L., Riggs, P. D., Aarons, G. A. & Crowley, T. J. (1997). *Influences on adolescent substance dependence: Conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender*. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 87–97.
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Zangar, M. (1990). *Deaf aftercare: Working toward a common goal*. In *Proceedings of the Substance Abuse and Recovery Conference: Empowerment of deaf persons*. Washington, DC: Gallaudet University.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení : specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha: Portál.



ŽENY

Magda Frišaufová, Renata Kalivodová, Pavel Nepustil

5 / 1

Mezinárodní perspektiva

Užívání drog u žen bylo v historii jednoznačně skrytým tématem a odpovídalo tomu i menší zastoupení žen v drogových službách (např. Stevens, Andrade & Ruiz, 2009). V současnosti se využívání drogových služeb z hlediska gender vyrovnává (EMCDDA, 2006), situace je však v různých zemích odlišná. Například údaje z Velké Británie vypovídají o tom, že z léčených uživatelů drog tvoří ženy jednu čtvrtinu (NTA, 2010), z nichž většina je matek.

Ačkoliv je užívání drog často nahlíženo jako genderově neutrální, tak pokud nahlédneme způsoby užívání drog, jednotlivé historie a sociální souvislosti užívání drog, najdeme velké rozdíly. Podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA, 2005; 2006) se z hlediska gender liší preference užívaných drog – u žen se jedná spíše o sedativa, tlumící látky a léky, ale například i důvody a věk počátku užívání nebo motivace a způsoby procházení léčbou.

Specifická situace žen, jež užívají drogy, je do velké míry ovlivněna jejich možným těhotenstvím, případně mateřstvím a péčí o děti. Těhotenství a mateřství může znamenat jak motivační faktor, tak i bariéru pro vstup ženy do léčby (Stevens, Andrade & Ruiz, 2009). Obecně však ženy většinou vyhledávají pomoc dříve než muži a ženy s dětmi si v léčbě vedou lépe než ostatní (NTA, 2007). Někteří autoři poukazují na spojitost mezi zkušenostmi s různými formami násilí na ženách a užíváním drog (např. Stocco et al., 2000; Trávníčková; 2001, Stevens, Andrade & Ruiz, 2009).

Tato specifika je tedy třeba brát v potaz při vytváření předpisů, služeb, intervencí, výzkumu apod. (NTA, 2007). Vzhledem k genderovým rolím ve společnosti, spojeným u žen například s jejich potenciální rolí matky a jí přisuzovanými charakteristikami, mohou ženy, které užívají drogy, čelit dvojí diskriminaci.

5 / 2

Specifika žen

Ženy v ČR stabilně tvoří přibližně třetinu žadatelů o léčbu. Genderové rozložení žadatelů o léčbu se dlouhodobě nemění a do jisté míry kopíruje odhadovanou strukturu problémových uživatelů drog v ČR – tedy poměr dva muži na jednu ženu. Z registru žadatelů o léčbu vyplývá, že mezi uživateli sedativ a hypnotik tvoří ženy více než polovinu a poměrně vysoký podíl žen je mezi uživateli stimulantů (zhruba 36 %), zatímco mezi uživateli opiátů tvoří ženy pouze 29 % (Mravčík et al., 2010).

V roce 2009 vzrostl celkový počet problémových uživatelů drog mezi ženami (Mravčík et al., 2010).

Trávníčková (2001) uvádí, že ženy jsou zranitelnější ve vztahu k alkoholu a že problémy s alkoholem souvisí častěji se závažovými situacemi v rodině nebo partnerském vztahu. Pití čas-

to probíhá osamocně a tajně s cílem odstranit nežádoucí psychické stavy. Za svoje pití se častěji stydí.

V případech pití alkoholu jde často o ženy ve věku 40–50 let, které jsou dobře situované a vzdělané (Trávníčková, 2001)

Na rozdíl v užívání drog mezi muži a ženami upozorňuje také několik demografických, biologických a sociálních ukazatelů. Ženy bývají ve vztahu k návykovým látkám zpravidla zdrženlivější než muži (Nešpor, 2007), berou menší dávky drog, ale závislost se u nich rozvíjí rychleji. Mívají nižší vzdělání, méně finančních zdrojů a v neposlední řadě bývají méně postiženy soudními řízeními (Sttoco, 2000).

5/3

Dvojitá stigmatizace

Společnost na základě genderových stereotypů nahlíží na muže a ženy odlišně, děje se tomu tak i v oblasti užívání drog. Ženy, které užívají návykové látky, tak mnohdy musí čelit dvojitou stigmatizací. Jsou společností stigmatizovány za to, že užívají nelegální drogy, a zároveň také za to, že užívají drogy a jsou ženy, protože tím dvojnásobně překračují svou genderovou roli. Užívání a závislost na drogách je tedy u žen společensky všeobecně hůře přijímána a tolerována. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který s sebou nese reálná rizika bránící ženám vystoupit z anonymity (užíváním drog může vést například k odnětí dětí z péče apod.) (Ettorre, 1992; Frišaufová, 2006; Kalina, 2008).

K této diskriminaci bohužel dochází mnohdy i ze strany zdravotních a sociálních institucí a jejich pracovníků, u kterých se žena rozhodne hledat pomoc. Ze strachu z odsouzení, ztráty anonymity nebo na základě předchozí negativní zkušenosti, se pak ženy často rozhodnou pomoc profesionálních institucí nevyhledávat, a tím jsou jejich zdraví, fyzická, ale i psychická integrita více ohroženy (Frišaufová, 2006; Kalina, 2008).

5/4

Genderové role

Genderové role ženy jsou ve společnosti velmi často spojovány s rodinným životem a péčí o ostatní. Zároveň jsou v mnoha oblastech ženy do velké míry závislé na mužích (např. finančně). Toto tradiční genderové uspořádání je možné sledovat i v užívání drog. Například věk prvního experimentu s drogou je u žen většinou nižší než u mužů, což může být vysvětleno tím, že ženy mají častěji starší partnery, kteří je dostanou do kontaktu s drogami (Kalina, 2003). Ženy pak mnohdy začnou drogy užívat při snaze partnerovi pomoci nebo s ním sdílet stejné zážitky a zkušenosti

Zajímavá je také tendence, na niž je upozorňováno i ve výzkumech, že ženy, které užívají drogy, častěji vyhledávají partnera, který drogy také užívá. Naopak muži častěji hledají part-

nerky, které drogy neberou, a mnohdy to vnímají jako způsob vyrovnání se se svou vlastní závislostí (Stocco et al., 2000).

Ženy se také častěji setkávají s odmítnutím nebo zavržením v důsledku své drogové kariéry ze strany svých rodičů i širší rodiny (Stocco, 2002).

Velkým tématem je také např. zdravotnictví, které je postavené jako „maskulinní prototyp“. Předepisování léků ženám a mužům se velmi liší. Jde hlavně o léky na spaní a na uklidnění. Např. benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům. Tak se vytváří velký počet žen závislých na těchto lécích (Kalina, 2003).

Tento farmakoterapeutický přístup je kritizován mj. také proto, že podporuje tradiční roli ženy, která by měla být funkční především v domácnosti a péči o rodinu, a také kvůli její tzv. větší emotivitě a citlivosti je nutné jí podávat léky „na uklidnění“ (např. Ettorre 1992). Tento trend, kdy ženy v mnohem větší míře než muži užívají různé léky na předpis, poukazuje na tendenci žen častěji využívat služeb, které jim umožňují legální přístup k potřebným drogám a zároveň je nestigmatizují jako uživatky drog. Žena tak přestává být „dvojí deviantkou“, ale stává se pacientkou (Vobořil, 2002). Zároveň tento legální přístup k lékům snižuje riziko odebrání dětí z péče.

