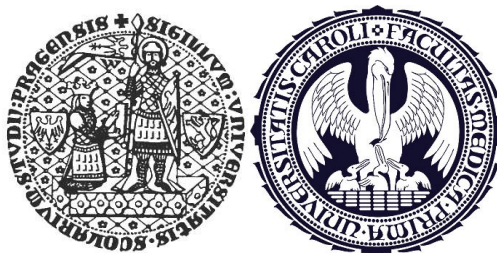


Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Iva Šulcová

**Spolupráce Orgánu sociálně-právní ochrany dětí a klientek
Centra Alma užívajících alkohol**

Cooperation of The Body of Social and Legal Protection of Children and women
addicted to alcohol-clients of the Centre Alma

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lada Broklová

Praha, 2021

Prohlášení

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

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

V Praze, 28. 4. 2021

Iva Šulcová

Identifikační záznam:

ŠULCOVÁ, Iva. *Spolupráce Orgánu sociálně-právní ochrany dětí a klientek Centra Alma užívajících alkohol. [Cooperation of The Body Of Social and Legal Protection of Children and woman addicted to alcohol – clients of the Centre Alma]*. Praha, 2021. 43 stran, 1 příloha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lada Broklová.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Ladě Broklové za její odborné vedení mé bakalářské práce a Mgr. Lence Šťastné za odborné konzultace ve výzkumné části práce. Také bych velmi ráda poděkovala klientkám Centra Alma, které se účastnily výzkumu a věnovaly mi svůj čas. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celé své rodině a blízkým za jejich podporu a pomoc při psaní bakalářské práce.

Abstrakt

Východiska: Fenomén – matky, uživatelky alkoholu je stále více aktuální, specifická ženská skupina na drogové scéně je dána problémy spojenými s těhotenstvím a mateřstvím, rozdílnými biologickými faktory oproti mužům, otázkou péči o dítě. Užíváním návykových látek u matek je mimo jiné ohrožena výchova dítěte, díky čemuž se matky vlivem různých faktorů často dostávají do kontaktu s OSPOD a spolupráce s touto institucí je nezbytností. Nabízí se tedy otázka, jak probíhá spolupráce OSPOD s matkou – užívatelkou alkoholu a jaké to má dopady na konzumaci alkoholu u těchto matek.

Cílem této práce je zjistit, jak se ženy dostaly do péče OSPOD a jaký vliv má informovanost žen o podmínkách dohledu na jejich konzumaci alkoholu.

Metodika: Data byla získána pomocí polostrukturovaného interview, jejichž respondentky byly klientky ambulantního programu. Pro analýzu dat byly využity prvky zakotvené teorie.

Výsledky: Na základě výpovědí respondentek bylo zjištěno, že nejčastějšími okolnostmi, díky kterým se ženy dostaly do péče OSPOD byly hádky a následné vykázaní z bytu partnera/manžela, stejně tak jako udání na OSPOD partnerem/rodinným příslušníkem pro konzumaci návykové látky před dítětem. Druhou nejčastější okolností, která vedla ke kontaktu s OSPOD byl rozchod partnerů a otázka péče o děti. Dále bylo zjištěno, že informovanost žen o podmínkách dohledu nemá vliv na jejich konzumaci alkoholu.

Doporučení: Na základě výsledků výzkumu a nastudování odborné literatury týkající se problematiky matek – uživatelky alkoholu bylo navrženo aktivní zapojení adiktologů do spolupráce s pracovníky OSPOD, case management přístup v oblasti sociálně právní ochrany dětí a rozšíření znalostí sociálních pracovníků v oblasti adiktologie.

Klíčová slova: OSPOD – ambulantní léčba – alkohol – žena – spolupráce – dítě

Abstract

Background: The phenomenon - mothers, alcohol users is increasingly relevant, the specificity of the female group in the drug scene is given by problems associated with pregnancy and motherhood, different biological factors compared to men, the issue of child care. Among other things, the use of addictive substances by mothers endangers the upbringing of the child, thanks to which mothers often come into contact with OSPOD due to various factors, and cooperation with this institution is a necessity. The question therefore arises as to how the OSPOD cooperates with the mother - an alcohol user and what are the effects on alcohol consumption by these mothers.

The aim of this work is to find out how women got into the care of OSPOD and what effect has women's awareness of the conditions of supervision on their alcohol consumption.

Methods: Data were obtained through a semi-structured interview, the respondents were clients of the outpatient program. Elements of grounded theory were used for data analysis.

Results: Based on the testimonials of the respondents, it was found that the most common circumstances that put women in OSPOD care were quarrels and subsequent expulsion from the partner's / husband's apartment, as well as reporting to the OSPOD partner / family member for substance use before the child. The second most common circumstance that led to contact with OSPOD was the separation of partners and the issue of child care. Furthermore, it was found that women's awareness of the conditions of supervision does not affect their alcohol consumption.

Recommendations: Based on the results of research and study of literature on the issue of mothers - alcohol users, the active involvement of addictologists in cooperation with OSPOD staff was suggested, a case management approach in the field of social and legal protection of children and expanding the knowledge of social workers in addictology.

Key words: Authority child protection - outpatient treatment - alcohol - woman - cooperation – child

Obsah

1. Úvod	9
2. Charakteristika populace žen závislých na alkoholu	10
3. Genderové odlišnosti závislých žen na alkoholu	11
3.1 Metabolické důvody.....	11
3.2 Komorbidita	11
3.3 Ženy – partnerky	11
3.4 Ženy – matky.....	12
4. Ohrožené skupiny žen	12
5. Situace užívání alkoholu u žen v ČR	14
6. Sociálně právní ochrana	16
6.1 Co je OSPOD.....	16
6.2 Opatření a význam sociálně právní ochrany dětí	16
6.3 Spolupráce OSPOD s rodiči – uživateli návykových látek.....	16
7. Léčba matek – uživatelů alkoholu v Centru Alma, z. ú.	18
8. Výzkum	20
8.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek	20
8.2 Výběr Výzkumného souboru	20
8.3 Metody sběru dat.....	20
8.4 Analýza získaných dat.....	21
8.5 Etické aspekty výzkumu.....	21
9. Výsledky	22
9.1 Popis výzkumného souboru.....	22
9.2 Cíl 1: Popsat okolnosti, díky kterým jsou ženy v péči OSPOD.....	25
9.3 Cíl 2: Popsat, zda a jak jsou ženy informovány, jak bude probíhat dohled OSPOD během léčby a jaké jsou podmínky dohledu.....	27
9.4 Cíl 3: Popsat, jak klientky vnímají vliv dohledu OSPOD na jejich konzumaci alkoholu a spolupráci při ambulantní léčbě	30
10. Omezení studie a kvalita dat	34
11. Diskuze	35
12. Závěr	39

Seznam použité literatury.....	40
Přílohy.....	42

1. Úvod

Ve své praxi adiktologa v adiktologické ambulanci, často spolupracuji s ženami, které jsou do naší organizace posílány Orgánem sociálně právní ochrany dětí. Charakteristika těchto žen je vždy velmi podobná – svobodná matka užívající návykové látky, žijící s partnerem, rovněž uživatelem návykových látek, s dlouhodobou historií spolupráce s OSPOD (většinou kriminální, ohrožující výchovu dítěte). Motivace řešit problém s užíváním návykových látek (alkoholu) je ve většině případů pasivní a tyto ženy neví, kam jsou posílány, co mohou od ambulantní léčby očekávat, jaké to bude mít pro ně dopady. Z toho důvodu jsem se rozhodla tomuto tématu cíleně věnovat.

Navíc fenomén – matky, uživatelky je stále více aktuální, specifická ženské skupiny na drogové scéně je dána problémy spojenými s těhotenstvím a mateřstvím, rozdílnými biologickými faktory oproti mužům. Naše společnost má ohledně žen, které jsou závislé na návykových látkách mnoho předsudků a stereotypního chování. Mojí snahou bylo přistupovat ke každé klientce s čistou myslí, bez předsudků a očekávání.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V teoretické části jsem se věnovala genderovým specifikám žen – uživatelce, jaká je současná situace s užíváním alkoholu u žen, specifikám práce s těmito ženami u OSPOD. Na závěr popisuji metodiku práce s touto cílovou skupinou v Centru Alma, z.ú.

V empirické části jsem se zabývala tím, jak se ženy dostaly do péče OSPOD, jaké mají informace ohledně plnění doporučené léčby a zda tato skutečnost a dohled OSPOD má vliv na jejich konzumaci alkoholu.

2. Charakteristika populace žen závislých na alkoholu

Ženy závislé na alkoholu vykazují některé podobné znaky. Závislost se u nich vyvíjí dříve než u mužů, k rozvoji závislosti u nich dochází nejčastěji ve středním věku mezi 40 – 50 lety (syndrom prázdného hnízda), alkohol na veřejnosti konzumují méně než muži – pijí většinou skrytě doma (stigmatizace společnosti). Častá je také kombinace s jinými psychickými nemocemi, nejčastěji depresemi, úzkostmi. Významným znakem této skupiny je také abúzus u partnera, nebo jiné blízké osoby. Alkoholismus u žen se rozvíjí častěji jako reakce na stresovou událost v životě (rozvod, rozchod, trauma, konfuse s ženskou rolí).

Počet léčených žen ze závislosti na alkoholu byl v roce 2019 35%, počet léčených mužů 65% . Největší procento zastoupených v léčbě závislosti na alkoholu je mezi 40 – 44 roky (17,3%) (Mravčík, V. et al.,2020).

J. Mariani a M. Martinove studii (2000) probíhající na Slovensku v OLÚP Predná Hora v letech 1995 – 1998, bylo 58% žen léčených ze závislosti na alkoholu vdaných, 75% těchto žen mělo děti a více jak 22% těchto žen bylo rozvedených. Za sledované období z celkového počtu 269 léčených žen 46,8% abstínuje. 71% žen absolvovaly svoji první léčbu, 29% se léčilo opakovaně. Povzbuzující bylo rovněž zjištění, že po první léčbě abstínuje 3. více žen, než po opakované léčbě. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byly ženy ve věku 40 – 50 let. 45% žen bylo vysoce vzdělaných (13% administrativní pracovnice, 12% zdravotní sestry, 10% učitelek). Skoro 23% ze sledovaného souboru je nezaměstnaných.

Další studie Dr. E. Doňka a Dr. J. Doňkové (2008) v psychiatrické nemocnici v Kroměříži, poukazuje na nárůst alkoholismu u žen ve vyšším věku. Sledovaný soubor tvořil 65 nemocných starších 65 let, což je 2,92% ze všech hospitalizovaných v letech 2002 až 2006 na ženském gerontopsychiatrickém primariátě Psychiatrické léčebny Kroměříž. Deset nemocných (5,4 %) bylo pro závislost na alkoholu hospitalizováno v psychiatrické léčebně již dříve ve středním věku. Ve společné domácnosti s manželem, druhem či dětmi žilo 17 nemocných (26,2%), přičemž 3 popíjely společně s partnerem nebo se synem. Příbuzní nebo okolí o závislosti věděli v 50 případech (76,9%), nedokázali jí však zabránit. Většina nemocných (57, tj. 87,6%) pila sama v ústraní, pouze 8 (12,3%) požívalo alkohol veřejně. V 6,2% byla zjištěna kombinace alkoholu s léky; ve třech případech s trankvilizéry, jedna nemocná zapíjela alkoholem hypnotika.

K hospitalizaci na podnět psychiatra došlo v 27 případech (41,5%), praktický lékař doporučil léčbu u 21 žen (32,3%), zbývajících 17 nemocných (26,2%) bylo do psychiatrické léčebny přeloženo ze spádových nemocnic.

3. Genderové odlišnosti závislých žen na alkoholu

3.1 Metabolické důvody

Specifika ženské populace v adiktologii jsou složitou kombinací sociálně kulturních a biologických faktorů, kterými se odlišují od mužů. U žen užívajících alkohol je to rychlejší rozvoj závislosti. Ženy mají menší játra a také nižší schopnost produkovat enzym alkoholdehydrogenázu, který rozkládá alkohol. Jejich tělo obsahuje více tuku, proto alkohol vstřebávají rychleji a dochází u nich při konzumaci stejného množství alkoholu k rychlejší intoxikaci než u mužů. (Miller, 2011, s.318). Co se týče dalších biologických faktorů, národní institut pro užívání drog (NIDA, 2002) uvádí, že ženy zřejmě vykazují vyšší senzitivitu vůči odměnám ve formě drogy. Fyziologicky dané a na první pohled jasné jsou specifické problémy s těhotenstvím a mateřstvím. Ženy se syndromem závislosti na alkoholu začnou pít obvykle alkohol později v porovnání s muži, ale v léčbě se objevují zhruba ve stejném věku jako muži, což může být vysvětleno skutečností, že se u nich syndrom závislosti vyvine mnohem dříve než u mužů. U žen je také začátek nadměrného užívání alkoholu mnohem častěji spojen se stresovou událostí než u mužů (Blume, Zilberman, 2005).

3.2 Komorbidita

Ženy závislost také skrývají a často je do péče odborníka přivádějí jiné, zástupné problémy, o kterých hovoří otevřeně. Stěžují si například na psychické potíže, jako jsou deprese, úzkosti, nespavost, nebo je trápí různé tělesné příznaky (Preslová & Maxová, 2009). Například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům. Tak se vytváří velký počet žen závislých na těchto lécích (Vobořil, 2003). Dle Kotkové (2009) jsou závažným problémem i poruchy příjmu potravy, kdy ženy užívají návykové látky pro anorektický efekt.

3.3 Ženy – partnerky

Dle výzkumů, ženy, které užívají drogy, častěji vyhledávají partnera, který drogy také užívá. Naopak muži častěji hledají partnerky, které drogy neberou, a mnohdy to vnímají jako způsob vyrovnání se se svou vlastní závislostí (Nepustil et al., 2012). Genderové uspořádání je možné sledovat i v užívání drog. Například věk prvního experimentu s drogou je u žen většinou nižší než u mužů, což může být vysvětleno tím, že ženy mají častěji starší partnery, kteří je dostanou do kontaktu s drogami.

Ženy pak mnohdy začnou drogy užívat ve snaze partnerovi pomoci, nebo s ním sdílet společné zážitky a zkušenosti. Frouzová (1996) uvádí, že více než polovina uživatelék dostala svoji první injekci od svého partnera (51 %), zatímco uživatelům jejich partnerka poskytla totéž jen v 10 %. Preslová a Maxová (2009) také uvádí, že v dnešní době je mnohem více zastoupeno otců – uživatelů, zatímco dříve byli zastoupeni více otcové – neuživatelé. To má za následek, že pokud

se žena rozhodne k léčbě, vnímá to jako ohrožující, protože to automaticky znamená opuštění drogové scény a partnera.

3.4 Ženy – matky

Genderová role ženy je velmi často ve společnosti spojována s rodinným životem a péčí o dítě. Společnost závislou ženu odsuzuje více než muže, a to v souvislosti s její ženskou rolí ve společnosti. Žena – uživatelka návykových látek má problémy s užíváním drog a zároveň zklamala ve své roli matky a ženy. Ženy se tak častěji setkávají s odmítnutím nebo zavržením v důsledku své drogové kariéry ze strany svých rodičů i širší rodiny (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012). Závislost se ženy často bojí přiznat, protože by jim mohly být odebrány děti z péče, proto často pijí skrytě a samy, alkohol schovávají. Častým jevem je rozvoj závislosti na mateřské dovolené. Ženě role matky může přinášet seberealizaci, zaměření na péči o dítě se stává středobodem a náplní života, seberealizací ženy. Žena získává kompetence a v podstatě má nad péčí dítěte moc. Zároveň může docházet k izolaci a separaci od okolí – žena se věnuje dítěti a nemá tolik času věnovat se sama sobě, ztrácí do určité míry svobodu, navíc péče a zodpovědnost sebou nese i stres, což může vyústit k vyšší míře konzumu alkoholu. Ve středním věku pak dochází k syndromu prázdného hnízda – dítě odchází z domova a žena najednou nemá kam svoji péči směřovat, její život „je prázdný“ a úkolem ženy je v tuto chvíli hledat seberealizaci jinde, což může být velmi těžký a pro některé ženy často i nepředstavitelný cíl. Dalším aspektem rozvoji závislosti může být i nechtěná sociální role na poli zaměstnání, rodinného stavu, nebo rodičovství. Jako významné riziko se ukazují i dvě rodičovské situace: bezdětnost ženy s touhou po dítěti; žena mající děti uvádějící, že jich má příliš mnoho nebo, že mít děti není důležité.

4. Ohrožené skupiny žen

První ohroženou skupinou jsou ženy, které začaly užívat alkohol již v útlém věku, pijí ve vrstevnické skupině s lehkovážným přístupem k životu, experimentují a snaží se držet krok s mužskými partnery. Alkohol slouží jako stmelovací prvek pro mladé ženy, kterým chybí pracovní návyky a je zde oslaben pocit zodpovědnosti a finanční samostatnosti (Mikitová, 2006). Dále se jedná o ženy, které pijí ve společnosti, kde se alkohol užívá velmi často a nedisciplinovaně. Tyto ženy upřednostňují bohémský a extrovertní způsob života, který je spojený s vysokou tolerancí alkoholu. Toto nadužívání alkoholu často souvisí se zaměstnáním ženy, jedná se o pracovní pozice v mužském kolektivu, případně kolektivu, kde je alkohol na pracovišti tolerován (Mikitová, 2006). Další ohroženou skupinou žen jsou matky, kterým odcházejí dospělá děti z domova. Jedná se o tzv. syndrom prázdného hnízda, kdy v životě ženy nastává prázdné místo a žena nezná jiného způsobu seberealizace či uplatnění svých citů a znalostí (Nešpor, 2011). Mikitová (2006) dále uvádí, že ohroženou skupinou žen jsou manželky podnikatelů nebo společensky významných mužů – zelené vdovy. Alkohol v tomto případě slouží jako prostředek úlevy od zátěže, pocitů samoty či méněcennosti. Moment ztráty

blízkého člověka specifikuje další skupinu žen, které mohou být ohroženy alkoholismem. Nejedná se pouze o ztrátu blízké osoby ale také o dlouhodobý stav, ve kterém se žena není schopna s odchodem blízkého člověka vyrovnat (Špatenková, 2004). Ohroženou skupinou jsou také ženy v domácnosti, nezaměstnané ženy a ženy na rodičovské dovolené. Všechny tyto ženy může spojit osamělost, pocit nedocenění, zůstávají bez pozornosti ve svých potřebách, frustrované v dosahování jiných cílů (Heller, Pecinová, 2011). Velmi výraznou ohroženou skupinou jsou ženy alkoholiků. Tyto ženy mnohdy přijímají partnerův pijanský životní styl. Závislost partnerky lze vnímat také jako příznak spoluzávislosti, kdy alkohol původně pomáhal mírnit problémy a byl úlevou v bezradě. Jak uvádí Barnard (2011), v případě, že se jedná o ženu, která je v pozici partnera závislého, je zde větší riziko, že upadne do závislosti také. Fyzické násilí či sexuální zneužívání zvyšuje možnost vzniku alkoholismu u žen. Závislost je pak důsledkem neošetřené traumatické události a narušení pocitu jistoty k blízkému člověku. Ženám, které žijí v násilném vztahu, pomáhá alkohol zvládat násilí ze strany partnera a následné pocity bezmocnosti. V tomto případě je problematické následné léčení. Různé teorie tvrdí, že nejprve je nutné vyléčit závislost, protože pokud žena abstínuje, je schopná postavit se násilí a bránit se.

Tento postup se bohužel ukázal jako nevhodný vzhledem k tomu, že se žena vrací zpět do násilného vztahu, kde dlouhodobá abstinence a zároveň zvládnutí útoků násilníka jsou nemožné (Daligand, Bedin, 2014). V tomto kruhu domácího násilí je jediný možný lék odchod do bezpečí a následná léčba závislosti. Samotná léčba ale zdaleka neznamená, že je dotyčná definitivně vyléčená. Až přímý střet s realitou ukáže, jak dokáže žena svému předsevzetí abstinence dostát. Poslední ohroženou skupinou jsou ženy, které mají závislost v rodinné anamnéze, jedná se tedy o dědičnost, biologický faktor závislosti.

5. Situace užívání alkoholu u žen v ČR

Podle výzkumu NAUTA 2019 pilo alkohol denně nebo téměř denně celkem 8,5 % populace (z toho 4,6 % žen), v posledních letech (od r. 2014) lze sledovat nárůst prevalence denní konzumace alkoholu, a to jak u mužů, tak u žen – viz obrázek 1. V Národním výzkumu 2016 uvedlo denní nebo téměř denní konzumaci alkoholu 7,7 % populace (z toho 2,6 % žen). Obě studie a také Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) realizované ÚZIS ČR potvrzují rostoucí trend míry denní konzumace alkoholu v ČR v posledních 10 letech – obrázek 2. (Mravčík, V. et al., 2020).

Časté pití nadměrných dávek alkoholu (definované v této studii jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji) uvedlo ve výzkumu NAUTA 2019 celkem 15,9 % dotázaných, nejvyšší bylo ve věkové skupině 25–44 let (18,8 %). Od r. 2016 prevalence častého pití nadměrných dávek alkoholu roste, zejména u žen – viz obrázek 1. V Národním výzkumu 2016 uvedlo časté pití nadměrných dávek alkoholu (tj. pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou týdně nebo častěji) celkem 12,3 % dotázaných (19,4 % mužů a 5,6 % žen) (Mravčík, V. et al., 2020). U žen rovněž zaznamenáváme dlouhodobý nárůst prevalence rizikového a škodlivého užívání alkoholu mezi l. 2012 a 2019 – viz obrázek 3.

