

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra sociálních studií

DROGOVÁ ZÁVISLOST A MATEŘSTVÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Němečková

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, PhD.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Zuzana Němečková**

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Obor: Zdravotně sociální pracovník

Garant studijního oboru: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Název práce: **Drogová závislost a mateřství**

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je zjistit motivy matek s drogovou závislostí k abstinenci a následné využití těchto motivací sociálním pracovníkem. Data budou získávána od matek, které braly drogy, ať už v mateřství či těhotenství, ale již přestaly a co je k tomu vedlo, jakou k tomu měly motivaci.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na matky drogově závislé, které užívaly drogy v období těhotenství či v následném období mateřství a nyní již abstinují. Popisuje, co vedlo matky k jejich abstinenci, jaké k tomu měly motivy a jak se tyto motivy v čase mění. Okrajově se také zabývá rolí sociálních zařízení a státních orgánů v kontextu pozitivní či negativní motivace.

Klíčová slova

Těhotenství, mateřství, drogová závislost, abstinence, motivace.

Abstract

The bachelor thesis focuses on drug-dependent mothers who used drugs during pregnancy or in the subsequent period of motherhood and are now abstinent. It describes what led the mothers to their abstinence, what their motives were for doing so and how these motives have changed over time. It also looks peripherally at the role of social institutions and state authorities in the context of positive or negative motivation.

Keywords

Pregnancy, motherhood, drug addiction, abstinence, motivation.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne Klikněte nebo klepněte sem a zadejte datum.

.....

Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Vlastě Řezníkové PhD., jakožto vedoucí mé závěrečné práce, za trpělivost a vstřícnost při psaní práce. Dále bych chtěla poděkovat celému týmu katedry sociálních studií, a to za umožnění studia s individuálním plánem, vzhledem k mému těhotenství a následnému mateřství. Především tak děkuji paní Mgr. Markétě Dubnové PhD. za vstřícný přístup.

Obsah

Seznam zkratk	7
1 Úvod	8
2 Charakteristika drogově závislých žen	9
3 Drogy a drogová závislost	11
3.1 Historie drog.....	11
3.2 Rozdělení drog.....	12
3.3 Drogová závislost.....	14
3.4 Abstinence	15
4 Těhotenství a mateřství	16
4.1 Potrat.....	16
4.2 Porod	16
4.3 Důsledky užívání drog v těhotenství a mateřství	17
5 Motivace	18
5.1 Motivace v závislosti	18
6 Péče o drogově závislé matky a jejich děti	20
7 Praktická část	22
7.1 Metodika výzkumu	22
7.2 Metody sběru dat	22
7.3 Výzkumné otázky.....	23
7.4 Limity výzkumu.....	23
7.5 Stručné výsledky rozhovorů	23
7.6 Výsledky výzkumu	27
7.7 Doporučení pro praxi	28
8 Závěr	29
Seznam použité literatury	30
Přílohy	33
Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce drogová závislost a mateřství	33
Otázky k rozhovoru	34

Seznam zkratek

VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
CNS	Centrální nervová soustava
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
TK	Terapeutická komunita
NAS	Novorozenecký abstinenční syndrom
D	Dotazovaná

1 Úvod

Cílem této práce je stručně popsat drogovou scénu a dále se věnovat především drogově závislým matkám a drogově závislým těhotným ženám. Zjistit, jaké byly jejich motivy k abstinenci.

Výběr tématu především závisel na mých absolvovaných praxích v terapeutické komunitě Podcestný mlýn a v azylovém domě, kde jsem měla možnost setkat se se skupinou drogově závislých a ujistit se, že po pracovní stránce chci směřovat tímto směrem. Také jsem brala v potaz, že sama jsem matka a mám zkušenosti s drogovou závislostí z velmi blízkého okolí. Chci se zaměřit na tuto cílovou skupinu, ale dále ji definovat tak, že respondentky, které budu hledat, jsou již po léčbě. To znamená, že výzkumný materiál budu primárně hledat metodou sněhové koule a dotazované nebudou klientkami sociálních zařízení, jako jsou terapeutické komunity, azylové domy nebo jiná zařízení určená pro tuto cílovou skupinu.

Gender ve spojení s drogovou závislostí je téma, které se čím dál více řeší a specifickou skupinou v této oblasti jsou samozřejmě ženy, neboť se drogová závislost posuzuje v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím, zkrátka s biologickými faktory. Vzniká více služeb zaměřených na klientelu drogově závislých matek a jejich dětí. Klientem tedy není pouze žena sama, jak to bývá u mužů, ale také dítě. Matka je středem pozornosti služeb, které se snaží přivést ji k abstinenci, a na dítě se zaměřuje orgán sociálně-právní ochrany dětí. Tento proces známe jako interdisciplinární spolupráci. Matky mají možnost léčit se ze závislosti společně s dítětem například v terapeutických komunitách, přičemž toto není vyloučeno ani u mužů. Tím se eliminuje riziko odebrání dítěte. Touto prací bych také chtěla předejít předsudkům, které byly

a jsou vytvořeny v souvislosti s drogově závislými ženami.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se nejprve zabývám matkami jako specifickou skupinou drogově závislých. Obecně popisují drogovou scénu, historii drog a rozdělení drog. Dále se věnují tématu těhotenství, mateřství a pojmům s tím spojeným. Na závěr popisují služby, které jsou dostupné pro tuto cílovou skupinu, a především se věnují motivům, které vedly matky-uživatelky k abstinenci. Zkoumám také to, zda jsou tyto motivy spíše pozitivní, či negativní, a jakou roli hrají sociální zařízení v kontextu s abstinencí.

2 Charakteristika drogově závislých žen

S touto cílovou skupinou se více začalo pracovat až v 90. letech v souvislosti s tím, že se čím dál častěji rodily děti drogově závislým matkám. *V průběhu let jsme se postupně učili nebát se toho, že naši mnohdy problémoví klienti přivádějí na svět děti, což bylo někdy mnohem obtížnější než smířit se s tím, že kradou, prodávají drogy apod. Naučili jsme se klientky neodsuzovat za užívání drog v těhotenství a za nezáměr o dítě, stejně jako neodsuzujeme ostatní klienty za to, že jsou závislí a berou drogy. Má to jeden prostý důvod: nikomu tím nepomůžeme.* (Preslová, 2009)

V této oblasti však schází, vzhledem ke krátkému období věnování se této klientele, zkušenosti a dlouhodobé sledování jevů týkajících se drogově závislých matek. (Velemínský, Žižková, 2008)

Drogově závislé těhotné ženy jsou v odborných studiích popisovány, jako mladší ženy bez partnera. Tyto ženy bývají z nižších socioekonomických tříd a také s nižším vzděláním. Většina z nich dokončí pouze základní školu, často ani to ne, nebo se dále dostanou na odborná učiliště a vystudují některý z oborů, nejčastěji to však bývá obor kuchař/číšník nebo cukrář. U nás v České republice jsou nejpostiženější skupiny drogově závislých v letech 15–24. Tvoří až 80,3 % drogově závislých v populaci. Po vzniku klasického drogového trhu oslovily drogy hlavně velmi mladé jedince. Primárně jde o snahu zařadit se do komunity. Velký vliv mají v tomto případě vrstevníci, kamarádi či různé party. Jde tu především o experimentování. Důležitým faktorem je také prostředí, kde se lze setkat s drogou, jako jsou například kluby a diskotéky. Při vývoji osobnosti a stárnutí často dochází k tomu, že význam drog klesá a nahrazují je jiné hodnoty. (Vavřínková, Binder, 2006)

Podle demografických charakteristik v Zuckermanově studii (1989) probíhající v Boston City Hospital bylo 78 % gravidních uživatelék drog svobodných. Při drogové závislosti dochází k izolaci a postupně také k rozpadání partnerských vztahů, někdy se ale stane, že ještě žádné nejsou vybudované. V tom hraje velkou roli příslušnost k partě, která nepomáhá k vytváření partnerských vztahů. Dalším významným znakem této skupiny je nezaměstnanost. (Vavřínková, Binder, 2006)

To, co činí tuto skupinu rozdílnou, od mužské skupiny, jsou hlavně specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím. Rozdíly mezi problematikou drog žen a mužů jsou velké a vyžadují odlišné přístupy. (Kalina, 2003) Tyto ženy většinou pocházejí z nefunkčních rodin, kde se v minulosti nebo současnosti objevuje závislost také. (Vavřínková, Binder, 2006)

Obecně lze říci, že těhotenství není u velké většiny drogově závislých dostatečným podnětem ke změně stereotypů chování. (Vavřínková, Binder, 2006)

Specifika drogově závislých žen nezůstávají pouze u mateřství. Vznik závislosti a průběh užívání je u žen jiný než u mužů. Ženě vzniká závislost rychleji, po nižších dávkách a podle výzkumů má také méně problémů se zákonem a zároveň nejsou tak často přijímány do terapeutických programů. U žen je také více časté sexuální zneužívání a prostituce v souvislosti s drogovou závislostí. (Preslová, 2009)

Drogově závislé ženy běžně trpí zároveň i psychickou poruchou, která není vždy diagnostikována a v důsledku užívání se může rozvíjet a může být „skrytá“. Při zjištění psychické poruchy musí být žena vyšetřena a musí být zahájena léčba. (Velemínský, Žižková, 2008)

Ženy, jakožto matky zklamaly ve své roli a často se bojí přiznat, že jsou drogově závislé ze strachu z odebrání dítěte. U žen jakožto partnerek je typický starší partner, který je většinou přivede k drogám. (Šulcová, 2013)

Rizikovými faktory konkrétně u těhotných, závislých žen je minulost ženy, především špatné dětství, ze kterého vyplývá spousta dalších rizikových faktorů, jako je nízká sebedůvěra, nedůvěra a další psychopatologické jevy. Dalším takovým faktorem je sociální situace, především bytové podmínky nebo finanční situace. Dalšími faktory je pak způsob užívání drogy, nedostatečná péče v těhotenství a nedostatečné návštěvy odborníků. (Velemínský, Žižková, 2008)

Drogy užívané matkou ovlivňují především život dítěte, dochází k destabilizaci rodiny a hodnoty závislého jsou zaměřeny především na finančním zajištění v důsledku zajištění drogy. Jak jsem již zmiňovala drogy zhoršují zdravotní stav obou a rodina je ovlivněna i dalšími rizikovými faktory jako je prostituce, kriminalita nebo nezaměstnanost. (Velemínský, Žižková, 2008)

Problémy u dětí, které se narodí matkám závislých na psychotropních látkách, v souvislosti s porodem pak mohou být například předčasný porod, nízká porodní váha, dítě může mít nedostatek kyslíku při porodu nebo abstinenční příznaky po porodu. Dále pak opožděný vývoj dítěte, postižení nebo mohou mít problémy s chováním a psychické problémy v dětství a dospívání. (Velemínský, Žižková, 2008)

3 Drogy a drogová závislost

Droga je každá látka, syntetická nebo přírodní, která splňuje dva základní aspekty a tím je psychotropní účinek, což znamená, že ovlivňuje naše prožívání a působí celkově na naši psychiku. Druhým aspektem je to, že vyvolává závislost. (Presl, 1995)

Droga je návyková látka, přičemž návyková látka, legální i nelegální, je definována jako látka, která povzbuzuje návyk a vzniká na ni závislost. (Šance dětem, 2011-2024)

3.1 Historie drog

Historie drog a drogových závislostí sahá tisíce let zpět. Užívání psychoaktivních látek má v lidské společnosti dlouhou tradici a docházelo k němu z různých důvodů, včetně náboženských, léčebných nebo rekreačních.

