

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Šimonová

Bariéry v přístupu k ústavní léčbě u obchodovaných osob závislých na
návykových látkách

Barriers in the approach to the treatment of people with substance use
disorder subjected to human trafficking

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Doležalová

Praha, 2016

Prohlášení

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

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

V Praze 13. července 2016

.....

Bc. Tereza Šimonová

Identifikační záznam:

ŠIMONOVÁ, Tereza. *Bariéry v přístupu k ústavní léčbě u obchodovaných osob závislých na návykových látkách. [Barriers in the approach to the treatment of people with substance use disorder subjected to human trafficking]*. Praha, 2016. 100 stran, 4 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí diplomové práce PhDr. Pavla Doležalová.

Poděkování:

Děkuji za podnětné připomínky, podporu, vstřícnost a cenné rady při vedení práce PhDr. Pavle Doležalové. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a toleranci během celého studia a zpracování mé závěrečné práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala za ochotu a spolupráci všem respondentům a respondentkám, kteří se zúčastnili výzkumných rozhovorů a podělili se o své zkušenosti.

Abstrakt diplomové práce

Východiska: Drogová problematika a možnosti poskytování služeb obchodovaným osobám, které drogy užívají, zatím nebyla významněji tematizována. Prevence, efektivní intervence a hlavně rozvoj služeb by měly stát vždy na dobré znalosti situace a potřeb osob, ke kterým mají programy směřovat. Dle zkušeností pomáhajících organizací lze předpokládat, že toto téma bude do budoucna nabývat na významu a budeme se s ním setkávat stále častěji. Je tedy důležité reagovat na tyto potřeby a zároveň aktuální problémy mapovat a zkoumat. Potřeby obchodovaných osob jsou velmi široké, a aby se podařilo dostat stanoveným cílům, tedy resocializaci klientů a klientek, je potřeba řešit je komplexně ve všech oblastech včetně závislostí na návykových látkách.

Cílem této práce je zmapovat a popsat bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě závislostí nejen z pohledu obchodovaných osob, ale také z pohledu odborníků a odbornic pracujících s obchodovanými osobami a odborníků a odbornic pracujících ve střednědobé ústavní léčbě závislostí. Cílem je zjistit, jak tyto osoby vnímají bariéry a jak na ně, z různých stran pohledu, nahlíží.

Metodologie: Použit byl kvalitativní výzkumný přístup, kdy byla data získána pomocí metody polostrukturovaných interview u obchodovaných osob a odborníků/odbornic pracujících ve střednědobé ústavní léčbě závislostí. Další metodou k získání dat byla použita fokusní (ohnisková) skupina s odborníky a odbornicemi pracujícími s obchodovanými a vykořisťovanými osobami. Pro analýzu dat byly využity prvky zakotvené teorie.

Výsledky: Z výzkumu bylo identifikováno mnoho bariér, které brání obchodovaným osobám závislým na návykových látkách v přístupu k střednědobé ústavní léčbě. Z výzkumných výsledků vyplývá, že nejvíce zastoupenými překážkami byly osobní bariéry, na čemž se shodly všechny skupiny tázaných. Mezi strukturální bariéry řadili respondenti a respondentky pravidla a podmínky vstupu do léčby. Z výzkumu dále vyplynulo, že existují i systémové bariéry, které brání těmto osobám v přístupu k léčbě. K systémovým bariérám se opět vyjádřily shodně všechny skupiny respondentů a respondentek.

Závěr: Diplomová práce ve svém výzkumu nemapuje jen bariéry, ale pohlíží na tuto problematiku z širšího hlediska. Z výzkumu vyplynulo mnoho dalších zajímavých poznatků, které napomáhaly k lepší orientaci v celé zkoumané oblasti. Mezi tyto oblasti patřily například autentické výpovědi klientů a klientek popisujících své zkušenosti z obchodovacích situací, ale také zmapování znalostí jednotlivých odborníků a odbornic v problematice obchodování s lidmi a závislostí na návykových látkách.

Klíčová slova: obchodování s lidmi, závislost, ústavní střednědobá léčba, bariéry

Abstract of the thesis

Introduction: The topic of those who have been victims of human trafficking and who are also addicted to drugs is something not yet deeply investigated. The prevention, intervention and social services for those who are both drug addicts and victims of human trafficking should be based on good knowledge of the situation each of their particular needs. Helping organizations for this population of people report that from their experiences, this is a situation that continues to become more problematic. It is important to be aware of these situations in order to improve them. Victims of human trafficking who also struggle with drug addiction is a situation that deals with many types of needs. It is important to understand each of those comprehensively to fully help the people to return to a social life.

Claim: The aim of this work is to describe the various barriers that people face when looking to access addiction rehabilitation centers. This work is from the point-of-view of the victims of human trafficking as well as from the professionals who work with those victims. The aim of the work is to examine how both the professional and victim look at all parts of the issues of barriers.

Methods: Quality research was conducted using semi-structured interviews with human traffick victims and with the professionals who work in addiction rehabilitation centers. Data was also collected from focus groups of professionals who work with human trafficking victims. Information from literature was also used for the analysis of the collected data.

Results: Research showed that many barriers exist for victims of human trafficking that are seeking help at an addiction rehabilitation center. The results also show that it is personal barriers which both the victims and professionals struggle with the most. It was reported that structural barriers are found with issues in the rules and conditions of entry to an addiction rehabilitation center. Results of the research also show system barriers which cause difficulty for victims seeking help at the centers. Both the professionals and victims reported the same opinion on system barriers.

Conclusion: The thesis of this research does not just map the barriers of human traffick victims who are addicted to drugs, but instead includes all points-of-view for the situation. The research brought forth interesting data that can be directed towards bringing a better awareness for people trying to understand and improve the situation. Personal reports from victims and professionals working with those victims is included in the thesis research.

Keywords: Human trafficking, addiction, addiction rehabilitation center, barriers

Obsah

| | |
|--|----|
| 1. Úvod..... | 3 |
| 2. Teoretická část | 4 |
| 2.1 Obchod s lidmi | 4 |
| 2.1.1 Definice obchodování s lidmi | 5 |
| 2.1.2 Znaký obchodu s lidmi..... | 8 |
| 2.1.3 Formy obchodu s lidmi | 10 |
| 2.1.4 Údaje o stavu obchodování s lidmi ve světě a v České republice | 13 |
| 2.1.5 Obchodované osoby | 14 |
| 2.1.6 Pomoc obchodovaným osobám..... | 16 |
| 2.2 Obchodování s lidmi a závislost na návykových látkách..... | 21 |
| 2.2.1 Závislost (Syndrom závislosti)..... | 21 |
| 2.2.2 Obchodované osoby užívající návykové látky | 23 |
| 2.3 Léčba závislostí..... | 23 |
| 2.3.1 Ambulantní léčba | 24 |
| 2.3.2 Intenzivní ambulantní péče, stacionární léčba | 24 |
| 2.3.3 Ústavní a rezidenční léčba | 25 |
| 2.3.4 Následná péče a doléčovací programy | 25 |
| 2.4 Střednědobá ústavní léčba..... | 26 |
| 2.4.1 Cíle střednědobé léčby | 26 |
| 2.4.2 Průběh léčby a režim ve střednědobé ústavní léčbě | 27 |
| 2.4.3 Podmínky pro přijetí do ústavní střednědobé léčby | 30 |
| 2.5 Bariéry..... | 30 |
| 2.5.1 Bariéry vstupu do léčby | 30 |
| 2.5.2 Druhy bariér | 33 |
| 3. Výzkumná část..... | 36 |
| 3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky | 36 |
| 3.1.1 Cíle | 36 |
| 3.1.2 Výzkumné otázky..... | 36 |
| 3.2 Výzkumný soubor | 37 |
| 3.2.1 Popis souboru..... | 38 |
| 3.3 Metody sběru dat..... | 40 |

| | |
|---|----|
| 3.3.1 Polostrukturované interview | 40 |
| 3.3.2 Ohnisková skupina | 41 |
| 3.4 Metoda zpracování a analýza dat | 43 |
| 3.4.1 Metoda analýzy kvalitativních dat - zakotvená teorie..... | 43 |
| 3.5 Etické normy | 44 |
| 3.6 Poznámky k výzkumu | 44 |
| 4. Výsledky výzkumu | 45 |
| 4.1 Výsledky výzkumu mezi obchodovanými osobami závisými na návykových látkách | 45 |
| 4.1.1 Popis obchodovací situace | 45 |
| 4.1.2 Zmapování drogové kariéry | 52 |
| 4.1.3 Zdravotní a psychický stav..... | 55 |
| 4.1.4 Zkušenost s léčbou | 57 |
| 4.1.5 Bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě | 59 |
| 4.2 Výsledky výzkumu mezi odborníky a odbornicemi pracujícími s obchodovanými osobami | 63 |
| 4.2.1 Znalosti v oboru adiktologie | 63 |
| 4.2.2 Spolupráce mezi zainteresovanými subjekty | 66 |
| 4.2.2 Bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě | 69 |
| 4.3 Výsledky výzkumu mezi odborníky a odbornicemi pracujícími se závisými osobami | 73 |
| 4.3.1 Znalosti v problematice obchodování s lidmi | 73 |
| 4.3.2 Spolupráce mezi zainteresovanými subjekty | 77 |
| 4.3.3 Bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě | 79 |
| 5. Diskuze..... | 82 |
| 5.1 Obecné a metodologické poznámky | 82 |
| 5.2 Konfrontace výsledků s výzkumnými otázkami | 84 |
| 6. Závěr | 89 |
| 7. Použitá literatura | 90 |
| 8. Přílohy..... | 94 |

1. Úvod

Obchodované osoby si ve většině případů prožily trauma, které je provází celým jejich životem. Tyto osoby mají specifické potřeby, na které je třeba v rámci poskytování služeb reagovat. V České republice existují organizace, které se zabývají výhradně poskytováním služeb pro tuto cílovou skupinu. Hlavním cílem těchto služeb je resocializace klienta či klientky a jejich navrácení do „běžného“ života. Klíčovým faktorem pro poskytování služeb obchodovaným osobám je z mnoha ohledů spolupráce. To platí i tehdy, kdy je obchodovaná osoba závislá na návykových látkách. S návykovými látkami má zkušenost mnoho obchodovaných osob, ale jen někteří z nich se na nich stávají závislími. Drogová problematika a možnosti poskytování služeb obchodovaným osobám, které drogy užívají, zatím nebyla významněji tematizována. Prevence, efektivní intervence a hlavně rozvoj služeb by měly stát vždy na dobré znalosti situace a potřeb osob, ke kterým mají programy směřovat. Dle zkušeností pomáhajících organizací lze předpokládat, že toto téma bude do budoucna stále nabývat na významu a budeme se s ním setkávat stále častěji. Je tedy důležité reagovat na tyto potřeby a zároveň aktuální problémy zmapovat a popsat. Potřeby obchodovaných osob jsou velmi široké, a aby se podařilo dostat stanoveným cílům, tedy resocializaci klientů a klientek, je potřeba řešit je komplexně ve všech oblastech včetně závislosti na návykových látkách. Závislé osoby, které se ve svém životě setkaly s obchodováním s lidmi, často trpí v důsledku této situace somatickými a psychickými problémy. V mnoha případech není dostačující využít ambulantních služeb či denních stacionářů, ale je vhodná léčba ústavní. Avšak vstup do ústavní léčby má svou míru dostupnosti a podmínky, které v některých případech obchodované osoby nesplňují. Pokud není možný nástup klienta či klientky do ústavní léčby, není následně možná ani resocializace. Základním cílem diplomové práce je tedy zmapovat a popsat bariéry v přístupu ke střednědobé ústavní léčbě závislostí nejen z pohledu obchodovaných osob, ale také z pohledu odborníků a odbornic pracujících s obchodovanými osobami a odborníků a odbornic pracujících ve střednědobé ústavní léčbě závislostí. Výzkumná práce si klade za cíl zjistit tyto bariéry, pojmenovat je a vložit do širšího kontextu této problematiky.

2. Teoretická část

V teoretické části jsou definovány základní termíny, jejichž význam je pro diplomovou práci klíčový. Tato část vychází z odborné literatury, na jejímž základě vymezuje jednotlivé pojmy. Na úvod je nutné uvést, že dosud neexistuje žádná odborná literatura, která by se komplexně věnovala a propojovala právě problematiku obchodování s lidmi a užívání návykových látek. Z toho důvodu bude teoretická část zaměřena na definování jednotlivých pojmů z daných problematik, které budou následně propojeny v empirické části. Pro uvedení do tématu je tedy první blok této části věnován problematice obchodování s lidmi. Popisuje základní definice, formy, znaky, vymezuje termín obchodované osoby a uvádí její specifika. Dále se práce zabývá pojmem závislosti na návykových látkách a její definicí. Dalším blokem teoretické části je podrobný popis střednědobé ústavní léčby včetně jejích pravidel a podmínek pro přijetí do léčby. V závěru je popsán pojem bariér, které jsou pro práci stěžejní. Podkladem pro tuto část budou také zahraniční výzkumy, které se ve svých studiích zabývaly právě bariérami, které mohou znemožnit nástup do léčby.

2.1 Obchod s lidmi

Obchodování s lidmi je celosvětově rozšířený fenomén, který patří k nejzávažnějším formám omezování lidských práv, se kterým se můžeme v dnešním světě setkat. Závažným způsobem porušuje práva na život, svobodu, důstojnost či volnost pohybu. Obchodování s lidmi, též některými autory nazýváno jako novodobé otroctví, je jedním z nejvýnosnějších obchodů organizovaného zločinu, který přináší srovnatelné zisky s nelegálním obchodem s drogami nebo se zbraněmi. Roční zisky z obchodování s lidmi činí až několik desítek miliard amerických dolarů. Společností je tento fenomén vnímán jako problém „třetích zemí“. Mezinárodní studie a statistiky nevládních organizací však poukazují na jeho globální charakter. Bez nadsázky můžeme říci, že obchodování s lidmi se dotýká všech států po celém světě (Ministerstvo vnitra České republiky, 2011).

V České republice je stejně, jako ve většině zemí na světě, obchod s lidmi trestným činem. Holanová (2007) uvádí, že klíčovou charakteristikou obchodování s lidmi je jeho nesnadná zjištělnost. S tím je spojena obtížná postižitelnost pachatelů a následně také poskytnutí pomoci či záchrany obchodovaných osob. Z důvodu vysoké latence trestného činu obchodování s lidmi je velmi složité, až nemožné, odhadnout přesné počty obchodovaných. (Holanová, 2007).

Obchodovanými osobami se mohou stát muži, ženy, i děti. Kutálková (2009) uvádí, že obchodování s lidmi bylo často spojováno s genderově podmíněným násilím, feminizací chudoby, migrací či strukturálním násilím na ženách. V České republice ženy tvořily významnou část obchodovaných osob. V posledních letech se rozvíjí fenomén

obchodování s lidmi za účelem nucené práce, který ve vyšší míře postihuje muže. Můžeme tedy říci, že i když stále významnou část tvoří ženy, které byly nuceny do prostituce, statistiky se díky „levné pracovní síle“ mužů, vyrovnávají (Kutálková, 2009).

Přestože je pojem obchodování s lidmi stále často spojován se sexuálním zneužíváním a nucenou prostitucí, je důležité upozornit na to, že se zdaleka nejedná o jedinou formu obchodování s lidmi. Jednotlivým formám obchodování s lidmi proto bude v této práci věnována samostatná kapitola.

„V boji proti obchodu s lidmi nestačí jen trestně právně postihnout pachatele, ale je třeba také vytvářet podmínky pro pomoc obětem a pro jejich znovu začlenění do společnosti, a zejména pak působit preventivně. Vzhledem k tomu, že jde většinou o organizovanou kriminalitu s mezinárodním prvkem, je nutné vytvářet a využívat možnosti mezinárodní spolupráce.“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2011, s. 5).

Poznámka k použité terminologii

V celém textu diplomové práce je z důvodu předcházení stigmatizace používáno označení „obchodovaná osoba“, které zastupuje termín „oběť obchodování s lidmi“, který je jeho synonymem. Pojem „oběť“ je v kontextu této problematiky zpravidla užíváno ve formálních dokumentech, jejichž původcem jsou aktéři z řad státních institucí. Termín je taktéž využíván v české legislativě, kde popisuje postavení obchodované osoby jako oběti trestného činu. Pojem „obchodovaná osoba“ je ve většině případů využíván nevládními organizacemi, které se vůči termínu „oběť“ vymezují. Poukazují na to, že může vyznačovat určitou pasivitu dané osoby, což v mnoha ohledech neodpovídá skutečnosti (Holanová, 2007; Honzíková, 2010; Kutálková a Bandit, 2015).

2.1.1 Definice obchodování s lidmi

„V praxi lze poměrně složitou definici zjednodušeně chápat jako přemísťování lidí pomocí nátlaku za účelem vykořisťování“ (Kutálková, 2010, s. 31).

Obchod s lidmi lze chápat jako držení osob pomocí fyzického nátlaku či násilí, psychického nátlaku, vydíráním, výhrůzkami na místě, které je ve většině případů daleko od domova, ať v dané zemi nebo v zahraničí. Jsou nuceny k práci, kterou vykonávat nechtějí, nedostávají za ní žádnou či jen minimální mzdu a podmínky, ve kterých žijí a pracují, jsou nepřijatelné.

Obchod s lidmi lze rozdělit do tří základních znaků. Prvním znakem je samotné jednání pachatele, které můžeme také označit jako „nábor“ dané osoby. Druhým znakem je donucení osoby k činnosti, kterou vykonávat nechce. Holanová (2007) uvádí, že velmi častým způsobem donucení je zbavení osoby cestovních či osobních dokladů nebo donucení osoby splácet tzv. fiktivní dluh za zprostředkování práce, vyřízení dopravy či za

poskytnutí ubytování a stravy. Mezi další formy nátlaku patří již výše zmíněný fyzický, psychický nátlak, vyhrožování, ale také zneužití tísně či omylu osoby. Třetím znakem obchodování s lidmi je samotný účel vykořisťování, kdy pachatel profituje a kořistí na obchodované osobě. (Holanová, 2007).

Mezinárodní legislativa

Obchodování s lidmi není problematikou týkající se jen jednotlivých států, ale svou organizovanou kriminalitou s mezinárodními prvky se stalo tématem, kterým je třeba se zabývat na mezinárodní úrovni. V boji proti obchodování s lidmi je nutné vytvářet a využívat mezinárodní úmluvy a zapojovat se do mezinárodní spolupráce (Hončíková, 2010). Burčíková et al. (2008) uvádí, že boj proti obchodování s lidmi patří mezi důležité cíle Organizace spojených národů a Evropské unie.

Pro Českou republiku jsou závazné tyto mezinárodní dokumenty:

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/36/EU ze dne 5. dubna 2011, o prevenci obchodování s lidmi, boji proti němu a o ochraně obětí, kterou se nahrazuje rámcové rozhodnutí Rady,
- Směrnice Rady 2004/81/ES ze dne 29. dubna 2004 o povolení k pobytu pro příslušníky třetích zemí, kteří jsou oběťmi obchodování s lidmi nebo obdrželi pomoc k nedovolenému přistěhovalectví, a kteří spolupracují s příslušnými orgány,
- Směrnice 2012/29/EU, kterou se zavádí minimální pravidla pro práva, podporu a ochranu obětí trestného činu a kterou se nahrazuje Rámcové rozhodnutí Rady,
- Úmluva Rady Evropy o opatřeních proti obchodování s lidmi,
- Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 29 o nucené nebo povinné práci,
- Úmluva OSN o potlačování a zrušení obchodu s lidmi a využívání prostituce druhých osob (1949),
- Protokol o prevenci, potlačování a trestání obchodování s lidmi, zvláště se ženami a dětmi, tzv. Palermský protokol, který doplňuje Úmluvu OSN proti nadnárodnímu organizovanému zločinu. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2011).

Jedním z klíčových dokumentů v oblasti obchodování s lidmi je výše zmíněný tzv. Palermský protokol, který jako první definoval obchod s lidmi v celé jeho šíři a stal se tak mezinárodně uznávanou definicí obchodování s lidmi. Úmluva byla přijata v roce 2000 v italském Palermu. V České republice byl podepsán v roce 2002, k ratifikaci však došlo až 17. 12. 2014 a pro Českou republiku je platný od 16. 1. 2015.

V čl. 3 Palermského protokolu (2010, s. 2) je obchodování s lidmi definováno jako *„najímání, přepravování, převádění, přechovávání nebo přijímání osob na základě vyhrožování, použití síly či jiných forem nátlaku, pomoci únosu, podvodu, lži či zneužití moci nebo bezmocnosti osoby, případně poskytování či přijímání finančních prostředků či*

jiných výhod k získání souhlasu osoby, která má v moci jinou osobu, s úmyslem tuto osobu zneužívat. Zneužíváním se mimo jiné rozumí využívání jiných osob k prostituci či jiným formám sexuálního zneužívání, nucená práce či služby, otroctví či praktiky podobné otroctví, útisk nebo odjímání orgánů“

Legislativní rámec v České republice

Z definice uvedené v Palermském protokolu a z rozhodnutí Rady EU vychází současné znění skutkové podstaty trestného činu obchodování s lidmi.

Platnou a závaznou definici obchodování s lidmi v České republice najdeme v trestním zákoně č. 40/2009 Sb., konkrétně v § 168.

Definice trestného činu obchodování s lidmi prošla v rámci trestního práva řadou změn. V této části se budeme věnovat pouze zásadním změnám, ke kterým došlo v posledních několika letech.

V České republice byl trestný čin obchodování s lidmi zpočátku definován jako obchod se ženami za účelem pohlavního styku, kdy docházelo k transportu do zahraničí. Až v roce 2002 byla skutková podstata rozšířena o muže a obchodování s lidmi se stalo trestné nejen při transportu do ciziny, ale také z ciziny do České republiky. I když byl v roce 2000 přijat Palermský protokol a Česká republika ho podepsala v roce 2002, skutková podstata trestného činu obchodování s lidmi se skoro vůbec nepřibližovala jeho definici. Stále chyběly jiné formy obchodování s lidmi mimo sexbyznys, nebyla zohledněna možnost obchodu s lidmi v rámci stejného státu a skutková podstata zcela postrádala osoby mladší 18 let. Rozšíření o další formy obchodování s lidmi a osoby mladší 18 let přišlo novelizací zákona v roce 2004. Skutková podstata však stále neodpovídala širší definice Palermského protokolu, ale začala se k němu významně přibližovat. V roce 2010 nabyl účinnosti nový trestní zákoník č. 40/2009 Sb. a nahradil tak trestní zákon č. 140/1961 Sb., který byl platný a účinný pro Českou republiku více než čtyřicet let. V § 168 obchodování s lidmi došlo k rozšíření skutkové podstaty o formy obchodování s lidmi za účelem sexuálního vykořisťování, výroby pornografického díla, odebírání tkáně, buněk nebo orgánů z těla nebo užití jiné osoby k službě v ozbrojených silách nebo osoby, které z takového jednání kořistí. K dosud nejvýznamnější změně došlo v roce 2013, kdy bylo u konkrétních forem obchodu s lidmi vyňato slovo „jinému“.

Aktuální znění skutkové podstaty pohlíží na trestný čin obchodu s lidmi v případě, že pachatel, či skupina pachatelů přiměje, zjedná, najme, zláká, svede, dopraví, ukryje, zadrží, přijme nebo vydá osobu, za použití násilí, pohrůžky násilí nebo jiné těžké újmy nebo lsti anebo zneužívaje jejího omylu, tísně nebo závislosti, aby jí bylo užito

- jiným k pohlavnímu styku nebo k jiným formám sexuálního zneužívání nebo obtěžování anebo k výrobě pornografického díla,
- jiným k odběru tkáně, buňky nebo orgánu z jejího těla,
- k službě v ozbrojených silách,
- k otroctví nebo nevolnictví
- k nuceným pracím nebo k jiným formám vykořisťování, a nebo kdo kořistí z takového jednání.

2.1.2 Znaky obchodu s lidmi

Obchodování s lidmi je proces, který má své mechanismy, do nichž jednoznačně patří jednání pachatele či pachatelů za pomoci prvků donucení za účelem vykořisťovat osobu a získat majetkový či finanční prospěch. Toto jsou určující znaky skutkové podstaty trestného činu obchodování s lidmi. K identifikaci trestného činu tedy napomáhá trojice základních znaků, jakýmiž jsou: transport, donucení a vykořisťování. Palermský protokol k těmto třem znakům doplňuje složky jednání, prostředků a účelu (viz. tab. 1: Znaky obchodu s lidmi).

Tab. 1: Znaky obchodu s lidmi

| | | |
|------------|--|---------------|
| JEDNÁNÍ | Obchodováním s lidmi se rozumí najímání, přepravování, převádění, přechovávání nebo přijímání osob | TRANSPORT |
| PROSTŘEDKY | na základě vyhrožování, použití síly či jiných forem nátlaku, pomocí únosu, podvodu, lži či zneužití moci nebo bezmoci osoby, případně poskytování či přijímání finančních prostředků či jiných výhod k získání souhlasu osoby, která má jinou osobu v moci | DONUCENÍ |
| ÚČEL | s úmyslem tuto osobu vykořisťovat. | VYKOŘISŤOVÁNÍ |

Nábor

V rámci prvního znaku, tedy **jednání** za účelem transportu odborníci uvádí, že obchodováním s lidmi se rozumí najímání. Pod termínem „najímání osoby“ se skrývá prvotní kontakt mezi pachatelem a obchodovanou osobou. Jedná se o fázi, kdy si pachatel vyhledává vhodnou osobu či skupinu osob a následně jí pod různými přísliby láká do

vykořisťujících podmínek. „*Nejpříznivější dobou pro obchodníky jsou období ekonomických krizí, vnitrostátních či mezinárodních konfliktů či bezprostředně po přírodních katastrofách, tedy v dobách nestability či razantních změn ve společenském životě*“ (Shelley, 2010, s. 94). Způsoby náborů jsou velmi rozmanité a pachatelé dokáží využít osobní zranitelnosti jedinců. K náboru dochází z pravidla v místě původu, či v místě, kde se osoba pohybuje a kde žije. Nábor lze rozdělit na formální a neformální. Formální nábor probíhá způsobem formální nabídky zaměstnání. Ve většině případů se jedná o inzeráty tištěné, inzeráty elektronické, agentury práce, atd. Neformální nábor představuje nabídku zaměstnání ze strany známého, příbuzného, ale také ze strany rodiny či partnera/partnerky. Kubovičová (2009) uvádí, že jsou obchodované osoby často obchodovány jedinci, které dobře znají. Tyto osoby totiž u obchodovaných obětí nevzbuzují nedůvěru a vůči nabídce práce či cestě do zahraničí se jejich obezřetnost mnohonásobně snižuje.

Transport

Přepřavování, převádění neboli transport je dalším charakteristickým znakem obchodování s lidmi. Osoby jsou přemísťovány zpravidla ze země původu, či ze země, kde právě žijí, do cílové destinace. Transport nemusí vždy znamenat přepravu přes hranice jiného státu, ale přepřavování může být i v rámci jednoho států. Neznalost prostředí či jazyková bariéra je nevýhodou, kterou pachatelé využívají k manipulaci obchodované osoby. Průběh transportu je pokaždé jiný a záleží na kontextu, ve kterém byla obchodovaná osoba obchodníky získána. „*Některé oběti si nejsou vědomi, co je v cílové destinaci čeká, vzhledem ke skutečnosti, že s nimi během přepravy bylo zacházeno dobře*“ (Aronowitz, 2009, s. 56).

Prostředky donucení

Mezi prostředky donucení, které pachatelé používají, patří fyzické a psychické násilí nebo pohrůzka násilím, zneužití tísně či omylu, ale také lest (Holanová, 2007). Prostředkem nátlaku či donucení bývá také zabavení cestovních dokladů či nucení k splácení fiktivních dluhů za služby spojené se zprostředkováním práce, bydlením, stravou, pojištěním atd.

Kubovičová (2009) uvádí, že nejčastější nástroje fyzického nebo psychického donucení, které vedou k vykořisťování, jsou:

- nelegální pobyt a práce – odebrání osobních a cestovních dokladů, strach z vyhoštění, strach z policie,
- závislost na obchodníkovi (pachatelovi) – nekončící a prohlubující se dlužný vztah, žádná či jen minimální mzda za práci,

- izolace – bez kontaktu s blízkými lidmi, rodinou, v neznámém prostředí, v některých případech, bez znalosti jazyka,
- fyzické a psychické násilí – bití, mučení, znásilňování, ponižování, podávání návykových látek, vydírání, vyhrožování ublížením či smrtí obchodované osoby nebo její rodině či blízkým.

Účel vykořisťování

Posledním znakem je účel, který značí úmysl obchodovanou osobu dále vykořisťovat. Tzn. kořistit a získávat zisk z její práce. Podle druhu či účelu vykořisťování rozeznáváme základní formy obchodování s lidmi.

2.1.3 Formy obchodu s lidmi

Za formy obchodování s lidmi se obecně považuje účel vykořisťování. Příběhy, které popisují obchodovací situace, se mohou lišit právě účelem či druhem vykořisťování. Druhy vykořisťování, tedy formy obchodování s lidmi nacházíme v různých národních i mezinárodních dokumentech. Jako nejčastější formy obchodování s lidmi je uváděna nucená prostituce a nucená práce včetně jiných forem vykořisťování. V následujícím textu budou uvedeny formy, které jsou nejčastěji uváděny v odborné literatuře, a se kterými se v prostředí České republiky můžeme setkat (Holanová, 2007; Kubovičová, 2009).

Sexuální vykořisťování a nucená prostituce

Obchodování s lidmi za účelem sexuálního vykořisťování a nucené prostituce je jednou z nejrozšířenějších forem. Holanová (2007) uvádí, že se jedná o formu, která je často ztotožňována se samotným termínem obchodování s lidmi. O problematice sexuálního vykořisťování a nucené prostituce je k dispozici mnoho informací a jedná se o nejvíce probádanou formu. Dle Kubovičové (2009) se jí doposud věnovalo velké pozornosti a většinou společností je v běžném životě nejviditelnější.

Typickou charakteristikou obchodování s lidmi za účelem sexuálního vykořisťování je zejména izolace osoby, která je v prostředí, které nezná, daleko od domova a v některých případech i bez znalosti daného jazyka. Pro větší kontrolu je obchodovaná osoba pachateli držena v otrockých podmínkách a je omezována na osobní svobodě. Otročné podmínky, v kterých je osoba držena, často znamenají nepřijatelné podmínky ubytování, nedostatečnou možnost hygieny, zamezení přístupu k zdravotnické péči, ale také nepřiměřené požadavky na pracovní výkon. Obchodované osoby jsou nuceny poskytovat služby, které poskytovat nechťejí, jsou nuceny k nechráněnému pohlavnímu styku a často také k vysokému pracovnímu výkonu (Holanová, 2007; Kubovičová, 2009).

Sexuální vykořisťování se může odehrávat jak na trase (pouliční prostituce), tak v různých klubech, nevěstincích či privátech. V posledních letech se prostituční scéna stále více přesouvá do privátů, tzv. soukromých podniků. Europol uvádí, že prostituce v privátech, díky svému skrytému charakteru, značně stěžuje možnost odhalení obchodování s lidmi (Europol, 2011; Nair, 2010).

