

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Problematika neplánovaného těhotenství u drogově závislých žen

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Denisa Salvová

Vedoucí práce: MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

25.5.2009

Problematika neplánovaného těhotenství u drogově závislých žen

V současné době roste počet drogově závislých žen, které neplánovaně otěhotní. V rámci péče o tyto ženy je nutné uplatnit multidisciplinární přístup.

Pro drogově závislou ženu může být těhotenství velmi silným motivačním činitelem. Pokud drogově závislá žena otěhotní, stojí před závažným rozhodnutím. Je časté, že závislá žena své těhotenství popírá a svůj stav konzultuje s někým až když není možné graviditu přerušit. Žena, jejíž těhotenství je nechtěné, bude pravděpodobně nadále pokračovat v abúzu drog a svým jednáním bude poškozovat sebe i nenarozené dítě. Děti těchto žen většinou končí v péči svých prarodičů, v kojeneckých ústavech a dětských domovech.

Velmi důležité je neplánovaným a nechtěným těhotenstvím u drogově závislých žen předcházet. Zařízení poskytující služby drogově závislým by se měla soustředit na prevenci neplánovaného těhotenství. Ženy by měly být informovány o rizicích možného otěhotnění v kontextu své drogové závislosti. Pokud žena otěhotní a těhotenství je chtěné, je žádoucí umožnit ženě léčbu, která bude zohledňovat společný pobyt matky a dítěte. Pro každou matku je velmi stresující odloučení od svého dítěte. Nemožnost společné léčby matky a dítěte je velmi demotivující faktor v léčbě.

Většina drogově závislých těhotných žen není ochotna přiznat svoji drogovou závislost z důvodu obavy z odebrání dítěte. Tyto ženy se poté izolují a snaží se ještě více svoji závislost skrýt. Samozřejmostí by měla být spolupráce léčebných zařízení a gynekologicko-porodnických oddělení nemocnic. Žena by si měla být vědoma, že cílem všech zúčastněných není odebrání dítěte, ale naopak to, aby matka mohla s dítětem zůstat, za podmínek abstinence či společné léčby. Vzhledem k nedostatku léčebných zařízení umožňujících společný pobyt, není zcela jednoduché aby se matka s dítětem do léčby dostala včas. Čím dostupnější pro matku léčba bude, tím spíše se pro léčbu rozhodne. Je žádoucí vybudovat síť léčebných zařízení, ve kterých by matkám bylo umožněno absolvovat léčbu společně s dítětem.

The problems of unplanned pregnancy in drug addicted women.

At present the number of drug addicted women who incidentally become pregnant is increasing. In terms of care of these women it is necessary to apply multidisciplinary attitude.

For a drug addicted women pregnancy might be a very strong motivation factor. If a drug addicted women becomes pregnant, she is faced with a serious decision. It is very common that an addicted woman denies her pregnancy and consults her state with somebody when it is not possible to interrupt pregnancy. A women whose pregnancy is unwanted will probably continue in drug abuse and will do harm to herself and her unborn child by her behaviour. The children of such woman usually end in care of their grandparents, in infantile institutions and children homes.

It is important to prevent unplanned and unwanted pregnancies in drug addicted women. Institutions providing service to drug addicted should concentrate on prevention of unplanned pregnancy. Women should be informed on risks of possible pregnancy in the context of their drug addiction. If a woman becomes pregnant and pregnancy is wanted it is necessary to enable a women treatment which would take into account the stay of a mother with a child. For every mother the separation from her child is stressful. The impossibility of treatment of a mother with a child is a very discouraging factor of treatment.

Most of drug addicted women are not willing to admit their drug addiction because they are afraid of losing a child. These women become isolated and they try to hide their addiction. The cooperation of treatment facilities and gynaecology-maternity departments of hospitals should be common. A woman should be aware that the aim of all who participate is not taking a child away but the aim is that the mother can stay with her child under the conditions of abstinence or common treatment. With regard to the insufficient treatment facilities enabling common stay, it is not easy to ensure that a mother and her child start treatment in time. The more available the treatment for a mother the more probable is the mother's decision for the treatment.

It is necessary to build the net of treatment facilities where mothers would be enabled to undergo the treatment with their children.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika neplánovaného těhotenství u drogově závislých žen“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích

Podpis studenta

Na tomto místě bych chtěla poděkovat MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky.

Obsah:

Úvod	9
1. Současný stav	11
1.1. Charakteristika návykových látek	11
1.2. Klasifikace návykových látek	12
1.3. Syndrom závislosti	13
1.3.1. Diagnostická kritéria pro závislost na návykových látkách	13
1.4. Modely závislosti	14
1.4.1. Biomedicínský model	14
1.4.2. Bio-psycho-sociální model	15
1.5. Situace v České republice	15
1.6. Psychosociální aspekty vzniku a rozvoje drogové závislosti	16
1.7. Specifika drogově závislých žen	18
1.7.1. Závislé těhotné ženy	19
1.7.2. Závislé matky s dětmi	21
1.8. Drogy a jejich vliv na plod a novorozence	21
1.8.1. Opiáty	22
1.8.2. Stimulační drogy	24
1.8.3. Kanabinoidy	25
1.8.4. Benzodiazepiny a barbituráty	25
1.8.5. Inhalační drogy	26
1.9. Průběh porodu u drogově závislých žen	26
1.10. Novorozenecký abstinenční syndrom	27
1.10.1. Léčba NAS	28
1.11. Kojení u drogově závislých žen	29
1.12. Léčba drogově závislých těhotných žen	29
1.12.1. Substituční léčba	31
1.12.2. Nefarmakologická složka substituční léčby	33
1.13. Sociální dopad těhotenství drogově závislých žen	34

2. Cíl práce	38
3. Metodika	38
<i>3.1. Použité metody a technika sběru dat</i>	38
<i>3.2. Charakteristika cílového souboru</i>	38
4. Výsledky	39
<i>4.1. Terapeutická komunita Karlov, o. s. Sananim</i>	39
<i>4.2. Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek</i>	42
<i>4.3. Kasuistiky</i>	47
5. Diskuse	63
6. Závěr	70
7. Seznam použité literatury	73
8. Klíčová slova	78
9. Přílohy	79

Úvod

„Jsme tady, protože už není, kam bychom unikli sami před sebou. Dokud se člověk nepostaví před zraky a srdce ostatních, utíká. Dokud člověk nevěří druhým, aby s nimi mohl sdílet svá tajemství, není v bezpečí. Když se bojí, že jej poznají, nemůže poznat sám sebe ani druhého. Bude stále sám. Kde jinde než mezi sebou najdeme takové zrcadlo? Tady – společně – se člověk může konečně podívat na sebe jasně. Neuvidí hrdinu svých snů ani trpaslíka svých nočních můr, ale pozná se jako člověk, část celku se svým dílem odpovědnosti. Na takovém místě můžeme všichni zakořenit – a růst. Již nikdy sám – do smrti, ale žít s druhými a pro druhé“.

Motto terapeutické komunity Day Top a SANANIM Němčice

Těhotenství drogově závislých žen se nedotýká pouze konkrétní ženy a nenarozeného dítěte, ale celé společnosti. V současné době roste počet drogově závislých žen, které neplánovaně otěhotní. Pokud jde o pomoc těmto ženám, je nutné uplatnit multidisciplinární přístup. Spolupráce odborníků z oblasti gynekologie, porodnictví, pediatrie, práva, sociální práce a organizací zabývajících se léčbou a prevencí drogových závislostí je nepostradatelná. V neposlední řadě je nutné zmínit také organizace zabývající se ochranou dětí. Důležitý je také postoj laické veřejnosti, která by neměla tyto ženy a jejich děti stigmatizovat.

Těhotenství je pro každou ženu velmi náročný stav nejen po stránce zdravotní, ale i psychické a sociální. Pro drogově závislou ženu může být těhotenství velmi silným motivačním činitelem.

Během mého pracovního působení v Kontaktním a doléčovacím centru o.s. Háječek v Českých Budějovicích jsem se setkala s řadou těhotných drogově závislých žen. Zajímalo mne, jaký postoj ke svému těhotenství drogově závislé ženy zaujímají, zda bylo těhotenství plánované či nikoliv, jakou představu mají o své budoucnosti,

jaký postoj zaujal k těhotenství otec dítěte, zda je pro ně těhotenství motivací k abstinenci apod.

Díky svému zaměstnání jsem mohla sledovat vývoj těchto žen. Na počátku těhotenství byla téměř každá klientka rozhodnuta o tom, že nastoupí léčbu s cílem abstinence. Některé těhotné ženy ale nadále navštěvovaly K-centrum a svou závislost popíraly či bagatelizovaly a v abúzu drog pokračovaly. Některé ženy začaly opět užívat drogy po narození dítěte. Uvědomila jsem si, jak je důležitá pomoc těmto ženám, především s ohledem na jejich děti. Není v zájmu klientky, dítěte, ale ani společnosti, aby žena byla nucena svoji závislost tajit jen proto, aby nemusela být odloučena od dítěte. Jiná situace vzniká, pokud drogově závislá žena o své dítě zájem nemá. V tuto chvíli přebírá péči o dítě rodina klientky či společnost. Aby k těmto situacím nedocházelo je nutné se soustředit na prevenci neplánovaného otěhotnění drogově závislých žen. Děti těchto matek končí často v kojeneckých ústavech, což není nejlepší začátek života. Je žádoucí vybudovat síť léčebných zařízení, ve kterých by matkám bylo umožněno absolvovat léčbu společně s dítětem.

Vzhledem k tomu, že jsem později byla sama těhotná a měla jsem představu o tom, jak těhotenství, ale především péče o dítě je náročná, rozhodla jsem se věnovat v diplomové práci právě problematice neplánovaného těhotenství drogově závislých žen.

1. Současný stav

1.1. Charakteristika návykových látek

Podle Světové zdravotnické organizace je drogová závislost psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně, proto aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při absenci drogy v organismu (40).

Drogu lze chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- a) má tzv. psychotropní účinek, ovlivňuje nějakým způsobem prožívání okolní reality, mění „vnitřní“ naladění, působí na psychiku,
- b) může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“ (27).

U drogové závislosti příčina leží vždy někde ve vzájemné kombinaci osobnostní charakteristiky – dědičnosti, vlivu prostředí a přítomnosti drogy (2). Návykové zneužívání návykových látek vede k vytváření psychofyzilogických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu (16).

Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která vzniká na základě přirozené touhy člověka po změně prožívání. Za určitých okolností se tato přirozená touha může změnit v nutkavost, na základě které se poté rozvíjí chorobné znaky. Tyto chorobné znaky se projevují vedle nutkavého dychtění po změně prožívání také narušením a ztrátou kontroly nad nutkavým chováním. Jedinec pokračuje v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubení stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce. Závislost je vyústěním abúzu, který se stal dominantní činností, která má zajistit pocit uspokojení. Na podkladě pozitivní zpětné

vazby se fixuje komplex očekávání, experimentu a změny prožívání a nakonec postupně přerůstá v závislost (16).

Motivace k užívání psychoaktivních látek je různá:

- potřeba vyřešit problémy, uniknout stresovým situacím,
- potřeba dosáhnout uspokojení, které není jinak dosažitelné,
- potřeba uniknout stereotypu, nudě,
- potřeba sociální konformity, uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou či subkulturou, v níž užívání drog patří k standardu chování (38).