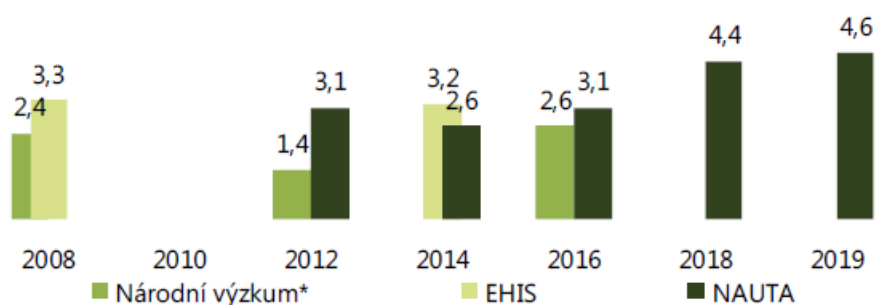
Obrázek 1: Denní konzumace alkoholu a epizodické pití nadměrných dávek alkoholu v obecné populaci ve věku 15 a více let – studie NAUTA 2012 – 2019, v % (Mravčík et al., 2020)

Indikátory intenzivní konzumace alkoholu	2012	2014	2016	2018	2019
Pití alkoholu denně nebo téměř denně					
Muži	10,2	7,7	9,2	11,3	12,7
Ženy	3,1	2,6	3,1	4,4	4,6
Celkem	6,6	5,1	6,1	7,8	8,5
Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu					
Muži	27,8	24,8	20,4	20,0	23,0
Ženy	8,7	9,2	5,2	7,8	9,1
Celkem	18,3	17,0	12,6	13,7	15,9

Pozn.: Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu je definováno jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí nejméně jednou týdně nebo častěji.

Obrázek 2: denní, nebo téměř denní konzumace alkoholu v dospělé populaci (starší 15 let) – srovnání studií z let 2008 – 2019, v % (Mravčík et al., 2020)

Ženy



Obrázek 3: prevalence rizikového a škodlivého pití alkoholu v obecné populaci ve věku 15 a více let – srovnání výsledků studií z let 2012 – 2019, v% (Mravčík et al., 2020)

Kategorie rizika	Výzkum NAUTA* (věk 15+ let)					Národní výzkum užívání návykových látek** (věk 15–64 let v r. 2012 a 15+ let v r. 2016)	
	2012	2014	2016	2018	2019	2012	2016
Rizikové pití alkoholu							
Muži	7,7	8,0	9,0	6,5	7,2	9,8	11,0
Ženy	6,7	6,4	7,5	8,1	8,6	7,8	4,8
Celkem	6,9	7,2	8,3	7,3	7,9	8,7	7,8
Škodlivé pití alkoholu							
Muži	9,9	7,4	12,9	10,8	12,5	11,8	14,5
Ženy	4,3	4,7	5,9	5,5	6,3	4,7	3,8
Celkem	7,1	6,0	9,3	8,1	9,3	8,3	9,0
V kategorii rizika celkem							
Muži	17,6	15,4	21,9	17,3	19,7	21,6	25,5
Ženy	11,0	11,1	13,4	13,6	13,6	12,5	8,6
Celkem	14,0	13,2	17,6	15,4	17,2	17,0	16,8

Pozn.: * Rizikové pití je definováno jako průměrná denní konzumace 20–40 g čistého alkoholu u žen a 40–60 g u mužů, škodlivé pití je definováno jako průměrná denní konzumace >40 g čistého alkoholu u žen a >60 g u mužů.

** Podle výsledků screeningové škály CAGE je rizikové pití vymezeno získáním 1 bodu na 4položkové škále, škodlivé pití je vymezeno jako získání 2 nebo více bodů na škále.

6. Sociálně právní ochrana

6.1 Co je OSPOD

OSPOD, neboli Orgán sociálně-právní ochrany dětí, je státní orgán, který je pověřen péčí o děti, respektive ochranou jejich práva na příznivý vývoj ve fungující rodině. Hlavním cílem tohoto orgánu je podniknout potřebné kroky pro blaho dítěte, tedy vytvořit vhodné prostředí pro jeho růst a vývoj a zastupovat jeho zájmy. Dítětem se rozumí nezletilá osoba (MPSV, 2013).

Nejvíce povinností z hlediska sociálně právní ochrany dítěte mají ze zákona obecní úřady a obecní úřady s rozšířenou působností, jelikož jsou nejbližší jednotlivým případům, můžou tedy bezprostředně sledovat ochranu práv dítěte a včas činit potřebná opatření se znalostí problému a místních podmínek (MPSV, 2013).

6.2 Opatření a význam sociálně právní ochrany dětí

Zákon o SPOD říká, v jaké situaci je vhodné učinit opatření, potřebná k zajištění ochrany dětí, je to zejména v situacích, které ohrožují řádnou výchovu a příznivý vývoj dítěte (např. užívání návykových látek), a zároveň tyto situace, rodiče, nebo osoby odpovědné za výchovu dítěte, nemohou nebo nejsou schopni sami vyřešit. OSPOD by se měl snažit omezit nebo odstranit negativní vlivy, které na dítě působí, hovoříme v tomto případě o sanaci rodiny (Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí). Cílem sanace je vytvořit a učinit taková opatření, která směřují k odvrácení možnosti odebrání dítěte z rodiny. Tím je např. doporučení, vyhledat zařízení zabývající se léčbou závislosti na návykových látkách. OSPOD může rovněž podat návrh k soudu k vydání předběžného opatření svěřením dítěte do péče jiné osoby (nejčastěji příbuzní), v horším případě podat návrh na ústavní výchovu dítěte.

6.3 Spolupráce OSPOD s rodiči – uživateli návykových látek

Pokud dojde k oznámení či podezření na užívání či užití drog v rodině, matkou či otcem, je nutné vyjasnit situaci, jak to vlastně s uživatelem a braním návykových látek vypadá. Možnosti, kdy se rodina dostane do kontaktu OSPOD je celá řada, nejčastěji se jedná o kontakt na základě oznámení rodiny, policie ČR, školského zařízení, lékaře. Pracovník OSPOD musí vyhodnotit získaný podnět a na základě provedeného vyhodnocení případně zahájí práci s rodinou.

V evidenci OSPOD jsou zařazeny pouze ty děti, u nichž bylo v rámci důkladného vyhodnocení zjištěno, že zneužívání návykových látek rodiči vede k nepřiměřenému ohrožení příznivého vývoje dítěte. Práce kurátora tak není primárně prací s rodiči, avšak pokud kurátor vyhodnotí, že dítě je ohroženo, pracuje s rodinou jako se systémem. Do rodiny patří nejen zákonní zástupci, ale i partneři a partnerky ve společné domácnosti. U uživatelů návykových látek často užívá i partner a je třeba tuto situaci také řešit (nejen směrem ke škodlivosti a vlivu na vztahovou obou, ale zejména v kontextu vlivu na dítě, zejména v případě společného soužití).

Práce s rodičem, uživatelem návykových látek, probíhá nejprve poradenstvím v oblasti SPOD. Snahou je pozitivní motivace klienta ke změně a náhledu na situaci.

Pokud kurátor zařadí na základě provedeného vyhodnocení situace dítěte do evidence SPOD, vypracuje společně s dítětem a rodičem IPOD (individuální plán ochrany dítěte). V IPOD musí být nastaveny cíle, kterých chce kurátor v rámci své intervence v rodině dosáhnout a kroky vedoucí k jejich naplnění. Kurátor musí průběžně situaci vyhodnocovat a případně může využít svých autoritativních opatření např. nařízením některého z výchovných opatření, včetně povinnosti využít odbornou pomoc.

OSPOD je koordinátorem všech služeb, které se u rodiče užívajícího návykové látky setkávají. OSPOD vyhledává a upřednostňuje takové služby, které umožňují nepřerušit trvalé soužití rodiče užívajícího návykové látky a dítěte. Od služby OSPOD neočekává, že naplní jeho představy o práci s rodičem. Bez ohledu na tyto odlišnosti spolu partnersky a úzce OSPOD a služba spolupracuje. Pro svoji práci s rodičem OSPOD definuje službě zakázku, která je reálně splnitelná.

Rámec zakázky je definován zejména na případové konferenci, za účasti OSPOD, rodiče a služby. Zakázka je tak dohodou všech tří stran. Ať v případě dobrovolné či nařízené spolupráce s odborným pracovištěm, měly by být ujasněny základní otázky spolupráce a vzájemné informovanosti nejlépe formou trojstranné dohody, kdy je prostor pro vyjasnění spolupráce, četnosti a také informovanosti OSPOD o situaci klienta. Služba neposkytuje informace o osobních tématech klienta, co je přesným obsahem konzultací apod. Je třeba mít na paměti, že zprávy a informace podává služba vždy písemně (pokud není dohodnuto jinak) a pouze v rozsahu svých kompetencí. Služba hodnotí a pracuje na problému užívání návykové látky či patologického hráčství, není kompetentní hodnotit např. rodičovské dovednosti apod.

Je nutné si uvědomit (a pracovat na tomto tématu s klientem), že to, že rodič přestane užívat návykové látky, neznamená automaticky, že je dobrým rodičem.

Pracovník OSPOD by měl vždy průběžně zvažovat zapojení jednotlivých služeb, jejich vhodnost, efektivitu a přínos, tak aby nebyl rodič službami zahlcen (Kolektiv autorů, 2018).

7. Léčba matek – uživatelé alkoholu v Centru Alma, z. ú.

Centrum Alma, z. ú. poskytuje zdravotní, sociální a adiktologické služby pro uživatele alkoholu, nelegálních drog, patologické hráče a jejich blízké, poskytované ambulantní formou. Historicky bylo Centrum Alma založeno jako resocializační program pro ženy závislé na alkoholu a i v současné době jsou převážnou klientelou ženy, léčící se ambulantní formou a v následné péči po ústavní léčbě PN Bohnice. Do Centra Alma jsou rovněž hojně posílány klientky OSPOD, které se s podobným typem léčebného zařízení nikdy nepotkaly, a u kterých OSPOD vyhodnotí spolupráci jako nutnou. Spolupráce s touto klientelou je často náročná – klientky často ani přesně neví, z jakého důvodu je OSPOD posílá a ve většině případů „nemají problém“. Nezřídka se stává, že situaci bagatelizují a zkreslují, proto je vždy vhodné vyžádat informovaný souhlas a kontaktovat pracovníci OSPOD. Situaci ani neulehčuje fakt, že samy pracovníce OSPOD často přesně neví, kam tyto klientky posílají, co služba poskytuje a co má klientka v rámci léčby plnit. Trojstranný kontrakt je z toho důvodu velmi obtížné formulovat a tato kompetence zůstává převážně v rukou adiktologa, který pak určuje vhodný postup léčby.