V roce 2010 vydalo Centrum adiktologie překladovou publikaci Hlasy žen (Olszewski, Giraudon, Hedrich & Montanari, 2010), vycházející z rozhovorů se ženami – uživatkami drog. Všimá si jednak vyšší zranitelnosti žen, které užívají drogy, častějšího zneužívání než u mužů a potom specifické úlohy ženy jako matky. Zdůrazňují, že ženy během jejich užívání drog provází často mnohem větší stigmatizace, a to například když jsou ve vězení.

Na subjektivní důležitost rolí, které jsou ve společnosti ženě přisuzované, upozorňuje také narativní výzkum Černého, který dělal hloubkové rozhovory se šesti uživatkami heroinu nebo pervitinu, které s užíváním přestaly (Černý, 2009).

Také Maierová (2010) zjistila ve svém výzkumu, že ženská role, s ní spojené těhotenství a role budoucí matky hrají u uživatelek drog velmi významnou roli, a zároveň zjišťuje, že ve vztazích nacházejí motivaci především klientky ochranné léčby. Klientky dobrovolné léčby stavěly na první místo svoje zdraví. Zároveň upozorňuje i na vliv partnera, který může často ženu v závislosti udržovat.

Na důležitost tématu upozorňuje také kapitola ve sborníku Drogy a drogové závislosti (Vobořil, 2003).

U žen uživatelek drog se častěji než u mužů vedle diagnózy závislosti vyskytují zejména poruchy příjmu potravy, sociální fobie nebo posttraumatické stresové poruchy (Mravčík et al.,

2003), deprese a úzkostné stavy a závislost na alkoholu nebo tlumivých lécích, naopak méně časté u žen bývají poruchy osobnosti (Nešpor, 2000).

Duální diagnózy v léčbě přinášejí mnohé problémy. Velmi často například zvyšují bariéry při zapojení klientky do léčby, snižují její schopnosti mít z ní prospěch a případně vůbec v léčbě vytrvat. Jsou také častým spouštěčem relapsu (Mravčík et al., 2003).

5 / 6**Infekční onemocnění**

Rizikem přenosu infekčních nemocí nechráněným pohlavním stykem jsou více ohroženy ženy než muži. Pro snadnější přenos viru je zde několik důvodů: vaginální sekrece jsou méně infekční než mužské, pravděpodobnost nakažení muže ženou je tedy menší než naopak. Ženské pohlavní orgány představují větší plochu, která je vystavena přenosu viru HIV. Působení infikovaného semene je také vystavena delší dobu. Anální styk a styk během menstruace také zvyšují riziko nákazy virem. Vysoké riziko také představuje znásilnění, kdy dochází k velmi vážným poraněním a narušením vaginální sliznice, které nákazu virem velmi usnadňuje (Stocco et al., 2000).

5 / 7**Práce v sexbyznysu**

Poskytování placených sexuálních služeb a užívání drog jsou fenomény, které spolu často souvisí v zásadě dvěma způsoby. V prvním případě se jedná o ženy, které si na užívání drog vydělávají poskytováním sexuálních služeb. Velmi často se v těchto případech jedná o populární prostituci a tyto ženy jsou více ohroženy různými druhy zneužití, násilí apod. Druhým případem jsou ženy, které se k užívání drog dostanou v souvislosti se svojí prací v sexbyznysu. Tyto ženy pracují častěji v různých klubech apod. Liší se také druhem užívaných drog (častěji stimulační látky), méně často užívají drogy nitrožilně (Frišaufová, 2006).

V tomto kontextu je také důležité, jak je poskytování sexuálních služeb definováno. Ne vždy se musí jednat o poskytování služeb výměnou za peníze, ale také například za drogy nebo ubytování apod. Výhradními zákazníky také nejsou pouze anonymní muži, ale může se jednat o osoby, které žena velmi dobře zná, včetně potenciálních partnerů (Frišaufová, 2006).

5 / 8**Těhotné ženy a matky**

Sociodemografické charakteristiky těhotných žen a matek užívajících drogy mapovala ve své diplomové práci R. Kalivodová (2011). Zaměřila se na klientky kontaktních center a zjistila, že ženy z jejího vzorku jsou většinou svobodné, se základním vzděláním, bez příjmu a bez

stálého partnera, nejčastěji uváděná droga byl pervitin, většinou se s drogou setkaly v nízkém věku a aktuálně neměly dítě nebo děti ve své péči. Ve většině případů ale důvodem odebrání dítěte nebylo užívání návykových látek jako takových, ale celkově nepříznivá sociální situace matky a ztráta její schopnosti o dítě pečovat. Většina těhotenství těchto žen byla nechtěná. Neuspořádaný životní styl závislých žen často vede k vynechávání menstruačního cyklu, proto tyto ženy včas své těhotenství nerozpoznají. Většina žen, přestože zjistily, že jsou těhotné, nepřestaly s užíváním návykových látek.

Výzkum s klientkami TK Karlov (jediná terapeutické komunity v ČR, kde se mohou léčit ze závislosti těhotné ženy nebo matky společně s dětmi) provedla A. Koňáková (2011). Jejím cílem bylo zjistit, jak těhotenství klientek ovlivnilo jejich postoj ke svému užívání drog. Autorka zjistila častou ambivalenci: např. na jedné straně měla žena radost, na druhé straně strach z toho, zda se bude schopna ze své závislosti vyléčit a zda bude její dítě zdravé. Tento strach však v některých případech paradoxně vedl ještě k intenzivnějšímu užívání návykových látek ve snaze o oddálení problému. V mnoha případech však očekávané dítě bylo silným faktorem pro ukončení užívání drog. Zároveň se však u klientek objevovala obava z toho, co bude, až vyjdou z terapeutické komunity – především se obávaly relapsů a stigmatizace.

Těhotenství a případně snahu o zachování si péče o dítě je tedy u žen možné vidět jako silný motivační faktor pro nastoupení do léčby, ale i pro dlouhodobou abstinenci, u mužů tímto důvodem bývá častěji např. práce, nebo je jim léčba nabídnuta jako alternativa vězení (Stocco et al., 2000).

Tématem užívání návykových látek v těhotenství se zabývají Tomáš Binder a Blanka Vavřínková z Gynekologicko–porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (Binder & Vavřínková, 2006).

Dostupné informace o fetálním alkoholovém syndromu sesbírala pro účely své bakalářské práce Staňková (2009), ve které uzavírá, že alkohol v těle matky má nejhorší zdravotní důsledky pro plod ze všech drog.

Ve starších číslech časopisu Alkoholizmus a drogové závislosti vyšlo několik článků o efektech užívání drog na novorozence (Drobná, Chovancová, Urbanová & Belan, 1999; Huttová et al., 1999; Trnka, Šagát, Tuhársky, Novák & Topolsky, 1997).

V roce 2003 se problematice závislých matek s dětmi věnovala také Preslová (2003) v editovaném sborníku.

V ČR není příliš služeb, které vycházejí vstříc přímo potřebám žen. Jedním z nich je Centrum pro rodinu provozované organizací Drop In, o.p.s., systém péče popisují na webových stránkách organizace autorky Sedláčková a Žižková (nedatováno).

Dalším zařízením je Terapeutická komunita Karlov, která k léčbě závislosti přijímá těhotné ženy a potom matky s dětmi.⁶

Pro ženy závislé na alkoholu vzniklo v roce 2007 občanské sdružení Alma Femina nabízející poradenskou a informační činnost pro ženy, které mají problém se zneužíváním alkoholu, podporu začleňování žen závislých na alkoholu zpět do společnosti a podporu vlastních aktivit závislých žen.

Ačkoliv v ČR neexistuje mnoho služeb poskytovaných výhradně ženám, mnohé organizace se na specifickou situaci žen zaměřují, respektive jsou k ní citlivější. V terapeutických komunitách to mohou být například „ženské skupiny“, vymezený čas v kontaktním centru pouze pro ženy apod.