1.2. Klasifikace návykových látek

Existuje řada pojetí a definic drogové závislosti. Bezpochyby jde o onemocnění. Důkazem přijetí tohoto tzv. medicínského modelu závislosti bylo zařazení závislosti na alkoholu a na návykových látkách do Mezinárodní klasifikačního seznamu onemocnění (27).

Diagnostická kritéria podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí následující typy závislostí:

- F10. poruchy vyvolané požíváním alkoholu,
- F11. poruchy vyvolané požíváním opioidů,
- F12. poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů,
- F13. poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14. poruchy vyvolané požíváním kokainu,
- F15. poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií,
- F16. poruchy vyvolané požíváním halucinogenů,
- F17. poruchy vyvolané užíváním tabáku,
- F18. poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel,

- F19. poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek (22).

1.3. Syndrom závislosti

Droga vyvolává závislost, ovlivněním řady neurobiologických procesů v CNS, za účasti rozvoje adaptačních změn při opakovaném podávání. Stav drogové závislosti je řazen mezi chronická onemocnění CNS (40).

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje (23).

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opiáty) nebo širší řadu různých látek, např. u těch jedinců, kteří cítí nutkání užívat pravidelně jakékoliv dosažitelné drogy a u kterých se při abstinenci projevuje tíseň, agitovanost anebo somatické známky odvykacího syndromu (23).

1.3.1. Diagnostická kritéria pro závislost na návykových látkách

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit, pokud během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky,

- c) somatický odvykací stav,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami,
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek),
- g) podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání (23).

1.4. Modely závislosti

1.4.1. Biomedicínský model

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislostí hlavně v době, kdy drogy byly problémem, kterým se na straně poptávky zabývali výhradně psychiatři. V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu. Je pokládána za nemoc chronickou, těžko léčitelnou, s častými recidivami, nejspíše vůbec nevyléčitelnou. I když není drogová závislost zcela vyléčitelná, je to nemoc léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy pokládáno za recidivu. Tomuto pojetí odpovídaly i léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací atp.(12).

Biomedicínský model odmítnul tradiční pojetí drogové závislosti jako škodlivé sociální deviace, která vykazuje rysy posedlosti, morálního selhání a zločinu a nazval tyto projevy nemocí (12).

1.4.2. Bio-psycho-sociální model závislosti

Drogovou závislost je nutné chápat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují (8).

V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a jejich dynamického vývoje. Závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů (12).

1.5. Situace v České republice

Výsledky průzkumů v oblasti užívání drog potvrdily, že na jedné straně roste experimentování a rekreační užívání konopných látek, na druhé straně dochází ke stagnaci nebo poklesu užívání drog se závažnějšími sociálními a zdravotními důsledky. Mezi nové trendy patří nárůst výroby pervitinu z léčivých přípravků, rozšíření hydroponně pěstované marihuany a nelegální obchod se substituční látkou Subutex (40).

Drogy jsou dostupné i v menších městech a obcích. Ze strany obchodníků dochází k držení menšího množství drog v důsledku trestnosti držení množství „většího než malého“. Nejčastěji pašovanými drogami jsou marihuana a hašiš, heroin má klesající trend. Jedinou ve větším množství vyváženou drogou z České republiky je pervitin. Ceny drog jsou u většiny drog stabilní (40).

Problémové užívání drog je u nás definováno jako injekční užívání drog nebo jako dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a drog amfetaminového typu. Počet problémových uživatelů drog se pohybuje kolem 30 tisíc, z toho cca 11 tisíc uživatelů heroínu, 19 tisíc uživatelů pervitinu, 29 tisíc injekčních uživatelů (40). Tito problémoví uživatelé s sebou nesou nejvyšší přímé i nepřímé společenské náklady a představují významné zdravotní riziko nejen pro sebe, ale i pro celou společnost (43).

V posledních letech dochází k odlivu injekčních uživatelů opiátů do substituční léčby, zejména buprenorfinem. V kontaktu s léčebnými nebo nízkoprahovými zařízeními je asi 60 % těchto problémových uživatelů. Poměr žen k mužům je 1:2 (40).

K nejčastějším sociálním problémům spojených s užíváním drog patří zhoršené rodinné vztahy, nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, nižší socioekonomický status, špatná bytová situace apod. Kumulace uvedených sociálních problémů může u uživatelů drog vyústit v sociální exkluzi (40).

1.6. Psychosociální aspekty vzniku a rozvoje drogové závislosti

Užívání drog je problém, který vychází z mnoha dílčích příčin ve společnosti, dané kultuře, rodině i osobnosti uživatele. U každého jedince může být podíl jednotlivých příčin různý (10).

Mezi příčinami vzniku závislosti na návykových látkách lze rozlišit tři skupiny činitelů: droga, člověk a prostředí. Drogovou závislost je proto nutné studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory doplňují a integrují (40).

S rozvojem psychologie a psychoterapie byly v psychice jedince hledány důvody vzniku závislosti, ať už v podobě osobnostních vlastností či některých souvislostí vnitřní psychologické dynamiky. Výzkumy psychologické etiologie drogové závislosti ukázaly, že lidé užívají drogy hlavně pro účinky drog, které pomáhají řešit současný stav (frustrace, samota, nízké sebevědomí, tenze...) nebo nabízí něco, po čem jedinec touží (odvaha, uvolnění, sex, moc, ...). Lze uvést několik hlavních nabídek účinků drog:

- a) umožnění dosažení větší kontroly nad sebou či nad druhými,

- b) urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje, více si uvědomit sám sebe či smysl vlastního života,
- c) zbavení se nepříjemného stavu (pocity neschopnosti, méněcennosti, nebo stavů, které doprovází fyzické nemoci či jiné duševní poruchy),
- d) vyvolání příjemných pocitů, slasti, zintenzivnění smyslových zážitků,
- e) umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu užívají,
- f) pomáhají při asociálním životním stylu: drogy posilují agresivitu, potírají empatii, potlačují nepříjemné výčitky svědomí (9).

Z hlediska psychického vývoje jedince lze považovat určité faktory za rozhodující či rizikové:

- a) vztah mezi závislostí a ranným dětstvím (účinek drogy umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb, které jsou za normálního stavu vědomí potlačeny; jde převážně o potřeby vycházející z dětství,
- b) narušený vývoj schopnosti vytvářet vztahy s druhými (neschopnost vnímat a přijmout druhého jako komplexní osobnost a vytvořit plnohodnotný vztah),
- c) neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte (nadměrné přetěžování na jedné straně, nedostatek stimulů pro růst a úspěch na straně druhé),
- d) nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty (znak dokončeného emocionálního vývoje),
- e) užívání drog jako náhradní prostředek separačních a individuálních tendencí (hledání vlastní identity a potřeba separace),
- f) idealizace a devalvace (černobílé vidění) ve vztahu k druhým (schopnost adekvátně vnímat druhé bývá u závislých velmi narušena),
- g) specifická role závislosti v období dospívání, v období adolescence se objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele (11).

Nejčastější psychologické faktory stojící na počátku abúzu návykových látek bývají prožitky nudy, zvědavost, narušené hranice, nízké sebehodnocení (15). Mezi

sociální faktory, které vznik drogové závislosti usnadňují patří prostředí fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura aj. (40). Rizikovým spirituálním faktorem abúzu drog je absence smyslu života a duchovních hodnot (15).

1.7. Specifika drogově závislých žen

Statistická data i zkušenosti z praxe dokazují, že existují rozdíly mezi drogovou problematikou mužů a žen, a proto vyžadují i odlišný přístup. Mezi drogově závislými ženami vyžadují zvláštní péči těhotné ženy a ženy s dětmi. Nutná je spolupráce odborníků z oblasti gynekologie, pediatrie, sociální práce, práva, psychologie aj. Specifičnost těchto klientek spočívá v tom, že je hledáno ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a pro dítě (28).

Drogově závislé ženy na sebe spíše upozorní a mohou se do léčby dostat dříve. Pro většinu žen bývá také snazší odpoutat se od drogové subkultury (21). Významným znakem drogově závislých žen je nezaměstnanost. Mezi uživatelkami heroinu je téměř 100 % a u uživatelék pervitinu je to 85 % nezaměstnanost. Ztráta zaměstnání je jednou z prvních známek vzniku závislosti (40).

Způsob aplikace drogy je ve většině případů intravenózní. Neprůchodnost žilního systému vede k nutnosti intramuskulární aplikace drog, ke vzniku abscesů, flegmón, které mohou v krajním případě skončit i amputací (40).

Drogově závislé ženy trpí tzv. „nutričním“ deficitem, mají oslabené centrální mechanismy, které řídí pocity sytosti a hladu. Jsou zaměstnány sháněním drogy, kterou často zakoupí a konzumují místo jídla (35).

U malé části žen závislých na heroinu je těhotenství impulzem k léčbě. Jedná se hlavně o detoxikační terapii a substituční léčbu (metadon a subutex). Uživatelky

pervitinu nutnost léčby bagatelizují, vzhledem k tomu, že abstinence při abúzu pervitinu nepřináší abstinenci příznaky. Lze říci, že těhotenství není podnětem ke změně stereotypů chování u drogově závislých žen (40).

1.7.1. Závislé ženy

Problematika návykových látek v anamnéze a jejich užívání u těhotných žen je velmi závažný celospolečenský problém. Drogy ovlivňují psychické i fyzické zdraví žen v reprodukčním období a způsobují komplikace v dalším životě ještě nenarozenému dítěti. Pokud žije závislá žena v partnerském či manželském svazku, dostává se rodina díky závislosti do určité izolace až destabilizace. V důsledku vynakládání velkých finančních částek za drogu dochází ke změně hodnotového žebříčku závislé ženy. Péče a výchova dětí se tak ocitá na okraji zájmu rodičů (31).

Způsob života drogově závislých žen je neuspořádaný a je ovlivněn takovými stresovými faktory jako je nezaměstnanost, prostituce a kriminalita.. K nejzávažnějším problémům patří užívání drog v těhotenství, protože zhoršuje nejen zdravotní stav ženy, ale i jejího dítěte (35). Ženy se méně často odváží vystoupit z anonymity a využít nabízené služby. Důvodem je větší společenská stigmatizace ženské části populace uživatelů drog (41).

Návykové užívání drog obvykle zastaví ovulační cyklus a ženy po dobu několika měsíců, ale i let, pokud v abúzu drog pokračují, nemají menstruaci. Menstruační cyklus se obvykle obnoví, pokud žena přestane brát drogy. U některých žen dochází k tomu, že nemají menstruaci, ale k ovulaci sporadicky dochází. Takové poruchy menstruačního cyklu mohou velmi snadno vést k nechtěnému otěhotnění (36).

Řada žen užívajících drogy nikdy neotěhotní . Při silné závislosti trpí různými gynekologickými potížemi. Pokud drogově závislá žena otěhotní, často svévolně

potratí. Významnou změnu přineslo užívání substituční léčby Subutexem, který mimo jiná pozitiva umožňuje snazší otěhotnění(39).

Každá gravidní uživatelka drog by měla být sledována jako vysoce riziková gravidita, neboť tyto ženy jsou často podvyživené, trpí anemií a hepatitidou B nebo C. Zvýšeně se u nich také vyskytují sexuálně přenosné infekce (35).

