

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Sociální práce s romskými uživateli drog

Bakalářská práce

Autor: Simona Cimbálová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Zadání bakalářské práce

Autor: Simona Cimbálová

Studium: U13246

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Sociální práce s romskými uživateli drog**

Název bakalářské práce v AJ: Social work with Roma drugs users

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Rozdělení drog, fáze užívání drog, K-centra, terénní práce, popis romské kultury, romští uživatelé drog, Kvalitativní výzkum, použití strukturovaného rozhovoru, cílem bakalářské práce je zjistit, zda jsou nějaké rozdíly v práci s romskými uživateli drog.

NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost, Praha: Portál 2011

JAKOUBEK, M. Cikáni a etnicita, Praha: Triton, 2008

GANERI, A. Drogy od extáze k agonii, Praha: Amulet 2001

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Datum zadání: 4.12.2014

závěrečné práce:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucím bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Betlemě dne 21.3.2016

Simona Cimbálová

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavu Kapplovi Ph.D. za odborné, vstřícné a ochotné vedení práce a poskytnutí rad a času při jejím zpracování. Děkuji také celé mé rodině a přítelovi za podporu při psaní bakalářské práce.

Abstrakt:

CIMBÁLOVÁ, Simona. *Sociální práce s romskými uživateli drog*. Hradec Králové, 2016. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Tato bakalářská práce řeší problematiku sociální práce s romskými uživateli drog. Zaměřuje se na drogovou problematiku, rozdělení drog a vysvětlení pojmu závislost. Dále se zabývá sociální prací v K-centrech a terénních programech. Další část práce se věnuje romské komunitě, historii Romů a romským uživatelům drog.

Součástí bakalářské práce je výzkum, který se zabývá zkoumáním, zda jsou v sociální práci s romskými uživateli drog nějaké rozdíly.

V práci byl využit kvalitativní výzkum, strategie polostrukturovaného interview.

Klíčová slova: drogy, závislost, Romové, romští uživatelé drog, romská rodina sociální práce, harm reduction.

Abstract:

CIMBÁLOVÁ, Simona. The Social work with Roma drug users. Hradec Králové, 2016. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. The head of thesis is Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

This bachelor thesis solves problems of social work with Roma drug user. It focuses on drug problems, distribution of drugs and explanation of the term – addiction. Further it deals with social work in K-centres and terrain programmes. Another part of thesis includes Roma community, history of Romas and Roma drug users.

One part of bachelor thesis is research, which deals with research if in social work with Roma drug users are some differences.

In this thesis was used qualitative research, strategy semistructured interview.

The key words: drugs, addiction, Romas, Roma drug users, Roma family of social work, harm reduction.

Seznam zkratek

WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
VHA	virová hepatitida typu A
VHB	virová hepatitida typu B
VHC	virová hepatitida typu C
HIV	Human Immunodeficiency Virus - virus lidské imunitní nedostatečnosti
MDMA	extáze
KC	kontaktní centrum
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
HR	harm reduction
VIP	výměnný injekční program
DC	dílčí cíl
R	respondent
PMS	Probační a mediační služba
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. DROGOVÁ PROBLEMATIKA	12
1.1 Pojem droga	12
1.2 Stručná historie drog	12
1.3 Drogová závislost.....	14
1.3.1 Fyzická závislost.....	14
1.3.2 Psychická závislost	14
1.4 Příčiny vzniku závislosti	15
1.5 Stádia užívání vedoucí k závislosti	15
1.6 Rozdělení drog	17
1.7 Jednotlivé skupiny drog	18
2. SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG	21
2.1. Nízkoprahová kontaktní centra a jejich služby	21
2.1.1. Jednání se zájemcem o sociální službu.....	24
2.1.2. První kontakt, kódy a in come dotazník	24
2.1.3. Intervenční a individuální plánování	26
2.1.4. Doprovody klientů a základní sociální poradenství.....	27
2.2. Terénní práce.....	28
2.3. Léčba závislostí.....	29
3. ROMSKÁ MENŠINA	31
3.1. Definice romské menšiny.....	31
3.2. Stručná historie Romů v Čechách a na Slovensku.....	31
3.2.1. Základní hodnoty a tradice Romů.....	33
3.2.2. Tradiční romská rodina	33
3.2.3. Postavení členů rodiny.....	33
3.3. Romští uživatelé drog	35
3.3.1. Drogy v romské komunitě	35
3.3.2. Specifika užívání drog u Romů	36
3.3.3. Romové v K-centru.....	36
4. METODICKÁ ČÁST	38
4.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle	38

4.2 Formulace dílčích cílů	38
4.2.1 Dílčí cíl DC 1	38
4.2.2 Dílčí cíl DC 2	39
4.2.3 Dílčí cíl DC 3	39
4.3 Zvolená výzkumná strategie	39
4.4 Transformace dílčích cílů	41
4.5 Volba výzkumného souboru	42
4.6 Popis organizace a průběh výzkumu	44
4.6.1 Získávání a analýza dat	44
4.7 Rizika výzkumu	45
4.8 Popis výsledků výzkumu	45
DC 1. Zjistit rozdíly v používaných metodách při práci s romskými uživateli drog.	45
Zhodnocení DC1	54
DC 2. Zjistit možné rozdíly při práci s romskými uživateli drog vázaných na rodinu.	55
Zhodnocení DC 2	58
DC 3. Zjistit rozdíly v užívání drog u romských uživatelů.	58
Zhodnocení DC 3	61
ZÁVĚR	63
SEZNAM LITERATURY	65
Příloha A	68
Příloha B	69

ÚVOD

Pro psaní bakalářské práce jsem si zvolila téma „Sociální práce s romskými uživateli drog“. Toto téma jsem si vybrala na základě školní praxe, kterou jsem absolvovala v kontaktním centru v Hradci Králové a další rok 80 hodinovou praxi v kontaktním centru v Pardubicích. Cílem práce je „zjistit, jaké jsou rozdíly při práci s romskými uživateli drog“. Cílová skupina uživatelů drog mě zajímá již delší dobu, ale do praxe jsem neměla možnost s takovými lidmi mluvit ani jinak pracovat. Práce s uživateli drog mě natolik nadchla, že jsem věděla, že s touto cílovou skupinou budu chtít v budoucnu pracovat. V letošním roce se mi podařilo získat práci v kontaktním centru v Mladé Boleslavi, kde jsem nakonec vykonávala i 180 hodinovou praxi. Výběr tématu bakalářské práce byl u mě jasný, jen jsem chtěla cílovou skupinu ještě trochu zúžit, proto jsem si vybrala romské uživatele drog. V průběhu života jsem se setkala s několika případy užívání drog v mém okolí a myslím si, že problém užívání návykových látek je velmi aktuální. Cílová skupina romských uživatelů drog je podle mě ještě více riziková skupina než uživatelé majoritní společnosti.

Teoretickou část jsem rozdělila na tři kapitoly: drogová problematika, sociální práce s uživateli drog a romská menšina. V první kapitole se věnuji historii drog a základním pojmům týkajícím se drogové problematiky, jako jsou závislost a vysvětlení příčin vzniku závislosti. V další části této kapitoly jsem drogy rozdělila podle určitých faktorů a poté uvedla i jednotlivé skupiny drog. V další kapitole se věnuji sociální práci, především je to sociální práce, která je vykonávána v nízkoprahovém kontaktním centru. V této kapitole zmiňuji i terénní práci a možnosti léčby pro uživatele drog. V poslední kapitole se věnuji romské komunitě, a to především historii Romů, tradicím, romské rodinou a postavení členů rodiny. V poslední kapitole teoretické části se věnuji romským uživatelům drog a snažila jsem se popsat romské klienty kontaktních center.

Cíl výzkumné části se shoduje s cílem celé práce. Je to tedy: „zjistit jaké jsou rozdíly při práci s romskými uživateli drog“. Dílčí cíle jsem zvolila tři. První je zjistit rozdíly v používaných metodách při práci s romskými uživateli drog, druhým je zjistit možné rozdíly při práci s romskými uživateli drog vázanými na rodinu, posledních dílčím cílem je zjistit odlišnosti v užívání drog u romských uživatelů. Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkum, kde jsem vedla polostrukturované rozhovory. Rozhovory jsem se sociálními pracovníky

z kontaktních center a terénních programů. Tuto techniku jsem si vybrala hlavně kvůli zvolenému hlavnímu cíli, kdy jsem chtěla vést rozhovory a zjišťovat odpovědi na jednotlivé otázky přímo od sociálních pracovníků z praxe. Výsledkem výzkumu by mělo být zjištění, zda jsou rozdíly při práci s romskými klienty, popřípadě specifikovat, jaké jsou to rozdíly. Využití v praxi bude především takové, že sociální pracovníci, ale i další osoby z oblasti sociální práce i veřejnosti dostanou informaci, zda se s romskými klienty pracuje jinak nebo v čem jsou romští klienti jiní. V rámci hlavního cíle bych chtěla zjistit rozdíly a specifika práce, které by se následně daly použít při práci v kontaktních centrech či terénní

TEORETICKÁ ČÁST

1. DROGOVÁ PROBLEMATIKA

V této kapitole se budu zabývat definováním pojmu droga a historií drog, dále pak pojmem drogová závislost a příčinami vzniku závislosti. Budu se věnovat stručnému rozdělení drog a dalším bodem budou jednotlivé skupiny drog.

1.1 Pojem droga

Za slovníkovou definici drogy se dá považovat tato věta: Droga je jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně, nebo jako přísada. Drogy jsou ovšem daleko víc. Často jsou popisovány jako chemické látky, které působí na tělo člověka a mohou ovlivnit náladu a chování. Ovlivní i to, co člověk vidí, slyší nebo jak se cítí. (Ganeri, 2001)

V češtině má pojem droga význam „omamující prostředek, dráždivý přípravek“. V dřívějších dobách byla droga označována jako „surovina rostlinného nebo živočišného původu používaná jako léčivo“. Takto je dnes droga definovaná mezi lékárníky a jinými odborníky, jinak se již nepoužívá. V roce 1969 komise expertů ze Světové zdravotnické organizace (WHO) označila za drogu „*jakoukoli látku (substanci), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí*“. (Nožina, 1997, s. 9) Tato definice zahrnuje všechny látky hmotného původu, ať už jsou považovány za léky nebo ne, působí-li na nervovou soustavu nebo jsou-li umělé či přírodní. (Nožina 1997)

Dle Presla (1995) lze drogy chápat jako látky, ať už přírodní nebo syntetické, které splňují dvě podmínky. Tyto látky mají tzv. psychotropní účinek, což znamená, že určitým způsobem ovlivňují naše prožívání okolní reality, obecně řečeno působí na naši psychiku. Dalším kritériem je, že mohou způsobit závislost. Mají tzv. potenciál závislosti, ten je u každé drogy jiný. Může být větší nebo menší, ale přítomen je pokaždé.

1.2 Stručná historie drog

V této kapitole nejprve popíšu stručně dějiny drog ve světě, v druhé části se budu zabývat historií drog na našem území.

Užívání drog je známé od počátku lidstva. V starší době kamenné se užívaly drogy při šamanských rituálech. Ve starověku se objevuje pěstování máku a konopí. První zmínky jsou z Číny, nejstarší nálezy jsou datované až do roku 4000 př.n.l. V jednom čínském lékařském pojednání z 1. století se říká, že „*při nadměrném požití konopí*

začínáme vidět přízraky a při dlouhodobějším požívání můžeme mluvit s duchy a vznášet se“. (Eschotado, 2003, s. 12) Z plodů jako jsou datle a fíky byly vyráběny nápoje podobné vínu už před 10 000 lety. Víno se objevilo asi před 5000 lety. Staří Řekové nejenom že hojně pili alkohol, ale využíval i konopí a lilkovité rostliny jako je rulík a mandragora. Velice oblíbené bylo i opium, odedávna spojované s bohyňmi plodnosti Déméterou. Ženy, které nemohly mít děti, nosily brože ve tvaru makovice a zamilovaní o sebe třeli suché listy máku, aby jim vztah vydržel. Opium se do dalších států dostalo díky Římanům. V starověkém Římě se hojně kouřila marihuana k pozvednutí nálady a potěšení. Historici se domnívají, že Marcus Aurelius dostával od svého osobního lékaře každý den dávku opia rozpuštěnou ve víně. (Eschotado, 2003)

Na další území, jako je Čína a Indie, donesli opium Arabové. Čína s Velkou Británií spolu vedly dvě války, kvůli obchodování s opiem. První v letech 1839-1842, ve které Britové vyhráli, stejně jako ve druhé, která se odehrála v roce 1856. Cílem britských tažení bylo udržení importu opia do Číny. Aztékové a Mayové užívali taktéž psychotropní látky. Zmínila bych halucinogenní houby Teonanacatl, které obsahují účinnou látkou psylocybin. Byly pojmenovány jako tzv. „Maso bohů“. Kokain má své kořeny v Jižní Americe a Indonésii. Tato droga byla v říši Inků používána při rituálech. Do té doby nebyla zneužívána masově, obrat přišel vlivem kolonizátorů ze Španělska. Koka se používala k potlačení hladu nejchudšího obyvatelstva. Později se koka dostala i do Evropy. (Kalina, 2003).

Nožina (1997) se zmiňuje o drogách ve středověké Evropě. Například durman obecný a rulík zlomocný byly jednou ze surovin při výrobě čarodějnických nápojů a mastí. K potlačení čarodějnictví došlo až vlivem svaté inkvizice. K dalšímu využívání drog dochází v 17. století. V této době bylo objeveno množství nových chemických metod, výsledkem byla výroba nových syntetických drog a rozvoj farmaceutického průmyslu. V 19. století byla doba pruských válek. Tehdy byla vynalezena první injekční stříkačka. Hojně se aplikuje morfin zraněným vojákům, kteří se tudíž stávají prvními závislými. Ve 20. století byl ve vyšších vrstvách oblíbený kokain. Ve velkém množství šířil i mezi prostitutkami.

U nás, v době komunismu, nebyly na trhu tradiční drogy, jako je heroin či LSD. Ve světě mezi mladými vyvrcholuje hnutí hippies, tím dochází ke zneužívání nových omamných látek. U nás má vlna hippies asi desetileté zpoždění oproti světu. Naše drogová scéna zneužívá především výrobky farmaceutického průmyslu a drogy se

vyrábí ve velkém množství doma. Mezi podomácku vyráběné drogy patří především pervitin a z kodeinu vyráběný opiát braun. Po roce 1989 přišlo nový drogový boom, který zcela změnilo charakter drogové scény na našem území. (Nožina, 1997)

1.3 Drogová závislost

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je drogová závislost definována jako *„psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.“* (Matoušková, 2013, s. 31)

Dle Nožiny (1997) je závislost potřeba drogy získaná učením. O závislosti mluví jako o onemocnění, které má neblahý dopad, jak na člověka samotného, tak i na společnost. Závislosti se dělí na fyzické (somatické, biologické a tělesné) závislosti a závislosti psychické neboli duševní.

1.3.1 Fyzická závislost

Je stav, kdy si organismus zvykne na požívání určité návykové látky. Fyzická závislost je zapříčiněna dlouhodobým užíváním drogy. U některých drog, ale může jít dokonce i o krátkodobé užívání určité látky, může se jednat o týdny, výjimečně i dny. Za závislého lze považovat člověka:

- v případě, že má silnou touhu užívat drogu
- v případě, že má problémy se sebekontrolou užívání drogy
- v případě, že člověk vyžaduje stále větší dávku drogy, aby dosáhl účinků původně vyvolaných nižšími dávkami
- v případě, že člověk zanedbává svoje zájmy ve prospěch drogy
- v případě, že člověk užívá drogu i přes škodlivé účinky drogy na zdraví dané osoby (Honey, 2000-2009)

1.3.2 Psychická závislost

Jedná se o duševní stav, který vzniká konzumací drogy. Člověk psychicky závislý na droze si přeje stále častěji prožívat účinky drogy. Psychická závislost je spojená s prožitím určitých okamžiků a okolností, které souvisí s užíváním drogy (společnost, doba, prostředí). Závislost se může projevit:

- touhou po droze, která se nedá potlačit
- chováním, které se zaměřuje výhradně na získání drogy

- nezájmem o každodenní činnosti, které nesouvisí s drogou (Honey, 2000-2009)

1.4 Příčiny vzniku závislosti

Teorií o tom, která příčina vzniku drogové závislosti má být ta hlavní, je celá řada. Ovšem ta pravá příčina je většinou kombinací určitých aspektů. Jedním z nich jsou dle Presla **osobnostní charakteristiky**. Neexistuje kombinace osobnostních znaků, která by vedla ke vzniku závislosti, na druhou stranu neexistuje ani osobnost, která by byla chráněna před vznikem závislosti. Závislostí může trpět za určitých podmínek úplně každý. Jsou známy určité biologické faktory, které mohou vyvolávat vznik závislosti. Může to být poškození plodu v prenatálním období, škodlivé složení stravy matky v těhotenství, kouření matky v době těhotenství atd. Takové osoby v pozdějším věku mohou trpět zvýšenou citlivostí, zranitelností a také úzkostností, většinou jsou to osoby extrovertní. Presl uvádí že, extroverti považují za velice významný zážitek setkání s opiáty, zajistí jim klid, mír, relaxaci a harmonii.

Dalším aspektem při vzniku závislosti jsou **vlivy prostředí** z okolí. Dle Presla jsou tyto vlivy nejzávažnější, do této skupiny lze zařadit, rodiče, vrstevníky, školu, zaměstnání, ale třeba i média. Hlavním prvkem působícím na vznik závislosti na drogách je rodina. Dalším faktorem vzniku drogové závislosti je vliv vrstevníků, part či kamarádů. Některé skupiny mladých lidí drogám podléhají, jiné je úplně odsuzují. Lze říci *"že čím více ideologicky nebo kultovně orientovaná skupina s odmítavým postojem vůči drogám, tím menší riziko drogového abúzu."* (Presl, 1995, str. 53)

Dle Presla je také aspektem ovlivňujícím vznik drogové závislosti přítomnost a charakteristika drog. Je samozřejmé, že pokud by se v naší civilizaci nenacházely návykové látky, nevznikal by problém závislosti na nich. V tomto světě je bohužel taková situace vyloučená a s výhledem do budoucna není zřejmé, že by se mělo něco měnit.