Po vstupním adiktologickým vyšetření je s klientkou OSPOD naplánován individuální léčebný plán. S klientkou je vždy dohodnuto, aby se podrobovala 2x týdně dechovým zkouškám na alkohol (vyžaduje OSPOD jako přímý důkaz, že klientka nebyla pod vlivem alkoholu) a zahájí se intenzivní 3 měsíční spolupráce, kdy klientka dochází jednou, až dvakrát týdně na individuální konzultace s adiktologem a jednou týdně (dle časových možností klientky) na motivační skupiny. Dle stavu a motivace klientky lze zvážit i braní antabusu (někdy vyžaduje OSPOD), ale ve většině případů na tuto intervenci klientky přistoupí až v další fázi léčby, pokud setrvají a jejich motivace abstinovat se zvýší. S klientkou je tedy dobré v první fázi léčby pracovat na motivaci k abstinenci a na upevňování terapeutického vztahu (klientky často pracovníky ambulance berou jako další represivní orgán, který usiluje o odebrání jejich dětí, ne jako partnery, kteří se snaží pomoci). Na začátku spolupráce je dobré s klientkou řádně vykomunikovat, jaké informace budou OSPOD sdělovány (docházka, dechové zkoušky, doporučení), ne co je obsahem sezení a jaká jsou výchovná doporučení. Součástí spolupráce s klientkou je také vyhodnotit, zda je vhodná ambulantní léčba, nebo jiný typ léčebného zařízení (ústavní léčba).

Pokud adiktolog vyhodnotí, že ústavní léčba se jeví jako efektivnější, je vhodné klientce tuto skutečnost sdělit, nástup a rozhodnutí je ale na klientce a obvykle bývá dlouhým předmětem spolupráce (např. až rok, dva). Adiktolog průběžně ve spolupráci s OSPOD na jeho žádost vypracovává zprávy o spolupráci s klientkou, je s OSPOD v telefonickém kontaktu. Na návrh OSPOD se zúčastňuje případových konferencí, kde spolu s ostatními pracovníky vymýšlí plán podpory pro klientku a nachází alternativy řešení. Jelikož je i mimo jiné častým tématem klientek výchova dítěte a sociální situace (dluhy, zaměstnání, soc. dávky), je vhodné přizvat ke spolupráci rovněž dětského psychologa a sociálního pracovníka. Častým znakem u těchto klientek je, že předčasně vypadávají z léčby a opakovaně na návrh OSPOD zahajují spolupráci.

Ačkoliv v mnoha příručkách a manuálech je kladen důraz na sanaci celé rodiny od návykových látek (rovněž i partnera), je ve skutečnosti ojedinělým jevem, že jsou do Centra Alma posláni k léčbě partneři, či manželé klientek, kteří jsou rovněž uživatelé návykových látek. Zodpovědnost je v tomto případě kladena více na ženu a otázka otce – uživatele neřešena.

8. Výzkum

8.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Hlavní výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jak se ženy dostaly do péče OSPOD a jaký vliv má informovanost žen o podmínkách dohledu na jejich konzumaci alkoholu.

Díličí výzkumné cíle a výzkumné otázky

Cíl 1: popsat okolnosti díky kterým jsou ženy v péči OSPOD.

VO 1: Jaké okolnosti vedly k tomu, že jsou ženy v péči OSPOD?

Cíl 2: popsat, zda a jak jsou ženy informovány, jak bude probíhat dohled OSPOD během léčby a jaké jsou podmínky dohledu.

VO 2: Jaké informace mají ženy o dohledu OSPOD a co musí v rámci dohledu plnit?

Cíl 3: popsat, jak klientky vnímají vliv dohledu OSPOD na jejich konzumaci alkoholu a spolupráci při ambulantní léčbě.

VO 3: Jak klientky vnímají vliv dohledu OSPOD na jejich konzumaci alkoholu a jak tato skutečnost ovlivňuje jejich spolupráci při ambulantní léčbě?

8.2 Výběr Výzkumného souboru

Kritéria zařazení respondentů do studie byla následující: žena – uživatelka alkoholu, spolupráce s OSPOD a docházení do ambulantního programu/následné péče. Výběr výzkumného souboru proběhl metodou záměrného účelového výběru přes instituci. Metoda záměrného účelového výběru přes instituce patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu, a jak píše Miovský (2006), je v tomto případě nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru. Bylo osloveno celkem 10 respondentek a bylo tedy realizováno 10 výzkumných rozhovorů.

8.3 Metody sběru dat

Pro účel tohoto výzkumu byl zvolen jako nástroj získávání dat polostrukturované interview.

Polostrukturované interview je metoda, kdy si výzkumník vytvoří okruh otázek, na které se bude ptát (viz příloha 1). Pořadí otázek může zaměňovat a přizpůsobit, aby mohl v průběhu rozhovoru pružně reagovat na nově objevená témata a zajímavosti, které pomohou lépe odpovědět na výzkumné otázky a rozhovor obohacují (Mioviský, 2006).

Výhodou polostrukturovaného interview je možnost pokládat doplňující otázky a dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při plně strukturovaném interview (Mioviský, 2006) a možnost reflektovat i neverbální projevy respondenta (výraz tváře, výška hlasu, postavení těla a odmlky

v průběhu interview). Naopak nevýhodou může být zkreslení, nebo chybná interpretace odpovědí respondenta výzkumníkem a lživé odpovědi respondenta (nedůvěra respondenta k výzkumníkovi).

8.4 Analýza získaných dat

Příprava dat k analýze spočívala nejdříve ve fixaci dat pomocí audiozáznamu. Dle Miovského (2006) má tento způsob nespornou výhodu v komplexnosti záznamu a v jeho autentičnosti. Pro převedení dat do textové podoby byla použita metoda transkripce. Došlo tak k první redukci dat, protože z audiozáznamu nelze zaznamenat vše. Pro zpřesnění transkripce byla použita technika kontrola transkripce opakovaným poslechem (Miovský, 2006).

Následovala redukce prvního řádu, kdy z textu byly odstraněny například nedokončené věty, výpovědi, které se opakovaly, nevztahovaly se k výzkumnému tématu, nebo dle Miovského (2006) vynechání částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci.

V případě tohoto výzkumu byly použity prvky **zakotvené teorie**.

Na základě otevřeného kódování byly nejdříve vybrány údaje (teoretické pojmy) přidělené jednotlivým událostem, které byly spočítány a uvedeny do stejných kategorií, na základě podobného jevu. Následně byly pro přehlednost vytvořeny tabulky s jednotlivými kategoriemi, kde je uveden příslušný počet událostí (pojmu).

8.5 Etické aspekty výzkumu

Vzhledem k tomu, že výzkum byl vždy realizován ve známém a bezpečném prostředí respondentek, kde bylo zabezpečeno soukromí (v místnostech ambulantního zařízení), byl výzkumník a zároveň účastníci výzkumu v bezpečí chráněné instituce. Účastníci výzkumu byli dále chráněni tak, že byli ujistěni o anonymitě dat a výpovědí a s každým respondentem byl před zahájením rozhovoru ústně uzavřen informovaný souhlas, jenž obsahoval informace o studii a jejím účelu a o možnosti nahrávání interview. Participace na výzkumu byla zcela dobrovolná a jeho účastníci ho mohli v jeho průběhu kdykoliv přerušit. Záměnou jmen byla data zabezpečena tak, aby nedošlo k újmě klientů a osob, s kterými výzkum bezprostředně souvisel. Data nebudou poskytována dalším osobám, ani institucím.

9. Výsledky

9.1 Popis výzkumného souboru

Během podzimu 2020 bylo provedeno celkem 10 rozhovorů s klientkami Centra Alma, které spolupracují s OSPOD. Respondentky byly ve věku 31 – 56 let, jejich průměrný věk je tedy 43, 9 let. Všechny respondentky jsou české národnosti. Dle diagnostiky MKN-10 se respondentky pohybovaly na hranici rizikového užívání až závislosti.

Drogová kariéra

Hlavní užitou drogou byl ve výzkumném souboru alkohol. Pouze 1 respondentka užívala ještě pervitin. Věk prvního experimentování s alkoholem se pohyboval okolo 16 let, což lze považovat za určité období experimentování s drogami. Průměrná délka užívání alkoholu u respondentek se pohybuje okolo 4,6 let. 6 respondentek je na alkoholu závislých, 4 užívají alkohol škodlivě.

Léčebný program

4 respondentky se léčily opakovaně v psychiatrické léčebně, 1 léčba byla vždy nedokončená, 2.řádně dokončená. 2 respondentky se opakovaně léčily v Centru Alma, předchozí léčba byla ukončena. 4 respondentky podstupují první léčbu v adiktologické ambulanci, dříve se nikdy neléčily.

Způsob života respondentek

7 respondentek bydlí v pronajatém bytě, 2 mají vlastní byt a 1 vlastní dům.

Vzdělání respondentek

4 respondentky mají střední vzdělání s výučním listem, 3 respondentky střední odborné s maturitou, 2 respondentky vzdělání základní a 1 respondentka vzdělání vysokoškolské.

Rodinná situace respondentek

6 respondentek je svobodných, 2 respondentky jsou vdané, 1 respondentka je vdova a 1 v rozvodovém řízení. 7 respondentek žije ve společné domácnosti jen s dítětem bez partnera, 2 respondentky žijí samy bez dětí, 1 respondentka žije ve společné domácnosti s partnerem a dítětem.

Ekonomická aktivita

Během výzkumného šetření 3 respondentky měly stálý pracovní poměr, 2 respondentky jsou OSVČ, 2 respondentky byly evidovány na úřadu práce a 2 setrvaly na mateřské dovolené. Popis výzkumného souboru shrnuje tabulka 1.

Tabulka 1 Popis výzkumného souboru

R	Věk	Užívané návykové látky	Doba užívání	Počet léčebných programů	Vzdělání
R1	43	alkohol	2roky	3 (1 dokončená, 1 nedokončená, 1 probíhající)	VŠ
R2	47	alkohol	1rok	1 (probíhající)	Střední odborné s maturitou
R3	41	alkohol	8let	2 (1 nedokončená, 1 probíhající)	Střední odborné s maturitou
R4	31	alkohol	10let	2 (1 dokončená, 1 probíhající)	Střední odborné s výučním listem
R5	56	alkohol	1rok	1 (probíhající)	Střední odborné s výučním listem
R6	48	alkohol	2roky	1 (probíhající)	Střední odborné s výučním listem
R7	47	alkohol	10let	3 (1 nedokončená, 1 dokončená, 1 probíhající)	Střední odborné s maturitou
R8	46	alkohol	3roky	2 (1 dokončená, 1 probíhající)	Základní
R9	37	Alkohol, pervitin	5let	1 (probíhající)	Střední odborné s výučním listem
R10	43	alkohol	4roky	1 (probíhající)	Základní

Tabulka 1 Popis výzkumného souboru

R	Rodinná situace	Způsob života	Ekonomická aktivita
R1	Rozvedená (3 děti)	Podnájem	Ekonomicky aktivní – stálé zaměstnání
R2	Svobodná (1 dítě)	Podnájem	Ekonomicky aktivní – stálé zaměstnání
R3	Vdova (1 dítě)	Podnájem	Ekonomicky neaktivní - ÚP
R4	Svobodná (2 děti)	Podnájem	Ekonomicky aktivní – příležitostné brigády
R5	Vdaná (1 dítě)	Vlastní byt	Ekonomicky aktivní – stálé zaměstnání
R6	Svobodná (2 děti)	Vlastní dům	Ekonomicky aktivní – OSVČ
R7	Svobodná (2 děti)	Vlastní byt	Ekonomicky aktivní – OSVČ
R8	Vdaná (3 děti)	Podnájem	Ekonomicky neaktivní - ÚP
R9	Svobodná (3 děti)	Podnájem	Ekonomicky neaktivní - MD
R10	Svobodná (1 dítě)	Podnájem	Ekonomicky neaktivní - MD

9.2 Cíl 1: Popsat okolnosti, díky kterým jsou ženy v péči OSPOD

Abychom odpověděli na výše položený cíl, bylo potřeba zjistit, jaké události vedly k tomu, že jsou ženy v kontaktu s OSPOD a zda se jedná o více událostí. Odpovědi respondentek byly velmi podobné a některé uvedly i více okolností, jako např. fyzické napadení partnerem, výživné, udání partnerem/příbuznými na OSPOD pro konzumaci alkoholu: „*mámě se nelíbilo, že chodím ven pít s kamarády a děti jsou často samy doma. Často jsme se kvůli tomu hádaly a nakonec to šla říct na OSPOD.*“ Jedna respondentka šla ven s dětmi, kde ji potkala její sociální pracovnice: „*šla jsem ven se sestrou, popíjely jsme pivo a kolem šla moje sociální pracovnice, která mě viděla. Už dříve jsem ale byla na OSPOD vedená kvůli výchovným problémům s dětmi.*“

V polostrukturovaném interview bylo mapováno, jak se respondentky dostaly do kontaktu s OSPOD. U některých respondentek bylo možné zaznamenat více odpovědí. Jedná se o tyto kategorie:

Tabulka 2 Kontakty s OSPOD

Kategorie	Celkem
Hádky, vykázaní z bytu partnera/manžela	4
Rozchod partnerů, otázka péče o děti	3
Udání na OSPOD partnerem/rodinným příslušníkem pro konzumaci NL	4
Hospitalizace v léčebně	1
Výchovné problémy dětí ve škole	1
Úprava výživného na děti	1
Opilost matky s dítětem ve veřejných prostorech	2

Hádky, vykázaní z bytu partnera/manžela

4 respondentky se poprvé dostaly do kontaktu s OSPOD díky hádkám s partnerem, který je fyzicky napadl a zásahu policie, kterou zavolaly. Při zásahu policí se podrobily dechové zkoušce na alkohol, která byla pozitivní: „*Měla jsem partnera psychopata a díky opakovaným hádkám, kdy žárlil a fyzicky mě napadal, jsem volala policii. Samozřejmě jsem si pomáhala alkoholem a vždy nadýchala, takže jsem automaticky byla vede na OSPOD.*“

Udání na OSPOD partnerem/rodinným příslušníkem pro konzumaci NL

Dalším častým důvodem pro kontakt s OSPOD, bylo udání partnerem, nebo rodinným příslušníkem (4 respondentky): „*s partnerem jsme se často hádali a když mě viděl s kamarádkou v létě na terase pít pivo i s malým, tak to okamžitě volal na OSPOD.*“ Nebo respondentka 5: „*chodila jsem v noci po hospodách a nechodila domů, děti se bály a volaly mámě, tak jednoho dne šla na OSPOD a podala návrh na svěřeni do péče.*“

Rozchod partnerů, otázka péče o děti

U některých respondentek, dříve než došlo k řešení situace s NL se důvodem prvního kontaktu s OSPOD stal rozchod partnerů a dohady ohledně péče o děti: *“když jsme se s partnerem rozcházel, chtěl děti výhradně do své péče, s čímž jsem nesouhlasila, tak jsme to řešili přes OSPOD a soudy“*. Pro jednu respondentku bylo důvodem soudy o určení otcovství a následné svěření dítěte do péče: *“otec odmítal platit výživné na dítě, tak jsem požádala soud o určení otcovství a následně úpravu styků s ním a dítětem“*.

Hospitalizace v léčebně

Jedna z respondentek se do kontaktu s OSPOD dostala díky rozvodu s manželem a následné otázce péče o děti, dalším důvodem kontaktu byla hospitalizace v psychiatrické léčebně, kdy manžel požádal o předběžné opatření o svěření dětí do péče: *“do léčebny jsem jít nechtěla a chtěla jsem dát reverz, tak mi dal nůž na krk s tím, že šel na OSPOD a požádal o svěření dětí do péče. To byla pro mě velká motivace“*.

Výchovné problémy dětí ve škole

V některých situacích oznámí škola dítěte na OSPODU, že s daným dítětem není něco v pořádku. Jedná se zejména o výchovné problémy, podezření na zanedbání péče, nebo že vidí matku v podnapilém stavu: *“s malým byly ve škole neustále nějaké problémy, tak jsem musela chodit do školy a řešit to a učitelka si stěžovala, že ze mě táhl alkohol. Prý to bylo opakovaně.“*

Úprava výživného na děti

Pro jednu respondentku bylo jedním z důvodů pro kontakt s OSPOD úprava výživného na děti: *“měli jsme málo peněz a nedaly se tím 3 děti uživit, takže když bývalý partner odmítal výživné navýšit, musela jsem opět kontaktovat OSPOD.“*

Opilost matky s dítětem ve veřejných prostorech

U 2 respondentek došlo k tomu, že byly opilé s dítětem venku, na veřejných prostorech a tato skutečnost byla oznámena příslušným orgánům: *“usnula jsem na dětském hřišti a přestala dávat na malého pozor, tak ostatní matky zavolaly policii, a protože jsem nadýchala, tak samozřejmě kontaktovali OSPOD.“* Respondentka 8: *“paní z OSPODU mě potkala se sestrou opilou venku na procházce, tak se to zase začalo řešit.“*

9.3 Cíl 2: Popsat, zda a jak jsou ženy informovány, jak bude probíhat dohled OSPOD během léčby a jaké jsou podmínky dohledu

V rámci informovanosti klientek, jak bude probíhat dohled OSPOD během léčby a jaké jsou podmínky dohledu bylo důležité zjistit, jaké informace OSPOD předal, pokud respondentky budou plnit léčbu/nebudou plnit doporučenou léčbu, co případně hrozí a co musí v rámci léčby respondentky plnit. V rámci polostrukturovaného interview bylo také zjišťováno, jaké události v rámci dohledu OSPOD zatím proběhly.

4 respondentkám byly informace od OSPOD předány co hrozí, pokud nevyhledají léčbu: „věděla jsem, že pokud nebudu chodit na doléčování, nebudou mi vráceny děti do péče.“ Respondentka 3: *„vyhledat léčbu v Almě bylo jen doporučení, ale pokud by se opakovaly hádky s partnerem pod vlivem alkoholu, Amálka by šla do předběžného opatření k sestře.“* Respondentka 7: *“OSPOD mi řekl, že s léčbou budu mít u soudu lepší vyjednávací pozici a podpoří mě ve střídavé péči, pokud léčbu řádně ukončím“.*

Dalším 6 respondentkám informace od OSPOD předány nebyly a nevěděly, co je čeká, pokud léčbu nevyhledají. Například respondentka 2: *“na policii mi kluka odtrhly a nikdo mi nebyl schopnej říct kde je, natož co hrozí. Ospoďačka se od začátku chovala hrozně agresivně.“*

5 respondentek bylo seznámeno s tím, co konkrétně musí v rámci doporučené léčby v ambulanci plnit, jaké jsou podmínky léčby. Například respondentka 1: *“měla jsem individuální plán od OSPOD, kde jsem měla konkrétní informace, co musím v rámci doléčování plnit.“* Nebo respondentka 3: *“musela jsem 2x týdně chodit na dechové zkoušky a individuální konzultace 1x za 14 dní“.* Ostatním 5 respondentkám bylo doporučeno, aby vyhledali léčbu, ale konkrétní zakázka byla už na dohodě s léčebným zařízením.

U 9 respondentek z 10 respondentek proběhlo ze strany OSPOD několik intervencí v rámci dohledu. Nejčastěji se jednalo o návštěvy soc. pracovníků v domácím prostředí respondentek, o předběžné opatření svěřením dítěte do péče druhé osoby, např. respondentka 1: *“při několikátém incidentu, kdy přijela policie na udání, že jsem opilá, mi odvezli děti do Sluníčka a pak byly v péči mého bratrance“.*

Několik respondentek navštívily soc.pracovnice v léčebně, kde s respondentkami vyjednávaly další postup: *“soc. pracovnice mě navštívila v léčebně, kde mi doporučila, abych od partnera odešla, pokud chci, aby mi Amálka zůstala v péči a domluvily jsme spolu další postup, až léčbu ukončím“.* Jedné respondentce pomohla soc.pracovnice sepsat dopis soudu s potřebnými náležitostmi ke svěřením dítěte do péče.

Přehled výsledků cíle 2, shrnují tabulky 3,4,5. Pro větší přehled byly vytvořeny kategorie s příslušným počtem odpovědí respondentek. U tabulky 4,5 bylo zaznamenáno u každé respondentky vždy více kategorií. Je nutné podotknout, že žádná z respondentek nebyla informována předem o podmínkách dohledu, ani jak bude dohled vypadat. Všechny

respondentky se tuto skutečnost dozvěděly až v rámci probíhajícího šetření, kdy docházelo vždy ke konkrétním krokům.