Mezi některá specifika drogové závislosti u žen patří např.:

- ženy pod vlivem drog jsou častěji vystaveny násilí a sexuálně zneužity a rizikové pití alkoholu nebo abúzus farmak může také na takovou traumatizující událost nasedat,
- u žen vzniká závislost na drogách častěji než u mužů v souvislosti se soužitím s partnerem, který psychoaktivní látky sám škodlivě užívá nebo je na nich závislý,
- motivace k léčbě u žen nejčastěji souvisí se zdravím a rodinou, problémy se zákonem jsou méně časté než u mužů,
- ženy mohou mít při vyhledání odborné pomoci pro návykovou nemoc větší zábrany a narážet i na další problémy, jako je nepochopení okolí nebo nezajištěná péče o děti,
- ženy zvláště dobře přijímají psychoterapii, relaxační techniky a jógu,
- podle údajů z literatury jsou specificky ženské programy nejméně tak účinné spíše však účinnější než programy koedukované. Důvodem je patrně to, že odpadá nebezpečí vysoce rizikových partnerských vztahů mezi závislými muži a ženami i skutečnost, že lze lépe reagovat na specifické potřeby žen a hlouběji se zabývat senzitivními tématy, jako je např. sexuální zneužívání. Některá koedukovaná zařízení alespoň doplňují program např. jednou čistě ženskou skupinou týdně,
- léčba přináší často dobré výsledky, je ale nutné ji zahájit včas (20).

1.7.2. Závislé matky s dětmi

Děti matek užívajících drogy patří do rizikové skupiny z hlediska porodnictví, dětského lékařství, psychologie a sociologie (30).

Pokud drogově závislá žena otěhotní, bývá narození dítěte často mementem a startovací čarou pro léčbu. Motivace skoncovat s drogami kvůli dítěti bývá velmi silná, dlouhodobá a pevná. Během prvního roku prožívá matka a dítě nejdůležitější období, protože se vytváří vzájemná vazba. Pokud matka nastoupí léčbu společně se svým dítětem, není stresována, protože se o dítě nebojí a nepronásledují ji pocity viny. Motivaci k léčbě má u sebe (39).

Klientkou v léčbě závislosti je matka. Pokud matka má o dítě zájem, chce ho mít u sebe, vychovávat ho, má motivaci, je nutné jí v tom pomoci i možnostmi společného pobytu v léčebném zařízení a upevněním vztahu k dítěti (28). Společná léčba matky a dítěte zvyšuje šance drogově závislé ženy na zvládnutí problému závislosti a zvyšuje šance na vytvoření vřelého a podnětného vztahu mezi ní a dítětem (38).

S narůstajícím trendem užívání drog v populaci, se také zvyšuje počet těhotných žen závislých na drogách. Proto jsou nutné specializované programy a zařízení, jejichž snahou je budoucí matku zachytit ještě před porodem a začít s léčbou (30).

Pokud se drogově závislým ženám dostane správné prenatální péče a sociální podpory, velmi se zlepší jejich vyhlídky, i vyhlídky jejich dětí (36).

1.8. Drogy a jejich vliv na plod a novorozence

Dopad užívání návykových látek na novorozence závisí na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost (40). Drogově závislý novorozenec si přináší nejen problémy bezprostředně po narození a v období poporodní adaptace, ale

může si přinést i handicap do dalšího života. Užívání návykových látek v graviditě může výrazně ovlivnit průběh gravidity, vývoj plodu a budoucnost dítěte (5).

Návykové látky v těhotenství jsou spojeny s četnými riziky. K nim patří např. anémie, endokarditis, hepatitis, eklampsie, potraty, abrupce placenty, nižší porodní váha, chromozomální aberace, vrozené vady, poškození CNS. Rizika přinášejí i těžké odvykací syndromy. K tomu u těchto žen přistupují další související problémy jako nedostatečná výživa, menší péče o zdraví a horší schopnost využívat zdravotní péči (20). Těhotné ženy mají zvýšený srdeční výdej, vyšší minutovou ventilaci a zvýšenou potřebu kyslíku. Farmakologický útlum, stejně jako u netěhotných uživatelů, vyvolaný barbituráty, opiáty nebo alkoholem, může způsobit respirační nebo kardiální selhání (40).

Novorozenec je po porodu ohrožen vznikem abstinenčních příznaků, které vyžadují léčbu (30). Mimo druhu drogy, na kterém je matka závislá, závisí výskyt a závažnost abstinenčního syndromu novorozence na čtyřech faktorech: dávce drogy užívané matkou, časovém intervalu od poslední dávky, době trvání drogové závislosti a gestačního věku dítěte, tj. stáří plodu v děloze v týdnech (35).

Drogově závislé ženy se často obávají přiznat návyk, protože se obávají, že zasáhne sociální odbor a dítě jim bude odebráno. Ale i když nejsou zdravotnická zařízení předem varována, lze ve velké míře zmírnit potíže novorozenců, pokud je tým lékařů řádně proškolen a neprosazuje tvrdý moralizující přístup (36).

1.8.1. Opiáty

Rizika, které přináší opiáty, vyplývají jednak ze způsobu aplikace drogy a způsobu života (5). Životní styl žen závislých na opiátech je značně neuspořádaný a prenatální péče o jejich těhotenství bývá nedostatečná. Prenatální poradnu navštěvují

sporadicky a asi 50 % z nich přichází do nemocnice až s nástupem kontrakcí nebo po odtoku plodové vody (40).

Kolísání hladiny drogy, stejně jako opakování abstinčního syndromu, způsobuje změny na placentě a způsobuje rozvoj placentární insuficience (40).

Hlavním důsledkem neuropsychické abnormality plodu je u novorozence vystavenému účinku opiátů abstinční syndrom. Abstinční syndrom se objevuje u 50-80 % novorozenců matek užívajících heroin, 48-72 hodin po porodu (40). Neonatální abstinční syndrom nemá vždy přímý vztah k množství opiátů, které matka užívá, ani k množství opiátů v krvi dítěte (26).

S novorozeneckým abstinčním syndromem je spojována:

- podrážděnost a poruchy spánku,
- kýčání,
- cumlání pěstiček,
- pronikavý křik,
- vodnatá stolice,
- hyperaktivita a neklid,
- nízký přírůstek na váze,
- neefektivní sání,
- světloplachost,
- zívání,
- zvracení,
- zvýšená produkce hlenu,
- zvýšená reakce na zvuky,
- křeče (26).

Další obtíže novorozenců matek závislých na opiátech jsou:

- kojenecká mortalita,

- syndrom náhlého úmrtí kojenců,
- hepatitidy (26).

V praxi se setkáváme s nízkou porodní váhou novorozence, která je zjišťována až u 25 % dětí (30). U uživatelů opiátů existuje ještě řada faktorů, které mohou k nižší porodní váze přispět:

- předčasný porod,
- podvýživa,
- chudoba,
- kouření tabáku (26).

Mnoho z uvedených následků braní opiátů nelze připsat účinkům drog, ale spíše jejich kombinování. Svůj podíl nese i nedostatečná výživa a chaotický životní styl, který je nedílnou součástí života drogově závislých žen (36).

U žen závislých na heroinu je kojení kontraindikováno. Na doporučení pediatra je prováděna zástava laktace (40).

1.8.2. Stimulační drogy

Ženy závislé na stimulačních drogách dochází do prenatální poradny nepravidelně, bývají excitované, verbálně agresivní a svoji závislost často bagatelizují (40). Pokud jsou přítomny příznaky neonatálního abstinenčního syndromu, je léčba podpůrná a symptomatická (5).

U novorozenců matek závislých na stimulanciích byl zjištěn abnormální spánkový režim, vysoký křik, problémy s krmením, kýchání a dychtivé sání, střídání letargie a spavosti s obdobím dráždivosti, respirační obtíže. Tyto faktory mohou komplikovat poporodní adaptaci a mohou přetrvávat i několik měsíců (7).

U žen závislých na stimulantech není kojení pediatry doporučováno, a proto je prováděna zástava laktace (40).

Extáze je droga, která bývá řazena svým účinkem mezi amfetaminy a halucinogeny. I když neexistuje důkaz o tom, že by negativně působila na plod a novorozence, jsou lékaři toho názoru, že během těhotenství je nutné se vyhnout všem drogám (36).

1.8.3. Kanabinoidy

Užívání marihuany je většinou nepravdělné a těhotná žena většinou nemá problém při diagnostice gravidity aplikaci přerušit. Spolupráce v prenatální poradně je dobrá (40). U těžkých uživatelů je snižená porodní hmotnost plodu a zvýšené riziko vrozených vývojových vad, stejně jako u fetálního alkoholového syndromu. V novorozeneckém období je malá incidence komplikací (5).

Při chronickém užívání je plod hypotonický, s omezenými reakcemi na stimuly. Abstinční syndrom není příliš výrazný (neklid, nespavost, zvýšená dráždivost) a rychle odeznívá (40).

1.8.4. Benzodiazepiny a barbituráty

Benzodiazepiny vyvolávají tzv. floppy infant syndrome s útlumem dýchání, hypotermií, sníženým svalovým tonem, arytmiemi, abnormálním EEG a problémy s přijímáním potravy (40).

Novorozenci bývají donošení, narození v termínu, Apgar skóre v normě. Někteří autoři popisují dvě stádia abstinčních příznaků. V akutním stádiu je přítomna dráždivost, kontinuální pláč, nespavost a žvýkácké pohyby. V subakutním stádiu je to

občasná dráždivost, přecitlivělost na zvuk, pocení a poruchy spánku. Toto stádium může trvat 2 - 4 měsíce (5).

Benzodiazepiny přechází do mateřského mléka jen v malém množství, ale způsobují útlum dítěte, EEG změny, problémy s krmením a úbytek hmotnosti (5).

Barbituráty jsou zneužívány především ke zvýšení účinku jiných látek nebo ke zmírnění abstinčních příznaků. Intoxikace je podobná jako u intoxikace alkoholem. U klientek zneužívajících barbituráty je kladen důraz zejména na detoxifikaci a péči o příjem živin (40). Barbituráty v mateřském mléce mohou způsobit útlum dítěte, spavost, problémy s krmením a neprospívání (5).

1.8.5. Inhalační drogy

Všechny těkavé látky mohou proniknout placentou do fetálního oběhu, proto hrozí velké riziko poškození plodu. Mohou se vyskytovat malformace plodu, opožděný vývoj, mentální retardace. Děti narozené těmto matkám jsou ohroženy vyšším rizikem kojenecké mortality, syndromem náhlého úmrtí kojence a poporodním útlumem dýchacího centra. Po porodu se mohou objevit abstinční příznaky (30).

Po porodu je typický chemický zápach, který novorozenci vydechují a příznaky NAS, např. pisklavý křik, poruchy spánku, tremor, slabé sání (34). Vzhledem k tomu, že se inhalační drogy mohou kumulovat v mateřském mléce, je nutné u těchto matek kojení zvážit (5).

1.9. Průběh porodu u drogově závislých žen

Během porodu je nutné odhalit příznaky možné placentární insuficience a hypoxie plodu, proto jsou porody vždy kardiokograficky monitorovány. U porodu může být komplikované zajištění žilního přístupu, proto je nutné zavedení kanyly co

nejdříve po příjmu na porodní sál. Intoxikované pacientky je nutné stabilizovat. Intoxikace kokainem nebo pervitinem se může projevovat jako zřejmá preeklampsie. Může docházet ke stimulaci nebo naopak k útlumu kardiovaskulárních funkcí. Nutné je zajistit dostatečnou oxygenaci rodičky. V průběhu porodu je lépe substituovat pacientčinu potřebu drogy vhodným lékem, protože nástup abstinenčních příznaků redukuje průtok krve dělohou a zvyšuje tak riziko fetální hypoxie (40).