Ženy i muži se mohou do sexuálního průmyslu dostat dobrovolně. Do pozice obchodované osoby se však dostávají až ve chvíli, kdy nejsou splněny předem dohodnuté pracovní podmínky, nebo jsou proti své vůli například nátlakem, vydíráním či podvodem nuceny práci vykonávat. Statistiky uvádějí, že tato problematika se převážně dotýká žen a dětí, méně často jsou sexuálně vykořisťováni muži (Kubovičová, 2009).

Nucená práce

Definici nucené práce ve své Úmluvě o nucené nebo povinné práci z roku 1930, uvádí Mezinárodní organizace práce, jako: „*Veškerou práci nebo služby, které jsou vyžádány od jiné osoby pod pohrůzkou jakéhokoliv trestu, a ke které se osoba nenabídla dobrovolně*“ (Convention concerning Forced or Compulsory Labour, 2006, s. 1). K obchodování s lidmi za účelem nucených prací nejčastěji dochází v oblastech stavebnictví, zemědělství, spotřebního a potravinářského průmyslu, poskytování služeb, ale také v méně známé oblasti nucené práce v domácnosti (Europol, 2011).

U formy obchodování s lidmi za účelem nucené práce je charakteristické hrubé zacházení ze strany zaměstnavatelů, zastrašování a vyhrožování. Holanová (2007) uvádí, že zaměstnavatel v mnoha případech užívá slovní či fyzické násilí, aby pracovníka udržel v práci. Nucená práce je také často charakterizována nevyhovujícími pracovními a hygienickými podmínkami, nevhodným ubytováním a stravou po kvalitativní i kvantitativní stránce (Nair, 2010). Honzíková (2010) uvádí, že obvyklou metodou pachatelů je zabavení dokladů pro zamezení volného pohybu, zadržování mzdy, porušování pracovně-právních vztahů a lidských práv.

Jako jednu z nejzranitelnějších skupin Burčíková (2004) označuje migranty a migrantky, kteří migrují za lepšími pracovními a životními podmínkami. Z důvodu restriktivních imigračních politik vyhledávají nezákonné postupy a stávají se tak závislími na zprostředkovatelích, a tím se zvyšuje jejich zranitelnost vůči vykořisťování. Identifikování osob, které byly pracovně vykořisťované, je velmi obtížné. Možnost odhalení tohoto trestného činu snižuje skutečnost, že se může odehrávat v prostředí rodiny, kde je velmi složité prokázat prvek donucení. Dalším problematickým aspektem je strach či nevěle k návratu do země původu. Někteří zaměstnanci budou raději pracovat v nevyhovujících podmínkách, než aby se vrátili do své vlasti. (Global alliance against traffic in women, 2010a; Global alliance against traffic in women, 2010b).

Mezi formy obchodování s lidmi za účelem nucené práce spadá také kategorie domácích prací. Jedná se zpravidla o soukromé prostory třetích osob, kde obchodované osoby provádí úklidové práce, hlídání dětí nebo poskytování služeb ošetrovatelství. Pro tuto formu je typická naprostá izolace osob od společnosti a otrocké podmínky, které musí osoba snášet. Kubovičová (2009) uvádí, že takto obchodované osoby pracují více než čtrnáct hodin denně, často sedm dní v týdnu. Svobodu pohybu jim omezuje nejen odebrání cestovních a osobních dokladů, ale také zastrasování vyhoštěním ze země. Cílovou skupinu této formy obchodu s lidmi tvoří převážně ženy a dívky.

Nucené sňatky

Tato forma obchodování s lidmi představuje koupi ženy k sňatku za účelem jejího následného vykořisťování v různých formách obchodování. V prostředí EU se často můžeme setkat s případy, kdy je sňatek uzavřen z důvodu legalizace pobytu.

Při formulaci daného pojmu v mnoha případech dochází k zaměňování za sňatek dohodnutý. Je důležité rozlišit významy slov dohodnutý a nucený. V případě nuceného sňatku totiž dochází k tomu, že i když jeden z novomanželů nesouhlasí, svatba se přesto uskuteční. (Stobart, 2007).

Obchod s lidskými orgány

Obchodování s orgány ve většině případů postihuje země, které nemají dostatečně rozpracovaný a aplikovaný regulační rámec, který by obchodování s lidskými orgány zamezoval a poskytoval podporu dárcům či dárkyním. „Úspěšní Asijci začali cestovat do jihovýchodní Asie, aby získali orgány od chudých dárců – což je jedním z etických problémů transplantační turistiky“ (Caplan et al., 2009, s. 57). Transplantační turistika se zpravidla zabývá cestami z bohatých zemí do zemí chudých, kde si finančně zajištění zájemci opatřují potřebný orgán, který z mnoha důvodů nemohou získat ve své zemi. Tyto osoby si většinou vyhledávají jedince, kteří si touto cestou řeší špatnou sociální a ekonomickou situaci. Služby transplantační turistiky v mnoha případech vyřizují zprostředkovatelé, kteří jsou buď v zemích původu potenciálních příjemců či v zemích poskytovatelů potřebných orgánů (Caplan et al., 2009).

„Ceny například ledvinových balíčků se běžně pohybují kolem 70 000 až 160 000 USD“ (Caplan et al., 2009, s. 58).

Nucená žebrota a trestná činnost

Obchodování s lidmi za účelem žebroty spočívá v získávání osob, zejména dětí, starých lidí a postižených, kteří jsou kvůli věku či postižení snadným cílem. Dalším důvodem je také vyvolání pocitu potřebnosti či lítosti ve většinové společnosti. Děti bývají nuceny i ke kapesním krádežím, protože nejsou v případě dopadení trestně zodpovědné

oproti dospělým osobám. Získané finance musí odevzdávat pachateli nebo organizované skupině. (Kubovičová, 2009; Holanová, 2007).

2.1.4 Údaje o stavu obchodování s lidmi ve světě a v České republice

Obchod s lidmi je celosvětovým fenoménem, který se ve značné míře dotýká i České republiky. Ministerstvo vnitra uvádí, že za jeho výskyt mohou především nerovnováha mezinárodních ekonomických vztahů, chudoba, tolerance k porušování lidských práv a politická nestabilita v zemích původu. Dále uvádí nedostatečnou informovanost a právní vědomí veřejnosti i obchodovaných osob, posunutý systém hodnot ve společnosti, přílišnou orientaci na principy tržního chování a mýtus lehkého a pokojného života v bohatších zemích. Možnou příčinou může být také vysoká poptávka po levném, prodejném sexu a po levné pracovní síle v cílových zemích a často i nejrůznější formy genderové či rasové diskriminace.

Posoudit skutečný rozsah obchodování s lidmi je velmi náročné a komplikované. Statistické údaje získávané různými mezinárodními organizacemi, státními institucemi i neziskovými organizacemi jsou pouhými odhady, které vznikají na základě odhalení trestných činů nebo na základě zkušeností organizací, které obchodovaným osobám poskytují své služby. Odborníci se přesto shodují, že zisky z obchodování s lidmi se dají přirovnat k ziskům z nelegálního obchodu se zbraněmi nebo obchodu s drogami, které jsou v dnešní době považovány za dvě nejvíce lukrativní a výnosné formy organizovaného zločinu (Ministerstvo vnitra České republiky, 2009).

Obchod s lidmi ve světě

Mezinárodní organizace práce (ILO), dle nejaktuálnější studie, odhaduje, že je na světě kolem 20,9 milionů obětí nucené práce a sexuálního vykořisťování. Z celkového počtu tvoří přibližně 68 % osoby pracovní vykořisťované v zemědělství, stavebnictví, výrobě nebo v rámci domácích prací. 22 % tvoří obchodování s lidmi za účelem sexuálního vykořisťování. (ILO, 2012). Další mezinárodní studie uvádějí, že ročně je celosvětově obchodováno 700 tisíc až 2 miliony osob, přičemž 300 až 500 tisíc osob je obchodováno v rámci Evropy. Odhady celosvětových ročních příjmů z obchodu s lidmi se pohybují mezi 8,5 až 12 miliardami EUR. Většina obchodovaných osob v Evropě pochází z Balkánu, Rumunska, Bulharska, bývalého Sovětského svazu hlavně z Ruské federace a Moldavska. (Úřad pro drogy a kriminalitu OSN, 2010).

Obchod s lidmi v České republice

Od roku 2008 jsou odborem bezpečnostní politiky Ministerstva vnitra ČR vydávány Zprávy o stavu obchodování s lidmi v České republice za jednotlivá roční období. Cílem zpráv je poskytovat komplexní informace o aktuální situaci v České

republice. Poznatky do Zprávy jsou získávány od Policie ČR a neziskových organizací, které se této problematice věnují. Statistické údaje, které jsou ve zprávách uvedeny nelze brát za absolutní, jelikož počty a data jsou zatíženy skutečností, že se jedná pouze o případy odhalené. Je tedy nutné počítat s tím, že existují i další případy obchodovaných osob, které dosud nebyly identifikovány (Ministerstvo vnitra České republiky, 2015).

Českou republiku lze považovat za zemi cílovou, transitní, ale stále také za zemi zdrojovou. Cílovou zemí se Česká republika stala pro obchodované osoby ze zdrojových zemí jako jsou Ukrajina, Nigérie, Slovensko, Bulharsko a Rumunsko a Maďarsko. Není možné však opomenout, že obchodované osoby na území České republiky byli i čeští občané. Naopak zemí zdrojovou byla Česká republika v roce 2015 pro Velkou Británii, Irsko, Spolkovou republiku Německo, Kypr, Belgie, Nizozemsko, či Slovinsko (Ministerstvo vnitra České republiky, 2015).

Zpráva o stavu obchodování v České republice uvádí, že nejčastějšími formami obchodování s lidmi zůstává nadále účel sexuálního vykořisťování a pracovního vykořisťování. Dále uvádí, že ostatní formy obchodování s lidmi nebyly statisticky zaznamenány. Neziskové organizace ve svých výročních zprávách uvádějí jeden případ nuceného sňatku v Irsku. Podle policejních statistik bylo v roce 2015 identifikováno celkem 50 obětí obchodování s lidmi dle §168 trestního zákona.

Obchodování s lidmi dlouhodobě patří mezi nejčastější formy organizovaného zločinu páchaného na území ČR, pro niž je typická vysoká míra latence. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2015, s. 3). Jako donucovací prostředek k dosažení požadavků pachatelů a dosažení poslušnosti obchodovaných osob byl jako v předešlých letech zjištěn odklon od fyzického násilí. Pachatelé ke svým cílům využívali převážně zneužití závislosti, lsti nebo uvedení v omyl.

Mezi trendy obchodování s lidmi patří i příčiny, ve kterých hraje velkou roli špatná ekonomická situace osob, skupin či rodin a vysoká míra nezaměstnanosti. „*Lidé, kteří se rozhodnou odejít od rodin, mnohdy opouštějí své děti a odchází s vidinou výdělku, který budou posílat domů*“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2015, s. 4). Dané osoby poté podepisují smlouvy, které jsou připraveny v jazyku, kterému nerozumí, nebo ani žádné smlouvy nemají. Ubytování jsou ve většině případů v nepřiměřených podmínkách, nedostávají dohodnutou mzdu, pracují i více jak 16 hodin denně, splácejí fiktivní dluhy, které jim každým dnem narůstají a jsou v tak tíživém stavu, že neopustí svého „zaměstnavatele“, ani když jim není zamezen volný pohyb.

2.1.5 Obchodované osoby

I když jsou za nejvíce ohroženou skupinu obchodem s lidmi stále považovány ženy a děti, v posledních letech jim co do počtu začínají sekundovat i muži. Avšak je důležité

zmínit, že většina studií a statistik vydávaných k tomuto tématu se převážně věnuje ženským obětem, jejich identifikaci a způsobům pomoci. Naopak velmi málo studií je zaměřeno na muže. Je tedy velmi složité odhadovat, jaké formy pomoci v případech obchodovaných mužů využívat a zda by se měly lišit od přístupu k ženám (Global alliance against traffic in women, 2010c).

Profily potenciálně obchodovaných osob se můžou výrazně lišit například i vzhledem ke geografické poloze. U všech skupin však existují důvody kumulace rizikových faktorů. Potenciálně obchodované osoby jsou ve většině případů vyhledávány v prostředích, kde je chudoba, nízká životní úroveň či celkově obtížné životní podmínky. V odborné literatuře se také uvádí, že jednou z ohrožených skupin jsou osoby pracující v prostituci. Holanová (2007) uvádí, že mezi rizikové skupiny patří:

- ženy, muži i děti,
- lidé, kteří pocházejí z neuspokojivého či nefungujícího prostředí,
- osoby žijící v chudobě,
- pracovní migranti a migrantky,
- lidé příslušející k marginalizované skupině,
- osoby mající za sebou zkušenost ústavní péče,
- lidé, kteří nedisponují informacemi či je nedokáží získávat (např. vlivem nižšího intelektu, života v sociální vyloučené lokalitě, duševní onemocnění apod.),
- uživatelé a uživatelky návykových látek,
- osoby, které se dobrovolně živí prostitucí.

Obchodované osoby jsou v důsledku této trestné činnosti vystaveny traumatům, která se mohou podepsat na jejich fyzické i psychické stránce. Není možné jednoznačně určit profil obchodované osoby, ale je možné stanovit prvky, které se u nich mohou pravděpodobně objevit. Do těchto prvků řadíme izolaci nejen od běžného a známého prostředí, ale také od rodiny, známých, přátel. Dále se může jednat například o nedostatek spánku či odpočinku, ale také zamezení lékařské péče, díky níž může dojít k zdravotním komplikacím. Shelley (2010) uvádí, že se u obchodovaných osob mohou projevit pocity disociace, copingové mechanismy (tzv. obranné mechanismy), které v jedinci vytváří pocit, že se jedná o zkušenost, která se měla stát, sebeobviňování a identifikace s agresorem a mnoho dalších prvků (Shelley, 2010).

Obchodované osoby se neustálým zneužíváním, zastrahováním, velmi intenzivním psychickým či fyzickým nátlakem často nacházejí v neuspokojivém psychickém a fyzickém stavu, na který je třeba při práci s nimi brát zřetel. (Holanová, 2007)

„Obchodovaným osobám je zcizena jejich svoboda a pošlapána práva způsobem, který je jen obtížně slučitelný s kvalitním životem“ (Honzíková, 2010, s. 33).

Zdravotní rizika a psychické následky obchodování s lidmi

Obchodovaná osoba se vlivem traumatické zkušenosti setkává se špatným zdravotním stavem, jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. V důsledku obchodovací situace se obchodovaným osobám závažně poškozuje jejich psychické prožívání a vnímání sama sebe.

Fyzické násilí, se kterým se tito lidé často setkávají, je velmi rozmanité. Zajímavé údaje udává Souhrnná zpráva o dopadech obchodu se ženami a dívkami v Evropě, ze které vyplývá, že téměř 76 % dotázaných obchodovaných žen byly fyzicky napadány. Pod hrozbami násilí bylo k sexuálnímu styku nebo jiným sexuálním praktikám nuceno až 90% žen. Zimmerman (2006) uvádí, že k trvalým následkům u žen patřily nejčastěji únava a úbytek tělesné hmotnosti v důsledku neúměrně dlouhé pracovní doby, špatných životních podmínek a nedostatku spánku. Další dlouhodobé problémy, které ženy uvedly, souvisely s centrálním nervovým systémem. Konkrétně si stěžovaly na bolesti hlavy, problémy s pamětí a rozvoj závratí (Zimmerman, 2006).

Studie se dále zabývala poškozením duševního zdraví u žen a dívek. Ženy nejčastěji uváděly stavy hlubokého smutku a osamělosti. Dále popisovaly pocity nervozity, roztěkanosti, napětí, bojácnosti a v některých případech i podrážděnosti (Zimmerman, 2006). Obchodované osoby jsou vlivem traumatu rizikovou skupinou pro rozvinutí posttraumatické stresové poruchy. K symptomům patří zejména vracející se myšlenky, vzpomínky na událost, opakované noční můry nebo náhlé emocionální či tělesné reakce při vzpomínce na traumatické události.

Týrání zahrnuje psychické, fyzické, sexuální a ekonomické zneužívání. Jednou z nejhorších forem zneužívání je právě to psychické. Když se totiž jeho následky neléčí, mohou obchodovanou osobu postihnout na velmi dlouhé období nebo dokonce na celý život. Abychom obchodovaným osobám mohli poskytnout adekvátní pomoc, je velmi důležité, až nevyhnutelné uvědomit si, jakou újmu jim trestný čin obchodování s lidmi mohl způsobit (Kubovičová, 2009).

2.1.6 Pomoc obchodovaným osobám

Zkušenosti s obchodováním s lidmi staví tyto osoby do velmi zranitelné a citlivé pozice. Pomoc by měla zahrnovat celou škálu aktivit a služeb, které poskytují různé instituce a organizace. Aby se mohly obchodované osoby reintegrovat, potřebují asistenci nejen pomáhajících organizací, ale i státních institucí, které by měly zajistit podmínky pro poskytování kvalitních služeb. V rámci systému pomoci obchodovaným osobám by neměla chybět správná identifikace obchodované osoby, komplexní ochrana (bezpečnost, návrat) a v neposlední řadě pomoc a usnadnění reintegrace.

Identifikace obchodované osoby

„Jedním z pilířů politiky prevence a boje proti obchodování s lidmi jsou lidskoprávní standardy stanovující práva, ke kterým by měly mít přístup obchodované osoby. Součástí standardů jsou i opatření, která by měly stát realizovat“ (Kutálková, 2010, s. 9). Kutálková (2010) hovoří o poskytování ochrany obchodovaným osobám, stíhání a trestání obchodování s lidmi, kompenzace, či jiná satisfakce za to, co obchodované osoby prožily. Avšak sebelepší nástroje a systém pomoci nemohou plnit svou funkci, pokud v praxi nejsou obchodované osoby dostatečně identifikovány. Identifikace se tedy stává pomyslnou branou k možnosti využívat a čerpat služby a hájit svá práva.

Holanová (2007) uvádí, že identifikace obchodovaných osob neznamena, že se samy tyto osoby dokáží identifikovat jako „oběti“ tohoto trestného činu. V praxi se ukazuje, že i když obchodované osoby ve své situaci kontaktují policii, nebo je najde policie či nějaká nevládní nezisková organizace, nepovažují se za obchodovanou osobu a v mnoha případech ani neznají svá práva poškozených či právní důsledky tohoto činu. Holanová (2007) vysvětluje, že se tyto osoby často považují za migranty/ky či pracovníky/ce, kteří neměli štěstí, protože se nesprávně rozhodli nebo využili nevýhodné smlouvy. V uvědomění si svého postavení mohou také bránit další překážky, jimiž jsou například strach z nelegálního pobytu či strach z hrozeb a násilí, které si v obchodovací situaci zažili. Na základě těchto skutečností je proto velmi důležité považovat identifikaci obchodovaných osob jako institucionální proces, což v praxi znamená, že je úlohou příslušných institucí a organizací, aby obchodovaným osobám poskytly či umožnily přístup k službám, pomoci a ke svým právům.

Bezpečnost a návrat do země původu

Na úvod této podkapitoly je důležité zmínit, že obchodování s lidmi sebou nese určitá rizika nejen pro obchodované osoby a jejich blízké, ale také pro zaměstnance a zaměstnankyně, kteří s touto cílovou skupinou pracují. *„Každý incident, který může být interpretován jako pokus o zastrášení oběti nebo zaměstnance – jako anonymní a výhružné telefonáty nebo opakované volání, kdy volající položí telefon bez mluvení, opakovaný a dlouhodobý výskyt neznámých osob nebo vozidel nebo zjevné sledování obětí nebo zaměstnanců“* (IOM, 2007, s. 6).

Obchodování s lidmi je závažný trestný čin, který sebou nese, v případě prokázání, vysoké tresty. Naskytá se zde tedy riziko, že se pachatelé budou snažit vyhnout těmto trestům a budou usilovat o zastrášení obchodované osoby. V rámci poskytování pomoci a služeb těmto osobám je tedy na daných institucích a organizacích, aby si stanovily bezpečnostní pravidla a plány, která jim umožní chránit nejen sebe, ale také obchodované osoby.

Jednou z forem pomoci je také služba asistovaných dobrovolných návratů, které jsou poskytovány obchodovaným osobám, které se chtějí vrátit zpět do své země původu. V některých případech se do země původu vrátit musí, jelikož jejich setrvání v zemi není pro orgány činné v trestním řízení nezbytné. Vyřízení asistovaného dobrovolného návratu záleží na mnoha aspektech, kterými jsou např. čas, který je potřebný na vyřízení návratu, zajištění nutných osobních i cestovních dokladů, ale také hledisko zdravotní a psychické stabilizace jedince (IOM, 2007).

Reintegrace

Sochůrek (2007) resocializaci definuje jako složitý proces nápravy a změny neuspokojivé socializace. *„Resocializací se v širším slova smyslu míní pozdější přizpůsobování dospělého či dospívajícího člověka novému chování a normám.“* (Veteška 2015, s. 26)

U obchodovaných osob je účelem reintegrace poskytnout bezpečné útočiště a napomoci k opětovnému začlenění do společnosti a „běžného života“. Reintegrační plán je sestavován s každým uživatelem či uživatelkou služeb individuálně a měl by reflektovat jejich přání a potřeby. Plán by měl být co nejvíce konkrétní a reálný, aby je nepodporoval v nerealistických očekáváních. V první fázi je spolupráce zaměřena na potřeby uživatele či uživatelky v oblasti stabilizace fyzického a psychického zdraví. V další fázi je obchodovaným osobám poskytováno sociální, právní a pracovní poradenství, finanční a materiální pomoc, atd. V průběhu celé spolupráce je důraz kladen na posílení dovedností těchto osob (Kubovičová, 2009).

Bezpečné ubytování

Pro obchodované osoby je služba bezpečného bydlení důležitá ze dvou hlavních hledisek. Prvním hlediskem je vytvoření bezpečného zázemí, kde si uživatel či uživatelka služby po vyčerpávajícím a velmi zátěžovém období, může odpočinout a načerpat nové síly. *„Poskytují oběti obchodování pocit bezpečí, čas na vzpamatování se, promyšlení dalších kroků či přijetí pomoci“* (Kubovičová, 2009, s. 32). Druhým hlediskem je bezpečnost. Zařízení poskytují ubytování na neveřejných, utajených adresách, aby nedošlo k nalezení obchodované osoby pachatelem. Ve většině případů se jedná o specializované azylové domy či byty, které zřizují nevládní organizace. Mezinárodní organizace pro migraci uvádí, že obchodované osoby ve specializovaných azylových domech zůstávají obvykle bez poplatku na několik měsíců, než si naleznou práci a stanou se nezávislými. (CCME, 2011; IOM, 2007).

Poskytnutí finanční a materiální pomoci

Obchodované osoby přicházejí z rizikového prostředí ve většině případů bez finančních prostředků a z důvodu separace od sociálních systémů nepobírají ani žádné sociální dávky či příspěvky. Zpočátku spolupráce a poskytování pomoci těmto osobám je důležité zajistit jim finanční a materiální podporu. Finanční podpora by měla být systematická, flexibilní a udržitelná. Obchodované osoby zpravidla potřebují prostředky na základní lidské potřeby, jako je ubytování, strava, materiální zabezpečení (ošacení, hygiena), zdravotní, psychologická a právní pomoc, tlumočení, jazykové či rekvalifikační kurzy apod. (Kubovičová, 2009). Je prokázáno, že přístup k finančním prostředkům má pro obchodované osoby pozitivní vliv na psychický stav. „*Obchodovaná osoba dostane příležitost získat kontrolu nad každodenním rozhodováním... má možnost naučit se řídit finanční zdroje*“ (United nations: Office on drugs and crime, 2008, s. 274).

Stabilizace zdravotního a psychického stavu

V důsledku špatného zacházení, zneužívání, psychického a fyzického násilí si obchodované osoby často odnášejí nejen traumatické zážitky, ale i zdravotní komplikace. Mezi nejčastější fyzické problémy patří únava, úbytek tělesné hmotnosti a různé neurologické a somatické příznaky. Obchodované osoby mohou trpět podvýživou, dehydratací a zanedbanou osobní hygienou. Honzíková (2010) uvádí, že mohou mít na těle viditelné známky fyzického násilí nebo znásilnění, podlitiny, polámané kosti, nebo jiné známky neléčených zdravotních problémů. Objevují se i různé chronické nemoci jako je cukrovka, rakovina či srdeční choroby. Mezi další zdravotní problémy patří HIV a pohlavně přenosné choroby.

Mezi závažné psychické problémy patří deprese, averse (podrážděnost a výbuchy vzteku), úzkost (panický strach) a posttraumatická stresová porucha - PTSP (vzpomínky na událost, noční můry, reakce při traumatické události, potíže se spánkem, se soustředěností, emoční oploštělost, pocity beznaděje, ztráta paměti na událost, atd.). „*Při vyrovnávání se s traumatem u obchodovaných osob může být riziko suicidálního jednání obchodované osoby*“ (Honzíková, 2010, s. 35) Pro znovu začlenění obchodované osoby do tzv. „běžného života“ je nezbytné stabilizovat její psychický a zdravotní stav. Při stabilizaci psychického stavu je u obchodované osoby pomoc zaměřena na poskytnutí poradenství a psychoterapie v případě různých poruch, které se mohou vlivem posttraumatické stresové poruchy rozvinout.

Sociální poradenství

Cílem sociálního poradenství je poskytnout obchodované osobě prostor k tomu, aby hovořila o svých problémech, hodnotit dosažené kroky a stanovovat následná řešení situace. Nástrojem pro sestavení krátkých intervencí, které jsou zaměřeny na řešení

praktických problémů a chování, je individuální plán spolupráce, který je s obchodovanou osobou sestaven v počátcích spolupráce. (IOM, 2007). Po ošetření a zajištění akutních potřeb obchodované osoby se sestavují krátkodobé cíle dosažitelné v daném časovém období, které slouží ke stabilizaci. Sociální poradenství ve většině případů zahrnuje krizovou intervenci, pomoc a podporu při komunikaci se státní správou, asistenci při vyřizování pobytové agendy a další praktické záležitosti potřebné k začlenění se do většinové společnosti. (Kubovičová, 2009).

Právní poradenství/zastupování

Obchodované osoby obvykle neznají svá práva, která jim zákon umožňuje. Je tedy důležité, aby jim v rámci právního poradenství byly předány veškeré potřebné informace o možnostech spolupráce s orgány činnými v trestním řízení a o celém jeho průběhu. Dále jim poskytnout informace o statutu svědka a poškozeného v trestním řízení, práva na ochranu, která se k nim vztahují a v neposlední řadě informace o průběhu stání u soudu. Vždy je ale na dané obchodované osobě, zda se rozhodne tento proces podstoupit (IOM, 2007).

Cílem právního zastupování pro obchodované osoby je rozšíření možností tak, aby měly co nejširší přístup ke svým právům. Jedná se zejména o zajištění maximálně možného bezpečí, předcházení situacím, které vedou k sekundární viktimizaci a dosažení odškodnění neboli nároku na náhradu škody. Kutálková (2010) uvádí, že bez kvalifikované pomoci nemají obchodované osoby ani jiné oběti trestných činů šanci odškodnění získat.

Pracovní poradenství a zvyšování kvalifikace

Obchodované osoby si během obchodovací situace v mnoha případech zažily velmi špatné pracovní podmínky, musely pracovat neúměrně dlouho dobu, často neměly pracovní pomůcky důležité k výkonu práce a v neposlední řadě nedostávaly žádnou či jen minimální mzdu. I z těchto důvodů potřebují pomoc s hledáním nového a hlavně pro ně bezpečnějšího zaměstnání.

V případě nedostatečného či nedokončeného vzdělání je v rámci reintegračního procesu snaha poskytnout pomoc při dalším vzdělávání, a tím zvýšit jejich možnost uplatnění se na trhu práce. Cílem pomáhajících organizací je obchodované osoby motivovat k dalšímu zvyšování kvalifikace a v ideálním případě tyto aktivit zařadit do reintegračního plánu (IOM, 2007).

Monitoring a evaluace reintegrace

Mezinárodní organizace pro migraci uvádí, že velmi důležitým procesem při reintegraci je její monitoring a evaluace. Sledování úspěšnosti reintegrace nám může napomoci k rozvíjení a lepší efektivitě reintegračních programů. „*Aby bylo dosaženo*

objektivního hodnocení reintegračních postupů, pomáhající organizace mohou zapojit externí agentury pro hodnocení a vytvoření zpráv o silných a slabých stránkách svých programů a mohly by také nabídnout doporučení pro potřebné zlepšení“ (IOM 2007, s. 105).

2.2 Obchodování s lidmi a závislost na návykových látkách

Cílem této kapitoly je propojení problematiky obchodování s lidmi se závislostí na návykových látkách. V prvé řadě se bude věnovat obecnému vymezení pojmu syndromu závislosti. Následující kapitola se bude již konkrétně zabývat specifiky obchodovaných osob, které jsou závislé na návykových látkách.

2.2.1 Závislost (Syndrom závislosti)

Závislost obvykle nezahrnuje jen nutkavé užívání návykových látek, ale ovládá celý život jednotlivce. K závislosti patří široká škála problémů, které narušují jejich normální fungování v rodině, v zaměstnání či ve škole, ve skupinách vrstevníků i v širší společnosti. Kalina (2003) uvádí, že závislost může jedince vystavovat zvýšenému riziku nemocí, které souvisejí se životním stylem závislé osoby. Jedná se například o špatnou výživu, podmínky bydlení či zanedbání zdravotní péče. (Kalina, 2003)

Definice závislosti a syndromu závislosti je uvedena v MKN-10 (2014) jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje projevy:

- nutkavá potřeba či silné přání užít drogu (tzv. craving),
- porušené ovládání při jejím užívání a ztráta kontroly,
- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory fyzickým i psychickým komplikacím,
- priorita v užívání návykové látky před ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s návykovou látkou,
- zvýšená tolerance (vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami),
- odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnost minimálně tří z uvedených znaků, či kritérií. Syndrom závislosti může být diagnostikován pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí (MKN 10, 2014).

Dle DSM-IV je definice škodlivého užívání v mnoha ohledech podobná, ale překvapivě nezahrnuje první z šesti uvedených znaků, čímž je craving (bažení po droze). Oproti tomu je větší důraz kladen na zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

Termíny závislosti a syndromu závislosti jsou podporovány Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která doporučuje jejich používání místo termínu „toxikománie“ (addiction).

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek. Závislost na návykových látkách se dle MKN-10 (2014) diagnostikuje následovně:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu
- F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA)
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Závislost se obecně dělí na psychickou či fyzickou.

- Psychická (duševní) závislost je velmi obtížně ovlivnitelná a představuje jeden z největších léčebných problémů. Její zvládnutí může trvat mnoho měsíců či let a často vyžaduje zásadní změnu myšlení, chování, vztahů, prostředí i životního stylu. Projevuje se silnou touhou po užití látky za účelem dosažení jejího účinku. Klienti či klientky jsou schopni návykovou látku získat jakýmkoliv způsobem. Psychická závislost se rozvíjí takzvanou návykovou pamětí, která vzniká opakovaným užíváním látky.
- Fyzická (tělesná) závislost se projevuje tělesnými obtížemi tzv. abstinenciími příznaky při odvykacím stavu, tedy v případě, kdy závislá osoba vynechá nebo omezí dávku. Některé návykové látky, například kokain, tělesnou závislost nevyvolávají. Naopak velmi vážný tělesný odvykací stav mohou vyvolat látky legální, například některé léky, jako jsou benzodiazepiny či barbituráty nebo v našich podmínkách velmi užívaný alkohol. Odvykací stav po těchto látkách ve většině případů nelze zvládnout bez hospitalizace (například delirium tremens při odvykacím stavu u alkoholu) (Nešpor a Provazníková, 1999).

