

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Lenka Ježková

Ženy uživatelky drog a jejich potřeby a bariéry v přístupu k léčbě

Studie veřejného mínění

Women drug users, their needs and barriers in access to treatment

Study of public opinion

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Doležalová, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a že jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze dne 24. 4. 2019

LENKA JEŽKOVÁ

Identifikační záznam:

JEŽKOVÁ, Lenka. *Ženy uživatelky drog a jejich potřeby a bariéry v přístupu k léčbě: Studie veřejného mínění. [Women drug users, their needs and barriers in access to treatment: Study of public opinion]*. Praha, 2019. 40 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Doležalová, Pavla.

Abstrakt

Hlavním tématem této bakalářské práce jsou ženy uživatelky návykových látek. Teoretická část práce vysvětluje, v čem jsou ženy specifickou cílovou skupinou. Východiskem jsou teoretické poznatky o specifické skupině žen uživatelky, které práce shrnuje. Popisuje jejich potřeby a bariéry pro vstup do léčby a během léčby. Bakalářská práce se opírá mimo jiné o zahraniční zdroje, výroční zprávy Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu a výroční zprávy o drogové situaci v České republice. Praktická část zjišťuje názory široké veřejnosti na tuto problematiku. Prostřednictvím dotazníku a jeho vyhodnocení odpovídá na výzkumné otázky, které se týkají obecného názoru, potřeb uživatelky drog a možných překážek pro vstup do léčby, a také tématu stigmatizace.

Hlavním cílem práce je shrnout situaci žen uživatelky, co se týče potřeb, bariér a stigmatizace a zjistit názor veřejnosti. Definovaným problémem je, že do léčby nastupuje více mužů než žen, jak uvádí výzkumy. Dílčím cílem této práce je přispět k rozklíčování bariér, které mohou bránit ženám ve vstupu do léčby a uveřejněním práce rozšiřovat toto téma do povědomí české společnosti, laické i odborné, jelikož právě tím, že téma začne být častěji diskutované, se dá snižovat míra stigmatizace.

Výsledky výzkumu ukázaly, že respondenti si dokáží představit určité těžké situace v minulosti uživatelky návykových látek. Dá se říci, že většina respondentů výzkumného souboru odpovídala s pochopením pro diskutovanou specifickou skupinu, menší část potom i s tolerancí, ale nezanedbatelné procento respondentů potvrdilo přítomnost společenského stigma v dané problematice.

KLÍČOVÁ SLOVA: uživatelky návykových látek, potřeby, bariéry, společnost, stigma

Abstract

The main topic of this bachelor thesis are women – users of addictive substances. The theoretical part explains why women are a specific focus groups. The starting point is the theoretical knowledge about this specific group and this thesis summarises it. It describes their needs and barriers to treatment and during treatment. It is based, amongst other things, on foreign resources, annual report of United Nations Office on Drugs and Crime and the annual report of the drug situation in the Czech Republic. The practical part examines views of the general public on this issue. The questionnaire answers research questions concerning general opinion, the needs of drug users and possible barriers to entry the treatment, as well as stigmatisation.

The purpose of the work is to summarise the situation of women users as far as their needs, barriers and stigmatisation and also to determine public opinion. According to different studies, more men than women enter into a treatment program, that is the problem defined. The partial target of this work is to highlight any potential barriers that can hinder access to treatment. By publishing the work, the subject will be extended to the consciousness of the Czech society, both general and professional. It is believed that as far as the subject will be discussed more freely and frequently, any degree of stigma on the subject can be reduced.

Results of the research have shown that respondents are generally able to imagine a troubled past of female drug users. It can be said that most of research participators answered with understanding for the specific group discussed, a minor part also with tolerance for them, but a significant percentage of respondents confirmed the presence of social stigma in the problem given.

KEYWORDS: female drug users, needs, barriers, society, stigma

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Pavle Doležalové, Ph.D. za podporu a odborné konzultace. Mgr. Jaroslavovi Vackovi za připomínky a komentáře v rámci předmětu Bakalářský proseminář. Dále děkuji všem účastníkům mého výzkumu za jejich čas a ochotu. V neposlední řadě Mgr. Běle Ježkové za konzultaci a trpělivost a dále všem, kdo nějakým způsobem přispěli k dokončení této práce.

Obsah

1	Úvod	8
1.1	Pojmy	9
2	Východiska	10
2.1	Morální paradigma	10
2.2	Veřejnozdravotní paradigma.....	10
2.3	Psychologické paradigma.....	10
2.4	Sociální paradigma.....	10
2.5	Psychologicko-sociální paradigma	11
2.6	Neurobiologické paradigma	11
2.7	Multifaktoriální paradigma	11
2.8	Bio-psycho-sociální paradigma.....	11
3	Ženy jako specifická skupina.....	12
4	Ženy uživatelky a léčba	14
4.1	Potřeby.....	14
4.2	Bariéry.....	15
4.2.1	Systémové	15
4.2.2	Strukturální.....	15
4.2.3	Sociální, kulturní a osobní bariéry.....	16
5	Stigmatizace.....	17
5.1	Stigmatizace žen uživatelek	17
5.2	Výzkumy.....	18
6	Praktická část	19
6.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	19
6.1.1	Cíl	19
6.1.2	Cílová skupina	19
6.1.3	Výzkumné otázky	19
6.2	Metodologie	19
6.3	Etické normy.....	20
6.4	Výsledky výzkumu.....	20
6.5	Shrnutí.....	27
6.6	Vztahy mezi proměnnými	28
7	Diskuze.....	30
7.1	Metodologická omezení	30
7.2	Interpretace výsledků	30

7.3	Implikace výsledků pro praxi.....	31
8	Závěr.....	33
9	Seznam použité literatury.....	34
10	Přílohy.....	37
10.1	Dotazník	37

1 Úvod

Genderová otázka se stala v poslední době velmi aktuálním tématem nejen v drogové problematice. Téma žen uživatelů návykových látek není v adiktologii nové, ale je stále nedořešené. Několik odborných prací se související tematikou bylo již napsáno. V této práci se blíže zaměřím na bariéry, kterým ženy čelí při vstupu do léčby a během léčby, a také na jejich potřeby spojené s danou životní situací. Celkově je toto téma velmi obsáhlé, a proto se v další části práce zaměřím na stigmatizaci, jako jednu z možných bariér.

V rozhovoru s magistrem Radimeckým z roku 2014 je uvedeno, že Dr. Linda Cusick ze skotské University of Paisley v rámci konference konané v Praze na téma „Užívání drog a genderové rozdíly“ konstatovala, že české adiktologické služby jsou v kontextu Evropské unie relativně úspěšné právě ve vztahu k ženám – uživatelkám návykových látek. Zatímco v zemích Evropské unie tvoří ženy v průměru 20 % všech klientů služeb pro uživatele drog, u nás jich je zhruba 29 % (Radimecký, 2014). To jsou nepochybně velmi dobré výsledky, ale je potřeba se s tím nespokojit a dále o tématu ženského užívání a bariér diskutovat a snažit se o další změny.

Dá se tedy říci, že poměr mužů a žen v adiktologických službách se pomalu mění. Nicméně bariéry, které stojí ženám na cestě do léčby existují stále, a proto je potřeba se snažit je co nejvíce eliminovat. Otázkou zůstává, do jaké míry je to možné.

Každopádně je důležité, aby se o problematice specifík ženské závislosti diskutovalo dále a aby tato diskuze vedla k praktickým změnám v přístupech a službách obecně. Těmito změnami by bylo vhodné docílit pro ženy jednoduššího přístupu ke službám a případně i větší účinnosti léčby.

Účastníci výše zmíněné konference se shodli, že současná společnost, jež se snaží udržovat zavedené společenské stereotypy – ženy se mají starat o domácnost a muži zabezpečují rodinu finančně – přispívá k nárůstu počtu žen, které mají problémy s užíváním návykových látek (Radimecký, 2014).

Na začátek si položím otázku: proč jsou ženy v drogových službách specifická skupina? Prvním důvodem je odlišný vzorec užívání žen a mužů, který je dán biologickými a psychosociálními faktory, kde hraje důležitou roli větší míra stigmatizace žen. V odborné literatuře se používá pojem tzv. dvojí deviace, což znamená, že je žena deviantní nejen pro své užívání návykových látek, ale také proto, že selhává ve své roli ženy a matky (Preslová in Kalina, 2015). „Společenská tolerance vůči konzumaci alkoholu i drog ženami je v posledních letech stále větší, přesto však obecně je postoj k těmto ženám mnohem kritičtější než k mužům. Zvláště odmítavý postoj zaujímá veřejnost k těhotným ženám a matkám užívajícím drogy, kde negativní tlak společnosti neumožní často ženě vyhledat a přijmout léčbu“ (Preslová, 2015).

Neopomenutelným důvodem, proč jsou ženy specifická skupina jsou specifická témata, která muži neřeší vůbec, nebo ne tak často. Když se na to podívám z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního, najdu mnoho odlišností a ženských specifík, která jsou popsána

v teoretické části práce. Je nepochybné, že muži mají také specifické potřeby a zasluhují si pozornost a individuální přístup, ale to už je tématem pro jinou odbornou práci.

Mým cílem je čtenáře seznámit se s specifiky dané cílové skupiny, s jejich potřebami a bariérami. Uveřejněním práce je pak přidruženým cílem učinit toto téma diskutovanější a rozšířit obzory veřejnosti. Užitečným vedlejším efektem zpracovaného výzkumu je skutečnost, že jsou jeho účastníci donuceni se nad tématem aspoň trochu zamyslet. Cílem práce je také ověřit, jak uvažuje společnost o potřebách a bariérách uživatelů drog, jakou má o těchto ženách představu, zda je k nim tolerantní a má pro ně pochopení, a také, jak vysoká je míra stigmatizace. V neposlední řadě představuje zpracování daného tématu rozšíření znalostí této problematiky, což je pro má další studia, a především pro mou realizaci v tomto oboru důležité.

Teoretická část vychází z monografií, diplomových prací, výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice a výročních zpráv Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu. Je nutno podotknout, že pokud se jedná o výroční zprávy z České republiky, jsou zde data s postupujícími roky rozlišována více podle pohlaví, pokud porovnám výroční zprávy během posledních deseti let. Dále v textu vycházím z odborných článků publikovaných především v zahraniční literatuře, jelikož v českém jazyce jsou odborné články dostupné jen v omezeném množství, zejména je-li mým úkolem vycházet z aktuálních zdrojů. Tato skutečnost také vypovídá o tom, že téma není momentálně středobodem zájmu odborné společnosti.

1.1 Pojmy

Gender – označuje kulturní charakteristiky a modely přiřazované mužskému nebo ženskému biologickému pohlaví a odkazuje na sociální rozdíly mezi muži a ženami (Český statistický úřad, 2016)

Droga – v této práci slovo droga znamená synonymum pro slovo návyková látka a je myšleno včetně alkoholu

Sociální stigma – odlišnost jedince od určité sociální skupiny, na základě které, je jedinec opovrhován společností (Červenka, 2004)

Paradigma – „souhrn všech pojetí oboru lidské činnosti v určitém časovém úseku; souhrn základních domněnek, předpokladů, představ určité skupiny odborníků, k němuž patří i metodická pravidla řešení, intuitivní postoje a hodnocení problémů“ (Kalina, 2015)

2 Východiska

Pro správné pochopení diskutovaného tématu a zasazení do kontextu, je důležité popsat základní předpoklady, které vytvářejí rámec pro existenci daného jevu, tzn. závislostní poruchy a východiska pro způsob zacházení s problémovými uživateli drog a závislími. Tato kapitola tedy pojednává o paradigmatech v adiktologii (Kalina a kol., 2015).

2.1 Morální paradigma

Nadužívání návykových látek a závislost je pokládáno jako morální prohřešek a úpadek lidských hodnot. Toto chování je spojováno s kriminalitou a zločiny. Zavedení závislosti jako nemoci, nebylo v tomto paradigmatu zcela přijato a společnost se začala domnívat, že závislost je svévolně zapříčiněná nemoc, tudíž by na její léčbu nemělo být přispíváno z veřejných zdrojů. Názory spojené s morálním paradigmatem přetrvávají i v dnešní době mezi širokou veřejností, ale i například u některých politiků, lékařů a překvapivě i odborníků v adiktologických službách. Ti jsou potom zastánci striktní léčby a pravidel a odmítají psychoterapeutické postupy, jako příliš benevolentní vůči klientům. Na morální paradigma je ale třeba zcela nezanevřít, jelikož připomíná, že každý člověk je zodpovědný za svůj život a určitá morálka je potřeba nejen v procesu uzdravování, ale i v reintegraci do běžného života.