Drogově závislé ženy hůře snáší bolest, jsou neklidné, anxiózní a mají zvýšené nároky na porodnickou analgezi. U pacientek, které se podaří motivovat ke spolupráci při zavádění epidurálního katétru, je užívána peridurální analgezie. U pacientek nespolupracujících, jsou používána opiátová analgetika. Pokud to lze, je porod veden přirozeně, indikace k císařskému řezu je stejná jako u pacientek bez drogové závislosti (40).

1.10. Novorozenecký abstinenční syndrom

Příčinou novorozeneckého abstinenčního syndromu (NAS) je přerušení dodávky drogy transplacentárně. Příznaky novorozeneckého abstinenčního syndromu se objevují nejčastěji po expozici opiátům 24 - 48 hodin po narození. Po užívání metadonu se abstinenční příznaky objevují až po 2 - 4 týdnech po narození, protože droga se uvolňuje postupně z depozit v organismu plodu (5).

Diagnóza abstinenčního syndromu zahrnuje diagnostiku specifických známek chování a funkce gastrointestinálního traktu (GIT), respiračního traktu a centrálního nervového systému (CNS).

- GIT reaguje poruchami koordinace sání a polykání, zvracením a průjmy.
- Novorozenecký abstinenční syndrom se v respiračním traktu projevuje sekrecí z nosu, zrychleným dýcháním, dyspnoí, apnoickými pauzami atd.
- Hlavním znakem v CNS je výrazná dráždivost novorozence, která může vyústit až do generalizovaných křečí, zvýšený tonus svalstva, zívání, kýchání, neklid,

třes, nekoordinované pohyby očí a úst. Období spánku je velmi krátké, což není pro novorozenecké období fyziologické.

- Vegetativní nervový systém reaguje vysokou teplotou, tachykardií, pocením a poruchami prokrvení kůže (40).

Finneganová vytvořila systém hodnocení NAS. Je to nejpropracovanější a také nejčastěji používaná metoda hodnocení NAS. Tento systém hodnotí příznaky CNS, gastrointestinální, respirační a vazomotorické. Sleduje 21 příznaků NAS podle přítomnosti příznaku a bodově je hodnotí (od 1 do 5). Některé příznaky se hodnotí ještě podle intenzity daného příznaku nebo podle délky trvání příznaku. Do hodnocení musí být zahrnuty příznaky v průběhu celého skórovacího intervalu, nikoliv pouze v jednom časovém okamžiku. Příznaky se hodnotí mezi krmeními a i pokud novorozenec pláče. Počet dechů se hodnotí za celou jednu minutu (5). Při podezření na drogy je novorozenec hodnocen každé 4 hodiny. Diagnóza abstinenčního syndromu je stanovena, pokud je skóre 8 a více bodů ve třech po sobě následujících hodnoceních (40). Podle bodového hodnocení se řídí i léčba (5).

1.10.1. Léčba NAS

Léčba se skládá ze dvou složek, podpůrné a farmakologické (5). Novorozence s anamnestickým údajem abúzu je nutné zvýšeně sledovat (40).

Důležité je vytvořit novorozenci termoneutrální prostředí, poskytnout mu šetrný způsob ošetřování a zabránit nadměrné stimulaci, např. zabránění nadměrnému hluku, nadměrnému osvětlení, zajistit odsávání nosu a polohu na bříšku jako prevenci aspirace při zvracení, minimálně manipulovat s dítětem (5).

Farmakologická léčba se skládá z opiových nebo morfiiových preparátů. Při klesajícím bodovém hodnocení jsou dávky snižovány. Pokud je léčba zahájena včas, je nižší riziko morbidit novorozence (40). Abstinenční syndrom je zvládán phenobarbitalem p.o. nebo i.m. v dávce 5 mg/kg/24 h ve 3 dílčích dávkách, nebo je

podáván 25x zředěný morfin tak, aby 1 ml obsahoval 10 mg morfinu. Podávají se 2 kapky/kg po 6-8 hodinách p.o. Postupně jsou dávky snižovány (6).

Na použití metadonu při léčbě novorozenců není jednotný názor (5). U nás není metadon k léčbě abstinčního syndromu novorozencům podáván (40).

1.11. Kojení u drogově závislých žen

Kojení je ideální výživou pro novorozence a dítě. Po porodu matky závislé na drogách je nutné rozhodnout, zda je kojení v konkrétním případě vhodné nebo je lepší zvolit jiné řešení. Je nutné zvážit, jestli je riziko expozice drogy větší než výhody kojení a udržení vazby mezi matkou a dítětem. Rizika při abúzu „pouličních drog“ jsou velká. Při užívání společensky tolerovaných drog (kofein, nikotin nebo marihuana) lze uvažovat o kontinuálním kojení, v případě, že výhody z kojení jsou větší než rizika. Rozhodnutí by ale měl udělat ošetřující lékař po dohodě s matkou (5).

U matek, které projeví o kojení zájem, je nutné vždy zvážit všechny okolnosti způsobu jejich života, jejich zdravotní stav, snahu léčit se, ale i podporu ze strany rodiny a druh užívané drogy (5).

1.12. Léčba drogově závislých těhotných žen

Možnosti řešení závislosti v graviditě jsou různé:

- a) Dobrovolné: různé léčebné programy, např. substituční program, výukové programy atd. V některých zemích, kde mají několik desítek let zkušenosti s gravidními uživatelkami drog (např. v některých státech USA), mají i další způsoby jak preventivním, ale i represivním charakterem opatření řešit tuto problematiku.
- b) Donucovací: pokud to umožňuje legislativa, je možné matku v rámci prevence poškození plodu in utero vzít do ochranné vazby a léčit ji (Wisconsin), anebo je možné ji zadržet a léčit ji proti její vůli.

- c) Trestné: pokud matka užívá drogy během gravidity a porodí postižené dítě může být odsouzená a vězněná za postižení dítěte. Jestliže dítě zemře po narození, je matka obviněná z vraždy, je odsouzená a jde do vězení (Indiana, Kalifornie).

Samozřejmě se vedou polemiky, do jaké míry jsou tato opatření humánní a nakolik omezují osobní svobodu matky a plodu (5).

Naše legislativa nezná podobná donucovací a trestní opatření. Těhotné uživatelky drog se léčí na základě dobrovolného rozhodnutí. Otázkou zůstává hodnocení působení drogy na plod prenatálně a jeho následným poškozením zdraví do budoucna. Pokud by matka po narození dítěte užívala drogy anebo by ho prokazatelně poškozovala, je právně stíhatelná a může být odsouzená. Pokud se jedná o ještě nenarozené dítě, zákon žádným způsobem neřeší možnost jejího trestního stíhání (5).

Odvykací léčba během těhotenství musí být prováděna citlivě, naprosto nezbytné je monitorování plodu. Cílem je zabránit v průběhu těhotenství výkyvům v hladině drog a vzniku abstinenčního syndromu u novorozence. Poškození plodu v děloze působením drog nelze zatím zabránit. Mnoho žen, zejména v počáteční fázi těhotenství, užívá drogy záměrně ve snaze vyvolat spontánní ukončení gravidity (35). U uživatelky opiátů častěji dochází k potratům a předčasným porodům. Z tohoto důvodu se také nedoporučuje okamžitá abstinence (42).

Při užívání menšího množství stimulačních drog je možná ambulantní léčba. U problematických uživatelky drog je doporučována ústavní léčba. U žen užívajících opiáty do 300 mg je doporučována detoxikační a následně ambulantní léčba. U těchto žen je nutné zvážit motivaci a možnost reálné abstinence. U klientek, které nejsou schopny dodržet abstinenci nebo užívají dávku nad 500 mg je doporučována substituční léčba subutexem či metadonem (30).

Zvládnutí problémů s drogami a zároveň předcházení odvykacím potížím je pro zachování zdraví matky a dítěte klíčové. V celé řadě zemí jsou nyní k dispozici specializované služby, které nabízejí těhotným ženám přednostní přístup k léčbě, nicméně podpora ne vždy pokračuje i v období po narození dítěte (37).

1.12.1. Substituční léčba

U těhotných žen závislých na opiátech je pro vývoj plodu velkou pomocí substituční léčba. Možné ohrožení plodu snižuje i skutečnost, že se již matka nemusí tolik zabývat prostitucí či kriminální činností (35).

Substituční léčba je standardním léčebným postupem. Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav (25).

Substituční léčba sleduje několik cílů:

- snížení rizik plynoucích z injekčního užívání (metadon a další náhražkové látky se užívají v roztocích ústy a tedy není riziko nákazy AIDS, záněty jater, syfilitidou,..),
- odstranění nutnosti obstarávat si prostředky na drogy trestnou činností (krádežemi, loupežemi,..),
- snížení euforie (rauše), který znemožňuje uživatelům opiátů normální komunikaci s okolím,
- pravidelný styk uživatele drog se sociální pracovníci a lékařem (musí si náhražkovou drogu osobně vyzvedávat) a tedy šance pozitivně ovlivňovat uživatele k abstinenci, nalezení práce,...
- snížení rizik, jež díky pohybu uživatele opiátů na černém trhu nese celá společnost (25).

Pro těhotnou uživatelku drog je důležité dosáhnout stabilní hladiny drogy a snížit tak možnost vzniku abstinenčních příznaků. Tím, že si musí denně docházet pro metadon, je možnost současně sledovat i graviditu u závislé užívatelsky a alespoň částečně ji kontrolovat (5).

Metadon

Metadon, který patří do skupiny plně agonisticky působících opiátů, se váže na opiátové receptory, které jsou odpovědné za vznik extatického a euforického stavu. Takzvaný „rauš“ po aplikaci metadonu má ovšem mnohem nižší intenzitu než po užití heroinu. Oproti „stropovému efektu“ buprenorfinu je metadon látka závislá na dávce, kdy se účinek zvyšuje s množstvím podaného preparátu. Vzhledem k povaze látky může při vysokých dávkách dojít k útlumu dechového centra pacienta. Toto nebezpečí hrozí především u zneužití ve vysokých dávkách, nebo pokud po aplikaci metadonu následuje dávka heroinu, či jiné drogy agonistického charakteru. Na druhé straně může být metadon, právě vzhledem k účinku závislém na dávce, použit u pacientů závislých na vyšších dávkách drog (4).

Metadonová substituce není vhodná k léčení počínajících závislostí nebo pacientů, kteří s opiáty teprve experimentují. U kombinovaných závislostí může být jeho podávání riskantní. Kombinace metadonu s jinými návykovými látkami včetně alkoholu zvyšuje riziko letální intoxikace. Velikost dávky je správné s pacientem konzultovat a informovat ho, že detoxifikace z vysokých dávek je delší a obtížnější. Metadonovou léčbu je vhodné kombinovat s dalšími léčebnými aktivitami jako je individuální psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie, nácvik sociálních dovedností, pracovní rehabilitace,...(22).

Subutex

Subutex obsahuje účinnou látku buprenorfin hydrochloridum. Jedná se o částečného agonistu a antagonistu opioidů. Po aplikaci obsadí opiátové receptory, kde brání účinku plných drogy (heroin, morfin, metadon). Zároveň snižuje frekvenci a

intenzitu abstinenčních příznaků, pokud v organismu žádná taková látka není přítomna. Po aplikaci má buprenorfin pozvolný nástup účinku s takřka nezatelným vznikem „rauše“, což podporuje odvykání ze závislosti na látce. Díky lipofilní povaze látky dochází k jejímu pozvolnému uvolňování a k dlouhodobému účinku preparátu. Nástup účinku je rychlý a efekt je dlouhotrvající (24 - 72 hodin v závislosti na podané dávce). Buprenorfin je látka se stropovou dávkou. Při zvyšování dávky nad tuto hranici již nedochází ke zvyšování účinku preparátu a tudíž nedochází k fatálnímu útlumu dechového centra v důsledku předávkování. Subutex je dostupný v sublingválních tabletách. Tablety se okamžitě po aplikaci pod jazyk rozpouští a tím se snižuje riziko zneužití preparátu (4).

Hlavní indikací buprenorfinu je substituční léčba v co nejkratší době a následná detoxifikace. Z tohoto pohledu z léčby buprenorfinem profitují především následující skupiny pacientů:

- substituce u detoxifikace u mladistvých drogově závislých osob,
- gravidní drogově závislé pacientky: průměrný věk drogově závislých těhotných žen v České republice je 23 let. Těhotenství bývá téměř vždy neplánované, často nechtěné. V mnoha případech není možno pro pokročilé těhotenství provést interrupci. Porod u drogově závislých žen, užívajících tvrdé drogy, bývá s komplikacemi. Novorozenec s nízkou porodní váhou nebo s neonatálním abstinenčním syndromem bývá umístěn na jednotce intenzivní péče (léčbou buprenorfinem se eliminuje abstinenční příznak novorozenců). Dítě často končí v ústavní péči - všechny tyto faktory zvyšují náklady na zdravotní péči jak okamžité, tak oddálené.

Buprenorfin je indikován u drogově závislých, u kterých není zajištěno striktní dodržení léčebného režimu z jejich strany (4).

1.12.2. Nefarmakologická složka substituční léčby

Nefarmakologická složka substituční terapie je součástí substituční léčby. Cílem je resocializace a stabilizace sociálního, psychického a zdravotního stavu pacienta. Jde

zejména o:

- poradenství, týkající se zdravotního stavu,
- psychoterapii,
- sociální poradenství,
- poradenství, týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod.,
- ošetrovatelské služby,
- terapii somatických onemocnění,
- fyzioterapii, arteterapii, pracovní terapii apod.,
- a další.

Indikace jejich typu a frekvence je předmětem vstupního a průběžného hodnocení pacienta a součástí terapeutické smlouvy (33).

1.13. Sociální dopad těhotenství drogově závislých žen

Závislost matky a často i otce, představuje zdravotní, biologické a psychosociální riziko pro vyvíjející se plod a pro malé dítě. Děti žijí v chaotickém prostředí, matčin primární zájem není o dítě, ale o drogu. Kombinace těchto negativních jevů působí v součinnosti a má devastující vliv na zdraví a vývoj dítěte. Expozice drogou během intrauterinního života je pouze jeden z mnoha rizikových faktorů, které ovlivňují život matky i dítěte. Dalšími faktory jsou chronická chudoba, špatná výživa, nedostatečná prenatální péče, sexuálně přenosné choroby, domácí násilí, zanedbávání a zneužívání dítěte, bezdomovectví, časté změny bydliště, neadekvátní bydlení, nezaměstnanost, pobyt ve vězení, nízká vzdělanostní úroveň atd. (5).

O významu obou rodičů pro zdárný psychický, fyzický a sociální vývoj dítěte není pochyb, ovšem za předpokladu, že dítě vyrůstá v harmonickém prostředí. Pokud dítě vyrůstá v rodině, kde dominují drogy, alkohol, kouření, agresivity a konflikty, které k abúzu drog patří, lze očekávat negativní vliv těchto faktorů na další psychosociální vývoj dítěte (13).

Děti narozené závislým matkám jsou ve většině případů matkám odebrány a umístěny na základě předběžného opatření buď do ústavní výchovy nebo jsou dány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází (pokud rodina projeví o dítě zájem). Důvodem odebrání dítěte není braní drogy jako takové, ale celková socio-kulturní situace matky, její neschopnost o dítě pečovat apod.(31). Především děti matek závislých na drogách, patří do skupiny rizikových dětí ohrožených syndromem CAN. Novorozenci s nízkou porodní váhou vyžaduje pobyt v inkubátoru a dlouhodobá hospitalizace neumožňuje vytvoření vazby matky a dítěte. Kojení, které je velmi důležité pro vazbu matky a dítěte, bývá kontraindikováno. Dalším problémem, který podporuje CAN syndrom je to, že dítě je dráždivé a neklidné. Vyrušuje a obtěžuje matku už jen svými fyziologickými potřebami. Přetrvávající dráždivost a nespavost by vyžadovali citlivý a trpělivý přístup ze strany rodičů. Velká část těchto dětí pro nevhodné podmínky a neschopnost rodičů se o dítě postarat končí v kojeneckých ústavech. Jen malá část se dostane do adopce (5).

Drogové problémy rodičů se odráží v nestabilitě péče a pravidlech rodinného soužití. Rodina se dostává do sociální izolace, celý problém popírá a vztahy mezi jednotlivými členy jsou narušeny. Narůstající počet dětí drogově závislých matek zvyšuje nebezpečí, že při neřešení rodinné situace půjdou podobnou cestou jako jejich rodiče. Dětem z těchto rodin je nutné věnovat zvýšenou pozornost, protože patří k rizikovým skupinám. Nelze ale předem předpokládat problém s drogami v jejich budoucím životě (28).

V protidrogových zařízeních roste počet těhotných žen a matek. Tyto ženy se do těchto zařízení dostávají různými způsoby:

- a) evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, s touto klientkou je možné pracovat, sledovat ji, doporučit řešení,
- b) žene užívá drogy, porodí dítě s abstinčním syndromem a porodnice informuje příslušný sociální odbor a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení,

- c) žena užívá delší dobu drogy, má v péči dítě a na situaci většinou upozorní okolí (28).

Drogově závislým ženám by měla být věnována nejen mimořádná pozornost, ale také nabídnuta specifická zdravotně-psychosociální intervence, jejíž hlavní snahou by měla být abstinence a následná podpora matky získat schopnost zapojit se do pečovatelského procesu o své dítě a současně získat sebnáhled svého bývalého neproduktivního chování. Všechny snahy tak musí směřovat ke snížení a maximálnímu vyloučení rizikových faktorů (31).

Stoupá důležitost spolupráce gynekologů a gynekologicko-porodnických oddělení nemocnic, kdy odbornou medicínskou péči zajišťuje lékař a psychosociální složku léčebně kontaktní centrum, se kterým je klientka v kontaktu (13).

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je v Evropě nedostatek zařízení poskytujících péči drogově závislým ženám. Ženy užívající drogy mají specifické potřeby, které vyžadují speciální přístup. Počet zařízení, která poskytují péči pouze ženám, je velmi omezený. Podle EMCDDA tvoří v současné době ženy asi 20 % všech osob podstupujících v Evropě protidrogovou léčbu. V různých studiích bylo zjištěno, že obava ze zajištění péče o dítě je klíčovým faktorem, který ženy odrazuje od vyhledání pomoci. Přibližně jedna ze čtyř žen (23 %), které se zapojí do ambulantní léčby, žije v současnosti s dítětem. Z tohoto důvodu představuje problematika péče o děti nejdůležitější prvek v rozvoji systému služeb zaměřených na ženy, který může přesvědčit drogově závislé ženy k tomu, aby zahájily léčbu a setrvaly v ní. Programy zohledňující rodičovství léčených osob jsou k dispozici v Belgii, České republice, Německu, Řecku, Francii, Irsku, Itálii, Lucembursku, Nizozemsku, Rakousku, Portugalsku, ve Spojeném království a v Norsku (19).

V České republice nabízí léčbu drogově závislé matky společně s dítětem pouze Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim. Účinná pomoc drogově závislým matkám či těhotným by měla spočívat vedle ochoty společnosti také v pomoci státních a na sociální pomoc zaměřených orgánů se zapojením protidrogových zařízení. Lze očekávat další nárůst drogově závislých těhotných žen, a proto je nutné, aby společnost vytvořila nějaká řešení pro tuto specifickou klientelu (28).

2. Cíl práce

Cílem této práce bylo zmapovat postoj drogově závislých žen k neplánovanému otěhotnění.

3. Metodika

3.1. Použité metody a technika sběru dat

Vzhledem k tématu této práce byly zvoleny metody kvalitativního výzkumu, při kterém lze získat více informací o menším počtu respondentů.

Ke sběru dat byly použity následující techniky:

- a) Polostandardizovaný rozhovor. Jednalo se o rozhovory s drogově závislými ženami, klientkami TK Karlov.
- b) Obsahová analýza dat. Jednalo se především o práci s odbornou literaturou související s drogovou závislostí a těhotenstvím a studiem osobních karet klientů v Kontaktním a doléčovacím centru o.s. Háječek.

3.2. Charakteristika výběrového souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 15 klientek Terapeutické komunity Karlov, o.s. Sananim a Kontaktního a doléčovacího centra pro drogovou závislost v Českých Budějovicích., o.s. Háječek.

4. Výsledky

4.1. *Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim*

Terapeutická komunita Karlov je nestátní zařízení, které je součástí systému prevence, péče a léčby občanského sdružení Sananim. Jedná se o střednědobou rezidenční léčbu pro závislé na nealkoholových drogách, kteří jsou motivovaní k léčbě. Terapeutická komunita Karlov je určena klientům, u kterých byla diagnostikována závislost na nealkoholových drogách, mladistvým a matkám s dětmi.

Základními podmínkami pro přijetí do léčby jsou:

- věk 16 – 25 let, matky bez omezení věku,
- dobrovolnost vstupu, přijetí řádu, režimu a pravidel života v komunitě,
- absolvování rezidenční detoxifikace.

Terapeutická komunita Karlov nabízí střednědobou léčbu, sociální rehabilitaci, poradenství pro rodiče a partnery klientů, odborné konzultace a stáže. Délka léčby je 6 – 8 měsíců.

Principy práce v TK Karlov:

- bezpečné prostředí - vytváření bezpečného prostředí umožňující růst a změnu,
- respektování základních lidských práv členů komunity, zachování jejich důstojnosti a ctí, ochrana jejich osobních a citlivých údajů,
- respektování svobodné vůle členů komunity - práva se svobodně rozhodovat o postupu léčby - dobrovolně vstoupit do léčebného programu,
- individuální přístup - léčba vychází z individuálních potřeb a možností jednotlivých členů komunity,
- veřejný přístup ke službě - veškeré služby jsou klientům přístupné bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženské vyznání,

společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti,

- důvěrnost - pracovníci dodržují etický kodex pracovníka a respektují práva klienta,
- komplexnost - široké spektrum psychoterapeutických, zdravotnických a sociálních služeb pro uživatele drog, jejich rodinné příslušníky, partnery i širší sociální okolí (škola, zaměstnavatel, probační pracovník atd.).

Základní cílem Terapeutické komunity Karlov je zapojení klientů zpět do života bez drog, zvládnání nároků tohoto života a prožívání pocitu vlastní spokojenosti.

