

Prafská vysoká škola psychosociálních studií



Motivace k abstinenci u drogově závislých a hotných členů

Bc. Denisa Makešová

vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies



The motivation for abstinence of drug-addicted pregnant women

Bc. Denisa Makešová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Praha 2011

Anotace

Cílem diplomové práce je zmapovat, nakolik t hotenství drogov závislých fen ovliv uje jejich motivaci k abstinenci. Poukazuje na problematiku drogových závislostí, charakterizuje populaci t hotných fen závislých na návykových látkách s ohledem na jejich specifické pot eby a d lefitému zohlednit je i v systému pé e o tuto cílovou skupinu.

V nuje se stádiím motivace a nezbytnosti neustálého posilování motivace klientek k fládoucí zm n flivotního stylu bez drog. Zd raz uje nezastupitelnou úlohu terapeutické komunity v pé i o závislé feny, kde je umofln na lé ba matkám spole n s jejich dít tem, cofl je siln motivující faktor na nelehké cest k abstinenci.

V praktické ásti jsou p edkládány p ípadové studie t hotných závislých fen, které demonstrují subjektivní vnímání motivace k abstinenci. Dále jsou zde uvedeny polostrukturované rozhovory s odborníky v oblasti drogových závislostí.

Klí ová slova

Abstinence, abstinenní syndrom, abúzus, droga, drogová závislost, motivace, t hotenství

Abstract

The goal of this paper is to describe the degree of the effect the pregnancy has on drug addicted women and to pinpoint the motivation of such a group on their path to abstinence.

The paper takes the problematic of drug addiction as such into consideration, it attempts to come up with the characterization of society of pregnant drug-addicted women and focuses on specific needs of such a group.

Furthermore, the work cogitates on the phases of motivation and digs into the essential needs of unceasing strengthening of the clients' motivation leading to the life style without drugs.

In addition the crucial role of therapeutical community is being conceded as they have made the opportunity of all the relevant care for both the addicted mothers and their descendants come true, accomplishing in laying down strongly motivating factor on yet uneasy path to drug denial.

The case studies had been integrated into this work in the practical part. Besides these, the half-structured interviews with experts in the field have been acknowledged

Key words

Abstinence, withdrawal syndrome, abuse, drug, drug addiction, motivation, pregnancy

Prohlášení

Šprohlášení, že diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, použila jsem pouze zdroje uvedené v seznamu literatury.

V Praze dne 1 1 1 1 .

1 1 1 1 1 1 1 1 .

podpis

Podkování

Ráda bych podkovala vedoucímu diplomové práce, panu Mgr. Janu Jakobovi Zlámanému za připomínky, rady, as, který mi k vedení práce poskytl a jeho vlídny přístup.

Dále bych ráda podkovala všem respondentkám, které se se mnou podělily o své cenné a dlouholeté zkušenosti.

Děkuji i všem ostatním, kteří mi byli v období vzniku diplomové práce velkou oporou.

ÚVOD.....	10
1 VYMEZENÍ POJM	12
1.1 Droga	12
1.2 Drogová závislost	12
1.2.1 Psychická závislost.....	13
1.2.2 Fyzická závislost.....	13
1.3 Abúzus	13
1.4 Abstinenční syndrom.....	14
1.5 Abstinence	14
1.6 Motivace	15
1.6.1 Chování	15
1.6.2 Potřeba	15
1.6.3 Hodnota	15
1.6.4 Motiv.....	16
1.7 Těhotenství	16
2 DROGY, DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	17
2.1 Historie drogových závislostí	18
2.2 Legislativa	19
2.3 Rozdělení drog	20
2.4 Příčiny vzniku závislostí.....	20
2.5 Důsledky užívání NL.....	22
2.6 Služby pro drogově závislé.....	23
2.7 Léčba drogových závislostí.....	25
2.8 Specifika závislostí u žen.....	26
2.8.1 Ženy a detoxifikace.....	28
2.8.2 Léčba žen s dětmi v TK.....	29
2.8.3 Substituční léčba závislostí u těhotných žen.....	31
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE U DROGOV ZÁVISLÝCH.....	32
3.1 Sociální práce ve zdravotnictví.....	33
3.1.1 Sociální práce na porodnici	33
4 MOTIVACE	35

4.1 Změna.....	36
4.1.1 Změna motivace.....	38
4.1.2 Posilování motivace.....	40
4.2 Motivační rozhovor.....	41
4.3 Hierarchická teorie potřeb.....	43
5 FIENY, DROGY, TĚHOTENSTVÍ.....	45
5.1 Charakteristika drogově závislých těhotných žen v ČR.....	46
5.2 Jak se může těhotná závislá žena dostat do systému péče.....	47
5.3 Těhotenství.....	48
5.3.1 Prenatální péče v těhotenství.....	49
5.3.2 Porod.....	50
5.3.3 Kojení.....	51
5.3.4 Doba po porodu.....	51
5.4 Neonatální abstinční syndrom (NAS).....	52
5.5 Mateřství drogově závislé ženy.....	52
6 METODOLOGIE.....	54
6.1 Kvalitativní výzkum.....	54
6.1.1 Případová studie.....	55
6.1.2 Polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor.....	55
7 EMPIRICKÁ ČÁST - VLASTNÍ VÝZKUM.....	56
7.1 Cíl výzkumu.....	56
7.1.1 Výzkumné otázky.....	56
7.2 Výzkumný vzorek – charakteristika.....	56
7.3 Metoda získání dat.....	57
7.4 Etické aspekty výzkumu.....	57
7.5 Realizace výzkumu.....	58
7.5.1 Postup vedení polostrukturovaného rozhovoru.....	58
7.6 Zpracování a analýza dat.....	59
8 VLASTNÍ VÝZKUM.....	60
8.1 Případové studie.....	60
8.1.1 Případová studie č. 1.....	60
8.1.2 Případová studie č. 2.....	62
8.1.3 Případová studie č. 3.....	63

8.1.4 Případová studie č. 4.....	64
8.2 Polostrukturované rozhovory	66
8.2.1 Rozhovor č. 1	66
8.2.1 Rozhovor č. 2	71
8.2.3 Rozhovor č. 3	75
8.2.4 Rozhovor č. 4	78
9. DISKUZE	84
ZÁV R.....	89
Seznam poufíté literatury	90
Dodatek: poufívané zkratky	96

ÚVOD

Pracuji jako odborný sociální pracovník ve zdravotnictví ve Fakultní nemocnici v Motole. V rámci svého povolání se setkávám s různými cílovými skupinami klientů, resp. pacientů. Pro diplomovou práci jsem si však zvolila problematiku těhotných žen závislých na psychoaktivních látkách.

Problematikou drogových závislostí jsem se zabývala již v rámci mého bakalářského studia a nyní v praxi, kdy jsem se setkala s mnohými zajímavými a mnohdy nelehkými životními příběhy drogově závislých.

V posledních letech se odborné texty začínají zabývat více tematikou drogově závislých žen a vznikají nové programy pro specifickou skupinu závislých těhotných žen a matek. Stále však existuje málo dostupných zdrojů, které by plně zkoumaly tuto skupinu, a to především v oblasti jejich motivace k abstinenci. Domnívám se, že a pokud se rozvíjí síla zájmu pro intervenci a léčbu drogově závislých žen, těhotných i matek, jejich počet je stále nedostačující. Jsem toho názoru, že je důležité s těhotnými uživatelkami drog i jejich dětmi pracovat komplexně, nabídnout jim pomocnou ruku a účinný způsob léčby, který je přijatelný pro těhotnou ženu a současně je v zájmu jejího dítěte. Je tedy žádoucí v zájmu efektivity léčby řešit drogovou závislost a podporovat abstinenci a zároveň podpořit a posilovat rodičovské kompetence závislé matky. Pokud má závislá žena partnera a rodinu, je nezbytné pracovat i s nimi.

Neustále se zvyšuje počet drogově závislých žen, které s užíváním návykové látky nepočítávají ani v těhotenství ani v době mateství. Těhotenství by mělo být pro ženy a jejich partnery – nastupujícím obdobím, v němž se upevní svůj svazek a rozšíří svoji rodinu. Dochází k fyzickým a biologickým změnám v těle matky a to ovlivňuje i její psychický stav.

Těhotenství je také ve světě bráno jako určitá společenská role a v různých kulturách se setkáme s různorodými pohledy na těhotenství.

Společnost nahlíží na brání drog v těhotenství s despektem a těhotné ženy i matky závislé na drogách jsou často stigmatizovány.

Jak na mate ství a t hotenství nahlíí sama drogov závislá fena nebo matka? Jak ho proflívá a je pro ni tato role stávající matky š-anceõ pro abstinenci? Je pro ni dít a t hotenství dostate ný motiv k flivotu bez drog?

Jako vhodnou ilustraci tohoto problému vnímám p íb h šKatkyõ, která je známá u -ir-í ve ejnosti díky dokumentu reffisérky Heleny T e-tíkové. Setkávala jsem se s ní v pr b hu své praxe jak v rámci bakalá ského studia, tak b hem jejího porodu na gynekologicko-porodnickém odd lení.

Diplomová práce má teoretickou a empirickou ást. První kapitola vymezuje základní pojmy týkající se drogových závislostí a d leffitých k sepsání diplomové práce. Dal-í kapitoly se v nují témat m vzniku drogových závislostí, stávajícím slufbám pro uflivatele návykových látek, motivaci lov ka ke zm n závislého chování a problematice drogové závislosti v t hotenství. Ve výzkumné ásti jsou zpracovány p ípadové studie a polostrukturované rozhovory s odborníky z oblasti lé by a prevence drogových závislostí.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Droga

Pojem droga je slovo francouzského původu a dříve označovalo sušené a konzervované orgány rostlin nebo živočichů, které se používaly jako léčiva (ZÁBRANSKÝ, 2003).

Podle definice WHO z r. 1969 je droga *š jakákoli látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí* (cit. dle ZÁBRANSKÝ, 1994, s. 14). Psychoaktivní látky vyvolávají změny a ovlivňují oblasti psychiky, v domě a nálady (ETŤKOVÁ, 2006).

Jeden z předních českých odborníků na drogové závislosti, Jiří Presl, definoval drogu jako kteroukoli přírodní i syntetickou látku, která splňuje následující dva požadavky. Prvním je způsob sobězí tvě. *špsychotropního účinku*, tím je myšleno určitým způsobem ovlivňuje průběh reality člověka a způsobem sobězí tvě na vnitřní psychické pochody člověka. Druhým požadavkem je možnost vyvolání závislosti, tzv. *šzávislostní potenciál* drogy, ten se u jednotlivých návykových látek liší ve výši nebo nížší míře, ale je přítomen pokaždě (ZÁBRANSKÝ, 2003).

1.2 Drogová závislost

Definice pojmu drogové závislosti lze uvést z několika zdrojů uváděných v odborných textech - například podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, nebo podle Americké psychiatrické asociace DSM-IV. Jak však Nešpor ve své publikaci uvádí, definice dle MKN-10 je značně komplikovaná.

šDrogová závislost (těžlátková závislost, narkomanie (zejména /nark / - snížená citlivost, spánek, a těž /mania / - šílenství, vášeň, touha.) i toxikomanie) je abnormální a patologický stav vyvolaný častým užíváním drog.

šZávislost na drogách znamená zpravidla častým užíváním drog, které vyvolávají potřebu drogy cíleně vyhledávat, a u psychologicky i fyzicky podmíněnou.

šDrogová závislost vede ke snížení schopnosti p irozen reagovat na b fñé stimuly, ve váfn j-ích stádiích vede k naru-ení i základních spole enských a fñivotních inností a nakonec k selhání funkcí t lesných orgán po jejich trvalém po-kozeníõ (Wikipedie, otev ená encyklopedie, 2011).

Závislost provází negativní d sledky osoby uflívající NL a spole nosti (VOKURKA a HUGO, 2000).

1.2.1 Psychická závislost

Dörner a Plog (1999) uvedli, fe psychická závislost se projevuje t fce zvladatelnou touhou uflít svou dávkou NL, jedinec má pot ebu opakované aplikace a je p esv d ený, fe by se necítil dob e, pokud by si drogu nevezal. Závislá osoba se domnívá, fe ji droga p iná-í uspokojení a smysl fñivota, ufl jen samotná p edstava, fe by dávkou nedostal, v ní vyvolává pocity úzkosti a podráfd nosti (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 549).

1.2.2 Fyzická závislost

Berkow aj. (1996) definují somatickou závislost jako *šstav adaptace biologických funkcí organismu na p íslu-nou psychoaktivní látku, n kdy doprovázený zvy-ující se tolerancí (lov k k dosažení téhofl efektu pot ebuje stále v t-í dávkuõ (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 549).*

1.3 Abúzus

Nej ast ji se pouflívá pro nadm rné uflívání, resp. naduflívání NL, ale také alkoholických nápoj , kofeinu, nikotinu, apod. Zahrnuje i uflívání NL v nevhodnou dobu, jakou je nap . t hotenství. Rozli-ujeme jednorázový stav, ale také mén astý, pravidelný nebo trvalý. P i získávání anamnestických dat, je dotaz na abúzus nedílnou

sou částí, jelikož se jedná o velmi dležitý údaj k zjištění příiny vzniku různých onemocnění nebo návrhu vhodné léčby (VOKURKA a HUGO, 2000).

1.4 Abstinenci syndrom

Jinak se nazývá odvykací syndrom. Jedná se o závažné a kombinované příznaky, které se objeví po úplném vysazení opakovaně a dlouhodobě užívané drogy nebo snížením jejich vysokých dávek. Příznaky abstinenci syndromu nelze odvodit somatickým nebo duševním onemocněním. Aby bylo možné potvrdit diagnózu závislosti, je jedním z kritérií přítomnost projev abstinenci syndromu. U jednotlivých NL se odvykací syndrom liší, mnohé příznaky přitom opačně nejlze u inek užívané látky. Týká se to například látek ze skupiny opioidů, u nichž je u inek zaměřeno proti křečím, a naopak u abstinenci syndromu jsou křeče přítomny. Další u inek opioidů je v mírnější příznak bolesti a naopak odvykací stav způsobuje silné bolesti. Při obvyklých tlumivých účincích opioidů u abstinenci syndromu oproti tomu dochází k nespavosti, poruchám spánku a celkové podrážděnosti. Ve stavech vyvolané euforie potom u abstinenci syndromu dochází ke změnám nálad atd. (*glosář pojmů – abstinenci syndrom*, 2011).

1.5 Abstinence

Hartl a Hartlová definují pojem abstinence následovně: *Abstinence je stav, kdy se jedinec v domě a své vlně naprosto zlíká použití něho i nějaké innosti, z dle voduetických, rozumových, zdravotních, popř. pro neschopnost dosáhnout uspokojení* (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 14). Rozlišují abstinenci například jako sexuální, alkoholickou, lékovou.

Oproti tomu relaps nebo pojem recidiva označuje *šnávrat choroby k předchozímu stavu* (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 505).

1.6 Motivace

Motivace je *š proces usm r ování, udržování a energetizace chování, které vychází z biologických zdroj . Pojem motivace v psychologii zatím zna n nejednotný, nej ast ji chápán jako intrapsychický proces zvý-ení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energizme organizmu, projevuje se nap tím, neklidem, inností sm ující k poru-ení rovnováhy, v zam ení motivace se uplat uje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zku-enosti, schopnosti nau ené dovednosti, za neřídoucí motivaci jsou považovány strach, úzkost, bolest, aj.õ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 328).*

Dále se rozli-uje motivace na primární a sekundární; vn j-í a vnit ní.

1.6.1 Chování

Jedná se o *š instrumentální aktivitu zprost edkovávající vztah mezi pot ebou a jejím uspokojenímõ (NAKONE NÝ, 1997, s. 27).*

1.6.2 Pot eba

Pot eba je v t-inou stav ur itého nedostatku ehokolí, nap . v ekonomické, fyziologické nebo psychologické rovin (NAKONE NÝ, 1997).

1.6.3 Hodnota

Hodnotu lze chápat jako *š vlastnost, kterou lov k p isuzuje ur itému objektu, situaci, události nebo innosti ve spojitosti s uspokojováním jeho pot eb, zájm õ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 192).*

Kařdý lov k má rozdílnou hierarchii hodnot (KOHUTEK, 1998). Systém hodnot jedince se utvá í v procesu socializace (HARTL a HARTLOVÁ, 2000).

1.6.4 Motiv

Motiv je *špohnutka, p í ina innosti, jednání lov ka zam ené na uspokojení ur ité pot ebyõ* (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 327).

K ne ast j-ím motiv m osob pat í zájmy, hodnot a ideály jedince, pot eba nebo závislost na n em nebo na n kom (KOHUTEK, 1998).

1.7 T hotenství

õT hotenství je proces, kterým fena vynosí fivé potomky od po etí (koncepce) do doby, kdy je potomstvo schopno fivota mimo d lohy. Za íná po etím, cofl je proces oplodn ní a formování zygoty (oplozená vaje ná bu ka po splynutí sam í a sami í gamety), a kon í porodem, císa ským ezem, potratem nebo interrupcí.

T hotenství trvá asi 40 týdn od prvního dne posledního menstrua ního cyklu do porodu (38 týdn od oplodn ní). Je rozd leno do t í trimestr . V prvním trimestru hrozí nejvy-í riziko spontánního potratu plodu.

Potrat je asto výsledkem defekt plodu, jeho rodi , nebo po-kození zp sobeného po po etí" (Wikipedie, otev ená encyklopedie, 2011).

š Drogová závislost je smrt, která čeká na slabost, aby pak postupně zabíjela to, co zůstalo
(Vondrka, 2004, str. 179).

2 DROGY, DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

U osob závislých na psychoaktivních látkách nedochází k profítku vnitního konfliktu, nevnímají a nepoznávají si životní krizi. Snahí se vyhnout se kontaktu se svou vlastní minulostí, budoucností a dokonce i přítomností za pomoci užívaných chemických látek, tomu odpovídajícího životního stylu, okolí osob, které také užívají drogy. Osoby závislé na drogách mají svoji vlastní ideologii a přesvědčení (HAJNÝ, 2002).

Závislost se projevuje typickými příznaky, které musí trvat minimálně 12 měsíců. Mezi ně patří:

- Silná touha a potřeba opatřit a aplikovat si drogu (tzv. carving, neboli bafení)
- Neschopnost kontroly a sebeovládání vůči užívané látce
- Nárůst tolerance - osoba je nucena užívat stále větší množství NL nebo aplikovat si ji častěji, aby měla stejný účinek a v větší euforizující účinek
- Abstinenní syndrom - tím organismus reaguje na abstinenci a odmítá drogy
- Potřeba obstarat a užívat drogu dominuje nad ostatními aktivitami a zájmy, je vynakládána energie na obstarání drogy nebo finančních zdrojů k získání drogy, závislý člověk vyhledává osoby s podobnou nebo stejnou ideologií a životním stylem, tedy další drogově závislé osoby (VÁGNEROVÁ, 2004).

Drogová závislost je dělena do 5 stupňů podle míry užívání:

- Experiment - osoba NL užívá sporadicky, bez pravidelných intervalů a mnohdy i bez následků
- Přelíčitostné užívání - osoba užívá NL jako součást svého životního stylu v určitých intervalech není jednou za týden ve svém volnu. Nemusí se dostavit obtíže v psychice ani sociálním fungování

- **Kodlivé uflívání** - je pravidelné, p i aplikaci a po ní se objevují jifl –kodlivé ú inky NL
- **Problémové uflívání** - osoba pravideln konzumující NL je ovlivn na v oblastech osobního a pracovního flivota. Aplikace je jifl mnohdy i. v. a objevují se i zdravotní obtífl
- **Závislost na droze** - organismus závislé osoby vyfladuje k dosáhnutí pot ebného ú inku stále vy—í dávku drogy a vzniká trvalá touha k uflívání NL. Obtífl jifl zasáhly v—echny oblasti jeho flivota, který se p izp sobuje aplikaci a shán ní NL (MATOUŠEK, VONDRÁŠKOVÁ, MÜLLEROVÁ, 2005).

šZávislost na drogách není zam nitelná za závislost na osob , jak ji známe ze vztahu dít te k matce nebo partnera v i partnerceō (HAJNÝ, 2002, str. 429).

2.1 Historie drogových závislostí

Historie drogových závislostí je uvedena v ad publikací autor zabývajících drogovou tematikou, proto se zde o historii zmíním pouze okrajov .

K vysokému nár stu po tu drogových závislostí do-lo na po átku dvacátých let p elomu minulého století. V té dob za aly v evropských státech vznikat první protidrogové zákony, kdy byla drogová situace projednávána na mezinárodních konferencích (VAV INKOVÁ a BINDER, 2006).

D íve se látky, které p sobily na psychiku organismu, uflívaly v souvislosti s lé ebnými ú inky t chto látek a bylo k nim vzhlífleno jako nadp irozeným i boflským silám. V dob industriálního a technologického pokroku v—ak byla zaznamenána výroba syntetických NL.

K zásadnímu zlomu do-lo v roce 1853, kdy byla vynalezena injek ní jehla. To zap í inilo dal-í moflnost aplikace NL, nitrofiln (VAV INKOVÁ a BINDER, 2006).

V porevolu ním období, po roce 1989, se v eské republice ujal a rozvinul model tzv. *terapeutických komunit*, který byl inspirován vzorem fungujícím ve Velké Británii, zakladatelem Maxwellem Jonesem. V bec první taková komunita vznikla na

konci padesátých let 20. století v Praze u Apolináře a založil ji známý alkohololog Jaroslav Skála.

Po roce 1989 zaznamenaly na našem území velký rozvoj také svépomocné skupiny pro alkoholiky i drogově závislé. (MATOUŠEK, 2007). Svépomocné skupiny mají velkou tradici v USA.

2.2 Legislativa

Samotné uflívání psychoaktivních látek v legislativě České republiky trestně není. Právní předpisy nepostihují ani nadměrné uflívání NL v t hotenství.

V případě, že se rodiče o potomka žádně nestarají, je-li dítě zanedbávané v důsledku abúzu drog u rodičů, upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociální právní ochraně dětí, nastolit rovněž opatření k ochraně práv dítěte a zabránit tím další nekvalitní a nedostatečné péči. Především v druhé části zákona o SPOD je v §5 uvedeno, že jedním hlediskem sociální právní ochrany je zájem a blaho dítěte a v §6 zákon uvádí, že se SPOD zaměřuje zejména na děti, které osiřely, a také na rodiče neplnící povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, nebo rodiče dětí, jež vedou nemravný nebo zahálčivý život - ten spočívá především v zanedbávání povinné školní docházky, rodiče nepracují i přes nedostatečné příjmy kvůli obflivě, nadměrně uflívají alkohol nebo návykové látky, jako zdroj obflivy mají prostituci, nebo spáchali trestný čin, atd. (*Zákon č. 359/1999 Sb. o sociální právní ochraně dětí*).

K nejdležitějším právním normám řešící otázku NL patří Trestní zákon č. 140/1961 Sb. Pojednává především o nedovolené výrobě a drflení omamných a psychotropních látek a jedná o řízení toxikomanie. Dále zákon č. 200/1990 Sb., který řeší postupy na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi (VAV INKOVÁ a BINDER, 2006). V současné době tedy neexistuje žádný zákon, vyhláška ani jiný předpis, který by ošetřoval situaci uflívání NL v t hotenství.

2.3 Rozdělení drog

Z pohledu laické veřejnosti se drogy dělí na měkké a tvrdé, což je však velmi nepřesné. Existuje více způsobů, podle nichž se drogy dělí. Velmi častý způsob dělení rozlišuje drogy na legální, jako je alkohol, nebo tabák a ilegální, které lze dále dělit následovně podle:

- způsobu vzniku (přírodní, syntetické, semi - syntetické)
- typu působení a chemického složení (halucinogeny a konopné látky, LSD, psylocybin, a kofeolové látky; stimulancia a amfetaminy jako je pervitin, kokain, extáze; tlumivé látky a rozpouštědla, opiáty - například Subutex, herion, psychofarmaka a benzodiazepiny, barbituráty)
- stupně společenské nebezpečnosti - podle závažnosti společenských následků především v oblasti zdravotní, kriminální a ekonomické (ZÁBRANSKÝ, 2003).

Typické důsledky NL jsou rozděleny do čtyř následujících kategorií:

- Akutní nebo krátkodobé stavy
- Chronická zdravotní poškození
- Akutní sociální důsledky
- Chronické sociální důsledky - souvisí s chronickými sociálními obtížemi především v rodinné a profesní oblasti člověka závislého na drogách. Mnohdy mohou způsobit až rozpad rodiny, ztrátu zaměstnání, začátek kriminální činnosti (FISCHER, 2009).

2.4 Příčiny vzniku závislostí

Na vzniku a rozvoji závislostního chování se podílí souhrn několika faktorů. Lze tedy říci, že příčiny vzniku závislosti jsou multifaktoriální a patří do nich:

- Genetické predispozice
- Biologické predispozice
- Psychické faktory
- Sociální faktory (FISCHER, 2009).

Mezi sociální faktory patří například *společnost* (dostupnost NL), *místské prostředí* (zvýšená možnost opatřit si drogu a zůstat v anonymitě), *rodina* (dysfunkční rodina, nedostatek emočních podnětů a nedostatek vzorů chování strategie zvládnání obtíží), *sociální deprivace* (nezaměstnanost, bezdomovectví), *sociální skupina* (parta, subkultura) a *níže vzdělání* (VÁGNEROVÁ, 2004).

V jiných odborných publikacích se lze setkat také s dělením faktorů působících v vzniku drogové závislosti na skupinu tří základních kategorií, kam patří kouření, droga a prostředí.

Úroveň NL pomáhá kouření uspokojit určité potřeby a lze tak vyjádřit i afekty a uspokojit některé potřeby kouření, je-li jsou při stavu bez ovlivnění drogou, potlačené. Většinou to jsou potřeby a afekty, které mají svůj původ vzniku v minulosti, zpravidla v dětství. Autoi inklinující k psychoanalytickému směru spojují závislost na drogách se závislým typem osobnosti, které se fixuje v orálním stadiu vývoje kouření (HAJNÝ, 2002).

Bio-psycho-sociální model závislosti

V bio-psycho-sociálním modelu se vzájemně prolíná oblast biomedicínská a psychologická. Drogová závislost, která je považována obecně jako nemoc, má etiologii v procesu a průběhu vývoje osobnosti v interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Kalina uvádí podstatné pojmy jako *dispozice* (genetické, biologické, psychologické získané v raném dětství), *zranitelnost* (vyvíjí se v průběhu života na základě dispozic) a *spouštěč* (tím může být například životní událost nebo nároky jednotlivých vývojových období. Vě zmíněné vede k manifestaci poruchy (KALINA, 2003).

2.5 D sledky užívaní NL

D sledkem abúzu NL je především mnohdy trvalé *poškození zdraví* závislého člověka. Negativní vlivy drogové závislosti se objevují především v CNS, tělních orgánech, kardiovaskulárním systému člověka, je zde i vysoké riziko nákazy HIV nebo virové hepatitidy typu A, B i C. Dopad aplikace NL se projevuje i *změnou zevníku* osoby, například známým vyhubnutím, snížením cévního organismu především v aplikaci drogy, vznikají abscesy. Závislá osoba postupně přestává dbát o svůj zevník. V souvislosti s nedostatkem hygieny mohou vznikat další zdravotní obtíže. Všechny změny se samozřejmě odrazí i na klesajícím sebevědomí. Mění se celková osobnost člověka i jeho *psychické prožívání*. Dlouhodobé užívání NL může vyústit v psychické změny vyvolané poškozením mozku, tzv. organický psychosyndrom. Ke dalším změnám dochází v:

- *Emočním prožitkem* - citové projevy nebývají přiměřené, závislé osoby jsou podrážděnější, vztahováne, mnohdy i paranoidní, anxiousní a depresivní.
- *Kognitivních funkcích* - NL při dlouhodobém abúzu způsobují zhoršení koncentrace, pozornosti, paměti, mění se myšlení. Orientace v okolním světě je zkrácená a v nejvážnějších případech vzniká demence.
- *Motivací a hodnotách* - v drogové závislosti se mění celý vzorec vztahů k hodnotám a tím i způsob chování člověka. Chybí potěbná vleká prokonání životních obtíží a schopnosti abstinovat. Osoba závislá na NL se dostatečně neovládá, postupně ztrácí i pocity viny a přestává se orientovat na svou budoucnost. Do popředí hodnot a životních cílů se dostává droga sama a v ostatní není důležitá, ztrácí na významu.
- *Chování* - podle užívané NL je člověk buď utlumen, nebo naopak stimulován a hyperaktivní. Zhoršuje se výkonnost, což může být příčinou neschopnosti uplatnit se na trhu práce.
- *Změna životního stylu* - postupně se změnil ve stereotyp se zaměřením na získání a aplikaci drogy. Převodní sáhnutí po droze za účelem změny mnohdy v edního života se tak stává paradoxem vzhledem k dalšímu stereotypu.

- *Celkovém úpadku osobnosti* - dochází ke změně vlastností osobnosti a jejích kompetencí. Sníží se sebevědomí a sebehodnocení. Závislá osoba tak mnohdy rezignuje s pocitem, že už jí nic nepomůže (VÁGNEROVÁ, 2004).

Z komplexního pohledu jsou sociální důsledky plynoucí z nadužívání NL mnohotvárné, dotýkají se všech oblastí života závislého člověka. Společnost osoby užívající NL stigmatizuje, nehradí ji bytí, odvrhla ať na samotný okraj bez podání pomocné ruky a bez jakýchkoli služeb i prostředků vyčleněných na práci s užívateli drog.

2.6 Služby pro drogově závislé

- *AT poradny*- jedná se o zdravotnická ambulantní zařízení poskytující především psychoterapii, poradenství a farmakologickou terapii. Na požádání je stanoven individuální plán léčby klienta. Pravidelně se plní individuálního plánu kontroluje a reviduje.
- *Poradenská centra, krizová centra* - jsou ambulantní zařízení, stanovuje se individuální plán péče o klienta.
- *Právní poradna*
- *Terénní programy* - tzv. streetworker, jsou realizovány na ulici, kde se centrují klienti. Patří do programu *Harm reduction*, kde je kladen důraz především na snížení rizik spojených s abúzem drog, klient dostává informace týkající se rizik plynoucích z užívání NL, probíhá zde výmenný program injekčního materiálu- stříkaček, jehel, dále dostávají kondomy a desinfekční materiál a streetworkeri poskytují klientům informace o dostupných programech a možnostech léčby drogové závislosti.
- *Nízkoprahová kontaktní centra*, tzv. K - centra - také se pracuje s klientem především na snížení rizik spojených s aplikací drogy, je obdobný jako terénní program, mnohdy působí společně v rámci jedné služby i organizace. Mimo to se tu poskytuje klientům potravinový servis a prostředky pro zajištění hygieny. Platí zde určitá pravidla, za jejichž nedodržování a pravidelné porušování je možné klienta sankcionovat například formou zákazu vstupu atd. V kontaktních centrech je prostor pro dlouhodobější a cílenější spolupráci

s klientem, tedy i možnostmi zaměřit se na posilování jeho motivace k léčbě a abstinenci. Sociální pracovníci pomáhají klientovi zprostitkovat vhodný typ léčby, nástup do léčby atd.

- *Psychiatrické léčebny*
- *Detoxifikační jednotky, tzv. Detox* - klade si za cíl zmírnit projevy abstinčního syndromu a zbavit organismus závislé osoby NL. Trvá optimálně dle potřeby v rozmezí pět až deseti dnů a může být podpořena i farmakologickými přípravky. Detoxifikace je vyřadována u většiny dlouhodobých závislostí zaměřených na léčbu drogových závislostí.
- *Substituční programy* - v substituční terapii se nahrazují opiáty užívatelům drog substituční látkou. Realizuje se ve specifickém substitučním středisku organizací zabývajících se drogovými závislostmi, nebo je zprostitkována odborným lékařem v ambulanci. Vyřadí se Metadon, Subutex a nově také Suboxon.
- *Terapeutické komunity* - jedná se o dlouhodobý léčebný pobyt v rozsahu od 3-12 měsíců. Léčba je zde strukturovaná, má daný režim, je rozdělena do čtyř fází a uplatňují se zde terapeutické postupy individuální, rodinné a skupinové terapie.
- *Domy na poslední cestu*
- *Dolé ovací centra* - je to typ dlouhodobé následné péče trvající zpravidla 6-12 měsíců, kde se zdůrazňuje prevence relapsu zneužívané drogy.
- *Denní stacionáře* - zde je nabízena ambulantní léčba, která je intenzivnější než v kontaktních centrech, formou celodenního programu, po dobu 2-3 měsíců, klient se pak dle návratu do svého přirozeného prostředí. S klientem se pracuje v individuální, skupinové a rodinné terapii.
- *Svépomocné skupiny* - většinou jejich pomoc vyhledávají klienti po absolvování léčby v terapeutické komunitě v rámci dalšího doléčování (MATOUŠEK, 2007, MATOUŠEK, VONDRÁČKOVÁ, MÜLLEROVÁ, 2005).

2.7 Léčba drogových závislostí

„Základní umění v léčbě závislostí je najít pravý okamžik, kdy je klient nastaven na abstinenci“ (Vtina drogově závislých žen má traumata z minulosti, 2009).

V důsledku multifaktoriálních příčin vzniku závislosti není vytvořen jediný druh léčby drogových závislostí, nýbrž se v praxi aplikuje více různých postupů (NETTIPOR, 2000).

Léčba závislosti drogami by měla zahrnovat veškeré faktory bio-psycho-sociálního modelu. Patří sem například detoxikace, farmakoterapie, ale i nově rozvinuté léčebné postupy, které se nazývají souhrnně psychosociální terapie (KALINA, 2003).

Z osobních zkušeností vím, že k léčbě klient je třeba postupovat individuálně, každý jedinec má své specifické potřeby, možnosti a schopnosti, které je třeba vzít v úvahu při práci se závislým klientem.

Nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím úspěšnost léčby a následnou abstinenci je motivace (FITZGER, 2009).

Drogová závislost způsobí zhoršení sociálního statusu závislé osoby a v rámci komunikace se snižuje počet pravdivých informací a naopak se začíná zvyšovat počet manipulujících, zamlkujících a lživých údajů. Převládá se to týká témat jako je etnost a množství užívání NL. Osoby užívající NL se často staví do role obětí nepříznivých životních situací, neempatického jednání okolí a nespravedlnosti (CHODURA, 2000).

V komunikaci s drogově závislou osobou v praxi se klade důraz především na jejich doposud zachovalé a fungující oblasti běžného života – volnočasové aktivity a zájmy. Efektivní je hovořit o přítomnosti a budoucnosti než o stavech v minulosti. Dialog si klade za cíl vybudovat symetrický vztah, aby klient neztratil důvěru v terapeuta či jiného odborníka. Závislé osoby mají nízké sebevědomí, proto je dobré v rozhovoru neprohlubovat jejich sebehodnocení (CHODURA, 2000).

Léčba může být terapeutická, farmakologická nebo kombinovaná. Tam, kde jí není dostatečná ambulantní péče, se navrhuje rezidenční, tedy pobytová a její forma je volena také podle předpokládané délky.

2.8 Specifika závislostí u žen

Praktické zkušenosti odborníků v oblasti drogových závislostí potvrzují, že jsou rozdíly v problematice abúzu návykových látek u ženského a mužského pohlaví a vyžadují tedy rozdílný přístup. Ženám jsou vytvářeny nové specifické programy (KOTKOVÁ, 2010).

Podle odhadů je v České republice asi třetina z celkového počtu závislých tisíc injekčních uživatelů drog zastoupena v ženské populaci. Odborníci v oblasti drogových závislostí uvádějí, že nemalý podíl závislých žen (80-90%) má v anamnéze psychická traumata jako jsou násilí, znásilnění, opakovaná sexuální zneužívání. Léčba je i vzhledem k častému zneužívání drog závislých žen složitější a komplikovanější.

Stejný vzorec chování na základě vlastních zkušeností z minulosti aplikuje závislá žena dále na drogové scéně. Znamená to, že finanční zdroj k opatření drogy často získává prostitucí. Dané modely chování závislých žen je zapotřebí změnit, aby se nepřenášely na další generaci, kdyby žena donosila dítě. Služby, které umožní pobyt matky s dítětem, jsou v ČR v omezeném počtu, viz dále TK Karlov (*Vtřina drogových závislých žen má traumata z minulosti*, 2009).

Výsledky léčby u žen jsou víceméně srovnatelné s výsledky léčby, s nimiž se setkáváme u mužské části populace. Velmi důležitý aspekt úspěšnosti léčby je závislou klientku motivovat a doporučit ústavní léčbu v případě, že ambulantní léčba pro ni není dostatečná a nedá se jí zvládnout. Doporučení ústavního léčení by mělo být bezodkladné a s ohledem na eliminaci závažných somatických porokeních a negativním dopadem v dalších oblastech života klientky (NETPORA, 1996).

Nemén důležitým krokem, který má velký vliv v léčbě žen závislých na drogách, je rodinná terapie, především s partnerem závislé ženy (NETPORA, 1996).

Specifickou a neopomenutelnou pozornost vyžadují rovněž specifické ženské problémy, jako jsou premenstruační tenze a jejich zvládnání, nebo vliv alkoholu a psychoaktivních látek na plodivost.

V terapeutickém přístupu se osvědčil spíše nekonfrontativní, empatický a citlivý přístup vzhledem k mnohdy poramocnému sebevědomí u závislých žen. Pokud to

situace umožní uje, je fládoucí vyhnout se p edepisování i doporu ování návykových lék , které by mohly zap í init vznik kombinované závislosti na NL a lék (NETPÖR, 1996).

fieny závislé na návykových látkách nej ast ji p ipisují vznik závislosti zát flové flivotní událostí v rodin , nebo v partnerském flivot . U flen jsou oproti mufl m nej ast j-ími d vody pro p íjetí do lé by zdravotní nebo rodinné d vody a naopak mén asté problémy se zákony (NETPÖR, 1996).

Abúzus NL u flen odsuzuje okolí daleko více nefl u mufl . fieny ve srovnání s muflí bývají k NL zdrflenliv j-í, proto je po et závislých flen ni fl-í nefl u mufl . U flen d íve nastávají zdravotní obtífl spojené se závislostí. fieny mají siln j-í pud sebezáchovy, více jim záleflí na vzhledu, na tom, jak p sobí na okolí, bývá u nich ast ji prokázáno týrání fyzické, sexuální, psychické. Rychleji se dokáflou odpoutat od lidí, kte í jsou také závislí na NL. fieny si zvládnou snadn ji vytvo it zdravý zp sob flivota (NETPÖR, 2000).

Mnohdy také vzniká závislost u flen v souvislosti se souflitím s partnerem, který alkohol i jiné návykové látky sám -kodliv uflívá, pop ípad je na nich závislý.

Specifickými problémy flen jsou také potífl v p echodu (klimakteriu) a syndrom prázdného hnízda, tj. pocit osam losti u fleny, jejífl dospívající nebo jífl dosp lé d ti se osamostat ují a odpoutávají od rodiny (NETPÖR, 1996).

Podle Kaliny (2008) pat í k faktor m v gender problematice také ast j-í flenské problémy v oblasti du- evního zdraví, znevýhodn ní p edev-ím ve vzd lání a zam stnání a finan ního p íjmu (cit. dle MAIEROVÉ, 2010, s. 238). Vobo il (2004) ve své publikaci poukazuje na skute nost, flé flena je ve spole nosti ozna ována za tzv. *double devianta*, což znamená, flé její závislost umoc uje i selhání v roli fleny (cit. dle MAIEROVÉ, 2010, s. 238). Gossop (2009) zd raznil ve výsledcích lé by závislosti na amfetaminech ambulantní i reziden ní formou zlep- ení ve vztazích v rodin a zdravotním stavu u flen na rozdíl mufl m (cit. dle MAIEROVÉ, 2010, s 238).

Pro závislou flenu m flé být dít prvotním motivem k lé b . fiena závislá na NL si ale musí uv domit, flé se musí lé it p edev-ím sama kv li sob (*V t-ina drogov závislých flen má traumata z minulosti*, 2009).

2.8.1 fieny a detoxifikace

V poátku léčby závislostí stojí detoxifikace. V této fázi může vznikat její následný vztah k další léčbou, který rozhodne, zda žena s abúzem drog setrvává v léčbě závislostí. Setrvávání v léčbě silně ovlivňuje zkušenost s prvotním kontaktem se zdravotníky, porozuměním a dostatečnou empatií, kterých se jí dostane, nebo naopak nedostane.

V současné době se v ní neustále vztahuje pozornost právě rozdílu mezi drogově závislými muži a ženami. Rovněž při detoxifikaci se projevují specifika ženské klientely. V porovnání s muži na detoxifikaci jde daleko méně žen.

Ženy hledající o léčbu obvykle nepřicházejí na doporučení ambulantních odborníků nebo kontaktních center. Ženy svojí vlastní závislost před okolím skrývají a ve většině případů vyhledávají péči odborníka až v souvislosti se zástupnými problémy nefunkční závislost. Sufňují je psychické obtíže jako je deprese, anxiózní stavy, poruchy spánku, např. nespavost, nebo jiné různorodé symptomy. Obtíže s užíváním psychoaktivních látek bývají odhaleny na psychiatrických odděleních nebo v nemocnici, odkud bývají předkládány k detoxifikaci (KOTKOVÁ, 2010).

Většina žen má podobnou anamnézu. Ve vlastní rodině zažívaly vzorce chování, které se následně u nich opakují. V dětství psychoaktivní látku mnohdy odsuzovaly, přesto později, když jsou starší, samy drogám podlehnou. V závislosti je důležitá i důvěra, která se na ní podílí. Traumatickým užíváním psychoaktivních látek chtějí řešit traumata vzniklá v souvislosti se sexuálním a emocionálním zneužíváním a s fyzickým násilím. Zažívají negativní pocity z nedostatku lásky od partnera nebo dětí v jejich rodině, chybí jim také pospolitost a soudržnost v rodině a nemají pocit bezpečí. Užívatelkám návykových látek se snižuje sebevědomí, přestávají si věřit, bývají submisivní a bojí se vyjádřit vlastní názor.

Reakcí na obtíže v běžném životě u ženskému pohlaví je únik k drogové závislosti, kde mají alespoň částečný pocit svobody. Svou lásku k partnerovi a jejich děti tím zaměňují uživatelky drog za závislost na droze. Ztrácí schopnost samostatného myšlení, mají potěbu se o něho opřít a mít nad sebou autoritu druhé osoby. Zmátnou je plná velkou obavou, mají z ní strach.

fieny drogy ast ji oproti muflskému pohlaví získávají prostitucí, ale naopak oproti mufl m nebývají dealerkami drog. V pr b hu –kolní docházky se u flen setkáváme mén se zá–koláctvím nebo poruchami chování, za n fl by byly káže sky potrestány (KOTKOVÁ, 2010).

Pro fleny na detoxu bývá stále d leflitý jejich vzhled. Oproti mufl m se u závislých flen na detoxu objevuje dvakrát více depresí, dále migrény, ostatní psychosomatické p íznaky, je u nich ast ji diagnostikována histriónská porucha, bývají emo n velmi nestabilní osobnosti. U flen se setkáváme i s projevy sebepo–kozování, s anxiousní (úzkostnou) poruchou, nebo také s posttraumatickou stresovou poruchou, která je následkem fyzického i psychického domácího násilí. V neposlední ad se objevují u flen PPP související s otázkou vzhledu klientky, kdy je abúzus drogy spojován s úlohou hubnutí. Abúzu drog zaznamenáváme u anorektik i bulimiek (KOTKOVÁ, 2010).

2.8.2 Lé ba flen s d tmi v TK

Jedinou TK, kde m fle pobývat po dobu trvání lé by matka spolu s jejím dít em, je TK Karlov v rámci NNO ob anského sdružení Sananim. Lé ba, která umofl uje pobyt matky sou asn s potomkem, se ukázala jako siln motivující, jelikofl nedochází k odlou ení a p etřlení pouta. eská republika tak jako jedna z mála zemí EU umofl uje podstoupit lé bu matkám společ n s jejím dít em (PRESLOVÁ, 2003).

V rámci lé ebného programu v TK je nejvy–í d raz kladen na skupinovou psychoterapii, i posilování rodi ovských kompetencí. Lé ba v TK je rozd lena do ty základních fází a trvá zpravidla –est afl deset m síc , dle aktuálních pot eb matky.

D leflité je pracovat u matky s jejími pocity viny v í dít ti, fle selhala ve své roli matky. Tyto matky se snaflí dít ti v maximální mí e vynahradit t flkosti spojené s jejich drogovou kariérou a tím si nedokáflí jednozna n vyty it hranice ve výchov a pé i o dít . Nebo naopak pocit viny zp sobí, fle si matka nezvládne vytvo it k dít ti p íjatelný vztah - dít samo zde matka vnímá jako šzp ítomn níø pocitu viny. Matky se u í p íjímat dít ve v–ech ohledech ó nejen s p íjemnými stránkami, ale i t mi negativními.

Cílem lé by je pomoci matce zvládnout její drogovou závislost a souasn posílit její vztah s dít em, osvojení si základních rodi ovských dovedností ve výchov , kucha ské schopnosti a innosti v domácnosti, a napravit zdravotní komplikace dít te, které dosahují i do jeho psychomotorického vývoje. Specifikem lé by jsou také skupiny týkající se tématu mate ství. Po ukon ení lé by má matka mořnost jít je-t na následnou dolé ovací pé i a poté do chrán něho bydlení. V lé b je cílem také objevit u matky pozitivní zdroje (HANZAL, 2007).

Klientky, které nezvládají ambulantní lé bu a rozhodnou se pro reziden ní lé bu v TK, bývají z hyperprotektivních i neúplných rodin, mají nízký pocit zodpov dnosti, jsou nevyzrálé osobnosti, nemají dostate né zázemí ani finan ní p íjem, partnerský vztah je asto naru-ený.

Motiva ními faktory pro zapo etí lé by v TK jsou v t-inou - hrozící mořnost odebrání dít te z pé e matky nebo naopak mořnost vrácení dít te zp t do její pé e; také jako motivace p sobí nátlak ze strany rodiny, okolí nebo partnera; selhání v ambulantní pé i; matka m fle brát lé bu v TK také jako zaji-t ní bydlení, potravy a prost edí k výchov dít te; dal-ím faktorem m fle být i snaha o lep-í pé i o dít a zm na řivotního stylu; v posledním p ípad se jedná o nedobrovolnou soudem na ízenou lé bu nebo hrozba VTOS. Motivace tedy bývá sekundární v d sledku abúzu NL, ne jako aktivní innost matky, ale také napomáhá vstupu a udrření se v lé b . Dít je bráno jako mořnost za ít s abstinencí a lé bou. Do faktor motivace k udrření abstinence matky p ípisují hlavn mořnost souřítí se svým dít em.

Podá í-li se vybudovat pevný vztah mezi matkou a jejím dít em, dít získá pot ebu jistoty, pozitivn reaguje na matku a pro matku je to potom efektivním zrcadlem k porovnání pozitiv a negativ p ed abstinencí a po ní. Pokud tento stav podpo í rodina a umocní podpora ze strany partnera, zvnit ní to motivaci matky a zvý-í to pravd podobnost úsp -ného dokon ení lé by a pokračující abstinence, to posiluje i mořnost vídat její ostatní d ti, pokud jich má fena více a nemohou být s ní za azeny do pobytu v TK. První týdny v lé b jsou pro matku s dít em velmi st řejní, nebo ukazují, fle se nejedná o extrémní naru-ení pouta mezi matkou a dít em. Pokud matka bez obtíř zvládá pé i o dít , zp sobuje to zvy-ování jejího závislostí po-ramocného sebev domí a zvnit ování rodi ovských kompetencí. Nem lo by se v-ak opomíjet

neustálé posilování motivace v průběhu celého léčebného procesu nejen v TK, ale v jakékoli práci s drogově závislou ženou. (HANZAL, 2007).

Podle statistických údajů obanského sdružení Sananim, se v období od listopadu 2001 až do prosince 2008 léčilo v TK Karlov celkem 82 matek s dětmi, z nichž 52 klientek, tj. 72% abstínuje a našlo zaměstnání, zrelapsovalo a nyní opět užívá NL 10 klientek, tedy 12%, o dalších 12% (10 klientkách) nejsou žádné dostupné informace a 3 klientky (10%) je ve VTOS (*Vtina drogově závislých žen má traumata z minulosti*, 2009).

2.8.3 Substituční léčba závislostí u těžkých žen

Jedná se především o farmakologické formy substituční terapie, kam patří:

- **Metadon**- Indikuje se v případě těžké a dlouhotrvající závislosti na vysokých dávkách opiátů, například heroínu, nebo v případě opakovaných a neúspěšných pokusech o abstinenci
- **Subutex**, neboli Buprenorfin (VAVŘINOVÁ a BINDER, 2006).

Na základě svých zkušeností bych uvedla, že klientky, se kterými se setkávám si Subutex shánějí mnohdy na šerném trhu, často si ho aplikují injekčně společně a užívání Subutexu kombinují s ostatními drogami.

V posledních několika letech, resp. od r. 2007 se v substituční terapii užívá nový preparát Suboxon. Kontraindikací pro jeho užívání je však právě těhotenství, jelikož by mohl způsobit spontánní potrat plodu.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Sociální práce jako forma konkrétní pomoci zejména u klientů ze znevýhodněných socioekonomických podmínek je nezbytnou a nedílnou součástí jejich léčby (NETPÖR, 1996).

Klient v tísni nespolupracuje při řešení problému, které nevnímá jako závažné, proto se terapeut souasně musí zabývat řešením konkrétní obtížné životní situace. Je důležité najít určitý kompromis, aby nedošlo k upřednostnění například hledání nového zaměstnání oproti do pozadí šodsunutému léčbě závislosti na návykových látkách. V takovém případě by se mohlo stát, že by dekompenzovaná závislost oproti klientovi o toto nově nabyté zaměstnání přivřela. Pomůžeme-li klientovi se zvládnutím jeho problému, napomáháme také pozitivnímu navázání terapeutického vztahu a zvyšuje se efektivita následných léčebných postupů (NETPÖR, 1996).

Při sociální práci se závislým klientem se nesmí zapomínat ani na lidi v jeho okolí, například na jeho rodinu, děti, partnery atd., a jejich potřeby, zájmy a podle možností se snažit jim ulehčit mnohdy obtížnou situaci.

V terapeutických komunitách s dlouhodobým pobytem je důležitou součástí léčby proces pozvolného přechodu do života mimo společenství komunity. U mladších klientů s dlouhodobou anamnézou drogové závislosti je potřebné osvojování a získávání pracovních návyků, dovedností a kvalifikace. Na pomezí sociální práce, rodinné terapie a krizové intervence je přínosným přístupem například služba a práce s rodinou v jejím přirozeném prostředí. Mezi psychoterapií, rodinnou terapií, specializovaným poradenstvím a sociální prací jsou hranice nejednoznačné a neostře, i mezi sociálními pracovníky lze tedy hledat výborné rodinné terapeuty a psychoterapeuty, jako byla například Virginia Satirová (NETPÖR, 1996).

V procesu sociální práce s klientem je zapotřebí neopomíjet fakt, že se u uživatelů NL setkáváme s *popíráním* drogové závislosti, což souvisí s potřebou přehlédnout následky rizikového a neohledlivého chování, které vyvolává skličující pocity a tenzi. Projevy závislostního chování jako je například ambivalence, nedodržení slibů, nespolehlivost a již zmíněné popírání souvisí podle Orforda (1985) se stavem vnitřního konfliktu osoby závislé na NL (cit. dle ROTGERSE, 1999, s. 207).

V sociální práci s drogově závislým klientem se uplatňuje především:

- Individuální terapie- např. kognitivně behaviorální postupy, arteterapie
- Rodinná terapie
- Skupinová terapie
- Terapie v léčebném společenství, kam patří terapeutická komunita (KALINA, 2003)
- Socioterapie
- Svěpomocné skupiny (VÁGNEROVÁ, 2004).

Důležitou součástí sociální práce s užívateli NL je motivací rozhovor (MATOUŠEK, VONDRÁČKOVÁ, MÜLLEROVÁ, 2005). O motivacím rozhovoru se blíže zmíní v kapitole o motivaci.

3.1 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví uplatňuje metody sociální práce se zohledněním specifických potřeb pacienta v důsledku jeho onemocnění v průběhu pacientovy hospitalizace.

3.1.1 Sociální práce na porodnici

Drogově závislá žena se dostane mnohdy do systému péče až na porodním sále a porodnické klinice, kdy bývá její závislost zjištěna. Proto je sociální práce ve zdravotnictví velmi důležitá, leč často opomíjená součástí systému péče o drogově závislou matku nebo těžce nemocnou ženu.

Je důležité nezapomínat na skutečnost, že v problematice drogově závislých těžce nemocných žen se nejedná pouze o otázku léčby ženy a plodu nejen v perinatální péči a podobně, ale je důležité pracovat s ostatními faktory jako je zázemí a bydlení

v t hotenství a po porodu, finan ní p íjem a s ním související adekvátní výřivá matky i dít te, celková pé e o dít (BINDER a VAV INKOVÁ, 2006).

Na drogov závislou matku upozorní pracovníci z terénu z NNO (Sananim, Drop-in), nebo sociální pracovnice OSPOD, p ípadn ji hlásí p ímo zdravotnický personál sociální pracovníci v nemocnici. Sociální pracovnice nemocnice naváře se závislou t hotnou řenou nebo matkou kontakt. Matky jsou svým řivotním stylem velmi rizikové. V t hotenství mají minimální pé i v poradn pro t hotné, nedbají na hygienu atd. Od klientky se získávají pot ebné údaje o jejím zázemí, vybavi ce, finan ním zaji-t ní, partnerovi, -ír-í rodin atd. Informace o dávkách drog matka sd luje mlhav , nebo podává řlivé údaje, ty jsou konfrontovány léka i na základ toxikologického vy-et ení. Sociální pracovnice nemocnice kontaktuje sociální pracovníci OSPOD, se kterou situaci podrobn e-í a matku o jejích postupech pravideln informuje. Dít s NAS je v nemocnici hospitalizováno déle neř dít bez projev NAS a je sledován jeho zdravotní stav a lé eny p íznaky NAS. B hem této doby se sleduje, jak matka za dít tem dochází, jaký má o dít zájem a jak spolupracuje s personálem kliniky p ípadn sociální pracovníci OSPOD.

Pokud matka nespolupracuje a neprokáře schopnosti ve zvládání pé e o potomka, je dít na základ p edb řlného opat ení umíst no do KÚ, do pé e partnera i prarodi . Splní-li matka dané p edpoklady, je je-t p ed ukon ením hospitalizace p íjata s dít tem na tzv. zácvik, kde si po dobu n kolika dní osvojuje dovednosti správné pé e o dít (SCHMIDOVÁ, 2007).

Studie Drobné, Huttové a Nes ákové ukazuje, ře po ukon ení hospitalizace 37% d tí z stalo v pé i matky, v pé i -ír-řho p íbuzenstva je 13% d tí a 45% bylo umíst no k KÚ, z nichř 9% bylo dáno k osvojení (cit. dle TRÁVNÍ KOVÉ, 2001, s. 45).

š Existuje jen jediná síla, která je v každém z nás - je to touha žít a vybojovat poslední zápas, neřve zahálí smrt. A to je ta obrovská síla, která se dokáže odrazit od dna lidské bytosti a vést z nekoneného bludiště ven (Vondrka, 2004, str. 179).

4 MOTIVACE

Jedním z nejdůležitějších úkolů psychologie je najít vysvětlení, proč se lidé chovají určitým způsobem a z hlediska dvou aspektů. První hledá zákonitosti ve způsobu chování, druhý se ptá na otázky cíle a smyslu tohoto chování, tedy jeho psychologické podstaty. Problematika motivace určitého způsobu chování patří k nejzávažnějším a nejzajímavějším oblastem zájmu psychologie a bez odborných poznatků v této oblasti je její praktická aplikace na různých oborech lidské činnosti nemyslitelná (NAKONEČNÝ, 1997).

š Jakákoliv psychologická pomoc člověku (psychoterapie, psychologické vedení lidí) musí vycházet z poznatků o motivaci lidského chování, nebo psychologická práce s člověkem znamená úsilí o jeho změnu, což předpokládá poznání příčin toho, co má být změněno (NAKONEČNÝ, 1997, str. 5).

V oblasti léčby závislosti je motivace všeobecně považována za nejzákladnější princip. Avšak mezi mnohými odborníky není jednotná shoda o tom, jaká je samotná její povaha. Psychologické publikace odhalují široké spektrum nejrozličnějších definic poukazujících nejvíce na vnitřní hnací mechanismy, vliv podnětů, rozhodovací procesy nebo jistou formu intervenčního procesu, jež vede jedince k jeho konkrétnímu konání (NETEMPOR, 2000).

V odborných publikacích existuje velký počet teorií motivace. Škoda pro kopínka moderního pojetí motivace patří W. Miller, J. O. Prochaska a C. C. DiClemente, jejichž práce o motivaci jako dynamickém fenoménu se objevily až v 80. letech 20. století (NETEMPOR, 2000, s. 61).

Ve 20. století bylo mezi nejvýznamnějšími objevy v léčbě závislostí zaznamenáno, že motivace je proměnlivá a lze ji ovlivňovat (NETEMPOR, 2000).

Skutečnost, že proměnlivá část lidské motivace je nedostupná, umožňuje pracovníkům s drogově závislými být vůči nim více tolerantní, neodsuzující a tím ji efektivněji pracovat s klienty. Jednou z prvních osobností, které se zabývaly

podv domými motivy, byl Sigmund Freud ve svém díle *Psychopatologie v-edního dne* (HARTL, 1994).

Lidská pot eba nálefení nebo p íjetí je snahou pro vytvo ení vztahu a má biologický základ ve vztahu matka x dít . Bowlby (1979) studoval chování matek a d tí u lov ka a u zví ete a pozoroval v nich podobné rysy. Pudov zalofený základní sociální vztah matka x dít je tedy obecn brán jako cesta pro formování nových sociálních vztah . Pokud bude tato vazba naru-ena citovou deprivací, m fle to znamenat pro dal-í vývoj dít te i pro období dosp losti negativní a fatální následky (cit. dle NAKONE NÉHO, 2009, s. 187).

š Struktura základních pot eb, s nífl p íchází dít na sv t a jefl p edstavuje vrozené vnit ní dispozice pohnutek jeho chování, je jífl od prvních dn jeho flivota stále výrazn jí a specifi t jí ovliv ována sociální realitou jeho flivotaõ (MIKTOVSKÝ, 2003, s. 101).

Pro vývoj motivace je d leflité jífl období ontogeneze (HOMOLA, 1972).

ást na-eho chování je v ur ité mí e postavena na sociálním u ení a procesu socializace. Socializace je *š procesem objevování lidské spole nosti jedincem a zaujetí adekvátní pozice ve spole enské d lb úloh a innostíõ*. (EZÁ , 1998, s. 43). Dochází v ní k navazování sociálních kontakt , které v pr b hu asu neustále prohlubujeme a roz-í ujeme sociální sí vztah v kulturním a sociálním systému.

V sociálním u ení si jedinec osvojuje ucelené zp soby jednání a chování v ur itých situacích. Formou sociálního u ení je *sociální posilování, imitace a identifikace* (EZÁ , 1998). Proces socializace osobnosti je zna n naru-ena p edev-ím u t ch d tí, jejichfl matka je drogov závislá (TRÁVNÍ KOVÁ, 2001).

Chování lov ka formuje v oblasti uflívání drog *pozitivní* nebo *negativní posilování*. Motiva ním faktorem jsou také *emoce* jedince.

4.1 Zm na

K tomu, aby drogov závislá osoba za ala abstinovat nebo vyhledala odborníky k doporu ení vhodné lé by, je zapot ebí, aby do-lo k zásadní zm n v jejím my-lení, náhledu na problémy spojenými s abúzem NL a tím i celkové zm n dosavadního flivotního stylu.

Abstinence má velký význam a vliv, i když klient nevydrží abstinovat, hraje klíčovou úlohu k terapeutické práci zejména ve všech postížených oblastech života závislé osoby. Samotná abstinence však nestačí, aby byla pozitivní prognóza pro její zachování i v budoucnu, musí nastat změna i v oblasti vztahů k okolí, práce a sociálního zázemí klienta (KALINA, 2003).

Existují tedy i obecné úrovně motivace, které spolu souvisí a nelze je oddělovat. Patří sem:

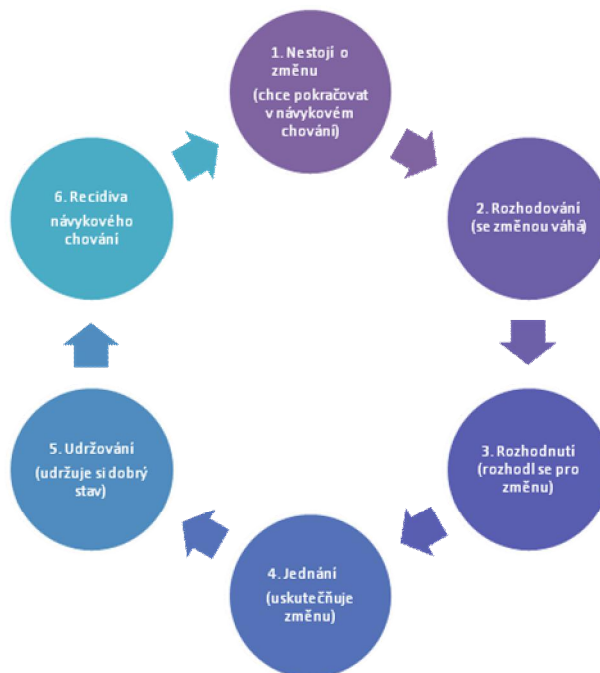
- Zdravotní a psychické
- Sociálně - psychické
- Sociální
- Trestně-právní

S tím, do jaké míry si klient uvědomuje svoje zdravotní a ostatní problémy spojené s užíváním drog, je ovlivována i jeho motivace k léčbě. Pokud si klient neuvědomuje daná rizika užívání drog, o to horší je kvalita jeho motivace. Povinná soudem nařízená léčba je nejméně efektivní, jelikož klient k ní nebývá v tichou motivován sám od sebe (MIOVSKÝ a BARTOŠŤKOVÁ, 2003).

4.1.1 Zm na motivace

Proces zmny motivace závislé klientky lze nejp ehledn ji demonstrovat na následujícím obrázku.

Obr. . 1. Zm na motivace podle DiClemente a Prochasky:



Zdroj- (cit. dle MILLERA a ROLLNICA, 2004, s. 15; dopln no dle NETPORA 2003, s. 252).

- V prvním stadiu tzv. *prekontenlace* osoba nechce abstinovat, jedná se o tzv. *negativní motivaci*, je nutné si uv domit problémy, které návyková látka i alkohol zp sobil nebo mohl zp sobit. Doporu uje se zde klientovi pomoci více vnímat rizika závislosti a vyvolat v n m pochybnosti o jeho návykovém chování.

Nepotvrdilo se, že je efektivní v této fázi pracovat s klientovou motivací k abstinenci nebo zm n , klient je spokojen, dosažení zmny je obtífné a závislá osoba si myslí, že má své chování pod kontrolou.

- V následujícím druhém stadiu *kontemplace* jde u osoby p edev-ím o váhání, jako ve stadiu 1, ale navíc si má závislá osoba uv domit výhody stavu, kdyfl

je v pořádku, jedná se o tzv. *pozitivní motivaci*. Doporučuje se pracovat s klientem jako v prvním bodu a mimo to posilovat jeho sebevědomí a motivovat ho pomalu ke změně.

- Ve třetím stadiu nastupuje u závislé osoby rozhodnutí abstinovat, kdy si osoba udržuje pozitivní a zároveň negativní motivaci, ale také si shání informace, jak problém nejlépe překonat a jaké jsou možnosti léčby. Terapeut by měl navrhnout, co má klient konkrétně udělat.
- Ve stadiu čtvrtém se objevuje rozumné jednání, udržování negativní a pozitivní motivace a schopnost pokračovat po delší dobu. V této fázi klienti často vyhledají odborníka a vstupují do léčby. Terapeut zde pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit.
- V pátém stadiu dochází k udržování dobrého stavu klienta, kde je nezbytné především neustálé udržování negativní i pozitivní motivace. V této etapě není potřeba, aby léčba byla velmi intenzivní. Neopomíjí v pátém stadiu motivace doporučit ze strany terapeuta vyvíjet strategie k prevenci recidivy klienta například formou soustavného dohledování, vyhýbání se rizikovým místům, situacím a vztahům z prostředí drogově závislých, rozvíjet pozitivní životní styl u klienta.
- V posledním stadiu tzv. *relapsu* osoba nezvládne abstinovat a opět zažije neúspěšné užívání psychoaktivních látek. Zde je důležité pracovat hlavně s negativní motivací, a potlačit recidivu a co nejrychleji ji zastavit, především ve spolupráci s odbornou pomocí. Následně je dobré recidivu zpracovat a uvědomit si možné závěry do budoucna, kudy a kam smůžeme. V případě, že klient recidivuje, je zbytečné, abychom pocítili méněcennost a pocítili viny. Lepším a efektivnějším se ukázalo účinné jednání.

V tomto stádiu hrozí nebezpečí, že by se znovu klient mohl dostat zpátky do prvního stadia a opět nebude stát o změnu svého návykového chování. Nejdříve je recidivu co nejrychleji zastavit (MILLER a ROLLNICK, 2002; NETEMPOR, 2003; DOBIÁŠOVÁ a BROUČKA, 2003).

Nepostradatelnou schopností terapeuta je zvládnout pracovat s klientem ve všech jednotlivých fázích jeho motivace. Je třeba brát v úvahu možnosti klienta,

dostatečně ho podporovat a posilovat jeho motivaci ke změně závislého chování podle aktuálního stadia, kde se klient právě nachází (DOBIÁŠOVÁ a BROFIÁ, 2003).

4.1.2 Posilování motivace

K účinnosti léčby a k pozitivní změně je důležité motivaci vytvářet a také neustále udržovat. Techniky posilování motivace vznikly především v USA a zahrnují následující základní principy podle Millera (1992):

- Projevení respektu ke klientovi, aktivněmu naslouchat a porozumět klientovým problémům. Lze se setkat také s pojmem *š reflexivní naslouchání*. To spočívá v tom, že terapeut klade klientovi otázky týkající se jeho problémů s psychoaktivní návykovou látkou – především v oblasti zdravotní, duševní, finanční, pracovní a rodinné; dále jeho možností, plánů do budoucna a životních cílů. Je velmi efektivní poskytovat pozitivní zpětnou vazbu v pokrocích v léčbě a schopnostech klienta atd.
- Pomoci klientovi, aby si uvědomoval rozpor mezi jeho současným životem a tím, jak by si představoval, že by mohl být. K tomu jsou voleny vhodné otázky nebo věci, které skutečnosti jsou připomínány bez konfrontace
- Ve vztahu terapeuta a klienta se terapeut s klientem nehádá, respektuje klientovy obrany v různých fázích léčby a nekonfrontuje ho
- Terapeut pracuje s odporem klienta, reflektuje ho, poukazuje na ambivalence, nepostradatelná je otevřená komunikace. S odporem lze také pracovat ve smyslu, že použijeme metaforu nebo nepřímé vyjádření.
- Terapeut podporuje klienta v oblasti jeho schopností a důvěry v jeho kompetence. Napomáhá mu ve změně k lepšímu, ke změně jeho vzorců chování, a životního stylu, zvyků a schopností klienta. V neposlední řadě je neméně důležitý motivační faktor rodina a okolí klienta, které je zapotřebí brát také v úvahu.
- Motivační dotazníky mají také svůj význam, nebo neplní funkci pouze diagnostickou, ale také klientovi připomínají negativa drogové

závislosti a pozitivní jejího působení (cit. dle NAKONE NĚHO, 2000, s. 62 -63).

4.2 Motivační rozhovor

Motivační rozhovor lze také podle zdrojů ze zahraniční literatury nazývat jako motivační trénink.

Již v procesu předléčebného poradenství zaměřeného na klienta, který má obtíže s abúzem návykových látek, se pracuje s motivací (MILLER a ROLLNICK, 2002). Motivační trénink nebo rozhovor je vhodnou intervencí právě ve zmíněném předléčebném poradenství. Usiluje o řádící změnu v myšlení a chování klienta. Na straně klienta je zapotřebí, aby odhalil svůj problém, a terapeut mu pomáhá v tom ho najít a dopomoci začít a pokračovat ve změně (MILLER a ROLLNICK, 2002).

Motivační rozhovor je strukturovaný a charakteristický komunikačními strategiemi vedení rozhovor mezi klientem a terapeutem, který směřuje k vyvolání změny v závislém chování klienta (MATOUŠEK, 2005).

Motivace je vysvětlena jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování, tj. zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než závislosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě.

Motivace je jedním faktorem, který spolu s dalšími faktory (stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho sociálního okolí) rozhodují o úspěšnosti léčby (DOBIÁŠOVÁ a BROŤA, 2003).

Součástí zafixovaného modelu závislosti a léčby existuje předpoklad, že člověk s drogovou závislostí není dostatečně motivován, dokud si nesáhne na samé dno (DOBIÁŠOVÁ, BROŤA in KALINA, 2003). Rotgers je toho názoru, že bez motivace lze klienta odmítnout, tzv. *říš vykázat ze dveří* (ROTGERS, 1999, s. 203). Bez motivace nelze klientem terapeuticky pracovat, ani jeho motivaci jakkoli změnit. (ROTGERS, 1999). Tento názor již je ale mnohými odborníky zpochybněn a vyžaduje se

nové teorie, především vzhledem k dynamice a časové posloupnosti se změněným procesem motivace, je důležité neustále s motivací klientů a klientek pracovat, i když závislá osoba ještě není zcela rozhodnuta k léčbě. I pozvolná cesta k rozhodnutí o léčbě nemotivované klientky může být úspěšná a vést k abstinenci.

Miller a Rollnick se domnívají, že efekt užití motivačních rozhovorů je, že závislý klient převeze zodpovědnost za změnu a terapeut má za úkol vytvořit mu pro udržení změny vhodné podmínky a usnadnit tím klientovi vnitřní motivaci ke změně a napomůže vnitřní motivaci vnější, která pochází z oblasti rodiny, úřadů, povolání atd., a to může posílit následnou abstinenci klienta (MILLER a ROLLNICK, 2004).

Bell a Rollnick (1999) poukazují na důležité principy, kam se zahrnuje empatie, terapeutická práce s odporem klienta, vyhýbání se sporu mezi klientem a terapeutem, a posilování sebevědomí klienta (cit. dle NEČASOVÁ, 2000, s. 62).

Práce s motivací klienta je vhodným základem pro jeho přehlednější a změny jednání, myšlení a emočního prožívání. Platí nejen na individuální práci s klientem, ale také při práci s jeho rodinou. Metodu motivačního tréninku uplatíme především ve stavech, kdy se u jedince objeví ambivalentní pocity a obtíže v myšlení a jednání. Lze je aplikovat nejen v nízkoprahových zařízeních, ale i poradnách a ambulancích. V raných stádiích léčby a při doléčování drogové závislosti používání motivačního tréninku zvyšuje účinnost léčby (DOBIÁŠOVÁ a BROUČEK, 2003).

4.3 Hierarchická teorie potřeb

Pro ilustraci hodnotové orientace člověka jsem zvolila hierarchickou teorii potřeb podle A. H. Maslowa, která patří mezi nejznámější.

Obr. 2.6 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa



Zdroj- upraveno a cit. dle předlohy MIKLOVSKÉHO (2003, str. 93)

V následující hierarchii potřeb je uváděný systém sestaven s ohledem na naléhavost uspokojování potřeb a s nimi souvisejícími cíli.

K základním fyziologickým potřebám, kam patří například hlad, žízeň, potřeba jídla, spánku, lze uvést, že se jedná o potřeby zajišťující základní biologické podmínky člověka. Snahou člověka při uspokojování těchto potřeb je zajistit a udržet rovnovážný stav organismu.