2.2 Veřejnozdravotní paradigma

Dohoda o ochraně veřejného zdraví se v zahraniční literatuře označuje také jako „public health“ přístup. Jeho cílem je ochrana veřejného zdraví, tím pádem snaha o eliminaci ohrožujících faktorů, jako je užívání návykových látek v populaci a s tím spojený přenos infekčních nemocí. Přístup, který se zajímá nejen o veřejné zdraví, ale i o osobu a prospěch závislého jedince je „harm reduction“ přístup.

2.3 Psychologické paradigma

V rámci psychologického paradigmatu se dá říci, že závislost je výsledkem procesu učení a přizpůsobení se v daném kontextu. Každý psychoterapeutický směr ovšem chápe pojem „kontext“ v trochu jiném pojetí. Kalina (2015) píše, že: „Behaviorální teorie pokládají závislost za chování naučené jednoduchými procesy učení. Podle kognitivních teorií je závislost vzorec strategií chování a dysfunkčních přesvědčení, která se odvíjejí od tzv. jádrových přesvědčení, vytvářených v dětství. Psychodynamické teorie spatřují podstatu problémů závislých osob ve vývojové poruše osobnostní struktury, která pramení z problematického utváření nejužších vztahů v raných etapách života. Psychologické paradigma si našlo především v posledních letech v terapii své využití, dá se říci, že je terapeuticky relativně úspěšné.“

2.4 Sociální paradigma

Sociální paradigma říká, že příčinou problémů jedince nemusí být pouze jedinec sám, ale sociální prostředí, ve kterém žije. Jinými slovy, jedinec je vystaven společenskému tlaku, který způsobí, že se mu nedokáže postavit nebo přizpůsobit, a proto se začne chovat společensky nepřipustně, například začne užívat drogy a stane se závislým. V kontextu tématu této práce je narušené sociální fungování žen způsobeno nepřiměřenými

společenskými požadavky a tlakem. Východiska této situace se hledají v podporování přesunu jedince do sociálně prospěšnějšího prostředí nebo ve snaze o změnu původního prostředí k lepšímu, tj. podpora zaměstnanosti, vzdělání a jiné. Dále jak píše Kalina (2015) ve snaze reformovat společnost tak, aby sociální prostředí vytvářelo akceptující prostor i pro uživatele drog.

2.5 Psychologicko-sociální paradigma

Na základě tohoto paradigmatu vznikla myšlenka léčby orientované na abstinenci. Spojení psychologického a sociálního modelu dohromady bylo hlavním vzorem pro léčbu několik desítek let. Psychologicko-sociální paradigma příliš nepřijímá závislost v medicínském a neurobiologickém pojetí, stejně tak, jako neprojevuje důvěru přístupu „harm reduction“.

2.6 Neurobiologické paradigma

Do neurobiologického modelu patří vzrůstající porozumění biologické podstaty závislosti, které je přičítáno moderním zobrazovacím metodám a také experimentům se zvířaty. Zahrnuje také genetickou teorii závislosti, která říká, že rozvoj tohoto onemocnění je přibližně z poloviny ovlivňován genetickými faktory. Toto tvrzení je součástí teorie závislosti podle Americké asociace pro závislostní medicínu (ASAM, 2011), která říká, že závislost je primární chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Dr. Michael Miller z asociace ASAM (2011) říká, že závislost není jen morální, kriminální, nebo sociální problém, ale je to onemocnění mozku, které se manifestuje ve všech těchto sférách.

2.7 Multifaktoriální paradigma

Podle multifaktoriálního přístupu, vznik, vývoj a udržování závislosti jsou důsledkem vzájemné interakce několika faktorů najednou. To může znamenat, že na závislosti se podílí všechna předchozí paradigmatata a každé z nich bude za určitých okolností a podmínek platit.

2.8 Bio-psycho-sociální paradigma

V tomto modelu je jedinec chápán, ze stránky biologické, psychologické, sociální, případně spirituální, v nemoci, uzdravování i v běžném životě. Takto bylo na jedince pohlíženo nejen v rámci závislosti, ale i v rámci péče o duševní zdraví a o zdraví celkově. Paradigma navrhla WHO v šedesátých až sedmdesátých letech minulého století. V této době silné myšlenkové směry jako je filozofie, antropologie, přírodověda i psychologie chtěly dospět k jednotnému pojetí „fenoménu člověk“. V současné společnosti se v tomto nepokračuje, nicméně nad bio-psycho-sociálním paradigmatem se stále diskutuje a uvažuje.

3 Ženy jako specifická skupina

Podle výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice z roku 2016, ženy tvoří přibližně 30 % populace problémových uživatelů drog. Ženy nastupují do léčby méně často než muži, kteří tvoří přibližně dvě třetiny klientů rezidenční i ambulantní léčby. Muži také užívají návykové látky častěji než ženy (Mravčík, V. a kol., 2017). Služby pro drogově závislé byly z těchto důvodů uzpůsobovány právě pro muže. Ve vyspělých zemích začaly být zaváděny tzv. genderově vstřícné programy ve službách pro drogově závislé, které by měly respektovat odlišnosti žen (UNODC, 2004). To znamená programy, které berou v potaz jednotlivé potřeby žen a reagují na ně, pokud možno ve všech ohledech např. obsah léčby, personál, prostředí atd. Tyto programy by měly zajistit bezpečné prostředí pro zpracování problémů, které si ženy přináší a reflektovat jejich odlišnost od problémů mužů. Prostor by tedy mělo podporovat důvěru a spojení. Mělo by být založené kromě bezpečí také na respektu a důstojnosti. Teoretický rámec by měl začleňovat životní zkušenosti a realitu žen a dívek. Dál je užitečné, pokud program využívá genderově vstřícného hodnocení klientek a léčebných plánů založených co nejvíce na jejich individuální potřeby. Vzhledem k častému výskytu emočního, fyzického a sexuálního zneužívání v anamnéze žen, je důležité, aby terapeutické metody a přístupy byly schopné s těmito tématy pracovat. Stejně tak s tématem rodinných vztahů a vztahů obecně a v neposlední řadě s poruchami příjmu potravy. Co se týče podpory uplatnění, měly by mít v programu příležitost k rozvoji dovedností v různých pracovních a výchovných oblastech. Zajistit ženám příležitost zlepšit své sociální a ekonomické podmínky. S tím se pojí důležitost zaměření na potřeby matek a dětí, jako je výchova a dostupné poradenství v záležitostech zdraví a mateřství, vytváření zdravého vztahu k dětem a jejich výchovy. Prostor má být přátelské dětem, má mít dostupné věkově adekvátní aktivity pro děti, odbornou péči o děti přímo na místě poskytování služby. Neopomenutelnou složkou genderově vstřícných programů je genderově senzitivní personál a kontinuální vzdělávání personálu v genderové vstřícnosti. Ženy uživatelky drog by měly mít ženské vzory v personálu a případně vedení programu (UNODC, 2004 in Kalina, 2008).

Specifika ženské populace v adiktologii jsou složitou kombinací sociálně kulturních a biologických faktorů, kterými se odlišují od mužů. V následujícím textu jsou uvedeny některé z těchto biologických, které jsou dané a nedají se ovlivnit, ale je důležité o nich vědět a brát na ně ohled. U žen užívajících alkohol je to rychlejší rozvoj závislosti. Ženy mají menší játra a také nižší schopnost produkovat enzym alkohol-dehydrogenázu, který rozkládá alkohol. Jejich tělo obsahuje více tuku, proto alkohol vstřebávají rychleji a dochází u nich při konzumaci stejného množství alkoholu k rychlejší intoxikaci než u mužů. (Miller, 2011, s.318). Co se týče dalších biologických faktorů, národní institut pro užívání drog (NIDA, 2002) uvádí, že ženy zřejmě vykazují vyšší senzitivitu vůči odměnám ve formě drogy. Fyziologicky dané a na první pohled jasné jsou specifické problémy s těhotenstvím a mateřstvím.

Podle World drug report (UNODC) z roku 2018, co se týče rizik, ženy užívající drogy jsou více náchylné k tomu, aby se nakazily HIV nebo jinou krví přenosnou infekcí. To není pouze z biologických důvodů, ale také nevyvážeností pohlaví. Například proto, že si ženy

nedokáží tolik prosadit použití kondomu, také častěji pracují v sex byznysu než muži a co se týče samotného užívání, jsou často infikovány jehlou svého partnera, kterou aplikoval drogu nejprve sobě a poté partnerce.

Ženy se syndromem závislosti na alkoholu začnou pít obvykle alkohol později v porovnání s muži, ale v léčbě se objevují zhruba ve stejném věku jako muži, což může být vysvětleno skutečností, že se u nich syndrom závislosti vyvine mnohem dříve než u mužů. U žen je také začátek nadměrného užívání alkoholu mnohem častěji spojen se stresovou událostí než u mužů (Blume & Zilberman, 2005).

Vypořádávání se se sociálně kulturními faktory může výrazně přispět k tomu, že žena začne užívat a v užívání pokračuje. Ženám jsou mnohem častěji předepisovány léky ze skupiny sedativ, antidepresiv či hypnotik. K tomu patří i to, že ženy častěji, než muži trpí depresemi, úzkostmi, posttraumatickou stresovou poruchou nebo poruchami příjmu potravy (UNODC, 2018). Mnohé uživatelky drog si nesou různá traumata, nežádka se jedná o psychosexuální traumatizaci. Znásilnění či vystavení sexuálnímu zneužívání v minulosti, ať už v dětství či později v rámci drogové scény, zneužívání emoční či fyzické. Související s tímto tématem je také zkušenost s prostitucí, jakožto způsob výdělku na drogu nebo způsob, jak obstát na drogové scéně mezi muži (Preslová in Kalina, 2015). Další specifikum žen uvádí Millerová (2011), že ženy bývají přehnaně zodpovědné, popírají své potřeby a „zvnitřňují“ bolest (van der Walde et al. 2002).

Užívání drog u žen je společností více odmítáno než užívání u jejich mužských protějšků. Výsledkem je, že ženy, které užívají drogy jsou skrytější populací než muži, kteří užívají drogy. Kvůli těmto kulturním normám může být pro ženu obtížnější přiznat svůj problém se závislostí a nastoupit do léčby (Hubínková, 2013). Léčba pak pro ně znamená vystoupení ze skryté populace, přiznání problému sobě i svému okolí.

Sharon Arpa (2018) rozděluje ženy uživatelky drog na několik dílčích skupin, přičemž ženy, které spadají do více těchto skupin najednou, mohou vykazovat větší potřeby. První skupinou jsou ženy, které byly vystaveny traumatickým zážitkům nebo násilí, a ženy, které jsou aktuálně oběťmi domácího násilí. Další skupinu tvoří ženy s komorbiditou, to znamená ženy s adiktologickou a duševní poruchou současně působící, jež je třeba také současně řešit. Užívání drog je často provázáno se zapojením ženy do komerčního sexu. U této skupiny může být výraznější stigmatizace a více bariér v přístupu ke službám. Specifickou skupinou zasluhující si pozornost jsou ženy ve výkonu trestu zneužívající návykové látky. Dále ženy, příslušnice národnostních menšin, kde mohou být překážkou jazykové a kulturní rozdíly. Poslední skupinou jsou těhotné ženy a matky. Toto je skupina, která si rozhodně zasluhuje pozornost a speciální péči, ale také je ze všech ostatních asi nejvíce diskutovaná.

4 Ženy uživatelky a léčba

4.1 Potřeby

Často diskutovanou potřebou žen uživatelky je péče o matku a novorozence během těhotenství, před, při a po porodu. Tématem, které potřebuje odborné poradenství jsou infekční nemoci, jako je HIV a hepatitidy v souvislosti s těhotenstvím a porodem. V různých zemích jsou poskytovány programy multidisciplinární péče, přičemž některé z nich nabízejí intervence určené uživatelkám drog a jejich dětem od raných fází těhotenství až do dětského věku (EMCDDA, 2012a).