V dávných kulturách jako byla například starověká řecká nebo římská společnost, byly některé látky považovány za posvátné a byly užívány při rituálech a obřadech. V čínské medicíně byly určité byliny a houby používány k léčbě různých onemocnění.

V průběhu historie však byly některé látky zneužívány a vedly k vzniku problémů s drogovou závislostí. Například opium se stalo problematickým v 19. století a vedlo to k prvním opiovým válkám. Později ve 20. století se objevily nové psychoaktivní látky jako LSD, kokain či metamfetamin, které získaly popularitu v rámci subkultur.

S postupem do moderní doby se staly drogy a drogová závislost globálním problémem, který si vyžaduje komplexní řešení. Právní předpisy o drogách, prevence zneužívání a léčba drogových závislostí se staly důležitými otázkami ve společnosti.

Dnešní snahy o řešení problému drog a drogové závislosti se soustředí na kombinaci prevence, léčby a harm reduction strategií s cílem minimalizovat škody spojené s užíváním psychoaktivních látek a pomoci těm, kteří se dostali do závislosti, se vrátit k plnohodnotnému životu.

Vývoj drogové scény v České republice má zajímavou historii s různými fázemi a trendy. Některé klíčové body ve vývoji drogových problémů v ČR zahrnují:

90. léta: Po pádu komunistického režimu v roce 1989 došlo k otevření hranic a liberalizaci společnosti, což vedlo k nárůstu dostupnosti drog a rozvoji drogové scény. V této době byla heroinová epidemie jedním z největších problémů, a to zejména v prostředí zanedbaných industriálních oblastí.

2000-2010: V průběhu první dekády 21. století došlo k postupné stabilizaci situace v ČR v oblasti drogových závislostí. Vláda a neziskové organizace se zaměřily na prevenci a léčbu drogových závislostí a byly implementovány harm reduction programy jako výměna jehel či substituční terapie.

Současnost: V současné době se Česká republika potýká se změnami ve vzorcích užívání drog. Kromě tradičních látek jako jsou marihuana, pervitin a heroin, se objevují nové látky a trendy jako jsou syntetické drogy, legal high nebo různé podoby polytoxikomanie.

Celkově lze říci, že drogová scéna v České republice prochází neustálým vývojem a je důležité, aby prevence, léčba a harm reduction programy byly dále rozvíjeny a přizpůsobovány aktuálním potřebám a trendům ve vztahu k užívání drog a drogových závislostí. (Chat GPT, Prompt. Historie drog)

3.2 Rozdělení drog

Obecné rozdělení drog, tak jak je všichni známe, dělíme na legální a nelegální, přičemž legální droga je dostupná volně a její užívání bývá tolerováno. Mohou ale způsobit těžké zdravotní komplikace a prohloubit se v závislost. Příkladem je alkohol, nikotin, léky, kofein a organická rozpouštědla. „Nelegální drogy jsou definovány zákonem a za jejich výrobu nebo držení může hrozit finanční trest nebo až trest odnětí svobody“. Příkladem je heroin, kokain, konopné drogy, extáze, pervitin. (MeDitorial, 2023)

Dále se drogy dělí na měkké drogy, které jsou populací považovány za méně nebezpečné. Závislost může přijít až po delší době, a proto bývají více akceptovány. Příkladem je tabák, konopné drogy a kofein. U drog tvrdých je velké riziko závislosti, poškození zdraví a s ním spojené i poškození prostředí uživatele. Je zde velké riziko předávkování již při prvním užití. Příkladem je heroin, pervitin, kokain, ale i alkohol. (MeDitorial, 2023)

Podle rizika závislosti se dělí na drogy s mírným rizikem. „U drog této skupiny je riziko vzniku závislosti relativně nízké“. Příkladem je kofein, marihuana, extáze. A drogy s vysokým rizikem. „U těchto drog je riziko vzniku závislosti velmi vysoké“. Příkladem je heroin, pervitin, organická rozpouštědla. (MeDitorial, 2023)

Drogy stimulační, jejichž efektem je celková stimulace či povzbuzení. (Presl, 1994) Zástupci těchto drog jsou pervitin, amfetamin, kokain a také extáze, která má i psychedelický účinek. Účinkem těchto drog je především rychlé přemýšlení. Dále zahánějí únavu, což vyvolá příjemný pocit euforie a také snižují chuť k jídlu. Na druhou stranu působí anxiogenně, znamená to, že užití této látky vyvolá úzkost, pocit trémy a může vést až k agresivitě. Dlouhodobý účinek je pak psychická závislost. „Při dlouhodobém užívání se objevují halucinace, bludy, poruchy chování a osobnosti“. (Kalina a kol., 2003)

- Kokain (sníh, koks, cukr), který se vyrábí máčením listů keře koky v benzínu a tím vzniká kyselý hydrochlorid. Tato droga se užívá šňupáním, někdy také injekčně nebo vtíráním do sliznic, nedá se kouřit, protože by kyselina způsobila poškození plic. (Presl, 2012)
- Pervitin (perník, peří, piko) je tradiční droga v Česku. Užívá se šňupáním a lze také užívat injekčně, což sebou nese velké riziko nákazy hepatitidou a HIV. (Presl, 2012)
- Extáze (Éčko, ex, koláč) je malá tableta se symbolem obrázku. Tato droga je označována, jako „taneční droga“. (Presl 2012)
- Posledním příkladem stimulační drogy je droga DOB, která patří také do kategorie tanečních drog. (Presl, 2012)

Konopné zástupci drog mají účinné látky, které se nazývají kanabinoidy. Způsobují euforii a uvolnění, které přecházejí do stavu nezadržitelného, dlouhotrvajícího smíchu. Způsobují deformace ve vnímání času a prostoru, sluchové a zrakové iluze. (Kalina a kol., 2003)

- Konopí (Tráva, ganja, joint, marjánka), přičemž účinná látka v konopí je THC a účinky závisejí na koncentraci v přípravku. (Presl, 2012)
- Hašiš (haš, čokoláda) je konopná pryskyřice. Obě tyto drogy se užívají kouřením, někdy pak, jako příměs pokrmů či nápojů. (Presl, 2012)

Opioidy a opiáty se v lékařství aplikují jako silný lék proti bolesti (analgetika, antitusika). Opiová tinktura se používá k léčbě odvykacího stavu u novorozence matek závislých na heroinu. Mají tlumivý účinek, vyvolávají euforii a zklidňují. Všechny tyto účinky podléhají toleranci,

což znamená, že časem potřebuje uživatel větší dávky. Působí zácpu, což může dojít až do stavu koliky. (Kalina, 2003)

- Opium se získává z makovic máku opiového, nařezáním a sběrem latexu.
- Heroin (háčko, herák) se dělí na hnědý, do kterého se musí přidat kyselina, pokud je užíván nitrožilně a také se užívá kouřením. Bílý heroin je pak přirovnatelný ke struktuře mouky a užívá se pouze nitrožilně. Závislost na heroinu je pro společnost považována za nejrizikovější a nejškodlivější. (Presl, 2012)
- „Metadon se vyrábí synteticky. Uplatňuje se při substituční léčbě závislosti na jiných opioidech, jako je např. právě heroin. Přesně vyměřené dávky snižují riziko předávkování, a navíc snižují touhu po heroinu. Podává se ústy, co představuje výhodu v snížení rizika infekce HIV. Mezi vedlejší účinky patří podobně jako u jiných opioidů nausea, zvracení nebo zácpa. Metadon je také silně návykový. Jeho užití může způsobovat pocity euforie až halucinace. Ve vyšších dávkách působí tlumivě, může vyústit až zástavou dechu“. (MeDitorial, 2024)

Halucinogeny jsou látky, které dokáží navodit halucinace. Mění vnímání reality. (Holčíková, 2019)

- Lysohlávky se užívají perorálně čerstvé nebo sušené. Obsahují psilocybin, který mění vnímání a myšlení.
- LSD (papír, trip) jsou malé papírky, které se přezdívají „trip“ a jsou napuštěné roztokem LSD.
- Meskalin, PCP. (Presl, 2012)

Psychotropní léky, kde „psychotropní je každá látka, která je schopna vyvolat podráždění nebo útlum centrálního nervového systému (CNS), způsobit změny vnímání, chování, nálady, myšlení. Potřeba opakovaného užití vzniká tehdy, když člověk tyto změny vnímá jako příjemné“. (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2011)

- Rivotril, Neurol, Subutex. Používají se k výrobě účinnějších drog. (Presl, 2012)

Tabák obsahuje nikotin, který se v koncentracích nachází v cigaretách. Působí povzbudivě, uvolňuje a uklidňuje, zvyšuje tep a tlak. Vzniká na něm psychická závislost. Tabák, společně s alkoholem, je nejrozšířenější legální droga na světě. (Presl, 2012)