2.2.2 Obchodované osoby užívající návykové látky

Dle Kutálkové (in Preslová, Veisová, 2009) jsou obchodem s lidmi ohroženy jak osoby z České republiky, tak osoby ze zahraničí, které migrují do České republiky za prací. „Organizace, které poskytují služby migrantům a migrantkám, hovoří také o tom, že problematika užívání drog vstupuje do jejich praxe stále častěji. Je tedy možné, že mezi lidmi, kteří jsou v České republice obchodováni či vykořisťováni, se budou objevovat ti, kteří čelí problémům závislosti“ (Kutálková in Preslová, Veisová, 2009, s. 36).

S návykovými látkami má zkušenost mnoho obchodovaných a vykořisťovaných osob, ale jen někteří z nich se na nich stávají závislími. Vznik závislosti u těchto osob rozdělují odborníci a odbornice této problematiky na tři období. Období před obchodovací situací, v průběhu a po obchodovací situaci.

Situace, kdy vzniká závislost ještě před obchodováním či vykořisťováním dané osoby je v mnoha případech právě spjata s vyšším rizikem stát se obětí tohoto trestného činu. Ženy i muži závislí na návykových látkách často shánějí finance na další dávku, a proto se mohou stát snadným cílem pachatelů, kteří reagují na jejich potřeby. Často slibují vysoké výdělky a přísun návykových látek.

Druhým případem může být vznik závislosti v průběhu obchodovací situace. Tento „trend“ byl často využíván u žen poskytujících sexuální služby. Návykové látky jim byly podávány, aby byly povolnější a zvládaly obsloužit více zákazníků. V současné době došlo k ústupu v těchto praktikách, což je také dáno celkovou změnou modu operandí pachatelů této trestné činnosti. Fyzické násilí, fyzické donucovací prostředky včetně manipulace návykovými látkami nahrazuje psychické zastrašování, vyhrožování a vydírání.

Posledním, stále častěji se vyskytujícím „trendem“ je vznik závislosti jako reakce na stresovou, traumatickou událost v životě, ke které dochází v době, kdy je daná osoba vysvobozena z rizikového prostředí. Jedná se o reakci na prožité trauma, které se jedinec snaží vyrovnat útekem k užívání návykových látek.

Jak uvádí Kutálková (in Preslová, Veisová, 2009), klíčovým faktorem pro poskytování adekvátní a komplexní pomoci obchodovaným a vykořisťovaným osobám je z mnoha ohledů spolupráce. To platí i tehdy, kdy je obchodovaná či vykořisťovaná osoba závislá na návykových látkách.

2.3 Léčba závislostí

Léčba závislostí na návykových látkách se dle Kaliny (2001) používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem či klientkou, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu. Léčbu tedy označuje jako odborné programy

mimo rámec zdravotnictví. „Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá“ (Kalina, 2001, s. 56).

Ambulantní typy léčby včetně denních stacionářů jsou pokládány za alternativy k ústavním či rezidenčním léčbám pro závislé osoby, které jsou schopné abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. V některých případech je však tento typ léčby nedostatečný a vhodnějším typem je pobytová léčba. Ústavní léčba je vhodná například pro osoby, které se potřebují dostat ze svého prostředí či mají jiné somatické a psychické problémy. Do této kategorie se také řadí obchodované a vykořisťované osoby, které často v důsledku obchodovací situace trpí somatickými a psychickými potížemi.

2.3.1 Ambulantní léčba

Pro ambulantní léčbu jsou vhodnou cílovou skupinou klienti a klientky s lehčím stupněm závislosti, jejichž fyzický a psychický stav nevyžaduje hospitalizaci, jsou vysoce motivovaní a mají stabilní sociální zázemí a podporu nejbližšího okolí. Cíli ambulantní léčby je abstinence od návykových látek, která souvisí se změnou životního stylu, životní stabilizace, příprava na ústavní léčbu nebo snižování frekvence užívání. Léčebný program tvoří vedle farmakologie především individuální terapie, která probíhá 1 – 5x týdně a skupinová terapie, která obvykle probíhá 1 x týdně. Kalina (2008) vysvětluje, že efektivní ambulantní léčba by měla probíhat minimálně 3 x týdně po dobu 6 měsíců. V rámci individuálních a skupinových terapií je důležité uplatňovat zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence je v ambulantní léčbě testována na přítomnost návykových látek v moči. Mezi další nezbytné intervence pro ambulantní léčbu řadíme rodinnou terapii a sociální práci.

2.3.2 Intenzivní ambulantní péče, stacionární léčba

Mezi nejznámější formu intenzivní ambulantní léčby patří denní stacionáře. Jedná se o zařízení, která se řadí tzv. „na půl cesty“ mezi ambulantní a ústavní léčbou. Za intenzivní ambulantní léčbu neboli denní stacionáře se pokládá strukturovaný program v rozsahu 20 a více hodin týdně. Běžně poskytují denní stacionáře program v rozsahu 40 hodin týdně, 8 hodin denně po dobu 3 – 4 měsíců s kapacitou maximálně 15 klientů či klientek. Denní program je zaměřen na různé formy individuálních a skupinových terapií zaměřených na sebepojetí, změny ve vztazích, získání a udržení sociálních dovedností, ale také podporu a rozvoj osobního zrání a obnovení komunikace a vztahů s blízkými. (Richterová Těmínová in Kalina, 2008). Terapeutické aktivity jsou v programu vyváženy rehabilitačními, edukačními a volnočasovými aktivitami. Pro setrvání v denním stacionáři je nezbytné monitorovat abstinence formou testů na přítomnost návykových látek v organismu. Léčba ve stacionářích může být přínosná i pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti, které je možné zvládnout, i když klient či klientka

zůstává v kontaktu s původním prostředím. Náročnost programů během léčby učí klienty a klientky strukturovat volný čas tak, aby se vyhnuli rizikovým situacím, učí je, jak tyto rizikové situace rozpoznávat a jak využívat přiměřených strategií, k jejich zvládnutí, nebo úplnému vyhnutí (Kalina a kol, 2003).

Kalina (2003) popisuje, že v České republice se ambulantní, intenzivní ambulantní a denní péče využívá velmi minimálně, oproti ústavní a rezidenční léčbě, která je přetížena.

2.3.3 Ústavní a rezidenční léčba

Ústavní léčba se dělí na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Krátkodobá (4-9 týdnů) a střednědobá (3-6 měsíců) je poskytována ve specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách. Dlouhodobá léčba probíhá ve většině případů v terapeutických komunitách a je nazývána léčbou rezidenční. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba má velmi strukturovaný program a funguje na principech terapeutických komunit s obdobným obsahem jako v denních stacionářích. Léčebný program obsahuje farmakoterapii, individuální a skupinové terapie, rehabilitační, edukační a volnočasové aktivity, práce s rodinou a sociální práci. Cílem léčby je vybudování náhledu, práce s motivací, nacvičení adaptivnější strategie komunikace a zvládnutí rizikových situací. (Richterová Těmínová in Kalina, 2008). Léčebný program je zaměřen na režim, tzv. časovou strukturu dne a na pravidla. Režim má význam v koordinaci biologických rytmů, které přispívají ke stabilizaci somatického a psychického stavu. V ústavní léčbě se využívá bodového systému, který funguje jako nástroj k hodnocení průběhu léčby. (Dvořáček in Kalina, 2003).

U rezidenční léčby odlišujeme střednědobé programy v délce 6-8 měsíců a dlouhodobé programy poskytované 1 rok a více. Programy jsou stejně tak jako u ústavní léčby velmi strukturované a obsahují různé formy skupinových terapií, edukačních a volnočasových aktivit. Významnou část programu naplňuje zapojení se do každodenního provozu zařízení. Jedná se například o provoz kuchyně, úklidy, údržba, práce na farmě, atd. Pobyt v léčbě má několik etap či fází s různě odstupňovanými rolami a z toho vyplývajícími právy a povinnostmi. Přestupy z jedné do druhé fáze doprovází typické rituály, které jsou také využívány při vstupu či ukončení léčby. Cílovou skupinou pro rezidenční léčbu jsou především klienti a klientky s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, nemotivovaní či nějakým způsobem problémoví z hlediska psychosociálního. Kalina (2003) uvádí, že se například může jednat o osoby s rozpadlým sociálním zázemím, s kriminální anamnézou či dlouhodobě nepracující atd.

2.3.4 Následná péče a doléčovací programy

Kuda (in Kalina, 2003) popisuje, že vymezení následné péče je nejednoznačné a že panuje neshoda o tom, kdy vlastně následná péče začíná. Dle kruhového modelu změny

chování, se jedná o závěrečnou fázi procesu změny, a proto je důležité použít intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého. Cílovou skupinou jsou abstinující osoby, kterým byla diagnostikována závislost na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. V následné péči jsou preferovány osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční) a jsou motivovány k dlouhodobé abstinenci. Doléčování se zaměřuje především na podporu a udržení abstinence po léčbě. Hlavními složkami programu je individuální a skupinová psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, lékařská péče, rodinné a párové poradenství, nabídka volnočasových aktivit, podporované zaměstnání a rekvalifikace. Cílem následné péče je pomoci klientům a klientkám obstát v běžném životě, podpořit je v samostatnosti a sebedůvěře a poskytnout jim pomoc při péči o dítě apod. (Preslová, 2011).

2.4 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba je vymezena trváním v délce 3-6 měsíců a v České republice je poskytována psychiatrickými léčebnami či některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Za střednědobou ústavní léčbu se dá také pokládat léčba v terapeutické komunitě, která trvá oproti běžné délce 1 roku a více, kolem 6 měsíců. Tato kapitola se bude věnovat střednědobé ústavní léčbě poskytované zdravotnickým zařízením. Cílovou skupinou jsou klienti a klientky, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí a je pro ně nezbytné na nějakou dobu toto prostředí opustit a stabilizovat se. Tento typ léčby je také vhodný pro klienty a klientky, kteří mají závažné somatické nebo psychické potíže (Dvořáček in Kalina, 2003). Tým je vzhledem k typu a charakteru léčby multidisciplinární, ale v celkovém počtu převažují zdravotničtí pracovníci. Do týmu, který je veden ve většině případů psychiatrem či psychiatrickou se řadí lékaři a lékařky, střední zdravotnický personál, kliničtí psychologové a psycholožky, sociální pracovníci a pracovnice, pracovní terapeuti a terapeutky a eventuálně další pracovníci a pracovnice. Celý terapeutický tým by měl být v rámci své práce ošetřován formou supervize. *„Terapie pacientů probíhá v léčebném společenství (terapeutické komunitě) a vzorem pro uspořádání vztahů v takové komunitě je tým zaměstnanců“* (Dvořáček in Kalina, 2003, s. 195). Organizace týmu je kompromisem mezi více hierarchicky strukturovaným týmem, jako je tomu u jiných zdravotnických zařízení a méně hierarchicky strukturovaným týmem.

2.4.1 Cíle střednědobé léčby

Hlavním cílem střednědobé léčby je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. V rámci terapeutických dovedností je důležité nalézt optimální rovnováhu mezi tímto cílem a takovým postojem k relapsu, který by nezatěžoval klienta či

klientku pocity viny či nezvládnutého úkolu a nezhoršoval nadměrnými nároky jeho či její situaci.

Střednědobá ústavní léčba v České republice vychází z apolinářského modelu a směřuje k abstinenci, jako k prostředku k vyšší subjektivní kvalitě života a k co nejkompletnějšímu převzetí původních životních rolí.

Dvořáček (in Kalina, 2003) popisuje dílčí cíle, které však mohou být velmi individuální. Jedná se o:

- stabilizaci sekundárních problémů spojených se závislostí,
- uznání závislosti jako svého problému,
- postupné řešení či zahájení řešení důsledků drogové kariéry,
- přebudování motivace,
- zvnitřnění abstinčních norem,
- zvnitřnění režimu dne a (časová struktura),
- identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik,
- řešení změn v původním prostředí,
- zlepšení sebehodnocení,
- zlepšení prožívání.

2.4.2 Průběh léčby a režim ve střednědobé ústavní léčbě

Typický průběh střednědobé ústavní léčby se ve většině případů dělí na 4 fáze.

- První fáze neboli detoxifikace trvá přibližně 1-3 týdny. Jedná se o úvodní fázi, která vede k základní stabilizaci, k provedení základních vyšetření, k zahájení budování terapeutického vztahu a k posilování motivace k setrvání v léčbě.
- Druhá fáze trvá přibližně 1 měsíc a jedná se o adaptaci na terapeutický program a zařízení. Během této fáze se pacient či pacientka seznamuje s principy a fungováním strukturovaného programu, režimu i s celým léčebným společenstvím.
- Třetí fáze trvající přibližně 2 – 3 měsíce je fází aktivní léčby. Jedná se o období aktivní spolupráce v terapii a spolupodílení se na chodu léčebného společenství. V této fázi dochází k rodinným terapiím, aktivně se řeší důsledky vzniklé užívání návykových látek a zpřesňuje se motivace k abstinenci.
- Čtvrtá fáze trvající okolo 1 měsíce je fází přípravy na návrat do původního prostředí. Tato fáze se zaměřuje na vytváření si reálných plánů do života po léčbě a plánuje se kvalitní následná péče. Důraz je kladen na práci s relapsem a minimalizaci jeho rizik. (Dvořáček in Kalina, 2003)

Základními kameny terapeutického programu je struktura a režim. Strukturovaný je:

- celý průběh léčby, viz. výše uvedené fáze léčby,
- týden, jehož struktura zajišťuje vyvážení programu,
- den, který udává jasně daný časový rozvrh jednotlivých aktivit.

Mezi využívané aktivity se řadí například různé formy psychoterapie, pracovní terapie, volnočasové aktivity, edukace aj.

Režim ve střednědobé ústavní léčbě specifikuje výhody a sankce dle toho, jak klient či klientka dodržuje řád a pravidla. „*Jednotlivá zařízení přikládají režimu různé velký význam, od udržení přehledného a klidného terapeutického prostředí přes význam výchovný až po důraz na terapeutický smysl (který vesměs vychází z principů behaviorální terapie)*“ (Dvořáček in Kalina, 2003, s. 196). Jasná pravidla a pevná struktura jsou nezbytnou součástí léčby, jelikož učí klienta či klientku získávat nové strategie chování. Smyslem léčby je poté takovéto vzorce, které vedou bezpečněji, perspektivněji, nikoli nutkavě k získání odměny, posilovat a podporovat. Cílem není jen dodržování pravidel daných terapeuty (tzv. vnější), ale osvojení si vnitřních pravidel, který si klient či klientka dokáží udržet sami.

Dodržování pravidel, struktury a režimu je ve většině zařízení hodnoceno takzvaným bodovacím systémem. „*V rozvinuté podobě je bodovací systém souborem pravidel pro hodnocení zvládnání strukturované léčby prostřednictvím kladných a záporných bodů, jejichž důsledkem jsou různé výhody či nevýhody pro pacienta či jeho skupinu (i komunitu)*“ (Dvořáček in Kalina, 2003, s. 196). Mladá (in Kalina, 2015, s. 403) uvádí důvody pro používání bodovacího systému, které vzešly z výzkumu.

- Bodovací systém prostřednictvím kladných bodů posiluje žádoucí chování a naopak prostřednictvím záporných bodů oslabuje chování nežádoucí.
- Bodovací systém funguje jako jednoduchá informace pro klienty a klientky o tom, jak si v léčbě stojí, jak se adaptují, jak dodržují pravidla atd.
- Bodovací systém odhaluje pravou motivaci klienta či klientky k léčbě, a tím pomáhá rozpoznávat účelové pobyty.

Kalina (2001) uvádí, že bodovací systém je založený na klasické behaviorální terapii a je zaměřen na tvarování chování prostřednictvím vnějších podnětů. V rámci bodovacího systému se udělují záporné a kladné body.

Záporné body se udělují za nežádoucí chování, režimové přestupky, pozdní příchody, neplnění daných úkolů, či jiných povinností. Sankcemi jsou poté například zákazy vycházek, propustek nebo může dojít až k vyloučení z léčby, i když klient či klientka neporušili abstinenci.

Kladné body naproti tomu odměňují žádoucí chování a přinášejí tím klientům a klientkám výhody. Dle Kaliny (2001) je tento posilující rozměr v léčbách uplatňován méně než trestající. Odměny jsou obvykle formou vycházek, propustek na víkend, přeřazení na otevřené oddělení, dřívější či usnadněný postup do další fáze léčby a další možné volnočasové aktivity.

Program střednědobé ústavní léčby je komplexní a zahrnuje přístupy terapeutické, výchovné i vzdělávací. Dvořáček (in Kalina, 2003) uvádí, že se více než terapeutické postupy, uplatňují postupy zdravotnické, do kterých patří: ošetřovatelství, léčba přidružených komplikací, speciální vyšetřovací postupy atd. Základem terapeutického programu je tedy, jak je již výše uvedeno, strukturovaný program. Jeho jednotlivé složky, které vedou k úspěšné léčbě a provází klienty a klientky celou léčbou, zmiňuje Dvořáček in Kalina (2003):

- Léčebné společenství vytváří bezpečné prostředí pro terapii a poskytuje množství interakcí a zpětných vazeb, které jsou velmi důležité pro osobní růst klienta či klientky. Léčebné společenství dále vytváří normy, které jsou zaměřené na snadnější dosažení obecných terapeutických cílů, na udržení bezdrogového prostředí, k překonání motivačních překážek a k přebírání kompetencí za podobu vlastní terapie.
- Prostor lze vnímat jako nepřímý terapeutický nástroj. Základem je udržení bezpečného, klidného a důvěrného bezdrogového prostředí, které je důležité pro další terapeutické aktivity. Program, režim i složení terapeutických aktivit je uspořádáno tak, aby bylo prostředí udržitelné.
- Skupinová psychoterapie patří společně s komunitní a individuální psychoterapií k hlavním aktivitám léčebného programu. Sezení jsou zaměřena na problematiku jednotlivců a mohou mít podobu životopisnou, tematickou, či interakční.
- Komunitní psychoterapie je orientována na důležitá témata, týkající se celého oddělení a na část osobních problémů klientů a klientek, jejichž řešení pomáhá formovat léčebné společenství nebo je nějakým způsobem inspirativní pro celou komunitu.
- Individuální psychoterapie je i přes svou důležitost spíše doplňkovou aktivitou skupinových a komunitních psychoterapií. Individuální psychoterapie může být na žádost klienta či klientky pravidelná nebo nárazová.
- Pracovní terapie tvoří jednu ze základních léčebných aktivit. Nemá podobu jen tvořivé činnosti, ale ve většině případů jde o zodpovědnou práci ve prospěch celé komunity. Klienti a klientky se podílejí například na údržbě areálu a případného hospodářství, na úklidu nebo na drobných opravách. Obecným cílem pracovních aktivit je rehabilitace pracovních návyků.
- Volnočasové aktivity jsou zaměřeny na kvalitní a aktivní trávení volného času. Klienti a klientky se učí, jak trávit volný čas nejen individuálně, ale také ve

společnosti ostatních. Do volnočasových aktivit řadíme nejen pohybové či sportovní aktivity, ale také relaxační či arteterapeutické techniky.

- Propustky neboli vycházky znamenají jediný kontakt s původním prostředím. Jejich plánování a hodnocení je tedy nedílnou součástí programu.
- Racionální terapie a edukace je zaměřena na vzdělávání klientů a klientek formou různých přednášek na vybraná témata. K teoretické znalosti patří například i prevence relapsu.

2.4.3 Podmínky pro přijetí do ústavní střednědobé léčby

Obecnými podmínkami, kritérii pro přijetí do střednědobé ústavní léčby jsou:

- věk minimálně 18 let,
- syndrom závislosti jako hlavní diagnóza,
- psychický a somatický stav nevyžadující jinou okamžitou speciální léčbu,
- psychický a somatický stav umožňující plné zapojení do všech aktivit,
- motivace klienta či klientky k léčbě,
- dostavení se ve střízlivém, neintoxikovaném stavu,
- zaslání životopisu a žádosti o přijetí k léčbě s uvedením důvodů nástupu do ústavní léčby,
- doporučující zpráva od lékaře, který je obeznámen s návykovým problémem klienta či klientky,
- předchozí telefonická domluva,
- u klientů a klientek, kde hrozí po vysazení látky odvykací stav, je nutný předchozí pobyt na detoxifikačním oddělení.

2.5 Bariéry

Bariéry můžeme obecně vnímat jako překážky, zábrany, hrazení, a to jak v konkrétních, tak i v přenesených významech. Tato kapitola se bude konkrétně zabývat překážkami v přístupu k léčbě. Z důvodu absence odborné literatury, věnující se bariérám u obchodovaných osob závislých na návykových látkách, budeme v této kapitole vycházet ze studií, které se zabývají obecnými bariérami v přístupu k léčbě a překážkami u migrantů a migrantek.

2.5.1 Bariéry vstupu do léčby

Obchodované a vykořisťované osoby si ve většině případů prožily trauma, které je provází celým jejich životem. Tyto osoby mají specifické potřeby, na které je nutné v rámci poskytování služeb reagovat. V České republice existují organizace, které se zabývají výhradně poskytováním služeb pro tuto cílovou skupinu. Hlavním cílem těchto

organizací je resocializace klienta či klientky a jejich navrácení do běžného života. Spolupráce s daným jedincem probíhá na základě dlouhodobého individuálního plánu, kde je s ním pracováno na různých oblastech jeho potřeb. Jak uvádí Kutálková (in Preslová, Veisová, 2009) klíčovým faktorem pro poskytování sociálních služeb obchodovaným a vykořisťovaným osobám je z mnoha ohledů spolupráce. To platí i tehdy, kdy je obchodovaná či vykořisťovaná osoba závislá na návykových látkách.

Prevence, efektivní intervence a hlavně rozvoj služeb by měly stát vždy na dobré znalosti situace a potřebách osob, ke kterým mají programy směřovat. „*Informace, výzkumy či odborné stati týkající se problematiky obchodování s lidmi a užívání drog v České republice, ale i v zahraničí chybí*“ (Kutálková in Preslová, Veisová, 2009, s. 36). Dle zkušeností pomáhajících organizací však lze předpokládat, že toto téma bude do budoucna stále nabývat na významu.

S tímto problémem se budeme v budoucnu setkávat stále častěji. Je tedy třeba reagovat na tyto potřeby a zároveň aktuální problémy mapovat.

Oblasti spolupráce s obchodovanými a vykořisťovanými osobami jsou velmi široké, a aby se podařilo dostat stanoveným cílům, tedy resocializaci klientů a klientek, je potřeba řešit je komplexně ve všech oblastech včetně závislosti na návykových látkách.

Ambulantní typy léčby včetně denních stacionářů jsou v některých případech nedostatečné a vhodnějším typem je ústavní léčba. Tato léčba je vhodná například pro osoby, které se potřebují dostat ze svého prostředí či mají jiné somatické a psychické problémy. Do této kategorie se také řadí obchodované a vykořisťované osoby, které často v důsledku obchodovací situace trpí somatickými a psychickými problémy.

Avšak vstup do ústavní léčby má své podmínky, které v některých případech obchodované osoby nesplňují. Dostáváme se tedy k bariérám, které těmto osobám přístup k léčbě znemožňují.

Pokud není možný nástup klienta či klientky do ústavní léčby, není následně možná ani resocializace.

Bariéry vstupu do léčby u etnických minorit

Odborná literatura popisuje významné bariéry vstupu do léčby, zejména u žen, osob žijících s dětmi, osob trpících zdravotními a psychickými problémy, nebo cizinců a cizinek. Avšak bariérám, které mohou bránit vstupu k léčbě obchodovaným osobám, se dosud nikdo nevěnoval. Jak již bylo výše uvedeno, obchod s lidmi se netýká jen českých občanů a občanek, ale ve značné míře i cizinců a cizinek. Tato kapitola se proto bude zabývat českými a zahraničními studiemi, které se věnovaly bariérám v přístupu k léčbě u etnických minorit.

Coustasse et al. (2007) ve své výzkumné studii popisuje problematický přístup menšin k léčbě, konkrétně k detoxifikační službě v nemocnici v Texasu. Zkoumá systémové bariéry, které brání etnickým menšinám v přístupu k léčbě. Stěžejní bariérou, kterou se autoři článku zabývají, je zdravotní pojištění, které znemožňuje přístup těchto osob ke zdravotnickým službám. Například Betancourt et al. (2003) ve svém výzkumu definuje 3 oblasti, které brání menšinám v přístupu ke zdravotní péči v USA. Ve své práci uvádí, že sociokulturní překážky byly identifikovány na organizační (vedení/pracovní síla), strukturální (procesy péče), a klinické úrovni. I když se výše uvedené články zabývají problematikou menšin v USA, mohou být podnětné a zajímavé pro práci s minoritami v České republice. Přínosné jsou nejen popsáním daných bariér, ale hlavně konkrétními návrhy, jak situaci v přístupu ke zdravotnické péči u menšin zlepšit.

Situaci v České republice specifikuje Nepustil et. al. (2012), který ve své práci uvádí bariéry, kterým musí národnostní menšiny čelit. Mezi ně patří například ztížený přístup na pracovní trh, bytový trh, ale také ke vzdělání. Dále uvádí, že k těmto bariérám často přispívá diskriminace ze strany majoritní společnosti. (Nepustil et. al., 2012) Národnostní menšiny patří z pohledu drogových služeb do tzv. skryté populace. Kalina (2003) popisuje skrytou populaci jako uživatele a uživatelky drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy. Důvodem může být např. odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty drogových komunit, nezáměr o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy včetně vedení dokumentace o pacientech a klientech, neplacení zdravotního pojištění, obavy z předsudků, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií apod. (Kalina, 2003). Například Fountain et al. (2002) ve své studii pro Monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost uvádí, že v rámci celé Evropy je ignorována a nedostatečně řešena problematika uživatelů a uživatelek návykových látek ze skupiny minorit. Ve studii Fountain et al. (2002) doporučuje lepší monitoring těchto skupin, ale také zásadní otázku jejich potřeb. Jak je tedy výše uvedeno, uživatelé a uživatelky z národnostních menšin se v České republice, stejně tak jako i jinde ve světě stávají těžko uchopitelnou skupinou, která může do jisté míry ohrožovat nejen je samotné, ale i majoritní společnost. Rizikovitost těchto skupin může být spatřována jak v neléčených fyzických a psychických onemocněních, tak v přenosu infekčních chorob jako jsou virové hepatitidy a HIV.

V rámci obchodování s lidmi se v posledních letech Česká republika potýká s nárůstem osob pocházejících ze zemí EU. Jedná se o občany Rumunska a Bulharska, kteří cestují do České republiky za lepším zaměstnáním. U těchto minorit se nejčastěji setkáváme s problémovým užíváním alkoholu, kterým v mnoha případech řeší své problémy v zaměstnání a odloučení od rodiny.

Velkou bariérou v přístupu k odborné péči je u těchto osob zdravotní pojištění. I

když jsou na území České republiky legálně a v rámci EU by bylo možné využít pojištění ze země původu, ne všichni mají zdravotní pojištění zajištěné. Důvodem této skutečnosti je, že tyto státy nemají povinnost pojištění odvádět. Mnohdy se také jedná o otce od rodin, které jsou v zemi původu bez prostředků a jsou na nich finančně závislé. V těchto případech tito muži často odmítají zaplatit komerční pojištění či finance využít k úhradě např. za léčbu. Další bariérou je samozřejmě jazyk.

Coustasse et al. (2007), ve své studii uvádí, že největšími překážkami bylo pojištění a dále také stigma, diskriminace a sociokulturní překážky. K podobným výsledkům došly i jiné studie napříč celým světem. Například Coustasse et. al. (2007) ve své práci uvádí, že je potřeba tyto osoby více zapojit do vzdělávání a informovanosti, přinášet nové výzkumy, mapující tuto problematiku a hlavně se zaměřit na systém zdravotního pojištění, tak, aby všichni měli možnost využít odborné péče.

Nepustil et. al. (2012) zase uvádí, že je potřeba zavedení nástroje pro monitoring etnicity ve výzkumech a statistikách, vytváření vzdělávacích modulů na vytváření kulturní citlivosti a kompetencemi pro jednání s národnostními menšinami, rozšiřování informací o drogách a drogových službách, zavádění nových způsobů práce, které budou reagovat na potřeby menšin a v neposlední také navázání lepší spolupráce mezi drogovými službami a organizacemi pracujícími s menšinami. (Nepustil et. al., 2007)

Oba autoři se v návrzích na zlepšení situace zabývají pouze etnickými minoritami. Avšak závěry těchto studií mohou být velmi důležité a potřebné i pro skupinu obchodovaných osob, které se do jisté míry potýkají s obdobnými překážkami.

2.5.2 Druhy bariér

Dle Kaliny (Kalina, 2008) můžeme bariéry, které brání ženám v přístupu ke službám, dělit na systémové, strukturální, kulturní a osobní. Například Rapp et al. (2006) ve své studii rozděluje bariéry u závislých na návykových látkách do dvou kategorií, a to na systémové a osobní. V této části použijeme rozdělení dle Kaliny i u bariér, které mohou bránit v přístupu k léčbě u obchodovaných osob závislých na návykových látkách. Následně v empirické části zjistíme, zda a v jaké míře se tyto bariéry propojují.

Systémové bariéry

Systémové bariéry zamezují rozvoji služeb, které reagují na potřeby specifických cílových skupin. Mezi tyto překážky patří například obecná neznalost dané problematiky, a tím i potřeby těchto osob. Významnou bariérou je také nedostatečnost speciálních a komplexních služeb pro tyto jedince. Osoby, které v životě prožily trauma, vyžadují zvláštní přístup při poskytování služeb. Specifickou skupinou jsou občané a občanky cizí státní příslušnosti, kteří zde nejen v důsledku obchodovací situace nemají legální pobyt, a

tím ani zdravotní pojištění. Tento problém se ovšem netýká jen migrantů a migrantek ze třetích zemí, ale také občanů a občanek EU včetně osob ze Slovenské republiky. Například Coustasse et al. (2007) vysvětluje, že jedna ze stěžejních systémových bariér je právě zdravotní pojištění, které znemožňuje přístup osobám ke zdravotnickým službám. Rapp et al. (2006) mezi systémové bariéry řadí časovou náročnost, dostupnost služeb a obtížný vstup do služeb. Ve svém dotazníku k tomu uvádí následující body:

- Časová náročnost
 - Mám hodně práce, a proto je pro mě těžké dostat se do léčby.
 - Bude pro mě těžké najít léčebný program, který budu kvůli svému vytížení časově zvládat.
- Dostupnost
 - Jsem příliš daleko od daných služeb, abych se léčil/a.
 - Nevím, kam jít na léčení.
 - Mám potíže dostat do léčby.