5 / 10 Doporučení

Zohledňování gender perspektivy při tvorbě nových a úpravě stávajících služeb:

- systematické zapojování uživatelky drog do navrhování, plánování, realizace, sledování a hodnocení programů pro ně určených,
- více specializovaných, podpůrných a anonymních služeb pro ženy – uživatelky drog, především pro těhotné,
- více rezidenčních léčebných programů pro ženy (tj. jeden z prostředků ke snížení počtu žen posílaných do vězení),
- dostatek vhodného ubytování pro ženy aktivně užívající drogy, které byly vystaveny násilí.

Rozvoj spolupráce adiktologických zařízení a státních institucí:

- ochota spolu mluvit, respektovat se, hledat řešení,
- například spolupráce mezi adiktologickými zařízeními a gynekologicko-porodnickými pracovišti.

Zlepšení informovanosti odborného zdravotnického personálu:

- větší znalosti drogové problematiky u lékařů a gynekologů (větší empatie a všímavost pro navázání vztahu s předpokládanou užívatelkou drog, včasné řešení problému, více informací pro gravidní ženy, informování o nebezpečnosti konzumace drog na zdravý vývoj plodu, letáky v čekárnách).

Zlepšení informovanosti personálu drogových služeb:

- pracovníci a pracovnice služeb pro uživatele drog by měli být schopni identifikovat, ale také pracovat (včetně odkázání do specializovaných služeb) s problémy, které s užíváním drog souvisí, nebo mu předchází a tvoří tak podstatnou součást celé klientčiny situace (např. poruchy příjmu potravy a další duální diagnózy, zkušenost s různými formami násilí apod.),

6 Blíže viz: [http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk).html) [03.04.2012]

- při práci s klientkami je třeba zaměřit se na informace o metodách bezpečnějšího sexu, které jsou co nejvíce praktické (např. používání kondomu, lubrikačního gelu apod.) a také diskutovat zvýšené rizikové faktory (např. kdo představuje rizikové sexuální partnery).

Rozvoj citlivého přístupu při práci s těhotnými ženami nebo matkami užívajícími drogy:

- práce s ženami, které užívají drogy během těhotenství nebo mají ve své péči děti, může být mnohdy spojena s nelehkými etickými tématy,
- je podstatné, aby se pracovníci a pracovnice snažili jednat co nejméně zatížení negativními předsudky a stereotypy a nepřispívali tak k ještě silnější stigmatizaci klientky,
- fakt, že žena užívá drogy, by neměl vést automaticky k přesvědčení, že je špatnou nebo nevhodnou matkou a o dítě nemá zájem, na druhou stranu je velmi stigmatizující očekávat od klientky, která se dozví, že je těhotná, že samotná tato informace pro ni bude automaticky dostatečným důvodem a motivací pro (okamžitou) abstinenci,
- pomoc by měla být zaměřena vícevrstevně, kdy je v rámci individuální a/nebo skupinové terapie věnována pozornost ženě samotné, podpoře vztahu mezi ní a dítětem, a také otci dítěte (případně dalším příbuzným),
- je důležité, aby byli pracovníci a pracovnice připraveni s klientkami otevřeně hovořit i o možnostech interrupce nebo vzdání se péče o dítě jako o možných řešeních, ze kterých má klientka možnost si vybrat.

Literatura

- BBC. (2004). *Pay addicts not to have children*. BBC News Saturday, 13 March, 2004, 20:42 GMT. [cit. 20.11.2011]. Dostupné z: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/3508084.stm.
- Binder, T. & Vavřínková, B. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Campbell, N. (2000). *Using Women: Gender, Drug Policy and Social Justice*. Routledge.
- Černý, J. (2008). *Proměny identity u žen s drogovou kariérou v kontextu rodinných vztahů*: Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Drobná, H., Chovancová, D., Urbanová, T. & Belan, V. (1999). Patologické změny CNS u novorozenců matek závislých od heroínu. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 34(1).
- EMCDDA. (2005). *Differences in Patterns of Drug Use between Women and Men*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA. (2005). *A Gender Perspective on Drug Use and Responding to Drug Problems*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA. (2006). *Annual Report 2006: Selected Issues. Selected Issue 2: A Gender Perspective on Drug Use and Responding to Drug Problems*. Lisbon: EMCDDA.
- Ettorre, E. (1992). *Women and Substance Use*. London: MacMillan.
- Ettorre, E. (1995). *Gendered Moods: Psychotropics and Society*. Routledge.
- Ettorre, E. (2007). *Revisioning Women and Drug Use*. New York: Palgrave Macmillan.
- Frišaufová, M. (2006). *Životní situace ženy uživatelky drog*: diplomová práce (Bc.). Brno: Masarykova univerzita.
- Huttová, M., Drobná, H., Jurkovičová, J., Pavelková, M., Chovancová, D. & Hartmanová, I. (1999). *Následky závislosti těhotných žen od alkoholu a drog pre plod a novorodenca*. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 34(2).
- Inciardi, J., Lockwood, D. & Pottieger, A. (1993). *Women and Crack Cocaine*. New York: Macmillan.
- Kalina, K. (2008). Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.

- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti, díl 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalivodová, R. (2011). *Závislost na drogách u těhotných žen a matek*: diplomová práce. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Koňáková, A. (2011). *Těhotenství uživatelék návykových látek*: diplomová práce (Bc.) Brno: Masarykova univerzita.
- Maierová, E. (2010). Motivace uživatelék návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, 10(4), 236–245.
- Mravčík, V. et al. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2002*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., et al. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. vyd. Praha: Portál.
- NTA. (2010). *Women in Drug Treatment: What the Latest Figures Reveal*. London: The National Treatment Agency for Substance Minuse.
- Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D. & Montanari, L. (2010). *Hlasy žen. (Učební texty.)* Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN.
- Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In K. Kalina, a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.) (2009). *Ženy a drogy: sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.
- Rosenbaum, M. (1981). *Women on Heroin*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Sedláčková, S. & Žižková, B. *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v ČR* [cit. 2011-11-20].
Dostupné z: <http://www.dropin.cz/odborne-texty/44-odborne-texty/111-system-pece-o-tehotne-uzivatelky-drog-drogove-zavisle-zeny-a-jejich-deti-v-cr>.
- Staňková, B. (2009). *Negativní důsledky drogové závislosti v těhotenství – Fetální alkoholový syndrom*: diplomová práce (Bc.) Brno: Masarykova univerzita.
- Sterk, C. E. (1999). *Fast Lives : Women Who Use Crack Cocaine*. Temple University Press.
- Stevens, S. J., Andrade, A. R. C. & Ruiz, B. S. (2009). Women and substance abuse: Gender, age, and cultural considerations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8, 341–358.
- Stocco, P. ed. (2002). *Women and Opiate Addiction: A European Perspective*. Valencia: IREFREA.
- Stocco, P. et al. (2000). *Women Drug Abuse in Europe: Gender Identity*. Venezia: IREFREA.
- Svobodová, E. & Čermák, B. (2004). Výzkumná studie těhotných uživatelék drog a matek s drogovou závislostí v Jihočeském kraji. *Sociální práce*, (4), 83–102.
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Trnka, P., Šagát, T., Tuhářský, J., Novák, I. & Topolský, I. (1997). *Abstinenční syndrom u novorozence matky závisléj od heroínu - léčba Tramadolom*. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 32(1), 33.
- Vavřínková, B. & Binder, T. (2007). *Zaostřeno na drogy: Návykové látky v těhotenství*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Velemínský, M. & Žižková, B. (Eds.) (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: TRITON.
- Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.



SENIOŘI

Alžběta Bártová, Pavel Nepustil

Problematika zneužívání návykových látek ve stáří je zanedbávaným tématem nejen u široké veřejnosti, ale i mezi odborníky. V České republice neexistuje žádná souhrnná publikace, která by se tomuto tématu věnovala. Informace lze čerpat pouze z krátkých úseků či zmínek v knihách zabývajících se seniory (Baštecký, Kümpel & Vojtěchovský, 1994) či závislostmi (Nešpor, 2000) všeobecně a několika odborných článků (Krombholz & Drástová, 2010) a diplomových prací specializovaných konkrétně na toto téma. Vzhledem k závažnosti tohoto fenoménu je to skutečně málo, tento jev totiž zdaleka není ojedinělý a dá se mu předcházet, pokud nebude opomíjen (Bártová, 2011).