1.5 Stádia užívání vedoucí k závislosti

„Jako každá nemoc má i zneužívání drog svá stádia a předstupně. Jako pro každou jinou nemoc i pro zneužívání drog platí, že nemoc zachycená v nižším (častějším, méně závažném) stádiu je snáze léčitelná s menším počtem trvalých poškození - a že nižší stádium nemoci může a nemusí přejít do pokročilejšího“ (Zábranský, 2003, str. 18)

Stádium experimentu

V tomto stádiu člověk užívá drogy jen málokdy, dá se říci, že experiment s drogami není vícekrát než pětkrát za život. Experimentátor užívá drogu, jen pokud mu ji někdo nabídne, většinou se jedná o konopné drogy. V těchto případech není narušeno zdraví ani pracovní schopnosti. (Zábranský, 2003)

Takový jedinec prožívá euforické zážitky, které dosud nepoznal. Na varování z okolí nebere zřetel, protože nepocítuje žádné negativní účinky drogy. Kdykoli potřebuje jedinec osvobodit od reality, pomůže mu droga, nemusí řešit stres a jiné obtíže spojené se školou nebo prací. U mladých lidí se experimentování dá snadno utajit před rodiči a okolím. Pokud se podaří takového jedince zastavit včas, je velké procento lidí, kteří u konzumace drog v této fázi končí. Takový člověk si najde jiné způsoby, jak zvládat nepříznivé situace. Stává se, že na další užívání návykových látek nedojde. Hlavním důvodem je uvědomění si situace lidí, kteří s braním nepřestali. Dá se říci, že člověk užívá drogu z důvodu odreagování. (Fischer a Škoda, 2014)

Experimentování je spojené většinou s mladou populací, většina odhadne míru rizika užívání a do problému se nedostane. „*Experimentování prostě patří k určitému věku a uspokojení z toho, že "vím, o co jde", může být pro další život pozitivní.*“ (Presl, 1995, str. 55)

Stádium aktivního vyhledávání

V tomto stádiu se uživatel schází s ostatními uživateli. Předávají si zkušenosti, vytváří si svoje zdroje drog. V tomto stádiu si jedinec drogy kupuje sám a utrací za ně peníze, což vede k prvním problémům. Takový uživatel prožívá své první "dojezdy", kdy může být problémem narušení aktivity v práci či škole. Jedinec užívá drogu s cílem cítit pocit slasti, někdy se už vyskytují stavy dysforie. (Zábranský, 2003)

Člověk užívá návykovou látku v případě osobních problémů či nudy. To je hlavním důvodem užívání drogy v této fázi. Jedinec ještě není na droze závislý, ale je si vědom, že to není dobré. Zatím chce být součástí většinové společnosti a snaží se užívání návykové látky skrývat. Jedinec drogu užívá kvůli zvyku, který si vytvořil. (Fischer a Škoda, 2003)

Stádium zaujetí drogou

Člověk užívá drogu čím dál častěji, nezvládá svoji situaci, začíná být lhostejný k okolí, rodině i práci. Pořád si neuvědomuje negativní stránku drog, tento stav mu

vyhovuje, brání drogy ho baví. Svůj čas tráví především s lidmi užívajícími drogy. (Fischer a Škoda, 2003)

Díky častějšímu užívání drogy potřebuje větší množství látky, tudíž i více peněz. S tím jsou spojené prvotní zadlužování a drobná kriminalita v podobě krádeží. V této fázi se člověk mění nejen vnitřně, ale zvnějšku. Jedinec přestává mít kontrolu nad drogou, užívá čím dál častěji, až se dostane ke každodennímu užívání. Neustále se ujišťuje, že má vše pod kontrolou. V tomto stádiu poprvé využívá odborné pomoci, většinou kontaktních center, o kterých budu psát v dalších kapitolách. Vytváří si návyk na droze, spojený s častými výkyvy nálad a nepříjemnými stavy.

Stádium závislosti

Posledním stádiem v dráze užívání drog, je fáze, kdy člověk nedokáže myslet na nic jiného. Tráví veškerý čas s narkomany, jiné sociální vazby většinou neexistují. Takový člověk je většinou rozpoznatelný na první pohled, nejen kvůli vzhledu, ale hlavně kvůli své sociální situaci. Často dochází i k narušení zdraví, poškození vnitřních orgánů, případné infekci VHA, VHB, VHC nebo HIV. (Fischer a Škoda, 2003)

V této fázi je člověk tak na dně, že bezostyšně krade, půjčuje si peníze na dluh, a tím jen zhoršuje celou svoji situaci. Uživatel drogu bere denně i vícekrát, není schopný bez drogy cokoli dělat. Není schopen se z tohoto návyku sám dostat bez pomoci odborníka, uživatel si vytvořil závislost.

1.6 Rozdělení drog

Drogy se dělí podle několika různých kritérií. Nožina (1997) uvádí legální a nelegální drogy. Legální drogy jsou uznané zákonem a společností. Legalizace těchto drog má historický, společenský a kulturní vývoj, během něhož se tyto látky staly součástí každodenního života lidí. Mezi legální drogy zařazujeme alkohol, kávu, tabák a nejrůznější léky, protože i ty ovlivňují lidskou psychiku. Legální psychotropní látky se dnes za „drogy“ nepovažují. Pod slovem droga si většina lidí představí právě nelegální psychotropní látky. Radíme mezi ně veškeré zneužívané látky, které vyvolávají některou formu závislosti.

Další dělení podle Nožiny (1997) je na měkké (lehké) a tvrdé (těžké drogy). Různé drogy mají různá rizika a účinky. Příkladem měkkých drog je káva, cigarety a jiné tabákové výrobky, marihuana a hašiš a nesmíme zapomenout na alkohol. Alkohol by se dal zařadit někam mezi měkké a tvrdé drogy. Někteří lékaři alkohol doporučují

v přiměřených dávkách, na druhou stranu nadměrné užívání alkoholu je velice nebezpečné pro organismus. Za těžké drogy se považují ty, kde je vysoké riziko vzniku závislosti například heroin, pervitin, kokain a další.

Drogy se dělí i podle účinku na narkotika (morfin, heroin, metadon), což jsou tlumivé látky, které vyvolávají útlum nervového systému. Patří sem i benzodiazepiny, což jsou léky používané pro zklidnění a léky proti úzkostem. Dalšími skupinami jsou konopné látky (konopí, hašiš, hašišový olej), stimulační látky (kokain, crack, metamfetamin), což jsou sloučeniny, které zvyšují duševní i tělesnou aktivitu. Poslední skupinou jsou halucinogeny (lysohlávka, muchomůrka červená, LSD), které vyvolávají změnu vnímání reality. (Minařík, 2003-2015)

1.7 Jednotlivé skupiny drog

Kalina a kol. (2015) rozdělují psychotropní látky na alkohol, opioidy a opiáty, konopné drogy, halucinogeny, psychomotorická stimulantia, těkavé látky, MDMA a taneční drogy. O každé skupině drog napíšu krátkou charakteristiku, způsoby aplikace, účinky a rizika spojená s určitou drogou.

První skupinou je **alkohol**, společně s nikotinem patří mezi legální drogy. Společnost tyto látky respektuje a dá se říct, že je nepovažuje za drogy. Nikotin je hlavní složkou tabákových výrobků, jedná se o nejčastěji užívanou návykovou látku u nás. Hned vedle nikotinu je alkohol. Účinky alkoholu závisí na prostředí, dispozici a jiných faktorech. V malých dávkách se projevují pocity dobré nálady, sebevědomí, postupně se při vyšších dávkách dostavuje únava a stav opilosti. Hlavním rizikem alkoholu je nebezpečí tělesné i psychické závislosti. (Kalina a kol., 2015)

Další skupinou podle Kaliny a kol. (2015) jsou **opioidy a opiáty**. Jsou to látky se silně tlumivými účinky. Zástupci přírodních opiátů jsou morfium a kodein, ze syntetických a polosyntetických látek jsou hlavními zástupci heroin, metadon, buprenorfin a v Čechách i braun. Ve velkém množství jsou zneužívány i léky. Typickým efektem po požití opiátů je euforie, ztráta vnímání bolesti, útlum dechu a vytvoření závislosti. Nejvíce rozšířeným způsobem aplikace je bohužel injekční užívání, kouří se i v cigaretách a inhaluje se po zahřátí na alobalu. Hlavní riziko užívání těchto látek je, že člověk nedokáže přesně určit, jaká dávka je účinná a jaká smrtelná. Uživatelé opiátů čelí tímto každodennímu riziku předávkování. Hlavním zástupcem je **heroin**. Heroin je nejčastěji aplikován nitrožilně. Hnědý heroin je spíše vhodný pro kouření nebo inhalaci, při injekční aplikaci se do dávky musí přidat kyselina pro snadnější rozpustnost látky. Bílý heroin se užívá injekčně. Dalším

zástupcem je **hydrokodon “braun”**, jedná se o drogu vyráběnou v domácích podmínkách z léků obsahující kodein. Vytvoří se hnědá tekutina, která je určená pro injekční aplikaci. Účinky a rizika jsou obdobná jako u heroinu a opiátů obecně. Zástupcem přírodních opiátů je **opium, makovina**, kde hlavní účinnou látkou je morfin. Většinou se ze šťávy z makovic následně vaří odvary, jež se užívají perorálně. Jedním ze syntetických opioidů je **metadon**, obvykle se užívá ústy nebo injekční aplikací. Metadon se vyrábí jen legálně, ale bohužel se dostává na černý trh, kde je vyhledáván jako náhradní droga. Posledním zástupcem této skupiny je **buprenorfin “Subutex”**. Tato látka je syntetický opioid, vyvolává jen slabý pocit euforie. Subutex se při substituční léčbě musí cucat, při spolknutí jsou jeho účinky nulové. Buprenorfin se vyrábí pouze legálně, prosazuje se stejně jako metadon na nelegálním trhu jako náhradní droga. V posledních letech se u uživatelů objevuje i jako primární droga. (Kalina a kol., 2015)

Třetí skupinou jsou **konopné drogy neboli kanabinoidy**, látky vyráběné z konopí. Kanabinoidy obsahují účinnou látku delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC). Konopí je nejrozšířenější nelegální drogou. Rizika spojená s touto drogou nejsou vážná, psychická závislost se objevuje jen zřídka a fyzická závislost nevzniká vůbec. Hlavním zástupcem je **marihuana**. Jedná se o směs listů, semen, květů a palic. Marihuana se kouří a má svoji typickou vůni. Dalším zástupcem je **hašiš**, což je pryskyřice. Po slisování vzhledem připomíná čokoládu, nejčastější způsob užití je kouření. Posledním zástupcem je **hašišový olej**. Vyrábí se destilací marihuanových listů, u nás nebývá dostupný. Nejčastější užívání je kouření ve skleněné dýmce. (Kalina a kol., 2015)

Další skupinou jsou **přírodní a syntetické látky halucinogeny**, které svými účinky zapříčiní poruchy vnímání. Mezi tyto látky patří například meskalin, který je součástí kaktusu, durman, myristicin nacházející se v muškátovém ořechu a třeba i bufetin, který je součástí jedu ropuch. Mezi základní zástupce patří **LSD a psilocybin**. LSD se nejčastěji objevuje ve formě krystalů a tripů. Psilocybin se vyskytuje v houbách rodu Psilocybe (lysohlávky). V historii byly známé při rituálech u indiánů. (Kalina a kol., 2015)

Skupinou drog, jež mají povzbuzující účinky, jsou podle Kaliny a spol. (2015) **psychomotorická stimulancia**. Nejvíce zneužívané látky jsou budivé aminy (metamfetamin, amfetamin, MDMA) a kokain, dále pak i některé léky. Rizika spojená s užíváním těchto látek jsou především poruchy motorických funkcí a

paměti. Postupem času se objevuje i toxická psychóza, v méně vážných případech odezní sama, ale v horších případech je nutná hospitalizace na psychiatrii. Dlouhodobé užívání rozvíjí psychickou závislost. Nejznámějším zástupcem je **pervitin**, většinou je to prášek žluto-fialové barvy a hořké chuti. Běžný způsob aplikace je injekční užití a šňupání. Dalším ze zástupců této skupiny je **kokain**, alkaloid keře koky. Tradiční formou aplikace je žvýkání listů, dnes se užívá především šňupáním nebo injekčně. (Kalina a kol., 2015)

Těkavé látky jsou dle Kaliny a kol. (2015) další skupinou zneužívaných látek. Jedná se o chemické látky, které rozpouštějí tuky a mají narkotický účinek. Člověk intoxikovaný těmito látkami vypadá jako opilý, má pocity euforie spojené s poruchami vnímání. Nejznámějšími zástupci jsou toluen, aceton, éter a chloroform. Poslední skupinou jsou **MDMA a taneční drogy**, které se nejvíce užívají za přítomnosti hlasité hudby a tance. Nejznámějším zástupcem je **MDMA “extáze”**. Jedná se o dnes nejzneužívanější drogu mezi mladými v klubech a na diskotékách. Aplikuje se ústně polykáním, výjimečně injekčně. Užitím drogy se člověk zbaví stresu, nastupuje pocit klidu a pohody, člověk je více komunikativní. (Kalina a kol., 2015)

2. SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG

Cílem sociální práce je poskytování služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo i komunitám. Výsledkem těchto služeb má být poskytnutí pomoci klientům v nějaké krizové situaci, omezit nebo odstranit problémy, popřípadě zlepšit danou situaci. Sociální práce pracuje s každým klientem individuálně, ale i komplexně při řešení sociální situace v otázkách ekonomických, psychologických, zdravotních, právních nebo sociologických. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

V této části bakalářské práce se budu věnovat přímé sociální práci s uživateli drog. V první části se budu věnovat kontaktním centrům a popíšu poskytované služby, dále pak přímé vykonávané sociální práci pracovníky v K-centru Mladá Boleslav. Představím práci sociálního pracovníka při jednání se zájemcem o službu, dále pak popíši první kontakt a vysvětlím, co je to in come dotazník. Rozeberu intervenční a individuální plánování a posledním bodem této části bude stručný popis, jak probíhají doprovody, kdy se poskytují a zmíním se i o sociálním poradenství poskytované v K-centru. Posledním bodem této kapitoly bude stručně popsána terénní práce a možnosti léčby pro klienty.

2.1. Nízkoprahová kontaktní centra a jejich služby

Nízkoprahová kontaktní centra jsou ambulantní zařízení. Svým klientům nabízejí především výměnný injekční program, který je pro toto centrum prioritní, dále poskytují základní poradenství a v neposlední řadě jsou součástí center kontaktní místnosti pro klienty, kteří se nacházejí v celkově tíživé životní situaci. „*Kudrle a Kalina (2001) uvádějí, že mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové a terapeutické a pomocné aktivity.*“ (Kalina a kol., 2001, str. 165)

Ve standardech sociální práce MPSV (2000) je kontaktní práce popsána jako „*komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktní a konkrétní kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelovosti této pomoci.*“ (Kalina a kol., 2001, str. 165)

Kontaktní centra jednají na základě principů public health a také harm reduction. Cílovou skupinou jsou injekční i neinjekční uživatelé návykových látek, kteří mají každý jinou míru motivace. Pracovníci kontaktních center pracují také s blízkými uživateli drog, jako je nejbližší rodina a přátelé. Klienti se podle regionů mění, v závislosti na druhu drogy, kterou na daném území nejvíce užívají. Důležité je, že

hlavním smyslem není abstinence klientů, ale bezpečnější užívání návykových látek. (Kalina a kol., 2008)

V další části budu čerpat z metodiky kontaktního centra v Mladé Boleslavi. Cíle, které se snaží v tomto centru dosáhnout, ve vztahu ke klientům jsou:

- snaha o zmírnění zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek
- snaha o motivaci klientů ke změně životních návyků a k ustálení zdravotního stavu i sociální situace klienta
- snaha o motivaci klienta k abstinenci a informování uživatelů o smyslu léčby
- nabídka podpory osobám blízkým klientů

Cíle, uskutečňované ve vztahu k široké veřejnosti jsou:

- prevence nákazy infekčními chorobami (hepatitidy, AIDS)
- ekologická likvidace použitého harm reduction materiálu

Za zmínku stojí i principy, podle kterých se pracovníci kontaktního centra řídí při poskytování služeb, jsou jimi: „*Nízkoprahovost, potřebnost, bezpečí a důstojnost, odbornost, spolupráce.*“ (Maťátková, 2014, str. 2)

Služby jsou poskytovány na základě zákona a sociálních službách 108/2006 Sb., který upravuje podmínky pro výkon práce sociálního pracovníka. V zákoně jsou popsány a vysvětleny základní pojmy jako je sociální služba. Je tam vysvětleno, komu a za jakých podmínek může být služba poskytována, dále pak vytyčuje typy sociálních služeb. Některá ustanovení se řídí vyhláškou 505/2006 Sb.

Služby kontaktního centra se dělí na adiktologické, sociální a ostatní. Nejprve se zaměřím na **adiktologické služby**, jsou to především harm reduction služby (výměnný injekční program, testy na hepatitidu C), poradenství spojené s harm reduction (především pokyny k používání harm reduction materiálu, předtestové a potestové poradenství). Do **sociálních služeb** patří sociálně terapeutické činnosti (pracovní terapie a pomoc v krizi), další skupinou jsou pomocné služby při uplatnění práv a zájmů klientů. Sem se zařazují služby jako odkazy a zprostředkování, doprovody, použití telefonu nebo internetu v kontaktním centru. Poslední skupinou jsou služby spojené s poskytnutím osobní hygieny klientům v celkově tíživé sociální situaci, je to tedy hygienický servis v podobě možnosti využití sprchy a praní prádla. Do **ostatních služeb** se řadí využití kontaktní místnosti a potravinového servisu, v případě K-centra v Mladé Boleslavi je to jedna káva za návštěvu na kontaktní

místnosti. Ostatní služby jsou poskytovány i veřejnosti v podobě besed nebo vzdělávání profesionálů. (Maťátková, 2014)

Nejdůležitější službou využívanou v kontaktních centrech je výměnný injekční program spojený s poradenstvím ohledně HR materiálu. Cílovou skupinou jsou převážně nitrožilně užívající klienti nebo klienti, kteří injekční materiál zprostředkovávají jiným klientům. VIP je součástí minimálního servisu, který je klientovi poskytován, i když dostane tzv. stopku nebo pokud je zavřená kontaktní místnost. Pracovník při výměně s klientem rozebírá témata spojená s užíváním NL. Je to hlavně bezpečné brání a bezpečný sex. Na výměnu je v kontaktním centru vytvořena speciální místnost určená jen k tomuto účelu. Sociální pracovník má za úkol vytvářet vhodné prostředí, což je hlavně, aby výměna probíhala v klidu, bez ruchu ostatních klientů. U výměny je jeden klient a jeden sociální pracovník. Pracovník výměnu zapisuje do denního výkazu, musí mít u sebe klíče od skříně, kde je uložen HR materiál. V době výměny sociální pracovník udržuje trvalou pozornost na klientovi, zároveň s klientem udržuje rozhovor. Pracovník se nikdy nedotýká použitého injekčního materiálu, při vydání sterilního materiálu pracovník klientovi předává informace o správném používání a sleduje stav pomůcek k aplikaci drogy. Výměna slouží především k vykonání principů HR, ale také se zjišťují požadavky klienta a zakázka klienta. V době výměny má sociální pracovník šanci dotazovat se klienta na jeho současnou sociální i zdravotní situaci, na množství užívané drogy a podle zjištěných informací s klientem nadále pracuje a vytváří intervenční plán. (Maťátková, 2014) Další z adiktologických služeb je testování na infekční choroby, testuje se pomocí screeningových testů na hepatitidu typu C, součástí testování je předtestové a potestové poradenství. (Kalina a kol., 2003)

Nejvíce využívaná služba je kontaktní místnost, kam chodí klienti, kteří chtějí čerpat některé další služby, jako je potravinový servis, hygienický servis nebo třeba využití internetu pro klienty. Kontaktní místnost je určena pro odpočinek klientů, můžou zde vypít čaj či kávu. Prací sociálního pracovníka je zjišťovat v rámci diskuse potřeby klienta a vytvářet individuální plány. Kontaktní místnost je otevřena podle personálních možností centra, většinou v odpoledních hodinách. Na kontaktní místnosti si klienti nesmí domlouvat obchody s drogami nebo trestnou činnost. Kontaktní místnost by pro klienty měla být bezpečným prostorem, kde si mohou hodinu denně odpočinout. Kontaktní místnost zajišťuje vždy jeden sociální pracovník. Klienti musí v kontaktní místnosti dodržovat pravidla, pokud je poruší,

dostanou sankci v podobě stopky. Stopka může být na určitý den, týden, nebo i několik měsíců podle závažnosti prohřešku. (Mařátková, 2014)

2.1.1. Jednání se zájemcem o sociální službu

Jednáním se zájemcem o sociální službu chápeme jako vyjednávání o zakázce klienta. Mluví se o tom, co chce díky sociální službě klient dokázat (co chce ve svém životě vylepšit či změnit), a také o tom, zda nabídka sociálního pracovníka odpovídá zakázce klienta. Práce sociálního pracovníka je především zjistit cíl klienta a přemýšlet o možnostech, jak stanoveného cíle dosáhnout. V době jednání se pracovník snaží udržet vhodný prostor, ideálně bez dalších klientů. V průběhu diskuse pracovník informuje klienta o podmínkách poskytování služeb, řekne mu o možnosti si stěžovat, klient je upozorněn na svoje práva. Pracovník musí informace podat tak, aby jim klient porozuměl. Podle zákona 108/2006 Sb. má klient uzavřít s poskytovatelem smlouvu, která nemusí být v K-centru písemná, musí být ovšem vytvořen písemný záznam o ústní dohodě. (Mařátková, 2014)

„Dohoda musí obsahovat tyto náležitosti:

- a) Označení smluvních stran,*
- b) druh sociální služby,*
- c) rozsah poskytování sociální služby,*
- d) místo a čas poskytování sociální služby,*
- e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení,*
- f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,*
- g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,*
- h) dobu platnosti smlouvy.“ (zákon 108/2006 Sb.)*

Pokud je u konkrétního klienta zjištěn cíl (zakázka) práce, zapíše se do dohody, aby ostatní pracovníci mohli na dosažení daného cíle pracovat. Dohody jsou uzavírány na dobu určitou (podle zakázky uživatele), klient musí vědět, že s ním byla dohoda uzavřena. (Mařátková, 2014)

2.1.2. První kontakt, kódy a in come dotazník

Názvem první kontakt je chápána první návštěva klienta, který spadá do cílové skupiny. V případě, že do cílové skupiny nespadá, je klient odmítnut. První kontakty se zapisují do denního výkazu, nehledí se na to, zda klient využíval služby v jiném

kontaktním centru (v jiném městě, pod jinou organizací). Počty prvních kontaktů jsou pro statistiku velmi důležité.