Základní podmínkou k tomuto cíli je trvalá abstinence a získání schopnosti odpovědného rozhodování.

Mezi specifické cíle u skupiny matek patří:

- vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem,
- přijetí role matky; výchova k rodičovství a partnerství,
- osvojení si základních dovedností v péči o dítě,
- nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu,
- získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby.

Specifické cíle u skupiny dětí:

- zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení,
- diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení,
- zajištění odpovídající výchovy a tím vývoje dítěte,
- zajištění speciální péče o dítě v případě jeho speciálních potřeb (zdravotní či jiné postižení).

Základním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem, spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování.

Dalšími prostředky léčby jsou:

- skupinová terapie - léčba je založena především na skupinové psychoterapii; klient týdně absolvuje 22 hodin skupinové terapie,
- individuální psychoterapie - využívá se pouze ve výjimečných případech,
- režim a pravidla - celý program je velmi pevně strukturován, je vytvořena podrobná vnitřní legislativa a definováno pět kardinálních pravidel, při jejichž porušení je klient z komunity vyloučen,
- rodinné a rodičovské poradenství - jednak formou rodičovských skupin, které mají především charakter skupinového poradenství (konají se dvakrát měsíčně) a dále rodinné poradenství v rámci návštěv rodiny v komunitě,
- výchova a vzdělávání - v oblasti výchovy se zaměřujeme především na trénink odpovědnosti, dále na získání hygienických, pracovních a společenských návyků; příprava plánů týdenních, měsíčních, finančních,
- pracovní terapie - je zaměřena především na zabezpečení vlastního chodu domu (vaření, hospodářství, zvířata, zahrada, úklid, praní, svépomocné opravy domu a zařízení, údržba) a pracovní činnost v rámci brigád a pracovních poměrů mimo komunitu. Jejich cílem je získání pracovních návyků,
- volnočasové aktivity - sport, zátěžové a zážitkové akce,
- sociální služby - hlavním cílem poskytování sociální práce v rámci léčby v TKK je odstranění negativních sociálních důsledků drogové kariéry, které ovlivňují současný život klienta a při jejich nevyřešení by se mohly stát zátěží v budoucnosti:
 - evidence klienta na pracovním úřadě s možností získání dávek sociální péče,
 - pomoc klientovi získat nové osobní doklady (občanský průkaz, pas, průkaz pojištěnce ZP) v případě jejich ztráty či vypršení jejich platnosti, např.

zprostředkování kontaktu s policií, soudy, probačními pracovníky; cílem je, aby maximum trestních problémů bylo vyřešeno v rámci léčby v TKK,

- zdravotní péče - jsou zajištěny služby psychiatra v rámci TKK, mimo komunitu pak služby praktického lékaře, pediatra, gynekologa, hepatologa a stomatologa, kteří poskytují kontinuální péči během pobytu klientů a dětí v komunitě,
- psychiatrická péče - komunita externě spolupracuje s psychiatrem, který zajišťuje vstupní psychiatrická vyšetření a v případě potřeby poskytuje péči a medikaci klientům s psychiatrickými onemocněním.

Podmínky a předpoklady pro přijetí do TK Karlov jsou:

- věk 16 - 22 let, matky bez omezení věku,
- dobrovolnost vstupu,
- přijetí řádu, režimu a pravidel života v komunitě,
- absolvování rezidenční detoxifikace,
- sepsání Žádosti o přijetí do komunity a Osobního životopisu na 2 - 5 stránek.

Klienti jsou přijímáni pouze prostřednictvím Kontaktního centra SANANIM v Praze, které vede pořadník nástupu mladistvých klientů do komunity. Klientky-matky jsou přijímány prostřednictvím Denního stacionáře SANANIM. Pro klienty, kteří dokončili léčbu v TK Karlov je zajištěn program následné péče v Doléčovacím centru Sananim.

4.2. Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek v Českých Budějovicích

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost v Českých Budějovicích poskytuje služby zaměřené na prevenci a minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek. Služba je poskytována uživatelům návykových látek a jejich blízkému okolí.

Kontaktní práce s uživateli drog

Je určena problémovým uživatelům drog či závislým, kteří aktuálně neabstínují a jsou starší 15 let. Klient může o svých potížích hovořit s odborným pracovníkem a hledat takovou cestu, která odpovídá jeho aktuálním potřebám a možnostem. Pokud se klient rozhodne léčit, může se s pracovníkem centra dohodnout na odpovídající formě léčby. Každý klient má právo na zachování anonymity a bezplatného využití služeb.

Potravinový program

V rámci kontaktní práce a minimalizace sociálního poškození uživatelů drog je klientům nabízen základní potravinový a vitaminový servis. Program je zaměřen na celkovou zdravotní a také částečně sociální rehabilitaci.

Hygienický program

Klient může využít hygienického servisu (sprcha, WC, praní prádla).

Výměnný program

Nedílnou součástí výměny injekčního náčiní je komunikace s klientem. Pracovník je povinen s klientem hovořit o způsobech aplikace, souvisejících problémech, nenásilnou formou informovat o bezpečnějších způsobech užívání, dotazovat se na zdravotní stav atd. Hlavním argumentem pro výměnu injekčního náčiní je prevence šíření infekčních onemocnění, osvětová činnost (existence rizik, možnosti aplikace apod.) a ochrana veřejného zdraví. Pro klienty jsou v souvislosti s poradenstvím bezpečného chování připraveny materiály harm reduction.

Práce s rodiči

Při prvním kontaktu s rodiči jde zejména o jejich zklidnění a stabilizaci. Nutné je základní poradenství a včasná intervence. Rodičům je dle potřeby nabízena možnost individuálních konzultací a případně zprostředkovaný kontakt na fungující rodičovské skupiny. Důraz je kladen na získání náhledu – pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice, chování a vztazích.

Sociální práce

Sociální práce je zaměřena na pomoc klientovi s jeho problémy především v sociální oblasti. Charakter vlastní práce je dán zakázkou, se kterou klient přichází do kontaktního centra, či se telefonicky obrací na některého z jeho pracovníků. Jedná se buď o jednorázovou pomoc (zprostředkování informací o nabídce zaměstnání, o možnostech léčby, předání kontaktů na příslušné úřady...) či pomoc dlouhodobějšího charakteru jako zprostředkování léčby, pomoc při vyřizování dokladů, registrace na ÚP a podobně.

Cílem sociální práce je:

- stabilizace situace klienta, zejména jeho sociálních podmínek,
- minimalizace sociálních rizik souvisejících s užíváním drog,
- stabilizace sociálních podmínek klienta pro jeho následnou abstinenci např. v oblasti bydlení, zaměstnání, rodinné zázemí, podpora vlastní aktivity klienta k řešení jeho sociální situace,
- podpora vlastní aktivity klienta k řešení jeho sociální situace.

Klient je veden k aktivnímu řešení své situace a ke snaze o vlastní přičinění při řešení problémů.

Poradenství

Poradenství je v kontaktním centru poskytováno pro uživatele drog a pro osoby přicházející s uživateli drog do styku tzn. rodiče, přátelé, spolužáci a partneři, ale také pedagogové, kurátoři apod. Poradenství pro uživatele drog zahrnuje především informace o možnostech zdravotní péče, poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog, informace o sociálních institucích.

Motivace klienta a příprava k léčbě

Na základě správné diagnózy drogového problému následuje individuální práce s klientem. Tato spolupráce, je-li úspěšná, směřuje k motivaci klienta o možnost

nápravy léčením včetně celkového zájmu o sebe. Významná je stabilizace interpersonálních vztahů v rodinném systému a stabilizace klienta v oblasti zdravotní, sociální, minimalizace rizikového chování, snížení konzumace drogy a abstinence od drog. Zprostředkování detoxu a ústavní léčby je součástí motivačního tréninku. Prostřednictvím individuálního poradenství a podpůrné terapie je klient individuálně připravován k nástupu do léčby.

Základní zdravotní ošetření

Základní zdravotní ošetření je podle pokynů lékaře schopen provést každý kontaktní pracovník. Jedná se o základní zhodnocení stavu klienta, základní ošetření, případně jeho další doporučení do specializovaného zdravotnického zařízení. V případě potřeby se zařízení snaží zajistit doprovod klienta do zdravotnického zařízení.

Strukturované aktivity – terapeutické činnosti (individuální úkony)

Cílem je konkrétní psychosociální podpora. S klienty pracuje kompetentní sociální pracovník v průměru 1- 2x týdně v terapeutické místnosti, do které existuje jiný vchod než do kontaktní místnosti, tudíž je omezený kontakt s klienty aktuálně užívajícími drogy. S klientem se pracuje dle objednání a v případě krizové intervence okamžitě. Cílem práce s klientem je mimo jiné náprava narušených rodinných vazeb, v ideálním případě navázání spolupráce s rodiči, socializace klienta (pracovní zapojení, kvalifikační růst, řešení partnerských vztahů).

Péče o těhotné uživatelky, matky a ženy

Je zajišťována individuální péče o skupinu těhotných uživatelék návykových látek, případně matek a žen. Pro matky s dětmi jsou pravidla pro pobyt v kontaktním centru speciálně uzpůsobena a jsou jim vyhrazeny kontaktní hodiny. Pro těhotné klientky zajišťujeme adekvátní poradenství a rovněž kontakt s odborným zdravotnickým zařízením. Samozřejmostí péče je důraz na zpracování individuálního kontaktního a poradenského plánu. S ohledem na vývoj situace a možný vyšší počet

kontaktů s touto skupinou klientek připravujeme tematická setkání, jež by měla informační, edukativní a resocializační charakter.

Prevence relapsu

Prevence relapsu je vždy součástí psychosociálního poradenství směrem k abstinenci. Skládá se z následujících fází, ve kterých spolupracují terapeut a klient:

1. Edukace klienta (vyjasnění smyslu a cílů prevence relapsu).
2. Podrobné mapování rizikových (spouštěcích) situací a myšlenek, které mohou vést k relapsu.
3. Vypracování konkrétních strategií, kterými lze zvládat jednotlivé konkrétním rizikové situace a myšlenky (klientovi je předán k nastudování seznam metod pro zvládání cravingu a tyto metody jsou s ním diskutovány).
4. Vytvoření krizového plánu pro případ relapsu klienta .

Diagnostika uživatele drog

Základní podmínka pro práci s uživateli drog je správná diagnóza drogového problému. V souvislosti s výsledkem diagnostického vyšetření, pak zařízení může řádně a co nejefektivněji s klientem pracovat nebo jej směřovat do specializovaného léčebného zařízení.

Praxe studentů, osvětová činnost

Kontaktní a doléčovací centrum je klinickým pracovištěm Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Praxe v kontaktním centru mohou absolvovat i zájemci z ostatních škol.

4.3. Kasuistiky

Kasuistiky byly sestaveny na základě rozhovorů s klientkami Terapeutické komunity Karlov, o.s. Sananim a na základě studia písemných záznamů (osobních karet klientů) Kontaktního a doléčovacího centra pro drogovou závislost, o.s. Háječek v Českých Budějovicích

Při zpracování údajů jsem postupovala v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

Matka č. 1

Klientce je 30 let. Od 15 let abúzus pervitinu a THC. Od 20 let abúzus heroinu. Klientka má nedokončené vysokoškolské vzdělání. Klientka má jedno dítě (1,5 let) z prvního těhotenství. Těhotenství bylo plánované, zjištěno v 1. měsíci. V době otěhotnění žila klientka s přítelem, který také užíval drogy. Před nástupem do TK Karlov bydlela klientka u rodičů. Zdravotní stav klientky je dobrý. Uvádí, že netrpí žádným onemocněním. Jde o první léčbu závislosti návykových látek.