Hlasy varující před nepřipraveností drogových služeb na zvyšující se procento starších uživatelů drog se začaly objevovat teprve v posledních pěti letech. Evropsí odborníci zdůrazňují, že pomoc uživatelům drog ve stáří vyžaduje povědomí o specifických zdravotních i sociálních souvislostech spojených se stářím, které poskytovatelé služeb, zvyklí pracovat převážně s mladou generací, nemusí mít (EMCDDA, 2008; Gossop & Moos, 2008; Beynon, 2009). Je zapotřebí brát na vědomí, že přístup k seniorům zneužívajícím návykové látky by měl být zcela odlišný od přístupu k uživatelům mladé generace, a to hned z několika důvodů:

1. Příčiny vzniku závislosti ve stáří mají zcela jiný charakter. Velmi často se jedná o příčiny psychosociální, kdy jako hlavní z nich je uváděna osamělost, která vede k depresím a úzkostem, a tím se stává jedním z pilířů, proč lidé utíkají před realitou pomocí léků a návykových látek. Častou příčinou je také snížená adaptabilita a neschopnost vyrovnat se se změnami, které stáří přináší. Psychosociálních faktorů vedoucích ke vzniku závislosti ve stáří je však podstatně více. V tomto kontextu je důležitá primární prevence, tedy snaha zabránit jakýmkoli nežádoucím vlivům, které by seniora mohly dovést do fáze závislosti. Seniors lze rozdělit na ty, jejichž rodina funguje normálně, zde tedy tento úkol patří právě rodině, a ty seniory, kteří žijí osaměle a jejich situace tak představuje zvýšené riziko. Zde by měli úlohu rodiny převzít sociální pracovníci, mapovat situaci takto ohrožených starých lidí a seniorovi nabídnout adekvátní alternativní možnosti, jak se svým životem v postproduktivním věku smysluplně naložit. Tato služba je v ČR velmi nedostatečná (Bártová, 2011).
2. Jako startér zneužívání návykových látek ve stáří velmi často fungují i příčiny fyzické (bolest, úzkost až deprese, nespavost). Všechny z těchto fyzických problémů mají více řešení než nadužívání léků či alkoholu, je však třeba o těchto možnostech seniory informovat, neboť není neobvyklé, že závislosti propadnou jen díky nezalosti. Je důležité, aby seniři znali alternativy k užívání velkého množství léků (např. vhodně zvolená obuv v případě ortopedických problémů). Pokud již ke škodlivému chování ve vyšším věku dojde, je nejdůležitější, aby senior pochopil, o čem se jedná – měl by tedy mít dostatek informací o svém problému a uvědomovat si rizika, která s sebou toto chování přináší. Společnost by mu potom měla poskytnout jakousi záchrannou síť formou sekundární a terciární prevence, tak jako to činí pro jiné ohrožené sociální skupiny (Bártová, 2011).
3. Polyfarmakoterapie, která s sebou přináší mnoho komplikací, jako jsou např. nežádoucí polékové reakce. Často seniři vnímají fakt, že užívají velké množství různých léků jako záruku zdraví, což může vést k velmi problematické samomedikaci. V tomto kontextu by byla zapotřebí kvalitní osvěta a např. elektronické karty, aby nedocházelo k tomu, že jsou

seniorovi předepsány různé léky různými specialisty. Praktický lékař v podstatě nemá možnost zjistit, jestli má pacient také jiného lékaře. Často se stává, že jsou hospitalizováni pacienti, kteří mají nějakým způsobem zhoršené kognitivní funkce, což bývá i z důvodu toho, že mají předepsané velké množství léků, které se navzájem vylučují. Když jsou jim při vstupním vyšetření vyškrtány léky, které pacient nepotřebuje, po několika dnech se vrací do normálu. Dalo by se tedy říci, že seniori jsou často intoxikováni množstvím léků, které mají předepsány nebo užívají podle vlastního uvážení. Seniori mají většinou doma mnoho léků, které se třeba už vůbec nevyrábějí – často se jedná o léky, které už nejsou na trhu, protože zvyšují závislost (Červenka – ústní sdělení, 2011).

4. Velmi častým a nebezpečným problémem je také nesprávné užívání předepsaného léku a neschopnost (např. z důvodu psychického stavu pacienta) řídit se pokyny lékaře. Neobvyklé není ani cílené předávkování se sebevražednými úmysly.
5. Nešpor (2010) uvádí konkrétní specifika, na která je třeba při odvykání závislého seniora dbát: pomalejší tempo, poruchy paměti, sociální síť, pomoc při adaptaci, celkové zlepšení životního stylu.
6. V roce 2010 Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti toto téma ještě více zdůraznilo – podle statistik v některých zemích podíl klientů starších 40 let překročil hranici 20 %, v případech substituční léčby někde dokonce 50 %. Tyto údaje se týkají především západní Evropy – nejvíce Portugalska a Španělska, ale vzhledem k pozdějšímu začátku drogové epidemie ve střední a východní Evropě lze tento trend očekávat v nadcházejících letech i v této oblasti (EMCDDA, 2010).

6/2

Užívání drog mezi seniory

Údaje o užívání nelegálních drog osobami staršími 50 let se v České republice objevují spíše jako kuriozity anebo jako mediální senzace. Nicméně v zemích, kde je péče o uživatele nelegálních drog dlouhodobě na vysoké úrovni, se průměrný věk životů uživatelů drog stále zvyšuje a v Nizozemsku vznikají například i první domovy pro seniory uživatele drog (Ford, 2011).

V České republice se dostupné studie o užívání návykových látek mezi seniory soustředí především na nadužívání či zneužívání léků. Na toto téma vycházejí v posledních letech některé bakalářské a diplomové práce v různých oborech (Netík, 2008; Faiferová, 2011; Bártová, 2011; Pospíšilová, 2011). Mezi návykové látky nejčastěji užívané seniory patří: (1) alkohol, (2) hypnotika a anxiolytika, (3) analgetika – jak opioidní, tak nesteroidní protizánětlivé látky, které sice nejsou řazeny mezi návykové látky, ale Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v souvislosti s nimi hovoří o abúzu.

Alkohol

Problematice nadužívání alkoholu mezi seniory je sice v ČR věnována největší pozornost mezi výše zmiňovanými látkami, ale neexistuje žádná ucelená studie, která by přinášela jasné statistiky či doporučení. Kalvach et al. (2004) uvádějí, že mezi seniory je 10–15 % mužů a 6–8 % žen, kteří nad užíváním ztrácejí kontrolu a alkohol se pro ně stává drogou. Z jiných

zdrojů zase vyplývá, že se odhady škodlivého užívání a závislosti na alkoholu ve stáří pohybují mezi 8–50 %. Z této informace je jasné patrné, že tato oblast potřebuje blíže zmapovat.

Závislost na alkoholu je mimo jiné kontraindikací pro přijetí do domovů pro seniory, což způsobuje další problémy, jako např. bezdomovectví. Tomuto tématu z různých pohledů se věnuje seminář „Problémový klient. Práce se seniorem závislým na alkoholu – domov se zvláštním režimem“ pořádaný v DD Sloup v Čechách vedoucím oddělení pro psychotiky a alkoholiky Štěpánem Haškem, který zdůrazňuje, že je třeba vypořádat se s touto problematikou ve většině domovů pro seniory.