V rámci prvního kontaktu se s klientem vytvoří kód, pod kterým je evidován (viz níže). V minimálním případě se od klienta zjišťuje jméno (nebo přezdívkou, kterou chce být osloven) a ročník, jakou drogu a jakým způsobem klient látku užívá, a ve kterém městě bydlí. Během prvního kontaktu je klient seznámen se službami a podmínkami jejich využívání (mimo jiné práva klienta a pravidla kontaktní místnosti). Údaje o tom, jakým způsobem proběhl první kontakt, pracovník zapisuje do knihy prvních kontaktů a do složky klienta. V knize je uvedeno datum, kód, jestli byl klient seznámen se službami, s možností stížností, s pravidly, které musí v kontaktním centru dodržovat, i sankcemi za jejich porušování. Dále se připsuje stručný popis klientovi situace a iniciály pracovníka, který záznam zapsal. (Maťátková, 2014)

K-centra jsou organizace, kde jsou služby poskytovány anonymně. Každý klient má přidělen svůj kód. Kódy jsou společné pro většinu center po celé České republice, klient se díky svému kódu může identifikovat, aniž by byla narušena jeho anonymita. Kódy jsou sestaveny z prvních tří písmen jména matky klienta, pak den narození, tři písmena z klientova křestního jména a měsíc narození. Kódy pak mohou vypadat např. MAR12SIM09. Pokud přijde klient do služby poprvé, sestaví se s ním kód a vyplní se in come dotazník. Velice záleží na situaci, zda je in come vyplněn hned, nebo až po několika návštěvách klienta. Pokud klient nespolupracuje a nesouhlasí s vyplněním in come dotazníku ani nechce být veden pod kódem, může být evidován pod tzv. no codem. Pro sociální pracovníky jsou ovšem informace z in come dotazníků velmi důležité, proto se snaží klienty motivovat k tomu, aby no codu bylo co nejméně. Pokud klient odmítne vyplnit in come dotazník, není to důvod pro neposkytnutí služby. (Maťátková, 2014)

In come dotazníky jsou důležité pro zmapování drogové kariéry klientů, sociální situace a také rizikového chování. Prací sociálního pracovníka je zajistit vhodný prostor a čas pro vyplnění in come dotazníku. Pracovník musí klientovi pečlivě vysvětlit smysl in come dotazníku. Pracovník se snaží s klientem in come vyplnit co nejpřesněji, důležité je, aby klient rozuměl otázkám. Není vhodné na klienta spěchat. (Maťátková, 2014)

2.1.3. Intervenční a individuální plánování

Intervenční plán je dalším bodem, který je pro sociální pracovníky velmi důležitý. Každý pracovník má za cíl práce snižovat u klientů případná rizika spojená s užíváním drog, ovšem cíl sociálních pracovníků se nemusí shodovat s cílem klienta, proto pracovníci vytvářejí intervenční plány. Intervenční plán je souborem témat, na kterých je potřeba s klientem během spolupráce pracovat. Intervenční plány se v K-centru vytvářejí na témata týkající se oblasti ochrany před šířením infekčních nemocí, ochrany zdraví klienta a také témata týkající se sociální oblasti, jako je například to, kde klient v současné době bydlí, jak to má s rodinou, s dluhy, s doklady atd. Intervenční plány se vedou v elektronické podobě a jsou uloženy ve složkách klientů. Intervenční plány se vyhodnocují vždy po půl roce, kdy pracovník shrne, co se s klientem za uplynulé období dělo, čeho dosáhl a naopak čeho nedosáhl. Pracovník poté naplánuje priority pro další období, na čem se s klientem bude pracovat. (Maťátková, 2014)

Každý klient má svého klíčového pracovníka. Takový pracovník nese zodpovědnost za vedení dokumentace klienta, tedy i intervenčního plánu. Klíčovým pracovníkem je většinou ten, který s klientem uzavřel dohodu. To, že klient má klíčového pracovníka, neznamená, že s ním nepracují další pracovníci K-centra. Pracovníci si předávají informace na společných poradách. Klient může požádat o změnu klíčového pracovníka, v případě nesympatie nebo nějakého jiného problému. I když není pracovník určitého klienta klíčový, může se podívat do intervenčního plánu a zjistit, na jakých tématech se s klientem pracovalo a co by bylo dobré klientovi doporučit a probrat při další návštěvě. (Maťátková, 2014)

Individuální plány jsou vytvářeny klíčovým pracovníkem za přítomnosti klienta. Tento plán podrobně stanovuje, jak bude postupně dosaženo stanoveného cíle. Individuální plán vždy vychází z potřeby klienta a vždy navazuje na dohodu o poskytování služeb. V plánu je sepsán cíl, který má být díky sociálním službám poskytovaným v K-centru dosažen. Cíl v každém individuálním plánu musí být konkrétní. Individuální plán také obsahuje kroky, kterými se dosahuje stanoveného cíle, další položkou jsou termíny, do kdy má být stanovených cílů dosaženo a také rozdělení rolí, kdo co udělá. V plánu by také mělo být zapsáno, jakou formou se bude dosahovat cíle a které instituce nebo spolupracující osoby budou na dosažení cíle spolupracovat. Individuální plány jsou vyhodnocovány společně s uživatelem, a to vždy, když o to klient projeví zájem nebo pokud byl splněn některý ze

stanovených kroků. Plán se upraví podle aktuálních potřeb klienta. Individuální plány jsou zaznamenávány do formuláře, není to výčet toho, jak se s klientem pracovalo, ale to, na čem se bude pracovat pro dosažení cíle. Individuální plány jsou zaznamenávány v elektronické podobě ve složce klienta, klient může mít i několik individuálních plánů.

Dost často se stává, že klient chce využít určitou službu jen jednou, pro tyto situace jsou vhodné jednorázové individuální plány. U těchto plánů se nevyplňují záznamy o ústní dohodě. V kartě klienta musí být záznam o jednorázovém individuálním plánu, kde bude přesně popsána klientova nepříznivá situace, dalším bodem je klientova zakázka a výčet poskytnutých služeb. (Maťátková, 2014)

2.1.4. Doprovody klientů a základní sociální poradenství

Doprovody klientů se poskytují v případě, když klient musí využít k řešení nějaké své nepříznivé situace jinou instituci a není toho sám schopný. Cílem doprovodu je podpořit klienta, aby získal potřebné informace nebo dovednosti k tomu, aby mohl službu využít při další návštěvě samostatně. Klienti, kteří žádají o doprovod pracovníka, jsou většinou v krizovém stavu nebo mají bez doprovodu velké obavy z neúspěchu. Před doprovodem se s klientem musí domluvit, za jakých podmínek bude doprovod probíhat. Musí se probrat to, zda pracovník může uvádět v konverzacích s druhou stranou, že je klientem kontaktního centra, pokud tomu tak je, musí klient podepsat souhlas o poskytování osobních údajů. Na druhou stranu i to, zda pracovník může uvést, že je pracovníkem KC, a velmi důležité je domluvit se na podmínkách doprovodu: čas, jak dlouho bude pracovník čekat na klienta v případě opoždění, zda bude doprovod probíhat do instituce, zda při jednání bude přítomen ještě někdo (př. partner). Pracovník si s klientem datum doprovodu domlouvá vždy dopředu. Doprovod ve většině případů realizuje jeden pracovník, který se hned po schůzce vrací do práce. Pokud je doprovod poskytován, pracovník nikdy nejedná za klienta. (Maťátková, 2014)

Poradenství v kontaktním centru chápeme jako poskytování informací klientovi nebo jeho blízkým s cílem zlepšit životní situaci klienta. Poradenství může být jednorázové nebo dlouhodobější. Základní sociální poradenství je poskytováno formou individuálního poradenství. Nejčastěji se řeší témata spojená s přímou sociální prací, kdy se nejvíce projednávají témata jako evidence na úřadu práce, vyřizování dokladů, hledání zaměstnání nebo bydlení, vyřizování sociálních dávek nebo témata spojená se splácením dluhů. Během práce se pracovník snaží, aby se

klient co nejvíce zapojoval, podporuje ho a vede k co největší samostatnosti. (Mařátková, 2014)

2.2. Terénní práce

Dle Orlikové (2009) terénní práce (neboli také streetwork) je sociální služba, která je poskytovaná přímo na ulici. Dá se říci, že je to „navštěvující“ sociální práce, která jedná ještě před tím než se na ni někdo obrátí s problémem, sama se nabízí v místech, kde vznikají sociální konflikty. Lidé mají rozhodnutí o řešení svého problému ve svých rukou. Projevuje se to tak, že je na klientovi, zda sociálního pracovníka vůbec osloví, či ne.

Streetwork zaměřený na uživatele drog, obvykle zajišťuje výměnný program a s ním spojené poradenství. Poskytuje informace především ohledně bezpečného užívání drog. Terénní pracovníci v mezích možností poskytují klientovi základní sociální a právní poradenství. Využití těchto služeb je stejně jako v případě K-center anonymní a bezplatné. V případě streetworku je klient osloven, ale rozhodnutí, zda pomoc využije, je jen na klientovi. (Orliková, 2009) Terénní programy jsou často první službou, kterou uživatelé drog využijí. Cílová skupina jsou obtížně dosažitelní klienti, kteří jsou demotivovaní službu vyhledat sami a řešit svoje problémy zdravotní, sociální nebo psychologické.

Cílové skupiny terénní sociální práce:

- *„osoby ze sociálně vyloučených lokalit, u kterých dochází ke kumulaci problému (chudoba, dluhy, nezaměstnanost, lichva, špatný stav bydlení, špatný přístup ke službám, špatná kvalita vzdělání, kriminalita apod.) nebo osoby sociálním vyloučením ohrožené*
- *osoby ohrožené závislostmi*
- *osoby poskytující placené sexuální služby*
- *děti a mládež ohrožené společensky nežádoucími jevy*
- *rodiny s dětmi*
- *osoby bez přístřeší“ (Nedělníková, 2010)*

Terénní sociální práce se zaměřuje na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nemají motivaci tuto skutečnost nijak měnit. Vychází z principů Public Health a Harm Reduction, terénní pracovníci pracují s klienty s jakýmkoli stupněm závislosti. Základním principem je nízkoprahovost, která vede k dostupnosti služeb v prostoru i

čase. Pracovníci v terénu musí mít dobré komunikační dovednosti a schopnost tvořivého myšlení. (Kalina a kol., 2003, b)

2.3. Léčba závislostí

Léčba je v drogové problematice chápána jako odborná strukturovaná práce s klientem. Je to léčebný proces vedoucí k abstinenci klienta. Léčení probíhá na základě různých metod, (na začátku je to detoxifikace, dále jde především o poradenství a psychoterapii) přes poradenství až po psychoterapii. Léčba může být ambulantní nebo pobytová. Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče a doléčování. (Sananim, 2009)

V mnoha publikacích se píše, že uživatel drog se nedokáže závislosti zbavit sám, ale potřebuje pomoc odborníků. Tento názor je správný, ale samotná léčba může být úspěšná, jen pokud se dotyčný jedinec rozhodl pro léčbu sám. Motivace klienta je nejdůležitější podmínkou vedoucí k pozitivnímu výsledku a dosažení abstinence. Kontaktní centra poskytují klientům především poradenství, větší pravděpodobnost úspěchu má léčba na specializovaných psychiatrických pracovištích. V současné době je velmi oblíbená podpůrná léčba, kdy je používána substituce, například u heroínu je to metadonem nebo Subutexem. Léčba je spojená se speciální terapií, individuálním poradenstvím nebo skupinovou terapií. Pomoc spočívá v znovu integrování do společnosti, v praxi je to především získání práce a bydlení. (Fischer a Škoda, 2014)

Ambulantní léčba

Probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Klient dochází sám do zařízení, kde se léčba poskytuje. Tato léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální jistoty, které jsou pro klienta podporou. Klienti ambulantní léčby musí být sami motivovaní se svojí situací něco dělat. Za účinnou dobu léčby se uvádí tři měsíce. U nás je ambulantní péče poskytována tzv. AT poradnami, skupinami, nebo jsou zřízené stacionáře, kam klienti každý den dochází. Nejvíce využívaná jsou ambulantními centra, která jsou součástí organizací zabývajících se drogovou problematikou.

Pobytová léčba

Léčba, kdy klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. V těchto zařízeních je vytvořeno prostředí bez drog, kde se musí dodržovat určitý režim a pravidla. Klient během pobytu využívá individuální i skupinové terapie. Léčení může být od dvou měsíců až po jeden rok. Krátkodobé léčby probíhají většinou v psychiatrických

léčebnách. Dlouhodobé léčby probíhají v terapeutických komunitách. Pobytová léčba je vhodná pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí. Po ukončení léčby a doléčování by klient měl být schopen vrátit se do normálního života. (Sananim,2009)

3. ROMSKÁ MENŠINA

3.1. Definice romské menšiny

Romská komunita je brána jako indický antropologický typ, jenž nese určité znaky. Tyto odlišnosti od majoritní společnosti jsou především „tmavší plet“, což je považováno za nejzákladnější etnický znak Romů. Romové jsou chápáni jako rasová skupina velmi tmavé barvy pleti, očí a vlasů. Velké množství členů majoritní společnosti chápe romskou menšinu jako cizince, i přesto, že je na našem území po mnoho generací. Romové jsou považováni za někoho, kdo je tmavé pleti, mluví jiným jazykem a žije podle pravidel, která majorita nezná. (Jakoubek, 2004)

3.2. Stručná historie Romů v Čechách a na Slovensku

Jako úplně první se v Čechách o Romech zmiňuje Dalimilova kronika v 82. kapitole, kde jsou popisováni jako tatarští zvědové s holemi v rukách, nazýváni jako kartasi. Zda se o Romy jednalo, nebo ne se dodnes neví, například způsob oblečení nenavštěvoval pro ani proti. Na území Slovenska je první zmínka z roku 1322, kdy rychtář z Nové Vsi uvedl, že v okolí se potulují Cikáni. Za jistý lze pokládat až rok 1417, kdy jsou zprávy o cestě asi třisetčlenné skupiny. Od poloviny 16. století začala katolická církev poukazovat na chování Cikánů, postupně jim lidé přestávali důvěřovat. V roce 1541 se nálady začaly přiosťřovat, a to hlavně kvůli požáru v Praze, který byl přikládán za vinu právě Romům. Leopold I. v roce 1688 Romy vyhnal ze země a prohlásil je za psance. S tímto pokračoval i Josef I. v roce 1706, kdy dal příkaz, že u hranic musí být tabule, kde budou vyvěšeny varovné nápisy s vyobrazením Romů. Karel IV. nařídil nejen tvrdé tresty pro Romy, ale potrestání i pro ty, kteří by jim chtěli jakkoli pomoci. (Fraser, 1998)

V době Marie Terezie byli poprvé Romové vstřícněji přijímáni, především některé rodiny nebo rody. Romové dostali povolení k pobytu, ale za přísných podmínek, bylo zakázané mluvit romštinou, zákazy tradičního oblékání nebo i zákaz tradičních povolání. Josef II. kladl důraz na školní docházku Romů a hygienu. V druhé polovině 18. století se Romové začínají usazovat a v první polovině 19. století se počet Romů zdvojnásobil. Romská tradiční povolání již nestačila k uživení všech romských rodin, a proto se Romové začali věnovat i jiných povoláním jako nádenická nebo sezónní práce. Romové začali být součástí majoritní společnosti, i přesto stavěli domy v okrajových částech měst a vznikali tak první tzv. cikánské

tábory. Na Slovensku se patrně Romové usadili ještě dříve než v Čechách, živilí se košíkářstvím, kotlářstvím, většina žila polokočovný život. Ještě před první světovou válkou byla většina Romů negramotných a majoritní společnost jim brala právo na vzdělání. V době první republiky byli uznáni jako národnostní menšina, v letech 1928-1929 byla vydána první legitimace cikánů. V případě, že se neprokázali legitimací, hrozilo jim vyloučení z občanské společnosti. Zákony stále Romy vytlačovaly ze společnosti, pořád byli chápáni jako asociální skupina, které musí úřady věnovat zvláštní pozornost. V roce 1926 si Romové postavili školu a školská správa tam povolala učitele. Ve třicátých letech se do Československa dostali Romové z Německa a Rakouska. (Fraser, 1998)

Od roku 1939 byli Romové umísťováni do speciálních táborů, nejprve se jim říkalo pracovní tábory, později sběrné tábory a od roku 1942 tábory cikánské. Mezi lety 1942-1944 bylo do Osvětimi vypraveno několik transportů. Ze Slovenska transportováni nebyli, ale z jižního Slovenska, které v té době bylo součástí Maďarska, byli exportováni do Dachau. I na Slovensku čelili opatřením jako zákaz využívání veřejné dopravy, zákaz vstupu do veřejných míst, děti nesměly navštěvovat školy. Od roku 1944 byly na příkaz SS pořádány popravy. V 50. letech se komunistický režim opět zasloužil o to, že Romové byli vnímáni jako asociální skupina a veškeré znaky jejich etnické identity byly zničeny. V roce 1965 byl zřízen Vládní výbor pro cikánské obyvatelstvo, cílem bylo zapojit Romy do pracovního procesu a rozptýlit je po území. Po odvolání politiky rozptylu v době normalizace promluvila i Charta 77, která prohlásila, že „*hlavní překážkou řešení tzv. cikánské problematiky v Československu jsou dnes poruchy většinové společnosti.*“ (Fraser, 1998, str. 281)

V 70. až 80. letech se Romové hromadně stěhovali, většina dětí byla umístěna do zvláštních škol, jejichž absolventi nemohou dál studovat. Změny nastaly až v roce 1989, kdy Romové přestali zaujímat pozici pasivního objektu. Začali zakládat politické strany a hnutí. V dnešní době se nekvalifikovaní Romové opět dostávají na okraj společnosti, nezaměstnanost Romů dosahuje vysokých čísel. V současné době se velký počet organizací zabývá otázkou studia Romů, kvůli zvýšení možností jejich profesního uplatnění. (Fraser, 1998)

3.2.1. Základní hodnoty a tradice Romů

Nejzákladnější hodnotou pro Romy je život samotný. Dle Hájkové je pro ně důležité vše co podporuje pokračování života, vše co toto omezuje je vnímáno negativně. Další, co je pro tuto menšinu velmi důležité, jsou předci. Romové své předky uctívají a velký význam přikládají rodu spíše než vzdělání, majetku nebo postavení ve společnosti. Velmi si také váží dětí, někdy jsou malé děti až hýčkány. Samotné romství nese znaky, že každý musí být uctivý ke starším, zdvořilý, pohostinný a solidární. V dnešní době jsou důležité i peníze, pro zachování života, projevy lásky k dětem a úcty k předkům.

Co se týče tradic, které Romové dodržují, jsou to především vzájemná úcta, zdvořilost a pohostinnost. Množství tradic bylo spojeno s jídlem, některé potraviny byly tzv. nečisté. Například, všechno jídlo, které se muselo ohřívát nebo pokud do jídla spadl třeba jen vlas, muselo se vyhodit. Dříve byly pro Romy důležité i jejich tradiční kroje, v dnešní době se ale romská mládež obléká podle současné módy. (Hájková, 2001)

3.2.2. Tradiční romská rodina

Romské rodiny se dají rozdělit na tři typy. Prvním typem je nukleární rodina, je to společenství, kde žije muž, žena a nejméně jedno dítě nebo vdova/vdovec s dětmi nebo manželé, kterým se děti odstěhovaly a založily svoje rodiny. Dalším typem je rodina komplexní, většinou ji tvoří manželský pár, jeho ženatí synové s manželkami a dětmi. Obvykle jsou to tři až čtyři generace. Největším příbuzenským celkem je rodově-rodinné seskupení, romským výrazem nazývané fajta. Zahrnuje pět až šest generací, odvozuje se podle společného mužského předka, který zemřel. Trvá, dokud žije alespoň jeden z jeho synů. (Jakoubek, 2004)

Pro Romy má rodina zásadní význam, každý nový člen se stává součástí struktury rodiny, přijímá pravidla a etické normy. Tradiční romská rodina je patriarchální, muž je postaven výše než žena. Důležitost mužů i žen stoupá s věkem a postavení ženy se zlepšuje podle počtu dětí a pohlaví dětí. (Hájková, 2001)

3.2.3. Postavení členů rodiny

Postavení muže a ženy

Muži mají obecně dominantní postavení, pokud žije pohromadě několik nukleárních rodin, má vždy nejdůležitější slovo nejstarší muž z rodu. Muži jsou považováni za živitele rodiny, kdy peníze odevzdávají ženě, která se stará o stravu pro děti. Muž,

aby ukázal, že ženu stále miluje, čas od času ženu uhodí, čímž projeví žárlivost a tím i lásku. Výchova dětí je především úkolem žen, muž se angažuje jen při výchově chlapců. (Říčan, 1998)

Žena se stará především o chod domácnosti, čistotu a výchovu dětí. Nejdůležitější slovo má nejstarší žena, která rozděluje ostatním ženám povinnosti. Úkolem matky je výchova nejmladších dětí, převážně dívek. Dívky jsou od malička vedené k tomu, aby byly připravené se vdát. Dříve rodiče nepřikládali význam vzdělání. Výchova dívek byla směřována především k praktickým dovednostem. V současné době se tento přezitek již tolik nedodrhuje, romské rodiny si již připouští důležitost vzdělání. Vztah dětí a žen je velmi silný, pokud žena zemře, muž se pravděpodobně znovu ožení. Pokud zemře muž, žena se znovu nevdá, pokud by si žena našla jiného muže, musí mít souhlas rodiny. (Hájková, 2001)

Postavení dětí

Výchova v romských rodinách je jiná než v majoritní společnosti. Dítě je respektováno a jsou vyslyšena jeho přání. Tento styl výchovy v současné době nevyhovuje, rysem tradiční romské rodiny je kolektivnost a ta se díky rozptýlenému bydlení nemůže uplatnit. Důsledkem je chování pro tradiční romskou rodinu nepřijatelné – prostituce, drogová závislost. Děti nemají všechny stejné postavení, některé jsou rodiči preferované. Nejvíce respektovány jsou nejstarší děti.

Nejuznávanější děti jsou synové, nejstarší syn se podílí na výchově sourozenců. Pro ostatní děti je nejstarší syn stejná autorita jako otec. Zajímavé je, že se může vyjadřovat k výběru manžela pro sestru. Pokud otec rodiny zemře, získá nejsilnější vliv právě nejstarší syn. Nejstarší dcery pomáhaly matce s povinnostmi v domácnosti. (Hájková, 2001)

Postavení snachy a starých lidí

Dívka, která se přivdala do nové rodiny (snacha), stojí na nejnižším místě. Tchýně postupně učí mladou nevěstu zvykům nové rodiny. Snacha se učí do doby, dokud neporodí přibližně dvě až tři děti, musí se prokázat jako dobrá matka a poté se osamostatňuje. Od mladé nevěsty se očekává poslušnost, pokud by si stěžovala, nebyla by obecně chápána jako dobrá nevěsta. Tchýně většinou nejedná s mladou nevěstou dobře, někdy ji i bije a uráží ji, před ostatními rodinami ji ale vychvaluje.

Romové si starých lidí i předků váží. Vyšší věk znamená vyšší postavení v rodině. V romských rodinách neexistuje, aby dědeček či babička skončili v domově pro seniory, postarat se o své rodiče berou Romové jako přirozenou povinnost. Stáří je

ceněno natolik, že se říká, že pokud by Romům hořel dům, první by zachránili své rodiče a až poté své děti. (Hájková, 2001)

3.3. Romští uživatelé drog

V roce 2005 vyšla publikace *Zaostřeno na drogy*, kde byl uveden výzkum týkající se tvrdých drog užívaných romskou menšinou. Výzkum byl proveden na tvrdých drogách, nebylo zkoumáno užívání alkoholu, cigaret a marihuany. Vyšlo najevo, že nejčastěji užívanou tvrdou drogou v té době byl heroin a pervitin. Hned po dvou těchto látkách jsou to léky a Subutex. V rámci zkoumání bylo zjištěno, že romští uživatelé jsou velmi dobře informováni o terénních programech, ale informace o nízkoprahových centrech chybí. Nízkoprahová zařízení byla využívána především pro testování na VHC a HIV. Romští uživatelé jsou informováni o detoxifikaci i o léčbě, většina by svoji situaci řešila sama, pomoc od pracovníků K-centra by většina klientů nevyužila. (Miovská, 2005/2)

Výzkumy přinesly určité závěry, které by mohly pomoci při práci s romskou menšinou. Přišlo se na to, že budování zařízení zaměřených přímo na určité etnikum není výhodné. Pokud existuje menšina využívající služby, které jí nevyhovují, není dobrá cesta vytvářet nová zařízení, ale spíše je přizpůsobit potřebám daných klientů. U romské populace se například klade důraz na individuální práci s rodinou a informování romských rodin. (Miovská, 2005/2)

3.3.1. Drogy v romské komunitě

Podle metodiky výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách z roku 2010 výzkumy ukázaly, že konzumace drog u Romů se liší od majoritní společnosti. Co se týče legálních drog, tedy alkoholu a cigaret, tady je u romské menšiny větší tolerance k pití alkoholu u nezletilých. V případě závislosti na alkoholu, Romové tento problém řeší snížením financí danému člověku a odmítají jakoukoli psychiatrickou pomoc. Romové častěji alkohol užívají doma, v restauracích alkohol tolik nekonzumují. Problémy týkající se kouření se objevují již u dětí ve věku 11 až 12 let. Ve vyloučených lokalitách je tolerance kouření tabákových výrobků u dětí velmi vysoká.

S romskou komunitou jsou spojovány především tyto nelegální drogy. Jsou to Subutex, marihuana, toluen, heroin a pervitin. Marihuana stejně jako v majoritní společnosti plní funkci rekreační ale také integrační. Marihuana je tolik populární kvůli své finanční dostupnosti a také tím, že její konzumaci lze jednoduše skrýt před

okolím. Heroin se vyskytuje převážně u olašských Romů, komunita slovenských Romů je do heroinové závislosti většinou zatažena právě olašskými Romy. Také distribuce heroínu se vyskytuje převážně v olašských rodinách. Poslední drogou, kterou zmíním, je pervitin. Tato droga je v romských rodinách akceptovatelná, ukazuje totiž na dostatek financí dotyčného. Rodina se pro pomoc obrací, až když se závislý stává nebezpečným. (SOCIOFACTOR s.r.o., 2010)

3.3.2. Specifika užívání drog u Romů

Nelze říct, čím jsou tato specifika daná, zda je to životním stylem nebo samotnou romskou kulturou. Nelze ani říct, že se tyto specifika týkají všech Romů. Důležitou odlišností od majoritní společnosti je, že jsou v romských rodinách drogy tolerovány. Pokud rodiče zjistí, že jejich dítě užívá drogy, romští rodiče nepodnikají žádné radikální kroky k řešení situace. Rodiče začnou problém řešit až tehdy, když je užívání drog spojeno s nějakým psychickým onemocněním. Dalším specifikem je sociální a ekonomická podpora. Rodina závislého toleruje narkomanovi obstarávání drogy, pokud nepáchá nějaký zločin. Péče rodiny někdy udržuje míru závislosti a tím je i zdrojem problémů. S tím souvisí i další specifikum, romští členové rodiny jsou zvyklí být neustále spolu. To je problém při ústavní léčbě, kde se nedoporučují nebo i nedovolují nějakou dobu návštěvy příbuzných. Dalším specifikem je, že romské rodiny nejsou schopné vyhodit své dítě z domu, protože užívá drogy. Tento problém je těžký pro kteréhokoli rodiče, ale pro romské rodiny je v tomto ohledu příznačné, že závislého spíše vnímají jako „nemocného“, který má určité potřeby, jež je nutno uspokojit. Posledním specifikem je vícegenerační závislost, která v romských rodinách není nijak výjimečná. Znamená to, že v jedné rodině mohou užívat drogy děti, rodiče a někdy i prarodiče.

Vznik závislostí je mimo jiné velmi pravděpodobně podmíněný sociálním okolím jedince. Sociálně vyloučené lokality, ve kterých romští klienti bydlí, jsou magnetem na patologická rizika. Dalším problémem je, že Romové obecně nepřijímají instituce majoritní společnosti. To se dá krásně ukázat na příkladu, že pokud je problém s dítětem ve škole, rodiče romského dítěte se vždy postaví za své dítě. Tak je to i s uživateli drog. (SOCIOFACTOR s.r.o., 2010)

3.3.3. Romové v K-centru

V metodice K-centra Mladá Boleslav je práce s Romy též zmíněna. Specifika při práci jsou získávána z dlouhodobých zkušeností pracovníků. Kontakty s členy

romské populace bývají spíše nárazové, nepravidelné a časté jsou dlouhé prodlevy mezi kontakty s jednotlivými klienty. Tyto aspekty komplikují individuální práci s klientem a postupy na konkrétním problému. Když už klient do kontaktního centra přijde, je většinou kontakt narušován dalšími klienty, kteří chodí společně s ním. Je tudíž velice složité udržet klientovu pozornost a věnovat se tématům harm reduction, jako jsou abscesy, nemoci, bezpečné brání nebo sociálně právní informace. U romských klientů je problém, že jejich užívání je ohroženo různými mýty a tradicemi v brání. Klienti dost často nechtějí přijmout jiný styl brání a těžko přijímají rady od pracovníka K-centra. Dalším problémem je často odlišné názvosloví i výrazy v romštině, které souvisí s užíváním drog. Tento aspekt může narušovat zjišťování informací o klientových návycích.

Sociální pracovník by při kontaktu s romským klientem měl postupovat standardně, to znamená zklidnit a stabilizovat situaci. Pracovník klade důraz na předávání důležitých informací ohledně bezpečného brání, vše klientovi dostatečně vysvětlí, aby klient všemu porozuměl. Pokud je k tomu příležitost, měl by pracovník nabízet klientovi testování, protože z výzkumů vyplývá, že romští klienti tuto službu využívají jen zřídka. Sociální pracovník by se měl snažit odbourat všeobecně známé mýty, které klienti někdy i nevědomky přijímají. Pracovník se v rámci kontaktu snaží domluvit pravidla výměny, testování a snaží se prohloubit vztah s klientem. (Mařátková, 2014)

4. METODICKÁ ČÁST

Výzkumná část této bakalářské práce je zaměřena na naplnění hlavního a dílčích cílů práce.

4.1 Hlavní cíl výzkumu a výzkumné dílčí cíle

Jako hlavní cíl výzkumu jsem si zvolila „zjistit, jaké jsou rozdíly v sociální práci s romskými uživateli drog“. Téma jsem vybrala na základě praxí, které jsem absolvovala v kontaktních centrech v Hradci Králové a v Pardubicích. Napadlo mě, zda se s romskými klienty pracuje jinak vzhledem k tomu, že jsou etnická menšina. Kladla jsem si otázku, zda by se s nimi jinak mělo pracovat, či ne.

4.2 Formulace dílčích cílů

Hlavní cíl „zjistit, jaké jsou rozdíly v sociální práci s romskými uživateli drog“, bych chtěla naplnit třemi dílčími cíli. V této kapitole budou jednotlivé dílčí cíle podrobně rozebrány.

4.2.1 Dílčí cíl DC 1

DC 1. Zjistit rozdíly v používaných metodách při práci s romskými uživateli drog. Důležitým výstupem bude zjištění, zda sociální pracovníci v drogových službách pracují s romskými klienty jinak dle metodických postupů. V této části budu hledat, zda jsou nějaká viditelná specifika v práci s romskými klienty. Dále budu chtít zjistit, co se sociálním pracovníkům v praxi osvědčilo a také, v čem je vůbec romský klient jiný, než klient majoritní společnosti.

DC 1.1 Interpretovat, jaký je typický klient podle odpovědí jednotlivých respondentů.

DC 1.2 Zjistit, v čem je romský klient jiný oproti klientovi majoritní společnosti.

DC 1.3 Zjistit, jaká specifika používají sociální pracovníci při práci s romskými klienty.

DC 1.4 Zjistit, co se osvědčilo při práci s romskými klienty.

DC 1.5 Zjistit, proč klienti využívají služeb méně, než klienti majoritní společnosti.

DC 1.6 Zjistit, proč klienti využívají léčby méně, než klienti majoritní společnosti.

DC 1.7 Zjistit, které služby jsou nejvíce využívány v drogových službách.

4.2.2 Dílčí cíl DC 2

DC 2. Zjistit možné rozdíly při práci s romskými uživateli drog vázanými na rodinu. Tímto dílčím cílem bych chtěla zjistit, zda mají romští klienti větší podporu rodiny v případě, že se takový člověk dostane do nějaké nepříznivé sociální situace. Potom bych chtěla objasnit, zda jsou v romských rodinách opravdu tolik viditelné tradice romské komunity. Otázky se týkají především autority vůči starším členům rodiny a rodiny obecně. Dále bych chtěla najít a specifikovat rozdíly, mezi klienty žijícími v rodině a těmi na ulici.

DC 2.1 Zjistit, jaké se dají zaznamenat rozdíly v chování u klientů na ulici a těmi, co žijí doma.

DC 2.2 Pokusit se objasnit, proč jsou romští klienti více vázáni na rodinu.

DC 2.3 Zjistit, jak se projevuje autorita vůči starším členům rodiny.

4.2.3 Dílčí cíl DC 3

DC3. Zjistit odlišnosti v užívání drog u romských uživatelů.

Tento dílčí cíl by mi měl dát odpovědi na otázky, zda romští klienti užívají stejné nelegální drogy jako klienti majoritní společnosti a zda se dají vyzorovat nějaké rozdíly v užívání jednotlivých drog. Poslední otázka je zaměřená na alternativní způsoby aplikace drog, zda romští klienti tyto alternativy užívání návykových látek využívají, či ne.

DC 3.1 Zjistit, zda romští klienti užívají nejvíce vyhledávanou drogu dané lokality, jako majoritní klienti.

DC 3.2 Zjistit odlišnosti v užívání drog.

DC 3.3. Zjistit, jaké jsou využívané alternativní způsoby užívání u romských klientů.

4.3 Zvolená výzkumná strategie

Jako výzkumnou metodu jsem si pro naplnění hlavního cíle zvolila kvalitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hloubkových datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, Šedová, 2007, s. 17)

Pro získávání dat jsem si vybrala techniku interview. Tato technika je nejrozšířenější pro zpracování dat. V průběhu interview se musí dbát nejen na zvládnutí získání dat, ale i na schopnost pozorovat a obě metody provázat, a tím pro výzkum vytěžit maximum. „*Interview označuje takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný za určitým cílem a účelem výzkumné studie.*“ (Miovský, 2006, s. 156)

Pro sběr dat jsem si vybrala nejrozšířenější metodu polostrukturované interview. Tato metoda má pevně dané schéma. Vytvořila jsem si tedy okruhy otázek a během samotných rozhovorů jsem pokládala další dodatekové otázky, které mi doplnily nedostatky v již stanovených otázkách. Tuto metodu jsem si zvolila hlavně proto, že jsem se mohla doptávat na podrobnosti u jednotlivých odpovědí. Pokud jsem něčemu nerozuměla, zeptala jsem se vysvětlující otázkou. Tím jsem správně pochopila, co respondent danou odpovědí myslel. Pro polostrukturované rozhovory jsem se rozhodla, protože jsem chtěla vést rozhovory přímo s pracovníky z praxe. Na samotné interview jsem si připravila otázky, které jsem postupně pokládala sociálním pracovníkům z různých služeb (kontaktní centra, terénní služby) a různých měst (Nymburk, Mladá Boleslav, Hradec Králové, Pardubice). Jako nevýhodu jsem zaznamenala, že někdy doplňující otázky nechtěně odvedly respondenta od tématu rozhovoru. Další nevýhodou je časová náročnost, jak na přípravu, tak na samotný rozhovor a následné zpracování jednotlivých odpovědí. S vedením rozhovorů jsem problém neměla, měla jsem připravené vysvětlení, proč chci rozhovory vést, k čemu to bude a proč jsem oslovila zrovna toho respondenta. Rozhovory jsem analyzovala a poté jsem jednotlivé odpovědi rozdělila podle oblastí. Cílem bylo najít stejné nebo podobné odpovědi, které jsem zpracovala a na jejich základě jsem napsala obecný závěr. Techniku polostrukturovaného interview jsem si vybrala, protože se mi pro naplnění cíle výzkumu zdála jako nevhodnější.

4.4 Transformace dílčích cílů

Tabulka č.1 Transformační tabulka

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Dílčí cíle 2. řádu	Tazatelské otázky
Zjistit jaké jsou rozdíly v sociální práci s romskými uživateli drog.	DC1: Zjistit rozdíly v používaných metodách při práci s romskými uživateli drog.	DC 1.1 Interpretovat, jaký je typického klient podle odpovědí jednotlivých respondentů.	TO1: Jak byste popsal/a typického romského klienta ve Vašem centru/lokalitě?
		DC 1.2 Zjistit, v čem je romský klient jiný oproti klientovi majoritní společnosti.	TO2: V čem je romský klient jiný, než klient majoritní společnosti ve vašem centru/lokalitě?
		DC 1.3 Zjistit, jaká specifika používají sociální pracovníci při práci s romskými klienty.	TO3: Jaká jsou specifika využívaná při práci s romskými klienty?
		DC 1.4 Zjistit, co se osvědčilo při práci s romskými klienty.	TO4: Co se vám osvědčilo při práci s romskými klienty?
		DC 1.5 Zjistit, proč klienti využívají služeb méně než klienti majoritní společnosti.	TO5: Proč myslíte, že romští klienti využívají služeb méně? Pokud by byla služba pouze pro romské klienty, v čem by podle vás měla být jiná?
		DC 1.6 Zjistit, proč klienti využívají léčby méně, než klienti majoritní společnosti.	TO6: Proč myslíte, že romští klienti využívají léčby méně, než klienti majoritní společnosti?
		DC 1.7 Zjistit, které služby jsou nejvíce využívané v drogových službách.	TO7: Kterých služeb využívají romští klienti nejvíce?
	DC 2: Zjistit možné rozdíly při práci s romskými uživateli drog vázanými na rodinu.	DC 2.1 Zjistit, jaké se dají zaznamenat rozdíly v chování u klientů na ulici a těmi, co žijí doma.	TO8: Jaké rozdíly se dají vyzorovat v chování a dalších projevech u romských klientů, kteří bydlí doma (přímo v rodině) a mimo domov (squat, ulice, byty)?

		DC 2.2 Pokusit se objasnit, proč jsou romští klienti více vázáni na rodinu.	TO9: Co považujete za hlavní argument, že romští klienti jsou více vázáni na své rodiny než, klienti majoritní společnosti?
		DC 2.3 Zjistit, jak se projevuje autorita vůči starším členům rodiny.	TO10: Jak se projevuje u romských klientů autorita vůči starším členům rodiny, která je zakotvená v tradicích komunity?
	DC3: Zjistit odlišnosti v užívání drog u romských uživatelů.	DC 3.1 Zjistit, zda romští klienti užívají nejvíce vyhledávanou drogu dané lokality, jako majoritní klienti.	TO11: Které drogy užívají romští klienti nejvíce? Jsou to drogy nejvíce vyhledávané v dané lokalitě?
		DC 3.2 Zjistit odlišnosti v užívání drog.	TO12: Jaké odlišnosti byste popsal/a při užívání jednotlivých typů drog u romských klientů?
		DC 3.3 Zjistit, jaké jsou využívané alternativní způsoby užívání u romských klientů.	TO13: Co se vám osvědčilo u romských klientů z tzv. alternativních způsobů aplikace?

4.5 .Volba výzkumného souboru

Pro psaní práce jsem si zvolila cíl výzkumu „zjistit, jaké jsou rozdíly při práci s romskými uživateli drog“. Nejprve jsem myslela, že bych vedla rozhovory přímo s klienty, ale kontaktní centra jsou nízkoprahová a nikdy není jasné, zda klienti přijdou, či ne. To samé platí pro terénní program. Bylo by velice složité s klienty rozhovory uskutečnit. Rovněž mě napadlo, že sami klienti mi mohou maximálně říct svůj názor na to, zda s nimi pracovníci pracují jinak. Jaké rozdíly to jsou, by nebyli schopni interpretovat. Vzhledem k těmto aspektům jsem se rozhodla dělat rozhovory přímo s pracovníky K-center a terénních programů. Celkem jsem oslovila dvanáct pracovníků organizací Laxus, Semiramis a Sananim, kteří se zabývají drogovou problematikou. Díky tomu, že jsem absolvovala praxi v K-centru v Hradci Králové, Pardubicích a získala jsem práci v K-centru v Mladé Boleslavi, byla komunikace s centry jednodušší. Chtěla jsem vést rozhovory přímo s pracovníky K-center a

terénních programů, protože si myslím, že přijdou s romskými klienty nejvíce do styku. Pracovnice jsem oslovila elektronickou korespondencí a čekala jsem na odpovědi. Na email mi odpovědělo deset pracovníků, dva z toho mi interview neposkytnou, a to z důvodu, že jako sociální pracovníci v této oblasti pracují krátce a ještě neměli zkušenosti s romskými klienty.

Jako výzkumný soubor jsem si zvolila: dva pracovníky z K-centra v Mladé Boleslavi, jednoho pracovníka z K-centra v Hradci Králové, jednoho pracovníka z K-centra v Pardubicích a jednoho z K-centra z Nymburka. Dále jsem vedla interview se třemi pracovníky z terénních programů, dvěma z Nymburka a jedním z Hradce Králové.

Výběr respondentů byl záměrný. Jak jsem již uvedla v úvodu, vybírala jsem ty pracovníky, kteří přichází do přímého kontaktu s klienty. Terénní program v Nymburce jsem vybrala na doporučení. Terénní program tam jezdí do jedné z nejznámějších romských lokalit ve středních Čechách, Sadské a okolí. Co se týče pohlaví respondentů, tři respondenti byli mužského pohlaví, zbývajících pět respondentů byly ženy. Následující tabulka slouží k přehlednému shrnutí charakteristik účastníků výzkumu. V celém výzkumu píšou o respondentech v mužském rodě, ale myslím tím respondenty i respondentky.

Tabulka č. 2 Respondenti

Respondent číslo	Pohlaví	Vzdělání	Profese	Organizace
R1	žena	VŠ	Kontaktní a sociální pracovnice Mladá Boleslav	Semiramis
R2	žena	VŠ	Vedoucí K-centra Hradec Králové	Laxus
R3	žena	VŠ	Vedoucí K-centra Mladá Boleslav	Semiramis
R4	žena	VŠ	Kontaktní a sociální pracovnice Nymburk	Semiramis
R5	muž	VOŠ	Vedoucí K-centra Pardubice	Laxus
R6	žena	VŠ	Kontaktní a sociální pracovnice Nymburk	Semiramis
R7	muž	VŠ	Vedoucí terénních programů Hradec Králové	Laxus
R8	muž	VOŠ	Vedoucí K-centra/terénních programů Nymburk	Semiramis

4.6 Popis organizace a průběh výzkumu

Každého z deseti pracovníků jsem oslovila nejprve elektronickou korespondencí, kde jsem požádala o interview. Ve zprávě jsem nastínila téma práce a cíl výzkumu. Přes emailovou korespondenci jsem si domluvila osm termínů rozhovorů. Dvě oslovené pracovnice mi interview odmítly z již zmiňovaných důvodů. Polostrukturovaná interview probíhala během prosince 2015 a ledna 2016. Interview jsem vedla vždy na pracovišti respondenta. Když jsem se dostavila na dané pracoviště, představila jsem se, i když někteří respondenti mě znali z praxe, a osobně jsem znovu požádala o vedení interview. Ujistila jsem se, že respondent s rozhovorem opravdu souhlasí a má na něj čas. Dále jsem mluvila o výběru tématu pro bakalářskou práci a také o cíli výzkumu. Každému respondentovi jsem nastínila okruhy otázek, aby se mohl na samotný rozhovor připravit. Vždy jsem si vyžádala souhlas s nahráváním. Otázky byly postupně pokládány a během rozhovoru doplňovány. Měla jsem strach, že respondenti nebudou vědět co odpovídat. Bála jsem se také toho, že se během rozhovoru naskytne něco, co ho přeruší. Nakonec všechny rozhovory proběhly bez problémů. Délka interview byla vzhledem k množství otázek, zhruba 30 minut na jednoho respondenta.

4.6.1 Získávání a analýza dat

Jak jsem psala již výše, pro svoji praktickou část jsem si zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory jsou náročné na soustředěnost, proto je velice důležité rozmyslet si způsob a množství kladených otázek. Se souhlasem respondentů jsem rozhovory nahrávala na zvukovou stopu, poté jsem rozhovory přepisovala. Snažila jsem se přepsat jen to důležité. Při prvním rozhovoru jsem měla dilema, jestli mám diktafon použít. Přemýšlela jsem, zda nebude lepší odpovědi jen zapisovat na papír. Nakonec jsem se rozhodla pro diktafon, a to hned z několika důvodů. Uvědomila jsem si, že zapisování by bylo pro mě velice náročné a i přes veškerou snahu bych nemusela všechny důležité okamžiky zapsat. Pro respondenta by to mohlo být i nepříjemné, kdyby musel čekat nebo odpověď několikrát opakovat. Výhodou diktafonu je i to, že dokáže zaznamenat i tón hlasu nebo práci s tichem, což jsem nebrala na lehkou váhu a snažila jsem si to do přepisu zaznamenat. Vždy jsem dbala na to, aby měl každý pracovník dostatek času na rozmyšlení odpovědí.

Vzhledem k tomu, že jsem vedla osm rozhovorů, bylo časově snesitelné jednotlivé odpovědi přepsat. Vzniklý text jsem zredukovala a kvalitativně analyzovala. Při analýze dat jsem využila metodu kódování, čímž rozumíme „*operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby, což je ústředním procesem tvorby nové teorie*“ (Miovský, 2006, s. 228) Jednotlivé odpovědi jsem rozdělila do několika kategorií. Kategorie a jednotlivé odpovědi jsem následně porovnávala. Hledala jsem podobné nebo stejné odpovědi, na druhou stranu i úplně odlišné.

4.7 Rizika výzkumu

Na co jsem si při zpracování dávala opravdu pozor, bylo, že jsem se snažila nezkreslovat odpovědi. Snažila jsem se pracovat i s tónem hlasu, který jsem slyšela na nahrávkách rozhovorů. Rizikem může být to, že odpovědi nejsou podloženy žádnou literaturou, v řadě případů ani metodikou. Jsou to příklady z praxe, takže každý pracovník může mít na danou problematiku své názory. Velkou roli sehrálo i místo a čas rozhovoru, osobnost tazatele a to, jak byly otázky pokládány. Jelikož už v drogových službách pracuji, dávala jsem si pozor, abych nevnucovala a nepodsouvala svoje vlastní názory na danou problematiku, čímž bych mohla respondenta ovlivnit. Nevýhodou je i časová náročnost polostrukturovaného interview, náročné je to jak pro respondenta, tak i pro tazatele.

4.8 Popis výsledků výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo „zjistit jaké jsou rozdíly v sociální práci s romskými uživateli drog“.

DC 1. Zjistit rozdíly v používaných metodách při práci s romskými uživateli drog.

Tímto dílčím cílem jsem chtěla zjistit, zda sociální pracovníci v K-centrech a terénních programech pracují s romskými uživateli stejně jako s klienty majoritní společnosti. Chtěla jsem najít rozdíly, zda s romskými klienty, jako s menšinou, pracují sociální pracovníci nějak specificky. Také jsem chtěla prozkoumat, co se jednotlivým sociálním pracovníkům osvědčilo při práci s romskými klienty. Chtěla jsem objasnit, zda romští klienti potřebují, aby se s nimi pracovalo specifickým způsobem. Dílčí cíl 1 jsem se snažila naplnit a objasnit sedmi otázkami, které jsem pokládala respondentům.

DC 1.1 Interpretovat, typického klienta podle odpovědí jednotlivých respondentů.

Pro naplnění tohoto dílčího cíle druhého řádu jsem zvolila tazatelskou otázku: Jak byste popsal/a typického romského klienta ve vašem centru/lokaliťe?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak je to v jednotlivých centrech s romskými klienty. Jací klienti do center chodí, jaká je to věková kategorie a jaké drogy užívají. Tato otázka je spíše informativní a má splnit takový účel, aby si čtenář představil i rozdíl mezi klientelou v jednotlivých centrech.

Dá se říci, že většina respondentů odpověděla, že romští klienti jsou ve věku 25-30 let. Respondenti z Nymburka se v odpovědích odlišovali, *věkově jsou od 18ti do 45ti let (R8)*. Je to dané tím, že v rámci terénního programu jezdí do Sadské, kde žijí celé generace Romů, kteří užívají drogy, a tím se věková hranice posouvá. Dá se říci, že ve většině případů jsou romští klienti mužského pohlaví. Co se týče primární drogy, romští klienti se v užívání jednotlivých drog liší podle regionu. V Mladé Boleslavi *je to nitrožilní uživatel pervitinu, kombinuje ho s opiáty a alkoholem (R3)*. V Hradci Králové a Pardubicích se odpovědi vcelku shodovaly. Klienta popsali jako intravenózního uživatele pervitinu, obvykle kombinuje tuto látku s alkoholem a marihuanou. Respondenti z Nymburka typického romského klienta popsali tak, že se *jedná především o uživatele heroinu a subutexu. Ojedinele pervitin (R6)*. Dalším shodujícím aspektem dle respondentů je, že jsou to většinou nepracující, *zaměstnání je pro ně tabu (R8)*. Ve většině případů bydlí s rodinou v bytech. *Rodina je často vedená na OSPOD a poberá štátnu sociálnu podporu a plne vyřažuje jej potenciál (R4)*.

DC 1.2 Zjistit, v čem je romský klient jiný oproti klientovi majoritní společnosti.

Pro naplnění tohoto dílčího cíle druhého řádu jsem zvolila tazatelskou otázku: V čem je romský klient jiný, než klient majoritní společnosti ve vašem centru/lokaliťe?

Touto otázkou jsem zjistila, že velkým problémem je návratnost injekčního materiálu. Tento problém a současně i odlišnost, uvedli všichni respondenti. Nechci tvrdit, že všichni klienti majoritní společnosti vracejí použitý injekční materiál, a romští klienti ne, ale u romských klientů je toto viditelně velký problém. Jako možné správné vysvětlení považuji odpověď respondenta R7. *Dle mého názoru může tato skutečnost souviset s konceptem rituální čistoty, kdy se injekční stříkačka může považovat za něco nečistého (v rituálním smyslu) a není představitelné jich více*

skladovat na jednom místě někde, kde se žije (R7). Dalším velkým problémem, který se v odpovědích respondentů často opakoval, je nepoužívání harm reduction materiálu. Romští klienti *mají spoustu mylných informací o užívání a rizicích s tím spojených (R6)*, a problém je i v tom, že nechtějí poslouchat informace a odborné rady od pracovníků. Jak uvádí respondent R2, *v kontaktu se nechtějí dlouho zdržovat, moc nekomunikují (R2)*, získání důvěry trvá delší dobu. Komunikace s romskými klienty bývá i formálnější, než s klienty majoritní společnosti a jak řekla respondentka z Mladé Boleslavi, *také si s nimi často vykáme (R1)*, což se u klientů majoritní společnosti stává spíše zřídka.

Za rozdílné považuje respondent z Nymburka i kontakty při terénní práci. Pracovníci uvádějí, že kontakty jsou obtížnější, a to hlavně z důvodu, že se sejde většinou celá skupinka Romů. *Klienti se navzájem nerespektují, jsou velice naléhaví, hluční – pro nezasvěcené to může vypadat, že jsou potencionálně agresivní, jde ale spíš o jejich „styl komunikace“ (R8)*. Toto mohu potvrdit i z vlastní zkušenosti. Pokud se pracuje s jedním romským klientem, vždy je práce snadnější, než když přijde na kontaktní místnost větší počet Romů. Když je jen jeden klient, bere pracovníka jako někoho, koho by měl vyslechnout, má k němu respekt. Pokud se sejde více klientů, snaží se spíš ukázat, že mají nad pracovníky navrch.

Jako hlavní rozdíl uvedli, dá se říct všichni respondenti, že romští klienti mají větší rodinné zázemí. Jedna respondentka odpověděla tak, že neregistruje tak velký sociální propad u romských klientů. Respondentka R4 porovnála rozdíl mezi romskými klienty a klienty majoritní společnosti. *Rómsky klient má väčšie rodinné zázemie a preto ani nemáva až také existenčné problémy (nemá kde bývať, čo si obliecť, jesť), oproti klientom, ktorý majú malé ale bo žiadne rodinné zázemie – tí sú v tomto smere viac zraniteľnejší (R4)*. Pokud se romští klienti dostanou na ulici, je to většinou na krátkou dobu. Dané je to tím, že mají opravdu velké rodiny s velkým počtem členů. Na chvíli bydlí u strýce, na další čas u bratrance. Většinou mají kam jít, výjimku tvoří ti klienti, kteří vyrůstali v dětských domovech nebo se pro život na ulici sami rozhodli. Problémem tohoto pobývání tzv. kde se dá, je mezigenerační užívání, *u všeho jsou přítomny i malé děti (R6)*.

DC 1.3 Zjistit, jaká specifika používají sociální pracovníci při práci s romskými klienty.

Tímto dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla popsat, jaká jsou konkrétně specifika, která využívají sociální pracovníci v praxi. Tento dílčí cíl jsem se snažila naplnit otázkou: Jaká jsou specifika využívaná při práci s romskými klienty?

Dá se říci, že respondenti se shodli na tom, že velmi důležité je s klienty pracovat na získání důvěry. *Pri kontaktoch sa mi zdá dôležité získať klienta na svoju stranu, aby mi začal dôverovať, inak akákoľvek intervencia z mojej strany nemá zmysel (R4)*. S Romskými klienty se na důvěře mezi klientem a pracovníkem pracuje delší dobu, než s klienty majoritní společnosti. S důvěrou klienta souvisí i to, že sociální pracovníci s romskými klienty dost často mají spíše formálnější vztah. *Chováme sa více formálně, abychom i nedopatřením nenavodili pocit diskriminace, segregáčního přístupu apod. (R1)*. Klienti majoritní společnosti ve většině případů s tykáním souhlasí již při prvním kontaktu. Kdežto spousta romských klientů nikdy nepřekročí mez mezi vykáním a tykáním.

Dalším specifíkem, které se v odpovědích opakovalo, je častý výskyt témat týkajících se harm reduction materiálu, infekčních nemocí a bezpečného sexu. Dle respondentky R3 je důležité *opakování pravidel, opakování HR témat víc než s ostatními klienty (R3)*. Seznámení klientů s pravidly a hranicemi je další specifikum práce. U romských klientů se musí opravdu dbát na hranice, často se snaží manipulovat a zkoušejí, co jim projde. Je nutností *s nimi dobře nastavit dodržování pravidel, která v KC platí (R1)*. Důležité je hranice nastavit hned na začátku spolupráce, potom je podle zkušeností snáze dodržují. Nastavení určitých pravidel je důležité i pro pracovníky v terénních programech, jak uvádí respondentka R6. *Dlouhodobě využíváme pevně stanovené kontaktní místo a dobu, po kterou se tam nacházíme (R6)*. S opakováním témat souvisí i použití správné formy komunikace s klienty. Respondenti se shodli v tom, že je důležité používat jednoduchou komunikaci, *snaha omezit odborné termíny (R2)*.

Co se týče dovedností sociálního pracovníka, je komunikace jednou z nejdůležitějších. Respondent R8 řekl, že *je potřeba, aby byl pracovník na situace kolem kontaktu s romskou klientelou dobře připraven a komunikačně i informačně vybaven (R8)*. Dva respondenti se shodli, že romským klientům se určité věci více tolerují. *Býváme tolerantnější při ne-vracení injekčního materiálu (R8)*, na tom se

vlastně shodli všichni respondenti, protože to uvedli jako jeden z rozdílů při práci s romskými klienty. Respondentka R3 uvedla, *viac akceptujeme deti pri kontaktoch – tie sú často všetkého diania a vysvetľovanie prečo nemajú byť pri kontakte nepomáha (R4)*. Naopak k přítomnosti dětí při kontaktech s klienty majoritní společnosti pracovníci tolerantní nebývají. Stává se, že klienti se svým dítětem přijdou, ale je to opravdu výjimečně. Snaží se, aby například u výměny injekčního materiálu nebyly přítomny, kdežto romští klienti toto vůbec neřeší. Aplikují si před dětmi, tak jim nepřijde divné ani to, že jsou přítomny výměnnému programu. Jak jsem už psala, romští klienti žijí stylem *tady a teď, nejsou schopni plánovat, nezajímá je to (R3)*. Oproti tomu klienti majoritní společnosti plánují neustále, představují si lepší život, léčbu, rodinu. I když ví, že jsou to někdy plány nenaplnitelné, tak o tom alespoň přemýšlí.

DC 1.4 Zjistit, co se osvědčilo při práci s romskými klienty.

Tímto dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla zjistit nějaké metody, které se při práci s romskými klienty pracovníkům osvědčily. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila otázku: Co se vám osvědčilo při práci s romskými klienty?

V této otázce mi někteří respondenti odpovídali dost podobně jako v otázce 1.3. Stejně odpovědi se týkaly především dodržování pravidel, stanovení hranic a opakování témat. V odpovědích respondentů na tuto otázku se opakovalo, že s klienty je důležité jednat lidsky. *Nebýt v kontaktu „úředníkem“ (R2)*. Mluvit s nimi takovým jazykem, aby všemu rozuměli. Probírat i témata, která se netýkají jen samotné sociální práce a harm reduction, ale mluvit i o lidských věcech, například o rodině nebo volném čase. Tímto přístupem si s klientem sociální pracovník tvoří důvěrnější vztah, klient se více otevře. Na druhou stranu komunikace musí být na takové úrovni, aby klient věděl, co je ještě v rámci pravidel. *Důležité je si držet pevné hranice, nejen fyzické. Klienti jsou při kontaktech velice naléhaví (R7)*. S tím souvisí i další osvědčená věc, dokázat *rázne hovorenie NIE – pokiaľ s niečím nesúhlasíme, nemôžeme (R4)*.

Dalším aspektem, který se osvědčil, hlavně v terénní práci, je, aby s romskými klienty jednali pokud možno stále stejní pracovníci, *tím myšleno „stejně ksichty“, na které se klienti postupem času navázali (R8)*. Toto je znovu spojené s důvěrou, klienti jsou méně podezřívaví a daného pracovníka znají, tudíž se i více svěřují a řeší i osobní témata. Co se dále v odpovědích opakovalo, je respektovat Romy jako

menšinu, snažit se pochopit jejich zvyky a tradice. Ještě bych zmínila, že romští klienti využívají služeb velmi sporadicky, nikdy se neví, zda znovu přijdou a kdy. Respondentka R1 uvedla, *když přijdou s tím, že se jdou zaregistrovat, tak jim to nevymlouvat a okamžitě s nimi udělat celý první kontakt i po formální stránce (R1)*. Je důležité s nimi okamžitě jednat, předat co nejvíce informací, snažit se jim říci vše důležité. Pokud mají nějaký problém, vyřešit ho hned, protože na další sjednanou schůzku většinou nedorazí. V tomto ohledu jsou velmi nespolehliví.

Poslední věc, která se v některých centrech osvědčila, je navázání nových klientů na doporučení starších klientů. Repondentka R3 odpověděla, *jako dobré se ukazuje pracovat s novými klienty přes „stávající“ klienty – často přijdou noví právě se „staršími“, přes dobré reference. Funguje u nich hodně „nápodoba“ (R3)*. Díky tomu se v některých centrech konečně podařilo prolomit to, že romští klienti využívají služeb méně, než klienti majoritní společnosti. V K-centru v Mladé Boleslavi takto získávají vcelku velký počet nových klientů.

DC 1.5 Zjistit, proč klienti využívají služeb méně, než klienti majoritní společnosti.

Tímto dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla zjistit, zda klienti využívají služeb málo a proč tomu tak je. Další výstupem měly být názory odborných pracovníků, na to, jestli by měla být vybudována služba zabývající se drogovou problematikou přímo jen u romských klientů drog. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila otázku: Proč myslíte, že romští klienti využívají služeb méně? Pokud by byla služba pouze pro romské klienty, v čem by podle vás měla být jiná?

Dle odpovědí vyšlo najevo, že někteří pracovníci si nemyslí, že by romští klienti využívali služeb málo, spíš o nich nejsou dostatečně informováni. Respondent R8 odpověděl, že klienti mají *malé povědomí o službě – stigmatizace všeho druhu – malé povědomí o rizicích užívání a infekčních onemocněních. Klient se do kontaktu se sociálním pracovníkem může dostat i přes další instituce jako je PMS nebo třeba (R8) OSPOD, se kterými většinou nemívají dobré zkušenosti a vztahy. Opět se zde ukazuje problém s budováním důvěry mezi pracovníkem a klientem, v tomto případě je to spíše nedůvěra k jakýmkoliv službám. Romská komunita je oproti majoritní společnosti o dost uzavřenější. Důležitou roli v tomto ohledu hraje pozitivní zkušenost někoho z komunity a pozitivní reference (R6)*, což je velmi důležité.

Zmiňovala jsem to i v otázce 1.4 v souvislosti s odpovědí, že noví klienti chodí skrze starší klienty na doporučení.

Dalším důvodem může být strach z odmítnutí, bojí se toho, že by byli opět chápáni jako odsuzovaná minorita. *Od malička si zažívají, že sú zo strany majority odmietaný, odsudzovaný, separovaný a automaticky nemajú dôveru ani v nás. Môžu mať predsudky rovnako ako mi o nich (R4)*. Romští klienti sice mají rodinné zázemí, ale ne ve všech rodinách je užívání drog povolené a tolerované. Klienti se *stydí, že by službu potřebovali. Zakládají si na tom, že jsou sice Romové, ale slušní, nebo mají strach z porušení anonymity, strach, že se to dozví jejich rodina*. Respondenti se shodli na tom, že romští klienti nevyužívají služeb málo, spíše je více složité s nimi navázat kontakt a udržet je ve službě. Služby využívají dle potřeby, a jelikož mají větší rodinné zázemí a podporu, většinou naši pomoc nepotřebují tak často. Dalším aspektem je, že nemají v oblibě jakékoli instituce. Nerozlišují služby nebo úřady. Nevěří v anonymitu naší služby, tudíž se tolik nesvěřují. Posledním důvodem, proč klienti nevyužívají služeb tolik jako klienti majoritní společnosti, se týká spíše K-center. Důvod může být takový, že se romští klienti nechtějí setkávat s dalšími klienty v prostorách K-centra. Mohou mít spolu nevyřízené účty z ulice nebo se bojí, že by potkali někoho známého, a tím by byla jeho anonymita pryč.

Co se týče speciálních služeb určených jen pro klienty romské komunity, sedm respondentů se shodlo na tom, že by to nemělo smysl. Odmítavý postoj k tomu mají hlavně proto, že by Romové byli nadále odsouvání a separování, tudíž by se problém neřešil, jen by se odsouval. Respondent R7 odpověděl. *Nemyslím si, že by bylo vhodné budovat jakékoliv služby, které by svou povahou podporovaly rozdělování klientů (potažmo občanů, lidí) dle etnické příslušnosti (R7)*. Další důvod uváděli, že by to bylo zbytečně finančně náročné a služba by byla využívána stejně málo jako služby nynější. Respondenti si myslí, že by i přesto romští klienti do služeb nechodili pravidelně. Někteří respondenti uváděli, že řešením by mohlo být, za romskými klienty chodit přímo do bytů v rámci terénních programů. Jeden respondent připustil, že by speciální služba mohla být přínosná, ale s ohledem na určité podmínky. Určitě by měly být striktnější pravidla a stanovené hranice a jako hlavní uvedl, *že by bylo dobré mít v pracovním týmu také Roma nebo někoho, kdo umí romsky, vyzná se v této komunitě i z jiného úhlu pohledu – např. antropolog (R8)*.

DC 1.6 Zjistit, proč klienti využívají léčby méně, než klienti majoritní společnosti

Tímto dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla zjistit názory respondentů, proč romští klienti využívají léčebných zařízení méně, než klienti majoritní společnosti. A také jak je to s léčbou VHC u romských klientů. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila otázku: Proč myslíte, že romští klienti využívají léčby méně, než klienti majoritní společnosti (detox, terapeutické komunity, léčebny, léčba VHC)?

V odpovědích na tuto otázku se často objevovala opět nedůvěra ve služby a státní instituce. *Neveria nám, je to jednoducho svet, ktorý má iné pravidlá (R4)*. Jak jsem již zmiňovala, dalším problémem, který se ukazuje, je nedostatečná informovanost těchto klientů. Týká se to jak harm reduction zásad, tak i možností léčby. Klienti často nevědí na koho se obrátit a nemají dostatek informací, jak to v léčebnách, komunitách a detoxech chodí.

Jak jsem již popsala dříve, romští klienti mají větší podporu rodiny. V tomto ohledu je to spíše špatně. Romská rodina uživatele nebere jako člověka závislého na nelegálních látkách, spíš ho chápe jako nemocného. *Je to kvôli silnějším rodinným vazbám, kdy se rodina o „nemocného“ postará (R2)*. Myslí si, že se za jejich pomoci závislosti zbaví. Nikdo po romských uživatelích nevyžaduje, aby se šli léčit. Vzhledem k těmto skutečnostem, romští klienti nejsou motivováni ke změně. Klienty majoritní společnosti většinou právě naopak rodina motivuje ke změně životního stylu a zlepšení sociální situace. Většinou se tak stává tehdy, když je na tom klient z majoritní společnosti ekonomicky i sociálně velmi špatně.

Ve výsledcích výzkumu se již objevily odpovědi týkající se pravidel. Pravidla a nařízení jsou pro romské klienty velký problém. To je jeden z dalších důvodů, proč podle názorů respondentů nevyužívají léčby. *Jsou to totiž naše (majoritní) pravidla, ne jejich (R1)*. Problém představuje i to, že pokud chtějí do léčebny nebo komunity, musí pro to něco udělat. Musí si zařídit doklady, zajistit nástup do léčby, a to se romským klientům jeví jako překážka. Pokud vezmu v úvahu zprostředkování služeb přes KC, *musí přijít na domluvený čas, povídat něco o sobě a mít motivaci na sobě pracovat. Pro mnoho klientů je podle mne jednodušší setrvat tam, kde jsou (R6)*. Do léčby nenastupují, protože žijí „tady a teď“ a co bude za 5 nebo 10 let je hodně daleko, tedy zatím není třeba řešit (R3).

Z odpovědí respondentů je patrné, že léčby využívají méně, než klienti majoritní společnosti. Pokud někam nastoupí, jsou to *krátkodobé léčby. Zde ale často podepisují reverz. Do komunity nenastoupí, protože si myslí, že mají svou komunitu, kterou pro ně je rodinné zázemí (R8)*. Hodně klientů páchá drobou trestnou činností a tak trochu spoléhají, že jednoho dne pohár přeteče a půjdou do vězení. Respondent R8 z Nymburka odpověděl. *Často od nich slyším, že až půjdou do VT, tam vyabstínují (R8)*. Velkým problémem je léčba žloutenky typu C. Klienti majoritní společnosti se dle mého názoru VHC bojí. Pokud zjistí, že jsou nakaženi, přemýšlí o léčbě. Ne všichni léčbu absolvují, ale připouští si problém. Romští klienti si tuto nemoc nepřipouští a neřeší ji. Respondent R8 odpověděl. *S léčbou VHC je to velmi špatné, tito klienti jsou ochotni připouštět, že by se léčili například právě ve VT. VHC jako taková nebolí, klienti ji neřeší (R8)*. Může to být dané tím, že nemají zkušenost s úmrtím v rodině na VHC. Celkově léčbu řeší o hodně méně, než klienti majoritní společnosti.

DC 1.7 Zjistit, které služby jsou nejvíce využívány v drogových službách.

Tímto dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla zjistit, které služby jsou nejvíce využívány romskými uživateli drog v K-centrech a terénních programech. Použila jsem otázku: Kterých služeb využívají romští klienti nejvíce?

Všichni respondenti se shodli na tom, že je to jednoznačně výměnný program, *s tím souvisí distribuce HR materiálu. Směrem od nás pravidelně jde hlavně informační servis všeho druhu (R8)*. Klienti využívají i sekundárního výměnného programu, a to jak v K-centrech, tak i v terénních programech, kdy provádějí výměnu pro další členy rodiny nebo přátele. Další službu, kterou využívají, je základní poradenství, které se týká především harm reduction zásad a materiálu, ale i poradenství ohledně institucí, dávek a třeba i trestního práva.

V K-centrech je oblíbená kontaktní místnost. Je zajímavé, že romští klienti kontaktní místnost tolik nevyužívají, snad kvůli strachu ze ztráty anonymity. Když už kontaktní místnost využijí, chtějí většinou kávu, která je součástí potravinového servisu a dost často chtějí do sprchy, což je součástí služby hygienický servis. Respondentka R1 odpověděla, že *jednou za čas se objeví vždy nějaká skupinka, která jde zase spíše po sprše, než že by byla přímo uživatelská (R1)*. V malé míře využívají možnosti testování na VHC, toto uváděli respondenti z Nymburka, kteří jezdí do romské oblasti Sadská.

Zhodnocení DC1

V rámci prvního dílčího cíle jsem chtěla zjistit, zda sociální pracovníci v K-centrech a terénních programech pracují s romskými klienty jinak, než s klienty majoritní společnosti. Chtěla jsem najít rozdíly v sociální práci a specifikovat odlišnosti při práci s romskými klienty v drogových službách. Pro naplnění prvního dílčího cíle jsem použila sedm tazatelských otázek. První otázka byla spíše informativní a myšlena tak, aby si čtenář představil romského klienta. Dá se říci, že již při prvních otázkách jsem zjistila, že rozdíly v práci s romskými klienty budou, ale odlišnosti budou i v rámci jednotlivých regionů. Jako stěžejní zjištění bylo, že romští klienti vrací použitý injekční materiál méně než klienti majoritní společnosti, v tomto se shodli všichni respondenti. Je pravděpodobné, že je to z důvodu rituální čistoty, zakotvené v tradicích komunity. Další rozdíl je, že romští klienti jsou méně informovaní ohledně harm reduction materiálu a zásad. Přetrvávají u nich mýty z minulých dob a ověřené informace od pracovníků berou na lehkou váhu. Dalším rozdílem je, že s romskými klienty jsou častěji formálnější vztahy, vykání. To se u klientů majoritní společnosti objevuje opravdu velmi sporadicky. Většina klientů v rámci budování důvěry s pracovníky má neformálnější vztah. Tykají si. Jako jeden z nejdůležitějších rozdílů, které jsem zjistila, je hlubší rodinné zázemí romských klientů. S tím je spojené i mezigenerační užívání návykových látek, které v majoritní společnosti není tolik obvyklé. Romští klienti mají oproti klientům majoritní společnosti vždy někoho, na koho se mohou obrátit. Díky tomu většinou nekončí na ulici. Dokonce respondenti z Nymburka uváděli, že neznají romské klienty, kteří by squatovali. V samotné sociální práci je velmi důležité navázat s klientem důvěrný vztah. S romskými klienty to jde o hodně hůř, než s klienty majoritní společnosti. Romští klienti se tolik nesvěřují, nevěří v anonymitu služby, kontakty jsou s nimi složitější. V terénních programech se osvědčili, aby s klientem pracoval stále stejný pracovník. Poté se snadněji pracuje na budování důvěry. V rámci komunikace se musí dbát na jednoduchost. Klient musí porozumět tomu, co pracovník říká. Důležité je s nimi hned na počátku spolupráce domluvit pravidla a hranice, které se musí striktně dodržovat. Rozdílem je, že romským klientům se více tolerují děti u kontaktů a třeba i již zmiňovaná nízká návratnost použitého injekčního materiálu. Klienti majoritní společnosti většinou děti ke kontaktům nechtějí brát, kdežto romským klientům to nepřijde divné, jelikož i samotnou aplikaci drog provádějí před zraky dětí. Rozdílem je i to, že v romské rodině se uživatel drog nebere jako závislý, ale

spíše jako nemocný. Rodina si myslí, že ho dokáže „vyléčit“ sama, proto nevyužívají léčbu. Léčbu řeší o hodně méně, než klienti majoritní společnosti, a to i z důvodu, že jejich rodina nechce, aby do léčby šli.

DC 2. Zjistit možné rozdíly při práci s romskými uživateli drog vázanými na rodinu.

V rámci tohoto dílčího cíle mě zajímalo, zda se v praxi dají vyzorovat rozdíly mezi romskými klienty. Těmi, kteří se odpoutali od rodiny a žijí na ulici nebo někde mimo domov, a mezi klienty, kteří mají podporu v rodině a bydlí doma. Zajímalo mě, jak to mají romští klienti doopravdy s rodinnými vazbami. Kladla jsem si otázku, zda romské rodiny doopravdy tolerují užívání drog u svých dětí a dalších členů rodiny. Chtěla jsem zjistit, zda jsou za tím nějaké tradiční hodnoty romské komunity. Tento dílčí cíl jsem se snažila naplnit třemi otázkami.

DC 2.1 Zjistit, jaké se dají zaznamenat rozdíly v chování u klientů na ulici a těmi, co žijí doma.

Tímto dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla zjistit, zda jsou nějaké rozdíly mezi klienty, kteří bydlí na ulici mimo domov, a těmi, kteří bydlí s rodinou a mají zázemí. Použila jsem otázku: Jaké rozdíly se dají vyzorovat v chování a dalších projevech u romských klientů, kteří bydlí doma (přímo v rodině), a mimo domov (squat, ulice, byty)?

Tady se respondenti v odpovědích docela rozcházel. Myslím si, že je to dané tím, že v každém regionu je jiná míra bezdomovectví, a tudíž je praxe v každém regionu trochu jiná. Začnu respondenty z Nymburka, kteří se shodli na tom, že z velké části jsou jejich romští klienti vázáni na rodinu a bydlí doma. *Nepoznám rómskych klientov, ktorý by squatovali, alebo boli na ulici (R4)*. Když už romští klienti bydlí samostatně, je to většinou z důvodu, že se chtějí osamostatnit, založit vlastní rodinu. To ale neznamena, že by nebyli v kontaktu s rodinou. K blízké rodině chodí velmi často, někdy u nich přespávají i několik týdnů. Dle odpovědi respondentky R4, *často si alespoň čas rodiny nast'ahujú k sebe – často z ekonomických dôvodov (R4)*. Dá se říct, že potom řeší více nedostatek peněz na drogy nebo jídlo. Problémem se stává vícegenerační užívání, *tzn., že děda bere drogy, jeho syn a dcery a dále jejich děti, tedy vnoučata (R8)*. Poslední respondentka z Nymburka uvedla jako rozdíl, že klienti, kteří žijí samostatně, jsou takoví klidnější. *Jsou schopni a ochotni s námi rozebírat více svoju sociálnu a soukromou situaci, (R6)* tudíž se s nimi snadněji

pracuje na změně životního stylu. Na rozdíl od ostatních klientů alespoň přemýšlí o krocích vedoucích k lepšímu životu.

Respondentky z Mladé Boleslavi se shodly na tom, že klienti žijící na ulici jsou absolutně bezhraniční. *Romové na ulici berou bez jakýchkoliv ohledů na okolí (R3)*. Klienti, kteří se dostanou na ulici nebo z nějakého jiného důvodu musejí od rodiny odejít, to nesou velmi těžce. Je vidět, že rodina je pro romské klienty velmi důležitá. Respondentka z Mladé Boleslavi uvedla, že mají klienta, který byl celé dětství v dětském domově, ale on i přesto vinu neshazuje na svoji matku, ale říká, že *matka dělala, co mohla, ale on prostě si může sám za to, jaký je, že skončil v děčáku (R1)*. To je velmi zajímavé, protože klienti majoritní společnosti většinou takové matky zavrhnou, kdežto Romové své matky omlouvají a vinu dávají sobě. Rozdíl se dají vyzorovat ve vzhledu a péči o tělo. Klienti, kteří bydlí doma, se o sebe až úzkostně starají. Oproti tomu Romové, kteří se ocitnou na ulici, se o svůj vzhled nestarají vůbec. Je jim jedno, jak vypadají, nedodrží hygienu. Tady jsou opět viditelné rozdíly v regionech, protože respondentka z Hradce Králové odpověděla, že jejich klienti na ulici se o sebe starají, *bývají čistě a slušně oblečení (R2)*. Jeden respondent odpověděl, že žádné rozdíly mezi klienty, kteří bydlí na ulici, nebo doma nelyzoroval.

DC 2.2 Pokusit se objasnit, proč jsou romští klienti více vázáni na rodinu.

V tomto dílčím cíli druhého řádu mě zajímalo, jaké jsou důvody toho, že romští klienti mají větší podporu rodiny. U romských klientů není časté, že by je rodina vyhodila z domu, neobjevují se ani v léčbě. Kladla jsem si otázku, proč tomu tak je. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila otázku: Co považujete za hlavní argument, že romští klienti jsou více vázáni na své rodiny, než klienti majoritní společnosti?

Tady se v odpovědích objevovalo, že se opravdu potvrzuje, že romští klienti jsou více vázáni na rodinu. Žádný z respondentů nebyl schopen přesněji určit, proč tomu tak je. Odpovídali v celku podobně, že *to patří ke specifiku života jejich komunity (R7)*. Někteří respondenti odpovídali, že je to dané jejich mentalitou a tradicemi. Co se v odpovědích také objevovalo, že *mají rodinu postavenou výše v hodnotovém žebříčku (R6)*. S rodinou tráví hodně času a nestává se, že by se od rodiny úplně distancovali. Většinou mají v blízkosti vždy někoho, na koho se mohou obrátit. Jedna respondentka uvedla, že si myslí, že je to taková strategie přežití. *Keď ich je celkovo*

menej v populácii a majú svoje špecifiká, ktoré nie sú väčšinou až tak oceňované a chcené, tak si viac pomáhajú navzájom (R4).

DC 2.3 Zjistit, jak se projevuje autorita vůči starším členům rodiny.

V tomto dílčím cíli prvního řádu jsem chtěla zjistit, jak to romští klienti mají s autoritami vůči starším členům rodiny. Víím, že v tradičním uspořádání rodiny je vždy výše postaven starší muž. Zajímalo mě, zda to platí i u klientů orientovaných na ulici. Zda poslouchají rady těch starších a jak se to projevuje v praxi. U terénních pracovníků tato otázka měla směřovat, jak to mají romští klienti se staršími členy rodiny. Jestli je ctí, tak jak říkají tradice romské komunity. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila otázku: Jak se projevuje u romských klientů autorita vůči starším členům rodiny, kterou mají zakotvenou v tradicích komunity?

Odpovědi se lišily podle toho, zda jsou to klienti z K-center nebo terénních programů. V K-centrech vyzorovali, že mají respekt z rodičů. *Pokud užívají drogy tajně a vědí, že by to bylo nežádoucí, tak mají opravdu strach (R1).* V romských rodinách funguje jakási hierarchie. Respondent z Pardubic odpověděl: *V prostorách KC jsme o tom od klientů neslyšeli. Myslíme si však, že autoritu vůči starším členům v rodině mají (R5).* Obdobné odpovědi uvedli i respondenti z Hradce Králové. Od klientů samotných nic ohledně autority vůči starším členům rodiny neslyšeli, ale obecně si toho při práci všímají. Rozdílné zkušenosti mají respondenti z K-centra z Mladé Boleslavi, kde je celkově více romských klientů. Pracují s klienty, kteří žijí s rodinou i na ulici. Zkušenosti s tímto mají z přímé práce s klienty, a to na kontaktní místnosti. *Když přijdou dva členové rodiny – je zde vidět respekt ke zkušenostem, věku. Mladší „posluhují“ starším, chovají se uctivě (R1).* Tato odpověď ukazuje, že si romští klienti váží starších členů a poslouchají je.

Při terénní práci se respekt k dalším členům rodiny projevuje tak, že *ked' príde starší a mladší klient naraz, zväčša mení prvý starší. Mladší klienti chodia meniť IS za starších, ktorý čakajú doma – platí to aj pre ženy – ženy chodia meniť pre mužov, dokonca aj neužívateľky (R4).* Respondent z Nymburka uvedl, že autoritu v sobě mají přirozeně. Popsal mi i zajímavý příklad z praxe. *Při kontaktu se stalo, že starší člen rodiny začal křičet na právě měnícího klienta a ten bez odmluv okamžitě z kontaktu odešel (R8).* Opět důkaz toho, že starší členy rodiny poslouchají a mají z nich i respekt. Dva respondenti mi odpověděli, že nevyzorovali vůbec nic, a to z důvodu malého počtu kontaktů s Romy.

Zhodnocení DC 2

V rámci druhého dílčího cíle jsem chtěla zjistit, zda se dají vyzorovat nějaké rozdíly mezi klienty, kteří bydlí na ulici, nebo doma u své rodiny. Zajímalo mě, zda jsou tradiční romské hodnoty viditelné i u romských uživatelů drog. Chtěla jsem objasnit, jak se projevuje autorita mezi Romy. Zda je viditelná i v praxi. Pro naplnění druhého dílčího cíle jsem použila tři tazatelské otázky. První otázka se týkala místa, kde klienti bydlí. Zjistila jsem, že určité rozdíly jsou. Rozdíly se projeví i v rámci jednotlivých regionů. Je to dané tím, že v každém regionu je odlišná míra bezdomovectví. Respondenti z Nymburka odpověděli, že nemají klienty, kteří by squatovali. Dle mého názoru je to důsledek toho, že terénní program z Nymburka jezdí do známé romské oblasti Sadské, kde jsou celé romské rodiny. V romských rodinách často funguje, že se o své členy postarají za každou cenu. Obvykle se stěhují k různým příbuzným, a to především z ekonomických důvodů. Romští klienti mají ve většině případů vždy někoho, na koho se mohou obrátit. Důsledkem bývá ovšem jeden z největších problémů romské komunity, a to je vícegenerační užívání. Druhá tazatelská otázka se týkala rodiny samotné. Cílem bylo zjistit důvody, proč jsou romští klienti tolik vázání na rodinu. Nepodařilo se mi objasnit, proč tomu tak je, ale hodně se v odpovědích objevovalo, že je to spojené s jejich specifickým životem a tradicemi. Dá se říct, že mají rodinu postavenou v hodnotovém žebříčku na jedné z nejvyšších příček. Poslední tazatelská otázka se týkala autority vůči členům v romské rodině. Ukázalo se, že autorita se opravdu projevuje, a to nejenom v rodinách, ale i mezi přáteli. V některých centrech se s projevy autority nesetkali přímo, ale slyšeli o různých událostech, ve kterých se projevila. Z odpovědí jsem zjistila, že mají respekt ke svým rodičům, mají z nich strach. Respondentky z Mladé Boleslavi se setkaly s projevy autority přímo na kontaktní místnosti. A to například když mladší Rom posluhuje staršímu, poslouchá ho a chová se k němu uctivě. V terénních programech se stává, že mladí chodí měnit injekční stříkačky starším. V praxi je viditelné, že si Romové svých rodin velmi váží a potvrdilo se, že na hodnotovém žebříčku mají staršího člena rodiny.

DC 3. Zjistit rozdíly v užívání drog u romských uživatelů.

Tímto dílčím cílem jsem chtěla zjistit, jestli se dají vyzorovat nějaké rozdíly v samotném užívání drog. Jestli romští klienti užívají nejvíce vyhledávanou drogu dané lokality jako klienti majoritní společnosti. Poslední otázka rozhovoru se týká

alternativních způsobů aplikace drogy. Zajímalo mě, zda romští klienti tyto alternativy využívají a jaké nejvíce.

DC 3.1 Zjistit, zda romští klienti užívají nejvíce vyhledávanou drogu dané lokality, jako majoritní klienti.

V tomto dílčím cíli druhého řádu jsem chtěla zjistit, jestli romští klienti užívají stejné druhy drog jako klienti majoritní společnosti v rámci dané lokality. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila otázku: Které drogy užívají romští klienti nejvíce? Jsou to drogy nejvíce vyhledávané v dané lokalitě?

Odpovědi na tuto otázku se objevovaly již v první otázce, kde respondenti měli popsat typického romského klienta. Výsledky se opět liší podle regionů. Respondentky z Mladé Boleslavi odpověděly, že *romští klienti užívají téměř výhradně pervitin. K tomu ještě někteří kouří marihuanu. V lokalitě je hodně opiátových klientů, téměř podobně jako pervitinových, ale Romů se to v zásadě netýká* (R1). Dá se říci, že v tomto regionu romští klienti neužívají nejvíce užívanou drogu jako klienti majoritní společnosti. Je zajímavé, že podle odpovědí respondentů romští klienti v kombinaci s drogami nepijí alkohol. Nekombinují drogy s ničím jiným, což je také rozdíl oproti klientům majoritní společnosti. Ti dost často drogy kombinují právě s alkoholem nebo medikamenty. V Nymburce jsem se dozvěděla, že romští klienti užívají drogy opiátového typu, konkrétně se jedná o heroin a Subutex. Ve většině měst, kde je prováděn terénní program, nejsou drogy opiátového typu nejoblíbenější. *Skôr by som povedala, že to neplatí, že väčšina našich klientov užíva skôr amfetamíny, prípadne iné látky* (R4). Respondenti z Pardubic a Hradce Králové uvedli, že romští klienti užívají nejvíce vyhledávanou drogu těchto měst a to je pervitin. *U nás vede pervitin, nezávisle na etnické príslušnosti klientely* (R7). Odlišnosti v samotné aplikaci drogy žádný respondent nepozoroval. Nejčastěji jsou to injekční uživatelé, ale to je nesměrodatné, protože do těchto služeb chodí převážně injekční uživatelé.

DC 3.2 Zjistit odlišnosti v užívání drog.

V tomto dílčím cíli druhého řádu jsem chtěla zjistit, zda se dají vyzorovat nějaké rozdíly v užívání drog u romských klientů. Tato otázka byla myšlená i na harm reduction zásady, používání harm reduction materiálu atd. Pro naplnění tohoto cíle jsem zvolila tazatelskou otázku: Jaké odlišnosti byste popsal/a při užívání jednotlivých typů drog u romských klientů?

V této otázce se odpovědi respondentů shodovaly v tom, že se nedají vyzorovat nějaké razantní rozdíly. Většina odpovědí byla, že romští klienti užívají drogy stejně jako klienti majoritní společnosti. Jak již bylo řečeno v předchozích otázkách, romští klienti používají harm reduction materiál velmi málo. Oproti tomu respondentka R1 odpověděla. *Máme i romské klienty, které se nám podařilo HR rozhovory při výměně zpracovat tak, že používají HR materiál až úzkostně. A vždy si o něj říkají (R1)*. Další opakující se odpověď byla již zmiňované sdílení stříkaček. Klienti často používají stříkačky několikrát po sobě nebo je sdílejí s dalšími členy rodiny či přáteli. *Většina zásadně nefiltruje, dezinfekci používají po vpichu, postupy při aplikaci jsou tvořeny mýty (R8)*. Hodně dají na to, co kde slyšeli nebo co se říká. Ověřené rady od sociálních pracovníků poslouchat nechtějí.

Jedinou odlišnost jsem zaznamenala u respondentů z Nymburka, kteří mají klienty užívající heroin. Romští klienti si berou velké množství kyseliny. *K rozpuštění velmi často používají i citrón/citrónku. Když použijí kyselinu askorbovou, neumějí jí dávkovat a ničí si žilní systém ještě více (R8)*. V tomto regionu se mezi klienty objevuje, že si injekční materiál kradou. Uvedu zajímavost, kterou zpozorovala během praxe respondentka R1. *Co je zajímavé, moc nechodí s abscesy! Nemají je? Nevím... Jeden náš romský klient, když je má, tak je má velmi brzy zahojené. Je to velmi zvláštní (R1)*.

DC 3.3. Zjistit jaké jsou využívané alternativní způsoby aplikace u romských klientů.

Posledním dílčím cílem druhého řádu jsem chtěla zjistit, zda romští klienti využívají alternativních způsobů aplikace. Chtěla jsem se dozvědět, které to jsou nejčastěji. Pro naplnění tohoto cíle jsem použila otázku. Co se vám osvědčilo u romských klientů z tzv. alternativních způsobů aplikace?

Důležité v této problematice je předávání informací o výhodách alternativních způsobů aplikace. Respondentka z Hradce říká, *využívají je, pokud jsou dostatečně informováni vůbec o této možnosti a způsobu použití alternativ (R2)*. Respondent z Pardubic odpověděl, že jejich klienti využívají jen injekční užívání, na alternativy neslyší ani nechtějí zkoušet nic nového. Nejvíce se opakovalo, že využívají sniff, tedy aplikaci přes šňupátka. *O kapsle zájem moc není, sniff je vedle IV aplikace nejrozšířenější (R3)*. Respondenti z Nymburka uvádějí, že s alternativními způsoby aplikace mají s romskými klienty špatné zkušenosti. Hlavní problém je, že si stojí za

nitrožilním užíváním. *Alternativní způsoby se nám nedaří u romských klientů prosadit. Pokud mají problémy s i. v. aplikací, heroin občas kouří. Nicméně i. v. aplikaci považují za tu nejčistší a nejméně ztrátovou. Za tímto mýtem si tvrdě stojí (R6).* Čistota je v romské komunitě velké téma, zakotvené od pradávna v romských tradicích. Problém s využíváním alternativních způsobů aplikace je ten, že romští klienti nejsou dostatečně informováni o těchto možnostech. Komplikací je hlavně to, že klienti na téma alternativních způsobů aplikace reagují většinou odmítnutím. Nechtějí je ani zkusit. Pokud se podaří klienta přesvědčit, aby nějakou alternativu vyzkoušel, je to velký úspěch.

Zhodnocení DC 3

V rámci posledního dílčího cíle jsem chtěla zjistit, zda se dají vyzorovat nějaké rozdíly v samotném užívání drog. Zajímalo mě, zda romští klienti užívají nejvíce vyhledávanou drogu dané lokality a zda využívají alternativní způsoby aplikace, jako je šňupání, používání kapslí apod. Pro naplnění třetího dílčího cíle jsem použila tři tazatelské otázky. V první otázce jsem se zabývala nejvíce oblíbenou drogou určité lokality. Odpovědi respondentů ukázaly, že tento aspekt se liší podle regionů. Respondentky z Mladé Boleslavi odpověděly, že romští klienti užívají převážně pervitin v kombinaci s marihuanou, kdežto klienti majoritní společnosti z Mladé Boleslavi užívají většinou Subutex. V Nymburce respondenti odpovídali, že romští klienti jsou výhradně uživatelé heroinu. Oproti tomu respondenti z Hradce Králové a Pardubic odpověděli, že mají výhradně romské klienty závislé na pervitinu. V těchto regionech je pervitin nejvyhledávanější drogou. Druhá otázka se zabývala odlišnostmi v užívání drog. Tato otázka byla myšlená hlavně na harm reduction zásady a používání harm reduction materiálu. Výzkum ukázal, že romští klienti používají harm reduction materiál méně, než klienti majoritní společnosti. Většina klientů zásadně nefiltruje, pokud použijí dezinfekci, ve většině případů ji použijí špatně. Postupy při aplikaci jsou tvořeny mýty, což je spojené s nedostatečnou informovaností romských klientů ohledně harm reduction zásad. Tato skutečnost není chybou sociálních pracovníků, ale je spíše daná tím, že romští klienti dají více na to, co kde slyšeli, a ověřené informace od pracovníků berou na lehkou váhu. Respondenti z Nymburka se shodli na tom, že jejich klienti používají při užívání heroinu velké množství kyseliny, čímž si ničí žilní systém daleko více. Jako zajímavost se ukázalo, že podle respondentky z Mladé Boleslavi romští klienti

nemají skoro vůbec problémy s abscesy. Poslední otázka mého výzkumu se týkala alternativních způsobů aplikace. Respondenti se shodli, že z alternativ romští klienti používají šňupátka. Kapsle nepoužívají skoro vůbec. Někteří respondenti se shodli na tom, že se nedaří alternativní způsoby aplikace prosadit. Problém je v tom, že romští klienti jsou přesvědčeni, že injekční aplikace je nejméně ztrátová a nejčistší. Tento mýtus si nenechají vymluvit a tvrdě si za ním stojí.

ZÁVĚR

Teoretická část je rozdělená na tři velké kapitoly. Obsahem první kapitoly bylo obecně popsat drogovou problematiku. Zabývala jsem se pojmy závislost a dalším bodem bylo stručně představit jednotlivé druhy drog a jejich účinky. Druhá kapitola byla zaměřená na samotnou sociální práci s uživateli drog. Čerpala jsem především z praxe, jelikož pracuji v K-centru. Popsala jsem K-centra a jejich práci, terénní programy a zmínila jsem i možnosti léčby. Poslední kapitola je zaměřená na romskou komunitu. Zde jsem se snažila stručně popsat historii Romů, ale spíše jsem se zaměřila na romskou rodinu a hlavně jsem hledala teoretické informace o romských uživateli drog. Další část mé práce tvoří metodická část, kde jsem v prvních několika kapitolách představila hlavní cíl výzkumu a následně i dílčí cíle. Popsala jsem výzkumný vzorek a objasnila jsem, jak jsem data pro výzkum získávala a následně zpracovávala. Poslední částí byl samotný popis výsledků výzkumu.

Hlavní cíl mé práce bylo „zjistit jaké jsou rozdíly v sociální práci s romskými uživateli drog“. Myslím, že se mi podařilo cíl naplnit, zjistila jsem určitá specifika, která jsou v praxi používána. Dílčí cíle jsem naplnila až na jeden. Kloním se k názoru, že se mi nepodařilo zjistit, proč jsou romští klienti více vázáni na rodinu. Odpovědi respondentů byly všechny stejné, s tím že je to zakotvené v jejich mentalitě komunity, což nepovažuji za relevantní výstup.

Výzkumná strategie se osvědčila v tom, že rozhovory přímo s pracovníky z praxe byly pro naplnění cílů naprosto ideální. Jsem ráda, že jsem zvolila i výzkumnou techniku polostrukturované interview, protože jsem se mohla doptávat vysvětlujícími otázkami, pokud jsem odpovědi respondenta nerozuměla nebo jsem ji jen špatně pochopila.

Pokud bych měla porovnat poznatky z teoretické části s metodickou částí. Odpověďmi respondentů se potvrdilo, že Romové si opravdu velice váží svých rodin. Rodina je pro ně na hodnotovém žebříčku na jedné z nejvyšších příček. Dá se říci, že skoro každý romský uživatel drog má ve svém okolí někoho, kdo je z jeho rodiny. Většinou se mají na koho obrátit, když jsou v nepříznivé situaci, díky tomu Romové mnohem méně končí na ulici. Často se jich ujme někdo z rodiny a alespoň na nějakou dobu ubytuje. Další co se potvrdilo, je hierarchie v romských rodinách. Toto jsem popisovala v DC 2. Starší muž je v romské rodině vždy na vyšším místě. Z výpovědí respondentů se potvrdilo, že mladší klienti posluhují a uctívají toho staršího a že někdy chodí měnit injekční materiál ženy pro muže, i když neužívají

návykové látky. V teoretické části v kapitole „romští uživatelé drog“ jsem se věnovala výzkumu týkající se drog, které Romové nejčastěji užívají. Opravdu se potvrdilo i z odpovědí respondentů, že Romové nejčastěji berou pervitin, heroin nebo Subutex. Další aspekt, který se potvrdil ve výzkumné části, je, že rodiče romských uživatelů brání drog tolerují. Léčbu většinou řeší až tehdy, když hrozí nějaké psychické onemocnění, což bývá pozdě. Pobytovou léčbu vůbec neakceptují, je to dané tím, že jsou zvyklí být pořád spolu. Myslí si, že člověk závislý na drogách je „nemocný“ a oni to doma zvládnout vyřeší. Posledním velkým problémem, který se potvrdil, je vícegenerační užívání drog mezi romskými rodinami.

Jako přínosné pro praxi je zjištění, že některá specifika práce s romskými klienty jsou osvědčená a tudíž by se dle mého názoru měla v praxi používat. Mám na mysli jednoduchá komunikace, respektování romské komunity. Vzhledem k tomu, že jsem některé metodiky znala již z praxí, věděla jsem, že v práci s Romy nebo klienty majoritní společnosti nevnímají rozdíly. Jak ukázal můj výzkum, některé přeci rozdíly se zaznamenat přece jen dají. Jsem si vědoma toho, že to nejsou stěžejní rozdíly, ta hlavní část sociální práce s těmito klienty je stejná. Nazvala bych je spíše specifiky, která v samotné práci napomáhají.

Co se týče dalšího výzkumu, myslím si, že zajímavý výzkum by byl na vícegenerační užívání nelegálních látek. V tomto výzkumu by se nemuselo jednat jen o romské klienty, ale obecně i o klienty majoritní společnosti. Součástí výzkumu by mohlo být, zda klienta k užívání vedla skutečnost, že bere i někdo z jeho rodiny (otec, matka, bratr). Myslím si, že vícegenerační užívání nelegálních látek je velký problém a je to pro mě námět k zamyšlení.

SEZNAM LITERATURY

- ESCOHOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. 1. vydání. Praha: Volvo Globator, 2003. ISBN 80-7207-512-8
- FISCHER, Slavomil a Jiří, ŠKODA, *Sociální patologie, Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, 2. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0
- FRASER, Angus. *Cikáni*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-212-X
- GANERI, Anita. *Drogy. Od extáze k agonii*. 1. vydání. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80-86299-70-8
- HÁJKOVÁ, Markéta. Rodina a zvyky slovenských Romů usazených v České republice. In: ŠIŠKOVÁ, Tatjana, ed. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
- HONEY, Pablo. *Látková závislost* [online]. 2000-2009 [cit. 2015-09-21]. Biotox.cz. Dostupné z WWW: <http://www.biotox.cz/enspyro/pj3ozav.html>.
- HRDINA, P.: *Problémy evidence a dokumentace klientů nízkoprahových zařízení*, Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, č.1, 2001
- HUBINOVÁ, Saša; DLOUHÝ, František. Prekurzory a pomocné látky: Dělení drog podle vzniku. In *Bulletin Národní protidrogové centrály*. Praha: MV, 2001. s. 1-52. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/bulletin.aspx>.
- JAKOUBEK, Marek. *Romové – konec (ne)jednoho mýtu*. 1. vyd. Praha: Socioklub, 2004. ISBN 80-86140-21-0.
- JAKOUBEK, Marek ed. *Cikáni a etnicita*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-105-5
- KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9792-2
- KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 0-238-8014-4
- KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- KALINA, Kamil, et al. a. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, Kamil, et al. b. *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

- KUDRLE, S. a K. KALINA. Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívajících drogy. In: KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- MAHROVÁ Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
- MAŽÁTKOVÁ, Kristýna, *Metodika K-centra Mladá Boleslav*. [nepublikovaná metodika], Mladá Boleslav, 2014
- MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.
- MINAŘÍK, Jakub. Rozdělení drog [online]. 2003-2015 [cit. 2015-09-21]. oDrogach.cz. Dostupné z WWW:<http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/rozdeleni-drog.html>
- MIOVSKÁ, Lenka. Užívání drog v národnostních menšinách. *Zaostřeno na drogy*. 2005, roč. 05, č. 2. ISSN 1214-1089
- MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006, str. 156 a 228
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P. a kol. 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic]
- MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-109-1
- NAVRÁTIL, Pavel a kol. *Romové v České společnosti*, 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-741-8
- NEDĚLNÍKOVÁ, Dana, *Metodická příručka, pro výkon terénní sociální práce*, Ostravská univerzita v Ostravě, Ostrava: MPSV, 2010. [online]. [cit. 22.11.2015]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/metakor/dok/met_prirucka_tsp.pdf
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*, 3. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8
- NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X
- ORLÍKOVÁ, Bára. *Streetwork, K-centra* [online]. 2009 [cit. 2015-10-30]. drogovaporadna.cz. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
- PRESL, J.: Současná situace a vývojové trendy v oblasti drogové problematiky v ČR. In *Česká republika ve světě drog: tematický sborník*. 1. vydání. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1995

- ŘÍČAN, Pavel. *S Romy žít budeme - jde o to jak: dějiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-250-5.
- SANANIM, *Pomoc a léčba, Léčebné programy* [online]. 2009 [cit. 2015-12-12]. drogovaporadna.cz. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
- SOCIOFACTOR s.r.o. *Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní ověření* [online] Ostrava, 2010. [cit. 12.11.2015] Dostupné z WWW. <http://www.socialni-zaclenovani.cz/dokumenty/ostatni/metodika-vyzkumu-uzivani-navykovych-latek-mezi-mladezi-v-svl-sociofactor-2010/download>
- STANDARTY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – Registrační standarty. MPSV ČR, Praha, 2002. In: KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- STANDARTY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, Pracovní verze. MPSV ČR, Praha, 2000
- ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Pravidla hry*. Praha: Portál, 2007, str. 17
- ZÁBRANSKÝ, Tomáš, *Drogová epidemiologie*, 1.vydání. Olomouc:Nakladatelství Univerzity Palackého, 2003. ISBN 80-244-0708-4
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Příloha A

Tazatelské otázky

- TO1:** Jak byste popsal/a typicky romského klienta ve Vašem centru/lokality?
- TO2:** V čem je romský klient jiný než klient majoritní společnosti ve Vašem centru/lokality?
- TO3:** Jaké jsou specifika využívaná při práci s romskými klienty?
- TO4:** Co se Vám osvědčilo při práci s romskými klienty?
- TO5:** Proč myslíte, že romští klienti využívají služeb méně? Pokud by byla služba pouze pro romské klienty, v čem by podle Vás měla být jiná?
- TO6:** Proč myslíte, že romští klienti využívají léčby méně než klienti majoritní společnosti?
- TO7:** Kterých služeb využívají romští klienti nejvíce?
- TO8:** Jaké rozdíly se dají vyzorovat v chování a dalších projevech u romských klientů, kteří bydlí doma (přímo v rodině) a mimo domov (squat, ulice, byty)?
- TO9:** Co považujete za hlavní argument, že romští klienti jsou více vázáni na své rodiny než klienti majoritní společnosti?
- TO10:** Jak se projevuje u romských klientů autorita vůči starším členům rodiny, která je zakotvená v tradicích komunity?
- TO11:** Které drogy užívají romští klienti nejvíce? Jsou to drogy nejvíce vyhledávané v dané lokalitě?
- TO12:** Jaké odlišnosti byste popsal/a při užívání jednotlivých typů drog u romských klientů?
- TO13:** Co se Vám osvědčilo u romských klientů z tzv. alternativních způsobů aplikace?

Jako první se zeptám, zda vám nebude vadit, že si rozhovor budu nahrávat?

Nevadí.

Děkuji. Jak byste popsal typického romského klienta ve vašem centru/lokalitě?

V našem centru se setkáváme asi se 40 romskými klienty. Věkově jsou od 18ti do 45ti let. Ke kontaktům s nimi dochází převážně v terénu v Sadské, asi 20 různých klientů v roce využije i K-centrum v Nymburce. Typicky jde o polyvalentní uživatele, kde převažuje užívání opiátů. V posledních dvou letech jsme zejména u této skupiny zaznamenali výrazný nárůst užívání heroinu. Často kombinují heroin/subutex/pervitin. Naprosté minimum z romských klientů užívá pravidelně marihuanu. Charakteristické pro tuto skupinu lidí je, že užívání drog je vícegenerační záležitost. V této skupině je velké procento klientů s pozitivní HCV. Často mají zkušenost s výkonem trestu, sociálním dohledem a podobně. Zaměstnání je pro ně tabu – nikdo z nich nikdy nepracoval. Co se týče HR, tyto klienti nemají základní hygienické návyky. Velmi často sdílí použitý injekční materiál. Žijí stylem „tady a teď“.

Děkuji. V čem je romský klient jiný než klient majoritní společnosti ve vašem centru nebo lokalitě?

Odpověď na tuto otázku vychází trochu z předchozí. V čem je ještě jiný? :) Jde především o podobu samotných kontaktů, hlavně tedy v rámci terénních programů, kdy pracujeme s celou skupinou romských klientů. Tyto kontakty bývají velmi obtížné, klienti se navzájem nerespektují, jsou velice naléhaví, hluční – pro nezasvěcené to může vypadat, že jsou potencionálně agresivní, jde ale spíš o jejich „styl komunikace“. Je s nimi velmi obtížné vyjednávání ohledně vrácení použitých stříkaček. Intervence, zaměřující se na HR směrem od nás jsou často běh na dlouhou trať. Je pro ně typická větší nespolehlivost – domluvené následné kontakty neprobíhají tak často. Možná bych ještě doplnil, že získávání důvěry u těchto klientů trvá podstatně delší dobu.

Děkuji. Jaká jsou specifika využívání při práci s romskými klienty?

Specifické to až tak není, myslím tím jen, že je potřeba, aby byl pracovník na situace kolem kontaktu s romskou klientelou dobře připraven a komunikačně i informačně vybaven. Je potřeba používat srozumitelná slova, umět si velmi dobře držet hranice (osobní ale i pracovní). Je potřeba také dobře volit místo kontaktu (pokud jde o TP).

Děkuji. Co se vám osvědčilo při práci s romskými klienty?

Osvědčila se trpělivost. Pro službu jako takovou se především osvědčilo to, že po dobu zhruba tří let, vykonávali kontakty s nimi stále stejní pracovníci – tím myšleno „stejně ksichty“, na které se klienti postupem času navázali. V rámci HR se u několika klientů osvědčila přítomnost pracovníku u aplikace, kdy pracovník mohl ihned intervenovat v rámci HR. Tato zkušenost byla pro klienta i pracovníka velmi významná. Klient se správně naučil používat HR materiál. Je zde pak i jistá motivace v rámci ViP – motivace čistými stříkačkami nefunguje úplně ideálně, někdy to ale směr práce být může.

Děkuji za odpověď. Proč myslíte, že romští klienti využívají služeb méně? Pokud by byla služba pouze pro romské klienty, v čem by podle vás měla být jiná?

Tato otázka je velmi široká a napadají mne pouze hypotézy, proč asi využívají služeb méně. Malé povědomí o službě – stigmatizace všeho druhu – malé povědomí o rizicích užívání a infekčních onemocněních. Do kontaktu s námi se romští klienti dostávají i přes jiné instituce – PMS, sociálka – zde možná obavy z předání nepříznivých, leč objektivních informací institucím (když je souhlas a vše, tak jak má být). Když klient zjistí, že mu nebudeme neustále dávat kvanta stříkaček na dluh, pak může z kontaktu na čas zmizet, v lepším případě vyhledá jinou dostupnou službu (NBK – Kolín). Co se týče TP – zde mají klienti problém se trefit do dne, kdy tam jezdíme. Když není co brát, klient prostě nepřijde na výměnu. Vždy od nás potřebuje něco dostat, nestalo se, že by klient přišel do kontaktu jen tak na „pokec“.

Pokud by měla být služba pouze pro romské klienty, myslím, že by bylo dobré mít v pracovním týmu také Roma. Nebo někoho, kdo umí romsky, vyzná se v této komunitě i z jiného úhlu pohledu – např. antropolog.

Děkuji. Proč myslíte, že romští klienti využívají léčby méně než klienti majoritní společnosti? (detox, terapeutické komunity, léčebny, léčba VHC)

Naši romští klienti projevují největší zájem o ambulantní – substituční léčbu. Často se vyžadují lživého doporučení – po zkušenostech jim v naprosté většině nenapišeme doporučení, ale „zprávu o kontaktu“. Klient se tak dostane do péče příslušného odborníka. Zde ale klient narazí na mnohem větší práh služby, než jsou KPS a často z programu vypadává. Čas od času se stane, že klient jde do krátkodobé léčby (v naprosté většině z vlastní iniciativy – je sám schopen si léčbu zařídit). Zde ale často podepisuje reverz. Do komunity nenastoupí, protože si myslím, že mají svou

komunitu, kterou pro ně je rodinné zázemí. Často od nich slyším, že až půjdou do výkonu trestu, tam vyabstinují. S léčbou HCV je to velmi špatné, tyto klienti jsou ochotni připouštět, že by se léčili například právě ve VT. HCV jako taková nebolí, klienti ji neřeší, nemají zkušenost s např. úmrtím blízkého na HCV. Žijí tady a teď, budoucnost opravdu neřeší.

Děkuji. Kterých služeb využívají romští klienti nejvíce?

Nejvíce využívají výměnná injekční program, s tím souvisí distribuce HR materiálu. Směrem od nás pravidelně jde hlavně informační servis všeho druhu. Dále to pak jsou právě „zprávy o kontaktu“ (tedy odkazy).

Děkuji. Jaké rozdíly se dají vyzorovat v chování a dalších projevech u romských klientů, kteří bydlí doma (přímo v rodině) a mimo domov (squat, ulice, byty)?

U této otázky začnu od konce – squat, ulice (byty?) – za svou téměř 8 let praxi jsem viděl asi jen několik romský klientů na ulici (squat) – převážně to bylo v MB – bezdomovecká scéna mnohem silnější, než na Nymbursku. Typicky se dá říct, že romští klienti žijí v rodinných celcích, i když je zde právě užívání drog, po mnohem delší dobu, než je k vidění v majoritní společnosti. Jak jsem už zmiňoval, u romských klientů je užívání drog velmi často vícegenerační záležitostí – tzn. že děda bere drogy, jeho syn a dcery a dále jejich děti, tedy vnoučata. Když se romský klient vrací například z VT, vrací se v naprosté většině zpět do rodiny (kde se nepřestalo užívat) a klient relapsuje. Nezaznamenávám, že by rodiče své děti vyhazovali na ulici. Zde bych jen doporučil – styl práce v HR službách je jiný, jsou služby, které pracují například v gettech (Kolín – Prostor+) zde by byl větší potenciál k tématu otázky.

Děkuji. Co považujete za hlavní argument, že romští klienti jsou více vázáni na své rodiny, než klienti majoritní společnosti?

Argument – no. Jak jsem říkal – je to pro mne hlavně fakt. Toto je filozofická otázka. (smích). Několik hypotéz mi v hlavě běží. Asi tím, jak jsou “uzavření“, inklinují více k pevnější formě rodiny jako celku. Mentalita, zkušenosti, jistota neodsouzení, mít se kam vrátit i po elPasu či těžším TČ. Nevím. (smích)

Děkuji za odpověď. Jak se projevuje u romských klientů autorita vůči starším členům rodiny, kterou je zakotvená v tradicích komunity?

Při kontaktu se stalo, že starší člen rodiny začal křičet na právě měnícího klienta a ten bez odmluv okamžitě z kontaktu odešel. Celkově mám asi málo zkušeností v této

oblasti. Se staršími jsem se několikrát setkal, když chtěli například mastičku na bercáky. Kontakt s nimi byl vždy přátelský, autoritu mají asi přirozeně.

Děkuji. Které drogy užívají romští klienti nejvíce? Jsou to drogy nejvíce vyhledávané v dané lokalitě?

Jak jsem odpovídal v první otázce – nejčastěji zneužívají i.v. subutex/subuxon. V posledních dvou letech jsme zaznamenali výrazný nárůst užívání heroinu. Velké % klientů je polyvalentních. Zhruba 1/3 jsou na pervitinu. Asi jen 2 klienti, co znám, občas užívají marihuanu. Opiáty/opiody nejsou nejvyhledávanější drogou na Nymbursku, tou je pervitin. U romských klientů ale vedou opiáty.

Děkuji. Jaké odlišnosti byste popsal při užívání jednotlivých typů drog u romských klientů?

subutex/subuxon – většina zásadně nefiltruje, prášek rozpouští přímo ve stříkačce. Dezinfekci používají po vpichu, postupy při aplikaci jsou tvořeny mýty (Když přefiltruje, není pak stav apod.) Velmi špatně se s nimi komunikuje o místech k aplikaci, často pak přechází na nejrizikovější způsoby (např. do třísel). Heroin (kálo) – k rozpuštění velmi často používají citrón/citrónku. Když použijí kyselinu askorbovou, neumějí jí dávkovat a ničí si žilní systém ještě více. Pervitin (párno) často kouří z alobalu (i přes použitou stříkačku). Velmi často slyšíme, že si (súvy) stříkačky použité navzájem kradou. Velmi si zvykli na Stericupy. Celkově se špatně starají o použitý HR materiál/stříkačky. Často je vyhazují do komunálního odpadu, ale i na ulici. Velmi špatná návratnost použitých stříkaček (u nás to dělá asi 70% - což v této skupině není zase tak alarmující). V rámci sexu nepoužívají ochranu. Těhotenský test jako prevence gravidity.

Děkuji. Co se vám osvědčilo u romských klientů z tzv. alternativních způsobů aplikace?

Z alternativních způsobů aplikace romští klienti využívají nejčastěji kouření. Kapsle ani šňupátka nevyužívají. Per oral esek velmi výjimečně.