Pakliže mají ženy v anamnéze častěji psychiatrické komorbidity (deprese, úzkosti apod.), je potřeba, aby v rámci adiktologických služeb byl vždy k dispozici psychiatr alespoň externě. Komorbidní výskyt adiktologických a psychiatrických poruch je třeba řešit současně multidisciplinárním způsobem na základě spolupráce odborníků z adiktologie a oblasti péče o duševní zdraví, jež bude vedena úsilím o dosažení společného cíle (EMCDDA, 2016c).

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. S tím souvisí zvýšený výskyt prožitých traumat u žen uživatelky a z toho plynoucí potřeba bezpečného prostředí, vhodné intervence a terapeutických postupů. Často se takto těžká témata objeví až po dokončení léčby, v lepším případě v rámci doléčování (Preslová, 2009). Stejně jako u žen bez diagnózy závislosti se nezdá objevuje partnerské násilí. Při aktuálně probíhajícím násilí vyvstává potřeba odborné intervence buď v rámci dané adiktologické služby nebo spoluprací s krizovým centrem zaměřeným na tuto problematiku. Zde je nutno poznamenat, že v systému služeb chybí krizová lůžka pro uživatelky drog, které jsou aktuálně vystaveny násilí. Jak je uvedeno v Zaostrěno z června 2018, v případě uživatelky, jejichž agresivní manžel nebo partner rovněž využívá služeb adiktologické péče, bude zřejmě nutné využít služby určené výhradně ženám, aby se tak snížilo riziko, že daná žena přijde s pachatelem násilného chování do styku.

Neopomenutelná je potřeba žen zůstat v anonymitě kvůli strachu ze stigmatizace a strachu z odebrání dětí. K tomuto účelu by mohla dobře sloužit telefonická poradenská linka s proškoleným odborníkem v oblasti ženského užívání drog, těhotenství a mateřství. Ať už na telefonní lince nebo v léčbě, ženy potřebují cítit bezpečí a přijetí ze strany pracovníků.

Je možné, že by této specifické skupině mohly také pomáhat svépomocné skupiny jako podpůrný prostředek.

Doležalová (2014) dělí potřeby následujícím způsobem:

Zdravotní – potřeba základní zdravotní péče, prevence HIV, sexuálně přenosných chorob a sexuálního poradenství, gynekologicko-porodnické péče, nutriční poradenství a dentální péče

Psychologické – potřeba brát ohledy na téma traumatizace, sexualitu, výskyt depresí, úzkostí, problematiku citových vazeb a ztrát, sebevědomí

Sociální – komunikační dovednosti, dovednost řešení konfliktů, podpora rodičovských dovedností, podpora fungujících vztahů

Ekonomické a právní – zaměstnanost a podpora v získání zaměstnání, udržení a rozvoj pracovních návyků, finanční a právní poradenství

Individuální – bydlení, transport, péče o dítě během léčby, gramotnost a vzdělávání

4.2 Bariéry

Ženy, které užívají drogy, čelí v porovnání s muži různým specifickým problémům. Pro některé ženy mohou tyto problémy představovat překážky ve vyhledání, nastoupení a řádném ukončení léčby (Sharon, 2018, s.3).

Méně žen, než mužů vstupuje do léčby. V publikaci Drogy a drogové závislosti 2 Vobořil (2003) říká, že řada studií upozorňuje na fakt, že poměr 1 žena ke 3 mužům, kteří využijí adiktologické služby, neodpovídá poměru mužů a žen na drogové scéně, kde jsou tato čísla spíše 1:2 (EMCDDA 2000; Ettore 1992). Tato skutečnost reflektuje to, že více mužů, než žen užívá drogy, ale také to, že ženy musí čelit více bariérám při vstupu do léčby.

UNODC (2004) rozděluje tyto bariéry do několika kategorií: systémové, strukturální, sociální, kulturní a osobní.

4.2.1 Systémové

Systémové bariéry zahrnují především omezené povědomí o genderových rozdílech ve smyslu zdravotního stavu žen a jejich potřeb v tomto ohledu. Nedostatek znalostí o potřebách žen v léčbě obecně a nedostatek odpovídající a genderově reagující léčby. V České republice jde především o nedostupnost zdravotní péče pro uživatelky návykových látek. Mnohdy nemají kartičku pojišťovny, a tak jsou ošetřeny pouze v akutních případech. Část těchto žen se bojí navštěvovat lékaře preventivně kvůli hrozícímu odsouzení a ponížení. Zkušenost z praxe je taková, že často nejsou lékařem přijaty ani s kartičkou pojišťovny nebo jsou traumatizovány způsobem zacházení s nimi. Velmi důležitou systémovou bariérou je odsuzování a stigmatizace. V mnoha zemích je tato bariéra spojována s důvodem předčasného odchodu z léčby a nedokončení celého procesu (NDARC, 2010). Stigmatizace tvoří zásadní bariéru pro ženy se závislostí na drogách i v České republice.

4.2.2 Strukturální

Mezi strukturální bariéry patří nedostatek náhradní péče o děti a represivní postoje vůči matkám a těhotným ženám, kdy se tyto ženy obávají odebrání dítěte. Když chce jít matka do léčby a nemá možnost, aby se o dítě starala rodina po určenou dobu, je tato skutečnost bariérou pro vstup do léčebného procesu. I kdyby se jednalo pouze o ambulantní služby, ne každá matka má na zaplacení nákladů na péči o děti. Podle (NDARC, 2010) je to dále nedostatek služeb pro těhotné uživatelky, čekací seznamy, spolupráce zařízení a schopnost okamžité reakce. Pokud bych tyto informace zasadila do

kontextu České republiky a dnešních podmínek, zjistila bych, že úplný nedostatek služeb pro těhotné uživatelky není. Naopak služby pro matky uživatelky jsou dostupné, do některých zařízení sice čekací seznamy jsou, ale spíše z důvodu splnění podmínek pro vstup do léčby než z důvodů kapacitních. Zůstává zde bariéra nedostatečné spolupráce jednotlivých služeb a neschopnost rychlé reakce na individuální potřeby ženy, uživatelky. Určitou bariérou může být také byrokracie ve službách, jako například nutnost podepsání několika papírů při nástupu do léčby, včetně souhlasu s odběrem biologického materiálu, popřípadě nutnost vystoupení z anonymity. Tyto skutečnosti mohou žadatelky o léčbu vyděsit či odradit.

4.2.3 Sociální, kulturní a osobní bariéry

Sociální, kulturní a osobní bariéry zahrnují znevýhodněné životní podmínky, stigmatizaci, malou nebo žádnou podporu rodiny, nedostatek důvěry v možnosti léčby a strach, že rodina (domácnost) nedokáže fungovat bez přítomnosti matky. Neopomenutelnou osobní bariérou je partnerské násilí. Pokud partner sám užívá drogy, může partnerčino odmítnutí drog brát, jako odmítnutí jeho osoby zároveň. Ženě potom brání v nástupu do léčby hrozící násilí ze strany muže, popřípadě strach ze ztráty partnera, který se může objevovat i ve vztazích bez této patologie.

5 Stigmatizace

Erving Goffman popisuje stigma jako „Jev, kde je jedinec s určitou vlastností, která je odsouditelná společností, kde se nachází, odsouzen na základě této vlastnosti. Stigma je právě ten proces, kdy reakce ostatních naruší jeho normální identitu.“

Jestliže se na pojem „stigmatizace“ podívám obecně zeširoka, sám o sobě je svým principem neutrální, jelikož spočívá v umísťování určitých symbolů (Červenka, 2004). Zdali bude mít stigmatizace na jedince negativní dopady určuje až sociální kontext. Pro účely tohoto textu se budu dále zabývat právě touto stigmatizací s negativními dopady na jedince. Goffman (1963) ji popisuje jako apriorní negativní hodnocení člověka, které je většinou generalizované na celou jeho osobnost. Negativní reakce sociálního okolí znamená pro jedince především ovlivnění psychiky, sociálního fungování a jeho životní situace. To může v praxi znamenat omezení životních šancí například ve smyslu omezení přístupu k materiálním zdrojům či zdrojům pomoci. Dotyčný ze strachu ze stigmatizování nevyhledá služby – zdroje, ačkoliv by se za jiných okolností takovému kontaktu nebránil.

Procesy stigmatizace jsou úzce spojeny také s procesy labellingu, tj. nálepkování. Představitelem této teorie je americký sociolog Howard Saul Becker, který ve své publikaci *Outsiders* polemizuje o nastavování pravidel společností, jejich porušování jedinci, kteří jsou označováni jako devianti a následném nálepkování těchto deviantů. Říká, že deviance je vlastně vytvořena společností. Jinými slovy, deviance je tvořena stanovováním určitých pravidel sociální skupinou a jejich uplatňování na jednotlivcích a následně označování těchto jedinců jako outsiderů tzn. nálepkování.

5.1 Stigmatizace žen uživatelék

Ženy, které užívají drogy jsou stigmatizovány pro jejich závislostní chování, které se liší od „normálního“ chování veřejnosti. Lee, N., & Boeri, M. (2017) ve své studii nazývají toto chování většinové společnosti jako „mainstream“. Společnost má určité představy o tom, co je normální a co není. Lidé, kteří se od této představy odlišují jsou vnímáni jako deviantní a jsou vystaveni stigmatizaci.

Stigma užívání návykových látek je mnohem silnější u matek, od kterých se očekává, že budou pečovat o děti a domácnost a budou více rodinně orientované než otcové. Viz „dvojí deviance“ na osmé straně této práce. Ženy si většinou tyto stereotypy uvědomují a snaží se prezentovat pro společnost přijatelně a svou závislost více skrývat. Touto problematikou se zabýval americký sociolog a sociální psycholog Erving Goffman již v 60. letech 20. století. Konkrétně tato myšlenka, že se ženy snaží více skrývat je z roku 1959 z *The Presentation of Self in Everyday Life*.

Genderové rozdíly v užívání návykových látek mohou být znatelné co se týká legálních i nelegálních látek. Například žena s cigaretou je vnímána společností více negativně v porovnání s mužem (Lee, N. & Boeri, M. 2017). Lee a Boeri zrealizovali studii, která se týkala stigmatizace uživatelék drog v různých stádiích – stigmatizace v průběhu užívání, po léčbě a také se týkala bariér těchto žen na cestě uzdravování. Výzkum byl proveden formou rozhovorů s dvaceti uživatelkami metamfetaminu. Bylo zjištěno, že jsou ženy

stigmatizovány v průběhu užívání i v období rekonvalescence a po léčbě mají nálepkou „bývalá uživatelka“ a je téměř nemožné se stigmatizaci vyhnout.

5.2 Výzkumy

V roce 2015 ve dvou městech v Keni byl proveden výzkum na 45 ženách, injekčních uživatelkách drog. Výsledky ukázaly, že zkoumané ženy musí čelit několika stigmatům najednou. Samotné užívání drog je společností zavrhováno a pokud je uživatelem žena, stigmatizace je o to větší. Odborný článek týkající se tohoto výzkumu (Mburu et al., 2018) popisuje „external stigma“ a „self-stigma“. External stigma je právě to vnější odsuzování společností ženy uživatelky drog, případně ještě HIV pozitivní uživatelky. Self-stigma, tak jak je popisované v tomto článku, můžeme vyložit jako internalizaci stigmatu, takže daná žena získá pocit, že selhala. To se projeví mimo jiné v mezilidských vztazích. Dle odpovědi jedné z respondentek, se objeví pocit, že nestojí za to být milována, jelikož kdo by mohl milovat drogově závislou ženu? Důsledkem obou těchto procesů je následné odmítnutí, sociální exkluze, snížená sebeúcta a opožděné nebo žádné vyhledávání odborné pomoci. Jiné respondentky mluví dále o nepochopení a zavržení ze strany rodiny a okamžité zavržení ze strany sousedů či známých bezprostředně po zveřejnění informace o jejich problému s užíváním drog.

V diskuzi stejného článku je zmíněný výzkum z Anglie a Walesu, kde bylo zjištěno, že samotní uživatelé drog inklinovali ke stigmatizaci ostatních uživatelů, o kterých se domnívali, že jsou „horší“ než oni, například lidé bez domova (Simmonds & Coomber, 2009).