Hypnotika a anxiolytika

Poruchami spánku trpí 30–50 % a úzkostnými stavy 10–15 % z populace seniorů. Z tohoto důvodu jsou hypnotika a anxiolytika nejčastěji předepisované psychoaktivní léky užívané seniory. Výhodou těchto léků je nízká toxicita, dobrá snášenlivost i fakt, že předávkování nezpůsobuje smrt. Velkou nevýhodou na druhé straně pak je riziko rozvoje kognitivních poruch a nebezpečí výskytu epileptických záchvatů.

Nejužívanější skupinou léků na spánkové poruchy i úzkost jsou benzodiazepiny. Rizika předepisování benzodiazepinů ve stáří shrnuje například Netík (2008). Upozorňuje na to, že u geriatrických pacientů může mít stejná dávka léku daleko škodlivější účinky, například na kognitivní funkce. Mohou také prohloubit běžné „geriatrické“ symptomy, jako například kognitivní dysfunkce, polékové deprese, ortostatické hypotenze, polékový parkinsonismus apod. Lékaři by se tedy měli důkladně seznámit s léčivými potenciálně nevhodnými ve stáří, jinak mohou být tyto příznaky diagnostikovány jako nová onemocnění a léčeny dalším přípravkem. Obecně platí, že by terapie benzodiazepiny u geriatrických pacientů podle stávajících doporučení neměla překročit časový horizont dvou týdnů v hypnotické indikaci, čtyř týdnů v terapii úzkostí a tří měsíců při zahajovací léčbě panických stavů a antidepresivní léčby.

L. Dražďáková, A. Hošková, I. Peterková a L. Staniczková (2010) doporučují vyvarovat se v chronické léčbě podávání dlouhodobě působících benzodiazepinů, neboť mají právě ve stáří významně prodloužený eliminační poločas (z 50 až na 110–200 hodin) a kumulují se v tkáňové tkáni. Při léčbě těmito léčivými jsou mnohdy zaznamenávány polékové reakce, např. přetrvávající denní sedace, psychomotorický útlum, vyšší incidence pádů a zlomenin, projevy agresivity, paradoxní úzkosti, postižení kognitivních funkcí.

Analgetika

Bolest je pro stáří typická a má svá specifika. Při její léčbě je třeba stanovit si reálné cíle s ohledem na povahu bolesti a prognózu zdravotního stavu. V úvahu je třeba brát i priority daného seniora a jeho sociální zázemí, neboť v některých případech (při léčbě velmi silné bolesti, kdy jsou předepisovány opioidní analgetika) je při léčbě potřebná asistence rodiny či blízké osoby. Mezi seniory jsou často nadužívána analgetika bez lékařského předpisu, která však při nesprávném užívání mohou způsobit nežádoucí reakce (trávící obtíže jsou nejčastější). Z tohoto důvodu je třeba lepší orientace v této oblasti a informovanost o alternativách k užívání analgetik, například ortopedická obuv při bolestech kloubů apod. Problematice bolesti, která je pro stáří typická, a předepisování léků se věnuje článek J. Lavičkové a J. Kozáka (2010) v časopise Adiktologie.

V České republice byla nalezena nejvyšší prevalence preskripce ve stáří ze všech evropských zemí (Fialová, Topinka & Gambassi, 2005). Podle této studie mají na fenomén velký vliv preskripční zvyklosti a neznalost geriatrických pravidel. Může jít například o výběr nesprávné dávky, dávkovacího intervalu, upřednostnění nevhodného léčiva apod. Nevhodná léčiva byla často předepisována vzhledem ke špatné ekonomické situaci pacienta. Patří totiž obvykle k nejlevnějším lékovým alternativám s ohledem na celkovou cenu i doplatek pro pacienta.

Výše zmíněné závislosti jsou v souvislosti se stářím zmiňovány nejčastěji, ale rozhodně nejsou jediné. V tomto kontextu se lze nejčastěji setkat s gamblingem, tedy patologickým hráčstvím, které je třeba zmínit, přestože se nejedná o drogu v pravém slova smyslu. V nejvyšší míře se jedná o závislost na hracích automatech, kdy toto chování typicky souvisí se škodlivým užíváním alkoholu (Krombholz & Drástová, 2010). Stejně jako jiné škodlivé chování má i gambling ve stáří své specifické rysy a rizika, které popisuje Nešpor (2011).

Užívání psychoaktivních léků je v posledních letech sledováno několika výběrovými šetřeními zaměřenými především na zdravotní stav populace nebo na užívání alkoholu a nelegálních drog, samotné užívání léků je mapováno pouze okrajově. Staří lidé jsou považováni za skupinu, u které je vysoké riziko zneužívání léků. V ČR byla realizována výběrová šetření zaměřující se na rizikové skupiny (děti, senioři, ženy); projekt Aged in Home Care je jako jediný přímo zaměřen na užívání léků v populaci seniorů. Podle Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v r. 2008 jsou nejčastěji předepisované léky na bolesti kloubů (11,2 %) a léky na bolesti krku a zad (10,5 %), kdy opět vyplývá, že léky užívají ženy častěji než muži (Nechanská & Mravčík, 2012, s. 16).

Obecně se užívání léků s věkem zvyšuje, což dokládají Nechanská & Mravčík (2012, s. 16) v následující tabulce:

Tabulka 2: Užívání předepsaných léků na jednotlivé potíže podle pohlaví a věku (v %)

Věková skupina	Předepsané léky na:											
	bolesti			deprese			duševní napětí nebo úzkost			spaní		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
15–24	6,0	9,9	7,9	0,0	0,6	0,3	0,0	3,1	1,5	1,2	2,5	1,8
25–34	7,8	9,2	8,5	1,5	0,0	0,8	0,0	1,1	0,5	0,5	0,0	0,3
35–44	9,5	18,7	14,3	0,7	4,2	2,6	0,7	3,0	1,9	1,4	7,2	4,5
45–54	15,8	26,2	20,8	2,0	5,0	3,4	0,7	3,5	2,0	2,0	6,4	4,1
55–64	22,0	33,3	27,7	3,2	5,6	4,4	3,2	2,5	2,8	7,0	9,3	8,2
65–74	26,8	37,4	32,9	0,0	4,1	2,4	2,9	5,1	4,1	2,9	14,3	9,5
75+	47,8	63,3	58,1	2,2	11,6	8,3	2,2	11,6	8,3	21,7	32,2	28,6
Celkem	14,8	24,8	19,9	1,4	3,8	2,6	1,1	3,6	2,4	3,3	8,2	5,8

Z tohoto důvodu je třeba fenomén zneužívání léků a návykových látek ve stáří blíže monitorovat a připravit síť sociálních služeb zabývajících se osvětou, primární, sekundární a terciární prevencí.

6 / 3

Doporučení

Téma užívání drog u seniorů se objevilo teprve nedávno, a to jak v ČR, tak i v mezinárodním kontextu. Pro lepší orientaci v tomto tématu je zapotřebí realizovat výzkumnou studii, která by mohla mít následující cíle:

- identifikovat specifika dlouhodobých uživatelů drog, kteří přicházejí do seniorského věku,
- zjistit, jaké místo má ve službách pečujících o seniory téma užívání drog,
- zjistit, jak jsou u seniorů subjektivně vnímány drogy a závislosti.

Pokud jde o zneužívání léků, z uvedených zdrojů vyplývají následující doporučení:

- zvýšit povědomí lékařů předepisujících léky seniorům o lécích nevhodných ve stáří a prohloubit spolupráci mezi jednotlivými specialisty pečujícími současně o konkrétního seniora,
- informovat seniory o úskalích dlouhodobého užívání určitých typů léků,
- nabídnout seniorům vhodnou službu, kde mohou vzniklou závislost na lécích řešit,
- informovat seniory o alternativách k užívání léků,
- osvěta osob pečujících, aby vznikající problém včas rozpoznaly a mohly mu zabránit.

Nadměrné užívání léků i alkoholu má ve stáří konkrétní důvody, které může společnost pomoci seniorovi překonat. Z tohoto důvodu je zapotřebí zaměřit komunitní plánování s tímto vědomím na služby pro seniory.