Účinná léčba by měla být snadno a rychle dostupná. Snadná dostupnost například polohou zařízení může být v rozhodování o vstupu do léčby zásadní. V případě obchodovaných osob se v rámci polohy musí hledět také na bezpečnost. Je třeba klást důraz na to, zda se zařízení nenachází v oblasti, kde docházelo k obchodovací situaci či kde proběhl nábor obchodované osoby.

Strukturální bariéry

K strukturálním bariérám patří celkové nastavení pravidel a podmínek ústavní léčby. Nepustil (2012), Bentcourt (2003) i Coustasee (2007) ve svých studiích uvádějí, že jednou z bariér byla také diskriminace, jak ze strany majoritní společnosti, tak ze strany zdravotnického personálu a ostatních klientů a klientek. Dle výstupů z dotazníku Rappa et al. (2006) by do strukturálních bariér mohla patřit obtížnost vstupu do léčby.

- Obtížnost vstupu do služby
 - Budu muset být na pořadníku pro vstup do léčby.
 - Musím projít příliš mnoho kroků, abych se dostal/a do léčby.

Dlouhé čekací doby mohou způsobit omezení dostupnosti daných služeb. U obchodovaných osob je velmi rizikové pohybovat se dále na ulici z důvodu možného ohrožení ze strany pachatelů. V těchto případech není ani možné ubytovat osoby ve specializovaných azylových domech, jelikož nejsou uzpůsobeny na práci se závislou osobou.

Sociokulturní a osobní bariéry

Dalšími překážkami k vstupu do léčby mohou být osobní bariéry daných klientů a

klientek. Mezi ně zajisté patří stigmatizace, stud i pocity viny spojené jak s prožitým traumatem, tak s užíváním návykových látek. Rapp et al. (2006) ve své studii k osobním a socioekonomickým bariérám řadí popírání problému, negativní dopady na sociální prostředí, strach z léčby a otázky směřující k soukromí dané osoby.

- Popírání problému
 - Nemyslím si, že mám s drogami problém.
 - Nikdo mi neřekl, že mám problém s drogami.
 - Užívání drog mi nezpůsobuje žádné problémy.
 - Nemyslím si, že by mi léčba pomohla.
 - Zvládnou své užívání drog sám/a.
 - Nemyslím si, že musím na léčbu.
- Negativní dopady na sociální prostředí
 - Když půjdu na léčbu, tak ztratím své přátele.
 - Přátelé nechtějí, abych se šel/a léčit.
 - Když půjdu na léčbu, tak o mně budou lidé mluvit zle.
 - Někdo z mé rodiny nechce, abych šel/a na léčbu.
 - Moje rodina se za mě bude stydět, když půjdu na léčbu.
- Strach z léčby
 - Mám špatné zkušenosti s léčbou.
 - Bojím se toho, co by se mohlo v léčbě stát.
 - Obávám se lidí, které bych mohl/a v léčbě potkat.
 - Stydím se jít do léčby.
- Soukromí a obavy
 - Nerad/a mluvím ve skupinách.
 - Nemám rád/a osobní otázky.
 - Nerad/a mluvím o svém osobním životě s ostatními lidmi.

Mimo výše uvedený výčet se mezi sociokulturní bariéry mohou řadit také kulturní specifika a jazyková vybavenost. Nejen u cizinců a cizinek může tato bariéra hrát roli v přístupu k léčbě. Například Berkyová (2008) uvádí, že u romské komunity mohou nastat komplikace při léčbě, které způsobí odborný jazyk užívaný personálem, kterému daná skupina nerozumí. Dle Nepustila et al. (2012) kulturní specifika a rozdíly jsou velmi rozšířeny mezi vietnamskou komunitou. Jediný výzkum v České republice, který mapoval situaci užívání návykových látek mezi touto komunitou, poukazuje na odlišnosti nejen ve způsobu užívání návykových látek, ale také ve způsobu přístupu k odborné péči. Mnoho osob, které přiházejí z Vietnamu, není zvyklých na systém péče v České republice. Například téma psychických onemocnění, včetně užívání návykových látek, jsou ve Vietnamu naprosto tabuizována.

3. Výzkumná část

Součástí diplomové práce je kvalitativní výzkum, který navazuje na podklady popsané v teoretické části. K diplomové práci byla získána data pomocí metody polostrukturovaných interview s obchodovanými osobami závislými na návykových látkách a s odborníky a odbornicemi pracujícími ve střednědobé ústavní léčbě. Další metodou získání dat byla fokusní (ohnisková) skupina, která proběhla s odborníky a odbornicemi pracujícími s obchodovanými osobami. Pro analýzu dat byla využita metoda zakotvené teorie.

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

3.1.1 Cíle

Základním cílem diplomové práce je zmapovat a popsat bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě závislostí nejen z pohledu obchodovaných osob, ale také z pohledu odborníků/odbornic pracujících s obchodovanými osobami a odborníků/odbornic pracujících ve střednědobé ústavní léčbě. Cílem je zjistit, jak tyto osoby vnímají bariéry a jak na ně pohlíží. Výzkum si neklade za cíl vyprodukovat obecný závěr aplikovatelný pro Českou republiku, který by byl chápán jako obecně platné stanovisko. Vzhledem k absenci výzkumů a celkového zakotvení v odborné literatuře bude toto téma zmapováno a bude zkoumáno od samotné cílové skupiny a odborníků v daných oblastech, jaké vnímají bariéry v přístupu k léčbě.

Cílem je tedy zmapovat tři různé pohledy na tuto problematiku a následně zjistit, jak každá z těchto skupin vnímá překážky v přístupu k léčbě. V závěru budou tyto poznatky propojeny a popsány.

3.1.2 Výzkumné otázky

Pro účely výzkumu byly definovány následující výzkumné otázky.

Základní výzkumná otázka:

Jaké bariéry brání obchodovaným osobám závislým na návykových látkách v přístupu k střednědobé ústavní léčbě závislostního chování?

Sekundární výzkumné otázky

- Jaké mají obchodované a vykořisťované osoby závislé na návykových látkách osobní bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě závislostí?
 - Může být jednou z bariér prostředí léčby, které těmto osobám připomíná prostředí obchodovací situace?

- Je jednou z osobních bariér obava ze sekundární viktimizace?
- Může bránit strach o svou bezpečnost ke vstupu do léčby?
- Existují strukturální bariéry, které znemožňují přístup k střednědobé ústavní léčbě obchodovaným a vykořisťovaným osobám závislým na návykových látkách?
 - Může bránit těmto osobám nastavení pravidel ve střednědobé ústavní léčbě?
 - Může bránit těmto osobám nastavení podmínek pro vstup do střednědobé ústavní léčby?
- Existují systémové bariéry, které znemožňují přístup k střednědobé ústavní léčbě obchodovaným a vykořisťovaným osobám závislým na návykových látkách?
 - Brání těmto osobám absence zdravotního pojištění?
 - Brání těmto osobám neznalost českého jazyka? Kulturní rozdíly?
- Jsou rozdílné bariéry v přístupu k léčbě dle pohlaví obchodovaných a vykořisťovaných osob závislým na návykových látkách?
 - Jaké jsou specifické bariéry u obchodovaných mužů závislých na návykových látkách?
 - Jaké jsou specifické bariéry u obchodovaných žen závislých na návykových látkách?

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří obchodované osoby (identifikace dle §168 TZ) závislé na návykových látkách (diagnostika dle MKN-10) ve vybraných organizacích, které poskytují služby obchodovaným osobám.

Jedná se o osoby se závislostí na návykových látkách, které se ve svém životě setkaly s obchodovací situací a následně vyhledaly pomoc specializované organizace. U respondentů a respondentek se jedná o závislosti na různých typech návykových látek s různými formami aplikace. Obchodovací situace se též týká různých forem vykořisťování. Zastoupena bude jak oblast sexuálního vykořisťování (v případě žen), tak oblast nucené práce (ženy i muži). Do výzkumného souboru jsou zařazeni občané a občanky České republiky, ale také cizinci a cizinky.

V rámci základního souboru jsou k dispozici pouze statistiky počtu obchodovaných osob, avšak počty obchodovaných osob, které jsou zároveň závislé na návykových látkách v České republice i v zahraničí chybí. Neexistuje výzkum, který by mapoval konkrétně tuto problematiku. V rámci výběru výzkumného souboru bylo tedy postupováno dle praktických zkušeností autorky a několikaletých zkušeností odborníků a odbornic specializovaných organizací zabývajících se obchodem s lidmi.

I z těchto výše uvedených důvodů se autorka rozhodla problematiku zmapovat ze tří různých úhlů pohledu. Ve výzkumném souboru jsou zahrnuti právě zmínění odborníci a odbornice na problematiku obchodu s lidmi, kteří pracují v přímé péči. Jedná se o pracovníky a pracovnice, kteří se s touto problematikou setkávají nejčastěji a mohou nejlépe vystihnout problematické momenty, se kterými se při své práci setkávají a které jim mohou spolupráci s klienty a klientkami ztěžovat či přímo znemožňovat. V této práci je tedy velmi důležitý nejen pohled ze strany samotných klientů či klientek, ale také ze stran odborníků a odbornic, kteří se s touto problematikou mohou setkat. Další významnou skupinou výzkumného souboru jsou odborníci a odbornice pracující v ústavní léčbě. Jedná se o důležité propojení třech různých pohledů na jednu problematiku.

3.2.1 Popis souboru

- Institucionálně vybraní klienti a klientky se závislostí na návykových látkách, kteří využívají služeb specializovaných organizací zabývajících se pomocí obchodovaným a vykořisťovaným osobám. Konkrétně se jedná o organizaci La Strada Česká republika, která se výhradně zabývá problematikou obchodu s lidmi, včetně poskytování sociálních služeb. Dále se jedná o dva programy, Projekt Magdala při Arcidiecézní charitě Praha a Program Diakonie ČCE.
- Účelově vybraní odborníci a odbornice pracující v sociálních či právních službách pro obchodované a vykořisťované osoby. Konkrétně se jedná o organizaci La Strada ČR.
- Účelově vybraní odborníci a odbornice pracující ve střednědobé ústavní léčbě, zabývajících se závislostmi na návykových látkách. V tomto případě se jedná konkrétně o PL Bohnice. PL Bohnice byla do souboru vybrána z důvodu polohy (hl. město – vyšší anonymita a tím i bezpečnost), kapacity a praktických zkušeností z předešlých případů.

Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin:

- klienti a klientky organizace La Strada (8 osob);
- klientka Arcidiecézní charity Praha – Projekt Magdala (1 osoba);
- klientka Diakonie ČCE (1 osoba);
- pracovníci a pracovnice organizace La Strada (10 osob – z toho 1 vedoucí sociálních služeb, 3 sociální pracovnice, 3 pracovnice v sociálních službách, jeden pracovník v sociálních službách, jeden terénní pracovník a jeden právník);
- pracovníci a pracovnice PL Bohnice (10 osob).

Zastoupení respondentů dle pohlaví:

- klienti a klientky organizace La Strada (5 mužů, 3 ženy);

- klientka Arcidiecézní charity Praha – Projekt Magdala (1 žena);
- klientka Diakonie ČCE (1 žena);
- pracovníci a pracovnice organizace La Strada (3 muži, 7 žen);
- pracovníci a pracovnice PL Bohnice (2 muži, 5 žen).

Zastoupení respondentů dle věku:

U všech respondentů je věková hranice 18 let a výše. Nejmladší respondentce je 18 let a nejstaršímu respondentovi 64 let.

Výzkumný vzorek:

- Obchodované a vykořisťované osoby závislé na NL – 10 osob (5 mužů, 5 žen)
- Odborníci a odbornice pracující s obchodovanými osobami - 10 osob
- Pracovníci a pracovnice v ústavní střednědobé léčbě PL Bohnice – 7 osob (4 z pavilonu pro mužské závislosti, 3 z pavilonu pro ženské závislosti)

Kritéria výběru u obchodovaných a vykořisťovaných osob závislých na NL:

- Identifikace dle §168 TZ, případně dle Palermského protokolu
- Diagnóza dle MKN – 10
- Souhlas s účastí ve výzkumu

Kritéria výběru u odborníků a odbornic na téma obchod s lidmi:

Osoby, které přímo pracují s obchodovanými osobami a souhlasily s účastí ve výzkumu (sociální pracovníci/pracovnice, pracovníci/pracovnice v sociálních službách, vedoucí sociálních služeb, právníci/právníčky, terénní pracovníci/pracovnice).

Kritéria výběru u pracovníků a pracovnic ve střednědobé ústavní léčbě:

Odborníci a odbornice střednědobé ústavní léčby závislostí v PL Bohnice, kteří přímo pracují s osobami závislými na návykových látkách a souhlasili s účastí ve výzkumu.

U skupiny obchodovaných osob závislých na návykových látkách byl využit záměrný účelový výběr přes instituce. Miovský (2006) uvádí, že tato metoda vede k tomu, že můžeme využít činnosti zvolené instituce k zachycení cílové skupiny, která je předmětem našeho zájmu. V tomto případě se jedná o vzorek klientů a klientek organizací, které poskytují služby cílové skupině obchodovaných osob.

U respondentů ze stran odborníků a odbornic, jak na problematiku obchodu s lidmi, tak na léčbu závislostí byla využita metoda prostého záměrného (účelového) výběru, která

představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Účastníci a účastnice byli vybráni dle výše uvedených kritérií, dle vhodnosti účasti ve výzkumu a samozřejmě dle jejich souhlasu (Miovský, 2006).

3.3 Metody sběru dat

Pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů a ohnisková skupina.

3.3.1 Polostrukturované interview

Individuální polostrukturovaná interview byla využita u výzkumného souboru obchodovaných osob závislých na návykových látkách a u odborníků a odbornic pracujících ve střednědobé ústavní léčbě. Byla vytvořena základní struktura s okruhy otázek a jádrem interview. Tato metoda byla zvolena z důvodu možnosti pružně reagovat na nově objevená témata a zajímavosti, které v průběhu rozhovoru vznikly. Umožnila položit respondentům a respondentkám doplňující otázky, aby mohla být propracována daná problematika do hloubky.

Při tvorbě otázek pro obchodované osoby závislé na návykových látkách byly vydefinovány tyto oblasti:

- první oblast – základní osobní údaje (pouze v míře potřebné pro výzkum, byl věnován velký důraz na soukromí a bezpečí respondentů a respondentek);
- druhá oblast – popis obchodovací situace (zaměření na vykořisťující podmínky, podmínky práce, prostředí, ve kterém se osoba pohybovala včetně podmínek ubytování, a chování pachatelů, dále na spolupráci se specializovanými organizacemi a s OČTŘ);
- třetí oblast – zmapování drogové kariéry (druh návykové, způsob aplikace, začátek a následný vývoj užívání, délka užívání, změny v užívání před, v průběhu a po obchodovací situaci);
- čtvrtá oblast – zdravotní stav (fyzické a psychické problémy v návaznosti na užívání návykové látky či v návaznosti na obchodovací situaci);
- pátá oblast – zkušenosti s léčbou (předchozí zkušenosti, typ léčby, dokončení x nedokončení, problematické momenty);
- šestá oblast – jaké vnímají bariéry při vstupu do léčby (část rozdělena na osobní, strukturální a systémové bariéry). (konkrétně viz. Příloha č. 2)

Rozhovory byly vedeny citlivě s důrazem na zamezení možné sekundární viktimizace. Respondenti či respondentky byli na úvod informováni o tom, že sezení mohou kdykoliv přerušit, požádat o pauzu či odmítnout zodpovězení otázky. Rozhovor byl veden na základě schopností a dovedností získaných praktickými a teoretickými zkušenostmi z práce s touto cílovou skupinou.

Při tvorbě otázek pro odborníky a odbornice pracující ve střednědobé ústavní léčbě byly vydefinovány tyto oblasti:

- první oblast – základní osobní údaje (pohlaví, profesní zařazení, délka praxe);
- druhá oblast – znalosti v problematice obchodování s lidmi (popsání obchodování s lidmi a obchodované osoby včetně jejich specifík);
- třetí oblast – spolupráce mezi zainteresovanými subjekty (znalosti v systému pomoci pro dané osoby, předešlé zkušenosti se spoluprací, potřeba spolupráce);
- čtvrtá oblast – jaké vnímají bariéry při vstupu do léčby (část rozdělena na osobní, strukturální a systémové bariéry). (konkrétně viz. Příloha č. 3)

3.3.2 Ohnisková skupina

Další metoda, kterou byla v rámci výzkumu využita, byla metoda ohniskové skupiny. Podle Miovského (2006) patří ohniskové skupiny mezi jedny z nejprogresivnějších kvalitativních metod pro získávání dat. Konkrétně se jednalo o tzv. polo-strukturovanou (semistrukturovanou) ohniskovou skupinu.

Ve výzkumu byla využita ohnisková skupina složená z odborníků a odbornic pracujících s obchodovanými osobami.

Fáze průběhu ohniskových skupin včetně okruhů otázek (Miovský, 2006):

1) zahájení ohniskové skupiny

V úvodu byli účastníci a účastnice přivítáni a usazeni. Následně bylo představeno téma sezení (představení výzkumu), představení moderátorky a poté byla sdělena pravidla sezení.

Základní pravidla ohniskových skupin dle Morgana (Morgan in Miovský, 2006):

- hovoří vždy pouze jedna osoba;
- nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy;
- diskuse se účastní všichni přítomní účastníci;
- nikdo nemá dominantní roli;

- každý má právo říci svůj názor;
- každý má právo se k názoru jiného vyjádřit, nemá ale právo jej odsuzovat či jinak dehonestovat;
- každý má právo odmítnout odpovědět, pokud je mu odpověď nepříjemná (nepřijatelná), nemůže být do odpovědi nucen;
- každý má právo zastavit svoji odpověď, nechce-li pokračovat;
- každý má právo v případě nutnosti ukončit svoji účast ve skupině;
- informace, které se účastníci o sobě navzájem dozvědí, patří pouze jim a žádné jiné osobě;
- účastníci se oslovují jménem a nepoužívají pro oslovení nadávky atd.;
- záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů.

2) Úvodní diskuse a motivační práce

V rámci úvodní diskuse bylo podrobněji představeno téma a oblasti, kterým jsme se následně věnovali. Byl ponechán prostor pro vytvoření diskuse k obecnému tématu (znalost problematiky závislostí, spojitost obchodu s lidmi s užíváním návykových látek – četnost, podělení se o praktické a teoretické znalosti, názory na tuto problematiku, atd.). Postupně se účastníci a účastnice dostávali k jádru ohniskové skupiny (bariéry v přístupu k léčbě).

3) Jádro diskuse ohniskové skupiny

V této části byly položeny nejdůležitější otázky výzkumu. Pro ohniskovou skupinu byly vydefinovány tyto oblasti:

- první oblast – základní údaje (datum a místo konání, počet pracovníků a pracovníc dle profesního zařazení);
- druhá oblast – znalosti v oboru adiktologie (popsání osoby závislé na návykových látkách včetně jejich specifik, specifika obchodované osoby závislé na návykových látkách);
- třetí oblast – spolupráce mezi zainteresovanými subjekty (znalosti v systému pomoci pro dané osoby, předešlé zkušenosti se spoluprací, potřeba spolupráce);
- čtvrtá oblast – jaké vnímají bariéry při vstupu do léčby (část rozdělena na osobní, strukturální a systémové bariéry). (konkrétně viz. Příloha č. 4)

4) Ukončení ohniskové skupiny

V závěrečné fázi byl ponechán prostor účastníkům a účastnicím, aby se k tématu či průběhu ohniskové skupiny mohli jakkoliv vyjádřit či dát zpětnou vazbu.

V průběhu ohniskové skupiny bylo mnohdy nezbytné regulovat dynamiku tak, aby vždy hovořila pouze jedna osoba a aby nedocházelo k překřikování se mezi jednotlivými účastníky a účastnicemi. Během různých oblastí docházelo k zavádění tématu k jiným problematikám, bylo tedy důležité vrátit téma zpět směrem k výzkumným otázkám.

Moderátorky ohniskové skupiny

Moderátorkou ohniskové skupiny byla autorka výzkumu Tereza Šimonová, pomocnou moderátorkou byla Mgr. Iva Jarolímová. Hlavní výhodou složení moderátorek byla důvěra, kterou k nim měli všichni účastníci a účastnice výzkumu a tím byli ochotni spolupracovat.

3.4 Metoda zpracování a analýza dat

Individuální polostrukturované rozhovory i ohnisková skupina byly nahrávány jako audiozáznam a poté byly doslovně přepsány. Doslovné přepisy byly upraveny pomocí redukce I. řádu. *„Cílem této operace je učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním. Redukcí prvního řádu rozumíme proces transformace plné (doslovné) transkripce záznamu interview nebo ohniskových skupin do plynulejší podoby, vhodnější pro další analytickou práci“* (Miovský, 2006, s. 210).

Jako úpravu a přípravu dat pro analýzu byla využita technika barvení textu. Hlavním tématům byla přiřazena určitá barva, a při pročitání textu se konkrétní pasáže zabarvily. Miovský (2006) uvádí, že takto připravený text usnadňuje orientaci a urychluje analýzu.

3.4.1 Metoda analýzy kvalitativních dat - zakotvená teorie

K analýze výzkumu byla využita metoda zakotvené teorie. Jak uvádí Miovský (2006) zakotvená teorie má jednu z velkých výhod ve schopnosti integrovat, v rámci kvalitativní analýzy, data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale také využívat různých přístupů v samotné analýze. *„Další výhodou je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle našich potřeb a předmětu výzkumu“* (Miovský, 2006, s. 212).

Zakotvená teorie podle Hendla (2005) neoznačuje nějakou určitou teorii, nýbrž určitou strategii výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. Cílem výzkumu, který vychází ze strategie zakotvené teorie, je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka.

3.5 Etické normy

V průběhu realizace studie byly dodržovány etické principy, které chránily účastníky a účastnice výzkumu. Mezi hlavní etické normy patří (Miovský, 2006):

- informovaný souhlas s účastí ve výzkumu,
- ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu (anonymní zpracování dat),
- ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu.

S respondenty a respondentkami ze skupiny klientů a klientek byl před zahájením rozhovoru uzavřen písemný informovaný souhlas, který obsahoval informace o studii a jejím účelu, o formě a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb. (viz. Příloha č. 1)

U skupin odborníků a odbornic byl použit ústní informovaný souhlas, který obsahoval informace o studii a jejím účelu, o formě a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb.

Účastníci a účastnice výzkumu byli chráněni před zbytečnou časovou zátěží, narušováním soukromí a osobních údajů. Jak doporučuje Miovský (2006), zpracování získaných dat bylo omezeno účelem, tzn., že byla použita pouze nezbytně nutná data pro studii.

Zvláštní důraz byl kladen na aktuální fyzický a psychický stav respondentů a respondentek.

3.6 Poznámky k výzkumu

Všichni respondenti a respondentky souhlasili s účastí na výzkumu, prezentací výsledků a se zpracováním dat. Audionahrávky polostrukturovaných interview a ohniskové skupiny byly získány v průběhu roku 2016.

4. Výsledky výzkumu

Výsledky kvalitativního výzkumu jsou z důvodu přehlednosti rozděleny do tří samostatných částí. V první části jsou prezentovány poznatky získané od obchodovaných osob závislých na návykových látkách, v druhé od odborníků a odbornic pracujících s obchodovanými osobami a ve třetí části jsou prezentovány poznatky získané od odborníků a odbornic pracujících se závislými osobami v ústavní střednědobé léčbě.

4.1 Výsledky výzkumu mezi obchodovanými osobami závislými na návykových látkách

Pro srozumitelnost jsou výsledky výzkumu rozděleny do jednotlivých kapitol, které korespondují s výzkumnými otázkami a s tematickými oblastmi vycházejícími z polostrukturovaných rozhovorů. První zkoumanou oblastí je popis obchodovací situace, která konkrétně mapuje důležité poznatky vycházející z obchodovacího příběhu, včetně období po vysvobození z rizikového prostředí. Další oblastí je zmapování drogové kariéry obchodovaných osob se zaměřením na období vzniku závislosti. Třetí oblast prezentuje poznatky o zdravotním a psychickém stavu obchodovaných osob závislých na návykových látkách jako o následcích obchodovací situace či následcích užívání návykových látek. Čtvrtá oblast mapuje zkušenosti těchto osob s léčbou závislosti. Poslední oblast se zaměřuje na zmapování bariér v přístupu k ústavní střednědobé léčbě.

4.1.1 Popis obchodovací situace

Respondentům a respondentkám bylo kladeno šest otázek, které mapují nejen obchodovací situaci, ale také systém pomoci po vysvobození z rizikového prostředí. První otázky jsou směřovány k obchodovací situaci, a to konkrétně k podmínkám a k prostředí, ve kterém se obchodované osoby nacházely a k časovému úseku, tj., jak dlouho v této situaci byly. Otázka je zaměřena na podmínky bydlení včetně stravy, chování pachatelů, ale také na možnost kontaktu se sociálním prostředím. Následně byli respondenti a respondentky dotazováni na systém pomoci, tedy na to, zda využili péči specializovaných organizací a případně jaké konkrétní služby čerpali. I když se tato část přímo nevěnuje výzkumným otázkám a není předmětem výzkumu, mohou se zde objevit stěžejní informace o tom, proč jsou respondenti a respondentky takovou cílovou skupinou, která vyžaduje specifický přístup. Systém pomoci a využití specializovaných služeb mapuje právě jejich specifické potřeby, na které je při poskytování služeb důležité reagovat.

- **Mohl/a byste krátce popsat svůj obchodovací příběh? (zaměření na prostředí, ve kterém se jste se pohyboval/a včetně podmínek ubytování, chování pachatelů)**

Respondenti a respondentky nejčastěji uváděli, že se sami nemohli rozhodnout, kde a jak budou bydlet. Ve všech případech se ukázalo, že o tom rozhodovali pachatelé. Jen dva respondenti a jedna respondentka uvedli, že spali na běžné posteli. Zbytek dotazovaných uvedlo, že spali buď na zemi, nebo na nějakém gauči. Jeden z respondentů byl dokonce zamykán ve sklepě, kde spal na zemi jen na dece.

„Bydlel jsem v malém baráku s cikánama. Bylo jich tam strašně moc a samý návštěvy a tak. Já jsem spal ve sklepě, protože v baráku nebylo místo. Tam jsem spal na zemi na nějaký dece. Starej mě tam většinou zamykal, abych náhodou třeba neutekl nebo něco takovýho. Bylo to šílený, žádný okna a strašnej smrad, ale člověk si zvykne. Když jsem potřeboval na záchod, tak jsem na něj musel bušit. Někdy to trvalo hrozně dlouho než ten ... otevřel. Jak říkám, lepší bejt na ulici, než v tomhle. Musel jsem se starat o ten jejich barák a o děti.“ (respondent č. 9)

Jedna respondentka uvedla, že spala pokaždé jinde, tak jak jí nařídil pachatel.

„Bydlela jsem u něj, kde se dalo. Kde mi řekl, abych byla, tak tam jsem byla. Někdy to byl sklep, někdy jsem musela spát venku přede dveřma, někdy jsem nemohla spát vůbec a tak. A někdy mě taky v noci vzbudil a poslal mi tam nějaký chlapy, i víc jich bylo.“ (respondentka č. 1)

Z odpovědí respondentů a respondentek bylo často zřetelné, že podmínky ubytování byly zcela nevyhovující, a že nikdo z pachatelů na ně nebral žádný ohled.

„Bydleli jsme ve třech v malinkatém pokojičku, já spal na tvrdé zemi, jen na nějaké přikrývce. I ty policajti, co tam vtrhli, si to fotili, jako že jsme v takovejch podmínkách.“ (respondent č. 4)

„No, co se týká těch podmínek, tak byly dost ošklivý, nebo jak to mám říct. Nedalo se tam moc být. Spala sem na podlaze na tom koberci a měla jsem deku. Někdy jsem spala zase jinde, v jiným bytě a spala jsem na posteli. Ale bylo to tam dost hnusný. Prostě kde se dalo a kam mě poslal.“ (respondentka č. 6)

„Barák to byl velkej, tříposchodovej. Spal jsem v pokoji napřed s dvouma, to byli manželé. Já půjdu do detailu, když si rozdávali sex, já jsem musel tam být, oni na mě nehleděli, nebrali ohled. Pak se vrátili domů, jako do Čech a nastěhovali mi tam svojí dceru s manželem a dvouma dětma, tak jsem v pokoji byl s nima. Spal jsem na matraci na zemi, na postel jsem neměl nárok, tu měli oni.“ (respondent č. 8)

V odpovědích se vyskytovaly nejen špatné podmínky ubytování, ale také omezování základní lidské potřeby, jako je strava. Většina respondentů a respondentek uvedla, že v přístupu ke stravě byli závislí na pachatelích.

„Jo, něco mi dával, spíš mi vždycky koupil něco na benzínce. Ale když jsem byla na fetu, tak jsem ani nic nechtěla.“ (respondentka č. 1)

„Přišel jsem z práce unavený kolem půl 4, dal jsem si po cestě pivo, a když jsem přišel domu, tak na mě zařvali, dnes se nevaří. Vem si něco v ledničce. Tam nebylo vůbec nic. Když jsem se ohlásil v kuchyni, že chci něco na jídlo, tak mi řekli: si běž koupit. Ale žádné peníze jsem neměl. Někdy když jsem přišel z práce, tak jsem dostal čínskou polívku a když jsem se ozval, že mám hlad, prostě když jsem si otevřel hubu, tak jsem po ní dostal. A nebo, když jsem přišel z práce, tak byly těstoviny a červená voda a to bylo hodně často.“ (respondent č. 4)

„Jídlo jsem dostávala na příděl. Někdy mi celé dny nic nedal. Ale mě to už všechno bylo jedno. Musela jsem skoro celé dny pracovat, pořád, úklidy všude možně, mytí nádobí a tak. Tam jsem si vždycky sehnala třeba i něco k jídlu nebo k pití. Peníze mi bral všechny. Jako že oni něco dali a on si to vzal no a tak.“ (respondentka č. 6)

Dva z dotázaných také uvedli, že k jídlu dostávali zbytky, které zbyly po pachatelích a jejich rodinách.

„Vždycky mi přinesli nějaký zbytky nahoru do pokoje, tak jsem to snědl no. Měli dvě děti, tak ty taky něco spapaly, takže já jsem jedl to, co zbylo. Jo a o ty jsem se taky staral. Prostě všechno co bylo potřeba.“ (respondent č. 3)

„Jídlo, cigára a tyhle věci jsem dostával od starýho. Tedy spíš žrádlo, byly to zbytky, co oni nesežrali.“ (respondent č. 9)

V rámci obchodování s lidmi dochází často k fyzickému či psychickému násilí. I když se v posledních letech snižuje počet fyzického násilí a je využíván spíše psychický nátlak, většina respondentů a respondentek ve své obchodovací situaci popisuje použití fyzického napadení.