V prosinci 2015 vyšel článek v odborném časopise Journal of Substance Use o provedeném výzkumu veřejného mínění ve Velké Británii. Výzkum se týkal pohledu veřejnosti na jedince s různými duševními poruchami a jejich stigmatizace. Konkrétně šlo o schizofrenii, depresi a závislost na heroinu. Závislost na heroinu byla v dotazníku označena jako nakažlivá a nebezpečná ve smyslu strachu z násilí, srovnatelně se schizofrenií. U závislosti na heroinu respondenti často odpovídali, že na svém onemocnění dotyční nesou vinu na rozdíl od deprese.

6 Praktická část

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

6.1.1 Cíl

Cílem výzkumu je zodpovědět položené výzkumné otázky, zjistit, co si myslí veřejnost o ženách uživatelkách drog obecně, a také o jejich bariérách a potřebách týkajících se léčby. Dílčím cílem je zhodnotit případnou stigmatizaci v rámci dotazníku.

6.1.2 Cílová skupina

Cílem dotazníku bylo oslovit širokou veřejnost a zjistit názory co největšího výzkumného souboru. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byla ochota odpovědět na otázky.

6.1.3 Výzkumné otázky

Pro naplnění daných cílů vznikla formulace otázek dotazníku a výzkumných otázek. Inspirací byly informace získané z odborné literatury a popsané v teoretické části práce.

1. Jaké potřeby a bariéry v přístupu k léčbě si myslí veřejnost, že mají ženy uživatelky?
2. Co si myslí veřejnost o uživatelkách drog?
3. Jaký typ respondentů (dle proměnných v dotazníku) bude mít větší tendence stigmatizovat?

6.2 Metodologie

Výzkumná část této práce byla provedena formou kvantitativního výzkumu, jelikož jsem chtěla oslovit co nejvíce osob a získat tak vzorek společnosti. Vytvořila jsem dotazník s dvanácti otázkami. Otázky byly zkombinovány uzavřené, polouzavřené a také jsem položila dvě otevřené. U otázky věku jsem rozdělila věkové kategorie podle Machové (2010, s.236).

Pro výzkum jsem využila metodu dotazníků, které respondenti vyplňovali online na internetu prostřednictvím Google formulářů. Dotazník jsem šířila mezi své známé a někteří z nich jej poté šířili dále. Konkrétně jsem rozesílala dotazníky přes email, přes messenger provozovaný službou Facebook a zveřejnila jsem ho na stejnojmenné sociální síti. Proces šíření a vyplňování dotazníků trvalo přibližně 14 dní. Oslovovala jsem také své známé, ale i neznámé osoby v rámci firmy, ve které pracuji. Tato firma je mimo obor adiktologie a je specifická tím, že v ní pracuje mnoho lidí různého věku, vzdělání, profesí a přesvědčení. To přidává na reprezentativnosti výzkumného vzorku.

Získala jsem celkem 180 odpovědí, z toho 59 % bylo vyplněných ženami a 41 % muži. Dotazník měl 12 otázek včetně otázky na věk, pohlaví a vzdělání. Otázky se týkaly názorů respondentů v problematice závislých žen na návykových látkách. Jaké si myslí, že mají ženy potřeby a bariéry pro vstup do léčby a v léčbě. Dotazovaní volili buď jednu odpověď ze dvou, nebo zaškrtovali jednu či více odpovědí ze čtyř, šesti a sedmi možností, u dvou otázek měli možnost vypsát svoji odpověď.

Grafy byly automaticky zpracovány v Google formulářích, podle těchto jsem poté vytvořila grafy v Microsoft Word. Otevřené otázky, tj. otázku sedmou a dvanáctou jsem

vyhodnocovala ručně, podle stejných opakujících se slov, kde jsem brala ohled také na celkový význam jednotlivých odpovědí. Roztřídila jsem tedy odpovědi do několika kategorií, které samy vyplynuly z opakujících se odpovědí. Bylo také několik jednotlivých odpovědí, které nespádaly do žádné z vytvořených kategorií.

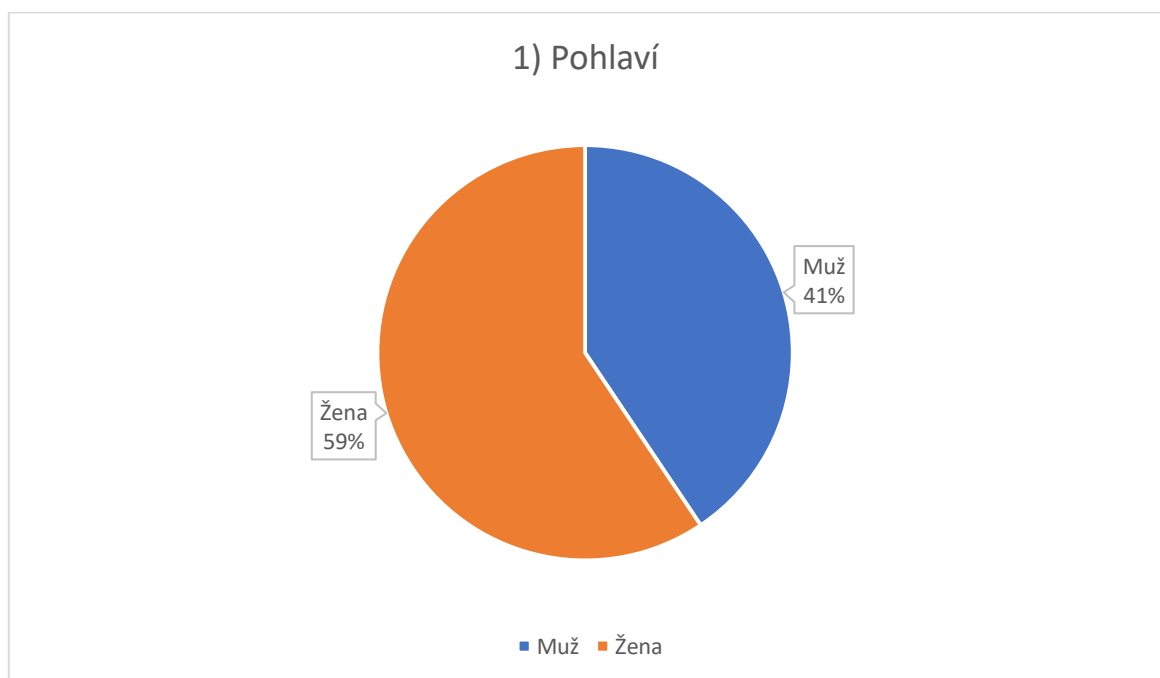
6.3 Etické normy

Při získávání informací prostřednictvím dotazníků jsem se řídila pravidlem nepoškodit a nijak neohrozit účastníky výzkumu. Účastníci výzkumu byli seznámeni v úvodu dotazníku s prohlášením, že je dotazník anonymní, odpovědi budou užity pouze pro účely mé práce a po dokončení práce budou data vymazána. Rovněž s tím, že je možné během vyplňování dotazník kdykoliv přerušit a tím se výzkumu neúčastnit.

Co se týče anonymity, Google formuláře, kde jsem dotazník tvořila, mi neumožňují vidět, kdo odeslal jakou odpověď. V dotazníku jsem se ptala pouze na pohlaví, věk, vzdělání a názory. Tímto byla zajištěna anonymita účastníků výzkumu.

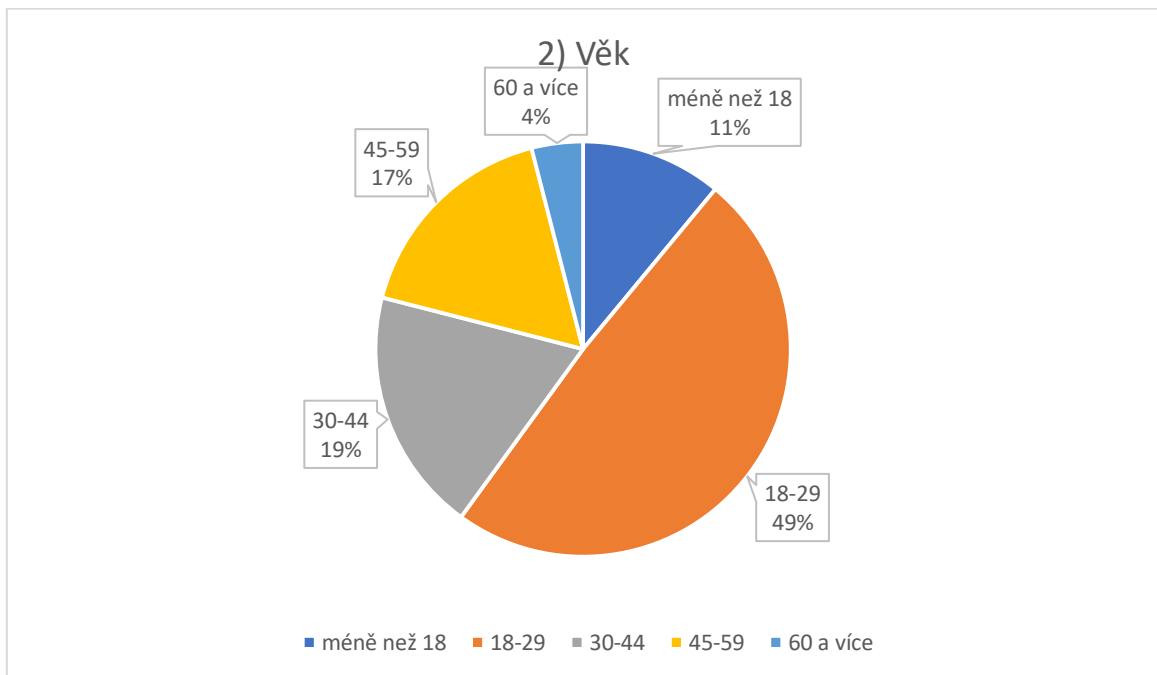
6.4 Výsledky výzkumu

Graf 1: Rozložení pohlaví respondentů



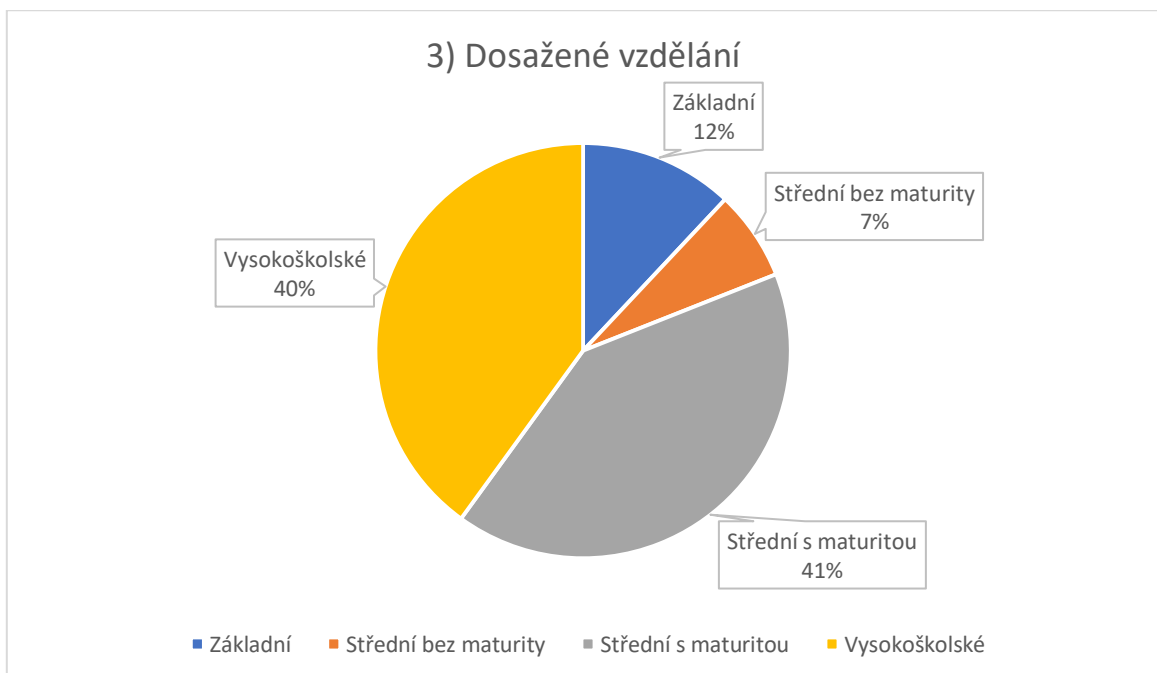
Vyplňování dotazníků se zúčastnilo celkem 180 respondentů. Z nichž se jednalo o 59 % žen a 41 % mužů.

Graf 2: Věkové rozložení respondentů



Nejvíce respondentů bylo ve věku 18–29 let, to znamená 49 %. Ve věku 30-44 let bylo 19 % respondentů. 17 % bylo ve věku 45-59 let a 4 % odpovídajících bylo 60 a více let. Pod 18 let bylo potom 11 % respondentů.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



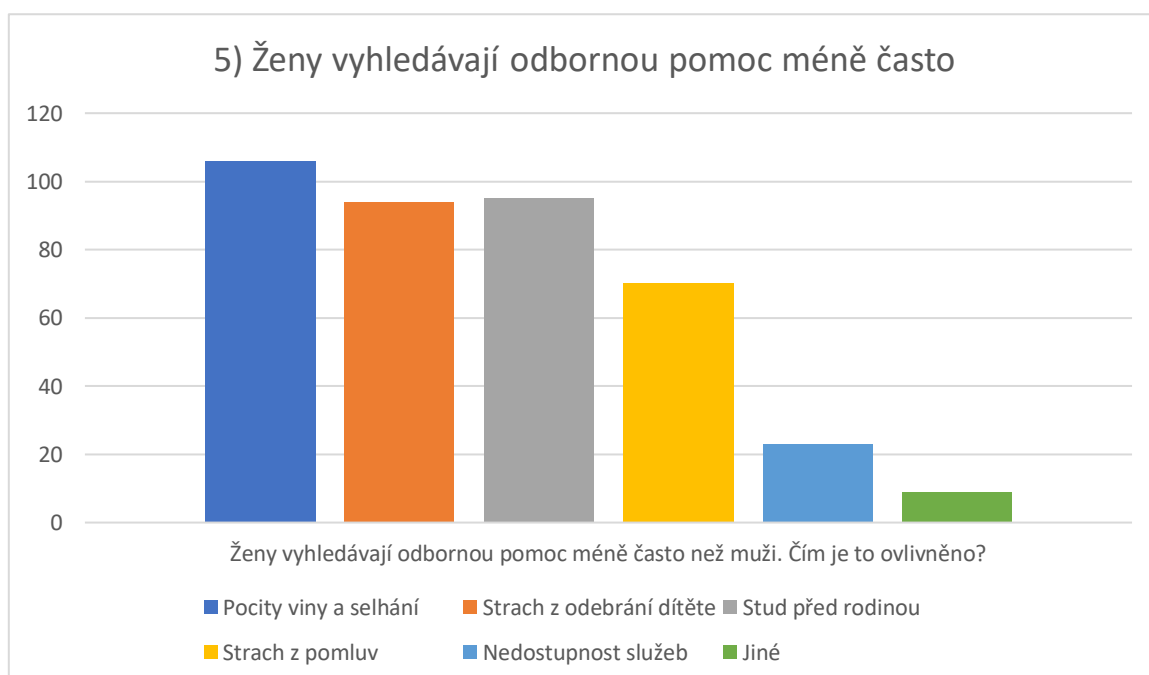
U otázky dosažené vzdělání 40 % respondentů odpovědělo, že vysokoškolské. 41 % má podle odpovědí střední školu s maturitou, 7 % střední školu bez maturity a 12 % respondentů zaškrtnlo základní vzdělání.

Graf 4: Máte osobní zkušenost se závislostí?



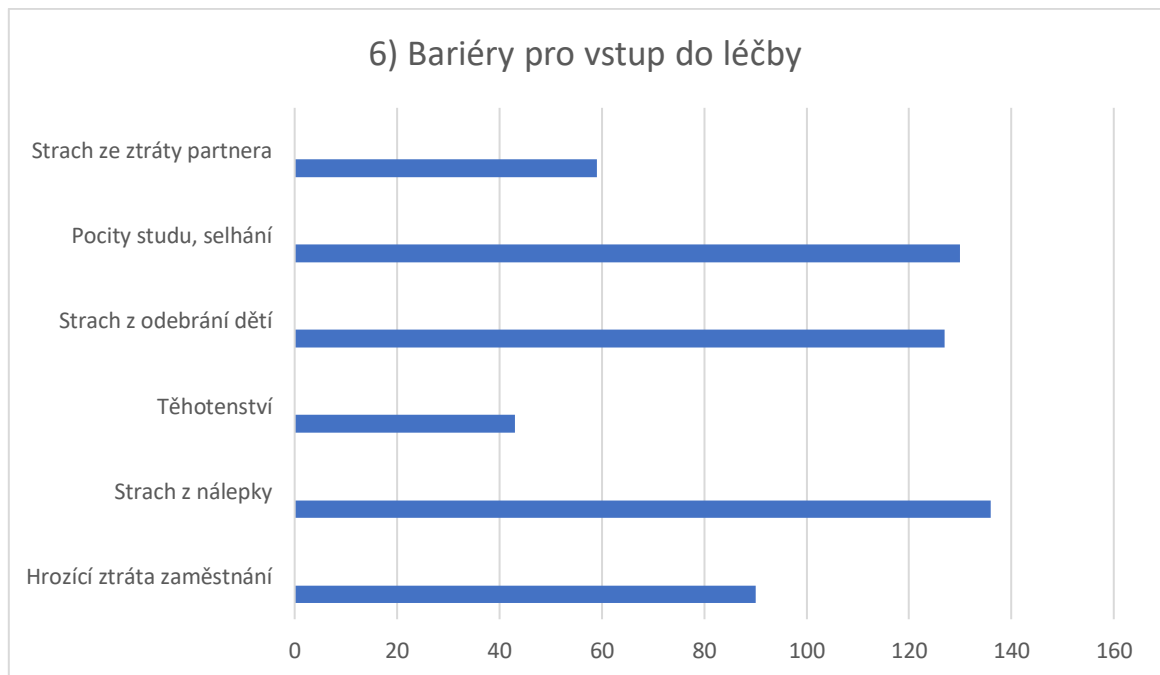
U otázky na osobní zkušenost se závislostí, byly pouze dvě odpovědi na výběr. Někdo si představil závislost u své osoby, někdo třeba u blízké osoby. Počítala jsem s tím, že si otázku přebere každý po svém a byl to záměr. Chtěla jsem zjistit, kdo cítí, že má zkušenost se závislostí. 23 % ze všech odpovídajících uvedlo, že má osobní zkušenost se závislostí a 77 % odpovědělo, že nemá.

Graf 5: Ženy vyhledávají odbornou pomoc (v souvislosti s nadužíváním návykových látek) méně často než muži. Čím si myslíte, že je to ovlivněno?



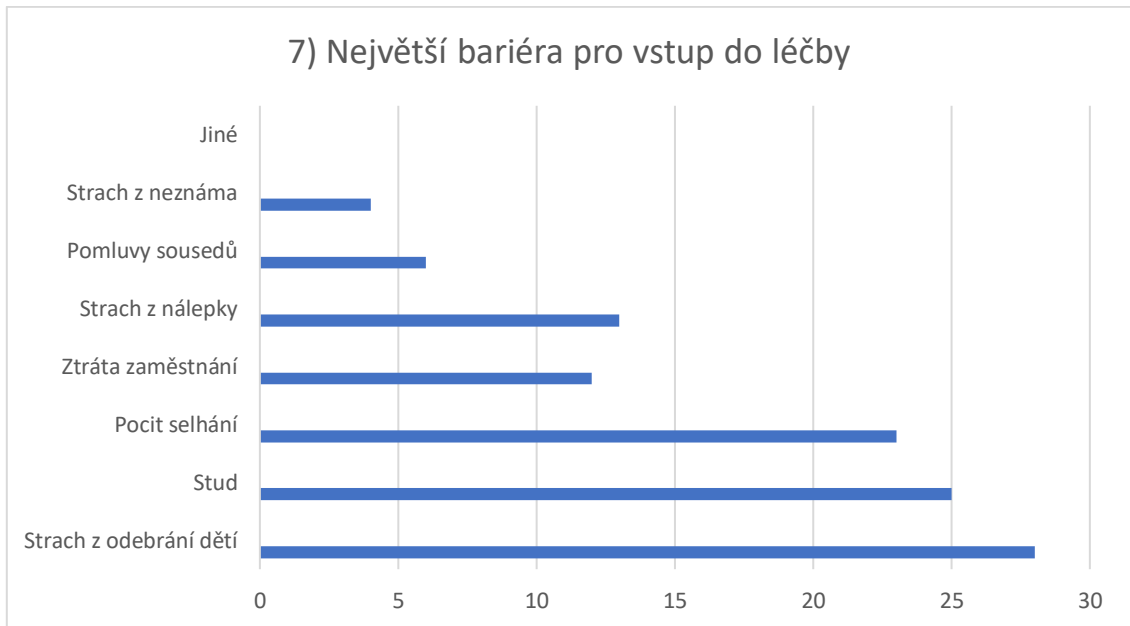
Nejčastěji byla zaškrtnuta odpověď Pocity viny a selhání, celkem 106krát. Respondenti také často odpovídali, že si myslí, že je to ovlivněno strachem z odebrání dítěte (94krát) a studem před rodinou a blízkými (95krát). 70krát odpovídající označili strach z pomluv a zavržení ze strany sousedů a známých. Na tuto otázku bylo celkem 9 jiných odpovědí, které vypsali respondenti. Z toho byla třikrát popsána myšlenka, že si ženy nepřipouští závislost. Jeden respondent si myslí, že důvodem je rozdílné vnímání světa u mužů a žen. Jiný napsal, že ženám chybí odvaha.

Graf 6: Zaškrtněte prosím všechny možnosti, o kterých si myslíte, že mohou být překážkou pro vstup do léčby u závislých žen.



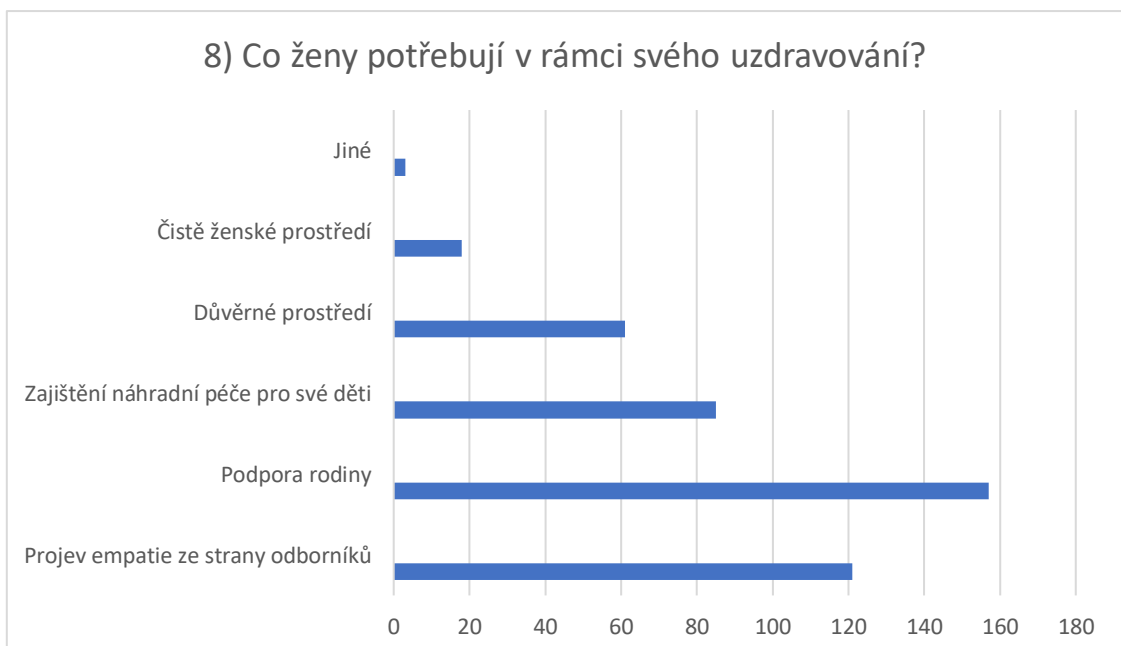
V tomto grafu je vidět, že nejčastěji si odpovídající myslí, že mají ženy strach z nálepky „alkoholička/feťačka“, tato odpověď byla zaškrtnuta 136krát. Druhá nejčastější odpověď byla pocity studu a selhání (130krát) a hned potom strach z odebrání dětí (127krát). 90krát respondenti označili jako bariéru pro vstup do léčby hrozící ztrátu zaměstnání a 59krát strach ze ztráty partnera. Možnost těhotenství byla označována nejméně, celkem 43krát.