Literatura

- Bártová, A. (2011). *Problematika zneužívání léků a návykových látek ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, Katedra psychosociálních věd a etiky.
- Baštecký J., Kumpel Q., Vojtěchovský M. a kol. (1994). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum.
- Beynon, C. M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age and Ageing*, 38, 8–10.
- Červenka V. (2011). Ústní sdělení. Psychiatrická léčebna Bohnice, pavilon 9, 12. 7. 2011.
- EMCDDA. (2010). *Treatment and Care for Older Drug Users*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug, Selected issue.
- EMCDDA. (2008). *Substance Use among Older Adults: A Neglected Problem*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug.
- Faiferová, M. (2011). *Úskalí užití léků ve stáří*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ošetřovatelská péče v gerontologii. Vedoucí diplomové práce Mgr. Renata Živorová.
- Fialová, D. Topinková, et al. (2005). Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*, 293(11):1348–1358
- Ford, M. *Old habits die hard for ageing addicts*. The Guardian, Wednesday 26 January. Dostupné z: <http://www.guardian.co.uk/society/2011/jan/26/older-drug-users-habits-die-hard>

- Gossop M, Moos R. (2008). Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*, 103, 347–348.
- Kalvach Z., Zadák Z., Jirák R., Zavázalová H., Sucharda P. a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Krombholz, R. Et Drástová H. (2010). Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi*, 11(3), 95–98.
- Nechanská, B. Et Mravčík, V. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice*. Praha: Úřad vlády.
- Nešpor K. (2010). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor K. (2011). *Hazard a patologické hráčství u seniorů* [cit. 9. 7. 2011]. Dostupné z: www.drnespor.eu/g-elde.doc.
- Nešpor K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Netík, V. (2008). *Kazuistika osoby se závislostí na benzodiazepinových preparátech*. Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN, bakalářská práce.
- Pospíšilová, J. (2011). *Bezmoc stáří a právo. Sociálně-psychologické a právní problémy*: bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta.



LESBICKÉ ŽENY, GAYOVÉ, BISEXUÁLOVÉ
A TRANSGENDER (LGBT)

7/1

Úvod

LGBT je v zahraničí běžně užívaným pojmem pro lesbické, gay, bisexuální a transgender jednotlivce. U nás se tento termín teprve zavádí, kromě něj se můžeme setkat ještě se zkratkou MSM – muži mající sex s muži.

Určité bariéry v přístupu LGBT ke službám pro uživatele drog mohou souviset s obavami ze stigmatizace a homofobie, se nimiž mohou mít zástupci této skupiny zkušenost (SAMHSA, 2001). Nabídnout členům LGBT komunity vhodné služby však není pouze lidskoprávním tématem, ale je to také v zájmu veřejného zdraví. Jak shrnuje zpráva amerického úřadu pro služby v oblasti užívání drog, v těchto skupinách byla u některých drog zjištěna vyšší míra užívání drog než v obecné populaci včetně delší historie užívání (SAMHSA, 2001). Navíc je homosexuální sexuální styk hlavním zdrojem přenosu infekce HIV, proto je nitrožilní aplikace drog v této skupině riziková i z důvodu ochrany veřejnosti před HIV/AIDS.

7/2

Užívání drog mezi LGBT v ČR

Problematikou HIV/AIDS v komunitě LGBT se v České republice odborníci věnují již delší dobu – už v roce 1994 byl proveden specializovaný průzkum povědomí o HIV mezi muži majícími sex s muži (Stehlíková, Procházka & Hromada, 1995). Téma užívání drog u komunity LGBT však nebylo doposud systematicky studováno a zdá se, že ani studentské práce se tímto tématem příliš nezabývají.

V současnosti není dostupná ani žádná práce zabývající se přímo užíváním drog u LGBT populace, o tématu se zmiňují buď studie o HIV/AIDS, anebo o sexualitě.

Zkušenost s homosexuálním pohlavním stykem u uživatelů Subutexu[®] a pervitinu zkoumala Justinová (2009). Zjistila, že ženy mají vyšší zkušenost s homosexuálním stykem než je průměr v ČR a také se hlásí častěji k bisexuální orientaci. U respondentů mužů nebyl tento rozdíl nikterak výrazný.

Systematické terénní práci v gay barech se věnuje Česká společnost AIDS pomoc. Na semináři AIDS, drogy v Praze 26. 11. 2009 byla tato činnost zahrnující i distribuci HR materiálu prezentována (Porubský, 2009).

Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS ve Státním zdravotním ústavu publikuje každý měsíc zprávu o stavu HIV/AIDS v České republice. V údajích o způsobu přenosu figuruje i kolonka homo/bisexuální + injekční uživatel drog, kde nelze jednoznačně prokázat souvislost přenosu s injekčním užíváním drog – v ní se k 30. 9. 2011 ocitlo 30 osob (Státní zdravotní ústav, 2011). Nicméně homosexuální/bisexuální přenos je stále nejrozšířenějším způsobem nákazy HIV.

O trendech v užívání drog a alkoholu u českých MSM referoval Procházka (2011). Na základě internetové studie EMIS uzavírá, že užívání drog v mužské homosexuální komunitě se výrazně neliší od ostatní populace, avšak výjimkou je užívání amylnitritu ve formě poppers a rekreační užití léků na erekci. V minulosti byl u gay mužů i lesbických žen opakovaně prokázán častější abúzus alkoholu v souvislosti s internalizovanou homofobií. Vývoj užívání drog u LGBT souvisí tedy s tím, jakým způsobem se jedinec vyrovná se svou identitou v období coming-outu i později.

Porubský (2011) shrnuje zkušenosti terénních pracovníků zaměřených na gay komunity tak, že dominantním rysem je polyvalentní užívání drog (kokain, poppers, marihuana), zejména v kombinaci s alkoholem. To je výrazné zejména v Praze – v prostředí tzv. zlaté mládeže. Tyto skupiny nevyhledávají pomoc, znamenalo by to pro ně snížení statusu, který je většinou na vysoké úrovni. Užívání drog je v gay skupinách často spojeno s navazováním nových kontaktů, určité drogy prezentují společenský status dotyčného (pohodář, bohém, high society, paříč). Porubský (2011) dodává, že užívání drog málokdy přesáhne hranici, za níž následuje sociální propad.

Autorky Sadílková a Žáková (2011), vycházející ze své zkušenosti z práce v terapeutické komunitě, uvádějí, že homosexuálně orientovaní lidé, kteří se léčí ze závislosti, nebývají se svou orientací dobře vyrovnáni a že k podstatným tématům v psychoterapii bývá vyrovnání se s odlišností, začlenění do LGBT komunity anebo nenaplněná touha po dětech. Všimají si také, že členové této skupiny lidí bývají diskriminováni ze dvou stran – od LGBT komunity z důvodu, že berou drogy, a od uživatelů drog z důvodů odlišné sexuální orientace. Většinová společnost má často výhrady vůči obojímu.

7/3

Doporučení

Vzhledem k tomu, že chybí výzkumy zaměřené na užívání drog v české LGBT komunitě, jedině doporučení pro tuto oblast by se mělo týkat právě výzkumu, a to explorativního typu. Výzkumné otázky by mohly znít například takto:

- Jaký je rozsah užívání drog v LGBT skupinách?
- Jaký symbolický význam mají drogy v LGBT komunitách?
- Jaké jsou nejčastější vzorce užívání?
- Jaké jsou bariéry členů LGBT komunit v přístupu k drogovým službám?

Na základě zjištění mohou být teprve navrhovány konkrétní kroky.