„Byla jsem jeho majetek. Mlátil mě a řval na mě, že mě zabije, když nebudu pořádně vydělávat na trase. Pak jsem mu musela všechno dát. Taky mě pořád nutil fet, že mi potom bude líp. A měl pravdu, bylo mi to pak jedno, s kým jdu a kam mi strká (...) Všechno mi bylo jedno. Občas mi dával za práci jídlo, cigára no a hlavně ten fet. Strašně jsem se bála, vím, že už měl čtyři holky, jako jsem byla já a taky jim dělal tyhle věci. A ty holky pak umřely, bála jsem se a ještě se bojím, že mě to udělá taky.“ (respondentka č. 1)

„Když jsem něco řekl proti srsti, tak jsem dostal, jak se říká lidově, po tlamě a když už jsem ho pěkně vytočil, tak mě sundal na zem a dokonce po mě skákal a to měl asi 200 kg. Já se nedivím, že mám teď ty záda takhle v háji. A dostali všichni. Fyzický násilí tam prostě bylo, určitě.“ (respondent č. 4)

*„Asi třikrát mě taky potahal po místnosti, házel se mnou o zed', zdi a tak.“
(respondentka č. 6)*

„Jednou jsem dostal facku, ale to byla jen facka za to, že jsem křikl na jedno dítě. No a potom na Nový rok, na Silvestra přímo, tam byla velká návštěva, velká rodina, 30 lidí. Okřikl jsem kluka, že leze na kuchyňskou linku: Co děláš, spadneš. A on šel za tátou, řekl mu, že jsem na něho křičel no a táta se neptal na nic a tam mě zmlátili fest. Do dneška chodím o berlích (...)mi nohy, monokly, to už slezlo, jeden vyražený zub.“ (respondent č. 8)

„To když jsem pracoval v tý myčce, tak tam byl skoro celou dobu starej a říkal mi, co mám dělat, jako by to nestačilo na baráku. Když jsem mu na to něco řekl, tak jsem dostal brutálně na tlamu.“ (respondent č. 9)

„Taky mě pořád mlátil, asi preventivně, abych se měla čeho bát, když ho neposlechnu, vyhrožoval mi totiž i tím, jak mě zabije a popisoval to tak detailně, bylo mi špatně. Bála jsem se někomu něco říct a tak jsem radši poslouchala.“ (respondentka č. 10)

U jedné z respondentek je zřejmé, že pachatel využil k psychickému vydírání její nelegální status a vyhrožoval jí vyhoštěním ze země. Jedná se o častý psychický nátlak, který pachatelé používají nejen u cizinců a cizinek ze třetích zemí.

„Taky mi slíbil vyřídit tady ty doklady, co jsem potřebovala, ale nic mi nevyřídil a ještě mi říkal, že když něco řeknu, tak mě nahlásí na policii a mě odvezou zpátky na Ukrajinu.“ (respondenta č. 6)

Dalším typickým znakem obchodování s lidmi je izolace od okolí, od sociálního prostředí. Obchodované osoby jsou často omezovány na svobodném pohybu a je jim zamezován kontakt se sociálním okolím. V některých případech také, jako formu nátlaku, pachatelé využívají odebrání všech osobních dokladů. Tato tvrzení také potvrzují respondenti a respondentky ve svých odpovědích.

„Ne, žádnéj telefon ani nic takovýho jsem neměla, nemohla jsem, zabil by mě. Doklady, ani žádný ty papíry jsem taky neměla, to měl všechno on.“ (respondentka č. 1)

„Měl jsem telefon, ale neměl jsem kredit, oni když potřebovali, tak mi zavolali, kde jsem nebo něco a já jsem neměl možnost volat nikam. Doklady mi všechny vzali, občanku, rodný list. Doted' to mají někde u sebe asi.“ (respondent č. 8)

„Když sem se od něj dostal, tak se mě cajti ptali, proč sem někomu nedal vědět. No, tak jsem jim řekl, že za prvý jsem neměl jak, protože sem u sebe neměl žádnéj telefon, nic. Ten mě starej vzal hned na začátku. Taky mě vzali doklady a všechno co jsem měl u sebe. Pak jsem zjistil, že si na mě nabrali různý půjčky, nějakaj Provident a tyhle (...).“ (respondent č. 9)

- **Jak dlouho jste byl/a ve vykořisťujícím prostředí (obchodovací situace)?**

Všichni z respondentů, respondentek uvádějí, že byli v obchodovací situaci déle než jeden rok. Celkem osm jich bylo v obchodovací situaci od dvou do pěti let.

„Celou tu dobu. Asi dva a půl roku, to určitě. To šlo na třetí.“ (respondent č. 3)

„Asi 3 roky, myslím, nevím. Ani si to už nepamatuju a asi ani nechci.“ (respondentka č. 5)

„Byla jsem s ním dva roky. Šílený dva roky života, to mi věřte.“ (respondentka č. 10)

Jedna z respondentek uvedla, že byla v obchodovací situaci okolo deseti let.

„Strašně dlouho, neznám už ani nic jinýho. Prostě to byl můj osud. 10 let jsem tam byla určitě.“ (respondentka č. 1)

- **Využíval/a jste nebo využíváte služeb specializované organizace po vysobození z rizikového prostředí?**

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti shodně. Všichni z dotázaných mají zkušenost se specializovanými organizacemi a ve všech případech také čerpali služby těchto organizací.

„Policajti, kteří mě vytáhli, mě hned odvezli sem. Myslela jsem si, že je to něco kvůli tomu fetu, ale pak mě řekli, že to je kvůli němu. Tak jsem skončila tady v té organizaci.“ (respondentka č. 1)

„Ano, potřeboval jsem se schovat, protože po mě šli. Nebylo bezpečno.“ (respondent č. 2)

„Jo, byla jsem už asi ve třech. Pořád si mě posouvali, abych byla prej v bezpečí. No ale asi to pomohlo.“ (respondentka č. 5)

„Po tom jsem šla ještě do nějakýho klubu. To je penzion, tam je to jedno. Tam nic neplatíš, jen za pronájem, ale to už taky nechci. Stačilo. Už nechci ty starý chlapy, ten chlast a drogy pořád. Celou noc nespíš a je to celý jiný, fetuješ, nechci fetovat. Až pak z Německa jsem se dostala do organizace. Policajti mě tam přivezli, abych prej byla v bezpečí.“ (respondentka č. 7)

- **Jaké služby jste čerpal/a nebo čerpáte ve specializované organizaci?**

Všichni respondenti a respondentky využívali ubytování ve specializovaných azylových bytech. Šest z deseti dotázaných uvedlo, že této služby využili z důvodu ochrany před pachatelem.

„Hlavně to bydlení, kde by mě nikdo nenašel, to pro mě bylo opravdu důležité.“ (respondent č. 2)

„Hlavně kvůli tomu bydlení v bezpečí, ale pak taky jsme hodně řešili ty drogy a to co to se mnou dělá, už se to nedalo vydržet. Byly to hrozný stavy s těma steroidama, byla jsem úplně mimo, myslela jsem si, že mi něco leze pod kůži a tak, anebo že mi chce někdo ublížit, hrozný.“ (respondentka č. 5)

Dále dva respondenti a jedna respondentka uvedli, že řešili svůj zdravotní stav, který byl díky obchodovací situaci a užívání návykových látek velmi zanedbaný.

„Měla jsem největší problém se zdravím. Pořád mě bolelo břicho a hlava a někdy jsem ani nemohla vstát z postele, potřebovala jsem se dát dohromady, abych mohla normálně pracovat.“ (respondentka č. 6)

Tato respondentka také popisovala, že kvůli zdravotnímu stavu musela řešit zdravotní pojištění, a tím i svůj pobyt na území. Popisovala toto období jako velmi stresové.

„Taky jsem na něj podala trestní oznámení, s čím mi tady pomohli. A taky pro mě bylo hrozně důležité řešit ten můj pobyt, neměla jsem totiž pojištění nic, hrůza, byl to strašný stres.“ (respondentka č. 6)

Jedna z respondentek ve své odpovědi popisovala, jak pro ni bylo těžké po opuštění rizikového prostředí, navázat spolupráci s pracovníci a pracovníky organizace. Také vzpomínala na jednu situaci, která se odehrála v azylovém bytě s pracovníci v sociálních službách.

„Ze začátku to bylo fakt těžký. No nevěřila jsem, byla jsem zlá, to si taky pamatuju a je mi to líto, bála jsem se. Ale pak mi to tu pomohlo. Pamatuju si, jak jsem chtěla zpátky, bylo to jediný, co jsem znala. Ale pak jsem s paní sociální, mojí sociální mluvila o všem a i o fetu a bylo mi líp. Měla jsem kde bydlet, ale pamatuju si na tu (...) která mě strašně naštvála. Věděla, že se bojím a zhasla mi světlo. Dostala jsem se zase do těch stavů, bylo to hrozný, paní. Musela jsem si dát skoro všechny ty prášky, co jsem tam měla. No a to mi pak bylo hrozně zle, bála jsem se, že umřu.“ (respondentka č. 1)

- **Spolupracoval/a jste či spolupracujete s orgány činnými v trestním řízení (OČTŘ)?**

8 z respondentů/respondentek uvedlo, že spolupracovali, nebo aktuálně spolupracují s Policií ČR. Aktuálně spolupracují 3 respondenti a jedna respondentka.

„Jo, jsou to hodný policajti, mám je ráda. Hodně mi pomohli. Teď už by měl bejt (...) ve vězení.“ (respondentka č. 1)

„Jo, tři dny jsme tam jezdili v okolí. Oni mi řekli, že po nich půjdou. Taky mi řekli, že je jich tam víc, nejen ty co znám já. Ale oni tam takhle normálně obchodujou s lidma a je jich tam víc takhle těch organizací. Maj to jako jeden z hlavních úkolů, aby je likvidovali, to je jasná věc. Oni tam maj daleko víc případů.“ (respondentka č. 3)

- **Jak dlouho jste mimo rizikové prostředí?**

Ve většině případů respondenti a respondentky uváděli, že jsou mimo rizikové prostředí mezi jedním a třemi lety.

„Já ani nevím, ale už je to dlouho, myslím, že tak 2 roky?“ (respondentka č. 6)

Jeden z respondentů uvedl, že je to velmi krátká doba, co odešel z rizikového prostředí.

„Nevím, co je dnes za den? Jo, tak asi 10 dní.“ (respondent č. 2)

Na druhou stranu jedna z respondentek uvedla, že je to již dlouhá doba, co je pryč.

„Už je to hodně dlouho, asi 7 let.“ (respondentka č. 5)

Shrnutí

Odpovědi v této oblasti ukazují, jak jednotliví respondenti a respondentky popisují obchodovací situace, ve kterých museli být i několik let. Je patrné, že podmínky, které popisovali, budou mnohé z nich provázet nejen pár let po této situaci, ale i po celý život. Jelikož se jedná o velmi citlivé téma, někteří z dotázaných měli problém o tomto tématu hovořit. Naopak část z nich se rozhovořila a popisovala dané situace velmi detailně. V rámci otázek na časové období, ať už samotné obchodovací situace nebo období po vysvobození, se zřetelně ukázalo, že u respondentů a respondentek nehraje velkou roli. Jen v jednom případě je patrné, že délka období stráveného v obchodovací situaci velmi narušila navazování vztahů a celkově ztížila resocializační proces. Ohledně otázek na využívání specializovaných služeb je zřetelné, že převažuje potřeba bezpečného ubytování. I když všichni z respondentů a respondentek využívali výše zmíněné služby, v mnoha případech šlo o první kontakt přes Policii, či třetí osobu. Jen v minimálním počtu případů daná osoba vyhledala a sama kontaktovala specializovanou organizaci. Nejčastěji tyto osoby žádaly o bezpečné ubytování na místě, kde je nikdo z pachatelů nemůže najít. Dále se v rozhovorech objevovaly také praktické potřeby, jako je pomoc při vyřízení dokladů,

jednání s úřady, pomoc při komunikaci s Policií ČR atd. Respondenti a respondentky pocházející z ciziny, ať už ze třetích zemí nebo ze zemí EU, žádali o pomoc v oblastech cizineckého práva včetně pomoci s legalizací pobytu na území České republiky.

4.1.2 Zmapování drogové kariéry

Kapitola na zmapování drogové kariéry se skládá ze čtyř předem vydefinovaných otázek, které zjišťují základní informace o užívání návykových látek u obchodovaných osob. Otázky jsou zaměřeny nejen na délku a způsob užívání, ale také na období vzniku závislostního chování. Jedna z otázek konkrétně mapuje období před obchodovací situací, v průběhu a po ní. Tato otázka je položena z důvodu zjištění, jak obchodovací situace změnila přístup dané osoby k návykovým látkám.

- **Jak dlouho užíváte návykovou látku?**

Dva respondenti a čtyři respondentky uvedli, že návykové látky užívají již delší dobu.

„Alkohol, užívám celoživotně.“ (respondent č. 4)

„Už dlouho, hodně dlouho. Už před tím, než jsem byla u něj, jsem to zkoušela. V děčáku.“ (respondentka č. 1)

Dva respondenti i přes odbornou diagnostiku závislost popírají.

*„Já nejsem závislej. **Ale byla vám diagnostikována závislost na pervitinu?** Ne to určitě ne, kdybych byl závislej, tak už jsem dávno mrtvej, a já jsem pořád tady, takže závislej nejsem.“ (respondent č. 2)*

*„Ne, já to v životě neměl. Jenom kouření a alkohol. Sem tam. Máte lidi, který to používaj ve velkým množství, ale já teda ne. Piju vždycky jenom po jídle. Piju tu malou modrou flašku, bez alkoholu. Akorát tu chuť potřebuju. Ale je to bez alkoholu. Už jsem někde četl, že i doktor, když má někdo problém s žaludkem nebo něco, tak předepíše třeba jednu Plzeň. Obsahuje vitamíny, který pomáhaj. **Ale byla vám diagnostikována závislost na pervitinu?** Ne to není pravda, to určitě ne. Já se neopiju, jen si dám třeba po jídle nebo tak, ale neopiju se.“ (respondent č. 3)*

Jeden respondent a jedna respondentka neuvedli konkrétní dobu užívání.

„Občas beru pervitin, někdy chlast, co se kde najde, bych řek. Víno, pivo, vodku. Často, no často, když je nebo když seženu.“ (respondent č. 9)

- **Kdy jste návykovou látku poprvé užil/a (před OSL, v průběhu, po OSL)?**

Tři respondenti a dvě respondentky uvedli, že začali návykovou látku užívat ještě před obchodovací situací.

„Už před (...) jsem to zkoušela. V děcáku.“ (respondentka č. 1)

„Poprvý jsem si dal, když mi zemřela manželka. Ne, začal jsem po vojně v 21,22 letech.“ (respondent č. 3)

Začal jsem chlastat hodně po rozvodu. Tam jsem se odstěhoval k rodičům a tam jsem jako přišel o práci kvůli alkoholu a od rodičů jsem se odstěhoval k nějakému kamarádovi a tam jsem dokonce dostal delirium tremens. Tam jsem chtěl jít na léčení, ale dostal jsem se z toho sám. Ale opět po čase když jsem dostal novou práci, tak jsem začal chlastat znova.“ (respondent č. 4)

„Začal jsem v pastáku, ale jen tak zlehka. Já to zvládám, můžu kdykoli přestat. Všechno jsem se naučil v pastáku, všechny ty moje experimenty. Asi od 12. a od té doby jsem ztracenej případ, prostě dítě ulice.“ (respondent č. 9)

„Začala jsem užívat po smrti své dcery.“ (respondentka č. 10)

Dvě respondentky a jeden respondent uvedli, že začali užívat návykovou látku v obchodovací situaci.

„Začali mně to svinstvo píchat tam.“ (respondentka č. 5)

„Poprvý, to už ani nevím, ale hodně jsem začala v tom bordelu, bez toho to tam prostě nešlo. Nechci se o tom ale bavit.“ (respondentka č. 7)

„Neužíval jsem nikdy, jenom co jsem byl tam u nich, tak mě něco dávali.“ (respondent č. 2)

Jeden respondent a jedna respondentka nedokázali určit, kdy návykovou látku poprvé užíli.

„Já fakt nevím, to asi takhle neřeknu.“ (respondentka č. 6)

- **Kdy jste návykovou látku začal/a užívat pravidelně (před OSL, v průběhu, po OSL)?**

Tři respondentky a jeden respondent ve svých odpovědích uvedli, že návykovou látku začali užívat pravidelně v rámci obchodovací situace.

„U (...) no, tam toho bylo strašně moc, pořád mi to dával a já už pak chtěla sama víc a víc. Pomáhalo mi to dělat to, co jsem dělala.“ (respondentka č. 1)

„Jo, dávali mi pervitin tam, jak s tím obchodovali.“ (respondent č. 2)

„No, tam že jo. To asi sedí ne. Prostě mi tam rovnou začali dávat pěkný bomby.“ (respondentka č. 5)

„Jo, to jsem zase začala po tý abstinenci, u něj. Bylo to pak o trochu snesitelnější. Ale porušila jsem tím abstinenci a zase do toho spadla. Teď abstinuju asi měsíc sama.“ (respondentka č. 10)

Jeden z respondentů uvádí, že návykovou látku v obchodovací situaci vůbec neužíval, jelikož mu to nebylo umožněno.

„V Anglii jsem nepil, ta rodina to neměla ráda. Ne, tam jsem si nedal.“ (respondent č. 3)

Dva respondenti uvedli, že tam rozdíl před, v průběhu a po obchodovací situaci nebyl.

„V Anglii jsem pil víc, ale tady, jak jsem dostal nějaký peníze, tak jsem jel bomby. V Anglii jsem pil hodně, kvůli psychice. Psychika tam určitě hrála svojí roli, ale i to, že jsme pak zapomněli, že jsme tam u nich a že tam jsou ty problémy a sešli jsme se tam jako kamarádi a koupili jsme si flašky vína. Abychom zapomněli na ty problémy. Ale po vystřízlivění bylo zase zle. Já třeba vydržím fakt dlouho, ale přijdou mi nějaký prachy, a když nemám nějaký povinnosti, tak si dám. Přijde to jak atomovka, z ničeho nic. Blesk z čistýho nebe. Pak jedu třeba 3 dny v kuse a někdy i dýl.“ (respondent č. 4)

„Víc jsem začal brát po útěku z děcáku. Pak sem šel bydlet ke kámošovi na squat a tam se to rozjelo, tam to byly bomby. V Anglii jsem taky chlastal, občas mi něco dali, nebo se mi podařilo někde něco čórnout. No a pak jsem chvíli dělal v tom obchodě no a tam všichni nejenom chlastali, ale byl tam týpek z Ukrajiny a ten prodával všechno. Tam se dalo všechno sehnat, něco za něco. Peří, trávu a tak. Občas jsem něco vyčóroval a on mi za to něco dal. Ale když se to dozvěděl starej, tak mi vždycky dal do držky. Dostal jsem kolikrát basebalkou. Koukněte, tyhle zuby...to mám od něj. Ale já jsem dítě ulice, já vydržím všechno.“ (respondent č. 9)

Jedna respondentka uvedla, že začala pravidelně užívat až poté, co se dostala z rizikového prostředí do bezpečí.

„No víc až potom, co jsem byla u té kamarádky, asi taky proto mi dala pak ten kontakt.“ (respondentka č. 6)

- **Jakým způsobem si návykovou látku aplikujete?**

Tři respondentky a dva respondenti uvádějí jako primární drogu pervitin. Ve čtyřech z těchto případů se jednalo o intravenózní užívání, v jednom případě o intranazální.

„No, ze začátku nosem, ale pak už to nic nedělalo. (...) mě taky nutil, někdy mi to i sám píchnul.“ (respondentka č. 1)

„Jo, párkrát do ruky, ale to mě naučili oni.“ (respondent č. 2)

„Do žíly, od začátku. Možná jednou úplně poprvé nosem, ale to už ani nevím.“ (respondentka č. 5)

„Já jsem vždycky jenom šňupal, protože do žil, to už je konečná. Nejsem žádná smažka.“ (respondent č. 9)

„Začala jsem skoro rovnou užívat do žíly.“ (respondentka č. 10)

Zbytek respondentů a respondentek užívali návykovou látku perorálně.

Shrnutí

V této části bylo patrné, že se respondentům a respondentkám snadněji odpovídalo, než v oblasti první. Většina hovořila o své závislosti otevřeně a detailně. Dva z dotázaných, kterým byla diagnostikována závislost na návykových látkách, však tuto skutečnost popřeli. V jednom případě se jednalo o vietnamského klienta, který z důvodů kulturních specifik nedokázal nahlédnout na svou závislost. Jak je výše citováno, sám vypověděl, že pokud by byl závislý, tak by byl již po smrti. Toto kulturní specifikum bylo následně vysvětleno tlumočnicí, která překládala schůzky s klientem. Tlumočnice popisovala, že ve Vietnamu neexistuje léčba závislost jako taková a na závislost je tam pohlíženo jako na něco, co není možné léčit a co člověka zabije. Proto lidé z této kultury nechápou systém v České republice a je velmi složité je do tohoto systému začlenit. Dále je z této oblasti patrné, že vznik závislostního chování může nastat v období před obchodovací situací s tím, že ho následně tato situace může, ale nemusí ovlivnit. Několik respondentů a respondentek také uvedlo, že pravidelné užívání návykových látek začalo v průběhu obchodovací situace nebo až v období po vysvobození. Mnoho dotázaných hovořilo o tom, že jim návykové látky pomáhaly zvládat traumatické situace, ať už v průběhu či po obchodovací situaci. Návyková látka byla často prostředkem k vyrovnání se s nepříjemnými zážitky, ale také prostředkem k tomu, aby na to co se dělo rychleji zapomněli.

4.1.3 Zdravotní a psychický stav

Tato oblast je zaměřena na zdravotní a psychický stav respondentů a respondentek. Skládá se ze dvou otázek, přičemž jedna mapuje zdravotní a psychický stav jako následek

obchodovací situace a druhá otázka mapuje tento stav jako následek užívání návykových látek.

- **Máte nějaké zdravotní či psychické problémy v důsledku obchodovací situace?**

Jaké?

U těchto otázek měli respondenti a respondentky problém rozlišit, zda jejich zdravotní a psychický stav způsobila obchodovací situace či užívání návykové látky. Často se vyjadřovali k oběma otázkám najednou a stavy připisovali jak obchodovací situaci, tak užívání návykové látky.

„Jo, hlavně psychicky. Nevím, jestli je to z těch drog, ale asi všechno dohromady. Pořád se bojím, bojím se, že si pro mě přijdou, nebo že udělají něco mý rodině. Toho se bojím nejvíc. Když si dám, tak se mi občas taky stane, že mám halucinace. Slyším všude mafii, jsem jak blázen, hrůza.“ (respondentka č. 7)

„No, po tom fetu se mi občas stalo, že sem měl pocit, že je někde vidím a že jdou po mně. Tak jsem zdrhal a zdrhal a kolikrát jsem se probral někde úplně daleko a ani jsem nevěděl, jak jsem se tam dostal. Jako někdy jsem taky zkombinoval nějaký prášky, co jsem dostal nebo našel s chlastem a tak a to byl hroznej stav.“ (respondent č. 9)

„Psychicky jsem na tom moc špatně. Pořád se moc bojím. Někdy se mi stane, že ho vidím a to jsem pak úplně mimo, jak blázen. Taky už vím, že se mi stalo, že sem ho neviděla, ale jen mi to tak přišlo. Nevím, kdy je to pravda a kdy ne. Někdy se mi stane, že ho slyším, jak na mě volá a pak rychle utkám.“ (respondentka č. 1)

- **Máte nějaké zdravotní či psychické problémy v důsledku užívání NL? Jaké?**

„Po drogách mi nic není. Za tohle všechno může ta mafie.“ (respondent č. 2)

„Pocuchaný nervy mám, jako se cukám, lekám a tak, jako ten alkohol tam samozřejmě tomu přispívá, jako hodně. Třebas hodně zapomínám po tom chlastu. Kolikrát se zamyslím a nevím, co jsem chtěl říct. To není skleróza, ale to je opravdu z toho chlastu. Když nepiju, tak to jde. Po těch 2,3 dnech tahu kolikrát ani nevím, kde jsem. Jo a hlavně ty cukačky, ty nervy. Třebas sedím a je to poznat, ne že bych se klepal, ale takový ty tiky.“ (respondent č. 4)

„Jo, měla jsem hodněkrát abscesy a různé problémy, hlavně zuby. To je můj velký problém. Chci si je teď dát dohromady. To je asi z toho fetu, pěkně mě to zhuntovalo. Vidíte, jak vypadám, hrozně co. Je to strašný. No a taky se mi už párkrát stalo, že jsem si myslela, že mi něco leze pod kůži, snažila jsem se to sama vyndat, ale ono se to

pohybovalo. No a takhle jsem párkrát skončila v Bohnicích. Jo a tak mi přišli na žloutenku. Ale s tím se léčím.“ (respondentka č. 5)

Shrnutí

Skoro u všech respondentů a respondentek se objevuje strach z pachatele, který je v běžném životě omezuje. Ve většině případů je složité odlišit tyto stavy od stavů po užití návykové látky. Respondenti a respondentky uvádějí, že po užití látky se jim většinou tyto strachy prohlubují a u několika případů přešly i do stavů halucinace. Z těchto odpovědí je zřejmé, že tyto stavy přetrvávají i u respondentů a respondentek, kteří jsou z rizikového prostředí pryč již několik let. Zajímavým zjištěním je také podobnost následků u žen i u mužů. Pocity strachu, noční můry a v některých případech i halucinace vyvolané návykovou látkou, které však prohlubují reálný strach, se vyskytují i u mužů. Psychický stav a často velmi zanedbaný zdravotní stav se na respondentech a respondentkách projevil různými fyzickými symptomy. Nejčastěji se objevovaly bolesti zubů, hlavy, problémy se zažívacím traktem, ale také následky fyzického napadání v rámci obchodovací situace. Jako zdravotní následky po užívání návykových látek se objevovaly spíše nehody v intoxikovaném stavu.

4.1.4 Zkušenost s léčbou

Tato oblast reflektuje zkušenosti respondentů a respondentek s léčbou závislosti na návykových látkách. První otázky jsou zaměřeny na osobní zkušenosti z předešlých léčeb a zaměřují se na konkrétní údaje o léčbě, včetně zhodnocení. Jedna z otázek také zjišťuje, proč případně respondent či respondentka o léčbu nežádali či na ní nenastoupili. V závěru této oblasti jsou otázky směřovány již konkrétně k střednědobé ústavní léčbě. Zjišťují, zda mají dotazovaní povědomí a znalosti o podmínkách vstupu do střednědobé léčby a následně i o pravidlech v léčbě.

- **Léčil/a jste se někdy se závislostí?**

Dvě respondentky uvedly, že se již v minulosti léčily, a to přímo v rámci střednědobé ústavní léčby.

„Jo, to jsem absolvovala. Byla jsem taky nejdřív na tom detoxu a to bylo peklo. Léčbu jsem pak úspěšně dokončila a pak jsem byla skoro půl roku čistá. Ale pak jsem zase začala brát a pak zase na chvíli přestala a pak jsem zase brala a tak.“ (respondentka č. 5)

„Ano, byla jsem na detoxu a pak i v léčbě. Léčbu jsem úspěšně dokončila a pak jsem byla skoro 3 roky čistá. Ale přišel ten (...) a začalo to znova. Do té doby jsem se držela.“ (respondentka č. 10)

Jeden respondent uvedl, že zvažoval nástup do léčby, ale po schůzce v nízkoprahovém centru se rozhodl nenastoupit.

„Jo jo, řešil jsem to teď v té organizaci, kde jsem. Dokonce jsem byl v Káčku, to znám od kámošů. A mluvil jsem tam s nějakou ženskou. Řešili jsme léčbu, měla mi dát nějaký potvrzení nebo co, aby mě tam vzali. No a nic mi samozřejmě nedala. Řekla mi, že nejsem dostatečně motivovanej. No a asi měla pravdu, jsem dítě ulice, to je pro mě, nic jinýho. Poradím si sám jako vždycky. Na tohle už kašlu.“ (respondent č. 9)

Zbytek respondentů a respondentek uvedli, že žádnou léčbu nepodstoupili.

- **Z jakého důvodu jste se se závislostí neléčil/a?**

Dva respondenti uvedli, že léčbu nepotřebují, protože nejsou závislí na návykových látkách.

„Už jsem vám říkal, že kdybych bral, tak už jsem mrtvej. Tohle se nedá léčit.“ (respondent č. 2)

Další uvedli, že to vždycky zvládali svépomocí.

„Jako v léčebně, ne to ne. Nevyžil jsem nic. Zvládnul jsem to sám i to delírko. Jednou jsem byl asi před 20 lety u nějakýho psychologa, kvůli tomu, že jsem se s někým popral, když jsem byl v lihu. Ale nic kolem alkoholu se mnou stejně neřešil.“ (respondent č. 4)

Jedna respondentka ve své odpovědi zdůvodnila, že do léčby nenastoupila kvůli zdravotnímu pojištění.

„Ne, nikdy. Nejsem pojištěná.“ (respondentka č. 6)

- **Víte, jaké jsou podmínky pro přijetí do ústavní střednědobé léčby?**
- **Víte, jaká jsou obecná pravidla v ústavní střednědobé léčbě?**

Na tyto otázky respondenti a respondentky odpovídali souhrnně, neoddělovali je. Část respondentů a respondentek si pod tímto pojmem nedokázala nic představit.

„Vůbec nevím, nedokážu se nad tím nějak zamyslet. Nevím prostě.“ (respondentka č. 1)

„Neznám nic takového, u nás doma nic takového není. Nepotřebuju to znát, nemůže to fungovat, jak zachráníš mrtvýho člověka?“ (respondent č. 2)

Další z respondentů uváděli, že osobní zkušenosti nemají, ale něco znají z doslechu.

„Ne, vůbec nevím, vůbec to neznám. Jen jsem se ptal chlapů, co už tam byli a vykládali, že tam se prostě nesmí pít, kouřit, kouřit jen venku a prý je to tam dost tvrdý, jako v tom, že jsou ty sezení a člověk musí říct pravdu a tak. Nic víc nevím. Nemám ponětí, co to obnáší.“ (respondent č. 4)

„Někdo mi říkal, že tam člověk potřebuje pojištění, jinak by si to platil sám. A na to fakt nemám. Jinak nevím, jak to tam probíhá.“ (respondentka č. 6)

Dvě respondentky uvedly, že pravidla i podmínky vstupu znají, protože léčbu před časem samy absolvovaly.

„No, začátek byl těžkej, nic ti tam nedovolej a je to takový jiný no. Jsou tam nějaký (...), ale to asi jako všude. A nejen mezi těma co tam byly se mnou. Ale i tak myslím, že mi to pomohlo a něco mi to dalo. No prostě důležitý je, aby byl člověk čistej a aby se sám chtěl léčit, to je důležitý.“ (respondentka č. 5)

Shrnutí

Z odpovědí respondentů a respondentek jasně vyplývá, že i když uvádějí již delší dobu užívání návykové látky, nikdy nevyužívali žádných drogových služeb. Z deseti respondentů a respondentek pouze dvě osobně zažily léčbu, kterou následně i dokončily. Markantní je také neznalost daných osob či neinformovanost o střednědobé ústavní léčbě. Dle odpovědí je zřetelné, že jediné informace, které o léčbě mají, jsou ve většině případů zprostředkovány různými známými, kteří léčbu absolvovali či to slyšeli od někoho jiného. Na otázku, proč nikdy nevyužili léčby, většina respondentů a respondentek uvedla, že to zvládli svépomocí. V jednom případě respondentka na léčbu nenastoupila z důvodu absence zdravotního pojištění.