Alkohol je látka získávána kvašením cukru. Lidé ji pijí jako látku zvanou ethylalkohol. Zhoršuje celkový tělesný výkon. Postupně přestává fungovat paměť, smysly, soustředění. Způsobuje nevolnost, nespavost. Vzniká i fyzickou závislost. (Presl, 2012)

3.2.1 Působení některých drog na porod a vývoj dítěte

Alkohol je v tomto ohledu považován za nejnebezpečnější a také nejrozšířenější drogou vedle cigaret. Poškozuje plod, ale stále není známo, jaká je nejnižší dávka škodlivá pro plod dítěte. Konkrétně může alkohol způsobit různé vrozené vady, špatný růst a vady na mozku. Další velmi rozšířenou drogou je nikotin. Ten způsobuje například rozštěpy, mozková poškození nebo deformaci zubů a srdce. Pokud matka přestane kouřit, může u novorozence vyvolat abstinenční příznaky, stejné platí i u alkoholu. (Velemínský, Žížková, 2008)

Z tvrdších drog je nejpoužívanější drogou heroin, který jakožto opioid zpomaluje růst a často dochází k předčasnému porodu. Velmi rozšířenou drogou je také kokain, který může zapříčinit poruchy růstu, nedostatek kyslíku u plodu nebo deformace plodu. Poslední drogou, kterou zmíním je marihuana, která způsobuje velmi často předčasný porod, a tedy nízkou porodní

hmotnost. Jsou prokázány poruchy spánku u dětí narozených matkám užívajících marihuanu. (Velemínský, Žížková, 2008)

3.3 Drogová závislost

Závislost je přetrvávající kompulzivní návyk na nějaké chování, aktivitu nebo látku ovlivňující stav nálady. Někteří vědci rozlišují dva typy závislosti: látkovou závislost (například alkoholismus, zneužívání drog a kouření) a závislost na procesech, například hráčství, utrácení peněz, nakupování, jídlo nebo sexuální aktivity. (West, 2016)

Závislost je především na psychoaktivních látkách nebo procesech. Z psychologického hlediska je závislost vyústěním abúzu na základě pozitivní zpětné vazby. (Kalina a kol. 2015)

K závislosti se dostáváme experimentem. Člověk nejprve zkouší různé typy drog a jejich stavy. Později se však rozhoduje, jestli zůstat u občasného užívání, které u někoho nemusí vyvolávat závažnější účinky. Stává se ale tedy, že užívání propukne v závislost na látce. (Kol. Sananim, 2007)

Kritéria závislosti jsou silná touha a nutkání látku užít, potíže v kontrole užívání, užívání látky k odstranění odvykacích stavů, tolerance látky, zanedbávání ostatních zájmů a užívání látky i přes škodlivé následky. (Kol. Sananim, 2007)

Na rozvoji drogové závislosti se podílejí genetické faktory, prostředí, vývoj a faktory sociální. Faktory drogových závislostí mohou být vnější a individuální. Vnějšími faktory se rozumí například stresory a těmi individuálními pak genetické předpoklady, nezralost organismu, pohlaví, přičemž to ženské je rizikovější a psychické poruchy. U drog záleží také na neurobiologických mechanismech, kterými jsou posilování, které se dělí na pozitivní a negativní. To pozitivní je samotný příjem drogy a její psychotropní efekt. Negativním posilovačem je v tomto případě nepříjemný odvykací stav. Dalším mechanismem je motivace, kde klíčovou roli hrají změny v motivaci k droze a ke zdrojům přirozené odměny. Posledním mechanismem je neuroadaptace, která závisí na druhu užívané drogy. (Kalina a kol., 2015)

Na rozvoji závislosti se také podílejí faktory psychologické, vývojové a rodinné. Co se týče rodinných faktorů, předpokládá se, že závislost je jev, který existuje v systému vztahů závislého člověka. Droga či alkohol se pak stává součástí kultury a prvkem, bez kterého fungování v rodině nejde. Postupem času jde tedy o jakýsi stereotyp. S tímto faktorem je spojen i termín spoluzávislost, kde jde o souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým člen rodiny závislost spíše podporuje a sabotuje snahu o zlepšení či vyléčení. (Kalina a kol., 2015)

3.3.1 Fáze drogové závislosti

Fázemi drogové závislosti se rozumí čtyři fáze, přičemž první z nich je fáze experimentální, kde drogová závislost začíná. Člověk je nadšený a zažívá pocity, které ještě nikdy nezažíval. Nemá žádné starosti. V této fázi nepociťujeme negativní účinky drogy. Touto fází většinou člověk nekončí, protože vnímá jen pozitiva. Další fází je sociální užívání neboli „víkendové brání“. Drogou bereme pravidelněji a přizpůsobujeme ji denní cyklus. Objevují se problémy například v zaměstnání nebo ve škole. Příznaky této fáze jsou nespavost, nechut k jídlu, agresivita, deprese a stres. Třetí fáze je fáze každodenního užívání. Tady už člověk ztrácí kontrolu nad závislostí. Mohou se dostavit i finanční problémy spojené s drogami. V této fázi je závislost fyzická. Poslední fází je užívání k dosažení normálu. Často končí smrtí nebo selháním organismu. (Plocová, 2024)

3.3.2 Důsledky užívání drog

Důsledkem užívání drog se rozumí všechny dopady, které mají drogy na naše zdraví, ať už fyzické či psychické, sociální dopady, ekonomické nebo finanční potíže a v neposlední řadě i trestná činnost. Co se týče zdravotních komplikací, mohou být somatické, jako například nespavost, nechůť k jídlu, a s tím spojený úbytek na váze. U žen pak třeba ztráta plodnosti. Zároveň se jedná o nemoci orgánů, jako je například srdce, ledviny a celkové selhání organismu. Dále jsou to pak hepatitidy a onemocnění AIDS. (Mahdaličková, 2014)

Komplikace mohou být také psychické, které nejsou vidět, ale užívání drog může přispět také k psychickému onemocnění. Psychické důsledky užívání drog jsou například změny nálad, hyperaktivita, úzkosti a deprese, potíže se soustředěním, agresivita a špatné úsudky. Drogová závislost s sebou nese také sociální dopady, jako je ztráta zaměstnání a s tím související problémy s financemi, ztráta kontaktu s rodinou, kamarády a přáteli, kriminalita, prostituce, která je častější u žen, bezdomovectví a squatterství. (MeDitorial, 2024)

Termín „trestná činnost související s drogami“ je zde užíván k označení čtyř druhů trestných činů: Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost: trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky, jako důsledek jejich akutního nebo chronického užívání. Ekonomicky motivovaná trestná činnost: trestné činy spáchané za účelem získání peněz na financování užívání drog. Systémová trestná činnost: trestné činy spáchané v rámci fungování nezákonných drogových trhů jako součást procesu nezákonné nabídky, distribuce a užívání drog. Trestné činy porušování drogových zákonů: trestné činy spáchané porušováním drogové legislativy a souvisejících právních předpisů“. (Hughes, Gallegos, Sedefov, 2011)

3.4 Abstinence

Jednání, které vede ke zdržení se užívání drogy ze zdravotních, osobních, sociálních nebo jiných důvodů. Člověk, který abstinuje se nazývá abstinents. (Kalina a kol., 2001)

Český výraz pro abstinenci je zdrženlivost. Zřeknutí se věci, která nám způsobuje nějaký požitok. Takové věci nám způsobují závislost, v tu chvíli se požitku oddáváme na úkor jiných věcí, což způsobuje problémy ať už zdravotní nebo sociální. Pokud je zamezeno v užívání mohou se objevit abstinenní příznaky, což je ukazatel závislosti. S abstinencí souvisí detoxikace, což znamená zbavení organismu drogy, který probíhá na detoxikačních jednotkách ve zdravotnických zařízeních. Tento proces probíhá přibližně týden a až poté přichází na řadu léčba závislosti. (Šance Dětem, 2011-2024)

Abstinence je velmi klíčová i tehdy pokud nejde i úplnou abstinencí. Prioritní je v tomto případě první rok po léčbě. Abstinence však nemá být cíl, ale prostředek ke změně. (Kalina a kol., 2015)

Aby měl klient z léčby prospěch, musí léčbu dokončit a setrvat v ní. Velmi častý jev je však léčbu předčasně ukončit. (Kalina a kol., 2015)

4 Těhotenství a mateřství

MUDr. Velemínský (2011) ve své knize popisuje těhotenství jako životní etapu, která má naplnit smysl biologické podstaty ženy. Vymezuje se početím a následným porodem nebo potratem.

Těhotenství je výsledek splynutí ženské a mužské pohlavní buňky, tedy vajíček a spermií. Trvá zpravidla 40 týdnů, od prvního dne poslední menstruace.

Dále se těhotenství dělí na tři období, které nazýváme trimestry a pro které jsou typické jiné potíže. Doba trvání trimestrů podle týdnů je následující, první trimestr: 0+0 až 12+6, druhý trimestr: 13+0 až 26+6 a třetí trimestr: 27+0 až 40+0.

- První trimestr je tedy období od početí do třináctého týdne těhotenství. Vývoj plodu, o kterém hovoříme až v devátém týdnu těhotenství je v prvním trimestru velice rychlý. Váží zhruba 10-20 gramů a má 10 cm. Vytváří se vnitřní orgány. Vytváří se také placenta a děloha je, pro představu, ve velikosti pomeranče. Pohyby matka obvykle ještě necítí. V prvním trimestru se objevují proslule známé těhotenské nevolnosti. Ke konci tohoto období začíná žena přibírat a zvětšují se také prsa. (Velemínský, 2011) V prvním trimestru se také může provádět první ultrazvukový screening, kde se zkoumají chromozomální vady. V tomto, i v dalších obdobích těhotenství, by se budoucí matky měly vyhnout kouření, alkoholu, drogám, z jídla pak plísňovým sýrům, syrovému masu a nevhodným bylinkám. Pokud matka užívá drogy v období prvního trimestru, zvyšuje tím riziko vrozených vad dítěte. (Sedláčková, Žižková, časopis sestra, 2007)
- V druhém trimestru se velká většina žen dostane jak do psychické, tak i do fyzické pohody. Hormony se stabilizují, ustávají nevolnosti a energie je větší. V tomto období začíná matka také cítit první pohyby. 24. týden je zlomový, protože od tohoto týdne je dítě schopné přežít mimo tělo matky, tudíž je toto období také velice zlomové z hlediska potratu. Probíhá také screeningové vyšetření, při kterém se zjišťuje množství plodové vody, umístění placenty, činnost srdce, odhaduje se stáří a váha mimina. Toto období je zlomové také z toho hlediska, že se dozvídáme pohlaví miminka. (Velemínský, 2011)
- Třetí trimestr začíná 27.týden a končí porodem.

