

Jiho česká univerzita v českých Budějovicích
Zdravotní sociální fakulta

**Zdravotní a sociální aspekty nadužívání psychoaktivních látek
v hotelných fien a matek s d tmi v TK Karlov**

bakalářská práce

Autor práce: Petra Váchová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Studijní obor: Ochrana veřejného zdraví

Vedoucí práce: Mgr. František Kotrba

Datum odevzdání práce: 2.5.2012

Abstrakt

Tato práce se zabývá specifickou skupinou těhotných žen a matek, užívajících návykové látky. Podrobněji se v ní věnuje vlivu drog v těhotenství na matku a její plod. V jejím prostoru zde dostávají i sociální aspekty uvedené problematiky.

Další oblastí mého zájmu jsou především specifika léčby žen, která jsou spolu se základními termíny a aspekty problematiky drogových závislostí popsány v teoretické části práce. Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, jehož cílem je zmapovat zdravotní a sociální aspekty nadužívání psychoaktivních látek u specifické skupiny těhotných žen a matek studované v TK Karlov.

Ke sběru dat byla použita kvalitativní metoda, technika semistrukturovaných rozhovorů, jež byly zaznamenávány na zvukové médium a poté dále zpracovány. Očekávám, že má práce bude přínosem, jelikož konkrétních studií na toto specifické téma je zatím velmi málo. Předpokládám, že by mohla být východiskem například pro další vzdělávání profesionálů v oblasti protidrogových služeb, pracovníků kontaktních center, sociálních pracovníků, terapeutů atp.

An abstrakt

This thesis deals with a specific group of pregnant women and mothers abusing addictive substances. It focuses in detail on the effects of drugs on a mother and her fetus during pregnancy. The social aspects of this issue are targeted as well.

Another area of my interest are the specifics of treating those women as described in the theoretic section of my thesis together with the basic terms and aspects of the drug abuse topic. The practical section is focused on a qualitative research that aims to map the health and social aspects of abuse of psychoactive substances by a specific group of pregnant women and mothers with children in Therapeutic Community Karlov.

The data was collected using the qualitative method, the technique of semi-structured interviews that were audio-recorded and then processed. I expect my thesis to be quite useful as there are only few studies targeting this specific topic. I suppose it could serve as basis for further education of professionals in the field of antidrug services, employees of contact centers, social workers and therapists etc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zdravotní a sociální aspekty nadužívání psychoaktivních látek těhotných žen a matek s dětmi v TK Karlov“, vypracovala samostatně a použila jen prameny, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b) zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále také souhlasím s tím, aby stejnou elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb., zveřejněny posudky kolektivu a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

í .í í í í í í í í í í í ..

Petra Váchová

Podkování

Na tomto místě bych ráda podkovala Mgr. Františku Kotrbovi, za odborné vedení a cenné připomínky. Dále bych chtěla podkovat PhDr. Petru Váchovi, za umožnění výzkumu v TK Karlov.

Obsah

Úvod	7
1. Sou asný stav	9
1.1 Psychoaktivní látky.....	9
1.1.1 Základní poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek	10
1.1.2 Akutní intoxikace.....	11
1.1.3 Syndrom závislosti.....	11
1.1.4 Odvykací stav	12
1.1.5 Psychotické poruchy	12
1.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	13
1.2.1 Biologické faktory	13
1.2.2 Genetické faktory.....	13
1.2.3 Psychické faktory.....	13
1.2.4 Sociální faktory.....	13
1.2.5 Spirituální faktory	14
1.3 Vznik a rozvoj závislosti.....	14
1.4 ženy jako specifická skupina	15
1.5 Drogy v t hotenství.....	16
1.6 Diagnostika t hotenství.....	16
1.7 Pr b h t hotenství	17
1.8 Pé e o drogov závislou ženu	17
1.9 Vliv drogy na plod.....	18
1.10 Psychoaktivní látka jako teratogen	20
1.11 Porod	20
1.12 Neonatální abstinen ní syndrom	21
1.13 Období –estined lí	22
1.14 Specifika a metody lé by závislých matek s d tmi	22
1.14.1 Historie	22
1.15 Klientela t hotných žen a matek.....	23
1.16 Programy pro t hotné a matky	24
1.16.1 Denní stacioná	24
1.16.2 Terapeutická komunita.....	27
1.17 Základní metody využívané p i residen ní lé b závislých matek	31
2. Cíl práce	33
3. Metodika	34
3. 1 Charakteristika souboru	34
3. 2 Výzkumné otázky	34
4. Výsledky	35
5. Diskuze	54
6. Záv r.....	58
7. Seznam použitých zdroj	60
8. Klí ová slova.....	63
9. P ílohy.....	64

Úvod

Drogová tematika je velmi diskutovaným a stále aktuálním tématem. Fenomén drogové závislosti je jedna z nejproblematických otázek současné doby.

Látek, zneužívaných jako drogy, je celá řada. Patří mezi ně prostředky pro úrodnost i látky syntetické. Jejich účinky na lidský organismus se výrazně liší a jejich užíváním vzniká buď fyzický, nebo psychický návyk.

Dostupné zdroje zaměřují svoji pozornost především na obecné poznatky o psychoaktivních látkách, jako jsou příznaky drogové závislosti, abstinence příznaky a především prevence, a proto jsem se rozhodla podrobněji prozkoumat poznatky specifické.

Podstata řešení závislosti na psychotropních látkách, celkové pojetí této závislosti a nalezení vhodného léčebného postupu je často předmětem rozporuplných názorů. Léčba dané závislosti bývá dlouhodobý a složitý proces. Vyžaduje kvalitní posouzení stavu problému, čas a zejména nalezení vhodného léčebného programu, odpovídajícího terapeutického směru. Léčba drogové závislosti zahrnuje nejen samotnou psychoterapeutickou složku, ale i farmakoterapii, poradenství, dále pak aktivní spolupráci s ostatními zúčastněnými osobami a aplikaci vhodné psychoterapeutické techniky.

Novinkou několika posledních let je zaměření se na specifickou klientelu uživatelů. Ve své práci se věnuji klientele žen, konkrétně jim těhotným ženám a matkám závislým na návykových látkách. Po návštěvě několika typů zařízení, v nichž se léčí drogové závislosti, mě tato specifická skupina zaujala a rozhodla jsem se jí věnovat blíže.

TK Karlov, kde probíhal výzkum k mé práci, je jediná terapeutická komunita v České republice, která se v níhuje specifické skupině t hotných žen a matek s d tmi. Spole ná lé ba matek a d tí zvy-uje výrazn nad ji na úsp -nou lé bu a resocializaci.

Hlavním specifíkem lé by t hotných žen a matek s d tmi je p edev-ím vytvo ení pevného svazku mezi matkou a jejím d ítem, p íjetí role matky, získání dovedností pot ebných k vytvo ení bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své d ít po návratu z lé by.

P ínos a o ekávání své práce vidím ve zpracování a výzkumu zvoleného tématu, který zmapuje základní zdravotní a sociální charakteristiky klientek-matek TK Karlov, nebo prací, které se v níhují této specifické skupině, je prozatím velmi málo a chybí odborné literární prameny.

1. Současný stav

1.1 Psychoaktivní látky

Psychoaktivní látka (návyková látka) je každá látka, která má ní psychický stav a vyvolává návyk i závislost. Může se jednat o látku přírodní nebo syntetickou. Těchto látek je velké množství a jejich účinky a vzniklá míra závislosti, jsou různé. (15)

Drogová závislost je zahrnuta do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění. V mezinárodní klasifikaci nemocí jsou za psychoaktivní látky označeny právě ty látky, které vyvolávají závislost. Specifikace psychoaktivních látek, které mohou vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch, je rozdělena v těchto deseti kapitolách:

F - 10 o alkohol (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu)

F - 11 o opioidy (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním opioidů)

F - 12 o kanabinoidy (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů)

F - 13 o sedativa i hypnotika (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik)

F - 14 o kokain (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním kokainu)

F - 15 o stimulantia (duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním stimulantů, včetně kofeinu)

F - 16 ó halucinogeny (du- evní poruchy a poruchy chování zp sobené uflíváním halucinogen)

F - 17 ó tabák (du- evní poruchy a poruchy chování zp sobené uflíváním tabáku)

F - 18 ó prchavá rozpou- t dla (du- evní poruchy a poruchy chování zp sobené uflíváním prchavých rozpou- t del)

F - 19 ó jiné psychoaktivní látky nebo uflívání n kolika látek (du- evní poruchy a poruchy chování zp sobené uflíváním jiných nebo n kolika psychoaktivních látek
(14))

Dal-ími znaky význa nými pro drogovou závislost jsou:

- nezvladatelná touha po dal-ím (opakovaném) uflití drogy
- zvy- ování doposud uflívané dávky
- vznik fyzické i psychické závislosti
- negativní d sledky pro samotného jedince i spole nost **(31)**

1.1.1 Základní poruchy vyvolané uflíváním psychoaktivních látek

Porucha zp sobená uflíváním psychoaktivních látek je každá porucha du- evní i behaviorální, která vznikla následkem uflívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou i nejsou p edepsány léka em. D sledkem tohoto uflívání dochází k r zným poruchám. **(28)**

1.1.2 Akutní intoxikace

Jedná se o stav po požití psychoaktivní látky, který vyvolá změny ve fyziologických, psychických i behaviorálních funkcích. (28)

K akutní intoxikaci může dojít již při prvním kontaktu s látkou. S intoxikací může souviset celá řada dalších komplikací. Tou nejzávažnější je smrt, která nastane v důsledku akutní intoxikace. (20)

1.1.3 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti definujeme jako soubor psychických a somatických změn, které byly vyvolány opakovaným užíváním a nadužíváním psychoaktivní látky. Projevuje se těmito symptomy:

- touha po opakovaném užití
- zhoršená schopnost sebeovládání (ve vztahu k užívané látce)
- projev abstinenceních příznaků
- trvalé užívání látky
- změna v hierarchii zájmů a hodnot (droga zaujímá přední místo)
- zvýšená tolerance k intoxikaci (31)

Vzhledem k rozdílným účinkům psychoaktivních látek se můžeme setkat s následným rozlišením závislosti na:

- **biologickou** (somatickou) závislost, která je definována jako stav adaptace organismu na drogu, projevující se zvýšenou tolerancí a rozvojem abstinenceních příznaků při vysazení látky i omezení množství,
- **psychickou závislost**, která je definována jako potřeba užívat látku k vyvolání příjemných pocitů a k odstranění nepříjemných. (19)

Syndrom závislosti může být přítomen pro:

- specifickou látku (např. alkohol, pervitin, heroin)
- větší množství látek (např. opioidy, halucinogeny)
- závislost na různých látkách (např. u těchto jedinců, kteří cítí nutkání užívat pravidelně jakékoli dosažitelné drogy a kteří pociťují únavu nebo somatické známky odvykacího stavu).

Rozlišení je obtížné. Abychom spolehlivě mohli hovořit o závislosti jako syndromu, musí dotyčný jedinec splňovat výše uvedená diagnostická kritéria. (7)

1.1.4 Odvykací stav

Odvykací stav se projevuje skupinou různých příznaků, které vznikají při odnětí návykové látky. Mají různý stupeň závažnosti a průběh. Tento stav může být doprovázen psychickými a fyziologickými obtížemi, jako jsou bludy, halucinace, křeče nebo nevolnosti. Tyto příznaky, které odpovídají příznakům odvykacího stavu, nelze přičítat k jiným zdravotním poruchám, které nesouvisí s odvykáním. (17)

1.1.5 Psychotické poruchy

Psychotické poruchy se vyskytují v důsledku užívání psychoaktivní látky. Nejedná se ovšem o poruchu, která by souvisela s odvykacím stavem či abstinencí syndromem. (28)

Psychotické poruchy se projevují halucinacemi, narušeným vnímáním, bludy, depresivními stavy, poruchou psychomotoriky. (20) Tyto symptomy musejí trvat déle než 48 hodin, ale méně než 6 měsíců. Diagnostika není jednoduchá, jelikož se tyto poruchy mohou zaměnit s akutní intoxikací nebo s jiným psychiatrickým onemocněním, kterým je například schizofrenie. (31)

1.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Příčiny drogové závislosti jsou komplexní a prozatím nebylo prokázáno, že by existovaly jednoznačné predispozice pro vznik závislosti. Nejastěji se jedná o kombinaci různých faktorů. Při vytváření závislosti se kombinují faktory fyziologické, psychologické a sociokulturní. (5)

1.2.1 Biologické faktory

Mezi biologické faktory můžeme zaadit těhotenství matky (matka toxikomanka), okolnosti a průběh porodu, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících faktorů. (5)

1.2.2 Genetické faktory

Prozatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance u potomků, především alkoholiků. (5)

Bylo zjištěno, že potomci alkoholiků mají až desetkrát větší pravděpodobnost, že se alkoholiky stanou také. Z toho je zřejmé, že dědičnost u závislostí hraje roli. (16)

1.2.3 Psychické faktory

Psychogenní faktory můžeme najít již v období prenatálním a období porodu. Mohou být spjaty s proflíváním biologických porušením. Dalšími významnými faktory je úroveň postnatální péče, uspokojování potřeb, podpora v dospívání, pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch. (5)

1.2.4 Sociální faktory

V rámci sociálních faktorů je nutno se zaměřit na kontext, ve kterém se vědecké je. Je nutno se zaměřit na jedince a jeho vztah s okolím, který formuje zrání jedince.

Tyto vlivy je široká škála. Patří mezi ně rasová příslušnost, úroveň sociálního prostředí nebo společenský status rodiny. (5)

1.2.5 Spirituální faktory

Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co dává smysl životu. Určité procento závislých hledá v drogách poznání sebe sama. Je to práce na vzdání se svého závislého Já, pocit ublíženosti a hostility.