Po otěhotnění se klientka domnívala, že kvůli dítěti přestane brát drogy nejen ona, ale i její přítel. Po zjištění těhotenství se oba rozhodli přestat s užíváním drog. Několik dní poté byl její přítel vzat do vazby a propuštěn byl až měsíc po porodu dítěte. Klientka se rozhodla abstinovat, ale prý se jí to nedařilo, a proto se rozhodla, že bude drogy užívat dál. V těhotenství užívala pouze pervitin. Klientka uvedla, že v této době pro ni bylo velkým zklamáním, že nedokáže ani kvůli těhotenství přestat užívat drogy a dále uvedla, že tehdy o sobě ztratila veškeré iluze. Pokračovala v abúzu pervitinu až do porodu. Během těhotenství klientka pravidelně navštěvovala gynekologa. Skutečnost, že je drogově závislá před ním ale tajila z důvodu odebrání dítěte.

Těhotenství i porod proběhly bez komplikací. Porodní váha dítěte byla 3 kg. Dítě nemělo abstinenční příznaky. Klientka kojila pouze několik dnů. Byla si vědoma toho,

že chce dál pokračovat v užívání drog, a proto začala dítěti dávat umělou výživu. Po propuštění z porodnice pokračovala v užívání pervitinu.

Měsíc po narození dítěte byl klientčin přítel propuštěn z vazby a společně pokračovali v abúzu drog. Klientka se po několika měsících od přítele odstěhovala k rodičům. Nadále ale se svým přítelem užívala drogy. Často se stávalo, že dítě hlídala klientčina matka a klientka byla přes noc se svým drogově závislým přítelem.

Klientka se po několika měsících rozhodla, že nastoupí detoxifikaci. Jako důvod k léčbě uvádí, že bylo velmi stresující, když neměla dávku a nebyla schopná starat se o dceru. Uvědomila si, že tato situace je pro ni, ale především pro dítě neúnosná. Klientka uvedla, že pokud má člověk dítě, musí fungovat 24 hodin denně a to jako drogově závislá nebyla schopná. Jde o první léčbu.

Klientka je v kontaktu se svými rodiči, kteří ji velmi podporují. Po propuštění z TK Karlov půjde klientka bydlet k rodičům. Vztah k rodičům hodnotí velmi pozitivně. S otcem dítěte společnou budoucnost neplánuje. Je si vědoma toho, že jejich vztah by byl velmi rizikový.

Matka č. 2

Klientce je 29 let, je vyučena. Od 14 let abúzus rohypnolu a diazepam (50-60 tablet denně), od 16 let pervitin. Klientka má jedno dítě (6 let), z prvního těhotenství. Těhotenství, které klientka zjistila v 1. měsíci, bylo neplánované. Žádnou antikoncepci nikdy neužívala. Klientka prodělala hepatitis typu B. Klientka před nástupem do léčby žila s drogově závislým přítelem, který ale není otcem dítěte. V současné době je přítel ve vazbě.

Klientka uvedla, že v době zjištění těhotenství stála před rozhodnutím, zda přestane užívat drogy a dítě si nechá anebo bude dál pokračovat v abúzu drog a dítě v sobě „zabije“. Nakonec se klientka rozhodla, že si dítě nechá a ze dne na den přestala s užíváním drog. S otcem dítěte žít nechtěla, protože šlo pouze o krátkodobou známost. Rodiče klientky zpočátku na těhotenství nereagovali dobře, protože si byli vědomi toho, že jejich dcera nemá partnera a bude dítě vychovávat sama.. Během těhotenství

žila u rodičů, kteří se na dítě velmi těšili. Klientka v době těhotenství pravidelně docházela na gynekologické prohlídky.

Klientka abstinovala celé těhotenství a následně dva roky po porodu. Těhotenství i porod proběhly bez komplikací. Porodní váha dítěte byla 4 kg. Dítě kojila 2 roky, a proto, jak uvádí, drogy nebrala. Když byly synovi 2 roky, našla si přítele, který drogy užíval. Klientka uvedla, že drogově závislý přítel nebyl důvodem pro její recidivu. Jde o první léčbu drogové závislosti. V TK Karlov je v současné době 2 měsíce a abstinuje 10 měsíců.

Vztahy s rodinou hodnotí jako výborné. Rodina klientku velmi podporuje. Po absolvování léčby by chtěla klientka bydlet u svých rodičů. Budoucnost ale klientka plánuje společně se svým přítelem, až bude propuštěn z vazby. Uvedla, že se plánují přestěhovat do jiného města a začít nový život. Žijí na malém městě, kde by byla ona i její syn z důvodu její minulosti stigmatizováni.

Matka č. 3

Klientce je 26 let, má základní vzdělání. Od 17 let abúzus pervitinu. Zdravotní stav klientky je dobrý. Klientka bydlela před nástupem do TK Karlov u přítele a poté „na ulici“. Rodiče jsou rozvedeni. S matkou měla prý vždy velmi napjaté vztahy a má je dodnes. Rodina by ji ráda podporovala, to ale klientka to odmítá. Zdravotní stav klientky je dobrý.

Klientka má 3 měsíční dítě, z prvního těhotenství.. Dítě bylo neplánované. Otec dítěte užívá drogy, a proto s ním není v kontaktu. Poté, co otci dítěte klientka oznámila, že je těhotná, nabídl jí peníze na interrupci, což klientka odmítla. Klientka uvádí, že se s ním nestýká, protože je to pro ni velmi rizikové.

Těhotenství klientka zjistila v 1. měsíci. Antikoncepci nikdy neužívala. Po zjištění těhotenství přestala s užíváním drog a nastoupila léčbu. Porodila již jako klientka TK Karlov. Těhotenství i porod proběhly bez větších komplikací. Klientka pouze v těhotenství trpěla těhotenskou cukrovkou. V těhotenství chodila pravidelně na

gynekologické prohlídky. Dítě se narodilo s porodní váhou 4kg. Vzhledem k tomu, že klientka užívá antipsychotika, byla po porodu zastavena laktace.

Klientka se pokusila písemně kontaktovat svoji rodinu v době zjištění těhotenství. Oznámila rodině, že je těhotná a půjde se léčit. Znovu se rodině ozvala až z léčebny. Od té doby je v kontaktu s matkou.

Klientka absolvuje svoji první léčbu. V TK Karlov je 8 měsíců, léčbu dokončí za měsíc. Z TK Karlov půjde do doléčovacího centra a poté do chráněného bydlení. Klientka uvedla, že by jinak neměla kam jít.

Matka č. 4

Klientka, 28 let, vyučená. Od 14 let abúzus pervitinu, od 18 let heroinu.. Prodělala hepatitis B a C. Jednalo se o první, plánované těhotenství. Klientka těhotenství zjistila v 1. měsíci. Klientka v době, kdy zjistila, že je těhotná, užívala substituční látku Subutex, intravenózně. Po zjištění těhotenství chtěla s užíváním drog přestat, ale jak uvedla, nepodařilo se jí to. Kromě Subutexu užívala během celého těhotenství ještě pervitin. Ošetřující gynekoložka byla klientkou informována o její drogové závislosti a substituční léčbě, a proto doporučila pokračování v užívání Subutexu. Klientka užívala Subutex celé těhotenství a poté i po porodu. Klientka před nástupem do TK Karlov bydlela ve svém bytě společně se svým přítelem, otcem dítěte. Ten také v bytě žije i v současnosti. Otec dítěte, je o 15 let starší, drogy nikdy neužíval. Je zaměstnaný. Klientka je denně s otcem dítěte v telefonickém kontaktu.

Rodiče rozvedeni od klientčiny 10 let. Rodiče reagovali na dceřino těhotenství velmi pozitivně. Domnívali se, že dcera přestane s užíváním drog a nastoupí do léčebny.

Porod proběhl bez komplikací. V porodnici byli lékaři obeznámeni s drogovou závislostí klientky. Dítě klientka kojila 3 dny, poté na doporučení lékařů byla provedena zástava laktace a dítěti začala být podávána umělá výživa. Klientka uvedla, že dítě mělo po porodu 40 dní abstinenční syndrom a byl mu podáván morfinový preparát. Celou dobu bylo dítě hospitalizováno společně s matkou.

Klientka je v TK Karlov dva měsíce. Před nástupem do TK Karlov užívala klientka 2 měsíce opět heroin. Jak sama uvedla, věděla, že půjde na léčení, a proto si „to chtěla užít“. Je 14x soudně trestaná za krádeže. Klientka bude muset za měsíc přerušit léčbu a nastoupit výkon trestu. Klientka nastoupí výkon trestu do věznice, která umožňuje pobyt matky společně s dítětem. I když je tato skutečnost pro klientku velmi stresující, je velmi ráda, že nebude muset být bez svého dítěte.

Klientka již několikrát absolvovala léčbu, ale vždy neúspěšně. Po 2 – 3 měsících léčbu ukončila a následovala recidiva. TK Karlov klientce nabídla, že po výkonu trestu může opět nastoupit do komunity a léčbu dokončit. Toho si klientka velmi cení, ale na druhou stranu uvádí, že je to pro ni moc dlouhá doba a ona by se chtěla vrátit domů, k příteli, otci dítěte.

Matka č. 5

Klientce je 23 let, má základní vzdělání. Před nástupem do léčby bydlela klientka dva roky v azylovém domě pro matky s dětmi. Přítel, otec dětí bydlel na ubytovně. Společně nebydleli z finančních důvodů. Od 18 let abúzus pervitinu. Zdravotní stav klientky je dobrý.

S rodinou je v kontaktu. V TK Karlov je společně s dětmi (2 a 5 let). Po těchto dvou těhotenstvích prodělala ještě jeden samovolný potrat. Těhotenství i porody proběhly bez komplikací. Těhotenství zjistila v 1. měsíci. První těhotenství bylo plánované a chtěné, druhé těhotenství bylo neplánované a nechtěné. Postoj ke druhému těhotenství se u klientky změnil v 5. měsíci těhotenství. Ani u jednoho těhotenství klientka drogy neužívala. Drogy začala užívat až poté, co se narodilo první dítě. V abúzu drog pokračovala až do 3. měsíce druhého těhotenství. Jak uvedla, pervitin opět začala užívat ihned po porodu. Když zjistila, že je těhotná, nebrala dítě jako motivaci, aby přestala užívat drogy. Uvedla, že si byla jistá tím, že až porodí, stejně drogy brát opět začne.

U obou těhotenství pravidelně docházela na gynekologické prohlídky. U druhého těhotenství kojila jeden měsíc a užívala pervitin. Jak sama uvedla, neuvědomila si, že

drogy přechází do mateřského mléka. Poté, co si tuto skutečnost uvědomila, s kojením přestala, aby dítě neohrožovala.

Klientka nastoupila do léčby, protože v azylovém domě, kde s dětmi bydlela, zjistili, že užívá drogy. Příslušný sociální odbor matku zkontaktoval. Klientce byla nařízena léčba. Pokud by léčbu odmítla, byly by jí děti odebrány. Na základě toho klientka nastoupila do léčebny.