Graf 7: Co si myslíte, že je pro ženy největší překážka pro nástup do léčby? (Napište prosím svoji odpověď, nebo jednu z možností předchozí otázky).



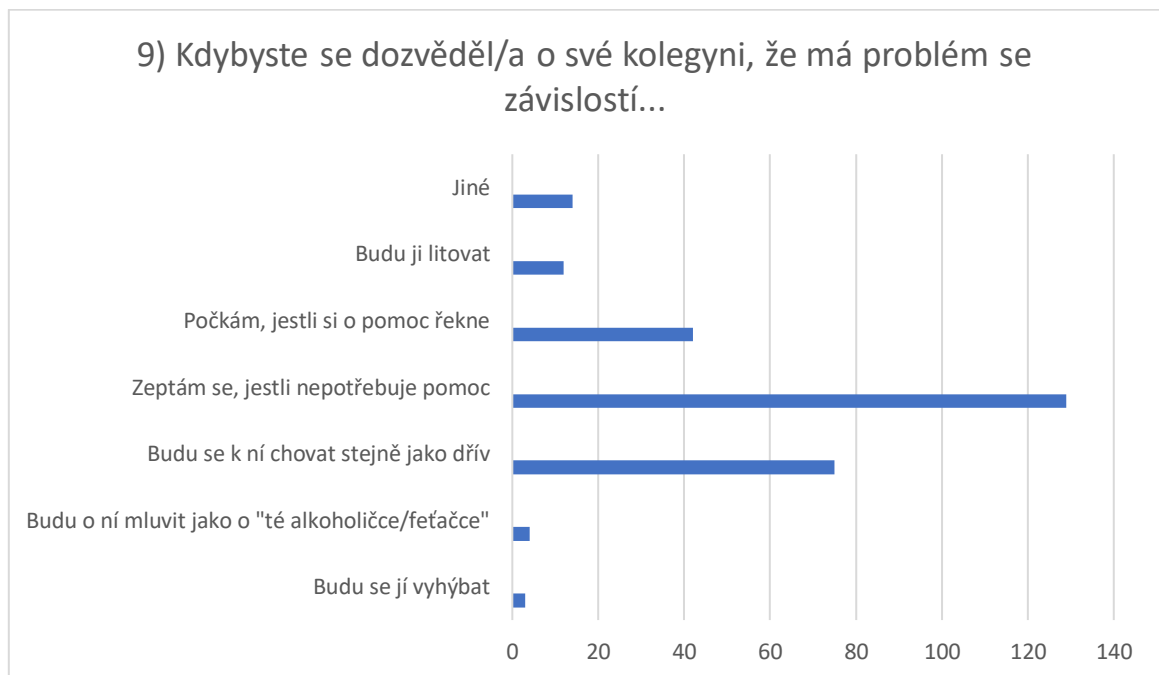
Zde měli respondenti možnost vypsát jednu z odpovědí předchozí otázky, nebo napsat svoji dle svého uvážení. Nejvícekrát se v odpovědích objevila možnost předchozí otázky „Strach z odebrání dětí“ a pak pocity studu a selhání. 13 respondentů uvedlo strach z nálepky, 12 strach ze ztráty zaměstnání. V samostatných odpovědích se objevila 6krát bariéra pomluvy sousedů a 4krát strach z neznáma. Třikrát byla zaznamenána odpověď „Pocit viny“, dvakrát „Myšlenka, že to nezvládnu“, ostatní odpovědi se objevovaly jednotlivě.

Graf 8: Co si myslíte, že ženy potřebují v rámci jejich léčby a uzdravování?



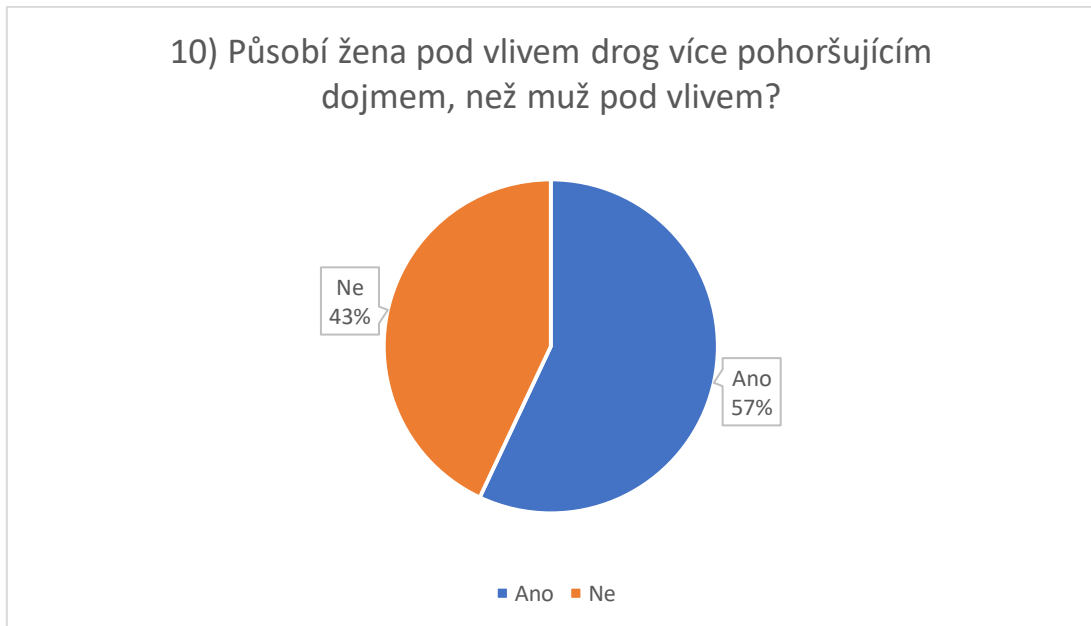
Nejvíce účastníků výzkumu (157) si myslí, že ženy potřebují v rámci svého uzdravování především podporu rodiny, dále projev empatie ze strany odborníků (121 zaškrtnutí) a zajištění náhradní péče pro své děti po dobu léčby (85). 61krát bylo označeno pole „Důvěrné prostředí pro zpracování svých zkušeností“ a 18 respondentů si myslí, že ženy potřebují čistě ženské prostředí v rámci léčby. 3 dotázaní označili odpověď „Jiné“ a doplnili vlastní odpověď.

Graf 9: Kdybyste se dozvěděl/a o své kolegyni nebo známé, že má problém se závislostí na droze (včetně alkoholu), jak byste se choval/a?



Na otázku, kdyby se respondent dozvěděl, že má kolegyni nebo známou, která má problém se závislostí na droze, by se 129 odpovídajících aktivně zeptalo, jestli dotyčná nepotřebuje pomoc. 75 dotázaných by se k ní chovalo stejně jako dřív a 42 by počkalo, zda si o pomoc řekne sama. Odpověď „Budu ji litovat“ byla zaškrtnuta 12krát, 4 dotázaní by o kolegyni mluvili jako o „té alkoholičce, feťačce“ a 3 by se jí vyhýbali. 14krát byla označena odpověď „jiné“ a dopsány jednotlivé odpovědi. Dvakrát bylo napsáno „Budu se jí snažit pomoci“, poté byly individuální odpovědi.

Graf 10: Působí na Vás žena pod vlivem drog (i alkoholu) více pohoršujícím dojmem, než muž pod vlivem?



Na 57 % respondentů působí žena pod vlivem drog více pohoršujícím dojmem než muž. U zbývajících 43 % tomu tak není.

Graf 11: Ženy by měly chodit upravené, starat se o děti a domácnost. Ženy se závislostí na návykových látkách tuto roli nesplňují, to znamená, že selhaly. Souhlasíte s tímto tvrzením?



67 % respondentů nesouhlasí s tvrzením, že by ženy měly chodit upravené, starat se o děti, domácnost a závislé ženy tuto roli nesplňují, tudíž selhaly. 33 % s tímto tvrzením souhlasí.

Graf 12: Co si myslíte o ženách uživatelkách návykových látek (včetně alkoholu)?



Poslední otázka byla otevřená, zde měli účastníci výzkumu možnost vyjádřit svůj názor. Po přečtení všech odpovědí jsem zjistila, že se některé opakují častěji, a ty jsem zaznamenala do grafu. Celkem sedmkrát se objevily tři typy odpovědí. První z nich byla, že záleží na okolnostech, které k závislosti na návykových látkách vedly, dále že užíváním tyto ženy řeší své problémy a třetí, že to měly dotyčné v životě těžké. Šest dotazovaných si o uživatelkách návykových látek nic nemyslí. Pět respondentů nedělá žádný rozdíl, mezi závislími muži a ženami, pět si myslí, že tyto ženy v životě selhaly, nebo jsou nezodpovědné a pět odpovídajících napsalo, že jim je jich líto.

6.5 Shrnutí

Hlavním cílem výzkumné části bylo zmapování názorů veřejnosti na danou problematiku. Názory jsem zmapovala, zjistila jsem, co si myslí výzkumný soubor o uživatelkách drog a jejich potřebách a bariérách. Shrnutí těchto výsledků je popsáno níže v textu.

Na dotazník odpovědělo více žen než mužů, ale rozdíl nebyl nijak zásadně veliký. Téměř polovina účastníků výzkumu byla ve věku období plné dospělosti (18-30). Necelých 20 % bylo v období mladého věku (30-45), 17 % v období středního věku (45-60). Čtyři procenta respondentů byla ve věku 60 a více let. Zbývajících 11 % tvořili dospívající ve věku méně než 18 let. Z otázky na dosažené vzdělání vyplývá, že více než 80 % dotázaných má maturitu a z nich polovina vzdělání vysokoškolské. Více než 20 % účastníků uvedlo, že má osobní zkušenost se závislostí.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké potřeby a bariéry v přístupu k léčbě si myslí veřejnost, že mají ženy uživatelky? Ženy vyhledávají odbornou pomoc méně často než muži. Téměř 60 % respondentů si myslí, že na to mají vliv pocity viny a selhání. Více než polovina také zaškrtnla odpověď „Stud před rodinou a blízkými“. 70 respondentů uvedlo „Strach

z pomluv a zavržení ze strany sousedů a známých“. Častá odpověď byla také „Strach z odebrání dítěte“ a 13 % uvedlo, že to může být ovlivněno nedostupností služeb.

Dotázaní byli vyzvaní, aby označili všechny možnosti, které mohou být překážkou pro vstup do léčby. Pokud se zaměříme na výsledky, zjistíme, že více než dvě třetiny respondentů označily odpověď „Strach, že budou mít dotyčné ženy navždy nálepku alkoholička/feťačka“ a „Pocity studu a selhání“. Další frekventovaná odpověď byla „Strach z odebrání dětí“ a polovina dotázaných zaškrtnula odpověď „Strach ze ztráty zaměstnání“. Ve strachu ze ztráty partnera a těhotenství nevidí většina dotázaných překážku pro nástup do léčby.

U otázky, co si dotázaní myslí, že je největší překážkou pro nástup do léčby, vybrali nejčastěji „Strach z odebrání dětí“. U této otázky byla možnost napsat svoji odpověď a velmi často se opět objevovaly odpovědi týkající se pocitů studu a selhání. S tím souvisí i jedna z odpovědí: „pocit nenahraditelnosti v prostředí, kde se pohybuje (např. v životě dětí, rodině) ...pocit, že selhala a že to teď bez ní všechno "spadne". Dále se opakoval strach z nálepků a zavržení ať už ze strany blízkých, známých nebo společnosti.

87 % respondentů si myslí, že ženy potřebují v rámci jejich uzdravování podporu rodiny. Více než dvě třetiny si také myslí, že potřebují projev empatie ze strany odborníků a jedna třetina napsala důvěrné prostředí pro zpracování svých zkušeností. 10 % dotázaných uvedlo, že ženy potřebují čistě ženské prostředí v rámci léčby.

Výzkumná otázka č. 2: Co si myslí veřejnost o uživatelkách drog? Viz Graf 12. Poslední, dvanáctá otázka dotazníku byla otevřená a týkala se názoru na ženy uživatelky návykových látek obecně. Nejvíce respondentů má pocit, že proto, aby si mohli udělat názor a odpovědět na moji otázku, je důležité znát okolnosti, které k závislosti vedly. Stejný počet dotázaných odpověděl, že to měly tyto ženy v životě těžké, objevovaly se odpovědi, že měly traumatizující zážitek, těžké dětství nebo si nedokázaly poradit se složitou životní situací. S tím souvisí odpovědi „řeší tím problémy“, „útěk před realitou“. Jeden dotázaný napsal, že jsou ženy pod tlakem, aby plnily své role a utíkají k návykovým látkám. Jiná odpověď vyjadřuje strach, pokud jsou diskutované ženy v blízkosti. Dále pět respondentů cítí lítost a šest si nemyslí nic. Pět respondentů nevnímá rozdíl mezi závislými ženami a muži.

U otázky, jak by se dotázaní zachovali, kdyby se dozvěděli o své kolegyni, že má problém se závislostí, se odpověď „Aktivně se zeptám, jestli dotyčná nepotřebuje pomoc“ objevila 129krát. Více než 40 % odpovědělo, že by se k ní chovalo stejně, jako dřív. 2 % přiznala, že se jí budou vyhýbat a 2 % označila odpověď „Budu o ní mluvit, jako o té alkoholičce/feťačce.“

6.6 Vztahy mezi proměnnými

V rámci vyhodnocování výsledků jsem zkoumala některé vztahy mezi proměnnými. Pomocí kontingenčních tabulek jsem zjistila, že více než jedna třetina mužů uvedla, že má osobní zkušenost se závislostí, zatímco stejnou odpověď zaškrtnula necelá šestina žen. V tabulkách jsem kombinovala následující proměnné: pohlaví, osobní zkušenost, otázku číslo 10 a 11, které nabízí odpovědi ano/ne, tím pádem se snadněji zanáší do tabulky.

Na otázku číslo 10, zda na respondenta působí žena pod vlivem drogy (i alkoholu) více pohoršujícím dojmem, než muž pod vlivem odpovědělo kladně 63 % mužů a 53 % žen. Obecně respondenti s osobní zkušeností se závislostí odpovídali na tuto otázku kladně častěji než bez osobní zkušenosti. U mužů tento rozdíl činí 6 %, u žen 8 %.

Otázka číslo 11 říká, že by ženy měly chodit upravené, starat se o děti a domácnost. Ženy se závislostí na návykových látkách tuto roli nespĺňují, to znamená že selhaly. 66 % mužů s tímto tvrzením nesouhlasí a stejně tak nesouhlasí o dvě procenta více žen. Celkem 70 % mužů s osobní zkušeností se závislostí s tímto tvrzením nesouhlasí a stejně tak nesouhlasí 80 % žen, které uvedly, že mají osobní zkušenost. Zatímco s tvrzením nesouhlasí 63 % mužů, kteří označili, že nemají osobní zkušenost se závislostí a rovněž 66 % žen bez osobní zkušenosti.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký typ respondentů (dle proměnných v dotazníku) bude mít větší tendence stigmatizovat?

Na respondenty s osobní zkušeností se závislostí působí ženy pod vlivem drog více pohoršujícím dojmem než na respondenty, kteří odpověděli, že nemají osobní zkušenost. U žen je tento aspekt výraznější než u mužů. Z toho vyplývá, že tendenci stigmatizovat v otázce desáté mají spíše muži, než ženy a respondenti s osobní zkušeností se závislostí než bez ní.

Celkově více žen, než mužů odpovědělo, že nesouhlasí s tvrzením, které říká, že ženy selhaly, pokud nespĺňují svoji společenskou roli. U žen s osobní zkušeností to bylo o 10 % více než u mužů se stejným kritériem. Z otázky jedenácté vyplývá, že tendenci stigmatizovat mají více muži než ženy, stejně jako u otázky předchozí. U proměnné osobní zkušenost se závislostí, je tomu jinak než u otázky desáté. Tendenci stigmatizovat tu mají více respondenti bez osobní zkušenosti. V následujících tabulkách jsou znázorněny počty respondentů v kombinaci proměnných a v závorkách přepočítané na procenta.

Tabulka č.1

MUŽI (73)	Otázka 10		Otázka 11	
	ANO	NE	ANO	NE
Osobní zkušenost se závislostí (27)	18 (67 %)	9 (33 %)	8 (30 %)	19 (70 %)
Bez osobní zkušenosti se závislostí (46)	28 (61 %)	18 (39 %)	17 (37 %)	29 (63 %)
Celkem	46 (63 %)	27 (37 %)	25 (34 %)	48 (66 %)

Tabulka č.2

ŽENY (107)	Otázka 10		Otázka 11	
	ANO	NE	ANO	NE
Osobní zkušenost se závislostí (15)	9 (60 %)	6 (40 %)	3 (20 %)	12 (80 %)
Bez osobní zkušenosti se závislostí (92)	48 (52 %)	44 (48 %)	31 (34 %)	61 (66 %)
Celkem	57 (53 %)	50 (47 %)	34 (32 %)	73 (68 %)

7 Diskuze

7.1 Metodologická omezení

Omezení je rozhodně v rozsahu výzkumného vzorku. I když jsem očekávala, že budu mít kolem 100 odpovědí a realita byla 180, stále je to velmi malý vzorek. Otázkou zůstává, nakolik byl vzorek reprezentativní, jelikož jsem primárně dotazník šířila do svého sociálního okolí. Přestože jsem se snažila, aby ho vyplňující poslali dál a snažila jsem se oslovit i některé pro mě neznámé osoby.

Jedna z nevýhod dotazníku je, že formulace otázky nemusí být všem dostatečně srozumitelná, nebo ji mohou dotázaní chápat trochu odlišně než autor. Tím by pak mohly vzniknout lehce zavádějící informace ve výsledcích. Abych tomuto předešla, snažila jsem se formulovat otázky jasně a srozumitelně. Přesto jsem měla pocit, že další omezení dotazníku je, že se nelze ptát na doplňující otázky, jak ze strany výzkumníka, tak i respondentů.

Téměř polovina účastníků výzkumu byla ve věku 18-29 let, což odpovídá mému sociálnímu okolí. Tento fakt se dá vnímat jako metodologický problém, kterému by se dalo částečně zabránit použitím metody náhodného výběru z populace, ale ta byla pro mě nemyslitelná z důvodu časové a organizační náročnosti. Nicméně věk zúčastněných je důležité brát v potaz, protože kdyby polovinu respondentů tvořila jiná věková skupina, než ji tvoří zde, výsledky by pravděpodobně byly odlišné, protože v každé generaci působí odlišné vlivy na vnímání světa.

7.2 Interpretace výsledků

Z otázky na dosažené vzdělání vyplývá, že více než 80 % dotázaných má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou a z nich polovina vzdělání vysokoškolské. Vzhledem k těmto výsledkům by se dalo usoudit, že ačkoliv mi na otázky odpovídali lidé s vyšším vzděláním, míra stigmatizace byla celkem vysoká. Mohla bych tedy říci, že pohled/názor na uživatelky drog příliš nesouvisí s mírou vzdělání jedince. Otázkou zůstává, jaké by byly výsledky, kdyby většina respondentů měla naopak nižší stupeň vzdělání.

Více než 20 % účastníků uvedlo, že má osobní zkušenost se závislostí. Tento údaj chápu tak, že minimálně dvaceti procentům odpovídajících je problematika závislosti něčím blízká, ať už přímo vlastní zkušeností, nebo třeba u někoho z rodiny. Samozřejmě by se dalo zkoumat, zda tito lidé odpovídali s větším pochopením pro ženy uživatelky, nebo naopak třeba v rámci negativních pocitů ohledně své vlastní závislosti spíše více odmítavě.

Většina účastníků výzkumu si myslí, že stud, pocity selhání a strach z nálepky mohou být bariérou pro nástup do léčby. Stejně tak je psáno i v odborné literatuře, monografiích staršího vydání i aktuálních článkách, že je ženská závislost více stigmatizována než mužská, a to znesnadňuje ženám přístup ke službám. Jinými slovy důsledkem stigmatizace mají ženy větší pocity studu a selhání – tento závěr je v souladu s názory účastníků mého výzkumu.

Více než dvě třetiny respondentů si myslí, že ženy potřebují projev empatie ze strany odborníků a jedna třetina uvedla potřebu důvěrného prostředí pro zpracování svých zkušeností. V relaci s odpověďmi, jejichž hodnocení naznačuje strach uživatelék z léčby, z neúspěchu v léčbě a nedůvěru v léčbu, se jedná o poměrně významný závěr, který by neměl být podceňován. Dále 10 % dotázaných uvedlo, že ženy potřebují čistě ženské prostředí v rámci léčby. Hubínková (2013) se ve své diplomové práci ptá odborníků, co si myslí o otevření centra pouze pro ženy. Mají na to různé názory. V jiné literatuře (např. UNODC, 2004) jsem k tomuto tématu našla spíš potřebu ženských vzorů v léčbě a také ženských skupin pro řešení čistě ženských témat a k tomu se přikláním i já. Nedomnívám se, že by bylo potřeba mít striktně ženská zařízení, protože ani v reálném světě nejsou jen ženy a pro potřebu ženského prostředí postačí zmíněné vzory a skupiny.

U otázky, kde měla být odpověď, jak by se dotázaní chovali, kdyby se dozvěděli o své kolegyni, že má problém se závislostí, mám podezření, že realita je trochu jiná, protože odpovídali podle toho, co si mysleli, že by se mělo dělat. Více než 40 % odpovědělo, že by se k ní chovalo stejně, jako dřív. Je otázkou, zda se to tak děje i v reálu. 2 % přiznala, že se jí budou vyhýbat a 2 % označila odpověď „Budu o ní mluvit, jako o té alkoholičce/feťačce.“ Tyto dvě poslední možnosti nesoucí určité stigma, byly zaškrtnuty pouze tak málo respondenty, že by se závislé ženy nemusely strachovat stigmatizace či nálepky tolik, jak bylo uvedeno tolikrát v odpovědích na předchozí otázky (konkrétně šestou a sedmou). Proto je možné, že reálně by stigmatizovalo více lidí, ale v této otázce to respondenti nepřiznali anebo si svoje chování neuvědomují. Případně pokud podobnou situaci nezažili, si neumí představit, jak by reagovali ve skutečnosti.

Na otázku desátou, zda na dotázaného působí žena pod vlivem drog více pohoršujícím dojmem než muž pod vlivem, odpovědělo 57 % kladně. To opět vypovídá o stigmatu a také odlišnosti užívání návykových látek ženami a muži, jak najdeme v české i zahraniční odborné literatuře např. World Drug Report (UNODC, 2018).

Otázka, zda ženy se závislostí na návykových látkách selhaly, pokud nenaplní sociální roli, byla asi lehce kontroverzní, bylo by lépe ji formulovat trochu jinak. Je v ní příliš aspektů, se kterými se dá i nedá souhlasit, a proto se na ni těžko odpovídalo. Nicméně je to otázka opět o nějakých společensky předurčených rolích, které když žena nenaplní, je společností zavržena. Přes 30 % respondentů to potvrzuje.

Odpovědi na poslední otázku: „Co si myslíte o ženách uživatelkách návykových látek (včetně alkoholu)?“ nám ukazují, že část respondentů připouští, že závislé ženy si mohly projít náročnými životními situacemi, se kterými si možná neuměly poradit. Dále jsem zaznamenala několik odpovědí, které jsem vyhodnotila jako stigmatizující. Například se několikrát objevilo, že tyto ženy selhaly, jsou nezodpovědné, jsou potenciálně nebezpečné či odpověď „je to hnus“.

7.3 Implikace výsledků pro praxi

Další pokračování podobného výzkumu mezi veřejností by bylo jistě zajímavé. Dosažené výsledky ukazují, že nejen větší počet respondentů by přispěl k obecně větší vypovídající věrohodnosti výzkumu, podobně jak tomu probíhá u jiných výzkumů s výzkumným

souborem na úrovni jednoho až dvou tisíc účastníků, ale především se nabízí analýza problematiky z různých úhlů pohledu. Jistě by bylo zajímavé registrovat výsledky účastníků, jichž se problematika dotýká přímo, tedy drogově závislých, a také účastníků, kteří mají nebo měli zkušenosti s podobnou problematikou v rodině. Domnívám se, že podobný výzkum realizovaný mezi pracovníky v adiktologických službách by měl přínosné výsledky pro praxi a sebereflexi odborné společnosti. Jak a v čem by se výsledky lišily? Získání širšího souboru dat by pak umožnilo vytváření zajímavých relací mezi jednotlivými proměnnými.

V kapitole Stigmatizace – Výzkumy jsem zmínila studii týkající se uživatelů drog stigmatizujících ostatní uživatele. Tuto studii může potvrdovat i desátá otázka mého dotazníku, kde měli větší tendence stigmatizovat respondenti s vlastní zkušeností se závislostí než bez ní. Dle mého názoru by bylo přínosné uskutečnit podobný výzkum v Čechách. Zda jsou například ženy stigmatizovány ostatními uživateli (tj. muži).

Z kontextu teoretické části práce a zahraniční literatury vyplynulo, že by bylo užitečné založit linku telefonické pomoci pro ženy uživatelky, která podle dostupných informací zatím v České republice neexistuje. Ženy, které mají problém se závislostí se snaží skrývat, zažívají pocity studu a selhání a může pro ně být velmi těžké vystoupit z anonymity a požádat o pomoc osobně. Telefonní linka by tak mohla poskytnout dočasnou podporu, než se k takovému kroku rozhodnou, a také odborné poradenství v oblasti ženských témat. Žena uživatelka by tak mohla zůstat v anonymitě a od proškoleného pracovníka linky by získala nejen potřebné informace, ale také podporu a pocit přijetí, což by mohlo snížit bariéru žen pro vstup do léčby.

8 Závěr

Ženy uživatelky drog se potýkají se specifickými problémy a mají také potřeby odlišné od mužů. Jsou předurčovány k plnění svých společenských rolí a častěji, než muži musí čelit stigmatizaci. Na těchto skutečnostech se shoduje česká i zahraniční odborná literatura. Intervence, které jsou poskytovány ženám, by měly být ve vstřícném, bezpečném, přijímajícím prostředí a mít odpovídající péči reagující na specifické potřeby žen. Měly by být schopné pohotově reagovat na jejich individuální potřeby, a zároveň brát v potaz potenciální bariéry, které mohou stát těmto ženám na cestě v uzdravování.

Zajímavost výsledků výzkumu shledávám v relativně vysoké míře empatie a pochopení ze strany respondentů pro závislé ženy. Velmi často se objevovaly odpovědi, že ženy uživatelky mají pocity studu a selhání, které jim brání ve vstupu do léčby. Více než dvě třetiny respondentů si myslí, že dané ženy potřebují v rámci jejich uzdravování především podporu rodiny a empatii ze strany odborníků. U otevřené otázky, co si respondenti myslí o ženách užívajících drogy se odpovědi týkaly těžkých životních situací, kterými si pravděpodobně tyto ženy prošly a nedokázaly je vyřešit jiným způsobem. Na druhou stranu se napříč dotazníkem objevovaly i stigmatizující odpovědi a názory, čímž bylo potvrzeno, že společenské stereotypy jsou stále velmi silné a téma stigmatizace je aktuální. Například na otázku, zda na dotázaného působí žena pod vlivem drog více pohoršujícím dojmem než muž pod vlivem, odpovědělo téměř 60 % respondentů kladně.

Ukázalo se, že respondenti stigmatizují, ale zároveň si uvědomují, že tento společenský nátlak může být překážkou pro vstup do léčby žen uživatelky. Zda respondenti odpovídali zcela upřímně, a zda si dokázali dostatečně představit situaci ženy uživatelky či situaci, že má jejich kolegyně problém se závislostí, zůstane v této práci otevřené. Přínos vidím v tom, že se respondenti nad daným tématem zamysleli a případně si uvědomili těžkost situace diskutovaných žen. Pokud se potom s danou problematikou setkají v praxi, je možné, že se někteří zamyslí a vyvarují se přílišného stigmatizování.

Práce zmapovala názory daného vzorku veřejnosti (v rámci aktuálních možností) na danou problematiku a je pravděpodobné, že právě toto stigmatizující mínění, které se mezi respondenty vyskytovalo, tvoří jednu z bariér pro závislé ženy ve vstupu do léčby.

Hlavním cílem práce bylo shrnout potřeby a bariéry žen uživatelky již popsané v odborné literatuře, včetně problému stigmatizace, což bylo splněno v teoretické části. Součástí hlavního cíle bylo zjistit názor veřejnosti na tuto problematiku. Pomocí dotazníků a následného vyhodnocení, byl cíl splněn. Zpracováním teoretické části a také výzkumem týkajícím se bariér žen uživatelky, přispívá práce k rozklíčování těchto bariér. Uveřejněním práce je možné rozšiřovat téma do povědomí české společnosti. Na základě těchto skutečností lze říci, že cíl práce byl naplněn.

9 Seznam použité literatury

- ASAM (2011). ASAM New Definition of Addiction. Dostupné z: <https://www.asam.org/docs/pressreleases/asam-definition-of-addiction-2011-08-15.pdf>
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: The free press.
- Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). SEX DIFFERENCES, GENDER AND ADDICTION. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 136–147. <http://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Blume, S. B., & Zilberman, M. L. (2005). Alcohol and women. In: J. H., Lowinson, P. Ruiz., R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds.). *Substance abuse – a comprehensive textbook* (pp. 671-680). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Červenka, K. (2004). Stigmatizace, morální netečnost a expertní pojmy: možné uchopení fenoménu displacement/vymístění (s.215–229). Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity.
- Český statistický úřad, (29.2. 2016). Statistika. Gender: Základní pojmy. Dostupný z: https://www.czso.cz/csu/gender/gender_pojmy
- Doležalová, P. (2014). *Zaostřeno na drogy 1: Uživatelky drog ohrožené stigmatizací*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši. Vyd. 1. Praha: Portál.
- Gajdošíková, H. (2007). Editorial – Užívání drog a genderové rozdíly. *Adiktologie*, 7 (3), 345-346
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York, New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin.
- Hubínková, M. (2013). Analýza potřeb uživatelky návykových látek v Praze. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta.
- Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti, díl. 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lee, N., & Boeri, M. (2017). *Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services*. *Fusio: The Bentley Undergraduate Research Journal*, 1(2), 65–94.
- Machová, J. (2010). *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum.

- Mburu, G., Ayon, S., Tsai, A. C., Ndimbii, J., Wang, B., Strathdee, S., & Seeley, J. (2018). "Who has ever loved a drug addict? It's a lie. They think a 'teja' is as bad person": multiple stigmas faced by women who inject drugs in coastal Kenya. *Harm Reduction Journal*, 15(1), N.PAG. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1186/s12954-018-0235-9>
- Miller, Geraldine A. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z. ... Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L. ... Koňák, T. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mushtaq, S., Mendes, V., Nikolaou, V., & Luty, J. (2015). Analysis of the possible components of stigmatised attitudes towards depression and heroin dependence. *Journal of Substance Use*, 20(6), 399–406. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.3109/14659891.2014.934306>
- Preslová, I., Maxová, V. (2009). *Ženy a drogy*. Praha: Sananim.
- Radimecký, J. (2014). Rozhovor. Dostupný z: <https://iforum.cuni.cz/IFORUM-4039-version1.pdf>
- Roberts, A., Mathers, B. and Degenhardt, L. (2010). *Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs*. Sydney, New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC). Dostupný z: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_who_inject_drugs.pdf
- Sharon, A. (2018). *Zaostřeno: Ženy užívající drogy: Otázky, potřeby, řešení, výzvy a význam pro politiku a praxi*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32835/818/Z3_2018_fin_www.pdf
- Simmonds, L., Coomber, R. (2009). Injecting drug users: a stigmatised and stigmatising population. *Int J Drug Policy*, 20(2):121–130
- Trávníčková, I., a kol. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Trunečková, O. (2015). *Těhotné a matky – uživatelky drog v kontextu drogových služeb*. (Diplomová práce). Univerzita Hradec Králové. Ústav sociální práce.
- United nations on Drugs and Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women*. Dostupný z: https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_summary.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. New York: United Nations. Dostupný z: https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf

Vacek, J., Miovský, M. (2013). *Manuál pro vytvoření závěrečných kvalifikačních prací: Závazné normy pro vypracování*. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Vondráčková, P. (2011). *Vzorce užívání alkoholu u žen a mužů. Klinika adiktologie*.
Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3296/Vzorce-uzivani-alkoholu-u-zen-a-muzu>

World Drug Report. (2018). (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). WOMEN AND DRUGS: Drug use, drug supply and their consequences. Dostupný z: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf

10 Přílohy

10.1 Dotazník

Ženy a závislost. Uživatelky drog (včetně alkoholu) a jejich potřeby a bariéry v přístupu k léčbě.

Moje jméno je Lenka Ježková a studuji adiktologii. V rámci dokončení mého studia píšu bakalářskou práci na výše uvedené téma. Zajímají mě Vaše názory na danou problematiku. Budu moc ráda za každý vyplněný dotazník. Dotazník je dobrovolný, anonymní a odpovědi budou použity pouze pro účely mé práce a po jejím dokončení budou data vymazána. Nejsou žádné správné odpovědi, jde pouze o Vaše názory. U některých otázek je možné zaškrtnout více odpovědí. Během vyplňování je možné dotazník kdykoliv přerušit a odpovědi nebudou odeslány.

***Povinné pole**

1) Pohlaví *

Označte jen jednu elipsu.

- Muž
 Žena

2) Věk *

Označte jen jednu elipsu.

- méně než 18
 18 - 29
 30 - 44
 45 - 59
 60 a více

3) Dosažené vzdělání * *Označte jen jednu elipsu.*

- Základní
 Střední bez maturity
 Střední s maturitou
 Vysokoškolské

4) Máte osobní zkušenost se závislostí? * *Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
 Ne

5) Ženy vyhledávají odbornou pomoc (v souvislosti s nadužíváním návykových látek) méně často než muži. Čím si myslíte, že je to ovlivněno? * *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Pocity viny a selhání
- Strachem z odebrání dítěte
- Studem před rodinou a blízkými
- Strachem z pomluv a zavržení ze strany sousedů a známých
- Nedostupností služeb, (nevědí, kam se obrátit)
- Jiné: _____

6) Zaškrtněte prosím všechny možnosti, o kterých si myslíte, že mohou být překážkou pro vstup do léčby u závislých žen. * Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Hrozící ztráta zaměstnání při vstupu do léčby
- Strach, že budou mít navždy "nálepku alkoholička/fet'ačka"
- Těhotenství
- Strach z odebrání dětí
- Pocity studu, selhání
- Strach ze ztráty partnera

7) Co si myslíte, že je pro ženy největší překážka pro nástup do léčby? (Napište prosím svoji odpověď, nebo jednu z možností předchozí otázky). *

8) Co si myslíte, že ženy potřebují v rámci jejich léčby a uzdravování? * Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Projev empatie (pochopení) ze strany odborníků
- Podporu rodiny
- Zajištění náhradní péče pro své děti po dobu léčby
- Důvěrné prostředí pro zpracování svých zkušeností
- Čistě ženské prostředí v rámci léčby
- Jiné: _____

9) Kdybyste se dozvěděl/a o své kolegyni nebo známé, že má problém se závislostí na droze (včetně alkoholu), jak byste se zachoval/a? * Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Budu se jí vyhýbat
- Budu o ní mluvit jako o "té alkoholičce/feťáčce"
- Budu se k ní chovat stejně, jako dřív
- Aktivně se zeptám, jestli nepotřebuje pomoc
- Počkám, jestli si o pomoc řekne sama
- Budu ji litovat
- Jiné:

10) Působí na Vás žena pod vlivem drog (i alkoholu) více pohoršujícím dojmem, než muž pod vlivem? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

11) Ženy by měly chodit upravené, starat se o děti a domácnost. Ženy se závislostí na návykových látkách tuto roli nespĺňují, to znamená, že selhaly. Souhlasíte s tímto tvrzením? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

12) Co si myslíte o ženách uživatelkách návykových látek (včetně alkoholu)?

Používá technologii



**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa
studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě
Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis