

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických 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. Zabývá se také rolí sociálních zařízení a státních orgánů v kontextu pozitivní či negativní motivace.

Klíčová slova

Těhotenství, mateřství, drogová závislost, abstinence, motivace, sociální intervence.

Abstract

The bachelor's thesis is focused on drug-addicted mothers who used drugs during pregnancy or in the subsequent period of motherhood and are now abstinent. Describing what led mothers to abstinence, what motives were, and how these motives change over time. It also discusses the role of social institutions and state authorities in the context of positive or negative motivation.

Keywords

Pregnancy, motherhood, drug addiction, abstinence, motivation, social intervention.

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 její 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 mateřství. Především tak děkuji paní Mgr. Markétě Dubnové PhD.

Obsah

1	Seznam zkratk.....	7
2	Úvod.....	8
3	Charakteristika drogově závislých žen	9
4	Drogy a drogová závislost	11
4.1	Historie drog	11
4.2	Rozdělení drog	12
4.3	Drogová závislost	14
4.4	Abstinence	15
5	Těhotenství a mateřství	16
5.1	Potrat	16
5.2	Porod	17
6	Důsledky užívání drog v těhotenství a mateřství	18
7	Motivace	19
8	Péče o drogově závislé matky a jejich děti.....	21
9	Praktická část.....	23
9.1	Metodika výzkumu	23
9.2	Metody sběru dat	23
9.3	Výzkumné otázky	23
9.4	Omezení výzkumu	23
9.5	Výsledky výzkumu.....	24
10	Závěr	25
11	Seznam použité literatury	26

1 Seznam zkratek

VŠPJ Vysoká škola polytechnická Jihlava

CNS Centrální nervová soustava

OSPOD Orgán sociálně-právní ochrany dětí

TK Terapeutická komunita

2 Úvod

Cílem této práce je stručně popsat drogovou scénu a dále se věnovat hlavně drogově závislým matkám nebo drogově závislým těhotným ženám a zjistit, co jsou a 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 skupinou drogově závislých a ujistit se v tom, že svou kariéru chci směřovat tímto směrem. Také jsem brala v potaz to, že sama matka jsem a mou zkušenost 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. Což znamená, že výzkumný materiál budu primárně hledat na vlastní pěst a nebudou to již klientky sociálních zařízení, jako jsou terapeutický komunity nebo jiná zařízení provozovaná 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, protože se drogová závislost posuzuje v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím, zkrátka s biologickými faktory, které u mužů nejsou možné. Vzniká více služeb zaměřené na klientelu drogově závislých matek a jejich dětí. Klientem tedy není pouze žena sama, jak to bývá u mužů, ale také dítě. Přičemž na matku se zaměřují služby, které se snaží přivést matku k abstinenci a na dítě se pak zaměřuje orgán sociálně právní ochrany dětí. Tento proces známe jako interdisciplinární spolupráce. Matky mají možnost léčit se ze závislosti společně s dítětem například v terapeutických komunitách, přičemž to není vyloučené ani u mužů. Eliminuje se tím riziko odebrání dítěte. Chtěla bych zamezit předsudkům vytvořeným v souvislosti s drogově závislými ženami.

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

3 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 nezájem 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, s.11) 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 „skryta“. 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)

4 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)

4.1 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. (AI)

4.2 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 (Ěčko, 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. (Presl, 2012)
- 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 přezdívaly „trip“ a jsou napuštěné roztokem LSD. (Presl, 2012)
- Meskalin, PCP

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.

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)

4.2.1 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, Žižková, 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, Žižková, 2008)

4.3 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, st.20)

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)

4.3.1 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. (Placová, 2024)

4.3.2 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. (Mahdalíčková, 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.” (cit. Hughes, Gallegos, Sedefov, 2011)

4.4 Abstinence

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

Český výraz pro abstinenci je zdrženlivost. Zřeknutí se věci, která nám způsobuje nějaký požitek. 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 abstinenci 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.

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)

5 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. Vyvíjí se vnitřní orgány. Vyvíjí 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.

5.1 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. (Tancerová, 2019) U drogově závislých žen dochází k samovolnému potratu velmi často.

5.2 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)*

6 Důsledky užívání drog v těhotenství a mateřství

Nejčastější komplikací u drogově závislých těhotných žen, dále jen uživatelék, jsou především potrat nebo předčasný porod. (Asociace záchranářů, 2020)

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 spíše 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 abstinenci příznaky, ale je také časově omezená. (Nedvědová, 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. Abstinenci 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 velký význam, co se týče emocionálních vazeb, které toto chování velmi negativně narušuje. (Barnardová, 2007)

Důsledkem drogové závislosti v těhotenství je abstinenci syndrom u novorozence neboli NAS, což jsou charakteristické příznaky, které se vyskytují u novorozence užíváním drogy. *Mezi typické projevy patří především neztížitelný 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. (Hlásková, 2014)*

7 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)

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.

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). Intrinsická 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)

Chápání motivace v oblasti motivace popsal Mindlin ve své knize jako „klientovu ochotu aktivně se zapojit do léčby“. Což neznamená, že klient nebude pouze abstinent, 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, st. 607)

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, Nový, 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, st.30)*

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)*

Pocit, že se klientovi daří dobře v prvních fázích léčení může často vést ke snížení motivace a přivést klienta k vědomí, že je již vyléčený a nepotřebuje pomoc.

8 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 abstinenčním 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, s. 246)

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 Vetrníku 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. (Preslová, 2015)

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

9 Praktická část

9.1 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části budu zpracovávat a analyzovat rozhovory s celkem sedmi drogově závislými matkami, které již abstinují 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 těhotenství. Budu mít připravené otázky, které budu klást respondentkám, případně se jich doptávat. Rozhovory tedy budu vést tzv. polostrukturovaným rozhovorem. Rozhovory budou zcela anonymní a respondentky s tímto budou seznámeny. První část otázek budou otázky anamnestické. Druhá část se bude věnovat období těhotenství a mateřství a sociální intervenci.

9.2 Metody sběru dat

Ke sběru dat byla vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru. Otázky v tomto rozhovoru jsou dopředu známe, ale tazatel i dotazovaný se může v průběhu rozhovoru ptát na další. Při dotazování může tazatel objasnit pojem či se znovu zeptat na znění odpovědi.

Rozhovory jsou součástí přílohy.

9.3 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?

9.4 Omezení výzkumu

Při sběru dat jsem měla velký problém s hledáním respondentek, vzhledem k tomu, že jsem byla již dopředu domluvena s organizacemi na spolupráci neměla jsem důvod na výzkum nějak spěchat. Problém nastal v souvislosti s nemocí jednoho z vedoucích jedné organizace a nebylo tedy možné s ní spolupracovat. Hledala jsem tedy respondentky na vlastní pěst. Vzhledem ke zkušenosti, v této oblasti, z blízkého okolí, jsem našla tři respondentky do mého výzkumu v blízkém okolí 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. To znamenalo, že sociální pracovníce s jejich souhlasem předala telefonní čísla a zbytek už byl na mě, jak se s respondentkami domluvím. To bylo poněkud náročné, protože respondentky byly velmi časově vytíženy, ale nakonec se povedly všechny schůzky. Musím říct, že na všech respondentkách byla cítit 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 cítily více 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 zkratkovitě, ručně psala na papír.

9.5 Výsledky výzkumu

Z výzkumu je zřejmé, že tvrzení, která uvádím v kapitole 1. jsou pravdivá. Uvádím zde například, že uživatelky drog jsou drogově závislé nejčastěji mezi 15-24 rokem, toto sedí, i přesto že průměrný věk mých respondentek je třicet sedm let. Všechny z nich svou éru drogových závislostí zažily v době od patnáctého do dvacátého pátého roku života. 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 kariéru se vypracovaly. Nejzásadnějším faktorem pro vznik závislosti u mých respondentek byla parta a vliv vrstevníků, což opět odkazuje na tvrzení v kapitole 1. S čímž ale nesouhlasím, a můj výzkum vyvrací, je bod, kdy Kalina (2003) popisuje nezaměstnanost, jako významný znak této skupiny. Všechny mé respondenty jsou zaměstnané nebo mají v plánu zaměstnání hledat.

Z výzkumu vyplývá, že nejzásadnějším a primárním motivem pro abstinenci drogově závislých matek je jednoznačně dítě a zjištění těhotenství. Sekundárně je to také ekonomická situace nebo sociální postavení.

Co se týče drog, nejvýznamnější roli v drogovém světě závislých matek hraje pervitin, to je rozhodně droga této skupiny. Pak je to také marihuana a extáze. Respondenty popisují stav euforie a dlouhotrvající výdrže bez spánku.

Každá z respondentek zmínila fáze drogové závislosti přesně tak, jak je popsáno v kapitole 1.3.1., ale dovoluji si zmínit, že čtyři z nich se nedostali do fáze takové, že by stály na hranici se smrtí. Jedna z klientek popisovala něco jako sebevraždu, které si nebyla vědoma, přičemž není úplně zřejmé, co vše této situaci předcházelo.

Důsledky užívání drog byly u každé z respondentek rozdílné. Nejvíce zde ale byly popsány finanční problémy, které souvisejí i se sociálním postavením. Žádná z respondentek neměla, co dočinění s trestnou činností a jedna z klientek zmiňovala určitou formu prostituce za účelem získání drogy.

Co se týče abstinence, kromě jedné respondenty, která pokračovala s drogami i v době mateřství, se všechny úspěšně pokusily o abstinenci již v období těhotenství.

Předčasný porod byl definován u jedné z respondentek, kdy ale nakonec vše dopadlo v pořádku.

Z mého výzkumu není zřejmé, že by pro matky byl zásadní motiv k abstinenci negativní, tím myslím například soudní odebrání dítěte v důsledku závislosti, které se vlastně okrajově dotklo pouze dvou z respondentek a přímo jen jedné z nich v důsledku soudního sporu o svěření dítěte do péče jednoho z rodičů.

Co je ale zajímavé a nebyl to primární cíl mého výzkumu je, že příčinou drogové závislosti u matek byl ve většině případů velmi složitý vztah v rodině, respektive složitý vztah s matkou nebo otcem, kteří nejevili zájem o dítě a v důsledku toho na sebe chtěly, tenkrát ještě děti, v pubertálním věku upozornit. Také se objevovala závislost na alkoholu v rodinách respondentek nebo byla příčinou drogová závislost u sourozence.

10 Závěr

Hlavním cíle práce 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, tedy tím primárním motivem je již těhotenství. Pokud bych měla odpovědět na otázku, jestli se tento motiv v čase měnil. Od zjištění těhotenství se téměř každá matka soustředila na to, aby abstinovala již v průběhu těhotenství, což se podařilo u většiny z nich. Z toho vyplývá, že tento motiv se příliš neměnil. Negativní motivy hrály roli u některých z respondentek. Především šlo o odebrání dítěte, předání dítěte do péče otce nebo finanční situace. Co se týče sociálních služeb, velkou roli zde u dvou klientek hrál azylový dům, který byl matkám v cestě za abstinencí velmi nápomocný. Dále pak TK a následná péče. V současné době jen tři z nich spolupracují s nějakou sociální službou. Myslím si, že výsledky jsou určeny tím, že jsem nehledala respondentky v sociálních zařízeních nebo v léčbě. Pokud bych měla jiný výzkumný materiál, výsledky by se jednoznačně lišily, což mohu zhodnotit po nastudování celé problematiky drogově závislých matek, kde je uvedeno, že pro matky v léčbě není těhotenství až tak velký motiv pro abstinenci. Tím, že respondentky již žijí řádný život a ani jedna z nich není v léčbě, naopak již několik let po ní, nemohu zhodnotit jiné situace. A v tom také vidím omezení mého výzkumu. Co se týče práce s touto cílovou skupinou zapracovala bych na preventivních opatření, ve smyslu lepší informovanosti budoucích matek v souvislosti s těhotenstvím a drogovou závislostí. Z výzkumu vyplývá, že respondentky jsou z problematických rodin s problematickými vztahy.

11 Seznam použité literatury

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.

VELEMÍNSKÝ, Miloš a ŽIŽKOVÁ, Blanka (ed.). Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER, Tomáš. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006. ISBN isbn80-7254-829-8.

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. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

PRESL, Jiří. Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě? 2. rozš. vyd. Medica. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

Šance dětem [online, cit. 2024-04-17] Dostupné z: <https://sancedetem.cz>
MeDitorial: Substituční léčba. 2024 ISSN 1804-0799

Presl, J., (2012). Drogy-poznej svého nepřítele.nzip.cz. [online]. [cit. 17. 4. 2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-sveho-nepriatele-2012.pdf>

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>

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>

MONIKA PLOCOVÁ. Drogy a drogová závislost. Srov. [on-line]. [2024-07-17]. Dostupné z: <http://www.monikaplocova.cz/drogy-a-drogoва-zavislost>

MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno? Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.

HUGHES, GALLEGOS, SEDEFOV, Publications Office of the European Union © European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011 ISSN: 1681-515

TANCEROVÁ, T., 2019. [online]. Zdraví euro. [cit. 2024-18-3]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz>

ŠLAMBEROVÁ, R. Pervitin, droga těhotných žen. Vesmír. 2020, roč. 99, č. 1, s. 23–25. ISSN 042-4544.

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.

BARNARD, Marina. Drogová závislost a rodina. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie [Langmeier, 1998]. Vyd. 3., přeprac. a dopl., v. Praha: Grada Publishing, 1998, 343 s.: i. ISBN 80-7169-195-X.

BEDRNOVÁ, Eva a NOVÝ, Ivan. Psychologie a sociologie řízení. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-169-0.

- PŘÍDALOVÁ, Martina. Motivace k abstinenci po závislosti na alkoholu. [online] Olomouc, 2016 [Cit. 2024-07-16]
- KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN isbn80–86734–05–6.
- Rozdělení drog. In: substituční-léčba: Stránky o závislosti [online]. Aktualizace 17. 4. 2024 [vid. 2024-04-17]. ISSN 1804-0799. Dostupné z: <https://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>
- Drogy: poznej svého nepřítele. Přepřacované a doplněné vydání. [Praha]: Medea Kultur, [2012?]
- KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Psyché (Grada). Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. Psychologie osobnosti. Vyd. 2. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1.
- HARTL, Pavel. Psychologický slovník. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Slovník. Praha: Jiří Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5.
- MASLOW, Abraham Harold. O psychologii bytí. Klasici (Portál). Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- ADAIR, John Eric. Efektivní motivace. Management (Alfa Publishing). Praha: Alfa Publishing, 2004. ISBN 80-86851-00-1.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