Tabulka 3 Informovanost respondentek - důsledky neplnění léčby

Kategorie	Celkem
Nenavrácení dětí do péče	2
Předběžné opatření o svěření do péče jiné osoby	2
Neinformováno	6

Tabulka 4 Podmínky dohledu OSPOD

Kategorie	Celkem
Plnění IP	1
Dechové zkoušky	4
Kontrolované braní antabusu	1
Individuální konzultace	3
Skupinová terapie	1
Zakázka na dohodě s léčebným zařízením - bez podmínek	5

Tabulka 5 Intervence OSPOD v rámci dohledu – jak probíhá dohled OSPOD

Kategorie	Celkem
Odebrání dětí do ústavního zařízení	2
Svěření dětí do péče jiné osoby	4
Kontakt s pracovníci OSPOD v psychiatrické léčebně	2
Návštěvy soc.pracovnice v domácnosti/klientky na OSPOD	5
Pomoc soc.pracovnice při vyřizování administrativy	1
Zrušení soudního dohledu ke vztahu k matce	1
Vyžádání zprávy z léčebného zařízení	1
Intervence zatím neproběhly	1

9.4 Cíl 3: Popsat, jak klientky vnímají vliv dohledu OSPOD na jejich konzumaci alkoholu a spolupráci při ambulantní léčbě

V rámci cíle 3 byly respondentky dotazovány, jak ovlivňuje dohled OSPOD spolupráci v léčbě, zda by léčbu vyhledaly samy i bez doporučení OSPOD. 4 respondentky byly do léčby donuceny, samy by léčbu nevyhledaly. Například respondentka 1: *„byla jsem naštvaná, že musím podstupovat další léčbu, bylo toho moc – péče o děti, doléčování, psychoterapie. Na skupiny se mi chodit nechťelo, to sama víte, považovala jsem to za zbytečný.“* Nebo respondentka 5: *„jen kvůli blbýmu nařčení matky, že jsem alkoholička, teď musím chodit na testy. Nemám na to čas a je to pro mě akorát komplikace“.* I přes odpor k léčbě ale respondentka 1 plně abstinguje. Další respondentky naopak vnímají vliv OSPOD pozitivně a jsou rády, že OSPOD zasáhl, respondentka 3: *„věděla jsem už dlouho, že potřebuju pomoci, už před Almy jsem vyhledala 2 psychology. Do Almy chodím ráda, otevírá mi to jiné obzory a pohledy na věc.“* Jiná respondentka díky OSPOD přestala zanedbávat svoje povinnosti a zlepšila se i její docházka do Almy: *„už vždycky čekám to nejhorší, tak se radši zařizuju aspoň 2 kroky dopředu. Naučilo mě to si plnit povinnosti, který jsem dřív zanedbávala a je na mne lepší spoleh. I naši už vidí pokrok.“* Je zajímavé, že i když respondentka 3 vnímá vliv OSPOD pozitivně, přesto neabstinguje úplně a konzumaci alkoholu pouze snížila. Pro 1 z respondentek byl vliv OSPOD hnací silou, aby dokázala, že s alkoholem nemá problém: *„chtěla jsem dokázat hlavně soudu, že s pitím nemám problém, tak jsem si začala obíhat lékaře a v Almě spolupracovala intenzivně, abych měla dobrou zprávu.“* Na 2 respondentky dohled OSPOD neměl žádný vliv, byly motivované a v léčbě spolupracovaly: *„léčila bych se sama i bez OSPOD, chci abstinovat, chci fungovat, chci, aby děti měly funkční mámu“.* Vliv OSPOD na spolupráci respondentek v ambulantní léčbě shrnuje tabulka 6.

Vliv dohledu OSPOD na konzumaci alkoholu se týkalo 6 respondentek ve smyslu snížení konzumace, což můžeme považovat za pozitivní faktor. 3 respondentky začaly abstinovat úplně: *„pro mě je to motivace nepít určitě, ale je to motivace negativní – vím, že starší syn by to šel okamžitě oznámit na OSPOD, takže to mě drží se nenapít.“* Nebo respondentka 2: *„mně už se z toho alkoholu dělá špatně, jen když ho cítím, takže vím, že se nenapiju“.*

Dalším 3 respondentkám se podařilo alespoň konzumaci alkoholu snížit: „pro mě je OSPOD určitě motivace nepít, ale lhala bych, kdybych řekla, že abstinuju úplně. Příležitostně si dám skleničku vína, a tak mi to úplně vyhovuje“.

Některé respondentky ví, že by měly abstinovat úplně, ale nedaří se: „vím, že už jsem se jednou léčila a jsem závislá, ale bydlím na azylu a tam je prostě těžké odolat, takže občas si dám. OSPOD teď po mně chce, abych začala chodit na antabus jako pojistku v abstinenci.“ 2 respondentky konzumují alkohol stejně jako před léčbou: „to, že podstupuju léčbu mi otevřelo oči v některých věcech a pomohlo mi to, ale pořád si myslím, že není špatné si jednou za čas dát někdy skleničku, takže piju jako dřív“. Další 2 respondentky byly motivované abstinovat samy, OSPOD v tom roli nehrál: „asi mi pomohl v nastavení hranic, že se mám jít léčit, ale já jsem chtěla už předtím sama abstinovat a pokusy o abstinenci byly už předtím, než zasáhl OSPOD“. Vliv OSPODU na konzum alkoholu respondentek shrnuje tabulka 7.

Tabulka 6 vliv OSPOD na spolupráci v AL

Kategorie	Celkem
Odpor, vztek	4
Snaha, spolupracující, rozhodnutí k léčbě jako pozitivní faktor	4
Bez vlivu, spolupracující	2

Tabulka 7 vliv OSPOD na konzum alkoholu respondentek

Kategorie	Celkem
Úplná abstinence	3
Snížení konzumu alko	3
Stejná konzumace jako před léčbou	2
Bez vlivu, abstinuje	2

9.5 Shrnutí výsledků

Otázka č.1: Jaké okolnosti vedly k tomu, že jsou ženy v péči OSPOD?

Z odpovědí respondentek vyplývá, že nejčastějšími okolnostmi, které vedly k prvnímu kontaktu s OSPOD byly hádky a následné vykázaní z bytu partnera/manžela, stejně tak jako udání na OSPOD partnerem/rodinným příslušníkem pro konzumaci návykové látky před dítětem. Druhou nejčastější okolností, která vedla ke kontaktu s OSPOD byl rozchod partnerů a otázka péče o děti. Další okolnosti byly zastoupeny v menší míře – dvě respondentky byly opilé na veřejných prostorech s dítětem. Jedna respondentka se dostala do kontaktu s OSPOD díky hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Pro jednu respondentku byly výchovné problémy dětí ve škole prvním důvodem ke kontaktu s OSPOD, stejně tak jako úprava výživného na děti.

Otázka č.2: Jaké informace mají ženy o dohledu OSPOD a co musí v rámci dohledu plnit?

V rámci druhé výzkumné otázky byly respondentky dotazovány, zda mají informace o tom, co bude následovat, pokud nepodstoupí léčbu a jaké intervence/kroky v rámci dohledu OSPOD budou následovat. Zajímavým zjištěním bylo, že žádná z respondentek nebyla informována o plánovaných intervencích předem. 6 respondentek nebylo informováno, co bude následovat, pokud nebudou plnit léčbu. 2 respondentky byly informovány o skutečnosti, že hrozí nenavrácení dítěte do jejich péče a 2 respondentky věděly, že hrozí svěřeni do péče jiné osoby, pokud léčbu nepodstoupí.

3 respondentky, které měly informace ohledně dohledu OSPOD plně abstinovaly, 1 respondentka snížila konzumaci alkoholu. Ačkoliv 4 respondentky informace neměly, tak 2 plně abstinují, 1 respondentka konzumuje alkohol příležitostně a 1 respondentka abstinguje s opakovanými relapsy. U 2 respondentek, které informace rovněž neměly, probíhá stejná konzumace alkoholu jako dříve. Z uvedených výsledků vyplývá, že informovanost respondentek o dohledu OSPOD nemá vliv na jejich konzumaci alkoholu.

Nejčastějšími intervencemi, které proběhly v rámci dohledu OSPOD jsou návštěvy soc. pracovnice v domácnosti klientky, nebo klientky na OSPOD.

Další nejčastější intervencí je svěřeni dětí do péče jiné osoby. Intervence, které byly zastoupeny v menší míře byly u 2 respondentek odebrání dětí do ústavního zařízení a kontakt s pracovníci OSPOD v psychiatrické léčebně. Jedné respondentce byla nabídnuta pomoc s vyřizováním administrativy, u jedné respondentky intervence zatím neproběhly, u další respondentky došlo ke zrušení soudního dohledu.

Polovina respondentek nevěděla, co musí v rámci dohledu plnit a dohoda byla na základě domluvy s léčebným zařízením. Další polovina respondentek informována byla, nejčastější zakázkou byly dechové zkoušky na alkohol a individuální konzultace. Jedna respondentka musela kontrolovaně brát antabus, jedna docházet na skupinovou terapii a jedna plnit individuální plán, v rámci kterého musí podstupovat doléčování.

Otázka č.3: Jak klientky vnímají vliv dohledu OSPOD na jejich konzumaci alkoholu a jak tato skutečnost ovlivňuje jejich spolupráci při ambulantní léčbě?

U 6 respondentek z 10 došlo vlivem dohledu OSPOD ke snížení konzumaci alkoholu, z toho 3 respondentky začaly abstinovat úplně. Většinou se jednalo o motivaci negativní – hrozba odebrání dítěte z péče. 2 respondentky uvedly stejnou konzumaci alkoholu jako před léčbou, tedy že dohled OSPOD neměl na konzumaci alkoholu vliv. 2 respondentky byly motivované plně abstinovat i bez dohledu OSPOD, dohled OSPOD tak neměl na jejich konzumaci vliv.

Odpor a vztek ke spolupráci měly vlivem dohledu OSPOD 4 respondentky, které by samy od sebe léčbu nepodstoupily a nevyhledaly. Naopak 4 respondentky braly vliv dohledu OSPOD jako pozitivní faktor a impuls v životě udělat změnu a začít se léčit, v léčbě byly tedy spolupracující. Další 2 respondentky v léčbě spolupracovaly a byly motivovány i bez dohledu OSPOD.

10. Omezení studie a kvalita dat

Při výběru jednotlivých respondentek, které byly ochotné se zúčastnit výzkumného šetření, jsem se nejdříve potýkala s nespolehlivostí respondentek, kdy některé z nich na smluvený rozhovor nedorazily. Byl tedy problém získat příslušný počet respondentek a musela jsem přímo oslovit orgán SPOD, aby k nám klientky aktivně posílaly. Situaci komplikovala i koronavirová krize, kdy se některé respondentky bály dorazit a musely jsme hledat alternativní řešení poskytnutí rozhovoru (nahrávaný rozhovor přes telefon).

Jelikož všechny dotazované respondentky byly v ambulantní léčbě a u většiny z nich jsem individuálním garantem, kde podávám zprávy o spolupráci OSPOD, mohlo dojít ke zkreslení výpovědí na základě zálibení se a strachu, vypovědět pravdivé informace, ačkoliv respondentky byly samozřejmě ubezpečeny a mlčenlivosti a anonymitě.

