UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI IN MATERINSTVA PRI ŽENSKAH, ZASVOJENIH S PREPOVEDANIMI DROGAMI

DANIJELA ŠĆEKIĆ

Mentorica: doc. dr. Nina Mešl
Somentorica: doc. dr. Vera Grebenc

LJUBLJANA, 2018

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI IN MATERINSTVA PRI ŽENSKAH, ZASVOJENIH S PREPOVEDANIMI DROGAMI

DANIJELA ŠĆEKIĆ

Mentorica: doc. dr. Nina Mešl
Somentorica: doc. dr. Vera Grebenc

LJUBLJANA, 2018

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Danijela Šćekić

Naslov naloge: Doživljanje nosečnosti in materinstva pri ženskah, zasvojenih s prepovedanimi drogami

Kraj: Ljubljana

Leto: 2018

Št. strani: 79 **št. tabel:** 6

Št. virov: 73 **št. prilog**: 3

Mentorica: doc. dr. Nina Mešl

Somentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Deskriptorji: nosečnost, materinstvo, nevarna navezanost, socialna izključenost, rejništvo, socialno delo z družino, zasvojenost, droge in spol.

Povzetek: Diplomska naloga je sestavljena iz dveh delov, teoretičnega in empiričnega. V teoretičnem delu najprej opisujem, kako pomembna je socializacija družine, saj je družina prvi socialni sistem, v katerem se otrok nauči, kako funkcionirati v družbi. Nato pojasnim, kakšne stile navezanosti poznamo (varno in nevarno navezanost) ter kako ti stili vplivajo na posameznika. Nato raziskujem, s kakšnimi izzivi se srečujejo družine, katerih člani imajo težave z zasvojenostjo, saj zasvojenost enega člana vpliva na celotno družino. Ugotavljam, kakšna je razlika med družino, ki težav z zasvojenostjo nima, in družino, v kateri je zasvojenost prisotna, ter kako to vpliva na odnose znotraj družine in na otroka, saj mora otrok v družini prevzeti različne vloge. Predstavim, kakšno je socialno delo, ki akceptira uživanje drog, saj je pomembno, da socialni delavec skupaj z žensko, zasvojeno s prepovedano drogo, raziskuje njene vire in moči ter da se skupaj osredotočita na reševanje njene stiske in ne le na abstinenco, ki pa je ena izmed ciljev. Razložim, katere metode socialnega dela se uporabljajo pri delu z družino, saj težave z zasvojenostjo vplivajo na celotno družino in zato te družine potrebujejo pomoč pri doseganju svojih ciljev. Dotaknem se tudi rejništva, saj v družinah, kjer je prisotna zasvojenost, lahko otrok iz matične družine odide v rejništvo, vsaj dokler si matična družina ne uredi življenjskega okolja, ki je primerno za rast in vzgojo otroka. Nato raziščem vlogo matere in ugotavljam, ali je materinstvo dolžnost ali izbira ženske ter kako ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, doživljajo nosečnost in kako so zaradi tega stigmatizirane. Raziskujem tudi, kakšne posledice ima novorojenček, katerega mati ima težave z zasvojenostjo.

Obrazložim, kaj je zasvojenost in kakšne so posledice zasvojenosti, saj to pripomore k lažjemu razumevanju žensk, ki imajo težave z zasvojenostjo s prepovedanimi drogami. Prav tako proučujem, kako se zasvojenost razlikuje na podlagi spola, saj so ženske uživalke drog vpete v različne družbene vloge, zaradi česar so bolj stigmatizirane kot moški uživalci drog.

V empiričnem delu predstavim izsledke kvalitativne raziskave o doživljanju nosečnosti, poroda, materinstva, izkušnjah mater, zasvojenih s prepovedanimi drogami, z zdravstvenim sistemom in socialnim delom, njihovem soočanju z rejništvom in njihovem odnosu z otroki. Osrednji del raziskave so intervjuji, s pomočjo katerih je predstavljeno doživljanje materinstva in nosečnosti žensk, zasvojenih s prepovedanimi drogami.

V sklepnem delu podam svoje predloge o boljšem informiranju in ozaveščanju zdravstvenega osebja in socialnih delavcev ter o sodelovanju z nevladnimi organizacijami. Matere, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, bi bilo treba bolj informirati o njihovih pravicah in dolžnostih, ki jih imajo v času nosečnosti in kasneje v vlogi matere. Pomembno je, da zaposleni v socialnih službah prisluhnejo materam in jim pomagajo pri reševanju njihovih stisk.

Title: Experiencing pregnancy and motherhood of women who are addicted to the illegal drugs.

Descriptors: pregnancy, motherhood, unsecure attachment, social exclusion, foster care, social work in family, addiction, gender and drugs

Abstract: dissertation is theoretical and empirical. In theoretical part firstly I wanted to describe how important is socialization in family, because family is first social system where child learn how to function in society. Then I describe types of attachements we know (safe and unsafe attachements) and how those types affect on individual person. Then I reserached with what kind of challenges families are facing, in which family members have drug issues, because drug abuse of one family member can affect on whole familiy. I compared and explained the diferences beetwen families which are facing with drug abuse issue and families which does not have that problem, specially I wanted to show how drug abuse affects relationships in family and on child, which usually take over various roles. I want to show the type of social work which accepts drug abbuse, because is important that social worker works

along with women, addicted to the illegal drugs to find her power, and both focus on solving her distress and not only on abstinence which is one of the goals. I will explain which social work methods are used when working with familes, because drug abuse effects on whole family and that is why this families need help with achieving their goals. I touched upon also on foster care itself, because in families where drug abuse is present could lead to foster care, which means that child from origin family leaves into foster care for time needed in which origin family needs to setup proper enviroment for child care and education. I tried to explain mother role itself and if motherhood is choosen or just a duty, and how women addicted to the illegal drugs experiencing pregnancy and how are they treated by society. I studied what kind of consecuences the newborn has, whoose mother is addicted to the illegal drugs. I also explained what addictions is and what the consequences are which helps us to understand women, addicted to the illegal drugs. I studied how addiction is different based on gender, because women are part of more social roles in society then men and that is why are more discrimintated.

In empirical part I present and comment on the findings of a qualitative research on excperiencing pregnancy, childbirth, maternity and what experiences have mothers, who are addicted to drugs with the health system and social work, their confrontation with foster care and their relationship with children. The main part of the research was interviews, which helped me to visualize the experience of maternity and pregnancy of women addicted to the illegal drugs. Through the analysis, I found that a large part of the life of mothers, addicted to the illegal drugs, revolves around the baby from pregnancy on and want to regulate their lives so that they can be present in the child's life.

In concluding my work, I put forward my proposals for better information and awareness of healthcare professionals and social workers, as well as cooperation with non-governmental organizations. It is necessary for the mothers of the drug user to be more informed about their rights and duties that they have during pregnancy and later in the role of the mother. It is important that employees in social services listen mothers, addicted to the illegal drugs and help them solve their problems.

PREDGOVOR

V tretjem letniku sem opravljala prakso v Varni hiši Stigma, ki je namenjena uporabnicam, zasvojenim s prepovedanimi drogami, in uporabnicam na substitucijski terapiji, ki so preživele ali doživljajo nasilje v matični družini, partnerski zvezi, s strani zvodnikov ali na ulici ter potrebujejo varen prostor (Društvo Stigma 2016). V Varni hiši Stigma sem se srečevala z uporabnicami, ki imajo težave z zasvojenostjo in so matere.

Zanimalo me je, kako kombinirajo vlogo uživalke drog in vlogo matere. Vloga matere in vloga uživalke droge si nasprotujeta, saj tisto, kar naj bi bila mati, uživalka drog naj ne bi bila, in obratno. Nosečnost je za žensko nekaj novega in vznemirljivega ter ena izmed najpomembnejših odločitev v življenju. Nekatere ženske nosečnost prepozno odkrijejo, da bi lahko naredile splav, zato se morajo na vlogo matere pripraviti ne glede na svoje življenje okoliščine. Ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, skrbi, kako naj se pripravijo na rojstvo otroka in vlogo matere, saj so poleg tega obremenjene z obvladovanjem svoje zasvojenosti. Poleg težav z zasvojenostjo se ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, srečujejo s številnimi drugimi stiskami in težavami, kot so: spolne zlorabe, slabi družinski odnosi, slab partnerski odnos, nasilje, brezposelnost, diskriminacija in občutki krivde, sramu in nemoči. Pomembno je, da v tistem trenutku s strani socialnih delavcev ženske dobijo dovolj podpore in pomoči za reševanje njihove stiske, saj jih čaka pomembna družbena vloga – biti mati. Pomembno je, da socialni delavec izhaja iz perspektive moči, kar pomeni, da razišče vire in moči žensk, zasvojenih s prepovedanimi drogami, saj tako te ženske lahko dosegajo svoje cilje.

Kadar govorimo o materi, ki je zasvojena s prepovedanimi drogami, zraven mislimo tudi na njenega otroka, saj zasvojena mati rodi tudi zasvojenega otroka, zaradi česar oba potrebujeta posebno obravnavo in obliko pomoči, saj se znajdeta v stiski. Otrok se znajde v družini, v kateri imajo člani težave z zasvojenostjo, zato takšna družina potrebuje pomoč pri reševanju stiske in iskanju svojih virov moči. Pomembno je, da otroku zagotovimo dobre pogoje za zdravo rast in razvoj. Pri sodelovanju z materami, zasvojenimi s prepovedanimi drogami, je pomembno upoštevati socialno delo, ki akceptira uživanje drog, saj je poudarek na reševanju trenutnih stisk ter na tem, tako so uslišane in upoštevane, ne pa obsojane in diskriminirane.

V diplomski nalogi sem skušala odgovoriti na naslednja vprašanja: kako ženske, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, doživljajo nosečnost in vlogo matere, s kakšnimi problemi in stiskami se srečujejo med nosečnostjo, kako se njihov odnos do zasvojenosti med nosečnostjo spremeni, kakšne oblike pomoči že prejemajo in koliko so z njimi zadovoljne, kako je prišlo do rejništva in kako so se s tem soočale ter kako vzdržujejo odnos z otrokom.

Zahvaljujem se uporabnicam Varne hiše Stigma, ki so se mi v intervjujih odprle in mi zaupale svojo zgodbo, saj brez njih te diplomske naloge ne bi bilo. Prav tako se zahvaljujem mentorici doc. dr. Nini Mešl in somentorici doc. dr. Veri Grebenc za spodbude med pisanjem naloge. Zahvaljujem pa se tudi svoji družini, partnerju in prijateljicam za motivacijo in podporo v času pisanja diplomske naloge.

KAZALO

1 DRUŽINA IN DROGE 9

1.1 Socializacija v družini 9
1.2 Razvoj stilov navezanosti 12
1.4 Socialno delo, ki akceptira uživanje drog 20
1.5 Rejništvo 25

2 MATERINSTVO 28

2.1 Materinstvo kot dolžnosti ali kot izbira 28
2.2 Vloga matere v družini 30
2.3 Nosečnost in zasvojenost 31
2.4 Vpliv droge na nerojenega otroka 32
2.5 Stigma mater, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami 34

3 ZASVOJENOST 34

3.1 Zasvojenost z nedovoljenimi drogami 35
3.2 Ženske kot uživalke drog 38
3.3 Posledice zasvojenosti 40
3.4 Zasvojenost in spol 42

4 PROBLEM 43

5 METODOLOGIJA 44

5.1 Vrsta raziskave 44
5.2 Merski instrumenti 44
5.3 Opredelitev enot raziskovanja 45
5.4 Načrt zbiranja podatkov oziroma empiričnega dela 45
5.5 Obdelava in analiza podatkov 45

6 REZULTATI 48

6.1 Nosečnost 48
6.2 Odnos do droge med nosečnostjo 49
6.3 Doživljanje nosečnosti 49
6.4 Težave, s katerimi so se ženske, zasvojene z drogami, srečevale v času nosečnosti 50
6.5 Porod 50
6.6 Zdravstveno varstvo 50
6.7 Posledice uživanja drog na otroku 51
6.8 Ekonomski položaj 51
6.9 Odnos s socialnimi delavci 51
6.10 Rejništvo 52
6.11 Odnos z otrokom 53

7 RAZPRAVA 53

8 SKLEPI 57

9 PREDLOGI 58

10 LITERATURA IN VIRI 59

10.1 Literatura 59
10.2 Internetni viri 64

11 PRILOGE 65

11.1 Smernice za intervju 65
11.2 Odprto kodiranje 66
11.3 Ureditev izjav po kodah in v kategorije 78

1 DRUŽINA IN DROGE

Vsaka družina je unikatna in posebna, zaradi česar se družine med seboj razlikujejo. Raziskala bom, kaj pomeni socializacija za družino, saj družina spada v majhno skupino, znotraj katere se odvija več procesov, ki vplivajo na posameznika in na družino kot celoto. Kot navajajo različni avtorji, npr. Bowlby (v Johnson, 2007), Erzar in Kompan Erzar (2011) ter Gostenčnik (2015), je družina prostor, v katerem otrok razvije svojo osebnost in načela, po katerih bo vodil svoje življenje. Stil navezanosti lahko vpliva na vzpostavljanje odnosov z drugimi ljudmi, prepoznavanje lastnih potreb in zavedanje naših čustev. Dotaknila se bom družin, katerih člani imajo težave z zasvojenostjo, saj je dinamika take družine drugačna kot v družinah, kjer njihovi člani nimajo težav z zasvojenostjo. Kot navajajo avtorji v poglavju, ki sledi, je zasvojenost problem celotne družine in ne le njenega posameznega člana, zato je pomembno, da pri iskanju rešitev sodelujemo z vsemi člani družine in pri tem upoštevamo koncepte socialnega dela. Tu predvsem izstopa socialno delo, ki akceptira uživanje droge, saj je, kot navaja Stefanoski (1998), uživanje drog odločitev vsakega posameznika in abstinenca ni pogoj za pomoč, zato je treba posamezniku kljub uživanju drogam omogočiti normalno življenje.

1.1 Socializacija v družini

Družina je prvi posrednik norm in pravil, ki veljajo v določeni družbi, saj je družina, kot navaja Tomori (1994, str. 82), nosilec vrednot, ki nas označujejo kasneje v življenju. Družina je medij, prek katerega se otrok srečuje s svetom, še preden se je z dogajanjem zunaj družinskih meja sposoben neposredno soočiti. Švab (2001, str. 55) opisuje družino kot objektivno družbeno entiteto, ki jo soustvarjajo posamezniki. Družina je družbena institucija, v kateri se posameznikova sposobnost realnosti najbolj izrazi. Na spremembe v družini vplivajo predvsem spremembe, ki jih povzročijo posamezniki znotraj družine, saj je družina družbeno določena kot zaprto okolje, v katero tujci nimajo vstopa.

Po Parsonsu (Haralambos, 1989, str. 321) je socializacija temeljna funkcija vsake družine in jo razdeli na dva dela: na primarno socializacijo, katera se nanaša na socializacijo v zgodnjem otroštvu, poteka v družini in vključuje dva temeljna procesa: ponotranjitev družbene kulture in oblikovanje osebnosti otroka in na sekundarno socializacijo, katera poteka v kasnejših letih, ko se zmanjša vpliv družine in se povečajo vplivi šole, družbe, partnerja

Drugačen vidik socializacije v družini izpostavita Berger in Luckman (v Čačinovič Vogrinčič, 1998, str. 23), ki socializacijo opredeljujeta kot temeljno, vsestransko uvajanje posameznika v objektivni svet družbe, saj v tem procesu otrok postaja njen član. Družinska skupina je prvi socialni sistem, v katerem otrok živi, in s svojimi značilnostmi vpliva na osebnost otroka v vseh fazah njegovega razvoja. Starši so za otroka pomembni, saj določajo svet, ki ga otrok mora ponotranjiti – staršev otrok ne more izbirati. Starši s svojo življenjsko zgodovino in pripadnostjo neki kulturi določajo otrokov svet, ki je zanj objektivna stvarnost. Otrok si pridobi zaupanje v pomembne druge in zaupanje v svet, kakršnega so zanj določili starši.

Socializacija v družini lahko pomeni tudi podeljevanje vlog, saj se otrok, kot navaja Stierlin (v Čačinovič Vogrinčič, 1998, str. 64), skozi družino vpelje v družbeno pričakovane vloge, zaradi česar družino pojmuje kot osrednjo socializacijsko rešitev za človeka. Otrok se vlog mora naučiti v družini, saj je vloga v družini pomemben element v procesu otrokovega osebnostnega razvoja. Družina razvije lastno skupinsko strukturo in interakcijo, ki lahko sovpada ali pa nasprotuje socializacijskim funkcijam družine. Če je družinski sistem premalo trden ali preveč konflikten, lahko v socializacijskem procesu pride do motenj. Ta proces se lahko spremeni, če se dodeljevanje neformalnih družinskih vlog, kot je vloga grešnega kozla ali vloga bolnika, združi s formalnimi vlogami, ki jih družba od otroka pričakuje.

Lidz (v Čačinovič Vogrinčič, 1998, str. 52–53) opisuje, kateri trije pogoji morajo biti v družini zagotovljeni, da se lahko otrok v družini razvija:

- prvi pogoj je koalicija staršev oziroma enotnost in povezanost med starši, kar pomeni, da starša podpirata in dopolnjujeta drug drugega v svojih vlogah, torej sta zaveznika otroka in ne proti otroku, ter si ne nasprotujeta, saj tako vzajemno povečujeta občutke varnosti in gotovosti. S tem onemogočata otroku vse poskuse, da bi razbil starševsko diado, in ustvarjata interakcijski vzorec, ki omogoča nastajanje solidarnosti v skupini. Koalicija staršev omogoča otroku identifikacijo z roditeljem istega spola kot primarni objekt ljubezni v roditelju nasprotnega spola. Koalicije ni mogoče vzpostaviti tam, kjer roditelja ne spoštujeta drug drugega in tekmujeta za otrokovo naklonjenost;
- drugi pogoj je ohranitev generacijskih razlik, ki opisuje, da starši v zadovoljevanju svojih potreb ne smejo postati odvisni od otrok. Otrok potrebuje svojo odvisnost od staršev, da bi se počutil varnega in da se lahko razvija. Otrokov razvoj je lahko ogrožen, če mora staršem, ki jih sam potrebuje za svojo varnost, nuditi čustveno podporo;

- tretji pogoj je sprejemanje vloge lastnega spola. Lidz (ibid.) je pred desetletji opredelil, da je izredno pomembno, ali si bo otrok pridobil dovolj gotovosti v spolni identiteti. Otrok za odraščanje potrebuje roditelja, ki sta v svoji koaliciji vzpostavila in obdržala v družbi zaželene spolne vloge. V družbi sta zaželeni spolni vlogi ekspresivno-čustvena mati in instrumentalni oče, ki mora zagotoviti obstoj in varnost družine. Danes razumemo, da zaželene družbene spolne vloge omejevalno vplivajo na razvoj identitete, saj se na primer deklica izgubi v verigi predpisanih vlog, ki jih vsiljuje družba. Zato je pomembno, da otrok dobi izkušnjo spoštovanja ne glede na njegov spol.

Za razumevanje procesa socializacije v družini je pomemben koncept dveh primarnih sposobnosti, ki ju družina potrebuje in ju otrok v njej mora razviti. To sta sposobnost za ljubezen in sposobnost za pogajanje. Sposobnost za ljubezen pomeni, da potrebujemo ljubezen drug drugega, da jo v intimni izkušnji znamo prepoznati, se naučimo, kako jo z drugimi deliti in sočustvovati. To zaznamuje posameznika pri doživljanju odnosa z bližjimi osebami. Sposobnost za pogajanje pa omogoči vsakemu članu dovolj avtonomije in dovolj povezanosti, da si ustvari možnost za samosvojost, prostor za soočanje in dogovor. V družini se pogajamo o delitvi dela in delitvi moči, ne pogajamo pa se o čustvih. Socializacija v družinski skupini je torej posebna, ker se mora vsak otrok spoprijeti s sposobnostjo za ljubezen in za pogajanje v svoji družini (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 47).

Vse družine imajo določene potrebe, za katere morajo izpolnjevati določene pogoje. Ti pogoji morajo biti v družinski skupini zadovoljeni, da bi družina lahko obstala in se razvijala. Gabi Čačinovič Vogrinčič (1992, str. 115) je uporabila in razvila koncept francoskega sociologa Chaumbarda de Lauwea, ki navaja, da obstajajo minimalni pogoji, da neka družina obstaja, ki predstavljajo izpolnitev potrebe po neizogibni gmotni osnovi, prostoru za skupno življenje, času za skupno življenje in varnosti. Družina pa se lahko razvije in raste, če v njej vladajo demokratični odnosi, odprto komuniciranje, socialni stiki in upoštevanost v okolju, v katerem družina živi, ter potrebe po izobrazbi in obveščenosti. Člani družine potrebujejo več možnosti, da izrazijo konflikte in da v demokratičnem dialogu preoblikujejo tradicionalne družinske vloge v družini in družbi. Tako na novo oblikujejo tudi razmerja med družino in okoljem.

1.2 Razvoj stilov navezanosti

Teorijo navezanosti sta oblikovala John Bowlby in Mary Ainsworth. Bowlby (v Cugmas, 2003, str. 12) je trdil, da so lahko otrokove dejanske izkušnje v družini eden izmed najpomembnejših vzrokov za otrokove čustvene motnje. Kot opisuje Gostenčnik (1999, str. 7), je družina prostor, kjer se odigravajo najpomembnejše zgodbe življenja, saj se v njej naučimo osnovnih oblik obnašanja in začutimo globino intimnosti, pripadnosti, ljubljenosti, zaželenosti, odvečnosti ali zavrženosti.

Otrokova navezanost na starše je prvi odgovor na starševo odzivnost in čustveno povezavo z otrokom. Starševska odzivnost je genetsko in psihosocialno določena ter daje temeljno čustveno strukturo družini, ki je temelj za otrokovo odzivnost, ki se kaže na vseh ravneh njegovega življenja (Kompan Erzar in Erzar, 2011, str. 10).

Kompan Erzar in Erzar (2011, str. 7) navajata, da teorija navezanosti lahko tudi ovrednoti materinsko ljubezen, saj ni pomembna samo potreba ali želja matere po stiku z otrokom, temveč gre za njun vzajemni odnos, čustveno povezanost in vzajemno ljubezen. Vendar pa Badinter (v Bevc, 1999, str. 32) postavlja tezo, da materinska ljubezen ni prirojena ali instinktivna, temveč se razvija z otrokom in je pod močnim vplivom splošnih družbenih vrednot.

Shore (v Gostenčnik, 2015, str. 19) je opravljal raziskave, ki odkrivajo psihoorganske afektivne procese in bistveno vlogo desne hemisfere pri čustveni komunikaciji ter se nanašajo na odnos matere in otroka. Mati ima v procesu nezavedne komunikacije bistveno vlogo, saj ta komunikacija zaznamuje otroka za vse življenje.

Tudi Bowlby (v Johhnson, 2017, str. 12) je raziskoval, kako varnost čustvene vezi med mamo in majhnim otrokom vpliva na otrokov nadaljnji socialno-ekonomski razvoj. Če namreč mati ustrezno zadovoljuje otrokove potrebe, mu s tem omogoči, da zaupa vase in razvije občutek varnosti. V nasprotnem primeru lahko otrok razvije anksiozno navezanost na mater, ki se odraža v odnosu do sebe in drugih.

Bouwkamp in Bouwkamp (2014, str. 23) pojasnjujeta, da je dobra navezanost temeljna za otrokov nadaljnji razvoj, da se otrok lahko odpre svetu in v njem pridobi izkušnje, ki jih potrebuje za avtonomni razvoj. Stil otrokove navezanosti in pri tem razviti vzorci vedenja v veliki meri določajo, kako bo otrok ravnal s seboj in z drugimi v nadaljnjem življenju.

Poznamo več vrst navezanosti, ki opisujejo način stika z bližjimi osebami. Najpogostejša delitev navezanosti je na varno in nevarno navezanost. Nevarno navezanost lahko nadalje razdelimo še na: izogibajočo se, ambivalentno, dezorganizirajočo, prekoupirano, plašljivo in odklonilno navezanost.

Za varno navezanost je značilno, da so starši svojim otrokom na razpolago na zanesljiv in trajen način, kar pomeni, da se odzivajo na otrokove znake in klice ter skušajo sprejeti in ublažiti otrokovo stisko (Erzar in Kompan Erzar, 2011). Starši so otroku varna osnova, iz katere lahko raziskuje okolje (Cvetek, 2009, str. 75). Otroci, ki so varno navezani, imajo dober občutek o sebi in svojem okolju, zaupajo vase in so pozorni na svoje potrebe. Kot odrasli zlahka navežejo zaupen stik z drugimi in brez večjih problemov ohranjajo ravnovesje med avtonomijo in povezanostjo (Belsky v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 28),

Za nevarno navezanost je značilno, da se problematika pri navezovanju lahko odraža v različnih oblikah, vendar pa vsaka nevarna navezanost še ne vodi v motnjo navezanosti. K razvoju motnje navezanosti so najbolj nagnjeni otroci s plašljivim in ambivalentnim stilom navezanosti. Pri otrocih in odraslih s tako navezanostjo prevladuje strah, zaradi česar se ves čas poskušajo zavarovati, njihova varnost pa je odvisna od okolja in ljudi (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 34–35).

- Za izogibajočo se navezanost je značilno, da so starši čustveno nedostopni, zavračajoči, brezbrižni in se neustrezno odzivajo na otrokovo stisko, zaradi česar otroci omejijo izražanje svojih stisk in potreb (Erzar in Kompan Erzar, 2011, str. 19). Mati izogibajočega se otroka je čustveno oddaljena, otroka zanemarja in ni naklonjena telesnim stikom. Otrok je vedenjsko otopel, togo odziven na pričakovanja in zahteve v okolju (Cvetek, 2009, str. 75).

- Za ambivalentno navezanost je značilno, da se starši na otrokove znake odzivajo nedosledno, na kar otroci reagirajo negotovo in skušajo na vsak način pritegniti pozornost matere ter izražajo pretirano odvisnost od nje (Erzar in Kompan Erzar, 2011, str. 19). Otrok želi iti stran od matere, vendar ga je strah

in se je oklepa. Mati takega otroka ni zavračajoča, temveč je nekonsistentna in nepredvidljiva (Cvetek, 2009, str. 75). Otrok močno hrepeni po ljubeči pozornosti staršev, zaradi česar se jih oklepa in naredi vse, da so mu blizu. Otroka je strah, da bi izgubil pozornost staršev ter bil razočaran in zanemarjen. Kot odrasli zelo težko vzpostavijo zadovoljujoče in trajne zveze (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 33).

- Za dezorganizirano navezanost je značilno, da starši otroke izpostavijo nevarnim in stresnim okoliščinam, zaradi česar otroci doživljajo strah in grozo (Erzar in Kompan Erzar, 2011, str.19). Značilno je prestrašeno vedenje otroka ob prisotnosti staršev (Cvetek, 2009, str. 76).

- Za preokupirano navezanost je značilno, da se otrok oklepa staršev z nepotešljivo potrebo po prepoznavanju in priznanju. Otroci skušajo doseči sprejemanje s strani staršev in tako pridobijo občutek lastne sprejetosti (Belsky v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 29). Odrasli s tem stilom navezanosti so občutljivi na stres in tesnobni ter imajo občutek nevrednosti (Bartholomew, Kwong in Hart v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 29).

- Za plašljivo navezanost je značilno, da se otroci izogibajo tesnemu bližnjemu stiku iz strahu, da bi bili zavrnjeni ali prizadeti. Starši nanje delujejo plašljivo, saj so pogosto nepredvidljivi in protislovni, zato se otrok k nikomur ne more zateči. Otrok sebe doživlja kot nevrednega ljubezni, druge pa kot nerazpoložljive oziroma nedostopne, zaradi česar beži pred njimi. Odrasle spremljata občutek lastne ranljivosti in šibka kakovost intimnih odnosov (Bartholomew, Kwong in Hart v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 30).

- Za odklonilno navezanost je zaničilno, da otroci dajejo vtis neodvisnosti in neranljivosti, čeprav je to le pretveza za lastno zaščito, saj v resnici niso takšni. Želijo si podpore in pozornosti, vendar težko sprejmejo ljubezen in nežnosti. Kot odraslim se jim navadno zdi, da so jim drugi na razpolago, vendar pa se zaradi strahu pred izgubo ne navežejo na druge ljudi (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014, str. 32).

Značilnosti navezanosti se z razvojem skozi življenje spreminjajo, vendar Benoit (v Žvelc, 2011, str. 101) navaja, da osnovni stili navezanosti ostajajo prisotni skozi vse življenje. Gostečnik (2015, str. 17–18) pojasnjuje, da posameznik išče podobne odnose, kot jih je imel s primarnim skrbnikom, ker mu je to znano in privlačno, čeprav so ti odnosi destruktivni. Tako posameznik nezavedno išče partnerja, s katerim bo ponovil to primarno shemo odnosov, saj bo na ta način skušal popraviti ali nadoknaditi, kar mu je v odraščanju manjkalo.

Horvat (2016) pa poudarja, da je obliko navezanosti možno skozi daljši proces doživljanja zaupnosti in sprejetosti spreminjati. Kot navaja Johnson (2017, str. 18–33), so namreč odnosi čustvene vezi, zaradi česar lahko pride do sprememb v odnosu. Pri odnosih gre predvsem za notranjo potrebo po varni čustveni povezanosti in za našo prirojeno potrebo, da imamo ob sebi nekoga, na kogar se lahko zanesemo. Iz teorije navezanosti izhaja, da je partner naše življenjsko zavetje, zato so negativna vedenja v partnerskih odnosih odraz želje po sprejetosti. Odrasli imajo namreč enako potrebo po navezanosti kot otroci. V partnerskem odnosu posameznik v drugem partnerju išče čustveno podporo in vir moči. Posameznik lahko v partnerskem odnosu svoj stil navezanosti spreminja, če od partnerja prejme vso potrebno čustveno podporo in vire moči.

Shaver in Hazanova (v Johnson, 2007, 31–33) sta izvedla raziskavo, kako se odrasli odzivajo na odnos v zvezi. Ugotovila sta, da odrasli potrebujejo čustveno bližino svojih partnerjev in si želijo zagotovila, da se bodo partnerji odzvali, kadar so prizadeti, nesrečni, kadar se počutijo ločene in oddaljene od svojih ljubljenih. Pri raziskovanju sveta se odrasli počutijo bolj samozavestne, če vedo, da jim ljubljeni stojijo ob strani. Zlahka se v partnerskem odnosu pogovarjajo in povezujejo, ko se počutijo varne, saj če se ne počutijo tako, postanejo zaskrbljeni, se razjezijo, začnejo nadzorovati drug drugega ali pa se izogibajo vsem stikom in se zaprejo vase. Bowlby in Ainsworthova (ibid.) sta odkrila, da se v odnosih odraslih dogaja podobno kot v odnosu matere in otroka.

Gostenčnik (2008, str. 93) ugotavlja, da so v družinah, v katerih imajo njihovi člani težave z zasvojenostjo, člani med seboj nevarno navezani, saj je otrok vedno znova izpostavljen nepredvidljivim razmeram, v katerih lahko občuti veliko pozornosti ali pa popolno zanemarjenost in zavrženost, kar pa je odvisno od stanja, v katerem je njegova mati.

Jerebic (2015, str. 92) navaja, da so posamezniki z nevarnim stilom navezanosti bolj nagnjeni k iskanju drugih načinov, ki jim služijo kot mehanizem za čustveno samoregulacijo (npr. uživanje drog). Težave v zgodnjem obdobju navezanosti namreč negativno vplivajo na otrokov razvoj, saj otrok sam ne zmore predelati in zregulirati vseh svojih občutij. Neprimerna čustvena vez in nekonsistentno starševsko odzivanje ne omogočata, da bi otrok imel varno čustveno osnovo, zato ti posamezniki iščejo tovrstno udobje in varnost v zlorabi najrazličnejših substanc.

Drakšič (1992, str. 326) pojasnjuje, da so v družinah, kjer je prisotna zasvojenost, otroci izpostavljeni menjajočim se izkušnjam pretiranega upanja in skrajnih razočaranj. Otroci v teh družinah doživljajo veliko sovražnosti, občutkov krivde, strahu, razvrednotenja, medsebojnih manipulacij. Posledice se lahko odražajo tudi v nizkem samospoštovanju otrok, občutkih nevrednosti in nesprejetosti otroka. Vse to ogroža razvoj otroka, kar se lahko odraža tudi v njegovih kasnejših težavah z zasvojenostjo.

1.3 Izzivi družin s člani, ki imajo težave z zasvojenostjo

Zasvojenost ni problem le enega člana družine, temveč je to težava celotnega sistema. Vsak član sistema s svojim vedenjem in odzivanjem pripomore k odvisnosti enega ali več članov. Rahne in Perše (2007, str. 106) navajata, da je družina sistem, ki stremi k ohranjanju ravnovesja, zato bo ta sistem poskrbel, da se bo nekdo nezavedno odzval na prvotno stisko ter preusmeril pozornost od te prvotne stiske in bolečine k novemu simptomu, ki ga je lažje obvladati.

Da bi delovanje celotnega družinskega sistema bolje razumeli, moramo sprva poznati njegove naloge oziroma sam namen družinskega življenja. Kot pojasnjuje Tomori (1994, str. 151–152), naj bi družina izpolnjevala določene naloge, ki pomagajo pri razvoju osebnosti vsakega družinskega člana, njegovi socializaciji in pripravljanju za samostojno življenje. Izpolnjevala naj bi predvsem naslednje naloge:

- omogoča možnost razvoja zaupanja vase in v druge ljudi;
- pomaga zgraditi ustrezen vrednostni odnos do sebe, drugih in sveta;
- nauči navezovati pomembne čustvene odnose z drugimi in razvijati bližino z njimi;
- oblikuje stvarno samopodobo;
- razvija sposobnost za prevzemanje odgovornosti in prilagajanje svojih potreb

potrebam drugih ljudi;
- razvija komunikacijske spretnosti;
- nauči prisluhniti, sprejemati in izražati svoja čustva na način, ki je tudi drugim razumljiv in sprejemljiv;
- nauči, kako v stiskah ravnati, jih reševati in obvladovati;
- nauči potrebnih sposobnosti za premagovanje stresa, prilagodljivosti spremenjenim družbenim razmeram ter samostojnega opredeljevanja in odločanja;
- nauči spretnosti, ki so potrebne za različne dejavnosti;
- pouči o nevarnostih in o tem, kako se je mogoče pred njimi zavarovati;
- nauči dejavnega odzivanja na priložnosti, ki omogočajo nenehni osebnosti razvoj.

Musek (1995, str. 20) ugotavlja, da se v družini oblikuje posameznikova osebnost. Človekova osebnost je celota duševnih, socialnih in telesnih značilnosti. V družini naj bi posameznik doživljal ljubezen in sprejemanje ter se počutil varnega in sprejetega. Vendar pa v družini s člani, ki imajo težave z zasvojenostjo, ni tako. Kot opisuje Satir (1995, str. 123), v taki družini prevladujejo negativna samopodoba, pomanjkljiva komunikacija, posredna in dvojna sporočila, toga, neživljenjska, nespremenljiva in tabuizirana pravila. Do okolja so take družine nezaupljive, počutijo se izolirane in stigmatizirane ter so v obrambni drži.

Zasvojenost staršev vpliva na razvoj otroka, saj otrok v takem okolju nima ustreznih razmer za odraščanje. Takemu okolju rečemo patološka soodvisnost, ker gre za obliko nevroze, ki nastane v otroštvu in se odraža v odnosih v odraslosti. V družini, v kateri imajo starši težave z zasvojenostjo, otroku manjka prisotnost čustveno konsistentne in zanesljive osebe, ki bi bila pozorna na njegove prve poskuse komunikacije in razumevanja sveta, ga pri tem podprla in mu postavila določene meje, s čimer bi mu omogočila, da si ustvari pozitivno sliko o sebi in o svetu (Rozman, 2013, str. 46). Otrok se rodi v družino, ki ima svojo zgodovino in težave ter značilne oblike odnosov in svoje vire moči. Družina otroku predstavlja ves njegov svet.

Kot zapiše Židanik (2001, str. 28–37), se življenje družine s člani, ki imajo težave z zasvojenostjo, od življenja družine, v kateri zasvojenost ni prisotna, razlikuje po nekaterih značilnostih:

- komunikacija v družini je nejasna in dvoumna;
- v odnosu ni prave bližine in izkazovanje čustev je minimalno;
- družinske vloge so neprimerne, nejasne in spremenljive, ni jasnega modela vlog;

- pojavijo se finančne težave, saj je denar največkrat porabljen za drogo;
- sistem, kjer je prisotna zasvojenost, nima jasne, stalne vrednostne orientacije;
- družina ne preživlja skupnega prostega časa, ker ni skupnih interesov in potreb, socialni stiki so zmanjšani na minimum, zaradi česar je družina socialno izolirana.

Pri vrednotenju, kaj je za družino dobro oziroma funkcionalno in kaj ni dobro oziroma je disfunkcionalno, Poljšak Škraban (2007, str. 192–194) navaja, da je treba upoštevati: pogled na normalnost in zdravje vseh družinskih članov, razmere in razvojne možnosti obdobja, v katerem je družina, ter ekonomske in kulturne okoliščine. Predvsem izpostavi, da je govoriti o funkcionalnosti vzorcev vedenja stigmatizirano, saj je neko vedenje v sistemu za starša lahko funkcionalno ali dobro, za otroka pa ne. Pomembno je, da se pri vprašanju, ali je neko vedenje funkcionalno ali dobro, vprašamo, za koga in za kaj je funkcionalno ali dobro. Vsako ocenjevanje funkcionalnosti družin mora vsebovati tudi ocenitev sredstev, s katerimi družina razpolaga, in ocenitev vpliva drugih socialnih sistemov. Razlika med funkcionalnimi in disfunkcionalnimi družinami naj bi bila predvsem v strategijah reševanja problemov, čustveni klimi družine, sposobnosti spreminjanja skozi različna življenjska obdobja družine, uravnoteženju bližine in oddaljenosti v odnosih ter v ustvarjanju funkcionalnih mej med generacijami.

Pojavi se vprašanje, kakšna naj bi bila družina, v kateri se člani medsebojno podpirajo. Ackermann (v Poljšak Škraban, 2007, str. 209) zato postavlja hipotezo o družini, v kateri se vsi počutijo dobro, saj se, če se v njej člani dobro počutijo, potencialni odnosi otroka in moža – žene uresničijo, zagotovi se zaščita pred nevarnostmi in materialnim obstojem družine, ki mora pripadati skupnosti in biti varno integrirana. Taka družina mora biti enotna in sposobna, da se sama stabilizira in raste, ohraniti mora sposobnost, da se prilagaja spremembam. Družinske vloge morajo biti v skladu s spolom in ustrezno definirane, omogočati morajo zadovoljevanje temeljnih potreb družinskih članov. Družina mora biti sposobna najti rešitev, ki ji prinese zadovoljevanje potreb in rast njenih članov.

Židanik (2001, str. 28–29) tudi navaja, da se v družini, v kateri imajo člani težave z zasvojenostjo, zamenjajo prednostne naloge, saj zasvojena oseba porabi veliko časa za nakup in uživanja droge, zaradi česar ji primanjkuje časa za družino, pojavijo se opuščanje odgovornosti, izkušnja prezgodnjih izgub, ki so lahko začasne (zaporna kazen, rejništvo) ali trajne (smrt), ter razvoj zasvojenega vedenja pri drugih družinskih članih.

Še bolj stigmatizirane in ranljive so enostarševske družine, kjer je mati sama z otrokom. Kot pojasnjuje Može (2002, str. 43–44) je namreč odnos med matero in otrokom nepredvidljiv, zaradi česar imajo lahko otroci hude posledice, saj zaradi nedosledne vzgoje nimajo postavljenih jasnih meril – ko je mati pod vplivom droge, za otroka ni sposobna skrbeti, ko abstinira, pa želi vse to nadoknaditi. Mati z otrokom gradi nezdrav, zaščitniški odnos, ki otroku otežuje zorenje in osamosvajanje.

Otroci v družinah s člani, ki imajo težave z zasvojenostjo, kažejo boleče travmatične dejavnike družine, saj ponotranjijo določene vloge, ki so globoke in dramatične. Pri otrocih lahko pride do prevzemanja naslednjih vlog (Perko, 2011, str. 24–37):

- družinski heroj ali odgovorni otrok skrbi za vse druge (oba starša, sorojenca). Je ponos družine, prinaša ji varnost in je izjemno uspešen, kar se pokaže tudi kasneje v življenju. Družinski heroji so navadno prvorojenci ali edinci, ki v tej vlogi postanejo oče ali mati družini, ki je čustveno razrvana;
- žrtveno jagnje ali upornik se upira, pretepa, je neodgovoren, jezljiv, vede se negativistično in je hitro užaljen. Upornik vzdržuje funkcioniranje družine v ravnotežju tako, da se staršem ni treba soočati s svojimi nerazrešenimi agresivnimi vzgibi, temveč so usmerjeni na problematičnega otroka. Navadno so grešni kozli drugorojenci, ki se trudijo, da bi bilo v družini izrečeno vse, kar je bilo zamolčano;
- tešitelj ali čustveni otrok je največkrat tretji otrok, ki je precej podoben tipu družinskega heroja. Zelo je občutljiv za vsak najmanjši čustveni nemir v družini in ter ima močno potrebo, da ublaži konflikte. Razvije sposobnost, da drugim pomaga, da se prilagodijo, in razvije občutek moči. Čustveni otrok bo prav tako kot odgovorni in uporni otrok postal zasvojen z osnovnim odnosom med materjo in očetom ter tako ne bo imel možnosti za zdrav razvoj;
- družinska maskota prinaša v družino veselje s svojo komiko in igra družinskega klovna. Skrbi za harmonijo in mir z enim samim ciljem: da družina ostane skupaj, vendar pa je v svoji notranjosti preplašen, anksiozen in hiperaktiven;
- izgubljeni otrok je neopazen, ne dela nobenega nemira, ne povzroča nobenih problemov in je miren, neodločen in zelo prilagodljiv. Pogosto imajo ti otroci težave s prehranjevanjem ali so zasvojeni;
- najmlajši otrok je navadno razvajen, kajti vsi člani družine mu izkazujejo posebno pozornost, nežnost in ljubezen. Če je otrok hkrati tudi edinec, postane nosilec tistih različnih vlog, ki jih sistem potrebuje, da se obdrži v ravnotežju.

Otroci nam s svojimi vlogami, ki jih imajo v družinskem sistemu, povedo, kje je njihovo mesto v družini in kaj vse morajo storiti, da se družina ohrani. Pogosto pa otrok v družini, v kateri ima član težave z zasvojenostjo, prevzame vlogo razbremenjevalca konfliktov. Zasvojeni starš svoje osebne konflikte vnaša v odnose z otrokom in z njim manipulira kot z nadomestnim objektom zadovoljitve. Lastni konflikt motivirajo starše, da otroku vsiljujejo določeno vlogo, ki imajo v odnosih med starši in otrokom v družini enako funkcijo.
Zato otrok v družini lahko prevzame tudi vloge, katerih namen je zmanjšati konflikte ali opravljati funkcijo intraindividualnih obrambnih mehanizmov v odnosih med starši in otroki. Richter (v Čačinovič Vogrinčič, 1998, str. 58) klasificira pet takšnih vlog, v katerih se lahko otrok znajde:

- vloga substituta za partnerja, ko roditelj v odnosu z otrokom podzavestno prenese nerešene konflikte iz lastnega otroštva, otrok pa naj jih v vlogi starih staršev ali sorojenca kompenzira in reši;
- vlogo kopije podobe, ki jo ima o sebi roditelj in jo mora otrok uresničiti;
- vloga idealnega sebe je poskus roditelja, da prisili otroka k uresničitvi tistih idealov, ki jih zase ni mogel uresničiti;
- vloga negativne podobe, ki jo ima o sebi roditelj, ki podzavestno išče v otroku grešnega kozla, saj otroka potrebuje, da bi lahko razvil nespremenljivo podobo o sebi;
- vloga zaveznika, ki se je roditelj oklepa, ko je v boju z drugim roditeljem in otroka potrebuje kot podporo.

Uživanje droge ovira presojo in sposobnost, da bi lahko primerno poskrbeli za svoje otroke. V eni izmed raziskav, ki jo je izvedla Magura-Laudet (v Mejak, 2010, str. 65), je bilo ugotovljeno, da so družine, ki imajo težave z zasvojenostjo, bolj socialno izolirane ter da starši preživijo manj prostega časa s svojimi otroki in uporabljajo nedosledne vzgojne metode.

1.4 Socialno delo, ki akceptira uživanje drog

Stefanoski (1996, str. 294) navaja, da uživalec drog ali njegovi bližnji, ki poiščejo pomoč, zaradi težav, povezanih z uživanjem drog, morajo biti kot člani odnosnega sistema obravnavani kot avtonomni posamezniki. Vstop v socialnodelovno obravnavo uporabnikom omogoča ustvariti prostor in čas, v katerem bodo skozi medsebojno interakcijo postali pozorni drug na drugega kot soodgovornega za skupen življenjski projekt.

Cilja te komunikacije sta medsebojno priznanje avtonomnosti in odgovornosti za svoje ravnanje pri vsakem članu odnosnega sistema ter transparentnost medsebojnih odnosov (ibid.).

Herwig-Lemp in Stover (1996, str. 290.) sta predstavila svoje videnje socialnega dela, ki akceptira uživanje drog:

- uživalci drog imajo pravico do človeka vrednih zdravstvenih in socialnih razmer ter to ni pogojeno s tem, da si jih zagotovijo z abstinenco in prilagojenim vedenjem;
- uživalci drog so lahko odgovorni sami zase;
- obnašanje uživalca drog moramo sprejeti kot osebno odločitev in življenjski slog, tudi če se z njim ne strinjamo;
- uživalec drog sam odloča, kaj je zanj prav, smiselno in dobro.

Uživanje drog postane predmet socialnodelavne obravnave v trenutku, ko se nezadovoljevanje osnovnih potreb po avtonomiji in povezanosti pri članu ali članih odnosnega sistema uživalca drog izrazi v obliki težave ali stiske na katerem koli življenjskem področju, to je na materialnem, psihičnem, socialnem ali družbenem, ter je njena možna posledica socialno izobčenje (ibid.).

Barber (1997) navaja, da je treba v socialnem delu posvetiti enako pozornost uporabniku in okolju, kar je zaščitni znak socialnega dela. Za socialno delo nista dovolj ocena in razumevanje zasvojenosti, temveč se je treba poglobiti v uporabnikovo življenje in raziskati vse njegove interakcije s širšim socialnim okoljem.

Stefanoski (1998, str. 250) izpostavi, da je pri delu z uporabnicami, zasvojenimi s prepovedanimi drogami, pomembno, da socialni delavec razume nekaj dejstev:

- ženska je lahko v stiski zaradi uživanja drog, vendar ni odvisna (ženska odkrije, da se njen otrok drogira), in je lahko brez teh stisk, če je odvisna (metadonski program).
- ženska je v stiski zaradi lastnega uživanja drog ali uživanja drog svojih bližjih;
- uživalki drog je treba zagotoviti vključenost v odločanje o dogajanju, za kar pa je potrebna razvidnost dogajanja v odnosnem sistemu;
- reševanje stisk članov družine mora postati skupni projekt družine;
- posledica socialnodelavskega sodelovanja z ljudmi v stiski je njihova sprememba

znanj, prepričanj ali vedenja, kar uporabniku omogoča polnejše vključevanje v reševanje lastnih stisk. Da posameznik spremeni svoje vedenje, so potrebni: znanje o neustreznosti, neučinkovitosti in omejujoči lastnosti obstoječega vedenja, zaskrbljenost zaradi posledic vedenja, samozaupanje in pozitivna samopodoba ter občutje kompetentnosti za spreminjanje.

Kot opisuje Zavirek (1994, str. 72–73), je pomembno, da koncept pomoči usmerjamo v pomoč in ne v ponovno viktimizacijo. Prakse socialnih služb lahko razdelimo na hierarhičen odnos, kjer je ženska, zasvojena s prepovedano drogo, pasivna prejemnica pomoči, ali na enakovreden odnos, kjer ženska, zasvojena s prepovedano drogo, išče svoje lastne izvore samopomoči in sama ustvarja svojo realnost brez nadzora. Vendar pa mnogo žensk, zasvojenih s prepovedano drogo, potrebuje praktične nasvete, kako naj se v vsakdanji realnosti lažje znajdejo.

Hervig-Lempp in Stover (v Stefanoski, 1996, str. 295) ugotavljata, da moramo v socialnem delu obravnavati odločitev za uživanje drog ne le v povezavi s farmakološko močjo droge, temveč zlasti v zvezi z družbeno reakcijo na njeno uživanje. Družbena reakcija velikokrat proizvede socialno izobčenje, fizično in psihično propadanje uživalcev, kar se pogosto zamenjuje z učinki uživanja drog. Socialno delo, ki akceptira uživanje droge, izhaja iz tega, da izvaja pomoč za samopomoč pri vsakdanjih eksistenčnih opravilih in spodbuja proces socialne integracije. Namesto soočenja z družbenim dnom, ki naj bi delovalo kot spodbuda za urejanje, predlaga zagotovitev socialnega in zdravstvenega minimuma, ki omogoča človeku normalno življenje in mu kaže, da se je drogi vredno odpovedati ali omejiti njeno porabo.

Danes obstajajo različni pogledi na obravnavo žensk, zasvojenih s prepovedanimi drogami. Kvaternik (2006, str. 91) navaja, da psihosocialni pristop opisuje, da lahko posameznik preneha z uporabo drog in se s psihosocialno pomočjo vključi nazaj v družbo. Na drugi strani pa medicina trdi, da je odvisnost bolezen, ki jo je treba zdraviti s farmakološkimi sredstvi. Družbene vede uporabo drog razumejo kot del vsakdanjega življenja, javnozdravstvena perspektiva na področju drog pa je usmerjena v posameznika in njegov življenjski slog. Vse probleme, ki so povezani z uporabo drog, definira v okviru tveganj, ki so v ožjem pomenu osredotočena na posameznikovo zdravje, v širšem pa na družbeno zdravje ter javni red in mir. Glavni cilj javnozdravstvene perspektive na področju drog je promocija zdravja in zdravega načina življenja ter posledično zmanjšanja škode, ki je posledica uporabe drog.

Peter Stefanoski (1996, str. 295) meni, da je pragmatično ravnanje socialnega dela sprejemanje uživanja drog, ki uživalcem omogoča zadovoljevanje svojih potreb. Socialno delo mora zagotoviti odprt in varen prostor za komuniciranje, v katerem bo stiska izrečena in se bo reševala. V odnos strokovni delavci ne smemo vstopati s predsodki. Socialno delo, ki sprejema uživanje drog, je usmerjeno v delo tukaj in zdaj, abstinenca pa je zgolj ena izmed možnosti rešitve problema. Končni cilj je opredeljen kot socialna vključenost.

Ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, se znajdejo v stiski, saj so njihova dejanja interpretirana skozi njihovo uživanje drog. Prav zato je pomembna naloga socialnega delavca, da skupaj z žensko, zasvojeno s prepovedanimi drogami, ki je prišla po podporo in pomoč, razišče, kakšne spremembe potrebuje, da bi lahko rešila svoje stiske in uresničila svoje možnosti (Čačinovič Vogrinčič, 2006).

Pri delu z materjo, zasvojeno s prepovedano drogo, je pomembno upoštevati koncepte socialnega dela, ki omogočajo napredek pri izboljšanju življenja. Pomembno je, da najprej naredimo dogovor o sodelovanju, ki je pomemben uvodni ritual. V dogovoru o sodelovanju se z uporabnikom dogovorimo, kako bomo delali, ter pristanemo na sodelovanje tu in zdaj. Pomembno je, da socialni delavec odstopi od moči, ki mu ne pripada, od moči, da poseduje resnico in rešitve, ter jo nadomesti s skupnim raziskovanjem. To pomeni, da uporablja element etike udeleženosti, saj gre za sodelovanje, v katerem nihče nima zadnje besede in je nihče ne potrebuje, temveč gre za pogovor, ki se nadaljuje. Socialni delavec odkriva, išče, ureja, raziskuje in izkoristi uporabnikovo moč in vire, ko mu pomaga, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbije okove ovir in nesreč. Leksikon moči nam omogoči, da bolje razumemo, kakšno delo nas čaka in kako težko bo. Leksikon moči vsebuje sedem temeljnih konceptov in načel, ki so: socialna krepitev, včlanjenost, moč okrevanja, celjenje in celostnost, dialog in sodelovanje, odpoved temu, da ne verjamemo. Pomembno je, da upoštevamo element ravnanja s sedanjostjo, kar pomeni, da delovni odnos, ki ga vzpostavimo, usmeri strokovnjaka v sedanjost, ki je najbolj dragocen čas v projektu pomoči. Prav tako mora socialni delavec znati vzpostaviti in vzdrževati delovni odnos ter kontekst socialnodelavskega razgovora, podeliti strokovno znanje z uživalko drog v procesu soustvarjanja interpretacij v razgovorih in tako omogočiti prevajanje osebnega ali lokalnega jezika nazaj v jezik stroke za ustvarjanje nove zgodbe v raziskovanju rešitev (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 17–21).

Socialnodelovno definicijo problema oblikujemo na elementu težav pri iskanju rešitev za pomanjkanje in stisko, kar sta pomembni sestavini vsake instrumentalne definicije problema. V delovnem odnosu je pomemben dialog o pomanjkanju in stiski, ki vodi k razumevanju, da uporabniku omogoči ubesediti svojo zgodbo. Poudarek ostane na težavah in na pomoči, da bi težave premagali (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 49–50).

V delovnem odnosu z družino vodimo dva procesa: prvi je stabilizacija za instrumentalno definicijo problema in soustvarjanje dobrih izidov, saj tako vzpostavljamo izviren delovni projekt pomoči, drugi pa je proces raziskovanja, samoraziskovanja, soraziskovanja družine in z družino. Izviren delovni projekt pomoči je dopolnilo koncepta delovnega odnosa in se v njem vedno znova nadaljuje. Vsak projekt je izviren, ker se vsakokrat na novo in posebej oblikuje za vsakega uporabnika in vsako skupino udeleženih v problemu posebej. Projekt je deloven, ker se v vsakdanjem jeziku in vsakdanjem življenju konkretizirajo dogovorjene spremembe, naloge, delež posameznika in roki. Govorimo o projektu, ker teče v času in je usmerjen k dobrim izidom ali zaželenim razpletom. Izviren delovni projekt na poseben, socialnodelovni način ubesedi ravnanje v socialnem delu. Družino nagovarjamo na dveh ravneh: prva je raven mobilizacije in druga je raven družinske dinamike. Uspešno reševanje problemov zahteva v družini spremembe, ki omogočijo rešitev. Pri reševanju kompleksnih socialnih problemov z družino je pomembno, da družina »bolje vidi, kaj dela«, zato je potrebno raziskovanje potrebnih in možnih sprememb v družini (Čačinovič Vogrinčič, 2006, str. 22–29).

Socialno delo, ki akceptira uživanje drog, se osredotoča predvsem na uživalkino preživetje brez abstinence, saj je uživanje drog odločitev vsake posameznice, ki je običajno posledica prepletenosti različnih dejavnikov. Pomembno je, da socialni delavec pri delu z uživalko drog pozna njeno okolje, želje in cilje, kar pripomore k boljši vzpostavitvi delovnega odnosa. Socialni delavec v odnosu z uživalko drog lahko nastopi tudi kot motivator za spodbujanje procesov spreminjanja vedenja, saj moramo iskati motivacijo za drugačno uživanje drog ali prenehanje na istem mestu, od koder izhaja motivacija za drogiranje. Z motivacijskim intervjujem spodbudimo spremembe pri uporabnici, da lahko razmišlja o prihodnosti (Stefanoski, 1999, str. 289).

1.5 Rejništvo

Kot zapiše Taylor (1993, str. 122), ženskam, zasvojenim s prepovedanimi drogami, materinstvo veliko pomeni in čutijo, da jih njihova zasvojenost od prepovedanih drog ovira pri vzgoji, negi in skrbi za otroka. Včasih se zato odrečejo svoji vlogi matere in otroku skušajo zagotoviti boljše življenje s tem, da ga dajo v rejništvo ali posvojitev.

Rejništvo je začasna oblika socialnega starševstva, zato rejniki niso starši. Rejniki imajo z otroki odnos, ki temelji na zaupanju in skrbi (Berglez, 2005, str. 45).

Rejništvo je institucionalna dejavnost, ki skrbi za otroke, ki zaradi različnih razlogov ne morejo živeti v svoji biološki družini. Center za socialno delo otroka, ki nima ustreznih pogojev doma, namesti v rejniško družino, ki poskrbi njegovo za varstvo in vzgojo. Rejništvo naj bi bilo v osnovi kratkotrajno, dokler se razmere v domačem okolju otroka ne uredijo do takšne mere, da se lahko zopet vrne domov. Otroci v rejništvu imajo stike s starši in drugimi svojci. Naloga rejniške družine je, da deluje kot družina, ki dopolnjuje biološko družino tam, kjer ta tega ne zmore, z njo sodeluje in ima do nje spoštljiv odnos. Rejniki se ob tem delu srečujejo z mnogimi novimi težavami in vprašanji, ki se ne pojavljajo v običajnih družinah, tako pri vzgoji otrok kot pri sodelovanju z biološko družino, strokovnimi institucijami in drugimi ustanovami, zato je pomembno, da so za svoje delo primerno usposobljeni in da imajo primerno strokovno podporo in vodenje (Rejniško društvo Slovenije).

Potek rejništva je določen v Zakonu o izvajanju rejniške dejavnosti 2002 (Ur. l. RS 110/02) in je podrobno opisan od 32. do 42. člena, ki določajo naloge pri izvajanju rejništva.

Te naloge so:

- naloga centra za socialno delo je, da med rejniki, ki imajo dovoljenje, izbere rejniško družino, ki ustreza potrebam otroka;
- otroka, starše in rejnika je treba pripraviti na nameščanje otroka v rejniško družino;
- center za socialno delo skrbi, da se v vseh primerih in na najboljši način uresničuje namen rejništva;

- ko je otrok sprejet v rejniško družino, mora center za socialno delo sestaviti individualno projektno skupino, v kateri sodelujejo strokovni delavec centra otroka, strokovni delavec centra rejnika, rejnik, starši in otrok, razen če center za socialno delo otroka oceni, da udeležba glede na okoliščine primera za otroka ne bi bila koristna;
- individualna projektna skupina spremlja otroka v rejništvu in zanj pripravi individualni načrt, ki mora biti prilagojen starosti otroka in njegovim potrebam ter mora zagotavljati obravnavo in spremljanje otroka. Načrt mora biti zapisan v pisni obliki in mora vsebovati razumno načrtovane cilje ter ga je treba po potrebi spreminjati;
- individualna projektna skupina mora najmanj enkrat letno centru za socialno delo predložiti pisno poročilo, v katerem predlaga nadaljnje ukrepe v zvezi z otrokom;
- dolžnost centra za socialno delo je, da ugotovi, ali je v korist otroka, da ostane v rejniški družini zaradi nadaljnjega šolanja tudi po osemnajstem letu starosti;
- naloga centra za socialno delo je, da na odhod iz matične družine pripravi otroka, rejniško družino in biološko družino.

Kot zapiše Čačinovič Vogrinčič (2006, str. 100–104), je socialno delo v rejništvu delo s celostnim sistemom vseh udeleženih v rejništvu. Lahko rečemo, da gre za delo v projektni skupini, saj socialna delavka sodeluje z matično družino, rejniško družino in otrokom v rejništvu hkrati. Naloga projektne skupine je, da omogoči sodelovanje in zavaruje koristi vseh udeleženih. Za socialno delo je jasno, da v projektni skupini soustvarjamo izvirne projekte pomoči, ki zahtevajo pogovor in nove dogovore v procesu, ki teče iz mesca v mesec. Projektna skupina je sistem, ki vzpostavlja in vzdržuje sodelovanje med matično družino, rejniško družino, centrom za socialno delo in otrokom v reji. Projektno skupino oblikujemo za vsakega otroka posebej. Skrbno soustvarjeni delovni projekti so dragocena popotnica za otroka, lajšajo učenje za življenje in zagotavljajo otroku resno in zavzeto skrb. Rejništvo je definirano kot začasen ukrep za otroka, ki mu družina ne more zagotoviti varnosti in rasti, a hkrati s tovrstno pomočjo otroku soustvarimo izvirni projekt pomoči tudi za družino. Vsak korak k izboljšanju življenjskih pogojev družine, socialni krepitvi staršev in učenju drugačnega ravnanja je v korist otroka. Rejništvo je nedvomno dobra priložnost za podporo otroku, ki ne more živeti v svoji družini, vendar danes socialno delo pojmuje rejništvo kot

skrbno načrtovan sistem sodelovanja, kjer nihče izmed udeleženih ničesar ne dela sam in kjer nihče izmed udeleženih ne ostane brez pomoči in podpore (ibid.).

Pomembno je, da prisluhnemo otroku in omogočimo njegovo soudeležbo. Ker je otrok majhen, večkrat pozabljamo, da je človeško bitje. Prav »ne pozabiti« je zaveza strokovnjaka, ki uči, kako varovati prostor za otroka v kompleksnem rejniškem sistemu. Zaveza strokovnjaka je, da spodbudi in podpre učenje odraslih v življenju z otrokom. Otrok potrebuje prostor in varno spodbudo, da sodeluje in razkrije svoje občutke, saj se uči živeti z in med dvema družinama. Potrebuje možnost, da razvije občutek lastne vrednosti, in ima pravico do resničnosti, da jo izrazi in da jo vidimo. Otrok potrebuje veliko raziskovalnih pogovorov za življenje z rejniško družino, da bi se vanjo umestil in v njej znašel. Otrok v rejništvu živi med dvema družinama, torej v vmesnem prostoru. Potrebuje prostor za premislek in prevajanje resničnosti ene družine v drugo. Ta prostor je tako dragocen, da ga moramo varovati tako, da varujemo pogovore, v katerih nam lahko otrok pove, kdo je, kaj si želi, kaj misli in čuti, kako se vidi in razume v odnosu z obema družinama. Projektna skupina je odlična priložnost za pogovore, ki mu mora dati priložnost, da ga vidimo in slišimo (ibid.).

Levy in Orlans (v Kompan Erzar in Erzar, 2011, str. 107) predlagata, kaj lahko rejniki naredijo za otroka, da se krepi varna navezanost med otroki in socialnimi starši, ki začenjajo sobivati:

- omogočanje otroku nove izkušnje odnosov v družini;
- ravnovesje med povezanostjo in nadzorom;
- spoštovanje otrokovih potreb (upoštevanje preteklosti);
- ravnanje s čustvi (jeza, strah, žalost);
- razumevanje stilov navezanosti (nekateri otroci ne iščejo tolažbe);
- povečevanje občutka pripadnosti (tako rejniški družini, okolici, skupnosti in biološki družini z omogočanjem stikov).

Dougherty (v Kompan Erzar in Erzar, 2011, str. 107) navaja, da se od rejnikov pričakuje, da bodo imeli pomembno vlogo v življenju teh otrok: da jim bodo pomagali spoprijeti se z bolečo izgubo primarne družine in ločitvijo od nje, razviti pozitivno samopodobo in samospoštovanje, pokazali model pozitivnih odnosov in jim omogočili, da se nanje varno

navežejo. Odnosi, ki jih ustvarijo otroci s svojimi rejniki, so terapevtski, saj naj bi zagotavljali varno in predvidljivo okolje, v katerem otroci lahko dosegajo pozitivne spremembe.

Kot zapiše Zaviršek (2012, str. 113), je spodbujanje pravice vedeti koristna metoda pri govoru staršev otrokom o zasvojenosti, saj tako pomaga otroku razumeti konkretne družinske razmere, v katerih živijo (npr. rejništvo, odsotnost staršev). Spodbujanje pravice vedeti obsega: spodbujanje staršev, naj otroku čim prej na primeren način povedo, kakšne so družinske razmere, zgodba naj raste skupaj z otrokom, starši naj ubesedijo čim več pozitivnega, zgodba naj z otrokovim odraščanjem postaja podrobnejša, starši naj ne bodo vsiljivi s pripovedovanjem, socialno starševstvo ali zasvojenost naj ne postane osrednja družinska tema, starši morajo imeti možnost izraziti svoje strahove, razmišljanja ali negotovosti.

Bevc (1999, str. 62–63) navaja, da je lahko oddaja otroka v rejništvo razlog, da se mati, ki se trudi vzpostaviti abstinenco od drog, ponovno zateče k drogi, kar lahko enačimo s procesom žalovanja. Proces žalovanja sestavljajo naslednji elementi: sprejeti odgovornost za svojo odločitev, sprejem bolečine, prilagajanje okolju brez otroka, ponovna čustvena usmerjenost v nove odnose, opogumljanje za izražanje čustev, ki so del žalovalnega procesa in za vzpostavitev novih čustvenih odnosov. Ženska mora najti pozitivni smisel te izgube in tako narediti prostor za nove dogodke in ljudi. Pomembno je, da ženski omogočimo pomoč in varen prostor, da gre lahko skozi proces sprejetja svoje odločitve in odpuščanja.

2 MATERINSTVO

Kot navajajo številni avtorji, na primer Oakley (1974, 2000), Švab (2001), Jogan (2001) in Zaviršek (1994), je materinstvo pojmovano kot temeljni del ženske identitete. Je družbena vloga, ki od žensk zahteva ogromno odgovornosti, a le malo priprav. Ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, včasih postavljajo svojo potrebo po drogi pred vlogo materinstva, zaradi česar ne izpolnjujejo pričakovane družbene vloge (biti mati).

2.1 Materinstvo kot dolžnosti ali kot izbira

Oakley (1974, str. 169–217) navaja, da se od žensk pričakuje, da bosta materinstvo in gospodinjenje njihovi glavni okupaciji in hkrati življenjski cilj vsake ženske.

Željo po materinstvu vpelje kultura in ženska se zmožnosti, da postane mati, nauči. Materinska skrb je temeljna učna izkušnja. Družbena pričakovanja so usmerjena v spodbujanje rojstev, zato so tiste ženske, ki iz različnih razlogov otroka nimajo, pomilovane, imajo jih za neženske, če namenoma nimajo otrok, pa jih imajo za deviantne, nenormalne, sebične, samovšečne. Vse to je posledica mita o materinstvu, ki kot tak določa življenja žensk. Primarna funkcija mita je, da podpira obstoječi družbeni red, ohranja konservativne družbene vrednote, časti tradicijo in ohranja status »quo«. Mit o materinstvu in mit o delitvi dela sta mita, ki zatirata ženske in ohranjata žensko mesto doma ter njeno identifikacijo z domačim svetom. Oba mita sta namreč pomembna za ohranjanje institucije družine, ki je osrednja celica družbe (ibid.).

Oakley (2000) izpostavi mit o materinstvu, ki pravi, da otrok potrebuje mater, da mati potrebuje otroka in da je materinstvo največ, kar lahko ženska doseže v svojem življenju, saj se samo s tem lahko potrdi kot ženska. Z drugimi besedami, biti mora mati, saj mati potrebuje otroka in otrok potrebuje mater.

Stermecki (2005, str. 111) mit o materinstvu predstavi drugače kot Oakley, saj ugotavlja, da verodostojnost mita o materinstvu izhaja iz zgodnjih procesov socializacije ženske spolne vloge, kar pomeni, da je materinstvo usoda vsake ženske, in iz psihoanalitične teorije, ki kulturi daje psevdoznanstveno oporo, ki dokazuje, kako pomembna je vloga matere, saj naj bi bilo materinstvo ključno za psihosocialni razvoj ženske. Taka ideologija materinstva ženskam vsiljuje popolno predanost družini, zanikanje drugih želja ter ustvarja jezo, frustracijo in nezadovoljstvo. Feministke pravijo, da taka predstava materinstva ženske le omejuje.

Vendar pa Alenka Švab (2001, str. 96) opozarja, da je ženska prek materinske vloge zaradi svoje reproduktivne funkcije subjekt, ki je ujet med naravo in kulturo. Njena biološkost je torej družbeno definirana, njena družbenost pa biološko determinirana. Materinska vloga v družbi ni naravna v smislu živalskosti in nagonskosti, temveč je njena naravnanost družbena.

Jogan (2001, str. 30–31) na drugi strani navaja, da je ženska po naravi določena in ustvarjena za ženo, mater in gospodinjo, kar je njena naravna socialna vloga. Materinstvo je njena najpomembnejša socialna vloga, saj mati ni samo roditeljica otrok, temveč je tudi njihova rednica in vzgojiteljica. Žena, ki hoče biti dobra mati, mora stalno živeti s svojimi otroki ter duhovno in telesno skrbeti zanje.

Zaviršek (1994, str. 26) pojasnjuje, da so družbena pričakovanja usmerjena v spodbujanje rojstev, saj se materinstvo pojmuje kot prioritetni del ženske identitete, zaradi česar se drugim dejavnostim in interesom pripisuje drugotni pomen.

Materinstvo je v družbi dvojno obravnavano, saj je, kot navaja Jogan (1986, str. 19), materinstvo najprej sredstvo človekovega obvladovanja narave in kasneje posledica greha, ki jo nase prevzame ženska.

2.2 Vloga matere v družini

Tradicionalno najpomembnejša vloga ženske je, da skozi materinstvo posreduje kulturo, saj je poleg tega, kot zapiše Kitzinger (1994, str. 22), da ženska otroke rodi, v glavnem odgovorna tudi za njihovo nego, ko so še dojenčki, včasih pa tudi mnogo dlje. Je prvi in najpomembnejši vir, ki otroku predstavi svet in ga pouči o osnovnih razlikah v vlogi spolov, kar pogosto dela povsem podzavestno.

Mnoge ženske so prepričane, da bo materinstvo izpolnilo njihov občutek ženske identitete in potrebo po povezanosti z drugimi ljudmi ter potrebo po skrbi za druge. Kot navaja Zaviršek (1994, str. 27–29), ženske upajo, da bodo v procesu negovanja otroka in v partnerstvu dobile ljubezen in potrditev. V zahodnoevropskih kulturah se med razvojem deklice identificirajo z materami in rastejo z razumevanjem, da je vloga matere del ženske identitete. Ideologija materinstva skriva v sebi sporočilo, da je življenje brez biološke matere nekaj usodnega, s čimer je povezana tudi ideologija idealne matere.

Popolna mati, kot jo opisujeta Murphy in Rosenbaum (1999), je poročena z očetom otroka, ki ga ljubi in on ljubi njo, nosečnost je pametno načrtovana, med nosečnostjo je zdravo hrano ter se izogiba stresu in nezdravim aktivnostim. Ko je njen otrok rojen mora, živeti samo zato, da lahko skrbi za svojega otroka in vse dela za dobro družine. Taka ideologija matere je danes zelo prisotna v ženskih mislih. Vendar pa mati, zasvojena s prepovedanimi drogami, tega opisa ne izpolnjuje, saj nosečnosti ni načrtovala ter se med nosečnostjo ne prehranjuje zdravo in poskuša svojo zasvojenost uskladiti z njeno novo družbeno vlogo biti mati.

V svoji raziskavi Murphy in Rosenbaum (1999) ugotavljata, da materino uživanje prepovedanih drog predstavlja grožnjo stabilnosti družine in s tem zavračanje tradicionalne vloge materinstva. Svoje otroke postavi v nevarnost s tem, ko daje prednost drogi. Pričakuje se, da bo ženska, zasvojena s prepovedanimi drogami, prevzela tradicionalno vlogo matere, kar pomeni, da bo skrbela za otroka. Vendar pri ženskah, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami, postane zasvojenost polni delovnik, v katerem včasih ni časa za skrb otroka, ker je potreba po drogi tako velika. Spoznajo, da bo za njihovega otroka bolje poskrbljeno nekje drugje, zato se odločijo dati otroka v rejništvo ali posvojitev. Počutijo se krive, ker dajejo prednost svoji karieri uživalke drog namesto vlogi matere.

2.3 Nosečnost in zasvojenost

Noseča ženska, zasvojena s prepovedanimi drogami, v družbi velja za deviantno, saj bi se lahko reklo, da je njeno telo dvojno okuženo. Kot navaja Ettore (2007, str. 39–40), je najprej okužena zaradi jemanja prepovedanih drog, zaradi česar je okužbi izpostavljen tudi otrok v njeni maternici. Zato je sama označena kot potencialna morilka, ki posredno škoduje še svojemu nerojenemu otroku.

V svoji raziskavi Murphy in Rosenbaum (1999) ugotavljata, da je večina žensk, zasvojenih s prepovedanimi drogami, zanosila nenačrtovano in nepričakovano. Večina je otroka obdržala, nekatere pa so splavile, ker niso bile pripravljene prevzeti vloge materinstva. Ob ugotovljeni nosečnosti žensko preplavijo mešana čustva (krivda, strah, upanje na boljše življenje). Na podlagi izgubljene menstruacije ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, verjamejo, da ne morejo zanositi, saj menijo, da droga povzroča neplodnost. Večina prve znake nosečnosti pripiše abstinenčnemu sindromu, zato nekatere pozno odkrijejo nosečnost, ko splava ne morejo več narediti. Takrat so prisiljene sprejeti prihajajočega otroka. V zgoraj omenjeni raziskavi je le nekaj žensk načrtovalo nosečnost. Nosečnost jemljejo kot začetek novega življenjskega obdobja, kot možnost za spremembo načina življenja. Ko so izvedele za nosečnost, so vse začele skrbeti, da je njihovo uživanje drog že škodilo nerojenemu otroku. Pojavi se tudi strah, da bodo rodile otroka, ki bo zaradi uživanja drog utrpel hude telesne anomalije in druge težave v razvoju. Prisoten je tudi strah glede njihove okuženosti s hepatitisom, saj se lahko prenese na otroka. Veliko žensk novo nosečnost doživlja kot možnost, da popravijo stare napake, še posebej, če so nad katerim izmed svojih otrok izgubile skrbništvo ali so imele splav. Ponovno dobijo priložnost biti dobre matere in upajo, da jim bo sedaj uspelo. Njihova odločitev, da ne splavijo, lahko izvira tudi iz krivde in obžalovanja nad

predhodnimi splavi. Same nosečnosti se bojijo predvsem zaradi posledic uživanja drog, ki naj bi jih otrok imel. Med nosečnostjo morajo poslušati očitke, da morajo prenehati uživati droge, če želijo roditi zdravega otroka (ibid.).

Kot pišeta Murphy in Rosenbaum (ibid.), se ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, v nosečnosti srečujejo s finančnimi težavami, saj so nezmožne opravljati delo v takšnem obsegu kot pred nosečnostjo. Prostitucija nekaterim uživalkam drog predstavlja vir dohodka za preživetje, a se ta z nosečnostjo zmanjša. Ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, doživljajo ponižanje s strani drugih uživalcev drog, preprodajalcev in potencialnih strank. Nosečnost jim predstavlja tudi težave pri kupovanju droge, saj jim preprodajalci ne želijo prodati droge ali pa jih zmerjajo. S tem postanejo še bolj odvisne od partnerja, saj jim mora partner nabavljati drogo.

Krek in Mišigoj - Krek (1999) pojasnjujeta, da običajno nosečnice, ki uživajo droge, ne povedo zdravnikom, da so zasvojene, kar pa zdravstvenemu osebju lahko oteži njihovo in otrokovo oskrbo. Nosečnica zelo težko prizna, da uživa droge, zaradi strahu pred okolico, ki bi jo moralno obsojala in izolirala.

V večini primerov nosečnost sama po sebi običajno ni dovolj močan motiv, da bi ženska prenehala jemati droge, saj je, kot zapiše Kastelic (1999), zasvojenost od drog tako huda kronična bolezen, da samo volja in vzdržnost ne zadostujeta. Nekaterim ženskam uspe med nosečnostjo vzpostaviti abstinenco ali pa vsaj zmanjšati jemanje drog, kar pa povečuje možnost težav v nosečnosti in pusti posledice na nerojenem otroku.

2.4 Vpliv droge na nerojenega otroka

Kot opisuje Auer (2001, str. 55), je odtegnitveni sindrom posledica pasivne izpostavljenosti ploda opioidom, ki jih je mati uživala v času nosečnosti. Odtegnitveni sindrom je odvisen od materinega in otrokovega metabolizma ter od vrste, količine in kombinacije drog, ki jih je mati nazadnje uporabila. Otrok ima lahko motnje dihanja in srčnega utripa, prisotni so lahko razdražljivost, jok, bruhanje in motnje hranjenja. Otroci mater, ki so jemale metadon, imajo nižjo poporodno težo kot otroci mater, ki niso jemale nobene droge. Otroci zasvojenih mater so bolj nemirni, veliko jočejo, imajo motnjo pozornosti, počasneje napredujejo v motoričnem razvoju in počasneje pridobivajo težo.

Cetin - Lovšin (2006) navaja, da droge, ki so prisotne v materinem krvnem obtoku, prehajajo skozi posteljico na plod. Matere, zasvojene s prepovedanimi drogami, imajo tvegano življenje, saj so izpostavljene slabši prehranjenosti, slabim socialnim razmeram, okužbam in učinkom drog na nerojenega otroka, posledice česar so lahko prezgodnji porod, rojstvo otroka z nižjo porodno težo in intrauterine okužbe (hepatitisa B in C, HIV).

Dobrinj (2006) navaja, da približno 60–90 % otrok, ki so izpostavljeni drogam, razvije neonatalni abstinenčni sindrom, vendar le 50–75 % otrok potrebuje farmakološko zdravljenje. Terapijo najpogosteje potrebujejo novorojenčki, ki so bili izpostavljeni metadonu.
Začetek, trajanje in intenziteta neonatalnega abstinenčnega sindroma so odvisni od vrste drog, časa, doze zadnjega uživanja in hitrosti metabolizma droge pri novorojenčku. Znaki neonatalnega abstinenčnega sindroma se običajno razvijejo v prvih dveh urah življenja (ibid.).

Cetin - Lovšin (2006) opisuje, kakšni so znaki neonatalnega abstinenčnega sindroma otroka. Ti znaki se kažejo v centralnem živčnem sistemu (nespečnost, razdražljivost, cvileč jok, pojačan Morojev refleks, krči), na dihalih (povečana frekvenca dihanja, dihanje z nosnimi krili, kihanje, zamašen nos) in v avtonomnem živčnem sistemu (povišana telesna temperatura, znojenje, težave pri sesanju, bruhanje, driska). Težave se pojavijo pri 60 % novorojenčkov, ki so bili izpostavljeni opiatom.

Krek in Mišigoj - Krek (1999) poudarjata, da je po rojstvu otrok prikrajšan za mnoge stvari, ki bi mu jih mame lahko nudile. Največkrat se pojavijo problemi s prehrano novorojenčka, saj denarja primanjkuje, ker mama večji del denarja potrebuje za nakup droge. Mati otroku ne namenja dovolj pozornosti, saj se njeno življenje vrti okrog droge.

Ruiz (2007, str. 364–365) zapiše, da je nosečim ženskam, zasvojenim s prepovedano drogo, treba zagotavljati celovito multidisciplinarno prenatalno oskrbo, s pomočjo katere se lahko zmanjšata obolelost in smrtnost pri materah, zasvojenih s prepovedano drogo, in njihovih potomcih. Noseče ženske, zasvojene s prepovedano drogo, so ogrožene in morajo prejemati celovito oskrbo. Socialne službe morajo materam, zasvojenim s prepovedano drogo, nuditi pomoč na domu, pomoč pri negi otroka, prehransko svetovanje, pomoč pri pravnih zadevah in osebnih stiskah. Poudarek mora biti na krepitvi starševske vloge. Socialna in zdravstvena podpora se ne smeta končati z odpustom iz bolnišnice, temveč se morata še naprej nadaljevati z rednimi hišnimi obiski.

2.5 Stigma mater, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami

Študija Ann Oakley (v Zaviršek, 1994, str. 29) je pokazala, da večina žensk občuti materinstvo kot začetek nečesa novega, čemur se pridružita tudi psihična in čustvena izčrpanost, ki ju imenujemo tudi poporodna depresija.

Kot opisuje Hughes (v Kvaternik Jenko, 2006, str. 34), se žensko, zasvojeno s prepovedanimi drogami, označi kot bolnico, zaradi česar ne zmore opravljati vloge matere in za to ne prevzame odgovornosti. Tako poimenovanje žensk, zasvojenih s prepovedanimi drogami, služi kot opravičilo za neodgovornost do dela in drugih obveznosti, saj drugače predstavljajo grožnjo družbenemu redu – tako pa se zavaruje družbeni red in deviantnost obdrži pod nadzorom.

Matere, zasvojene s prepovedanimi drogami, so zelo stigmatizirane, saj se morajo soočiti z dvojno stigmo, nastalo zaradi mitov, ki so se razvili okoli ženske kot uživalke drog prek patriarhalnih odnosov v zahodni družbi. Kot opisuje Ettore (2007, str. 50–52), so ženske obsojene, ker uživajo droge, če pa so še noseče, so neodgovorne in nesposobne biti matere, kaj šele biti dobre matere. Biti zasvojena mati je najmanj cenjena vloga tako na sami družbeni lestvici kot na hierarhični lestvici uživalcev prepovedanih drog, na kateri imajo ženske že tako najnižje mesto. Same se trudijo v ospredje postaviti svojo vlogo matere z namenom, da bi vlogo uživalke potisnile v ozadje. Tako morajo za vlogo matere narediti veliko več, kot če drog ne bi uživale. Tudi na samopodobo ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, zelo vpliva mit matere, ki naj bi bila vsemogočna, altruistična oseba, ki ne dela napak. Zaradi tega mita zasvojene matere doživljajo svojo vlogo matere kot vlogo, ki je ne zmorejo opravljati, čutijo se nesposobne, saj zaradi uživanja drog za svojega otroka ne skrbijo dobro (ibid.).

3 ZASVOJENOST

Kot navajajo številni avtorji, na primer Flaker (2002), Kastelic (2004), Polajner (2006), Ramovš (2001) in Rozman (2013), obstajajo različne definicije zasvojenosti in prav vsaka definicija lahko prispeva k boljšemu razumevanju življenja uživalk drog. S pomočjo tipologije uživanja drog lahko bolje spoznamo in razumemo navade uživalk drog. Vzroki uživanja so
večplastni in zajemajo način življenja, družino, vzgojo in celotno družbo.

3.1 Zasvojenost z nedovoljenimi drogami

Obstajajo različne definicije zasvojenosti z drogami, ki omogočajo razumevanje zasvojenosti. Leta 2011 je strokovna institucija ASAM (American Association of Addiction Medicine) sprejela novo definicijo zasvojenosti, ki omogoča lažje razumevanje zasvojenosti in njeno zdravljenje ter vse posledice, ki so s tem povezane. Opisujejo, da je zasvojenost bolezen, saj gre za motnjo v delovanju možganov. Rozman (2013, str. 23) opisuje, da je za zasvojenost značilno, da je oslabljena sposobnost nadzora nad vedenji, hlepenje po omami, nezmožnost trajne abstinence, zmanjšana zmožnost prepoznavanja resnih težav v vedenju posameznika in medosebnih težav ter disfunkcionalno čustveno odzivanje.

Flaker (2002a, str. 21) v svoji monografiji Živeti s heroinom trdi, da sta na področju drog potrebna konceptualna jasnost in precizno izražanje. V njegovem besedilu zasvojenost pomeni uzrto in artikulirano odvisnost, ki jo spremljata hlepenje po drogi in jasno prepoznavanje abstinenčne krize. Flaker (ibid.) v knjigi povzema Lindesmithovo pot iskanja splošne definicije zasvojenosti. Ta je ugotovil, da je telesna odvisnost preohlapen in nezadosten pogoj za definicijo zasvojenosti. Taka definicija namreč izključuje tiste, ki so zasvojeni, a v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti (npr. narkoman v zaporu, ki se takoj po izpustitvi spet vrne k zasvojenosti), vključuje pa tiste, ki so telesno odvisni, vendar ne hlepijo po drogi (npr. bolnik, ki za lajšanje bolečin prejema morfij). Prav želja ali bolje rečeno hlepenje je specifično za zasvojene uživalce. Lindesmith (ibid.) navaja, da človek postane zasvojen z drogo, ko doživi abstinenčne težave in jih kot take konceptualno prepozna, se tako nauči hlepeti po drogi in s ponavljanjem te izkušnje pridobi stališča in vedenje zasvojenca. Zasvojenost je torej konceptualni proces, ki je družbeno posredovan.

Kastelic (2004, str. 120) sindrom zasvojenosti določi, ko se povežejo fiziološki, vedenjski in kognitivni dejavniki, ki enoznačno opredeljujejo bolezen odvisnosti. Osnovna opisna značilnost je želja (običajno močna ali prevladujoča), da bi posameznik užil psihoaktivno snov, ki ponavadi prehaja v potrebo, prisilo. Posameznik večinoma ne more nadzorovati želje po količini, pogostosti vnosa in opustitvi uživanja droge. Ko poskuša opustiti drogo, se lahko pojavijo abstinenčne težave, ki so lahko telesne ali duševne narave ali pa oboje.

Rozman (2013, str. 21) razlaga, da je zasvojenost bolezen volje, saj se pod njenim vplivom sposobnost človeka za uveljavljanje svobodne volje bistveno zmanjša in se ni sposoben ustaviti. Značilno je, da zasvojeni svoje vedenje ponavljajo, čeprav se zavedajo, kako jim škodi. Zaradi tega drugi ljudje mislijo, da so zasvojeni preleni ali moralno prešibki ljudje, ki se nočejo odreči svojim užitkom na račun trpljenja svojcev.

Na drugi strani Ramovš (2001, str. 61–62) zasvojenost poimenuje kot umetno škodljivo potrebo, ki se razvija postopoma, s privajanjem na psihoaktivno snov, na obliko vedenja (igre na srečo) ali na doživljanje resničnosti (sovražnost do nekoga). Kot umetno potrebo jo opisuje, ker gre za nekaj, kar človeku po naravi ni potrebno. Kot škodljivo pa zato, ker se njene kvarne posledice kažejo v vseh človekovih razsežnostih, tako telesnih ali biofizikalnih, duševnih, katerih dejavnosti so zavestne ali nezavedne, duhovnih, medčloveških, zgodovinsko-kulturnih, bivanjskih kot tudi volji do smisla življenja.
Na človekovo zasvojenost je treba gledati kot na celoto in se ne opirati zgolj na posamezen vidik zasvojenost. Kot navaja Polajner (2006, str. 47–48), celosten pristop vključuje: biološko-kemični, psihološko-osebnostni, doživljajski, družinsko-odnosni in duhovno-ontološki vidik ter vidik duševnih ran oziroma težjih travm:

- biološko-kemični vidik zasvojenosti: navadno ga opisujejo kot primarne motnje v nevrotransmitornih prenosih dopamina in endorfina. Taka motnja povzroča potrebo po drogi, in obratno, tudi droga lahko primarno povzroča motnje v nevrotransmitornih prenosih in tako tvori biokemični začarani krog naraščanja potrebe po drogi;
- vedenjski vidik zasvojenosti: gre za krivdno vedenje, saj je uživanje nedovoljenih drog družbeno nespremenljivo vedenje, za katerega se človek čuti krivega in ga je sram, kar pa povečuje potrebo po omami, za katero je potrebna droga;
- psihološko-osebnostni – doživljajski vidik zasvojenosti: zajema čustvene motnje in stiske, osebnostne značilnosti, ki potencirajo verjetnost uživanja drog (plahost, preobčutljivost, nizko samospoštovanje itd.);
- družinsko-odnosni vidik zasvojenosti: gre za odsotnost pristnih odnosov oziroma za čustveno zanemarjanje in patološko pretiravanje pri zaščiti ali prilaščanju otroka;
- družbeno-vrstniški vidik zasvojenosti: gre za negativni socialni pritisk vrstnikov, zlasti danes, ko je uživanje drog med mladimi moderno in ko se mladim zdi, da morajo imeti »izkušnjo z drogo«;
- družbeno-odnosni vidik zasvojenosti: vključuje dve družbeni nasprotji, po eni strani izločanje krhkih oseb in zasvojenih članov družbe, ki najbolj potrebujejo pomoč (npr.

odpor do ustanavljanja komun, zavračanje vsake drugačnosti itd.), ter po drugi strani izkoriščanja in prefinjene oblike nasilja nad posamezniki (npr. z agresivnimi reklamami, s plitvo potrošniško mentaliteto, z nečloveškimi delovnimi razmerami itd.);

- duhovno-ontološki vidik zasvojenosti: zajema razsežnosti, kot sta stalna ontološka napetost med dobrim in slabim v človeku (s tega vidika je človekovo normalno stanje stalna ontološka napetost in ne notranji mir) ter ontološki pritisk človekove poklicanosti in ustvarjalnosti.

Rozman (2013, str. 42) poudari, kako na razvoj zasvojenosti vplivajo različni dejavniki, ki se kažejo na biološki, psihološki, družbeni in duhovni ravni: biološka okvara v delovanju in strukturi možganov, zloraba mamil ali ponavljanje drugih oblik zasvojenskega vedenja, nagnjenost k samoslepljenju in sanjarjenju, težave v medčloveških odnosih ter razpad družinskih in prijateljskih vezi, izpostavljenost travmi ali stresnim okoliščinam, izkrivljanje pomena, namena in vrednot, ki vplivajo na posameznikov odnos, mišljenje in vedenje, izkrivljenje odnosa do sebe, drugih in sočasne psihiatrične motnje pri osebah, ki uživajo droge.

Vendar pa Goffman (v Tominec, 2015, str. 51) navaja, da odločilnega pomena nimajo samo farmakološke lastnosti substanc in psihološke značilnosti uživalca, temveč pomembno mesto zavzemajo socialne okoliščine uživalca, načini uživanja droge in oblike socialnega odziva na uživanje določene substance. V tem smislu upad družbenega delovanja osebe ni nujno neizogiben ali naravni izid zasvojenosti, temveč je socialna ureditev. Vzroki problemov, povezanih z uživanjem substanc, niso v osebi sami, temveč izvirajo iz medsebojne povezanosti med osebo in njenim življenjskim okoljem.

Ženskam, zasvojenim s prepovedanimi drogami, uživanje drog ni edina družbena vloga, saj so, kot opisuje Milivojevič (2013, str. 84–85), vpete v različne družbene vloge, v katerih so bolj ali manj uspešne. Svoje uživanje drog lahko prikrijejo s pomočjo drugih družbenih vlog, vendar pa sčasoma začnejo igrati zgolj eno družbeno vlogo (vlogo uživalke droge), od katere postanejo tudi zasvojene. Celotno svoje življenje organizirajo na podlagi jemanja droge, o čemer pa odločajo njihova osebnost in socialne okoliščine. Uživalka drog postane socialno odvisna od droge, ko svojim družbenim vlogam doda vlogo uporabnice drog. Čim več časa uporabnica preživi v tej vlogi in zanemari druge vloge (opusti šolo, ločitev, brezposelnost),

bolj se okrepi njena socialna zasvojenost z drogami.

Auer (2001, str. 8–9) navaja, da ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, spremljajo različni življenjski dogodki (konflikt med starši, razpadanje družin, odtujenost od soljudi, osamljenost), zaradi česar so se primorane soočiti z reševanjem različnih problemov, ki so posledica teh dogodkov in vplivajo na razvoj njihove zasvojenosti, ki se ne more nadzorovati. Pri reševanju problemov se znajdejo v stiski in edini izhod vidijo v drogi, saj jim ta omogoča kratek pobeg iz realnosti.

3.2 Ženske kot uživalke drog

Zasvojenost žensk je pogosteje poimenovana kot socialni problem, saj se, kot opisuje Ettore (2007, str. 22), nanaša predvsem na destabilizacijo družinskih razmer (problemi v družini, spolna zloraba, travma). Njihova zasvojenost je najpogosteje odgovor na psihološki stres, ki je povezan z odnosi, občutki napetosti in stresom v vsakdanjem življenju.

Ženske razne zunanje pritiske, kot so težave na delovnem mestu ali težave, ki jih imajo kot matere, dojemajo kot posledico lastne nesposobnosti. Kanduč (2006, str. 27–29) pojasnjuje, da je posledica takega razmišljanja tradicionalna in stereotipska predstava žensk o sebi kot ženski in materi.

Večinoma na uživanje droge pri ženskah vplivajo psihološki oziroma notranji in zunanji dejavniki (ibid.):

- odnos s partnerjem, saj partner igra ključno vlogo pri začetkih jemanja droge;
- depresija je motnja, ki prizadene več moških kot žensk. Ženske so dovzetnejše za to motnjo zaradi kombinacij bioloških, genskih, psiholoških in družbenih dejavnikov, kot so hormonske spremembe in konflikti med družbenimi vlogami, ki jih igrajo;
- kakovost odnosov s pomembnimi drugimi (starši, partnerjem);
- spolne zlorabe, fizično in psihično nasilje.

Zasvojena ženska je dvojno stigmatizirana: ker je zasvojena in ker je ženska, ki je uživalka drog. Zaviršek (1992, str. 51–52) opisuje, da je zasvojenost žensk neopazna in nemoteča, saj gre najpogosteje za uživanje legalnih drog, kot so alkohol in tablete.

Ti dve substanci namreč ne motita družbeno konstruiranih podob o ženski. Zasvojenost s tabletami je tipična ženska zasvojenost. Njihova tiha zasvojenost s tabletami je povezana s pričakovanimi socialnimi vlogami, ki jih družba naslavlja nanje. Povezana je s socializacijo, ki vpliva na njihovo kasnejše obnašanje do zdravja in ravnanja v življenjskih stiskah. Pogosto je posledica zlorab v otroštvu ali v partnerskem odnosu ter spolnega nasilja. Za uživalko ilegalnih drog je značilno, da je najpogosteje povsem odvisna od moških: od prekupčevalcev z drogami, lastnikov lokalov do policistov. Vse te skupine moških izvajajo različne vrste nadzora in moči: politično (policisti in sodniki), psihično in fizično (zvodniki), ekonomsko (lastniki lokalov, kjer se prostituirajo) in potrošniško (klienti). Nekatere postanejo uživalke drog zato, ker jim te pomagajo preživeti pri prodajanju seksualnosti, druge pa se začnejo prostituirati, da pridejo do droge.

Stigma zasvojenih žensk ni le dvojna v smislu spola in uživanja drog, kot navaja Ettore (2007, str. 40–41), je celo trojna, saj so nosečnice in matere uživalke drog nemoralne, spolno nediskretne in neprimerne oskrbovalke družine. Jemanje drog pomeni za konstrukt ženske in matere kot oskrbovalke družine žalitev, saj so videne kot nekdo, ki ne skrbi dovolj dobro zase in posledično ne more dovolj dobro skrbeti za druge. Njihova maternica je umazana in so sramota tako za ženske kot za celotno družbo. Tako je uživalka droge v očeh družbe predstavljena kot ženska, ki ne zmore samokontrole in nad svojim življenjem nima nadzora.

Zasvojenost z zdravili, ki jih ženski predpiše zdravnik, je družbeno sprejemljiva, saj se dogaja pod zdravnikovim nadzorom. Hughes (2007, str. 22) navaja, da je odklonsko vedenje, ko ženska droge jemlje po svoji volji. Kvaternik (2006) pojasnjuje, da status bolnika zahteva, da bolnik spozna svoje stanje kot odklonsko, zaradi česar se mora odpovedati določenim pravicam, ki pripadajo zdravim osebam. Posledica je odpoved svojemu običajnemu življenjskemu slogu.

Zaviršek (1994, str. 181) opiše ženski socializacijski vzorec, ki prinaša štiri temeljne značilnosti, ki vplivajo na razvoj zasvojenosti:

- posameznica se prilagaja potrebam drugih ljudi;
- ženska postavlja potrebe drugih ljudi pred lastne potrebe;
- nizka samozavest ženske preprečuje, da bi iskala prostore, v katerih bi lahko zadovoljila lastne potrebe, ter išče krivdo za stvari, ki gredo narobe;
- ženskam je prepovedano izražati jezo, kar pomeni, da se v določenih situacijah ne

naučijo odkrito izraziti svoje jeze, temveč dobijo občutek nesposobnosti in strahu.

3.3 Posledice zasvojenosti

Grebenc (2003, str. 59–60) opisuje, da vsako uživanje droge povzroči škodo na socialnem, osebnem, formalnopravnem in zdravstvenem področju. Ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, so v družbi stigmatizirane in podvržene negativnemu stereotipiziranju, kar je posledica nizke samopodobe in obremenjenih ali izgubljenih medosebnih odnosov s prijatelji, družino in sodelavci. Zaradi neurejenih družinskih razmer so primorane poiskati pomoč v materinskih domih, kjer bi se lahko skupaj z otrokom zatekle v varen prostor, tam pa bi si lahko postopoma urejale svoje življenje. Vendar pa jih pričaka negativen odgovor, saj njihova zasvojenost izstopa pred njihovo stisko. Dodatno stigmatiziranje se pojavi pri oddajanju vloge za denarno socialno pomoč, saj obstaja prepričanje, da celotno denarno socialno pomoč porabijo za drogo, čeprav pri vseh ni tako. Vse te negativne izkušnje še dodatno pripomorejo k nizki samozavesti, zaradi česar se vdajo v svojo usodo. Formalnopravna škoda je, ko že sami zakoni posedovanje manjših količin droge definirajo kot prekršek, nabavo in prodajo pa kot kaznivi dejanji, s čimer se ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, zaradi svoje zasvojenosti redno ukvarjajo. Zaradi tega so zabeležene v policijskih kartotekah in imajo opravka s sodiščem ter preživijo nekaj časa tudi v priporu ali zaporu, kar vpliva na njihovo nadaljnje življenje. Vse to oteži iskanje nove zaposlitve in stanovanja. Ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, so predvsem ekonomsko izčrpane in se lahko soočajo s številnimi okoliščinami, ki lahko poslabšajo njihovo življenje. Zaradi tega se namreč neredno in nezdravo prehranjujejo, nimajo zdravstvenega zavarovanja, imajo nezaščitene spolne odnose, ne poznajo dovolj dobro vseh drog, imajo napačno predstavo o uživanju drog, si z drugimi uživalci drog delijo pribor, kar pa pusti škodljive posledice na zdravju, na primer predoziranje, okužbe, poškodbe in nesreče (ibid.).

Ena izmed posledic zasvojenosti je stigmatizacija, ki je pri ženskah še bolj izpostavljena. Flaker (2002a, str. 98) govori o tem, da je stigma interakcijski pojem in posledica stereotipiziranja družbenih interakcij. Stigma je oznaka, ki človeka diskreditira. Stigmatiziran je človek, ki ne izpolnjuje pričakovanj, ki jih do njega imamo, ker ni tisto, kar zanj predpostavljamo, da je. Zato je ženska stigmatizirana, ker je zasvojena s prepovedanimi drogami in ne more izpolnjevati družbene vloge biti mati. Kot navaja Goffman (v Flaker, 2002a, str. 98), gre za neskladje med virtualno in dejansko identiteto ter tistim, kar se pokaže, da dejansko je. Če so atributi dejanske identitete globoko diskreditirajoči, posameznika

napeljemo na to njegovo posebnost, ta redukcija pa postane glavno razlagalno orodje za njegova dejanja in razumevanje njegove identitete.

Goffman (2008, str. 13) pojasnjuje, da pojem stigma in njegovi sinonimi skrivajo v sebi dvojno perspektivo: stigmatizirani posameznik bodisi domneva, da je njegova različnost že znana ali takoj očitna, ali pa, da je prisotni ne poznajo, niti je ne morejo takoj opaziti. V prvem primeru imamo opraviti s težavnim položajem diskreditirane osebe, v drugem pa take, ki jo je mogoče diskreditirati.

Flaker (2002a, str. 99) opisuje, da stigmatizirani te procese po eni strani doživlja kot krivico, saj se mu njegova posebnost ne zdi tako vseobsegajoča, po drugi strani pa tudi sam prevzema tak pogled nase. Pomemben vidik stigme je, da stigmatizirajoči meni, da stigmatizirani nima več podobnega položaja kot on sam. To nelagodje lahko »normalni« upravljajo na več načinov, na primer, da se vedejo, da je stigmatizirani boljši kot čutijo, da je, da je slabši kot čutijo, da je, ali ga preprosto prezrejo.

Posameznik, zasvojen s prepovedanimi drogami, se s stigmo srečuje na različnih življenjskih področjih, ki jih v nadaljevanju povzemam po Flakerju (2002, str. 99–156):

- delo in stigma: uživalec drog lahko postane grešni kozel v svojem delovnem okolju zaradi svoje stigme in je primerna tarča, saj ga njegova stigma posplošuje in hkrati zaznamuje. Veliko uživalcev drog pa tudi ne zmore obdržati službe, ker si tega ne želijo, ali pa zato, ker ne zmorejo opravljati dela v takem stanju. Zaradi neustrezne izobrazbe in stigmatiziranosti uživalcem drog pogosto ponujajo slabo plačana dela. Slabo plačane službe, ki so na voljo uživalcem drog, so v popolnem nasprotju z vsotami denarja, ki gredo skozi roke uživalca. Uživalci drog so tako prisiljeni sprejeti tudi ilegalne in pollegalne zaposlitve (preprodaja, beračenje, prevare, prostitucija, kraja). Delovno okolje je okolje, ki je najbolj občutljivo za stigmo uživanja droge in najpogostejši vzrok za prikrivanje stigme, saj je po eni strani v primerjavi z družinskim, vrstniškim ali javnim okoljem bolj nadzorovano, tako da se stigma bolj pokaže, njene posledice pa so bolj določene;
- stanovanjski problem: velika večina uživalcev drog nima hudih stanovanjskih problemov. Večina jih živi v svojih lastnih ali najetih stanovanjih, vendar pa lahko ob ločitvi, neplačilu najemnine ali motenju sosedov ostanejo brez stanovanja. Stanovanjska stiska pomembno vpliva na destruktivni izid kariere, verjetno še bolj kot

droga sama;

- stigma v družini: uživalci drog lahko s svojimi starši stike ohladijo ali pretrgajo, saj jih starši ne podpirajo in jih obsojajo, vendar pa jih nekateri tudi podpirajo in jim skušajo pomagati. Uživalci drog večinoma ostanejo v stikih z ožjimi sorodniki, s širšim sorodstvom pa stike prekinejo. Čeprav je glavni protagonist drame uživalec droge, pa je drama predvsem stvar staršev in izhaja iz njihove stiske. Doživljanje stiske je sestavljeno iz: skrivanja in pretvarjanja (povzroči napetost med starši in otroki, ki ustvari ozračje nezaupanja in izogibanja), kriminalizacije (droga je prekršek), krivde in sramu (uživanje droge je moralni prekršek, kar izzove strah in tesnobo pred tem, kakšna bo družbena reakcija), majhnih kraj, neodobrenih posojil in drobnih goljufij, kar ustvarja nezaupanje med družinskimi člani in vnaša nelagodje v vsakdanje življenje;
- stigma med prijatelji in v neformalnih odnosih: uživalci drog, zlasti tisti, ki so globoko v karieri, pogosto izgubijo stike z vrstniki, ki ne uživajo droge. To je ena izmed glavnih socialnih posledic zasvojenosti. Izogibanje starim prijateljem je včasih posledica aktivne stigmatizacije. V nasprotju s formalnimi stiki sta v neformalnih stikih dokončnost in obstojnost stigme še toliko bolj opazni in moteči. Delovanje stigme je še toliko bolj presenetljivo in krivično, ker etiketiranje poteka tako hitro in pavšalno. Človek, ki je stigmatiziran, se sebi ne zdi tako radikalno drugačen, drugi pa delajo razliko. Ljudje, ki so pod udarom procesov stigmatiziranja, postanejo previdni in jih to potisne v obrambni položaj, kar privede do izogibanje stikov. Ko postane droga prioriteta, zaupanje in zanesljivost nista več temelj prijateljstva. Prijatelje izgubiš, ker jih, če uživaš droge, ne potrebuješ, in navezanost nima več tiste veljave, kakršno ima po navadi (ibid.).

3.4 Zasvojenost in spol

Med spoloma je možno opaziti največje razlike v stopnji zasvojenosti. Čeprav sta oba spola enako zastopana, moški pogosteje dosežejo stopnjo džankizacije. Kot opisuje Flaker (2002a, str. 254–255), je ta razlika posledica možnosti igranja različnih vlog, saj so ženske socializirane za igranje večjega števila vlog ter so bolj odporne in vtkane v socialno tkivo (npr. vloga matere, gospodinje) kot moški, katerih socializacija je usmerjena v poklic, to pa je pogosto edina vloga, ki naj bi jo v življenju zares igrali. Moška vloga je vloga proizvajalca in ta vloga je v postindustrijski storitveni družbi v krizi, kar otežuje procese moške identifikacije. V delitvi dela med spoloma so moški usmerjeni v poklic, ženske pa so bolj

povezane s teritoriji družbenega vzdrževanja stikov in mrež.

Lahko bi rekli, da so zahteve po normalnosti bolj izrazito uperjene v ženske kot v moške. Zato Zaviršek (1992, str. 52–54) zapiše, da so tudi vedenja, ki pri ženskah pomenijo odmik od družbeno priznanih norm, kamor lahko umestimo tudi uživanje prepovedanih drog, bolj sankcionirana. Zasvojenost z različnimi drogami ni določena le prek kulture, temveč tudi prek spolov. Stiske žensk in njihovo trpljenje so označeni kot posledica psihosomatskih motenj, različne zasvojenosti pa kot patološke.

Moški so družbeno dominantni in glavni akterji v kulturi uživanja drog, medtem ko so ženske podrejene in relativno pasivne. Kot razlaga Kendall (v Ettorre, 2007, str. 56), so moški tisti, ki zavzamejo vodilni prostor dominantnega uživalca drog, ženske pa so tarča družbenega besa in so videti krive.

Lovrenčič (2004, str. 206) s sodelavci v svoji raziskavi ugotavlja, da ni popolnoma jasno, zakaj moški v primerjavi z ženskami pogosteje posegajo po prepovedanih drogah. Nekateri strokovnjaki to utemeljujejo z večjim ponotranjenjem čustev in stresov pri moških na eni strani ter z večjo bojaznijo pred ožigosanostjo in kriminalnimi dejanji pri ženskah na drugi strani. Večina žensk, ki uživajo heroin, pogosto prvič poskusi drogo na pobudo partnerja. Strokovnjaki ugotavljajo, da ženske redkeje poiščejo pomoč in imajo ob vstopu v proces zdravljenja več težav (pridružene duševne motnje, druge zdravstvene težave, nižje samospoštovanje, izkušnjo s spolno zlorabo, slabši socialni in ekonomski status) v primerjavi z moškimi. Za ženske pa je v primerjavi z moškimi v večji meri značilno, da ob vstopu v proces zdravljenja uspešneje zaključijo ta postopek. Izsledki raziskav na področju problematike uživanja prepovedanih drog kažejo, da moški pogosteje uživajo prepovedane droge kot ženske. V povprečju naj bi bilo razmerje med moškimi in ženskami 3 : 1.

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je bilo leta 2016 med zasvojenimi 78 % moških in 22 % žensk (Ministrstvo za zdravje).

4 PROBLEM

Za raziskavo sem se odločila, ker sem v Varni hiši Stigma spoznala, da so matere, zasvojene s prepovedanimi drogami, socialno šibke in ranljive, saj se poleg svoje zasvojenosti srečujejo tudi z drugimi stiskami, kot so strah pred nosečnostjo, socialna izoliranost, nasilje, nestabilno

partnerstvo in brezposelnost. Zloraba prepovedanih drog pa seveda ne vpliva samo na mater, temveč tudi na otroka. Otrok, ki se rodi, je zasvojen in potrebuje drugačno nego, saj lahko kaže znake odtegnitvenega sindroma, ki je posledica pasivne izpostavljenosti ploda opioidom in drugim psihotropnim snovem, ki jih je mati uživala v času nosečnosti. Droge vplivajo na hormonsko stanje ženske in na sam potek nosečnosti. Nekatere raziskave so potrdile, da 70 % nosečnic, zasvojenih s prepovedano drogo, v času nosečnosti nima ustrezne nege in jih skrbi za nerojenega otroka (Krek, Mišigoj - Krek, 1999). V letu 2017 se je 11 otrok rodilo z abstinenčnimi znaki zaradi materine zasvojenosti z drogami (NIJZ).

V raziskavi sem želela ugotoviti, kako ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, doživljajo nosečnost in vlogo matere. Zanimalo me je, s kakšnimi problemi in stiskami se srečujejo med nosečnostjo ter kako se njihov odnos do zasvojenosti z nosečnostjo in rojstvom otroka spreminja. Želela sem izvedeti, kakšne oblike pomoči potrebujejo, da bi zmogle v svoji življenjski realnosti poskrbeti za otroka, in kakšno pomoč že dobivajo ter koliko so z njo zadovoljne. Želela sem tudi raziskati, kako je prišlo do rejništva in kako se ob tem počutijo, predvsem pa me je zanimalo, kako vzdržujejo stike z otroki in kakšen odnos imajo z njimi.

5 METODOLOGIJA

5.1 Vrsta raziskave

V raziskavi sem uporabila kvalitativno metodo, saj je kvalitativna raziskava tista, ki jo sestavljajo osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, in besedni opisi ter je obdelana na besedni način brez uporabe merskih postopkov, ki vsebujejo števila (Mesec, 2007, str. 11)

Raziskava je tudi empirična, ker sem podatke pridobila na novo in nisem uporabila zgolj obstoječe literature (Mesec, 2007, str. 84). Raziskava je prav tako eksplorativna ali poizvedovalna, saj sem se seznanila z doživljanjem materinstva pri ženskah, zasvojenih s prepovedanimi drogami, skozi njihova pripovedovanja.

5.2 Merski instrumenti

Za merski instrument sem izbrala vodila za polstrukturiran intervjuju, saj sem si vprašanja vnaprej pripravila, vendar sem si pustila odprte možnosti, da sem lahko intervjuvankam postavila tudi kakšno dodatno podvprašanje, ki je sledilo pogovoru. Trudila sem se, da so

vprašanja odprtega tipa in jasna. Opravila sem pet intervjujev.

5.3 Opredelitev enot raziskovanja

Populacijo za empirični del diplomske naloge predstavljajo ženske, ki so matere in so zasvojene s prepovedanimi drogami, ki so bile ali so še vedno vključene v program Varne hiše Stigma.

Iz populacije sem izbrala pet oseb, s katerimi sem opravila intervjuje. Vzorec je neslučajnostni priložnostni, saj enote v populaciji niso imele enakih možnosti, da pridejo v vzorec (Mesec, 1997, str. 153). Starost sogovornic je bila 39, 37, 33, 21 in 37 let. Njihovi otroci so bili stari od enega meseca do petnajst let. Tri sogovornice so bile vključene v Varno hišo Stigma, dve pa živita v podnajemniškem stanovanju.

5.4 Načrt zbiranja podatkov oziroma empiričnega dela

Pri raziskavi sem uporabila polstrukturiran intervju, saj sem že vnaprej pripravila vprašanja odprtega tipa. Z dogovori za opravljanje intervjujev sem začela v času 15. 5.–21. 5. 2016, pri čemer je bila lokacija prepuščena intervjuvankam – bodisi v Varni hiši Stigma ali kje drugje. Trije intervjuji so bili izvedeni v Varni hiši Stigma, dva pa v centru mesta Ljubljane.

Vsak intervju je trajal približno eno uro do uro in pol. Vsako uporabnico sem prosila za dovoljenje za snemanje, da bi intervjuje lažje zapisala. Vsi intervjuji so bili posneti in sem jih doma v celoti pretipkala. Intervjuje hranim v osebnem arhivu.

5.5 Obdelava in analiza podatkov

Podatke sem analizirala na kvalitativen način. Najprej sem morala opravljene intervjuje zapisati, saj sem pogovore snemala. Nato sem se lahko lotila obdelave podatkov. Relevantne dele besedila sem podčrtala in jih oštevilčila. Vsak intervju posebej sem označila s svojo črko (A, B, C, D, E) in vsaki izjavi pripisala zaporedno številko (npr. A1, A2, B1, C3, D4, E5). Nato sem za vsak intervju posebej oblikovala tabelo, v katero sem vnesla izbrane dele besedila oziroma izjave.

Nato sem vsaki izjavi pripisala vsebinsko ustrezne pojme, saj je odprto kodiranje postopek kategoriziranja in razvrščanja podatkov, v katerem posameznim delom besedila pripisujemo

pojme (Mesec, 2007).

Tabela 1: Primer vsebinskega kodiranja (celota je priložena v prilogi)

Zaporedna št. izjave	IZJAVA	POJMI	KATEGORIJA
A1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak sem hotela obdržati otroka, ker sem bila stara 25 let in sva si s partnerjem otroka želela.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
A2	Druga nosečnost pa je bila načrtovana in sem je bila zelo vesela, saj sem jo dolgo čakala …	Načrtovana nosečnost	NOSEČNOST
A3	Med prvo nosečnostjo nisem imela nobenih težav, ker sem komaj začela jemati droge in je šlo vse vame, ne pa v otroka.	Začetek jemanja drog	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
A4	Na metadonu sem imela isto dozo, ker je nisem hotela zmanjšati, da ne bi škodovala otroku – sem se pa drugih drog vzdrževala.	Stabilnost na substitucijski terapiji	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
A5	Med nosečnostjo sem se zelo dobro počutila in sem komaj čakala, da spoznam otroka.	Prijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
A6	Malo me je bilo strah, kaj bo z drugim otrokom, ker sem med nosečnostjo dlje časa že uživala metadon.	Skrb, da bo z otrokom kaj narobe	UŽIVANJE DROG MED NOSEČNOSTJO
A7	Med nosečnostjo nisem imela nobene stiske, ker sem se dobro počutila.	Dobro počutje	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
A8	S partnerjem sva se zelo dobro razumela in me je maksimalno podpiral.	Podpora partnerja	PODPORA
A9	Med nosečnostjo nisem imela nobenih problemov.	Brez težav	TEŽAVE V ČASU NOSEČNOSTI
A10	Sem imela veliko informacij, zato sem bila samo na metadonu, da sem čim manj škodovala otroku.	Informiranje o posledicah uživanja drog pri otroku	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
A11	Bila sem zelo vesela, ko sem ju videla.	Veselje	POROD
A12	Pri samem porodu nisem imela nobenih težav.	Prijetna izkušnja	POROD
A13	Z menoj so zelo lepo delali.	Pozitivna izkušnja	ZDRAVSTVENO VARSTVO
A14	Prvi otrok ni imel odtegnitvenega sindroma, ker takrat sem šele dobro začela uživati droge in sva šla že tretji dan domov.	Zdrav otrok	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
A15	Drugi otrok pa je imel odtegnitveni sindrom in sva bila tri tedne v bolnišnici, da so ga pozdravili in mu zmanjšali krizo.	Odtegnitveni sindrom	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
A16	Trenutno delam za Kralje ulice in delam, kar mi je všeč. Upam, da me bodo tudi zaposlili, ker vedno nekoga iščejo.	Zaposlitev	EKONOMSKI POLOŽAJ
A17	Potrebovala bi pomoč pri iskanju službe in stanovanja v svojem domačem kraju, da bi otroka dobila nazaj in bila spet z njima.	Stanovanje	EKONOMSKI POLOŽAJ

A18	Nočem biti več odvisna, ker imam dovolj tega, vendar mi metadon pomaga pri moji bolezni, ker mi uravnava zdravje, da sem stabilna in ne boleham.	Abstinenca	REJNIŠTVO
A19	Socialne delavke so mi pomagale po nosečnosti in kasneje pri rejništvu. Razložile so mi, kako poteka postopek rejništva, ter smo skupaj iskale rešitve za boljše pogoje življenja.	Pozitivna izkušnja	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
A20	Socialne delavke mi pomagajo skozi pogovore, svetovanje ter načrtovanje boljše prihodnosti, da bom lahko dobila otroke nazaj. Ko sem priznala, da sem zasvojena, smo skupaj prišli do sklepa, da dam otroka mami v rejništvo, da se grem lahko ozdravit od droge.	Podpora strokovnih delavcev	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
A21	Zelo sem zadovoljna s podporo socialnih delavk, zelo sodelujejo z menoj in mi želijo, da si čim prej uredim življenje in dobim otroka nazaj.	Podpora strokovnih delavcev	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
A22	Moji otroci so v rejništvu pri moji mami.	Rejništvo	REJNIŠTVO
A23	Dogovor je bil, da se grem »spucat« od metadona in po dveh letih bom lahko dobila svoja otroka. Pogoj je seveda, da si najdem službo, da bom lahko zanju skrbela.	Stabilizacija življenja	REJNIŠTVO
A24	Težko mi je, ker sem brez otrok, ampak upam, da ju bom kmalu dobila nazaj.	Skrbništvo nad otroki	REJNIŠTVO
A25	Z otrokoma se redno slišim, dvakrat tedensko, in ju zelo pogosto obiskujem.	Redni stiki	ODNOS Z OTROKOM
A26	Ko grem domov, najamem eno sobico, da smo lahko več dni skupaj, in takrat vsi skupaj zelo uživamo.	Kakovostno preživljanje skupnega časa	ODNOS Z OTROKOM
A27	Otroci razumejo, zakaj so pri babici, ker sem z obema zelo odkrita, še posebej s starejšim – vesta, da imam oziroma sem imela težave z drogami, ker ničesar ne želim skriti.	Odkritost glede svoje odvisnosti	ODNOS Z OTROKOM

Nato sem posamezne izjave, ki so se med seboj vsebinsko ujemale, združila v kategorije in jih razvrstila glede na določene teme in podteme. Izjave sem razvrstila v petnajst tem, ki povezujejo določene podteme.

Tabela 2: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije (celota v prilogi 3)

NOSEČNOST	
Nenačrtovana nosečnost	
A1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak sem hotela obdržati otroka, ker sem bila stara 25 let in sva si s partnerjem otroka želela.

B1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak je bila lepo presenečenje.
B5	Četrta nosečnost je bila tudi nenačrtovana, ker kontracepcijska zaščita ni delovala.
C1	Nosečnost je bila nenačrtovana in sem izvedela v 33. tednu nosečnosti, ko je bilo prepozno za splav.
D2	Ko sem drugič zanosila, sem takoj vedela, da sem noseča, in je bila nosečnost nenačrtovana.
E1	Nosečnost je bila nenačrtovana, saj sem pri 3 mesecih čisto naključno izvedela, da sem noseča.
Načrtovana nosečnost	
A2	Druga nosečnost pa je bila načrtovana in sem je bila zelo vesela, saj sem jo dolgo čakala …
Splav	
B3	Ko sem drugič zanosila, sem naredila splav, ker sem zanosila zelo hitro po prvem rojstvu in s partnerjem še nisva bila pripravljena na enega otroka.
B4	Tretjič sem bila noseča z dvojčki in sem imela spontani splav, zaradi česar sem bila zelo slabe volje in mi je še danes žal, da se je to zgodilo.
D3	Zaradi prometne nesreče sem prvič spontano splavila.

Pri oblikovanju rezultatov sem si pomagala s kategorijami, ki so mi služile kot teme pri odgovarjanju na raziskovalna vprašanja.

6 REZULTATI

6.1 Nosečnost

Vse intervjuvanke so povedale, da je bila nosečnost večinoma nenačrtovana (B5: *Četrta nosečnost je bila tudi nenačrtovana, ker kontracepcijska zaščita ni delovala)*, pri nekaterih pa je bila načrtovana (A2: *Druga nosečnost pa je bila načrtovana in sem je bila zelo vesela …)*. Nenačrtovana nosečnost je večinoma posledica izostanka menstruacije, kar je pri uživanju drog pogost pojav. Prepozno so izvedele za nosečnost in so otroka morale roditi (C1: *Nosečnost je bila nenačrtovana in sem izvedela v 33. tednu nosečnosti, ko je bilo prepozno za splav).* Dve intervjuvanki sta imeli načrtovan splav (B3: *Ko sem drugič zanosila, sem naredila splav, ker sem zanosila zelo hitro po prvem rojstvu in s partnerjem nisva bila pripravljena še na enega otroka*), v dveh primerih pa je šlo za spontani splav (B4: *Tretjič sem bila noseča z dvojčki in sem imela spontani splav, zaradi česar sem bila zelo slabe volje in mi je še danes žal, da se je to zgodilo).* Nekatere so za nosečnost takoj izvedele in so se odločile otroka obdržati ter so se ga kljub nenačrtovanju zelo razveselile (A1: *Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak sem hotela obdržati otroka, ker sem bila stara 25 let in sva si s partnerjem otroka želela*).

6.2 Odnos do droge med nosečnostjo

V času nosečnosti nekatere intervjuvanke niso uživale nobenih drog, saj takrat še niso bile zasvojene z njimi (B6*: Droge sem občasno začela uživati med prvo nosečnostjo, aktivno pa sem jih začela uživati šele med tretjo nosečnostjo, ko sem tudi spontano splavila; D4: Pred in med nosečnostjo nisem uživala nobenih drog, razen kakšno vino …).* Zavedale so se, kakšne posledice ima lahko uživanje drog v času nosečnosti za otroka (A4*: Na metadonu sem imela isto dozo, ker je nisem hotela zmanjšati, da ne bi škodovala otroku – sem se pa drugih drog vzdrževala*).

Nekatere so uživanje drog zmanjšale, ker jih je bilo strah posledic uživanja drog za otroka (C3: *Ko pa sem izvedela za nosečnost, sem uživanje droge zmanjšala, ker sem se bala, kakšne posledice bodo na otroku*). Bile so na substitucijski terapiji in si lajšale krizo ter tako naredile manj škode plodu (B7: *Pri četrti nosečnosti sem bila na metadonu in so mi morali odmerek zviševati, da ne bi imela krize, ki med nosečnostjo ni dobrodošla zaradi otroka*). Ena mamica je uživala drogo skoraj celo nosečnost (C2: *Med nosečnostjo sem do 33. tedna redno uživala droge, vsaj dvakrat na teden).*

6.3 Doživljanje nosečnosti

Večina intervjuvank je nosečnost doživljala kot prijetno izkušnjo (*A5: Med nosečnostjo sem se zelo dobro počutila in sem komaj čakala, da spoznam otroka;* B9: *Pri prvi nosečnosti sem se dobro počutila in je bila nosečnost zelo prijetna;* E6: *Nosečnost sem doživljala kot neko upanje za novo življenje)*, nekatere pa so se med nosečnostjo zelo slabo počutile (B10: *Pri zadnji nosečnost pa mi je bilo stalno slabo in vse me je bolelo in noge sem imela zatečene, zato sem komaj čakala, da se konča*; D5: *Celo nosečnost mi je bilo zelo slabo, verjetno zaradi živcev, saj me je partner psihično in fizično zlorabljal).* Za nekatere je nosečnost predstavljala nov začetek (E2: *Ob tem se bila zelo presenečena, saj so mi vedno govorili, da ne morem imeti otrok, vendar pa sem bila tudi srečna in ponosna, saj sem to vzela kot nov začetek).* Med samo nosečnostjo so se nekatere dobro počutile (A7: *Med nosečnostjo nisem imela nobene stiske, ker sem se dobro počutila),* nekatere pa zelo slabo (D3: *Bila sem vesela, ker sem bila noseča, hkrati pa sem bila jezna, ker bila sem takrat v nasilnem partnerskem odnosu in je otrok še vse poslabšal).* Imele so tudi depresijo, kar je ogrožalo celotno nosečnost (E7: *Bila*

sem depresivna, ker mi je takrat umrl pes, zaradi česar sem bila zelo žalostna – zato si mi dali »benzote«, da se pomirim, da ne bi izgubila otroka).

6.4 Težave, s katerimi so se ženske, zasvojene z drogami, srečevale v času nosečnosti

Ena intervjuvanka je v času nosečnosti imela abstinenčno krizo (B14: *... metadon sem morala naenkrat vse spiti, kar mi ni ustrezalo, ker sem bila zjutraj zadeta, zvečer pa sem že »krizirala.« Včasih sem zjutraj klicala rešilce, da me pridejo iskat, ker nisem mogla sama iti po metadon. Hrane nisem veliko jedla, zato mi je bilo še bolj slabo).* Ena sogovornica se je med nosečnostjo znašla na cesti in je bila prepuščena sami sebi (C6: *Med nosečnostjo sem se srečevala s stanovanjsko problematiko ... zato sem zadnji mesec preživela večinoma na ulici).* Večina pa jih bila v nasilnem partnerskem odnosu (E8: *Imela sem nasilnega partnerja, zaradi česar sem se bala, kako se bo cela nosečnost odvijala).*

6.5 Porod

Sam porod je bil za nekatere intervjuvanke zelo boleč in neprijeten, saj jih je medicinsko osebje zaradi zasvojenosti diskriminiralo (B17*: Pri drugem porodu so me zelo grdo obravnavali, saj je bil celoten porod zelo neprijeten in boleč; E10: V bolnišnici so z menoj zelo grdo delali in sam porod je bil zelo težak)*, medtem ko druge niso imele nobenih težav (A10: *Pri samem porodu nisem imela nobenih težav).* Nekatere na porod niso bile pripravljene (D12: *Nisem se učila dihati v materinski šoli in sem se dušila, ker so mi dali plinsko masko in nisem znala pravilno dihati in sem se lovila, trpela in zelo me je bolelo).*

Vse intervjuvanke so bile zelo vesele, ko si prvič videle svojega otroka, in so v tistem trenutku pozabile na vse slabe stvari (A11: *Bila sem zelo vesela, ko sem ju videla*; B16: *Bila sem srečna, ker sem dobila otroka, ker biti mama je nekaj najlepšega, kar se ti lahko zgodi),* vendar jih je preganjal občutek krivde, ker je otrok imel abstinenčno krizo *(B9: Bilo mi je zelo težko, ko sem videla, da ima otrok krizo).*

6.6 Zdravstveno varstvo

Intervjuvanke so imele slabe izkušnje v zdravstvu, saj so jih v porodnišnici diskriminirali, ker so zasvojene s prepovedanimi drogami (B18: *Vedeli so za mojo odvisnost in so me zelo stigmatizirali – prikazali so me, kot da sem najbolj grozna mama; B25: Zelo sem razočarana nad zdravniki v porodnišnici, ker so z menoj pri drugem porodu zelo grdo ravnali in sem občutila diskriminacijo).* Ena intervjuvanka je imela v porodnišnici pozitivno izkušnjo (A13: *Z menoj so zelo lepo delali).*

6.7 Posledice uživanja drog na otroku

Pri treh intervjuvankah so imeli otroci znake abstinenčе krize zaradi uživanja drog med nosečnostjo *(A15: Drugi otrok pa je imel odtegnitveni sindrom in sva bila tri tedne v bolnišnici, da so ga pozdravili; C11: Da, otrok je bil »ful« v krizi, saj je imel krče in se je tresel, ker mu je manjkala droga).* Pri eni intervjuvanki se je otrok rodil zdrav, saj takrat še ni jemala droge (A14: *Prvi otrok ni imel odtegnitvenega sindroma, ker takrat sem šele začela dobro uživati droge in sva šla že tretji dan domov).* Pri eni intervjuvanki pa se je otrok rodil z zlomljeno ključnico (D13: *Otrok se je rodil z zlomljeno desno ključnico, kar so mi povedali šele ob izhodu iz bolnišnice, zaradi česar sem bila zelo jezna*).

6.8 Ekonomski položaj

Vse intervjuvanke v času intervjuja niso zaposlene, temveč prejemajo denarno socialno pomoč. Otroški dodatek jim ne pripada, ker imajo otroke v rejništvu. Denarna socialna pomoč jim je premalo (D15: *Potrebovala bi več podpore in kakšen dodatek, ker s socialno pomočjo težko preživim sebe in otroka, ko pride na obisk;* E18: *Finance so največji problem, ker nimam velikega dohodka, s katerim bi lahko poskrbela za otroka)*, zato ena intervjuvanka prodaja časopis za Kralje ulice, da bi dodatno kaj zaslužila (A16: *Trenutno delam za Kralje ulice in delam, kar mi je všeč. Upam, da me bodo tudi zaposlili, ker vedno nekoga iščejo).*

Tiste intervjuvanke, ki so trenutno v Varni hiši Stigma, si želijo najti stanovanje, da bi lahko bile skupaj z otroki (A17*: Potrebovala bi pomoč pri iskanju službe in stanovanja v svojem domačem kraju, da bi otroka dobila nazaj in bila spet z njima*; B21*: Da bova lahko najela stanovanja in da bomo z otroki spet skupaj).*

6.9 Odnos s socialnimi delavci

Intervjuvanke imajo večinoma pozitivno izkušnjo s socialnimi delavci (A21: *Zelo sem zadovoljna s podporo socialnih delavk, zelo sodelujejo z menoj in mi želijo, da si čim prej uredim življenje in dobim otroka nazaj;* D16*: Socialna delavka je na začetku moje nosečnosti zahtevala, da moj takratni partner podpiše, da je on oče otroka, ki ga nosim, ker je vedela, kakšne so razmere),* žal pa so nekatere imele tudi negativne izkušnje (B24: *Leta 2006 sva hotela iti s sinom v materinski dom, ker drugje nisva mogla biti … Obrnila sem se na socialno delavko, da bi mi pomagala, vendar temu ni bilo tako. Socialna delavka je klicala materinske*

domove in jim povedala, da sem na metadonu, zaradi česar me niso hoteli sprejeti), predvsem so bile razočarane zaradi določenih dejanj socialnih delavcev, ki niso delali skupaj z njimi, temveč proti njim (D17: *Kasneje sem zelo zaupala svojemu socialnemu delavcu, ki mi je pomagal, ko je prišlo do družinskega nasilja, vendar mi je na koncu zarinil nož v hrbet, zaradi česar sem bila zelo razočarana in uničena, saj je brez moje vednosti zahteval odvzem otroka; E20: Prejšnja socialna delavka je bila zelo nesramna in mi ni nudila nobene podpore, saj me je vedno obravnavala kot odvisnico in ne kot žensko, ki si želi biti z otrokom).* V svoji trenutni situaciji sodelujejo s socialnimi delavci (D20*: Dobivam podporo od socialnih delavk, saj mi pomagajo pri rejništvu in ohranjanju dobrih odnosov;* E22: *Vesela sem, ker me ne obravnava kot odvisnico, ampak kot človeka, ki potrebuje pomoč)* in so jim začele ponovno zaupati (D19: *Nekako sem spet začela zaupati socialnim delavcem, kljub temu da so me izdali).*

6.10 Rejništvo

Štiri intervjuvanke imajo otroka v rejništvu, ena pa je dala otroka v posvojitev. Otroka so dale v rejništvo, da bi mu tako omogočile boljše življenje, saj same nimajo dovolj finančnih sredstev, da bi zanj lahko poskrbele (C20: *Odločitev, da dam otroka v posvojitev, je bila zelo težka, ampak sem otroku hotela omogočila življenje, ker ga pri meni ne bi imel – droge in otrok, to ne gre skupaj;* D23: *Imam ga toliko rada, da mu želim boljše življenje, kot bi ga imel pri meni)*. Ena intervjuvanka je svojega otroka dala v naključno rejniško družino, ki je hotela sprejeti novorojenčka, kar kaže na manjvrednost otroka, ker je njegova mati zasvojena s prepovedanimi drogami (B27: *Zato je drugi otrok šel v prvo rejniško družino, ki je hotela sprejeti novorojenčka. Jaz niti nisem vedela, v kakšno družino je otrok šel, in sem dobila občutek, da za mojega otroka ni pomembno, v katero družino gre)*. Pri teh intervjuvankah so otroci v rejništvo pri sorodnikih, na primer starih starših (B26: *Otroka sem dala v rejništvo tašči lani septembra, ko je sin prosil, če lahko ostane v domačem kraju, dokler ne dokonča osnovne šole)* in teti *(*E24*: Da, otrok je v rejništvu pri moji sestri)*. Ena intervjuvanka pa ima otroka v rejništvu pri tuji družini, s katero je zelo zadovoljna (D22: *S prejšnjo rejnico imata še vedno stike, s čimer se strinjam, ker mu je pomagala, ko mu je bilo najtežje. Ona je tudi njegova botra)*. Vse sogovornice si želijo najprej stabilizirati življenja, da bi lahko potem dobile otroke nazaj (B29: *Vendar sem vedela, da mi drugo ne preostane, dokler si ne najdem službe in uredim življenja;* A23*: Dogovor je bil, da se grem »spucat« od metadona in po dveh letih bom lahko dobila svoja otroka. Pogoj je seveda, da si najdem službo, da bom lahko zanju skrbela).* Otroci jim predstavljajo motivacijo za spremembo življenja brez droge *(E17:*

Našla sem smisel, da nadaljujem z življenjem in začnem uživati življenje, kot bi ga morala skupaj s sinom).

6.11 Odnos z otrokom

Tri intervjuvanke imajo z otroki redne stike po telefonu in jih tudi obiskujejo (A25: *Z otrokoma se redno slišim, dvakrat tedensko, in ju zelo pogosto obiskujem; D25: Z otrokom se redno slišiva prek telefona in vsakih 14 dni ga grem obiskat; B32: Sstarejšim otrokom se vsak dan slišiva prek telefona ali interneta, enkrat na mesec ga s partnerjem tudi obiščeva)*. Zelo jim je pomembno, da se slišijo z otroki in tako ohranjajo stike. Ena intervjuvanka ima stike po dogovoru *(*E27*: Imam jih, kakor se zmenimo, tako da je čisto odvisno).*

Skupaj preživljajo prosti čas in takrat je zanje nekaj najlepšega, da so spet skupaj s svojimi otroki (A26: *Ko grem domov, najamem eno sobico, da smo lahko več dni skupaj. Ko smo skupaj, vsi zelo uživamo; D27: Imava se zelo rada in rada delava stvari skupaj, kot so kolesarjenje, izleti, peljem ga na pico, se igrava ipd.)* Dve intervjuvanki imata z otrokoma odprt odnos in sta jima vse povedali o svoji odvisnosti (A27: *Otroci razumejo, zakaj so pri babici, ker sem z obema zelo odkrita, še posebej s starejšim – vesta, da imam oziroma sem imela težave z drogami, ker ničesar ne želim skriti*; B34*: Otrok ve, zakaj je v rejništvu, in tudi ve vse o mojem uživanju droge, ker ne želim pred njim ničesar skrivati, še posebej, ker je v takih letih, ko se vse začne)*. Dve intervjuvanki svojima otrokoma nista povedali za svojo zasvojenost, saj se eni to zdi brezpredmetno (D29: *Nisem mu povedala, da sem na drogi, ker ne živi v takem krogu in okolju, saj živi na podeželju. Ne vidim pomena, zakaj bi začela odpirati temo, da sem odvisnica, ker mislim, da ne bi še vedel, kaj to sploh je*), pri drugi pa je otrok še premajhen (E28: *Otrok je star 4 leta in ne razume, zakaj ne ostanem pri njem, ampak grem domov, vendar ko bo večji, mu bom vse povedala).* Otroci vedo, zakaj so v rejništvu (*D28: Ve, da ima mami zdravstvene težave in nima službe, zaradi česar ni denarja in ne morem skrbeti zanj),* in verjamejo, da bodo kmalu spet skupaj.

7 RAZPRAVA

V moji raziskavi so se ženske večinoma srečevale z nenačrtovano nosečnostjo. Že pri navajanju teorije sta Murphy in Rosenbaum (1999) v svoji raziskavi prišla do ugotovitve, da imajo ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, neurejen menstrualni ciklus, kar je posledica uživanja drog. Izostajanje menstrualnega ciklusa pripisujejo abstinenčnemu sindromu in pri spolnih odnosih ne poskrbijo za zaščito, saj menijo, da so zaradi uživanja

drog neplodne. Posledica vsega tega je nepričakovana nosečnost, pri kateri ne morejo narediti splava, ker jo prepozno odkrijejo. Na žalost pa pride tudi do spontanih splavov, ki so posledica uživanja drog in različnih nesreč.

V času nosečnosti žensko preplavijo različna čustva, saj v njej raste še eno bitje, ki je od nje odvisno, česar pa se uživalke drog ustrašijo in so še bolj občutljive. Kot navaja Ettore (2007), je mati odvisnica najmanj cenjena vloga na družbeni lestvici in kljub trudu, da bi se izkazale kot dobre matere, njihova zasvojenost prevlada nad vlogo materinstva. Med nosečnostjo se začnejo spraševati, kako bodo svojo zasvojenost uskladile z otrokovimi potrebami, kakšne posledice zaradi njihovega uživanja drog bo imel otrok po rojstvu in kakšno življenje bodo otroku lahko ponudile, saj želijo, da otrok živi boljše kot one. Vlogo materinstva občutijo kot začetek nekega novega poglavja v življenju, vendar pa je ob vsem tem prisotna psihična in čustvena izčrpanost, kar v svoji študiji potrjuje Ann Oakley (v Zaviršek 1994, str. 29). Ob uživanju drog in nosečnosti so pogosto prisotni tudi neurejeni družinski odnosi, brezposelnost, psihično in fizično nasilje, zdravstvene težave. Zaradi vseh teh okoliščin lahko pride do odrekanja materinski vlogi, kar pa matere pojasnjujejo s tem, da so nemočne ustvariti varen dom za otroka in mu biti na razpolago, zato to zanje predstavlja edini izhod iz njihove stiske, s tem pa lahko otroku omogočijo tudi boljše pogoje za življenje.

V raziskavi sem ugotovila, da so intervjuvanke seznanjene s posledicami uživanja droge za nerojenega otroka v času nosečnosti in jih je bilo strah, kako bo z otrokom, ko se bo rodil. Mati, ki med nosečnostjo uživa droge, rodi otroka z odtegnitvenim sindromom, kar pomeni, da se pri otroku po rojstvu razvijejo znaki odtegnitve od drog, ki jih je mati uživala med nosečnostjo. Trajanje in intenzivnost znakov sta odvisna od vrste, količine in kombinacije različnih vrst psihogenih substanc, ki jih je mati uživala med nosečnostjo in so prek posteljice prehajale do ploda (Prvi Koraki). To pa lahko na otroku pusti dolgotrajne psihološke in vedenjske posledice. Otroka premestijo na oddelek za intenzivno nego, kar matero še dodatno šokira, saj ne morejo biti z otrokom in z njim vzpostaviti navezanosti, ki je za otroka zelo pomembna. Po rojstvu se srečujejo z občutki krivde uživanja drog, kar skušajo omiliti z nadaljnjim uživanjem droge. Bojijo se prositi za pomoč, saj se počutijo manjvredne.

Pri vsem tem doživijo tudi diskriminatorni odnos zdravstvenega osebja, saj je, kot ugotavlja Ettore (2007), diskriminatorni odnos zdravstvenih delavcev do mater, zasvojenih s prepovedano drogo, posledica njihovega uživanja drog, s čimer kršijo družbene norme.

Posledica je tudi nepoznavanje zasvojenosti in nepovezovanja z drugimi strokovnimi službami. Intervjuvanke so predvsem navajale nespoštovanje medicinskega osebja in izpostavljenost njihove zasvojenosti, kar ni korektno, saj bi morali vsakega človeka enako obravnavati. Kot navaja Flaker (2002a, str. 98), je stigmatiziran človek tisti, ki ne izpolnjuje pričakovanj, ki jih ima do njega družba, kar je pri ženskah, zasvojenih s prepovedanimi drogami, še posebej poudarjeno, saj ne izpolnjujejo glavne družbene vloge: biti mati. Njihova zasvojenost se postavi v ospredje, zaradi česar se vse druge težave zanemarijo. Posledično tudi same ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, poudarjajo svojo zasvojenost in se osredotočijo na reševanje zasvojenosti, ne pa dogodkov, ki vplivajo na to zasvojenost.

Kot pojasnjuje Ettore (2007, str. 40–41), so ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, trojno diskriminirane, saj zaradi svoje zasvojenosti ne zmorejo poskrbeti za otroka, kar pomeni, da ne izpolnjujejo glavne družbene vloge ženske: biti mati. S svojo zasvojenostjo so stigmatizirane, zaradi česar težko najdejo zaposlitev, saj jim ljudje ne zaupajo, da bodo korektno opravljale svoje delo. Zaradi svoje brezposelnosti so primorane pridobivati denarno socialno pomoč, da lahko nekako preživijo čez mesec. Vse imajo stanovanjski problem, saj nimajo zagotovljenega stanovanja, kjer bi lahko z otrokom prebivale.

Nove paradigme v ospredje postavijo uživalca drog ter sodelovanje s socialnimi delavci in zdravstvenimi službami, ki mu nudijo podporo in mu dovolijo, da izrazi svoje potrebe. S tem se prekine tradicionalna paradigma, ki je menila, da je problematiko drog lahko rešiti. Cilj tradicionalnega pristopa je, da posameznik preneha z uporabo drog, pri sodobnih paradigmah pa se poudarja sodelovanje med uživalci drog in strokovnimi službami, ki krepijo njegovo moč, saj abstinenca ni pogoj za pomoč (Fojan, 2005, str. 184–186).

S socialnimi delavci imajo intervjuvanke zelo različne izkušnje. Nekatere so imele negativne izkušnje, saj socialni delavci niso delali skupaj z njimi in jih opolnomočili. Ob reševanju svojih stisk in problemov namreč potrebujejo podporo socialnih delavcev, da si lahko uredijo življenje brez drog. Kot navaja Gabi Čačinovič Vogrinčič (2006) je pomembno, da socialni delavec skupaj z žensko, zasvojeno s prepovedanimi drogami, razišče, kakšne spremembe potrebuje, da bi lahko rešila svoje stiske.

Družine, ki imajo težave z zasvojenostjo, se srečujejo s številnimi problemi in izzivi, zaradi česar so otroci izpostavljeni stresnim situacijam, v katerih socialni delavec mora pomagati

celotni družini. Pomembno je, da socialni delavci v delovni odnos ne vstopajo s predsodki – usmerjeni morajo biti na delo tukaj in zdaj ter ne zgolj na abstinenco, ki je le ena izmed možnosti rešitve problema. Z vsako uživalko drog je treba ustvariti prostor in čas, kjer se bodo počutile sprejete in odgovorne za svoje življenje. Uživalke drog potrebujejo pomoč pri urejanju stanovanja, zdravstvenih zadev in zaposlitvi. Moje sogovornice pogosto dobijo pomoč od socialnih delavcev v nevladnih organizacijah, saj so jim bliže in imajo občutek, da jih bolje razumejo. Socialni delavci v nevladnih organizacijah so večkrat njihovi zagovorniki na centrih za socialno delo, saj jim socialni delavci na centrih za socialno delo ne znajo prisluhniti na način, kot bi si one želele. Vse si želijo dobrega sodelovanja s socialnimi delavci, saj to pripomore k boljšim odnosom med njimi in rejniško družino. Socialna delavka povezuje med seboj matično in rejniško družino.

Intervjuvanke iz moje raziskave so svoje otroke oddale v rejništvo, saj so ocenile, da je trenutno to edina možna rešitev. Rejništvo je definirano kot začasen ukrep za otroka, ki mu družina ne more zagotoviti ustreznih življenjskih pogojev. Tako si najprej želijo ženske, zasvojene s prepovedanimi drogami, stabilizirati svoje življenjsko okolje, da bi lahko otroku omogočile boljše pogoje za življenje. Da bi prenehale z jemanjem drog, so se odločile za zdravljenje na centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, vendar ga niso uspešno končale. Kot pojasnjuje Kastelic (2004), otrok ponavadi ni dovolj močna motivacija za prenehanje uživanja droge, je pa motivacija za zmanjševanje uživanja drog in spodbuditev k razmišljanju o boljšem življenju brez njih. Otrok vsem predstavlja nek nov začetek in jim je zelo težko, ker morajo biti ločene od otrok, zato si želijo čim prej urediti življenje, da bi lahko bile spet skupaj z njimi. Otrok v rejništvu živi med dvema družinama, zato je sodelovanje med njima zelo pomembno, saj se tako otrok lažje navadi na novo življenje. Kot navaja Čačinovič Vogrinčič (2006), je pomembno, da ustvarjamo projektne skupine, ki omogočajo priložnost za pogovore, saj tako otroku omogočimo varen prostor, v katerem lahko izrazi svoje mnenje in videnje nastale situacije.

Pomembno je, da ohranjajo odnos z otrokom, saj smo tako še vedno del njegovega življenja. Moje sogovornice se počutijo krive, ker niso z otrokom in ne zmorejo svoje zasvojenosti uskladiti z vzgojo otroka. Pomembno je, da uživalka drog pojasni otroku, kaj se dogaja, in da ničesar ne prikriva, saj so, kot pojasnjuje Ramovš (1986), otroci dobri opazovalci in vse opazijo, tudi tisto, kar starši želijo skriti. Tako otroku lahko pojasnimo, zakaj je v rejništvu in da ni on ničesar kriv.

Menim, da sem z uporabljeno metodologijo dobila ustrezne podatke. Eno intervjuvanko sem poznala že od prej, tako da sem njeno zgodbo okvirno poznala, a mi jo je bilo zanimivo še podrobneje raziskovati. Drugih intervjuvank nisem dobro poznala, vendar so mi kljub temu bile pripravljene pomagati, saj so mi zaupale zgodbo o svojem življenju. Z zadovoljstvom so si vzele čas in sodelovale v intervjujih. Z nobenim vprašanjem nisem imela težav. Rezultatov, ki so pridobljeni zgolj na podlagi petih intervjujev, ne morem posplošiti na celotno populacijo mater uživalk droge v Sloveniji.

8 SKLEPI

- Intervjuvanke je bilo med nosečnostjo strah, kakšne posledice bo imel otrok zaradi njihovega uživanja droge. Med nosečnostjo so skušale biti stabilne na substitucijski terapiji ali prenehati z uživanjem drog, da otrok ne bi imel hudih posledic.
- Med nosečnostjo so se intervjuvanke srečevale z različnimi težavami (psihična stiska, abstinenčna kriza, fizično in psihično nasilje s strani partnerja).
- Intervjuvanke so se zelo težko soočile z otrokovo abstinenčno krizo, ki je posledica njihovega uživanja drog.
- Skoraj vse intervjuvanke se strinjajo, da so bile v bolnišnici diskriminirane s strani zdravnikov, ker so uživalke drog, in jih niso enako obravnavali kot druge pacientke. Le ena je bila deležna pozitivnega odnosa s strani zdravnikov.
- Vse intervjuvanke si želijo najti zaposlitev, da bi imele neko finančno stabilnost, saj tako lahko najamejo stanovanje, kar pa je hkrati korak k ponovni združitvi z otroki.
- Štiri intervjuvanke so otroka dale v rejništvo in ena v polodprto posvojitev, s čimer so hotele otroku omogočiti boljše življenje, kot bi ga otrok imel, če bi ostal pri njih, vsaj dokler si ne uredijo življenja brez droge.
- Intervjuvanke ohranjajo stike z otroki prek telefona in rednega obiskovanja, da so tako še vedno prisotne v njihovem življenju – v večini imajo z otroki odkrit odnos glede svoje zasvojenosti, saj ne želijo, da bi bili tudi njihovi otroci zasvojeni.
- Intervjuvanke so bile razočarane nad sodelovanjem z nekaterimi socialnimi delavci ter njihovo pomočjo in podporo pri soustvarjanju posameznih korakov do želenega izida.

A v večini imajo s socialnodelovno stroko pozitivne izkušnje, saj so bile skozi skupno sodelovanje s posameznimi socialnimi delavkami priča večjim premikom v svojih življenjskih situacijah, kjer sta jim bili pomoč in podpora potrebni. Prav zaradi tega pa se vse sogovornice vsekakor zavedajo pomena medsebojnega sodelovanja s socialnimi delavci.

9 PREDLOGI

a) Informiranje in ozaveščanje osebja v porodnišnicah o nediskriminatornem pristopu do žensk, ki so zasvojene z drogami, s pomočjo dodatnih izobraževanj (predavanja, seminarji ipd.).

b) Kontinuirana srečanja, ki bi vzpostavila aktivno sodelovanje med nevladnimi organizacijami s področja drog in zdravstvom, kar bi posledično privedlo do boljše informiranosti vseh vključenih o potrebah žensk, ki so zasvojene s prepovedanimi drogami. Kontinuirana srečanja bi potekala vsaj enkrat mesečno, kar bi omogočalo konstanten in osvežen pretok informacij. Časovni okvir srečanj bi bil daljši od ene ure in krajši od treh, vmes pa bi sledili tudi krajši premori za boljšo koncentracijo in osredotočenost udeleženih v razpravi. Sama srečanja bi bila oblikovana v smislu odprtih razprav, samo razpravo pa bi vodili dve osebi, vsaka iz ene stroke (zdravstva in socialnega dela). Celotno razpravo bi beležili zapisnikarji, saj bi to omogočilo postavitev strnjenih smernic za nadaljevanje sodelovanja in soustvarjanja dveh ali več strok.

c) Informiranje mater uživalk droge o njihovih pravicah v zdravstvu s pomočjo zloženk, spletnih strani, forumov ipd.

d) Besedno informiranje mater uživalk droge o njihovih pravicah in dolžnostih v rejništvu s strani pristojnih socialnih delavk, kar pomeni, da jim te posredujejo vse potrebne in ne samo želene informacije že na začetku sodelovalnega procesa.

e) Socialne delavke, ki sodelujejo z materami, zasvojenimi s prepovedanimi drogami, morajo predvsem izhajati iz perspektive moči, kar pomeni, da povečajo socialno moč matere in odkrijejo ter uporabijo njene vire. To lahko uresničijo s tem, da odstopijo od moči strokovnjaka in s tem upoštevajo načelo etike udeleženosti. Te veščine lahko okrepijo s pomočjo dodatnih izobraževanj, supervizij, intervizij, mediacij ipd.

f) Zaposleni v državnih socialnih službah naj materam prisluhnejo in rešujejo aktualne stiske. Poznajo naj koncept zmanjševanja škode in delujejo po načelu nizkega praga, ki upošteva vidik malih in izvedljivih korakov. To je potrebno zato, da se osredotočimo na odpravljanje stisk in urejanje življenjskega sveta uporabnikov ter da nimamo v središču le abstinence kot poglavitnega cilja uporabnika drog. V končni fazi moramo skozi skupno soustvarjanje slediti njegovim željam, ciljem in potrebam.

10 LITERATURA IN VIRI

10.1 Literatura

- Auer, V. (2001). Droge in odvisnost. Ormož: samozaložba.
- Barber, J. G. (1997). Socialno delo na področju zasvojenosti. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
- Berglez, V. (2005). V rejništvu ali kako se kaže spoštovanje do rejencev in rejenk, rejnikov in rejnic in koliko se ceni delo slednjih. Maribor: Družina Berglez.
- Bevc, V. (1999). Posvojitev otrok: O pogumu in bolečini žensk, ki so oddale otroka v posvojitev. Ljubljana: DAG grafika.
- Bouwkamp, R., Bouwkamp, S. (2014). Blizu doma: priročnik za delo z družinami: ravnanje z interakcijskimi vzorci v družini, pri procesih podpore in pomoči ter na področjih psihosocialnega dela. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Cetin Lovšin, I. (2006). Novorojenčki rojeni od opijatov odvisnim materam. V Štenta B. (ur.), Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi in kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Portorož: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
- Cugmas, Z. (2003). Narisal sem sonce zate. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.

- Cvetek, R. (2009). Bolečina preteklosti: travma, medosebni odnosi, družina, terapija. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Čačinovič Vogrinčič G. (1992). Psihodinamski procesi v družinski skupini. Ljubljana: Advance
- Čačinovič Vogrinčič, G. (1998). Psihologija družine: prispevek k razvidnosti družinske skupine. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). Socialno delo z družino. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Dobrinja, D. (2006). Zdravstvena nega novorojenca z abstinenčnim sindromom. V Štenta B. (ur.), Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi in kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Portorož: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
- Drakšič, M. (1992). Otroci alkoholikov. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, 26, št. 5/6.
- Erzar, T., Kompan Erzar K. (2011). Teorija navezanosti. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Ettore, E. (2007). Revisioning Women and Drug Use. London: Palgrave.
- Flaker, V. (2002a). Živeti s heroinom I: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji. Ljubljana: Založba *Cf.
- Flaker, V. (2002b). Živeti s heroinom II: K zmanjševanju škode. Ljubljana: Založba *Cf.
- Grebenc, V. (2003). Zmanjševanje socialne škode, povezane z uživanjem drog, in iskanje odgovorov v skupnosti (Magistrsko delo). Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
- Goffman, E. (2008). *Stigma. Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Dialogi, letnik 9. Maribor: Založba Aristej.

- Gostečnik, C. (1999). Srečal sem svojo družino. Ljubljana: Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, C. (2008). Relacijska paradigma in travma. Ljubljana: Založba Brat Frančišek.
- Gostečnik, C. (2015). Inovativna relacijska zakonska terapija. Ljubljana: Založba Brat Frančišek.
- Haralambos, M. (2005). Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana: DZS
- Horvat, B. (2014). Možgani v mreži navezanosti, ki nas zaznamuje. Ljubljana: Sinapsa, letnik 2014, številka 7.
- Jogan, M. (1986). Ženska, cerkev in družina. Ljubljana: Tiskarna Delo.
- Jogan, M. (2001). Seksizem v vsakdanjem življenju. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Johnson, S. (2017). Močno me objemi. Brežice: Založba Primus
- Kanduč, Z. (2006). Droge, zapori, ženske – postmoderna družba in njene zasvojenosti. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri pravni fakulteti.
- Kastelic, A. (2004). Mladostnik in droga: priročnik za starše. Ljubljana: Tiskarna Ljubljana.
- Kastelic, A., Zver Skomina, J., Kostnapfel Rihtar, T. (1999). Ženske in droge. Ljubljana: Odsev se sliši.
- Kitzinger, S. (1994). Me matere. Ljubljana: Ganeš.
- Kompan Erzar, K. (2006). Ljubezen umije spomin. Ljubljana: Brat Frančišek.
- Krek, M., Mišigoj - Krek, J. (1999). Nosečnost in odvisnost od nedovoljenih drog. Zdravstveno varstvo 38 (247–258).
- Kvaternik Jenko I. (2006). Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lovrečič, M., Drobne, M., Vegnuti, M. (2004). Ženske in prepovedane droge. Zdravstveno varstvo 43.

- Mejak, V. (2010). Doživljanje materinstva in potrebe po pomoči pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog (Magistrsko delo). Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
- Mesec, B. (2007). Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2: študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milivojevič, Z. (2013). Igre, ki jih igrajo narkomani: transakcijska analiza problematičnega jemanja drog. Ljubljana: Modrijan.
- Može, A. (2002). Odvisnost od alkohola: razvoj in zdravljenje. Idrija: Bogataj.
- Musek, J. (1994). Družina in vrednote. V. Ramovš, J. (ur.), Družina: zbornik predavanj in razprav na osrednjih strokovnih prireditvah v Sloveniji v letu družine (str. 191-211). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno.
- Murphy, S., Rosenbaum, M. (1999). Pregnant Women on Drugs: Combating stereotypes and Stigma. New Jersey: Rutgers University Press.
- Tominec N. (2015). Sem zasvojen, nisem nor: Dvojna diagnoza. Zasvojenost in duševna stiska. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
- Oakley, A. (1974). Gospodinja. Ljubljana: Založba /cf*
- Oakley, A. (2000). Gospodinja. Ljubljana: Založba /cf*
- Perko, A. (2011). Otroci alkoholikov in tiranov. Šmarje Sap: Založba Buča.
- Perše, M., Rahne, T. (2007). Zasvojenost kot slika družinskih odnosov. Tretji dan, krščanska revija za duhovnost in kulturo 36 (5/6), 106–111.
- Polajner, B. (2006). Programi visokega praga za abstinente od drog v Sloveniji. Problematika drog v Sloveniji 2005. Zbornik referatov s posveta. Ljubljana: Inštitut za razvojno psihoterapijo.
- Poljšak Škrabak, O. (2007). Pojmovanje ″normalnosti″ procesov v družini funkcionalnosti in kompetentnost družinskega sistema. Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko.

- Ramovš, J. (1981). Alkoholno omamljen: ječa alkoholizma v družini in pot iz nje. Celje: Mohorjeva družba.
- Ramovš, J. (1986). Alkoholno omamljen: Ječa alkoholizma v družini in poti iz nje. Celje: Mohorjeva družba.
- Ramovš, J. (2001). Slovar socialno alkohološkega izrazja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rozman, S. (2013). Umirjenost: kako prepoznati zasvojenost, jo razumeti in poiskati pot iz nje. Ljubljana: Modrijan.
- Ruiz, P., Strain, E., Langrod, J. (2007). The substance abuse handbook. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Satir, V. (1995). Družina za naš čas. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Simonič, B. (ur.). (2015). Relacijska družinska terapija. Ljubljana: Frančiškanski družinski inštitut.
- Stefanoski, P. (1996). Socialno delo, ki akceptira uživanje droge. *Socialno delo* 35 (4), 289–302.
- Stefanoski, P. (1998). Družina, droge in socialno delo. *Socialno delo*, 37 (3/5), 249–252.
- Stefanoski, P. (1999). Motivacijski intervju. *Socialno delo*, 38 (4/6), 287–291
- Stermecki, L. (2005). Konstrukcija identitete materinstva. Ljubljana: Fakulteta za podiplomski humanistični študij.
- Švab, A. (2001). Družina od modernosti k postmodernosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Taylor, A. (1993). Women drug users: an etnography of a female injecting community. Oxford: Clarendon Press.
- Tomori M. (1994). Knjiga o družini. Ljubljana: EWO.
- Zaviršek, D. (1992). Ženske, odvisnost in problem dvojne stigme. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, letnik XX (146–147). Ljubljana: Študentska organizacija v Ljubljani.

– Zaviršek, D. (1994). Ženske in duševno zdravje: O novih kulturah skrbi. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

– Zaviršek, D. (2012). Od krvi do skrbi: socialno starševstvo v globalnem svetu. Maribor: Založba Aristej.

– Židanik, M. (2001). Sindrom odvisnosti od alkohola: priročnik za ljudi, ki so od alkohola odvisni, za ljudi, ki so na poti v odvisnost, ter njihove svojce in prijatelje. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca.

– Žvelc, G. (2011). Razvojne teorije v psihoterapiji: integrativni model medosebnih odnosov. Ljubljana: IPSA.

10.2 Internetni viri

– Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Posvojitve. Pridobljeno 31. 5. 2016 s http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/druzina/posvojitve/

– Zakon o izvajanju rejniške dejavnosti (ZIRD) (2002). Ur. l. RS 110/02. Pridobljeno 6. 6. 2016 s http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3400.

– Varna hiša Stigma. Pridobljeno 29. 2. 2016 s http://www.drustvo-stigma.si/varna-hia.

– Rejniško društvo Slovenije. Pridobljeno 1. 6. 2016 s http://www.rejniskodrustvoslovenije.si/index.php/kaj-je-rejnistvo

– Uradni list Republike Slovenije: Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020. Pridobljeno 18. 10. 2017 s https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/116966.

– Prvi koraki. Pridobljeno 18. 10. 2017 s: http://prvikoraki.si/prvikoraki/wp-content/uploads/2012/09/PRVI_KORAKI_Odtegnitveni-sindrom_WEB.pdf

– Inštitut za varovanje zdravja. Pridobljeno 10. 9. 2018 s https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal__4%20Zdravstveno%20varstvo__07%20Akutne%20obravnave%20istega%20tipa%20(Skupine%20primerljivih%20primerov%20-%20SPP)__4%20SPP%20primeri%20po%20glavni%20diagnozi&px_tableid=SPP_

TB25a.px&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=31480976-2c42-4787-8494-dd510fe3207d.

11 PRILOGE

11.1 Smernice za intervju

- Kako si izvedela za nosečnost? Je bila načrtovana, nenačrtovana? Kako si se ob tem počutila?
- Ali si med nosečnostjo abstinirala ali si nadaljevala z uživanjem drog? Mogoče zmanjšala?Katere droge si med nosečnostjo uživala?
- Kako si doživljala nosečnost? Te je bilo strah?
- S kakšnimi stiskami si se srečevala med nosečnostjo?
- S kakšnimi problemi si se srečevala med nosečnostjo?
- Kakšna je bila reakcija tvojega partnerja, družine, okolice?
- Kako je bilo z obiski pri zdravniku?
- Ali si dobila kakšne informacije o uživanju drog med nosečnostjo in tveganji?
- Kakšne občutke si imela po porodu? Kaj si čutila, ko si videla svojega otroka?
- Kako so zdravniki v porodnišnici te obravnavali, ali so vedeli za tvojo odvisnost? Ali je imel otrok kakšne posledice?
- Kakšen je tvoj dan danes, ko imaš otroka. Na kakšen način se razlikuje pred otrokom?
- Ali ljudem prikrivaš, da si uživalka prepovedanih drog? Kakšen odnos imajo do tebe ljudje, ko izvejo, da uživaš droge?
- Kdo ti je pomagal pri vzgoji otroka?
- Kakšne oblike pomoči bi potrebovala, da bi v svoji življenjski realnosti zmogla poskrbeti za otroka? Kaj pogrešaš?
- Kako so ti socialne delavke pomagale med nosečnostjo in potem po porodu?
- Kakšne oblike pomoči že prejemajo in koliko so z njimi zadovoljne? Kaj bi spremenile?
- Kolikšno podporo dobiš od socialnih delavk, zdravnikov?

- Ali je tvoj otrok v rejništvu? Kako si prišla do te odločitve? Kako si se ob tem počutila? Kako se s tem soočaš, da nekdo drug skrbi za tvojega otroka?
- Ali bi otroka dala v posvojitev, če bi do tega prišlo?
- Ali imaš stike z otrokom? Kako pogosto?
- Kako otrok razume, da je v rejništvu?
- Ali meniš, da si slaba mati, ker imaš otroka v rejništvu in si dala prednost drogi namesto otroku?
- Česa te je najbolj strah in zakaj?

11.2 Odprto kodiranje

INTERVJU A: Špela (37 let, 2 otroka)

Zaporedna št. izjave	IZJAVA	POJMI	KATEGORIJA
A1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak sem hotela obdržati otroka, ker sem bila stara 25 let in sva si s partnerjem otroka želela.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
A2	Druga nosečnost pa je bila načrtovana in sem je bila zelo vesela, saj sem jo dolgo čakala …	Načrtovana nosečnost	NOSEČNOST
A3	Med prvo nosečnostjo nisem imela nobenih težav, ker sem komaj začela jemati droge in je šlo vse vame, ne pa v otroka.	Začetek jemanja drog	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
A4	Na metadonu sem imela isto dozo, ker je nisem hotela zmanjšati, da ne bi škodovala otroku – sem se pa drugih drog vzdrževala.	Stabilnost na substitucijski terapiji	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
A5	Med nosečnostjo sem se zelo dobro počutila in sem komaj čakala, da spoznam otroka.	Prijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
A6	Malo me je bilo strah, kaj bo z drugim otrokom, ker sem med nosečnostjo dlje časa že uživala metadon.	Skrb, da bo z otrokom kaj narobe	UŽIVANJE DROG MED NOSEČNOSTJO
A7	Med nosečnostjo nisem imela nobene stiske, ker sem se dobro počutila.	Dobro počutje	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
A8	S partnerjem sva se zelo dobro razumela in me je maksimalno	Podpora partnerja	PODPORA

	podpiral.		
A9	Med nosečnostjo nisem imela nobenih problemov.	Brez težav	TEŽAVE V ČASU NOSEČNOSTI
A10	Sem imela veliko informacij, zato sem bila samo na metadonu, da sem čim manj škodovala otroku.	Informiranje o posledicah uživanja drog pri otroku	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
A11	Bila sem zelo vesela, ko sem ju videla.	Veselje	POROD
A12	Pri samem porodu nisem imela nobenih težav.	Prijetna izkušnja	POROD
A13	Z menoj so zelo lepo delali.	Pozitivna izkušnja	ZDRAVSTVENO VARSTVO
A14	Prvi otrok ni imel odtegnitvenega sindroma, ker takrat sem šele dobro začela uživati droge in sva šla že tretji dan domov.	Zdrav otrok	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
A15	Drugi otrok pa je imel odtegnitveni sindrom in sva bila tri tedne v bolnišnici, da so ga pozdravili in mu zmanjšali krizo.	Odtegnitveni sindrom	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
A16	Trenutno delam za Kralje ulice in delam, kar mi je všeč. Upam, da me bodo tudi zaposlili, ker vedno nekoga iščejo.	Zaposlitev	EKONOMSKI POLOŽAJ
A17	Potrebovala bi pomoč pri iskanju službe in stanovanja v svojem domačem kraju, da bi otroka dobila nazaj in bila spet z njima.	Stanovanje	EKONOMSKI POLOŽAJ
A18	Nočem biti več odvisna, ker imam dovolj tega, vendar mi metadon pomaga pri moji bolezni, ker mi uravnava zdravje, da sem stabilna in ne boleham.	Abstinenca	REJNIŠTVO
A19	Socialne delavke so mi pomagale po nosečnosti in kasneje pri rejništvu. Razložile so mi, kako poteka postopek rejništva, ter smo skupaj iskale rešitve za boljše pogoje življenja.	Pozitivna izkušnja	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
	Socialne delavke mi pomagajo skozi pogovore, svetovanje ter načrtovanje boljše prihodnosti, da bom lahko dobila otroke	Podpora strokovnih delavcev	ODNOS S SOCIALNIMI

A20	nazaj. Ko sem priznala, da sem zasvojena, smo skupaj prišli do sklepa, da dam otroka mami v rejništvo, da se grem lahko ozdravit od droge.		DELAVCI
A21	Zelo sem zadovoljna s podporo socialnih delavk, zelo sodelujejo z menoj in mi želijo, da si čim prej uredim življenje in dobim otroka nazaj.	Podpora strokovnih delavcev	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
A22	Moji otroci so v rejništvu pri moji mami.	Rejništvo	REJNIŠTVO
A23	Dogovor je bil, da se grem »spucat« od metadona in po dveh letih bom lahko dobila svoja otroka. Pogoj je seveda, da si najdem službo, da bom lahko zanju skrbela.	Stabilizacija življenja	REJNIŠTVO
A24	Težko mi je, ker sem brez otrok, ampak upam, da ju bom kmalu dobila nazaj.	Skrbništvo nad otroki	REJNIŠTVO
A25	Z otrokoma se redno slišim, dvakrat tedensko, in ju zelo pogosto obiskujem.	Redni stiki	ODNOS Z OTROKOM
A26	Ko grem domov, najamem eno sobico, da smo lahko več dni skupaj, in takrat vsi skupaj zelo uživamo.	Kakovostno preživljanje skupnega časa	ODNOS Z OTROKOM
A27	Otroci razumejo, zakaj so pri babici, ker sem z obema zelo odkrita, še posebej s starejšim – vesta, da imam oziroma sem imela težave z drogami, ker ničesar ne želim skriti.	Odkritost glede svoje odvisnosti	ODNOS Z OTROKOM

INTERVJU B: Maja (33 let, 2 otroka)

Zaporedna št. izjave	IZJAVA	POJMI	KATEGORIJE
B1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak je bila lepo presenečenje.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
B2	Bila sem zelo srečna, ker bom imela otroka, kljub temu da sem bila takrat zelo mlada.	Veselje ob nosečnosti	NOSEČNOST
B3	Ko sem drugič zanosila, sem naredila splav, ker sem zanosila zelo hitro po prvem rojstvu in s partnerjem še nisva bila	Splav	NOSEČNOST

	pripravljena na enega otroka.		
B4	Tretjič sem bila noseča z dvojčki in sem imela spontani splav, zaradi česar sem bila zelo slabe volje in mi je še danes žal, da se je to zgodilo.	Spontani splav	NOSEČNOST
B5	Četrta nosečnost je bila tudi nenačrtovana, ker kontracepcijska zaščita ni delovala.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
B6	Droge sem občasno začela uživati med prvo nosečnostjo, aktivno pa sem jih začela uživati šele med tretjo nosečnostjo, ko sem tudi spontano splavila.	Občasno	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
B7	Pri četrti nosečnosti sem bila samo na metadonu in so mi morali odmerek zviševati, da ne bi imela krize, ki med nosečnostjo ni dobrodošla zaradi otroka.	Substitucijska terapija	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
B8	Par dni pred porodom nisem mogla več zdržati in sem vzela eno »petko«, da sem lažje prenesla vse bolečine.	Lajšanje bolečine	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
B9	Pri prvi nosečnosti sem se dobro počutila in je bila nosečnost zelo prijetna.	Prijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
B10	Pri zadnji nosečnost pa mi je bilo stalno slabo in vse me je bolelo in noge sem imela zatečene, zato sem komaj čakala, da se konča.	Neprijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
B11	Pri drugi nosečnosti sem se srečevala z abstinenčno krizo, zaradi katere me je vse bolelo in sem bila zelo slabe volje.	Slabo počutje	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
B12	Bala sem se, kako bo z otrokom, da ne bo imel krize, zato sem se pazila in sem poskusila ostati samo na metadonu.	Strah za nerojenega otroka	UŽIVANJE DROG MED NOSEČNOSTJO
B13	… hrbet začel še bolj boleti, zaradi česar sem tudi takrat poskusila heroin, da bi si ublažila bolečine v hrbtu.	Neznosne bolečine	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
	… metadon sem morala naenkrat vse spiti, kar mi ni ustrezalo, ker sem bila zjutraj		

B14	zadeta, zvečer pa sem že »krizirala«. Včasih sem zjutraj klicala rešilce, da me pridejo iskat, ker nisem mogla sama iti po metadon. Hrane nisem veliko jedla, zato mi je bilo še bolj slabo.	Znaki abstinenčne krize	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
B15	Vedela sem, kako droge vplivajo na otroka, zato sem jih hotela zmanjšati in nisem hotela ničesar dodatno vzeti poleg metadona, da bi imel otrok čim manj posledic.	Ozaveščenost o posledicah uživanja drog	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
B16	Bila sem srečna, ko sem dobila otroka, ker biti mama je nekaj najlepšega, kar se ti lahko zgodi.	Veselje ob rojstvu	POROD
B17	Pri drugem porodu so me zelo grdo obravnavali, saj je bil celoten porod zelo neprijeten in boleč.	Slaba in neprijetna izkušnja	POROD
B18	Vedeli so za mojo odvisnost in so me zelo stigmatizirali – prikazali so me, kot da sem najbolj grozna mama.	Diskriminacija	ZDRAVSTVENO VARSTVO
B19	Da, otrok je imel odtegnitveni sindrom, česar pa mi niso takoj povedali.	Znaki odtegnitvenega sindroma	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
B20	Potrebovala bi službo, ki jo bova šla skupaj s partnerjem iskat v Avstrijo, da prideva malo do denarja.	Zaposlitev	EKONOMSKI POLOŽAJ
B21	Da bova lahko najela stanovanje in da bomo z otroki spet skupaj.	Stanovanjska problematika	EKONOMSKI POLOŽAJ
B22	Pogrešam svoja otroka in partnerja, da smo lahko vsak dan skupaj.	Želja po ponovni združitvi družine	EKONOMSKI POLOŽAJ
B23	Prejemam socialno denarno pomoč in je premalo za preživetje, ker s tem ne morem najeti stanovanja.	Denarna socialna pomoč	EKONOMSKI POLOŽAJ
B24	Leta 2006 sva hotela iti s sinom v materinski dom, ker drugje nisva mogla biti … Obrnila sem se na socialno delavko, da bi mi pomagala, vendar temu ni bilo tako. Socialna delavka je klicala materinske domove in jim	Negativna izkušnja s socialnimi delavci	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI

	povedala, da sem na metadonu, zaradi česar me niso hoteli sprejeti.		
B25	Zelo sem razočarana nad zdravniki v porodnišnici, ker so z menoj pri drugem porodu zelo grdo ravnali in sem občutila diskriminacijo.	Diskriminacija s strani zdravnikov	ZDRAVSTVENO VARSTVO
B26	Lani septembra sem otroka dala v rejništvo tašči, saj je sin prosil, če lahko ostane v domačem kraju, dokler ne dokonča osnovne šole.	Zaupanje tašči	REJNIŠTVO
B27	Zato je drugi otrok šel v prvo rejniško družino, ki je hotela sprejeti novorojenčka. Jaz niti ne vem, v kakšno družino je otrok šel, in sem dobila občutek, da za mojega otroka ni pomembno, v katero družino gre.	Nevednost, nemoč	REJNIŠTVO
B28	Zelo težko mi je bilo, ko sem prvega otroka dala v rejništvo, a je bila to edina rešitev, da otrok ne bi toliko trpel.	Boljše življenje za otroka	REJNIŠTVO
B29	Vendar sem vedela, da mi drugo ne preostane, dokler si ne najdem službe in uredim življenja.	Stabilizacija življenja	REJNIŠTVO
B30	Pri drugem otroku mi je bilo še težje, ker nisem vedela, kakšna je družina, v katero gre otrok, in sploh nisem imela neke izbire**.**	Nemoč	REJNIŠTVO
B31	Mi je zelo težko, ker ne morem biti z njima vsak dan, zato si želim čim prej urediti življenje, da ju lahko dobim nazaj.	Stabilizacija življenja	REJNIŠTVO
B32	S starejšim otrokom se vsak dan slišiva prek telefona ali interneta, enkrat na mesec ga s partnerjem tudi obiščeva.	Redni stiki	STIKI Z OTROKI
B33	Z drugim otrokom še nimam stikov, ker teče postopek rejništva.	Upravni postopek	STIKI Z OTROKI
B34	Otrok ve, zakaj je v rejništvu, in tudi ve vse o mojem uživanju droge, ker ne želim pred njim ničesar skrivati, še posebej, ker je v takih letih, ko se vse začne.	Odkrit odnos z otrokom	ODNOS Z OTROKOM

INTERVJU C: Teja (21 let, 1 otrok)

Zaporedna št. izjave	IZJAVA	POJMI	
C1	Nosečnost je bila nenačrtovana in sem izvedela v 33. tednu nosečnosti, ko je bilo prepozno za splav.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
C2	Med nosečnostjo sem do 33. tedna redno uživala droge, vsaj dvakrat na teden.	Redno jemanje droge	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
C3	Ko pa sem izvedela za nosečnost, sem uživanje droge zmanjšala, ker sem se bala, kakšne posledice bodo na otroku.	Zmanjševanje uživanje drog	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
C4	Nosečnost sem zelo dobro prenašala, saj sem zelo pozno izvedela, da sem sploh noseča.	Prijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
C5	Bala sem se, kaj bo z otrokom in kako bom zanj poskrbela.	Zaskrbljenost	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
C6	Med nosečnostjo sem se srečevala s stanovanjsko problematiko … zato sem zadnji mesec preživela večinoma na ulici.	Brezdomstvo	EKONOMSKI POLOŽAJ
C7	Vedela sem, da uživanje drog med nosečnostjo lahko na otroku pusti posledice, zato sem zmanjšala vnos drog, saj me je bilo strah, kaj bo z otrokom.	Skrb za otroka	UŽIVANJE DROG MED NOSEČNOSTJO
C8	Zelo sem bila vesela, ko sem videla svojega otroka, ampak sem vedela, da na otroka še nisem pripravljena.	Veselje	POROD
C9	Bilo mi je zelo težko, ko sem videla, da ima otrok krizo.	Občutek krivde	POROD
C10	Zdravniki so vedeli za mojo odvisnost in čutila sem, da so me drugače obravnavali kot ostale pacientke.	Diskriminacija	IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM VARSTVOM
C11	Da, otrok je bil »ful« v krizi, saj je imel krče in se je tresel, ker mu je manjkala droga.	Odtegnitveni sindrom	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
C12	Menim, da sem premlada, da bi skrbela za otroke, in zraven so še droge, to pa ne gre skupaj.	Uvid, da ni pripravljena skrbeti za otroka	REJNIŠTVO
	Rada bi se šla »spucat« in potem bi se vpisala v šolo za	Boljša izobrazba	EKONOMSKI

C13	negovalke, ker sem vedno to hotela delati in si najti službo.		POLOŽAJ
C14	Pogrešam podporo matere, ki je nimam.	Nobene podpore	
C15	Prejemam socialno pomoč, s katero lahko nekako preživim.	Prihodek	EKONOMSKI POLOŽAJ
C16	… da se »spucam« droge, ker hočem sebi dokazati, da zmorem in si lahko uredim življenje.	Abstinenca	REJNIŠTVO
C17	Socialna delavka mi je zelo pomagala pri sami posvojitvi in sedaj pri informacijah o otroku ter me zaradi droge ni obsojala.	Podpora s strani socialnih delavk	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
C18	V porodnišnici sem čutila, da me drugače obravnavajo, ker uživam droge.	Negativna izkušnja z zdravniki	IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM VARSTVOM
C19	Moj otrok ni v rejništvu, ampak sem ga dala v polodprto posvojitev.	Posvojitev	REJNIŠTVO
C20	Odločitev, da dam otroka v posvojitev, je bila zelo težka, ampak sem otroku hotela omogočiti življenje, ker ga pri meni ne bi imel – droge in otrok, to ne gre skupaj.	Boljše življenje za otroka	REJNIŠTVO
C21	Ker gre za polodprto posvojitev, lahko od socialne delavke izvem, kako napreduje otrok, s posvojiteljico pa nimam stikov.	Nobenih stikov	REJNIŠTVO
C22	Mislim, da ko bo odrasel, bo otrok razumel, zakaj sem ga dala v posvojitev.	Razumevanje	ODNOS Z OTROKOM

INTERVJU D: Anja (39 let, 1 otrok)

Zaporedna št. izjave	IZJAVA	POJMI	KATEGORIJE
D1	Zaradi prometne nesreče sem prvič spontano splavila.	Spontani splav	NOSEČNOST
D2	Ko sem drugič zanosila, sem takoj vedela, da sem noseča, in je bila nosečnost nenačrtovana.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
D3	Bila sem vesela, ker sem bila noseča, hkrati pa sem bila jezna, ker sem bila takrat v nasilnem partnerskem odnosu in je otrok	Mešana čustva	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI

	še vse poslabšal.		
D4	Pred in med samo nosečnostjo nisem uživala nobenih drog, razen kakšno vino.	Ne uživanje drog	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
D5	Celo nosečnost mi je bilo zelo slabo, verjetno zaradi živcev, saj me je partner psihično in fizično zlorabljal.	Neprijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
D6	Bila sem v psihični stiski zaradi nasilja partnerja in njegovega pritiska name.	Psihična stiska	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
D7	Celo nosečnost mi je bilo zelo slabo in sem komaj čakala, da rodim.	slabost	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
D8	Sem vedela, ampak to zame ni držalo, ker med nosečnostjo nisem jemala nobene droge.	Ozaveščenost o posledicah uživanja drog pri otroku	UŽIVANJE DROG MED NOSEČNOSTJO
D9	Sam porod je bil zelo težak, ampak ko sem videla svojega otroka, sem na vse pozabila.	veselje	POROD
D10	V bolnišnici so z menoj zelo grdo delali in sam porod je bil zelo težak …	Negativna izkušnja	POROD
D11	Grdo so z menoj ravnali, tako da sem bila zelo nesrečna, ker so me neprestano spraševali, če jemljem kakšne droge, pa jih sploh nisem, ker sem bila že nekaj časa čista.	Diskriminacija zaradi odvisnosti	IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM VARSTVOM
D12	Nisem se učila dihati v materinski šoli in sem se dušila, ker so mi dali plinsko masko in nisem znala pravilno dihati in sem se lovila, trpela in zelo me je bolelo.	Nepripravljenost	POROD
D13	Otrok se je rodil z zlomljeno desno ključnico, kar so mi povedali šele ob izhodu iz bolnišnice, zaradi česar sem bila zelo jezna.	Jeza	POROD
D14	… krize ni imel, saj takrat nisem bila na nobenih drogah.	Zdrav otrok	ODTEGNITVENI SINDROM OTROKA
	Potrebovala bi več podpore in		