Do potřeb jistoty se zařazují potřeby typu vyhýbání se neznámému, hrozivému, neobvyklému. Člověk zde touží po uspokojení potřeb jistoty, spolehlivosti, určitě stability, zbavení se obav, úzkostných stavů atd.

Poteba nálevení a lásky se jinak nazývají poteba *afiliací*. Hlavní zámrlovka je být milován, přijmán, je to spojeno také se sexuální potebou.

V potebách uznání a úcty je důležitý cíl poteba dosahování výkonu založeném na úspěchu, prestiži, člověk má potebu být ostatními akceptován, oceňován a pozitivně hodnocen.

Na nejvyšším stupínku hierarchie poteba je seberealizace a naplnění předpoklad s možností osobnostního růstu a následného rozvoje. Patří sem také poteba v estetické oblasti, poteba životní orientace a vrdní a porozumění (cit. dle MIKŠOVSKÉ, 2003, s. 92-94).

Teorie poteba A. H. Maslowa patří společně s Rogersem do humanistické teorie motivace. Mezi základní pojmy této teorie patří pozitivní sebepojetí, sebeaktualizace, hodnoty (NAKONEČNÝ, 1996).

Maslow uvádí také pojem šmetamotivace, což je chápáno jako biologický základ jistých lidských hodnot, jakými mohou být kupříkladu mateřství (cit. dle NAKONEČNÝ, 1996, s.16). Maslow klade největší důraz v teorii motivace na potebu člověka. Poteba, které jsou uspokojovány, jsou brány jako nemotivující (cit. dle MIKŠOVSKÉHO, 2003, s. 92-93).

V závěru kapitoly bych uvedla, že motivace a její pojetí z psychologického pohledu je velmi složitý proces, který je podroben mnoha výzkumným studiím a vzniklo nespočet teorií. K tomu, abychom pochopili, proč se v určitých kontextech lidé chovají tím nebo oním způsobem, je zapotřebí důkladných znalostí v oblasti lidské motivace. Motivační systém není stálý, dochází v něm ke změnám v průběhu času a má vliv na psychické procesy osobnosti a způsobem psychických procesů na motivaci. Lze motivovat pouze celou osobnost, ne pouze její dílelky.

Lidskou motivaci charakterizuje proces tihnutí k určitým cílům, které jsou v domě nebo nedomě. Okolí a sociální vazby mají velký význam pro formování motivů osobnosti, jelikož v každém sociálním prostředí jsou individuálně zaměřeny na různé stedy zájmů. Záleží na sociální skupině, kam člověk patří, aby si osoba zvolila svůj cíl. Společnost lidí, do které se člověk zaazuje, působí a ovlivňuje motivy člověka (HOMOLA, 1972). Najít správnou motivaci k úspěchu je jediný klíč k jejímu úspěchu.

5 FENY, DROGY, T HOTENSTVÍ

V drogovém informačním systému v rámci EU nejsou dosud zaznamenány přesné údaje o specifikách drogové závislosti u žen a jejich následcích. Jednotlivé členské státy EU se tuto skutečnost snaží v rozmanité míře řešit nabídkou různých specifických programů služeb pro danou cílovou skupinu závislých žen. Snaží se uplatnit rychlý a vhodný přístup k závislým ženám. Rostoucí počet závislých těhotných matek zvyšuje riziko, že i jejich děti se samy v dospělosti stanou drogově závislými (*Problems facing women drug users and their children*, 2008).

Domnívám se, že psychosociální a zdravotní péče o závislou ženu v době těhotenství je velmi důležitá a nepostradatelná. Zapotřebí je získat dostatek údajů o těhotné ženě užívající NL a postupovat k ní empaticky, ale také klást důraz na snižování zdravotních rizik a komplikací s ohledem na zachování zdraví dítěte. Již se totiž nejedná o život samotné matky, ale i o jejího potomka. Hlavním problémem je, že žena o jejím těhotenství do pozdní gravidity neví a nepostává s užíváním NL, ani nemá nijak svůj zabráněný styl života.

V rámci gender problematiky mají těhotné ženy a matky specifické potřeby a vyžadují vhodnou péči. V České republice se o dané skupině ználo více hovořit a přemýšlet teprve v posledních letech (PRESLOVÁ, 2003).

Hlavními problémy jsou údaje o drogově závislých těhotných ženách nebo matkách, jsou získány od osob, které s matkou žijí ve společné domácnosti a těch, kdo klientku dlouhodobě znají a pracují s ní. Důležité je získat informace týkající se projevu závislosti, délce trvání, životních podmínek, zdravotního stavu, rodinného zázemí a stavu osobnosti před vznikem drogové závislosti (NETPÖR, 2003).

Závislé ženy často vyžadují kontakt se svým také závislým partnerem, nebo partnerem, který drogy dále distribuuje. Naopak v souvislosti s negativní zkušeností s vlastní matkou, nedostatečnou zájmem a negativnímu postoji okolí k závislé matce, mívají závislé ženy mizivý kontakt se svými dětmi. Hlavním důvodem však je velmi snadná odlovení užívatelky drog od svého dítěte (KOTKOVÁ, 2010).

Dalším výhradně ženským problémem je porušení plodu v těhotenství nekontrolovaným užíváním drog. NL přináší v těhotenství nepříznivý vliv na zdravotní stav matky i

plodu. U těchto hotných žen, které užívají drogy, jsou častěji například anémie, endokarditis, hepatitis, eklampsie, potraty, abrupce placenty a jiné. Děti, jejichž matky jsou závislé na opiátech, mají nižší porodní váhu. U těchto hotných závislých žen a jejich novorozenců byl prokázán vyšší výskyt chromozomálních aberací u závislosti na opioidech, hlavně u heroínu nebo metadonu (NETPORA, 1996).

Negativní vliv mají ale i látky stimulující, například pervitin (amfetamin). V holandské studii podle Smithe a j. (1994) děti žen s abúzem kokainu mají častěji kongenitální vady a je u nich častěji zjištěn abnormální vývoj (cit. dle NETPORA, 1996, s. 154). Bingol (1987) uvádí, že kokain způsobuje v prenatálním období nižší porodní hmotnost, zvyšuje počet porozených mrtvých dětí následkem abrupce placenty a častěji výskyt malformací (cit. dle NETPORA, 1996, s. 154). Eriksson a Zetterstrom (1994) popisují, že ve vědecké studii bylo prokázáno negativní ovlivnění vývoje dětí u žen užívajících v těhotenství metamfetamin-pervitin (cit. dle NETPORA, 1996, s. 154).

Drogově závislé ženy, které zjistí, že jsou těhotné, jsou vedle své škodlivé konzumace náleží konfrontovány s dalšími tématy, je-li zapotřebí neopomíjet a brát v úvahu škodlivé účinky drog na nenarozené dítě jsou v laické veřejnosti v obecně známé díky působení médií. To může u budoucí matky vyvolat pocity strachu a ostychu před okolím a společnostmi žen, které nemají problémy s náleží. Na které ženy se také bojí, že by jim novorozené dítě mohlo být po porodu v důsledku abúzu drog odebráno. Vedle toho může ovšem náhlé ukončení užívání náleží během těhotenství bez lékařského dohledu vyvolat psychické, fyzické a hlavně zdravotní problémy (*Schwanger und Substanzkonsum?*, 2011).

5.1 Charakteristika drogově závislých těhotných žen v ČR

Ženy jsou oproti mužům vůči drogám citlivější. Citlivost v průběhu menstruačního cyklu kolísá a závislost se rozvíjí rychleji než u mužů. V lébném procesu reagují rychleji, naproti tomu však jsou fragilnější v době abstinence, častěji než muži relaxují (VAV INKOVÁ, 2003).

Podle odborných studií jsou charakterizovány tyto hotné uživatelky drog jako ženy bez životního partnera. Většina z nich je svobodná, mladšího věku, níže sociální a ekonomické třídy společností a s nízkým dosaženým vzděláním, mnohdy nedokončeným. Typickým znakem těchto hotných závislých žen je nezaměstnanost, která je mnohdy důsledkem drogové závislosti a zpravidla bývá primárním ukazatelem vzniku závislého chování (BINDER a VAVŘINOVÁ, 2007).

Nitrofilní způsob aplikace návykové látky volí většina uživatelky s abúzem heroinu, u nichž je také uváděna větší snaha o léčbu závislosti. Většina drogově závislých těchto hotných žen nevyhledá a nenavštíví po celou dobu svého hotenství perinatální poradnu (BINDER, VAVŘINOVÁ, FIVNÝ, 2001).

Zvláštní postavení mezi návykovými látkami mají heroin a ostatní opiáty, nebo tyto látky způsobují u nenarozeného dítěte i po porodu k fyzické závislosti a vzniká NAS. Náhlé vysazení opiátů pro plod znamená vysokou zátěž a případně může vést k spontánnímu přerušení hotenství - potratu. V daném případě by měla být zahájena vhodná substituční léčba, která zmírní tělesnou a psychickou zátěž pro matku i dítě.

Množství ani četnost aplikace drog, které jí ohrožují dítě, v hotenství není jednoznačně určena. Proto se doporučuje, je-li to alespoň trochu reálné, abstinovat jí před začátkem hotenství a vyhledat včas odborníka. Stejná situace platí i pro kojící matky (*Schwanger und Substanzkonsum?*, 2011).

Stav, kdy se žena stane matkou, ovlivní její ekonomickou situaci, její příjem se znatelně sníží. Záleží na tom, zda je závislá na partnerovi, jiné osobě, či na finanční podpoře ze státních zdrojů (NICOLSON, 2001).

5.2 Jak se může tato hotná závislá žena dostat do systému péče

- V prvním případě se může jednat o evidovanou klientku v K-centru. S takovou klientkou lze i nadále spolupracovat a sledovat ji. Lepší variantou je, pokud klientka docházela do K-centra již před stavem hotenství. Fungovala-li ve vztahu ze strany klientky důvěra k pracovníkům, lze usilovat

o náv-ť v gynekologa. Jifl na za átku prenatalní pé e lze zmírnit d sledky a rizika abúzu NL, pomoci e-ít sociální obtíře a podporovat klientku ve zvládání t chto doporu ení. Vhodné je i poukázat a nabídnout možnosti substituce ní lé by, potratu, adopce, zm ny podmínek pro výchovu dít te.

- Mnohem ast j-ím p ípadem je, fle fena uflívá NL a porodí dít (s p ípadným NAS). Sociální pracovnice porodnického odd lení následn kontaktuje sociální pracovníci OSPOD a poté za ízení zabývající se drogovou závislostí. Jedná se o situaci, kdy se drogová závislost zachytí afl b hem porodu dít te, kdy bývá dít na základ soudního rozhodnutí p edb flným opat ením umíst no do KÚ. Situace je v rukou matky, kdy záleflí na jejím zájmu o dít , ochot zahájit lé bu závislosti, p ístupu pracovník KÚ a sociálních pracovník a ostatních institucí, u nichfl je prioritní p edev-ím jejich vzájemná spolupráce.
- V posledním p ípad se jedná o matky dlouhodob uflívající NL, jefl se starají jifl o jedno nebo více svých d tí, ale kdy m fle docházet k zanedbání pé e o dít . Na tyto skute nosti zpravidla upozorní n kdo z okolí matky- kola, rodina. Zde jifl je nutný zásah státních orgán (PRESLOVÁ, 2003).

5.3 T hotenství

Pr b h porodu, celého t hotenství, narození dít te a pé e o dít je ve st edu zájmu odborník , jako jsou léka i, gynekologové, porodní asistentky, zdravotní terénní pracovníci a sociální pracovnice. Ve společ enském kontextu se pohlíflí na porod dít te a mate ství jako na výlu n flenskou roli (NICOLSON, 2001).

Uflívá-li fena v t hotenství NL, m fle droga díky společ nému krevnímu ob hu mezi matkou a dít tem p ejít do organismu nenarozeného dít te a zp sobit tím velmi t flké afl v n kterých p ípadech doflivotní t lesné nebo du-evní po-kození (*Schwanger und Substanzkonsum?*, 2011).

š Vzhledem k osobitému stylu flivota a pro etné poruchy menstrua ního cyklu, spojené zejména s uflíváním vy-ích dávek heroinu, si asto fleny zneuflívající drogy

možnost gravidity ani nepíou-t jí. Drogov závislé také nejeví velkou ochotu ke spolupráci s poradnou pro t hotné. Anamnestické údaje dopl ují nez ídka afl na poslední chvíli p ed porodem. Informace o délce uflívání drogy jsou obvykle nep esné, nebo v t-ina toxikomanek si jen velmi t flko vzpomíná na p esné údaje (TRÁVNÍ KOVÁ, 2002).

T hotenství mnohdy nejsou u flen závislých na NL plánovaná a v t-inou ani nebývají cht ná. T hotenství bývá diagnostikováno v t-inou afl po 12. gesta ním týdnů a chybí pot ebná screeningová vy-et ení (VAV INKOVÁ, 2003).

V pr b hu t hotenství není z medicínského pohledu ze strany léka doporu ována detoxikace (TRÁVNÍ KOVÁ, 2002).

Pokud je p eci jen detoxikace nezbytná, doporu uje se v pr b hu mezi tvrtým afl -estým m sícem t hotenství a pouze pod odborným dohledem a za nálefitého monitorování plodu.

V p ípad , fle flena p estane uflívat NL v t hotenství a za ne abstinovat, zvy-uje se na po átku t hotenství riziko spontánního potratu a v kone ném stádiu t hotenství riziko p ed asného porodu.

Jak jífl bylo uvedeno vý-e, fleny závislé na návykových látkách mívají asné poruchy menstrua ního cyklu afl po jeho úplné vymizení. Zpravidla to je d sledek abúzu drog, ale sou asn í podvýflivou, která se závislostí souvisí. Díky poruchám menstruace, ale také stav m pod vlivem drog, í projev m abstinence ního syndromu o t hotenství dlouho nev dí, p íjdou na to mnohdy afl v pozdním stádiu t hotenství, kdy jífl nelze provést interrupci (KLEJNOVÁ, 2007).

Moje praktické zku-enosti toto zcela potvrzují.

5.3.1 Prenatální pé e v t hotenství

Prenatální pé e za íná vstupem drogov závislé klientky do zdravotnického systému pé e o t hotné fleny a je jedním z prvních krok , kde se naskýtá možnost odhalit drogovou závislost a závislé flen poskytnout pot ebné informace a kontakty na dal-í odborníky zabývajícími se drogovými závislostmi a jejich lé bou a pracovat s motivací klientky. Pokud flena není rozhodnutá abstinovat, nem la by se k tomu

nutit, ale naopak je vhodné jí doporučit péči i specialist na drogové závislosti, kde jí lze pomoci především ve snižování dávek drogy nebo zahájit substituční terapii (BINDER a VAVŘINOVÁ, 2006).

Součástí každé anamnézy u žen, které navštíví poradnu pro těhotné, by měl být dotaz zaměřený na možný abúzus drog, především v případě, jeví-li se žena utlumená, zmatená nebo stimulována (*Abúzus drog v těhotenství*, 2011). Dalším důležitým krokem při vyšetření a odběru anamnestických dat je identifikovat, o jakého užívatele drog se jedná, zda je to žena, která špouze s drogami experimentuje, příležitostně užívá drogy, nebo zda žena je zcela závislá. (BINDER a VAVŘINOVÁ, 2006).

Při první návštěvě u lékaře se získuje osobní, porodnická (UPT - umělé přerušení těhotenství, předčasné porody), rodinná anamnéza, při získování údajů v drogové anamnéze je především zájmem zjistit především informace týkající se typu užívané drogy, délku užívání, způsob aplikace drogy a množství, tedy dávku dané drogy (BINDER, VAVŘINOVÁ, 2006).

U žen drogově závislých žen prenatalní poradnu během těhotenství v bezpečnosti nenavštívuje nebo je péče o plod zcela nedostačující (VAVŘINOVÁ, 2003). U závislých žen, které poradnu navštíví, se setkáváme s daleko nižším počtem návštěv než u ostatních. Návštěvy bývají velmi sporadické. Z pohledu prenatalní péče je skupina drogově závislých žen velmi riziková (BINDER, VAVŘINOVÁ, FIVNÝ, 2001).

5.3.2 Porod

U asi 50 % žen závislých na heroinu a 25 % žen závislých na pervitinu přichází k porodu bez prenatalní péče. Vzhledem k nízké toleranci je snížena odpověď na endogenní opioidy, závislé reagují často přehnaně na bolest a vyžadují v této množství léků proti bolesti než jiné pacientky (Abúzus drog v těhotenství, 2011).

U žen závislých na heroinu je častou hrozbou předčasný odtok plodové vody (TRÁVNÍKOVÁ, 2001).

Pokud žena užívá stimulační drogy, například pervitin, může to zapříčinit kardiologické obtíže u plodu. V mnohých případech si ženy aplikují drogu bezprostředně před jízdou do porodnice, aby utlumily porodní bolesti, kterých se obávají. Zahájením včasné substituční terapie před porodem se může předejít plicnímu edému plodu, který je u abstinenčního syndromu často způsoben zredukovaným množstvím protékající krve do plodu (BINDER a VAVŘINOVÁ, 2007).

5.3.3 Kojení

Kojení představuje nezastupitelný prvek, který pozitivně podněcuje a posiluje vývoj primární vazby mezi matkou a jejím dítětem. Užívá-li však matka návykové látky, je kojení abúzem zkomplikováno. Na které drogy prostupují do matčina mléka v různém množství. Záleží také na poloze rozpadu jednotlivých druhů drog. Abúzus drog bývá kontraindikací pro kojení, v takové situaci je laktace zastavena. To se netýká matek v substituční terapii (BINDER a VAVŘINOVÁ, 2006).

5.3.4 Doba po porodu

Je-li matka závislá na návykové látce nejdelší dobu po porodu hospitalizována spolu s dítětem v porodnici, kojeneckém ústavu, či TK, její motivace k abstinenci je vyšší a vztah k dítěti je lepší, projevuje větší zájem o své dítě (PRESLOVÁ, 2003).

Po porodu jsou drogově závislé matky psychicky labilní, dostávají se u ní pocity viny vůči dítěti při jejich odloučení, prožívá pocity selhání v roli matky, společnost má vůči těmto matkám odmítavý postoj. To vše, spolu se sociálními problémy, se odráží na celkovém stavu matky. Je zapotřebí rychlého, včasného a odborného jednání, pokud má matka zájem o dítě a léčbu nebo je odmítavá vůči dítěti a léčbě (PRESLOVÁ, 2003).

5.4 Neonatální abstinenci syndrom (NAS)

V době následující po porodu dítěte se u něj objevují příznaky novorozeneckého (neonatálního) abstinenci syndromu. Nejvíce vzniká u závislostí na opiátech a protrvává několik dní i déle po porodu, podle toho, jak byla závislost velká. U NAS se objevují poruchy pozornosti, emocionální stav napětí, negativní ovlivnění motorických funkcí včetně koordinace, sání, křeče (PRESLOVÁ, 2003).

NAS se objevuje u 95 % dětí matek závislých na opioidech. Ve většině případů se projevuje do dvou dnů po narození, někdy se však může projevit až v průběhu 7-14 dní. Kromě výše zmíněných příznaků se mohou vyskytovat u dětí s NAS i poruchy spánku, nadměrné zívání, přecitlivlost na zvuky, cyanózou, neklidem atd. (SEDLÁKOVÁ a HŘÍBKOVÁ, 2007).

NAS se rozvine také, pokud matka užívá substituční látku metadon, průběh bývá mnohdy komplikovanější kvůli aplikaci heroinu a jiných opioidů. Pro mírnější průběh NAS je doporučována matkám substituce buprenorfinem, tedy Subutexem (VAVŘINKOVÁ, 2003).

Míra NAS závisí na množství užívané drogy matkou, době od poslední aplikace NL, délce drogové závislosti a stavu plodu v děloze (TRÁVNÍKOVÁ, 2002).

5.5 Mateřství drogově závislé ženy

Mateřství je důležitým a významným obdobím v životě ženy. Především v těhotenství usiluje o to stát se matkou. Mateřství je bezesporu obtížným posláním ženské role, nedá se nikdy zvládnout zcela dokonale. Zlom v roli ženy, kdy se stane matkou, zapříčiní změnu vztahů s okolím, mění se její tělo, chování, identita a celková perspektiva jejího života do budoucna (NICOLSON, 2001). Mateřství je však bráno také jako věc veřejná. Především se matce připisuje její společenská role i identita spojená s úlohou mít děti a pečovat o ně (NICOLSON, 2001).

V souvislosti s neléčenou závislostí rodičů dítěte vznikají narušené vztahy jednotlivých členů rodiny, rodina se začíná sociálně izolovat, nepostává popírat

problém spojený s drogou a dochází k narušení péče o dítě. Rostoucí počet dětí drogově závislých matek by při narušení rodinné situace mohl způsobit, že se dítě nápodobou chování rodičů vydá stejnou cestou (PRESLOVÁ, 2003).

Ženy závislé na NL mnohdy nezažily ve vlastní rodině kvalitní citový vztah s matkou, proto je pro ně obtížné vytvořit si vhodný a pevný vztah k vlastnímu dítěti, které porodily. Narušení a přerušení vazby matka x dítě při odloučení matky od dítěte například umístěním do KÚ bezprostředně po porodu může způsobit vážné komplikace při vytváření vazby v budoucnu.

Nezastupitelnou roli v péči o drogově závislou matku a dítě hraje úzká spolupráce multidisciplinárního týmu odborníků, především gynekolog, pediatr, sociálních pracovníků, psycholog a pracovníků v oblasti drogových závislostí, a institucí - soud, KÚ, OSPOD (PRESLOVÁ, 2003).

Žena v roli matky má v rodině nepostradatelnou úlohu, pomáhá utvářet veškeré vztahy, iniciuje životní styl a ovlivňuje životní hodnoty, morální a charakterové rysy svých dětí, ovlivňuje u dítěte spokojenost, úspěšnost a uplatnění v budoucím manželství. Je to nelehký úkol, který žena může zvládnout velmi dobře, nebo naopak selhat (TRÁVNÍKOVÁ, 2001).

Osobně bych jako efektivní doporučila model Case managementu. Stejným bodem, který by pro drogově závislé matky byl k dispozici, by byl právě Case manager, který je na jedné straně bude doprovázet v bludném kruhu povinností a na straně druhé jim zajistí vhodnou, účelnou, relevantní personální podporu i legislativní podporu s ohledem na jejich potřeby. Matkám je důležitě vysvětlit, které údaje je nutné navštívit, a pokud se jedná o vyizování osobních dokumentů, jako je občanský průkaz, karta pojišťovny, rodný list, které vlivem života na ulici mnohdy ztrácejí nebo o návštěvy lékaře, vyhledání pediatra pro dítě atd. V tom případě by jim schopný case-manager mohl být užitečnou podporou.

Case manager by mohl garantovat i relevantní kontinuitu služeb, nebo se v praxi ukazuje vhodnost a efektivita komplexnosti a návaznosti jednotlivých služeb, například úzká spolupráce s organizacemi Drop-In a Sananim, kde existují programy pro matky s dětmi v terapeutické komunitě Karlov, denním stacionáři pro matky s dětmi, nebo Centrum pro rodinu nebo dolévací centra.

6 METODOLOGIE

6.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum se uplatňuje především v oblastech života lidí, chování a jednání, vztah mezi lidmi, pohlaví atd., především u výzkumů, které se pokouší odhalit podstatu zkušeností s určitým jevem, například u závislostí či nemocí. K provedení kvalitativního výzkumu jsou nezbytné faktory, jako jsou objektivní pohled na problematiku, schopnost kriticky analyzovat situaci a abstraktního myšlení, eliminovat možná zkreslení, pracovat se získanými validními údaji (STRAUSS a CORBINOVÁ, 1999).

„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných i nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů nabízí vníání a vnímání reality využívá kvalitativních metod“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 17).

Kvalitativní druh výzkumu upřednostujeme tam, kde se snažíme odhalit a získat porozumění toho, co je podstatou zkoumaných jevů, o nichž nemáme dosud dostatečné údaje či informace, ale také tam, kde lze dospět k získání nových a autentických názorů nebo poznatků o jevech, o nichž již dostupné informace jsou k dispozici. Metody kvalitativního výzkumu také umožní získat nejpřesnější údaje o zkoumaném jevu, ve kterém jen s obtížemi lze aplikovat a zachytit informace o daném jevu kvantitativními metodami (STRAUSS a CORBINOVÁ, 1999).

U kvalitativního výzkumu výzkumník používá induktivní logiku, kdy na začátku výzkumu sbírá data a probíhá pozorování. Poté ve výsledovaných datech se snaží výzkumník najít určité pravidelnosti, významy získaných dat a na konci sestavuje předdefinované hypotézy, které mohou mít základ pro vznik nové teorie či hypotézy (SRNEC, 2006).

6.1.1 Případová studie

Případová studie je v kvalitativním výzkumu velmi často používaná metoda. Objektem výzkumného zájmu je případ osoby, skupiny, organizace, komunity atd. (MIOVSKÝ, 2006). V osobní případové studii podrobně zkoumáme určité fenomény jedné dané osoby, přičemž se zaměříme na postoje k určitým událostem, jako je například užívání NL, minulosti, zkoumání příčin, faktorů, zkušeností, které se vztahují k dané situaci (HEDL, 2008). V kvalitativním výzkumu získáváme mnoho různých informací o nízkém počtu jedinců. Z toho plyne obtížnost a mnohdy nemožnost generalizace na populaci (SRNEC, 2006).

Případová práce se vztahuje k komplexně zkoumanému fenoménu s ohledem na jednotlivé oblasti případu. Analýza zkoumaných případů výzkumníkovi umožní získat přesnější výsledky, které nám pomáhají více porozumět vztahům a souvislostem (MIOVSKÝ, 2006). Detailně sledujeme jeden nebo několik případů, kde se snažíme zachytit a popsat v komplexním pojetí vztahy. Předpokladem je, že pokud odhalíme a porozumíme vlastnostem případu jednoho, budeme tak moci porozumět i ostatním případům s podobnou tematikou (HEDL, 2008).

Zdroje dat pro případovou studii mohou být různé, jedná se například o lékařské dokumentace (případová anamnéza poruchy či onemocnění), nebo rozhovory, pozorování, deníky, životopisy apod. (MIOVSKÝ, 2006).

6.1.2 Polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor

Polostrukturované interview znamená pro tazatele náročnější přípravu než při nestrukturovaném interview, je nezbytné vytvořit si určité pro tazatele závazné schéma, v němž jsou určeny otázky, které klade výzkumník účastníkům výzkumu (MIOVSKÝ, 2006). Každý rozhovor prochází danými fázemi.

7 EMPIRICKÁ ČÁST - VLASTNÍ VÝZKUM

Téma drogových závislostí zaměřených na fenskou část klientů a závislosti v praxi hotovství jsem zvolila z důvodu jak osobního zájmu, tak pracovních zkušeností. Domnívám se, že zvolená problematika je v současné době velmi aktuálním tématem, kterým je zapotřebí se zabývat.

7.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem práce je zjistit, jak hotovství ovlivňuje motivaci k abstinenci u drogově závislých žen.

7.1.1 Výzkumné otázky

- Jak hotovství ovlivňuje motivaci k abstinenci?
- Zda se motivace v praxi hotovství mění?

7.2 Výzkumný vzorek a charakteristika

Vzorek výzkumu tvořily 4 klientky, které porodily na gynekologicko-porodnickém oddělení ve FN Motol v praxi jednoho města.

Druhým výzkumným vzorkem byli odborníci s několikaletou praxí z oblasti drogových závislostí. Oslovila a do výzkumu jsem zařadila celkem 4 polostrukturované rozhovory. První respondentkou byla pracovnice K-centra, druhou pak vedoucí krajské protidrogové prevence MHMP, další byla zdravotní sestra z novorozeneckého oddělení JIRP z FN Motol a poslední dotazovanou respondentkou byla manažerka projektu Slunečnicová zahrada v rámci programu Centra pro rodinu, Drop-In, o.p.s.

7.3 Metoda získání dat

V zájmu ochrany osobních údajů ve zdravotnictví jsem nepoužívala videonahrávky ani audionahrávky, ale volila jsem formu osobního rozhovoru s klientkami, kdy jsem získávala anamnestická data, která jsem současně doplnila údaji ze zdravotnické dokumentace a sestavila případové studie.

Další metodu jsem zvolila formou polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s odborníky z oblasti drogových závislostí. Domnívám se, že pohled z druhé strany, (míním tím odbornou péči o drogově závislé), je nezbytný k vytvoření závěrů i polemik. Uvedená metoda byla volena i se záměrem zvýšení validity výzkumu a efektivního ověření získaných údajů.

Kladené otázky polostrukturovaného rozhovoru jsou zařazeny v příloze diplomové práce pod pořadovým číslem 1.

V úvodní části polostrukturovaných rozhovorů jsem odborníky v oblasti drogových závislostí předem informovala o skutečnosti, že získané informace budou zpracovány a zveřejněny v rámci diplomové práce.

Výzkum jsem doplnila základními statistickými údaji zaznamenanými ve FN Motol na gynekologicko-porodnické klinice a statistickými údaji Sananimu, které mají pouze dokreslit základní výzkumné předpoklady.

7.4 Etické aspekty výzkumu

Všechny respondentky byly seznámeny se záměrem využití získaných informací v rámci zpracování diplomové práce. Respondentky souhlasily s účastí ve výzkumu. S ohledem na důvěrné údaje získané v průběhu rozhovorů a případových studií jsem po domluvě s respondentkami zminimalizovala, které jejich osobní údaje tak, aby je nebylo možné blíže identifikovat.

7.5 Realizace výzkumu

7.5.1 Postup vedení polostrukturovaného rozhovoru

1. Příprava rozhovoru

Nejprve jsem sestavila otázky polostrukturovaného rozhovoru a okruhy problematiky, na kterou je zaměřena empirická část diplomové práce. Respondentkám byl představen záměr výzkumu diplomové práce, v etn. schématu otázek rozhovoru, a možnost vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu s účastí na výzkumu a podle časových možností u respondentek byla domluvena osobní schůzka. Autorka připravila celkem 11 otázek, z nichž v 10 se vnovala pozornost motivaci, t. hotenství a práci s drogově závislými t. hotnými ženami a matkami. V poslední, tedy 11. otázce polostrukturovaného rozhovoru byl prostor pro vyjádření vlastních připomínek, které byly opomenuty nebo respondentky považovaly za dlefité je zmínit.

2. Úvodní část

Po představení sebe, tématu a cíle diplomové práce jsem respondentkám předložila seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru a byl zahájen rozhovor. Byl dodržen seznam základních otázek, které byly při dle dopl ovány dalšími otázkami prohlubujícími informace o zkoumaném fenoménu.

3. Jádru - sběr dat

Při sběru dat jsem ve které odpov di zaznamenávala do poznámkového bloku, na nejasn dané odpov di jsem se dotázala znovu, pop ípad jsem otázku podrobn ji vysv tčila.

4. Závěr

V závěru rozhovoru bylo zopakováno respondentkám, že získaná data budou zpracována pro účely výzkumu diplomové práce, respondentky s touto skuteností souhlasily. Souasn bylo zkontrolováno, zda nebyla opomenuta n která z otázek polostrukturovaného rozhovoru a byl dán prostor pro vyjádření dalších myšlenek.

5. Vyhodnocení

Byly vytvořeny jednotlivé kategorie polostrukturovaného rozhovoru, podle podobných charakteristik a na jejichž základ došlo ke sjednocení získaných dat k lepšímu vyhodnocení.

7.6 Zpracování a analýza dat

Vzájemně jsem porovnávala údaje z případových studií, nakolik se ztotožní s názory odborníků. Pro lepší orientaci jsem za kazuistiku umístila tabulku se základními důležitými informacemi o klientkách. Údaje jsou doplněny statistickými údaji dostupnými ze zdrojů sociálního oddělení FN Motol a obanského sdružení Sananim.

8 VLASTNÍ VÝZKUM

8.1 Případové studie

V diplomové práci autorka uvádí celkem čtyři případové studie.

8.1.1 Případová studie . 1

Osobní anamnéza - Klientka . 1 je třicetiletá žena, je narozena v České republice, porodila druhé dítě, s partnerem vychovávají již čtyřletou holčičku. Celkově se jedná o třetí graviditu, v minulosti u klientky došlo ke spontánnímu potratu, který byl pravděpodobně způsoben abúzem drog. Klientka studovala víceleté gymnázium, má nedokončené vysokoškolské vzdělání, v budoucnu by chtěla VTM studovat.

Drogová anamnéza a léčba - primárně užívanou NL je pervitin, poměrně brzy začala s i. v. aplikací NL, dále však klientka užívá i heroin a Subutex. Poprvé si drogu aplikovala ve svých 15 letech, závislá je tedy již téměř 15 let. Pokoušela se několikrát o abstinenci, (úspěšně abstinovala asi 4 roky), nakonec zrelapsovala a opět začala užívat NL, i když uvedla, že v omezené míře. Důvod, proč znovu sáhla po droze, nezná, jediné, co jí napadá, že jí připadá fluktuantní styl a starost o dítě velmi náročný a stereotypní. Téměř dva roky byla v TK v zahraničí, několikrát absolvovala detoxifikaci a byla u ní zahájena substituční terapie Subutexem, aby se zmírnily následky v důsledku užívání heroinu. Subutex získávala i na černém trhu. V souvislosti s abúzem NL má klientka hepatitidu typu C.

Sociální anamnéza - nezaměstnaná, není v evidenci úřadu práce, nepobírá sociální dávky, skončila s pobíráním dávek - rodičovský příspěvek, je finančně závislá na partnerovi. Žije společně v podnájmu (novostavba, 2+kk).

Rodinné poměry a partnerský vztah - je úplná rodina, nekonfliktní, rodina udržuje styky, vypomáhá si, nikdo z rodiny nemá zkušenost s drogovou závislostí, v rodině partnera však také bylo dítě sestry dáno k osvojení. Klientka udržuje dlouhodobý (několikaletý) vztah se svým partnerem, který není závislý na návykových látkách.

Pr b h t hotenství a prenatalní pé e - o gravidit dlouho nev d la, bylo zachyceno afl koncem tvrtého m síce, za ala si ho uv domovat afl na konci druhého trimestru, dlouho ho spolu s abúzem drogy popírala. Jednalo se o neplánované a necht né t hotenství. Tím, fe se klientka rozhodla dát dít do NRP, bylo automaticky dle rozhodnutí léka e zastaveno kojení. Klientka docházela do poradny pro t hotné feny, vzhledem k pozdnímu záchytu t hotenství v-ak byl po et kontrol nízký, celkem byly 3. Klientka necht la, aby byla op t e-ena její závislost. **V pr b hu t hotenství profívala pocity viny v i dít ti.** P ed porodem si vzala pervitin, aby zmírnila obavy z bolesti.

Motivace v t hotenství - n kolikrát cht la s uflíváním p estat, snaffila se v t hotenství nebrat drogy od doby, co zjistila, fe je t hotná, tak si brala hlavn Subutex. Aplikaci pervitinu a heroinu p iznala nejprve v asi dvou p ípadech, poté v-ak byla léka i z gynekologické kliniky konfrontována s výsledky z toxikologického vy-et ení a sd lila vy-í po et aplikací na celkových 15 dávek v pr b hu gravidity. U dít te nevznikl abstinenci syndrom, ale bylo sledováno vzhledem k nízké porodní váze. Pocity v pr b hu t hotenství m la ambivalentní, ale p evaflovaly pocity viny v i dít ti a partnerovi, rovn fl se obávala, fe v pé i o druhé dít zklame a cht la mu v NRP dop át lep-í podmínky pro kvalitní zp sob flivota. **Motivaci k abstinenci zprvu vnímala formou t hotenství, ale nepoda ilo se jí nebrat drogy.** Kdyfl srovnávala stav p i první gravidit a nyní u druhé, siln j-í motivací pro ni bylo první t hotenství. Motivací je pro ni p edev-ím rodina a partner a dcera, bez nichfl si nedokáffe p edstavit sv j flivot. Snaffí se šbýtõ jen na Subutexu, ale švíkendov õ prý uflívá pervitin. Partner o tom, fe v t hotenství uflívá drogy, neví. **Vrcholem motivace pro ni byl II.trimestr. Klientka v-ak nebyla dostate n motivována k výchov dít te a abstinenci od drog.**

Sociální intervence- spolupráce s OSPOD jifl b hem prvního t hotenství, o druhé gravidit sociální pracovnice OSPOD nev d la. Dít bylo umíst no do KÚ.

Klientka necht la na potrat. Tím, fe se o t hotenství se dozv d la velmi pozd , potrat jifl by nebyl moflný. Vynechávala ji pravideln menstruace, díky závislosti m la problémy s menstrua ním cyklem. Klientka se domnívala, fe pé i o druhé miminko by nezvládla, proto se rozhodla pro adopci. Po m síci se m la klientka dostavit podepsat dokumenty pot ebné k vy ízení adopce na OSPOD. Tam se dostavila, dokumenty podepsala, a neustále p emý-lela, zda d lá, to co chce. V sou asné dob podle

zjištěných informací od sociální pracovníce OSPOD matka opustila rodinu a pohybuje se ve společnosti drogově závislých.

8.1.2 Případová studie . 2

Osobní anamnéza - Klientka . 2 je dvaadvacetiletá žena narozena v České republice. Dosud nemá žádné dítě, jedná se o první graviditu, je na rizikovém těhotenství, ještě neporodila. Chodila na SOU, obor kuchařství, který však nedokončila, chtěla by po porodu pokračovat.

Drogová anamnéza a léčba - primárně užívanou NL je pervitin, již 3 roky si ho aplikuje i. v., s abúzem drog začala před 4 lety, tedy ve svých 18 letech. Klientka byla opakovaně hospitalizována v PL na oddělení léčby závislostí, její pobyt zde však netrval nikdy déle než 1,5 měsíce. Jednou byla na detoxifikaci.

Sociální anamnéza - klientka je nezaměstnaná, je evidována na úřadu práce, nevzniká jí nárok na sociální dávky, po porodu bude dostávat rodičovský příspěvek. Klientka bydlí s matkou a sestrou v pronajatém bytě, o otci nehovoří, ze zdravotnické dokumentace bylo zjištěno, že otec od dětství není s rodinou v kontaktu.

Rodinné poměry a partnerský vztah - neúplná rodina, nekonfliktní, mají relativně dobré vztahy, vypomáhají si, matka se snaží pomáhat zvládat klientce zvládat klientce situaci v těhotenství. V současné době nemá stálého partnera, otce dítěte v rodném listu neuvádí, nechce s ním být v kontaktu, údajně byl také drogově závislý, své partnery často stíhala.

Sociální intervence - s rodinou nepracovala sociální pracovníce OSPOD, a kvůli začala užívat již těsně před 18. rokem, v roce 2010 v PL bylo zjištěno, že má virovou hepatitidu typu C, od té doby matka údajně abstínuje. O těhotné klientce byla informována sociální pracovníce OSPOD sociální pracovnící nemocnice. S nezbytností tohoto postupu byla matka seznámena při první hospitalizaci na Gynekologicko - porodnické klinice FN Motol.

Průběh těhotenství a perinatální péče - Jedná se o neplánované těhotenství. Matce se stíhaly náklady, byla velmi citlivá vůči jednání ostatních členů rodiny a několikrát se

dostala do konfliktu se zdravotnickým personálem. Dále sdělila, že si poslední dobou stále více nerozumí se sestrou i svojí matkou, a proto si chtěla zajistit vhodné ubytování mimo její rodinu, například formou azylového domu nebo jakékoli ubytovny, problémem však zůstávaly finance. Klientka byla již od začátku na rizikovém těhotenství kvůli špatným obědím, musela být neustále pod lékařským dohledem, v průběhu těhotenství byla několikrát hospitalizována na gynekologickém oddělení, dva měsíce před porodem již byla hospitalizována až do porodu. **O těhotenství v prvním trimestru nevěděla, zjistilo se až při poslední hospitalizaci v PL, kdy již byla na poklusu I./ II. trimestru těhotenství, od té doby docházela pravidelně na kontroly do poradny.**

Motivace k abstinenci - jako důvod k abstinenci uvedla těhotenství a její zdravotní stav. Játra jsou silně postižena, je zde hrozba jejich selhání, bolí ji, sama to cítí, proto se rozhodla s drogami přestat, nechce zůstat závislá, aby zničila celý život sobě i dítěti. **Těhotenství její motivaci k abstinenci posílilo**, na miminko se těší, chce ho vychovávat a postarat se o něj, chce za něj být zodpovědná za svůj život ale i za život dítěte. Jako důkaz toho, že to myslí vážně uvedla, že má již šáteček připravenou a zakoupenou výbavičku pro miminko a zajistila si, že bude pravidelně docházet do Centra pro rodinu v Drop In. **Vrcholným obdobím motivace této klientky byl poátek zjištění těhotenství. Po celou dobu gravidity klientka zvládla abstinovat od drog a souasně době má dítě ve své péči, dochází na terapii do Drop Inu a pomáhá jí její matka.**

8.1.3 Případová studie .3

Osobní anamnéza - Klientka .3 je sedmadvacetiletá žena narozená v České republice. V minulosti prodělala spontánní potrat, nyní donosila a porodila holčičku. Nedokončila střední vzdělání.

Drogová anamnéza a léčba - primárně užívanou látkou je pervitin, který si klientka aplikuje 4,5 roku i. v., abúzus trvá celkem 6 let. Občas si dá ještě Subutex. Klientka se dosud nikde neléčila.

Sociální anamnéza - Klientka byla vyřazena z evidence ÚP, nyní je bez jakéhokoli finančního příjmu. Společně bydlí ve squatu, trvalé bydliště má hlášené u svých

rodí , kde se však nezdrfluje. Trvalé bydli-t rodi e zru-ili z obav mořné exekuce a potřfí spojených s drogovou závislostí, adresa bydli-t je hlá-ena na M Ú mimo Prahu, museli se vyst hovat z bytu, kde žili s partnerem v pronájmu z d vodou neplacení nájemného.

Rodinné pom ry a partnerský vztah - neúplná rodina, o otci klientka nehovo í, matka vypomáhá finan n , zapojila se více, jakmile zjistila, že její dcera eká vlastní dít . Partner je stejn jako klientka drogov závislý, nikde se nelé í

Sociální intervence - nespolupracovala s OSPOD. Z porodnice byla sociální pracovnící nahlá-ena sociální pracovníci OSPOD, která s klientkou dále e-ila zlep-ování sociálních podmínek a její lé bu. Nejprve klientce byla zaji-t na detoxifikace a do budoucna byl plánován pobyt v TK Karlov i s jejím dít em. Dít bylo umíst no do KÚ neř budou p ipraveny podmínky pro výchovu dít e.

Pr b h t hotenství a prenatální pé e - o t hotenství dlouho nev d la, do poradny pro t hotné za ala chodit, ařl kdyř zjistila, že je t hotná, to bylo asi v 5. m síci a náv-t vy gynekologa byly sporadické, celkem asi 4, **prenatální pé i tedy tém nem la**.

Motivace k abstinenci - klientka uvedla, že motivací pro ni bylo zji-t né t hotenství v II. trimestru, abstinovala poslední t i m síce t hotenství, tedy ve III trimestru. Nikde se nelé ila, za ala abstinovat sama. P ed porodem si aplikovala pervitin, bála se bolestí a pr b hu porodu. **Vrcholovým obdobím motivace pro ni byl poslední trimestr t hotenství, kdy p estala brát drogy.** V sou asné dob klientka zvládla detoxifikaci, ale do TK Karlov nenastoupila a dít je zatím v pé i babi ky.

8.1.4 P ípadová studie . 4

Osobní anamnéza - Klientka . 4 je p tadvacetiletá řena, je narozena v eské republice, porodila první dít . Má základní vzd lání, poté chodila dva roky na st ední -kolu nejprve pedagogickou, poté ji zm nila a dva roky chodila na aranřerství, studium opustila p ed záv re nými zkou-kami.

Drogová anamnéza a lé ba - primárn uřlivanou NL je pervitin, ale kombinovala ho s heroinem. Závislá je řifl 6,5 roku, NL si za ala aplikovat nitrořiln p ed 5 lety. První

ty i m síce t hotenství užívala drogy, potom s ambulantním lékařem e-ila substituci léku, nyní užívá Subutex. Před 4 lety byla v TK Karlov, podařilo se jí více jak dva roky abstinovat. Po tragické události v rodině, kdy došlo k úmrtí bratra, začala opět brát drogy. V minulosti užívala také krátce Suboxon.

Sociální anamnéza o Jediný finanční příjem klientky jsou sociální dávky, které činí kolem 4000 Kč, z čehož část dostává od úřadu ve stravenkách. Občas si pívá lávala brigádami.

Rodinné poměry a partnerský vztah o Klientka se s rodinou, resp. svojí matkou nestýká. Otec spáchal sebevraždu, když byla v pubertě. Matka klientky flíje s přítel a jeho rodinou, o dceru přestala mít zájem. Klientka flíje po dobu t hotenství u své kamarádky v polorozpadlé chatě, elektrika a teplá voda zde je. Otce dítěte by uvést chtěla, jedná se o jejího partnera, který je však výrazně starší a má svou vlastní rodinu s dětmi. Projednávala s ním možnost určení otcovství, údajně s tím souhlasil. Partner klientky není drogově závislý, ale v nadměrné míře užívá alkoholické nápoje.

Sociální intervence - Klientka spolupracovala se sociální pracovnící OSPOD již v průběhu t hotenství, snažila se s její pomocí sehnat vhodné azylové bydlení, ale kvůli plné kapacitě se ho do porodu nepodařilo zajistit. Ze strany OSPOD hrozí návrh na předčasnou opatření k umístění dítěte do KÚ, než budou připraveny vhodné podmínky (převážně bytové) pro péči o dítě. Pokud by bylo určeno otcovství a partner klientky by s tím souhlasil, bude dítě svěřeno do jeho péče. Plánován je pobyt matky a s dítětem v TK Karlov.

Průběh t hotenství a prenatální péče - **klientka graviditu odhalila na konci třetího měsíce**, kdy ještě asi měsíc užívala NL. Poté byla na substituci terapii. **Prenatální poradnu navštívovala, ale málo, měla celkem 5 kontrol** gravidity v poradně pro t hotné. Stíhaly se její pocity, flé se nezvládne o dítě postarat a zároveň se na dítě svým způsobem těžila.

Motivace v t hotenství - V t hotenství viděla východisko ze své situace. Dosud byla zcela sama a dítě by pro ni znamenalo podporu. Není si však jistá, zda bude dostatečně zodpovědně zvládat rodičovské povinnosti. O abstinenci uvažovala, ale zatím zůstane u substituce a dále se snaží vytvořit přijatelné podmínky pro výchovu dítěte. **Vrcholem**

motivace k abstinenci pro ni bylo zjištěn í těhotenství, tedy p elom I. a II. Trimestru.

Obr. . 3. SHRNU TÍ D ĚLEFITÝCH ÚDAJ Ů O KLIENTKÁCH

	klientka 1	klientka 2	klientka 3	klientka 4
nejvyšší motivace	není motivace	zjištění těhotenství	III. trimestr	zjištění těhotenství
prenatální péče	3 kontroly	pravidelná	4 kontroly	5 kontrol
zjištění těhotenství	II. Trimestr	I./II. Trimestr	II. Trimestr	I./II. Trimestr
droga	pervitin, heroin,	pervitin	pervitin	Pervitin, heroin
léčba	TK,	PL, detox	detox, TK Karlov	detox
ne/plánované těhot.	neplánované	neplánované	neplánované	neplánované

8.2 Polostrukturované rozhovory

V diplomové práci uvádím ty i polostrukturované rozhovory s odborníky v oblasti drogových závislostí.

8.2.1 Rozhovor . 1

➤ Polostrukturovaný rozhovor byl veden se sociální pracovnící nízkoprahového zařízení K-centrum Most, sle nou Bc. Michaelou Van urovou.

1. Co by podle Va-eho názoru zvý-ilo motivaci drogov závislých t hotných žen a matek, aby abstinovaly, nebo jaké faktory je v bec motivují k abstinenci?

šJe t fké íci, co drogov závislé matky motivuje k tomu, aby abstinovaly. Já mám tu zku-enost, že z po átku je pro n motivací ono dít , asto ženy ot hotní

plánovan , protože mají p edstavu, že dítě změní jejich život ve smyslu abstinence. Ale bohužel po porodu zjistí, že to není tak jednoduché, jak si představovaly. Dítě s sebou přináší nové nepoznané starosti a představuje pro ně zodpovědnost zodpovědnost, kterou nejsou schopny nést ani samy za sebe, natožpak za život svého dítěte, a tak často selhávají. Není pro ně pak ani hrozbou riziko možného odebrání dítěte. Jistě je jednodušší, pokud žena má nějaké zázemí a podporující rodinu, partnera, domoví ani to však není zárukou toho, že žena a matka vydrží kráčet po cestě abstinence.õ

2. Kdy s drogově závislou matkou je nejlépe začít pracovat tak, aby se rozhodla abstinovat nebo alespoň zlepšit podmínky pro mateřství?

šMyslím si, že s drogově závislou matkou je dobré začít pracovat ihned v začátcích, kdy se o svém životě dozví, a že se jednat o různé stupně životě, resp. kdy se o něm dozvíme my jako pracovníci, což v něm může vyvolat spoustu pocitů a emocí, které mohou být často ambivalentní. Důležitým momentem je v době rozhodování se, zda si dítě nechat i ne a důležité je, aby takovéto rozhodnutí bylo svobodnou volbou drogově závislé ženy. Pokud existuje partner dané klientky, je dobré pracovat v rámci celé záležitosti i s ním.õ

3. Jak efektivně pracovat se závislou a hotnou ženou nebo matkou, jaké máte dostupné možnosti v rámci Vašeho povolání?

šMyslím, že váš nejdůležitější je mluvit se závislou budoucí matkou o životě a rodičovství v době. Je důležité, aby si žena ujasnila, zda miminko v době chce a co to pro ni bude v konečném sledku znamenat, jak to bude vypadat, co jí může hrozit ze strany OSPODu apod. Měli bychom klientce dát prostor pro to, aby se mohla svobodně rozhodnout o tom, zda si miminko ponechá, nebo ne, a o něm s ní otevřeně hovořit. V případě, že se rozhodne pro miminko, je dobré ji motivovat k pravidelným návštěvám lékaře, kam ji mohou v rámci výkonu svého povolání doprovodit. Určitě není dobré rapidně zvyšovat nebo snižovat dávky drog bez porady s lékařem. S klientkou můžeme hovořit o dalších možnostech, které má v rezidenční i ambulantní léčbě, substituční léčbě záleží na drogové kariéře a motivaci dané klientky. Klientku můžeme informovat o všech pro ni potřebných a dostupných službách a můžeme klientce pomoci vyjít. Nemá smysl klientku do svého tlačit, v době by měla

záležit na jejím rozhodnutí a jejímu rozhodnutí poté p izp sobit práci s ní. Také je dobré pracovat s klientkou na stabilizaci její sociální situace, jako je zajištění bydlení a poskytnutí sociálních dávek.

4. Jak zajistit prevenci a včas podchytit možné rizikové faktory u hotenství drogově závislé ženy?

ŠKdyž budu mluvit za námi za území, kde pracuji, v rámci prevence u hotenství tím jsem, je s klienty mluvíme o bezpečnosti v sexu, o možném riziku otěhotnění a klientkám poskytujeme zdarma kondomy. Dochází k nám několik párů, se kterými se snažíme otevřeně hovořit o jejich sexuálním životě a pokud víme, že nepoužívají kondom nebo jiný způsob ochrany před otěhotněním, mluvíme s nimi o možných rizicích takového chování a snažíme se je motivovat k tomu, aby se začaly chovat bezpečně a méně rizikově. K dispozici máme také u hotenství testy, o kterých klienti včasně a často jich také využívají. Máme podmínku, že si klientka musí test udělat v našem území, čímž lépe podchytíme případné u hotenství klientky a začít s ní tak případně včas pracovat. Také s klientkami hovoříme o specifických ženských problémech a potřebách, a tak, když pojedeme v rámci takového rozhovoru podezření, že klientka by mohla být u hotenství, sami jí navrhneme, zda si nechce u nás udělat u hotenství test.

5. Co by se mělo zlepšit, případně změnit ve stávajícím systému péče o drogově závislé (u hotné) ženy?

ŠDomnívám se, že v České republice je nedostatek území, která poskytují péči u drogově závislým ženám. Mám pocit, že mezi odbornou veřejností stále více sílí v domě, že ženy, které užívají drogy, mají specifické potřeby, které vyžadují speciální přístup, přesto však nevznikají nová území ani programy, nebo je jich stále nedostatek, která by se speciálně vnovala závislým ženám. Souvisí to jistě také se stále se ztenčujícími dotacemi pro území, která pracují s užívateli drog. Také bych ocenila více vzdělávání zaměstnanců na specifika ženské populace mezi užívateli drog a práci s nimi.

6. Kdy si drogov závislá matka uv domuje své t hotenství a jak se k n mu stává?

šPostoje drogov závislých žen k jejich t hotenství mohou být různé, často bývají ambivalentní. Mám zkušenost s tím, že uživatelé drog se často domnívají, že narození dítěte by změnilo jejich život ve smyslu započítí cestu abstinence od drog, že kdyby měli dítě, drogy by je najednou přestaly lákat a zajímat a stědobodem jejich života by se stalo dítě, nikoliv droga. Také mám bohužel opakovanou zkušenost s tím, že tomu tak ve finále není a že dítě končí v kojeneckém ústavu i v péči prarodičů. Zafila jsem klientku, která ve svém t hotenství nezápala abstinovat, ale užívání drog výrazně omezila a docházela na pravidelné lékařské kontroly, na miminko se těčila a najednou byla jakoby zodpovědnější. Věstinedělí však zápala opět užívat drogy ve velké míře a dítě bylo později svěřeno do péči rodičů partnera. Také jsem zafila nezodpovědný přístup klientek, které se na dítě těily, nic však pro jeho zdravý vývoj nedělaly, nedocházely na lékařské prohlídky a dítě samovolně potratily. Také mám zkušenost s klientkou, která zjistila své t hotenství až ve vyšším stupni, kdy jí bylo pozdě na provedení interrupce, a tak užívání drog hodně omezila a dítě po porodu dala k adopci. Bohužel ze své čtyřleté praxe v K-centru špíběh t hotné klientky se zástným koncemě neznám.

7. V jakém období se dostává u matek vrchol motivace a jak se v pr b hu t hotenství, mate ství m ní?

šMyslím si, že nejsem dostatečně kompetentní k tomu, abych mohla na tuto otázku odpovědět, ale vyvstává mi na mysl příběh jedné klientky, o které jsem psala jíž v odpovědi na předchozí otázku. Klientka se během t hotenství chovala nejzodpovědněji, jak v danou chvíli dokázala. Nebyla motivovaná pro léčbu a s ní spojenou abstinenci, ale dokázala užívání drog omezit a docházela na pravidelné lékařské prohlídky a vždy se nám pak chlubila dalšími a dalšími záznamy v t hotenské prkazce a novými obrázky miminka z ultrazvuku. Po porodu, během věstinedělí, se však její stav, což se týká užívání drog, destabilizoval, jako by si až v tuto chvíli uvdomila, jaká je to zodpovědnost a starost mít dítě, jak je to náročné a vysilující. Situace vyústila tak, že dítě bylo svěřeno do péči prarodičů partnera.

8. Jaké jsou typy klientek ve Va-í praxi, co se týká zázemí, partnera, povolání?

šTypickou klientkou na-eho za ízení je žena, která je bez domova, žije na ulici, p íp. ob as p espí u n kterých ze svých známých i vydrží chvíli bydlet v azylovém dom i na ubytovn , nejlji vyhodí pro nedodržování a nerespektování pravidel služby i pro nezaplacení poplatku za ubytování. Stálého partnera nemá, partnery asto st ídá a asto si je vybírá ú elov , nikoliv z ísté lásky. Je bez zam stnání, vy azena z evidence ú adu práce a na drogy si asto vyd lává prostitucí i trestnou inností.õ

9. Jaký vztah k dít ti mívají matky, které vyhledají Va-e pracovi-t , a jaký vztah k jejich d tem má partner, p ípadn -ír-í rodina?

šV t-in klientek, se kterými se ve své praxi setkávám, hrozí odebrání dít te, p íp. jim dít z pé e jifl odebráno bylo, asto jifln jaké dít nebo více d tí v kojeneckém ústavu mají. Matky se du-ují, jak je pro n dít na prvním míst , jak ud lají cokoliv, aby m ly dít u sebe. Já jim jejich lásku v ím, ale láska k droze v t-inou stejn vyhrává. Matky asto vypadávají z kontaktu a OSPOD se uchyluje k razantnímu kroku. Partner t chto matek je v t-inou také závislý. Ze své zku-enosti mám pocit, že otcové v celé záležitosti nehrají afl takovou d ležitou roli, asto jsou opomíjeni a nepodléhají takovému š drobnohleduõ jako matka, cofl je podle mého názoru chyba. Myslím, že i to je d sledek toho, pro se s otcí d tí ve své praxi tak asto nesetkávám. Velkým záchytným bodem pro d ti takovýchto rodi jsou jejich prarodi e, kdy jim jsou nez ídka sv eny do pé e.õ

10. Jsou rozdíly v motivovanosti závislých t hotných žen podle abúzu primární drogy (má druh drogy vliv na motivaci)?

šNejvíce se setkávám s matkami závislými na pervitinu i Subutexu. Nejsem schopna posoudit, zda druh užívané návykové látky ovliv uje motivaci závislých matek k abstinenci, ze zku-enosti jsem pouze vypozaovala, že v t-í obava z abstinence, resp. z vyabstinování panuje celkov u užívatel opioid , cofl vyplývá z p ítomné fyzické závislosti na t chto látkách a s ní spojeným abstinenním syndromem.õ

11. Uvedla byste jakékoli další (podle Vás) důležité aspekty, i podmínky, na které v otázkách nebylo poukázáno, na co by bylo dobré se nejen v praxi zaměřit?

Š Myslím, že otázky byly vyčerpávající.

8.2.1 Rozhovor . 2

- Polostrukturovaný rozhovor byl veden s vedoucí oddělení protidrogové prevence a krajské protidrogové koordinátorky, paní Mgr. Ninou Janykovou.

1. Co by podle Vašeho názoru zvýšilo motivaci drogově závislých a jejich matek, aby abstinovaly, nebo jaké faktory je vůbec motivují k abstinenci?

Š Domnívám se, že v této motivace, není mateřství, pro ženu neexistuje. Drogově závislé ženy si nechrání své zdraví, pro práci s užívateli drog je důležité apelovat na ochranu zdraví, zachování zdraví neexistuje. Pokud motivace a hotenstvím a mateřstvím nezabere, pak nastává složitá situace, je pravděpodobné, že poté již nezabere žádný faktor. Motivací může být jak mateřství, tak i a hotenství, na tomto názoru se shodují mnozí terapeuti, se kterými se setkávám. Stává se však, že to není mnohdy dostatečný motiv k abstinenci. Zažila jsem v praxi ale i případy motivace například v situaci, kdy zemřela blízká osobnost a užívatelka začala abstinovat.

2. Kdy s drogově závislou matkou je nejlépe začít pracovat tak, aby se rozhodla abstinovat nebo alespoň zlepšit podmínky pro mateřství?

Š Ihned na začátku a hotenství nebo bezprostředně po zjištění a hotenství je důležité –etný způsob k abstinenci nebo alespoň substituci pod dohledem a příslušné látky se bude matce lépe odvykat a je snazší snižovat dávky zkrájí a hotenství. Nejdříve je I. trimestr. Problém nastává ve fázi, kdy mají nepravidelný menstruační cyklus, ve většině případů tyto užívatelky ani nevědí, že jsou a hotné. Vhodné je nastavit adekvátní substituci, která je –etná k dítěti i matce, pracovat

s matkou na její motivaci k abstinenci, ale také k mateřství a roli matky. Dále je důležité součástí také snížit životní problémy uživatelky drog- to je často spojené s problémy s bydlením, kdy nemá vhodné bytové podmínky, často žije na ulici, ve squatu, potýká se s finančními problémy, atd. Je třeba rozlišovat závislost u ženy, zda se jedná o drogovou, lékovou nebo alkoholickou závislost.õ

3. Jak efektivně pracovat se závislou a hotnou ženou nebo matkou, jaké máte dostupné možnosti v rámci Vašeho povolání?

õ Kontraproduktivní je neustálé pouhování, nucení a sdělování povinností. Pokud se drogově závislá žena za ne na miminko těhotná, je to motivace. Pokud není motivovaná, těhotná se především. Důležitou roli hraje také substituce a dohled nad bezpečným užíváním psychoaktivních látek. Dalším významným krokem je nabízení i jiných životních hodnot, například efektivnějším trávením volného času, zvyknout a nepočítat pracovat s motivací, řešit otázku jak nahradit prázdnotu vzniklou po vysazení návykové látky. Pracovník s drogově závislými by měl mít přehled o organizacích pro těhotné matky, které jsou závislé na drogách, měl by je podporovat v tom vyhledat potřebnou službu a informovat o těchto službách a propojovat vhodné dostupné služby.õ

4. Jak zajistit prevenci a včas podchytit možné rizikové faktory těhotenství drogově závislé ženy?

õ Závisí na tom, na jaké látce vzniká závislost ženy - co bere a na čem je závislá. Velmi často jsou vrozené vývojové vady, potraty, pohlavní infekční choroby. Nezbytná je neustálá spolupráce odborníků z různých oborů, tedy multidisciplinární tým a jeho vzájemná domluva- gynekolog, specialista na drogové závislosti, psycholog, psychiatr při substituční terapii. Spolupráce je dále důležitá se sociálními pracovníky z OSPODu, kdy je vhodné, aby matku informovaly o možnostech a následujícím postupu, co matku v dohledné době čeká, podat matce informace o rodičovství, odkázat matku k odborníkovi působícím v oblasti drogových závislostí a postupovat k matce jako ke klientce, která například o substituci nic neví. Rizikové faktory jsou především v oblasti sociální a psychologické.õ

5. Co by se m lo zlep-it, pop ípad zm nit ve stávajícím systému pé e o drogov závislé (t hotné) feny?

šSouvisí s otázkou . 4 - nezbytná je spolupráce s odborníky, tzv. vyhledávací systém - pokud se matka nep íhlásí sama, s gynekologem nebo OSPODem - propojení a podchycování jifl v prenatální pé i a hlá-ení maminek, šp edávání klientek dálō odborník m. Pro drogov závislé t hotné feny a matky vznikají specifické programy podle jejich pot eb a jsou na tyto programy vy le ovány finance. Služby pro drogov závislé matky se zlep-ují, specializují a neustále se rozvíjejí.ō

6. Kdy si drogov závislá matka uv domuje své t hotenství a jak se k n mu staví?

šS ur itým zpofl d ním - nemenstruuje nebo má rozhozený menstrua ní cyklus, nemají uspo ádaný život, nepoci ují to, co pocí uje fena, která není závislá na návykových látkách, je utlumena drogou, droga m ní její proflívání a náhled na reálný sv t. T hotenství je pro drogov závislou fenu -ok, je to velký zásah do života, nutí pop emý-let a ud lat n co se svým životem. Hrozí sebepo-kození matky, po-kození plodu, nevole ze strany matky, nemusí mít ani podporu partnera, asto bývá sám drogov závislý. P evaflují negativní popírání, nemá inteligenci, vzor z vedení rodiny-ve své primární rodin , nemá své vlastní zázemí.ō

7. V jakém období se dostaví u matek vrchol motivace a jak se v pr b hu t hotenství, mate ství m ní?

šPokud se poda í p ekonat po áte ní odpor k t hotenství, roste motivace, dal-ím krokem motivace jsou zaznamenané první pohyby miminka v t le matky, cofl matka považuje za šhmatatelný d kazō, fle je opravdu t hotná. Ke zm nám, k nimfl v t hotenství dochází, a jifl jsou psychické i fyzické, je zapot ebí, aby se za t hotnou fenu n kdo postavil a byl matce oporou. Je to velmi k ehké období, kdy m fle dojít i ke ztrát motivace- flenské t lo se v pr b hu t hotenství m ní, fena tloustne, nep ípadá si natolik hezká, naopak má pocít, fle o-klíví. Zde vyvstanou d leflité faktory, jako je intelligence, rodina, podpora partnera atd.ō

- 8. Jaké jsou typy klientek ve Vaší praxi, co se týká zázemí, partnera, povolání?**

š Údaje o klientkách jsou dostupné v různých statistických záznamech.õ

- 9. Jaký vztah k dítěti mívají matky, které vyhledají Vaše pracoviště, a jaký vztah k jejich dětem má partner, případně rodina?**

š V České republice působí organizace, které drogově závislým ženám pomáhají. Matky, které se dostaly z drogové závislosti, mají velmi hezký vztah k dítěti a drží se, aby nezrelapsovaly, což je demonstrováno například setkání na výročích terapeutických komunit.õ

- 10. Jsou rozdíly v motivovanosti závislých a hotných žen podle abúzu primární drogy (má druh drogy vliv na motivaci)?**

š Domnívám se, že zde jsou rozdíly. Jednotlivé drogy mají svá specifika, z drogové závislosti na kterých drog se dostává lépe než z závislosti na jiné psychoaktivní látce, na kterých je větší a menší závislost, na které způsobují psychickou, jiné fyzickou závislost a více má rozdílný vliv i na jejich hotenství.õ

- 11. Uvedla byste jakékoli další (podle Vás) důležité aspekty, i připomínky, na které v otázkách nebylo poukázáno, na co by bylo dobré se nejen v praxi zaměřit?**

š Jediné, co mi napadá, je zvýšit finanční přísun pro různé programy zabývajícími se drogovými závislostmi. Celkově jsou drogové služby značně podfinancované. Ve společnosti je nevyvážený zájem o drogové závislosti a jejich možných řešeních. Od způsobu a výše financování se odvíjí iinnost jednotlivých organizací. Otázkou je, zda by pomohla hustější síť služeb, zda by byly více využívány. Důležité je propojování organizací a služeb, pracovníků z jednotlivých oblastí – psycholog, terapeut, sociální pracovník. Propojenost a návaznost služeb například jít k centru je vhodné řešit otázku, kam klientku dále předat do specifické služby. K tomuto tématu by bylo dobré zpracovat analýzu, zda je zapotřebí rozšířit síť služeb, zda jsou některé do programu.õ

8.2.3 Rozhovor . 3

➤ Polostrukturovaný rozhovor byl veden se zdravotní sestrou novorozeneckého oddělení JIRP, FN Motol, paní Bc. Kateřinou Ernohorskou, která pracuje současně jako streetworker v rámci občanského sdružení Sananim.

1. Co by podle Vašeho názoru zvýšilo motivaci drogově závislých a jejich matek, aby abstinovaly, nebo jaké faktory je vůbec motivují k abstinenci?

ŠPodle mého názoru hraje důležitou roli vzor v primární rodině, který u drogově závislých žen velmi často chybí. Oproti tomu to, že matka není motivovaná, způsobuje její partnerský vztah, přístup zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a obavy z možného odebrání dítěte z klientky péči, pokud se dostane do systému péče. V našem zařízení se osvědčil doprovod klientek pracovníkem nízkoprahového zařízení odborníkem nebo institucím.

2. Kdy s drogově závislou matkou je nejlépe začít pracovat tak, aby se rozhodla abstinovat nebo alespoň zlepšit podmínky pro mateřství?

ŠPokud bude drogově závislá žena motivovaná, potom je vhodné s ní pracovat kdykoli.

3. Jak efektivně pracovat se závislou a nebo matkou, jaké máte dostupné možnosti v rámci Vašeho povolání?

ŠUžívání psychoaktivních látek u žen spojuje dva problémy, tím jsou drogy a mateřství. Domnívám se, že je efektivní intervence zaměřená na obě tyto sféry. Práci se závislými a nebo matkami je vhodné směřovat na cílenou a systematickou podporu rodičovství. Pro mnohé a nebo matky užívající drogy, je současná síť podporující a rozvíjející rodičovské kompetence nedostupná a v nichž případech nedostačí. Jednou z mála institucí, která se na situaci rodin s matkou, užívající drogy, zabývá, jsou orgány sociálně právní ochrany dětí. Nezbytné je, aby služby pro tuto cílovou skupinu byly poskytovány pod jednou střechou a vnovaly se nejen o drogové problematice, ale také posilování rodičovských kompetencí. V terénní práci

s t hotnou klientkou užívací NL nebo klientkou, která se jí stala matkou, nesmíme zapomínat, že primárním klientem je pro nás ona sama, ne její dítě. Z našich zkušeností u které klientky nemají rády od nás dobrou a méně rady, opakované otázky typu, zda jí byly u lékaře, nebo zda navštívily jí například denní stacionář. Důležitým krokem je dobře zvolit typ rozhovoru s klientkou, pro kterou je efektivní konfrontační typ kladené otázky, pro jinou stejný typ však může znamenat ztrátu důvěry k nám a začne se vyhýbat kontaktu s námi. Naše klientky motivujeme, poskytujeme jim dostatek informací, rady, můžeme jim injekčně materiál, vytváříme si s nimi vztah postavený na důvěře. Vyčkáváme na vhodný okamžik, kdy s námi klientka bude připravena a ochotna o svém zneužití drog, t hotenství a mateřství hovořit.

4. Jak zajistit prevenci a vás podchytit možné rizikové faktory t hotenství drogově závislé ženy?

ŠK dispozici máme například t hotenské testy, které klientkám nabízíme, nebo kondomy.

5. Co by se mělo zlepšit, například změnit ve stávajícím systému péče o drogově závislé (t hotné) ženy?

ŠV současné době je například v Praze a v těchto regionech vytvořen fungující systém péče a pomoci a v neposlední řadě by pro závislé ženy a matky, v etnicky ohrožených oblastech například chráněná bydlení.

6. Kdy si drogově závislá matka uvědomuje své t hotenství a jak se k němu staví?

Šasto vbec, dříve, než není. T hotenství popírá stejně jako svou závislost. Podrobněji se o práci s hotenství s matkami hovoří v Terapeutické komunitě Karlov.

7. V jakém období se dostaví u matek vrchol motivace a jak se v práci s hotenství, mateřství mění?

ŠNa základě zkušeností se domnívám, že vrchol motivace se dostavuje na začátku t hotenství.

8. Jaké jsou typy klientek ve Vaší praxi, co se týká zázemí, partnera, povolání?

šNa-e klientky jsou bez zam stání, bez zaji-t ného bydlení a materiálního zázemí, bývají také bez podpory rodiny. Máme také klientky, které nejsou schopny nav-t povat pravideln gynekologa nebo jakéhokoli léka e a up ednost ují svého partnera p ed dít tem. Na-e klientky nerespektují nebo poru-ují pravidla a doporu ení, obtířn afl odmítav spolupracují a nelze u nich o ekávat otev enou komunikaci i sebereflexi.õ

9. Jaký vztah k dít ti mívají matky, které vyhledají Va-e pracovi-t , a jaký vztah k jejich d tem má partner, p ípadn -ir-í rodina?

šNemám to mořnost posoudit, jelikoř kontakt s drogov závislou t hotnou řlenou je velmi krátký a sta í pouze k posouzení, v jakém stavu je dít - sleduji, jak je řřivenéõ, jestli je ísté, nebo zda nep sobí zanedbaným dojmem apod.õ

10. Jsou rozdíly v motivovanosti závislých t hotných řlen podle abúzu primární drogy (má druh drogy vliv na motivaci)?

šNe ekla bych, řle druh drogy má vliv na motivaci, z jiného pohledu je ale mořné íci, řle závislost na pervitinu vnímají n které klientky jako řmen-í zloõ neř opiáty, souvisí to s pr b hem abstinence ních p íznak , jelikoř u stimulant nejsou fyzické abstinence n p íznaky p ítomny.õ

11. Uvedla byste jakékoli dal-í (podle Vás) d leřřité aspekty, i p ípomínky, na které v otázkách nebylo poukázáno, na co by bylo dobré se nejen v praxi zam ít?

šMyslím, řle bylo zmín no a poukázáno na v-e d leřřité.õ

8.2.4 Rozhovor . 4

➤ Polostrukturovaný rozhovor byl veden s paní Bc. Sedlákovou- manažerkou projektu Slunečnicová zahrada v rámci Centra pro rodinu, DROP-IN, o.p.s

1. Co by podle Vašeho názoru zvýšilo motivaci drogově závislých a hotných žen a matek, aby abstinovaly, nebo jaké faktory je v tom motivují k abstinenci?

Što je velmi individuální u každé klientky, záleží na osobnosti a primární diagnóze. V neposlední řadě záleží na postupu vnímaném subjektem k drogově závislé klientce - p. OSPOD, pracovníci v porodnici a vzájemná spolupráce jednotlivých organizací, které s drogově závislou klientkou pracují. Dále také odstranění tabu ve společnosti. Matka by měla být brána jako rovnocenný partner. Drogově závislá žena je obětí kolotoče, bludného kruhu, závislosti, a hotenství je pro ni možnost jak přerušit tento kolotoč, ve většině případů to pomůže. Podobně u 60% je pro drogově závislou ženu a hotenství a porod šviditelný stihem v kolotoči závislosti, a to zmíněných 60% to vydrží a abstinguje. Jedná se zpravidla o náhodná hotenství, ženy nemenstruují, nikdy se stává, že ani ot hotn t nemohou, nemají dostatečnou funkci libida, závislost ho š otupuje, partner bývá také drogově závislý a tím se snižuje jeho potence. Jinou skupinou klientek jsou prostitutky, které motivované nebývají v tom, jsou u nich často duální diagnózy, mají poruchu osobnosti, závislost u nich bývá i ať sekundární příčina, nejsou schopny odhadnout společenskou nebezpečnost - tím se zabývá organizace Rozkož-bez rizika. Například ve Slovenské republice není dostatečný a fungující systém péče o drogově závislou a hotnou ženu a matku.

2. Kdy s drogově závislou matkou je nejlépe začít pracovat tak, aby se rozhodla abstinovat nebo alespoň zlepšit podmínky pro mateřství?

ŠMyslím si, že jednoznačně jí pomáhá i když i v rámci primární prevence - preferovat zdravý životní styl, ať možnost práce s hotnými a ženami v obecném slova smyslu. V síti péče jsou hlavní dvě centra v Praze pro drogově závislé a hotné ženy. Dalším krokem by mohlo být šprovození Harm Reduction programy - předeví zrevidovat standardy pro práci streetworker ,

propojení služeb na práci s drogově závislými matkami a v té kompetence pro pracovníky v oblasti drogových závislostí. Rozdíl v kompetencích pro streetworkery - kdo bude v týmu pracovat s drogově závislou a hotnou ženou, streetworker je pro ni š autorita, streetworker i ale necht jí ztratit vybudovaný kontakt a d v rný vztah s klientkou.

3. Jak efektivně pracovat se závislou a hotnou ženou nebo matkou, jaké máte dostupné možnosti v rámci Vašeho povolání?

ŠJsem p esv d ená, že efektivitu by nejlépe zajistilo rozdělování úkol a kompetencí, vyvíjet tlak na dodržování kompetencí ze strany matky, monitoring a chto kompetencí, zda to matka zvládne sama. Na celou českou republiku jsou pro drogově závislé š Denní stacionář Sananim, Centrum pro rodinu š Drop In, dolé ovací programy, za řízení v Plzni. Např. gynekologové necht jí s drogově závislou ženou pracovat, nevnují jim takovou pozornost v edukaci.

4. Jak zajistit prevenci a včas podchytit možné rizikové faktory a hotenství drogově závislé ženy?

ŠNapadají m dvě skupiny, v prvním případě je léba a substituce- v souvislosti se závislostí - př. abúzus opiát, dlejší je neopomíjet informace o drogových centrech v etn leták o drogách a rizicích jejich užívání na začátku a hotenství získaných od gynekologů. Další skupinou je prevence u náctiletých dospívajících dívek, které si dochází pro hormonální antikoncepci, mohou být např. potenciálními experimentátorkami extáze na diskotékách. V ordinacích, resp. čekárnách ordinací ambulancí gynekologů chybí informační letáky o drogách v obecně, nebo o p enosných infekčních chorobách jako je např. virová hepatitida typu C. Je žádoucí informovat tuto klientelu také o jiných existujících závislostech, pokud jí t eba žena abstinuje, a léka jí p edepí-e antidepressiva jako je Cytalec atd., je zde další riziko vzniku tentokrát lékové závislosti. V této souvislosti by bylo tedy vhodné pro-kolit odborníky ohledně chto rizik. Mezi odborníky je hlavně oblíbeným preparátem Tramal, který m že způsobit velmi silnou závislost. V substitui ní terapii je kontraindikací u a hotných nasazení Suboxonu, mohl by zapřítin potrat in vitro, způsobuje to látka obsažená v Suboxonu - antidotum. Užívá se pod jazyk. Naopak u heroinu se p edepisuje Subutex nebo Metadon, rozlišuje se to podle užívané dávky,

metadon se dává p i vy—ích uřřvaných dávkách opiát . Pervitinistky asto uřřvají Subutex, aby zahnaly deprese a úzkosti, st ídají obojí.õ

5. Co by se m lo zlep-it, pop ípad zm nit ve stávajícím systému pé e o drogov závislé (t hotné) řeny?

řBylo by fajn, kdyby systém pé e mohl z stat minimáln tak, jak se v sou asné dob nastaven, s ohledem na politický systém. Hlavn by bylo řádoucí zabránit zhor-ení stávajícího systému.õ

6. Kdy si drogov závislá matka uv domuje své t hotenství a jak se k n mu staví?

řOp t je to velmi individuální. T hotenství si za ne uv domovat v 5. afl6. m síci. Nejd leřit j-ř je první trimestr t hotenství. T hotná uřřvatelka prořřvává ambivalentní zm ny v pr b hu svojí gravidity, neustále se u ní st ídají pocity řchciõ, řnechciõ být t hotná, ekat dít , potom je-t po porodu nastává dal-í. D leřitým mezníkem m fle být vydání p edb řného opat ení, které naopak m fle donutit závislou matku se sebou za ít n co d lat, a za ít e-řt svojí drogovou závislost. Zmínila bych skupinu řen, které uřřvají pervitin. U t ch zaznamenáváme, fle nejsou p ipravené, své t hotenství si neuv domují, popírají ho nebo si ho nechť jí uv domovat, nevnímají skute nost, realitu. Tvrdí nám, fle mají v-e pro miminko p ipravené, ale není to pravda.õ

7. V jakém období se dostaví u matek vrchol motivace a jak se v pr b hu t hotenství, mate ství m ní?

řM ní se to mezi II. a III. trimestrem t hotenství. Málokdy p íjdou drogov závislé t hotné řeny jřř v I. trimestru gravidity. Pokud p íjdou v I. trimestru, v t-řnou dít nechť jí a cht jí podstoupit interrupci. V II. trimestru jřř t hotenství vnímají a dít cht jí. V sedmém m síci t hotenství se zvy-uje stav úzkosti, doléhají na řenu pocity, fle to nezvládne a stup ují se starosti. V III: trimestru jřř vnímají a p ipravují se na p íchod dít te. Velmi záleřř na stabilizaci partnera minimáln substitu ní lé bou, aby je op t nestáhl zp t na dno. Pokud se od partnera odlou í, jřř se k n mu zp t v t-řnou nevrací. V praxi se setkáváme s matkami, které nap . po roce abstinence selřou, kdy jim dojdou finan ní prost edky. Zp sobuje to odsun partnera z prvního na druhé místo, st edem zářřmu se stává dít . Matka se za ínává díky dít ti stav t na vlastní nohy, aby si vytvo řila svou rodinu, nezávisle na pomoci prarodi dít te, tedy rodi matky. Pokud

partner neza ne abstinovat s ní, vytváří se mezi nimi propast. Sama bych podpořila, aby fungoval soudní dohled ze strany OSPOD ve vztáží k dítěti a ne k rodině. Azylové domy pro matky s dětmi jsou přeplněné, v dnešní době jsou povinnosti hodn posunuty na stranu rodiny, ale pokud klientka nemá rodinu, jde dolů. V azylovém domě nastává stav, kdy jsou její omezeny kompetence matek, například neustálou přítomností sociální pracovníce atd. Pomohl by velice i vzor z primární rodiny. Máme zkušenosti s tím, že drogově závislé matky bývají často depresivní, samofitky. Závislost se vyskytuje i u rodin, které jsou zaměřené na výkon - hyperprotektivní nebo naopak je u nich patologický nezáměr vůči dítěti. Je třeba na závěr této otázky uvést, že například hotovství prožívají paniku, že je v neprospěch. Tyto pocity se zlepšují s rostoucí sebedůvěrou, potom je pro ni i abstinence a mateřská snaha.

8. Jaké jsou typy klientek ve Vaší praxi, co se týká zázemí, partnera, povolání?

Šel bych uvést několik skupin. Jednou je, že závislost má klientka zvolenou jako svůj životní styl, šklame to lež, je dobře situovaná a vypadne tím ze systému, přičemž dojem, jako by zde žádná závislost nefigurovala. Následující skupina je jakoby hyperprotektivní, ochranný systém, pojmenovala bych to jako šaržovaná klientka, manipuluje ostatními osobami, které s ní přijdou do kontaktu a pracují s ní. Dalším typem je šmafánský typ, který má neomezený přístup k drogám a finančním prostředkům. Pak je skupina klientek, které vystudovaly vysokou školu, takže je v minimu. Nejvíce se setkávám s klientkami, které mají střední vzdělání nebo jsou bez středního vzdělání, a když za ně abstinovat, dodávají si školu nebo alespoň rekvalifikační kurzy. U této skupiny klientek lze zaznamenat nejen drogovou závislost, ale také nadměrné užívání alkoholu. Drogově závislé klientky obecně jsou ve vztáží k partnerovi nezaměstnané, hodn se závislost vyskytuje i u OSV, například pracovníce call center a realitní makléři. Vztáží je jejich partner také drogově závislý, tak je stahuje s sebou na dno závislosti. Paradoxně například u romské populace tomu bývá opačně, tam je žena švace. Celkově však romská populace není tolik závislá na psychoaktivních látkách, je to pravděpodobně vlivem jejich kulturních kořen, nejsou tolik odloučeni od rodiny, mají rodinnou pospolitost a vazby pevnější než ostatní rodiny. Co se týká rodinného zázemí, tak bych uvedla, že to je tak například 50% má dobré rodinné zázemí a 50% má patologické ašeržované zázemí.

9. Jaký vztah k dítěti mívají matky, které vyhledávají Va-e pracovníka, a jaký vztah k jejich dítěti má partner, případně rodina?

šMatky své dítě v těhotenství chtějí do své péče, nechtějí se jich vzdát, rozvinou si k dítěti vztah. Liší se to od sociálně deprivovaných rodin, kde je v rodině nedostatek emocionálních vazeb. Je dobré učit se pracovat s matkami, aby dodržovaly hranice - souvisí to s pocitem viny, který matky vůči dítěti mívají. V těhotenství matek také pokračuje mateřská nastupuje do zaměstnání nebo si zajišťují rekvalifikaci. Ve vztahu k dítěti bývají autoritou i prarodiče dítěte, ale ne vždy je to zcela efektivní, může se stát, že tím opouští matka nedostatek kompetencí, že jí bude předhazována její drogová minulost. Co se týká partnera drogově závislé těhotné ženy i matky, ten buď rodinu opouští, nebo je ve VTOS, mezitím si žena vytvoří podmínky pro svůj nový život v abstinenci a za přítomnosti dítěte, poté se jí k partnerovi po propuštění z VTOS nevrací, v druhém případě se partner kompenzuje spolu s matkou a je stabilizovaný jeho stav drogové závislosti, buď formou abstinence, nebo substituce. Matky ale také mnohdy neurčí otcovství, a když paradoxně i drogově závislý partner se chce starat. O interrupci ženy často neuvěřují, nejsou natolik rozdílné.

10. Jsou rozdíly v motivovanosti závislých těhotných žen podle abúzu primární drogy (má druh drogy vliv na motivaci)?

šDomnívám se, že u žen závislých na heroinu se jedná sice o dlouhodobě terapeutickou a sociální práci, ale potom jsou tyto ženy odpovídnější, více sdílnější a především více s odborníky spolupracují, jakmile se rozhodnou, v těhotenství také vydrží abstinovat. Oproti tomu s ženami s abúzem návykové látky pervitinu je velmi obtížná spolupráce s odborníky, manipulují všemi kolem sebe, popírají svoji závislost. Těmto ženám navazují různé vztahy s ostatními. Staví se k celé situaci stylem, že si na ní ostatní zasedli - šnačkou ji, že má pervitin a přitom ona ho nemá. Nemají na situaci žádný náhled, neustále lžou, cítí se jako obě. Spoléhají na účinek pervitinu, že si ho mohou kdykoli dát, protože rychle vymetabolizuje. Neuvdomují si nebezpečnost svého jednání, obtížně jim navazují vztahy, bývají paranoidní. Říká se, že klient, který nevěří pervitinu, užívat heroinu je to dané rozdílností osobnostních charakteristik.

11. Uvedla byste jakékoli další (podle Vás) důležité aspekty, i podmínky, na které v otázkách nebylo poukázáno, na co by bylo dobré se nejen v praxi zaměřit?

ŠZde bych uvedla, že je důležité neopomíjet ani kontrolu alkoholu a léků mezi klienty a celkově ve společnosti a rozšířit ve společnosti obecně podvědomí, co by mohlo být ohroženo v této hotovosti, společnost daná rizika opomíjí a podceňuje. Je třeba dbát na rodinné prostředí a zvyšovat etické hodnoty v rodinách, dbát na výchovná pravidla v rodině, ve společnosti a v celém systému. Nejvýš bych postavila hodnoty společnosti, od nichž se vše odvíjí. Financování je další složkou, osobně se domnívám, že současný systém, politický, udělal vše, co mohl. Společnost vyznává nadměrné materiální hodnoty, důležité je však hlavně etická a mentální úroveň společnosti. Neopomenula bych ani zvyšovat a podporovat spolupráci subjektů pracujících s drogově závislými ženami. Zároveň bych se zmínila o tom, že společnost by si měla uvědomit etické důvody, pomáhat více šblifním, z ekonomického hlediska jsou i drogově závislé ženy a jejich děti potenciální daňoví poplatníci. Rizikem je i fakt, že pokud například jde drogově závislá žena o pomoc finanční formou sociálních dávek, je pravděpodobné, že půjde o dítě.

9. DISKUZE

Diplomová práce si kladla za cíl zjistit, jak t hotenství ovliv uje motivaci k abstinenci u drogov závislých t hotných žen.

Z p ípadových studií je patrné, že uvedené klientky svoji graviditu zachytily aíl v pozd j-ím stadiu, což se shoduje s poznatky z odborné literatury v teoretické ásti diplomové práce. U v-ech klientek se jednalo o neplánované ot hotn ní a pouze jedna klientka cht la uvést otce dítěte. Klientky ásto primární drogu kombinovaly je-t s jinou NL (mnohdy pervitin a heroin), pop ípad Subutexem, nej ást ji v-ak byly závislé na pervitinu.

Ve dvou p ípadech jífl byla zahájena spolupráce se sociální pracovnící OSPOD v pr b hu t hotenství, tedy je-t p ed porodem, u dvou klientek byla sociální pracovnice OSPOD kontaktována aíl sociální pracovnící z porodnice. Opakované pokusy o abstinenci u klientek p ed ot hotn ním skon ily neúsp -n , ale t hotenství braly jako dal-í p íleflitost za cestou k abstinenci. Je v-ak otázkou, jak hluboké toto jejich p esv d ení je, nakolik ho berou váfln a zda to nakonec v d sledku povinností spojených s mate skou rolí nevzdají. P ípadovými studiemi bylo možné mapovat také možností, kam je dítě následn propou-t no. Jednou možností zde bylo umíst ní v KÚ, kdy se klientka rozhodla pro NRP. Dítě bylo do KÚ p elofleno jako do asné e-ení, neíl si klientka zajistí vyhovující podmínky pé e o dítě . Díky v asnému zahájení spolupráce s OSPOD a tím í pro-et ení zázemí a situace v rodin klientky, bylo možné p edpokládat, že dítě bude propou-t no dom do pé e matky a rodina bude nadále spolupracovat se sociální pracovnící v terénu na dodrflování lé by a abstinenci. Dv ma klientkám se poda ilo áste n v t hotenství abstinovat.

U odborníků se názory shodují v tom, že pro matku není v t-í motivace pro abstinenci, neíl je t hotenství a následné mate ství. Dokonce v programu Centra pro rodinu odhadují úsp -né abstinování u 60 % matek. Problém, který zásadn ovliv uje t hotenství je, že o n m matka dlouho neví a nevyhledá poradnu pro t hotné. Ve v t-ín p ípad mají závislé t hotné ženy poruchy menstrua ního cyklu, p eváfln uflivatelky opiát . V t hotenství je nejd leflit j-í první trimestr. V jeho pr b hu v-ak o n m zpravidla je-t závislá žena neví. V p ípadových studiích se s tímto faktem informace shodují a uvedené t hotné ženy dlouho o svém t hotenství nev d ly. V druhém aíl

t etím trimestru jifl si flena své t hotenství uv domuje, n kdy ho v-ak popírá stejn jako svoji drogovou závislost (hlavn fleny závislé na pervitinu). Z p ípadových studií vyplývá, fle v rámci druhého a t etího trimestru proflívají klientky ambivalentní pocity, které jejich motivaci ovliv ují a motivovanost klientek se tak v pr b hu gravidity r zn m ní. Proto je zapot ebí neustále jejich motivaci posilovat. Pocity nejistoty, zda bude schopna se o své dít starat, st ídají okamflíky, kdy flena vnímá své t hotenství jako moflné východisko z bludného kruhu závislosti. T hotenství je jifl nutí o svém flivot a p ípadné zm n p emý-let. Nejsiln j-í motivaci dv klientky vnímají v dob , kdy zjistily, fle jsou t hotné. Jedna klientka nebyla motivována a u poslední klientky bylo období nejvy-í motivace v posledních t ech m sících gravidity. Situaci, kdy klientka není motivovaná, m fle to souviset s tím, fle si klientka uv domí, jaké sebou mate ství p iná-í povinnosti a starosti, proto to vzdává.

Nejt fl-ím krokem pro n asto bývá oprostít se od partnera, který asto také drogov závislý a za ít m nit dosavadní zp sob flivota. Jiná situace nastává, pokud se partner rozhodne pro lé bu stejn jako matka, v tom p ípad m fle být vliv partnera pozitivní.

Jednotný názor panuje v oblasti, kdy je nejvhodn j-í za ít pracovat s drogov závislou flenou. Optimální je za ít motivovat a intervenovat klientku jifl v t hotenství, nejlépe v-ak jifl v rámci primární prevence u náctiletých dívek, tedy u potencionálních budoucích matek. Nedílnou sou ástí práce s t hotnými klientkami je vedle projednávání jejich lé by a abstinence je také e-ení sociálních d sledk drogové závislosti. Bez komplexní pé e, která se týká v-ech bio-psycho-sociálních oblastí flivota klientek, by lé ba nebyla dostate n efektivní.

Nemén d leflité je, jak se u odpov dí ukázalo, poskytovat klientkám dostatek pot ebných informací o dostupných slufbách, mofnostech lé by a p ípadné i navrhnutí optimální lé by s ohledem na pot eby a p ání klientky. Jako vhodné se ukazuje aplikovat nenásilný zp sob cesty k abstinenci. V í klientce je zapot ebí uplat ovat empatický p ístup a neustálé podn cování její motivace. Podle odpov dí odborník v oblasti drogových závislostí se pro posílení a zvnit n ní motivace povafluje za zásadní posilování sebev domí matky, jejich rodi ovských kompetencí a dostate n ji podporovat nejen po stránce odborné, ale i v rámci rodiny a p ípadn partnera. Bezesporu nejd leflit j-ím faktorem motivace k abstinenci je neoddlavat dít od

matky, ale umožnit lébu spolu s dítětem. To však neznamena, že matce je dána naprostá volnost. Nadále je nezbytný neustálý dohled a spolupráce se sociálními pracovníci OSPOD, aby bylo dbáno na dodržování práv a byla zajištěna vhodná péče o dítě. Prvotní zásadní krok v terapeutické práci s touto hotnou klientkou může být jífl v rámci terénního programu nebo nízkoprahového zařízení. Je vhodné se-it s klientkami otázku nejen jejího t hotenství, eventuáln prevenci necht něho a rizikového t hotenství, ale také možnosti léby i substituce.

Klientky podle p ípadových studií a dle rozhovor s odborníky jsou ve v t-in p ípad bez zázemí, flíjí na ulici i v azylovém dom . Pokud je rodina klientky fungující, nez ídka se stává, že jsou rodi e nápomocni a d ti jim jsou mnohdy sv eny do pé e. Vedou promiskuitní zp sob flivota, nebo v p ípad , že mají stálého partnera, asto je sám drogov závislý. T hotné fleny jsou nezam stané, nemají stálý finan ní p íjem, ani nebývají v evidenci ú adu práce. Zásadním faktorem, který negativn ovliv uje motivaci je, že asto t mto flenám chybí vzor v primární rodin . Podle uvád ných p ípadových studií mají dv klientky nefungující rodinné zázemí, asto se jedná o neúplné rodiny. Pocit rodinné sounáleflitosti a bezpe í jim mnohdy dáva partner.

Kdyfl se zam íme podrobn ji na rozdíl v motivaci podle primární návykové látky, odborníci jsou toho názoru, že u opioid , u nichfl vzniká i somatická závislost, je motivace k abstinenci sloflit j-í, jelikofl klientky mají asto obavy práv z pr b hu abstinence syndromu.

A koli závislé fleny vnímají dítě jako motivaci k abstinenci, nepovede se jim v fldy k tomuto cíli dojít a dítě tak kon í v kojeneckém ústavu nebo v pé i prarodi . Matkám je v-ak dán prostor, aby zm nily podmínky dosavadního zp sobu flivota, zahájily lébu a dítě jim bylo dáno do pé e.

Podle n kterých výzkum se ukazuje, že v t-ina flen není ochotná a motivována zm nit sv j zp sob flivota kv li dítěti. Osobn se domnívám, že závisí na tom, ve které fázi pé e se klientka nachází. Pokud dochází do kontaktního centra, nebo se s ní setkají pracovníci v terénu, není klientka motivovaná v takové mí e, jako jífl nap . v ambulantní léb i v TK, kde může být spolu se svým dítětem.

Je diskutabilní, zda se za úspěch může považovat alespoň snížení dávek drogy nebo nahrazení drogy substitučním přípravkem. Domnívám se, že jakýkoli krok v pozitivním slova smyslu je podstatný.

Při práci s danou klientelou tichotných žen na porodnické klinice se většina klientek jeví v daném okamžiku jako motivovaná, a to právě díky tichotenství. Snahí se najít lepší smysl života a často se rozhodnou pro léčbu. Jak však jejich příběhy končí, se mnohdy nedozvíme. Ze statistických záznamů porodnické kliniky FN Motol (viz Graf . 1) lze zjistit, že většina dětí bývá propuštěna z porodnice domů do péče matky, obmě rodičem, nebo prarodičem. Někdy poté děti je umístěna na základě předchozího opatření do KÚ nebo matka souhlasila s dobrovolným pobytem a sociální pracovnice OSPOD s matkou nadále pracují na zlepšení podmínek vhodných pro výchovu dítěte nebo její léčbu. Pouze málo dětí je umístěno v KÚ za účelem zprostředkování NRP. V grafech . 2 a 3 jsou uvedeny podíly těchto dětí v procentech. V roce 2010 se ve FN Motol nezaznamenalo žádné dítě, které by matka chtěla dát k osvojení, v roce 2009 (viz grafy . 2 a 3) se pro osvojení rozhodly dvě drogově závislé matky. Dítě, které se matka rozhodne dát k osvojení, je poté umístěno do kojeneckého ústavu.

Aby se mohlo zdát, že abstinovat se podaří většině klientkám, sama jsem vzhledem k těmto údajům mírně skeptická. Je zapotřebí nahlídnout na věc s dlouhodobější perspektivou. Cofl je podle mého názoru vhodné doplnit z dostupných statistických údajů Sananimu, kdy v období mezi lety 2001 až 2008 z celkového počtu 82 matek úspěšně dokončilo léčbu a abstinuje 72% matek. Dle výroční zprávy Sananimu (viz graf . 4) bylo v TK Karlov v roce 2008 léčeno celkem 20 matek, z toho 16 úspěšně dokončilo léčbu a 4 pokračovaly v následujícím roce, kdy z celkového počtu 19 léčených matek dokončilo léčbu 6 a 7 pokračovalo, a v roce 2010 dosáhl počet léčených matek počtu 23, z nichž úspěšně dokončilo léčbu 10 matek a 9 pokračovalo v léčbě v r. 2011.

V porovnání mezi roky 2009 a 2010 (viz graf . 1) vzrostl počet drogově závislých tichotných žen, které porodily ve FN Motol z 26 na 35. To však nemusí konkrétně vypovídat o nárůstu celkového počtu těchto klientek v populaci.

Osobně bych shledala jako efektivní postup při práci s tichotnými ženami více dostupných zařízení zaměřených na specifické potřeby dané cílové skupiny, které nebudou dostupné pouze v Praze, ale i v ostatních městech České republiky.

Jako dleflitě vnímám vytrvalé posilování mateřských kompetencí a motivaci ke změně. Pokud se závislé matce nepodaří zcela abstinovat, je vhodné zařadit ji do substitučního programu. Nepostradatelnou součástí fungujícího systému péče o drogově závislé matky by měla být vzájemná spolupráce odborníků, propojenost a návaznost služeb. Domnívám se, že nejefektivnějším krokem by v praxi byl včasný záchyt drogově závislé matky, která otěhotněla již v teorii zmíněného modelu case - managementu.

Domnívám se, že cíl diplomové práce byl splněn. Byly zodpovězeny hlavní výzkumné otázky. Lze předpokládat, že těhotenství výrazně ovlivňuje motivaci drogově závislých žen a tato motivace se v průběhu těhotenství mění.

ZÁV R

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak t hotenství motivuje k abstinenci drogov závislou fenu. Jelikož autorce není známa fládná studie zabývající se výhradn motivací k abstinenci u drogov závislých t hotných fen, zpracovala autorka toto aktuální téma v této práci.

Práce je teoreticko empirická. V první ásti práce je snahou autorky p íblíít rozsáhlou oblast drogových závislostí. Autorka uvádí specifika drogových závislostí u fen a charakterizuje populaci drogov závislých t hotných fen.

V empirické ásti jsou zpracovány p ípadové studie t hotných klientek a polostrukturované rozhovory s odborníky v oblasti drogových závislostí.

Za velmi významný faktor, který pozitivn ovliv uje motivaci a úsp nost lé by, se ukazuje umofn ní lé by závislé matky spolu s jejím dít em. Odlou ení, by jen na dobu p ípadné detoxifikace, m fle zp sobit p etrnutí pouta mezi dít em a matkou, a tím fena p estane mít o dít zájem. Dal-ím d leflitým a ú inným motiva ním aspektem je i hrozba moíného odebrání dít te z pé e matky nebo naopak nad je, fle dít získá op t do své pé e.

V dal-ím textu autorka uvádí, fle snahou odborník v usnadn ní nelehkého úkolu feny abstinovat je plná podpora jejich rodi ovských kompetencí.

Autorka rovn í zmi uje, fle v neposlední ad je d leflité dbát na prevenci rizikového t hotenství, i to by m lo být nepostradatelnou sou ástí pé e o drogov závislé feny.

Poznatky diplomové práce lze vyuffít v práci s drogov závislou t hotnou klientkou na odborných pracovi-tích.

Seznam použité literatury

ETŇKOVÁ, E., SVOBODA, M., KU EROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-154-9

FISCHER, S., TŇKODA, J. *Sociální patologie, analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Havlík v Brod: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2781-3

HAJNÝ, M. Drogová závislost a krize. In VODÁKOVÁ, D. aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 426-447, ISBN 80-7178-696-9

HANZAL, P. Léčba závislosti na drogách matek s dětmi v TK. In Kolektiv autorů. *Terapeutická komunita po drogově závislé 2., česká praxe*. Praha: MHMP, Střední český kraj a Magdaléna, o.p.s. Nakladatelství Lidové noviny, 2007, s. 263-273, 978-80-7106-937-9

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 14, 192, 327, 328, 505, ISBN 80-7178-303-X.

HARTL, P. *Umění rozhovoru*. Praha: Katedra sociální práce FF UK, 1994

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum - základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-485-4

HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972, SPN 24-0-182

CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. České Budějovice- Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta: Jihočeský Inzert Express, 2000, ISBN 80-7040-409-4

KALINA, K. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In KALINA, K. aj. *Drogy a drogově závislosti 2. Mezioborový příspěvek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 97-102, ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 78-82, ISBN 80-86734-05-6

KOHOUTEK, R. aj. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998, ISBN 80-7204-064-2

KOTKOVÁ, V. Výsledky léčby detoxifikace na 1 týden. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, ročník 11, číslo 3, s. 115-116. ISSN: 1213-0508; 1803-5272

MAIEROVÁ, E. Motivace uživatelů návykových látek v rámci ochranné léčby a dobrovolné léčby. *Adiktologie*. 2010, ročník 10, číslo 4, s. 237-245, ISSN 1213-3841

MATOUŠEK, O. aj. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9

MATOUŠEK, O., VONDRÁČKOVÁ, A., MÜLLEROVÁ, P. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., KOLÁŘKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X

MIKŠŮK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2003, ISBN: 80-246-0240-7

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory*. Přeložila Petra Vrtbovská. Tišnov: SCAN, 2004, s. 15, ISBN 80-86620-09-3

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivational Interviewing- Preparing People For Change*. New York: The Guildford Press, 2002, ISBN 1-57230-563-0

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Havlíčkův Brod: Grada, 2006, s. 17, ISBN 80-247-1362-4

MIOVSKÝ, M., BARTOŠKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 25- 29, ISBN 80-86734-05-6

MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁČKOVÁ, A. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, O., KOLÁŘKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X

- NAKONE NÝ, J. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1. Vydání, 1997, s. 27, ISBN 80-200-0592-7
- NAKONE NÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009, ISBN 978-80-200-1679-9
- NETPĚR, K. Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový p ístup*. Praha: Ú ad vlády eské republiky, 2003, s. 244-247. ISBN 80-86734-05-6
- NETPĚR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000, s. 61, ISBN 80-7178-432-X
- NETPĚR, K., CSÉMY, L. *Lé ba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, ISBN 80-85121-52-2
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001, ISBN 80-7169-938-1
- PRESLOVÁ, I. Závislé matky s d tmi. In KALINA, K., aj. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový p ístup*. Praha: Ú ad vlády eské republiky, 2003, s. 244-247. ISBN 80-86734-05-6
- ROTGERS, F. *Lé ba drogových svislostí*. Havlí k v Brod: Grada, 1999, s. 203, ISBN 80-7169-836-9
- EZÁ , J. *Sociální psychologie*. Brno: PAIDO, 1998, s. 43, ISBN 80-85931-48-6
- SEDLÁ KOVÁ, K., fiřKOVÁ, B. Uflívání psychoaktivních látek v t hotenství. *Prevence úraz , otrav, násilí*. 2007, ro . 3, . 1, s. 71-76, ISSN 1801- 0261
- SCHMIDOVÁ, T. Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. *fieny a drogy*. Praha: Sananim, 2009, s. 85-88, ISBN 978-80-254-5133-5
- SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Studijní materiál pro distan ní vzd lávání. Praha: PVTPS, 2006
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert Boskovice, 1999, ISBN 80-85834-60-X

TRÁVNÍ KOVÁ, I. aj. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001, ISBN 80-86008-92-4

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozprac. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 549, ISBN 80-7178-802-3

VAV INKOVÁ, B. *Stres a závislost*. Brno: I. mezinárodní konference Komunitní spolupráce v ČR, 2003, s. 8-9

VAV INKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v závislosti - specifika péče o uživatelky drog a jejich novorozence*. *Zaostřeno na drogy*. 2007, ročník 5, číslo 4, s. 1-12, ISSN 1214-1089

VAV INKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v závislosti*. Praha: Triton, 2006, ISBN 80-7254-829-8

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: MAXDORF, 2000, ISBN 80-85912-38-4

VONDRKA, J. *Smrt jménem závislost*. Praha: Portál, 2004, s. 179, ISBN 80-7178-884-8

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého - Lékařská fakulta, 2003, s. 14, ISBN 80-244-0709

Internetové zdroje:

Abúzus drog v t hotenství. | Porodnice.cz /online/. c2002-2011 /cit. 2011-3-16/.

T hotenství- rizikové. Dostupné z <http://lekari.porodnice.cz/abuzus-drog-v-tehotenstvi>

BINDER, T., VAV INKOVÁ, B., fiVNÝ, J. *Charakteristika populace drogov závislých t hotných flen v R.* | LS JEP /online/. c1998-2008 /cit. 2011-6-20/.

asopisy- lánek. Dostupné z

<http://nts.prolekare.cz/cls/Ukazclanek20b90.html?clanek=9186&jazyk=&cislo=569>

Glosá pojmu šodvykací syndromě| Drogy-info.cz, Národní monitorovací st edisko pro drogy a drogové závislosti

Ú ad vlády R /online/. c2003-2006, aktualizace 4.10.2005 /cit. 2011.8.1/ Dostupné z

<http://www.drogy->

[info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/odvykaci_syndrom_odvykaci_stav_withdrawal_syndrome](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/odvykaci_syndrom_odvykaci_stav_withdrawal_syndrome)

Problems facing women drug users and their children | EMCDDA /online/. c2008, aktualizace 9. 1. 2008 /cit.2011-2-8/ Dostupné z

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34937EN.html>

Schwanger und Substanzkonsum? | **Landschaftsverband Rheinland** - Qualität für Menschen. Abteilung Abhängigkeits- erkrankungen. /online/. c2011, /cit. 2011-6-9/

Dostupné z

<http://www.rk->

[duesseldorf.lvr.de/ueber_uns/klinik_psychiatrie/abteilung_sucht/schwanger_drogen.htm](http://www.rk-duesseldorf.lvr.de/ueber_uns/klinik_psychiatrie/abteilung_sucht/schwanger_drogen.htm)

V t-ina drogov závislých flen má traumata z minulosti. /online/. c1999-2011, poslední

aktualizace 12.8.2009, /cit. 2011-20-2/ dostupné z [http://drogy.doktorka.cz/vetsina-](http://drogy.doktorka.cz/vetsina-drogove-zavislych-zen-ma-traumata-z-minulosti/)

[drogove-zavislych-zen-ma-traumata-z-minulosti/](http://drogy.doktorka.cz/vetsina-drogove-zavislych-zen-ma-traumata-z-minulosti/)

Zákon . 359/1999 Sb. o sociáln právní ochran d tí. | Portal.gov.cz /online/. c2003-2011, /cit. 2011-1-8/ dostupné z

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=359/1999

KLEJNOVÁ, J. *Novorozenecký abstinenci syndrom*. | Doktorka.cz /online/ c.1999-2011, aktualizace 4.9.2007 /cit. 2011-9-8/ dostupné z <http://drogy.doktorka.cz/novorozenecky-abstinencni-syndrom/>).

TRÁVNÍ KOVÁ, I. *Problémy drogové závislosti v t hotenství* | Mvcr.cz /online/. c2002 / cit. 2011-6-20/. Dostupné z http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2002/02_02/drogy.html

T hotenství ó Wikipedie /online/ c2011, aktualizace 1.7.2011 /cit. 2011-8-8/ dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/T%C4%9Bhotenstv%C3%AD>

Drogová závislost ó Wikipedie /online/ c2011, aktualizace 26.7.2011 /cit. 2011-8-8/ dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Drogov%C3%A1_z%C3%A1vislost

Dodatek: používané zkratky

OSPOD- Oddělení sociálně právní ochrany dětí

TK- terapeutická komunita

NL- návyková látka

PL- psychiatrická léčebna

VTOS- výkon trestu odnětí svobody

AT poradna- alko-toxo poradna

WHO- World Health Organisation

PPP- poruchy příjmu potravy

SOU- Střední odborné učiliště

i. v. - intravenózní způsob aplikace (tzv. nitrofilní)

ÚP- úřad práce

M Ú- Městský úřad

NAS- Novorozenecký abstinční syndrom

KÚ- kojenecký ústav

EU- Evropská unie

CNS- Centrální nervová soustava

HIV- Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti

NNO- Nestátní nezisková organizace

NRP- náhradní rodinná péče

FN- Fakultní nemocnice

MHMP- Magistrát hlavního města Prahy

Příloha . 1

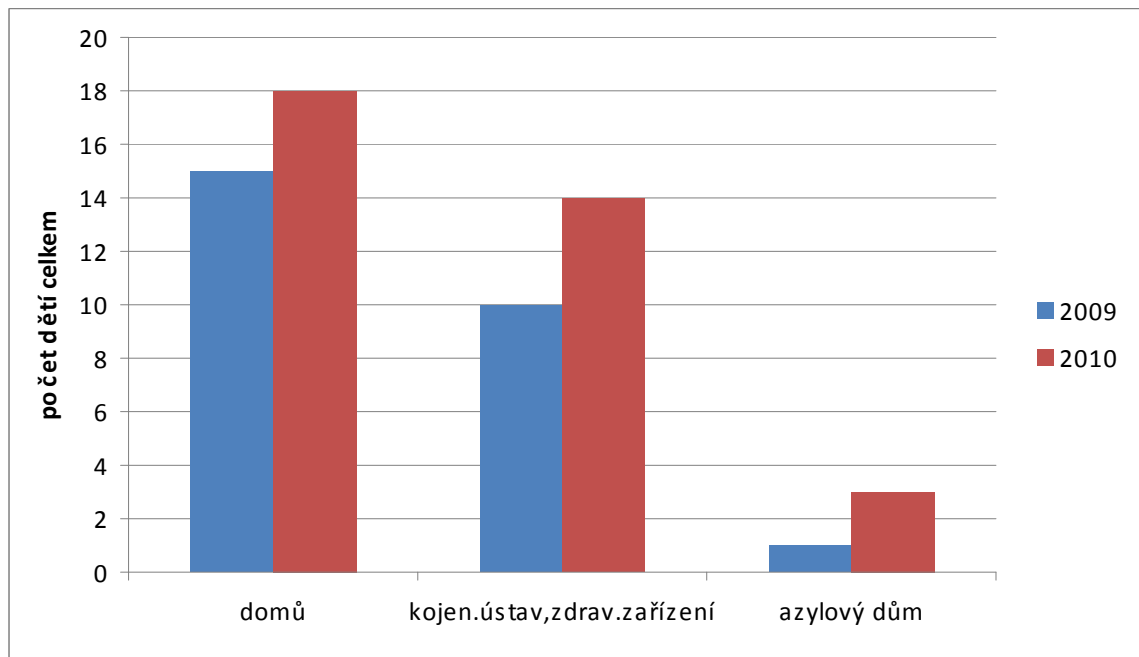
Otázky polostrukturovaného rozhovoru k diplomové práci

1. Co by podle Vašeho názoru zvýšilo motivaci drogově závislých a hotných žen a matek, aby abstinovaly, nebo jaké faktory je vůbec motivují k abstinenci?
2. Kdy s drogově závislou a hotnou ženou je nejlépe začít pracovat tak, aby se rozhodla abstinovat nebo alespoň zlepšit podmínky pro mateřství?
3. Jak efektivně pracovat se závislou a hotnou ženou nebo matkou, jaké máte dostupné možnosti v rámci Vašeho povolání?
4. Jak zajistit prevenci a včas podchytit možné rizikové faktory a hotenství drogově závislé ženy?
5. Co by se mělo zlepšit, popřípadě změnit ve stávajícím systému péče o drogově závislé (a hotné) ženy?
6. Kdy si drogově závislá matka uvědomuje své hotenství a jak se k němu staví?
7. V jakém období se dostaví u matek vrchol motivace a jak se v průběhu hotenství, mateřství mění?
8. Jaké jsou typy klientek ve Vaší praxi, co se týká zázemí, partnera, povolání?
9. Jaký vztah k dítěti mívají matky, které vyhledávají Vaše pracoviště, a jaký vztah k jejich dětem má partner, popřípadě celá rodina?
10. Jsou rozdíly v motivovanosti závislých a hotných žen podle abúzu primární drogy (má druh drogy vliv na motivaci)?

11. Uvedla byste jakékoli další (podle Vás) důležité aspekty, i případně podmínky, na které v otázkách nebylo poukázáno, na co by bylo dobré se nejen v praxi zaměřit?

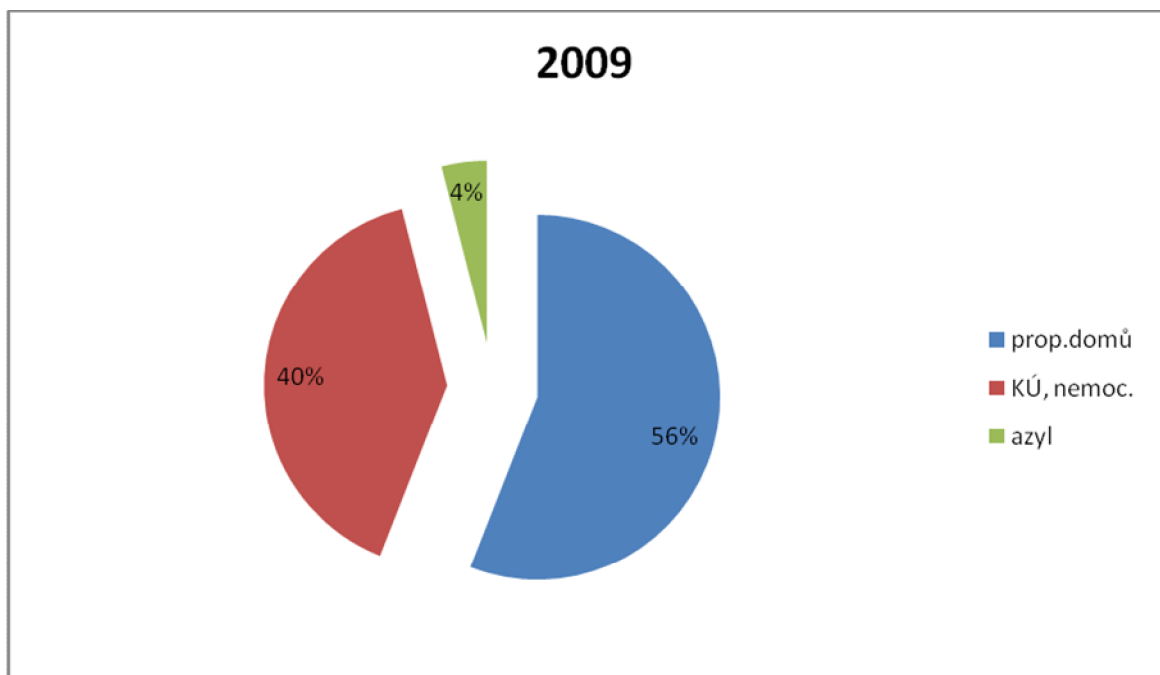
Příloha . 2

Graf . 1 PROPUCENÍ DÍTÍ Z PORODNICE FN MOTOL V R. 2009 A 2010



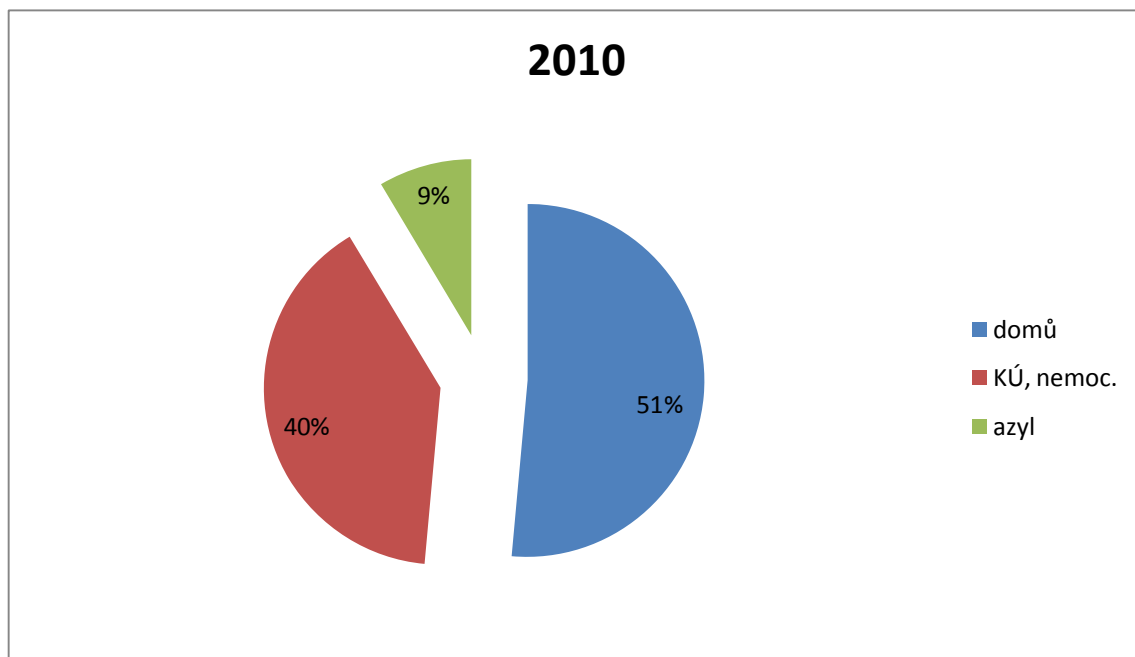
Zdroj: statistika FN Motol, Oddělení sociální

Graf . 2. POMĚR PROPUCENÝCH DÍTÍ V R. 2009



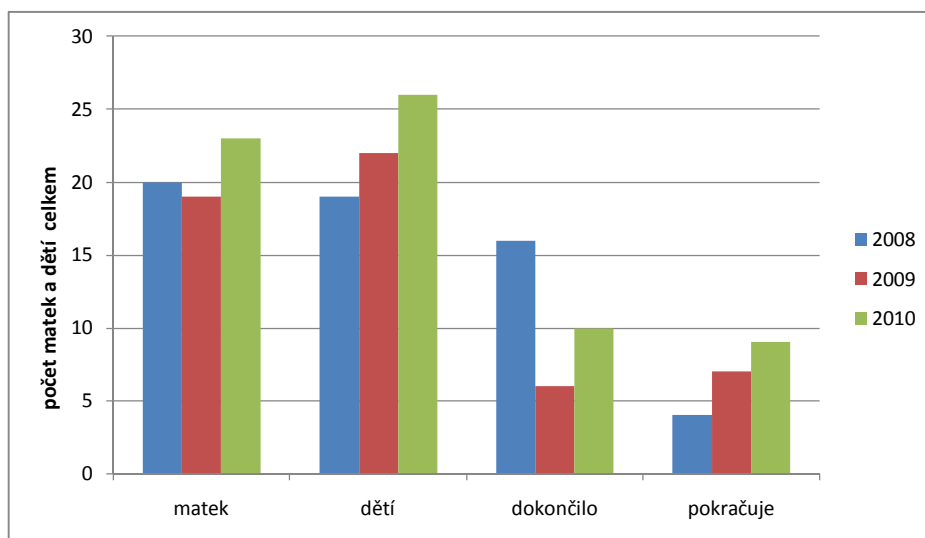
Zdroj: statistika FN Motol, Oddělení sociální

Graf . 3. POM R PROPUPU™ NÝCH D TÍ V R. 2010



Zdroj: statistika FN Motol, Oddělení sociální

Graf . 4. PO ET MATEK A D TÍ V TK KARLOV V OBDOBÍ 2008 - 2010



Zdroj: výroční zpráva Sananim r. 2010

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Bc. Denisa Maňasová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Motivace k abstinenci u drogově závislých
tuhotných žen

Počet stran bez příloh: 96

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulové literatury a pramenů: 43

Počet titulové zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 11

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Rok dokončení práce: 2011

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Denisa Makešová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Motivace k abstinenci u drogově závislých žen
 Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 96

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 57

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla