

Szerhasználó várandós nők és lehetőségeik a szociális ellátórendszerben

Jelige: isr210

2024.

Tartalomjegyzék

I.	Rezümé	1
II.	Bevezetés	2
III.	Elméleti áttekintés	2
III.1	A szerhasználatról.....	2
III.1.1	A drogok csoportosítása	4
III.1.2	Droghasználat és személyiség - pszichiátriai betegségek.....	4
III.1.3	Droghasználat és a család	5
III.1.4	A női szerhasználatról	6
III.1.5	Drogok hatása a magzatra várandósság alatt	7
III.2	Nők és a várandósság kapcsolata.....	9
III.3	A szerhasználó várandós nők jellemzői.....	11
III.4	Szerhasználó várandós nők ellátása Magyarországon.....	13
III.4.1	Speciális ellátások és hiányosságaik.....	16
III.5	Külföldi minták és alternatív ellátórendszeri modellek.....	19
IV.	A kutatásom módszertana.....	20
V.	A kutatásom elemzése	22
V.1	A szerhasználat jellegzetességei női aspektusból.....	22
V.1.1	Bántalmazó kapcsolatok összefüggése a szerhasználattal	23
V.1.2	Szerhasználat és a családból hozott minták	24
V.2	Szerhasználó várandós nők.....	25
V.2.1	A terhességhez és az anyasághoz való hozzáállás jellemzői	25
V.2.2	Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat igénybe vevő szerhasználó várandósok jellemzői	25
V.2.3	A láthatatlan várandósok	27
V.3	A Józan Babák Klub klienseinek jellemzői	27
V.3.1	Lakhatási problémák.....	28
V.3.2	Későn felismert terhességek és a lehetséges következmények	28
V.3.3	A “rossz anyaság” fogalom jelenlétének relevanciája.....	29
V.4	A roma kliensekről	29
V.5	Rejtőzködés és stigmatizáció a szakértők klienskörében	30
V.6	Szerhasználó várandós nők helye a szociális ellátórendszerében	31
V.6.1	Józan Babák Klub	31

V.6.2	Soroksári Babaház	34
V.7	Szerhasználó anyák.....	39
V.8	Az ellátórendszerben felmerülő egyéb problémák és hiányosságok	40
V.8.1	A női rehabilitációkról.....	40
V.8.2	Rendszerszintű, egységes ismeretek hiánya	40
V.8.3	A kiegészítés problémája	41
VI.	 Összegzés	
		42
VII.	Bibliográfia.....	44
VIII.	Mellékletek	48

I. Rezümé

A szerhasználó várandós nők problémája komplex, hiszen nem csak függőséggel, de stigmatizációval, pszichés zavarokkal, lakhatási problémákkal is küzdhetnek, valamint gyakori, hogy bántalmazó családi vagy párkapcsolati környezetben élnek. Célom az volt, hogy szakértőkkel készített interjúk nyomán megismerjem a szerhasználó várandós nők jellemzőit és azokat az ellátórendszeri lehetőségeket, melyeket igénybe tudnak venni. A kutatás során kiderült, hogy számos olyan droghasználó várandós nő van, aki nem kerül be az ellátórendszerbe, s nem kap segítséget. Vannak olyan kismamák, akik nem ítélik problémásnak a szerhasználatukat, mert legális szerekekkel élnek vissza. A droghasználó várandósok összetett és egyéni ellátást igényelnének. A Józan Babák Klub az egyetlen olyan ellátási forma jelenleg Magyarországon, ahol kifejezetten szerhasználó várandós nőket fogadnak olyan szakértők, akik komplex tudással rendelkeznek.

II. Bevezetés

Egy gyermekotthonban töltött szakmai gyakorlatom során kezdtem el először érdeklődni a téma iránt. Számos viselkedési és egyéb pszichés zavarral küzdő gyermek élt az otthonban, akiknél úgy tűnt, jelenlegi problémáikhoz komplex eseménysorozat vezetett. Több gyermek aktájában láttam feljegyezve a szerhasználó szülő jelenlétét, és ekkor gondolkoztam el először a várandósság alatti szerhasználat lehetséges következményein a gyermek fejlődésére nézve, s így kezdtek el érdekelni a szerhasználó várandós nők is.

A szociálpedagógia értelmezésében szemlélve kiváltképp fontos ez a téma, ugyanis magába foglal olyan kérdéseket, amelyek aktuálisan jelen vannak társadalmunkban. Úgy vélem, ha a szerhasználó várandós nők nem kapnak megfelelő ellátást és támogatást a gyermek világrahozatalában, majd az emberhez méltó, tisztességes életkörülmények megteremtésében a gyermek felneveléséhez, akkor, mint egy ördögi kör, folytatódhat az anya sorsának ismétlődése gyermeke életében is. Szociálpolitikai szempontból is elgondolkodtató, hogy hogyan termelheti újra magát és növekedhet a szerhasználat, a szegénység és a segélyre szoruló emberek száma, ha nem megfelelő időben és hatékonysággal avatkozunk be ezekbe a folyamatokba.

Számos oka lehet annak, hogy miért használ drogokat egy terhes nő. Kutatásomban arra kerestem a választ, hogy azok a szakértők, akik szerhasználó várandós nőkkel foglalkoznak milyen lehetséges okokat, problémákat és megoldási lehetőségeket fogalmaznak meg a témában. Szerettem volna megtudni azt is, hogy milyen ellátási lehetőségek vannak jelenleg a szociális szférában, és miképpen működnek azok.

III. Elméleti áttekintés

III.1 A szerhasználatról¹

A szerhasználó várandós nőknek több olyan közös tényező van egyszerre jelen az életükben, amelyek speciális ellátást igényelhetnek. A szerfüggőség problémája az egyik ezen tényezők közül, amit az alábbi bekezdésben kívánok ismertetni.

¹ Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

A különböző drogok más-más minőségben hatnak az emberi szervezetre, és ezt befolyásolja a szerhasználó egészségügyi állapota és a fogyasztott mennyiség mértéke (Poole & Dell, 2005, 1.o.). A különbözőségek ellenére több szakirodalom egy kategóriába sorolja a drogokat az alkohollal, a nikotinnal és olykor a koffeinnel is, azonban írásomban kifejezetten a droghasználatra helyezem a hangsúlyt és a szerhasználat kifejezéssel is erre referálok majd. Ennek nem az az oka, hogy a legális szerekkel való visszaélés nem érintené a várandós nők egyikét sem, sokkal inkább az, hogy dolgozatom fókuszát igyekeztem szűkíteni, ezért kifejezetten az illegális szereket használó nőkre helyezem a hangsúlyt.

A szenvedélybetegség fő ismérve, ami könnyen elválaszthatóvá teszi egy szenvedéllyel üzőtt tevékenységtől, hogy káros hatást gyakorol a függő ember mindennapjaira, egészségére és társas kapcsolataira (Demetrovics, 2007, 30.o.). Amikor a szerhasználó életében az egyetlen örömforrás a függőség tárgya lesz, a korábban fontosnak tartott értékek nem számítanak már számára és elhanyagolja azokat. Ennek következtében hosszú távon a már említett “kóros elszigetelődés” is kialakulhat (Lázár & Lázár, 2009, 62.o.). Dr. Lázár Levente és Lázár Cseke Éva azt is leírja, hogy az addikció egyéb ismérve lehet a ciklikusság, ami azt jelenti, hogy egy adott viselkedés végrehajtására a személy ismételt késztetést él át, “melyet feszültségnövekedés kísér, majd gyors feszültségcsökkenés követ a késztetés visszatéréséig, vagyis a ciklus újraindulásáig.” (Lázár & Lázár, 2009, 60.o.). A ciklikusan visszatérő viselkedési forma a szerhasználat esetében maga a drog bevétele. Minél többször fordul ez elő, annál nagyobb az esély, hogy toleráns lesz az ember szervezete a drogban található hatóanyagokra. Emiatt egyre nagyobb mennyiségre lesz szüksége a függőnek, hogy a korábban tapasztalt hatást elérje (Demetrovics, 2007, 32-34.o.). Az alábbi folyamat által kialakult káros hatások a WHO leírása alapján annak a következményeképp lépnek fel, hogy a drogok befolyásolják az agy működését és épp emiatt a függőség krónikus betegséggént kezelendő (WHO, 2019, 2.o.). A függőség diagnózisának “kritériuma a mindennapi életvitelben, életminőségben megjelenő jelentős mértékű romlás” (Demetrovics, 2007, 34.o.). A betegszemléletű megközelítéssel azonban akadhatnak gyakorlati problémák. Például Lázár Levente és Lázár Cseke Éva azt tapasztalta, hogy az orvosi egyetemek képzése az addiktológia tudománya terén hiányosak, és részben ebből adódik, hogy a függőség betegséggént való értelmezése és kezelése nem mindig kielégítő a segítség során. Emellett arra is felhívják a figyelmet (Lázár & Lázár, 2009, 60.o.), hogy általában, ha egy szerhasználó bekerül az egészségügyi ellátórendszerbe, akkor az nem a függősége, hanem egyéb orvosi probléma miatt történik. Lázárék kiemelik, hogy ez a jelenség a szerhasználó várandós nőkre kiváltképpen igaz (Lázár & Lázár, 2009, 60.o.). Kaló Zsuzsa, pszichológus a betegségorientált megközelítést azzal a kritikával illeti, hogy a szerhasználó

könnyebben belehelyezkedhet abba a szerepbe, ahol ő a betegség elszenvedőjeként van jelen (Kaló, 2020, 44.o).

III.1.1 A drogok csoportosítása

A drogok típusait többféleképpen lehet értelmezni és csoportosítani. Az egyik legelterjedtebb besorolás a tiltott, tehát illegális (pl. kannabisz, opiátok, kokain) és a legális szerek (pl. nikotin, koffein, alkohol) megkülönböztetésére alapul (Rigó, 2009, 9.o.). Azonban ennek a besorolásnak a hátulütője Demetrovics szerint az, hogy a drogkérdést kultúrafüggővé teszi, amely a jogi szabályozásokkal is összefügg (Demetrovics, 2007, 15.o.). A Nemzeti Drog Fókuszpont 2022-es Éves Jelentéséből kiderül, hogy Magyarországon “a Btk. hét tényállásban szabályozza a kábítószerekkel és új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos cselekményeket, melyek az új pszichoaktív szerek csekély mennyiségének tartásán és megszerzésén kívül – mely szabálysértési kategória – bűncselekménynek minősülnek.” (Péterfi & Bálint, 2022, 10.o.). Egy másik megközelítés azt veszi figyelembe, hogy az adott drog természetes vagy mesterséges módon előállított vegyületeket tartalmaz-e (Rigó, 2009, 9.o.).

Az idegrendszerre gyakorolt hatásuk alapján Demetrovics három kategóriára bontja a drogokat (Demetrovics, 2007, 28.o.). És bár a felsorolásban élesen körül lehet határolni a különböző drogokat s azok hatását, Lázár Levente és Lázár Cseke Éva (2009, 62.o.) felhívják a figyelmet arra, hogy az addiktológiai gyakorlatban nem gyakori, hogy a kliens csak egy bizonyos szernek volna a függője. Inkább halmozott addikció szokott jelen lenni, mikor a szerhasználónál különféle szerfüggőségek váltják egymást vagy egyszerre alkalmaz több típusú szert.

III.1.2 Droghasználat és személyiség - pszichiátriai betegségek

A szerhasználat és a pszichiátriai betegségek közötti összefüggéseket nem könnyű bizonyítani, de számos tanulmány foglalkozik velük. Úgy vélem, érdemes röviden megvizsgálni ezeket a tanulmányokat, hiszen a szerhasználó várandós nők problémáit és ezáltal az ellátásukat is bonyolítja az, hogyha pszichiátriai betegségük is van.

Egy, a szerhasználó várandós nők ellátásáról szóló cikkben Simone M. Goettler és Sibil Tschudin (2014, 169.o.) hangsúlyozzák a pszichiátriai betegségek kialakulásának magas rizikófaktorát droghasználat mellett. Szerintük a pszichiátriai betegség lehet az oka a droghasználatnak, ugyanakkor ez fordítva is igaz, a szerhasználat okozta mentális zavarok is jellemzőek. Demetrovics arról ír, hogy a pszichoaktív-szerhasználó felnőtt emberek körülbelül 50-90%-át érintik a személyiségzavarok és mentális problémák (Demetrovics, 2007, 51.o.). Kaló Zsuzsa feltárta, hogy a leggyakrabban előforduló mentális zavarok a szerhasználó nők

esetében a “depresszió, szociális szorongás, a PTSD és az étkezési zavarok, bipoláris zavar, személyiségzavarok.” (Kaló, 2020., 62.o.). A szorongásos zavarok leginkább az “önmedikációs” használat okán hozhatók összefüggésbe a pszichés problémákkal. Erre példa, mikor egy szorongó ember valamilyen nyugtatószerrel próbálja enyhíteni tüneteit (Demetrovics, 2007, 63.o.). Az is előfordulhat, hogy a szerhasználó egy kielégítetlen pszichológiai szükségletet, például a frusztrációját kezeli a függőségével (Kaló, 2020, 34.o.). Azok az emberek, akik a drogokat öngyógyításra használják, lehet, hogy ha hamarabb kapnak megfelelő ellátást pszichés problémáikra, nem csúsznak bele a szerhasználat ciklikus körébe sem.

A bemutatott elméleteket Kaló azzal a kritikával illeti, hogy ezekben a tanulmányokban kevésbé veszik figyelembe az egyéb környezeti vagy szociális tényezők által kiváltott hatásokat (Kaló, 2020, 37.o.).

III.1.3 Droghasználat és a család

A drogok kipróbálásának a legvalószínűbb ideje a serdülőkor eljöttével következik be, mikor a fiatal felnőtt a kortárs kapcsolatait helyezi előtérbe a családi kötelékek helyett. Azonban Demetrovics kifejti, hogy azt, hogy a serdülőnek kortárs kapcsolatai miként alakulnak, nagyban befolyásolják családi minták (Demetrovics, 2007, 95.o.). Lázárék olyan családi tényezőket tartanak kockázatosnak a szerhasználattal összefüggésben, mint amikor csak egy szülő neveli a gyermeket, családi traumák terhelik a családtagokat vagy esetleg bántalmazás zajlik családon belül. Ezek a tényezők önmagukban még nem feltétlenül okai a szerhasználatnak, de Lázárék kiemelik, maradandó pszichés károkat okozhatnak (Lázár & Lázár, 2009, 67.o.). Fórizs Éva orvosi gyakorlata alatt figyelte meg, hogy a drogokat kipróbálók közül leginkább csak azok válnak függővé, akiknek felmenőik között is előfordul a szenvedélybetegség (Fórizs, 2009, 123.o.). Ennek ellenére egy tanulmányban kiemelik, hogy nem lehetünk egyáltalán biztosak abban, hogy genetikai oka lenne a családon belül többször felbukkanó szerhasználatnak. Számos olyan tanulmányt vizsgáltak meg, melyek örökbefogadott gyermekek és szüleik szerhasználata közötti összefüggéseket vizsgálták, és arra a következtetésre jutottak, hogy a szerhasználat megjelenése nagy mértékben a környezeti hatásokon múlik, és nem a genetikán (Morales, Scott, Dakota, Gareth, Bonnie, 2020, 4.o.). Emellett Demetrovics középiskolások között végzett vizsgálatok (Elekes & Paksi, 2004) eredménye kapcsán kiemeli, hogy a szülőkkel való kapcsolat minősége is befolyásolja a fiatalkori droghasználatot. Azoknál a fiataloknál, akiknek kiegyensúlyozottabb viszonya van szüleivel, kevesebb a valószínűsége, hogy szerhasználóvá váljanak (Demetrovics, 2007, 97.o.). Hasonlóan vélekedik Lázár Levente és Lázár Cseke Éva, ők a kiegyensúlyozott viszonyon belül a testi és lelki kontaktus

fontosságára helyezik a hangsúlyt a szülő-gyermek kapcsolatban. Szerintük ez a kontaktus egészen az anyaméhben kezdődik (Lázár & Lázár, 2009, 62.o.). Ezzel szemben a szerhasználó családokban gátolt az érzelmi kifejezés és kevésbé találkozunk pozitív érzelmekkel, inkább a szorongás, harag és szégyen érzete van jelen (Kaló, 2020, 65.o.).

III.1.4 A női szerhasználatról

Ahhoz, hogy a női szerhasználatot vizsgáljuk, “szükséges megértenünk, módszertani és elméleti szempontból is, hogy a nőknek, mint csoportnak milyen szükségletei vannak” – írja Kaló, a női szerhasználat kutatójának, Elisabeth Ettore gondolatait felhasználva (Ettore, 1992, idézi Kaló, 2020, 50.o.). Magyar viszonylatban a női szerhasználatot Kaló Zsuzsa kutatásai vizsgálják a legszéleskörűbben. Különösen a *Bevezetés a szerhasználó nők világába* című könyvében (2020) foglalja össze a nemi különbségeket, és annak történeti háttérét a függőségek terén, amit a témám megértéséhez rendkívül fontosnak tartok. Kaló rámutat, hogy a női szerhasználók sem kezelhetőek egy homogén csoportként (Kaló, 2020, 56.o.), hiszen mind különböző, önálló személyiségek, akikben csak a női lét közös. Arra, hogy kevés anyagot lehet találni kifejezetten női szerhasználat témájában, Demetrovics is rávilágít. Ő úgy látja, a férfiak szerhasználatát sokkal több kutatásban vizsgálták, így erről komplexebb tudásanyag áll a rendelkezésünkre (Demetrovics, 2007, 98.o.). Poole és Dell a szerhasználat nemi alapú kutatása kapcsán kihangsúlyozzák, hogy a férfiak nem szolgálhatnak viszonyítási alapként a női szerhasználat megértésében. Bár hozzá kell tennem, hogy a két szerző ugyanebben az írásban azt is kiemeli, hogy a férfi szerhasználókat mindig is kevésbé érintette a stigmatizáció, mint a nőket (Poole & Dell, 2005, 1.o.).

A múlt században bizonyos drogokat, mint például az ópiumot, orvosi utasítása használtak olyan problémákra, mint fájdalomcsillapítás. A nők társadalmi szerepe ebben az időszakban változáson ment keresztül, így az orvos által felírt droghasználat mellett az alkohol is egyre elfogadottabb lett társadalmilag a nők körében (Kaló, 2020, 46.o.). Ez azonban nem volt mindig így. Kaló arról számol be, hogy az 1800-as években az alkoholfüggő nőket “szánalmas, sajnálatra méltó egyénként ábrázolta a korabeli média” (Kaló, 2020, 45.o.). Emiatt a stigmatizáció elkerülése érdekében a nőknél egyre gyakoribbá vált a zugivás. Az 1800-as években a szerhasználó anyákat már felelősségre vonták gyermekük függőségeiért. Az 1980-as években egyes kokainhasználó anyák gyermekei koraszülöttek lettek, és a csecsemők ezzel járó testi problémáit tévesen az anya szerhasználatára következményének tulajdonították a médiában, amely a közvélekedést egy jó időre meghatározta a szerhasználó kismamákról (Kaló, 2020, 47.o.). Poole és Dell úgy vélik, hogy napjainkban a stigmatizáció sokszor a szerhasználó nőkre vonatkozó kutatásokban is megjelenik oly módon, hogy általában a drogfogyasztásuk hatását a

környezetükre, családjukra, gyermekükre nézve vizsgálják, és nem pedig annak kontextusában, hogy elsősorban a szerhasználó nő egészségére és jólétére milyen hatással van (Poole & Dell, 2005, 6.o.).

A női szerhasználatnak egy fontos jellemzője, hogy gyakran az élettársuk is szerfüggő (Kaló, 2020, 60.o.). Ennek lehet a már fent említett társas hatás az oka, olyan esetben például, mikor a szerhasználat kezdetleges motivációja a partnernek való megfelelés, amely mögött az egyszerű emberi vágy húzódhat meg, hogy tartozhasson valakihez. Ráadásul ami még szintén a partnerhez kötött, gyakran nőket érintő probléma, az a párkapcsolaton belüli erőszak. Kaló azon kutatások eredményére hívja fel a figyelmet, amelyek azt mutatták ki, hogy a szerhasználó nők körében magasabb a bántalmazó partnerkapcsolat elterjedtsége (Kaló, 2020, 63.o.). A bántalmazás megélése már önmagában traumatikus, és indikátora lehet a szerhasználatnak, viszont még nehezebbé válhat ez a helyzet, amikor nincs hova segítségért fordulnia a bántalmazott nőnek (Poole & Dell, 2005, 7.o.).

Ha már a nemi különbségeken van a hangsúly, nem mehetünk el a biológiai különbségek tárgyalása mellett. A nők és a férfiak különbözőképpen reagálnak bizonyos szerekre testi felépítésükből adódóan. A nőknél például könnyen és gyorsabban alakulhat ki a drogtól való függés (Kaló, 2020, 69.o.). Ez összefügghet azzal a ténnyel, hogy a női testben végbemenő hormonális folyamatok különböznek a férfiétól. Napjainkban is kutatott téma például az, hogy a menstruációs ciklus milyen módon hat a kábítószer fogyasztásra vagy éppen fordítva. A Nemzeti Népegészségügyi Központ ajánlásában arról is szó esik, hogy a ciklus szerinti hormonális ingadozások hatással lehetnek arra, hogy éppen mennyire vágyakozik a kábítószerre a függő nő (Árváné és mtsi, 2020, 1.1). Ezen felül a nők magasabb egészségügyi kockázatoknak vannak kitéve a szerhasználat mellett, ugyanis könnyen elkaphatnak hüvelyi fertőzéseket, a HIV-vírus is jóval gyakoribb náluk, ezen felül megnőhet a meddőség kockázata, bár ettől még a drogfogyasztás nem zárja ki a terhesség lehetőségét (Kaló, 2020, 69.o.). Mikor egy szerhasználó nő teherbe esik, számos egyéb lehetséges egészségügyi probléma léphet fel a várandós nőre és magzatára nézve. Ennek problémakörére szeretnék röviden kitérni.

III.1.5 Drogok hatása a magzatra várandósság alatt

Lázárék (2009, 60.o.) kifejtik, hogy a szerhasználó várandós nők ellátását nagy részben a magzatra mért lehetséges következményei határozzák meg. A Nemzeti Népegészségügyi Központ ajánlásában a kockázatok leírása mellett hangsúlyozzák azt, hogy a tünetek és a következmények is eltérőek az anya kábítószer-fogyasztásához mérve (Árváné és mtsi, 2020).

A kokain terhesség alatti, hosszútávú használatakor előfordulhat, hogy az újszülött súlya 1500 gramm alatt van, illetve a szívfejlődési rendellenességek kockázata is emelkedik. (Ádám, 2009, 24.o.). Görbe Éva felhívja a figyelmet arra, hogy a koraszülés esélye kokainhasználat esetén 50% felett van. Azt is kiemeli, hogy a kokainhasználat a magzati halálozásnak is lehet az okozója (Görbe, 2009, 31.o.). Az amfetamin esetében Ádám szerint (2009, 24.o.) nem találtak igazán szignifikáns változásokat, Görbe azonban úgy véli (2009, 33.o.), a kokainéhoz hasonló hatásai vannak ezeknek a típusú drogoknak is. Megvonási tüneteket és intenzív újszülött-ellátást igényelhet az aktív opiáthasználat (Ádám, 2009, 24.o.). Lázárék arról írnak, hogy az opiátfüggő nők nagyon nehezen és későn ismerik fel terhességüket, mert a korai tünetek hasonlóak ahhoz, amit elvonás esetén szoktak tapasztalni. Erre példa a hányinger, fáradtság, fejfájás. Ez sajnos arra is bírhatja a használót, hogy adagját növelje (Lázár & Lázár, 2009, 63.o.). A marihuána-használattal kapcsolatban esetén tanulmányokra támaszkodva írja le Ádám, hogy a kognitív fejlődési képességek lassulását regisztrálták a kutatók (Ádám, 2009, 24.o.), azonban Görbe szerint magzati károsodást nem okoz (Görbe, 2009, 30.o.), bár egy amerikai kutatás arra mutatott rá, hogy a vérszegénységre való hajlam nő a terhesség alatti aktív marihuána-használat mellett (Kelly S. Ramsey et al., 2021., 4.o.). Görbe Éva azokról a problémákról is ír, amelyek a droghasználat következtéképpen az újszülött első napjaiban jelentkezhetnek. Ilyenkor lehetnek igazán erősek a csecsemőnél az elvonási tünetek, ami leginkább a már említett opiáthasználat következménye. Növekedhet a fejlődési rendellenességek veszélye, a spontán vagy művi vetélés és a hirtelen csecsemőhalál kockázata is megnő (Görbe, 2009, 27.o.).

A drogok magzatra mért lehetséges hatásaikról olvasva minden szernél megjelenik valamilyen elrettentő lehetséges következmény. Azonban Beke Anna hangsúlyozza (2009, 46.o.), hogy ha a terhes szerhasználó nő megfelelő ellátásban és támogatásban részesül, akkor az újszülött csecsemőnél az elvonási tünetek kevesebb eséllyel alakulnak ki. A támogatást, melyet Beke hangsúlyoz, Lázárék leginkább a kórházi szociális munkában látják megvalósíthatónak, mert gyakran ebből a pozícióból hamarabb fel lehet ismerni az anya szerhasználatát (Lázár & Lázár, 2009, 76.o.). A kezelés szempontjából pedig nem mindegy, hogy mikor történik meg a drogfüggőség vagy használat felismerése. Minél korábban történik, annál hatékonyabb lehet a kezelés (Sógorka, 2009, 73.o.). Lázárék kiemelten fontosnak tartják, hogy ha már kiderül a droghasználat a leendő anyánál, akkor megfelelő tájékoztatást kapjon arról, hogy miként hat az általa használt drog a magzatára, és milyen változások várhatóak akkor, ha addiktológiai segítséget vesz igénybe (Lázár & Lázár, 2009, 76.o.).

Amint már leírtam, ebben a témakörben számos összefüggés még bizonytalan. Jelenleg az is kutatás alatt áll, hogy a várandósság alatt használt kábítószereknek lehet-e esetleges hatása az anyatejre, vagy például vizsgálják azt is, hogy milyen összefüggések lehetnek a gyermekkori fejlődési zavarok és a terhesség ideje alatt fogyasztott drogok hatása között (Árváné és mtsi, 2020).

III.2 Nők és a várandósság kapcsolata²

A szerhasználó várandós nők csoportját vizsgálva a nők anyasághoz fűződő viszonyát is szeretném feltérképezni. Főleg azért, mert rengeteg olyan jellemző van a terhesség megélése kapcsán, ami nem tesz különbséget szerhasználó és nem szerhasználó között. Az például a terhességre Szemán-Nagy Anita szerint általánosan elmondható, hogy pszichológiai megközelítésből egy krízisállapot (Szemán, 2011, 9.o.). És bár ebben a terhességet körülíró bejegyzésben inkább a pszichés folyamatokról írok, megjegyezném Bánfalvi Attila gondolatit a medikalizált terhesgondozásról és szülésről. Hiszen hiába fejtegetem a pszichológiai tényezőket, érdemes látni, hogy a valóságban sokszor jóval inkább tárgyasítva jelenik meg a terhes női test és annak kezelése, amit azzal a jelenséggel is összefüggésbe lehet hozni, hogy társadalmi szinten egyértelműnek tűnik, hogy a szülés egy orvosi probléma. Bánfalvi szerint napjainkban a társadalmi és kulturális fejlettséget határozza meg a különböző régiókban az, hogy mennyire medikalizált a szülés (Bánfalvi, 2006, 57.o.) Azt, hogy Magyarországon medikális szemlélet határozza meg az egészségügyi ellátást a Nemzeti Népegészségügyi Központ egy 2020-as kiadványában alátámasztja. Ebben a kiadványban kifejtik a szerzők, hogy a medikális szemlélet háttérbe szorítja azt, hogy személyközpontú hozzáállással dolgozzanak a szakemberek (Árváné és mtsi, 2020, 5.11). Ennek a társadalmi norma mellett valószínűleg számos egyéb oka van, mint például a véges erőforrások, amelyekkel gazdálkodni kell az egészségügyben.

Fórizs Éva gyermekpszichiáter és addiktológus szakorvos a várandósságot egy testi, lelki és pszichés élettani változásokkal járó folyamatnak írja le, amelynek során gyakori, hogy irreálisnak tűnő problémákkal találja magát szembe a terhes nő (Fórizs, 2009, 121.o.). Joan Raphael-Leff pszichoanalitikus, szociálpszichológus több évtizeden át kutatta a terhesség kérdéskörét. Ahogy a szerhasználó nőknél, úgy a várandós nőknél is elmondható, hogy nincsen kettő ugyanolyan eset. Raphael-Leff úgy véli, az egyéni különbségeket szubkulturális tényezők, etnikai hovatartozás és a családi háttér is alakítja (Raphael-Leff, 2010, 17.o.)

² Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

Bobvosné Békefi Mariann arról ír, hogy sokszor a nőben tudat alatt ambivalens gondolatok egyszerre vannak jelen a gyermekvállalás kapcsán. Különösen azért, mert ott motoszkálhat a tudatalattiban a félelem magától a szüléstől és a gyermektől úgy, hogy a vágy is jelen van az anyaságra, így ez a kettőség belső konfliktushoz vezethet. (Bobvosné, 1992, 134.o.) Azonban Kovács Mónika, védőnő éppen a várandósság változást hozó erejére helyezi a hangsúlyt, szerinte ugyanis a megfelelő támogatással a terhesség egy örömteli úttá válhat, melyet fejlődés kísér (Kovács, 2012, 254.o.). Raphael-Leff például több páciensével is azon dolgozott, hogy megtalálják az anyaságban rejlő fejlődés lehetőségét. Beszámol egy pácienséről, akinek nehéz gyermekkor miatt az üresség és kihasznátltság érzése dominált az életében, míg terhes nem lett. Aztán a várandósság alatt ismerte meg a figyelem és a gondoskodás jelentőségét, melyet maga is át tudott ekkor élni (Raphael-Leff 2010, 29.o.). Ennek ellenére a pozitív szemléletű megközelítés kapcsán Kovács hangsúlyozza, hogy mivel a várandósságról egy idealizált kép alakult ki társadalmi szinten, a várandós asszony a gondjaival sokszor magára maradhat, hiszen nem biztos, hogy elfogadhatónak érzi problémáit (Kovács, 2012, 240.o.).

A nem kívánt terhességek nem tartoznak a ritka esetek közé, ekkor pedig “aktualizálódik a terhességi konfliktus” (Kovács, 2012, 241.o.). Bobvosné úgy tapasztalta, hogy attól még, hogy egy nő szexuálisan éretté válik, az nem jelenti azt, hogy az anyaságra is készen áll, s ez “megnyilvánulhat a terhesség tudatos hártásában” (Bobvosné, 1992, 182.o.). Ilyenkor felmerülhet, hogy megtartsa-e a gyermeket a leendő anya, vagy sem. Kiváltképp problémát okoz a döntés meghozatala a gyermek megtartásáról, amikor szexuális erőszak érte a várandós nőt vagy alkalmi kapcsolat következménye a terhesség (Raphael-Leff, 2010, 31.o.). Az abortusz kérdéskörére szerhasználó várandós nőknél egy későbbi bekezdésben még ki fogok térni. Amikor a nő megtartja gyermekét, rengeteg új típusú kihívással néz szembe. Kovács Mónika védőnőként azt tapasztalta, hogy a várandós nők nincsenek igazán felkészítve a terhességgel járó nehézségekre, márpedig ahhoz, hogy az új helyzettel meg tudjanak birkózni, megküzdési stratégiák keresésére és alkalmazkodási készségekre van szükségük (Kovács, 2012, 241.o.). Ekkor jöhet igazán jól egy olyan segítő, aki végig kíséri és támogatja a várandós nőt ebben az új életszakaszban. Raphael-Leff úgy véli, hogy egy segítő nő, aki hagyományos módszerekkel védi a terhes asszonyt és folyamatos törődést biztosít a számára, “hídként szolgálhat az új állapothoz, közvetítve a múlt és a jelen között.” (Raphael-Leff, 2010, 209.o.). A pszichoanalitikus nem véletlenül hangsúlyozza a hagyományos módszerek és a női segítség fontosságát, szerinte ugyanis egy intézményesült, férfiak által dominált terület lett a terhesgondozás, amely sokszor gátolja az érzelmi kapcsolat kialakulását a várandós és leendő gyermeke között. Szerinte az orvosi vizsgálatok során igen ritka az, amikor egy egészségügyi dolgozó ösztönözné a várandós nőt arra, hogy beszéljen érzelmeiről (Raphael-Leff, 2010,

210.o.). Pedig a terhesség folyamata nem érzelemmentes. Kovács Mónika például jellemzőnek tartja, hogy a terhes nő tart a szüléstől, az azzal járó fájdalomtól és attól, hogy egészséges lesz-e a gyermek (Kovács, 2012, 243.o.). A biztatás, támogatás és segítség nem csak a terhesség, de a szülés idején is hatalmas erővel bírhat. Raphael-Leff szerint ezen múlik, hogy a szülés gyógyító vagy kártékony módon hat az anyára. Emellett az is számít, hogy az anya kap-e hiteles információt a szülésről, ami alapján saját döntéseit is képes meghozni (Raphael-Leff, 2010, 201.o.).

III.3 A szerhasználó várandós nők jellemzői

A Nemzeti Népegészségügyi Központ különböző becslésekre alapozva arról számol be, hogy nagyjából 50-100 között van évente azoknak a súlyosan függő nőknek a száma, akik teherbe esnek (Árváné és mtsi, 2020, 5.4.). Az, hogy miért nehéz pontos statisztikával szolgálni, többtényezős. Előfordulhat, hogy a terhes nő letagadja szerhasználatát a már korábban említett stigmáktól való félelem miatt (Rigó, 2009, 9.o.). A félelem Kaló szerint azért is megalapozott, mert például azok a várandós nők, akik “drogos körökön” belül mozognak, saját populációjuk környezetében is lenézettek és elítéltek (Kaló, 2020, 85.o.). Az is előfordul, hogy a jogi következményektől tartanak (Rigó, 2009, 9.o.), hiszen a magzat- és gyermekjogok javarészt absztinencia-orientáltak (Kaló, 2020, 86.o.). Ezen kívül az egészségügyi és szociális rendszer hiányosságai miatt is rejtett maradhat a szerhasználat. Kaló Zsuzsa nem tartja kizártnak, hogy előfordul, hogy a szülészeti osztályokon nem jelentenek minden szerhasználatot a terhesség alatt (Kaló, 2020, 83.o.). Rigó pedig úgy véli, gyakran az újszülött gyermek által produkált tünetek vezetnek az orvost arra a következtetésre, hogy az anya droghasználó volt várandóssága alatt. Ezért az is gyakori, hogy nemcsak a szerhasználat, de maga a várandósság is titkolt, ami miatt a terhesgondozás elmarad (Rigó, 2009, 9.o.). Raphael-Leff pszichoanalitikai szemszögből a terhesgondozás kihagyását összekapcsolja a nőgyógyászati vizsgálatoktól való félelemmel, amit a belső gátlások vagy a korábban tapasztalt bántalmazás és az újbóli megéléstől való tartás táplálhat (Raphael-Leff, 2010, 76.o.). Goettler és Tschudin (2014, 169. o.) felidéztek egy retrospektív kutatást (Friedman, Heneghan & Rosenthal, 2009, 174–181.o.), ahol 211 kismamát figyeltek meg a terhesgondozás igénybevételével kapcsolatban, s arra jutottak, hogy a terhesgondozás kihagyásának leggyakoribb oka a szerhasználat volt. Raphael-Leff szerint, ha egy nő terhessége mellett is aktívan folytatja a szerhasználatot, az nem csak a függősége miatt lehet, hanem vannak olyan esetek, mikor az anya sem szeretné a gyermeket, és ezért mindent megtesz, hogy elutasítsa a magzat létezését (Raphael-Leff, 2010, 97.o.). Raphael-Leff kiemeli, hogy ilyen esetekben az anya szülés utáni lelkipozíciója elengedhetetlen a gyermek egészséges fejlődése érdekében, főleg azért, mert az érdektelenség fennmaradhat a születést

követően is (Raphael-Leff, 2010, 97.o.). Azonban általánosan inkább az jellemző, hogy azért kerül egy várandós szerhasználó a terhesgondozást, mert hiányos egészségügyi ismeretekkel rendelkezik arról, hogy milyen ellátási lehetőségei vannak, s azok milyen célt szolgálnak. A legnagyobb probléma ebben az, hogy a gondozatlan terhesség idején emelkedik a szövődmények száma (Rigó, 2009, 9.o.). És bár attól függetlenül, hogy minden szerhasználó várandós nő esete más és különböző szintű kockázattal bír, Goettler és Tschudin kiemelik (2014, 169. o.), hogy ezen terhességek nagy részét magaskockázatúnak kell tekinteni. Ráadásul, amint azt már korábban is írtam, a szerhasználónál bizonyos egészségügyi problémák már a terhesség ideje előtt jellemzőek. Ilyen az alultápláltság, a szexuális úton terjedő betegségek, a HIV fertőzés is kifejezetten gyakori, de előfordul a hepatitis B és C vírus is (Rigó, 2009, 10.o.). Ezeknek a fertőzéseknek a prostituált szerhasználó nők különösen ki vannak téve, és Fórizs tapasztalata szerint (2009, 125.o.) a szerhasználó várandósok között vannak prostituáltak is.

Fórizs úgy véli, hogy amikor egy szerhasználó nő a felsorolt problémák és félelmek ellenére idejében terhesgondozásba kerül, akkor az kívülről vagy belülről jövő kényszerek hatására történik. Külső kényszer közé tartozik, ha például büntetőeljárás van folyamatban a terhes nő ellen, vagy az elterelést választja az utóbbi helyett, de az is lehet, hogy párkapcsolati problémái akadnak, vagy szakorvosi javaslatra van szüksége az abortuszhoz (Fórizs, 2009, 120.o.). Mészáros Piroska tapasztalatai alapján a belülről jövő kényszerek közé tartozik, hogy a terhes nő büntudatot érez szerhasználata miatt, és emiatt, illetve ezzel az érzéssel érkezik a kezelőhelyre (Mészáros, 2009, 201.o.). Pszichoanalitikai szempontból a szenvedélybeteg várandósoknál a lelkiállapotuk ingadozik az elfogadás és a büntudat között (Goettler & Tschudin, 2014, 96.o.). Az egész helyzet morális kérdéseket feszeget, mind társadalmi, mind a szerhasználó egyéni szintjén (Kaló, 2020, 83.o.).

A legnagyobb problémát sokszor nem a szerhasználat, hanem a szociális gondok jelentik (Sógorka, 2009, 73.o.). Nem csupán kedvezőtlen szociális környezetből származik többségük, de előfordul, hogy hajléktalanokról és munkanélküliekről van szó (Rigó, 2009, 10.o.). Közülük Fórizs tapasztalata szerint sokan állami gondozottak voltak, vagy még terhességük ideje alatt is azok (Fórizs, 2009, 125.o.). A környezeti problémák a gyermekvállalás szándékát nagyban befolyásolhatják (Sógorka, 2009, 73.o.), mert ilyenkor a szerhasználó terhes nő teljes bizonytalanságot élhet meg legfőképpen a jövőbeli anyagi problémákkal kapcsolatban (Kaló, 2020, 111.o.). Fórizs úgy látja, hogy a bizonytalanság a terhes nő párkapcsolatára is kihat, és partnerével kapcsolati válságba kerülhet (Fórizs, 2009, 121.o.). A szerhasználó várandós nőkre egyébként is jellemző, hogy nincsenek stabil kapcsolatban partnerükkel (Kaló, 2020, 11.o.). Kaló kutatásából kiderült például az, hogy az általa vizsgált terhes nők körében az apa

legtöbbször nem vállalta a gyermeket, pedig a nők bizakodtak párjukkal való kapcsolatuk fennmaradásában (Kaló, 2020, 111.o.). Fórizs szerint előfordul, hogy a várandós nő a gyermekén keresztül szeretné a partnerét magához láncolni, ami részben a társfüggőséggel hozható összefüggésbe (Fórizs, 2009, 125.o.). Abban az esetben, ha a várandósnak a kapcsolata nem marad fent partnerével, a függetlenségre kénytelen berendezkedni (Kaló, 2020, 111.o.). Viszont a függetlenedés nem egyszerű folyamat, hiszen ezeknek nőknek egy része fiatal korából adódóan éretlen a felelős döntéshozatalra. Nehézséget jelenthet ez azért is, mert nem ritka, hogy egyáltalán nincsen vagy problémás a családi háttere, tehát tőlük nem valószínű, hogy tudnának segítséget kérni a nevelésben vagy akár az anyagiak terén. Fórizs olyan esetről is beszámol, hogy a nő tulajdonképpen azért létesített felnőttkapcsolatot, mert az otthoni környezetből próbált menekülni (Fórizs, 2009, 125.o.).

Amint a szerhasználó terhes nőket érintő problémákból látható, nem csak számukra, hanem mind a társadalom, mind pedig az egészségügy számára is nagy kihívást jelenthetnek ezek a gondok. Ennek ellenére mégsem fordítunk rájuk elég figyelmet, sőt a téma inkább ismeretlen társadalmi szinten. Rigó szerint a kihívások megoldása összefogást igényelne az egészségügyi és szociális ellátás részéről, amihez szükséges a politikai támogatás, társadalmi odafigyelés is (Rigó, 2009, 9.o.).

III.4 Szerhasználó várandós nők ellátása Magyarországon

A komplex problémák, melyek egy szerhasználó várandós nő életét és születendő gyermekét érintik, olyan ellátást igényelnének, melyet elég nehéz megvalósítani a jelenlegi ellátórendszer keretein belül. Az alábbiakban szemléltetem azokat az ellátási lehetőségeket, melyeket ma Magyarországon egy szerhasználó várandós nő igénybe tud venni.

A Gyermekvédelmi törvény alapján joga van a gyermeknek, hogy a “megszületése előtt segítséget kapjon ahhoz, hogy minden olyan akadályt elhárítsanak, ami veszélyezteti az újszülött vérszerinti családjában történő nevelkedését, szükségletekhez igazodó ellátását. A születendő gyermek joga, hogy segítséget kapjon, illetve, hogy édesanyjával együtt, stabil körülmények közé távozhasson a kórházból.” (Csesztregi és mtsi, 2011, 113.o.). Az EMCDDA-nak készült 2022-es évi jelentésben a szerhasználók ellátásának fontos kérdésről értekeznek. Szerintük egyaránt feladata az egészségügynek és a szociális ellátórendszernek ellátni a szenvedélybeteg klienseket (Péterfi & Bálint, 2022, 126.o.). És bár az utóbbi pár évben már több olyan ellátási forma vált elérhetővé a drogfüggők (de nem kifejezetten várandósok) számára, amit vagy önkormányzat által működtetett közintézmények vagy nonprofit szervezetek biztosítanak (Péterfi & Bálint, 2022, 126.o.), az opiátfüggőknek szánt helyettesítő

kezeléseken kívül (melyről később még röviden beszámolok), nincsenek olyan programok, amik speciális kategóriákra bontva vennék figyelembe a szerhasználók kezelését (Péterfi & Bálint, 2022, 126.o.). Tehát nincsen külön kezelés például kokain-, vagy kannabisz függőknek, pedig egészen különböző módon ható szerekről van szó.

Amint azt már korábban írtam, az ellátórendszerbe való bekerülés egy szerhasználó várandós nő esetében gyakori, hogy jóval később történik meg annál, mint ahogy ideális lett volna terhesgondozás szempontjából. Röviden arról fogok most írni, hogy milyen lehetséges módokon valósulhat meg, hogy egy szerhasználó várandós nő az ellátórendszer látókörébe kerül. Ezeknek a folyamatoknak megértéséhez leginkább a Nemzeti Népegészségügyi Központ tanulmányát vettem figyelembe.

A védőnők és a háziorvosok számára kategóriák szerint elő van írva hatályos jogszabályokban, hogy milyen feltárt probléma esetén, milyen cselekvési kötelezettségük van (Árváné és mtsi, 2020, 7.2). Így ők a jelzőrendszer tagjai és ha például szerhasználatról értesülnek egy páciensük várandóssága alatt, akkor kötelező jelezniük a gyermekvédelemnek. A jelzési köteleességet az 1997. Évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról foglalja magába: “a jelzőrendszeri tagok kötelessége, hogy addikcióra utaló jelek esetén a területileg illetékes Család- és Gyermekjóléti Szolgálat/ Központ felé írásban megtegyék jelzésüket, amely tartalmazza a fennálló helyzet tárgyilagos leírását.” (Árváné és mtsi, 2020, 7.3.). Bár a védőnőtől vagy orvostól való jelzés ritka eset, s ezt azzal a korábban már felvázolt jelenséggel indokolják, hogy mivel a várandós nő tart a szerhasználat büntetőjogi következményeitől és/vagy az egészségügyi ellátórendszer szigorú hozzáállásától, ezért nem fordul orvoshoz és nem veszi igénybe a védőnői szolgáltatásokat, így a gyermekjóléti szolgáltató ezekre a jelzésekre kevésbé számíthat (Csesztregi és mtsi., 2011, 113.o.). Gyakori, hogy a várandós nő nem a szerhasználat miatt találja magát szembe a gyermekjóléti szolgáltatókkal, hanem azért, mert például kiskorú és úgy várandós, vagy épp szociális problémákkal küzd (Csesztregi és mtsi, 2011, 113.o.). Ilyenkor a családsegítő által kap a várandós információkat és tájékoztatást az igénybe vehető szolgáltatásokról, amik például a leszokásban segítik őt és ekkor már közösen keresnek megoldást a problémákra (Árváné és mtsi, 2020, 7.2.) Ekkor azonban a probléma, amivel a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó szociális munkás ilyenkor leginkább szembesülhet az az, hogy nincs nagyon mód arra, hogy olyan helyeken fogadják ezeket a nőket, ahol a szerhasználatuk kezelése mellett, megnyugtató támaszt nyújtsanak a várandósoknak és magzatának (Csesztregi és mtsi, 2011, 113.o.).

Az ellátórendszerbe való bekerüléssel együtt számos olyan probléma kerül felszínre a várandós anya életével kapcsolatban, amelyek befolyásolják leendő gyermeke életét. Ezek a problémák,

amint azt már említettem a párkapcsolati státuszukat is érinti. Ha egy párt alkot az anya a leendő apával és ők együtt is élnek akkor általában vállalják a gyermeket. Azonban, ha egyedülálló anyáról van szó, aki nem tervezte a terhességét, akkor nehezebb a döntéshozatal (Árváné és mtsi, 2020, 5.6.). Időnként az ellátórendszer is nyomást gyakorol a várandósra azzal kapcsolatban, hogy miként döntsön gyermeke megtartásáról (Árváné és mtsi, 2020, 5.6.). Sógorka Ildikó egy jól értelmezhető ábrán mutatta be, hogy milyen lehetséges kimentelei lehetnek egy szerhasználó nő várandósságának, mikor bekerül az ellátórendszerbe. Az egyik lehetséges út a terhességmegszakítás, bár a terhességet sokszor abban a szakaszban veszik észre a szerhasználó nők, mikor ez már nem valósulhat meg (Sógorka, 2009, 78.o.). Fórizs szerint ennek a döntésnek a meghozatalát nagyban befolyásolja az is, hogy kap-e például családi támogatást a várandós nő és várhatóan milyen sors vár a magzatra (Fórizs, 2009, 123.o.). Törő Károly az abortusz kapcsán kiemeli, hogy minden nő rendelkezhet a maga testével, és akarata ellenére nem kényszeríthető arra, hogy megszüljön a gyermeket. Ennek ellenére a legtöbb jogrendszer korlátozza a terhességmegszakításokat (Törő, 1992, 19.o.). Ha a terhes nő alacsonyküszöbű szolgáltatásnál kér segítséget, akkor onnan tovább irányíthatják egyéb szociális és egészségügyi helyekre segíteni meghozni döntését, azonban nekik nem kötelességük állást foglalni ebben a kérdésben (Kaló & Oberth, 2011, 21.o.). Az ellátórendszernek kötelessége tájékoztatni a várandós nőt azokról a lépésekről, amiket az abortusz előtt kell megtennie abban az esetben, ha a terhességmegszakítást választja, írja Sógorka (Sógorka, 2011, 226.o.). Amért ennyit írok a terhességmegszakítás kérdéséről, az többek között egy budapesti szerhasználó nők között, 2009-ben végzett kvantitatív vizsgálat eredménye, ami azt mutatta, hogy az általános populációhoz mért értékhez képest háromszor annyi abortusz fordul elő szerhasználó várandós nők körében, mint a nem szerhasználókéban (Csorba, Pataki & Péterfi, 2011, 80.o.). Így az általam vizsgált csoport problémakörét érinti ez a kérdés, és rávilágít arra is, hogy valószínűleg itt a prevencióban is hiányosságok lehetnek az ellátórendszeren belül. A fogamzásgátlás preventív oldalának fontosságára Goettler és Tschulidin közös cikkükben hívják fel a figyelmet. Szerintük ez még a terhesség bekövetkezte után is fontos lehet. Úgy vélik, komplex környezeti, szociális háttér miatt egy gyermekvállalás hatalmas megoldandó problémát hoz magával ezeknek a nőknek, melyeknek megoldása tervezést igényelne, tehát legalább a jövőre nézve érdemes családtervezési tanácsokat adni az ellátórendszer részéről (Goettler & Tschulidin, 2014, 173.o.). Azért is lenne fontos a prevenció, mert a nő szervezetére “súlyos vagy kevésbé súlyos egészségügyi kárai” lehetnek a művi abortusznak. Ezt a súlyossági szintet befolyásolja a terhességmegszakítás időpontja (Andorka, 1992, 50.o.).

Ha az anya úgy dönt, kiviseli a terhességet, elsősorban az ő és a gyermekvédelmi hatóságok együttesen meghozott döntése által fog eldőlni, hogy a születendő gyermek az anyánál marad vagy sem, írja Sógorka (Sógorka, 2009, 78.o.). Ilyenkor a gyermekjóléti szolgálatnak a további feladata az, hogy egészségügyi ellátásba, terhesgondozásra segítse eljutni a szerhasználó várandós nőt (Csesztregi és mtsi, 2011, 113.o.). Amennyiben a nő a terhességét elfogadja, de az anyaságot bizonyos okok miatt nem tudja felvállalni, akkor a gyermek megszületését követően vagy örökbe adják vagy ideiglenes hatállyal elhelyezik csecsemőotthonban vagy nevelőszülőnél (Sógorka, 2009, 78.o.). Ha a csecsemő sorsa ily módon alakul, az anyának valószínűleg szembe kell néznie a gyással, mely újszülött gyermeke elvesztésével jár.

Abban az esetben, ha a várandós nő felvállalja az anyaságát, lehetősége van anyaotthonban élni vagy ha megteheti, akkor családi körben folytathatja életét a gyermekével. Ezeket a döntéseket esetkezelés keretein belül mérlegelnie kell a szociális munkásnak, aki ilyenkor azt veszi figyelembe, hogy biztonságos ellátást kapna-e a gyermek, milyenek lennének a lakhatási körülményei, van-e támogató családi háttér, satöbbi (Sógorka, 2009, 77.o.). Ezután születik meg a végleges döntés a gyermek sorsáról.

III.4.1 Speciális ellátások és hiányosságai

Szeretném megvizsgálni azokat a további ellátási lehetőségeket, ahova akár egy családsegítőtől tovább lehetne küldeni a szerhasználó várandós nőt, hogy komplex problémái megoldásához megfelelő segítséget kaphasson. Azonban már sokat idézett 2011-es évi jelentésben is hangsúlyozzák, hogy országos szinten nincs hova irányítani ezeket a nőket bármilyen speciális ellátásra, a témában szaktudással bíró szakemberhez. Egyetlen egy ilyen alacsonyküszöbű szolgáltatás létezik, ez a Budapesten található Józan Babák Klub (Csesztregi és mtsi, 2011, 113.o.). Ennek létrejöttéről, jelenlegi helyzetéről és működéséről a kutatási részben számolok be bővebben. És bár ez a jelentés már több, mint tíz éves, a helyzet tulajdonképpen nem sokat változott azóta. Voltak próbálkozások további ellátásokra, ilyen volt például a Soroksári Babaház, de ez a szolgáltatás nem volt hosszú életű, aminek okára kutatásomban kívánok majd választ keresni. A speciális ellátások hiányának egyik problémája Kaló szerint részben az, hogy a szociális és egészségügyi ellátás dolgozói általánosan nem tanulnak és nem kapnak később sem háttéranyagot arról, hogy mik a szerhasználat jellegzetességei és a szerhasználó várandós nőket miként kéne ellátni vagy hova lehetne tovább küldeni (Kaló, 2020, 84.o.). Vannak szakemberek, akiknek ugyan van tudásuk ezekről a specifikus területekről, de nem kapnak segítséget például szupervízió vagy mediálás formájában, ezért egyedül kell megbirkózniuk ezekkel a nehéz helyzetekkel (Kaló, 2020, 84.o.). Ráadásul ilyenkor az is előfordul, hogy figyelembe kell venniük ezeknek a szakembereknek a saját "biztonsági" szempontjaikat is

Oberth József tapasztalata szerint. Ez alatt azt érti konkrétan a szakértő, hogy érthető módon a szakemberek szeretnék elkerülni a műhibákat és azokat a helyzeteket, amelyben ennek lehetőségét látják (Oberth, 2009, 94.o.). Mindemellett sikerélménynek tudható a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményeiben létrejött traumaérzékeny szemléletű nőgyógyászati szakellátás, melyről bővebben szintén a kutatási részben számolok be.

III.4.1.1 Az ártalomcsökkentés³

Az egyik ellátórendszeri megközelítése a szerhasználó várandós nőknek az ártalomcsökkentés. Többször visszatérő téma volt eddig dolgozatomban, hogy a szerhasználat csak egy tünete a használó egyéb környezeti, szociális problémáinak. Az ártalomcsökkentés és ártalomcsökkentő szolgáltatások lényege Kováts Virág szociális munkás megfogalmazásában, hogy “a droghasználathoz kapcsolódó ártalmakat kívánja csökkenteni, nem magát droghasználatot” (Kováts, 2009, 101.o.). Az ártalomcsökkentés elismeri, hogy a végső cél az absztinencia lenne, de nem kötelez senkit arra, hogy absztinens legyen. Sok droghasználó ugyanis nem tervez leszokni, mert hiányzik a motiváció hozzá, mert már annyira életvitelszerű lett a használata. Azonban az ártalomcsökkentés lényege, hogy ezeket az embereket se hagyjuk magukra (Kováts, 2009, 101.o.). Szerhasználó nők esetében ilyenkor a cél például a bevitt kábítószer mennyiség fokozatos csökkentése (Kaló & Oberth, 2011, 13.o.). Kováts arra is kitér, hogy ezeknek a szolgáltatásoknak leginkább gyakorlati szakemberei és sorstárs segítői vannak, ugyanis így gyakran közelebb lehet kerülni a droghasználóhoz (Kováts, 2009, 101.o.).

A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a szociális szolgáltatások közé 2007. január 1-jétől tartozik, ekkor vált hatályossá az erről szóló törvény (Oberth & Kaló, 2011, 18.o.) Könnyebben hozzáférhető, nem kell beutaló, vagy pénz, ahhoz, hogy valaki igénybe vegye és ráadásul anonim módon lehet jelen a kliens (Kováts, 2009, 101.o.). Oberth, a Józan Babák Klub és más alacsonyküszöbű ellátások befogadó elveit a következőképpen fogalmazza meg: “minden érdeklődő személyt adott, megjelent állapotában fogadjuk el, még hozzá maradéktalanul, egyéni értékrendjével, életvitelével, céljaival, világnézetével, bármely meggyőződésével, szokásával.” (Oberth, 2009, 214.o.). Egy függőkkel foglalkozó alacsonyküszöbű szolgáltatás olyan szokásokat vesz célba, mint például az injekciós túhasználat (Kováts, 2009, 101.o.) “A szociális szolgáltatásokban megjelenő egyes ártalomcsökkentő tevékenységeket, így többek között a tűcsere program keretében nyújtott szolgáltatást, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, illetve

³Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szabályozza.” (Péterfi & Bálint, 2022, 198.o.). A túcsere fontosságának megtanulása és elsajátítása után jöhet akár a következő lépés, ami az opiát függőség terápiás kezelése, amely érintheti a már terhes használókat is. Erről Csorba József egy igen részletes tájékoztatót írt. Ő kifejti, hogy az opiát függőségnek, a többi szerrel szemben az a sajátossága, hogy a betegek részben agyi neurobiokémiai elváltozások miatt nem tudnak teljes absztinenciára váltani (Csorba, 2009, 127.o.). Emiatt léteznek a helyettesítő kezelések, melynek “alapelve az, hogy lehetőséget teremtenek az illegális utcai heroin vagy más opiátszármazék használatának legális gyógyszerrel történő helyettesítésére.” (Csorba, 2009, 127.o.). A terhes személyek opioid használati zavarának kezelésének számos aspektusa hasonló a nem terhes személyek kezeléséhez (Ramsey és mtsi, 2021, 6.o.). Az úgynevezett agonista kezelés azért is előnyös, mert azzal, hogy megszűnik az injekciós droghasználat, a kezelés alatt álló nő akár el is hagyja azt a környezetet, amiben tulajdonképpen a szerhasználat tartotta benne és így akár a prostitúciós tevékenység, mint pénzszerzési lehetőség is megszűnhet, ha volt (129.o. Csorba, 2009, 129.o.). Emellett a terhesgondozásba is könnyebb bevonni azokat az anyákat, akik elvonási tünetekkel sem küzdenek. Csorba leírja, hogy a leggyakrabban alkalmazott agonista gyógyszer világszerte a metadon, melyet Magyarországon is igénybe lehet venni, például a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciáján, Budapesten, de van lehetőség rá drogcentrumokban vagy kórházi ellátás keretein belül Veszprémben, Miskolcon, Pécsen és Szegeden is (Csorba, 2009, 129-131.o.). Kelly S. Ramsey és társai olyan kutatásokat vizsgáltak, amik a metadon méhen belüli lehetséges hatásait figyelték meg. Egészen újszülött kortól hároméves korig végig kísérték a vizsgált gyermekek fejlődését és az derült ki, hogy a metadon terápia mellett is egészségesen növekedtek, illetve kognitív és pszichológiai fejlődésük is megfelelő volt (Ramsey et al., 2021, 7.o.). Az EMCDDA számára készített 2022-es évi jelentésből kiderül, hogy 2020-ban összesen 508 fő vett részt opiát szubsztitúciós kezelésben az országban található szolgáltatók beszámolóí alapján (Péterfi & Bálint, 2022, 77.o.). Ugyanebből a jelentésből kiderültek azok az adatok is, amelyek a jelenleg is, vagy legalábbis 2021-ig biztosan működő helyeket számszerűsítik. Ekkor 12 szolgáltató volt összesen, abból 3 intézmény Budapesten és 9 további megyékben (Péterfi & Bálint, 2022, 137.o.).

III.5 Külföldi minták és alternatív ellátórendszeri modellek⁴

Érdeemesnek tartom, hogy röviden kitérjek olyan országoknak a példájára, ahol komplex ellátás áll a szerhasználó várandósok rendelkezésére. Rácz József és Kaló Zsuzsa külön tanulmányban gyűjtötte össze a nemzetközi tapasztalatokat. Megoszló, hogy melyik országban és hogyan zajlanak a kezelések.

Az egyik példa, ahol a jól működő ellátórendszer meg tud valósulni Ausztria, így elsőként röviden erről írok. Az ország fővárosában fogadják a szerhasználó várandós nőket a bécsi Addiktológiai Klinikán (Kaló & Rácz, 2011.) Itt olyan multidiszciplináris segítséget tudnak nyújtani egy helyen, mint opiát-helyettesítő kezelés, pszichoterápiás gondozás, terhesgondozás az apa vagy egyéb hozzátartozó bevonásával (Metz, Köchl & Fischer, 2012, 16.o.) A klinikán dolgozók úgy vélik, itt a legnagyobb nehézséget az anyák elérése és az utógondozás hiánya jelenti (Kaló & Rácz, 2011, 104.o.).

Egy másik példa külföldi ellátások területén a baltimore-i Center for Addiction and Pregnancy szolgáltatás, amely egy kórház külön szárnyát képezi (Kaló & Rácz, 2011, 105.o.). Szintén komplex ellátást nyújtanak itt az anyáknak, van ambulancia, van lehetőség a bentlakásra is, de a központ fő célja, hogy a szülészeti komplikációkat, melyek a droghasználatból adódhatnak csökkentsék. Emellett segítik a hosszútávú célokat és a családtervezést (Kaló & Rácz, 2011, 105.o.). A szerhasználatot terápiával, vagy például metadonkúrával segítik, a pszichiátriai problémákon gyógyszeres kezeléssel is tudnak itt segíteni, valamint van gyermekgyógyászatra is lehetőség (Kaló & Rácz, 2011, 105.o.).

Dániában ingyenesen elérhető az egészségügyi ellátás az állampolgárok számára, így az alábbi szolgáltatás is ingyen vehető igénybe (Rausgaard, Ibsen, Jørgensen, Lamont & Ravn, 2014). Az eddig említett nemzetközi példákhoz hasonlóan működik az ellátás Dánia fővárosában, Koppenhágában is. Itt egy bizonyos Családi Központ-ot létesítettek a koppenhágai egyetemen, ahol szintén multidiszciplináris csapatok foglalkoznak a várandós nőkkel. Vannak a csapatban orvosok, szülésznők, pszichológusok, szociális munkások és egyéb olyan intézményekkel is állandó kapcsolatban állnak, mint pszichiátria, infektológia, gyermekjóléti intézmények (Kaló & Rácz, 2011, 106.o.)

Röviden még a norvég ellátórendszeri modellről számolok be, ugyanis itt a többi országhoz képest már viszonylag régóta különös figyelmet szentelnek a szerhasználó várandós nők

⁴ Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

ellátására. 1994-ben egy speciális gyermekjóléti klinikát hoztak létre Kristiansand városában, azzal a céllal, hogy a szerhasználó várandós nőknek helyettesítő terápia igénybevétele nélkül tudjanak segíteni a leszokásban (Hjerkinn et al., 2007, 2.o.) Ez egy alacsonyküszöbű kezdeményezés, melyet az alapellátási rendszeren belül szerveztek meg. Nincs szükség beutalóra, önkéntes alapú a jelentkezés. A személyzet egy szülésznőből, egy közösségi ápolóból, egy szociális munkásból és egy általános orvostól áll, valamint egy speciálisan képzett orvos a kábítószer-használattal, addikcióval és pszichiátriával kapcsolatos témákban. Mind a gyermek jólétére, mind a kábítószer-használatra hangsúlyt fordítanak a szolgáltatások. A klinika fő törekvése, hogy a felhasználók számára egyéni szolgáltatást nyújtson. Ezt részben úgy érik el, hogy közösségi hálózati térképeket készítenek annak érdekében, hogy megismerjék a kilens közeli emberi erőforrásait. Ezen túlmenően háziorvossal és a kórházzal szoros együttműködésben terhességi ellenőrzéseket végeznek. Ha a felhasználónak állandó háziorvosa van, vele együttműködnek az egészségügyi kérdésekben és a terhességi szűrővizsgálatokban. Ugyan ezek régebbi adatok, de így is beszédes, hogy 1994 és 2002 közötti időszakban 102 terhes, kábítószerrel visszaélő nő érkezett a klinikára. Belépéskor a szereklle való visszaélés olyan mértékű volt, hogy kimaradtak az iskolából vagy a munkából. (Hjerkinn et al., 2007, 2.o.) A 102 nő közül 59 egy hosszútávú vizsgálatban vett részt a klinikán, ahol több érdekes következtetést is le tudtak vonni, melynek eredményei elméleti írásomat is segítették. (Hjerkinn et al., 2007, 3.o.)

Pozitív látni ezen országok vagy városok példáját, melyek jól szemléltetik, hogy ha a körülmények adottak és a problémák kutatásokkal alátámasztva ismertek, meg lehet teremteni a komplex ellátást szerhasználó várandós nők számára is.

IV. A kutatásom módszertana

Már a téma kiválasztásakor tudtam, hogy szakmabeliek nélkül elképzelhetetlen lenne a szerhasználó várandós nők és az ellátórendszerben elfoglalt helyük megismerése, ezért választottam a kvalitatív kutatási módszerek egyikét, a szakértői interjúkészítést. A vizsgálni kívánt témának kifejezetten kevés szakértője van: tulajdonképpen egy olyan szakemberről lehet tudni, aki komplexen ismeri a szerhasználó várandós nők problémáit és az ellátási lehetőségeiket a szociális szférában, ezért olyan szakmabelieket is megszólítottam, akik, ha nem is kifejezetten szerhasználó várandósokkal, de olyan nőkkel foglalkoznak, akik akár érintettek lehetnek vagy azzá válhatnak, mert addiktológiai problémákkal küzdenek, prostituáltak vagy hajléktalanszállón élnek. Nem volt egyszerű folyamat a kapcsolatfelvétel időszaka, többeket nem tudtam elérni, és voltak, akik nem vállalták a beszélgetést. Viszont akik

elfogadták a felkérésemet, nagyon készségesen próbáltak időt szakítani az interjúhoz igencsak zsúfolt életükben, amiért nagyon hálás vagyok nekik. Az elmúlt hónapokban öt szakértővel volt lehetőségem beszélgetni, ami először ugyan nem tűnik soknak, de úgy vélem, ebben a témában már ezzel a mintával is igencsak jól jártam. A szakértőkkel való beszélgetés félig strukturált interjúk formájában történt, aminek többek között azért is éreztem szükségét, mert sok új gondolat merült fel az interjúk készítése közben bennem, illetve mindegyik szakértő különböző területen dolgozik, ezért a beszélgetések alapját ugyanazok a témakörök adták, mégis más-más kérdéseket tettem fel a munkájukhoz és ismereteikhez igazodva. Az interjúk alapkérdéseit a II. számú melléklet tartalmazza. Mindannyian beleegyeztek abba, hogy felvegyem az interjúbeszélgetéseket és a nevüket is adták a gondolataikhoz. Szakértői interjút adott nekem Györfy Judit mentálhigiénés szakember és nőjogi aktivista, Kováts Virág szociális munkás és deviancia szociológus, Marosi Csilla szociális munkás, Mándi Bettina szociális munkás és a Józan Babák Klub alapítótagja és Szabó József, aki szintén szociális munkás, az egészségtudományok doktora, egyetemi oktató. A szakértők munkásságát az I. számú mellékletben részletezem. Az interjúk egy részét a szakértők munkahelyén készítettem el, de volt olyan, akivel online felületen tudtam beszélgetni.

Az interjúkérdések alapját kutatói kérdéseim adták, melyeknek témái a következők voltak: szerhasználati tendenciák; szerhasználó nők jellemzői; várandós szerhasználók jellemzői szakértői szemmel; rejtőzködés és stigmatizáció, ellátórendszeri lehetőségek szerhasználó várandós nők számára; hiányosságok és problémák a szerhasználó várandós nők ellátásában az ellátórendszeren belül. Az elkészült interjúkról szó szerinti átiratot készítettem, majd tematikus elemzést végeztem, tehát a kutatói kérdéseim alapján, témakörökre bontva csoportosítottam az átirat anyagát, így átláthatóvá vált számomra, hogy a szakértők miben vélekednek különbözően vagy épp hasonlóan a szerhasználó várandós nőket és ellátásukat illetően.

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az interjúkban elhangzott információk, melyek kutatásom alapjául szolgáltak, csakis a fent említett szakértők véleményét és megítélését tükrözik, akik azonban a téma legelismertebb szakértői. Egy következő kutatásban az érintettekkel, a szerhasználó várandósokkal szeretnék interjúkat készíteni.

V. A kutatásom elemzése

V.1 A szerhasználat jellegzetességei női aspektusból⁵

Az interjúk során szerettem volna megtudni, hogy a gyakorlatban mit tapasztalnak a szakértők, és mik azok a jellemzők, melyek a női szerhasználatra általánosan elmondhatók. A szerhasználó várandós nőknek a várandósság csak egy rövidebb ideig tartó állapot, így érdemes csak a női szerhasználatra is figyelmet fordítani.

“A nők és az anyák szerhasználata nem feltétlenül egy látványos jelenség” – mondja Györfy Judit, mentálhigiénés szakember és nőjogi aktivista. Sokszor laikusként jóval látványosabb és drámaibb képet látunk magunk előtt, ha egy szerhasználó nőre gondolunk, azonban gyakran hétköznapi nőkről, anyákról van szó, akik a “társadalom által elfogadott módon használnak különböző drogokat vagy alkoholt” A szociális munkás Mándi Bettina tapasztalata arra mutat, hogy éppen ezek a társadalom által elfogadott szerek, mint a nyugtatók, altatók és fájdalomcsillapítók jelentenek napjainkban leginkább addiktológiai problémát a nők körében. Ebből Kaló kutatása alapján arra merem következtetni, hogy a múlt század szerhasználati tendenciái csupán megerősödtek napjainkra, de nem történt igazán változás, hiszen a nők által leggyakrabban használt szerek már akkor is az orvos által felírt gyógyszerek voltak (Kaló 2020). Ezt a feltételezést Szabó József szociális munkás állítása is alátámasztja, miszerint Magyarországon mindig is a gyógyszerfüggőség volt elterjedt a nők körében, ugyanis ez az, ami a leginkább leplezhető. Erre a jelenségre Kovács Virág, szociális munkás is felhívja a figyelmet. A szakember kiemelte, hogy “nem véletlen, hogy a nőknél a nyugtatók és az altatók a leggyakrabban használt szerek, mert azt a társadalom jobban tolerálja”. Kaló is arra mutatott rá korábban tárgyalt tanulmányában, hogy a nők a gyógyszerekkel való visszaélés során a stigmatizációt kívánják elkerülni (Kaló, 2020, 55.o.). Mándi azt tapasztalja, hogy azért is alakul ki könnyen függés ezektől a szerektől, mert a használóik, a drogozással ellentétben, egyébként sem látják például a nyugtatót problémásnak. Mándi úgy véli, hogy ez azért van így, mert ezeket a gyógyszereket orvos írja fel, és sokan úgy gondolják, hogy emiatt a szedésük nem is lehet problémás és nem okozhat függőséget, ezért tulajdonképpen bármikor használhatják, ha úgy érzik, szükségük van rá. Szabó úgy látja, éppen emiatt lehet sokáig megőrizni a normalitás látszatát szerhasználóként. Viszont a szakértő úgy véli, biológiai szempontból nincsen számottevő különbség bizonyos legális és illegális szerek között a törvényi szabályozásokon kívül.” A szervezetünk nem tudja, hogy a bevett gyógyszer legális.” Ez a vélekedés párhuzamba

⁵ Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

hozható Demetrovics gondolataival a legális szerekről, aki szintén arra helyezte a hangsúlyt, hogy ez a besorolás csupán jogi értelemben választja el a legális és illegális szereket egymástól (Demetrovics, 2007), a hatóanyag ettől még ugyanúgy lehet káros az ember szervezetére.

Azonban az interjúkból kiderült számomra egy eddig ismeretlen, az általam olvasott szakirodalmakban kevésbé tárgyalt aspektus, miszerint a legális gyógyszerekkel való visszaélés a középosztálybeli és a jó anyagi helyzetben lévő nőket érinti elsősorban. A társadalom peremére szorult nőknél más típusú szerhasználati minták jellemzőek. Marosi Csilla, szociális munkás a hajléktalan és prostituált nőkkel végzett munkája során azt figyelte meg, hogy az ő köreikben jelenleg leginkább a kristály, a speed és az ecstasy használata az elterjedt. Ők általában nem tudnak arról, hogy ezeknek milyen hatása lehet a szervezetükre, bár ez gyakran ugyanúgy igaz a nyugtatóval visszaélő nőkre is. Marosi ezért igyekszik minden alkalommal, amikor kliensei józanok, megragadni a lehetőséget, hogy felhívja a figyelmet a drogok káros hatásaira, de a szakember abban korántsem biztos, hogy ez az információ ténylegesen elér-e ilyenkor hozzájuk. Kováts a saját munkája során azt tapasztalta, hogy napjainkban már sokkal nehezebb érdembeli információt nyújtani a klienseknek egy-egy szerről, mert a korábban használt heroin, speed és alkohol hatása eleve ismertebb volt a napjainkban elterjedt szintetikus drogokénál.

V.1.1 Bántalmazó kapcsolatok összefüggése a szerhasználattal

Marosi Csilla azt tapasztalta, hogy ha a nők szerfüggővé válnak, “akkor általában nem jó a szociális hálójuk.” Ezt Györfy is alátámasztja azzal a tapasztalással, hogy a szerhasználó nőkre leginkább az jellemző, hogy bántalmazó családból származnak és/vagy ilyen partneri kapcsolatban élnek. Kováts is hasonlóképp vélekedik a témában, ő is kiemelte, hogy “a női szerhasználat mögött gyakran bántalmazás bújlik meg”. Györfy úgy véli, azért köthető össze a családi és párkapcsolati háttér a szerhasználattal, mert az ebből eredő lelki problémákra szokott rájönni “automatikusan, öngyógyító próbálkozásként a szerhasználat”.

Szabó azt figyelte meg, hogy a szerhasználat ebben az esetben egy önmedikalizációs kísérlet, hiszen a használó valamilyen zavarát próbálja gyógyítani vele. Bár ő nem csak a Györfy által említett lelki problémákkal hozza ezt párhuzamba, hanem tulajdonképpen bármely pszichiátriai betegség miatt kialakulhat ez a megoldási próbálkozás. Demetrovicshez hasonlóan Szabó is úgy látja, hogy leginkább a szorongó emberek válhatnak önmedikalizációs jellegű szerhasználóvá, és ők általában nyugtatószerekhez vagy alkoholhoz nyúlnak. E téma kapcsán Szabó kiemelte Máté Gábor munkásságát, aki szerint minden ember szerfogyasztásnak a hátterében valamilyen feldolgozatlan pszichotrauma áll.

Kováts meglátása szerint szinte biztosan függőséghez fog vezetni, amikor valaki az önmedikalizáció útján próbálja megoldani a problémáit. Úgy véli, “nem az számít, hogy valaki kipróbál-e illegális szereket vagy sem, hanem az, hogy utána beépül-e az ember problémamegoldó eszköztárába”. Ő azt tapasztalta, hogy a szerhasználat akkor válik problémássá, hogyha “feszültségevezetés, problémamegoldás helyett alkalmazzák”. Ez a gondolat párhuzamba hozható Kaló irodalmi áttekintésével (2020), miszerint a szerhasználó gyakran kielégítetlen pszichológiai szükségleteit próbálja kezelni szerhasználatával. Kováts a gyakorlatban ezt leginkább a prostituált klienseinél tapasztalta. Náluk gyakori, hogy a bántalmazás eszközeivel kényszerítik őket a munkára, és ezek a lányok az abúzus által kiváltott testi és lelki problémákat szerhasználattal próbálják orvosolni, megoldani. Kovátsnak olyan kliense is volt, akit védett házba kellett kimenekítenie a bántalmazója elől.

V.1.2 Szerhasználat és a családból hozott minták

Marosi az elméleti részben leírtakhoz mérten hasonló gondolatokat fogalmazott meg, amikor a család és a szerhasználat közötti vélt összefüggésekről kérdeztem. Azt látja a munkája során, hogy nem csak a bántalmazó környezet és/vagy családi háttér vezethet szerhasználatához, hanem az is, ha a családtagok, például a szülők is használók. Fórizs a praxisában is hasonló tendenciát figyelt meg, hiszen ő azt tapasztalta, hogy azok az emberek váltak függővé a drogokat kipróbálók közül, akiknek felmenői között is jelen volt a szerhasználat (Fórizs, 2009, 123.o.). Marosi példaként elmesélte egy prostituált kliensének az élettörténetét, ahol a gyermekkorától kezdve látott családi szerhasználati minták vitték bele a lányt is a használatba. Az édesapja alkoholista, testvérei pedig drogdíleres és használók is egyben. Egy idő után, amikor problémamegoldási eszközöket keresett, automatikusan a szerekhez nyúlt, hiszen számára ez volt az ismert út. A szakember mind a mai napig azért küzd, hogy ez a lány teljesen le tudja tenni a szert, de nagyon sok buktatót lát. Egyelőre odáig jutottak el a közös munkában, hogy a kliens szerhasználatát már nem mindennapos, de egy komplex rehabilitációt még nem tudott végig csinálni. Marosi úgy látja, általánosan jellemző, hogy sokszor a leszokást az gátolja, hogy “a használó tudatáig nem jut el ténylegesen az információ a szerhasználat káros következményeiről,” és amíg ez nem történik meg, addig nem is akar igazán leállni az illető. Marosi tapasztalata szerint éppen ezért van az, hogy a rehabilitációig könnyen eljutnak, de utána gyakran visszaesnek, mert nincs ott a tényleges vágy a változásra bennük. Azonban hozzáteszi, hogy “természetes, hogy nem mindig első nekifutásra sikerül a leszokás”.

V.2 Szerhasználó várandós nők

Kutatásomban kiemelten fontosnak tartottam feltárni, hogy mennyire vonatkoztatható a szerhasználó nőkről szóló szakirodalom a szerhasználó várandós nőkre. A témáról leginkább Mándi Bettina tudott átfogó képet adni, hiszen ő napi szinten foglalkozik szerhasználó várandósokkal a Józan Babák Klubban.

V.2.1 A terhességhez és az anyasághoz való hozzáállás jellemzői

Mándi a munkája szempontjából azért tartja magát szerencsésnek, mert hozzá a Józan Babák Klubba általában már motiváltan érkeznek a szerhasználó várandósok. A Józan Babák Klub kliensei már valamit szeretnének kezdeni a terhességükkel, és ha nem is teljesen leállva a szerekről, de csökkentett szerhasználattal érkeznek hozzájuk. Ez a jelenség pedig párhuzamba hozható Kovács Mónika vélekedésével a terhesség változást hozó erejéről, amely fejlődést hoz a kismama személyiségében és életében (Kovács, 2012, 254.o.). Mándi szerint azonban ennek van egy hátulütője, ugyanis azt tapasztalta, hogy sokszor ezeket az egyébként motivált nőket a hormonok miatt túlzó pozitivitás önti el a jövőre nézve terhességük alatt. Mándi úgy látja, hogy „ilyenkor arra gondolnak a nők, hogy jó útra térnek, lesz munkájuk és egy jó családjuk, és minden rendben lesz majd. A leendő gyermeküket már a terhesség alatt a legjobbnak, legügyesebbnek szokták tartani, és úgy vélik, minden jól alakul majd a magzattal”. A szakember azt tapasztalta, hogy ez egy olyan rózsaszín köd, ami a valóságot nem fedi. A szakértő úgy gondolja, hogy a legnagyobb probléma ilyenkor az, hogy “máshogy kezdik el felmérni a kockázatokat és kevésbé aggódnak a jövőn, ami nem mindig jó”. Mándi szerint ilyenkor szólni kell, hogy “igen, biztos minden jó lesz, de akkor ne igyál már meg még egy sört.” Tehát előfordul, hogy az ártalmakat sem mérik fel ilyenkor reálisan, s a szerhasználatuk lehetséges hatásait alulértékelik.

Mándi szerint azonban a Józan Babák Klub motivált kliensköre mellett rengeteg olyan várandós szerhasználó nő van, aki egyáltalán nem motivált abban, hogy leálljon a használatával. Róluk részletesebben a következő bekezdésben, már nem csak az anyasághoz való hozzáállásuk kapcsán írok.

V.2.2 Az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat igénybe vevő szerhasználó várandósok jellemzői

Számos olyan terhes nő lehet Mándi meglátása szerint, akik az alacsonyküszöbű szolgáltatások túcseré programjait veszik igénybe, és itt nem tudnak értelemszerűen komplex ellátást biztosítani nekik, sőt van, hogy nem is kérnek a túcserén kívül további segítséget a terhességüket illetően. Mivel az alacsonyküszöbű szolgáltatások anonimak és nem kell

absztinensnek lenni az igénybevételükhöz, így nehezen lehet bármit is tenni ezekkel az esetekkel, hiszen nincs utánkövetés vagy bármi további információ egy kliensről, aki például nem tér be többet a szolgáltatáshoz. Ilyenkor merülhet fel annak a problémának az eshetősége, amelyről Rigó értekezett, miszerint a terhesgondozás elmaradása újszülöttkori elvonási tünetekhez vezethet (Rigó, 2009, 9.o.). Ráadásul lehetséges, hogy a szerhasználatot még a szülés után sem tudják biztosan megállapítani, ha az anya még ekkor is titkolja.

A szakértők több hasonló sorsú kliensről is beszámoltak. Kovátsnak volt kifejezetten prostituált szerhasználó kliense alacsonyküszöbű ellátásban, aki teherbe esett. A szakember arról számolt be, hogy a lány így is folytatta a szexmunkás tevékenységét, ráadásul azzal a meggyőződéssel, hogy terhesen még többen “viszik majd el” és több pénzt fog keresni ilyen módon. Őt a partnere futtatta és agresszívan bánt vele, amikor nem vitt haza pénzt a lány, tehát itt is megjelent a kapcsolati erőszak, ami benne tarthatta őt ebben az életformában. Kováts másik kliense, aki szintén szerhasználó prostituált volt, teherbe esett, és gyermeke születése után is folytatta a munkát, mert a saját édesanyja, aki a gyermeke gyámja lett, zsarolta őt, hogy nem hagyhatja abba. Mindez szintén a pénz miatt történt. Emellett Kovátsnak olyan várandós kliense is volt, akit az ellátásba a futtatója kísért el, és eleinte nem hagyta, hogy kettesben beszélgethessen a szakértő a lánnyal, aki azzal a problémával érkezett hozzá hét hónapos terhesen, hogy speedet használt, és mióta leállt a szerrel, keményedik a hasa. Kováts annak mentén próbált ellátási lehetőséget keresni kliensének, hogy milyen lehetséges okai lehetnek a keményedésnek. Marosinak is volt olyan kliense, aki prostituáltként dolgozott és várandós volt, amikor segítséget kért a szakembertől. A terhes lány a leendő gyermekét szerette volna örökbe adni, ezért kereste fel a szociális munkást. Az ezzel kapcsolatos dokumentumokat még alá tudták vele íratni, de utána eltűnt. Marosi hónapokig nem látta a lányt, majd, amikor összefutottak, még a másfél-két hónapos császármetszés utáni varratok is benne voltak, tehát nem ment vissza orvosi kezelésre. Ő szerhasználó, de Marosi abban nem biztos, hogy terhessége alatt is használt-e.

Ezekből a példákban láthatóvá válik, hogy vannak olyan szerhasználó várandósok, akik alapvetően prostituáltként kerültek az ellátórendszer látókörébe, és a terhességük időközben egy olyan plusz problémaként lépett fel életünkben, amivel nehezen tudtak megküzdeni. Az is látható, hogy sokszor tudtak is volna érdembeli segítséget nyújtani a szakemberek, de a családi körülményeik és a pénzszerzés lehetősége benne tartotta őket a prostitúciós tevékenységben. Ebből is látszik az a tendencia, ami a szerhasználatnál is felmerült, hogy a szociális környezet nagyon mérvadó abban, hogy az ember miképpen reagál bizonyos helyzetekben és hogyan próbál megküzdeni problémáival. A történetekben az is egy hasonló vonás, hogy ezek a lányok

szerettek volna változást, de a családi vagy párkapcsolati viszonyaiktól függtek, így nem tudtak önálló döntést hozni a saját sorsukkal kapcsolatban.

V.2.2.1 A megelőzés fontossága

Kifejezetten ezen kliensek példáján az is jól kiéleződik, hogy mekkora szükség lenne a megelőzésre, hiszen rengeteg ilyen élethelyzet kiküszöbölhető lenne prevenciós intézkedésekkel. Először is “a megelőzés politikai, gazdasági szempontból is sokkal fontosabb lenne” – vélekedik Kováts. Ezt azzal indokolja a szakértő, hogy jóval olcsóbb megelőzni, mint a később kialakult problémákat orvosolni.

V.2.3 A láthatatlan várandósok

Szerettem volna megtudni, hogy kik lehetnek azok a szerhasználó várandós nők, akik semmilyen módon nem kerülnek a szociális vagy egészségügyi ellátórendszer látókörébe. A fellelhető szakirodalmakban nem esett szó ezekről a lányokról, nőkről, pedig az ellátási lehetőségek hiányosságát figyelembe véve valószínűsíthető, hogy lehetnek olyanok, akik ezt a nehéz és kérdésekkel teli élethelyzetet segítség nélkül élik át.

Mándit arról kérdeztem, hogy mit tud azokról a szerhasználó várandós nőkről, akik még az alacsonyküszöbű szolgáltatások keretein belül, egyéb problémáik miatt sem jutnak el a segítségkérésig. A szakértő úgy látja, sok olyan zsákfalú lehet, ahol fiatal roma lányokat futtatnak prostituáltként. “Nem ritka, hogy ez idő alatt be vannak állva a lányok, és mellette még teherbe is esnek. Aztán jó esetben a szülés idején eljutnak egy kórházba”. Szerinte az ehhez hasonló esetek egyáltalán nem lehetnek kivételesek, viszont még csak szó sem esik róluk sehol. Itt az is egy plusz probléma lehet, hogy “egy nő, minél reménytelenebbnek éli meg a helyzetét, annál inkább jellemző, hogy használni fog valamilyen drogot” – mondja Györfy. Bár számos egyéb szerhasználati mintázatba is bele lehet esni egy ilyen élethelyzet során. Ezeknél az eseteknél is előfordulhat sajnos a további, erőteljes szerhasználat, hiszen nem kapnak segítséget. Ezt a gondolatot részben az elméleti részben, Poole és Dell által kifejtett összefüggésekre alapozom, miszerint a szerhasználati szokások jóval erőteljesebbé válhatnak egy nő életében, amikor bántalmazás vagy traumatikus élmény éri őket, és nem tudnak senkihez segítségért fordulni (Poole & Dell, 2005)

V.3 A Józan Babák Klub klienseinek jellemzői

Kutatásom ezen része még mindig arról szól, hogy a szerhasználó várandós nők jellemzőit igyekszem megismerni, azonban a leírást ezúton szűkíteném a Józan Babák Klub klienseinek

mintájára, ugyanis az ellátórendszeren belül velük kapcsolatban van bármiféle konkrét tapasztalat. Az alábbi leírás is Mándi tapasztalatán alapszik.

V.3.1 Lakhatási problémák

A Józan Babák Klub klienseinél jellemző, hogy lakhatási problémákkal küzdenek. Erre szeretnék elsősorban megoldást találni, amikor a klubhoz fordulnak segítségért. Mándi Bettina és Oberth József a lakhatási problémákra egyfajta megoldásként alapították meg a Soroksári Babaházat, ami sajnos csak hét évig tudott működni, amiről az ellátási lehetőségekről szóló bekezdésben fogok írni.

A lakhatási problémák megoldása azért is lehet elsődleges egy kismama számára, mert a gyermekjóléti szolgálat vizsgálja, hogy a leendő anya lakhatási körülményei megfelelőek-e és a leendő gyermek biztonságos nevelését szolgálják-e azok (Csesztregi és mtsi, 2011, 113.o.). Mivel Mándi szerint a klienseik motiváltak a gyermekük felnevelését illetően, minden olyan körülményt szeretnék rendezni, ami a gyermekjóléti szolgálat számára a szempontok között lehet a gyermek kiemelését illetően.

V.3.2 Későn felismert terhességek és a lehetséges következmények

Azokra a nőkre, akik Mándihoz fordulnak a Józan Babák Klubban, jellemző, hogy a terhességüket későn ismerik fel. És bár az elméleti részben több olyan szakirodalmi részletre is kitértem, ahol a terhességgondozás kihagyásának súlyos következményeit hangsúlyozzák, Mándi a munkássága során csak egy olyan esettel találkozott, amikor súlyos rendellenességekkel született a szerhasználó nő gyermeke. Ekkor eleve a hatodik hónapban ismerte fel terhességét, közben pedig nagyon súlyos függő volt.

Egyébként a droghasználat magzatra mért lehetséges következményeiről általában a Józan Babák Klub kliensei nem szoktak tudni. A szakértő azt tapasztalta, hogy alábecsülik a gyógyszerek és az alkohol hatását a magzatra, míg a kannabiszét súlyosabbnak ítélik meg a valódi hatásánál. Szerinte például “sokan minden apró fájdalomra bevesznek valami gyógyszert a terhesség alatt, anélkül, hogy ezt problémának találnák”. Mándi azt látja, emiatt van számos újszülött az intenzíven, mégsem beszélnek róla. Ráadásul a szülést megelőzően a terhesgondozás alatt ez a kérdéskör általában fel sem szokott felmerülni.

A szakértő szerint, ami még gyakori a várandósság alatt használó nők gyermekeinél, hogy kisgyerekkorukban figyelemzavarral küzdenek, de Mándi úgy véli, ez nem hozható egyértelműen összefüggésben a szerhasználattal, hiszen ott vannak a már említett környezeti hatások is, amiket figyelembe kell ilyenkor venni.

V.3.3 A “rossz anyaság” fogalom jelenlétének relevanciája

Az elméleti részben szó esett arról Kaló Zsuzsa kutatásai alapján, hogy azok a nők, akik szerhasználók, rossz anyaként tekintenek magukra. Arról kérdeztem Mándi Bettinát, hogy ő ezzel a jelenséggel mennyire találkozik, s mit gondol róla. Szerinte van ebben igazság, viszont amikor ezt a kérdéskört vizsgáljuk, figyelembe kell venni, hogy az adott személy honnan jött. Mándi megfigyelte, hogy ilyen szempontból teljesen máshogy működnek a középosztálybeli fehér nők, mert rájuk inkább az jellemző, hogy rossz anyának gondolják magukat, amiért egyszer drogoztak még a terhesség elején, akkor, amikor nem is tudták, hogy terhesek. Ehhez képest „a Kálvária tér közösségében, főleg az ott élő roma nők körében, a szerhasználat inkább a mindennapi élet része”, ráadásul szerinte az a környék úgy működik, akár egy faluközösség. Ismerik és megszólítják egymást az ott élők, így szerhasználatukat sem tartják titokban, mindenki tud róla. Ezért kevésbé félnek a stigmatizációtól is. Tehát amikor ilyen kérdéseket vizsgálunk, mindenképpen figyelembe kell venni a kontextust. Kovács is felhívja erre a figyelmet, mert szerinte ahhoz, hogy a szakember jól tudja segíteni klienseit, figyelembe kell venni a társadalmi helyzetét és származását.

V.4 A roma kliensekről

A kutatásom során több szakértő is hangot adott annak, hogy a szerhasználó várandós nők között sokan lehetnek roma származásúak és érdemes őket külön is vizsgálni. Kovács szerint, ha az alapvető kulturális különbségekkel nincs tisztában a szociális munkás, akkor a segítségnyújtás is nehezebb lehet.

Kovács ki is emelt egy-két példát ezekre a különbségekre a roma és nem roma kliensek között, amit eddigi munkája alatt tapasztalt. Szerinte fontos tudni, hogy a romák között egy felnőtt nő és egy férfi nem szokott nyíltan beszélni egymás között a testiségről. Roma lányok is érkeztek hozzá tucsereprogramra, s egy idő után a szakértő megfigyelte, hogy mindig csak férfi kíséretében érkeztek, és ilyenkor nem beszéltek nyíltan a gondjaikról. A szakértő ekkor jött rá arra, milyen fontos lenne olyan programokat is kezdeményezni, amelyek csak lányoknak szólnak, hogy a roma lányok és nők is tudjanak nyíltan beszélni a problémáikról. Ekkor hozta létre a Csere Csak Csajoknak nevezetű programot, ugyanis azt tapasztalta, hogy női körben könnyebben lehet megteremteni egy biztonságos környezetet. A program éveken át sikeresen működött, és ez idő alatt számos olyan nővel tudott beszélgetni a szociális munkás, akik más körülmények között, férfiak körében nem meséltek volna a gondjaikról. Itt mindenről nyíltan beszéltek, legyen az szerhasználat, prostitúció, bántalmazás vagy akár várandósság. A Csere Csak Csajoknak program később anyagi problémák miatt szűnt meg, de amint lesz lehetőség,

Kováts szeretné újra elindítani azt. “A női közösségnek és csoportfoglalkozásoknak a konfliktusok ellenére is nagyon nagy ereje tud lenni” – támasztja alá Marosi. A szakértő szerint sokszor ilyenkor ismerik igazán meg egymást a nők. Azért fontos ez, mert például Marosi a klienskörébe tartozó nőknél azt tapasztalta, hogy nincsenek kapcsolataik és szociális hálójuk, ezért fontos lehet, hogy egy közösségben megtalálhatják a helyüket.

V.5 Rejtőzködés és stigmatizáció a szakértők klienskörében

Az interjúk készítése során szerettem volna megtudni, hogy a szakértők tapasztalatai szerint a szerhasználó várandós nők körében valóban gyakori-e, hogy rejtőzködnek, próbálják elkerülni a társadalom által rájuk aggatható stigmákat.

Szabó szerint a közvélekedésre általában az jellemző, hogy úgy gondolják, egy szerhasználó ember megismerhető a külleméről, de ez a valóságban nem így van. A szakértő úgy látja, van például egy tehetős, értelmiségi réteg, akik kikapcsolódási céllal válnak használóvá, és róluk nem lehetne első ránézésre megmondani laikusként, hogy használók. Kováts szerint sokkal több előítéllettel találkozik egy női szerhasználó, főleg akkor, ha gyermeke van, vagy esetleg prostituált. Győrfy úgy látja, hogy a várandós nők felé a “társadalom részéről erős az elvárás, hogy ne csináljanak semmi »rosszat«, mert az csúnya dolog.” Szerinte emiatt a szerhasználó várandós nőknek biztosan sokszor büntudata van. Hiszen társadalmilag az az elvárás, hogy a várandós nő babáját ne érje droghatás, és Győrfy úgy gondolja, ez érthető is. Azonban kiemeli, hogy egy ilyen elvárás mellett szintén társadalmilag kellene egy olyan közeget teremteni, ahol lehet beszélni ezekről a problémákról. A szakértő szerint arról is szót kéne ejteni, hogy miként lehet segíteni, hogyha az anyánál nem válik be és nem működik a teljes absztinencia. Marosi is kiemeli, hogy általánosan a szerhasználó nőkben van egyfajta szégyenérzet és ezért is titkolhatják szerhasználatukat, de a saját kliensei körében – akik hajléktalanok és prostituáltak – nem látja azt, hogy annyira foglalkoznának a társadalom általános előítéleteivel, mert ők már egyébként is egy perifériára szorult csoporthoz tartoznak. Ugyanakkor, ha egy szerhasználó várandós nő rejtőzködik, az nem csak a társadalmi megítélés miatt van, hanem a gyermek elvesztésétől való félelem miatt is. Gyakran tartanak a szerhasználó terhes nők a hatóságoktól és nem beszélnek a szerhasználatukról. A félelmet és az ebből eredő tartózkodást Győrfy és Mándi is tapasztalta kliensei körében. Mándi úgy látja, ez a félelem szégyenérzettel szokott párosulni, és ezért sem merik bevallani szerhasználatukat az orvosnak.

V.6 Szerhasználó várandós nők helye a szociális ellátórendszerében⁶

Kutatásom során szerettem volna feltárni, hogy milyen helyzetben van jelenleg az ellátórendszer a szerhasználó várandós nők szolgáltatásait tekintve. Az alábbiakban írni fogok a Józan Babák Klub jelenlegi működéséről, a Soroksári Babaház bezárásának okairól és a BMSZKI traumatudatos szemléletű nőgyógyászati szakellátásáról, majd röviden kitérek a szociális szférán belül felemerülő hiányosságokra és problémákra.

V.6.1 Józan Babák Klub

A Józan Babák Klub egy alacsonyküszöbű szolgáltatás és az egyetlen ellátási forma jelenleg Magyarországon, ami kifejezetten a szerhasználó várandós nők segítésére alakult. Helyileg Budapesten, a VIII. kerületben található. Az ellátás egyik alapító tagja Mándi Bettina, így röviden kérdeztem arról, hogyan és miért hozták létre a szolgáltatást, és hogy jelenleg milyen típusú segítséget tudnak nyújtani a szerhasználó várandós nőknek, és milyen nehézségekbe ütköznek a szolgáltatás üzemeltetése közben.

V.6.1.1 A megalakulás története

Mándi huszonévesen sok ismerősével együtt partidroghasználó volt, amikor eljött egy olyan időszak, hogy többen közülük nagyjából egyidőben estek teherbe. Ekkor kezdtek el utánajárni a szerhasználat és a várandósság közötti összefüggéseknek, először nőgyógyásznál, majd addiktológiai osztályokon. Mivel itt nem kaptak választ a kérdéseikre, önállóan kezdtek el könyvtárban kutatni a témában, de kevés volt az információ ott is. Aztán szépen lassan bővültek az ismereteik, és lett egy listájuk azokról az orvosokról, akikhez nem érdemes semmiképpen menni, és azokról is, akikről tudták, hogy képesek megfelelően kezelni egy szerhasználó várandóst. Aztán idővel a Magyar Emberi Jogvédő Központ vezetőjével, Oberth Józseffal közösen megalapították a Józan Babák Klubot. A MEJOK-nál eredetileg menekültügyekkel foglalkoztak, de mivel akkoriban már nem ezen a problémán volt a fő hangsúly, tudtak váltani a szerhasználó várandós nők ellátására. Ekkor összehoztak egy szakembergárdát. A kezdetekben dolgozott náluk pszichiáter, addiktológiai konzultáns és nőgyógyász is, aki konkrétan nem rendelt, mert azt egy alacsonyküszöbű szolgáltatás keretein belül nem lehet megtenni, de tanácsokat adott az ügyfeleknek. Itt találkozott Mándi először az intravénás szerhasználó nőkkel, akik sokkal rosszabb társadalmi helyzetben voltak, és az egész őket érintő

⁶ Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

problémakör jóval súlyosabbnak tűnt, mint az eddig általa ismert partidroghasználóké. Így innentől komplexebb megoldásokat kellett keresniük a kliensek problémáira.

V.6.1.2 A Józan Babák Klub szolgáltatásai napjainkban

Jelenleg a Józan Babák Klub nagyon szűkkörűen tud csak segítséget nyújtani, és sok olyan szolgáltatás megszűnt, ami korábban volt. Jelenlegi szolgáltatásaik a következők:

Telefonos diszpécsterszolgálatot üzemeltetnek, de van, hogy emailen írnak nekik a segítségkérők. A kliensek életkora nagyon vegyes, körülbelül 17 és 50 év között mozog –meséli Mándi. Az első találkozóra előben a Mandák-házban van lehetőség hétfőnként vagy kedden, a Dózsa György úti hajléktalanszálló éjjeli menedékhely-részlegén.

Jelenleg az igénybevehető szolgáltatások között van jogi segítségnyújtás, amit egy ügyvédi társulattal együttműködve biztosítanak. A jogi tanácsadás 2009-ben indult és általában a gyermekelhelyezés, szülői felügyeleti jog, kapcsolattartást érintő ügyek miatt keresik fel a klubot (Bozsonyi, 2010, 116.o.). Mándi elmondja, hogy igyekszik elsősorban a gyermek elhelyezésével és a családon belüli erőszakkal kapcsolatos jogi segítségnyújtást helyezni az előtérbe, mert szerinte ezek a leglényegesebb ügyek, és a családjogi dologok inkább másodlagosak.

Tartanak művészetterápiás csoportfoglalkozásokat, ahol leginkább nonverbális módszereket alkalmaznak, mert azt vették észre, hogy a traumatizált nőknél sok időbe telik, míg bármit is mondanának egy ülésen. Általában ezért relaxációval, zenehallgatással kezdik a csoportokat, majd ezt követően festenek. Elmondják, hogy a képek láttán mit éreznek és mit éreztek akkor, amikor lefestették azokat. Aztán relaxációval zárják az üléseket. Ha vannak egyéb problémák, akkor azt menet közben, egyénileg beszélnek meg. Mindemellett lehetőség van további pszichológiai segítségnyújtásra is.

A Józan Babák Klubon keresztül igénybe lehet venni nőgyógyászati ellátást a BMSZKI épületében, a már említett traumaérzékeny szemléletű szakrendelőben. Erről a későbbiekben fogok még részletesen írni.

Van lehetőség az opiát helyettesítő kezelésre, de ezt nem közvetlenül a klub biztosítja. Mándi a klienseit abban tudja segíteni, hogy kezelő helyet keres nekik. Szerinte a metadon lehet jó alternatíva a szerhasználó várandós nőknél a droghasználat helyett. “Mikor a terhes nő nem bír máshogy létezni és a felírt adagot szedi, akkor nem kéne, hogy ezzel gond legyen.” Miután megszületik a gyermek, azután is sokan maradnak a metadon-kúrán, Mándi tapasztalata szerint

többen így élnek hosszútávon. Van, akinek nagyon kevés adagra van csak szüksége, de ha azt megvonják tőle, akkor már rosszul van – mondja Mándi.

Előfordul, hogy nők a terhességmegszakítás miatt keresik fel őket, ebben kérnek segítséget. A szakértő ilyenkor végig szokta kérdezni az adott kienstől, hogy miért szeretné így. Mindig megnézi ilyenkor a lehetőségeket, de végső soron abban támogatja a nőt, amit ő szeretnének. Mándi azt mondja, van, amikor ő is teljesen megérti azokat az okokat, amiért egy nő az abortuszt mellett dönt. Azonban a szakértő elmondta, hogy az elmúlt 20 év alatt a terhességmegszakításra nagyon ritkán került sor, emellett négy olyan nő volt, aki örökbe adta a gyermekét, de általában az a jellemző, hogy klienseik szeretnék megtartani a gyermeküket.

V.6.1.3 Munkatársak és pénzügyek

Az ellátásnak jelenleg három munkatársa van bejelentve. Mándi Bettina mellett dolgozik egy művészetterapeuta és a klub könyvelője. Emellett Györfy Judit mentálhigiénés segítőként van jelen a szolgáltatásban. A többi szakember önkéntes tevékenységet folytat, mivel nagyon kevés a pénzügyi támogatásuk arra, hogy további munkatársakat fizessenek meg. Az alacsonyküszöbnek 12 és félmillió forint az éves támogatása. Hivatalosan három fő szociális munkást vagy segítőket kell alkalmazniuk, de erre ez a normatíva nem elég, mert mellette helyiséget kell bérelni és persze egyéb költségei is vannak az ellátásnak – mondja Mándi. Ezek közül bizonyos dolgokat a szakértő szerint pályázatokkal is meg lehetne oldani, azonban jelenleg számukra megfelelő, tehát a működési költségeket támogató pályázatok nincsenek. A fővárosi szolidaritási alaptól még nyertek kettőt az utóbbi két évben, és tulajdonképpen emiatt nem mentek még csődbe – mondja Mándi.

Jelenleg tehát a támogatások hiánya okozza a legnagyobb gondot a klub fenntartásában, ugyanis májusig szükség volna hárommillió forintra ahhoz, hogy tudjanak tovább működni. Mándi úgy látja, egyelőre nincs olyan lehetőség, aminek kapcsán ezt az összeget megpályázhatnák. Az érdekképviselőben az is nehézséget okoz, hogy az a három ember, aki az ellátásban dolgozik, “megcsinálja a napi dolgát, ami önmagában nagyon sok feladat, és nehéz ezután még rávenni magukat további olyan munkára, ahol hirdetik és népszerűsítik a helyet”. Mándi úgy érzi, hogy maga a szolgáltatás is sokszor azonosul az ügyfelek élethelyzetével. Például többször is kerültek már olyan helyzetbe, hogy nem volt hova menniük úgy, ahogy több ügyfélnek sincs hol laknia. A Mandák-házba is szívességből fogadták be őket. Már önmagában azzal, hogy nincs pénze az egyesületnek, hasonulnak a kliensek élethelyzetével. Mándi azzal tölti az idejét, hogy tervezgeti, honnan szerezhetne még pénzt, és hasonlóképpen az ügyfelei is ezzel foglalkoznak a mindennapokban. Pedig “jó munkát úgy lehet végezni, ha az ember tudja, hogy

azt holnap és azután is fogja tudni csinálni nyugodtan” – mondja Mándi. A szakember méltatlannak és abszurdnak érzi ezt helyzetet, és éppen ezért szeretné már másoknak átadni ez intézményt. Belefáradt az ellátás körül állandóan visszatérő problémákba és nem tud reményteli lenni.

A Józan Babák Klub jelenlegi helyzetének megértéséhez tudni kell, hogy a szolgáltatás társalapítója, Oberth József 2022-ben hosszú betegség után elhunyt. Mándi Bettina mellett ő volt a szerhasználó várandós nők csoportjának egyik legszéleskörűbb tudással rendelkező szakértője, aki rengeteget tett azért, hogy ezeknek a nőknek is legyenek ellátási lehetőségeik. A szakirodalmi részben soktudásanyag az ő szellemi terméke. Az általa megírt vagy szerkesztett könyvek nélkül nem tudtam volna megírni a dolgozatomat sem.

V.6.2 Soroksári Babaház

2017-ben Soroksáron egy félutas házat vagy másnéven “Babaházat” hozott létre közösen Oberth József és Mándi Bettina. Az ellátás keretein belül 8 olyan várandós vagy kisgyermekes nő elhelyezését tudták biztosítani, akik szerhasználati problémával küzdöttek. 2020-ban négy felnőtt és 4 kiskorú gyermek vette igénybe a szolgáltatást (Arnold, 2021, 183.o.). Ez az ellátási lehetőség mára már megszűnt, melynek okáról Mándit kérdeztem.

A szakember elmondta, hogy a Babaházzal nagyon sok nehézségük akadt, és ezek összessége miatt zárták be a házat. Legfőbb gondjuk az anyagi helyzetük volt, ugyanis a normatívából egyetlen főnek tudták finanszírozni a minimálbéres fizetését, tehát csak egy munkatárs tudott jelen lenni a házban. És a Babaházban frissen szült, egyedülálló anyák éltek, nekik pedig Mándi tapasztalata alapján több segítség kell annál, amit csak egy munkatárs tudna biztosítani. A szakértő úgy látja, hogy nekik szükségük van arra, hogy éjszaka is legyen mellettük segítő, ők pedig ezt így nem mindig tudták megoldani. Mivel az ott élő nők általában bántalmazó partner elől menekültek, ezért Mándiék azt tartották helyes döntésnek, ha a ház másik felébe költöznek, hogy biztonságban érezzék magukat az anyák, és bármikor tudjanak segítséget kérni. Viszont ez számukra Oberth Józseffel hosszútávon azt jelentette, hogy nem maradt magánéletük, és bármikor elérhetőek voltak a kliensek számára. Aztán jött az energiaválság, amikor egy kétmillió villanyszámlát és egy másfél millió gázszámlát kapott Mándi. Egy hónap múlva csődbe mentek. Azóta a szakember minden olyan anyával, aki ott élt, tartja a kapcsolatot. Közülük volt, aki rokonokhoz költözött a zárás után, és volt, aki anyaoththonba. Később többen önkormányzati bérlakást igényeltek.

Sajnos a Soroksári Babaház példája is rámutat arra, hogy vannak szakemberek, akik szinte az életüket áldozzák a segítő munkára, lelkesek és vannak ötleteik, amelyeket, ha kell, önerőből

megvalósítanak. Azonban a támogatottság hiányában még az ilyen típusú kezdeményezések is könnyen megbuknak.

I.1.1 A BMSZKI traumatudatos nőgyógyászati rendelője

Az elméleti részben az ellátási lehetőségek között érintettem a Budapesti Módszertani Szociális Központ Intézményein belül létrejött traumatudatos nőgyógyászati ellátását. A rendelőt 2022-ben hozták létre, s többek között a Józan Babák kliensei is igénybe tudják venni azt. Ez a speciális ellátás helyileg a Dózsa György út 152. szám alatt található.⁷

Györfy Judit volt az egyik olyan szakértő, aki részt vett ennek a rendelőnek a létrehozásában, így őt és a rendelő egyik szociális munkását, Mándi Bettinát kérdeztem az ellátás működéséről és jellegzetességeiről.

I.1.1.1 Miért van szükség traumatudatos szemléletre?

Györfy azt tapasztalta, hogy a szerhasználó várandós nők nőgyógyászati ellátásában problémát szokott jelenteni, amikor abúzus lelhető fel a nő múltjában. Úgy véli, a bántalmazó múlt akkor válik igazán problémássá a szakellátásban, hogyha olyan a nőgyógyászati ellátás, ahol az egyént nem veszik figyelembe individuumként. A szakember azt látja, hogy a nőgyógyásznál nőként eleve is ki van az ember szolgáltatva. Annak, akit bántalmaztak, kiváltképp érzékeny lehet az helyzet, hogy meztelenül és széttárt lábakkal fekszik egy ismeretlen férfi előtt – mondja Györfy. Emellett számos olyan mondat elhangozhat, ami egy szexuális abúzust átélőnek ismerős lehet más kontextusból, például a “mindjárt túlleszünk rajta” megnyugtatósnak szánt mondat.

Györfy meglátásában az állami nőgyógyászati ellátásban jellemző a traumatudatosságot nélkülöző hozzáállás, és erre sokszor rájátszik a tekintélyelvűség, ami gyakran hatalmaskodó, nem konszenzuskereső magatartást hoz magával. A test szimbolikus határit ebből a pozícióból sokszor észrevétlenül lépheti át az orvos, engedélykérés nélkül, annak ellenére, hogy az egészségügyi törvényben szerepel, hogy minden beavatkozás előtt engedélyt kell kérni. A nőt sokszor lefogják vagy épp megalázó megjegyzéseket tesznek rá.

A nőjogi aktivista szerint rengeteg olyan megalázó szüléstörténet van, ahol az imént említett hozzáállás testesül meg a szülő nővel szemben. Ezekről a nők nyíltan nem mindig beszélnek, és sajnos ezt a problémát az ellátórendszer nem veszi komolyan, pedig pszichésen súlyos következményei vannak, nem beszélve arról, hogy hatással bírhat a kötődési folyamatokra is.

⁷ <https://www.bmszki.hu/hu/nogyogyaszat/szakmai-program> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 4.)

Amikor valaki már korábban is megélt ilyen abúzust, akkor újra traumatizálódhat. Erősnek kell lenni ahhoz, hogy valakit ezek a dolgok ne érintsenek meg – mondja a szakember.

Győrfy elmondja, hogy a szándék arra, hogy egy intézetben belül a nőgyógyászati ellátás figyelembe vegye a nők lelki világát is, az kell, hogy felülőről elhatározza például egy kórházigazgató, hogy változtat a hozzáálláson. A szakember szerint ez csak úgy tudna működni, hogyha utána oktatást is biztosítana a traumatudatos szemléletről a beosztottjainak. Ehhez az is kell, hogy a beosztottak is komolyan vegyék a képzést, és ők is akarjanak változtatni – mondja Győrfy.

1.1.1.2 A traumaszemléletű nőgyógyászati ellátás létrejötte

A BMSZKI nőgyógyászatán kívül az országban nincsen egyetlen intézményben sem traumaszemléletű nőgyógyászati ellátás. Mándi elmondta, hogy ennek a rendelőnek is kérdéses a fenttartása, ugyanis a jelenlegi normatívájuk májusig lesz elég.

“A szomorú valóság, hogy itt is csak azért tudott gyakorlatba helyeződni ez a szemlélet, mert tulajdonképpen senkit nem érdekel, hogy egy hajléktalan nővel mi történik, és nem szólnak kívülről igazán bele ebbe az ellátásba. Így tudott itt összeállni egy olyan csapat, akinek ez fontos volt” – mondja Győrfy. A BMSZK-n nagyon könnyen tud működni a traumaszemléletű hozzáállás. A szakértő szerint csak annyi kell ehhez, hogy olyan szakemberek legyenek a rendelőben, akik fontosnak tartják, hogy ne bántsák az ügyfeleiket, és a kommunikációjukat is ehhez igazítják.

1.1.1.3 A szakrendelőről

A BMSZKI épülete, ahol a rendelő található, egy védett ház, ami azt jelenti, hogy rácsos kapu választja el az utcától, kaputelefonon felcsöngetve lehet bemenni, ami a bántalmazott nők számára kifejezetten előnyös. Hátulütője Mándi megélése szerint, hogy nagyon elzárt és nem a legvidámabb környezet.

A szolgáltatásról egyrészt értesülhetnek az utcai megkereső szociális munkásoktól, a szállón élő emberek pedig automatikusan tudják, hogy igénybe vehetik ezt az ellátást. Eredetileg csak az ott lakóknak hozták létre a rendelőt, de általában szokott maradni még hely pácienseknek. Elsősorban az intézményen kívül élő hajléktalan nőknek ajánlják fel a lehetőséget. Az alapítók úgy látták, hogy a hajléktalan nők speciális igényeire az ellátórendszer, azon belül is a nőgyógyászati ellátás nincs felkészülve. Az is alátámasztja ezt, hogy a honlapon írt szakmai ajánlás szerint az intézményben élők kétharmada nem járt nőgyógyásznál annak ellenére, hogy

nőgyógyászati gondokkal küzdenek.⁸ Ennek egyik oka például az a probléma is lehet, amit Losonczi Ágnes már 1986-ban nyomatékosított, miszerint az, hogy valaki milyen társadalmi réteghez tartozik meghatározhatja azt, hogy milyen intézmények állnak nyitva számára és “fontos” vagy “kevésbé fontos” betegnek számít-e (Losonczi, 1986). Emellett az, hogy orvosát valaki megválaszthatja, kivételes társadalmi helyzettől függ (Losonczi, 1986). Ebben a rendelőben a hajléktalan nők lehetőséget kaphatnak egy nem kivételező nőgyógyászati ellátásra.

A további szabad időpontok fentmaradásakor pedig a Józan Babák Klub klienseinek nőgyógyászati ellátását tudják itt megoldani. Például, ha Mándihoz érkezik valaki azzal a kéréssel, hogy sürgős nőgyógyászati ellátásra van szüksége, akkor azt könnyű így elintéznüik, mert a szakember bármikor fel tudja venni rendelővel a kapcsolatot. Mándi szerint ez azért is praktikus, mert ismerős közegben maradnak a kliensei, és nem kell egyedül mennüik, mert ő vagy egy másik szociális munkás kíséri őket. Mándi elmondta, régen egy budapesti kórházban volt egy nőgyógyász, aki titokban vizsgálta meg a klub klienseit, mert egyébként nem lehetett volna ott csak úgy vizsgálni őket, de máshol nem fogadták ezeket a nőket, vagy ha igen, a szerhasználatukat ott nem merték volna bevallani, félve attól, hogy leendő gyermeküket kiemelik majd a családból.

Jelenleg két nőgyógyász dolgozik a rendelőben, Héra Anna és a Geréb Ágnes, aki egyben pszichológus is, illetve kettő szociális munkás, az egyik maga Mándi Bettina, a másik egy ottani dolgozó, Kovács Gyöngyi. A szociális munkások fogadják a nőket, akik éppen vizsgálatra mennek, és az előtérben beszélgetnek velük. Mind a szociális munkások, mind pedig az orvosok nagyon kevés pénzért, felváltva dolgoznak – mondja Mándi. A szociális munkások általában továbbadnak információkat a kliensekről, hogy a nőgyógyászokat ne érje semmi meglepetésként. Amikor bemegy hozzájuk a páciens, akkor az orvosok egyből felveszik vele a szemkontaktust, és az egész ülés alatt tartják azt a traumatudatos szemlélet jegyében. Általában az életükről is kérdezik őket, megadják az időt annak, hogy beszélhessenek magukról. Egy rendelés 30 perces lehet, ami Mándi szerint már önmagában soknak számít az állami viszonylatokhoz, de van, hogy ennél is több ideig tart. Fő céljuk a biztonságos környezet megteremtése a rendelés ideje alatt. Ennek elemei a barátságos, kedves és tisztelettudó kommunikáció. Figyelnek arra is, hogy szaknyelvek nélkül, érthetően fogalmazzanak a páciensnek és minden vele kapcsolatos információval ellássák. Van lehetősége a kliensnek kérdezni és nemet mondani a STOP menekülőszót használva. Férfi nem tartózkodhat sem a

⁸ <https://www.bmszki.hu/hu/nogyogyaszat/szakmai-program> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 4.)

váróteremben, sem pedig a rendelőben, amíg tart a vizsgálat. Egy rendelési napon maximum 11 nőt fogadnak, és ingyenes a rendelés a hajléktalan nők számára. A traumaérzékeny ellátás a rendelő kialakításában is megjelenik, például a rendelő ajtaját egy függönnyel is eltakarták, hogy véletlenül se tudjanak belépni a vizsgálat közben mások.⁹ A páciensekről elmondható, hogy átlagban 10-20 éve nem voltak semmilyen nőgyógyászati szűrővizsgálaton, sokan éppen azért, mert korábban már megalázták őket vizsgálatokon, ezért inkább kerülnek azokat – mondja Mándi.

A rendelő 2023-ban elnyerte a Sozial Marie európai innovációs pályázat különdíját. A Sozial Marie honlapján kiválóan összefoglalták ennek a nőgyógyászati rendelőnek a jelentőségét: “A nagy érdeklődés és a sikeres megvalósítás igazolja, hogy lehetséges a rosszul működő rendszerek megváltoztatása ahelyett, hogy a rászorulókat tennénk képessé a meglévő adottságokhoz való alkalmazkodásra. A traumatudatos szemlélet bármely sérülékeny társadalmi csoport segítésében hatékonyan alkalmazható.”¹⁰

V.6.2.1 Női csoportfoglalkozások a hajléktalanszállón

Mándi és Györfy is szokott tartani csoportfoglalkozásokat a BMSZKI-n, de beszámoltak mindketten arról, hogy nagyon nehéz összeszervezni ezeket. Mándi úgy véli ez azért is van, mert az ott élőknek minden perc pénzszerezési lehetőségnek számít, és nem szívesen vesznek részt szabadidejükben olyan tevékenységekben, amikor úgy érzik, semmi nyereségük nincsen abból. Elmondása alapján “a BMSZKI-n élő nőkkel azért is nehéz együttműködni, mert alapvető szükségleteik hiányoznak. Mindig fáznak, éhesek, rossz állapotban vannak, és be vannak állva.” Ezért sokszor motivációs ajándékokkal próbálkoztak, például élelmiszerrel vagy kávéval, és eleinte emiatt jártak le, majd megszokásból is ott voltak a csoportokon. De összeségében az itt élők nehezen motiválhatóak. Az is nehézséget okoz, hogy nagy a fluktuáció azért, mert gyakran kitiltják őket. Van, hogy azért, mert balhéznak, vagy azért, mert az éjjeli menedékhelyen vannak, ahol három hónapot tölthetnek összesen – mondja Mándi. A szakember meséli, hogy egyszer tartottak egy női önbecsülést növelő csoportot, ahol a bántalmazás és traumafeldolgozás lett volna a lényeg, ám inkább idősebbek, 60 év feletiek vettek részt rajta, és velük ez már annyira nem működött. Ők inkább feldolgozták az életüket, viszont Mándi nem emiatt hozta létre ezt a szolgáltatást, és így nem látta akkora értelmét sem.

⁹ <https://www.bmszki.hu/hu/nogyogyaszat/szakmai-program> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 4.)

¹⁰ <https://www.sozialmarie.org/hu/projects/9068> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 5.)

Valószínűnek tartják, hogy nem sokáig tartanak már csoportokat az intézetben az említett okok miatt.

V.7 Szerhasználó anyák¹¹

Fel kell tennünk azt a kérdést a szerhasználó várandós nőket vizsgálva, hogy mi lesz velük akkor, amikor már anyává váltak. A várandósság időszaka nem olyan sok idő, s valószínű, hogy nem fog minden gyökerestül megváltozni a használó életében ekkor sem. A női szerhasználat témakörét érintve Győrfy hívta fel a figyelmemet a szerhasználó anyák csoportjára. Ő is hangsúlyozta, hogy a szerhasználó várandós nők a szülést követően is ugyanúgy szerhasználó nők maradhatnak, ha nem kaptak megfelelő segítséget a leszokásban a terhességük ideje alatt. Illetve az is lehet egyfajta végkimenetel, hogy kapnak segítséget, de anyaként visszaesnek a használatba különböző okok miatt. Győrfy elmondta, hogy nincs konkrét információ arról, hány masszív függő anyja van, pedig úgy látja, az anyák körében beszélhetünk kannabisz-használókról, alkoholistákról és gyógyszerfüggőkről is. A szakértő szerint, ha valaki anyává válik, akkor különösen bele lehet csúszni a szerhasználatba a monotonitás és a kiszolgáltatottság miatt. Győrfy kiemeli, hogy az anyaságnak van egy reménytelen oldala, amiről keveset beszélünk. Főleg a gyermek születését követő első pár évnek van egy “daráló jellege”, amikor magányosan otthon van az anyja a gyermekével – amennyiben van otthona. “Sokan igazából ebben az időszakban válnak függővé, főleg a rekreációs drogoktól” – mondja Győrfy. Ilyenkor gyakran arról van szó a szakértő meglátása szerint, hogy ezek a nők nem bírják elviselni ennek az életszakasznak a nehézségeit, és a szerhasználat egy próbálkozás a szabadulásra ettől az állapottól. “Hosszútávon ez káros hatású, de rövidtávon, mikor egy nehéz napon van túl egy anyja, nem fog tudni elmenni kieresztelni a gőzt, semmit nem tud csinálni a gyerek mellett. Ekkor jön az, hogy nyugtatóhoz nyúl vagy megiszik egy kis bort”.

Marosi úgy véli, szakmai szempontból fontos a megelőzés, de ha egy szakember kliensei szerhasználók, akkor fontos, hogy megfelelő információt adjanak nekik arról, hogy vannak lehetőségeik a leszokásban, és tudnak hova fordulni. Marosi mindig az egyéni szinten méri fel azt, hogy a szerhasználó mit tud változtatni az életében. Az, hogy egy szakember hova tudja tovább küldeni az ellátórendszeren belül rehabilitációra a kliensét, nagyban függhet attól, hogy milyen kapcsolatai vannak – mondja Marosi.

¹¹ Ez az alfejezet megegyezik a szerző Droghasználó várandós nők és helyük a szociális ellátórendszerben címen benyújtott szakdolgozatának az alfejezetével.

V.8 Az ellátórendszerben felmerülő egyéb problémák és hiányosságok

A szakértőktől szerettem volna minél többet megtudni arról, hogy mik azok az ellátási hiányosságok és problémák, amelyek nem csak számukra, de a klienseiknek is problémát okoznak.

Győrfy azt tapasztalja, hogy a szerhasználó várandós nők ellátásában az egyik legnagyobb problémát az jelenti, hogy egy nagyon marginalizált csoportról van szó. “Náluk jóval látványosabb csoportok is hátra vannak hagyva, mint például az anyák” – mondja Győrfy. Mándi úgy véli, hogy a drogprevenció támogatása eleve elhalt az elmúlt években, de persze érdemes ennél mélyebben vizsgálni a témát.

V.8.1 A női rehabilitációkról

Győrfy Juditban már több, mint húsz éve megfogalmazódott az, hogy amíg nincsenek kifejezetten olyan rehabilitációs intézmények, ahol a gyermekeket is segítenék az anyák ellátása mellett, “addig igazán a női szempontok nincsenek figyelembe véve”. Tehát amíg nem figyelnek arra, hogy hogyan él egy nő, milyen feladatai lehetnek, és ugyanaz a szabályzat vonatkozik egy használó anyára, mint egy, a börtönbüntetése elől rehabilitációra vonuló szerhasználó férfira. Még pszichológiai tanácsadásra vagy Narcotics Anonymous (NA) gyűlésre sem tud elmenni egy anya, ha nincs senki, akire ez idő alatt rábízhatná a gyermekét, és amíg a gyermeke csak rá számíthat, nem tud magával foglalkozni az anya – mondja Mándi. Ilyenkor is be szoktak menni a Józan Babák Klubba, mert ott fogadják őket így. Győrfy szerint a fent említett tényezők még csak a kisebbik gondot jelentik, mert azt látja, hogy a szerhasználó anyáknál is jelen van, hogy anyaként nem merik felvállalni a szerhasználatukat, és tartanak a gyámhivatal reakciójától. A szakértő úgy tapasztalja, hogy nem tud megtörténni egyszerre az, hogy stigmatizáció nélkül be tudja vallani valaki a szerhasználatát, és mellette segítsék őt abban, hogy a gyermekét meg tudja tartani. Tapasztalata szerint ez egy intézményi hiányosság, nincs elég segítség, és a Józan Babák Klub sincs annyira benne az állami ellátórendszerben, hogy automatikusan hozzájuk küldje tovább a szerhasználó várandóst a háziorvos vagy egy nőgyógyász.

V.8.2 Rendszerszintű, egységes ismeretek hiánya

Eleve úgy gondolja Győrfy, hogy amikor egy szerhasználó várandós nő bekerül a gondozásba, akkor ott mind a védőnőnek, mind a gyerekorvosnak, mind a háziorvosnak és a nőgyógyásznak is tisztában kellene lennie a függőség témájával. “Egyrészt föl kell ismerni, kettő, valamit mondani kéne” – mondja Győrfy. Fontosnak tartaná, hogy legyenek például tájékoztató

plakátok, amikor egy szerhasználó várandós vagy anya bemegy egy orvosi rendelőbe. Mert ha ott látna egy olyan plakátot, ami tájékoztató jelleggel bemutatná, hogy hova tud ilyenkor fordulni támogatásért, már az is nagy segítség lenne. Ezzel szemben tapasztalata szerint ott tart az ellátás jelenleg, hogy az elvonásban lévő terhes nőnek azt mondja egy szakember, hogy “igyon meg egy felest, mert akkor abbamarad a remegése”. Győrfy úgy látja, ettől függetlenül vannak olyan orvosok, akik értenek az addikcióhoz, de ez általában az önszorgalmukon múlik. Összeségében azt tartja fő problémának, hogy nincs rendszerszintű tudás, ami olyan alapvetéseket foglalna magába, mint hogy nem jókedvükben használnak drogokat ezek a nők sem – mondja Győrfy. Kováts úgy vélekedett, hogy nehéz olyan szakembereket találni a szociális szférában, akik rendelkeznek ezzel a rendszerszintű tudással, és együttműködést is tanúsítanak.

Győrfy elsődlegesnek tartaná egy jól működő ellátórendszerben, hogy a “realitás talaján” vizsgálnák a szerhasználó anyák és várandós nők életét. Ehhez szükség lenne olyan addiktológusokra és orvosokra, akik ítéletmentesen állnak a szerhasználatához. Annak érdekében, hogy ez megvalósuljon, a szakértő úgy véli, lehetne például egy intézmény, ami összefoglaló tudásanyagot készítene a témáról és informálná a szakembereket arról, akár hírlevél formájában. Ez szerinté azért lenne fontos, mert a szakemberek válláról is levinné azt a terhet, hogy több témának is szakértőjévé kell válniuk, hogy teljeskörűen el tudjanak látni egy páciens.

V.8.3 A kiégés problémája

Lehetséges, hogy a szakemberek egy része azért nem foglalkozik igazán ezzel és ehhez hasonló témákkal, mert ki vannak égve, és rengeteg feladatnak kell egyszerre megfelelniük. Ráadásul érdemes figyelembe venni azt is, hogy “sokszor nem mindig a leghelyesebb, legcsodálatosabb emberek érdekében jár el az ember” – mondja Mándi. Emellett és talán pont emiatt is a szakértő tapasztalata arra mutat, hogy a szociális munkások egy része már kiégett, és igazán már semmi nem érdekli őket. A kiégés azokat a szociális munkásokat, akik civil szervezetet működtetnek, hatványozottan érintheti, mert egy idő után könnyen úgy járnak, mint az ügyfeleik. Mándi legalábbis a Józan Babák Klub működtetése során ezt tapasztalta meg, miként azt már korábban leírtam. Kováts is kifejti, hogy nagyon nehéz fenntartani egy alacsonyküszöbű szolgáltatást, mert a támogatásokat olyan jogszabályokkal szabályozzák, amelyeknek nem könnyű megfelelni. Ilyen például az a már korábban említett problémakör, hogy három szakmabelinek kell bejelentve lennie, mint munkaerő.

VI. Összegzés

Miért szorulnak perifériára a szerhasználó várandós nők a szociális ellátórendszeren belül? – tettem fel magamban a kérdést, amikor először szembesültem azzal, hogy vannak kismamák, akik szenvedélybetegséggel küzdenek. Szociálpedagógusként szinte bármelyik ellátási területen találkozhatunk szerhasználó várandós nővel, mégis hidegzuhanyként érhet bennünket, hogy nem tudjuk, ilyenkor mit tehetnénk, kihez fordulhatnánk.

Mind az elméleti, mind pedig a kutatásom alapján kiderül, hogy a szerhasználó várandós nők komplex ellátást igényelnének, amelyet olyan szakértők tudnának segíteni, akik komplex tudással rendelkeznek. Az összetett ellátásra és ismeretekre azért van szükség, mert egy szerhasználó várandós nőt egyszerre kell segíteni a terhesgondozásban, addiktológiai problémáiban és egyéb olyan élethelyzetekben, melyek szociális segítséget igényelnek. A kutatásomból kiderült, hogy a komplex tudásra olyan értelemben lenne szükség, hogy a szakemberek, akik munkájuk során találkozhatnak szerhasználó várandós nőkkel, rendelkezzenek alapvető addiktológiai ismeretekkel és tisztában legyenek azokkal az ellátórendszeri lehetőségekkel, ahova tovább lehetne küldeni a klienst a problémáival. Az elméleti részben már rávilágítottam, hogy lehet érintett szakember bárki, aki orvosként praktizál, védőnő, szociális munkás vagy szociálpedagógus, és a szociális szférában dolgozik.

A szakértői interjúk rávilágítottak, hogy szerhasználó várandós nőket nem csak a társadalom marginalizált csoportjai között találhatunk, hanem bármely társadalmi rétegben lehetnek érintettek. Számszerű adatok nem állnak a rendelkezésünkre, de vannak olyan nők, akik középosztálybeliek, jó anyagi helyzetben vannak, s mégis szerhasználók terhességük alatt is. Tehát az elméleti részben leírt társadalmi sztereotípiák és a szerhasználó nőkre aggasztott stigmák sokszor teljesen hamis képet alakítanak a közvélekedésben arról, hogy milyen egy szerhasználó. Az elméleti és kutatási részből is kiderül, hogy éppen ezek a vélekedések tarthatják vissza a szerhasználókat attól, hogy beszéljenek problémáikról és segítséget kérjenek. A női szerhasználatot már önmagában is, de terhességgel együtt még inkább egyfajta szégyenérzet övezheti. Az, hogy mennyire erősen van jelen a szégyen és a stigmatizációtól való félelem, szintén változó, s függ a szerhasználó várandós nő társadalmi helyzetétől. Egy hajléktalan vagy éppen prostituált szerhasználó várandós nő a megkérdezett szakemberek szerint nem tart a társadalmi megbélyegzéstől, mert már eleve egy olyan csoporthoz tartozott a várandóssága előtt is, ahol a társadalomban perifériára szorult. Kutatásomból kiderült, hogy lehetnek olyan droghasználó terhes nők, akik egyáltalán nem válnak láthatóvá az ellátórendszer

számára, s szinte semmit nem lehet tudni róluk azon kívül, hogy prostituáltként dolgoztattathatják őket mind a városokban, mind pedig falvakban is.

Bármelyik társadalmi csoportról is legyen szó, gyakori, hogy a szerhasználó várandós nők későn vagy egyáltalán nem jutnak el terhesgondozásba. Megállapítható az elméleti és kutatási részből egyaránt, hogy van olyan eset, hogy már csak a szülés után derül fény az anya terhesség alatti droghasználatára. A szakmai interjúkból kiderült, azok a babák újszülött osztályra kerülhetnek, kiknek édesanyja várandóssága alatt legális szerekkel élt vissza, s erről nem számolt be a terhesgondozáson. Az egyik oka ennek az lehet, hogy a legális szereket sokan nem gondolják problémásnak, hiszen orvos által felírt gyógyszerekről van szó. A kutatásomból kiderült, hogy napjainkban széleskörű problémát jelent a nők nyugtatótól, altatótól és egyéb legális gyógyszerektől való függése. A legális és illegális drogok magzatra mért lehetséges hatásait jelenleg is kutatják. A szakértői beszélgetésekből ugyanakkor kiderült, hogy a szerhasználat és a magzatra mért lehetséges hatások közötti összefüggésekről nehéz lenne általános kijelentéseket tenni, hiszen a hatóanyag mellett figyelembe kell venni a környezeti és szociális hatásokat is, melyek egyéni szinten változóak.

Elmondható, hogy a jelenlegi ellátórendszerben nem veszik figyelembe a női lét kontextusát. Azok az édesanyák, akik szerhasználók, nehezen tudnak igénybe venni rehabilitációs szolgáltatásokat, mert gyermeküket nem tudják magukkal vinni, és sokaknak egyáltalán nincsen olyan szociális hálójuk, hogy segítséget tudjon kérni a gyermekfelügyelethez.

Már az elmélet alapján is kiderült, hogy az ellátási lehetőségek hiányosak, és kevés olyan szakértő dolgozik a szociális szférában, aki közvetlenül rálát a szerhasználó várandós nők problémáira. Magyarországon jelenleg egy szolgáltatás működik, amely kifejezetten szerhasználó várandós nők ellátására specializálódott, a Józan Babák Klub. Mándi Bettinával, a klub egyik alapítótagjával készült szakértői interjúban elhangzott, hogy a legnagyobb akadály az alacsonyküszöbű szolgáltatás működtetésében, hogy nincsenek olyan pályázati lehetőségek, melyek lefednék a szükséges évi költségvetést.

A kutatásom alapján arra következtettem, hogy azokat az ellátási lehetőségeket, melyek jelenleg adóttak a szerhasználó várandós nők számára, olyan szakemberek tartják fenn, akik saját erőforrásaikat felhasználva, mindent megtesznek azért, hogy segíteni tudják azokat a nőket, akik nagyon egyedül lennének egyébként a problémáikkal. Nem csak az anya, de a születendő gyermek érdekében is fontos lenne, hogy legyenek megfelelő preventív intézkedések és olyan ellátási lehetőségek, ahol segítik a kismamát abban, hogy szerhasználatát

maga mögött hagyva, rendezhesse szociális és környezeti körülményeit, amennyire a lehetőségei adottak hozzá.

VII. Bibliográfia

Andorka Rudolf (1992). A művi abortusz — a demográfia nézőpontjából. *Diakonia: Evangélikus szemle*, A Magyarországi Evangélikus Egyház Időszaki Folyóirata 14 (3). 50-52.

Angelica M. Morales, Scott A. Jones, Dakota Klamovich, Gareth Harman & Bonnie J. Nagel. (2020) Identifying Early Risk Factors for Addiction Later in Life: A Review of Prospective Longitudinal Studies. 7(3) 1-10. *Current Addiction Reports*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33344103/> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 30.)

Arnold Petra, Bálint Réka, Bánfai Edina, Csesztregi Tamás, Gasteiger Nóra, Horváth Gergely Csaba, Paksi Borbála, Péterfi Anna, Szabics Lilla & Tarján Anna (2021) *2021-es éves jelentés az EMCDDA számára. Készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont*. Budapest, RETIOX.

Bánfalvi Attila (2006) *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága*. (pp. 896-898). Lege Artis Medicinae.

Dr. Beke Anna (2009) A kábítószer-használat következményei a csecsemő fejlődésében. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) (2009). *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 46-56). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Björg Hjerkin, Morten Lindbæk & Elin Olaus Rosvold (2007). *Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway*. Hjerkin, BioMed Central Ltd. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17996120/> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 5.)

Bobvosné Békefi Marianna (1992) Az abortuszkérdés pszichológiai aspektusai. In Sándor Judit (szerk.) *Abortusz és...* (pp. 179-189). Debrecen, Literatura Medica.

Bozsonyi Gábor, Csesztregi Tamás, Dudás Mária, Horváth Gergely Csaba, Keller Éva, Koós Tamás, Nádas Eszter, Oberth József, Paksi Borbála, Péterfi Anna, Szikszay Tibor, Tarján Anna & Varga Orsolya (2010) *2010-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont*. Budapest, RETIOX.

Csesztregi Tamás, Dudás Mária, Felvinczi Katalin, Horváth Gergely Csaba, Huszár László, Koós Tamás, Kun Gábor, Németh Ágnes, Nyírády Adrienn, Péterfi Anna, Port Ágnes & Tarján Anna (2011) *2011-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont*. Budapest, RETIOX.

Dr. Csorba József (2009). Helyettesítő gyógyszeres terápiák és alkalmazásuk droghasználó várandós nők ellátásában. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 127-132). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány

Dr. Csorba József, Pataki Zoltán & Péterfi Anna (2011). Budapesti szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata (2009). In Kaló Zsuzsa & Oberth József (szerk.) *Gyermekvállalás és droghasználat*. (pp. 74-81). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Demetrovics Zsolt (szerk.) (2007). *Az addiktológia alapjai I*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

Demetrovics Zsolt (2007). *A droghasználat funkciói*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Dr. Fóriás Éva (2009). Droghasználó várandós nők ambuláns addiktológiai gondozása. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 114-126). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

George C Patton, Carolyn Coffey, John B Carlin, Louisa Degenhardt, Michael Lynskey & Wayne Hall (2002) Cannabis use and mental health in young people: cohort study. 325(7374) 1195–1198. *British Journal of Medicine*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12446533/> (Levétel dátuma: 2024. augusztus 5.)

Gönczöl Katalin (2019). Devinancia, anómia és feszültség. In Borbíró Andrea, Gönczöl Katali, Kerezsi Klára & Lévay Miklós (szerk.), *Kriminológia*. (4.2.1.). Budapest, Wolters Kluwer Hungary Kft.

Hoyer Mária (2010). *Sóvárgás és szenvedés*. Budapest, L'Harmattan Kft.

Joan Raphael-Leff (2010) *Másállapot - A várandósság pszichológiája*. Budapest, Háttér Kiadó.

Kaló Zsuzsa & Oberth József (szerk.) (2011). *Gyermekvállalás és droghasználat*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Kaló Zsuzsa & Rigó János (2011). Nemzetközi tapasztalatok és modellek a droghasználat és gyermekvállalás témakörében Kaló Zsuzsa (2011) Ausztriai droghasználó várandós nők ellátásának modelljéről. In Kaló Zsuzsa & Oberth József (szerk.) *Gyermekvállalás és joghasználat*. (pp. 99-116.). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Kaló Zsuzsa (2020). *Bevezetés a szerhasználó nők világába*. Budapest, ELTE PPK L'Harmattan Kiadó.

Kaló Zsuzsa (2014) *Terhesség, anyaság és szerhasználat*. XIII. évf. 4. szám (63) 14-22. Kapocs.

Kelly S. Ramsey, Sharon Stancliff, Lyn C. Stevens, Christopher J. Hoffmann, Charles J. Gonzalez (2021) *Substance Use Disorder Treatment in Pregnant Adults*. New York, State Department of Health AIDS Institute (NYSDOH AI).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572854/> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 8.)

Kovács Mónika (2012) *Kisember érkezik - Mentálhigiénés szemléletű védőnői várandósgondozás*. (pp. 240-254). Embertárs.

Kovács Virág (2009). Intravénás kábítószer-használó kismamák és édesanyák ellátása az alacsonyküszöbű ellátásában. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp.101-113). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Dr. Lázár Levente & Lázár Cseke Éva (2009). Kábítószer-használó várandós nő szülészeti ellátása során alkalmazott kommunikációs technikák. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 60-69). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Losonczy Ágnes (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest, Magvető.

Dr. Matuszka István & Oberth József (2009). Jogi és etikai szabályozás, jogi segítségnyújtás szenvedélybeteg emberek ellátásában. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) (2009). *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 144-157). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Mészáros Piroska (2009). Droghasználó emberekkel kapcsolatos előítéletekről. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 195-209). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Nancy Poole & Colleen Anne Dell (2005) *Girls, Women and Substance Use*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse BC Centre for Excellence for Women's Health.

Nete L.K. Rausgaard, Inge O. Ibsen, Jan S. Jørgensen, Ronald F. Lamont, Pernille Ravn (2014) Prevalence of substance abuse in pregnancy among Danish women. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology* (2015) *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Volume 94, Issue 2. 215–219.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12528>

(Levétel dátuma: 2024. szeptember 29.)

Oberth József (2009). Józan Babák Klub. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 87-100). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Oberth József (2009). Alacsonyküszöbű szociális szolgáltatások Magyarországon. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 213-237). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Oberth József (2011). A Józan Babák Klub "Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás" programja. In Kaló Zsuzsa & Oberth József (szerk.) *Gyermekvállalás és droghasználat*. (pp. 116-151). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Paksi Borbála & Elekes Zsuzsanna (2004) *A 11-12. évfolyamos középiskolások alkohol- és drogfogyasztása Budapesten 2004-ben*. 3(3), 308–330. Addiktológia.

Péterfi Anna & Bálint Réka (szerk.) (2022). *2022-es ÉVES JELENTÉS (2021-es adatok) az EMCDDA számára készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont*. Budapest, RETIOX.

Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) (2009). *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Dr. Rigó János Jr. (2009). A drogfogyasztó várandós nők terhesgondozása. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 9-19). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Sándor Judit (szerk.) (1992) *Abortusz és...* Debrecen, Literatura Medica.

Simone M Goettler & Sibil Tschudin (szerk.) (2014). Care of Drug-Addicted Pregnant Women: Current Concepts and Future Strategies – an Overview. *Women's Health* 167-177. Future Medicine Ltd. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24601808/> (Levétel dátuma: 2024. szeptember 4.)

Sógorka Ildikó (szerk.) (2009). *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp. 144-157). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Sógorka Ildikó (2011). A terhesgondozás, és az anyasággal, várandóssággal kapcsolatos jogi szabályozás. In Kaló Zsuzsa & Oberth József (szerk.) *Gyermekvállalás és droghasználat*. (pp. 226-234). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Susan Hatters Friedman, Amy Heneghan & Miriam Rosenthal (2009) Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. (pp. 174-181). *JOGNN*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19323713/> (Levétel dátuma: 2024. augusztus 8.)

Dr. Szemán-Nagy Anita (2011) *A korai kapcsolati élmények szerepe a várandósság alatti depresszióban*. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.

Dr. Takách Gábor (2009). Várandós droghasználó nők ambuláns addiktológiai gondozása. In Dr. Rigó János Jr., Oberth József & Sógorka Ildikó (szerk.) *Droghasználó várandós nők és gyerekeik ellátása*. (pp.133-143). Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Tománé Mészáros Andrea (szerk.) (2020) *Függőségek, különös tekintettel a női függőségekre*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Törő Károly (1992) Személyiségvédelem a születés előtt. In Sándor Judit (szerk.) (1992) *Abortusz és...* (pp. 15-23). Debrecen, Literatura Medica.

Verena Metz, Brigit Köchl & Gabriele Fischer (2012) Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? *Neuropsychiatry London*, 2012 January 25, 29–41. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3521595/> (Levétel dátuma: 2024. augusztus 25.)

WHO (2014) *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, World Health Organization.

https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241548731_eng.pdf

(Levétel dátuma: 2024. augusztus 4.)

WHO (2019) *Addiction*.

https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_213_en.pdf

(Levétel dátuma: 2024. szeptember 28.)

[sz.n.][é.n.] *Traumaérzékeny szemléletű nőgyógyászati szakellátás.*

<https://www.sozialmarie.org/hu/projects/9068> (levétel dátuma: 2024. szeptember 5.)

[sz.n.][é.n.] *Szakmai program.*

<https://www.bmszki.hu/hu/nogyogyaszat/szakmai-program>

(Levétel dátuma: 2024. szeptember 4.)

VIII. Mellékletek

I. Számú melléklet: A szakértők munkásságának bemutatása.

Győrfy Judit	Mentálhigiénés szakember és nőjogi aktivista. A Másállapotot a szülészetben mozgalom egyik alapító tagja. A BMSZKI traumaérzékeny szemléletű nőgyógyászati szakellátás szakmai programjának a kidolgozásában vett részt. Egyéni segítő beszélgetéseket és nőknek szóló csoportokat tart.
Kováts Virág	Szociális munkás és devinancia szociológus. 2000-ben kezdett el a civil szférában dolgozni a Kék Pontnál, majd megalapította az Alternatíva Alapítványt, ahol az ártalomcsökkentés elvei alapján végzik a munkát többek között szerhasználókkal és prostituáltakkal.
Marosi Csilla	Az Üdvhadsereg női hajléktalanszállójának munkatársa 2015 óta. Budapest környékén lévő türelmi zónákba jár ki olyan prostituáltakkal foglalkozni, akik javarészt szerhasználók is.
Mándi Bettina	Szociális munkás és színész. A Józan Babák Klub egyik alapító tagja, jelenleg a vezetője. A BMSZKI traumaérzékeny szemléletű nőgyógyászatának segített a szakmai programjának a kidolgozásában és szociális munkásként segíti a pácienseket.
Szabó József	Okleveles szociális munkás, szociális szakvizsgát tett a pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása és rehabilitációja témakörében.

II. számú melléklet: A szakértői interjúk általános kérdéssora

Egyéni szakmai kérdések	Mi az iskolai végzettsége?
	Mi a szakterülete?
	Milyen területeken dolgozott eddig?
	Jelenleg hol dolgozik és milyen pozíciót tölt be?
	Mi a feladatköre a jelenlegi munkahelyén?
	Milyen módon van rálátása a szerhasználó várandós nőkre?
Szerhasználati tendenciák	Az Ön tapasztalata szerint jelenleg melyek lehetnek a leggyakrabban használt drogoktípusok?
	Tapasztalata alapján jellemzően milyen ismérvei lehetnek a szerhasználó embereknek?
	Általában milyen okai lehetnek annak, hogy valaki szerhasználóvá válik?
Szerhasználó nők jellemzői	Az Ön tapasztalata szerint milyen szerhasználati mintázat jellemzi a nőket napjainkban?
	Az Ön tapasztalata szerint melyek a nők által leggyakrabban használt szerek napjainkban?
	Milyen egyéb problémák lehetnek jellemzőek egy szerhasználó nő életében?
	Az Ön tapasztalata szerint mennyire vannak tisztában a szerhasználók az általuk használt drogok lehetséges hatásaival a szervezetükre nézve?
	Milyen speciális igények merülhetnek fel a szerhasználó nők ellátásakor?
	Milyen családi minták jellemzőek a szer használó nőkre?
Várandós szerhasználók jellemzői szakértői szemmel	Az Ön szakmája/munkája miképpen érintheti a szerhasználó várandós nők ellátását?
	Hogyan kerülnek be az Ön szakmájának a látószögébe a szerhasználó várandós nők?

	Az Ön tapasztalata szerint mi a jellemző, hogyan viszonyulnak a szerhasználó nők a terhességükhöz?
	Az Ön tapasztalata szerint hogyan viszonyulnak a szerhasználó nők az anyasághoz?
	Az Ön tapasztalata szerint milyen anyaként képzelik el magukat a szerhasználó várandós nők?
	Mit tapasztal, elkezdenek leszokni a szerekről a droghasználó nők, mikor megtudják, hogy terhesek?
	Mit tapasztal, vannak olyan szerhasználó várandósok, akik metadon kezelés segítségével szoknak le az opiátokról?
	Mit tapasztal, milyen szociális háttérrel rendelkeznek a szerhasználó várandós nők?
	Mit tapasztal, milyen egyéb problémákkal küzdenek a szerhasználó várandós nők?
	Mi a tendencia, mikor ismerik fel általában terhességüket a szerhasználó várandós nők?
Rejtőzködés és stigmatizáció	Ön mit tapasztalt, mennyire van jelen a rejtőzködés a szerhasználó várandós nők körében?
	Miben jelenhet társadalmi szinten meg a stigmatizáció?
	Ön szerint mennyire egyezik meg a társadalom által alakított kép egy szerhasználó nőről és annak a valósága?
Ellátórendszeri lehetőségek	Milyen ellátórendszeri lehetőségeket ismer, melyek a szerhasználó várandós nők ellátására is alkalmasak lehetnek?
Hiányosságok és problémák az ellátástórendszerben	Az Ön tapasztalata szerint mi az, ami a legnagyobb kihívást jelenti a szerhasználó várandós nők ellátásában?
	Az Ön tapasztalata szerint mik a legnagyobb hiányosságok a szociális ellátórendszerben, a szerhasználó várandós nők segítésében?

	Az Ön tapasztalata szerint mi jelenti a legnagyobb nehézséget a szerhasználó várandós nőkkel folytatott munka során?
	Milyen alternatív ellátási lehetőségeket tudna elképzelni a jelenlegi szolgáltatások helyett vagy mellett?
	Hogyan látja a jövőt a szerhasználó várandós nők ellátását illetően?