Několik respondentek jsem za účelem rozhovoru navštívila i v jejich domácím prostředí, kde na jednu stranu bylo výhodou, že jsem viděla prostředí, ve kterém žijí, na druhu stranu bylo někdy rušivým elementem přítomnost dítěte, které vyžadovalo pozornost respondentky i výzkumníka.

Dalším možným zkreslením výsledků výzkumu by mohla být neznalost odborných termínů respondentek v rámci sociálně právní ochrany dětí, kdy např. v možných postupech OSPOD nezmiňují soudní dohled nad dítětem, nepamatují si všechny intervence, které v rámci OSPOD proběhly atd.

Jistou autentičnost a aktuálnost výpovědí respondentek by mohla zvýšit triangulace použitých metod ve výzkumném šetření – například obsahová analýza dokumentace respondentek orgánu SPOD a konzultace s příslušnými soc. pracovníky. Vlivem ztížené situace jmenované výše nebylo možné tuto validizaci uskutečnit.

11. Diskuze

Nyní se pokusím získané informace konfrontovat s výsledky z již realizovaných výzkumů na podobné téma. Nejprve porovnáám samotný výzkumný soubor. Tvořilo ho 10 respondentek – žen, ve věkovém rozpětí 31 – 56 let, jejich průměrný věk je tedy 43, 9 let, s abúsem alkoholu v průměrné délce 4,6 let.

Podle J.Mariani a M.Martinove (2000), kteří dělali výzkum v OLÚP Predná Hora na Slovensku (269 respondentek, věk 40 – 50 let), vykazuje náš výzkumný vzorek stejný věkový průměr se srovnávaným souborem. Potvrzuje to skutečnost, že u žen v tomto středním věku dochází k syndromu prázdného hnízda a k rozvoji závislosti.

Ve výše zmiňované studii J.Mariani a M.Martinove (2000), bylo 58% žen léčených ze závislosti na alkoholu vdaných a 22% rozvedených. Náš výzkumný vzorek se v tomto ohledu liší, 60% žen je svobodných, pouze 2 respondentky vdané, 1 v rozvodovém řízení a 1 vdova. Možným vysvětlením by mohlo být, že na Slovensku je pospolitost rodiny díky vyššímu počtu věřících větší a dochází k menší míře rozvodovosti a rozvratům rodiny.

U zkoumaných vzorků se rovněž liší vzdělání respondentek. Ženy v našem výzkumném šetření vykazují vzdělání nižší (střední odborné s maturitou, s výučním listem, základní), naopak výzkumný vzorek žen na Slovensku vzdělání vyšší - 45%.

23% žen zkoumaného vzorku na Slovensku bylo nezaměstnaných, v našem výzkumném vzorku byly nezaměstnány a evidovány na ÚP pouze 2 respondentky, což je 20%. Vysvětluje se to tím, že v té době byla Slovensku vysoká nezaměstnanost a pracovních příležitostí je méně než v Praze.

Rozdíl mezi zkoumanými vzorky je i v počtu absolvovaných léčeb. V našem výzkumném vzorku se 60% žen léčilo opakovaně (pobytově, ambulantně), 40% podstupovaly svoji první léčbu. Naopak 71% žen ve zkoumaném vzorku na Slovensku absolvovalo svoji první léčbu a 29% žen se léčilo opakovaně. Neshoduje se to s poměrem žen léčených v našich psychiatrických léčebnách, kde 80% klientů se léčí opakovaně. Zajímavé je rovněž zjištění, že v OLÚP Predná Hora po své první léčbě abstínuje 3.více žen, což je opět v rozporu s poměrem prvotně a opakovaně léčených v našich psychiatrických léčebnách.

Vysvětluji si to možným zkreslením dat, např. tím, kdy pacientům byly dány dotazníky (je velká pravděpodobnost, že pokud dáte pacientům dotazník půl roku po léčbě, budou stále abstinovat, zatímco pokud ho dostanou např. 5 let po léčbě, pravděpodobnost abstinence se snižuje, zatímco po půl roce je pravděpodobnost relapsu/recidivy nižší). Dalším možným vysvětlením by mohla být návratnost dotazníků (např. odpověděli jen abstínující a neabstínující neodpověděli).

Podle studie Dr. E. Doňka a Dr.J. Doňkové (2008) v psychiatrické nemocnici v Kroměříži, stoupá alkoholismus u žen ve vyšším věku, které se opakovaně léčily ve středním věku. Shoduje se to s výzkumnou zprávou Státního zdravotního ústavu o spotřebě alkoholu v ČR v roce 2019, která uvádí, že nejvíce alkoholu pijí Češi ve věku 25 až 64 let. České ženy v průměru vypijí půlku standardního alkoholického nápoje denně (10,5 g alkoholu). Průměrná denní spotřeba alkoholu v celé populaci od roku 2016 mírně stoupá. Rovněž se to shoduje s průměrným věkem našich respondentek (43,9 let), které se léčily již po několikáté. Alkoholismus u žen ve vyšším věku si také vysvětlují tím, že se často konfrontují s úmrtím svých partnerů a s tím spojenou ztrátou opory a většinou i finančního zabezpečení. Ovdovění se u žen ukazuje jako rizikovější faktor začátku abúzu alkoholu než u mužů. Bezsporně další zátěžovou situací pro starší ženu může být i odchod ze zaměstnání (zvláště, pakliže jí práce bavila) do domácího prostředí (nedostatek podnětů zvnějšku), což může ženu vést do jakési izolace, v níž mohou opět dominovat depresivní nálady a tendence k lékovému abúzu, potažmo k pití alkoholu.

Ve výše zmiňované studii bylo 41,5% žen doporučeno do léčby psychiatrem, 32,3% praktickým lékařem a 26,2% přeloženo ze spádových nemocnic. Oproti tomu všechny respondentky v našem výzkumném šetření byly do léčby doporučeny OSPOD, nebo adiktologickou ambulancí. Vysvětlují si to tím, že respondentky v našem výzkumném šetření nebyly před vstupem do léčby v péči žádného psychiatra a nebyly hospitalizovány v nemocnicích, kde by mohlo dojít k podrobnějšímu zkoumání. Rovněž žádná z nich nenavštěvuje svého obvodního lékaře pravidelně.

Nyní budu porovnávat výsledky výzkumu na základě stanovených cílů v bakalářské práci. Prvním cílem bylo zjistit, jaké okolnosti vedly k tomu, že jsou ženy v péči OSPOD.

Z odpovědí respondentek vyplynulo, že nejčastějšími okolnostmi, které vedly k prvnímu kontaktu s OSPOD byly hádky a následné vykázaní z bytu partnera/manžela, stejně tak jako udání na OSPOD partnerem/rodinným příslušníkem.

Dalším častým důvodem byl rozchod partnerů a otázka péče o děti. Shoduje se to s tvrzením kolektivů autorů (2018) z metodiky OSPOD, že nejčastějšími důvody, kdy se dítě dostane do kontaktu s OSPOD jsou na základě oznámení rodiny, rodinných příslušníků a Policie ČR. Další oznámení probíhají skrz školy a školská zařízení, což se prokázalo u jedné respondentky. Oznámení lékařem neproběhlo ani u jedné respondentky.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké informace mají ženy o dohledu OSPOD a co musí v rámci dohledu plnit. 6 respondentek nebylo informováno, co bude následovat, pokud nebudou plnit léčbu. 2 respondentky byly informovány o skutečnosti, že hrozí nenavrácení dítěte do jejich péče a 2 respondentky věděly, že hrozí svěřením do péče jiné osoby, pokud léčbu nepodstoupí. V odborné literatuře, ani výsledky výzkumu Šubrtové (2015) nepoukazují na to, že by matky byly informovány o důsledcích plnění/neplnění léčby. Šubrtová (2015) uvádí, že po oznámení případu je úkolem pracovníků tento jev prozkoumat a že pracovníci OSPOD musí

sdělit jen důvod své návštěvy. Nejčastěji prý říkají: „*máme podezření z užívání návykových látek.*“ Domnívám se, že díky odborným adiktologickým neznalostem sociálních pracovníků, nemohou určit a vědět, co by pro každou ženu bylo v rámci léčby nejlepším řešením a co musí podstupovat.

Nejčastějšími intervencemi, které proběhly v rámci dohledu OSPOD jsou návštěvy soc. pracovníce v domácnosti klientky, nebo klientky na OSPOD (5 respondentek). Další nejčastější intervencí je svěřením dětí do péče jiné osoby (4 respondentky). Opět se to shoduje s výzkumným šetřením Šubrtové (2015), kde pracovníce OSPOD uvádí návštěvu matky, nebo matky na úřadu jako nejčastější formu spolupráce. Svěřením do péče jiné osoby, jak uvádí 4 respondentky není naopak v souladu s tím, co uvádí Matoušek a Pazlarová (2016), že odebrání dítěte u drogově závislé matky je vnímáno jako rizikový faktor pro matku. Naopak to, že matka dítě vychovává, může podle mínění sociálních pracovníků přispívat k udržení abstinence od drog. Odebrání dítěte je krajním řešením, ke kterému přistupují až po velmi pečlivém zvážení situace a rizik hrozících dítěti.

Svěřením dítěte do péče jiné osoby si u 4 respondentek vysvětlují tím, že situace s užíváním alkoholu byla pro dítě velmi ohrožující a že zde hrály roli i jiné faktory, jako např. zanedbávání péče, nepříznivá socio-ekonomická situace (ztráta bydlení, zaměstnání), psychické, fyzické zneužívání (hádky, ponižování atd.)

Pomoc s vyřizováním administrativy u 1 respondentky je rovněž v souladu s tvrzením Matouška a Pazlarové (2016), kdy vyřizování administrativy, podpora při jednání s úřady a doprovody k soudu, jsou matkami velmi ceněny. Vyžádání zprávy z léčebného zařízení je dle Šubrtové (2015) jako nejčastější forma spolupráce s dalšími organizacemi.

Polovina respondentek nevěděla, co musí v rámci dohledu plnit a dohoda byla na základě domluvy s léčebným zařízením. Šubrtová (2015) uvádí, že pracovníce nabídne klientce škálu dostupných služeb, kam se musí klientka objednat. Většina pracovníků pomáhá klientce se zařizováním léčby – telefonování, zjišťování informací, ale co by mělo být náplní léčby klientce nesdělují. Matoušek a Pazlarová (2016) uvádějí, že pracovníce OSPOD nemají znalosti v oboru adiktologie a samy by uvítaly rozšíření znalostí v této oblasti v 73%. Potřebu OSPOD podrobovat se dechovým zkouškám, jak uvedly 4 respondentky, nekoresponduje s postupy metodiky pro pracovníky OSPOD zaměřené na práci s rodinou v oblasti užívání návykových látek (2018), kde autoři uvádějí, že potřebu testování nechávají na klientce a v případě její potřeby odkazují na adiktologické zařízení, kde testování probíhá. Potřebu OSPOD podrobovat se dechovým zkouškám u 4 respondentek si vysvětlují rozdílnou metodikou práce pracovníky OSPOD v jednotlivých krajích, rozdílným přístupem v práci s motivací u jednotlivých pracovníků a také závažností dopadů abúsu u jednotlivých respondentek. Výzkumy Šubrtové (2015) naopak uvádí, že meze spolupráce s dalšími organizacemi vidí v absenci možnosti testování klientek na drogy v ambulantním zařízení a že je těchto služeb nedostatek.

Posledním výzkumným cílem bylo zjistit, zda dohled OSPOD ovlivňuje u respondentek konzumaci alkoholu. U 6 respondentek došlo ke snížení konzumace alkoholu a 3 respondentky začaly abstinovat úplně. Většinou se jednalo o motivaci negativní – hrozba odebrání dítěte z péče. Výsledky se shodují s tvrzením Nevšimala et al. (2007) a Hanzala (2009), že motivací matek k léčbě je často hrozba odebrání dítěte z péče či naděje získání dítěte zpět do péče, že motivace je většinou pasivní a dána sekundárními dopady abúzu návykových látek („*musím, jsem donucena, už nechci zažívat*“).

Rovněž Šubrtová (2015) uvádí, že spolupráce klientky – uživatelky návykových látek s OSPOD je abstinence/léčba podmíněným krokem a z toho důvodu si vysvětlují snížení konzumace/abstinenci u 6 respondentek. To, že 2 respondentky byly motivované plně abstinovat i bez dohledu OSPOD, si vysvětlují tím, že u nich došlo k aktivní motivaci (dělyaly to hlavně pro sebe). U 2 respondentek se konzumace alkoholu nezměnila. Tyto respondentky zatím nevnímaly konzumaci alkoholu jako problém a závažnost pití si nepřipouštěly.

Součástí cíle 3 bylo rovněž zjistit, jak dohled OSPOD ovlivňuje spolupráci při ambulantní léčbě. 4 respondentky v našem výzkumném šetření byly do spolupráce donuceny a cítily odpor a vztek, že léčbu musí podstupovat. 4 respondentky vnímaly spolupráci s OSPOD pozitivně, jako životní impuls ke změně. Shoduje se to s tvrzením Matouška a Pazlarové (2016), že část rodičů vnímá i důležitost přiměřené kontroly a dohledu při práci s rodinou. Jedná se o rodiče, kteří mají náhled na svoji situaci a jsou si vědomi potřeby dohledu ze strany pracovníků. Jednalo se o rodiče s omezenými rozumovými schopnostmi a uživatele drog. Je důležité zdůraznit, že tito rodiče měli vždy dobrý vztah se sociální pracovníci, a proto pro ně byla určitá míra kontroly snadněji akceptovatelná. Tito rodiče dohled, či kontrolu akceptují snáze, než rodiče, kteří tento náhled nemají a vnímají postup pracovníka jako nepřiměřený zásah do soukromí. V našem výzkumném šetření měl významný vliv faktor vztahu se sociální pracovníci (dobrý vztah) a míra motivace respondentky na odpor, a naopak spolupráci v léčbě. Dalším vlivem na odpor/spolupráci v léčbě v našem výzkumném šetření by mohly být také postupy soc. pracovníků (někteří odeberou dítě okamžitě, někteří upozorňují, motivují, dávají matkám šanci).

Vzhledem k jisté vyčerpání sociálních pracovníků OSPOD doporučuji aktivní zapojení adiktologů do spolupráce s pracovníky OSPOD. Aktivní zapojení si představuji tak, že by adiktologové byli zaměstnáni na úřadech OSPOD, nebo case management přístup v oblasti sociálně právní ochrany dětí. Dalším řešením by mohlo být dozdělení sociálních pracovníků v oblasti adiktologie a rozšíření znalostí v této oblasti. Mohlo by tak dojít k navázání hlubšího vztahu mezi pracovníkem (soc. pracovníci, adiktologem) a klientkou a k možné přeměně pasivní motivace na aktivní.

12. Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak se ženy dostaly do péče OSPOD a jaký vliv má informovanost žen o podmínkách dohledu na jejich konzumaci alkoholu.

Z hlediska porovnání zjištěných dat s jinými výzkumnými studiemi a odbornými zdroji nepřináší studie překvapivá zjištění, co se týče první části stanoveného cíle – jak se ženy dostaly do péče OSPOD. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že nejčastějšími okolnostmi, které vedly k prvnímu kontaktu s OSPOD byly hádky a následné vykázaní z bytu partnera/manžela, stejně tak jako udání na OSPOD partnerem/rodinným příslušníkem pro konzumaci návykové látky před dítětem. Druhou nejčastější okolností, která vedla ke kontaktu s OSPOD byl rozchod partnerů a otázka péče o děti.

Druhá část hlavního výzkumného cíle – jaký vliv má informovanost žen o podmínkách dohledu na jejich konzumaci alkoholu, přináší studie nová, překvapivá zjištění. I přes skutečnost, že více než polovina respondentek (6), nebylo informováno, co bude následovat, pokud nepodstoupí léčbu, 3 respondentky začaly abstinovat úplně a 3 alespoň snížily konzumaci alkoholu. Znamená to tedy, že informovanost respondentek nemá vliv na jejich konzumaci alkoholu.

Na základě výsledků výzkumu a nastudování odborné literatury týkající se problematiky uživatelů alkoholu, bylo doporučeno aktivní zapojení adiktologů do spolupráce s pracovníky OSPOD, case management přístup v oblasti sociálně právní ochrany dětí a rozšíření znalostí sociálních pracovníků v oblasti adiktologie.

Seznam použité literatury

- Barnard, M. (2011). Drogová závislost a rodina. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton.
- Blume, S. B., Zilberman, M. L. (2005). Alcohol and women. In: J. H., Lowinson, P. Ruiz., R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds.). Substance abuse – a comprehensive textbook (671- 680). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Csémy, Fialová, Kodl, & Skývová (2020). Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019. Praha: Státní zdravotní ústav. Získáno 14.10.2020, z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/zprava_tabak_alkohol_cr_2019.pdf.
- Daligand, L., Bedin, V. (2014). Násilí v partnerských vztazích. Praha: Portál.
- Doněk, E., Doňková, J., Doňková, O. (2008). Alkohol u žen vyššího věku. *Interní medicína*, 10(3), 146-147.
- Frouzová, M. (1996). Ženy a drogy. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 31(5), 269 - 275.
- Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In: I. Preslová & V. Maxová (Eds.), Sborník odborné konference Ženy & drogy 2009 (s. 23 – 30). Praha: Sananim.
- Heller, J., Pecinovská, O. (2011). Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga.
- Kolektiv autorů (2018). OSPOD a návykové látky. Metodika pro pracovníky OSPOD zaměřená na práci s rodinou v oblasti užívání návykových látek. Hradec Králové.
- Kotková, V. (2009). Ženy na detoxu. In: I. Preslová & V. Maxová (Eds.), Sborník odborné konference Ženy & drogy 2009 (s. 55 – 59). Praha: Sananim.
- Mariani, K., Martinovec, M. (2000). Alkoholismus u žien. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 35(3), 161-167.
- Matoušek, O., Pazlarová H. (2016). Státní orgány sociálně právní ochrany dětí. Dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků. Univerzita Karlova v Praze. Praha: Karolinum.
- Mikitová, M. (2006). O alkoholičkách. Ministerstvo zdravotníctva SR, 2006. Získáno 11.2.2021, z: http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/1308/o_alkoholickach.html.

Miller, Geraldine A. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (15. 1. 2013). *Legislativa a systém sociálně – právní ochrany*. Získáno 28.1.2021, z: <http://www.mpsv.cz/cs/14304>.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu (138 – 277). Praha: Grada.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L.,... Kiššová, L. et al. (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 (s.67 – 69). Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.

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

Nevšímal, P. (Ed.). (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna.

Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.). (2009). Ženy & Drogy: Sborník odborné konference (s.11 – 55). Praha: Sananim.

Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 238 – 243). Praha: Úřad vlády ČR.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Získáno 14.10.2020, z: https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/33122/871/VZdrogy2018_web%202020-01-13_V02.pdf.

Špatenková, N. (2004). Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada.

Šubrtová, E. (2015). Matka uživatelka návykových látek z pohledu Sociálně právní ochrany dětí. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.

Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí.

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam okruhů otázek do semistrukturovaného interview

Anamnestické údaje o klientce

1. Kolik vám je let?
2. Jak dlouho jste užívala drogy?
3. Jaké drogy jste užívala?
4. Máte v současné době trvalé bydliště?
5. Máte v současné době partnera?
6. Má v současné době práci?
7. Kolik máte dětí?
8. Jaké máte vzdělání?
9. Jaký léčebný program jste absolvovala, případně jak dlouho trvala Vaše léčba?

Struktura rozhovoru

1. Adi anamnéza (1.užití alkoholu, kdy začalo být pití problém, současné - při zahájení léčby požívání alkoholu - množství, jak často, při jakých příležitostech, v jakém prostředí, druh alkoholu, ranní doušky, zda jsou tzv. okénka, kolikadenní tahy. Pozorování opilosti při menším požití alkoholu, absence alko, pokusy o abstinenci, předchozí léčba). Klasifikace dle MKN 10.
2. Jaká událost/události vedla/y k tomu, že jste se dostala do péče OSPOD?
3. Bylo událostí, díky kterým jste se dostala do kontaktu s OSPOD více a pokud ano, jaké to byly?
4. Jak vypadá dohled Ospod? (Jak proběhl první kontakt, jaké informace jste dostala, jak dlouho trvá, co hrozí, co zatím proběhlo?)
5. Jak vypadá léčba ve vaší ambulanci? (Co musíte v rámci léčby plnit – frekvence setkávání, forma – skupiny/indi, dechové zkoušky na alko).
6. Jak hodnotíte spolupráci s OSPOD? (Jste v pravidelném kontaktu s pracovníci? Cítíte/necítíte podporu ve Vaší situaci? Vztah s pracovníci).
7. Jaké informace Ospod předal, pokud nebudete plnit léčbu/budete plnit léčbu? (Co Ospod řekl?)

8. Co to pro vás znamená, že víte/nevíte co bude následovat, když budete/nebudete plnit léčbu? (Motivace, demotivace k abstinenci).

9. Jak ovlivňuje skutečnost, že jste pod odhledem OSPOD vaši konzumaci alkoholu? Vyhledala byste, nebo jste vyhledala léčbu i bez doporučení/nařízení OSPOD? Abstinujete?