4.1.5 Bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě

Závěrečná oblast se věnuje konkrétně tématu bariér. Zaměřena je na to, jaké jednotliví respondenti a respondentky vnímají bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě. První otázka mapuje osobní zkušenosti. Zjišťuje, zda se ve svém životě setkali s nějakými bariérami, které mohly vstup do léčby znemožnit. Další otázka týkající se vnímání bariér je rozdělena do třech kategorií. Na bariéry osobní, systémové a strukturální.

- **Setkal/a jste se někdy s bariérami, které Vám bránily ke vstupu do ústavní střednědobé léčby? Jaké?**

Zkušenosti s bariérami, které bránily v přístupu k léčbě, popsali jeden respondent a jedna respondentka.

„Jo, tam jak jsem vám říkala. To by nešlo. Chtěli mi všechno vzít, připadala jsem si tam, jako já nevím, jak to říct, chápete. Celý zavřený, nic nemůžeš sám jako za mě. To už mám za sebou. S tím už jsem se jednou setkala s tím (...).“ (respondentka č. 1)

Respondent popisoval negativní zkušenost z návštěvy nízkoprahové centra, kde byl zažádat o doporučení ke střednědobé ústavní léčbě.

*„Jo, v tom Káčku, jak jsem vám to říkal. Prostě mě nechtěla pomoci. **A proč?** To nevím, byla vadná, odepsala mě hned na začátku, co mě viděla asi. Nic už jsem pak nezkoušel, všude by byly takovýhle. Prostě do toho já nepatřím. A vlastně fakt asi měla pravdu.“ (respondent č. 9)*

Zbytek respondentů uvedlo, že se bariérami k přístupu do léčby nikdy nesetkali, jelikož o léčbu ani nežádali. Pouze dvě respondentky, které léčbu využily, popsaly, že se s žádnými bariérami osobně nesetkaly. Jedna z nich však uvedla, že na léčbu nenastoupila její kamarádka, jelikož neměla zdravotní pojištění.

„Taky mě přišla škoda tý kamarádky. Co teda s lidma, který tu nemají pojištění? Co s ní bude, nebo spíš co s ní je, tý mi bylo fakt líto. Myslím, že byla opravdu motivovaná. Teď v tom určitě dál jede. Byla to taková hodná holka se špatným osudem no, jako já.“ (respondentka č. 9)

- **Vnímáte nějaké bariéry, které by Vám mohly bránit ke vstupu do ústavní střednědobé léčby?**

Jelikož se jedná o stěžejní výzkumnou otázku této práce, níže jsou uvedeny citace všech respondentů a respondentek. Každá z odpovědí je jedinečná a potřebná ke specifikaci daných bariér.

„Bála bych se tam. Co kdyby mě tam někdo poznal, je tam moc lidí. A já nemůžu spát ve tmě a se zavřenejma dveřma, to by určitě nepochopili. Někdo by mi pak udělal tmu a já bych se zbláznila, možná bych někoho i zbila. Jsem pak jak v tranzu. A taky nemůžu mluvit, o tom co se mi stalo, já už prostě tohle nemůžu, nikdo by to nepochopil. Oni neví, co to je. A taky jsem viděla, že někde mají mříže, je to jako ve vězení, jako tam odkud jsem přišla. Taky vím, že o tom mluvila moje sociální, tak jsem neměla to, no to jak pak můžete bejt v nemocnici, pojištění. A to by mě prý taky nevzali, ale já bych tam stejně nechtěla. Zvládnou to radši sama nebo s mým panem psychiatrem. Už se nenechám nikam zavřít, chci už něco jinýho.“ (respondentka č. 1)

„Nevím, neumím si to vůbec představit. Hlavně, kdybych odešel odsud, tak mě najdou. Tam by mě určitě našli. A vůbec, jak mi budou rozumět, já česky neumím a nemám

pojištění. Je to celý divný, když tam budu mluvit o sobě, budu jako gay. Je to prostě divný, tam by mě nikdo nedostal.“ (respondent č. 2)

„No záleží vyloženě na tom člověku. Jak na to kouká. Někdo je třeba tvrdohlavěj, řekne si ne, tak ne. On si myslí úplně na něco jinýho. On se zabejčí, má svoje vidiny a nic jiného nechce vidět. Když někdo dostane nějaký ten návod k tomu, aby nastoupil, tak on právě neví, on to nezná, neví, do čeho jde. Až tam ho s tím seznámí. On o tom nic neví. Nezná ten režim, to mu řeknou až tam. Když si to nezažil, nebo mluvil s někým, kdo tam byl, tak už ví, ale jinak ne. To je jasný.“ (respondent č. 3)

„U mě je to asi pojištění. Nemám práci, nejsem na úřadu práce, nevím teda, jak to bude. Dál je to asi ještě ta čekačka. Nevím, jak dlouho to bude trvat, ale chtěl bych co nejdřív. Jsem na to zralej.“ (respondent č. 4)

„No problém by mohl bejt v tý čekačce, to je pak dost nepříjemný, když se konečně rozhodneš a pak nic. Taky si člověk musí nějak připravit na to, co ho tam čeká. Není to jednoduchý a hlavně třeba pro ty, co si prošli něčím jako já. Musí se tam člověk naučit o tom mluvit a tak. Ale jde to.“ (respondentka č. 5)

„No pro mě je to určitě to pojištění a asi taky nevím, jestli by mě vzali, když neumím česky. To asi ne. Takže pro mě je to bezpředmětný. Nemám ani pojištění a ani neumím jazyk. Musím to prostě zvládnout sama, jako všechno doted.“ (respondentka č. 6)

„Nechce se léčit, musí chtít sám. Ale taky je to hrozný s těma práškama, pořád nějaký dávaj. Pak seš úplně divnej. Bojím se toho. Bojím se taky toho, že se dozvěděj, že jsem byla v tom bordelu, všichni a to fakt nechci.“ (respondentka č. 7)

„Určitě ten volný pohyb, omezování svobody. Člověk si chce někdy zajít do obchodu, koupit si rohlík nebo něco. Mně osobně by nevadilo, kdyby mi vzali telefon, já stejně nemám komu volat, ale někomu, komu se stalo něco podobnýho jako mě by to vadit mohlo. U mě by byl problém s tím kouřením, to omezování. Já třeba nemám problém řešit to s váma nebo se mojí sociální pracovníci, vám to jako říct, ale když tam bude sedět 10,12 lidí, každý na mě bude koukat s otevřenou hubou, co se mi stalo, asi by to ze mě nešlo. Bylo by mi to proti srsti. Oni by taky mohli potom mít námitku, že s nima nespolupracuju.“ (respondent č. 8)

„Někomu může chybět přítel, druh, družka, někdo blízký. Jestli je to daleko, tak rodina nepřijede. To může dost psychicky zdeptat.“ (respondent č. 8)

„No byl bych někde zavřenej s takovejma, jako byla ta pracovnice Káčka. Prostě by mi nevěřili. Taky tam budou všude psychouši a já se bojím, že bych s nima měl problém. Občas mi prostě ujedou nervy. To víte, ulice mě naučila a pak taky to, co se mi stalo v tý

Anglii. A taky prostě nikdo nebude vědět, co se mi stalo a já nechci, aby to věděli, já jsem silnej, já to zvládnu sám.“ (respondent č. 9)

„No, určitě je trochu problém ta čekací doba, to určitě může odradit dost lidí. Nebo v tý době začnou zase brát no a pak už do léčby nechtěj. A já vlastně ani nevím, jestli bych tam mohla jít znova. I když vím, jaké to tam je a že mi to pomohlo, ale asi bych tam nemohla být a neříct co se mi teď stalo. A já o tom asi takhle zatím nechci mluvit, stydím se za to a pořád to hodně bolí. A možná by mě tam mohl i najít, ví, že už sem tam byla a nevím, co by se stalo. I když má být ve vězení prej, ale co když ne. Nevím, chci to teď zkusit sama.“ (respondentka č. 10)

Shrnutí

V této části jsou popsány bariéry, tak, jak je vnímají samy obchodované osoby závislé na návykových látkách. Každý z komentářů jednotlivých respondentů a respondentek je jedinečný a popisuje více druhů bariér. Je zřejmé, že se často objevují bariéry **osobní**, které naráží na zažitou obchodovací situaci. Často je zmiňován strach z toho, že budou dané osoby nalezeny pachatelem. Jelikož se jedná o veřejné prostředí, necítí zde dané osoby bezpečí a to je, jak je výše uvedeno, jedna z hlavních potřeb těchto osob. Dále se zde objevuje obava z toho, jak bude prostředí léčby reagovat na jejich prožitá traumata. S tímto tématem také souvisí obava z toho, jak v tomto prostředí hovořit o tom, co se stalo v rámci obchodovací situace. Někteří z respondentů také mezi osobní bariéry zařadili motivovanost k léčbě. Popisují, že aby mohla daná osoba vstoupit do léčby, tak se sama musí chtít léčit. Jeden z dotázaných také uvádí, že strach nastoupit do léčby může pramenit z neinformovanosti a z neznalosti tohoto prostředí. Jedna z respondentek popisuje specifické potřeby, které jí vznikly po traumatické události a má strach, jak s nimi bude v léčbě pracováno. Jeden z dotázaných konkrétně připodobňuje prostředí léčby s prostředím v obchodovací situaci. Mezi **strukturální** bariéry respondenti a respondentky řadí pravidla a nastavení tohoto typu léčby. Často popisují, že si nedokáží představit izolaci od sociálního prostředí. Popisují, že podobné pocity zažívali, když byli nuceni do práce či prostituce. Dále uváděli omezování v běžných činnostech včetně kouření. Respondenty i respondentkami byla také uváděna čekací doba, která může v nějakých případech znamenat bariéru ke vstupu do léčby. Jako nejčastěji uváděnou **systemovou** bariéru respondenti a respondentky popisují problémy se zdravotním pojištěním. Jedna z respondentek uvedla, že nad léčbou ani neuvažovala, jelikož nemá zdravotní pojištění. Dalšími uváděnými bariérami byly kulturní specifika a jazyková vybavenost. Jeden respondent a jedna respondentka uvedli, že neznalost českého jazyka by jim ke vstupu do služeb mohla bránit. Zajímavostí je případ kulturní odlišnosti u respondenta z Vietnamu. Neznalost systému v České republice a zažité zvyky brání těmto osobám nejen si přiznat závislost, ale hlavně se dostat do systému pomoci.

Detailnější popsání jednotlivých bariér včetně rozdělení dle druhů bude uvedeno v diskuzi, v závěrečné části práce, kde budou tyto bariéry hodnoceny na základě teoretických poznatků a poznatků získaných od dalších skupin respondentů a respondentek z řad odborných pracovníků a pracovníc.

4.2 Výsledky výzkumu mezi odborníky a odbornicemi pracujícími s obchodovanými osobami

Výsledky výzkumu mezi odborníky a odbornicemi pracujícími s obchodovanými osobami jsou rozděleny do jednotlivých oblastí, které korespondují s výzkumnými otázkami a s tematickými částmi vycházejícími z ohniskové skupiny. První oblastí je zmapování znalostí v oboru adiktologie. Další část je zaměřena na zkušenosti v rámci spolupráce mezi zainteresovanými subjekty. Poslední oblast se věnuje zmapování bariér v přístupu k ústavní střednědobé léčbě.

4.2.1 Znalosti v oboru adiktologie

Tato kapitola obsahuje čtyři otázky, které mapují povědomí odborníků a odbornic pracujících s obchodovanými osobami o problematice užívání návykových látek.

- **Setkali jste se ve své praxi s obchodovanou osobou závislou na návykových látkách?**

Všichni účastníci a účastnice ohniskové skupiny (dále účastníci a účastnice FG) uvedli, že se ve své praxi setkali s osobou závislou na návykových látkách. Dále jim byla moderátorkou položena otázka: „*Jak jste to poznali?*“ (moderátorka FG)

„Chodili pravidelně opít a často o tom alkoholu mluvili.“ (účastnice FG č. 2)

„Nefungovali kvůli tomu dohody, spolupráce, i když věděli, že z toho budou mít problémy, tak nějaké věci neplnili a bylo to spojené s tím, že užívali.“ (účastník FG č. 3)

„U jednoho klienta byl problém rozeznat, zda se jedná o toxickou psychózu nebo se to skutečně stalo v rámci obchodovacího příběhu. Je to těžké, když děláš příjem s osobou z rizikového prostředí, která ti na schůzce říká, že po ní někdo jde. Ještě v situaci, kdy je tou osobou cizinec a je potřeba využít tlumočení. Je potom těžký odlišit, zda se to opravdu děje.“ (účastnice FG č. 6)

- **Jak byste popsali (definovali) osobu závislou na návykových látkách?**

Většina účastníků a účastnic dokázala popsat závislou osobu. V mnoha případech vycházeli ze zkušeností, které získali při své praxi.

„Změny v náladách, zanedbaný vzhled.“ (účastnice FG č. 1)

„Mně přišla změna i v tom stylu, třeba jak mluvili, jeden klient si třeba víc dělal srandičky a tak. Byli prostě jiný.“ (účastnice FG č. 5)

„No mně přijde obecně, že nejsou schopný normálně fungovat a buď protože tu látku v sobě mají, nebo jí naopak nemají. Nebo možná spíš, když jí nemají a mají abstinční příznaky.“ (účastník FG č. 3)

„Hodně nám také tito klienti dělají, že třeba řeknou, že nechtějí jít na nějakou volnočasovou aktivitu, protože si tam nemůžou dát pivo, a tím vlastně hrozně limitují to, kam půjdou a co budou dělat.“ (účastník FG č. 8)

„Alkoholikovi stačí jedno pivo a už je v tom, tam množství nehraje roli.“ (účastník FG č. 7)

- **Myslíte si, že mají osoby závislé na návykových látkách svá specifika? Jaká?**

„Třeba závislost, když bys to porovnávala s obecnou populací, tedy nezávislou, tak specifikum je ta závislost sama o sobě.“ (účastník FG č. 3)

„Přijde mi, že ty lidi jsou v těžké životní situaci. A s tím obchodem to mají double.“ (účastnice FG č. 10)

„Já si myslím, že je důležitý s nima nějak jinak pracovat, protože sami si nedokážou udržet ten denní režim a jim stačí ta droga a nevidí jiný možnosti, takže potřebují rozšířit obzor, nebo někoho kdo jim bude pomáhat nacházet jiné cesty.“ (účastnice FG č. 5)

Mezi účastníky a účastnicemi ohniskové skupiny se vytvořila diskuze na téma režimu ve službách.

„Mně přijde důležitější ten režim. My ho tu máme úplně jinak nastavený.“ (účastnice FG č. 6)

„My nemáme v podstatě žádný režim.“ (účastnice FG č. 1)

„My jim totiž nabízíme alternativu k tomu, když měli režim, kterej jim diktoval někdo jinej, což je zase v souvislosti s tím, na jakou cílovou skupinu se specializujeme.“ (účastník FG č. 3)

- **Myslíte si, že mají obchodované osoby závislé na návykových látkách svá specifika? Jaká?**

V rámci této otázky panovala v ohniskové skupině mezi účastníky a účastnicemi živá diskuze. Diskutovalo se nad tím, jaká specifika má závislá osoba a jaká specifika má obchodovaná osoba. To celé se poté ve skupině začalo propojovat.

„No otázka je, jestli tyhle lidi jsou po tom, co se jim stalo, schopný zvládnout tak pevně nastavenou léčbu, režim, jako je v komunitách nebo v ústavce. Předtím jsme řešili specifika závislých osob a dostali jsme se k tomu, že tyhle osoby potřebují režim, nějaký řád a tak. Ale jde tedy tohle aplikovat i na obchodovaný závislý?“ (účastnice FG č. 10)

„A proč se tedy jmenuje individuální plán individuální, s tím by se asi dalo nějak operovat.“ (účastník FG č. 3)

„Nejde vždycky všechno použít na všechny, musí to být ušitý na míru. Dokážu si představit i někoho, u koho by tenhle pevný režim fungoval. Ale u někoho je to zase těžký použít.“ (účastnice FG č. 4)

„Musela by být stanovena nějaká kritéria, vždycky se to pak musí odargumentovat. Musí to být jasně specifikovaný. Aby to ten člověk, který s tím klientem pracuje, mu to mohl nějak otevřeně říct.“ (účastník FG č. 8)

„Stejně, když budeme mít tady závislýho, tak s tím stejně nic neuděláme. My nemáme uzpůsobené služby na práci se závislým. Problém možná je, že když takovýho klienta pošleme do specializovaných, adiktologických služeb, tak s ním budou pracovat jako se závislým, což je logické, ale jde to poskytovat opravdu všem stejně? I těm, co byly obchodovaný?“ (účastnice FG č. 9)

„Například u nás je to jiný, nikdy nemáme stejnej přístup, i když třeba užívaj stejně, ale rozdíl je v tom, co si v rámci obchodovací situace prožili.“ (účastnice FG č. 1)

„Neděláme si to sami? Nejde to jen z nás to, že ty obchodovaný nezvládnou ten režim?“ (účastnice FG č. 6)

Shrnutí

V průběhu této oblasti vzniklo mezi účastníky a účastnicemi několik živých diskuzí. V rámci úvodní otázky probíhala diskuze na téma diagnostiky syndromu závislosti. Účastníci a účastnice diskutovali, zda je potřebné, aby pracovníci a pracovnice rozeznali škodlivé užívání od syndromu závislosti. Jedna z účastnic k tomu uvedla, že když si nejsou jisti, tak nemohou adekvátně nabídnout tu službu, kterou klient potřebuje. Dále uvedla, že když není správně namířená léčba, tak většinou není ani úspěšná. Diskuze se tedy v jedné chvíli stočila k této problematice. Dalším zajímavým momentem byla debata na téma režimu ve službách. Jeden účastník uvedl, že tyto specifické služby nemají pevný režim, protože právě reagují na obchodovací situaci, kde ve většině případů panuje velmi

tvrdý režim řízený pachatelem. V závěru této oblasti probíhala diskuze o tom, zda je režim vhodný pro obchodované osoby a zda jsou schopné ho zvládnout. Na druhou stranu vyvstalo několik otázek vhodných k zamyšlení. Jedna z účastnic například položila otázku, zda přímo pracovníci a pracovnice nedělají z obchodovaných osob osoby, neschopné režimové léčby. Co se týká celkové znalosti problematiky, je zřetelné, že povědomí o drogové problematice účastníci a účastnice mají, a že ve většině případů čerpají ze svých praktických znalostí.

4.2.2 Spolupráce mezi zainteresovanými subjekty

Tato oblast mapuje nejen povědomí o systému služeb pro osoby závislé na návykových látkách, ale také se zaměřuje na zkušenosti z proběhlé spolupráce mezi jednotlivými institucemi či organizacemi. Poslední otázka zjišťuje, zda je tato spolupráce pro účastníky a účastnice v jejich profesi důležitá.

- **Víte, jaký existuje v České republice systém služeb pro osoby závislé na návykových látkách?**

„Existují kontaktní centra, ambulantní péče, ústavní, rezidenční, což jsou terapeutické komunity, térénní programy, doléčovány, AT poradny.“ (účastnice č. 9; účastník FG č. 7)

Otázka moderátorky: *„A věděli byste, kam jakého klienta poslat? Do jakého typu léčby?“ (moderátorka FG)*

„Nejdřív bych ho poslal asi na diagnostiku, někam k odborníkovi.“ (účastník FG č. 7)

„Taky to závisí na tom, jak je ten klient motivovanej, jestli je připravenej na ambulantní třeba.“ (účastnice FG č. 4)

„U alkoholových asi AT ambulance a u nealkoholových asi Káčka, to docela dobře funguje.“ (účastnice FG č. 2)

„Mně přijde, že je důležitý vědět ty podmínky vstupu a pravidla, jak to v těch daných zařízeních funguje. Abychom věděli, jestli ta služba je vhodná pro tuhle klientku nebo klienta.“ (účastnice FG č. 6)

„Pro nás je asi důležitý prostě vědět, kam konkrétně koho můžeme odkázat, a proto nějakou základní znalost o těch službách musíme mít.“ (účastník FG č. 8)

- **Spolupracovali jste někdy s institucemi, zařízeními, které poskytují služby osobám závislým na návykových látkách?**

V rámci této otázky se na ohniskové skupině řešily celkem tři případy. Jeden, který se týkal spolupráce s terapeutickou komunitou, komentovaly dvě účastnice.

„Ano, to byl ten případ vstupu do komunity, který nedopadl dobře. Ale tam se to špatně hodnotí, protože v tom figurovalo moc subjektů, nejenom my a komunita. Ta komunikace šla ještě přes terapeuta.“ (účastnice FG č. 6)

„Byla tam naprostá sociální izolace, kterou si tahle klientka zažívala 10 let v obchodovací situaci. Nezvládala ani ty pravidla tady, natož tam a to je všeho všudy 5 věcí. Asi tam taky nemají ten náš super pečující přístup. Oni řekli, dej sem telefon, ona řekla, nedám, a oni na to, tak jdi. Tak šla.“ (účastnice FG č. 9)

Další účastnice řešily spolupráci s psychiatrickou léčebnou, konkrétně s oddělením, kde je poskytována střednědobá ústavní léčba.

„U jednoho klienta jsem jednala s psychiatrickou léčebnou, kde se pak léčil.“ (účastnice FG č. 2)

„No ta spolupráce s léčebnou byla v pohodě, jen nerozumím tomu, že oni je po příchodu dávají na příjmové oddělení. Takže nechápu, proč dávají dohromady osoby závislé například s osobami se schizofrenií, depresemi a tak.“ (účastnice FG č. 2)

„Například jsme tam s nima řešili, že bychom se tam za klientem potřebovali stavět předat mu nějaké věci týkající se trestního řízení, nevím, jestli to je běžný nebo ne. Ale vzali nás dovnitř a nechali nám tam prostor být s klientem. Ale nikdo se na nic neptal, nechtěl nic o naší spolupráci s klientem vědět. I když s ním pak vyřizovali dávky, tak se nikdo neozval, i když na nás kontakt měli. Jestli je něco zařízený nebo ne...nic.“ (účastnice FG č. 4)

„Takže tam vlastně spolupráce nebyla, jen když ho vyhodili, tak ho nechali zavolat a on se nám ozval.“ (účastnice FG č. 2)

Případ spolupráce s kontaktním centrem probíhal pouze formou jedné schůzky s klientem k udělení doporučení k ústavní léčbě.

„No tam jsme s klientem šli proto, že chtěl nastoupit do léčby a potřeboval nějaký dobrozdání Káčka. Tam chtěl klient, abych s ním byla na té schůzce, což nevím, jestli takto dělají standardně.“ (účastnice FG č. 10)

*„On asi nebyl úplně motivovanej, ale kdyby tam byla ta paní příjemnější, tak by to asi úplně neublížilo. Ptala se na motivaci k léčbě, nic jiného s ním ani s námi neřešila.“
(účastnice FG č. 10)*

Dále se debata stočila k tomu, zda to není jen jejich potřeba s někým si předávat informace. A zda to například druhá strana také potřebuje. Byla vznesena také otázka, jestli je to pro blaho klienta nebo ne.

*„Tak tam je samozřejmě taky důležitý, jestli s tím klient souhlasí, to je asi stěžejní.“
(účastnice FG č. 6)*

„No on je to si myslím problém obecně, ne jen s téma drogovějma službama. Prostě nikde ty informace nebo tu spolupráci moc nechtěj, ale já nevím proč, vždyť by to měli jednodušší.“ (účastnice FG č. 9)

„Když to neví, přijde mi, že celá ta léčba je vlastě taková křehká, stačí tam jeden impuls a z léčby vypadneš a nevím, jestli tady konkrétně u obchodovaných osob tam nemůže být větší riziko. Třeba teď mi tady ta holka připomíná pachatele, jsou to ty specifika z té obchodovací situace a oni bez těch informací asi nemají úplně možnost to rozpoznat nebo na to reagovat.“ (účastnice FG č. 5)

- **Myslíte si, že je spolupráce s institucemi, zařízeními, které poskytují služby osobám závislým na návykových látkách, důležitá či potřebná pro Vaši práci?
Pokud ano, proč?**

Všichni účastníci a účastnice se shodli, že spolupráce s ostatními subjekty je pro jejich práci velmi potřebná a důležitá.

„Je to důležitý, aby to fungovalo, aby byli klienti motivovaní a abychom je tam dostali.“ (účastnice FG č. 5)

„Kdyby to šlo, tak abychom je v tomhle nějak senzitivizovali. Třeba by je to zaujalo, jako že to je něco novýho.“ (účastník FG č. 3)

*„Důležitý je taky nějak zdůraznit, že je to mnohem rozšířenější, než se zdá.“
(účastník FG č. 3)*

„Myslím, že bychom se shodli, že by pro nás byla ta spolupráce potřebná a důležitá, ale potřebovali bychom, aby věděli, o co jde.“ (účastník FG č. 8)

„Já myslím, že je to i v jejich zájmu ta spolupráce, pak jim můžeš ve spoustě věcí nějak pomoci...třeba něco rozklíčovat a tak Když mi to víme, byla by to zbytečná práce pro ně něco zjišťovat a naopak.“ (účastnice FG č. 9)

Shrnutí

Tato část byla zaměřena na zmapování spolupráce mezi jednotlivými subjekty. Jak je v úvodu této části zjevné, účastníci a účastnice prokázali znalost systému pomoci pro závislé osoby. Diskuze se poté obrátila k podmínkám a pravidlům jednotlivých typů služeb a jejich znalosti. Zde se skupina shodla, že by měla zjistit více informací, aby poté mohla dobře zacílit daný typ léčby. Dále byly účastníky a účastnicemi představeny tři konkrétní příklady dosavadní spolupráce mezi specializovanou organizací a adiktologickými službami. Ve všech třech případech nedopadla tato spolupráce dle jejich představ. V této části se opět rozvinula živá diskuze nad tématem předávání informací. Větší část z účastníků a účastnic uváděla, že předávat informace je velmi důležité a že to může napomoci té spolupráci s klientem či klientkou. Menší část oproti tomu oponovala s tím, že oni tyto informace od ostatních subjektů také nepotřebují, protože pracují s tím, s čím přichází klient či klientka. Nakonec došlo ke shodě, že by předávání informací mělo být nějak vyvážené, a že by se nemělo zapomínat na to, že zde jde v prvé řadě o klienta či o klientku. Závěrem této oblasti se všichni účastníci a účastnice shodli na tom, že spolupráce mezi zainteresovanými subjekty je velmi důležitá a potřebná pro jejich práci.

4.2.2 Bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě

Závěrečná oblast se věnuje konkrétně tématu bariér. Zaměřena je na to, jaké jednotliví účastníci a účastnice ohniskové skupiny vnímají bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě. První otázka mapuje zkušenosti daných účastníků a účastnic. Zjišťuje, zda se ve své praxi setkali s nějakými bariérami, které mohly bránit klientům či klientkám v přístupu k léčbě. Další otázka týkající se vnímání bariér je rozdělena do třech kategorií. Na bariéry osobní, systémové a strukturální.

- **Setkali jste se někdy s bariérami, které bránily Vaším klientům/klientkám ke vstupu do ústavní střednědobé léčby? Jaké?**

Účastníci a účastnice FG se shodli, že již ve své praxi na bariéry narazili.

„Ano, setkali, bylo tam například moc pravidel.“ (účastnice FG č. 1)

Celkem popsali pět případů, kde bariéry bránily klientům a klientkám v přístupu k léčbě.

„Například u jedné klientky, kterou už jsem zmínila, jsme narazili na jasně daná pravidla, která nebyla ta klientka schopná dát.“ (účastnice FG č. 6)

„Také u jedné klientky byl problém pojištění, které neměla. A samozřejmě nebyla schopná si to platit sama.“ (účastnice FG č. 9)

„U jednoho klienta to bylo také tím, odkud pocházel. Byla to tak jiná kultura, že tam vůbec neznali tenhle systém pomoci. U nich bylo to téma naprosté tabu. A tím bylo i pro toho klienta a proto nebylo možné ho dostat do léčby.“ (účastnice FG č. 2)

„Já si pamatuju, že tenhle klient nakonec skončil někde nedobrovolně v poutech.“ (účastnice FG č. 5)

„Třeba jeden klient nechtěl do léčby, protože žil na ulici a představa toho, že by strávil den v budově, tak to pro něj bylo nepředstavitelné.“ (účastnice FG č. 9)

„Já si vzpomínám, že u jedné klientky byl také problém, že nechtěla na léčbě mluvit o tom, co se jí stalo. Ani na skupinách, ani na individuálu.“ (účastnice FG č. 10)

- **Vnímáte nějaké bariéry, které by mohly bránit obchodovaným osobám ke vstupu do ústavní střednědobé léčby?**

Osobní

„Asi obecně bez ohledu na tuhle cílovku může být bariéra jen to, že jdeš do nového prostředí, do něčeho úplně nového a neznámého, jsi v kolektivu jiných lidí.“ (účastnice FG č. 9)

„Podle mě by v tom mohl být i strach z toho, že to nezvládnu, že selžu. A i strach z toho, že mi bude fyzicky špatně při abstinenci.“ (účastnice FG č. 4)

„Mohl by to být pocit viny, nebo studu za to, co se jim v životě stalo.“ (účastnice FG č. 2)

„Také je důležitá motivace, jestli je motivovanej. Třeba to zapírání toho, prostě že to nepotřebuju.“ (účastnice FG č. 1)

„No a už jenom, že by dobrovolně měli vstoupit do situace, ze který vlastně utekli. Byli někde držený, zamykaný, někde za mřížemi, bez telefonu, bez kontaktu se sociálním okolím.“ (účastnice FG č. 10)

„Také by jim třeba mohlo něco v té léčbě připomínat tu obchodovací situaci. U jedné klientky to třeba bylo to zamezení kontaktu se sociálním prostředím, což se jí stalo i v té obchodovací situaci.“ (účastnice FG č. 6)

„Už třeba i to, že je tam ten dozorce, prostě někdo, kdo je hlídá a říká jim co mají nebo nemají dělat.“ (účastnice FG č. 4)

„Taky by se obchodovaný osoby mohly bát, koho tam v tý léčbě potkají, právě i mezi ostatními klienty a klientkami.“ (účastnice FG č. 2)

„No a taky by se někdo mohl bát, že si ho tam pachatelé najdou.“ (účastník FG č. 8)

„Bariérou by také mohl být strach ze stigmatizace, že jsem v blázinci, že to pak budou mít jako někde napsaný.“ (účastnice FG č. 4)

„Nebo by taky mohlo být těžký zase někde něco někomu vykládat. Třeba ve skupinách.“ (účastník FG č. 3)

„Problematické taky může být navození důvěry s někým, mají často narušené vztahové vazby a je to pro ně těžké navazovat nové. Těžko se jim s někým dalším navazuje důvěra, mají za sebou špatné zkušenosti.“ (účastnice FG č. 2)

„Taky to může být špatná zkušenost z předešlé léčby, nebo nějak zprostředkovaná od někoho, kdo to absolvoval.“ (účastnice FG č. 5)

„Bariéra by také mohla být u klientů, kteří mají v zemi původu rodinu a té potom posílají peníze a vlastně ta rodina je na nich závislá. Ty klienti se nepůjdou léčit, protože musí posílat ty peníze, aby ta rodina byla zabezpečená.“ (účastnice FG č. 6)

„Když je člověk bez rodinného zázemí, přátel, tak do té léčby nenastupuje, nebo nemají podporu, což je v té léčbě důležitý.“ (účastnice FG č. 9)

„Mě ještě k tomu napadá motivace, ale pokud nemám nikoho, tak nemám ani motivaci. A u našich klientů je tohle častý, často nemají nikoho, nebo s nima už dávno nejsou v kontaktu. Nikomu na mě nezáleží, tak proč to řešit.“ (účastník FG č. 3)

„Taky by to mohlo být vyhýbání se trestnímu stíhání.“ (účastník FG č. 7)

Strukturální

„Tak třeba režim, člověk z terénu, ulice má asi problém s tím nastavením.“ (účastnice FG č. 1)

„A když bychom si vzali situaci, že máme holku, která byla několik let nucená do prostituce a pracovala převážně v noci a teď přijde do léčebny, kde se funguje přes den a je tam přehozenej režim, to může být taky bariéra.“ (účastnice FG č. 9)

„Také by mohl být problém v tom, že je tam nějak regulované kouření. Měla jsem klientku, která když neměla cigaretu, tak se dostala do takový schízky, že nebyla schopná fungovat. Cigarety u ní fungovaly jako nějaký zklidňovač už v té době, co byla na trase. Musí to být těžký, když tam od něčeho abstinují a ještě k tomu jsou omezováni na tabáku.“ (účastnice FG č. 6)

„Bariérou by mohla být ta samotná pravidla tý daný léčby, odevzdáš telefon, nebudeš kontaktovat okolí, nebudeš kouřit a tak.“ (účastnice FG č. 5)

„Také by to mohla být strava, třeba když je někdo vegan nebo vegetarián, nevím, jak to tam chodí.“ (účastnice FG č. 9)

„Čekací doba.“ (účastnice FG č. 10)

Systémové

„No a důležitá bariéra je taky jazyková vybavenost.“ (účastnice FG č. 9)

„No a taky kulturní rozdíly, například naprostá neznalost systému.“ (účastník FG č. 8)

„Třeba by to mohlo být náboženství? Třeba kdyby se někdo chtěl v určité hodiny modlit?“ (účastnice FG č. 5)

„Mezi ty kulturní může ještě patřit to, že ve své kultuře nejsou zvyklí mluvit o problémech, nějak to sdílet. Nebo, že se třeba musí svěřovat s věcmi, který u nich ve společnosti nejsou vůbec tolerovaný.“ (účastník FG č. 7)

„Jako velkou systémovou bariéru vidím pojištění. Ve spoustě případů nechtějí či na to nemají, aby si to platili. A nemají to jen třetizemci, ale taky EU občani.“ (účastnice FG č. 6)

„Dále by to také mohl být nelegální pobyt, nebo také místní dostupnost, blízcí a návštěvy se tam špatně dostávají.“ (účastník FG č. 7)

Shrnutí

V této části jsou popsány bariéry, tak, jak je vnímají odborníci a odbornice pracující s obchodovanými osobami. Jelikož se jedná o část této práce, byly zde uvedeny všechny podněty účastníků a účastnic, o které se podělily v rámci ohniskové skupiny. Každý z těchto podnětů je jedinečný a potřebný ke specifikaci daných bariér. V této části byly bariéry rozděleny do třech kategorií, na osobní, strukturální a systémové. Nejvíce zastoupenou položkou jsou osobní bariéry. Zde účastníci a účastnice popisují různé bariéry, které by mohly potkat klienty a klientky při vstupu do léčby. Kromě motivace daných osob se nejčastěji vyskytovaly bariéry, které se týkají určitých specifik, které obchodované osoby zažily v obchodovací situaci. Velmi výrazně se vyskytovalo téma strachu a bezpečnosti, stigmatizace, pocitu viny a stud. Ale také strach z toho, že to daný klient či klientka nezvládne. Dále jedna z účastnic uvedla, že bariérou by mohlo být také připodobnění léčby k obchodovací situaci. Účastníci a účastnice také uváděli možný strach

z toho nejen navázat nové vztahy, ale také hovořit o své situaci před ostatními lidmi. Dalším velkým bodem byl také kontakt se sociálním prostředím, rodina a blízcí dané osoby. Jeden z účastníků uvedl, že značná část obchodovaných osob zde nemá žádné blízké ani rodinu a je proto velmi těžké takovouto osobu motivovat. Mezi strukturální bariéry účastníci a účastnice řadili pravidla dané léčby a hlavně režim. Často byla zmiňována pravidla, jako je odevzdání různých osobních věcí včetně telefonu. Právě tato pravidla byla připodobňována k obchodovací situaci, kde ve většině případů dané osoby musí odevzdat telefon pachatelům včetně další osobních věcí. V rámci těchto bariér bylo také zmíněno omezování v kouření cigaret. Jedna z účastnic uvedla, že v jednom případě u klientky fungovaly cigarety jako zklidňující prostředek. V této části byla také zmíněna strava s tím, že není jisté, zda se v léčbě reaguje na potřeby klientů a klientek, například pokud by se jednalo o vegetariánství či veganství. Mezi systémové bariéry účastníci a účastnice řadili nejvíce zdravotní pojištění osob, dále kulturní odlišnosti včetně náboženství, jazykovou vybavenost, nelegální pobyt či místní dostupnost. Jeden z účastníků také uvedl, že mezi systémové bariéry se řadí i jedno české specifikum, kterým je vysoká tolerance vůči alkoholu.

Detailnější popsání jednotlivých bariér bude uvedeno v diskuzi, v závěrečné části práce, kde budou tyto bariéry hodnoceny na základě teoretických poznatků a poznatků získaných od dalších skupin respondentů a respondentek z řad odborných pracovníků a pracovnic a z řad obchodovaných osob závislých na návykových látkách.

4.3 Výsledky výzkumu mezi odborníky a odbornicemi pracujícími se závislými osobami

Výsledky výzkumu mezi odborníky a odbornicemi pracujícími se závislými osobami jsou rozděleny do jednotlivých oblastí, které korespondují s výzkumnými otázkami a s tematickými částmi vycházejícími z polostrukturovaných rozhovorů. První oblastí je zmapování znalostí v problematice obchodování s lidmi. Další část je zaměřena na zkušenosti v rámci spolupráce s jinými institucemi a organizacemi. Poslední oblast se věnuje zmapování bariér v přístupu k ústavní střednědobé léčbě.

4.3.1 Znalosti v problematice obchodování s lidmi

Tato oblast obsahuje čtyři otázky, které mapují základní znalosti odborníků a odbornic pracujících se závislými osobami v problematice obchodování s lidmi.

- **Víte co znamená pojem obchod s lidmi? Co si pod tímto pojmem představujete?**

Respondenti a respondentky popisovali nejčastěji zastoupené formy obchodování s lidmi v České republice, které znají ze své praxe nebo, o kterých se doslechli ze stran médií.

„Mně to souvisí jenom s prostitucí. Jinou zkušenost, nebo z doslechu nemám. Nebo z medií obchod s lidmi, prodávání z rodiny, že ty dcery jsou prodány.“ (respondentka č. 6)

„Pod tímto pojmem si představuji prostituci, obchod s pracovníky, něco jako otrocká práce. Ale nějak mi tam nesedí ten obchod s orgány, pro mě je obchod spíš s těmi živými.“ (respondent č. 5)

„Představuji si pod tím prostituci a třeba taky otrocké práce.“ (respondentka č. 4)

Jeden respondent a jedna respondentka popsali více forem obchodování s lidmi.

„No tak třeba obchod s dětmi, takzvaná černá adopce. Taky prostitute, jak ženská, tak i mužská a dětská. Dále také otrocká práce a třeba i únosy v zemích třetích světů, kde pak žádají výkupné.“ (respondent č. 2)

„Vím, jedná se o nelegální činnost, například prostitute, pornografie, obchod s orgány, obchod s dětmi.“ (respondentka č. 3)

- **Setkali jste se někdy ve své praxi s obchodovanou osobou?**

Dva respondenti a jedna respondentka uvedli, že se ve své praxi s obchodovanou osobou setkali.

„Ano, v rámci ústavní léčby, třikrát s obchodovanou osobou. Z toho dvě byly v léčbě asi tři dny a ta jedna léčbu dokončila. No myslím, že odešly tak brzo, protože měly strach a přišel si pro ně někdo v rámci návštěvy a hned na to podepsaly reverz. Od začátku byly ve stresu, bály se. Ten strach tam byl fakt znát.“ (respondentka č. 1)

„Ano setkal, jak v soukromém životě, tak v tom profesním. Byl jsem 30 let v toxikologii, kde se lidi prodávali za drogy a tak. Část mladé klientely, co tady máme, taky prostituje.“ (respondent č. 2)

„Nejsem si jistý. Prostituce se tady objevuje docela často, ale nějak jsme se do toho tématu nedostali. Spíš se tu objevují trestné činy, jako jsou krádeže, distribuce, vaření a tak. Ted' jsem si vzpomněl, že jsem se setkal s Romem, kterého využívala nějaká rodina. Odevzdával jim všechny peníze a oni mu pak z toho něco přidělovali. Pak se z toho nějak vymanil a začal chlastat. Ještě si vzpomínám na nějaký případy, kde pracovali hrozně za levno, ve špatných podmínkách a měli problém se odtamtud dostat a tak.“ (respondent č. 5)

Zbylá část respondentů a respondentek uvedla, že se s obchodovanou osobou buď nesetkali, nebo si nejsou jistí, zda se jednalo o obchodovanou osobu.

„Ne, při své praxi jsem se s obchodovanou osobou nesetkala. Vím jen o jednom případě, ale já jsem s ním nepracovala. Ale v rámci své diplomové práce jsem se setkala se ženami z prostituce, které měly tyhle zkušenosti.“ (respondentka č. 3)

„Myslím, že jsem se s jedním mohla setkat, ale nejsem si jistá. Nevím, jestli jsme si to takhle pojmenovali. Jinak u nás na oddělení jsou pacienti, kteří dělali prostituci. U těch mladých závislých takhle vydělávali peníze na drogy, ale jestli se tam objevil obchod s lidmi nevím, je to možné. Vím, že tady byl jeden muž z Ukrajiny, kterej o tom něco říkal. Mluvil o tom, že pracoval snad 12 hodni denně a tak. Je to zajímavé, takhle nad tím přemýšlet. Taky mě napadá, že by to mohlo být u vaříčů nebo u nějakých jejich poskoků, systém něco za něco a tak.“ (respondentka č. 4)

- **Jak byste popsali (definovali) obchodovanou osobu?**
- **Myslíte si, že mají obchodované osoby svá specifika? Jaká?**

Většina respondentů a respondentek odpovídala na obě otázky současně, nerozdělovali je. Jedna z respondentek se vyjádřila zvláště k otázce specifík a popsala svou zkušenost z praxe.

„Nejdřív je asi taková ta tajuplnost, může tam být velký strach a nejen z okolí a pachatelů, ale taky strach cokoliv podepsat. Taky o sobě vůbec nemluvily, tam to bylo tajemný. Bály se, ptaly se, kdo na to oddělení může přijít, jak je to s návštěvama. Dělal jim problém být na velkém pokoji s hodně lidma, chtěly být sami. Nebyly pojištěny a měly strach, že budou něco dlužit. Na to se taky ptaly, kdo to zaplatí.“ (respondentka č. 6)

Ostatní respondenti a respondentky se ve svých komentářích vyjadřovali k oběma otázkám současně a vycházeli ze svých zkušeností s jinými cílovými skupinami.

„Viděla bych tam nějaký pesimismus k tomu životu, rezignace vůči hodnotám. Ta projekce tam určitě může být a i takový to mlžení, popření sebe sama. Taky tam může bejt taková ta agitovanost a asi bych vypíchla to popření.“ (respondentka č. 6)

„Představuju si tu osobu jako nedůvěřivou, která reaguje nějak neadekvátně, někdy například až agresivně. U žen si dokážu představit stud, pocity viny. Taky mi přijde, že se ve své situaci můžou hodně upínat na terapeuty a různé pracovníky.“ (respondentka č. 4)

„Myslím, že se taková osoba bude bát, bude se bát navázat spolupráci, protože ten co jí vlastní si to nepřeje. Bude vykazovat velký obavy. Taky si dokážu představit, že když bude v bezpečném prostředí, tak bude vděčná.“ (respondent č. 5)

„Bude jak z jiného světa, nebude znát prakticky věci, jako například kolik stojí nájem a celkově třeba kolik co stojí. Nebudou soběstační, ale budou zranitelnější, budou mít menší schopnost se nějak vymanit. Například může být problém u cizinců třeba s jazykem a tak a pak budou ještě více odkázaný na ty překupníky.“ (respondent č. 5)

Dvě respondentky konkrétně popsaly případy ze své praxe.

„Úplně definovat to asi nedokážu, protože s tou jednou klientkou, s kterou jsem se setkala tak ona to obchodování přiznala až po nějaké době. Tam sice náznaky byly, ale přiznaný to bylo až asi po měsíci léčby. Bylo tam vidět takový to extrovertní chování, specifická výraznost v chování, pohybech, v oblíkání. Ten jeden případ co jsem poznala, byl jako styl spíš kluk. Ta identifikace s tím druhým pohlavím. Odbřžděnost, direktivnost. Trošku všechno vím, všechno znám...ty mi nic neříkej, já vím jak to je, všechno jsem si zažila, mě nic nepřekvapí.“ (respondentka č. 7)

„Izolace těch pravých hodnot, jako že jsou někde jinde. Že se odtamtud nedostanou, ty mříže a to zamčený oddělení, to pro ně bylo naprosto stresující, takže i hledaly ten únik, zkoušely mříže, jestli někde nejsou povolený. Hledaly si takový ty zadní vrátka. Hodně se snažily dostat do sklepních místností a hodně čekali ten únik. Musela se kontrolovat i půda, protože ty holky se neustále ptaly, jak se dostanou ven a kdy se dostanou ven. Nechtěly ani podepsat dobrovolnej vstup, měly strach cokoliv podepsat, aby si nepodepsaly ortel. Také strach z toho, že jsou zavřený, že jsou zase někde zavřený.“ (respondentka č. 1)

Shrnutí

V této oblasti je zjevné, že respondenti a respondentky mají základní povědomí o problematice obchodování s lidmi. V úvodní části byly nejčastěji popisovány základní formy obchodování s lidmi, konkrétně se jednalo o obchod s lidmi za účelem prostituce a za účelem nucených prací. Část respondentů a respondentek uváděla i jiné formy obchodování s lidmi, jako jsou obchod s dětmi, orgány či pornografie. Dále z rozhovorů vychází skutečnost, že pro respondenty a respondentky není vždy jednoduché obchodovanou osobu identifikovat. Několik respondentů a respondentek uvedlo, že si nejsou jisti, zda se skutečně jednalo o obchodovanou osobu. Oproti tomu dva respondenti a jedna respondentka uvedli, že se ve své praxi s obchodovanou osobou setkali. Jedna respondentka popisovala setkání mimo pracovní prostředí. V rámci popisu obchodované osoby respondenti a respondentky uváděli různá specifika, která vycházela z jejich pracovních a životních zkušeností. Dvě respondentky konkrétně popisovaly osobu, se kterou se během své praxe setkaly. Zajímavostí je, že jedna z těchto respondentek klientku popisovala jako extrovertní, otevřenou a komunikativní, druhá respondentka jiné klientky popisovala naopak jako velmi tajuplné, uzavřené, nekomunikativní, na kterých byl vidět strach a obavy.

4.3.2 Spolupráce mezi zainteresovanými subjekty

Tato oblast mapuje nejen povědomí o systému služeb pro obchodované osoby, ale také se zaměřuje na zkušenosti z proběhlé spolupráce mezi jednotlivými institucemi či organizacemi. Poslední otázka zjišťuje, zda je tato spolupráce pro respondenty a respondentky v jejich profesi potřebná či důležitá.

- **Víte, jaký existuje v České republice systém pomoci pro obchodované osoby?**

Dvě respondentky a jeden respondent ve svých komentářích popisovali znalost organizace La Strada ČR, o.p.s., jakožto organizace, které poskytuje sociální služby této cílové skupině.

„Vím o organizaci La Strada, slyšel jsem o ní v nějakém dokumentu.“ (respondent č. 5)

„Nyní již vím o organizaci La Strada, ale předtím jsem si myslela, že se tahle cílovka rozpadá mezi více organizací. Například, krizová centra, domácí násilí a tak.“ (respondentka č. 3)

Jedna z těchto respondentek navrhla, jaké další služby by měly být obchodovaným osobám poskytovány.

„Vím o organizaci La Strada, která těm lidem pomáhá. Dál si myslím, že to je například cizinecká policie nebo taky nějaká zdravotnická zařízení, například gynekologie. Důležitá je asi edukační činnost, nějaké předání informací o právech, možnostech pomoci. Pak asi taky běžná policie, nejen ta cizinecká. Potom taky nějaká právní pomoc a určitě by měla být i z důvodů traumat nějaká terapeutická pomoc, ale nevím, jestli to takto reálně funguje.“ (respondentka č. 4)

Ostatní respondenti a respondentky uváděli různé druhy služeb, které by mohly obchodovaným osobám pomoci.

„Vůbec, jediný, co mě k tomu napadá je represe, ale to je jenom moje fantazie. Odhalování toho trestného činu třeba i to vyhoštění ze země a to je asi co mě napadá. Jak se to řeší do hloubky nějaký důsledky, následky a tak, tak o tom nevím nic.“ (respondentka č. 7)

„Nevím, například Bílý kruh bezpečí, různé krizové linky. Nebo nějaká občanská sdružení, například pomoc prostitutkám. Nebo také linky pro mladé kluky.“ (respondent č. 2)

- **Spolupracoval/a jste někdy s organizací poskytující služby pro obchodované osoby? Pokud ano, jak tuto spolupráci hodnotíte?**

Všichni respondenti a respondentky odpověděli shodně a to tak, že nikdy nespolupracovali s organizacemi poskytujícími služby obchodovaným osobám.

„Nikdy jsem nespolupracoval a nevím ani o tom, že by někdo z PL spolupracoval.“ (respondent č. 5)

„Ne, nespolupracovala.“ (respondentka č. 7)

Jedna z respondentek popisovala případ, kdy došlo ke spolupráci jiné pracovnice se specializovanou organizací.

„Ne, jen u jednoho případu vím, že se to řešilo přes staniční sestru s nějakou specializovanou organizací, ale nevím, jak to probíhalo. Možná jen výjimka v návštěvách. Ale spolupráce v průběhu tam asi nebyla. Řeší to pak sociální oddělení s tou staniční spíš formou toho, co dát do dokumentace, absolutně technický záležitost, který musí být založený v dokumentaci. Taky řeší, jestli má ten daný klient kam jít po léčbě. Ale taky se to nějak neřeší, když ten klient řekne, že má. Dále se to nezjišťuje. Ale v té terapeutické části s tím pracujeme, ale je to velmi po povrchu. Individuální terapie jsou dobrovolné.“ (respondentka č. 1)

- **Myslíte si, že je spolupráce se specializovanými organizacemi, které poskytují služby obchodovaným osobám, důležitá či potřebná pro Vaši práci? Pokud ano, proč?**

U této otázky se opět respondenti a respondentky shodli a odpověděli ve všech případech kladně. Všichni respondenti a respondentky by uvítali spolupráci s ostatními zainteresovanými subjekty.

„No, jednoznačně, protože s tím se musí už od začátku pracovat v tý terapii. A s tou organizací tím pádem taky, to je alfa a omega toho celého. To musí být propojený, souběžný, návazný v tý léčbě. To je jinak na půl všechno. Taky je to o těch informacích, co si ty organizace předávají a když končí léčbu, tak ta organizace ví, jak pak pokračovat v rámci třeba doléčování a tak.“ (respondentka č. 6)

„Asi ano, proč ne. Pacienti často chtějí různé kontakty, takže by bylo fajn o tom vědět více. Taky vědět na koho se v konkrétní organizaci obrátit, vzájemně si předat kontakty.“ (respondentka č. 3)

V jednom případě respondent uvedl, že by spolupráce mohla také pomoci specializovaným organizacím v edukaci klientů a klientek.

„Spíš mi bysme mohli pomoci těm organizacím, edukací jejich klientů. Taky by možná mohlo pomoci, že by měli ty jejich klienti možnost dostat se do služeb, do léčby rychleji. Dál bychom taky mohli poskytnout různý vyšetření, testy, harm reduction a tak.“ (respondent č. 2)

Jeden respondent popsal, jakou spolupráci by si dokázal ve své praxi představit.

„U těch cizinců mimo EU nepředpokládám, že někdo platí pojištění a mohli by se sem tím pádem dostat. Je to i těžké, protože kvůli tomu pojištění když už se teda dostanou, tak tady pak určitě nejsou 3 měsíce, ale mnohem míň. Určitě by ale chtělo víc a líp pracovat s obchodovanými třeba i s EU, chlapci z prostitučního prostředí. Myslím, že by ta spolupráce měla smysl.“ (respondent č. 5)

Shrnutí

Tato oblast mapovala nejen znalosti respondentů a respondentek o systému pomoci pro obchodované osoby, ale byla zaměřena také na spolupráci mezi jednotlivými subjekty. Respondenti a respondentky ve svých výrocích uváděli širokou síť pomoci, kterou by si při pomoci obchodovaným osobám představovali. Ve třech případech byla zmíněna specializovaná organizace, zbylé příspěvky popisovaly například krizová centra, organizace pomáhající obětem trestných činů či organizace pomáhající ženám, na kterých bylo páčáno násilí. Jedna z respondentek popsala svou představu o tom, jak jsou služby pro obchodované osoby takto roztrženy mezi jednotlivé organizace. V dalších otázkách se respondenti a respondentky opakovaně ve všech případech shodli. Shodně uvedli, že ve své praxi nikdy nespolupracovali s organizacemi, které poskytují služby obchodovaným osobám. V návaznosti na to se u další otázky všichni respondenti a respondentky vyjádřili, že by v rámci své praxe uvítali spolupráci s takovýmto typem služeb.

4.3.3 Bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě

Závěrečná oblast se věnuje konkrétně tématu bariér. Zaměřena je na to, jaké jednotliví respondenti a respondentky vnímají bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě. Bariéry jsou rozděleny na osobní, systémové a strukturální.

- **Vnímáte nějaké bariéry, které by mohly bránit obchodovaným osobám ke vstupu do ústavní střednědobé léčby?**

Jedná se o stěžejní výzkumnou otázku této práce, z toho důvodu jsou níže uvedeny citace všech respondentů a respondentek. Každá z odpovědí je jedinečná a potřebná ke specifikaci daných bariér.

„Může to být selhání těch rolí, vnímají se jako hadr na holi, mají posunutý hodnoty. Jazykové a kulturní bariéry určitě. **Můžete přijmout někoho, kdo neumí česky?** No na oddělení jsme měli negramotnou klientku a tam byl rozdíl v tom, že jsme po ní nechtěli psát elaboráty a deníky, to jsme respektovali. Ta etika tam fakt funguje. Jinak se musí domluvit alespoň trochu česky, jinak to nejde. **A co třeba tlumočení?** No dejte do skupiny tlumočnicka, ta skupina s tím bude mít velký problém dlouhodobě. Třeba to jedno sezení nebo tak, tak to zvládnou, ale jinak si to nedokážu představit. Dokážu si to případně představit jen v individuálech.“ (respondentka č. 1)

„Když nejsou sebevražední, tak jsou to určitě čekací doby. Potom je důležitý, aby i tak zůstali v kontaktu. Další bariérou může být taky to, že se po léčbě vracení zpět do rizikového prostředí. Důležitá je motivace a práce s motivací. Pak to může být určitě jazyková bariéra, komunikační. U cizinců se o ně často stará ta daná komunita a je potom těžký tam vstoupit. Míváme tady ve službách různé cizince, ale to je něco jinýho.“ (respondent č. 2)

„Myslím, že ta závislost je blokuje v tom, aby opustili to rizikový obchodovací prostředí. Bariérou může být taky nějaký stereotyp...přebíjí to, co se jim děje tím, že si něco dají. V té situaci mají taky větší důvod brát. Závislí vědí, proč to dělají a tady si říkají, musím to brát, aby mi bylo líp. Problém by mohl být v jazyku a v pojištění.“ (respondentka č. 3)

„Asi všechno. Určitě to chce řešit od začátku, aby se s tím mohlo v terapii pracovat, nejde to oddělit. Je taky důležitý přístup terapeutů a psychologů, kteří by o tom s nima měli mluvit a měli by to ošetřit. Vedla bych je k tomu, aby o tom mluvili, například v rámci individuálních pohovorů, nemusí to nosit na skupinu, dokážu si představit, že by to pro ně mohlo být nepříjemný. **Mohla by být bariéra účast v TR?** Ne, nemyslím si, výslechy je možné uskutečnit tady, nebo využít existenční propustky k soudům a tak. Máme tady i pachatel trestných činů, který spolupracují s policií. Myslím, že je dost těžký poznat rozdíl mezi tím, kde se jedná o nějakou vyhýbavost nebo nemotivovanost, nebo tím, že je to trauma.“ (respondentka č. 4)

„Tak určitě to může být nedůvěra v to, že změna přinese zlepšení. Takže vlastně nějaká nemotivovanost. Můžou se taky bát toho, že tady na ně budeme koukat jako na chudáky..? nebo spíš na lidi co si tohle zažili. Dál to může být taky nezájem z toho vystoupit. A určitě pojištění. Vysoký práh – kdyby byl nějak hodně sociálně slabý, tak by to tady mohlo vyvolávat konflikty. Dál to je určitě jazyková bariéra, když nemluví česky, tak to prostě nejde, je to složitý. Měly by tu být pro ně jiný programy, ale jak to propojit třeba i

se zdravotnickými službami, to je otázka. Dále to taky můžou být kulturní specifika nebo náboženství. Určitě zde nepanuje nějaká rasová nesnášenlivost, jiné náboženství je zde respektováno v nějakých úměrných mezích. Například nesmí zasahovat do prostoru ostatních. Je zde také možnost sejít se s farářem.“ (respondent č. 5)

„Neznalost problematiky, neznalost systému v téhle republice. Jednoznačně stigma, pocity viny, nebo takové stavy, kdy už je to chronické, když si myslí, že už to vlastně nemá cenu, že už nemají jinou šanci. Obrovská nedůvěra, ztráta naděje, životní motivace ve smyslu toho života. Někdy to je už chronický, pak se to prohlubuje. Pak také psychický stav, to je určitě taky bariéra. U těch žen to je ta stigmatizace, je to daleko silnější.“ (respondentka č. 6)

„Tak určitě to může být nemotivovanost té klientky. Může to být nějaká nedůvěra v ty pracovníky, systém ale i ostatní klientky. Pak mě taky napadá, že u těch cizinek to je zdravotní pojištění a celkově asi nějaký kulturní a jazykový specifika. Je to problém, když někdo neumí česky, tady to prostě nejde v tom nastavení.“ (respondentka č. 7)

Shrnutí

Mezi respondenty a respondentkami zřetelně převažovaly **osobní** bariéry. Mezi nejčastěji uváděné patřila nemotivovanost daných osob, nejen k léčbě, ale také nemotivovanost v rámci smyslu života. Jeden z respondentů uvedl, že u této skupiny osob je velmi důležitá práce s motivací i pro následné udržení abstinence. Respondenti a respondentky dále popisovali nedůvěru těchto osob, která může vycházet z jejich předešlých zkušeností. Jedna z respondentek uvedla, že by se mohlo jednat o nedůvěru nejen k pracovníkům a pracovnícím, ale také k celému systému léčby. Respondenti a respondentky dále uváděli stigmatizaci, pocity viny a studu. Do osobních bariér také řadili neznalost problematiky a celého systému pomoci včetně nastavení ústavní léčby. Jedna z respondentek popsala, že by tyto osoby mohly mít problém svěřit se svými traumaty, které je potkaly. Dále nastínila, jak by měla vypadat terapie v léčbě, aby byli klienti a klientky po takovýchto traumatech ošetřeni. V rámci **strukturálních** bariér uvedl jeden z respondentů čekací dobu, která by mohla bránit osobám ke vstupu do střednědobé ústavní léčby. Pro dalšího respondenta byl strukturální bariérou vysoký práh těchto služeb. Většina z respondentů a respondentek shodně uváděla **systémové** bariéry, mezi něž řadila kulturní specifika včetně náboženství a jazykovou vybavenost. Dvě respondentky uvedly, že pokud daná osoba nemluví českým jazykem, není možné s ní v rámci léčby spolupracovat. Jeden respondent a jedna respondentka dále uvedli, že překážkou ke vstupu do léčby by mohlo být zdravotní pojištění.

5. Diskuze

5.1 Obecné a metodologické poznámky

Základním cílem diplomové práce bylo zmapovat a popsat bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě u obchodovaných osob závislých na návykových látkách. Konkrétními cíli bylo především zjistit, jaké bariéry vnímají samy obchodované osoby, jak je popisují a jak nad tímto tématem přemýšlí. V České republice ani v zahraničí však neexistuje studie, která by se konkrétně věnovala propojení problematiky obchodování s lidmi s užíváním návykových látek. Počty obchodovaných osob závislých na návykových látkách nebyly nikdy statisticky podloženy, existují pouze statistiky, které se věnují každé této problematice zvlášť. I z těchto důvodů byla pro diplomovou práci do výzkumného souboru přidána skupina odborníků a odbornic. Jednou ze skupin byli pracovníci a pracovnice, které poskytují služby obchodovaným osobám. Tato složka respondentů a respondentek byla do výzkumného souboru zařazena z důvodů profesních zkušeností s touto cílovou skupinou. Jednalo se odborníky a odbornice pracující v přímé péči s klienty a klientkami, kteří v průběhu své činnosti načerpali znalosti o specifikách této cílové skupiny, včetně jejich specifických potřeb. Další skupinu výzkumného souboru tvořili odborníci a odbornice, které pracují se závislými osobami ve střednědobé ústavní léčbě. Tato skupina byla do výzkumného souboru zařazena z důvodu zmapování této problematiky i z druhé strany. Výzkum byl zaměřen nejen na otázky týkající se vnímání bariér, ale také na zmapování znalosti a povědomí těchto osob o problematice obchodování s lidmi.

Původním záměrem výzkumu bylo zařazení minimálně 30 respondentů a respondentek, s tím, že nejvíce by byl zastoupen vzorek klientů a klientek. Nakonec se výzkumu zúčastnilo pět klientů a pět klientek, celkem tedy deset respondentů a respondentek. Tento soubor byl omezen nízkými počty obchodovaných osob závislých na návykových látkách, které byly v kontaktu s jednou ze specializovaných organizací. Nízké počty těchto osob jsou dány mnoha faktory. Mezi ně řadíme problematiku odhalování tohoto trestného činu, a tím i dané populace, strach a nedůvěru v organizace a instituce a možná také neuvědomění si svého problému, které může být návykovými látkami potlačováno. Dále bylo předpokládáno se vzorkem deseti pracovníků a pracovnic s obchodovanými osobami, což bylo ve výzkumu uskutečněno. Z důvodu různých pohledů na dané téma, byli přizváni nejen sociální pracovníci a pracovnice, ale také ostatní profese, které mohly zastupovat jiné názory a postoje. Další plánovanou skupinou byli pracovníci a pracovnice ve střednědobé ústavní léčbě. Předpokládán počet respondentů a respondentek byl deset s tím, že pět osob mělo být z ženského oddělení a pět z mužského. Zde se nepodařilo těmto plánům dostát a do výzkumného souboru bylo zařazeno pouze sedm osob s tím, že za ženského oddělení se účastnily tři respondentky a za mužského oddělení dva respondenti a dvě respondentky. V rámci metody sběru dat měla být u této skupiny využita

polostrukturovaná ohnisková skupina. Z důvodu časové náročnosti však nemohla být využita. Následně tedy byla použita metoda polostrukturovaných interview, která nebyla tak náročná na čas daných respondentů a respondentek.

Ve výzkumné části diplomové práce byly pro sběr dat využity metody polostrukturovaných interview a jedné ohniskové skupiny. Polostrukturované rozhovory s klienty a klientkami měla svá specifika v citlivosti tématu a v zaměření se na zamezení sekundární viktimizace. V průběhu rozhovorů s jednotlivými respondenty a respondentkami došlo k náročným otázkám, které se týkaly prožitého traumatu. V těchto případech byla výhodou autorčina profesní zkušenost a dlouholetá praxe s touto cílovou skupinou, jelikož dokázala na tyto momenty reagovat a rozhovor případně pozastavit, či přejít k dalšímu méně náročnému tématu. K těmto případům však v rámci rozhovorů došlo minimálně, většina odpovídala velmi otevřeně a detailně popisovala svou situaci. U rozhovorů bylo velmi důležité navození důvěry a bezpečného prostředí, kde se dalo hovořit i o těžších tématech.

V rámci ohniskové skupiny s pracovníky a pracovníkyněmi, kteří poskytují služby obchodovaným osobám, bylo v několika pasážích rozvinuto mnoho zajímavých a živých diskuzí. Tyto diskuze zpočátku rámovaly dané téma, ale v několika případech se od diskutovaného tématu odsunuly. Vrátit téma zpět k jádru bylo na moderátorkách ohniskové skupiny. V několika případech také došlo k hovoření více účastníků najednou, což bylo poté pro autorku složité při přepisování audionahrávek. Na druhou stranu tyto diskuze často vnesly do předdefinovaného tématu mnoho nových rozměrů a pohledů, které autorka následně využila. Skupina byla velmi aktivní a dynamická, účastníci a účastnice v průběhu navazovali na komentáře ostatních a doplňovali se.

Individuální polostrukturované rozhovory s respondenty a respondentkami z ústavní léčby probíhaly z časových úspor kratší dobu než u ostatních skupiny. Zda by se informace a poznatky získané od těchto respondentů a respondentek lišily, kdyby na rozhovor bylo více času, autorce není známo. V průběhu všech rozhovorů byly zodpovězeny všechny položené otázky a v závěru již nikdo z respondentů a respondentek neměl potřebu nějaké informace doplnit.

Mezi limity této práce patří zřejmě absence odborné literatury, která by tyto dvě problematiky propojovala. Jak je již výše uvedeno, v České republice, ani v zahraničí autorka nenašla žádné studie či statistiky, které by se tomuto tématu věnovaly a o které by se mohla v teoretické části opřít. I z toho důvodu byla teoretická část zaměřena na obě problematiky zvlášť tak, aby byli čtenáři a čtenářky uvedeni do obou témat a následně si tyto poznatky mohli propojit v praktické části.

Dalším limitem prezentovaných poznatků může být profesní zařazení autorky práce, a tím její angažovanost při formování podoby výzkumu, výběru respondentů a

respondentek, ale také při výběru a postavení výzkumných otázek. Konkrétně u stěžejních otázek mapujících bariéry bylo problematické vysvětlit výzkumnému souboru jejich dělení. Praktickými příklady mohlo dojít ke zkreslení získaných dat. Lze se domnívat, že osoba, která nemá zkušenosti s problematikou obchodování s lidmi, by mohla získat odlišné výsledky výzkumu.

5.2 Konfrontace výsledků s výzkumnými otázkami

Základní výzkumná otázka:

- **Jaké bariéry brání obchodovaným osobám závislým na návykových látkách v přístupu k střednědobé ústavní léčbě závislostního chování?**

Z výzkumné části diplomové práce vzešlo mnoho zajímavých poznatků, jak od klientů a klientek, tak od odborníků a odbornic. Následující diskuze se bude věnovat shrnutí těchto poznatků a za cíl si klade zodpovězení výzkumných otázek, které byly pro tuto práci stanoveny.

- **Jaké mají obchodované a vykořisťované osoby závislé na návykových látkách osobní bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě závislosti?**

Z rozhovorů s respondenty a respondentkami z řad obchodovaných osob závislých na návykových látkách vyplynulo, že nejčastěji uváděné bariéry byly právě ty osobní. Klienti a klientky mezi tyto bariéry řadili neinformovanost a neznalost tohoto prostředí, ale také nemotivovanost. Konkrétně popisovali, jak by měl být daný žadatel či žadatelka připraven na léčbu. Ve většině případů však osobní bariéry narážely na prožité trauma v obchodovací situaci. Jedna z nejčastěji popisovaných bariér reagovala na bezpečné prostředí. Dotazované osoby se ve svých výrocích vyjadřovaly k pocitům strachu nejen z neznámého prostředí, ale s prostředím, kde se necítí bezpečně. V předchozích oblastech přitom zřetelně vyplynulo, že jedna z hlavních potřeb obchodovaných osob je právě bezpečný prostor. Strach vycházel z obav, že by je v léčbě mohl snadno nalézt pachatel, jelikož se jedná o veřejně dostupný prostor. Všichni z dotazovaných uvedli, že raději využívají utajeného bydlení na neveřejné adrese. Mezi respondenty a respondentkami také zazněla obava z připodobnění si léčby k rizikovému prostředí. Panovaly zde obavy z mříží, které asociovaly vězení a následně i obchodovací situaci. Dále jejich strach pramenil z obav, jak bude na prožitá traumata reagovat prostředí léčby. Obávali se nejen ostatních pacientů a pacientek, ale i reakce personálu. S těmito strachy také korespondovala obava z toho, jak o tomto tématu budou hovořit. Respondenti a respondentky uváděli, že pro ně je velmi obtížné vracet se k traumatické události a opakovat svůj příběh. Nedůvěra panovala u skupinových terapií, kde si mnoho z dotazovaných nedokázalo představit, že zde budou hovořit o svých problémech. Mezi další z osobních bariér dotazovaní řadili izolovanost od sociálního prostředí a minimální kontakt s rodinou a blízkými. Z odpovědí dotázaných také

vzešla obava z omezování volného pohybu a svobody daného člověka, což ve většině případů zažívali v obchodovací situaci. Z poznatků je také zřejmé, že každá osoba je velmi individuální a má za sebou jedinečný osud. V tomto případě je velmi důležité reagovat na specifické potřeby, které z této jedinečnosti mohou vycházet.

U dotazovaných z řad pracovníků a pracovníc specializovaných služeb pro obchodované osoby je zřejmé, že stejně jako u předešlé skupiny jsou nejvíce zastoupeny osobní bariéry. Velmi podobně jako předešní dotazovaní uváděli, že mezi osobní bariéry jistě patří nemotivovanost daných jedinců. Další, silně zastoupené bariéry se týkaly právě specifik vycházejících z obchodovací situace. Velmi výrazně se vyskytovalo téma strachu a bezpečnosti, stigmatizace, pocitu viny a studu. Uvedeny byly také možné obavy z nezvládnutí samotné léčby. Strach dle respondentů a respondentek pramenil z obav navázat nové vztahy v léčbě, jelikož u této cílové skupiny mnohdy dochází k narušení vztahových vazeb. Popisovány byly možné obavy z toho, jak hovořit před ostatními o své situaci. Mezi osobní bariéry dotazovaní také uváděli možné připodobnění si léčby k obchodovací situaci. Popsány byly situace, jako jsou mříže na oknech, direktivní přístup, dozorování či nucení k nějaké konkrétní činnosti. Další uváděnou bariérou byl omezený kontakt se sociálním prostředím, rodinou a blízkými.

V rámci rozhovorů s respondenty a respondentkami pracujícími ve střednědobé ústavní léčbě opět zřetelně převažovaly osobní bariéry. Nejčastěji zmiňovanou bariérou byla nemotivovanost daných klientů a klientek. Dále popisovali možnou nedůvěru nejen k pracovníkům a pracovnícím, ale také k celému systému léčby, která vycházela z jejich předešlých situací. Dále respondenti a respondentky uváděli stigmatizaci, pocity viny a studu. Do osobních bariér také řadili neznalost problematiky a celého systému pomoci včetně nastavení ústavní léčby. Jako další možnou osobní bariéru uváděli obavy těchto osob svěřit se svými traumaty, které je potkaly.

Z výše uvedeného je naprosto zřejmé, že u všech respondentů a respondentek převažovaly bariéry osobní. Je tedy patrné, že existují osobní bariéry, které brání obchodovaným osobám v přístupu k střednědobé ústavní léčbě.

- **Může být jednou z bariér prostředí léčby, které těmto osobám připomíná prostředí obchodovací situace?**

Na tuto otázku je dle výše uvedených výstupů možné odpovědět kladně. Na připodobnění si léčby k obchodovací situaci se shodli jak klienti a klientky, tak odborníci a odbornice pracující s obchodovanými osobami. V obou případech byly zmíněny mříže na oknech a omezování volného pohybu. Tato bariéra nebyla zmíněna u pracovníků a pracovníc ústavní léčby.

- **Je jednou z osobních bariér obava ze sekundární viktimizace?**

Z jednotlivých výstupů je patrné, že obavy opakovat obchodovací příběh sdílí opět jak klienti a klientky, tak odborníci a odbornice pracující s obchodovanými osobami. U této otázky také došlo ke shodě s pracovníky a pracovníci léčby, kteří uváděli, že pro tuto cílovou skupinu může být obtížné hovořit o svých traumatech.

- **Může bránit strach o svou bezpečnost ke vstupu do léčby?**

Strach o bezpečnost byla jednou z nejvíce uváděných bariér mezi klienty a klientkami. Popisovali své obavy z toho být na veřejném místě mimo utajené bydlení. Dále uváděli obavy z toho, že v léčbě mohou potkat pachatele či někoho z jeho okolí. Tuto obavu vnímali shodně i pracovníci a pracovníci s obchodovanými osobami. Ke shodě již nedošlo u odborníků a odbornic z ústavní léčby.

- **Existují strukturální bariéry, které znemožňují přístup k střednědobé ústavní léčbě obchodovaným a vykořisťovaným osobám závislým na návykových látkách?**

Respondenti a respondentky z řad klientů a klientek řadili mezi strukturální bariéry pravidla a nastavení léčby. Často uváděli, že si nedokáží představit sociální izolaci včetně omezování v běžných činnostech. Nejčastěji se objevovala obava z omezování kouření a odebrání osobních věcí. Dotazovaní také uváděli možné nezvládnutí režimu léčby, který je velmi strukturovaný. Respondenty i respondentkami byla také uváděna čekací doba. Popisovali, že si nedokáží představit čekat ve chvíli, kdy se konečně rozhodnou pro vstup do léčby. Sdíleli obavy nad tím, zda by toto období zvládli.

Nejčastěji zmiňovanou strukturální bariérou mezi pracovníky a pracovníci s obchodovanými osobami byl shodně, jako ve výše uvedené skupině, režim a pravidla léčby. Často byla zmiňována pravidla, jako je odevzdání různých osobních věcí včetně telefonu. Právě tato pravidla byla připodobňována k obchodovací situaci, kde ve většině případů dané osoby musí odevzdat telefon včetně další osobních věcí. V rámci těchto bariér bylo dotazovanými také zmíněno omezování v kouření cigaret. Všechny uvedené bariéry se opět shodovaly s bariérami, které popisovali klienti a klientky. Navíc byla respondenty a respondentkami zmíněna bariéra ve formě podávání stravy. Dotazovaní si nebyli jistí, zda v léčbě reagují na potřeby klientů a klientek, například pokud by se jednalo o vegetariánství či veganství.

U dotazovaných z řad odborníků a odbornic pracujících v ústavní léčbě byly v rámci strukturovaných bariér uvedeny pouze čekací doba a vysoký práh, který by mohl bránit inteligenčně slabším jedincům v přístupu k léčbě.

- **Může bránit těmto osobám nastavení pravidel ve střednědobé ústavní léčbě?**

U prvních dvou skupin respondentů a respondentek opět došlo ke shodě a totožně uvedli, že nastavení pravidel ve střednědobé léčbě může být bariérou. V obou případech bylo popisováno omezování kouření a odevzdávání osobních věcí včetně mobilního telefonu při vstupu do služby. Dále byla uvedena izolace od okolního sociálního prostředí. Všechny tyto skutečnosti většina z osob zažila v obchodovací situaci.

- **Může bránit těmto osobám nastavení podmínek pro vstup do střednědobé ústavní léčby?**

Všechny skupiny respondentů a respondentek shodly, že jednou ze stěžejních bariér může být čekací doba při vstupu do léčby.

- **Existují systémové bariéry, které znemožňují přístup k střednědobé ústavní léčbě obchodovaným a vykořisťovaným osobám závislým na návykových látkách?**

Respondenti a respondentky z řad klientů a klientek nejčastěji uváděli problémy se zdravotním pojištěním. Popisovali, že je pro ně výhodnější do léčby nenastoupit, než poté dlužit za hospitalizaci. Dalšími zmiňovanými bariérami byla kulturní specifika a jazyková vybavenost. Dotazovaní si nedokázali představit, jak by léčba mohla probíhat, když neumí český jazyk.

Stejně jako u klientů a klientek převažovala u pracovníků a pracovníc s obchodovanými osobami problematika zdravotního pojištění. Dále shodně uváděli kulturní odlišnosti včetně náboženství, jazykovou vybavenost, nelegální pobyt či místní dostupnost. V rámci diskuze s dotazovanými bylo také uvedeno české specifikum, kterým je vysoká tolerance vůči alkoholu.

Systémové bariéry naprosto totožně popisovali také pracovníci a pracovnice z ústavní léčby. Všichni dotazovaní shodně uváděli zdravotní pojištění, kulturní specifika včetně náboženství a jazykovou vybavenost.

- **Brání těmto osobám absence zdravotního pojištění?**

Všechny skupiny respondentů a respondentek se shodly, že zdravotní pojištění je velmi výraznou bariérou v přístupu k léčbě u nepojištěných osob.

- **Brání těmto osobám neznalost českého jazyka? Kulturní rozdíly?**

U této výzkumné otázky opět došlo k absolutní shodě, kdy všichni z dotázaných uvedli, že neznalost českého jazyka, či kulturní specifika vnímají jako bariéry v přístupu k léčbě. Respondenti a respondentky pracující v ústavní léčbě uvedli, že není možné do střednědobé ústavní léčby přijmout osobu bez znalosti českého jazyka.

- **Jsou rozdílné bariéry v přístupu k léčbě dle pohlaví obchodovaných a vykořisťovaných osob závislým na návykových látkách?**

Ve výsledcích výzkumu nebyly zjištěny žádné rozdíly ve vnímání bariér u žen a u mužů. Obě pohlaví popisovala strach vycházející ze zkušeností z obchodovací situace, ale odpovědi se nijak výrazně nelišily. Popisovaná traumata, která si zažili, je zřetelně limitují nejen v přístupu k střednědobé ústavní léčbě, ale v celém životě bez výjimky.

- **Jaké jsou specifické bariéry u obchodovaných mužů závislých na návykových látkách?**
- **Jaké jsou specifické bariéry u obchodovaných žen závislých na návykových látkách?**

Žádná specifika nebyla shledána.

6. Závěr

Z výzkumu je zřejmé, že u obchodovaných osob závislých na návykových látkách existuje mnoho bariér, které jim brání v přístupu k střednědobé ústavní léčbě. Ze získaných poznatků vyplývá, že nejvíce zastoupenými překážkami jsou osobní bariéry, na čemž se shodují všechny skupiny tázaných. Osobní bariéry u této cílové skupiny ovlivňuje zkušenost s obchodovací situací, která vytváří jejich specifické potřeby. Mezi strukturální bariéry řadili respondenti a respondentky pravidla a podmínky vstupu do léčby. Problematický se jevil strukturovaný režim a z něj vyplývající omezení. Dále byla jako stěžejní bariéra vyskytující se u všech skupin respondentů a respondentek uvedena čekací doba při vstupu do léčby. Z výzkumu dále vyplynulo, že existují i systémové bariéry, které brání těmto osobám v přístupu k léčbě. K systémovým bariérám se opět vyjádřily shodně všechny skupiny respondentů a respondentek a uvedly, že sem patří zdravotní pojištění, kulturní specifika, jazyková vybavenost a místní dostupnost.

Tato diplomová práce však nemapuje jen bariéry, ale pohlíží na tuto problematiku z širšího hlediska. Z výzkumu vyplývá mnoho dalších zajímavých poznatků, které napomáhají k lepší orientaci v celé zkoumané oblasti. Mezi ně se řadí například autentické výpovědi klientů a klientek popisujících své zkušenosti z obchodovacích situací. Dále také zmapování znalostí jednotlivých odborníků a odbornic v problematice obchodování s lidmi a závislostí na návykových látkách. Z výzkumu například vyplynulo, že ač všichni z řad odborníků a odbornic by ve své praxi uvítali spolupráci s ostatními zainteresovanými subjekty, doposud k žádné takové spolupráci nedošlo. Dalším zajímavým závěrem je, že z deseti respondentů a respondentek z řad klientů a klientek měly zkušenosti s léčbou pouze dvě respondentky.

Tato diplomová práce se zaměřuje pouze na úzkou část dané problematiky. Bylo by velmi přínosné dále toto téma více prozkoumat a popsat. Jedná se o problematiku, se kterou se budeme potkávat stále častěji a je tedy třeba věnovat jí více pozornosti.

7. Použitá literatura

Aronowitz, A. A. (2009). *Human Trafficking, Human Misery: The Global Trade in Human Beings*. Westport: Praeger

Berkyová, R., (2008). Niektoré odlišnosti medzi rómskymi užívateľmi drog na Hlavnom nádraží v Prahe z pohľadu terénneho pracovníka. Terénny výskum. Praha: Fylozofická fakulta Univerzity Karlovy.

Betancourt, J., Green, A., Carrillo, M., Ananeh-Firemong, O., (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public health reports*, 293 – 302

Burčíková, P., Kutálková, P., Hůle, D. (2008). Cool je-- vědět víc: ústavní výchova a rizika komerčního sexuálního zneužívání. Praha: La Strada Česká republika.

Burčíková, P. (2004). *Obchod s lidmi a nucená vykořisťující práce v České republice*. Praha: AGIS

Caplan, A., et al. (2009). *Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs*. Strasbourg: Council of Europe/United Nations.

Coustasse, A., Singh, K., Trevino, F., (2007). Disparities in Access to Healthcare: The Case of a Drug and Alcohol Abuse Detoxification Treatment Program among Minority Groups in a Texas Hospital. *Hospital Topics*, 85(1), 27-34

CCME (2011). *Boj proti obchodování s lidmi za účelem nucené práce v Evropě!* Brusel: CCME.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. (2013). American Psychiatric Association.

Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina, & kol.: *Drogy a drogové závislosti 2 - Mezioborový přístup*. Kapitola 8/7. Praha: Úřad vlády ČR.

Europol (2011). *Trafficking in Human Beings in the European Union*, The Hague: Europol Public informatik

Fountain, J., Bashford, J., Underwood, S., Khurana, J., Winters, M., Patel, K., Carpentier, C., (2002). Update and complete analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities. Lisboa: EMCDDA.

Global alliance traffic in women (2010a). Beyond Borders: Exploring Links between Trafficking and Migration. Bangkok: GAATW

Global alliance traffic in women (2010b). Beyond Borders: Exploring Links between Trafficking and Migration. Bangkok: GAATW

Global alliance traffic in women (2010c). Beyond Borders: Exploring Links between Trafficking and Migration. Bangkok: GAATW

Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.

Holanová, K. et al. (2007). Instruktažní manuál pro sociální a terénní pracovníky: Obchod s lidmi v ČR. Praha: Denoc, s.r.o.

Honzíková, E. (2010). Specifika telefonní krizové intervence obětem obchodu s lidmi. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, fakulta Zdravotně sociální.

International organization for migration (2007). The IOM handbook on Direct Assistance for Victims of Trafficking. Geneva: IOM

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

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

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

Kotrbová, J. (Eds.). (2015). Zpráva o stavu obchodování s lidmi v České republice za rok 2014. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky odbor bezpečnostní politiky a prevence kriminality.

Kubovičová, K. (2009). Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi. Bratislava: IOM Medzinárodná organizácia pre migráciu.

Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina, & kol: Drogy a drogové závislosti 2 - Mezioborový přístup. Kapitola 8/9. Praha: Úřad vlády ČR.

Kutálková, P. (2009). Obchodování s lidmi a drogy. In I. Preslová a V. Veisová (Eds.), Ženy & drogy: sborník odborné konference (s. 31 - 38). Praha: Sananim

Kutálková, P. (2010). Příliš úzká brána k lidským právům: proces identifikace obchodovaných osob v České republice. Praha: La Strada Česká republika

Kutálková, P., Bandit, R. (2015). Analýza interdisciplinárního přístupu k prevenci obchodování s lidmi. Výzkumná zpráva. Praha: Demografické informační centrum.

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

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. aktualizované vydání k 1. 1. 2014. (2014). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Möstlová, Š. (Eds.). (2011). Zpráva o stavu obchodování s lidmi v České republice za rok 2010. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky odbor bezpečnostní politiky.

Möstlová, Š. (Eds.). (2014). Zpráva o stavu obchodování s lidmi v České republice za rok 2013. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky odbor bezpečnostní politiky.

Nair, P. M. (2010). Human trafficking: Dimensions, Challenges and Responses. Seattle: Konark Publishers International

Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., Bártová, A., (2012). Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR: analýza informačních zdrojů. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K., Provazníková, H. (1999). Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy. 3., rozš. vyd. Praha: Fortuna

Preslová, I., Hanková, O. a kol. (2011). Sexualita a drogy. Sborník odborné konference. Praha: Sananim.

Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane T, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2006;30(3):227-235.

Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina & kol: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Shelley, L. (2010). Human trafficking a global perspective. Cambridge: Cambridge university press.

Sochůrek, J. (2007). Kapitoly z penologie I., II., III. díl. Liberec: Technická univerzita v Liberci

Stobart, E. (2007). Dealing with cases of forced marriage: Practice Guidance for health Professional. London: Foreign and Commonwealth Office

United nations: office on drugs and crime (2008). Toolkit to Combat Trafficking in Persons , Vienna: United Nations publication.

Veteška, J. (2015). Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky. Praha: Wolters Kluwer

WHO (2004). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR.

Zimmerman, C. aj. (2006). Ukradené úsměvy: Souhrnná zpráva o dopadech obchodu se ženami a dívkami v Evropě na tělesné a duševní zdraví. London: The London School of Hygiene & Tropical Medicine

12. kongres OSN o prevenci kriminality a trestní justici: Salvador, Brazílie, 12. - 19. dubna 2010. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Zákony:

Zákon č. 2/1992 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: Sbírka zákonů České republiky. 1993, částka 1, s. 17 – 24.

Zákon č. 86/1950 Sb., trestní zákon. In: Sbírka zákonů republiky Československé. 1950, částka 39, s. 213 – 263.

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. In: Sbírka zákonů Československé socialistické republiky. 1961, částka 65, s. 465 – 511.

Zákon č. 134/2002 Sb., kterým se mění zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 57, s. 3210 – 3215.

Zákon č. 537/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 184, s. 10054 – 10058.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 11, s. 354 – 463.

Zákon č. 137/2001 Sb., o zvláštní ochraně svědka a dalších osob v souvislosti s trestním řízením a o změně zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2001, částka 56, s. 3386 – 3390.

Zákon č. 181/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 66, s. 1850 – 1853.

8. Přílohy

Příloha 1 – písemný informovaný souhlas

Příloha 2 – výzkumné otázky pro polostrukturované interview s obchodovanými osobami závislými na návykových látkách

Příloha 3 – výzkumné otázky pro polostrukturované interview s odborníky a odbornicemi pracujícími ve střednědobé ústavní léčbě

Příloha 4 – výzkumné otázky pro ohniskovou skupinu s odborníky a odbornicemi pracujícími s obchodovanými osobami

Příloha 1 - Souhlas se zpracováním osobních a citlivých osobních údajů

Žádám Vás o souhlas s poskytnutím informací pro diplomovou práci „*Bariéry v přístupu k ústavní léčbě u obchodovaných osob závislých na návykových látkách*“ ve formě audio nahrávky rozhovoru, která bude následně přepsána a použita jako součást diplomové práce.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí účastníků/nic výzkumu. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu účastníků/nic výzkumu – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně výzkumnice).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – účastníci/nice budou mít možnost vyjádřit se k uvedeným informacím a upravit je.**
- (4) Účastníci/nice výzkumu mají právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**
- (5) Informace budou archivovány nejdéle po dobu 1 roku.**

Žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Tereza Šimonová

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji dobrovolný souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

Jméno a příjmení

Datum narození

V Dne Podpis

Příloha 2 - Výzkumné otázky pro obchodované osoby závislé na návykových látkách

Na začátek interview představení výzkumu a témat, oblastí, kterým se budeme věnovat.

- identifikace obchodu s lidmi (dle identifikátorů)
- syndrom závislosti (dle MKN10)

- **první oblast – základní údaje**

- Datum:
- Pohlaví:
- Věk:
- Národnost:
- Forma obchodu s lidmi (OSL):
- Užívaná návyková látka:

OTÁZKY

- **druhá oblast – popis obchodovací situace**

- Mohl/a byste krátce popsat svůj obchodovací příběh? (zaměření na prostředí, ve kterém se jste se pohyboval/a včetně podmínek ubytování, chování pachatelů)
- Jak dlouho jste byl/a ve vykořisťujícím prostředí (obchodovací situace)?
- Využíval/a jste nebo využíváte služeb specializované organizace po vysvobození z rizikového prostředí?
- Jaké služby jste čerpal/a nebo čerpáte ve specializované organizaci?
- Spolupracoval/a jste či spolupracujete s orgány činnými v trestním řízení (OČTŘ)?
- Jak dlouho jste mimo rizikové prostředí?

- **třetí oblast – zmapování drogové kariéry**

- Jak dlouho užíváte návykovou látku?
- Kdy jste návykovou látku poprvé užil/a (před OSL, v průběhu, po OSL)?
- Kdy jste návykovou látku začal/a užívat pravidelně (před OSL, v průběhu, po OSL)?
- Jakým způsobem si návykovou látku aplikujete?

- **čtvrtá oblast – zdravotní stav**

- Máte nějaké zdravotní či psychické problémy v důsledku obchodovací situace? Jaké?
- Máte nějaké zdravotní či psychické problémy v důsledku užívání NL? Jaké?
- **pátá oblast – zkušenosti s léčbou**
 - Léčil/a jste se někdy se závislostí?
 - **Pokud ano:**
 - O jaký typ léčby se jednalo?
 - Dokončil/a jste léčbu?
 - Pokud ne, z jakého důvodu jste léčbu nedokončil/a?
 - **Pokud ne:**
 - Z jakého důvodu jste se se závislostí neléčil/a?
 - Víte, jaké jsou podmínky pro přijetí do ústavní střednědobé léčby?
 - Víte, jaká jsou obecná pravidla v ústavní střednědobé léčbě?
- **šestá oblast – bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě**
 - Setkal/a jste se někdy s bariérami, které Vám bránily ke vstupu do ústavní střednědobé léčby? Jaké?
 - Vnímáte nějaké bariéry, které by Vám mohly bránit ke vstupu do ústavní střednědobé léčby?
 - Jedná se o systémové bariéry? Jaké?
 - Jedná se o strukturální bariéry? Jaké?
 - Jedná se o sociokulturní, osobní bariéry? Jaké?

Příloha 3 - Výzkumné otázky pro pracovníky a pracovnice ústavní střednědobé léčby PL Bohnice

Na začátek interview:

- představení výzkumu;
- představení tématu a oblastí, kterým se budeme věnovat.

- **první oblast – základní údaje**

- Datum:
- Pohlaví:
- Profesní zařazení:
- Délka praxe:

OTÁZKY

- **druhá oblast – znalosti v problematice obchodování s lidmi**

- Víte co znamená pojem obchod s lidmi? Co si pod tímto pojmem představujete?
- Setkali jste se někdy ve své praxi s obchodovanou osobou?
- Jak byste popsali (definovali) obchodovanou osobu?
- Myslíte si, že mají obchodované osoby svá specifika? Jaká?

- **třetí oblast – spolupráce mezi zainteresovanými subjekty**

- Víte, jaký existuje v České republice systém pomoci pro obchodované osoby?
- Spolupracoval/a jste někdy s organizací poskytující služby pro obchodované osoby?
 - Pokud ano, jak tuto spolupráci hodnotíte?
- Myslíte si, že je spolupráce se specializovanými organizacemi, které poskytují služby obchodovaným osobám, důležitá či potřebná pro Vaši práci? Pokud ano, proč?

- **čtvrtá oblast – bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě**

- Vnímáte nějaké bariéry, které by mohly bránit obchodovaným osobám ke vstupu do ústavní střednědobé léčby?
 - Jedná se o systémové bariéry? Jaké?
 - Jedná se o strukturální bariéry? Jaké?
 - Jedná se o sociokulturní, osobní bariéry? Jaké?

Příloha 4 - Výzkumné otázky pro ohniskovou (fokusní) skupinu

Na začátek ohniskové skupiny:

- představení moderátorek;
- představení výzkumu;
- představení tématu a oblastí, kterým se budeme věnovat;
- představení základních pravidel ohniskové skupiny.

- **první oblast – základní údaje**

- Datum konání:
- Místo konání:
- Počet pracovníků/pracovnic dle profesního zařazení:

OTÁZKY

- **druhá oblast – znalosti v oblasti adiktologie**

- Setkali jste se ve své praxi s obchodovanou osobou závislou na návykových látkách?
- Jak byste popsali (definovali) osobu závislou na návykových látkách?
- Myslíte si, že mají osoby závislé na návykových látkách svá specifika? Jaká?
- Myslíte si, že mají obchodované osoby závislé na návykových látkách svá specifika? Jaká?

- **třetí oblast – spolupráce mezi zainteresovanými subjekty**

- Víte, jaký existuje v České republice systém služeb pro osoby závislé na návykových látkách?
- Spolupracovali jste někdy s institucemi, zařízeními, které poskytují služby osobám závislým na návykových látkách?
 - Pokud ano, jak tuto spolupráci hodnotíte?
- Myslíte si, že je spolupráce s institucemi, zařízeními, které poskytují služby osobám závislým na návykových látkách, důležitá či potřebná pro Vaši práci? Pokud ano, proč?

- **čtvrtá oblast – bariéry v přístupu k střednědobé ústavní léčbě**

- Setkali jste se někdy s bariérami, které bránily Vaším klientům/klientkám ke vstupu do ústavní střednědobé léčby? Jaké?

- Vnímáte nějaké bariéry, které by mohly bránit obchodovaným osobám ke vstupu do ústavní střednědobé léčby?
 - Jedná se o systémové bariéry? Jaké?
 - Jedná se o strukturální bariéry? Jaké?
 - Jedná se o sociokulturní, osobní bariéry? Jaké?