D15	kakšen dodatek, ker od socialne pomoči težko preživim sebe in otroka, ko pride na obisk.	Večji prihodek	EKONOMSKI POLOŽAJ
D16	Socialna delavka je na začetku moje nosečnosti zahtevala, da moj takratni partner podpiše, da je on oče otroka, ki ga nosim, ker je vedela, kakšne so razmere.	Podpora socialne delavke	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
D17	Kasneje sem zelo zaupala svojemu socialnemu delavcu, ki mi je pomagal, ko je prišlo do družinskega nasilja, vendar mi je na koncu zarinil nož v hrbet, zaradi česar sem bila zelo razočarana in uničena.	Razočaranost nad strokovnim delavcem	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
D18	Zelo dobro sodelujem z društvom Stigma, ki mi pomaga pri stikih z otrokom.	Pomoč društva Stigma	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
D19	Nekako sem spet začela zaupati socialnim delavcem, kljub temu da so me izdali.	Pridobitev zaupanj	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
D20	Dobivam podporo od socialnih delavk, saj mi pomagajo pri rejništvu in ohranjanju dobrih odnosov.	Dobro sodelovanje s strokovno službo	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
D21	Ja, moj otrok je v rejništvu od leta 2009, ko so mi ga nezakonito odvzeli.	Postopek rejništva	REJNIŠTVO
D22	S prejšnjo rejnico imata še vedno stike, s čimer se strinjam, ker mu je pomagala, ko mu je bilo najtežje. Ona je tudi njegova botra.	Dobri stiki z rejnico	REJNIŠTVO
D23	Imam ga toliko rada, da mu želim boljše življenje, kot bi ga imel pri meni.	Boljše življenje za otroka	REJNIŠTVO
D24	V rejništvu moraš imeti dobre odnose in delati z rejnico. Pomembno je, da je otrok zadovoljen.	Zavedanje pomen sodelovanja z rejniško družino	REJNIŠTVO
D25	Z otrokom se redno slišiva prek telefona in vsakih 14 dni ga grem obiskat.	Redni stiki	ODNOS Z OTROKOM

D26	Najini stiki so zelo napredovali, tako da pride tudi k meni na obisk – nazadnje je bil pri meni pet dni, ko so imeli počitnice.	Obiski	ODNOS Z OTROKOM
D27	Imava se zelo rada in rada delava stvari skupaj, kot so kolesarjenje, izleti, peljem ga na pico, se igrava ipd.	skupno druženje	ODNOS Z OTROKOM
D28	Ve, da ima mami zdravstvene težave in nima službe, zaradi česar ni denarja in ne morem skrbeti zanj.	Razumevanje situacije	ODNOS Z OTROKOM
D29	Nisem mu povedala, da sem na drogi, ker ne živi v takem krogu in okolju, saj živi na podeželju. Ne vidim pomena, zakaj bi začela odpirati temo, da sem odvisnica, ker mislim, da še ne bi vedel, kaj to pomeni.	Neodkritost z otrokom glede svoje odvisnosti	ODNOS Z OTROKOM

INTERVJU E: Špela (40 let, 1 otrok)

Zaporedna št. izjave	IZJAVA	POJMI	KATEGORIJE
E1	Nosečnost je bila nenačrtovana, saj sem pri 3 mesecih čisto naključno izvedela, da sem noseča.	Nenačrtovana nosečnost	NOSEČNOST
E2	Ob tem se bila zelo presenečena, saj so mi vedno govorili, da ne morem imeti otrok, vendar sem bila tudi srečna in ponosna, saj sem to vzela kot nov začetek.	Veselje ob nosečnosti	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
E3	Ko sem izvedela, da sem noseča, sem se nehala prodajati.	Nov začetek	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
E4	Med nosečnostjo sem na začetku uživala droge, ker nisem vedela, da sem noseča.	Uživanje drog	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
E5	Jemala sem samo metadon, ostalo sem nehala jemati, kar je napaka, ker sem s tem njemu škodovala.	Substitucijska terapija	ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO
E6	Nosečnost sem doživljala kot neko upanje za novo življenje.	Prijetna izkušnja	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI
E7	Bila sem depresivna, ker mi je takrat umrl pes, zaradi česar sem bila zelo žalostna – zato so mi dali »benzote«, da se pomirim, da	Psihična stiska	DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI

	ne bi izgubila otroka.		
E8	Imela sem nasilnega partnerja, zaradi česar sem se bala, kako se bo cela nosečnost odvijala.	Nasilje	TEŽAVE V ČASU NOSEČNOSTI
E9	Partner ve, ampak ga nisem priznala za očeta, ker je bil zelo nasilen in sem se bala, kaj bi lahko naredil otroku.	Nezaupanje	TEŽAVE V ČASU NOSEČNOSTI
E10	Družina je bila presenečena in v strahu za otroka zaradi moje odvisnosti.	Nezmožnost	PODPORA
E11	Dobro, saj me ni diskriminiral zaradi uživanja drog.	Pozitivna izkušnja	IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM VARSTVOM
E12	Sem dobila informacije, kakšne posledice lahko pustijo na otroku, zaradi česar sem večino drog prenehala jemati.	Ozaveščenost o posledicah uživanja drog pri otroku	UŽIVANJE DROG MED NOSEČNOSTJO
E13	Prvo nisem imela občutka, da je moj, bila sem izgubljena.	Nepričakovanost	POROD
E14	Otrok se je rodil s 6 meseci, zato je imel težave z dihali.	Odtegnitveni sindrom	POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU
E15	Zdravniki v porodnišnici so z menoj zelo slabo in diskriminatorno ravnali, ker sem odvisnica.	Diskriminacija	IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM VARSTVOM
E16	Se je spremenil, ker bi želela zmanjšati konzumiranje alkohola in ostati samo na metadonu.	Stabilnost na substitucijski terapiji	REJNIŠTVO
E17	Našla sem smisel, da nadaljujem z življenjem in začnem uživati življenje, kot bi ga morala skupaj s sinom.	Motivacija za življenje brez droge	REJNIŠTVO
E18	Finance so največji problem, ker nimam velikega dohodka, s katerim bi lahko poskrbela za otroka.	Prihodek	EKONOMSKI POLOŽAJ
E19	Potrebovala bi več podpore, da bi lahko dobila otroka nazaj, čeprav izgleda blizu in lahko, ampak se mi zdi, da je res vse skupaj oddaljeno.	Pomoč	PODPORA
E20	Prejšnja socialna delavka je bila zelo nesramna in mi ni nudila nobene podpore, saj me je vedno obravnavala kot odvisnico in ne kot žensko, ki si želi biti z otrokom.	Negativna izkušnja s socialno delavko	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI

E21	Vesela sem, ker me ne obravnava kot odvisnico, ampak kot človeka, ki potrebuje pomoč.	Pozitivna izkušnja s socialno delavko	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
E22	Prejemam denarno socialno pomoč, vendar je pa to tudi vse.	Denarna socialna pomoč	EKONOMSKI POLOŽAJ
E23	Od socialnih delavk dobivam podporo pri urejanju življenja brez droge.	Podpora socialne delavke	ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI
E24	Da, otrok je v rejništvu pri moji sestri.	Rejništvo	REJNIŠTVO
E25	Takrat sem bila še na metadonu in z otrokom nisem mogla hoditi po bolnicah, zato sem se odločila, da ga dam začasno k sestri, dokler ne končam DTO-ja in si uredim življenje.	Boljši pogoji za življenje	REJNIŠTVO
E26	Zelo je težko, ker ga imam rada in sem žalostna, ker ne moreva biti skupaj.	Žalost	REJNIŠTVO
E27	Imam jih, kakor se zmenimo, tako da je čisto odvisno.	Pogosti stiki	ODNOS Z OTROKOM
E28	Otrok je star 4 leta in ne razume, zakaj ne ostanem pri njem, ampak grem domov, vendar ko bo večji, mu bom vse povedala, zakaj sem to naredila.	Odkritost z otrokom	ODNOS Z OTROKOM

11.3 Ureditev izjav po kodah in v kategorije

NOSEČNOST	
Nenačrtovana nosečnost	
A1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak sem hotela obdržati otroka, ker sem bila stara 25 let in sva si s partnerjem otroka želela.
B1	Prva nosečnost je bila nenačrtovana, ampak je bila lepo presenečenje.
B5	Četrta nosečnost je bila tudi nenačrtovana, ker kontracepcijska zaščita ni delovala.
C1	Nosečnost je bila nenačrtovana in sem izvedela v 33. tednu nosečnost, ko je bilo prepozno za splav.
D2	Ko sem drugič zanosila, sem takoj vedela, da sem noseča, in je bila nosečnost nenačrtovana.
E1	Nosečnost je bila nenačrtovana, saj sem pri 3 mesecih čisto naključno izvedela, da sem noseča.
Načrtovana nosečnost	

A2	Druga nosečnost pa je bila načrtovana in sem je bila zelo vesela, saj sem jo dolgo čakala …
Splav	
B3	Ko sem drugič zanosila, sem naredila splav, ker sem zanosila zelo hitro po prvem rojstvu in s partnerjem še nisva bila pripravljena na enega otroka.
B4	Tretjič sem bila noseča z dvojčki in sem imela spontani splav, zaradi česar sem bila zelo slabe volje in mi je še danes žal, da se je to zgodilo.
D3	Zaradi prometne nesreče sem prvič spontano splavila.

ODNOS DO DROGE MED NOSEČNOSTJO	
Ne uživanje droge	
A3	Med prvo nosečnostjo nisem imela nobenih težav, ker sem komaj začela jemati droge in je šlo vse vame, ne pa v otroka.
D4	Pred in med samo nosečnostjo nisem uživala nobenih drog, razen kakšno vino.
Stabilnost na substitucijski terapiji	
A4	Na metadonu sem imela isto dozo, ker je nisem hotela zmanjšati, da ne bi škodovala otroku – sem se pa drugih drog vzdrževala.
B7	Pri četrti nosečnosti sem bila samo na metadonu in so mi morali odmerek zviševati, da ne bi imela krize, ki med nosečnostjo ni dobrodošla zaradi otroka.
C3	Ko pa sem izvedela za nosečnost, sem uživanje droge zmanjšala, ker sem se bala, kakšne posledice bodo na otroku.
E5	Jemala sem samo metadon, ostalo sem nehala jemati, kar je napaka, ker sem s tem njemu škodovala.
Redno/občasno uživanje droge	
B6	Droge sem občasno začela uživati med prvo nosečnostjo, aktivno pa sem jih začela uživati šele med tretjo nosečnostjo, ko sem tudi spontano splavila.
B8	Par dni pred porodom nisem mogla več zdržati in sem vzela eno »petko«, da sem lažje prenesla vse bolečine.
C2	Med nosečnostjo sem do 33. tedna redno uživala droge, vsaj dvakrat na teden.
E4	Med nosečnostjo sem na začetku uživala droge, ker nisem vedela, da sem noseča.

DOŽIVLJANJE NOSEČNOSTI	
Prijetna izkušnja	
A5	Med nosečnostjo sem se zelo dobro počutila in sem komaj čakala, da spoznam otroka.
A7	Med nosečnostjo nisem imela nobene stiske, ker sem se dobro počutila.
B2	Bila sem zelo srečna, ker bom imela otroka, kljub temu da sem bila takrat zelo

	mlada.
B9	Pri prvi nosečnosti sem se dobro počutila in je bila nosečnost zelo prijetna.
C4	Nosečnost sem zelo dobro prenašala, saj sem zelo pozno izvedela, da sem sploh noseča.
E2	Ob tem se bila zelo presenečena, saj so mi vedno govorili, da ne morem imeti otrok, vendar sem bila tudi srečna in ponosna, saj sem to vzela kot nov začetek.
E3	Ko sem izvedela, da sem noseča, sem se nehala prodajati.
E6	Nosečnost sem doživljala kot neko upanje za novo življenje.
Slabost	
B10	Pri zadnji nosečnost pa mi je bilo stalno slabo in vse me je bolelo in noge sem imela zatečene, zato sem komaj čakala, da se konča.
D5	Celo nosečnost mi je bilo zelo slabo, verjetno zaradi živcev, saj me je partner psihično in fizično zlorabljal.
D7	Celo nosečnost mi je bilo zelo slabo in sem komaj čakala, da rodim.
Psihična stiska	
D3	Bila sem vesela, ker sem bila noseča, hkrati pa sem bila jezna, ker bila sem takrat v nasilnem partnerskem odnosu in je otrok še vse poslabšal.
D6	Bila sem v psihični stiski zaradi nasilja partnerja in njegovega pritiska name.
D7	Bila sem depresivna, ker mi je takrat umrl pes, zaradi česar sem bila zelo žalostna – zato si mi dali »benzote«, da se pomirim, da ne bi izgubila otroka.
Slabo fizično počutje	
B13	… hrbet začel še bolj boleti, zaradi česar sem tudi takrat poskusila heroin, da bi si ublažila bolečine v hrbtu.

TEŽAVE V ČASU NOSEČNOSTI	
Stanovanjska problematika	
C6	Med nosečnostjo sem se srečevala s stanovanjsko problematiko … zato sem zadnji mesec preživela večinoma na ulici.
Nasilje	
E8	Imela sem nasilnega partnerja, zaradi česar sem se bala, kako se bo cela nosečnost odvijala.
E9	Partner ve, ampak ga nisem priznala za očeta, ker je bil zelo nasilen in sem se bala, kaj bi lahko naredil otroku.
Abstinenčna kriza	
B11	Pri drugi nosečnosti sem se srečevala z abstinenčno krizo, zaradi katere me je vse bolelo in sem bila zelo slabe volje.
B14	… metadon sem morala naenkrat vse spiti, kar mi ni ustrezalo, ker sem bila zjutraj zadeta, zvečer pa sem že »krizirala«. Včasih sem zjutraj klicala rešilce, da me pridejo iskat, ker nisem mogla sama iti po metadon. Hrane nisem veliko jedla, zato

	mi je bilo še bolj slabo.
Brez težav	
A9	Med nosečnostjo nisem imela nobenih problemov.

POROD	
Veselje	
A11	Bila sem zelo vesela, ko sem ju videla.
A10	Pri samem porodu nisem imela nobenih težav.
B16	Bila sem srečna, ko sem dobila otroka, ker biti mama je nekaj najlepšega, kar se ti lahko zgodi.
C8	Zelo sem bila vesela, ko sem videla svojega otroka, ampak sem vedela, da na otroka še nisem pripravljena.
E13	Prvo nisem imela občutka, da je moj, bila sem izgubljena.
Neprijetna izkušnja	
B17	Pri drugem porodu so me zelo grdo obravnavali, saj je bil celoten porod zelo neprijeten in boleč.
E10	V bolnišnici so z menoj zelo grdo delali in sam porod je bil zelo težak …
D12	Nisem se učila dihati v materinski šoli in sem se dušila, ker so mi dali plinsko masko in nisem znala pravilno dihati in sem se lovila, trpela in zelo me je bolelo.
Občutek krivde	
B9	Bilo mi je zelo težko, ko sem videla, da ima otrok krizo.

ZDRAVSTVENO VARSTVO	
Diskriminacija	
B18	Vedeli so za mojo odvisnost in so me zelo stigmatizirali – prikazali so me, kot da sem najbolj grozna mama.
B25	Zelo sem razočarana nad zdravniki v porodnišnici, ker so z menoj pri drugem porodu zelo grdo ravnali in sem občutila diskriminacijo.
C10	Zdravniki so vedeli za mojo odvisnost in čutila sem, da so me drugače obravnavali kot ostale pacientke.
C18	V porodnišnici sem čutila, da me drugače obravnavajo, ker uživam droge.
D11	Grdo so z menoj obravnavali, tako da sem bila zelo nesrečna, ker so me neprestano spraševali, če jemljem kakšne droge, pa jih sploh nisem, ker sem bila že nekaj časa čista.
E15	Zdravniki v porodnišnici so z menoj zelo slabo in diskriminatorno ravnali, ker sem

	odvisnica.
Prijetna izkušnja	
A13	Z menoj so zelo lepo delali.
E11	Dobro, saj me ni diskriminiral zaradi uživanja drog.

POSLEDICE UŽIVANJA DROG NA OTROKU	
Znaki krize	
A15	Drugi otrok pa je imel odtegnitveni sindrom in sva bila tri tedne v bolnišnici, da so ga pozdravili in mu zmanjšali krizo.
B19	Da, otrok je imel odtegnitveni sindrom, česar mi niso takoj povedali.
C11	Da, otrok je bil »ful« v krizi, saj je imel krče in se je tresel, ker mu je manjkala droga.
E14	Otrok se je rodil s 6 meseci, zato je imel težave z dihali.
Zdrav otrok	
A14	Prvi otrok ni imel odtegnitvenega sindroma, ker takrat sem šele dobro začela uživati droge in sva šla že tretji dan domov.
D14	… krize ni imel, saj takrat nisem bila na nobenih drogah.
Poškodbe otroka	
D13	Otrok se je rodil z zlomljeno desno ključnico, kar so mi povedali šele ob izhodu iz bolnišnice, zaradi česar sem bila zelo jezna.

EKONOMSKI POLOŽAJ	
Boljši prihodek	
B23	Prejemam socialno denarno pomoč in je malo za preživetje, ker s tem ne morem najeti stanovanja.
C15	Prejemam socialno pomoč, s katero lahko nekako preživim.
D15	Potrebovala bi več podpore in kakšen dodatek, ker od socialne pomoči težko preživim sebe in otroka, ko pride na obisk.
E18	Finance so največji problem, ker nimam velikega dohodka, s katerim bi lahko poskrbela za otroka
E22	Prejemam denarno socialno pomoč, vendar je pa to tudi vse.
Zaposlitev	
A16	Trenutno delam za Kralje ulice in delam, kar mi je všeč. Upam, da me bodo tudi zaposlili, ker vedno nekoga iščejo.
B20	Potrebovala bi službo, ki jo bova šla skupaj s partnerjem iskat v Avstrijo, da prideva malo do denarja.

C13	Rada bi se šla »spucat« in potem bi se vpisala v šolo za negovalke, ker sem vedno to hotela delati in si najti službo.
Stanovanje	
A17	Potrebovala bi pomoč pri iskanju službe in stanovanja v svojem domačem kraju, da bi otroka dobila nazaj in bila spet z njima.
B21	Da bova lahko najela stanovanja in da bomo z otroki spet skupaj.

ODNOS S SOCIALNIMI DELAVCI	
Pozitivne izkušnje	
A19	Socialne delavke so mi pomagale po nosečnosti in kasneje pri rejništvu. Razložile so mi, kako poteka postopek rejništva, ter smo skupaj iskale rešitve za boljše pogoje življenja.
A20	Socialne delavke mi pomagajo skozi pogovore, svetovanje ter načrtovanje boljše prihodnosti, da bom lahko dobila otroke nazaj. Ko sem priznala, da sem zasvojena, smo skupaj prišli do sklepa, da dam otroka mami v rejništvo, da se grem lahko ozdravit od droge.
A21	Zelo sem zadovoljna s podporo socialnih delavk, zelo sodelujejo z menoj in mi želijo, da si čim prej uredim življenje in dobim otroka nazaj.
C17	Socialna delavka mi je zelo pomagala pri sami posvojitvi in sedaj pri informacijah o otroku ter me zaradi droge ni obsojala.
D16	Socialna delavka je na začetku moje nosečnosti zahtevala, da moj takratni partner podpiše, da je on oče otroka, ki ga nosim, ker je vedela, kakšne so razmere.
D18	Zelo dobro sodelujem z društvom Stigma, ki mi pomaga pri stikih z otrokom.
D19	Nekako sem spet začela zaupati socialnim delavcem, kljub temu da so me izdali.
D20	Dobivam podporo od socialnih delavk, saj mi pomagajo pri rejništvu in ohranjanju dobrih odnosov.
E22	Vesela sem, ker me ne obravnava kot odvisnico, ampak kot človeka, ki potrebuje pomoč
E23	Od socialnih delavk dobivam podporo pri urejanju življenja brez droge.
Negativne izkušnje	
B24	Leta 2006 sva hotela iti s sinom v materinski dom, ker drugje nisva mogla biti … Obrnila sem se na socialno delavko, da bi mi pomagala, vendar temu ni bilo tako. Socialna delavka je klicala materinske domove in jim povedala, da sem na metadonu, zaradi česar me niso hoteli sprejeti.
D17	Kasneje sem zelo zaupala svojemu socialnemu delavcu, ki mi je pomagal, ko je prišlo do družinskega nasilja, vendar mi je na koncu zarinil nož v hrbet, zaradi česar sem bila zelo razočarana in uničena.
E20	Prejšnja socialna delavka je bila zelo nesramna in mi ni nudila nobene podpore, saj me je vedno obravnavala kot odvisnico in ne kot žensko, ki si želi biti z otrokom.

REJNIŠTVO	
Rejniška družina	
A22	Moji otroci so v rejništvu pri moji mami.
B26	Lani septembra sem otroka dala v rejništvo tašči, saj je sin prosil, če lahko ostane v domačem kraju, dokler ne dokonča osnovne šole.
B27	Zato je drugi otrok šel v prvo rejniško družino, ki je hotela sprejeti novorojenčka. Jaz niti ne vem, v kakšno družino je otrok šel, in sem dobila občutek, da za mojega otroka ni pomembno, v katero družino gre.
B30	Pri drugem otroku mi je bilo še težje, ker nisem vedela, kakšna je družina, v katero gre otrok, in sploh nisem imela neke izbire.
C19	Moj otrok ni v rejništvu, ampak sem ga dala v polodprto posvojitev.
D21	Da, moj otrok je v rejništvo od leta 2009, ko so mi ga nezakonito odvzeli.
D22	S prejšnjo rejnico imata še vedno stike, s čimer se strinjam, ker mu je pomagala, ko mu je bilo najtežje. Ona je tudi njegova botra.
D24	V rejništvu moraš imeti dobre odnose in delati z rejnico. Pomembno je, da je otrok zadovoljen.
E24	Da, otrok je v rejništvu pri moji sestri.
Stabilizacija svojega življenja	
A18	Nočem biti več odvisna, ker imam dovolj tega, vendar mi metadon pomaga pri moji bolezni, ker mi uravnava zdravje, da sem stabilna in ne boleham.
A23	Dogovor je bil, da se grem »spucat« od metadona in po dveh letih bom lahko dobila svoja otroka. Pogoj je seveda, da si najdem službo, da bom lahko zanju skrbela.
B29	Vendar sem vedela, da drugo mi ne preostane, dokler si ne najdem službe in uredim življenja.
B31	Mi je zelo težko, ker ne morem biti z njima vsak dan, zato si želim čim prej urediti življenje, da ju lahko dobim nazaj.
C16	… da se »spucam« droge, ker hočem sebi dokazati, da zmorem in si lahko uredim življenje.
E25	Takrat sem bila še na metadonu in z otrokom nisem mogla hoditi po bolnicah, zato sem se odločila, da ga dam začasno k sestri, dokler ne končam DTO-ja in si uredim življenje.
E16	Se je spremenil, ker bi želela zmanjšati konzumiranje alkohola in ostati samo na metadonu.
E17	Našla sem smisel, da nadaljujem z življenjem in začnem uživati življenje, kot bi ga morala skupaj s sinom.
Skrbništvo nad otroki	

A24	Težko mi je, ker sem brez otrok, ampak upam, da ju bom kmalu dobila nazaj.
B22	Pogrešam svoja otroka in partnerja, da smo lahko vsak dan skupaj.
E26	Zelo je težko, ker ga imam rada in sem žalostna, ker ne moreva biti skupaj.
Boljše življenje za otroka	
B28	Zelo težko mi je bilo, ko sem prvega otroka dala v rejništvo, a je bila to edina rešitev, da otrok ne bi toliko trpel.
C12	Menim, da sem premlada, da bi skrbela za otroke, in zraven so še droge to pa ne gre skupaj.
C20	Odločitev, da dam otroka v posvojitev, je bila zelo težka, ampak sem otroku hotela omogočiti življenje, ker ga pri meni ne bi imel – droge in otrok, to ne gre skupaj.
D23	Imam ga toliko rada, da mu želim boljše življenje, kot bi ga imel pri meni.

STIKI Z OTROKI	
Vzdrževanje stikov	
A25	Z otrokoma se redno slišim, dvakrat tedensko, in ju zelo pogosto obiskujem.
B32	S starejšim otrokom se vsak dan slišiva prek telefona ali interneta, enkrat na mesec ga s partnerjem tudi obiščeva.
D25	Z otrokom se redno slišiva prek telefona in vsakih 14 dni ga grem obiskat.
E27	Imam jih, kakor se zmenimo, tako da je čisto odvisno.
Nobenih stikov	
B33	Z drugim otrokom še nimam stikov, ker teče postopek rejništva.
C21	Ker gre za polodprto posvojitev, lahko od socialne delavke izvem, kako napreduje otrok, s posvojiteljico pa nimam stikov.
Obiskovanje	
A26	Ko grem domov, najamem eno sobico, da smo lahko več dni skupaj, in takrat vsi skupaj zelo uživamo.
D26	Najini stiki so zelo napredovali, tako da pride tudi k meni na obisk – nazadnje je bil pri meni pet dni, ko so imeli počitnice.
D27	Imava se zelo rada in rada delava stvari skupaj, kot so kolesarjenje, izleti, peljem ga na pico, se igrava ipd.

ODNOS Z OTROKOM	
Odkritost glede svoje zasvojenosti	
A27	Otroci razumejo, zakaj so pri babici, ker sem z obema zelo odkrita, še posebej s starejšim – vesta, da imam oziroma sem imela težave z drogami, ker ničesar ne želim skriti.
B34	Otrok ve, zakaj je v rejništvu in tudi ve vse o mojem uživanju droge, ker ne želim

	pred njim ničesar skrivati, še posebej, ker je v takih letih, ko se vse začne.
C22	Mislim, da ko bo odrasel, bo otrok razumel, zakaj sem ga dala v posvojitev.
Prikrivanje svoje zasvojenosti	
D28	Ve, da ima mami zdravstvene težave in nima službe, zaradi česar ni denarja in ne morem skrbeti zanj.
D29	Nisem mu povedala, da sem na drogi, ker ne živi v takem krogu in okolju, saj živi na podeželju. Ne vidim pomena, zakaj bi začela odpirati temo, da sem odvisnica, ker mislim, da ne bi še vedel, kaj to pomeni.
E28	Otrok je star 4 leta in ne razume, zakaj ne ostanem pri njem, ampak grem domov, vendar ko bo večji, mu bom vse povedala, zakaj sem to naredila.