

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Navazující magisterské studium adiktologie

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Analýza potřeb uživatelů návykových látek v Praze

Needs Analysis of Women Drug Users in Prague



Diplomová práce

Praha 2013

Autor: Bc. Markéta Hubínková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Analýza potřeb uživatelů návykových látek v Praze zpracovala samostatně, všechny použité prameny jsem citovala a uvedla v seznamu použité literatury.

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

V Říčanech dne 30. července 2013

.....
Markéta Hubínková

Identifikační záznam:

Hubínková, Markéta. *Analýza potřeb uživatelů návykových látek v Praze* [Needs Analysis of Women Drug Users in Prague], 2013, 95 stran. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

ABSTRAKT

Hlavním tématem diplomové práce jsou ženy – uživatelky návykových látek. Jsou zde zmapovány studie zabývající se touto skupinou, definována specifika užívání nelegálních návykových látek u žen, gender problematika a jsou představeny „drogové programy“ speciálně pro ženy v České republice resp. v Praze. Práce se zabývá třemi kategoriemi žen: ženy - uživatelky, těhotné uživatelky, matky - uživatelky.

Cílem práce je zjistit, jaké jsou potřeby uživatelek návykových látek, jak moc se nabízené služby setkávají s potřebami této skupiny, co v systému péče chybí. Výsledkem budou doporučení, jaké služby by ženy uvítaly, aby jejich potřeby byly uspokojeny, jaké služby nabízet, aby ženy byly více v kontaktu se zařízením, jak eliminovat nechtěná těhotenství, popř. jak pomoci ženám – uživatelkám, aby mohly mít děti ve své péči.

Podklady pro výzkum byly sesbírány formou polostrukturovaného interview s uživatelkami nelegálních návykových látek v Praze – klientkami kontaktních center, formou terénní práce. Dále byl proveden rozhovor se třemi pracovníky adiktologických služeb, kteří se této tématice věnují.

Klíčová slova:

Drogy – ženy, uživatelky drog – potřeby uživatelek drog – gender problematika

ABSTRAKT

The main subject of the dissertation are women – users of addictive substances. The dissertation charts previous studies that are dealing with this specific group, defines specifics of using illegal addictive substances by women, deals with gender issues and presents „drug programs“ for women in Czech Republic or Prague. There are four categories in the dissertation: women as users, pregnant users, mothers as users.

The major purpose of the dissertation is to find out, which needs belong to female users of addictive substances, how offered services correspond to these needs and what is missing within care system. As a result the dissertation suggests appropriate services for female users so that their needs would be satisfied, which services should we offer so that female users would be more in contact with care facility, how should we eliminate unwanted pregnancy or how could we help female users to have children in their own care.

Material for the study were gathered through field work by semistructured interview with female users of illegal addictive substances in Prague – clients of drug services. Another information was acquired through an interview with three employees of drug services interested in the same issue.

Key words:

Drugs – women, female users of drugs – needs of female users of drugs – gender issue

Poděkování

Za odborné vedení, cenné rady a velkou podporu děkuji Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. vedoucí mé diplomové práce.

Dále děkuji všem respondentům, kteří se do výzkumu zapojili – jak z řad odborníků, tak i klientů využívající služby nízkoprahových programů.

V neposlední řadě chci poděkovat své mamce za korekturu textu.

OBSAH

ÚVOD	9
I. UŽÍVÁNÍ DROG U ŽEN - STATISTIKA.....	10
1. 1. CELOŽIVOTNÍ PREVALENCE UŽÍVÁNÍ DROG – ČESKÁ REPUBLIKA	11
1. 2. ŽENY – CELOŽIVOTNÍ PREVALENCE ČR	14
1. 3. CELOŽIVOTNÍ PREVALENCE DROG - PRAHA	16
1. 4. NÁRODNÍ REGISTR RODIČEK A NÁRODNÍ REGISTR NOVOROZENCŮ	18
1. 5. MEZINÁRODNÍ STATISTIKY	20
II. SPECIFIKA ŽEN - UŽIVATELEK DROG	23
2. 1. VZNIK ZÁVISLOSTI A UŽÍVÁNÍ U ŽEN	24
2. 2. NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY	25
2. 3. VLIV NÁVYKOVÉ LÁTKY NA TĚHOTENSTVÍ A VÝVOJ DÍTĚTE	26
2. 4. FYZIOLOGICKÉ PROBLÉMY ŽENSKÉHO TĚLA V SOUVISLOSTI S DROGAMI	29
2. 5. PROŽÍVÁNÍ A ZVLÁDÁNÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE	30
2. 6. SOCIÁLNÍ A SPOLEČENSKÁ OBLAST	30
2. 7. DROGY A RODINA	32
2. 8. SPECIFICKÉ ASPEKTY LÉČBY ŽEN	34
III. GENDER PROBLEMATIKA.....	36
3. 1. GENDER	37
3. 2. DVOJÍ DEVIACE – DOUBLE DEVIANT	41
3. 3. ODLIŠNOSTI UŽÍVÁNÍ ŽEN A MUŽŮ Z POHLEDU GENDER	42
IV. SYSTÉM SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE O ŽENY UŽÍVAJÍCÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	46
4. 1. SPECIÁLNÍ SLUŽBY PRO ŽENY – UŽIVATELKY	49
4. 2. ZDRAVOTNICKÁ PÉČE - GRAVIDNÍ ŽENA	52

4. 3. MATKA	54
<u>V. PRAKTICKÁ ČÁST.....</u>	56
5. 1. METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVALITATIVNÍCH DAT	57
5. 2. METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	59
5. 3. ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU	60
5. 4. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	61
5. 5. VÝSLEDKY	67
5. 6. METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT	79
5. 7. SOUHRN	80
<u>VI. DISKUSE.....</u>	83
<u>VII. ZÁVĚR.....</u>	86
<u>VIII. POUŽITÁ LITERATURA</u>	90
<u>IX. SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</u>	94

ÚVOD

Teoretická část této práce má za cíl shrnout problematiku žen – uživatelék návykových látek v České republice resp. v Praze. Ačkoliv téma žen - uživatelék není nové, mnoho výzkumů a odborných prací na toto téma není.

První kapitola obsahuje statistické údaje o ženách, druhá a třetí pak specifické aspekty užívání drog ženami a gender problematiku. Poslední kapitola poukazuje na systém současné péče o ženy v České republice, resp. na území hl. m. Prahy.

V současnosti se ženy dostávají do nových sociálních rolí, nových úkolů a nových očekávání. Ačkoliv se možnosti mužů a žen srovnávají, původní role žen (potřeba harmonického rodinného života, vytvoření kvalitních emočních vazeb apod.) zůstává. Vznikají tím zvýšené nároky, hrozba sociálního selhání, stres apod. To vše může být příčinou pro častější vyhledávání alkoholu, případně i drog, které, v mnoha případech, dočasně pomáhají k potlačení stresu, úzkosti či k rozšíření schopností a možností. U žen, častěji než u mužů, se na rozvoji závislosti podílí z velké části osobní problémy, problémy v rodině či v partnerském vztahu.

Ve světě je téma závislostí u žen velmi diskutováno. V České republice se problematice věnujeme až od roku 1989. S otevřením hranic se rozšířila i drogová scéna o mnoho nových druhů drog a tím se zvýšil počet uživatelů u obou pohlaví. Se závislostí u žen ovšem přichází také další problém, a to je negativní dopad návykových látek na těhotenství, popř. pak mateřství.

Užívání drog není jen problémem jedince, ale celé společnosti. Lidé závislí na droze za ni často utrácejí neúnosné obnosy, nejsou schopni si udržet práci, často mají problémy s bydlením. Peníze získávají z velké části nelegálním způsobem, ženy pak prostitutí. Závislost na drogách či alkoholu dostává jedince na okraj společnosti, do určité sociální izolace, která postihuje i jeho okolí, v případě, že se jedná o ženu, pak výrazně postihuje i její dítě.

I. UŽÍVÁNÍ DROG U ŽEN - STATISTIKA

Užívání drog u žen bylo, a je dle získaných zdrojů, stále skrytým tématem. Data o ženách – uživatelkách návykových látek lze obtížně dohledávat. Neexistuje registr, kde by byly pouze statistiky týkající se žen. Vždy je to součástí obecných statistik, kde se někdy statistiky dělí na ženy a muže (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Hygienická stanice hlavního města Prahy, Český statistický úřad apod.). Otázkou je, zda je obecně menší zastoupení žen na drogové scéně (ženy tvoří cca jednu třetinu žadatelů o léčbu), dle odborníků jsou odhady struktury problémových uživatelů v poměru dva muži na jednu ženu (Mravčík et al., 2010).

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog (Mravčík et al., 2012) v r. 2011 mírně vzrostl počet problémových uživatelů drog, který je dle statistických metod odhadovaný z dat nízkoprahových programů. Střední hodnota dosáhla na 40 200 uživatelů drog, z toho 38 600 injekčních uživatelů drog. Jedná se především o uživatele pervitinu (30 900). Data z Výroční zprávy Hygienické stanice hl. m. Prahy (Studničková & Petrášová, 2012) uvádějí konečný odhad problémových uživatelů drog na 38 600 – z toho 26 100 mužů (po zaokrouhlení 67,6 %) a 12 400 žen (po zaokrouhlení 32,1 %). Odhad injekčních uživatelů drog je 39 900 osob. Odhad počtu problémových uživatelů drog - mužů se od roku 2007 každoročně zvyšuje, odhad počtu problémových uživatelů drog - žen má v posledních letech setrvalý trend. Dle vybrané kapitoly „A gender perspective on drug use and responding to drug problems“ (EMCDDA, 2006) je užívání drog u mužů mnohem častější než u žen. Muži mnohem více převyšují ženy mezi léčenou drogovou populací. V roce 2004 se sbírala data ze všech léčebných center – muži a ženy jsou v poměru 4:1. Studie naznačují, že ženy mají více bariér pro vstup do léčby (více v kapitole 2).

Velkým problémem ve sběru dat je i jejich aktuálnost a specifičnost – nejaktuálnější komplexní data jsem sehnala pouze z roku 2011, dále jsou k dispozici data za 1. pololetí roku 2012 z Hygienické stanice, nicméně jsou to opět jen obecné statistiky. Další statistiky lze dohledávat v registru narozených dětí, kde nalezneme data - kolik dětí se narodilo matkám uživatelkám, kolik dětí je s vrozeným abstinčním syndromem.

1. 1. Celoživotní prevalence užívání drog – Česká republika

V celoživotní prevalenci užívání drog v obecné populaci v roce 2011 ve Výroční zprávě o stavu ve věch drog (Mravčík et al., 2012) jsou zpracovány statistiky, které ukazují procentuální počet žen a mužů užívajících drogy. Dle těchto statistik mají ženy nižší celoživotní prevalenci u všech typů drog. Nejmenší rozdíly jsou v prevalenci alkoholu (zde jsou čísla téměř shodná). Nejvyšší podíl mužů je mezi všemi léčenými uživateli kanabinoidů, nejnižší mezi uživateli jiných rozpustidel. Závažným zjištěním je poměrně vysoký podíl žen mezi uživateli stimulancií (33,5 %), zatímco mezi uživateli opiátů představují ženy „pouze“ 29,0 %. Další porovnání:

- marihuana/hašiš – 30,8 % mužů x **18,8 % žen**
- extáze – 8,1 % x **3,4 %**
- pervitin, amfetaminy – 3,1 % x **1,1 %**
- kokain – 1,8 % x **1,1 %**
- heroin – 1,3 % x **0,4 %**
- LSD – 2,6 % x **1,6 %**
- halucinogenní houby – 5,5 % x **2,7 %**
- těkavé látky – 2,0 % x **0,7 %**
- nové syntetické drogy – 1,8 % x **1,1 %**

Prevalenční odhady dle krajů: Nejvíce uživatelů drog je již tradičně v hlavním městě Praha (10 900), dále je to kraj Ústecký (6 200), na třetím místě pak kraj Jihomoravský (4 000).

Více dat o uživatelích drog na republikové úrovni jsou uvedeny ve Výroční zprávě hygienické stanice hl. m. Prahy (Studničková & Petrášová, 2012a). Tato data se týkají uživatelů drog – žadatelů o léčbu v roce 2011.

V roce 2011 fungovalo v ČR celkem 273 drogových zařízení, z toho 205 vykazujících center. Nejvíce zařízení bylo ambulantních – zdravotnických (106), 74 center nízkoprahových, 57 lůžkových a 36 ambulantních – nezdravotnických. Nejvíce klientů vykazují samozřejmě nízkoprahová centra. Nejvíce drogových služeb je poskytováno v Moravskoslezském kraji (36), následuje pak území hlavního města Praha (32), Zlínský kraj (30), Olomoucký kraj (28).

Přibližně 50 % všech i nových žadatelů přišlo do center z vlastního rozhodnutí, event. pod vlivem některého z rodinných příslušníků. Mezi všemi léčenými ženami je návštěva centra z vlastního rozhodnutí zhruba o 5 % nižší ve srovnání s muži, naopak vliv rodiny je ve srovnání s muži vyšší o více než 1,5 %. Nižší je i podíl žen poslaných do centra soudem či policií (zhruba o 2 %). Naopak ve srovnání s muži jsou ženy častěji do centra posílány sociální službou (podíl těchto žen je o 2,7 % vyšší než u mužů mezi všemi léčenými klienty, o 3,2 % u prvožadatelů o léčbu) - (Studničková & Petrášová, 2012a).

Zhruba 1/3 všech, i nově evidovaných léčených uživatelů drog, žije s rodiči, 22,0 % všech léčených klientů udává, že žije pouze sám – častěji muži (25,5 %) než ženy (14,3 %). Závažné jsou informace o tom, že spolu s uživatelem drog žijí děti, ať již s partnerem či bez něj – tuto skutečnost uvedlo celkem 678 léčených uživatelů drog, o 16 případů více než v roce 2010. Samy s dítětem žijí výrazně častěji ženy než muži, a to v obou hodnocených kategoriích klientů (Studničková & Petrášová, 2012a). Mezi bezdomovci je o více než třetinu vyšší podíl mužů ve srovnání s ženami. Sledována je také situace, kdy léčený uživatel drog žije s dalším uživatelem drog. Tato charakteristika je cca ve 20 %. Častěji tuto skutečnost uvádějí mezi všemi léčenými klienty ženy (26,7 % ze všech léčených žen a 25,3 % z prvožadatelek o léčbu oproti 18,7 %, resp. 17,7 % u mužů).

Pravidelné zaměstnání vykazuje pouze cca 15 % osob. U mužů o 6,5 % více než u žen. Nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících bylo mezi žadateli a všemi klienty okolo 55 %. Vyšší je podíl nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících. Ženy mají výrazně vyšší podíl ve srovnání s muži v kategorii ekonomicky neaktivních klientů.

Vzdělání – po zaokrouhlení 49 % prvožadatelů a všech klientů má pouze základní vzdělání nebo nedokončené základní vzdělání. Nedokončené základní vzdělání mají častěji prvožadatelé o léčbu, zejména ženy. Další nejčastější kategorií jsou stejně jako v minulých

letech klienti se střední školou bez maturity (cca 26 %), muži mají v této kategorii výrazně vyšší podíl oproti ženám. Vyšší či vysokoškolské vzdělání uvádí pouze menší počet léčených uživatelů drog. Užívání drog je stejně jako v minulých letech nepřímě úměrné s výškou dosaženého vzdělání.

PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG

Problémové užívání drog se dle definice EMCDDA definuje jako užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů. Zejména injekční užívání opioidů představuje hlavní část problémového užívání drog v Evropě, i když dle výroční zprávy EMCDDA (2012) v několika málo zemích je významnou složkou injekční užívání amfetaminů nebo kokainu. „Problémovými uživateli jsou většinou souběžní uživatelé několika drog a číselné údaje vyjadřující prevalenci jsou mnohem vyšší v městských oblastech a v marginalizovaných skupinách“ (EMCDDA, 2012 str. 72).

V roce 2011 bylo v ČR zaregistrováno mezi uživateli drog – žadateli o léčbu z 9284 žadatelů 8 368 problémových uživatelů drog. Z toho 2 686 žen (23,1 %).

- Téměř 77 % klientek užívalo drogu injekčně.
- 50,3 % z těchto uživatelek má dokončeno pouze základní vzdělání.
- Základní drogou je pervitin pro 78,3 % klientek.
- 46,7 % spadá do věkové kategorie 25 – 39 let, 28,9 % pro věkové kategorie 20 – 24 let, 20,3 % do kategorie 15 – 19 let.

1. 2. Ženy – celoživotní prevalence ČR

V dalších statistikách se bude práce věnovat pouze ženám – uživatelkám drog. Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu ČR 2011 (Studničková & Petrášová, 2012a). Z celkového počtu 9 284 klientů bylo 2 908 žen (31,3 %).

MOTIV: Motivem či důvodem, proč ženy vstupují do léčby, bylo nejčastěji uváděno vlastní rozhodnutí (1 348 žen - 43,6 %), na dalších místech bylo uváděno doporučení z jiného lékařského či kontaktního centra, či tlak rodiny. V porovnání s muži jsou největší rozdíly v tom, že ženy jsou podstatně méně posílány do léčby rozhodnutím soudu či policie. Bohužel ze statistik nelze zjistit, jaké podněty mělo vlastní rozhodnutí.

BYDLENÍ: Uživatelky nejčastěji žijí s rodiči (32,8 %), dále pak s partnerem (18,7 %) či samy (14,4 %). Samy s dítětem žije téměř 5 % klientek, s partnerem a dětmi 7,3 % klientek. Z celkového počtu 9 284 uživatelů, hlášených do Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog hygienické stanice v roce 2011, bylo 2 908 žen. Celkem 678 uživatelů žilo ve společné domácnosti s dětmi, případně s dětmi a partnerem (z toho 320 mužů a 357 žen). Podíl klientů žijících s dětmi dle Studničkové (2012a) roste, nicméně je stav spíše podhodnocen, neboť zachycuje pouze ty klienty, kteří uvedený fakt společného bydlení s dětmi uvedli nebo byly pracovníkům L/K centra známy. Lze usuzovat, že tento dlouhodobý nárůst počtu žadatelů o léčbu žijících společně s dětmi je důsledkem nárůstu uživatelů s dětmi v jejich péči a nikoliv důsledkem případného zvýšeného vnějšího tlaku na nutnost řešení rodinné situace s ohledem na užívání drog rodiči (Mravčík et al, 2011). Nesporný vliv má také fakt, že postupně dochází k rozšiřování možností léčby pro uživatele – rodiče.

CHARAKTER BYDLENÍ: 48 % klientek žije v přechodném bydlení, 19 % klientek uvádí, že žije v zařízení, následuje stálé bydliště – 13 %, 9 % klientek bylo bez domova. Charakter bydlení u zbývajících klientek nebyl zjištěn.

NÁRODNOST: 83 % žen uvedlo českou národnost. 33 klientek uvedlo, že pocházejí ze země EU, 19 klientek z ostatních zemí. U 428 klientek národnost nebyla zjištěna.

ZAMĚŠTNÁNÍ: Charakter zaměstnání: 51,8 % uvedlo, že jsou nezaměstnané či mají příležitostnou práci. 18,8 % klientek jsou studentkami či žáky. Pouze 11,5 % má pravidelné zaměstnání.

VZDĚLÁNÍ: Nejvyšší dosažené vzdělání je nejčastěji základní (49,8 %), následuje pak střední bez maturity a střední s maturitou.

UŽÍVANÉ DROGY: Nejčastěji užívanou nelegální drogou byly stimulanty, konkrétně pervitin (69,1 %), následuje užívání heroinu (11,5 %) a subutexu. Marihuanu přiznalo 10 % klientek. Tato čísla odpovídají i obecnému trendu užívání drog.

VĚKOVÉ SKUPINY ŽADATELEK O LÉČBU: Ženy žádají o léčbu nejčastěji ve věkovém rozmezí 20 – 24 let (27,5 %), dále pak v 22,9 % ve věku 25 – 29 let, 22,2 % klientek žádá o léčbu ve věkovém rozmezí 15 – 19 let. Zde jsou významnější rozdíly mezi statistikami žen a mužů. Muži nejčastěji žádají o léčbu později: 25 – 29 let, 30 – 34 let. Podrobnější informace v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Věkové skupiny uživatelů drog – žadatelů o léčbu

Věkové skupiny (N případů)	Všichni klienti v roce 2011				První léčba v roce 2011 (FTD)			
	Muži	Ženy	Neznámo	Celkem	Muži	Ženy	Neznámo	Celkem
do 15 let	27	21	*	48	24	19	*	43
15 – 19 let	770	647	5	1422	577	433	3	1013
20 – 24 let	1310	802	7	2119	746	404	4	1154
25 – 29 let	1610	667	4	2281	748	290	1	1039
30 – 34 let	1438	480	4	1922	548	157	1	706
35 – 39 let	659	166	2	827	243	51	1	295
40 – 44 let	270	71	1	342	99	31	*	130
45 – 49 let	150	25	*	175	47	9	*	56
50 – 54 let	47	12	1	60	19	7	*	26
55 – 59 let	26	10	*	36	12	6	*	18
60 – 64 let	11	2	*	13	5	2	*	7
65 a víc let	1	2	*	3	*	*	*	*
Neznámo	29	3	4	36	21	3	1	25
Celkem	6348	2908	28	9284	3089	1412	11	4512
Průměrný věk	28,3	25,5	27,2	27,4	26,5	24,0	24,7	25,7

Zdroj: Hygienická stanice hl. města Prahy, 2012, str. 45

ZPŮSOB APLIKACE DROGY: 47,4 % žen uvedlo, že v současnosti aplikuje drogu injekčně. 28,4 % klientek drogu v minulosti užívalo injekčně, ale v současnosti ne.

1. 3. Celoživotní prevalence drog - Praha

Dle Výroční zprávy Hygienické stanice hl. m. Prahy (Studničková, Petrášová, 2012b) byl v Praze 2011 prevalenční odhad problémových uživatelů drog - 1 523. Mezi všemi léčenými klienty v Praze bylo 899 mužů, tj. 59,0 % (v ČR 68,4 %) a 617 žen, tj. 40,5 % (v ČR 31,3 %). Podíl léčených žen – uživatelů drog mezi nově evidovanými klienty byl v Praze vyšší než v ČR o 7,0 % a mezi všemi klienty o 9,2 %. Nejčastěji zastoupenou skupinou základních drog mezi žadateli o prvoléčbu jsou stimulanty, celkem 399 osob, tj. 56,3 %. V Praze pokračuje pokles uživatelů heroinu jako základní drogy. Stoupá počet nesubstitučních uživatelů Subutexu, kteří k němu užívají i další drogy. Celkem 160 nesubstitučních uživatelů Subutexu a 2 nesubstitučně užívající Suboxon užívali jako sekundární drogu nejčastěji pervitin (52 osob), heroin (47 osob), marihuanu (20 osob), kokain (3 osoby), ale i hypnotika a sedativa, alkohol, metadon a jiné drogy a léky. Celkem 145 z evidovaných uživatelů Subutexu a Suboxonu užívalo drogu injekčně (89,5 %). Muži tvořili 67,3 % a ženy 32,7 %.

Jednotlivé kategorie Incidence a prevalence uživatelů drog - žadatelů o léčbu, Praha 2011 (Studničková, Petrášová, 2012b). Evidováno 617 žen. Níže uvedené statistiky se týkají pouze žen evidovaných na území hl. m. Prahy. Oproti roku 2009 se poměr léčených mužů a žen v Praze změnil z hodnot 1,4 : 1 na 1,6 : 1 (v ČR je 2,2 : 1). U všech i nově evidovaných problémových uživatelů drog je poměr mužů a žen 1,3 : 1, resp. 1,4 : 1.