Čím více faktorů je přítomno, tím větší je možnost vzniku závislosti. (5)

1.3 Vznik a rozvoj závislosti

Závislost na drogách nevzniká náhle. Ve většině případů tento proces probíhá po několika po sobě jdoucích fázích. Vznik závislosti na nealkoholových látkách můžeme označit jako proces komplexních změn v biologické a psychosociální oblasti. (16)

- **1. stadium (experimentální)** – jedinec užívá drogu občas, přináší mu příjemné, dosud nepoznané pocity. Negativní účinky látky nejsou zatím patrné (proto je dotyčný k případnému varování lhostejný), droga pomáhá uniknout z reality, před nejbližšími se dá závislost zatím velmi dobře tajit. Mnoho jedinců v této fázi od konzumace drog ustupuje. Často je odraďti, což jsou v dalších fázích závislosti.
- **2. stadium (příležitostné užívání)** – jedinec drogu užívá za účelem pomoci v osobní i sociální nouzi. V této fázi na látce zatím není závislý, konzumaci většinou tají, jelikož si je vědom nesprávnosti svého chování.
- **3. stadium (pravidelné užívání)** – dotyčný bere drogu čím dál častěji, stále popírá rizika spojená s užíváním. Dochází ke změnám hodnot, začíná se

projevovat lhostejnost ke všemu, co nesouvisí s drogou. Dochází ke ztrátě kontaktů s blízkými.

- **4. stadium (návyk a závislost)** má jiná motivace a zájem není o drogu již neexistuje. Dochází k závažným změnám v oblasti somatické, psychické i sociální a tyto změny jsou na první pohled velmi patrné. Často dochází k poškození zdraví, poškození CNS, vnitřních orgánů a ke vzniku infekčních onemocnění, jako jsou hepatitidy, zejména typ C. (20)

1.4 ženy jako specifická skupina

Ženská skupina, užívající drogy má svá určitá specifika a od skupiny mužské se liší hned v několika aspektech. Především se liší z hlediska biologického, jelikož je zde možnost těhotenství a následného mateřství. Dále se odlišuje z pohledu společnosti na sociální roli ženy a matky. V zahraniční literatuře je popisován poznatek, že žena je vnímána společností jako dvojí deviant. Nejenže užívá drogy, ale zároveň selhává ve své hlavní roli matky. Závislým matkám hrozí stigmatizace, která může vést až k odebrání dítěte, a to často i bez reálných ukazatelů, že jsou dítěti zanedbávány. (6)

Psychoaktivní látky ovlivňují jak psychické, tak fyzické zdraví žen v reprodukčním období, ale také způsobují komplikace v dalším životě doposud nenarozeného dítěte. (3)

Ke specifickým projevům sobě sobě psychoaktivních látek u žen mimo jiné patří:

- ženy jsou vůči psychoaktivním látkám méně odolné (mají menší játra)
- závislé ženy jsou častěji vystavovány sexuálnímu zneužívání a násilí
- závislé ženy trpí častěji úzkostmi a depresemi

- u žen vzniká závislost i v rámci vztahu s partnerem, který je také užívatelem psychoaktivních látek
 - specifickým problémem u nadužívání psychoaktivních látek u žen je porušení plodu
 - novorozenci žen závislých na opioidech mívají často nízkou porodní váhu a často u nich vyskytují chromozomální aberace
 - novorozenci žen užívajících stimulanty mívají nižší porodní váhu a často u nich dochází k výskytu vrozených vývojových vad
 - ženy mají možnost získávání finančních prostředků prostřednictvím prostituce
- (16)

1.5 Drogy v těhotenství

Je prokázáno, že abusus psychoaktivních látek v těhotenství přináší negativní nejen na ženu, ale i na její plod. Ženy užívající drogy mají velmi často nepravidelný cyklus, který může po delší době vést až ke vzniku amenorey. Potíže s pravidelností cyklu se nevyskytují u žen na substituční léčbě. I tyto ženy s nepravidelným cyklem však mohou otěhotnět. (30)

1.6 Diagnostika těhotenství

U závislých žen je obtížná diagnostika těhotenství. Z důvodu zneužívání drog zde dochází k falešně pozitivním výsledkům těhotenských testů a ke ztrátě menstruace. Závislé ženy mívají často záněty, a tudíž se u nich může pomrůženských vnitřních orgánů.

Další nespecifické příznaky těhotenství, kterými je například nevolnost, zvracení, únava, bolesti a křeče v pánvi, se snadno mohou zamítnout s příznaky abstinence syndromu. (35)

1.7 Právní aspekt hotenství

Trhotenství drogově závislých žen bývá v drtivé většině neplánované, především i nechtěné. Většinou je zjištěno pozdě, kdy je již překročen zákonný limit pro provedení interrupce. Právní aspekt hotenství bývá ovlivněn rizikovým chováním ženy již před otěhotněním. K rizikovým faktorům, které se u užívatelek drog vyskytují patří malnutrice, vysoký výskyt pohlavně přenosných chorob, vyšší incidence hepatitid B a C, z důvodu intravenózního užívání. Drogy mohou u žen v trhotenství vyvolávat hypertenzi, preeklampsii a anémii. (30)

1.8 Péče o drogově závislou ženu

Prenatální péče je v důsledku chování trhotné většinou velmi nedostatečná. Docházka do prenatální poradny je u velké většiny skoro nulová. Asi třetina závislých žen přichází k lékaři až v momentě porodu i závažných porodních komplikací. (35)

Zdravotní péče o drogově závislou trhotnou ženu by měla spočívat v těchto oblastech:

- péče o trhotenství o němž se vyskytnout spontánní potrat, abrupce placenty (u pervitinu), insuficience placenty (u heroinu), infekce, předčasný porod, preeklampsie, silné poporodní krvácení a mnoho dalších komplikací
- péče, související s problémy z užívání drog o anémii, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění dle sledkem špatné osobní hygieny, pohlavně přenosná onemocnění, infekční hepatitidy
- detoxikace, i substituce o metadonová substituce
- psychologická podpora (32)

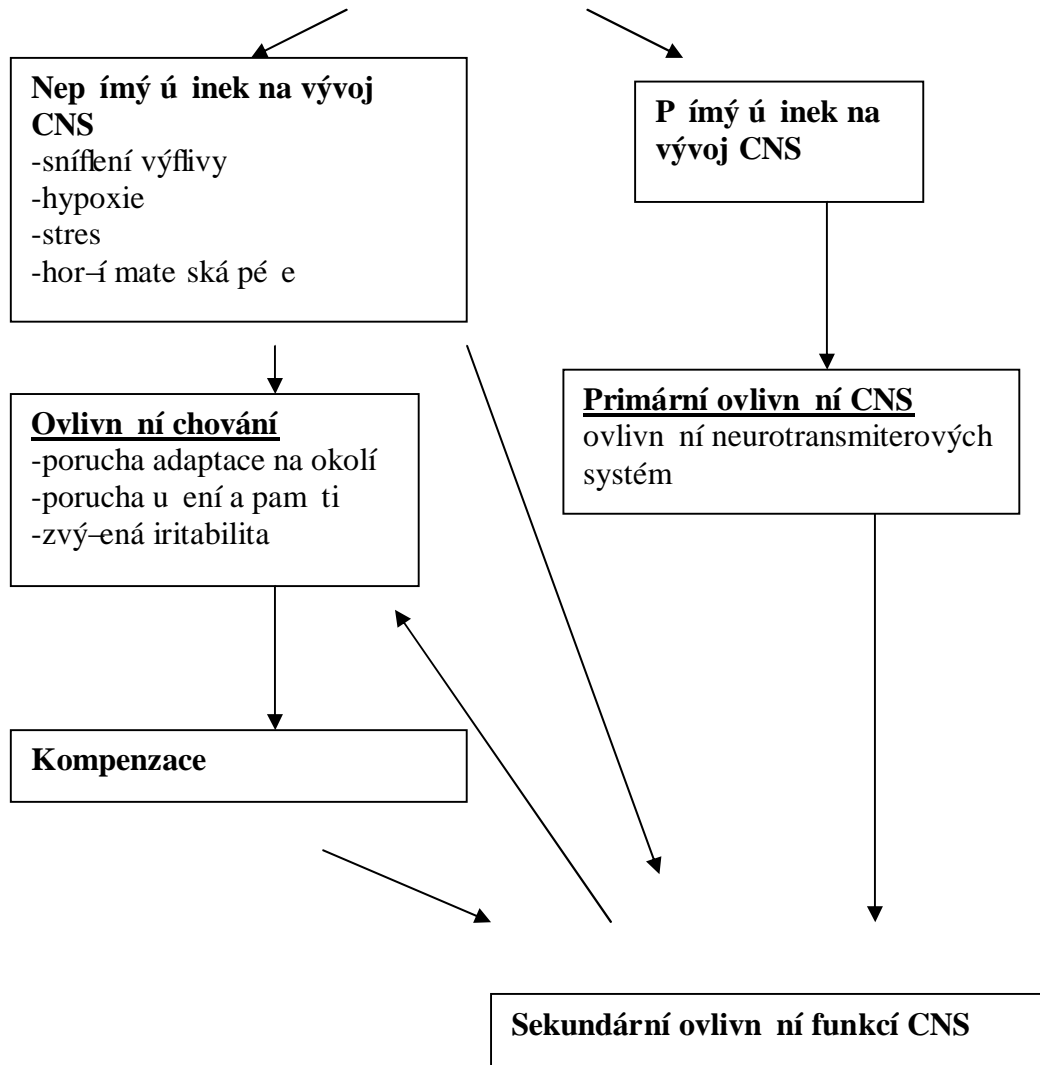
1.9 Vliv drogy na plod

Ohrožení plodu během průběhu těhotenství je závislé na druhu psychoaktivní látky, na dávce a frekvenci užívání. Nezanedbatelný podíl má ovšem i životní styl matky před otěhotněním. Poškození plodu se projevuje různým spektrem anomálií vývinu. Nejzávažnější následky má expozice drogám v prvním trimestru těhotenství. (1)

Psychoaktivní látka se přes placentu dostane do krve plodu v určité koncentraci, která je stejná jako koncentrace v těle matky. Může ovšem nabývat i vyšších hodnot. Plod se tak díky své matce stává pasivním narkomanem. Drogy se ukládají v plodové vodě a v tkáních plodu. (30)

Obrázek 1: Expozice drogám během vývoje (30)

Expozice drogám během vývoje



1.10 Psychoaktivní látka jako teratogen

Marihuana prokazatelně způsobuje chromozomové aberace. Novorozenci mají průměrnou porodní hmotnost. Často se vyskytuje tetraplegie, hyperflexe, poruchy spánku a neobvyklá intonace křiku. Pozdními následky jsou retardace řeči a snížené mentální schopnosti. (29)

U uživatelů heroínu je pozorován vyšší výskyt vývojových vrozených vad plodu. Objevuje se hypertrofie, mikrocefalie, hypoxie. Po narození se často vyskytuje neonatální abstinenní syndrom (60-80% novorozenců). Užívání heroínu v těhotenství je těsně spojováno s vyšším výskytem SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte). Dalšími problémy jsou poruchy spánku, poruchy řeči a mentální retardace. (2)

Pervitin způsobuje snížení chuti k jídlu, tudíž ženy často trpí malabsorpčním syndromem. To se projeví na porodní váze plodu, která bývá často nižší. (30)

Kokain působí na kardiovaskulární systém. V těhotenství způsobuje zvýšenou nervosvalovou dráždivost. Důsledkem mohou být preeklampsie, abrupce placenty, samovolný potrat i předčasný porod. Novorozeneц netrpí neonatálním abstinenním syndromem, ale vyskytuje se u něj hypertenze, zvýšená dráždivost, poruchy spánku, změny na EEG. Dochází k několikanásobnému zvýšení rizika SIDS. (29)

1.11 Porod

Porod bývá často předčasný. Poměr mezi spontánními a operačními porody je stejný jako u běžné populace. U závislých na pervitinu je ovšem vyšší výskyt abrupce placenty, tudíž rodí často již operativně. Ženy závislé na heroínu velmi špatně tolerují bolest. Mají často velké nároky na analgetika. Je možné použít epidurální analgesii. (34)

1.12 Neonatální abstinční syndrom

Jedná se o akutní poporodní stav s přítomností řady nespecifických příznaků. Diagnosticky zjistíme přítomnost drogy v těle matky a novorozence. Mezi drogy vyvolávající neonatální abstinční syndrom patří opiáty, barbituráty, kokain, marihuana, kofein, diazepam a nikotin. **(33)**

Neonatální abstinční syndrom se u jednotlivých drog liší. Příznaky se projeví již několik minut po porodu a nastoupí do několika málo dnů. **(4)**

Patří mezi ně :

- vysoko laděný pláč
- poruchy spánku
- hyperaktivní reflexy
- křeče
- pocení
- horečka
- časté zívání
- excesivní sání
- nepatná výfliva
- průjem a zvracení **(33)**

Terapie neonatálního abstinčního syndromu je soubor podpůrných opatření spolu s farmakologickou léčbou. Novorozenec musí mít klid, ukládá se do ticha a polo-ěra. Monitorují se vitální funkce. Farmakologická léčba nastupuje v těžkých případech - pokud je skóre dle Finneganové vyšší než 6 bodů. **(4)**

1.13 Období –estined lí

Období –estined lí probíhá u závislých matek v t–inou obdobn jako u b flné populace. Kojení se nedoporu uje u závislých na opiátech, kontraindikováno ov–em není. U psychostimula ních drog je kontraindikace kojení, jelikož je zde vy–í riziko vzniku náhlého úmrtí novorozence. (35)

1.14 Specifika a metody lé by závislých matek s d tmi

1.14.1 Historie

Zájem o rozdíly mezi muflskými a flenskými klienty se objevil na konci 60. a 70. let dvacátého století v USA. Tehdy se objevily první studie a lánky o po tu flen/mufl užívatel a gender rozdíly ve zneužívání psychoaktivních látek se zam ením na flenskou prostituci. Jedno z prvních za ízení zam ené na klientelu závislých matek a t hotných bylo otev eno v roce 1974 v USA. Obsahovalo n kolik na sebe navázaných program : detoxikace, anonymní narkomany, metadonovou substituci a terapeutickou komunitu. Nejvíce se osv d il metadonový substitu ní program, který nejlépe vyhovoval specifické klientele matek. (23)

V 80. letech se zájem o flenskou problematiku roz–í il zejména kv li onemocnění AIDS. Polovinu flen s tímto onemocněním totiž tvo ily fleny závislé na intravenózn podávaných psychoaktivních látkách. P í inou bylo nejenom užívání společné jehly, ale takéfl nechrán ný pohlavní styk spojený s prostitucí.

V eské republice se o specifické klientele flen a t hotných/matek hovo í ve v t–í mí e v posledních sedmi afl osmi letech. To souvisí s roz–í ením drog ve společnosti, zestárnutím první drogové populace a s ochotou společnosti v novat se této klientele. (6)

ŠLze očekávat, že s drazem na otázky postavení žen ve společnosti budeme nacházet též v té otevřenosti k řešení těchto problémových případů. (Preslová, 2)

1.15 Klientela těchto žen a matek

Specifická potřeba klientely matek s dětmi je právě v tom, že jsou přítomni dva - matka a její dítě .

Program lé by pro závislé ženy a matky by měl být významně směřován na dvojici matka a dítě . Ve kterých aktivitách směřují k posílení jejich vzájemného vztahu, zvyšování kompetentnosti matky, k získání dovedností v péči o dítě a rodinu. V případě funkčního partnera je terapie orientována na rodinu. (3)

Léčebný model pro ženy by měl vycházet z uvědomování si sebe sama a z učení se k sebeúctě . Měl by podporovat roli matky a rozvoj představ o budoucnosti a životních plánech. Měl by umožnit zpracovávat traumatické události z anamnézy včetně násilí, incestu a ztrát blízkých. Měla by se v novat pozornost problémům sexuality a poruchám příjmu potravy. Dále by měl obsahovat výcvik sociálních dovedností, poradenství týkající se abúzu, mezilidských vztahů, rodičovství a rodiny. Nemělo by se zapomenout na párové poradenství a rodinnou terapii. Při psychoterapii je potřeba zabývat se uvědomováním si sebe sama, problémem vztahů k mužům, případně závislosti na nich a zpracovávat traumata z anamnézy. V neposlední řadě by měl léčebný model pomáhat pochopit funkci drog, jejich toxicitu a nebezpečí zvýšení zdravotních komplikací jak u užívatelky, tak u jejího dítěte. (3)

Drogově závislé matky jsou vystaveny stejným problémům jako ženy bez závislosti; například dysfunkční rodiny, pocity hanby a viny, nízké sebevědomí, zkušenosti s násilím a zanedbáváním. Ve chvíli, kdy se narodí dítě , tyto problémy nabírají na

váflnosti. Na druhé straně narození dítěte může být pro matku pozitivním impulzem do budoucnosti. Dítě se může stát silnou motivací k abstinenci a změně životního stylu. Dítě naplní její prázdnotu, přináší jí novou sociální roli a pocit důležitosti. Je vhodné tyto skutečnosti vklínit do léčby. (34)

Nesmíme ale zapomínat, že těhotenství je často neplánované a motivace k péči o dítě je malá a navíc matka často nemá představu, co obnáší péče o dítě. Obvykle se vyskytuje tlak rodiny, partnera, sociálních pracovníků atd. Pokud matka zneužívala drogy po dlouhou dobu, jsou její emoce rozvráceny a nerozumí jim. Je pro ni složitě rozumět dítěti a být empatická. Taktéž dlouhé období závislosti na návykových látkách způsobuje problémy v interpersonálních vztazích a je pro matku těžké vybudovat dobrý vztah s dítětem. (30)

1.16 Programy pro těhotné a matky

1.16.1 Denní stacionář

Vznik denních stacionářů pro drogově závislé se datuje od počátku 80. a 90. let. Jednalo se o alternativu k dlouhodobým pobytům buď v ústavní léčbě, či pobytům v terapeutických komunitách. Zjistilo se totiž, že náklady na opakované pobyty v terapeutických komunitách jsou příliš vysoké a léčba bývá neefektivní. (26)

Strukturovaný program je definován jako léčebný ev. léčebně výchovný.

Zahrnuje v sobě :

- přesný časový rozvrh
- soubor pravidel (stanovení nevhodného chování)
- vyváženou skladbu aktivit (skupinové, pracovní, sportovní apod.) v rozsahu minimálně 20 hodin týdně

Program je velice různorodý, podněty jsou směřovány k tomu, aby závislý změnil své chování, postoje, sebepojetí.

Program je strukturován na nejméně 20 hodin týdně v 5 pracovních dnech. Pracuje se ve skupině, což je převzato z terapeutických komunit. Součástí programu je spolupráce s rodinou klienta a prevence relapsu. Je tu prostor pro odpovědnost jedince. Program by měl zachovat síť rodinných a sociálních vztahů. Délka programu je střednědobá, tj. v délce 3-6 měsíců s možností prodloužení po individuální konzultaci.

Cíle denního stacionáře jsou dosažení a udržení abstinence od drog, změna v sebepojetí a vztazích. Dále zahrnují podporu v osobním zrání, zlepšení sociálního fungování a osvojení základních dovedností potřebných pro studium i zaměstnání.

Rizika spojená s léčbou v denním stacionáři plynou ze skutečnosti, že klient zůstává při léčbě v kontaktu s pečováním prostředí. Proto je potřeba, aby byl program nejen strukturovaný, ale i komplexní, a aby měl návaznost na další formu péče.

V programu jsou jasně stanovena pravidla, která klient musí během léčby dodržovat. Jedná se například o pravidelnou docházku do programu, (při nepřítomnosti se vyžaduje potvrzení od lékaře). Dále ve stacionáři platí tzv. kardinální pravidla (tj. základní pravidla z TK), což znamená zákaz manipulace s drogou, násilí a odmítání řádu stacionáře. **(21)**

Nápl programu zahrnuje:

- komunitní setkávání - prostor pro řešení dleflitých problémů léby, pravidel a konfrontace s nimi. Denně se hodnotí předchozí den klient mimo stacionář a plánují se dny následující.
- skupinová terapie - nejast ji se využíává kognitivní behaviorálních technik a psychodramatu. Skupiny mohou být tématické, životopisné, interakční apod. Je možné využít neverbálních technik: arteterapie, muzikoterapie, práce s tlem.
- individuální terapie a poradenství - každý klient má v programu svého garanta/průvodce lébou.
- sociální práce - je zaměřena na stabilizaci sociálních podmínek klienta. Jedná se o finanční zajištění, splácení dluhů, zajištění dokladů, pomoc ve studijních a pracovních perspektivách.
- pracovní terapie a účast ve prospěch programu - úklid zařízení, společné vaření oběda apod.
- klubové a volnočasové aktivity (sport, kultura)

V pracovním týmu bývají zastoupeni psychologové, psychiatři, psychoterapeuti, sociální pracovníci, pedagogové, zdravotní pracovníci a další.

K nejast jím problém m denního stacionáře patří relaps a svévolné vypadnutí z programu. Tyto komplikace plynou z faktu, že klient zůstává ve stejném sociálním prostředí a je na jeho odpovědnosti docházka do programu. Stacionář se snaží tímto komplikacím předjet nkolika způsoby. Jedná se o přípravu klientů do stacionáře v motivacním programu, monitorování abstinence, provádění prevence relapsu, spolupráce s blízkými klienta. Předčasným ukončením léby se s klientem sestavuje plán následné péče. Vhodné je pokračování klienta v následné péči. (5)

Denní stacionář je celorepublikovým filtrem pro terapeutickou komunitu Karlov.

Denní stacionář Sananim o.s. ve svém programu upřednostňuje klientelu matek. Snaží se tak zajistit ženám lepší dostupnost péče. Hlídkání dětí v programu není zajištěno z důvodu nedostatku prostor. Matky mají stejný program jako ostatní klienti, jen v rámci individuálních setkání je navíc obsažen servis sociálně právní. V terapii není prostor pro řešení psychických traumat z dětství, řeší se jen aktuální situace. Nejdůležitější je stabilizace klienta. Kontroluje se péče o dítě, docházka k pediatrovi, očkování. (25)

1.16.2 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je pobytové zařízení pro střednědobou i dlouhodobou péči (6-18 měsíců). Léčba je zaměřená na abstinenci a sociální rehabilitaci. Terapeutická komunita pro závislé je bezdrogová modalita vyúsťující jedinečný sociálně psychologický přístup k léčbě drogové závislosti. Jejím charakteristickým prostředím je společné komunitní bydlení. (10)

Terapeutické komunity jsou postaveny na těchto principech:

- motivovanost klienta ke změně je základním bodem úspěšné léčby
- podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života
- závislý člověk je schopen rozhodovat o svém životě
- terapie je převážně skupinová
- terapeutický tým je přirovodcem a poradcem klienta

Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu, samozřejmě spojená s abstinencí. V programu TK (terapeutická komunita) klient dosahuje osobnostní změny, změny v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, které po pobytu napomáhají ve vedení uspokojivého a spokojeného života. Prostředkem k dosažení těchto cílů je život v komunitě, který se snaží maximálně přiblížit reálnému životu.

Reflim je tvořen souborem pravidel programu TK. Zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způsob hodnocení požadovaného chování, sankce za reflimové přestupky a výhody za dodržování programu. (5)

Reflim představuje vlastní strukturu a jeho dodržování je internalizací této struktury. Časová struktura dne a týdne obsahuje minimálně 20 hodin týdně strukturovaných aktivit. Týden se dělí na pracovní dny a dny volna (víkend), kdy je více volného času. TK má tzv. kardinální (základní) pravidla, které klienti musí dodržovat. V případě porušení jsou z komunity vyloučeni.

Jedná se o pravidla:

- zákaz užívání drog a manipulace s nimi
- zákaz násilného chování
- závazek podřídit se rozhodnutí komunity
- zákaz sexuálních vztahů

Klienti jsou hodnoceni na skupinách, velkých komunitách, individuálním garantem. Je žádoucí, aby se hodnocení účastnila celá komunita. Sankce i odměny jsou v programu strukturované.

Pobyt v TK je strukturován do čtyř fází, které se liší svými pravidly, právy a povinnostmi klientů. V nulté fázi není klient ještě považován za člena komunity, ale absolvuje program. Nulová fáze trvá 2 a více týdnů.

V první fázi (3 měsíce) je nutné dojít k náhledu, řešit aktuální problémy způsobem závislost na droze, rozhodnout se pro změnu životního stylu a připravit se pravidlům komunity. Klient se učí otevřenosti a sebevyjádření.

Ve druhé fázi (6 měsíců) klient nachází sám sebe, konfrontuje své vztahy k ostatním, přebírá zodpovědné role ve spolusprávě.

Třetí fázi můžeme nazvat číselnou stacionární. Klienti mohou docházet do zaměstnání mimo komunitu, shánit si práci, bydlení a následnou léčbu. Toto období je pro klienta velice náročné, prochází procesem separace od komunity, což je často doprovázeno smutky a prožíváním ztráty. O přechodu do další fáze je třeba říci. Komunita tuto říci hodnotí a v kladném postoji se provede přechodový rituál.

Tým v TK bývá multidisciplinární. Pracovníci mají různé vzdělání, specializované výcviky a důležitým předpokladem pro práci v TK jsou i osobnostní předpoklady. Přínosem jsou vlastnosti jako jistota, přirozenost, důvěra, humor, schopnost ukázat omylnost. V terapeutické komunitě mohou pracovat i bývalí uživatelé drog, což v České republice není výrazně využíváno. Pro členy týmu platí nutnost odborného a osobnostního růstu, předchází se i syndromu vyhoření. Je vhodné tým supervidovat.

Komunitní péče o matky s dětmi je v ČR zprostředkována Terapeutickou komunitou Karlov Sananim (dále TK Karlov). Program pro závislé matky s dětmi je nabízen klientele závislých matek s dětmi od října 1999. Matky byly zpočátku umístěny v jedné budově s mladistvými klienty z důvodu nedokončeného domu určeného a už pro sobě jejich potřebám. V listopadu 2001 byl otevřen v rámci stejné terapeutické komunity nový dům pro matky s dětmi. (25)

Během zneuzívání Subutexu výrazně narostl počet matek s dětmi, které léčbu potřebují a zároveň jsou k ní motivovány. Do léčby vstupují i klientky, u nichž lze uvažovat, že jejich závislost je sekundárním projevem jejich sociálního života a je

teba tyto klientky přizpůsobit program léby. V těchto případech je práce zaměřena zejména na získání vztahu k dítěti, osvojení si základních dovedností v péči o dítě a jejich rodinné zázemí.

Často je možné se při skupinové a v individuální terapii setkat s nároky a složitými tématy, například zneužívání, násilní, týrání apod.

Sou jednou klientkou matek tvoří také z velké části ženy, u nichž drogovou závislost doprovázejí značná sociální porážka (týrání ze strany partnera, prostituce, zneužívání). Jejich přítomností, případně matek, je přímou klíčová, ale jejich neznalost péče o dítě, drogová závislost a výše zmíněvané skutečnosti způsobují, že u těchto klientek je proces léby, péče a výchova dítěte a následná integrace matky do společnosti dlouhodobou záležitostí.

Do komunity mohou být přijímány také tyto hotové klientky, které se v ideálním případě po porodu vrátí a dokončí lébu.

Jedním z problémů spojených s lébou matek je jejich vztah s rizikovým partnerem, zejména pokud se jedná o užívatele, dealery, recidivisty, apod. Klientky jsou během léby směřovány k rozhodnutím, která by jim umožnila bezpečnou péči a výchovu svého dítěte. Zapojení partnera do léby, pokud není užívatelem, se stalo standardní a velmi důležitou součástí léby. Častěji v případě je partner, který se chová rizikově a tím znemožňuje své zapojení do léby. Kromě partnera je samozřejmě součástí léby práce s rodinnými příslušníky klientek.

Kapacita domu pro matky je 9 klientek + 10 dětí. Skupinu matek lze rozdělit na tyto základní skupiny.

První jsou ženy v období, kdy narození dítěte bylo motivem ke vstupu do léby. Jedná se většinou o poměrně mladé matky, které se nacházejí ve velkých

emo ních i sociálních zmatacích, pot ebují výraznou podporu, nicmén p ítomnost dít te obvykle velmi posiluje jejich motivaci.

Druhou skupinu tvo í matky, jejichfl d tí jsou jifl v t-í, hrozí jim odebrání dít te i cítí, fle jifl situaci nezvládají a pot ebují pomoci. Vzhledem k tomu, fle se jedná ásto o matky - samoflivitelky, je spole ný program s dít tem v bec jedinou moflností jak nastoupit lé bu.

T etí skupinou jsou budoucí matky ó t hotné fleny, kde je velmi výhodné zahájit lé bu p ed porodem a v komunit proflít období porodu, -estined lí.

(21)

1.17 Základní metody vyuffvané p i residen ní lé b závislých matek

- Skupinová terapie ó lé ba je zaloflena p edev-ím na skupinové psychoterapii, matky kaflký týden absolvují 22 hodin skupinové terapie (dynamické, interak ní, tematické, prevence relapsu, samo ídíící hodnotící, flenské skupiny, komunity).
- Individuální psychoterapie ó je vyufflvána pouze ve výjime ných p ípadech, program je zam en na terapii skupinovou.
- Reflim ó celý program je velmi pevn strukturován, je vytvo ena podrobná vnit ní legislativa, je definováno p t kardinálních pravidel (p i poru-ení je klientka z komunity vylou ena).
- Rodinné poradenství ó je realizováno formou rodi ovských skupin a dále rodinné poradenství v rámci náv-t v rodiny v lé b .
- Výchova a vzd lávání ó oblast výchovy se zam uje na trénink odpov dnosti, dále na získání hygienických, spole enských a pracovních návyk , p ípravu plán (týdenních, m sí ních, finan ních). V rámci moflností se snaflí o p ípravu na dal-í vzd lávání a profesní r st.

- Pracovní terapie je zaměřena především na zabezpečení chodu objektu (vaření, zahrada, úklid, zvířata).
- Volnočasové aktivity jako sport, zážitkové akce, tenařský a filmový klub.
- Sociální služby s hlavním cílem je odstranění negativních sociálních důsledků drogové kariéry, které ovlivňují současný život matky, a při jejich nevyřešení by mohly způsobovat zátlak v budoucnosti.
- Zdravotní péče a služby psychiatra, gynekologa, praktického lékaře, stomatologa a hematologa jsou poskytovány během pobytu matky v léčebně. **(21,25)**

Prvotním cílem léčebného programu pro závislé matky s dětmi je plnohodnotné zapojení matky do běžného života, kde základním prostředkem pro dosažení tohoto cíle je abstinence. Po ukončení léčby by měly být matky schopny abstinovat a díky tomu se zapojit do normálního života jako pracovat, studovat, starat se o dítě, navazovat normální partnerské vztahy s nedrogovými partnery. Měly by se zlepšit jejich zdravotní stav. Měly by být sociálně stabilizované. **(26)**

2. Cíl práce

Cílem empirické části je zjistit, dle údajů získaných pomocí semistrukturovaných rozhovorů, základní informace o klientele žen- matek v TK Karlov. Především pak zmapovat základní zdravotní a sociální charakteristiky.

3. Metodika

Vzhledem k tématu práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, při kterém lze získat podrobnější informace o menším počtu respondentů.

V průzkumu byly vedeny semistrukturované rozhovory s devíti ženami, které byly klientkami TK Karlov (výše popsané v teoretické části). Zčásti bylo interview vedeno dle předem připravených otázek, dále se rozhovor postupoval konkrétní klientce a její problematice. Rozhovory byly nahrávány a poté zpracovány. Kontakt s klientkami byl nejprve skupinový, poté jednorázový pro doplnění informací.

3. 1 Charakteristika souboru

Všechny respondenty byly při provádění výzkumu souasnými klientkami TK Karlov v různých fázích léčby. Semistrukturovaný rozhovor byl veden s devíti klientkami - matkami, z toho jedna byla těhotná. Věkový rozptyl tázaných byl mezi 21-37 lety. Všechny ženy byly závislé na nealkoholových drogách, dvě klientky kombinovaly závislost s alkoholem.

3. 2 Výzkumné otázky

V jaké sociální situaci se klientky nacházejí?

Jaký je průběh a proflívání těhotenství u drogově závislých žen?

4. Výsledky

Základní údaje o respondentkách

Tabulka 1: Základní údaje o respondentkách

Respondentka	Věk	Vzdělání	Primární droga
R1	21	Z TM , nedokončená obchodní akademie	pervitin
R2	25	Z TM , nedokončená obchodní akademie	pervitin
R3	27	Z TM	pervitin
R4	28	SOU	opiáty - brown
R5	27	Z TM	pervitin
R6	37	Z TM , nedokončená střední škola pro myslivost	pervitin, alkohol
R7	22	SOU	pervitin
R8	27	Z TM	pervitin
R9	30	Z TM	pervitin, alkohol

Tabulka 2: Klientky-matky a jejich děti

Respondentka	Počet dětí, v letech	V péči
R1	jedno dítě ; 2 roky	ve své péči, u sebe v léčebně
R2	jedno dítě ; 4 roky	ve své péči, u sebe v léčebně
R3	dvě děti; 3 roky, 7 let	obě děti odebrány z péče
R4	tehlotná	

R5	jedno dítě ; 1 rok	ve své péči, u sebe v léčebně
R6	pět dětí; 17 let, 9 let, 4 roky, 3 roky, 2 roky	tyto děti odebrány z péče, poslední dítě dala k adopci
R7	jedno dítě ; 2 roky	ve své péči, u sebe v léčebně
R8	jedno dítě ; 8 měsíců	ve své péči, u sebe v léčebně
R9	dvě děti; 1 rok, 3 roky	obě děti v péči matky respondentky

Komentář :

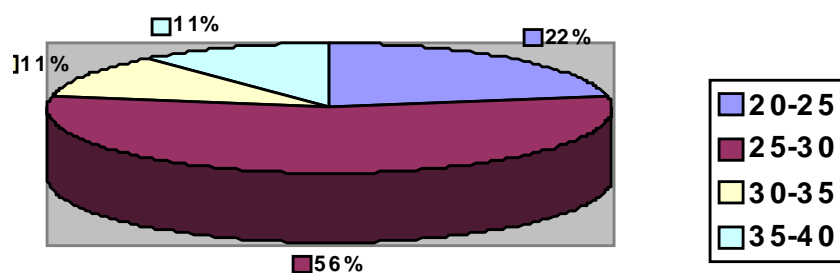
tyto klientky (matky) mají své děti v péči a jsou s nimi přítomny v komunitě .
Tyto dotazované matky mají své děti z péče odebrány.

R-3 má obě děti odebrány z péče. Sociální pracovníce se klientce snaží pomoci, aby dítě dostala zpět do své péče. Nyní jsou umístěny v dětském domově .

Respondentky R-6 byly odebrány všechny děti. Nyní získala do péče dvě nejstarší děti, které jsou s ní přítomny v léčbě . Jedno dítě má v péči matka klientky, další je v péči matky otce dítěte. Poslední dítě dala k adopci.

V k klientek

Graf 1: V kové rozp tí respondentek



Komentá :

V kové rozp tí respondentek:

v kategorii 20-25 let 2 fleny

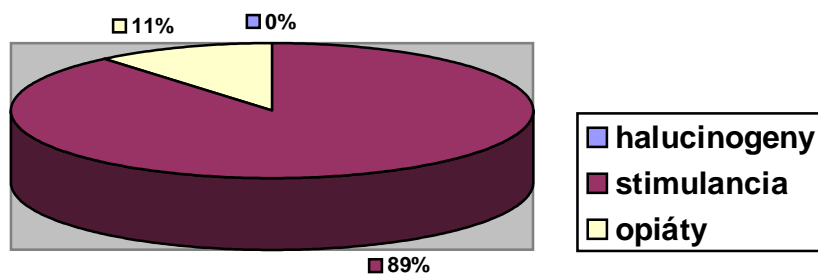
v kategorii 25-30 let 5 flen

v kategorii 30-35 let 1 flena

v kategorii 35-40 let 1 flena

Primární droga

Graf 2: Primární droga



Komentář :

U všech devíti dotazovaných klientek byl primární drogou pervitin. Jedna z žen byla závislá na opiátech, konkrétně uvedla brown. Dvě klientky kombinovaly závislost s alkoholem.

Léčba

Všechny dotazované ženy mají zkušenost s nízkoprahovými zařízeními a právě podstupují svoji první léčbu v terapeutické komunitě.

Stav

Tabulka 3: Stav klientek

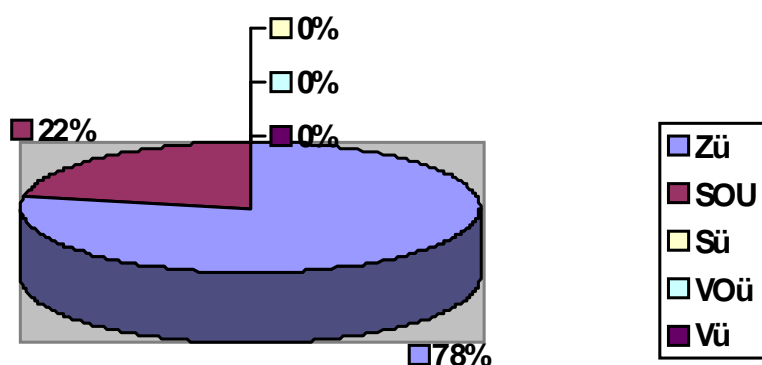
Respondentka	Stav
R1	svobodná, nemá partnera
R2	svobodná, má partnera a stýkají se
R3	svobodná, nemá partnera
R4	svobodná, nemá partnera
R5	svobodná, má partnera a stýkají se
R6	rozvedená, nyní podruhé vdaná za cizího státního příslušníka
R7	svobodná, nemá partnera
R8	svobodná, nemá partnera
R9	rozvedená

Komentář :

Z velké většiny jsou klientky svobodné. Jedna z dotazovaných je rozvedená a jedna vdaná za cizího státního příslušníka. Důvodem uzavření tohoto sňatku byla tíživá finanční situace a vzniklé dluhy klientky.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Komentář :

Dokončené základní vzdělání měly všechny klientky. Dvě z dotazovaných dostudovaly střední odborné učiliště v odborných oborech. Několik klientek se pokoušelo studovat střední školu, ovšem bez zdárného zakončení. S vyšším a vysokouškým vzděláním neměla zkušenost žádná z dotazovaných žen.

Zaměstnání před léčbou

Tabulka 4: Předchozí zaměstnání

Respondentka	Dívčí zaměstnání
R1	zaměstnána jako pomocná síla v kuchyni
R2	zaměstnána jako idička
R3	nikdy nepracovala, ani brigádní
R4	brigádní výpomoc v kuchyni, v pekárně
R5	brigádní uklízení, pomocná síla v kuchyni
R6	zaměstnána jako prodávající v potravinách
R7	nikdy nepracovala, ani brigádní
R8	brigádní recepční v penzionu
R9	brigádní výpomoc v kuchyni

Komentář :

Většina klientek se během své drogové kariéry snažila hledat zaměstnání. Jednalo se zejména o brigády a různé druhy výpomoci (práce v pekárně, pomocná síla v kuchyni, uklízení). Tyto klientky byly již v dřívější době zaměstnány. Dvě z dotazovaných je to nikdy nepracovaly.

Zdroj příjmu

Tabulka 5: Zdroje příjmu

Respondentka	Příspěvek v mateřství	Další zdroj příjmu
R1	ano	alimenty od rodičů otce dítěte
R2	ano	sociální dávky
R3	ano	hmotná nouze

R4	ne	hmotná nouze
R5	ano	p ísp vek na bydlení, alimenty od otce dítěte (sou asný partner)
R6	ne	v sou asné době bez příjmu, využívá podporu a sociální dávky
R7	ano	hmotná nouze
R8	ano	sociální dávky
R9	ano	sociální dávky

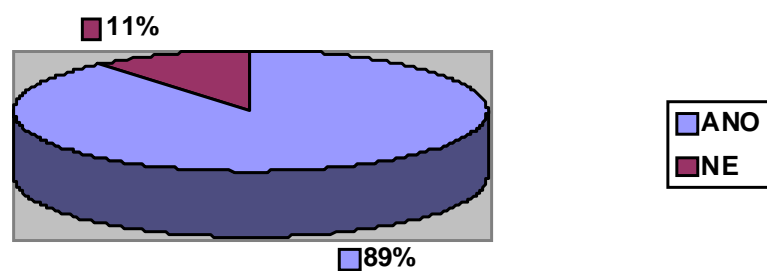
Komentář :

Zdrojem příjmu je u většiny podpora v mateřství. Dále pobírají sociální dávky, příspěvek na bydlení a tři z dotazovaných příspěvek v hmotné nouzi. Dvěma ženám platí partner alimenty.

Tři klientky mají nárok na podporu v nezaměstnanosti, jelikož byly delší dobu zaměstnané.

Dluhy

Graf 4: Zadluženost



Tabulka 6: Vzniklé dluhy

Respondentka	Dluhy
R1	nyní nemá žádné, všechno splaceno
R2	deset tisíc korun, neplatila paušál u mobilního telefonu
R3	přibližně 1 milionu korun, rychle půjky
R4	deset tisíc korun, nehradila zdravotní pojištění
R5	přibližně 10 tisíc korun, neplatila paušál u mobilního telefonu
R6	1 milion korun, neplatila nájem, rychle půjky, nehradila zdravotní pojištění
R7	deset tisíc korun, neuhradila pokutu dopravnímu podniku
R8	přibližně 10 tisíc korun, neplatila paušál u mobilního telefonu
R9	sto tisíc korun, rychle půjky, nehradila zdravotní pojištění

Komentář :

Pouze jedna z dotazovaných klientek neměla žádné dluhy. U ostatních se částky pohybovaly různě - od několika tisíc, po milion korun. Důvodem bylo především neplacení faktur za telefon, neplacení nájmu a nehrzení zdravotního pojištění.

Bydlení

Tabulka 7: Bydlení klientek

Respondentka	Bydlení kde, s kým
R1	se svým otcem v rodinném domě
R2	s partnerem v pronajatém bytě
R3	na ulici, u kamarád

R4	u kamarád
R5	s partnerem v pronajatém byt
R6	vlastní byt, díky dluh m o n j ov-em p i-la a flila s d tmi u své matky
R7	s rodi i v rodinném dom
R8	u kamarád
R9	v pronajatém byt s d tmi

Komentá :

Ani jedna z klientek neřila p ed lé bou sama. Jedna z řlen bydlela ve svém vlastním byt , o který ov-em díky vysokým dluh m p i-la a pomoc jí nabídla její matka. Dv z dotazovaných bydlely se svým partnerem, dal-í u rodi i p echodn u r zných kamarád . Jedna z klientek byla po krat-í dobu své drogové kariéry bezdomovkyní. řiádná z dotazovaných řlen nem la zku-enost s bydlením v azylovém dom , ani o n m nikdy nep emý-lely.

Kriminalita

Tabulka 8: Kriminalita

Respondentka	Kriminalita
R1	trestn stáhána za p eváření lék na výrobu pervitinu
R2	trestn stáhána za distribuci drog a prodej nezletilým
R3	trestn stáhána za krádeřl a ublíření na zdraví nyní vedeno trestní stáhání za zpronev ru a uřlívání cizí v ci
R4	trestn stáhána za distribuci drog
R5	nikdy nebyla trestn stáhána
R6	trestn stáhána v N mecku za p evád ní lidí p es hranice, 3 m síce ve vazb
R7	trestn stáhána za krádeřl

R8	trestn stíhána za distribuci drog
R9	trestn stíhána krádefl

Komentá :

Ve výkonu trestu nebyla fládná z klientek. Trestn stíhané byly ov-em (afl na klientku R5) v-echny dotazované, a to za trestné inny jako jsou distribuce drog, prodej drog nezletilým, krádefle, ublífení na zdraví. Jedna z flen byla 3 m síce ve vazb . Momentáln je jedna z klientek trestn stíhána za zpronev ru a uflívání cizí v ci.

Zdravotní stav fleny

Tabulka 9: Zdravotní stav

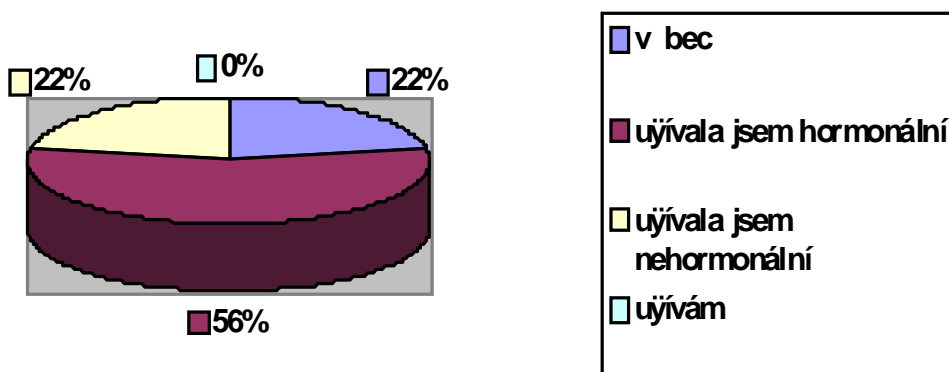
Respondentka	Prod laná onemocn ní	Nyn j-í zdravotní stav
R1	pouze b flná onemocn ní	zdráva
R2	pouze b flná onemocn ní	zdráva
R3	hepatitida B	hyperfunkce -títné flázy
R4	hepatitida A	zdráva
R5	pouze b flná onemocn ní	hepatitida C
R6	hepatitida B, nebyla lé ena!	astma bronchiale
R7	pouze b flná onemocn ní	zdráva
R8	hepatitida B	zdráva
R9	pouze b flná onemocn ní	hepatitida C

Komentář :

Pět z dotazovaných žen považuje svůj zdravotní stav za dobrý a v současné době s ním není problém. Jedna z klientek má hyperfunkční štítné žlázy a pravidelně užívá léky. U respondentky R6 je onemocnění diagnostikováno astma, avšak jak sama uvádí, přebírá perivitamin záchvaty odeznívají. Lékař ji ovšem upozornil, že se záchvaty s největší pravděpodobností s abstinencí vrátí. Tyto ženy během své drogové kariéry prodaly hepatitidu B. Klientka R6 ovšem nebyla léčena a o tom, že hepatitidu prodala, se dozvěděla při laboratorním vyšetření krve na xeroxu. Jedna klientka prodala hepatitidu A. Dvě klientky mají diagnostikovanou chronickou hepatitidu typu C.

Antikoncepce

Graf 5: Užívání antikoncepce



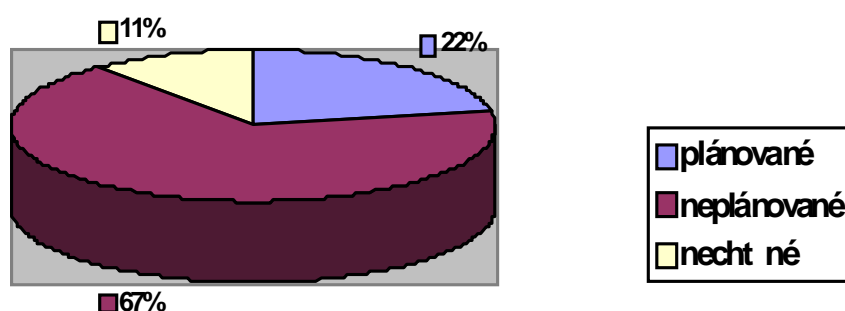
Komentář :

Zkušenosti s antikoncepcí (ať už hormonální či nehormonální) mají klientky velmi malou. Bariérovou antikoncepcí (kondom, pesar) používaly dvě klientky nepravidelně. Ostatní v bec.

S hormonální antikoncepcí má zkušenost pět žen. Užívaly ji však pouze pětichodná, nepravidelná, maximálně několik měsíců. Dvě z dotazovaných žen mají určitou dobu nitroděložní tělísko. V současné době neužívá antikoncepci žádná z žen.

Plánování těhotenství

Graf 6: Plánování těhotenství



Tabulka 10: Plánování těhotenství

Respondentka	Plánování těhotenství
R1	neplánované, nucena matkou do interrupce
R2	plánované těhotenství
R3	první těhotenství nechtěné, na interrupci už bylo pozdě, druhé dítě neplánované
R4	neplánované, o interrupci uvažovala, sama se rozhodla si dítě nechat
R5	neplánované, o interrupci neuvažovala
R6	první dítě plánované, poté neplánované, o interrupci neuvažovala nikdy
R7	neplánované, na interrupci už bylo pozdě
R8	neplánované, o interrupci uvažovala, sama se rozhodla si dítě nechat
R9	neplánované, o interrupci neuvažovala

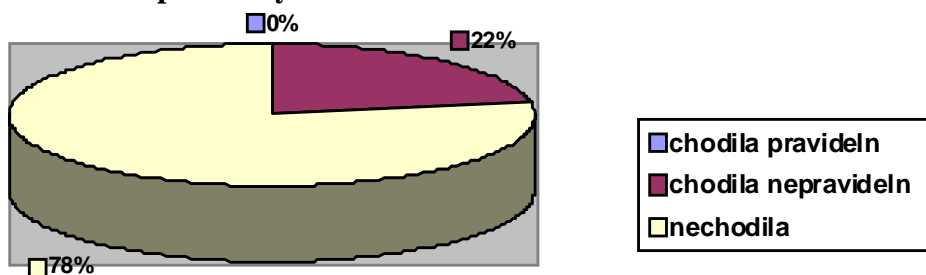
Komentář :

Dvě z dotazovaných žen označily své těhotenství za plánované. Ostatní klientky své těhotenství neplánovaly. Respondentka 3 označila své první těhotenství za nechtěné, jelikož se nacházela ve velmi tíživé sociální a finanční situaci. Vstoupila na ulici a neměla žádný příjem.

O interrupci během těhotenství uvažovaly tři klientky. Dvě z nich uvedly, že se po určité době rozhodly si dítě nechat. Respondentka R-3 přiznala, že na interrupci neměla peníze a na její provedení bylo již pozdě.

Lékařské prohlídky v těhotenství

Graf 7: Lékařské prohlídky v těhotenství

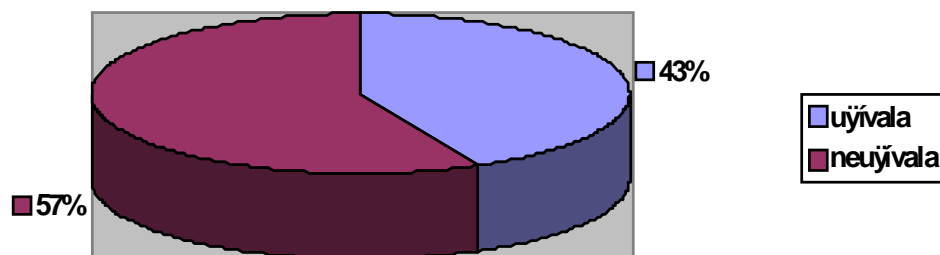


Komentář :

Dvě ženy na preventivní prohlídky ke gynekologovi nechodily v průběhu těhotenství vůbec. Ostatní dotazované chodily v těhotenství nepravidelně. Respondentky 1 a 5 svému gynekologovi přiznaly, že jsou závislé na psychoaktivních látkách. Tvrdí, že tato skutečnost na postoji lékaře k nim samým nic neznamená. Respondentka 1 dokonce uvedla, že se jí s pomocí paní doktorky povedlo abstinovat.

Drogy v t hotenství

Graf 8: Užívání drog b hem t hotenství



Tabulka 11: Užívání drog b hem t hotenství

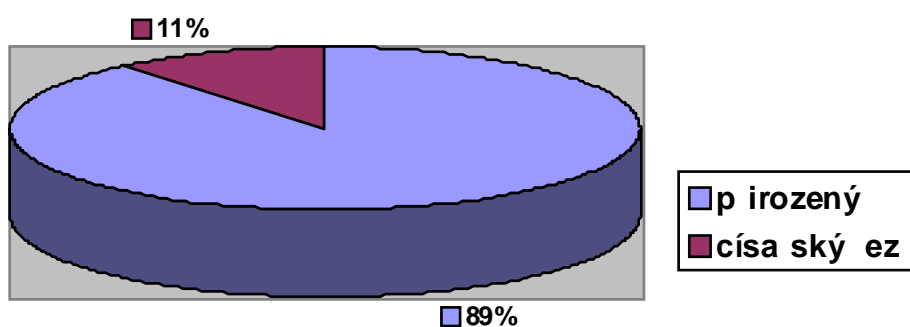
Respondentka	Drogy b hem t hotenství
R1	pervitin b hem celého t hotenství
R2	abstinovala jifl 3 roky p ed ot hotn ním, celé t hotenství ,, istáõ
R3	první t hotenství ó pervitin po celou dobu, druhé t hotenství ó p ílefitostn pervitin
R4	prvních 12 týdn opiáty, poté detox
R5	pervitin b hem celého t hotenství
R6	pervitin u tvrtého t hotenství cca do t etího m síce (nev d la, fle je t hotná), ostatní t hotenství ,, istáõ
R7	pervitin b hem prvního trimestru (nev d la, fle je t hotná)
R8	pervitin b hem celého t hotenství
R9	p ílefitostn pervitin b hem obou t hotenství

Komentář :

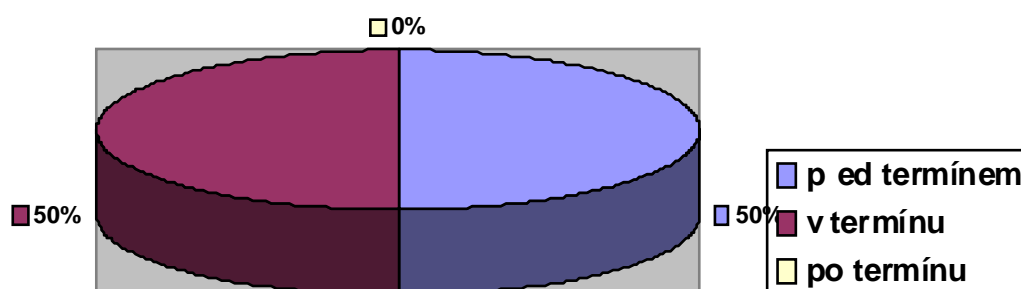
Úplně abstinovat během těhotenství vydržely dvě z dotazovaných žen. Zbylé klientky v těhotenství argumentovaly, že nevěděly o svém těhotenství, a proto braly dál. Tyto respondenty tvrdí, že pro ně bylo těhotenství silnou motivací k abstinenci a bez drogy na jakou dobu dokázaly vydržet.

Porod

Graf 9: Porod



Graf 10: Termín



Tabulka 12: Porod

Respondentka	Porod	Průběh porodu
R1	přirozenou cestou, před termínem	bez komplikací
R2	přirozenou cestou, před termínem	bez komplikací
R3	oba porody v termínu, přirozenou cestou	první porod bez komplikací, druhý porod proběhl doma
R4	zbývá týden do prvního termínu	-
R5	přirozenou cestou, před termínem	silné bolesti, špatná zkušenost s personálem porodnice
R6	všechny porody přirozenou cestou, v termínu	první porod těžký, koncem pánevním; ostatní bez komplikací
R7	císařský řez, v termínu	bez komplikací, plánovaný císařský řez
R8	přirozenou cestou, před termínem	bez komplikací
R9	oba porody přirozenou cestou, v termínu	bez komplikací

Komentář :

Většina dotazovaných žen rodila přirozenou cestou v termínu či pár dní před termínem. Respondentka R7 rodila plánovaným císařským řezem, jelikož se miminko neotočilo hlavičkou dolů. Respondentka R3 porodila své druhé dítě sama doma. Rodila pod vlivem drog a jednalo se nejspíše o přirozený porod. Lékařskou pomoc zavolala až po narození dítěte.

Na otázku, zda pociťovaly nesympatie či nevlídnost ze strany personálu, většinou odpovídaly, že ne. Respondentka R5 má ovšem nepříjemné zkušenosti s personálem

porodnice. Měla také bolesti a sestry si myslely, že má „absákové“, jelikož měla v kartě uvedenou informaci o své závislosti. Nechtěly jí podat analgetika a docházelo ke slovnímu ponižování. Respondentka R4 má před porodem.

Zdravotní stav dítěte

Tabulka 13: Zdravotní stav dítěte

Respondentka	Zdravotní stav dítěte
R1	zdravé
R2	zdravé
R3	první dítě vrozená vývojová vada ledvin, druhé dítě zdravé
R4	
R5	po porodu nízký tlak, umístěno do inkubátoru
R6	druhé dítě poškození mozku, ostatní děti zdravé
R7	zdravé
R8	novorozenecká floutenka
R9	obě děti zdravé

Komentář :

Zdravotní stav dětí je ve velké většině dobrý. U prvního dítěte klientky R3 se vyskytla vrozená vývojová vada ledvin. Jelikož klientka brala drogy během celého těhotenství, lékaři nevyhloučily možnost vlivu psychoaktivní látky na plod. Klientce R6 se narodilo druhé dítě s poškozením mozku. Během těhotenství drogy nebrala, uvedla ovšem, že jí v osmém měsíci manžel surově zbil. Ptala se lékaře na příčinu poškození mozku dítěte a s největší pravděpodobností se tak stalo během těhotenství i při porodu. Klientka ovšem uvádí, že porod proběhl bez komplikací.

Užívání drog

Tabulka 14: Proč během těhotenství

Respondentka	Kojení	Drogy v těhotenství
R1	3 měsíce	nebrala
R2	7,5 měsíce	nebrala
R3	první dítě v bříšku, druhé dítě týden	během kojení nebrala, potom znovu začala
R4		
R5	v bříšku, zakázáno od lékaře	brala od začátku
R6	všechny děti cca 3 měsíce	nebrala
R7	1 měsíc	nebrala
R8	6 měsíců	nebrala
R9	období cca 2 měsíce	nebrala

Komentář :

Tabulka 14 uvádí, zda ženy po porodu opět začaly užívat drogy a zda své dítě kojily. Většina žen se pokoušela abstinovat a své dítě kojit. Uvádějí, že jakmile přestaly kojit, začaly znovu brát, anebo přestaly kojit, aby mohly začít s novým svobodným brát.

Současný stav klientek, motivace k léčbě

Tabulka 15: Motivace k léčbě

Respondentka	Abstinence	Plány po ukončení léčby
R1	chce abstinovat	jít bydlet s dcerou, prozatím k rodičům se nejde nic svého
R2	myslí si, že zvládne abstinovat	najít si s přítelkyní byt, najít si práci a být šťastným

		řivotem uvařuje o dalším dít ěi
R3	zatím si není jistá, zda chce a zvládne abstinovat	nad tím nep emýlí
R4	chce abstinovat	zatím nad tím nep emýlí; nyní je pro ni nejd leřit jí zdravé miminko
R5	není si jistá, zda zvládne abstinovat	dolé ovací centrum
R6	myslí si, ře zvládne abstinovat	p edevím získat d ěi zp t do své pé e
R7	chce abstinovat	dolé ovací centrum, chrán ěné bydlení
R8	chce abstinovat	dolé ovací centrum
R9	myslí si, ře zvládne abstinovat	p edevím získat d ěi zp t do pé e, urovnat rodinné konflikty

Komentá :

Na v t-in klientek je vid t, ře je pro ni jejich dít velkou motivací ke zm ěn ě řivota, k úsp ěnému dokon ění lé by a k abstinenci. Jejich plány do budoucna jsou podobné - cht ějí mít rodinu, práci, domov.

Je zde vid t rozdíl ve fázích lé by. Matky, které jsou v lé b delší dobu, mají své p edstavy o budoucnosti jasn ějí, neřly, které se lé í krátce. Klientka R3 si prozatím není jistá sama sebou. Typ ěn se jí o sob ě a své budoucnosti mluví. Oproti tomu klientky R2 a R9, které jsou jíž v pokro ělé fází lé by, v ěí, ře dokáří abstinovat a za nou řít b řným řivotem.

5. Diskuze

V pr zkumu se sice jedná o malý vzorek, nicmén byl dostate n ilustrativní pro nastín ní problematiky t hotných a závislých žen. Výsledky výzkumu není možné porovnat, jelikož studie na toto téma doposud nejsou vydané a odborník , kteří by se zajímali o cílovou skupinu žen-matek, je poskromnu. Paní doktorka Ilona Preslová se touto cílovou skupinou zabývá již delší dobu. Je ovšem se ženami v kontaktu v denním stacioná i a zabývá se tedy ambulantní lé bou. A jak jsem již n kolikrát zmínila, jediné za ízení u nás, které se v nuje specifické skupin závislých matek, je TK Karlov.

V kový pr m r dotazovaných žen je 27 let a u osmi z devíti žen je primární drogou pervitin. Velmi překvapující pro m byl fakt, že všechny klientky právě podstupovaly svou první lé bu. Při setkání s mladistvými klienty i s klienty v jiných lé ebkách a komunitách totiž nebylo výjimkou, že se lé ili již po n kolikáté.

Dotazování probíhalo ve skupin a poté individuáln - k dopln ní nejasných informací. Atmosféra byla příjemná, klientky byly velmi ochotné sd lit mi i celkem intimní záležitosti.

Zajímaly m především sociální a zdravotní aspekty, ke kterým jejich závislost vede. Jak jsem m la b hem výzkumu možnost zjistit, sociální problémy, do kterých je jejich drogová závislost dostala, jsou mnohdy mnohem závažn jší než problémy spojené s jejich zdravím a zdravím jejich dětí. Rozhodn mají v tší dopad na následné zapojení se do běžného života po ukon ení lé by.

Sociální zázemí je u klientek různé, ale z velké větiny neflíjí samy. Terapie klade draz především na vazbu matka- dítě , ale nepostradatelnou roli zde hraje i terapie rodinná. Klientky, které mají podporu ve své rodin , a uží v partnerovi i ve svých příbuzných, jsou motivovan jší k lé b a jejímu úspěšnému dokon ení, což bylo z rozhovor patrné. Partne i, resp. otcové d tší bývají velmi často dysfunk ní, proto je v terapii nutné zam ít se na vhodnou volbu partnera.

Velkým problémem u většiny klientek je finanční situace. Hlavní roli zde hrají dluhy, které během jejich drogové kariéry vznikly. Pouze jedna z dotazovaných není zadlužená. Bohužel se nejedná o malé částky. U jedné klientky se dluh pohybuje okolo milionu korun a postupně se zvyšuje.

Finanční příjmy mají ženy velmi nízké. Většinou dostávají příspěvek v mateřství, příspěvek na bydlení i podporu v hmotné nouzi. Velkým problémem ovšem nastává, pokud mají odebrané děti z péče. V tomto případě totiž nemají nárok na mateřský příspěvek, ani na příspěvky na děti. V takovéto situaci se nacházejí dvě klientky. U jedné z nich činí momentální měsíční příjem pouhých 1000 Kč.

Zaměstnanci v komunitě se snaží klientkám s těmito finančními problémy pomoci. Klientky tvrdí, že bez pomoci by nevěděly, na co mají a nemají nárok. Obávají se ovšem toho, že po ukončení léčby si opět nebudou vědět rady. Proto většina z nich spolupracuje se sociálními pracovníci, které jim tyto problémy pomáhají řešit.

Drogová závislost je finančně poměrně náročná záležitost a mnohdy vede k trestné činnosti. (20) Problémy se zákonem má velká většina klientek. Většinou se jednalo o krádeže a distribuci drog. Ve výkonu trestu ovšem nebyla žádná z žen. Jedna z klientek mi později v soukromém rozhovoru přiznala, že je proti ní momentálně vedeno trestní řízení. Zajímala jsem se u terapeutky, jak se takováto situace řeší, a dozvěděla jsem se, že klientka má být součástí komunity, i když řeší takovýto problém. Je to ovšem stresující záležitost a léčbu velmi zneprůjemňuje.

Potvrdilo se mi tvrzení Kaliny, že čím více faktorů, tím větší možnost vzniku závislosti. (5)

Tímto jsem zmapovala sociální situaci klientek v TK Karlov, a zodpověděla tak první výzkumnou otázku.

Druhá část výzkumu se zabývala zdravotními aspekty, především hotenství a proflíváním mate ství.

astou nemocí, vyskytující se u drogov závislých je hepatitida typu C. (7) Toto onemocnění má diagnostikováno sedm z devíti dotazovaných žen, což mi při zpracování průzkumu nepřišlo jako alarmující výsledek. Nkolik klientek prodalo hepatitidu B a jedna klientka hepatitidu A. Ostatní zdravotní problémy, zejména infekční choroby, byly převážně bezvýznamné. Věchny klientky tvrdí, že nemají zkušenost s pohlavními chorobami (mimo klientek s hepatitidou typu C).

Další kapitolou, která mě zajímala, bylo hotenství a porod. Jak je z výsledků výzkumu patrné, většina klientek své hotenství neplánovala. Když jsem se ovšem dotazovala na metody antikoncepce, které používají, zjistila jsem, že ve velké většině antikoncepci nikdy nepoužívaly. A to jak hormonální, tak nehormonální. Když tedy v těhotenství došlo k nechtěnému, neplánujmu. To, že jsou to hotné, zjistily tedy velmi pozdě a na provedení interrupce bylo již pozdě. Subjektivní proflívání hotenství bylo převážně pozitivní. Pouze jedna z klientek oznámila své dítě nechtěné. Ostatní uvádí, že se na dítě těší a s touto skutečností se smíjí.

Je patrné, že dítě je pro ženy velkou motivací k lébě. Motivace k abstinenci během hotenství byla u žen velmi rzná. Určitou dobu dokázaly během hotenství abstinovat věchny ženy. Pouze dvě z nich vydrfely abstinovat po celou dobu.

Během výzkumu jsem došla k závěru, že naduflívání psychoaktivních látek nemá velký vliv na průběh porodu. I když je v literatuře (viz. souasný stav) popsáno, že tomu tak je. Ženy popisovaly porod jako bflný, bez komplikací. Císařským řezem rodila pouze jedna z dotazovaných žen.

Neopomenutelným faktem ovšem je, že psychoaktivní látky mají negativní vliv na vývoj plodu. U dvou žen se již po porodu objevila vrozená vývojová vada dítěte.

Samozřejmě se jedná o více možných faktorů, které vadu mohou způsobit, ale dle mého názoru zde rozhodně hraje roli mutagení účinek psychoaktivních látek.

Druhá výzkumná otázka je tímto skutečností zodpovězena.

Nakonec bych chtěla upozornit a zopakovat, že léčebný program pro matky s dcerami je oproti ostatním léčebným programům specifický a je také asociován s delirii u standardních klientů, nebo matka má dva problémy najednou – závislostní chování a roli matky. Proto je často léčebný program vytvářen individuálně, vzhledem ke specifickým potřebám jednotlivých klientek a někdy se může lišit v některých faktorech.

6. Závěr

V posledních letech se péče o drogově závislé více diferencuje ve vztahu k jednotlivým skupinám závislých. Tato práce se vnovala klientele těhotných žen a matek závislých na návykových látkách. Konkrétně popisuje problematiku zneužívání drog v těhotenství a následky užívání drog na plod. Svůj prostor zde má i problematika sociální.

Cílem práce bylo zmapovat zdravotní a sociální aspekty nadužívání psychoaktivních látek u již zmíněné skupiny žen-matek s dťmi. Tento cíl práce byl díky možnosti provedení výzkumu v TK Karlov, jediném zařízení pro matky s dťmi, splněn.

Výsledky provedeného výzkumu není možné porovnat s jinými údaji, protože žádná podobná studie nebyla doposud u této cílové skupiny klientek vydána. Téma léčby matek závislých na psychotropních látkách je v ČR poměrně nové.

Závěrem bych ráda upozornila na skutečnost, že péče o tuto nárokovou klientelu poskytují v České republice především zařízení neziskových organizací. Stát, prostřednictvím Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství a tělovýchovy, Ministerstva práce a sociálních věcí i krajských úřadů a magistrátů, zůstává stále ne zcela stabilním garantem finančních dotací pro tyto programy. Nestátní neziskové organizace se pak téměř každý rok potýkají s nedostatkem finančních prostředků, které vedou mnohdy až k existenčním problémům těchto organizací.

TK Karlov je jediná komunita v České republice, která přijímá do péče matky s dťmi. Překážkou na přijetí do TK bývá u těchto řadatelek poměrně dlouhá, zřejmě plyne, že by bylo vhodné zajistit stejnou péči i v jiném zařízení.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že ani společnost by neměla v řešení problému s drogově závislými těhotnými ženami a matkami zůstat lhostejná. Péče o tuto skupinu je totiž možná chápat nejen jako záchranu jednotlivých lidských životů, ale i jako vklad společnosti do budoucí generace. Léčba matek s dětmi je velmi pozitivním krokem v rámci komplexního přístupu k léčbě závislosti a přináší nezanedbatelný efekt nejen pro samotné matky ale i jejich děti.

7. Seznam použitých zdrojů

1. CAMP, J. aj. Parenting training for women in residential substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 1997, Ro . 14, . 5, s. 411-422.
2. DROBNÁ, H., HUTTOVÁ, M. Matka závislá od drog a její novorozenec. Neonatální abstinenní syndrom. *Alkohol a drogové závislosti*, 1996, Ro . 31, . 3/4, s. 183-191.
3. FROUZOVÁ, M. fiény a drogy. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 1996, Ro . 31, . 5, s. 269-275.
4. HANÁK, R. Novorozenec drogově závislé matky. *Ami report*, 1996, Ro . 2, . 2, s. 60-63.
5. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. s. 319. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. s. 343. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha : Institut Filia, 1997. s. 92. ISBN 80-901966-5-9.
8. KALINA, K. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha: Drug forum, 2000. s.83.
9. *Katka* [dokumentární film]. Režie Helena Třeštková. Česko, 2009.
10. KOOYMAN, M. aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Střední český kraj : Nakladatelství Lidové noviny, 2004. s.239. ISBN 80-7106-876-4.
11. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha, Galén, 2001.
12. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2.vyd. Praha, Portál, 2000.
13. MATĚJK, Z. *Tabáková rodina*. Praha : Maxdorf, 2000. s. 285. ISBN 80-85912-29-5.
14. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 2012. [cit. 8.3.2012]. Aktualizace MKN s platností od 1.1. 2012. Dostupné z : <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-1-ledna-2012>

15. NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY NA OBDOBÍ 2010-2018. Praha, Úřad vlády ČR, 2010.
16. NETPĚR, K. aj. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha : Besip, 1997. s. 144.
17. NETPĚR, K. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. Praha : Galén, 1999. s. 111. ISBN 80-7262-002-9.
18. PREKOPOVÁ, J. *Prvorozené dítě*. Praha : Grada, 2002. s. 125. ISBN 80-247-9004-1
19. PRESL, J., JOHN, R. *Drogy ó otázky a odpov di*. Praha : Medea kultur, 1996. s.83.
20. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1995. s.84. ISBN 80-85800-18-7.
21. PRESLOVÁ, I. *Manuál práce s dětmi drogov závislých klientů*. Praha, Sananim, 2011. s. 79. ISBN 978-80-904536-1-6.
22. RADIMECKÝ, J. aj. *Seznam zařízení poskytující služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. s.22. ISBN 80-86734-09-0.
23. ROSENBAUM, M. *Women and drugs: twenty five years of research and policy*. San Francisco : The Lindesmith Center, 2000.
24. ROTGERS, F. aj. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada publishing, 1999. s. 264. ISBN 80-7169-836-9.
25. Sananim [online]. 2007. [cit. 10. 3. 2011]. Terapeutická komunita Karlov. Dostupné z [http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk).html)
26. SEDLÁKOVÁ, S. aj. *Závěrečná zpráva o realizaci programu Resocializace matek užívajících psychotropní látky r. 2004*. Praha : DROP IN, 2005
27. SKÁLA, J. *Substance abuse in the Czech republic*. Praha : Institut on the prevention and treatment of drug dependence, 1994. s. 44.
28. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha, Maxdorf Jessenius 1996.
29. STRÁŽEK, Z. Problematika novorozenců drogov závislých matek. *Bulletin NPC*, 1997, . 4, s. 8-11.

30. TĚLAMBEROVÁ, R. Drogy během těhotenství a jejich vliv na matku a následnou generaci. *eskoslovenská fyziologie*, 2003, Ročník 52, Číslo 1, s. 15-21.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál, 2004.
32. VAVŘINKOVÁ, B. Prenatální péče o drogově závislé a jiné sociálně problémové skupiny. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, Ročník 12, Číslo 2, s. 345-350.
33. VAVŘINKOVÁ, B. aj. Abstinenční syndrom novorozence a srovnávací studie účinnosti stimulačních drog a opioidů. *eskoslovenská gynekologie*, 2001, Ročník 66, Číslo 1, s. 32-36.
34. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. Vliv abúzu drog během těhotenství na plod a novorozence. *eskoslovenská gynekologie*, 2000, Ročník 65, Číslo 5, s. 347-351.
35. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. Péče o drogově závislou ženu během těhotenství. *Medicína v praxi*, 2001, Číslo 3, s. 60.
36. ZÁBRANSKÝ, T. aj. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc : Votobia, 1997. s. 118. ISBN 80-7198-250-4.
37. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. s. 206. ISBN 80-7184-203-6.

8. Klíčová slova

Psychoaktivní látky

Drogově závislá žena- matka

Terapeutická komunita

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Ukázka semistrukturovaného rozhovoru

Příloha 3: Týdenní rozvrh činností v TK Karlov

Příloha 4: Fotografie TK Karlov

Příloha 1

Dotazník, dle kterého byly vedeny rozhovory:

1. V k:

- a) 20-25
- b) 25-30
- c) 30-35
- d) 35-40

2. Primární droga:

- a) opiáty
- b) stimulancia
- c) halucinogeny
- d) jiné

2. Stav:

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) dokončená ZTM
- b) dokončená SOU
- c) dokončená STM
- d) dokončená VOTM
- e) dokončená VTM

4. Jaké je vaše předchozí zaměstnání?

5. Jaké jsou vaše momentální zdroje příjmu?

6. Dluhy:

- a) ano
- b) ne

Kolik a za co?

7. Jaké je vaše sociální zázemí? Kde, jak a s kým jste bydlela?

8. Bylo proti vám někdy vedeno trestní stíhání?

9. Kolik máte dětí? Máte děti ve své péči?

10. Jaký máte vztah s otcem dítěte?

11. Jaký je váš současný zdravotní stav? Jaké choroby jste prodělala?
- a) užívám
 - b) užívala jsem hormonální
 - c) užívala jsem nehormonální
 - d) nemám zkušenosti
12. Mé těhotenství bylo
- a) plánované
 - b) neplánované
 - c) nechtěné
13. Chodila jste během těhotenství na pravidelné prohlídky?
- a) pravidelně
 - b) nepravidelně
 - c) vůbec
14. Užívala jste drogy během těhotenství?
15. Jak probíhal váš porod?
- a) přirozeně
 - b) císařským řezem
16. Rodila jste v termínu?
- a) v termínu
 - b) před termínem
 - c) po termínu
17. Jaký je zdravotní stav vašeho dítěte?
18. Jak u vás probíhalo těhotenství? Kojila jste? Užívala jste drogy?
19. Jaké jsou vaše plány do budoucna po ukončení léčby?

Příloha 2

Ukázka semistrukturovaného rozhovoru:

Respondentka R6

Věk: 37 let, 5 dětí

Rozhovor probíhal v místnosti pro konání terapeutických programů.

Délka rozhovoru- 23 minut.

Klientka sdílná, ochotná.

Interview

Já: Jaká je tvoje primární droga?

Klientka: Primární je pervitin.

Já: Užívala jsi jiné drogy?

Klientka: No, občas jsem to kombinovala s chlastem.

Já: Jsi svobodná, vdaná?

Klientka: Jsem vdaná. Ale jsem vdaná za cizího státního příslušníka, víš.

Já: Jaký si k tomu máš důvod?

Klientka: No z finančních důvodů. Jsou za to docela dobré peníze.

Já: A otec dětí? To byl tvůj manžel nebo jste nebyli svoji?

Klientka: To byl můj manžel. Ale rozvedli jsme se.

Já: Co máš za vzdělání?

Klientka: No dokončená základka a nedokončená střední škola.

Já: A co si studovala za střední?

Klientka: Střední pro myslovku. Ale nedodělala jsem jí. V té době jsem začala experimentovat.

Já: Takže jsi se na škole vykašala a dělala jsi co?

Klientka: Nedělala jsem nic. Flákala jsem se. No a pak jsem si začala hledat různé brigády, abych si aspoň něco vydělala.

Já: Učíš se někde pracovala?

Klientka: Pracovala. Vždycky, když jsem tak nějak nebrala, tak jsem normálně chodila do práce.

Já: Jaký je teda teď tvůj zdroj příjmů?

Klientka: Zdroj příjmů... No mám nárok na podporu, ale prostě jsem tady zatím dva měsíce, a tak se snažím něco vymyslet. Množství bylo odebrány děti z péče, ale snažím se to tak nějak vyřešit.

Já: Takže jak je to, máte skou?

Klientka: No prý na ní ufl mám nárok, ale zatím nic nedostávám. Mám svojí sociální pracovníci a ta mi to pomáhá vy e-ít. Takfle tenhle m síc mi p i-10 1000 K jako p ídavky, co mi p epískali z Delfínku, kde byly d ti. A Jana (terapeutka) teda ekla, fle musí na sociálku poslat n jakej kouzelněj papír a já bych teda m la dostat mate skou. Já: Takfle ty vlastn , na základ toho, fle nemá-d ti v pé i, nemá-nárok na mate skou? Klientka: Ano. Oni mi prost ekli, fle abych mohla dostat mate skou, tak musím mít d ti ve svý pé i. Tak se to tu snaflíme vy e-ít. Já: A má-vy ízený n jaký sociální dávky? Nebo jak je to s tou podporou? Klientka: No prosim t , oni mi posílaji podporu na moje starý bydlí-t a ne sem na Karlov. Tak ufl jsme to vy izovali a m li by mi to p eposlat. Já: Takfle ty jsi v sou asný dob vlastn bez p íjmu. Klientka: Jo. Já si musela p j ovat ze spole ný kasy na hory, na telefony. Te mi teda p i-10 t ch tisíc korun, takfle jsem ty dluhy poplatila.

Já: Kdyfl jsme u t ch dluh , jsi zadlužená? Má-n jaký dluhy?

Klientka: Dluhy mám hodn velký.

Já: A to je kolik?

Klientka: Mám dluhy hlavn na byt . M fle to bejt skoro milion.

Já: Kde jsi bydlela p ed lé bou?

Klientka: P t m síc p ed jsem bydlela u mojí mámy.

Já: A je-t p ed tím?

Klientka: Je-t p ed tím jsem bydlela ve vlastním byt no, tam jsem ale neplatila nájem a ufl prost hrozilo, fle m vyst hujou. Tak jsem m la takovýho p ítele, -la jsem z bláta do loufle noí . Tak m asi vyuffil, já sehnala byt, kterej jsme pronajali za sedm tisíc, no jenfle jsem nebyla ve smlouv napsaná. No ale vlastn jsem to pak vzdala sama a utekla jsem od n j.

Já: A pak si -la teda k mám ?

Klientka: Pak jsem -la k mám , tam jsem byla p t m síc a rovnou sem.

Já: Byla jsi n kdy trestn stíhaná, ve výkonu trestu?

Klientka: Ve výkonu trestu jsem nebyla, nebyla jsem trestn stíhaná, ale vzali mi idi ák, protofle jsem byla pozitivní na pervitin.

Já: Te í

Klientka: Nenene. Kecám, kecám. Byla jsem stíhaná, ale to ufl je dlouho. Je to asi tak dev t, možná vící . Deset let. A byla jsem stíhaná v N mecku, byla jsem t i m síce ve vazb . P evád la jsem lidi.

Já: Opravdu?

Klientka: Jojo, p evád la jsem lidi. Naivn jsem si myslela, fle prost kdyfl eknu, fle jsem je stopla, prost byla jsem ten já nevím jak se to ekne- bílý k . Tak mi bylo e eno, fle kdyfl to ud lám tak prost dostanu peníze. A m la jsem tenkrát ufl n jaký dluhy, tak jsem to prost cht la takhle vy e-ít.

Já: Ale za distribuci si nikdy stíhaná nebyla?

Klientka: Nene, to v bec.

Já: Dob e. Co tv j zdravotní stav? Prod lala si t eba floutenku?

Klientka: No, prodala jsem floutenku B. Ale jako vůbec nemám poněkud. A te
jsem negativní, fle prost mám protilátky.

Já: Tak fle t nikdo neléil?

Klientka: Ne, práv fle mn nikdo neléil. Tak fle nevím kdy jsem jí mohla prodlat.
V bec netuim.

Já: A te ka, v souasně dob? Léí–se s n im?

Klientka: No já mám od mali ka astma. Jen fle já kdyfl jsem brala drogy, tak mi p estali
záchvaty. Bylo mi e eno, fle te ka to zase mofná trochu za ne.

Já: A bere–na to n jaké léky te ?

Klientka: Nene, te nic neberu.

Já: Má–zku–enost s hormonální antikoncepcí?

Klientka: Brala jsem Trilegor.

Já: A jak dlouho to tak je?

Klientka: No tak osm m síc . Ale brala jsem to je chvíli noí

Já: A b hem uflívání drog, pouflívala jsi n jakou antikoncepci?

Klientka: Kdyfl jsem brala?

Já: Jojo, kdyfl si brala, tak jestli si m la n jakou antikoncepci. Jestli jsi n jakou
pouflívala.

Klientka: No já jsem m la Danu, ale m la jsem po tom takovej problém, fle prost jsem
zvedala v práci takovej t flkej hrnec a ta Dana mi vypadla. A pak ufl jsem fládnou
antikoncepci nepouflívala.

Já: Ani kondomy?

Klientka: Hm, ne.

Já: Na za átku jsi íkala, fle má–p t d tí, vi ?

Klientka: ty i. Teda p t.

Já: Tak kolik?

Klientka: No ty i mám u sebe. Teda ne úpln u sebe. Já jsem m la dv odebraný do
d tského domova, jedno bylo sv ený do mojí mamky pé e, jedno do tchýn pé e a
jedno jsem dala k adopci.

Já: A te má–d ti u sebe?

Klientka: Dva kluky mám te ka u sebe.

Já: Jak má–starý d ti? Nebo p ed jakou dobou jsi byla naposledy t hotná?

Klientka: To jsou dva roky. A d ti jsou starý 17, 9, 4, 3. No a poslednímu jsou dva roky.

Já: A to poslední miminko jsi dala k adopci?

Klientka: To poslední no.

Já: Chodila jsi na prohlídky, kdyfl si byla t hotná?

Klientka: No u í . jsem to zanedbávala. Nebrala jsem drogy, ale zanedbávala jsem
prohlídky.

Já: A p ed tím jsi teda chodila pravideln ?

Klientka: No, u ostatních d tí jsem se snaflila.

Já: A jak to bylo s drogami v t hotenství?

Klientka: No to jsem nebrala! Jen u í . . . To jsem brala do tvrtého m síce, ale to jsem nev d la, fle jsem t hotná.

Já: Co porody? Rodila jsi normáln nebo císa em? Jak to probíhalo?

Klientka: První porod jsem m la hodn t flkej

Já: Kolik ti bylo?

Klientka: Poprvý jsem rodila ve dvaceti. A to jsem teda m la t flkej porod. Malej –el prdelkou nap ed a je–t m l omotanou pupe ní – ru.

Já: A ty ostatní porody?

Klientka: No ty ufl byly dobrý, bez komplikací. Nejvíc mi dal zabrat ten první.

Já: A v termínu jsi rodila?

Klientka: Jojo, v–echny d ti v termínu.

Já: A d ti jsou zdravé?

Klientka: Ano.

Klientka: Akorát teda í Já nevím jestli to s n ím souvisí. Ale na–e í . je oslabená na levou stranu. A tenkrát práv jí poslali do toho tunelu a oni mi prost ekli, fle má n co na moze ku. A fle teda musí zjistit co to je. My jsem si myslela, fle je to t eba nádor a pak zjistili, fle je to n jaká jizva a ekli mi, fle se jí to mohlo stát v t hotenství nebo kdyfl jsem jí rodila. No ale jako p i í . jsem nebrala a nevím jestli jsem to prod lal p i porodu, ale ten byl v pohod . Takfle asi v t hotenství. To jsem za ala v osmém m síci krvácet. Ale to bylo na základ toho, fle m manfel zbil. Tak já nevím

Já: A po narození byly d ti v po ádku? Co t eba ty novorozenecké floutenky?

Klientka: Ne. Nic jim nebylo. Ani jedno nem lo floutenku.

Já: Kojila jsi?

Klientka: Kojila jsem í První dít jsem kojila dlouho, skoro rok a tvrt. N jsem kojila ty i m síce, pak jsem p e–la na mlíko. D toho t i m síce, pak jsem za ala brát. A J asi dva t i m síce.

Já: Takfle b hem –estined lí jsi nebrala?

Klientka: Ne. Akorát u toho D jsem za la brát docela brzo no. Ale v –estined lí ne.

Já: No a nejdel–í abstinence po porodu byla teda jak dlouhá?

Klientka: No asi ty ty i m síceí

Já: Takfle v t–inou po t ch ty ech m sících jsi za ala zase brát.

Klientka: Hmí

Já: Jak jsi na tom s otcem d tí?

Klientka: V kontaktu jsme byli. Te ka nejsme. Dva roky skoro, protofle je zav enej. On teda jako má zájem o mn i o d ti noí

Já: A to je otec v–ech d tí?

Klientka: Jo. V–ech ty d tí. Jen ten nejstar–í není jeho. Toho mám s exmanflelem.

Já: A s ním jsi v kontaktu?

Klientka: Jo s nim jo. S nim máme dobrej vztah.

Klientka: Jako P mi pí–e po ádí ale já mu neodepisuju. Nechci. Mám docela hr zu z toho co bude.

Já: No a jak jsi tady spokojená?

Klientka: Moc!

Já: Jsi poprvé v léčbě?

Klientka: Jojo. Poprvé. Uf! Jsem dost stará na první léčbu, co?

Já: Ale nejsi, lepší než kdy nebyla. Tak ti mockrát děkuju za rozhovor a přeju úspěšné dokončení léčby a hodně štěstí.

Klientka: Není za co. Já děkuju.

Příloha 3

Týdenní rozvrh v TK Karlov:

PONDĚLÍ

AS	INNOST	MLA ASOVÉ	MAMINKY
06.30	budí ek kuchyn budí ek zvířata		
06.45	budí ek domu		ano
07.00	rozcvička		ne
07.15	úklid pokoj		ano
07.30 - 07.45	snídan	po snídani první cigareta	ano, do 7.45 nekouří se
08.00 - 08.30	technická ranní komunita		společná
08.45	I. pracovní blok		Do 9.00 - přestávka, cigareta
11.00	přestávka		ano, 9.00 -12.00 (bez přestávky)
11.15	II. pracovní blok		12.00 ě 12.30 přestávka, cigareta
12.30	přestávka		Oběd 12.30 ě 13.00
13.00	oběd		13.00 ě 13.30 mámy jsou s dětmi 13.30 ě 14.00 přestávka, cigareta
14.00	III. pracovní blok		14.00 procházka
15.30	přestávka		
16.00 - 17.15	dynamická	2 skupiny b. Oí soub. On , <u>V případě, Oe je</u> <u>Oivotopisná, je</u> <u>dohromady</u>	2 skupiny b. Oí soub. On , <u>V případě, Oe je</u> <u>Oivotopisná, je</u> <u>dohromady</u>
18.30	večeře		do 18.45 nekouří se
19.00	otevřená skupina		společná

20.15	osobní volno		
22.00	no ní klid		
22.45	zházíz poslední cigaretu a vypínáz TV	zéf domu zamyká d m	zéfka domu zamyká d m
23.00	ve erka		

Generální úklid domu B

ÚTERÝ

AS	INNOT	MLA ASOVÉ	MAMINKY
06.30	budí ek kuchyn budí ek zví ata		
06.45	budí ek domu		ano
07.00	rozcvi ka		ne
07.15	úklid pokoj		ano
07.30 . 7.45	snídan	po snídani první cigareta	ano, do 7.45 nekou í se
08.00 - 09.15	ranní komunita		spole ná, p estávka od 9.45
09.30	I. pracovní blok		ano, 10.00 -12.00
11.00	p estávka		bez p estávky
11.15	II. pracovní blok		
12.30	p estávka		12.00 -12.30 p estávka, cigareta
13.00	ob d		Ob d 12.30 Ě 13.00
14.00 . 14.45	sezónní práce, pop . sport		13.00-13.30 mámy jsou s d tmi 13.30-14.30 procházka s d tmi 14.30 Ě 15.00 p estávka, cigareta
15.00 . 16.15	výjezdová komunita (shrnutí fází, hodnocení funkcí)		spole ná
16.45 . 18.00	interak ní		spole ná

18.30	ve e e		individuální, do 18.45 . nekou í se
19.00	osobní volno		
22.00	no ní klid		
22.45	zházíz poslední cigaretu a vypínáz TV	zéf domu zamyká d m	zéfka domu zamyká d m
23.00	ve erka		

ST EDA

AS	INNOT	MLA ASOVÉ	MAMINKY
06.30	budí ek kuchyn budí ek zví ata		
06.45	budí ek domu		ano
07.00	rozcvi ka		ne
07.15	úklid pokoj		ano
07.30- 7.45	snídan	po snídani první cigareta	ano do 7.45 nekou í se
08.00 - 09.15	ranní komunita		spole ná p estávka od 9.45
09.30	I. pracovní blok		ano, 10.00 -12.00 (bez p estávky)
11.00	p estávka		
11.15	II. pracovní blok		
12.30	p estávka		12.00 -12.30 p estávka,cigareta
13.00	ob d		Ob d 12.30 ě 13.00 13.00 ě 13.30 mámy jsou s d tmi
13.45	sport		13.30 ě 14.30 procházka s d tmi
14.45	p estávka		14.30 ě 15.00 p estávka, cigar eta
15.00 . 16.15	prevence relapsu		spole ná
16.15 . 16.45	p estávka		

16.45 - 18.00	dynamická skupina	dv skupiny b Oí soub On	dv skupiny b Oí soub On
18.30	ve e e		do 18.45 . nekou í se
19.00	osobní volno	skupina III. fází	
22.00	no ní klid		
22.45	zházíz poslední cigaretu a vypínáz TV	zéf domu zamyká d m	zéfka domu zamyká d m
23.00	ve erka		

D m A generály pokoj 20:30 ó 21.30

TVRTEK

AS	INNOT	MLA ASOVÉ	MAMINKY
06.30	budí ek kuchyn budí ek zví ata		
06.45	budí ek domu		ano
07.00	rozcvi ka		ne
07.15	úklid pokoj		ano
07.30 . 7.45	snídan	po snídani první cigareta	ano , do 7.45 nekou í se
08.00 - 09.15	ranní komunita		spole ná ,p estávka, cigareta od 9.45
09.30	I. pracovní blok		ano , 10.00 - 12.00 (bez p estávky)
11.00	p estávka		
11.15	II. pracovní blok		
12.30	p estávka		12.00 Ě 12.30 p estávka,cigareta
13.00	ob d		Ob d 12.30 Ě 13.00 13.00 Ě 13.30 mámy jsou s d tmi 13.30 Ě 14.00 p estávka, cigar eta
14.00	III. pracovní blok		14.00-15.00

			procházka s d tmi
15.15	p estávka		15.00-15.30. p estávka, cigareta
15.45	sport		G pokoj 15,30-16,30 terap. a ýéf KO
16.45	p estávka		16.30-17.00 p estávka, cigareta
17.00 - 18.00	odd lená skupina		spole ná
18.30	ve e e		do 18.45 . nekou í se
19.00	interak ní	pouze mla asové	maminy jsou s d tmi maminky bez dít te jsou na interak ní
20.00	osobní volno		
22.00	no ní klid		
22.45	zházíz poslední cigaretu a vypínáz TV	zéf domu zamyká d m	ýéfka domu zamyká d m
23.00	ve erka		

Generální úklid pokoj d m B 15:30 ó 16:3

PÁTEK

AS	INNOST	MLA ASOVÉ	MAMINKY
06.30	budík kuchyn budík zví ata		
06.45	budík domu		ano
07.00	rozcví ka		ne
07.15	úklid pokoj		ano
07.30 . 7.45	snídan	po snídani první cigareta	ano, do 7.45 nekou í se
08.00 - 08.45	samo ídící skupina		spole ná p estávka od 9.45

08.45 . 09.15	technická ranní komunita		
09.30	I. pracovní blok		ano, 10.00 - 12.00 bez p estávky
11.00	p estávka		
11.15	II. pracovní blok		
12.30	p estávka		12.00 . 12.30 p estávka,cigareta
13.00	ob d		12.30 -13.00 ob d 13.00 Ě 14.00 mámy jsou s d tmi, p estávka, cigareta
14.00 - 15.00	otev ená skupina		mámy zvláz
	osobní volno, odjezdy na výjezd i opuzt ní		maminky jsou s d tmi, procházka 15.30 -16.30
18.30	ve e e		do 18.45 . nekou í se
	osobní volno		
22.00	no ní klid		
23.45	zházíz poslední cigaretu a vypínáz TV	zéf domu zamyká d m	zéfka domu zamyká d m
24.00	ve erka		

**Generální úklid - zví ata, velká komunita, d m A dva prac. bloky dopol.
kuchy 1 + 2 a 3 do 22 hod.**

SOBOTA

AS	INNOT	MLA ASOVÉ	MAMINKY
06.30	budí ek kuchyn budí ek zví ata		
07.30	budí ek domu		ano
	osobní hygiena a úklid pokoj		ano

08.00	snídan	po snídani první cigareta	ano, do 8.15 nekou í se
08.30 - 10.00	ranní komunita		spole ná
11.00 -	spole ná akce domu	mohou nastat ob varianty, m 0e být spole ná, v p ípad zát 0ového programu odd lená	mohou nastat ob varianty, m 0e být spole ná, v p ípad zát 0ového programu odd lená
13.00	ob d		ob d 12.30 . 13.00
- 17.00	spole ná akce domu		13.00 -13.30 p estávka, cigareta akce kon í 17.00 pak se matky dál e v nují d tem
18.30	ve e e		do 18.45 . nekou í se
	osobní volno		
22.00	no ní klid		
23.45	zházíz poslední cigaretu a vypínáz TV	zéf domu zamyká d m	zéfka domu zamyká d m
24.00	ve erka		

Sobota je spole ným dnem aktivního odpo inků komunity. asový re0im je velice pohyblivý, s p íhlédnutím na nápl programů.

NEDĚLE

AS	INNOST	MLA ASOVĚ	MAMINKY
06.30	budí ek zvířata		
	budí ek kuchyn		
08.00 - 10.00	snídan	po snídani první cigareta	
	osobní volno		ob d 12.30 . 13.00
13.00	ob d		p estávka, cigareta od 13.00
	osobní volno		procházka
17.00 . 18.30	hodnotící komunita	návrat z dvoudenního výjezdu společně	návrat z dvoudenního výjezdu společně
19.00	večeře		do 19.15 . nekoují se
19.30	osobní volno		
22.00	noční klid		
22.45	zházív poslední cigaretu a vypíná TV	zéf domu zamyká d m	zéfka domu zamyká d m
23.00	večerka		



Budova A pro mladistvé



Budova B pro matky s d tmi