4.1 Potrat

Ukončením těhotenství se rozumí potrat, který může být samovolný, nejčastěji kvůli infekci matky, a dochází k němu zhruba do 13. týdne těhotenství. Nejčastěji tedy v prvním trimestru a výjimečně i déle. Další možností ukončení těhotenství je interrupce, tedy umělé přerušení těhotenství, pro které se žena může rozhodnout podle zákona až do 12. týdne těhotenství. Je zde výjimka, kdy se žena může rozhodnout až do 24. týdne, ale pouze z důvodu zdravotních komplikací. U drogově závislých žen dochází k samovolnému potratu velmi často. (Tancerová, 2019)

4.2 Porod

Začíná kontrakcemi, první doba porodní je „otevírací“, rozvíjejí se porodní cesty. Druhá doba porodní pak končí porodem novorozence. Ve třetí době porodní musí matka porodit placentu a tím končí celý proces porodu. (Velemínský, 2011)

Co se týče porodu u drogově závislých žen jsou mnohem komplikovanější. Problematické je například zajištění žilního přístupu a také je nutné monitorovat srdce, protože může být velké riziko hypoxie, a to také u plodu, proto je dobré provést substituci návykové látky vhodným lékem. Závislé ženy hůře snášejí bolest. (Vavřínková, Binder, 2007)

4.3 Důsledky užívání drog v těhotenství a mateřství

Nejčastější komplikací u drogově závislých těhotných žen jsou především potrat nebo předčasný porod. (Asociace záchranný kruh, 2024)

Vývoj dítěte je dlouhodobě negativně narušen, pokud žena užívá návykové látky v průběhu těhotenství. Prenatální péče u žen s drogovou závislostí je pouze sporadicky, ženy spíš přijdou do nemocnice až v době, kdy rodí, což je pro zdravotnický personál složitá situace, protože předem nemá o matce žádné informace. *Droga se přes placentu dostává do těla plodu dítěte, posléze i přes hematoencefalickou bariéru do mozku plodu. Játra dítěte drogu odbourávají pomaleji, proto koncentrace drogy u dítěte může převýšit koncentraci drogy v organismu matky.* (Šlamberová, 2020)

Problém nastává také u kojení, protože prostřednictvím kojení se droga dostává do těla dítěte. Léčba závislosti v době těhotenství se aplikuje substituční terapií, to znamená podání substituční látky, což je například metadon nebo subutex,. Tato látka potlačí abstinenční příznaky, ale je také časově omezená. (Nedvěďová, Světnická, 2020)

Nejvíce užívaná droga těhotných žen je pervitin, ten patří mezi stimulační drogy. Tato droga ve větších dávkách vyvolává psychózu, která není rozpoznatelná od schizofrenie. (Vavřínková, Binder, 2007)

Nejčastěji zneužívané stimulační drogy jsou ty legální, čímž myslím kávu, čaj a tabák. U kávy a čaje nejsou prokázána rizika, což se ale nedá říci u tabáku, kde je prokázáno, že zpomaluje fetální růst a porodní váhu. (Sedláčková, Žižková, časopis sestra, 2007)

Další velmi užívanou drogou v těhotenství je marihuana, která není tak riziková z hlediska aplikace vzhledem k přenosu HIV a hepatitid. Při vysokém užívání je prokázán nižší váha a následná růstová retardace. Abstinenční příznaky marihuany nejsou tak výrazné. (Binder, Vavřínková, 2007)

U rodičovství, v kontextu s drogovou závislostí je vysoká pravděpodobnost zanedbání dítěte, což vyplývá ze statistik. Dále jsou tyto děti často zneužívány, jak psychicky, tak fyzicky a prožívají častěji životní neúspěchy v dospělosti. Děti uživatelů drog se často dostávají do styku s trestnou činností. Drogová závislost je také jedním z velkých aspektů, proč se děti dostávají do ústavní péče a jsou odebráni z rodin. Závislost má taky velký význam, co se týče emocionálních vazeb, které toto chování velmi negativně narušuje. (Barnardová, 2007)

Důsledkem drogové závislosti v těhotenství je abstinenční syndrom u novorozence neboli NAS, což jsou charakteristické příznaky, které se vyskytují u novorozence užíváním drogy. Mezi typické projevy patří především nezišitelný pláč či vysoko laděný křik, neschopnost pozřít stravu, abnormální tělesná teplota (horečka či nízká teplota), poruchy dýchání, sekrece z nosu, zvýšený tlak a tepová frekvence, třes a křeče. Hodnocení závažnosti NAS v České republice používá skóre dle Finneganové, což spočívá v bodovém ohodnocení přítomnosti a intenzity jednotlivých symptomů NAS. (Stará a kol., 2009)

5 Motivace

Motivace má různé charakteristiky, Kalina (2001) ve svém glošáři pojmů popisuje motivaci jako proces usměrňování a udržování chování. Motivace je jedním z hlavních faktorů rozhodujících o úspěšnosti léčby. Každé chování a jednání člověka je motivováno. Existuje mnoho přístupů a teorií koncepce motivace. Popisuje zde, že nejčastější teorií motivace je Maslowova teorie potřeb. Motivace je „interakce mezi motivovaným subjektem a motivující situací“. (Nakonečný, 1992)

Dále také motivace formou učení, na kterém je postavena velká část našeho chování. Podle B.F. Skinnera „je chování řízeno učením a to je proces, kde koncept motivace může být nahrazen konceptem zpevnění jako nezbytného předpokladu učení“. V literatuře se motivace obvykle dělí na intrinsickou a extrinsickou, tedy vnitřní a vnější. Vědomou a nevědomou. Extrinsická motivace je spojena s motivy jako je potřeba peněz, obsahově specifikovatelná potřeba konzumace, snaha po jistotě, spojovaná s peněžním příjmem, snaha po uplatnění spojená s prestiží, statusem, pocitem důležitosti a potřeba kontaktu. (Nakonečný, 1992). Intrinstická motivace ovlivňuje chování a prožívání bez vnějších odměn. Patří k ní aktivity, které jsou uspokojující samy o sobě. Opakem je motivace extrinsická, kdy jedinec něco dělá za účelem nějaké odměny. (Šulcová, 2013)

Motivy jsou funkční prvky, které určují směr a intenzitu chování. Motivy jsou vědomé záměry a cíle jednání a vyjadřují cíle chování celkově, i to nevědomé. Finálním efektem je uspokojení psychického stavu. Základní forma motivu je potřeba, která vyjadřuje nedostatek a druhy motivů jsou fyziologické, což je například hlad a sociogenní, které vyjadřují potřeby člověka jako sociální bytosti. (Nakonečný, 1995)

5.1 Motivace v závislosti

To, že je motivace velmi důležitou součástí pro léčbu závislosti popisuje ve své knize také Rotgers (1999), kde skloňuje motivaci jako silnou vnitřní hnací sílu nebo moment, kdy si člověk uvědomí existence svých problémů, jako definice, které popisovali klienti při dotazu na to, co pro ně znamená motivace. Motivace jako pud je považována za fyziologickou potřebu, obdobně jako hlad nebo žízeň. V návaznosti na závislostní chování je tento pud ve spojitosti s pitím alkoholu, pití alkoholu pro úlevu.

Chápání motivace v oblasti motivace popsal Mindlin ve své knize jako „klientovu ochotu aktivně se zapojit do léčby“. Což neznamená, že klient nebude pouze abstinovat, ale změní se i v mnoha dalších směrech a je připraven obětovat. Motivovaný klient by si měl uvědomit své obtíže

a pochopit, že potřebuje pomoc. Literatura také uvádí, že pro klienta, který není motivovaný, nemůže terapeut či jiná odborná pomoc, udělat nic. (Rotgers a kol., 1999)

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. (Kalina a kol., 2015)

Kalina a kol (2015) ve své knize říká, že není nutné, aby klient byl pro změnu rozhodnut, aby s ním odborník mohl začít pracovat. Rozhodnutí je podle něj pokročilá fáze procesu změny, která nastává až v průběhu léčby. V procesu změny je také typická ambivalence. V tomto případě je důležité porozumět oběma stranám. Vidím tedy důvody ke změně, ale zároveň vidím, proč chce klient zůstat v současném stavu. Poté může dojít k přehodnocení motivů ze strany klienta. Pokud chci, jakožto klient změnu, nebude stačit pouze to, že chci.

Klient si musí být vědom schopností k dosažení změny. Musí tedy chtít a musí si věřit, to je jeden z velmi důležitých motivů v závislosti.

Základními zdroji motivace jsou motivy, potřeby, návyky, zájmy, hodnoty a ideály. (Bedrnová, 2007) Hanzal uvádí, že motivace pro léčbu závislých matek s dětmi je většinou pasivní („musím“, „jsem donucena“). Dítě, je v očích matky vnímáno jako samospasitelné. Jako motivaci k léčbě nejvíce matky uvádějí, že nechtěli přijít o dítě. Hrozba odebrání dítěte je tedy velmi účinný prostředek pro motivaci. Dalšími stimuly pak může být ekonomická stránka, bydlení, strava, podpora rodiny či nástup do výkonu trestu. Při nástupu klienta do léčby nejsou klienti příliš motivovaní a musí motivaci hledat. Relaps u drogově závislé matky je stejně častý a chápaný, jako u klienta bezdětného. V průběhu života si vytváříme stálý soubor motivů, který je pro nás motivačním systémem osobnosti. Motivaci získáváme silami, které jsou definovány vnějšími hmotnými prospěchy, pomoci lidem, uskutečnění svých osobních dispozic v povolání, a hledání přátel. (Langmeier, Krejčíková, 1998) *„Tradiční model závislosti a její léčby vycházel z přesvědčení, že závislý jedinec není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna. Motivace ke změně se řadí mezi čtyři faktory, které rozhodují o tom, zda bude léčba závislého jedince úspěšná či nikoli. Dalšími faktory, které ovlivňují úspěšnost jsou potom stupeň závislosti jedince, kvalita jeho osobnosti a také kvalita jeho okolí.“* (Přidalová, 2016)

Faktory motivace k abstinenci

Impulzivita. V tomto smyslu může impulzivita zneschopnit potlačit chování a negativní důsledky v souvislosti s drogou. Neuvažujeme o následcích užití drogy. Abstinence od drog vyžaduje aktivní a trvalé potlačení reakce.

Sociální opora je faktor ochranný před užitím drogy. Pozitivní rodinné a společenské interakce významně snižují pravděpodobnost užití drogy a následného relapsu. Sociální opora je v tomto případě zdroj zvládání stresu.

Duševní zdraví je velmi důležitý faktor. Deprese, úzkost a problémy se spánkem jsou běžné problémy v souvislosti s drogovou závislostí. Často máme pocit, že drogou od těchto negativních faktorů ulevíme. (Ruan a kol., 2024) Fyzické zdraví také nelze opomenout, protože zdraví může být pro člověka motivace sama o sobě, ale zároveň faktor pro dosažení jiných cílů. (Křivohlavý, 2001)

Práce a finance. Užívání drog znamená velmi vysoké výdaje na obstarání drogy. Dále pak také snížení pracovní neschopnosti a riziko propuštění. (Nešpor, 2006)

6 Péče o drogově závislé matky a jejich děti

Skupina žen těhotných a matek vyžaduje zvláštní péči, výraznější nad skupinou samotných žen i mužů drogově závislých. Ženy se do odborných zařízení dostanou tak, že v době, kdy otěhotní a jsou klientkami kontaktních center, je možná další spolupráce a doporučení řešení. Dále také tak, že pokud žena bere drogy a narodí se jí dítě s abstinčním syndromem, je dále kontaktován příslušný odbor, který řeší tuto situaci. Dále může na situaci zareagovat okolí, tím myšlena škola, sousedi a nahlásit matku na orgán sociálně-právní ochrany dětí. Pro vhodnou spolupráci je však nejlepší, je-li s matkou kontakt již v době, kdy nebyla těhotná. Pokud je problém objeven při porodu, je dítě umístěno do kojeneckého ústavu. Pak už záleží na zájmu a ochotě matky k léčbě. Specifičnost práce s touto skupinou „*spočívá v tom, že hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a dítě. Vystává otázka priorit, komu vlastně pomáháme a jak cíl sledujeme.*“ (Preslová, 2003)

Klientem OSPODu je jednoznačně dítě. Naopak klientem v léčbě drogové závislosti bývá především matka. Důležitá je tedy spolupráce těchto institucí. (Preslová, 2015)

Pokud jde o prenatální péči drogově závislých budoucích matek, není dobré je násilím tlačit do abstinence. Vhodnější varianta je doporučit vhodnou odbornou pomoc a případně substituční terapii. (Vavřínková, Binder, 2007)

Typy služeb:

- Nízkoprahové služby:

Terénní programy při, kterých pracovníci aktivně vyhledávají a spolupracují s drogově závislými, minimalizují především zdravotní poškození výměnou injekčního materiálu, kondomů a zdravotnického materiálu.

Nízkoprahová zařízení pro drogově závislé se nazývají kontaktní centra neboli káčka, kde také probíhá vyhledávání klientů a dále pak stejné služby jako byly popsány výše, a navíc také poradenství v oblasti zprostředkování léčby a příprava na ni. Jedním z těchto centrem na Vysočině je kontaktní centrum U Větrníku v Jihlavě.

Tyto terénní programy nabízí specifickou službu zvanou harm reduction, která spočívá ve snižování rizik například výměnou injekčního materiálu. (Šance dětem, 2011-2024)

- Ambulantní služby:

Na léčbu klient dochází do zařízení po předchozí domluvě. Nabízí poradenství, psychoterapii, psychiatrickou péči a vede k trvalé změně životního stylu. Adiktologická ambulance, ale také centrum U Větrníku provozuje tuto službu v Jihlavě.

- Stacionáře:

Nejčastěji jsou to stacionáře denní, které provozuje také například centrum U Větrníku. Výhodou je kontakt s dalšími matkami a dětmi. Požadavkem je bezdrogové bydliště.

- Substituční centra:

Substituce je léčba nahrazením drogy legální látkou (metadon, subutex), která má podobné účinky, ale nese menší rizika a užití je bezpečnější. U těhotných trvá tato léčba až do porodu a pak se volí další postup. Substituční léčbu nabízí centrum U Větrníku a ambulance ADIKTA při domě zdraví.

- Pobytové služby:

Ústavní léčba, která provozuje specializovaná oddělení v nemocnicích či psychiatrických léčebnách. Například psychiatrická nemocnice Jihlava nebo Havlíčkův brod.

Terapeutické komunity, které nabízejí způsob léčby každodenním životem v komunitě, kde probíhají skupinové i individuální terapie. Je zde jasně nastavený režim a klienti musí dodržovat pravidla. Nejbližší terapeutická komunita, pro matky s dětmi, v rámci Vysočiny je provozována nedaleko Dačic. Terapeutická komunita Podcestný mlýn.

Doléčovací centra s chráněným bydlením, která následují po léčbě. (Preslová, 2015) Takovým centrem je například VOR Jihlava.

Další služby v jiných krajích lze vyhledat na této stránce <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=7&r=14#result>.

7 Praktická část

Kvalitativní výzkum používá jako metodu rozhovor. Cílem je získat detailní a komplexní informace. Tato metoda umožňuje provést indukci, což je přesah informací obsažené v získaných datech. Data získáváme z pozorování, rozhovorů a dokumentů. Tato data dále analyzujeme a získáváme nové informace. (Švaříček, Šedová a kol., 2007)

7.1 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části budu zpracovávat a analyzovat rozhovory s celkem sedmi drogově závislými matkami, které již abstínují a nejsou v žádném léčebném programu. Budu se snažit, aby si respondentky byly co nejvíce podobné. Ať už druhem užívané drogy či věkem dítěte nebo obdobím, ve kterém se rozhodly abstínovat.

Budu mít připravené otázky, které budu klást respondentkám, případně se jich doptávat. Rozhovory tedy budu vést tzv. polostrukturovaným rozhovorem. Tento typ rozhovoru se vyznačuje flexibilitou a otevřeností k respondentovi a reflexi důležitých vyjádření. (Alvesson, 2003) Tento typ rozhovoru představuje soubor otázek nebo témat, která jsou předmětem rozhovoru. Otázky lze pokládat volně, v různém pořadí. Dbá se na možnost respondenta sdělit výzkumníkovi svoje osobní zkušenosti. Používají se otevřené, teoreticky odvozené a případně konfrontační otázky.

Rozhovory budou zcela anonymní a respondentky s tímto budou seznámeny. První část otázek budou otázky anamnestické. Druhá část se bude věnovat otázkám ohledně drogové závislosti. V další části se budu dotazovat na období těhotenství, mateřství a sociální intervenci. V neposlední řadě budu zkoumat, jaké motivy vedly matky-uživatelky k abstinenci.

7.2 Metody sběru dat

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole. Ke sběru dat byla vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru. Otázky v tomto rozhovoru jsou dopředu známé, ale tazatel i dotazovaný se může v průběhu rozhovoru ptát na další. Při dotazování může tazatel i dotazovaný objasnit pojem či se znovu zeptat na znění odpovědi či otázky.

Pro účely mé práce jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který se dle Alvessona (2003) vyznačuje flexibilitou a otevřeností k tomu, co respondent pociťuje a reflexi důležitých prvků vyjádření. Během polostrukturovaného rozhovoru má výzkumník možnost vyměnit styl, rychlost nebo pořadí otázek vedoucích k získání detailních odpovědí. Cílem tohoto typu rozhovoru je odtajnit respondentovy vnitřní perspektivy výzkumníkovi, což pozorování, dotazník či rozhovor s využitím standardizovaných otázek neumožňuje. Z těchto důvodů považuji polostrukturovaný rozhovor za vhodnou techniku pro účely mé práce. (Mišovič, 2019) K nalezení vhodných respondentek pro můj výzkum jsem zvolila metodu sněhové koule. Metoda sněhové koule je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria. V tomto případě je toto kritérium zkušenost s užíváním drog. Dále je s nimi proveden rozhovor a následně jsou požádáni o „nominaci“ dalších osob, které znají a které rovněž splňují daná kritéria. Celý proces se opakuje. Vybraný soubor se tak rozrůstá prostřednictvím napojení se na sociální sítě uživatelů drog. Jak již bylo zmíněno, provedla jsem kriteriální výběr. To znamená, že respondentky musely splnit

jednotlivá kritéria. Tato kritéria jsou ochota se výzkumu účastnit a zkušenost s užíváním drog v těhotenství či mateřství. (Miovský, 2003)

7.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaké motivy vedly drogově závislé matky k abstinenci?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaké motivy jsou pro abstinující matky nejzásadnější?
- Jak se tyto motivy v čase mění?
- Jakou roli v tomto hrají sociální zařízení a státní orgány?

7.4 Limity výzkumu

Nejzásadnější limit mého výzkumu byla časová náročnost. Bylo velmi náročné se všemi respondentkami navázat kontakt a domluvit se na společné schůzce. Respondentky jsem hledala pomocí metody sněhové koule, jak popisuji v předchozí kapitole. Vzhledem ke zkušenosti s drogami z blízkého okolí a pomocí metody sněhové koule, jsem našla tři respondentky do mého výzkumu a zbylé čtyři jsem kontaktovala v rámci organizací, ve kterých jsem absolvovala praxi a na facebookové skupině. Respondentky jsem ale musela kontaktovat sama, protože již v organizaci nepůsobí jako klientky, což bylo také jedno z kritérií pro můj výzkum. To znamenalo, že sociální pracovníci organizací s jejich souhlasem předali telefonní čísla, další kroky jsem již učinila samostatně. To bylo poněkud náročné, protože respondentky byly velmi časově vytíženy, ale nakonec se všechny schůzky konaly. Nutno podotknout, že na všech respondentkách byla cítit značná nervozita z nahrávání rozhovoru, proto jsem také zvolila polostrukturovaný rozhovor, aby si respondentky případně mohly otázky pročíst a připravit se. Za mě toto bylo dobře zvolené vzhledem k tomu, aby se dotazované cítily komfortně. Čtyři respondentky nechtěly rozhovor nahrávat nebo nahrávání nebylo z nějakých důvodů možné. Zvolila jsem tedy způsob, který byl sice velmi zdoluhavý, ale šlo mi hlavně o to, aby se klientky cítily dobře a nebály se mi říct veškeré potřebné informace. Jejich odpovědi jsem tedy psala na papír a dělala jsem si tedy tzv. terénní poznámky, které jsem poté zpracovávala. Některé z respondentek také nebyly příliš sdílné, musela jsem tedy provést závěry z velmi mála informací, ale zároveň jsem na dotazované nechtěla vyvíjet nátlak a dotazovat se na další. V poslední řadě byla mým limitem má vlastní nezkušenost v pozici výzkumnice. Takovýto výzkum provádím poprvé, tudíž není možné vyhnout se případným chybám. Omezením v mém výzkumu vnímám také to, že dle mého názoru není dostatek odborných studií, literatury a článků na toto téma jak v českém, tak v cizím jazyce.

7.5 Stručné výsledky rozhovorů

V této kapitole shrnu celkem sedm rozhovorů s každou z respondentek. Z rozhovorů budu zjišťovat nejdůležitější informace a následně vyhodnotím jednotlivé rozhovory a odpovím na výzkumné otázky. Z jednotlivých rozhovorů lze poznat, že některé z respondentek byly sdílnější a některé byly ochotné sdělit mi pouze omezené informace.

Rozhovor 1

V první řadě jsem se dotazovala na anamnestické otázky. Matce je nyní 45 let a má 3 děti již staršího věku. Vzdělání má ukončené středoškolské s maturitou. V současné době pracuje na manažerské pozici a standardně má společně s manželem hypotéku na vlastní dům, je tedy schopná finančně vše zajistit.

Druhou část rozhovoru tvořily otázky na drogovou anamnézu. Zde jsme se dostaly k tomu, že dotazovaná se ke drogám dostala již v pubertálním věku. Převážně užívala pervitin, experimentovala také s extází, marihuanou nebo lysohlávkami. Drogu užívala v závislosti na dostupnosti, dle jejích slov *„tak, jak to dovolovala situace finanční a samozřejmě i sociální“*. Důvodem užívání drog byla především zábava a nutnost v rámci sociální skupiny. Sociální skupinou se myslí skupina drogově závislých lidí, ve které se respondentka pohybovala. Primárně tedy brala drogu ve společnosti. Na drogu si byla schopná vydělat sama, případně na ni použila finance, které dostávala od rodiny.

Co se týče rodiny, dotazovaná je v pravidelném kontaktu dodnes. Dotazovaná uvádí, že v době její drogové závislosti na ni její rodina neměla žádný vliv. Partneri, se kterými dotazovaná byla v době své závislosti, ji v závislosti podporovali z toho důvodu, že byli také drogově závislí. Co ale respondentka uvádí, že v době, kdy se rozhodla abstinovat, partner ji v tom podpořil a přestal s drogami také.

O těhotenství se dotazovaná dozvěděla asi ve druhém měsíci a probíhalo standardně. Společně s partnerem se rozhodli, že si dítě nechají. Partnerova rodina jim poskytla bydlení. Dotazovaná neměla žádné komplikace vlivem drog. Dotazovaná v době svého těhotenství studovala a uvádí, že toto období bylo velmi náročné. V období mateřství se dotazovaná potýkala i s pocitem, že potřebuje drogu. Primárně uvádí, že to bylo z důvodu odloučení od sociální skupiny, ve které do té doby trávila všechn svůj čas. Uvádí také, že během mateřství ještě jednou drogu užila. *„A, (pauza), i když jako pak možná, když si to tak řeknu, že třeba za pět let od narození vlastně třeba Honzíka (první syn), tak jsem to ještě jednou zkusila, ale jako vlastně už s tím přesvědčením, že vlastně do toho jdu s negativním pocitem, protože jsem věděla, co následuje potom, mm, pozitivním nájezdu tý drogy, tak jsem věděla, že následuje jako strašně negativní stav, takže vlastně s tím jsem do toho šla.“*

Dotazovaná, jako jediná z respondentek nemá zkušenosti se sociální pomocí. Tuto pomoc odsuzuje. *„Jo, já jsem prostě vždycky zastávala ten názor, že tak, jak se do toho člověk sám dostal, tak s tím musí umět sám přestat, protože pokud se do toho dostane až tak daleko, že mu někdo musí pomáhat, tak prostě nevěřím, že ta pomoc je definitivní.“*

Dotazovaná se rozhodla abstinovat již v období těhotenství. Defacto hned, jak se dozvěděla, že je těhotná, ze dne na den s drogami přestala. Největší motivací pro ni bylo ještě nenarozené dítě a to ji pak také v abstinenci udržovalo. Jak uvádí v rozhovoru, u dotazované došlo k jednomu relapsu.

Rozhovor 2

Dotazovaná je 27 let, má jedno dítě, kterému je dva a půl roku. Vystudovala střední odbornou školu v oboru kuchař-číšník. Nyní je na rodičovské dovolené a má v plánu si hledat práci v momentě, kdy její dcera nastoupí do školky. Dluhy nemá. Finančně zvládá poplatit vše, co je potřeba. Nyní žije v bytě a v minulosti pobývala také v azylovém domě.

Drogy, které dotazovaná užívala byl pervitin a marihuana. Drogu brala vždy, když byla možnost.

Důvodem užívání drogy byla zkušenost z rodiny, dále pak dotazovaná uváděla partu a zábavu. Dotazovaná popisuje, že se na droze cítila krásná. Drogu brala ve společnosti, ale také sama. Získávala ji za peníze z výplaty nebo výměnným obchodem. Marihuanu si pěstovala sama.

S rodinou je v běžném kontaktu, ale stále jí připomínají její období závislosti. V abstinenci ji rodina velmi podporovala. Co se týče parnerů, od otce dcery utekla z důvodu fyzického násilí a závislosti na alkoholu. V době otěhotnění se dotazovaná scházela také s jiným mužem a nyní je v situaci, kdy neví zda je otcem on nebo partner, od kterého utekla. Celé roky předtím se domnívala, že otcem dítěte je partner, od kterého urekla.

O těhotenství se dotazovaná dozvěděla v 8. týdnu. Rodina byla nadšená a také ji byla velmi nápomocná. Abstinovat se rozhodla již v těhotenství. S pervitinem skončila ze dne na den. Marihuanu požívala také v mateřství, pro ni z důvodu nedostatečné laktace. Později zjistila, že ji užívání drogy zhoršuje zdravotní stav a přestala.

Dotazovaná pobývala v azylovém domě, kde byla velmi spokojená. Nyní se sociální pracovnící, ze zmiňovaného azylového domu stále spolupracuje a také navázala spolupráci se sociálně-aktivizačními službami, které si dotazovaná také velmi chválí.

Motivací pro dotazovanou bylo dítě. „*U mě to bylo pořád ta moje holčička, já jsem pro ni chtěla lepší život*“.

Rozhovor 3

Dotazované je 42 let, má jednu dceru, které je nyní 21 let a pracuje na manažerské pozici v oboru pojišťovnictví. Bydlí v podnájmu a finančně je velmi schopná.

Za svou drogovou kariéru vyzkoušela poměrně širokou škálu drog, od marihuany, přes kokain až po tzv. taněční drogy a halucinogeny. Dotazovaná začala brát drogy kolem patnáctého roku. Víceméně se jednalo o víkendové záležitosti. Marihuanu začala kolem devatenáctého roku užívat denně. Primárně ve společnosti, později však sama, kdykoliv cítila potřebu. Drogy si obstarala za peníze z brigád, marihuanu pěstovala sama. Ze začátku brala dotazovaná drogy pouze pro zábavu, později, jak uvádí, se z toho stala závislost. V roce 2009 vyhořela fyzicky i psychicky. Následovala hospitalizace na psychiatrii a následné ambulantní docházení. Bylo ji diagnostikováno ADHD.

Dotazovaná uvedla, že má komplikovaný vztah s matkou a ve vztahu s ní je mnoho křivd. Uvádí, že pro ni nikdy nebyla dost dobrá, z čehož dost možná pramení i drogová závislost. Snažila se na sebe upoutat pozornost. Otec byl alkoholik, zemřel, ale za jeho života o dotazovanou nejevil zájem. Rodiče byli rozvedení. S dcerou má běžný vztah. Partneri dotazované byli převážně také drogově závislí. S otcem dítěte již netvoří dlouhé roky pár.

Těhotenství zjistila ve 12. týdnu. „*Když mi to řekl, ten gynekolog jako říkám mu, já jsem teď jako nežila dvanáct týdnů zrovna spořádaný život. A on říká, a co si měla, a já říkám, no tadyhle měla jsem třeba 20 gramů koksu, 40 gramů hašiše za tu dobu a on říká, no, my tady máme i rodičky, narkomanky a já říkám, já nejsem žádnéj feťák do***ele a vůbec mě jako nedocházelo, že jsem žejo*“. Poté se dotazovaná rozhodla abstinovat.

Co se týče sociálních služeb a zařízení. Dotazovaná, jak jsem již zmiňovala docházela do psychiatrické nemocnice. Dotazovaná má také zkušenosti se soudním procesem ve věci výhradní péče o dceru. S otcem se soudili 13 let. Matka o dceru nepřišla.

Motivem k abstinenci pro dotazovanou bylo jednoznačně dítě, respektive nenarozený plod.

„Tak to dítě asi je tak silná motivace, že to prostě nechceš mu to udělat, jako už stačilo těch 12 týdnů“.

Rozhovor 4

Dotazované je 42 let. Má dceru, které je 7 let. Momentálně pracuje a bydlí v podnájmu. Finančně stabilní.

Nejčastěji užívala pervitin a alkohol, prakticky na denní bázi. Důvodem užívání drog byla zábava. Prostituce byla jedním ze způsobů získání drog. Respondentka uvádí *„Já jsem si vždycky peníze nějak vydělala, když bylo potřeba, nejsem na to pyšná, ale šla jsem i za chlapama. Když chcete fet musíte si na něj vydělat a u nás ženských to jde o něco líp.“*

S blízkou rodinou není respondentka v kontaktu. Respondentka uvádí, že velký vliv na její drogovou kariéru měla její matka. Dávala ji najevo, že je k ničemu. Partneři hráli roli také, respondentka žila pouze s fetišáky, jak uvádí.

O skutečnosti těhotenství dotazovaná zjistila až v 5. měsíci. Biologický otec dodnes o dítěti neví. Dotazovaná ihned po porodu vyhledala pomoc azylového domu a nastoupila do pobytu, musela tedy abstinovat, zrelapsovala a dostala druhou šanci v jiném azylovém domě. Dohlížel na ně také OSPOD, se kterým dotazovaná hodnotí spolupráci jako negativní, kdežto azylové domy ji dle jejích slov velmi pomohly. Nyní již není v kontaktu se žádnou sociální či jinou službou.

Dotazovaná se rozhodla abstinovat již v těhotenství, v rámci asi jednoho měsíce přestala s drogami. Poté však v azylovém domě zrelapsovala, jak jsem již uváděla.

Motivací pro dotazovanou bylo jednoznačně dítě a nepříznivá životní situace.

Rozhovor 5

Dotazované je 41 let, má jedno dítě ve věku 14 let. Má dokončenou střední školu s maturitou. Pracuje v oboru účetnictví a žije společně s manželem ve vlastním domě. V době své závislosti brala pervitin na denní bázi. Důvodem užívání drog dotazovaná uvádí problémy v rodině, alkohol a volnější výchovu. Drogu brala ve společnosti, ale i sama. Co se týče vztahů respondentka uvádí, že neměla vážné vztahy, později si našla současného manžela. Dítě bylo plánované a dotazovaná vypověděla, že právě dítě a plánované těhotenství bylo motivací k abstinenci. Dotazovaná tedy abstinovala již před těhotenstvím. Dotazovaná vyhledala psychoterapii a psychiatra, uvádí, že ji oba velmi pomohli a má pouze pozitivní zkušenosti s těmito službami.

Rozhovor 6

Dotazované je 35 let a má dceru 14 let. Má základní školu. Pracuje v chráněné dílně a žije v chráněném bydlení. Brala pervitin a zkusila i jiné drogy. V důsledku toho se ji později projevila schizofrenie. Uvádí, že měla komplikovaný vztah s tátou. Dotazovaná v souvislosti s tím uvádí i fyzické násilí. Partnerů uvádí více. V souvislosti s tím respondentka uvedla, že neví, kdo je otcem její dcery. Dceru ji také odebrali a dali do péče matčiny matky-babičky. Jako motivaci dotazovaná uvádí svou dceru. Byla hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Hospitalizaci dotazovaná hodnotí *„dali mě dokupy“*. (D6)

Rozhovor 7

Dotazované je 31 let a má jednoho chlapce ve věku 6 let. Má vystudovanou střední odbornou školu a dělá uklízečku. Momentálně bydlí se synem v pronájmu. Brala pervitin ve společnosti i sama. S rodinou není v kontaktu, odřízli ji. Partnera nemá a nechce z toho důvodu, že ji partneři z minulosti dostali k drogám. V průběhu těhotenství chodila na subutex. Pobývala společně se synem v terapeutické komunitě, hrozilo ji také odebrání dítěte. Pomoc vnímá jako pozitivní a dle jejích slov je za ní vděčná. Největší motivací pro ni je její syn.

7.6 Výsledky výzkumu

Motivátory pro abstinenci

Při vyhodnocování rozhovorů jsem dospěla k závěru, že se nejčastěji objevovaly tři motivátory, které vedly matky uživatelky k abstinenci. Tyto motivátory jsou dítě jakožto nenarozený plod, právní problémy a strach z odebrání dítěte, v poslední řadě pak sociální situace neboli postavení. Primárně děti byly pro tyto ženy motivace a poskytovaly jim smysl života v procesu abstinování. Toto tvrzení si můžeme potvrdit několika citacemi z rozhovorů: „*Tak to dítě asi je tak silná motivace, že to prostě nechceš mu to udělat, jako už stačilo těch 12 týdnů*“ (D3), „*U mě to bylo pořád ta moje holčička, já jsem pro ni chtěla lepší život*“ (D2), „*Největší motivace byl malej, to je jasný*“. (D7)

Právní problémy hrozily celkem u třech případů. Dotazovaná číslo 3. se soudila s bývalým partnerem o dceru téměř 13 let, jak vypovídá v rozhovoru. Spor vyhrála dceru získala do výhradní péče. D4 popisovala, že z důvodu relapsu a neshod s bývalým partnerem byla pod drobnohledem OSPODu. Spolupráci však hodnotí negativně. V poslední řadě vypověděla dotazovaná číslo 6. o odebrání dítěte do péče matčiny matky. O této situaci hovoří dotazovaná pozitivně, „*já jsem na ní byla zlá, tak jsem byla ráda.*“ (D6)

V několika případech pomohly v procesu také sociální služby, partner nebo rodina. Sociální služby jsou v tomto hodnocené poněkud neutrálně. Některé z respondentek popisují pozitivní spolupráci a jiné zas negativní. Pouze jedna z respondentek nemá žádnou zkušenost se sociálními či jinými službami.

Ze zjištěných informací mohu provést závěr, který říká, že nejzásadnějším motivem pro drogově závislé těhotné ženy a matky je nenarozený jedinec. Narozený jedinec pak udržuje matky v abstinenci. Tyto motivy se v čase příliš nemění.

Možné překážky v procesu abstinence a zotavování

Složité vztahy v rodině. Matky často vypovídaly o komplikovaných vztazích v rodinách, především s matkou, které byly často také důvodem pro drogovou závislost. Příkladem tohoto tvrzení je několik citací z rozhovorů. „*Máma ta mi vždycky dávala najevo, že jsem k ničemu, takže jsem fetovala i kvůli ní.*“ (D4) „*Máma se o nás nestarala, nechávala nás žít svým vlastním životem a tenkrát každej fetoval.*“ (D5) „*Měla jsem přísného tátu. Táta s tím nesouhlasil, nechtěl mě pouštět ven, hodně mě bil.*“ (D6)

Partner. Dalším aspektem v drogové závislosti pro dotazované byli partneři. Dotazované měly často drogově závislé partnery, kteří je v závislosti podporovali, jak vypovídaly v rozhovorech.

Zábava a parta. Z rozhovorů lze vyčíst, že dotazované primárně užívaly drogu ve společnosti. Společnost je tedy udržovala v závislosti a v jevu, který se pro ně stal běžným a přípustným. Jedna z dotazovaných vypověděla, že se i v abstinenci setkávala s partou kamarádů, se kterými

drogu brala. Na otázku „Měla si někdy pocit, že potřebuješ drogu znovu?“ odpověděla „Joo, měla, protože jsem vlastně byla zvyklá na ten život s těma kamarádama, kterej vlastně ustal, protože se narozením toho dítěte, že jo ta ženská nemá vlastně vůbec možnost nějak jako pokračovat v tom životě tak, jak byla zvyklá a co bylo vlastně (pauza) problematický, že kolem mě vlastně pořád ty drogy nějakým způsobem byly, protože jsme se pořád stýkali vlastně s těma stejnýma kamarádama a oni samozřejmě neabstinovali, takže ano, to nepopírám, že jsem vlastně měla někdy pocit, že vlastně to jako úplně nedávám a že by bylo fajn si tu drogu dát, ale jako opravdu jsem to nikdy neudělala.“ (D1)

Specifikace cílové skupiny

Z výzkumu je zřejmé, že tvrzení, která uvádím v kapitole 1. jsou pravdivá. Uvádím zde, že uživatelky drog jsou drogově závislé nejčastěji mezi 15-24 rokem. Dotazované v rozhovorech uvádí, že svou drogovou kariéru zažily mezi 15-25 rokem.

Vzdělání respondentek není vyšší než střední škola s maturitou, což může potvrzovat i fakt, že tyto ženy podle Vavřínkové (2006) mají nižší vzdělání. Na druhou stranu tři ze sedmi respondentek mají nyní již dlouholetá zaměstnání na vysokých pozicích a kariérně se během těchto let vypracovaly. Toto tvrzení tedy vyvrací tvrzení dle Kaliny (2003), že významným znakem této skupiny je nezaměstnanost.

Nejvýznamnější drogou v rozhovorech s dotazovanými je pervitin. Pak je to také marihuana a extáze. Respondentky v rozhovorech popisují stav euforie a dlouhotrvající výdrže bez spánku.

7.7 Doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce může být využita všemi obory zabývající se touto cílovou skupinou. Záměrem této práce je využití k prevenci drogové závislosti a edukaci o negativním dopadu drog na matku a dítě primárně jakožto nenarozený plod. Z kapitoly 14. a 17. lze vypracovat krátkou brožuru, která může sloužit jako prevence již zmiňovaného. Lze tyto části použít jako průvodce pro drogově závislé, těhotné ženy nebo ženy v mateřství. V neposlední řadě může tato práce sloužit jako příklad toho, že lze se závislostí úspěšně bojovat. Lze v ní také vyčíst, které motivy pomohly matkám uživatelkám v abstinenci a zotavení.

Terapeutické komunity

Výzkum by mohl přispět k terapeutické činnosti v praxi s drogově závislými matkami a zvažovat, jak efektivněji léčit matky ve společném prostředí s dítětem.

„Bezprostředně po porodu může žena také nastoupit do terapeutické komunity, a to společně se svým dítětem. Jde o specifický program, který je pro ně přímo koncipován a počítá s novorozenci, ale i se zapojením starších dětí. Cílem je přizpůsobit ženě prostředí a průběh tak, jako kdyby měla dítě doma, a vytvořit jí adekvátní časové a prostorové podmínky pro péči. To znamená, že v době, kdy je například na skupinové terapii, pečuje o dítě vyškolený personál a ženu neruší obavy o něj. Zároveň má v komunitě k dispozici všechny důležité pomůcky. Pro ženu je také přínosné, že sdílí obdobnou zkušenost a životní situaci s dalšími matkami.“ (Popov, 2018)

8 Závěr

Závěrečná práce se věnuje motivům k abstinenci drogově závislých žen matek. Práce je rozdělena na praktickou a teoretickou část.

V teoretické části se věnuji obecným informacím, jako jsou drogy a drogová závislost a s tím spojené téma abstinence, těhotenství a mateřství a motivace.

Praktické části předcházelo vyhledávání respondentek metodou sněhové koule a následné provedení polostrukturovaných rozhovorů s celkem sedmi respondenty. Hlavním cílem bylo zjistit jaké motivy jsou nejzásadnější v souvislosti s abstinencí pro drogově závislé matky. Z výzkumu tedy vyplývá, že nejzásadnějším motivem pro drogově závislé matky je dítě, primárně ještě nenarozené. Z čehož vyplývá, že primárním motivem je již těhotenství. Z praktické části se lze dozvědět další důležitá fakta a informace.

Výzkum měl také některá omezení, především tak časovou náročnost a nedostupnost dotazovaných.

Bakalářská práce slouží jako prevence a edukace rizik drogových závislostí v těhotenství a mateřství a zároveň jako průvodce návykovými látkami. Tato bakalářská práce také může sloužit jako podklad pro další zkoumání této problematiky.

Matky uživatelky se potýkají s předsudky a odsouzením. Společnost je vnímá jako nezodpovědné. Tato bakalářská práce však také popisuje příčiny a důsledky drogové závislosti. Matky pak popisují jednotlivé motivy a důvody a chtějí být lepší matky pro své děti. Zaslouží si tedy podporu a pozornost společnosti a odborníků sociálních služeb a státních orgánů.

Seznam použité literatury

1. ADAIR, John Eric. Efektivní motivace. Management (Alfa Publishing). Praha: Alfa Publishing, 2004. ISBN 80-86851-00-1.
2. ALVESSON, M., 2003. *Methodology for close up studies: struggling with closeness and closure*. [online]. Higher education, 46(2), pp.167-193. [cit. 25.9.2024]. Dostupné z <http://www.jstor.org/stable/3447465>
3. BARNARD, Marina. Drogová závislost a rodina. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.
4. BEDRNOVÁ, Eva a NOVÝ, Ivan. Psychologie a sociologie řízení. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-169-0.
5. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.
6. Drogy: poznej svého nepřítele. Přepřacované a doplněné vydání. [Praha]: Medea Kultur, 2012
7. HARTL, Pavel. Psychologický slovník. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Slovník. Praha: Jiří Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5.
8. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepřacované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. HOLČÍKOVÁ, Soňa, Adiktologie.cz: Halucinogeny-ucinky [online]. Praha, 2019 [cit. 2024-04-07]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/hledat?searchtext=halucinogeny+%C3%BA%C4%8Dinky>
10. HUGHES, GALLEGOS, SEDEFOV, Publications Office of the European Union © European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011 ISSN: 1681-515
11. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
12. KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
13. Kolektiv autorů sdružení SANANIM. Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785512.
15. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie [Langmeier, 1998]. Vyd. 3., přepřac. a dopl., v. Praha: Grada Publishing, 1998, 343 s.: i. ISBN 80-7169-195-X.
16. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
17. MASLOW, Abraham Harold. O psychologii bytí. Klasici (Portál). Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
18. MeDitorial: Substituční léčba. 2024 ISSN 1804-0799
19. MIOVSKÝ, Michal (ed.). *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball sampling)*. Metodika. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-08-0.
20. MIŠOVIČ, J. 2019. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Praha: Slon.

21. MONIKA PLOCOVÁ. Drogy a drogová závislost. Srov. [on-line]. [2024-07-17]. Dostupné z: <http://www.monikaplocova.cz/drogy-a-drogoва-zavislost>
22. NAKONEČNÝ, Milan. Psychologie osobnosti. Vyd. 2. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1.
23. NEDVĚDOVÁ, Daniela a Gabriela SVĚTNICKÁ. Drogy v těhotenství a jejich vliv na novorozence. In XXXVI. Neonatologické dny SBORNÍK ABSTRAKTŮ. 2020. ISBN 978-80-88347-08-8.
24. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* 2. rozš. vyd. Medica. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
25. Presl, J., (2012). Drogy-poznej svého nepřítele.nzip.cz. [online]. [cit. 17. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-sveho-nepritele-2012.pdf>
26. PRESLOVÁ, Ilona a MAXOVÁ, Veronika (ed.). Ženy & drogy: sborník odborné konference: Praha 15.-16. dubna 2009. Praha: Sananim, 2009. ISBN isbn978-80-254-5133-5.
27. PŘIDALOVÁ, Martina. Motivace k abstinenci po závislosti na alkoholu. [online] Olomouc, 2016 [Cit. 2024-07-16]
28. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2011. Obecně o závislostech. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-lecich>
29. ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Psyché (Grada). Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
30. Rozdělení drog. In: substituční-léčba: Stránky o závislosti [online]. Aktualizace 17. 4. 2024 [vid. 2024-04-17]. ISSN 1804-0799. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>
31. Ruan S, Wang X, Zhao C, Li Q, Li WM, Zhang G, Pan J, Yang X. Psychosocial Correlates of Motivation for Abstinence Among People Who Used Drugs After Community Rehabilitation Treatment in China: A Structural Equation Modelling. *Psychol Res Behav Manag*. 2024;17:39-50. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S440876>
32. SEDLÁČKOVÁ, ŽIŽKOVÁ: Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství, Časopis Sestra, 7/2007 [online]. [CIT. 2024-04-07]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/uzivani-psychoaktivnich-latek-v-tehotenstvi>
33. Šance dětem [online, cit. 2024-04-17] Dostupné z: <https://sancedetem.cz>
34. Presl, J., (2012). Drogy-poznej svého nepřítele.nzip.cz. [online]. [cit. 17. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-sveho-nepritele-2012.pdf>
35. ŠLAMBEROVÁ, R. Pervitin, droga těhotných žen. Vesmír. 2020, roč. 99, č. 1, s. 23–25. ISSN 042-4544.
36. ŠULCOVÁ, Iva. Dítě jako motivace k abstinenci u drogově závislých matek. [The child as a motivation for abstinence among drug addicted mothers]. Praha, 2013. 87 stran, 1 příloha.
37. ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0. Dostupné také z: <http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:322a84e0-ba9c-11e5-b5dc-005056827e51>
38. TANCEROVÁ, T., 2019. [online]. Zdraví euro. [cit. 2024-18-3]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz>
39. VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER, Tomáš. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006. ISBN isbn80-7254-829-8.
40. VELEMÍNSKÝ, Miloš a ŽIŽKOVÁ, Blanka (ed.). Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

41. WEST, Robert. *Modely závislosti. Monografie*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, [2016]. ISBN 978-80-7440-157-2.
42. <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=7&r=14#result>
43. <https://sancedetem.cz/nasledna-pece-o-matky-se-zavislosti-jejich-deti>
44. www.pediatricpropraxi.cz

Přílohy

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce drogová závislost a mateřství

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Zuzany Němečkové s názvem drogová závislost a mateřství. Cílem výzkumu je je zjistit motivy matek s drogovou závislostí k abstinenci a následné využití těchto motivací sociálním pracovníkem.

Bylo mi sděleno, jaký bude mít rozhovor průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně odmítnout účast na výzkumu. [L] [SEP]

Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce.

Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

[L] [SEP]

Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

[L] [SEP] Datum: [L] [SEP]

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka: [L] [SEP]

Otázky k rozhovoru

- Hlavní výzkumná otázka:

Jaké motivy vedly drogově závislé matky k abstinenci?

- Dílčí výzkumné otázky:

Jaké motivy jsou pro abstinující matky nejzásadnější?

Jak se tyto motivy v čase mění?

Jakou roli v tomto hrají sociální služby a státní orgány?

Rozhovor

- Anamnestické otázky:

Jaký je váš věk?

Kolik máte dětí a kolik jim je?

Jste nyní zaměstnaná?

- Drogová anamnéza:

Popište mi prosím Vaší drogovou minulost. Jakou drogu jste brala a jak často? V jaké společnosti? Jaký byl důvod a jak se tento důvod měnil a jaké stavy vám drogy navozovaly?

- Rodinná anamnéza:

Popište mi prosím vztahy ve Vaší rodině a Vaše partnerské vztahy v souvislosti s drogovou závislostí. V jakém kontaktu jste v současné době s rodinou? Jaký měla rodina a partneři vliv na drogovou závislost?

- Průběh těhotenství a mateřství:

Popište mi průběh Vašeho těhotenství a následného mateřství v souvislosti s drogovou závislostí. Jak a kdy jste se dozvěděla, že jste těhotná? Plánované\neplánované, chtěné\nechtěné těhotenství. Reakce rodiny, partnera a blízkého okolí v souvislosti s těhotenstvím v období závislosti.

- Sociální intervence:

V době své závislosti i po ní, vyhledala jste nějakou pomoc? Pokud ano, o které sociální či další služby se jednalo či se kterými státními orgány jste spolupracovala? Hrozilo Vám někdy soudní odebrání dítěte? Jak je to v současné době, spolupracujete s některou sociální službou?

- Motivace:

Jaké motivy jsou pro Vás ty nejzásadnější v souvislosti s abstinencí? Jak se tyto motivy v čase měnily? Negativní a pozitivní popis, co Vás napadne? Jakou roli ve Vaší abstinenci sehrály sociální služby? Došlo u Vás k relapsu? Co Vás nyní motivuje pro setrvání v abstinenci? Co byste poradila nebo doporučila matkám, které jsou nyní ve stejné situaci, jako jste byla vy?