Ženy mají ve srovnání s muži vyšší podíl v některých mladších věkových skupinách, ve skupině 20 – 24letých dokonce počtem převažují nad muži. Poměr mužů a žen u uživatelů heroinu je 1,9 : 1. U uživatelů pervitinu je situace podobná. Celkový poměr mužů a žen léčených v Praze pro užívání pervitinu je 1,1 : 1 (v ČR 2,0 : 1). Mezi všemi léčenými klienty trvá posun do starších věkových skupin. Poměr mužů a žen v léčbě je 1,5 : 1 (v ČR je 2,2 : 1).

Mezi žadateli o první léčbu je v Praze průměrný věk 26,5 roku (v ČR 25,7 roku), u všech klientů 28,5 roku (v ČR 27,4 roku). Ženy jsou v průměru o 3,6 roku mladší než muži mezi prvně léčenými a o 3,5 roku mezi všemi klienty. Průměrný věk nových i všech

léčených uživatelů pervitinu je o 4,9 roku, resp. o 4,3 roku nižší než u uživatelů heroínu. Významně mladší jsou pak uživatelé kanabinoidů (18,9 roku, resp. 19,6 roku). Kromě uživatelů hypnotik/sedativ jsou muži v obou skupinách starší než ženy.

Způsob aplikace drog a jejich frekvence. V aplikaci drog je na prvním místě mezi všemi uživateli injekční aplikace, následuje pak aplikace kouřením, čicháním/šňupáním. Mezi všemi injekčními uživateli drog je v Praze oproti ČR vyšší podíl žen (37,4 % v Praze oproti 32,2 % v ČR).

Významným rozdílem mezi Prahou a ČR je procento léčených uživatelů Subutexu jako základní či sekundární drogy mezi všemi klienty, kdy v Praze ho užívalo 16,0 % klientů, zatímco v ČR pouze 7,8 % klientů. Ze všech uživatelů této drogy v ČR bylo z Prahy 33,4 % osob – nejvíce ze všech krajů, Praha spolu se Středočeským krajem nahlásila zhruba 75 % uživatelů nesubstitučního Subutexu. Mezi nově evidovanými uživateli drog je podíl uživatelů Subutexu v ČR zhruba 4,6 %, v Praze však dokonce 13,3 %.

Okolnosti návštěvy léčebného nebo kontaktního centra: Z evidovaných 617 žen je nejčastějším důvodem kontaktu se službou (vstupem do léčby) vlastní rozhodnutí klienta (259 klientek – 42 %), na druhém místě je doporučení jiného léčebného či kontaktního centra, dále pak sociální službou a tlakem ze strany rodiny. Oproti mužům jsou ženy méně často posílány do léčby z rozhodnutí soudu.

Klientky ve více než 50 % případech mají stálé bydlení (324), 127 klientek uvedlo přechodné bydlení, 65 pak bydlení v zařízení a 52 je bez domova.

Klientky žijí nejčastěji s rodiči, další frekventovanou odpovědí bylo s partnerem (89 klientek). 50 klientek uvedlo, že žijí s partnerem a s dětmi, 42 klientek žije samo s dítětem.

Charakter zaměstnání: Ve 294 (48 %) případech klientky uvedly, že jsou nezaměstnané či mají příležitostnou práci, 132 klientek je žákem či studentem, pravidelné zaměstnání má pouze 78 klientek.

Nejvyšší dosažené vzdělání: dle zjištěných informací má 261 klientek (42 %) základní vzdělání, 116 klientek (19 %) střední školu s maturitou, 102 klientek střední bez maturity, 27 klientek je bez základního vzdělání, VOŠ 7 a VŠ má 6 klientek.

Základní droga: na prvním místě je pervitin, který jako základní drogu uvedlo 363 klientek (59 %), 117 klientek uvedlo heroin, 53 klientek Subutex.

Průměrný věk žen – žadatelek o léčbu je 26,4 let (nejčastěji zastoupenou skupinou je 25 – 35 let, nicméně velké procento je i ve věkové skupině 15 – 19 let).

VÝMĚNNÝ SYSTÉM

V roce 2011 bylo evidováno zhruba 5 131 000 injekčních stříkaček a jehel vydaných v rámci výměnného programu v celé ČR. V Praze je realizováno téměř 43 % z výměn v ČR. Následující tabulka č. 2 je převzatá z výroční zprávy Hygienické stanice hl. m. Prahy (Studníčková, Petrášová, 2012b, str. 101).

Tabulka č. 2 – Přehled o výměnném programu v roce 2011 - Praha

Kraj – okres	L/K centrum	Počet vyměněných kusů			
		2010	2011 v L/K centru	2011 v terénu	2011 celkem
PRAHA					
Praha 1	DROP IN	327 693	201 506	262 214	463 720
Praha 2	Šance	4 647	867	*	867
	SANANIM, terénní programy	368 794	*	39 966	39 966
Praha 4	ESET HELP, terénní program	31 555	*	24 878	24 878
Praha 5	PROGRESSIVE, o.s.	458 673	265 598	104 587	370 185
Praha 7	SANANIM, K-centrum	803 144	906 589	384 419	1 291 008
Celkem		1 994 506	1 374 560	816 064	2 190 624
Celkem ČR		4 715 882	3 088 237	2 042 762	5 130 999

1. 4. Národní registr rodiček a Národní registr novorozenců

Tyto registry podávají informace o rodičce, těhotenství, porodu a dítěti, získané hospitalizací rodičky v souvislosti s porodem nebo šestinedělím. Od roku 2000 je v registru rodiček také sledována informace o návykových látkách užívaných rodičkami během těhotenství. Sleduje se zde užívání: (ÚZIS ČR, verze 007_20120701 str. 10)

- tabáku - pokud žena kdykoliv během těhotenství vykouřila za den 5 cigaret a více nebo opakovaně méně než 5 cigaret
- alkoholu - při opakovaném požívání tvrdého alkoholu nebo pravidelném požívání 0,5 litru 12-ti stupňového piva nebo 0,3 litru vína v těhotenství
- drogy - při jakémkoliv požívání i ojedinělém v průběhu těhotenství

RODIČKY PODLE NÁVYKOVÝCH LÁTEK UŽÍVANÝCH V TĚHOTENSTVÍ A VĚKU (ÚZIS ČR, 2011)

Každoroční nárůst uživatelů návykových látek v těhotenství pokračoval zvýšením z 6,2 % na 6,4 %, z čehož hlavní podíl připadl na ženy kouřící v těhotenství (6,1 %) a v kombinaci s alkoholem a drogami o další 0,2 %. S věkem procento kuřáček v těhotenství klesá z 28,3 % ve skupině 17letých a mladších až na 3,2 % u žen 30letých a starších. Totéž platí u uživatelů drog, které ve skupině 19letých a mladších tvoří 1,3 %, ale jen 0,2 % ve skupině 30letých a starších. Nižší je výskyt pití alkoholu v těhotenství (0,08 %). Níže uvedená tabulka č. 3 poukazuje na počet rodiček v ČR v roce 2010, kdy se v anamnéze matky během těhotenství vyskytlo užívání návykových látek.

Tabulka č. 3 Rodičky podle návykových látek užívaných v těhotenství a věku

Návyková látka <i>Addictive substance</i>	Věková skupina / <i>Age group</i>						Celkem <i>Total</i>	
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+		neudáno
	absolutně / <i>number</i>							
neudáno	577	1 606	11 645	30 591	37 824	17 267	31	99 541
kouření	230	607	2 075	1 716	1 245	657	-	6 530
alkohol	-	-	4	4	11	8	-	27
drogy	1	8	24	21	12	3	-	69
kombinace:								
kouření + alkohol	-	1	11	11	3	5	-	31
kouření + drogy	3	18	59	51	30	11	-	172
alkohol + drogy	-	-	2	-	-	-	-	2
kouření + alkohol + drogy	1	1	7	6	4	1	-	20
celkem	812	2 241	13 827	32 400	39 129	17 952	31	106 392

Zdroj: ÚZIS ČR, 2011, str. 60

1. 5. Mezinárodní statistiky

Dle EMCDDA (2006) se využívání drogových služeb z hlediska gender v evropském měřítku vyrovnává, situace je však v jednotlivých zemích značně odlišná. Obecně lze říci, že státy jižní Evropy mají vyšší míru drogových klientů. V roce 2004 nejvyšší podíl klientek v léčbě měla Česká republika, Finsko a Švédsko. Naopak nejmenší podíl žen v léčbě měla Itálie, Kypr a Turecko. Samozřejmě tento fakt je ovlivněn rozdílností jednotlivých zemí, sběrem dat, strukturálním faktorem a samozřejmě i organizací léčby, kulturními a sociálními faktory, rozdělením klientů podle primární drogy, pro kterou chtějí léčbu atd.

V Evropě ženy představují až $\frac{1}{4}$ osob, u nichž se vyvinuly závažné problémy související s užíváním nelegálních drog. Přibližně každá čtvrtá osoba, která nastupuje do drogové léčby je ženského pohlaví a jedno z pěti úmrtí přímo souvisejících s užíváním drog připadá na ženy (EMCDDA, 2008). Výzkumy potvrzují, že efektivita nabízených služeb je vyšší, pokud se bere ohled na rozdíly mezi pohlavími a zaobíráme se odlišnými potřebami žen a mužů. Většina adiktologických služeb je totiž vytvořena na základě představ o uživatelích drog – mužů, protože tvoří převažující část skupiny drogových uživatelů.

Mnoho klientů - jak žen tak i mužů - vstupuje do léčby především z vlastního rozhodnutí. Muži častěji než ženy jsou posláni do léčby policií a soudy (22,2 % mužů, 10,6 % žen). Ženy mnohem více přicházejí do léčby díky zdravotnímu a sociálnímu servisu (27 % mužů, 36 % žen). Ženy žádající o léčbu jsou obvykle mladší než muži. Rozdíly mezi opiátovou klientelou - ženy jsou v průměru o dva roky mladší, uživatelky stimulancií dokonce v průměru o 4 roky mladší než muži. Pouze ženy hledající léčbu z důvodu závislosti na hypnotikách, sedativech a halucinogenech jsou starší než muži, ale je jich velmi malé množství. Průměrný věk uživatelů konopných drog je kolem 23 let pro muže i ženy. Muži více než ženy užívají drogy denně – platí pro všechny drogy kromě konopných drog a hypnotik a je zde vyšší míra injekčního užívání (EMCDDA, 2006).

Dle novějších výsledků ve Výroční zprávě EMCDDA (2012): Průměrný věk uživatelů drog, kteří nastupují do ambulantní léčby, je 31 let. Je zde patrná větší převaha mužů (4:1), což odráží obecně větší převahu mužů mezi problémovými uživateli drog. Poměry mezi počty mužů a žen se liší mezi zeměmi, nicméně jsou vysoké pro všechny látky. Obecně jsou poměry mezi pohlavími vyšší v zemích jižní Evropy a u klientů užívajících kokain a konopí. Naopak nižší poměry jsou na severu Evropy a u klientů, kteří užívají stimulanty a opioidy. Nejmladší klientelu ambulantní léčby uvádí Maďarsko, Polsko, Rumunsko a Slovensko (26 – 27 let), nejstarší naopak Itálie, Portugalsko a Norsko. V léčbě na lůžkových zařízeních v zemích Evropy se léčí dle Výroční zprávy (EMCDDA, 2012) především muži. Průměrný věk je 31 let a poměr počtu mužů a žen je asi 3:1.

SKRYTÁ POPULACE

Výzkumy odhadů problémových uživatelů drog v Řecku a Estonsku ukazují vyšší podíl mužů ve skryté populaci než v léčbě. Naopak je tomu ve Finsku, kde je více mužů v léčbě. Analýza latentní periody léčby (doba mezi prvním užitím drogy a první léčbou) byla provedena ve třech velkých městech (Amsterdam, Londýn a Řím). Výsledkem je, že ženy mají kratší latentní periodu a vstupují do léčby dříve než muži. Doba užívání opiátů u žen je v průměru o 1,5 – 2 roky kratší než u mužů. (EMCDDA, 2006).

MORTALITA A MORBIDITA

Ve speciální kapitole EMCDDA (2006) se uvádí, že ve všech státech Evropské unie na následky drog umírají více muži. Proporce žen a mužů je 7 : 35 %. Nejnižší rozdíly jsou v Řecku, Itálii, na Kypru, Portugalsku a Rumunsku. Nejvyšší rozdíly jsou v České republice, kde jsou úmrtí spojena především s předepisováním medikamentů, dále pak v Polsku, Finsku a ve Velké Británii. Na předávkování umírá opět více mužů (4 % mužů, 2 % žen). Je to dáno především tím, že muži častěji užívají drogy injekčně a rizikově (vyšší frekvence injekční aplikace, dávky, kombinace drog, injikují osamoceně).

INFEKČNÍ NEMOCI

Ženy – injekční uživatelky drog jsou mnohem citlivější k HIV infekci a sexuálně přenosným infekcím než muži. Existují jasné sociální důvody: ženy jsou více často zapojeny do sexuální práce než muži a biologické faktory: ženy mají větší riziko přenosu choroby díky větší ploše sliznice. Data získaná z 8 států EU v roce 2001 ukazují, že bylo testováno celkem 124 337 mužů a 20 640 žen na HIV v drogových centrech. Celkem byla zjištěna HIV prevalence u 13,6 % mužů a 21,5 % žen. Faktem je ale to, že tato čísla nemohou být brána doslovně. Ženy jsou častěji testovány než muži (například screeningové testy v těhotenství apod.), proto výskyt HIV u žen může být vyšší (EMCDDA, 2006).

V porovnání s HIV je hepatitida typu C velmi podobná u mužů i žen. Je to kolem 56 – 58 %. Sexuální přenos VHC lze obtížně srovnávat s HIV přenosem, ale mezi IDU je největší riziko přenosu spatřováno ve sdílení stříkaček – jehel a jiných parafernálií.

DALŠÍ SOCIOEKONOMICKÉ CHARAKTERISTIKY

Ženy představují 9 – 15 % všech drogových trestných činů. V České republice (4 %) je číslo nižší, naopak v Litvě a Rumunsku je číslo podstatně vyšší (20 resp. 25 %). V posledních letech tato čísla narůstají. Některé země např. Španělsko, Itálie, Rakousko a Švédsko) prohlašují, že u žen je mnohem méně pravděpodobné, že budou odsouzeny než u mužů. Nicméně v Německu je tomu naopak: zločiny spáchané ženami častěji vedou k odsouzení, protože, ve srovnání s drogovými trestnými činy spáchanými muži, ženské trestné činy jsou více spojeny s dalšími trestnými aktivitami (EMCDDA, 2006).

Ve srovnání s muži v léčbě - větší procento léčených žen je ekonomicky neaktivní (zahrnuje také ženy v domácnosti, penzisty a invalidy). Míra nezaměstnanosti mezi uživatelkami drog je více než o 10 % vyšší než mezi muži.

II. SPECIFIKA ŽEN - UŽIVATELEK DROG

Dle Preslové (2009) se o specifické ženské klientely v České republice mezi drogově závislými začalo více mluvit v 90. letech, kdy se závislým matkám ve větší míře začaly rodit děti. Zde se zrodila otázka mateřské role uživatelky drog. Adiktologické služby reagovaly na tuto problematiku otevřením Terapeutické komunity Karlov, následně pak rozšířením nabídky léčby ve stacionárních programech. Později vznikaly specifické programy pro ženy v rámci nízkoprahových, léčebných a doléčovacích služeb včetně chráněného bydlení. V současnosti se dle EMCDDA (2006) vyrovnává využívání drogových služeb z hlediska gender. Situace je však odlišná v různých zemích.

Specifiku žen můžeme hledat v různých podobách – od samotné fyziologie ženského těla, prožívání a zvládání psychické zátěže, přes sociální a společenskou oblast až po společenské a biologické předurčení žen.

Uživatelka drog – žena, těhotná, matka je doposud fenomén, který se hůře přijímá a se kterým se těžko smíruje. Jedná se o velmi citlivou věc, která je v každém člověku hluboce zabudována. Odborníci se vyjadřují o tzv. „dvojí deviaci“ (více popsána v kapitole III. Gender problematika). Je těžké si uvědomit a klientky neodsuzovat za své rozhodnutí upřednostnit drogy namísto dítěte. Vždy je důležité uvědomit si, kdo je naším klientem a v jeho rozhodnutí jednat. Je nutné rozdělovat ženy na motivované a nemotivované a s touto skutečností pracovat. Nenutit klientky k léčbě, když o dítě nemají zájem, výsledkem je často stejně vypadnutí z léčby a umístění dítěte do kojeneckého ústavu.

2. 1. Vznik závislosti a užívání u žen

Dle Beckera (2008) jsou rozdíly mezi pohlavími přítomny ve všech fázích zneužívání drog (zahájení, eskalace užívání, závislosti a relapsu po abstinenci). Ženy začínají pravidelně užívat ať legální či nelegální drogy v nižších dávkách než muži, užívání vede rychleji k závislosti, ženy jsou také vystaveny vyššímu riziku relapsu po abstinenci. Frouzová (1996, str. 269 – 275) uvádí: „Existuje výrazný rozdíl mezi muži a ženami v tom, že více než polovina toxikomanek dostala svoji první injekci od svého partnera (51 %), zatímco toxikomanům jejich partnerka „poskytla“ totéž jen v 10 %“.

Jako příčina vzniku závislosti se udává snaha najít nejlehčí cestu pro únik z určitých situací, dosáhnout pocitu štěstí, pohody, zážitků a mimořádných schopností. Psychoaktivní látky tyto schopnosti mají. Jak uvádí Binder a Vavřínková (2006), na vzniku závislosti se podílejí tři složky – prostředí, organismus a droga. Tyto složky se vzájemně prolínají a doplňují.

- **Prostředí:** kolektiv, party, rozvrácené rodiny, osamělost, kriminální subkultura apod. Důležitým činitelem je pohled společnosti na užívání drog a také dostupnost drog. Nezřídka bývá závislost projevem psychických problémů, například nedostatečného sebevědomí, útekem před problémy apod.
- **Organismus:** vliv dědičnosti. Nicméně neexistují geny, které by jedince předurčili pro vznik závislosti. Geny přispívají spíše ke vzniku určitých vlastností, které riziko vzniku závislosti zvyšují. Jedná se většinou o lidi zvědavé, kteří často experimentují, rádi riskují, nebo také o umělce, kreativní pracovníky, špičkové sportovce adrenalinových sportů. „Droga je v těchto případech jinou cestou ke zvýšení dopaminergní hyperaktivity, než je vyhledávání senzací“ (Binder, T., Vavřínková, B. 2006, s. 16). Protipólem pak mohou být lidé nevyrovnaní, náchylní k depresím, úzkostem a impulzivité, kteří mají také často sklony k závislosti. Binder Vavřínková (2006) dále uvádí, že je prokázána rozdílná dispozice k drogové závislosti u mužů a žen. Ženy jsou mnohem citlivější na účinek drogy, závislost se u nich vyvíjí dříve než u mužů. Také reagují rychleji na

léčbu, ale v následném období abstinence jsou mnohem křehčí a náchylnější k návratu se k závislosti.

- **Droga:** základní faktor pro vznik závislosti. Důležité je, jak silný psychický zážitek je schopna droga vyvolat a jaké následné nepříjemné pocity vyvolává po přerušení opakovaného zneužívání. Velmi podstatná je v tomto ohledu dostupnost drogy. Tzv. legální drogy (alkohol a nikotin) jsou z tohoto pohledu více nebezpečné – počty závislých jsou vysoké a zdravotní důsledky velice vážné (Vavřínková, B. 2006).

2. 2. Nejčastěji užívané návykové látky

Z hlediska gender se liší také preference užívaných drog (EMCDDA, 2006). U žen se jedná spíše o sedativa a tlumivé látky a léky na lékařský předpis. Nicméně ze statistik vyplývá, že ženy mají zastoupení ve všech kategoriích drog. Nejčastěji zastoupenou tvrdou nelegální drogou je pervitin.

Mnohé studie, týkající se užívání drog ženami, ukazují závislé gravidní ženy jako mladší, bez partnera, z nižších ekonomických tříd, s nižším vzděláním. Významným znakem této skupiny je pak nezaměstnanost (Binder, T., Vavřínková, B., 2006). Průměrný věk gravidních závislých žen se pak nejčastěji pohybuje v rozmezí od 20 – 26 let. Jak potvrzuje více autorů, obecně lze říci, že těhotenství bohužel není dostačující motivací k léčbě závislosti. Kalivodová (2011 in Frišaufová, 2012) ve své diplomové práci mapovala sociodemografické charakteristiky těhotných žen a matek a potvrdila starší výzkumy. Klientky kontaktních center jsou především svobodné, se základním vzděláním, bez stálého příjmu a stálého partnera. Nejčastěji užívanou drogou je pervitin, s drogou se setkaly v nízkém věku, aktuálně nemají dítě nebo děti ve své péči. Většina těhotenství je nechtěná.

Těhotenství závislých žen bývají neplánovaná, část žen však v určité fázi nachází k dítěti vztah a jsou ochotné se kvůli němu léčit. Jejich partneři mají motivaci jen zřídka a

mnohdy je rozhodnutí partnerky pro ně naopak ohrožující. Vědí, že úspěšná léčba znamená mimo jiné opuštění drogové společnosti, a tedy i opuštění partnera užívajícího drogy (Preslová, 2009). Tuto skutečnost potvrdila Koňáková (2011 in Frišaufová, 2012) ve své diplomové práci týkající se výzkumu v terapeutické komunitě Karlov. Cílem bylo zjistit, jak těhotenství klientek ovlivnilo jejich postoj k užívání drog. Byla zjištěna jistá ambivalence: na jedné straně měla klientka radost, na druhé straně strach, že nebude schopna ani sebe natož dítě ze závislosti vyléčit. Tento strach v některých případech vedl ještě k intenzivnějšímu užívání drog. V mnoha případech však těhotenství bylo silným faktorem pro ukončení užívání drog.

Národní zprávy zemí EU (EMCDDA, 2012c) uvádějí, že právní předpisy v Evropě se snaží spíše udržet a sjednotit rodinu, než vzít děti. Žádná země neuvádí, že užívání drog je samo o sobě důvodem pro odebrání dítěte od matky. Legislativa vztahující se na těhotné uživatelky drog usnadňuje přístup k léčbě v mnoha zemích. V závislosti na právních předpisech byly vyvinuty intervence (evidence – based přístup), které nabízejí cílenou pomoc těhotným uživatelkám drog, závislým rodičům a jejich dětem. V téže zprávě se uvádí, že ve většině léčebných intervencí u těhotných žen se poskytuje substituční léčba závislosti na opiátech. Kromě toho těhotné uživatelky obdrží řádnou a včasnou péči. Některé země nabízí terénní programy nad běžný rámec a nabízí víceoborové komplexní programy během těhotenství a po něm, samozřejmě jsou terapeutické komunity, kde se rodiče mohou léčit společně se svými dětmi.

2. 3. Vliv návykové látky na těhotenství a vývoj dítěte

Užívání drog v prvních třech měsících těhotenství zvyšuje riziko vrozených vad. Další problémy jsou spojeny s opožděným vývojem plodu. V těhotenství jsou zvýšené nutriční nároky a drogová závislost je obecně spojena se špatnými dietními návyky. Byla prokázána snížená sérová hladina kyseliny listové a ferritinu u žen užívajících kokain nebo marihuanu. Častější jsou rovněž infekce močových cest a pneumonie (Binder, T., Vavřínková, B. 2006).

OPIOIDY

Dle Bindera a Vavřinkové (2006) je vliv opioidů na těhotenství a plod ve většině případů jen mírný. Nicméně užívání opioidů s sebou přináší rizikové chování matky v průběhu těhotenství (např. shánění drog, intravenózní aplikace apod.). Také prenatální péče u těchto žen bývá nedostatečná především již ze zmiňovaného životního stylu. Nechodí, či pouze sporadicky, na pravidelné prohlídky k lékaři, na gynekologii či do prenatální poradny. Problémem je také nedostatečná hygiena a výživa. Při pokusech bylo prokázáno, že odbourávání opioidů (abstinence) má škodlivější efekt než kontinuální vystavení těmto látkám. Kolísání hladiny drogy, stejně jako opakování abstinenčního syndromu, způsobuje změny na placentě a rozvoj placentární insuficience (tzn. nedostatečnost placenty – důsledkem je redukce výživy plodu a dodávky kyslíku pro plod) a také vede ke zvýšenému riziku distresu a úmrtí plodu. Až ¼ dětí narozených uživatelkám opioidů se rodí s nízkou porodní hmotností, téměř samozřejmostí (v 90 %) je novorozenecký abstinenční syndrom.

STIMULANCIA

Děti vystavené působení stimulačních drog se projevují jako hypotrofické, mají menší obvod hlavičky, kratší končetiny a je u nich prokázán větší výskyt defektů močové a pohlavní soustavy (Binder, T., Vavřinková, B. 2006). Užívání v prvním trimestru zvyšuje riziko vrozených vad. Další problémy se mohou týkat opožděného vývoje dítěte. Užívání stimulačních drog v pozdějším stadiu těhotenství může matce přivodit srdeční záchvat, je zde zvýšené nebezpečí poškození plodu, úmrtnosti i narušení následného vývoje. Děti uživatelk se rodí s nízkou porodní váhou a se známkami růstové retardace (Binder, T., Vavřinková, B. 2006). Existuje také riziko prenatální úmrtnosti.

Může být přítomen neonatální abstinenční syndrom, pro který je charakteristická menší intenzita a kratší trvání, než u NAS vzniklého po opiátech. Binder a Vavřinková (2006) uvádějí, že tyto děti jeví i v pozdějším věku známky abnormálního chování, mají omezenější návyky a menší schopnost vyjadřovat emoce, což se může projevit na vztahu matka – dítě. Ze zdravotního hlediska je zde zvýšení riziko anomálií srdce, krvácení do mozku a během dětství trvá déle riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte.

KONOPNÉ LÁTKY

Kouření marihuany bývá ve většině případů pouze rekreační, takže ženám nedělá problém během těhotenství kouření přerušit. Pokud žena pokračuje v kouření marihuany, jedná se většinou pouze o nárazovou aplikaci (Binder, T., Vavřínková, B. 2006). Samozřejmostí je, že vliv marihuany na plod se odvíjí také od velikosti dávky. Při pravidelném užívání byl prokázán nižší váhový přírůstek u matky a růstová retardace u plodu v důsledku špatného okysličování placenty. Po narození bývají děti hypotonické, s omezenými reakcemi na stimulaci, objevuje se prodloužený Moorův reflex (úlekový reflex) a třes. Abstinenci syndrom není výrazný a rychle odeznívá.

HALUCINOGENY

Užívání halucinogenů během těhotenství je spíše výjimečný jev, tudíž vliv na plod není zcela jasný. Častěji dochází k polydrogové závislosti a tím pádem není možné prokázat souvislosti a důsledky. Obecně mají děti narozené ženám užívající halucinogeny podobné problémy jako děti vystavené účinkům kokainu (Binder, T., Vavřínková, B. 2006).

BENZODIAZEPINY

Benzodiazepiny patří v medicíně mezi nejpoužívanější psychofarmaka. Do této skupiny patří legálně předepisované látky, které jsou návykové a často zneužívané. Benzodiazepiny mají hypnotický, sedativní a anxiolytický efekt.

V těhotenství jsou benzodiazepiny plodem pomaleji metabolizovány. Vyvolávají svalovou hypotonii s útlumem dýchání, hypotermií, arytmií, problémy s příjmem potravy a abstinenci syndromem. Mohou také způsobit kongenitální malformace, jako například rozštěpy rtů a patra. (Binder, T., Vavřínková, B. 2006).

2. 4. Fyziologické problémy ženského těla v souvislosti s drogami

K nejzávažnějším fyziologickým problémům patří užívání návykových látek v době těhotenství, protože zhoršuje zdravotní stav nejenom ženy, ale i jejího dítěte. Vzhledem k jejich stylu života, nevyhledávají závislé ženy příliš praktické lékaře, gynekology či poradny pro těhotné. Ženy mívají poruchy menstruačního cyklu, častá je i neplodnost. Chodí k lékaři pozdě také proto, neboť si graviditu nepřipouštějí.

V důsledku závislosti a rizikového životního stylu jsou drogově závislé ženy vystaveny častějšímu výskytu různých poruch. Nejsou to pouze kožní problémy, respirační apod., ale v porovnání s muži je mnohem častější nutriční deficit, změna psychiky, nedostatečná výživa a hygiena, promiskuita, apod. Prostituce a promiskuita s častým nechráněným sexem působí zánětlivá onemocnění a různé virové infekce. Dle EMCDDA (2006) jsou ženy mnohem náchylnější k různým infekcím (HIV, VHC apod.). Snížená obranyschopnost organismu, nezáměr o vlastní zdravotní stav v těhotenství a o vývoj plodu opět zvyšují riziko infekcí. Nejčastějšími komplikacemi v těhotenství u uživatelék drog jsou zejména potraty, předčasné porody a záněty porodních cest. U těhotných žen užívajících nealkoholové drogy jsou např. častější anémie, endokarditis a hepatitis, atd. Předčasný odtok plodové vody je častý zejména u gravidních užívajících heroin. Každá těhotná toxikomanka by měla být sledována jako vysoce riziková gravidita, neboť tyto ženy jsou často podvyživené, trpí anémií a hepatitidou B nebo C. Zvýšeně se vyskytují sexuálně přenosné infekce. Ohrožení zdravotního stavu a růstu plodu souvisí ve velké míře se zdravotním stavem matky a závažností její drogové závislosti. Většina návykových látek lehce prostupuje přes placentu a v krvi plodu dosahuje stejných nebo i vyšších koncentrací jako u matky. Plod se tak stává pasivním - nedobrovolným narkomanem. Rizikové jsou výkyvy hladin návykových látek v krvi v období abstinence a předávkování a také jedná-li se o polytoxikomanii. Některé drogy - alkohol, barbituráty, kokain, vyvolávají vznik vrozených vad (Huttová a kol., 1999).

2. 5. Prožívání a zvládání psychické zátěže

U žen je potřeba blízkosti, přijetí, ochrany. Proto se lze setkat s tím, že klientky často žijí s někým jen proto, že se jich ujal, vzal je pod svou „ochranu“. Později se od něj nedokážou odpoutat a odejít. V průběhu užívání se dostávají do světa, kde mají moc muži a ovládají je (Preslová, 2009). Pro rozvoj závislosti je dle Trávníčkové (2001) u žen typická potřeba osobního úniku. U žen, více než u mužů, se na rozvoji závislosti podílejí problémy v rodině a v partnerských vztazích.

Dle několika odborníků (Frišaufová a kol., 2012) se u žen, uživatelék drog, častěji než u mužů, vyskytují duální diagnózy. Často se jedná o poruchy příjmu potravy, sociální fobii nebo posttraumatické stresové poruchy. Dále pak jsou to deprese a úzkostné stavy, popřípadě zkřížená závislost na alkoholu nebo tlumivých lécích. Duální diagnóza je bohužel další překážka pro vstup a zapojení klientky do léčby.

Dalším častým fenoménem u žen je trauma ze znásilnění či zneužívání, ke kterému nedošlo pouze v klientčině dětství a dospívání, ale také během užívání na drogové scéně. U žen - uživatelék je dle Preslové (2009) typická neschopnost určení si hranic a cítění osobního teritoria. Ženy často zneužití tají a toto téma se objeví až ve fázi doléčování, kdy klientka si díky terapeutickému procesu uvědomí, že toto chování bylo vůči ní násilné a nepřijatelné. Ženy – uživatelky jsou velmi snadno ovlivnitelné zejména od partnera, který dokáže ženu zmanipulovat tak, že dítě opustí a volí opět život s drogou (Preslová, 2009).

2. 6. Sociální a společenská oblast

Způsob života drogově závislých žen je často neuspořádaný a bývá ovlivněn stresovými faktory, jako je např. nezaměstnanost, prostituce a kriminalita (v záměru získat peníze na drogy).

PRÁCE V SEX BYZNYSU (Frišaufová M., 2006)

Poskytování placených sexuálních služeb a užívání drog jsou fenomény, které spolu často souvisí. Frišaufová (2006) uvádí, že ne vždycky se prostitucí míní sexuální služby za peníze. Často se jedná o poskytování sexuální služby výměnou za drogy nebo ubytování. Jedná se o dvě skupiny žen nabízející sexuální služby:

- první skupinu tvoří ženy, které prvotně užívají drogy a na drogy si takto vydělávají. V tomto případě se většinou jedná o pouliční prostituci. Tyto ženy jsou více ohroženy sexuálním zneužitím či násilím proti nim.
- druhou skupinu tvoří ženy, které se k drogám dostanou skrz práci v sex byznysu. Tyto ženy pracují především v klubech či na uzavřené scéně.

KRIMINALITA

Užívání drog a závislost je dle výzkumů Bureau of Justice Statistic (1994 et Anderson, 2000) vyšší mezi zatčenými ženami než muži (až 3x). Muži a ženy jsou rozdílné také v ilegálních aktivitách, ve kterých se angažují za účelem získání financí na drogy. Zatímco u mužů dominuje distribuce drog a účast na široké škále pouliční kriminality, ženy více často omezují své nelegální aktivity na malé jmění a nepoctivé obchody. Například „boosting“ je pouliční termín pro krádeže v obchodech, což je nejčastější způsob získávání financí. Dalším častým jevem u žen je prostituce tzv. „hustling“.

K 26. 6. 2013 máme dle statistik vězeňské služby 892 vězňů dospělých žen, 8 mladistvých žen a 2 chovanky (z 16 218 celkově vězňů). Pokud budeme vycházet z předpokladu, že zhruba polovina vězňů má v anamnéze užívání drog, je ve věznicích asi 350 žen, které měly ve svém životě problém s drogou. Vzhledem k nedávné amnestii se číslo zdá být poměrně malé. Dle Ženíškové a Soukupové (2009 in Preslová a kol., 2009) je obecná charakteristika klientek vězeňských programů: průměrný věk 28, nejčastěji odsouzeny za majetkovou trestnou činnost spojenou s užíváním drog, dále pak trestná činnost společně se svými partnery, kteří jsou výrobci nebo distributory drog. Velmi často trestané opakovaně, v minulosti jim byly uloženy tresty obecně prospěšných prací nebo

jsou v podmínce. Nejčastější doba vězení kolem 1 roku. V anamnéze zvýšeně ústavní výchova (diagnostické ústavy pro problémové chování). Často mají děti, které jsou v péči prarodičů nebo v ústavní výchově. Nicméně právě děti jsou velkým motivačním faktorem ke změně životního stylu. Bohužel se tato motivace záhy po výstupu z vězení vytrácí. Časté bylo násilí v rodině, ať už v dětství nebo v partnerském vztahu. Zkušenost s prostitucí, kterou si opatřují finanční prostředky na drogy. Významným faktorem jsou vztahy s uživateli drog: pro klientky bývá velmi těžké tyto partnery opustit, což při návratu do civilního života představuje velké riziko.

2. 7. Drogy a rodina

Rodina dle Sobotkové (2001, in Kuklová, 2012) je definována jako základní buňka společnosti, která má zásadní vliv na člověka. Rodina poskytuje dítěti nejenom základní sociální zkušenost, ale formuje i jeho vztah k sobě samému, rozvíjí základní důvěru či nedůvěru nejenom k sobě, ale i ostatním lidem, světu.

Vzhledem k drogové závislosti se považuje za významné několik oblastí fungování rodiny:

- Úplnost či neúplnost rodiny - chybění či přítomnost kvalitních rodičovských vzorců: matka jako emoční zázemí v rodině, otec jako nositel řádu, racionality a pravidel (Vymětal, 1994 in Kuklová, 2012).
- Citové vztahy v rodině – bazální funkce rodiny a poskytování kvalitního citového zázemí. V případě neplnění těchto podmínek dochází k narušení pocitu sebelásky, sebeúcty, obvykle potíže s přijetím sebe i okolí (Kuklová, 2012).
- Psychické či fyzické týrání dítěte včetně sexuální zneužívání v rodině (CAN) – těžké poškození vývoje osobnosti především v emoční oblasti. Následek: citová deprivace, větší psychická vulnerabilita, nedostatečná sebeúcta a sebedůvěra atd.

- Výchova a volba výchovných prostředků: demokratický styl výchovy je optimálním přístupem ve výchově (ctí individualitu dítěte při zachování autority rodiče).

Ve Výroční zprávě EMCDDA o stavu drogové problematiky v Evropě (2012b) se uvádí, že drogy sice užívají jednotlivci, ale problémy s tím spojené sdílí celá rodina. Nová studie EMCDDA analyzuje rodiny a otázku drog spojenou s rodičovstvím a rodičovskou odpovědností. EMCDDA (2012b, str. 14) uvádí: „Zpráva zjišťuje, že ačkoli osoby, které mají problémy s drogami, nemusí být nezbytně špatnými rodiči, je pravděpodobné, že budou potřebovat další podporu. Zvláště léčebné služby musí být citlivé vůči potřebám osob, které mají rodičovskou odpovědnost, protože obavy o péči o děti nebo o ochranu dětí mohou působit jako překážka vyhledání pomoci.“

Práce s rodiči uživateli, těhotnými, rodinnými příslušníky je běh na dlouhou trať. Je to zároveň pro služby velkou výzvou, neboť zařízení takto specializovaných je velmi málo a správná praxe a dobře cílené intervence mohou znamenat mnoho. Důkazy z výzkumů dle EMCDDA (2012b) ukazují, že zajištění vhodného poradenství a podpory může zlepšit výsledek pro matku i dítě. Další studie dle téhož zdroje uvádějí, že ve většině zemí jsou málo rozvinuty služby rodinné podpory. Je přehlížen důležitý zdroj pro podporu uzdravení.

EMCDDA (2012b) upozorňuje na důležitost zaměření na rodinu v protidrogové preventivní práci. Budovat silnější rodinu znamená snižovat riziko škály problematického chování včetně užívání drog. Bohužel však také upozorňuje na problém spočívající v tom, že zjištění preventivního výzkumu se často nedaří transformovat do politik a praxe.

Z výsledků Kuklové (2012), která zkoumala charakteristiky původních rodin pacientů se závislostí na návykových látkách s kontrolní skupinou rodin, kde syndrom závislosti u dětí v těchto rodinách vychovávaných nevznikl, vyplývá, že v úplné rodině vyrůstalo v období dětství a puberty 63 % závislých klientů a klientek, v kontrolní skupině se jednalo o 93 % respondentů. 20 % závislých bylo vychováváno jenom matkou v porovnání se 4 % v kontrolní skupině. 39 % závislých žen bylo vychováváno pouze matkou, v kontrolní skupině se nejednalo o žádnou ženu. Dominanci otce v rodině uvedlo 30 % závislých a 40 % respondentů v kontrolní skupině. U závislých žen je uváděna

dominance matek 2x častěji než u kontrolní skupiny. 16 % závislých (4 % v kontrolní skupině) uvádí citové vztahy v rodině jako chladné až velmi chladné. Fyzické tresty v rodině se objevily v 22 % v rodinách závislých klientů oproti 7 % u kontrolní skupiny. 33 % závislých klientů (13 % v kontrolní skupině) uvedlo zkušenost s násilím nebo fyzickým týráním v rodině (v 15 % násilí vůči klientovi, v 18 % násilí vůči jinému členu rodiny), v 81 % byl agresorem otec. Zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství uvedlo 7 % závislých klientů (v 5 % vlastní zkušenost). U závislých žen byla frekvence sexuálního zneužívání 11 %. V kontrolní skupině se nevyskytla žádná zkušenost. Drogová závislost v rodině: v 69 % se vyskytla závislost u příbuzných ve skupině závislých klientů (21 % otec, 7 % otec + matka, 4 % matka,...). V kontrolní skupině se jednalo o 22 % (13 % otec, 9 % v širší rodině).

Kalivodová (2012) vyvozuje závěry, že rodina je důležitým činitelem pro vznik závislosti. Rodiny závislých jsou mnohem častěji neúplné, chybí zde kvalitní rodičovské vzory (především kvalitní mužský vzor), matka často jako jediný vychovatel (dítě hluboký citový vztah k matce), vztahy v rodině narušené, spíše chladné, chybí vyjadřování kladných emocí fyzickou formou (pohlazení apod.), výskyt fyzických trestů jako výchovný prostředek, často fyzické, psychické či sexuální násilí. Častější i závislost příbuzných. Dále je zde v mnoha případech zásah prarodičů do běhu nukleární rodiny, liberální styl výchovy, nízké nároky na dítě, nedostatečná kontrola, malý význam kladený ke školnímu prospěchu.

2. 8. Specifické aspekty léčby žen

Dle Gossopa (2009) není jasné, jak moc je potřeba mít specializované služby zaměřené na ženy. Nicméně názory mnoha odborníků a novější výzkumy (EMCDDA, 2012c) poukazují na odlišnosti v přístupech léčby žen. Realitou léčby žen je to, že převládá rodinná terapie, skupinová terapie, zvláštní služby určené pouze ženám – od žen terapeutek (Gossop, 2009). V tomtéž článku se Gossop (2009) opírá o výzkumy Institute of Medicine, které ukazují, že pouze málo vědeckých studií potvrdilo přínos specializovaných intervencí

na ženy. Uvádí se zde, že velmi málo důkazů svědčí ve prospěch obecně rozšířeného názoru, že léčit ženy je obtížnější než léčit muže nebo že ženy mají nižší pravděpodobnost vyléčení. Studie potvrzují podobné výsledky úspěšnosti léčby u obou pohlaví. Ženy s problémovým užíváním metamfetaminu vykazují oproti mužům lepší výsledky pouze ve zlepšení rodinných vztahů a zdravotních problémů, přestože byly ve větší míře nezaměstnané, staraly se o dítě, žily s uživateli alkoholu nebo drog, byly fyzicky či sexuálně zneužívány a trpěly psychickými poruchami (Hser et al., 2005 in Gossop, 2009). Další studie (Hser et al., 2003 in Gossop, 2009) ukazuje na fakt, že ženy zůstávají v léčbě déle než muži, nicméně výsledky jsou podobné. Další studie upozorňují, že výběr vhodného terapeuta s ohledem na rasu a pohlaví, není podstatný v efektivitě léčby. Ženy oproti mužům více trpí psychickými chorobami a mnoho z nich zažilo zneužívání. Těmto tématům by se mělo věnovat více pozornosti. Dle další studie v článku Gossopa (2009) se poukazuje na skutečnost, že faktickým důvodem, který ženám brání ve vyhledání nebo setrvání v léčbě, je nedostatek možností současně pečovat o dítě.

III. GENDER PROBLEMATIKA

Tato kapitola se věnuje přímo gender problematice. Nicméně gender problematika v drogové oblasti je pomalu rozvíjející se téma a většina výzkumů je zaměřena spíše na odlišnosti v užívání, apod. Kulturní stigmatizace a tabuizace vedou k tomu, že problém s užíváním si nepřipouštějí ani ženy samy a neuvědomují si ho ani jejich rodiny a pomáhající profesionálové, kteří by je měli podpořit ve vyhledání léčby.

Feministická hnutí začala upozorňovat na skutečnosti týkající se gender rozdílnosti v dostupnosti a pohledu užívání drog. Například existovaly předpisy, které „zakazovaly ženám konzumaci alkoholu jako jednu z mnoha rozkoší, které přísluší pouze mužům“ (Vobořil, 2003 in Kalina, 2003, str. 239). Jakékoliv rizikové jednání žen bylo vnímáno jako překročení gendrové role – žena: zodpovědnost ke své rodině, péče o dítě, apod. Současná společnost, jež se snaží udržovat zavedené společenské stereotypy – ženy jako hospodyňky a ochránkyně rodinného krbu a muže jako živitele a pána rodu - přispívá k nárůstu počtu žen, jež mají problémy s užíváním návykových látek. Nový životní styl vyžaduje efektivitu, výkon apod. vyžaduje také rychlejší uspokojení potřeb, tím vzrůstá počet žen, které konzumují alkohol ve větší míře, užívají různé medikamenty či sahají k drogám. Další hrozbou nejenom pro ženy je také tlak na vzdělání, pracovní úspěchy, společenskou prestiž. Žena, která užívá drogy, je společností považována a vnímána jako dvojí deviant (Ettore, 1992 in Kalina a kol. 2003). Dalším spíše ženským tématem je prostituce a rizikovost jednání vzhledem k sexuálně přenosným nemocem. Samozřejmě k ženské otázce ve vztahu k drogám patří i fyzický zjev klientky. Dle Kobližkové (2009) jsou klientky nízkoprahového centra zpočátku upravené, čisté, oblékají se jako ženy, mají ženské vystupování, bohužel dříve či později podlehnou tlaku ze strany klientů - mužů a přestávají o svůj zevnějšek dbát. Získají „mužské rysy“ jak v zevnějšku, tak i v chování. Nicméně je to způsob, který jim v početné skupině uživatelů drog pomáhá přežít. Muži – uživatelé drog se na tyto ženy dívají s jakýmsi pohrdáním a uvádějí, že to nejsou ženy, ale „chlapi“.

3. 1. Gender

Definice pojmu gender je celé množství. Český statistický úřad na svých stránkách uvádí tuto definici: (Český statistický úřad, 2012) „Gender je někdy také nazýván sociálním pohlavím. Na rozdíl od pojmu pohlaví, který je chápán výhradně v biologickém smyslu, označuje pojem gender kulturní charakteristiky a modely přiřazované mužskému nebo ženskému biologickému pohlaví a odkazuje na sociální rozdíly mezi ženami a muži. Tyto role se mění s časem a významně se liší podle kultury národa a dané historické etapy vývoje společnosti. Nejsou tedy přirozeným, daným rozdílem mezi muži a ženami, ale dočasným vývojovým stupněm sociálních vztahů.“

Ve společnosti jsou také dost silné gendrové role, které se dle Statistického úřadu (2012) definují jako: „soubor zjevných i skrytých pravidel (většinou nepsaných a neformálních, určených danou společností), který definuje, jaké chování, myšlení, cítění, oblečení či forma partnerských vztahů je vhodná, případně nevhodná pro příslušníky jednoho nebo druhého pohlaví. Péče o děti, domácnost a závislé členy rodiny je všeobecně považována za ženskou roli, přičemž finanční a materiální zabezpečování rodiny je obecně klasifikováno jako mužská role“. S tím souvisí i otázka drog: věk prvního experimentu s drogou je u většiny žen nižší než u mužů, to vysvětluje fakt, že ženy mají převážně starší partnery, kteří je dostanou do kontaktu s drogou (Kalina a kol., 2003). Ženy pak ze své gendrové role mají tendenci partnerovi pomáhat nebo s ním sdílet stejné zážitky. Výzkumy ukazují na zajímavý fakt, že ženy, které užívají drogy, častěji vyhledávají partnera, který drogy také užívá, nicméně muži, uživatelé drog, hledají spíše partnerky, které drogy neberou (Stocco et al., 2000 in Nepustil, 2012).

VZNIK GENDROVÉ OTÁZKY

Genderové otázky se staly nedílnou součástí nejen feministického diskurzu, ale také postmoderní filozofie na přelomu 70. a 80. let 20. století. Otevíraly problematiku „jinakosti“ v postavení mužů a žen s pozadím nerovných vztahů mezi kulturami, národy a etniky. Muži ztělesňovali roli univerzálního subjektu, ženy ztělesňovaly to „jiné“. Díky

publikacím a diskuzím identita žen a mužů díky genderu přestala být definitivně chápána jako něco vrozeného a jasně daného, začala se pojímat jako proces kulturně - sociální, který odkrývá, že lidé se nerodí jako ženy a muži, nýbrž se jimi stávají.

Gendrová otázka se poprvé v drogové problematice objevuje na konci 80. let. Vlády zadávají mnoho výzkumů na toto téma, které se postupně stává populární a vyvolává mnoho diskuzí (Vobořil, 2003 in Kalina, 2003). V České republice se téma užívání žen a rozdílnost přístupů rozvíjí velmi pomalu. V 90. letech se objevily první děti, které se rodily těhotným uživatelkám drog, teprve tehdy se začalo mluvit o specifických přístupech k ženám – těhotným, matkám. Velkým přínosem bylo otevření Terapeutické komunity Karlov pro společnou léčbu matky s dítětem a následné rozšíření nabídky léčebných možností o ambulantní - stacionární programy (Preslová, Maxová a kol., 2009). V současnosti je snaha řešit ženskou otázku, ať už pořádáním konferencí nebo přizpůsobováním některých služeb ženám (spektrum služeb od nízkoprahových programů, ambulantní léčbu, léčení, doléčování až po chráněné bydlení).

Zřejmě první „průlom“ do pohledu na drogové služby v gender oblasti se stal, když Ministerstvo zdravotnictví ve Velké Británii v roce 1996 seznámilo odbornou veřejnost s výsledky studie DAWN, která přišla s velmi zajímavými ukazateli. Pouze 7% služeb nabízelo specifické programy pro ženy jako pro zvláštní skupinu. Tam, kde se tyto služby staly pevnou součástí nabízených programů, se však poměr mužů a žen využívajících nabídky služeb vyrovnal na 1:1. Tuto studii pak potvrdila celá řada další následujících studií napříč různými kontinenty (Kalina, 2003). Poměr počtu žen a mužů užívajících problematicky drogy a to, jak využívají služeb, se pohybuje okolo 2 mužů : 1 ženě, mezi klienty služeb pro uživatele drog je to již 3 resp. 2,5 muži : 1 ženě (Radimecký, 2012). Dle studií je rozdílný postoj veřejnosti k užívání drog u žen a mužů. Žena v očích veřejnosti užíváním drog překračuje svoji gender roli.

GENDROVÁ VSTRÍCNOST VE SLUŽBÁCH PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ ŽENY (UNODC, 2004 in Kalina, 2008, str. 267)

Gendrová vstřícnost:

- prostředí: na ženy orientované, vstřícné, bezpečné, podpůrné a rozvíjející, podporuje důvěru, přimknutí a spojení
- teorie a program: teoretický rámec má začleňovat životní zkušenosti a realitu žen a dívek. Programové přístupy založené na teoriích, které jsou v souladu s psychologickými a sociálními potřebami. Využívání gendrově vstřícných nástrojů hodnocení klientek a individualizovaných léčebných plánů
- metody: metody schopné pracovat s fyzickým, emočním a sexuálním zneužíváním, rodinnými vztahy, poruchami příjmu potravy a dalšími psychickými poruchami
- podpora uplatnění: příležitost k rozvoji dovedností v různých pracovních a výchovných oblastech
- personál a vzory: gendrově senzitivní personál a trénink personálu v gendrové vstřícnosti. Ženské vzory v personálu a vedení programu
- zaměření na potřeby matek a dětí: výchova a poradenství v záležitostech zdraví a mateřství (rodičovství), vztahu k dětem a jejich výchovy. Prostředí přátelské k dětem, věkově adekvátní aktivity pro děti, odborná péče o děti na místě poskytování služby.

ZÁSADY PRO GENDROVĚ VSTRÍCNOU LÉČBU (UNODC, 2004 in Kalina, 2008, str. 267)

- gender: uvědomění si, že gender činí rozdíly
- prostředí: vytvořit prostředí založené na bezpečí, respektu a důstojnosti
- vztahy: vyvinout postupy, které podporují zdravé spojení s dětmi, rodinou a komunitou

- služby: zaměřit se nejenom na zneužívání návykových látek, ale i na traumata a problémy duševního zdraví v komplexních, integrovaných a kulturně relevantních službách
- ekonomický a sociální statut: zajistit ženám příležitost zlepšit své sociální a ekonomické podmínky
- sociální komunita: založit systém komunitní péče s komplexními spolupracujícími službami.

Kalina (2008) dále uvádí, že mezi gendrově vstřícné služby se uvádí především léčba pouze pro ženy s ženským personálem, dále pak léčba pro ženy v rámci širší organizace, která se zaměřuje i na léčbu drogové závislosti mužů (gendrové skupiny, gendrové poradenství). V gendrově specifických programech je důležité, aby zde pracovaly ve vedení ženy jako určité osobní vzory.

SPECIFICKÉ GENDER PROBLÉMY (Vobořil, 2003 str. 241):

- Poruchy příjmu potravy
- Zneužívání léků – vysoká míra preskripce léků na uklidnění u žen
- Prevence užívání drog zaměřená na mladé dívky
- Téma rozdílnosti diagnostikování žen a mužů z psychologického a sociologického pohledu
- Specifičnost problémů v oblasti duševního zdraví u ženské populace – komorbidita, psychosexuální traumatizace apod.
- Prevence v oblasti bezpečného sexu
- Specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím

3. 2. Dvojitá deviace – double deviant

Ettore (1992 in Kalina, 1993) upozorňuje na to, že žena, která užívá drogy, je vnímána jako double deviant - dvojitá „deviace“ - tedy užívání drog a „překračování“ gender rolí – naše společnost má obecně tendenci odsuzovat lidi, kteří mají problémy s užíváním drog, a ta se v případě žen ještě stupňuje. Ženy – uživatelky návykových látek jsou tak vnímány jako morálně zkaženější, než jejich mužské protějšky - žena zklamává v roli ženy jako takové, manželky a matky (Radimecký, 2012). Společnost takové ženy odsuzuje a tím je ještě více stigmatizuje, ženy se pak brání vystoupit z anonymity, protože se bojí stigmatizace, odebrání dětí i bez reálných ukazatelů, že výchovu a péči o dítě zanedbávají (Vobořil, 2003).

Tento problém je dále umocněn skutečností, že si ženy častěji obstarávají peníze na nákup drog prostřednictvím sexuálního průmyslu. EMCDDA ve výroční zprávě za rok 2009 uvádí, že ženy v EU – uživatelky drog – spáchají méně trestných činů než muži, ale finanční prostředky pro užívání drog si častěji opatřují díky sexuálnímu průmyslu a to až v 60%. Toto vše může vést k mnohem větší stigmatizaci ženy užívající drogy, čímž se její cesta k hledání institucionální pomoci, kde musí vyjít alespoň částečně z anonymity, poněkud komplikuje. Bohužel nedílnou součástí prostituce a práce v sexuálním byznysu jsou reálná rizika sexuálně přenosných nemocí.

UNODC (2004) uvádí, že ženy většinou bývají uvedeny do užívání návykových látek a udržovány v abúzu svými mužskými partnery. Zároveň prožívají traumata z fyzického násilí a emočního a sexuálního zneužívání od svých mužských partnerů a berou drogy, aby se s tím vypořádaly.

3.3. Odlišnosti užívání žen a mužů z pohledu gender

Dle Trávníčkové (2001, str. 77):

- užívání drog degraduje ženu více než muže, izolace okolí je podstatně větší a úprava stavu obtížnější,
- důsledky závislosti na tělesném a duševním zdraví se manifestují výrazněji a rychleji než u mužů,
- ženy jsou více úzkostné a méně agresivní než muži,
- nejčastější motivací abúzu žen je reakce na životní komplikace a nezdary (dominují “rodinné” problémy), velký vliv má abúzus partnera,
- kombinace abúzu alkoholu s léky je u žen častější než u mužů,
- ženy užívající drogu či alkohol častěji ztrácejí partnera, popřípadě celou rodinu,
- větší společenské stigma a strach z odebrání dětí vede u žen k otálení s žádostí o pomoc.

Chování žen na detoxifikačním oddělení, které zkoumala Kotková (2011) uvádí, že ženy jsou oproti mužům zdrženlivější, úzkostnější a bázlivější, obtížněji se staví na vlastní nohy. Je pro ně typická starostlivost a pocit odpovědnosti za druhé. Nevystupují tak kriticky jako muži. Ženy jsou více společenské, chtějí navazovat kontakty. Na společných aktivitách jsou upravené a společensky vystupují.

MOTIVACE UŽIVATELEK NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Těhotenství a mateřství může znamenat pro léčbu jak motivační faktor, tak zároveň i další bariéru pro vstup do léčby. Nicméně dle statistik ženy obecně vstupují do léčby dříve než muži a v léčbě jsou ženy s dětmi úspěšnější než ostatní (NTA, 2007 in Nepustil a

kol., 2012). Dle Nevšimala a Frouzové (2007) závislé ženy nebo matky s dětmi dávají přednost ambulantním programům a programům krátkodobým. Pokud už vyhledají rezidenční léčbu, jsou to spíše mladší klientky, které mají nízký pocit zodpovědnosti za svůj život. Často mají špatné rodinné zázemí, narušený partnerský vztah. Jsou to matky, kterým hrozí odebrání dítěte, mají zkušenost s kriminální činností a často soudně nařízenou léčbu v důsledku užívání návykových látek. Nicméně motivace léčících se matek je většinou „pasivní“, je dána vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek.

Motivace matek uživatelék drog (Nevšimal & Frouzová, 2007):

- Hrozba odebrání dítěte z péče či naděje získání dítěte zpět do péče
- Zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro dítě
- Tlak rodiny popř. partnera
- Selhání v jiném programu
- Snaha změnit život, začít pečovat o dítě
- Hrozící výkon trestu, soudně nařízená léčba.

VZTAHY

Ženy vyhledávají vztahy, kde nebudou vystaveny zátěži. Chtějí patřit do skupin, které zaujímají postoje velmi blízké jejím vlastním. To vede k vyhledávání nových partnerů - uživatelů, zmenšuje se otevřenost k lidem s jiným životním stylem a dochází k postupnému chudnutí možnosti k novému nedrogovému seznámení (Hajný, Klouček, & Stuchlík, 1999).

Anamnestická data jsou dle Kotkové (2011) podobná u většiny žen užívajících drogy – opakují se v nich podobné vzorce chování, které zažívaly ve své rodině – jako děti návykovou látku odsuzovaly, v pozdějším věku droze podléhají, často oběti psychického a fyzického násilí, které řeší zneužíváním návykových látek pocit nedostatku lásky v rodině, od partnerů, dětí, chybí jim semknutost rodiny a pocit bezpečí. Submisivní, bojí se říct svůj názor, ztrácejí sebevědomí. Nejsou schopné žít samostatně – nutnost mít nad sebou

autoritu a někoho, o koho se mohou opřít. Všechny léčené ženy (matky) dospějí k tomu, že jejich vztah k partnerovi je třeba řešit. Drogy vždy byly ústředním tématem jejich partnerství. Jejich partneři jsou zpravidla aktivní uživatelé nebo momentálně ve výkonu trestu odnětí svobody. Uvádí se, že v 90 % je partner rizikem pro úspěšnou abstinenci žen i pro soužití s dítětem. Matka stále doufá, že partner se také rozhodne pro abstinenci a začne nový – „čistý“ život. Naivně si myslí, že narozením dítěte se partner automaticky změní. Na druhou stranu dominantní partneři s nelibostí pociťují ztrátu kontroly nad ženou a snaží se svoji pozici získat zpět. Když se k nim partnerka vrátí, začnou ji znovu využívat, popřípadě ji citově vydírat a vyvolávají v ní pocit viny za jejich současnou situaci.

VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB

O stigmatizaci bránící ženám – uživatelkám drog – vystoupit z anonymity jsem se již zmínila. Dle výzkumů se opět tato skutečnost potvrzuje, žen je ve službách opravdu méně (2,5 : 1 ve prospěch mužů). Ženy více než muži přicházejí do služeb se zdravotními problémy, nicméně maskují tím různé prvotní problémy - psychosociální. Ženy ve službách potřebují osobnější prostor, vstřícnější přístup personálu, ochotu mluvit apod., nicméně v běžných nízkoprahových službách, kdy v jeden kontaktní den přijde několik desítek klientů, je toto téměř nereálné (Preslová, Maxová, a kol., 2009). K dalším možným bariérám včasného vyhledání odborné pomoci může u žen patřit odpovědnost za plnění jejich domácích povinností jako partnerek a matek. Obava z toho, kdo se bude po dobu jejich léčby starat o dítě, případně strach, že jim dítě bude odebráno z péče nebo obava z ostudy plynoucí z přiznání problémů s užíváním návykových látek. (Radimecký, 2012).

PRESKRIBCE A ZNEUŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Další možné druhy závislosti žen jsou například závislost ekonomická, závislost na partnerovi či na lécích. Ze statistik vyplývá, že na rozdíl od žen, které častěji unikají k uklidňujícím lékům, muži jsou většími konzumenty konopných drog (marihuana, hašiš). Pro ženy je snazší užívat spíše léky, než produkty distribuované na ilegálním trhu. Pokud žena užívá proskribované léky, přestává být ze společenského hlediska „dvojitou deviantkou“,

ale stává se pacientkou. Tato skutečnost také snižuje riziko odebrání dětí z péče (Vobořil, 2003). Společnost má tendenci nahlížet na ženy užívající ilegální drogy jako na více zkažené, než je tomu v případě mužů (Radimecký, 2012). Zdravotnictví tak samo přispívá k velkému počtu závislých žen. Nejčastěji jsou léky předepisovány na problémy spojené s krizí v manželství a nároky rodiny na ženu (Vobořil, 2003). Kalina (2003) uvádí, že ženám jsou benzodiazepiny předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji. Ženy (Janečková, Křížová, 2002 in Kalina, 2003) také hůře verbalizují organické symptomy, více se soustředí na psychické prožívání nemoci. Nejistota lékařů pak vede k přehnanému předepisování uklidňujících léků.

KOMORBIDITA

Dalším z gender rozdílů je samozřejmě i otázka komorbidity – užívání drog s přidruženým problémem v oblasti duševního zdraví. Dle Vobořila (2003) poruchou v oblasti duševního zdraví trpí každý druhý uživatel. U žen se objevují v porovnání s muži především poruchy příjmu potravy, dále pak poruchy v souvislosti se sexuálním zneužíváním v dětství či dospívání. Ženy jsou také více neurotické a méně psychopatické než muži (Vobořil, 2003). Nešpor (2000 in Kalina, 2003) doplňuje, že závislé ženy více trpí depresemi, zatímco muži trpí více poruchami osobnosti. Kotková ve svém výzkumu na detoxifikačním oddělení (2011) toto tvrzení podkládá výzkumem a uvádí, že u žen je větší výskyt deprese – až 2x častěji, popřípadě si na depresivní prožitky stěžují. Dále se setkáváme s emočně nestabilními projevy osobností žen a s tendencemi k sebepoškození. Další častou diagnózou je úzkostná porucha se somatickými příznaky a poruchami spánku s tendencí nadužívat anxiolytika či hypnotika. V souvislosti s psychickým popř. fyzickým týráním ženy v minulosti se objevuje posttraumatická stresová porucha. Mezi dalšími můžeme jmenovat poruchy příjmu potravy, bolesti hlavy, migrény, poruchy menstruačního cyklu.

IV. SYSTÉM SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE O ŽENY UŽÍVAJÍCÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY

Obecně pro snadnější kontakt s klienty a efektivnější přístup je potřebná dostupnost služby, atraktivní nabídka služeb a multidisciplinární tým. Nicméně co ženy přiláká do služeb? Co je pro ně lákavé a potřebné, aby zašly do nízkoprahového centra, zkontaktovaly terénního pracovníka, domluvily si léčbu apod.? Je hlavní motivací těhotenství? Skutečnost, že muži užívají ilegální drogy častěji než ženy, podporuje realitu, že většina programů se zaměřuje na muže a bohužel nebere v úvahu genderové odlišnosti.

V České republice není nabídka služeb určena přímo ženám se závislostním chováním dostačující a ani systém péče o tyto ženy není dosud sjednocen. Ženy závislé na návykových látkách málokdy požádají o pomoc, a to nejčastěji ze strachu, že jim bude odebráno jejich dítě či že budou více stigmatizované. Těmto ženám by proto měla být nabídnuta specifická zdravotně-psychosociální intervence. Ženám se závislostí se v České republice věnují především neziskové organizace. Většinou jde o zařízení, která jsou určena všem se závislostním chováním, ale pro ženy, jakožto specifickou skupinu, mají specializovaný program. Tyto služby lze rozdělit do několika úrovní:

- nízkoprahová zařízení a terénní programy
- ambulantní služby
- pobytová léčebná zařízení a terapeutické komunity
- doléčovací programy
- substituční programy

V Praze funguje několik zařízení věnující se ženám jako specifické skupině uživatelů. Jedním ze zařízení je pod Drop-in o. p. s. Centrum pro rodinu, dalším zařízením je pak sananimský Denní stacionář a Terapeutická komunita Karlov, která k léčbě závislostí přijímá těhotné ženy a matky s dětmi. Sananim provozuje doléčovací centrum s chráněným bydlením, kde probíhají gendrové skupiny. Na chráněné bydlení jsou přijímány matky s dětmi. O další specifické programy pro ženy se pokouší i sananimské K-centrum. Apolinář provozuje ženské oddělení v psychiatrické léčebně. Dle internetových zdrojů se mi nepodařilo najít v Praze jiná sdružení či projekty, které by se drogově závislým ženám více věnovaly.

Výzkum DAWN (Kalina, 2003) realizovaný roku 1996 ve Velké Británii zjistil, že pouze 39 % léčebných zařízení nabízí gender skupiny. Horší přístup měla nízkoprahová zařízení, kde poradenství pro ženy bylo nabízeno pouze v 7 %. Pouze 7 % služeb pro ženy nabízelo telefonní linky nabízející poradenství. Zajímavé ale je, že ta zařízení nabízející speciální služby pro ženy, vykazovala více než 50 % návštěvnost žen (aktuálně v ČR průměrně 1/3 ženy). Další studie v Londýně - Drug and Alcohol Review realizovaná v roce 1998 (Kalina, 2003) uvádí, že 69,4 % sledovaných žen navštěvovalo své praktické lékaře z důvodu předepisování potřebných drog. Z těchto dvou výzkumů vyplývá, že ženy vyžadují odlišnější přístupy než muži, mají své specifické potřeby a využívají takových služeb, které nejsou náročné na čas a nabízejí legální přístup k potřebným drogám. Tím pak snižují riziko stigmatizace – být dvojitým deviantem a tím pádem se snižuje i riziko odebrání dítěte (Vobořil, 2003).

Je důležité mít široké spektrum služeb, které se bude zaměřovat na pomoc každé klientce (Preslová, 2003). Důležitá je již zmíněná dostupnost služeb a v neposlední řadě dbát na specifické problémy žen.

SPEKTRUM SLUŽEB PRO ŽENY Z HLEDISEK (Preslová, 2003)

- zajištění odborné péče o matku a novorozence před, při a po porodu
- zajištění celkové situace v rodině
- zajištění základních sociálních potřeb

- umožnění nástupu na protidrogovou léčbu
- zajištění práv matky a dítěte

DOSTUPNOST SLUŽEB dle Vobořila (2003, str. 241) :

- U žen je menší odvaha vystoupit z anonymity z důvodu větší stigmatizace (dvojitá deviace) – anonymita služeb např. poradenství po telefonu.
- Je důležité, aby ženám byly nabízeny programy, které nejsou náročné na čas, anebo nabízejí možnost starat se během programu o děti.
- Specifická témata zaměřená na ženské problémy a otázky: těhotenské poradenství, HIV, hepatitida ve spojení s těhotenstvím, ...
- Důležitost pracovnice s rolí „ženské poradkyně“
- Ženy spíše využívají služeb, kde mohou zlegalizovat své počínání - legálně získat drogy na předpis
- Svépomocné programy – setkávání maminek, svépomocné kluby apod.

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ dle Frišaufové a kol.(2012, str. 56):

Při tvorbě nových popřípadě rozšiřování stávajících služeb o specifické ženské problémy se dle Frišaufové musí systematicky zapojovat do plánování, realizace i hodnocení samy uživatelky návykových látek. Je nutná spolupráce adiktologických a státních institucí (soudy, odbory péče o dítě), adiktologických a zdravotnických zařízení (gynekologicko-porodnické pracoviště, pediatrie, kojenecké ústavy). Samozřejmostí je i zlepšení informovanosti zdravotnického personálu o drogové problematice a přístupech k ženám uživatelkám. V neposlední řadě pak informovanost personálu drogových služeb o specifických ženských tématech a rozvoj citlivého přístupu při práci s těhotnými ženami nebo matkami, které užívají drogy.

- Zajištění více specializovaných, podpůrných a anonymních služeb pro ženy

- Více rezidenčních léčebných programů pro ženy
- Dostatek vhodného ubytování pro ženy, které aktivně užívají drogy a které byly vystaveny násilí.

Specifičnost přístupů ke klientele žen resp. matek je v tom, že vždy hledáme ideální řešení pro obě strany – matku a dítě. Zde právě vyvstává otázka priorit – komu chceme pomoci, matce nebo dítěti? Důležitostí dle Preslové (2003) je ujasnit si cíl terapie a stanovit si hranice naší pomoci. Je třeba si uvědomit, že dítě je klientem jiných institucí, kteří řeší jeho potřeby a práva. Pokud u matky nalzáme zájem o dítě a motivaci chtít mít dítě u sebe a starat se, pomocí je společná léčba matky s dítětem (TK Karlov, denní stacionář). Pro matky s dětmi je podstatně snadnější přístup k léčbě – rychlejší a nekomplikovaný přístup k terapii.

4. 1. Speciální služby pro ženy – uživatelky

Přestože služeb pro ženy užívající návykové látky není mnoho, v této kapitole uvádím pouze ta zařízení, která sídlí na území Hlavního města Prahy.

Terénní programy – specifické programy pro ženy, těhotné a matky v této službě neexistují. V případě výměn u těhotných žen je úkolem terénních pracovníků vypořádat se s dilematem, co je správný postup – zda intervenovat či zkontaktovat příslušné orgány. Cílem terénních pracovníků je dle Preslové a kol. (2011) vyvolat důvěru v nabízené služby a pracovníky, poskytovat informace o možnostech řešení, motivace, rady,... nebo jenom pouhá výměna a čekání na okamžik, kdy žena bude chtít si sama o své situaci promluvit.

Nízkoprahová zařízení – Existuje velmi málo nízkoprahových zařízení, kde by byla zavedena specifická sociální práce se skupinou žen, popřípadě těhotných uživatelék. Základem práce s těmito klientkami je dle různých odborníků vztah - navázání a udržení důvěrného vztahu, vytvoření individuálního poradenského plánu, edukace, motivace ke

změně, vedení klientky ve smyslu naplňování krátkodobých cílů a asistence při vyřizování různých záležitostí. Jak jsem již uvedla výše, je při práci s klientkou vhodné vybrat ženu pracovníci, nejlépe věkově blízkou klientce. Práce s těmito klientkami je založena především na informování – bavit se o možnostech řešení - potrat, adopce, dítě v péči, léčba – substituce, TK Karlov, denní stacionář, probírání rizik spojených s drogami v těhotenství. Pomoc při zajištění gynekologické péče, podpora v kontaktu se svojí původní rodinou apod. V Praze se jedná dle dostupných informací o pokusy v K-centru Sananim.

Ambulantní služby - Jedním z center, které má v současné době nejucelenější systém péče o ženy se závislostním chováním a jejich dítě, je Centrum pro rodinu (CPR). CPR je součástí nestátního zdravotnického zařízení Střediska prevence a léčby drogových závislostí - Drop-in, o.p.s., které je od roku 2008 certifikováno jako ambulantní léčba. Činnost CPR se zaměřuje na první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů.

Centrum pro rodinu má několik projektů (dle aktuálních letáků CPR):

- Ambulantní léčba – abstinence, stabilizace klientů, integrace do společnosti, růst a vývoj, získání a posílení rodičovských kompetencí.
- Program resocializace matek užívající návykové látky – strukturovaný ambulantní program ženám, které jsou těhotné, mají děti a jejich život je či byl ovlivněn drogami. Cílem projektu je umožnit dětem, aby mohly vyrůstat ve své biologické rodině.
- Slunečnicová zahrada – zaměření na prevenci specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí.

Denní stacionář - Denní stacionář je zařízení, které je na půli cesty mezi ambulantní službou a ústavní péčí. Jedním ze stacionářů, kde jsou klientkami především těhotné ženy užívající návykové látky, je Denní stacionář občanského sdružení Sananim v Praze. Tento stacionář krom jiného umožňuje zprostředkování pobytu v Terapeutické komunitě Karlov, kde mohou ženy projít odvykací léčbou společně s dětmi.

Služby denního stacionáře pro těhotné ženy a matky (Preslová & kol., 2011):

- individuální poradenství a psychoterapie
- speciální programy týkající se výchovy a péče o dítě a nácvik výchovných dovedností
- tříměsíční stacionární intenzivní léčba
- rodinná a párová sezení s psychoterapií
- motivační skupina
- další specifické programy zaměřené na poradenství (např. sociálně právní ochrana dětí, sociální a právní servis, informace o vlivu drogy na plod apod.), emoční podporu a provázení.

Služby denního stacionáře neznamenají jenom přímou práci s klientkou, ale také pomoc při zajištění bydlení (možnost pobytu v Dětském centru spolu s dítětem), spolupráce s OSPOD, pomoc při zkontaktování rodiny, pomoc při domlouvání následné péče apod. (Preslová a kol., 2011).

Další specializovanou léčbu pro ženy poskytuje **CADAS** (Sananim). Klientky zde mohou využívat psychiatrické či substituční služby.

Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba - Provádí se na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. Například v Praze funguje ženské lůžkové oddělení psychiatrické léčebny Apolinář. Je určeno ženám starším 18 let se závislostí na jakékoliv návykové látce (alkohol, návykové léky, ilegální drogy), popřípadě v kombinaci s další psychickou poruchou (porucha příjmu potravy, afektivní a úzkostné poruchy).

Terapeutické komunity - Jsou pobytová neboli rezidenční zařízení, která poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce 6 až 18 měsíců. V České

republiky je pro těhotné ženy závislé na návykových látkách určena **Terapeutická komunita Karlov**. Tato komunita funguje také pro mladistvé drogově závislé. Základním cílem léčebného programu je plnohodnotné zapojení klienta do běžného života, kde základním prostředkem k dosažení tohoto cíle je trvalá abstinence. Cílovou skupinu zde tvoří těhotné ženy bez rozdílu věku, drogově závislé matky s dětmi, matky se soudně nařízenou léčbou či matky, jimž bylo dítě odebráno (Preslová & kol., 2011). Cíle jsou určeny dle cílové skupiny, nicméně se jedná jak o emoční či sociální stabilizaci, získání návyků, přijetí sebe sama, tak i vytvoření pevných svazků mezi matkou a dítětem a získání základních dovedností v péči o dítě. Sociální pracovnice komunity spolupracuje s OSPOD, společně s klientkou domlouvají krátkodobé i dlouhodobé cíle. Součástí práce je řešení finanční otázky po ukončení léčby v komunitě, bydlení apod.

Následná péče, doléčovací programy - Doléčovací centra jsou určena primárně pro ty klienty, kteří již absolvovali ambulantní nebo rezidenční léčbu. Doléčovací program trvá 6–12 měsíců. Základním úkolem je pomoci vytvořit klientovi navracejícímu se do normálního života podmínky pro udržení jeho abstinence. Jedním z doléčovacích center, jehož služby jsou určeny pro specifickou skupinu žen, je **Doléčovací centrum pro matky s dětmi o. s. Sananim**. Posláním centra je poskytovat klientkám služby směřující k jejich sociální stabilizaci a nalezení vlastního místa a uplatnění ve společnosti. Doléčovací centrum nabízí sociální a adiktologické služby, mezi které patří garantský rozhovor, rodinné poradenství, krizová intervence, skupinová terapie, socioterapie a volnočasové aktivity. Cílem je pomoci klientce obstát v běžném životě, podpora samostatnosti a sebedůvěry, pomoc zajistit a zdokonalit se v péči o dítě apod. (Preslová & kol., 2011).

4. 2. Zdravotnická péče - gravidní žena

Cílem předporodní péče v České republice je zabránit v průběhu těhotenství výkyvům hladiny drog a vzniku abstinčního syndromu u novorozence. Bohužel však poškození plodu v děloze působením drog, zabránit nelze. Mnoho žen, zejména v

počáteční fázi těhotenství, užívá drogy záměrně ve snaze vyvolat spontánní ukončení gravidity.

Je samozřejmé, že užívání drog a těhotenství je špatné. Žena poškozuje sebe i plod. Bohužel lékaři jí v tomto počínání nemohou zabránit a nikdo takovou ženu nemůže trestat. Za ohrožování života a zdraví dítěte je dle legislativy považována vědomá činnost vedoucí k jeho poškozování, což je sice v tomto případě sporná záležitost, nicméně chybí upřesnění zákona, podle kterého by taková žena mohla být stíhána. ČR má podepsanu Chartu práv dítěte, kde se uvádí, že lidský plod má stejná práva jako dítě narozené. Praxe v ČR je však bohužel jiná. Práva a zákony v této oblasti jsou zaměřeny pouze na zanedbávání rodičovské péče o narozené děti. Samo užívání drog není v České republice trestné, takže “fetující“ budoucí matky není za co stíhat, záleží jen na jejich vůli. Někteří lékaři dokonce navrhují, aby byly závislé těhotné ženy v zájmu dítěte podrobeny léčbě násilím.

Lékaři se v první fázi snaží ženy závislé na drogách motivovat k zapojení do substituční léčby. Substituční terapie je časově neomezená udržovací léčba, která odkládá abstinenci ženy na dobu, kdy bude schopna podstoupit abstinenčně orientovanou léčbu (Binder, T., Vavřínková, B. 2006). Obecně platí, že substituční terapie je pro plod méně nebezpečná než samotné užívání některé z návykových látek. V České republice je možné substituční terapii provádět především pomocí dvou látek – metadonem a buprenorfinem.

Metadonová substituce zabraňuje vzniku abstinenčních příznaků, navozuje pocit euforie, blokuje touhu po droze. Při závislosti na některých drogách (např. heroin) může být náhlá abstinence pro plod stejně nebezpečná, jako pokračování v užívání drogy. Proto je léčba metadonem přijatelným kompromisem. Metadon pro plod není zcela bezpečný, podle některých autorů jsou dokonce následky metadonu pro plod nebezpečnější než následky heroínu (Binder, T., Vavřínková, B., s. 65, 2006). Čím vyšší dávky metadonu matka užívá, tím výraznější jsou pak abstinenční příznaky u novorozence. Klady metadonové terapie jsou především v tom, že odstraňuje rizika intravenózní aplikace drog. A vzhledem k tomu, že si pro metadon musí ženy každý den docházet, umožňuje to alespoň částečně sledovat průběh těhotenství.

Substituce Buprenorfinem má vysoký protibolestivý účinek a navozuje pocit euforie. Na rozdíl od metadonu se se zvyšující dávkou prodlužuje také doba účinku, což v praxi znamená, že nemusí být podáván častěji než 1x za 24 hodin, v některých případech i méně často. Buprenorfin není teratogenní, nebyly nalezeny žádné důkazy, které by prokazovaly nějaké genetické riziko pro plod. Novorozenecký abstinenční syndrom je jen mírný a rychle odeznívá (Binder, T., Vavřínková, B. 2006).

4. 3. Matka

Pokud žena – uživatelka drog porodí dítě, špatná socioekonomická situace obvykle spojená s neochotou matky podrobit sebe léčebné terapii a kojence pravidelnému lékařskému dohledu končí tím, že matka se dítěte zřekne. Dítě se dostává do péče kojeneckého ústavu, v lepším případě do náhradní péče širšího příbuzenstva - nejčastěji prarodičů nebo do péče pěstounů či do adopce. V souladu se zahraničními i domácími poznatky se ukazuje, že často závislá žena opouští nemocnici v průběhu několika hodin po porodu. Pokud matka o dítě usiluje, je nutná okamžitá spolupráce jednotlivých institucí – sociální pracovník, drogové služby, kojenecký ústav, apod. Odchází-li dítě do rodiny, kde jsou oba rodiče závislí na drogách, podepisují převzetí a souhlas s dohledem nad dítětem prarodiče. Zároveň je upozorněn pediatr v místě bydliště, který také přebírá nad dítětem lékařskou péči (Heller, Pecinová, & kol., 1996).

Dle Preslové (2003) se potvrzuje, že pokud je matka po porodu hospitalizovaná společně s dítětem, je motivovanější k léčbě a projevuje větší zájem o dítě. Vztah k vlastnímu dítěti je o to těžší vybudovat, protože většina žen sama vyrůstala v rodině, kde byly emoční vztahy nějakým způsobem narušeny. Drogově závislá matka je po porodu psychicky labilní, zažívá pocit selhání a viny z odloučení od dítěte, z důvodu užívání drog nemůže kojit, setkává se s negativním hodnocením společnosti. Dítě je umístěno do kojeneckého ústavu, kde je pobyt společně s matkou nemožný. Odloučení od dítěte a zpětné vytváření vazeb je dosti obtížné. Po porodu je nutné rychlé a odborné rozhodování. Včasná diferenciální diagnostika je podmínkou.

Pokud dítě zůstává v rizikovém prostředí s matkou, která užívá drogy, je velmi rychle vystaveno faktorům spojených s drogovou závislostí (Heller, Pecinová, & kol., 1996):

- konfliktní, napjatá atmosféra v rodině
- rodiče často sami osobnostně nezralí s patologickými obrannými mechanismy
- rodiče často neurotičtí, konzumní způsob života – motivační okruh zúžen na zájmy a cíle související s drogami (obstarání drog)

Jedním z programů, který se snaží předcházet odebrání dítěte, je projekt Českého centra pro sanaci rodiny **STŘEP, o. s.** Aktivity této nestátní neziskové organizace se zaměřují na podporu a pomoc dětem ohroženým zanedbáváním péče. Jde o děti z rodin, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Prostředkem podpory je sociální a rodičovský výcvik, což znamená posilování vztahu rodič – dítě, podpora v porozumění potřebám dítěte, nácvik a podpora rodičovského chování a podpora ve stabilizaci sociální situace rodiny. U specifické skupiny závislých žen, se zaměřují také na vytváření náhledu na rizika užívání návykových látek a jejich vlivu na dítě. Cílem je zabránit odebrání dítěte z rodiny, popřípadě umožnit návrat zpět z ústavního zařízení. Tyto služby jsou poskytovány v rámci multidisciplinárního týmu, který se obvykle skládá ze sociální pracovníce OSPOD, pracovníka zařízení pro léčbu závislosti, pracovníka STŘEPu, pediatra, pracovníka zařízení pro výkon ústavní výchovy (v případě, že je dítě umístěno v zařízení), soudce opatrovnického senátu péče o nezletilé děti, pracovník Probační a mediační služby a případně další pracovníci. Tento tým odborníků se může měnit podle situace v rodině. Klientky mohou být do tohoto programu zařazeny na doporučení zařízení pro léčbu závislosti, z toho vyplývá, že jejich situace z hlediska závislosti by měla být aspoň částečně stabilizovaná. STŘEP o. s. se snaží podporovat matku v přípravě na příchod dítěte, v přípravě materiálních podmínek, v zajišťování možné podpory v rámci širší rodiny. Pokud již bylo rozhodnuto o umístění dítěte do ústavní výchovy, snaží se multidisciplinární tým podporovat rodiče v rámci asistovaných návštěv v zařízení, připravovat a vyhodnocovat propustky dítěte do rodiny, podporovat rodičovské chování. Poskytování služeb pokračuje i po případném návratu dítěte do rodiny (STŘEP - české centrum pro sanaci rodiny, 2013)

V. PRAKTICKÁ ČÁST

Podle zpráv EMCDDA si zdravotnická i nezdravotnická zařízení v celé Evropě začínají uvědomovat, že ženy užívající drogy mají specifické potřeby, které vyžadují speciální přístup, nicméně počet zařízení, která se zaměřují na poskytování péče pouze ženám, je i nadále velice omezený. Toto prohlášení bylo agenturou zveřejněno v rámci představení problematiky drog z hlediska gender (rozdílů mezi muži a ženami) a v rámci uveřejnění Výroční zprávy za rok 2006 o stavu drogové problematiky v Evropě (EMCDDA, 2006)

CÍL VÝZKUMU

Cílem praktické části je zmapovat potřeby žen, uživatelék nelegálních návykových látek (využívajících služeb kontaktního centra či terénní služby) v hlavním městě Praha. Na základě výpovědi zjistit následující:

- jaké jsou potřeby uživatelék NL – zdravotnické služby, hygienické potřeby, pomoc s dětmi, gynekologie,...
- jaká je přijatelnost a atraktivita nabízených služeb (K-centra x streetwork)
- jaká je dostupnost těchto služeb – časová, místní, gender bariéry
- zda tyto služby odpovídají potřebám, popřípadě, jak by měly vypadat, aby potřebám odpovídaly

Přestože byla vytvořena kostra rozhovoru - záznamový arch na všechny tyto otázky (dále na výzkumné otázky), sběr dat byl v terénním programu poměrně problematický, čehož si výzkumník byl předem vědom. Na některé tyto otázky se nepodařilo zjistit odpovědi z důvodu nevyhovujících podmínek, nedostatku času či akutní intoxikaci ženy, která nebyla schopna na jisté, spíše otevřené otázky odpovídat.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je informovanost o existujících nízkoprahových službách a zdravotnických zařízeních, které přijmou uživatelku návykových látek – např. praktický lékař, gynekologie,...
2. Jsou nízkoprahové služby pro uživatelky atraktivní? Jaký byl hlavní motiv ke kontaktu s drogovou službou?
3. Jaká je spokojenost se současnými službami pro uživatelky drog? Co jim v nízkoprahovém zařízení schází?
4. Využívají v současné době služby nějakého jiného zařízení?
5. Bylo by dobré mít specializované drogové zařízení pouze pro ženy – komplexní servis – zkontaktování s praktickým lékařem, zubařem, gynekologie, poradenství těhotné, ...

5. 1. Metody získávání kvalitativních dat

VOLBA METODY – metoda moderovaného rozhovoru – polostrukturované interview

- vytvoření schématu otázek, které je pro tazatele závazné
- záznam do záznamového archu (uživatelky návykových látek)
- audiozáznam, záznamový arch (odborníci)

IDENTIFIKACE ZDROJŮ DAT

- a) respondenty byly zvoleny ženy – aktivní uživatelky návykových látek v Praze užívající služby terénních programů či K-center. Celkem se studie zúčastnilo 25 respondentek.

- b) odborníci na problematiku žen, uživatelék návykových látek. Celkem se do výzkumu zapojili 3 odborníci.

KRITÉRIA PRO ZAŘAZENÍ DO STUDIE

- a) aktivní uživatelka návykových látek, využívající služby nízkoprahových programů – K-centra a terénních služeb, metodou sněhové koule se pokusit zkontaktovat i skrytou populaci
- b) dlouholetá praxe s ženami v drogových službách, publikační činnost na téma „ženy a drogy“.

METODA SBĚRU DAT

- a) Semistrukturované interview – s každým respondentem byl proveden polostrukturovaný rozhovor, který byl na místě zapisován do záznamového archu. Délka rozhovoru: velmi individuální dle typu služby (terén – K-centrum) a naladění klientky. V reálu se jednalo od 10 minut (terénní program) do 45 minut (K-centrum).
- b) Semistrukturované interview - s výzkumnou skupinou odborníků byl rozhovor nahráván na audiozáznam, poté přepisován do textové podoby.

Dotazník pro uživatelky drog byl sestaven dle předlohy „Analýzy potřeb uživatelů nízkoprahových zařízení v roce 2003“ a údajů sebraných z hygienické stanice, doplněn o vlastní otázky týkající se diplomové práce.

Otázky na odborníky: Jsou mezi ženskou a mužskou populací výrazné rozdíly v přístupech v nízkoprahových zařízeních/terénní práci? Jaké jsou potřeby žen v nízkoprahových zařízeních? Bylo by dobré mít specializované drogové zařízení pouze pro ženy?

NOMINAČNÍ TECHNIKA VÝBĚRU RESPONDENTŮ

- a) respondentky vybírány pracovníkem zařízení a výzkumníkem, zároveň se však jedná více méně o většinu ženské klientely zařízení/terénu, která souhlasila se zapojením do výzkumu.
- b) respondenty z řad odborníků vybírá tazatel

5. 2. Metody zpracování a analýza dat

a) Uživatelky:

- systematizace dat pro analýzu podle určitých kritérií vycházející z rozhovoru, dále pak dílčí úprava dat k vyhodnocení
- editorování (proces doplňování poznámek) (Miovský, 2006).

b) Odborníci:

- Fixace dat – vše bylo nahráváno na audiozáznam a podstatné body zapisovány do připraveného archu. Audiozáznam byl doslovně přepisován do textové podoby. Doslovné přepisy rozhovorů byly upraveny pomocí redukce I. a II. řádu.
- Redukce transkribované verze rozhovoru
- Metoda analýzy dat - metoda zakotvené teorie. Dle Corbin a Strausse (1999) klademe na tuto metodu čtyři základní požadavky:
 - Shoda - mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi
 - Srozumitelnost – teorie vystavěna na základě empirických, ověřitelných a srozumitelných poznatků

- Obecnost – schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, eventuelně být schopen zdůvodnit, jak fungují a proč například jiné fungují jinak
- Kontrola – zpětné ověření vybudované teorie konfrontací s výchozími daty

POSTUP ANALÝZY DAT

- kódování dat – otevřené kódování – zachycování, porovnávání a třídění významových jednotek
- kategorizace
- výčet jednotlivých kategorií a frekvence jejich výskytu

5. 3. Etické normy a pravidla výzkumu

Základním předpokladem a závazkem při získání informací prostřednictvím interview bylo neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu. Účastníci výzkumu byli na začátku interview seznámeni se všemi základními informacemi o výzkumu - o svých právech (informovaný souhlas). Respondenti byli také seznámeni s právem kdykoliv přerušit účast na výzkumu – přerušit rozhovor a neodpovídat na otázky, popř. odmítnout nahrávání rozhovoru v případě odborníků.

- Nahrávky byly tazatelem přepisovány a poté smazány. Doslovné přepisy slouží výhradně pro účely tohoto výzkumu a nebudou poskytnuty žádným třetím osobám.
- Zajištění informovaného souhlasu pro uživatelky bylo formou ústního seznámení s výzkumem a následné podepsání informovaného souhlasu.

5. 4. Popis výzkumného souboru

Polostrukturované rozhovory byly provedeny s 25 uživatelkami návykových látek v hl. m. Praha. Uživatelky byly klientkami terénních programů (Progressive – No Biohazard a Drop in), dále pak klientky K-center (Progressive – Stage5 a Drop in.) Do výzkumu měly možnost být zapojeny všechny uživatelky, které se během otevírací doby vyskytly v K-centru, či si měnily v terénních programech. Nebyly osloveny klientky, které na první pohled spěchaly nebo byly velmi silně intoxikovány či rozrušeny, že nebyly schopny téměř komunikovat s pracovníkem drogové služby. Data byla sbírána v rámci 40 hodinové stáže v terénním programu No Biohazard. Ostatní sběr dat byl domluven s vedoucími pracovníky jednotlivých zařízení na tři odpoledne. V o. s. Sananim (terén, K-centrum) mi bohužel nebyl umožněn sběr dat. Jako poděkování za účast na výzkumu byla respondentkám dávána odměna – sušenka.

Polostrukturované nahrávané rozhovory s odborníky na danou problematiku byly provedeny celkem tři. Výběr byl na základě příslušné erudice, mnohaleté zkušenosti s prací s drogově závislými ženami. Výběr respondentů byl pro komplexní pohled rozmanitý. Pro zajištění mlčenlivosti nebudu odborníky jmenovat ani jejich profesi blíže specifikovat.

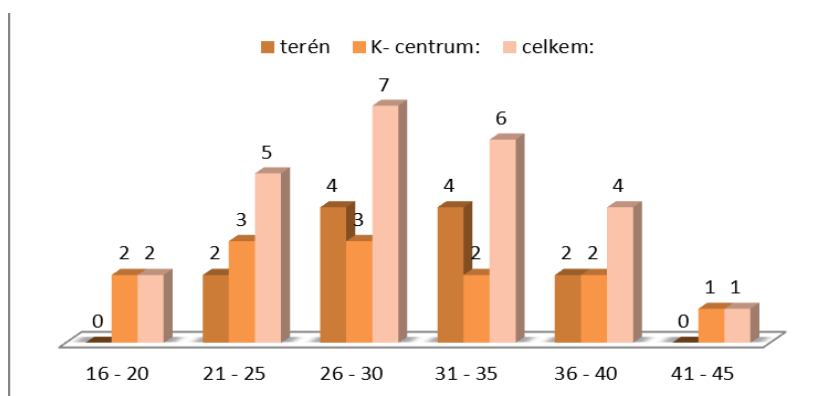
ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA RESPONDENTEK – UŽIVATELEK DROG

Statistické údaje:

Věk: Z níže uvedeného grafu č. 1 je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinou je věková skupina 26 – 30 let. Výroční zpráva Hygienické stanice pro Prahu (2012) ukazuje, že v Praze v roce 2011 bylo evidováno uchazeček o léčbu nejvíce ve věkové kategorii 31 – 35 a hned poté ve věkové kategorii 25 – 29 let, nicméně rozdíl je velmi minimální a tento rozdíl mohl vzniknout na základě odlišných věkových kategorií a velmi malým vzorkem uživatelek.

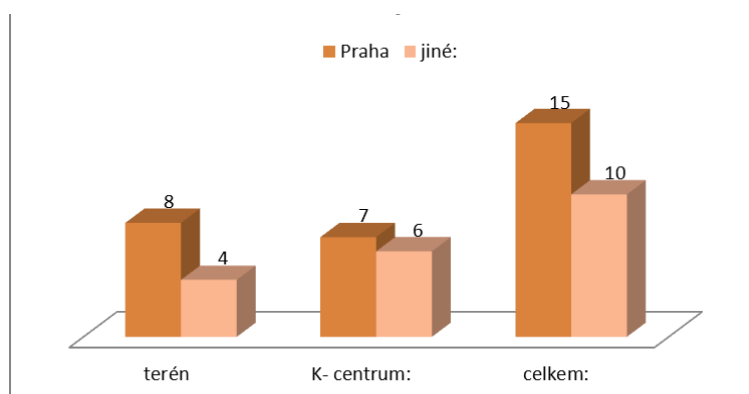
Velmi zajímavý je i ukazatel rozdílu věku v jednotlivých K-centrech. Stage 5 vykazuje nižší věk uživatelů návykových látek než Drop in. Každé zařízení má svou klientelu. I dle komentářů respondentek se ukazuje jako opodstatněné nastavení a provoz jednotlivých zařízení.

Graf č. 1. – Věkové zastoupení respondentek



Trvalé bydliště: Dle grafu č. 2 je patrné, že 15 klientek (60 %) uvedlo trvalé bydliště v Praze. Některé respondentky s trvalým bydlištěm mimo Prahu uváděly města převážně ze Středočeského kraje.

Graf č. 2 – Trvalé bydliště

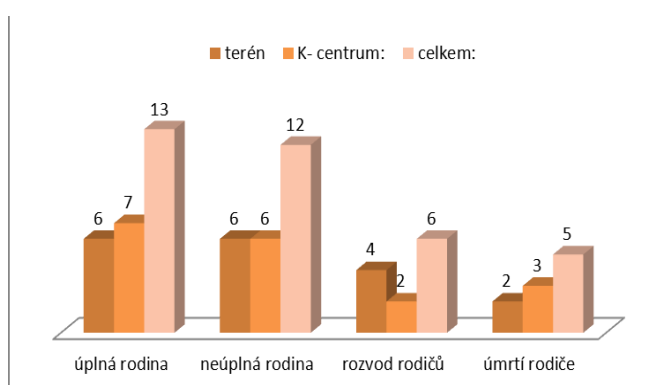


Národnost: Všech 25 oslovených klientek uvedlo národnost českou, i přestože část respondentek byly Romky. Se všemi Romkami byly rozhovory vedeny pouze v terénu (4

respondentky). Některé měly problémy s vyjadřováním, všem otázkám rozuměly, popřípadě byly respondentem dovysvětleny.

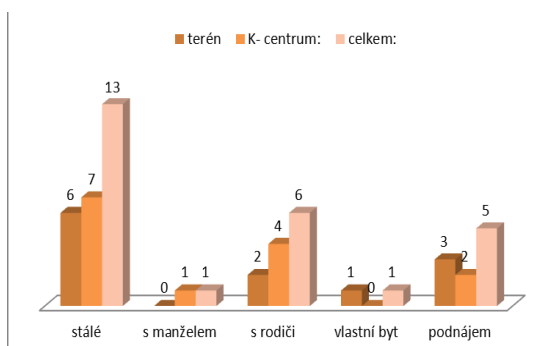
Původní rodina: 13 klientek (52 %) uvedlo, že vyrůstaly v původní rodině. Otázka nebyla více specifikována (a ani nebylo záměrem výzkumníka dotazovatele se blíže doptávat na rodinnou situaci), jaké vztahy v rodině převažovaly. 6 respondentek uvedlo, že důvodem neúplné rodiny byl rozvod rodičů (z toho jedna klientka se svěřila, že vyrůstala v dětském domově), 5 respondentek uvedlo úmrtí jednoho rodiče. Viz graf č. 3.

Graf č. 3 – Původní rodina

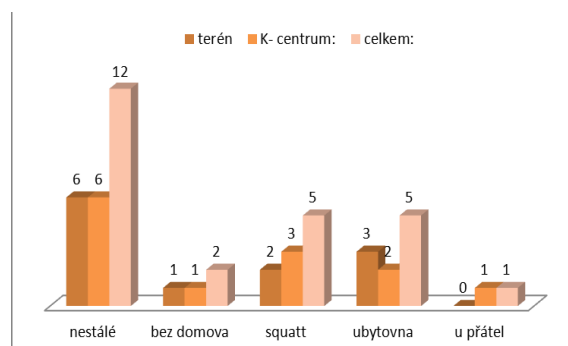


Bydlení: Z níže uvedených grafů č. 4 a 5 vyplývá, že respondentky mají více než z 50 % vlastní bydlení. S rodiči žijí převážně mladší klientky (do 30 let krom jedné výjimky). Další specifika bydlení v závislosti na věku jsou velmi roztržštěné. Nicméně porovnání K-center: 4 z 6 klientek Dropinu uvedla nestálé bydlení. Klientky Stage5 dvě ze sedmi uvedly nestálé bydlení. Opět se zde ukazuje rozdílná klientela K-center.

Graf č. 4 – Bydlení stálé

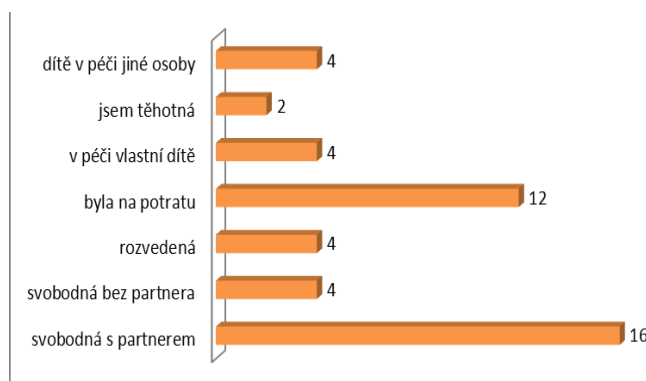


Graf č. 5 – Bydlení nestálé



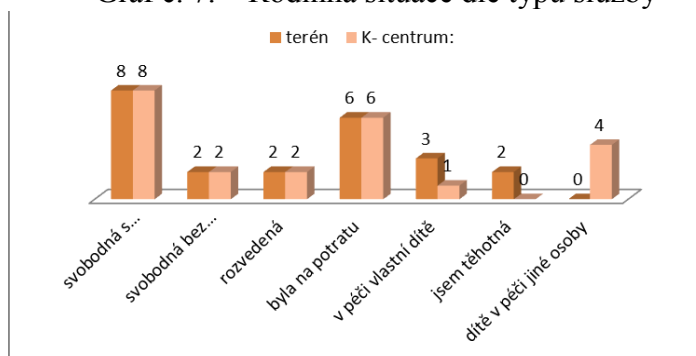
Rodinná situace (graf č. 6.): Klientky v této otázce mohly uvést i více odpovědí. 64 % (16) respondentek uvedlo, že jsou svobodné s partnerem. Téměř 50 % všech klientek bylo na potratu (jednou i vícekrát). 4 klientky uvedly, že mají dítě ve své péči, přičemž jedna respondentka měla již téměř dospělé děti. 4 klientky mají vlastní dítě v péči jiné osoby. Ve dvou případech se jednalo o děti svěřené k rodičům respondentky, ve dvou případech byl uveden kojenecký ústav. 2 klientky byly momentálně těhotné.

Graf č. 6 – Rodinná situace



Rodinná situace dle typu služby (graf č. 7) byla téměř totožná. Jediný výkyv byl v odpovědi týkající se dítěte ve vlastní péči. Dítě ve vlastní péči uváděly překvapivě klientky terénních programů. Klientky K center (všechny 4) uváděly, že mají dítě v péči jiné osoby.

Graf č. 7. – Rodinná situace dle typu služby



Vzdělání (tabulka č. 4) – nejvyšší dosažené vzdělání: 44 % (11) respondentek uvedlo, že nejvyšší dokončené vzdělání je u nich základní škola. 24 % (6) má nejvyšší dokončené vzdělání střední odborné učiliště bez maturity. 32 % má dokončenou střední školu s maturitou. Rozdíly v typu služby ukazují, že maturitu má více klientek K-center.

Tabulka č. 4 – Nejvyšší dokončené vzdělání

	terén	K- centrum:	celkem:
ZŠ	5	6	11
SOU	5	1	6
SŠ	2	6	8

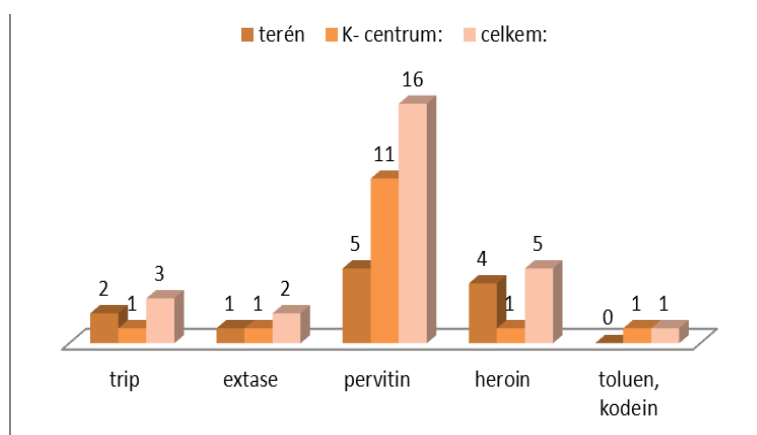
Ekonomická aktivita (tabulka č. 5): 72 % (18) respondentek je nezaměstnaných. Některé přímo na rovinu uvedly, že peníze na drogy získávají krádežemi, jiné poznamenaly, že jsou prostitutkami. Jedna klientka uvedla, že pobírá invalidní důchod. Ty, které vydělávají, spíše uváděly, že se jedná o příležitostné práce či brigády.

Tabulka č. 5 – Ekonomická aktivita

	Terén	K- centrum:	celkem:
nezaměstnaná	8	10	18
ekonomicky aktivní	4	3	7

První užitá nelegální látka (kromě marihuany): Nejčastěji za první užitou nelegální drogu - viz graf č. 8 (kromě marihuany) byl uváděn pervitin (64 %). Jednalo se spíše o klientky kontaktních center. Klientky terénního programu uváděly velmi často i užití heroinu jako své první drogy. Klientky často uváděly více drog.

Graf č. 8 – První užitá nelegální látka



Věk užití této látky: Průměrný věk užití návykové látky byl téměř totožný 15,5 v terénních programech a 15, 3 v K-centrech. Odpovědi se pohybovaly v rozpětí 12 – 20 let.

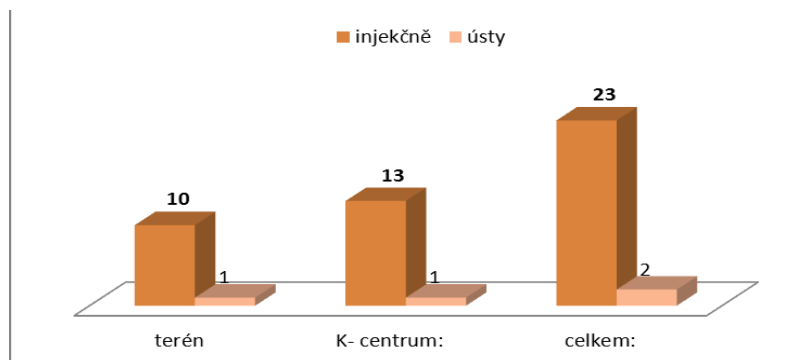
Droga užívaná v současnosti (tabulka č. 6): Téměř shodně byla nejčastěji užívaná droga pervitin a Subutex, což téměř odpovídá statistikám Hygienické stanice hl. m. Prahy. Téměř polovina respondentek uvedla také kombinace – Subutex + pervitin a pervitin + heroin. Respondentky také často uváděly marihuanu, nicméně tuto drogu jsem do statistik nezapočítávala. Respondentky uváděly více typů drog.

Tabulka č. 6 – Droga užívaná v současnosti

	Terén	K- centrum:	celkem:
Subutex	8	7	15
Pervitin	6	10	16
Heroin	2	3	5
kombinace: Subutex + pervitin	3	6	9
kombinace pervitin + heroin	1	2	3

Jak vyplývá z klientely kontaktních center a terénních programů, většina klientek si drogy aplikuje injekčně (viz graf č. 9). 2 per os aplikace považuji za zkrácené údaje od klientek, protože během rozhovoru byly zjevně pod akutní intoxikací a u pracovníků si měnily použitý injekční materiál. 19 klientek využívá služeb 5 let a déle. Nejčastější frekvence výměny je 3 – 5x týdně.

Graf č. 9 – Způsob aplikace drogy



Nejčastěji si respondentky mění injekční materiál v K-centrech (tabulka č. 7), nicméně tato otázka byla spíše doplňující ke zjištění, zda oslovené respondentky v terénu využívají i služeb kontaktních center a naopak. Některé respondentky uváděly, že si mění v obou typech služby stejně.

Tabulka č. 7 – Nejčastější místo výměny injekčního materiálu

	Terén	K- centrum:	celkem:
terén	9	3	12
K-centrum	5	10	15

Rizikového jednání se většina klientek nedopouští. Pouze v 5 případech byl uveden nechráněný sex. Ohledně sdílení jehel klientka K-centra poznamenala: „*snažím se vše dodržovat, ale když je krize, tak klidně použiji špínu*“.

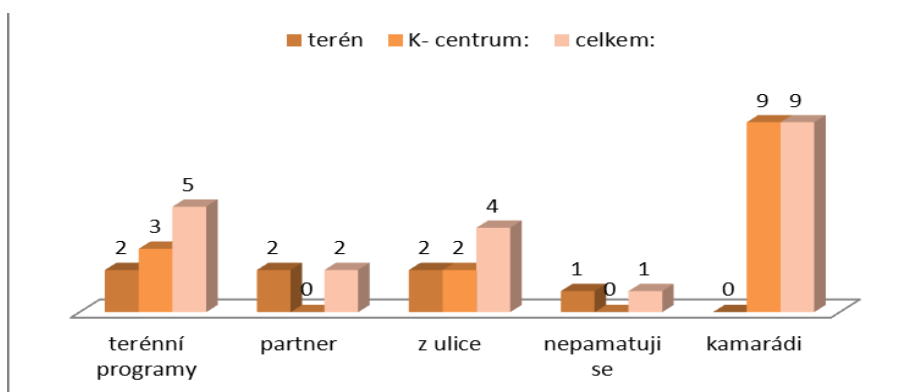
5. 5. Výsledky

UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK:

1. *Jaká je informovanost o existujících nízkoprahových službách a zdravotnických zařízeních, které přijmou uživatelku návykových látek – např. praktický lékař, gynekologie,...*

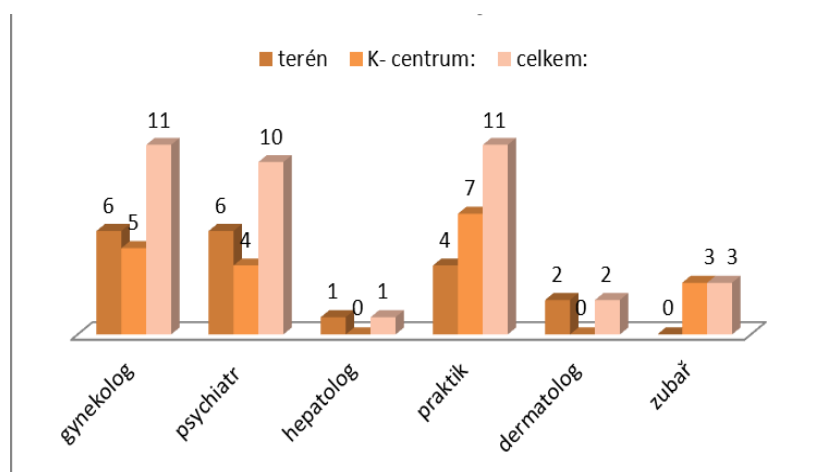
Klientky jak terénních programů, tak i kontaktních center, se nejčastěji dozvěděly o možnosti výměny a služeb pro drogové závislé skrz drogové kamarády (viz graf č. 10). Poté hned následovaly terénní programy a „z ulice“. Téměř většina respondentů má prý dostačující informace o programech, vědí, co terénní pracovníci a K-centra nabízejí za služby.

Graf č. 10 – Od koho získaly informace o drogových programech



19 (74 % procent) žen uvedlo, že chodí k nějakému lékaři (graf č. 11). Nejčastěji se jedná o gynekologa a praktického lékaře (44 %), hned za nimi následuje psychiatr. Psychiatr je dle vyjádření několika respondentek především za účelem předepisování Subutexu, který samozřejmě užívají injekčně. Klientky K-center více využívají služeb praktického lékaře.

Graf č. 11 – Navštěvovaný lékař



15 klientek (60 %) by uvítalo speciálního gynekologa, který by byl přímo nakontaktovaný drogovou službou. O užívání drog by věděl, znal by důležitá specifika jejich užívání, klientky by se nesetkávaly s nepříjemnými otázkami, nemusely by nic skrývat. *„V době mého těhotenství to bylo hrozné, gynekologové mě odsuzovali, nikam jsem radši moc nechodila. Pak jsem doma samovolně potratila, dostala jsem otravu*

krve...“. Mnohem častěji by tuto službu uvítaly klientky kontaktních center než terénního programu. 16 klientek by také uvítalo speciální službu, kde by se řešilo těhotenství a užívání drog a specifické otázky péče o dítě. Opět by takovou službu uvítaly spíše klientky kontaktních center. Nicméně: *„Holka co chce dítě, by neměla fetovat...je to přeci divný. Až budu chtít dítě a bude se mě to týkat, budu už úplně normální. Odsuzuji těhotné, co berou“.*

Respondentky, které přiznaly, že nechodí k žádnému lékaři, popřípadě ne ke gynekologovi, uváděly, že na gynekologii nechodí především proto, že nemají žádné problémy (v 8 případech). Celkem 5 klientek uvedlo, že se na gynekologii cítí špatně, vadí jim to tam (aplikují si do třísels a na gynekologii je to poznat, *doktorka „blbě“ kouká, pořád se mě vyptávají* apod.), čtyři klientky uvedly, že nemají čas na to, aby chodily na gynekologii. Další odpovědi: *několik let stálý partner – není důvod, mám strach ze špatných zpráv.* Jedna klientka uvedla, že ačkoliv chtěla jít na gynekologickou prohlídku, nevzali jí. Celkem 18 (72 %) respondentek má dobré zkušenosti s gynekologem (o užívání gynekologové často věděli), 5 klientek má s gynekologií dobré i špatné zkušenosti, 2 klientky špatné - setkaly se s arogantním jednáním vůči jejich osobě, obviňování, odsuzování.

2. Jsou nízkoprahové služby pro uživatelky atraktivní? Jaký byl hlavní motiv ke kontaktu s drogovou službou?

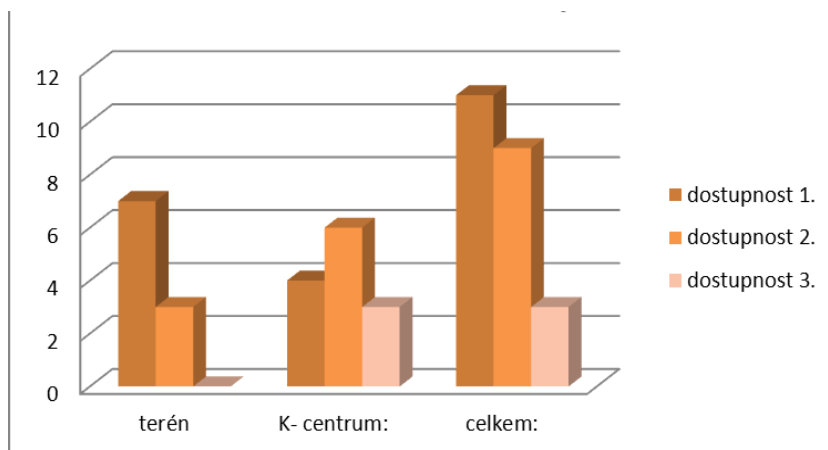
Téměř 100 % klientek službu považuje za atraktivní a potřebnou. Hlavním důvodem ke kontaktu byla především výměna injekčního materiálu, nicméně 4 klientky uvedly, že pro ně hlavní důvodem kontaktu bylo podání informací či pomoc od pracovníků.

3. Jaká je spokojenost se současnými službami pro uživatelky drog? Co jim v nízkoprahovém zařízení schází?

Především klientky terénního programu hodnotí dostupnost služby na nejlepší (viz graf č. 12). Občas se mezi nimi objevují výhrady, že by si přály výměnu i v noci. Klientky kontaktních center hodnotí dostupnost spíše na dvě. Nicméně je toto číslo ovlivněno

klientkami Stage5, které mají výhrady především k délce pobytu v zařízení „*ve stage5 bych klidně i usnula, ale člověka po chvílce vyhodí*“. Také by uvítaly K-centrum přes noc.

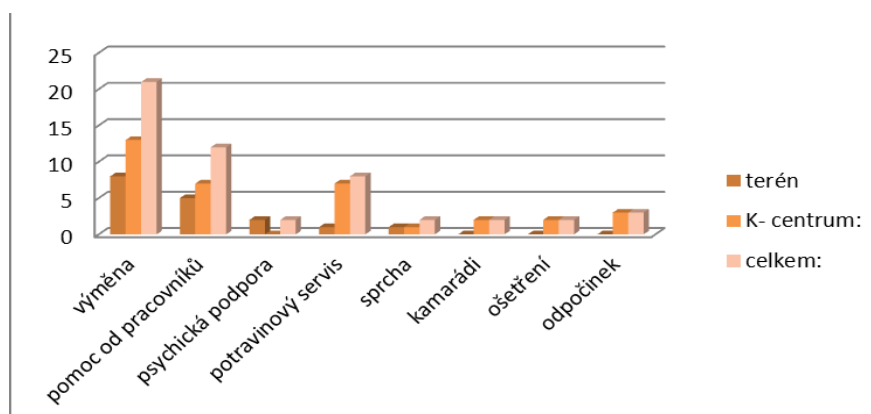
Graf č. 12 – Hodnocení služby



Většina z respondentek je s nabídkou služeb spokojena. Nejvíce chválí a oceňují příjemný personál, který pomůže a poradí se vším. „*Aspoň s nimi kecám o něčem jiném, než o drogách, K-centrum mě zachraňovalo, když jsem v 15 vyšla z pasádku. Hodně se snaží, ale nemají na to peníze. Když něco potřebuji, většinou mluvím s holkou, je to příjemnější. Více mi rozumí.*“ Nejvíce si stěžují (a to především klientky STAGE5) na „bordel“ od klientů v čekárně – neváží si služeb a smrdí. Také klientky STAGE5 si stěžují na otevírací dobu a limit pobytu v zařízení. Klientky terénního programu postrádají především non-stop výměny, více výměnných míst a léky od terénního pracovníka. Klientky kontaktního centra především koupelnu a sprchu. Na otázku, co by se na službě mohlo změnit, ve většině případů odpovídaly, že nic. Nicméně častější otevírací doba, Wi-Fi v zařízení, koupelna se sprchou a větší zdravotnická služba byla klientkami jmenovaná.

Graf č. 13 poukazuje na služby, které respondentky nejčastěji využívají. Jedná se nejvíce o výměnu, ale často také přicházejí za pracovníky pro pomoc a radu, dále pak za potravinovým servisem, který využívají spíše klientky kontaktního centra Drop in.

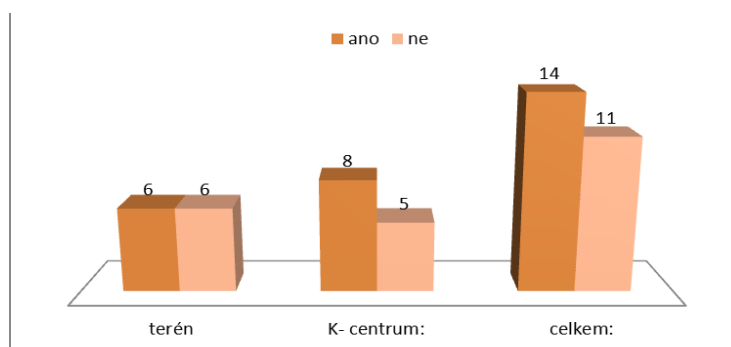
Graf č. 13 – Využívané služby



4. *Bylo by dobré mít specializované drogové zařízení pouze pro ženy – komplexní servis – zkontaktování s praktickým lékařem, zubařem, gynekologie, poradenství těhotné, ...*

Poslední část rozhovoru se týkala specifiky žen a mužů, zda by využívaly služeb „ženského centra“. Níže uvedený graf č. 14 poukazuje na otázku, zda si respondentky myslí, že ženy vyžadují jiný přístup než muži v léčbě.

Graf č. 14 – Odpověď na otázku, zda ženy vyžadují jiný přístup než muži



Z výše uvedeného grafu č. 14 vyplývá, že na rozdílnost mužů a žen ve službách jsou odlišné pohledy. 56 % žen si myslí, že ženy potřebují odlišné přístupy než muži. Dle komentářů se jedná především: „větší psychická podpora - ženy to v sobě dusí a tím se ničí, čistota místnosti, poradenství - intimní informace, psychologický přístup, větší péče, otázky ohledně těhotenství. Ženy se více potřebují zaměřit na psychickou stránku, chtějí více

mluvit o svých problémech, ale ne skupinově, spíše individuálně, mají více zábran než muži – a hlavně před muži. Ženy umí více bojovat, musí se ale více podporovat. Co slýchám od žen, tak si stěžují, že lékaři jsou na ně nepříjemní kvůli braní,...“. Respondentky z kontaktních center uváděly: *„jaký hnus a špínu snášíme v běžných káčkách... Pro ženy by byl dobrý program na resocializaci, něco pro bývalé šlapky. Čistota, odpočinek, nabízet lékaře. Milejší a vstřícnější přístup personálu a pracovníků. Ženy jsou možná stydlivější, vyžadují intimitu. Hygiena, větší čistota,...“.*

Na otázku, zda by využívaly služeb centra, která by se zaměřovala na specificky ženská témata, 68 % respondentek odpovědělo, že ano. Zajímavostí je, že by toto centrum uvítaly především ženy z terénního programu – viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 – Využívaly byste služeb „speciálního centra pro ženy?“

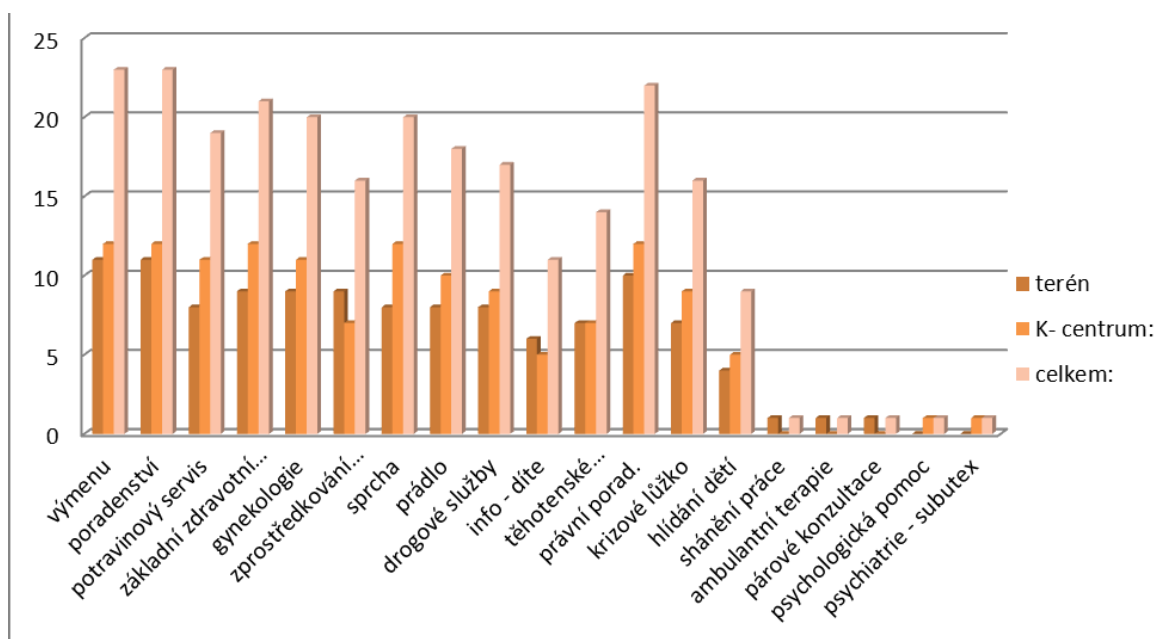
	terén	K- centrum:	celkem:
ano	11	6	17
ne	1	6	7

Výhody takového typu služby by respondentky viděly především v tom, že by všechny služby byly v jednom místě, byla by větší šance na abstinenci z důvodů cílené psychické pomoci. Také by zde byla větší čistota, možnost odpočinku a soukromí.

Klientky by v takovém zařízení uvítaly (graf č. 15) především výměnu injekčního materiálu, poradenství a právní poradenství. Na dalších místech pak byl uváděn základní zdravotní servis, možnost gynekologie či sprcha. Potravinový servis, možnost vyprání prádla či zprostředkování dalších drogových služeb uvítala také podstatná část respondentek. Nejméně z nabízených možností bylo uváděno hlídání dětí či informace, jak pečovat o dítě. Komentáře k tomuto byly, že *„když si žena pořídí dítě, už by měla vědět, jak se starat. Péče o děti - to si dělám sama - koukám na PC, čtu knihy. K - centra navštěvuji kvůli dětem - píšu odvolání, aby mi přidělily děti do péče. V těhotenství jsem byla na ulici. Žádná kontrola, všude špína...měla jsem zánět. V porodnici se mnou byla jedna žena, která rodila pořád do kola a dítě pak opouštěla, dělala to kvůli vysokému porodnému, které v té době bylo. Byla bych moc vděčná za to, kdyby v době mého těhotenství a porodu nějaké*

takové zařízení fungovalo, je to potřeba. Dobrá by byla následná léčba pro ženy - byty na zkoušku, je málo možností bydlet - stále jsem u rodičů, děti mám velké,...“ Rozšíření o postřehy na další služby dle některých respondentek se týkaly: pomoc při shánění práce, ambulantní terapie, párové konzultace, psychologická či psychiatrická poradna.

Graf č. 15 – Jaké služby byste v „centru pro ženy“ uvítala?



ODBOŘNÍCI NA PROBLEMATIKU ŽEN UŽÍVAJÍCÍCH NÁVYKOVÉ LÁTKY

V rámci rozhovorů s odborníky na ženskou problematiku v užívání drog jsem oslovila odborníky pracující v různých typech služby. Se souhlasem na výzkumu souhlasily 3 ženy, které v oblasti drog působí řadu let. Pro zachování mlčenlivosti a etických pravidel výzkumu je nemohu jmenovat a ani nijak specifikovat jejich práci. Nicméně ženám se věnují spíše až v době, kdy jsou těhotné, řeší otázky, zda si dítě nechat, interrupce, adopce. Pomáhají ženám obstát v roli správné matky apod. Všechna zařízení jsou postavena na vyšším prahu a jejich ženská klientela je motivovanější oproti nízkoprahovým službám. Nicméně se vyjadřovaly jak k nízkoprahovým službám z jejich pohledu, tak i k ostatním složkám péče o ženy.

Jsou mezi ženskou a mužskou populací výrazné rozdíly v přístupech k léčbě?

Ženy jsou více citlivé na to, když je na ně někdo zlý, ubližuje jim. V léčbě se na tento fakt musí brát zřetel, proto se třeba mezi muži necítí vždy dobře. Mají i mnohdy špatné zkušenosti se zneužíváním v dětství či v dospělosti. Předpokládá se, že žena na ulici velmi brzo začne být pod nadvládou muže, rodina také často není funkční, často chybí správný mužský vzor. Je dobré se od tohoto faktu odpíchnout a nabídnout ženám bezpečné prostředí.

Ženy jsou specifické v tom, že se hodně chtějí a potřebují bavit zejména o partnerských vztazích. Ve společných skupinách toto téma může být pro muže dlouhé a nudné. Téma partnerských vztahů je téma, které se i nejhůře mění. Ženy mají tendenci být dlouhodobě ve vztazích, ve kterých jim není dobře, ve kterých se jim ubližuje. Vnitřní potřeba být s partnerem a obrovský strach být bez něj, jim často brání pokračovat v léčbě, jít do léčby, opustit partnera, i když ví, že je hodně rizikový. Vazba na problematického partnera je silnější než v běžné populaci. Mít partnera je v nich zakořeněná. Ženy jsou méně schopné získat náhled ve vztazích, prosadit si vlastní potřeby ve vztahu.

Ženy se s dítětem opravdově vyléčí, najdou spirituální rozměr, ale slabina je v tom, že nějakým způsobem bez ohledu na kvalitu partnera, je přitahuje něco k otci dítěte – i když ví, že je to feťák. Často se s ním dávají znovu dohromady – ženský omyl, že muže zlepší, změní. Dále mají větší úskalí pro nalezení dalšího partnera. Holka, která byla feťačka a má děti, hledá partnera, se kterým by mohla o bývalém užívání mluvit.

Další specifíčností je potřeba vztahu s pracovníkem. Povídat si, nehodnotit, rozumět si s ním.

Jaké jsou potřeby žen v drogových zařízeních?

„Žena – uživatelka potřebuje úplně to stejné, co potřebuje každá žena na světě – vyrovnanou rodinu, běžný život, spokojenost, bohatství, štěstí, zdravé dítě, bydlení, ... aby si jich někdo všímal.“

Po ženu je důležitý, jak bylo již řečeno, vztah s pracovníkem - aby klient mohl pracovníkovi důvěřovat, povídat si s ním, klient nebyl hodnocen a stigmatizován. Důležitá na straně pracovníka je informovanost o dané problematice. Pracovník (terén, k-centrum a další) musí znát odpovědi na otázky žen týkající se těhotenství, vědět, kam jí může odkázat, pomoci jí.

Odpovědi respondentů se rozcházel v otázce pohlaví pracovníka. Ve dvou případech byla uváděna spíše žena, která má k těmto otázkám blíže. Jedna respondentka uvedla, že „*pracovat s ženou nemusí holka, není to vždy nejlepší, zvláště tam, kde ženy potřebují mužský vzor*“.

Další z potřeb byla uváděna potřeba mít dítě u sebe, pokud žena má dítě ve vlastní péči. Toto je samozřejmě nereálné a nežádoucí v nízkoprahových službách, nicméně v ambulantních, pobytových a doléčovacích programech je důležité tuto možnost nabízet. Na straně služeb je pak zajistit hladký průběh terapie, popřípadě možnost hlídání dětí.

Samozřejmou potřebou pro ženy je čistota a hygiena – mít se kde umýt, vyprat si. Některé služby toto nabízejí, ale často to klientky a ani pracovníci nevědí.

Nezanedbatelnou složkou je i pomoc se zajištěním základního zdravotního servisu – nabídnout zdravotní péči, gynekologii, sociální servis, psychologickou pomoc, vstřícný personál i prostředí, dostatek nejenom skupinové, ale především individuální terapie, která by se zaměřovala na ženu jako takovou, nejenom na otázky týkající se těhotenství a dítěte.

V čem lpí problém, že ženy jsou v kontaktu méně než muži?

Jedná se o souhrn všech možných věcí. Roli hraje i tzv. dvojí deviace – žena + drogy. Často také existuje dítě – bojí se, že by se zveřejnilo jejich užívání. Když žena otěhotní, ostatní (i když s ní brali, bydleli na squattu) mají najednou vyšší požadavky. Žena potřebuje bezpečnější prostředí, které jí může nabídnout například běžné k-centrum. Dalším faktem je i to, že se ženy více stydí, mají větší zábrany vstoupit do léčby, své potřeby hůře ventilují.

Chybí stabilní síť a kontakty na zdravotnická zařízení – nízkoprahové služby nemají klientku kam odkázat. Většina žen nemá doklady ani kartičku pojištěnce a zdravotní pojištění si samozřejmě nehradí. Dalším důvodem, proč ženy otálejí s návštěvou lékaře, je pak malá dostupnost zařízení, kde je možné se umýt a vyprat si oblečení – to se týká žen a dívek, které jsou bez domova popřípadě ve špatných sociálních podmínkách.

Ženy tvoří velkou část skryté populace, nejsou doposud zmapované ženy pracující v sexuálních službách, není pro ně žádné zařízení. Většina běžných zařízení je orientována na muže. Ženy se mohou bát vstoupit do služby z důvodu špatné zkušenosti (v posledních letech se změnila cílová skupina – spíše pervitin, více sociálně slabí a znevýhodnění, pervitin kombinují s jinou drogou, hodně žen je bez náhledu). Nutnost tomu uzpůsobit služby.

Co je hlavním důvodem, že ženy nejsou/nechtějí být v kontaktu se službou?

Jednou z mezer je i informovanost o možnostech péče určené ženám - letáčky, kde by měl být zpracovaný nástin: o co jde – jak to řešit – že to jde. Strach, stud, ovlivňování partnerem (partner často mění jehly pro oba).

Ženy se více vyhýbají kontaktu i z důvodu negativního odsouzení nebo nepřátelské reakce ze strany poskytovatelů služeb. Je potřeba mít anonymní a podpůrné služby pro matky – uživatelky drog.

Dalším z problémů jsou i mezery ve službách pro cizinky (i Slovenky) bez pojištění. Pokud jsou nemocné, těhotné apod., nemají možnost sehnat gynekologa nebo jiného lékaře. Dalším omezením v nabízeném systému je nedostatečná péče o těhotné uživatelky nebo bezdomovkyně. V těchto případech lze využít pouze nemocnici Motol (MUDr. Binder), ale pokud žena nemá pojištění, nebo je cizinka, hrozí, že jí ošetří pouze akutně. Žena potřebuje péči do období porodu, popřípadě po celou dobu jejího onemocnění.

Co si myslíte, že by ženy do kontaktu se službou přilákalo - jaké služby by ženy uvítaly?

Ženy víc slyší nebo jsou vnímavější, kdo s nimi a jak mluví – důležitý je vstřícný přístup, komplexní servis – bezpečný gynekolog, kožní atd., odborná pomoc, co se týče ubližování a zneužívání – krizová centra, krizové lůžko, protože v okamžiku, kdy sem přijde zmlácená uživatelka, je problém, co s ní. Nemůže jít do běžných služeb (užívání drog), ani jít vypovídat (nevěřili by jí). Obecným problémem je i mít kde spát - noclehárny. Ženy by jistě uvítaly noclehárny pro uživatelky - přes den si mohou jít za svým cílem, popřípadě prostitutky – mít se kde vyspat přes den.

Myslíte si, že by otevření speciálního centra pouze pro ženy našlo svoji klientelu?

Jistě ano, dle předběžných zpráv ženská populace, která má a bude mít děti, narůstá. Nyní, alespoň v Praze, je to poměrně dobře pokryto, nicméně do budoucna je jistě potřeba. Více než speciální centrum by měla být běžná K-centra připravena pracovat s takovou skupinou – mít informace, radit, dávat nadhled, genderové skupiny apod.

Dle jedné respondentky by takovéto centrum, popřípadě odlišná otevírací doba, neměly smysl – ti, co chodí do káčka, stejně neví, jaký je den apod. Musí být jasně definována úloha pracovníků, musí vědět, jak s takovými klienty pracovat.

Takovýto typ služby by měl být směřován především na:

- Otevřené centrum – gynekologie, krizová lůžka, hlídání dětí, otázky ohledně těhotenství, substituce, rodičovství. Vyšší práh, nabízet praktické sociální služby.
- Oddělená ženská skupina v jednotlivých typech služby i v K-centru. Speciální otevírací doba, úzká spolupráce se street službami
- Mateřské centrum – specifické problémy dětí, výchova.
- Zajištění bydlení – chráněné byty, levné podnájmy. Integrovat, ne oddělovat – to povede ke stigmatizaci.

- Vyškolení terénní pracovníci, kteří jim nebudou jenom říkat, jaké jsou účinky drog atd., ale i to, co s tím mají dělat.
- Zpřístupnit gynekologii pro všechny ženy
- Mít se kde umýt - v běžném káčku to není možné – sprcha, pračka.

Změna systému:

- Zdravotní péči poskytovat ženám, matkám bez ohledu na pojištění a příslušnost; péče – gynekologická (ze zákona pouze akutní ošetření, ale je potřeba, aby byla žena sledována alespoň od 8. měsíce těhotenství) + další zdravotnické služby – TBC, virové hepatitidy (prevence – děti pak končí v ústavech – postižené)
- Zřízení městské nemocnice, která bude přijímat gravidní ženy k hospitalizaci a k řádnému ošetření bez rozdílu národnosti, pojištění. Tato nemocnice by měla mít alespoň 1 – 2 lůžka pro uživatelky drog. Popřípadě určení porodnice, která bude mít povinnost přijmout ženu k porodu, i když nemá pojištění.
- Zřízení poradny, kde bude moci žena (i bez pojištění) přijít alespoň v období 4 týdny před porodem + povinnost alespoň od 8. měsíce navštěvovat gynekologii.
- Zlepšení etického přístupu pracovníků všech zařízení k ženám – těhotným, matkám.
- Zřízení kontaktního – lůžkového centra (na přespání pro těhotné – všude v Německu to funguje)
- Projasnit a stabilizovat dotační politiku – aby se vymýtila rivalita, jisté financování služby
- Přístup terénních pracovníků – mohou v terénu jednat – chci dítě do péče (terénní pracovník často neví, co může dělat). Nutno vytvořit tréninky, může dát informace, které často schází.
- Více školení, konferencí – výměna zkušeností, metodiky, informovanost – volné stoly. Nutná úzká spolupráce a výměna zkušeností.

- Terénní pracovníci by měli mít možnost klientku přivést do K-centra, jiného typu služby. Ideálně, aby pracovník pracoval jak v terénu, tak v K-centru. Stačí vyčlenit jednoho pracovníka, který se této problematice bude věnovat, bude mít na K-centru oddělenou pracovní dobu, místnost, vchod, konzultační místnost.

5. 6. Metodologická omezení a kvalita dat

Omezení prováděného výzkumu je jistě ve volbě metodiky – polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda je závislá na výzkumníkovi, jak položí otázku a zda ji respondent správně pochopí. V mnoha případech musely být otázky dovysvětlovány. Popřípadě respondent se rozpovídal sám na odlišné téma. Nezanedbatelným, nicméně velmi pravděpodobným omezením byla u respondentek – uživatelék momentální akutní intoxikace a prostředí, ve kterém byl výzkum prováděn.

V případě rozhovorů s uživatelkami návykových látek v terénu byl rozhovor mnohem striktnější, rychlejší, některé otázky byly vynechávány, protože dotazování na otevřeném prostranství bylo pro mnohé nepříjemné. Klientky terénního programu často spěchaly. Velmi záleželo i na počasí. Data byla sbírána v zimě, dále pak během velikonoce. V případě hezkého počasí byly respondentky více otevřené, naladěné. Během zimy a sněhu bylo také méně příležitostí ke kontaktu na Václavském náměstí, kde pro hromady sněhu byl zmenšen prostor. Obecně sběr dat v terénním programu je komplikovanější. Samotní pracovníci nepředpokládali, že je možné sebrat tolik dotazníků (předpokládaný soubor respondentů byl na počátku výzkumu 15, realita 12). Další omezení vidím i v tom, že v některých případech byla přítomna třetí osoba – ať už partner či pracovník. Snažila jsem se tuto možnost eliminovat, nicméně respondentkám to nevadilo i přes upozornění, často do výzkumu zapojovaly i svého partnera. Nicméně i takto odpovědi respondentů mohly být ovlivněny.

Dalším omezením, jak v terénních programech, tak i v kontaktních centrech, je menší procentuální zastoupení žen. Během jedné směny v Stage5 přišla pouze 1 klientka. V K-centru Drop in bylo vedení rozhovorů komplikovanější. V dopoledních hodinách z důvodů momentální metadonové substituce, během odpoledních směn, kdy bylo prováděno dotazování, bylo v k-centru dost rušno a plno.

Výběr respondentů – odborníků byl čistě na výzkumníkovi. Základní požadavky na respondenta byly dané a všichni respondenti tato kritéria splňovali. Nicméně daný vzorek respondentů byl velmi malý, takže se spíše jedná o malé zmapování situace.

5. 7. Souhrn

Hlavním cílem praktické části bylo zmapování pražské drogové scény – ženy v kontaktu s terénními programy a navštěvující kontaktní centra. Výzkum pak doplnit o názory několika odborníků na danou problematiku. Dílčími cíli pak bylo zjistit, jaké jsou potřeby žen – uživatelék (zdravotnické služby, hygienické potřeby, apod.), jak jsou ženy se současnou nabídkou spokojeny, zda jim něco chybí, jaká je dostupnost služeb apod. Popřípadě co by chtěly v nabídce mít, aby byly uspokojeny všechny potřeby.

Rozhovor byl proveden s 25 ženami (12 – terénní služby – Drop in, NO BIOHAZARD, 13 – kontaktní centrum Stage5 a Drop in) a 3 odborníky na problematiku drogově závislých žen.

Metoda získávání dat byla formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor s uživatelkami byl více strukturovaný, v terénním programu často zkrácený o řadu otázek z důvodu časových a prostorových možností na ulici. Data byla přímo na místě zapisována do záznamového archu. Rozhovor s odborníky byl natáčen na audiozáznam. Dle stanovených postupů zakotvené teorie analyzován.

Výzkum mezi uživatelkami na drogové scéně v oblasti základních statistických ukazatelů (věk apod.) odpovídá obecným statistikám Hygienické stanice hl. m. Prahy. Uživatelky drog jsou ve věkové kategorii 25 – 30 resp. 35 let. Svoji drogovou kariéru

začaly v průměru kolem 15. roku věku. Preference užívání návykových látek se točí nejčastěji kolem pervitinu, ale častý je také Subutex či kombinace několika drog. Všechny klientky uvedly českou národnost. Polovina klientek vyrůstala v původní – celé rodině, kde nechyběl žádný z rodičů. 50 % klientek má stálé bydlení, což opět potvrzuje obecné statistiky z Hygienické stanice hl. m. Prahy. 64 % klientek je svobodných, ale žijí s partnerem, často si také ženy mění jehly spolu s přítelem. 50 % klientek bylo v minulosti na potratu a to nejenom jednou, ale i opakovaně. 8 klientek má vlastní děti, přičemž 4 z nich ve vlastní péči. Nejvyšší dokončené vzdělání bylo nejčastěji uváděno základní. Mezi respondentkami byla vysoká míra nezaměstnanosti – 72% nezaměstnaných, nicméně mnoho z nich o práci mluvilo tak, že se snaží „aktivně“ práci shánět. Protože byl výzkum zaměřen na drogovou populaci v nízkoprahových službách, téměř všechny oslovené klientky si drogu aplikovaly injekčně. Klientky využívají často služby obou typů zařízení, jak terén, tak i kontaktní centra. O daných službách mají dostatek informací. Nejvíce si chválí a oceňují příjemný personál, který pomůže a poradí se vším. Nejvíce si stěžují (respondentky v kontaktních centrech) na chování dalších klientů. Klientky postrádají především non-stop výměny, více výměnných míst, hygienické zázemí - koupelnu a sprchu.

74% klientek navštěvuje lékaře. Nejčastěji se jedná o praktického lékaře a gynekologa. Frekvence návštěv bohužel není známa. Ty, které nedocházejí na gynekologii, nechodí především proto, že nemají žádné problémy, popřípadě se tam necítí dobře. 60 % klientek by uvítalo speciálního gynekologa, který by byl přímo nakontaktovaný drogovou službou. 64 % klientek by také uvítalo službu, kde by se řešilo těhotenství a užívání drog a specifické otázky péče o dítě.

Na rozdílnost žen a mužů v přístupech v léčbě a potřebách jsou rozdílné pohledy. 56 % žen si myslí, že ženy vyžadují odlišný přístup. Jedná se především o větší psychickou podporu, vzhled a čistotu místnosti, řešení intimních záležitostí, specificky ženské otázky týkající se např. těhotenství, větší potřeba mluvit a sdílet, zábrany před muži, vstřícnější personál apod. 68 % žen by uvítalo centrum, které by bylo pouze pro ženy. Výhody takového typu služby by respondentky viděly především v tom, že by všechny služby byly při jednom, byla by větší šance na abstinenci z důvodů cílené psychické pomoci. Také by zde byla větší čistota, možnost odpočinku a soukromí. Nicméně takové zařízení by mělo

být zaměřeno především nízkoprahově - spolu s výměnou nejvíce žádají právní poradenství a individuální řešení problémů. Samozřejmostí by bylo zajištění hygieny a zkontaktování gynekologického či jiného lékaře.

Dle odborníků jsou jisté rozdíly v přístupech k léčbě a ve specifických potřebách žen. Nicméně vždy záleží na každé klientce, na její původní rodině, stylu výchovy, zkušenostech. S tím jsou spojeny i požadavky na konkrétního pracovníka (ať muže či ženu v jakémkoliv typu služby). Potřeba bezpečného a nehodnotícího vztahu. Ženy jsou citlivější než muži, mají často v historii zneužívání. Důležité je nabídnout ženě bezpečné prostředí. Další specifikou u žen je potřeba vypovídat se, mluvit o vztazích, o tématech, ve kterých jim není dobře. Pracovník musí mít dostatečné znalosti o problematice žen spojené zj. s těhotenstvím. Musí vědět, kam ženu odkázat. S tím souvisí další problém, že není ucelený systém pomoci těmto ženám (často bez registrace, pojištění). Další jmenovanou potřebou žen byla potřeba mít dítě u sebe, pokud má žena dítě ve vlastní péči. Neupírat těmto ženám možnost mít terapii společně s dítětem nicméně nezaměřovat individuální terapii pouze na otázky týkající se dítěte, výchovy, apod. ale i vlastního prožívání ženy. Samozřejmou potřebou pro ženy je čistota a hygiena – mít se kde umýt, vyprat si. Nezanedbatelnou složkou je i pomoc se zajištěním základního zdravotního servisu. Dle názorů by ženy uvítaly zařízení s komplexní nabídkou služeb - bezpečný gynekolog, kožní atd., odborná pomoc co se týče ubližování a zneužívání – krizová centra, krizové lůžko, apod. Ženy by jistě uvítaly noclehárny pro uživatelky - přes den si mohou jít za svým cílem, popřípadě prostitutky – mít se kde vyspat přes den. Služba pro ženy by měla být zaměřena především na otevřené anonymní centrum s komplexním servisem. Nabízet i možnosti mateřského centra, pomoc při zajišťování bydlení. Pracovníci by měli být vyškolení na specifická témata žen. Důležitou složkou by bylo zpřístupnit ženám gynekologii a zajistit základní hygienu. Problém bohužel tkví v systému. Respondentky navrhovaly spoustu kroků, které je třeba udělat, aby péče o ženy v ČR byla srovnatelná s jinými zeměmi. Například: poskytována zdravotní péče ženám, matkám bez ohledu na pojištění a příslušnost, zřízení městské nemocnice, která bude přijímat gravidní ženy k hospitalizaci a k řádnému ošetření bez rozdílu národnosti, pojištění, popřípadě určení porodnice, kde budou povinni přijmout ženu k porodu, i když nemá pojištění, povinnost navštěvovat gynekologii a předporodní psychologická podpora, zlepšení etického přístupu k ženám. Zřízení nocleháren pro uživatele drog – zj. pro těhotné ženy.

VI. DISKUSE

Z hlediska porovnání získaných dat s popisem drogové scény dle Hygienické stanice hl. m. Prahy, nepřináší studie překvapivá zjištění. V obecné rovině sociodemografických údajů žen zapojených do tohoto výzkumu zjištěné údaje odpovídají charakteristikám dle výše uvedeného zdroje i dalších výzkumných zpráv uvedených v teoretické části. Potřeby jsou do jisté míry spojené s užíváním vysoce rizikových návykových látek ze skupiny stimulancií a opioidů.

Protože se tato práce zaměřila na ženy užívající drogy z pohledu analýzy potřeb, potvrzení těchto výsledků dle dostupných studií je pouze spekulativní. Dle nalezených a dostupných zdrojů se veškeré výzkumy týkají spíše žen vzhledem k gender problematice (věk, vznik závislosti, sociodemografické rozdíly apod.), těhotenství a vlivu drog na dítě či specifických skupin žen, které jsou obtížně srovnatelné s českými ženami. Nicméně potřeby zjištěné tímto výzkumem odpovídají obecně známým i domnělým potřebám – vztah, čistota, zdravotnický servis, apod. Jistým potvrzením výzkumu uživatelék návykových látek je i podpoření těchto potřeb odborníky, kteří s ženami dlouhodobě pracují.

Nicméně problematika žen – uživatelék návykových látek je pořád velkou otázkou, velkým problémem a velkou příležitostí. Žena – gravidita – mateřství – rodičovství a drogy... Pro mnohé děsivá kombinace. Jsou ženy – uživatelky opravdu tak velkým a nepřekonatelným problémem, že spousta zařízení s nimi neumí či nechce blíže pracovat a zdravotnický systém se od nich distancuje? Pojem dvojí stigmatizace je tak moc v nás všech zakotvený, že nechceme do problému více nahlédnout?

Bohužel s ženami užívajícími drogy se setkáváme a budeme setkávat. Děti závislých žen se budou rodit dále a dokonce ve větší míře, což souvisí se změnou klientely, orientované spíše na pervitin a substituční léčbu. Můžeme mluvit o štěstí, že v České republice je řada osvědčených odborníků, kteří tuto problematiku vnášejí do diskusí a mají snahu ji řešit. Proto v Praze máme několik zařízení, které se přímo žen – uživatelék a matek dotýkají – Denní stacionář Sananim, Centrum pro rodinu Drop in, terapeutická

komunita Karlov, specifické ženské skupiny v rámci léčby a doléčování. Pro příklad: denní stacionář Sananim je prvotně určen všem bez rozdílu pohlaví, nicméně faktickou klientelu tvoří z 75% ženy. Je to dáno tím, že ženy ví, že v tomto zařízení jsou pro ně vhodné podmínky k léčbě, část klientek chodí z doporučení od jiné ženy apod. I výzkumy ze zahraničí poukazují na fakt, že tam, kde jsou specifické programy pro ženy, návštěvnost žen je podstatně vyšší než v běžných typech služby.

Otázkou tedy je, proč takových zařízení není více nebo proč se neprosazují ženská témata do běžných služeb jako je například terénní program či kontaktní centrum. O některých pokusech se již začíná mluvit, nicméně tyto zkušenosti a poznatky jsou závislé pouze na osobě, která je k této skupině zainteresovaná. Dalším tématem k zamyšlení je, zda by ženy – aktivní uživatelky drog, které stěží zkontaktují terénního pracovníka nebo dojdou do K-centra, o takovéto služby jevíly zájem. Ženy, které užívají drogy, jsou přeci jenom plnohodnotné bytosti, které sice svým zjevem a chováním mnohdy neodpovídají obecné představě o ženskosti, nicméně je to určitá skupina, která tímto chováním něco demonstruje. Není to jen shoda okolností, že dítě vyrůstalo v rodině, kde nenašlo kvalitní rodičovské a citové zázemí, bylo v dětství týrané, apod. sáhne k drogám? Příčin vzniku závislosti je mnoho, nicméně tak, jako se hledí na běžnou drogovou populaci, tak bychom měly vnímat i ženy. Ne je odsuzovat za jejich chování vůči dítěti, ale naslouchat a podporovat, nechat rozhodovat a zajistit nejlepší servis ženě i dítěti.

Velkým problémem je samozřejmě zdravotní servis jak pro ženu, tak i pro budoucí děti. Zajištění nejenom gynekologické péče je pro mnoho žen velkým problémem, zvláště žen, které jsou bez domova, nemají se kde umýt, jsou bez dokladů a pojištění. I když se zdá, že ženy v terénních programech a kontaktních centrech tuto otázku moc neřeší, myslím si, a odborníci v druhé části výzkumu mi tuto domněnku potvrdili, že každá žena má zájem o to, aby byla zdravá, a i když momentálně na budoucnost ve vztahu s dítětem nemyslí, určitý pud ženskosti a mateřskosti v ní je.

Nyní se vrátím k otázce, zda by speciální drogové centrum určené ženám mělo v ČR resp. v Praze své opodstatnění a našlo svou klientelu. Klientky kontaktních center a terénních programů by takové centrum většinou uvítaly, nicméně otázkou je, zda by tam skutečně došly a zda by toto zařízení splnilo svůj cíl. Centrum si klientky představovaly především jako nízkoprahové, založené na výměně injekčního materiálu a dalších služeb,

kteřé známe z kontaktních center. Samozřejmě by mělo být čisté, bezpečné, přizpůsobené potřebám žen – možnost sprchy, vyprání prádla. Z nemateriálních potřeb by zde ženy vyžadovaly vstřicný a milý personál, možnost odpočinku, rady týkající se užívání v těhotenství, mateřství, řešení právní problematiky vztahující se k ženám a otázce dítěte, velkou výhodou by byla krizová lůžka. Samozřejmě by byly kontakty na gynekologa (popřípadě přímo v zařízení by spolupracoval gynekolog), psychologická a psychiatrická pomoc. Výsledkem by bylo, že ženy by sice braly drogy dál, ale více by se s nimi pracovalo na jejich prožívání, užívání drog, minulosti, současnosti i budoucnosti.

Dle odborníků by takovéto centrum mohlo být klidně součástí běžného K-centra, byl by vyhrazen větší prostor ženám (speciální místnost, otevírací doba apod.) Odborníci si specifické centrum pro ženy představují spíše vysokoprahověji – více spojeno se substituční terapií, abstinencí, otázkou týkající se dětí a mateřství. Bylo by to něco jako stacionář, doléčovací centrum nicméně na nižším prahu, jakási stanice prvního kontaktu se ženou.

Odborníci dále kritizovaly současný stav zdravotnické péče o tuto skupinu. Bez dokladů a pojištění je velké množství uživatelů drog, je mezi nimi i spousta cizinců. Bez pojištění se kromě akutních a život ohrožujících případů do zdravotnického zařízení téměř nedostanou. Odborníci navrhovali zřízení městské nemocnice, která by takovéto případy přijímala – nejen z hlediska problémů spojených s těhotenstvím, ale i dalšími zdravotními komplikacemi (kožní problémy, TBC, virové hepatitidy apod.).

Posledním problémem, se kterým jsem se i já osobně setkala a vidím to jako velkou mezeru v systému, je nepropojenost terénní práce a práce v kontaktních centrech. Mnoho žen i mužů si mění jenom v terénu, protože jsou vázání na tyto pracovníky. V terénu není moc příležitostí hlubšího rozhovoru, jakési terapie. Mít propojený terén se zařízením, možnost terénního pracovníka, mít konzultace v zařízení, vidím jako velkou příležitost k tomu, aby se systém více zacelil.

VII. ZÁVĚR

Problematika žen užívajících návykové látky je pomalu rozvíjejícím se tématem, na které odborná veřejnost a jednotlivé státy musí reagovat přiměřenými službami. Cílem této práce bylo shrnout v teoretické části problematiku žen užívajících návykové látky – statistická data, specifické aspekty, gender problematiku a systém péče. Praktická část si kladla za cíl zmapovat potřeby žen uživatelky návykových látek v hlavním městě Praha a zjistit, jaké potřeby ženy mají, zda se od běžně nabízených služeb liší, jak jsou služby atraktivní a dostupné, jaké služby by uvítaly.

Na začátku výzkumu jsem si kladla tyto výzkumné otázky, na které bych ráda odpověděla:

1. Jaká je informovanost o existujících nízkoprahových službách a zdravotnických zařízeních, které přijmou užívatelku návykových látek – např. praktický lékař, gynekologie, ...
 - Informovanost o nabízených nízkoprahových službách je mezi klientkami spíše vysoká, sice si mnohdy neuvědomují jaký je den, v kolik je otevírací doba, apod. nicméně vědí, co od pracovníka mohou požadovat, v jakých lokalitách se pohybuje apod. Vědí o nabídce dalších služeb jako je například: pojízdná ambulance, kontaktní centra, detoxifikace apod.
 - Informovanost o zdravotnických službách nebyla výzkumem dostatečně zjištěna. Část klientek navštěvuje praktického lékaře a gynekologa, nicméně s jakou frekvencí není zřejmé. Nicméně vzhledem k tomu, že dle odborníků ani pracovník nemá dostatek informací o nabízených zdravotnických službách, není zmapovaná síť zdravotnických zařízení apod., informace o tom, kam jít za bezpečným gynekologem, jaká porodnice nejčastěji bere užívatelky drog apod. informovanost tímto směrem je minimální.

2. Jsou nízkoprahové služby pro uživatelky atraktivní? Jaký byl hlavní motiv ke kontaktu s drogovou službou?

- Nízkoprahové služby jsou pro většinu klientek atraktivní, rády využívají jejich služby nejenom z potřeby výměn, ale i pomoc od pracovníků ve smyslu psychologické podpory, zdravotního ošetření a rady. Hlavním motivem kontaktu je výměna. Nicméně klientky si uvědomují, že je jistá výhoda být registrovaný, pod kódem apod.
- Pro ženu je atraktivní, když se o ni někdo zajímá, vyslechne ji, hovoří s ní. Jakýkoliv lidský nedrogový kontakt je pro uživatelku jistě přínosem. Ať je její rozhodnutí dál brát nebo přemýšlet o možnostech léčby, pracovník musí ke klientce přistupovat s respektem k jejímu rozhodnutí, nehodnotit, nestigmatizovat.

3. Jaká je spokojenost se současnými službami pro uživatelky drog? Co jim v nízkoprahovém zařízení schází?

- Spokojenost se službami byla hodnocena na 1 – 2. Co uživatelkám schází, co postrádají a co by uvítaly, se točí zejména kolem užívání drog: častější výměny, více výměnných míst, nonstop výměny, možnost krizového přespání, delší otevírací čas, ale i čistější prostředí, možnost hygieny, kontakt na zdravotníky apod.
- Vzhledem k faktu, že během terénu či otevírací doby do K- centra přijde žen podstatně méně a klienti - muži zaplní celou čekárnu, je všude hluk, chaos (dle zkušenosti ze sběru dat v K-centru Drop in) myslím si, že jsou omezenější možnosti k bližší práci se ženami. Osobnější přístup, příjemnější prostředí, čistota, kontakty a vztah jsou to, na čem se odborníci a uživatelky shodly.

4. Využívají ženy v současné době služby nějakého jiného zařízení?

- Většina klientek není v kontaktu s žádným jiným zařízením. Mnohdy nejmenovaly nic krom K-centra či terénní služby. Jednou se zde vyskytlo Centrum pro rodinu pod Prev - centrem a jednou Naděje.
- Uživatelky nevědí často o možnostech, kde se umýt, kde si vyprat, kde nalézt psychickou podporu jinde než u pracovníků nízkoprahových služeb. Opět jsme ale u samotných pracovníků, kteří by v této oblasti měli být více proškoleni a k ženám přistupovat s větším citem a nebrat je jako ty, kteří jenom mění.

5. Bylo by dobré mít specializované drogové zařízení pouze pro ženy – komplexní servis – zkontaktování s praktickým lékařem, zubařem, gynekologie, poradenství těhotné, ...

- Dle klientek i uživatelek by centrum zaměřené pouze či více na ženy byl jistý krok k tomu, že by ženy mohly být více v kontaktu. Více než polovina žen přiznala, že by takovéto centrum uvítala a navštěvovala. I odborníci se více méně shodli, že určitý systém nízkoprahové či lehce vysokoprahovější služby pro ženy by byl jakousi inovací a pokrokem v současné nabídce. Jakési otevřené centrum, stanice prvního kontaktu. Lákadlem by byly již výše zmíněné služby.
- Zajištění zdravotního servisu a těhotenského poradenství by jistě přispělo k zlepšení fyzického i psychického zdraví žen i narozených dětí. Pokud by ženy v době těhotenství či před těhotenstvím byly v kontaktu s odbornou službou, věřím, že jejich rozhodování by bylo snazší.

V závěru bych chtěla dodat, že centrum pro ženy by bylo jistě jakýmsi velkým krokem vpřed, nicméně si myslím, že jít po menších krocích vpřed a upravovat pro ženy nabízené služby je také velkým posunem. Přizpůsobit služby tak, aby prostředí, ve kterém se služby budou nabízet, bylo založené na bezpečí, respektu a důstojnosti. Postupy práce by byly v souladu se specifickými ženskými požadavky – vztah, těhotenství, děti, rodina a

komunita. Služby zaměřit nejenom na zneužívání návykových látek, ale i na traumata a problémy duševního zdraví v komplexních, integrovaných a kulturně relevantních službách. Pomoci zajistit ženám příležitost zlepšit své sociální a ekonomické podmínky a konečně založit systém komunitní péče s komplexními spolupracujícími službami.

V této problematice bych viděla řešení v podrobné analýze zdravotnických zařízení, které přijímají nebo jsou ochotni přijmout ženu uživatelku. Ženám pak nabízet informace, kam se mohou obrátit v případě gynekologických či jiných zdravotních komplikací, v otázce těhotenství či porodu. Samozřejmostí by byla soustavná práce s těmito ženami ať už ve speciálních centrech pro ženy, v běžném K-centru nebo jako součást terénu. Možností je speciální otevírací doba v běžných kontaktních centrech, speciální místnost na poradenství, pracovník vyškolený na ženskou problematiku, ...či přímo nové centrum pro ženy. Zkušenosti se jistě dají čerpat ze zahraničí, nicméně prvním krokem je překonat předsudky a chtít s touto cílovou skupinou pracovat.

VIII. POUŽITÁ LITERATURA

- Becker, J. B. (January 2008). Sex Differences in Drug Abuse. *Front Neuroendocrinol*, stránky 29(1): 36–47 in Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády české republiky.
- Binder, T. Vavřínková, B. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Corbinová, J., Strauss, A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody Zakotvená teorie*. Boskovice: Albert.
- Český statistický úřad, (2. 4 2012). *Základní pojmy* | ČSÚ. Získáno 10. 2 2013, z http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_pojmy
- EMCDDA. (2005), *Differences in patterns of drug use between men and women*, Technical datasheet, European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction, Lisbon
- EMCDDA. (2006). *Annual Report 2006: Selected issues 2: A Gender Perspective on Drug Use and Responding to Drug Problems*. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA. (2012a). *Statistical bulletin 2012*. Získáno 9. 2 2013, z <http://www.emcdda.europa.eu/stats12#display:/stats12/pdatab1a>:
- EMCDDA. (2012b). *Výroční zpráva za rok 2012: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- EMCDDA. (2012c). *Pregnancy, child care and the family: key issues for Europe's response to drug*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Ettore, E. (1992). *Women and substance use*. Palgrave Macmillan in Kalina, et al., (2003). *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, (str. Kapitola 9/3). Praha: Úřad vlády ČR.

- Frišaufová, M. (2006). *Životní situace ženy uživatelky drog: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita.
- Frišaufová, Kalivodová, Nepustil. (2012). *Ženy. Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (stránky 51 - 58). Praha: Úřad vlády ČR.
- Frouzová, M. (1996). *Ženy a drogy. Alkoholismus a drogové závislosti*, 269 – 275
- Frišaufová, M. (2012). *Ženy* in Nepustil a kol. (2012), *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (stránky 51 - 58). Praha: Úřad vlády ČR.
- Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hankins, C. (2008). *Sex, drugs and gender? High time for lived experience to inform action* in Olszewski, D. a kol. (2010) *Hlasy žen*. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, Praha.
- Hser et al. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug Alcohol Dependence* 72, 255 - 264. in Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hser et al. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of Substance Abuse and Treatment* 28, 77 - 85. in Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Heller, J., Pecinovská, O., & kol., (1996). *Závislost známá, neznámá*. Praha: Avicentrum - Grada.
- Huttová, M. a kol. (únor 1999). Následky závislosti těhotných žen od alkoholu a drog pro plod a novorozence. *Alkoholismus a drogové závislosti* 34, str. 75.

- Janečková, H., & Křížová, E. (2002). *Lékařské, sociologické a etické aspekty zdraví žen* in Kalina a kol. (2003) *Drogy a drogové závislosti, díl. 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalivodová, R. (2011). *Závislost na drogách u těhotných žen a matek: diplomová práce*. Ostrava: Masarykova univerzita in Frišaufová, Kalivodová, Nepustil. (2012). *Ženy. Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (stránky 51 - 58). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti, díl. 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Koňáková, A. (2011). *Těhotenství uživatelék návykových látek: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita in Frišaufová, Kalivodová, Nepustil. (2012). *Ženy. Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (stránky 51 - 58). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kuklová, M. (4. 12 2012). Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou. *Adiktologie*, stránky 312 - 322.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mravčík V. a kol. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V. a kol. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., a kol. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost* in Kalina, et al., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* (str. Kapitola 9/3). Praha: Úřad vlády ČR.

- NTA. (2007). *Women in Drug Treatment: What the Latest Figures Reveal*. in Nepustil a kol., *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (stránky 51 - 58). Praha: Úřad vlády ČR.
- Olszewski, D. a kol. (2010) *Hlasy žen*. Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, Praha.
- Preslová, I., Maxová, V. (2009). *Ženy a drogy*. Praha: Sananim.
- Preslová, I. (2003). *Závislé matky s dětmi* in Kalina, & kol., (2003), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (stránky 238 - 243). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Preslová, I., & a kol. (2011). *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů*. Praha: Sananim.
- Sedláčková, S., & Žižková, B. (roč. 3, č.1 2007). *Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. Prevence úrazů, otrav a násilí*, stránky 45-50.
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny* in Kuklová, M. (4. 12 2012). *Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou. Adiktologie*, stránky 312 - 322.
- Statistic Bureau of Justice. (2004). *Women in Jail*. Washingto. DC.: U. S. Department of justice in Becker, J. B. (January 2008). *Sex Differences in Drug Abuse. Front Neuroendocrinol*, stránky 29(1): 36–47.
- STŘEP - české centrum pro sanaci rodiny. (9. července 2013). Načteno z <http://www.strep.cz/>
- Stocco, P., & et al. (2000). *Women Drug Abuse in Europe: Gender Identity* in Nepustil a kol. (2012), *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (stránky 51 - 58). Praha: Úřad vlády ČR.

- Studničková, B., & Petrášová, B. (2012a). *Výroční zpráva, ČR - 2011, Incidence, prevalence, zdravotní trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Studničková, B., & Petrášová, B. (2012b). *Výroční zpráva, Praha- 2011, Incidence, prevalence, zdravotní trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- UNODC. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned* in Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- ÚZIS ČR, (2011). *Rodička a novorozenec*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚZIS ČR, (verze 007_20120701). *Závazné pokyny NZIS - Národní registr reprodukčního zdraví rodičky*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR.
- Vobořil, J. (2003). Gender - ženy jako specifická skupina. in Kalina, et al. (2003), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* (Kapitola 9/3). Praha: Úřad vlády ČR.
- Vymětal, J. (1994). *Základy lékařské psychologie* in Kuklová, M. (4. 12 2012). Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou. *Adiktologie*, stránky 312 - 322.
- Ženíšková, J., Soukupová, E. (2009). *Problematika uživatelů drog ve výkonu trestu odnění svobody* in Preslová (2009). *Ženy a drogy* (2009, stránky 19 - 22). Praha: Sananim.

IX. SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

TABULKY:

Tabulka č. 1 Věkové skupiny uživatelů drog – žadatelů o léčbu.....	str. 15
Tabulka č. 2 Přehled o výměnném programu v roce 2011 – Praha	str. 18
Tabulka č. 3 Rodičky podle návykových látek užívaných v těhotenství a věku	str. 19
Tabulka č. 4 Nejvyšší dokončené vzdělání	str. 65
Tabulka č. 5 Ekonomická aktivita	str. 65
Tabulka č. 6 Droga užívaná v současnosti	str. 66
Tabulka č. 7 Nejčastější místo výměny injekčního materiálu	str. 67
Tabulka č. 8 Využívaly byste služeb „speciálního centra pro ženy?“	str. 72

GRAFY:

Graf č. 1 Věkové zastoupení respondentek.....	str. 62
Graf č. 2 Trvalé bydliště	str. 62
Graf č. 3 Původní rodina	str. 63
Graf č. 4 Bydlení stálé	str. 63
Graf č. 5 Bydlení nestálé	str. 63
Graf č. 6 Rodinná situace	str. 64
Graf č. 7 Rodinná situace dle typu služby	str. 64
Graf č. 8 První užitá nelegální látka	str. 65

Graf č. 9 Způsob aplikace drogy	str. 66
Graf č. 10 Od koho získaly informace o drogových programech	str. 68
Graf č. 11 Navštěvovaný lékař	str. 68
Graf č. 12 Hodnocení služby	str. 70
Graf č. 13 Využívané služby	str. 71
Graf č. 14 Odpověď na otázku, zda ženy vyžadují jiný přístup než muži	str. 71
Graf č. 15 Jaké služby byste v „centru pro ženy“ uvítala?	str. 73