Literatura

- Justinová, J. (2009). *Sexualita uživatelů pervitinu a Subutexu*. Příspěvek na AT konferenci 2009, Měříň.
- Porubský, P. (2009). *Terénní prevence HIV / AIDS v populaci MSM*. Dostupné z: <http://www.os-snad.cz/26-11-09/porubsky.pps>.
- Porubský, P. (2011). Drogy a noční gay život v Praze aneb Zkušenosti z práce terénního pracovníka České společnosti AIDS pomoc. In I. Preslová, O. Hanková a kol. *Sexualita a drogy: Sborník odborné konference*. Praha: 31. března – 1. dubna 2011.
- Procházka, I. (2011). *Užívání alkoholu a drog u homosexuálních mužů*. Příspěvek na konferenci Společnost Pro Plánování Rodiny A Sexuální Výchovu. Sexuologická Společnost ČLS JEP. Ústav Sociální Práce Univerzity Hradec Králové. 19. Celostátní Kongres k sexuální výchově. Pardubice 22.–24. září 2011.
- Sadlíková, M. & Žáková, J. (2011). Sexuologická témata v terapeutické komunitě. *Zaostřeno na drogy*, 9(4).
- SAMHSA. (2011). *A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Stehlíková, D., Procházka, I. & Hromada J. (1995). *Homosexualita, společnost a AIDS v ČR*. Praha: Sdružení homosexuálních občanů.
- Státní zdravotní ústav. (2011). *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2011*. Praha: Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř AIDS.



ZÁVĚR A SHRNUÍ HLAVNÍCH DOPORUČENÍ

Téma specifických „skrytých“ skupin mezi uživateli drog je v České republice poměrně nové a dostupných je velice málo relevantních zdrojů, které by tyto skupiny dokázaly identifikovat a analyzovat jejich situaci. V tomto případě se přitom nedá příliš spoléhat na zahraniční zdroje, protože každá země je svým politickým, ekonomickým, sociálním a kulturním kontextem specifická, a tudíž budou specifické i skupiny uživatelů drog, které zůstávají mimo pozornost. K těmto skupinám se jen stěží lze dostat jiným způsobem než prostřednictvím terénních a etnografických metod zkoumání, jak potvrzuje i souhrnná zpráva amerického institutu NIDA. (Lambert et al., 1990)

Kombinací zahraničních a několika málo českých zdrojů jsme dospěli k identifikaci pěti skupin, které se z hlediska drogových služeb dají považovat za skryté: migranti a etnické menšiny, lidé s postižením, ženy, senioři a LGBT skupiny. Nejvíce zdrojů z českého prostředí jsme našli k etnickým menšinám, jmenovitě Romům, a ženám. Zdaleka se však nedá mluvit o dostatečném zmapování těchto témat: většina zdrojů je kusá, anekdotická či velice úzce zaměřená i v rámci dané skupiny. Ostatní skupiny jsou v českém prostředí téměř neprozkoumané, snažili jsme se tedy alespoň shrnout některá vodítka pro další postup.

Pokud bychom měli v každé skupině identifikovat jedno základní doporučení pro danou skupinu, vznikl by tento seznam:

1. analýza potřeb vietnamské komunity a některých romských lokalit v oblasti drogových služeb,
2. snížení bariér při vstupu do služeb pro lidi s postižením,
3. tvorba specifických programů pro těhotné ženy a matky užívající drogy,
4. zlepšení informovanosti seniorů a praktických lékařů v oblasti závislosti na lécích,
5. explorativní etnografické výzkumy zaměřené na užívání drog v LGBT komunitách.

Doufáme, že tato zpráva bude dobře sloužit jako východisko pro podnikání dalších kroků při zlepšení přístupu k doposud „skrytým“ skupinám.



PŘÍLOHA

Vývoj terénní práce s problémovými uživateli drog v brněnských sociálně
vyloučených lokalitách – případová studie

Roman Hloušek

Vznik terénního programu pro problémové uživatele drog (podle definice EMCDDA, dále jen PUD) v Brně se datuje do roku 2000. Téměř od jeho počátků byla patrná snaha o průnik do romské minority, respektive mezi PUD z této minority. Romští terénní pracovníci byli zaměstnáni od června 2001 a pracovníky programu byla iniciována konference na téma práce s romskými uživateli drog.

Přestože v té době nebylo (problémové) užívání v lokalitách, které jsou v Brně označovány jako romské, podpořeno výzkumy, i tak bylo užívání heroínu a pervitinu mezi Romy v Brně patrné. Projekt šel z počátku cestou zaměstnání pracovníků přímo z řad brněnských Romů (3 pracovníci na 2,5 pracovního úvazku). Nicméně během roku 2002 byl program pro svoji nízkou efektivitu zrušen. Důvodem bylo minimum kontaktů s romskými klienty a klienty z tzv. sociálně vyloučených lokalit. Ukázalo se, že pouhým zaměstnáním romských pracovníků program klienty nezíská a neudrží je v kontaktu. Postupem času se ukázaly některé možné limity této cesty:

- Romští pracovníci měli paradoxně v kontaktu k některým skupinám Romů (olašští Romové, jiné rodinné klany) větší zábrany než pracovníci z majoritní společnosti.
- Romští pracovníci měli větší a opakované potíže s dodržováním týmových hranic (např. výměny mimo pracovní dobu v místě svého bydliště nebo výdej injekčních setů nad domluvené maximum).
- Měli také problémy s udržováním navázaných kontaktů a kontinuální případovou prací (absence vzdělání).

Tyto zkušenosti samozřejmě nelze striktně generalizovat, především pokud vezmeme v potaz některé další okolnosti z daného období: odchod koordinátora romského terénu (malá realizační připravenost) a celkové neshody v týmu a z toho vyplývající i malá podpora romských pracovníků. Nicméně po výměně většiny týmu, zrušení romského terénu a příchodu nového vedoucího pracovníka se postupem času stali klienty programu především Romové (dnes cca 60–70 %). Z tohoto pohledu a zkušeností pro nás není etnicita pracovníka základním východiskem pro práci v převážně romské komunitě.

Jak z uvedeného vyplývá, tým terénních programů na práci v místní sociálně vyloučené lokalitě nerezignoval. Nadále vnímal potřebnost práce v této lokalitě. Drogový problém v sociálně vyloučených romských lokalitách je totiž obecným problémem, ať se jedná o Brno, Ostravu či severní Čechy. Winkler a Šimíková (2003) hodnotí intenzitu drogového problému v sociálně vyloučených lokalitách jako velice vysokou, hned za problémem nezaměstnanosti. Navíc jsme při „restartu programu“ měli od klientů informace, že v Brně je mezi Romy rozšířeno injekční užívání heroínu. K nárůstu kontaktů docházelo postupně, podobně jako k nárůstu celkového počtu kontaktů.

Na základě zkušenosti a letité praxe lze nabitě zkušenosti sumarizovat do následujících bodů:

- heroin – převládající drogou v sociálně vyloučené lokalitě v centru města (Cejl, Staré Brno, Husovice, Dornych) se v posledních letech stal heroin (v minulosti distribuován zejména dealery z vietnamské komunity, dnes samotnými Romy),
- polyvalentní užívání – heroin je kombinován převážně s opioidními léky, jako jsou Subutex®, metadon (látky určené k substituční léčbě), Tramal®, Diolan®, Neurol® apod.; při nedostatku heroínu na černém trhu je heroin často nahrazován pervitinem,
- substituční programy – značná část klientů využívá i substituční programy,
- absence základních zdravotních a hygienických znalostí – možnosti přenosu infekčních chorob, zásady bezpečného brání, rizika spojená s jednotlivými drogami (např. pervitin je díky absenci fyzických abstinčních příznaků považován za méně rizikovou drogu než heroin), což má vliv na špatný zdravotní stav,
- nízký věk prvního intravenózního užití – výjimkou nejsou případy první aplikace pod hranicí patnácti let,
- kriminalita – nejčastěji krádeže, ilegální distribuce léků určených k substituci, dealerství a prostituce,
- nízká gramotnost – většina klientů má základní vzdělání a nízkou gramotnost, někteří s těžší přečtou informační materiály ve formě komiksu,
- skupinová koheze – užívání je silně vázáno na referenční skupinu vrstevníků, patrná je přítomnost sociální složky závislosti,
- provázanost s PUD z majoritní společnosti – díky umístění lokality blízko centra města jsou jednotlivé segmenty drogové scény propojeny – romští, ne-romští uživatelé, popř. Vietnamci, obyvatelé post sovětských republik, uživatelé opiátů a simulantů.

Uvedené charakteristiky se vztahují ke dvěma nejvíce zastoupeným skupinám Romů v Brně – slovenským i olašským Romům. U olašských Romů je silnější vliv skupinové soudržnosti (často na rodinném pozadí), zřetelnější odstup od ostatních skupin na drogové scéně v Brně a vyšší míra kriminálního chování.

Při práci ve vymezené lokalitě se snažíme uplatňovat následující postupy:

- Při mapování problémových lokalit spolupracujeme s organizacemi, které poskytují terénní služby v sociálně vyloučených lokalitách. Klienty se specifickými problémy (typicky bydlení) směřujeme na tyto organizace. Spolupracujeme i na řešení jednotlivých případů, např. drogový problém v rodině, se kterou je organizace v kontaktu.
- Etnicita pracovníka pro nás není základním východiskem pro práci v převážně romské komunitě. Osvědčilo se nám upřednostňovat odborné znalosti a erudici jednotlivých pracovníků před jejich etnicitou, popřípadě drogovou minulostí (tzv. ex-userů). Samozřejmostí by měla být jejich osobnostní vytrvalost a specifické předpoklady pro terénní sociální práci. Tito pracovníci mohou mít počáteční nevýhodu při navazování nových kontaktů a budování důvěry, ale v dlouhodobém horizontu a z hlediska kvality poskytovaných služeb není jejich přínos limitován.

- Při kontaktech a zvláště během výměnného programu v přirozeném prostředí klientů (domovská lokalita) musí pracovník dbát zvýšené pozornosti, aby klienty zbytečně nevystavoval stigmatizaci ze strany vlastní komunity, i za cenu kratšího kontaktu s minimem poskytnutí informací. K výměnám často dochází v blízkosti domů a v lokalitách, kde má většina klientů své příbuzné a známé, kteří brání drog odsuzují. Jedná se i o bezpečí pracovníků. Většina místní komunity vnímá výměnný program jako podporu užívání drog.
- Větší nároky na týmovou soudržnost pracovníků při zachovávání pravidel a limitů služby. Někteří klienti se snaží pracovníky manipulovat k překračování hranic. Výměny jsou díky většímu množství najednou měnících a často manipulujících klientů nepřehledné a vyžadují větší nároky na jejich průběh a dodržování pravidel.

V posledních dvou letech došlo k dalšímu specifickému zaměření služeb k místní sociálně vyloučené lokalitě. Jednalo se zejména o tyto aktivity:

- Testy na infekční nemoci – testy v terénu (za pomoci k tomu přizpůsobeného automobilu) probíhají v blízkosti ulice Cejl (střed místní sociálně vyloučené lokality). Při jejich rozběhu se testů několik týdnů účastnily zdravotní sestry z Kliniky infekčních chorob z Fakultní nemocnice Brno-Bohunice, které prováděly odběry žilní krve. Provádíme testy na virové hepatitidy B a C a HIV.
- Pokus o vytvoření týmu „asertivní komunitní péče“, jak zněl jeho pracovní název. Tým tvořili pracovníci Sdružení Podané ruce (Terénní programy a metadonové centrum) a terénní sociální pracovníci z organizací Drom a IQ Roma servis, jejichž cílovou skupinou jsou Romové a obyvatelé sociálně vyloučených lokalit. Cílem bylo pracovat se společnými klienty formou asertivní komunitní léčby. Přestože se tým scházel pravidelně a spolupráce se jevila jako funkční, tak projekt skončil, protože se členové týmu scházeli nad rámec svých běžných pracovních povinností a žádost o finanční podporu nebyla schválena.
- Spolupráce s organizací Rozkoš bez Rizika (R-R) funguje na bázi společných večerních pochůzek v sociálně vyloučené lokalitě se zaměřením na PUD poskytující sexuální služby za úplaty. Dvouhodinové pochůzky se konají přibližně v měsíčním intervalu a účastní se jich dva pracovníci/ce Terénních programů Brno a jedna pracovníce R-R. Během této pochůzky dochází v průměru ke dvaceti kontaktům, z nichž polovina je cílová skupina, na kterou je program zaměřen. Motivací byl evidentně se zvyšující počet klientek žijících se prostitucí a také potřeba zmapovat tento fenomén a vnést téma i do běžné komunikace s klienty mimo rámec těchto pochůzek. Výhodou večerních pochůzek je absence rušivých vlivů a z toho vyplývající delší a intenzivnější kontakty s klienty.
- Víkendové večerní výměny v k tomu uzpůsobeném automobilu byly rovněž částečně přesunuty do blízkosti ulice Cejl.

Použitá literatura

- Hirt, T. & Jakoubek, M. (Eds.) (2006). „Romové“ v osidlech sociálního vyloučení. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Hloušek, R. & Černý, J. (2008). Terénní práce s uživateli drog ve městě Brně. In D. Nedělníková D. et al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Lambert, E. Y. (1990). *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. USA: NIDA.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2005). Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. *Zaostřeno na drogy*, (2).
- Navrátil, P. (2003). Romové v české společnosti. Praha: Portál.
- Sociofaktor. (2010). Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách. [26.11.2012] Dostupné z: <http://www.sociofactor.eu/?p=232>
- Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovská, L. & Miovský, M. (2005). *Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům*. Zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Vašečka, I. (2000). *Sociálně potřební v romské menšině* (Podkladová studie pro Koncepti Magistrátu města Brna). Brno: FSS MU.
- Winkler, J. & Šimíková, I.(2005). *Hodnocení vládního Programu podpory terénních sociálních pracovníků v sociálně vyloučených romských komunitách*. Praha: VUPSV.



SOUHRN/SUMMARY

Publikace je zaměřena na analýzu situace v oblasti poskytování drogových služeb pro specifické skupiny se ztíženým přístupem k těmto sociálním a zdravotním službám. Detailně je analyzováno pět skupin: migranti a etnické minority, lidé se zdravotním znevýhodněním, ženy, senioři a LGBT (lesbické ženy, gayové, bisexuálové a transgendery). Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na rešerši dostupné odborné literatury, popis stávající praxe a závěrečná doporučení pro práci s danou skupinou.

The monography describes situation in the Czech Republic regarding drug use within groups that face difficulties in accessing drug services. There are five main groups we focus on: migrants and ethnical minorities; people with physical or mental challenges; women; seniors and LGBT (lesbians, gays, bisexuals and transgenders). The description of each of these groups contains a general definition and then specific sources of information that can be found in Czech literature. At the end of each chapter, recommendations are provided how to increase efficiency in reaching abovementioned groups.

Pavel Nepustil, Karel Pančocha, Magda Frišaufová,
Renata Kalivodová, Alžběta Bártová

Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám –
Situace v ČR: analýza informačních zdrojů

© Úřad vlády České republiky, 2012

1. vydání

Redakčně uzavřeno 27. listopadu 2012

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-072-8

Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám Situace v ČR: analýza informačních zdrojů

■ Publikace pojednává o užívání drog ve specifických skupinách uživatelů drog (Romové, etnické minority, migranti, senioři, ženy, zdravotně postižení, LGBT – lesbické ženy, gayové, bisexuálové a transgenders). Publikace popisuje jednotlivé skupiny, jejich charakteristiky a specifika v přístupu k užívání návykových látek a specifika služeb jim poskytovaných. Tato monografie vznikla v návaznosti na Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012, konkrétně jako řešení úkolu 13.4.

„Mapovat užívání drog ve skrytých a opomíjených populacích“.

■ Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti najdete na webových stránkách www.drogy-info.cz v sekci Publikace. Distribuci zajišťuje vydavatel.



Neprodejné