V době, kdy jsem prováděla s klientkou rozhovor, byl zrovna na návštěvě přítel, otec dětí. Přítel drogy neužívá. Klientka uvedla, že v současné době přítel zařizuje nový domov v novém městě, daleko od Prahy. Klientka dále uvedla, že si uvědomuje, že během doby, kdy brala drogy udělala spoustu chyb. Během návštěv přítele v komunitě si svůj vztah vyjasňují. Klientka uvedla, že je připravena i na to, že by s přítelem nebyla. V tom případě by bydlela s dětmi v chráněném bydlení a postavila by se na vlastní nohy. Po propuštění z léčebny by si chtěla klientka dokončit vzdělání, do školy je už i přijata.

Rodinné zázemí klientka nemá příliš dobré, stýká se sporadicky s matkou. Otec zemřel, matka žije s přítelem. Jde o první léčbu. Klientka uvedla, že neměla potřebu jít se léčit. Život jaký vedla jí vyhovoval. Uvedla, že péči o děti jí drogy nijak nekomplikovaly, protože je prý byla schopná dobře „ovládat“.

Matka č. 6

Klientce je 25 let, je vyučena. Od 14 let abúzus pervitinu. Před léčbou bydlela s přítelem. Má jedno dítě (3 roky), z prvního těhotenství. Klientka prodělala hepatitis typu C. Těhotenství zjistila ve třetím měsíci. Těhotenství plánované, chtěné. V době, kdy se s přítelem rozhodli, že budou mít dítě, přestali s užíváním drog. Do té doby oba užívali pervitin. Po otěhotnění oba abstinovali. Klientka uvedla, že s užíváním drog přestala hlavně kvůli příteli, který měl toxické psychózy a byl ve velmi špatném psychickém stavu. Na základě toho se prý domluvili, že přestanou užívat drogy a pořídí si rodinu. Klientka uvedla, že dítě prý bylo motivací spíše pro partnera. Rodiče reagovali na klientčino těhotenství velmi pozitivně. V době, kdy byla klientka v 6.

měsíci těhotenství přítel zrecidivoval. Klientka začala užívat drogy měsíc po porodu. Během těhotenství abstinovala a pravidelně docházela ke gynekologovi. Těhotenství i porod proběhly bez komplikací.

Klientka kojila 1 měsíc. Jak sama uvedla, proto, aby mohla znovu začít brát drogy. Po propuštění z porodnice žila společně se svým přítelem. Příklad zemřel, předávkoval se, když byly dítěti 2 roky. Po smrti svého přítele se klientka nastěhovala k matce. Poté si ale našla přítele, který také užíval drogy. Klientka uvedla, že léčit se šla kvůli dítěti. Klientka uvedla, že se velmi trápila, svou drogovou závislostí a nezvládá proto péči o dítě. Uvedla, že si uvědomuje, že byla na dítě zlá a pořád na něj křičela. Syna často hlídala její matka, protože měla strach, že se mu klientky něco stane. Klientka si uvědomovala, že jí dítě v době, kdy brala drogy, v životě překáží, ale že se ho nedokáže vzdát. Klientka byla v kontaktu s orgánem OSPOD, který o drogové závislosti věděl. Klientka byla nucena svůj stav řešit. V době, kdy bylo dítěti 6 měsíců a bylo hospitalizováno v nemocnici společně s matkou, se zjistilo, že matka užívá drogy a u klientky bylo provedeno sociální šetření, které tuto situaci potvrdilo. Klientce byla nařízena ambulantní léčba. Drogové testy ale v té době prokázaly v moči přítomnost drogy. Na základě předběžného opatření bylo dítě odebráno z péče matky. Jedinou možností, jak mohla klientka získat dítě do péče, bylo nastoupit léčbu.

Klientka užívala pervitin 2,5 let po porodu, poté se rozhodla jít léčit. Klientka uvedla, že syn neposlouchá, je hyperaktivní a je „to sním těžké“. Proto by se chtěla v budoucnu soustředit hlavně na výchovu syna, za pomoci matky. Až tohle zvládne, ráda by založila novou rodinu.

Klientka má pocit, že se zlepšily hlavně vztahy s dítětem. Zpočátku dítě matku neoslovovalo „mami“, ale pouze křestním jménem. Klientka to vysvětluje tak, že dítě na ní má špatné vzpomínky. Teď už jí prý říká „maminko“. Po ukončení léčby klientka bude bydlet u své matky.

V současné době je v TK Karlov dva měsíce. Před dvěma měsíci byla vyloučena po třech měsících léčby za porušování pravidel s tím, že se za 2 měsíce může opět vrátit. V té době byla v kontaktu s přítelem, který slíbil, že s braním drog přestane. Drogy brát ale nepřestal, a proto se s ním klientka rozešla.

Matka č. 7

Klientce je 24 let, má střední vzdělání s maturitou. Od 16 let abúzus pervitinu. V době otěhotnění žila sama v nebytovém prostoru. Klientka má jedno dítě (4 roky). Dítě je z druhého neplánovaného těhotenství, první těhotenství bylo uměle přerušeno. Druhé těhotenství zjistila ve 3 měsíci. Po zjištění se klientka rozhodla abstinovat. S užíváním drog přestala, ale v 6. měsíci těhotenství zrelapsovala. Poté, až do porodu dále abstinovala.

Dítě bylo neplánované. Antikonceptci neužívala. Klientka uvedla, že jí bylo jedno, že může otěhotnět. Otec dítěte na těhotenství zpočátku reagoval odmítavě. Jak klientka uvedla, „později se to vyřešilo“ a začali spolu žít. Dítě chápala jako motivaci k abstinenci. Během těhotenství drogy neužívala. Zdravotní stav je dobrý.

Během těhotenství pravidelně docházela na gynekologické prohlídky. Těhotenství i porod proběhly bez komplikací. Dítě kojila týden. Vzhledem k tomu, že užívala antidperesiva a anxiolytika, bylo jí doporučeno nekojit.

Rodina na těhotenství reagovala pozitivně. Klientka uvedla, že podle rodiny bylo těhotenství pro klientku jedinou šancí, jak přestat brát drogy.

Otec dítěte funguje jako rodič, ale klientka s ním nežije. Otec si bere dítě na víkendy. Dříve také drogy užíval, ale v době těhotenství přestal. Po porodu společně experimentovali s kokainem, přítel po krátké době s experimentováním přestal. Klientku tato zkušenost naopak vedla k užívání alkoholu, což bylo prý důvodem k rozchodu s partnerem. Klientka začala pracovat v baru, kde se scházeli drogově závislí. To nakonec vedlo k recidivě. Dítě bylo převážně v péči klientčiny matky a otce dítěte. Rodiče klientky jsou rozvedeni. Vychovával ji otčím. S rodinou vychází dobře.

Po léčbě by chtěla bydlet v chráněném bydlení. U rodičů žít nechce, protože by se ráda osamostatnila od matky. Chtěla by fungovat jako samostatná a zodpovědná máma, která zvládne všední problémy života. Klientka uvedla, že její matka je prý na ní a na dítěti hodně závislá. Klientka uvedla, že matka neakceptuje její výchovné názory, a proto dochází k častým konfliktům. Bydlet u nich v žádném případě nechce.

Dopadlo by to prý tak, že by začala opět brát drogy, vzdala by boj s matkou a nechala by jim dítě v péči.

Matka č. 8

Klientce je 25 let, má základní vzdělání. Od 14 let abúzus pervitinu a heroinu. Zdravotní stav je dobrý. Má jedno dítě (6 měsíců), z prvního těhotenství. Těhotenství bylo plánované a velmi chtěné. Těhotenství zjistila v 1. měsíci. V době před otěhotněním a v době těhotenství bydlela s přítelem u známých.

Během celého těhotenství drogy neužívala. Rok před otěhotněním jeden rok abstinovala. Recidivovala týden po porodu. Dítě kojila 3 týdny, poté přešla na umělou výživu. Jako důvody přechodu dítěte na umělou výživu uvedla, že neměla kvalitní mateřské mléko, musela dítě přikrmovat a věděla, že drogy přechází do mateřského mléka, což není pro dítě dobré. Klientka uvedla, že neví, proč došlo k recidivě. .

Během těhotenství pravidelně docházela na gynekologické prohlídky. Těhotenství i porod proběhly bez komplikací.

V současné době je dítě umístěno v kojeneckém ústavu. Důvodem je prodělaná náročná operace a nutnost pravidelných lékařských kontrol. Po zlepšení stavu bude dítě matce předáno do péče a absolvuje léčbu v TK Karlov společně s ní.

O rodině se klientka odmítá bavit. S partnerem žádný kontakt prý nemá, odešla od něj. Jde o klientčinu druhou léčbu drogové závislosti. V TK Karlov je dva týdny. Skutečnost, že matka nemá dítě u sebe, je pro ni velmi stresující.

Matka č. 9

Klientka, 32 let, od 19 let abúzus pervitinu a heroinu. V současné době je zapojena do substituční léčby (Subutex). Má střední odborné vzdělání s maturitou. Klientka má jedno dítě (4 roky) z prvního neplánovaného těhotenství. Nikdy neužívala antikoncepci. Se svými rodiči se nestýká. Matku hodnotí jako úzkostnou, otce jako přehnaně autoritativního. Otec dítěte, 33 let, od 16 let intravenózně heroin a pervitin,

nyň Subutex. Klientka ani její přítel nepracovali, ani nebyli v evidenci úřadu práce. V době otěhotnění žila klientka s přítelem na squatu.

Klientka má hepatitis typu C. Celé těhotenství užívala Subutex, nárazově pervitin, benzodiazepiny a marihuanu. Ani jeden z rodičů se o abstinenci nepokoušel. Do léčebny nastoupit odmítli. Klientka své těhotenství zpočátku ignorovala. Poté, co její těhotenství nebylo možné přehlédnout, svoji závislost bagatelizovala a odmítala se o svém stavu bavit. Klientka v době těhotenství užívala kromě Subutexu ještě pervitin, benzodiazepiny a marihuanu.

Těhotenství i porod proběhly bez komplikací. Klientka se na péči o dítě nijak nepřipravovala, nechodila na gynekologické prohlídky, i přesto, že zaměstnanci na její žádost několikrát domluvili termín lékařské prohlídky. Gynekologicky byla během těhotenství vyšetřena pouze jednou, na začátku těhotenství. Lékařsky byla vyšetřena pouze jednou. Klientka v porodnici uvedla, že užívá substituční látku Subutex. Druhý dne po porodu klientka odešla z porodnice a dítě tam ponechala. Dítě kojeno nebylo. Dítě se narodilo s abstinenčními příznaky, které trvaly asi jeden měsíc.

Poté bylo dítě bylo převezeno do kojeneckého ústavu. Klientka uvedla, že z porodnice odešla, protože se k ní personál porodnice nechoval dobře. Dále uvedla, že dítě musí být hospitalizováno kvůli novorozenecké žloutence. Pravdivé informace se pracovníci K-centra dozvěděli od matky klientky, která zařízení pravidelně kontaktovala. Domnívala se, že se dcera „vzpamatuje“ a uvědomí si svoji situaci. Po porodu klientka dál žila „na ulici“ společně se svým drogově závislým přítelem. Do KC docházeli oba pod vlivem drog. K dítěti se klientka vůbec nevyjadřovala a ignorovala jeho existenci. Pokud se jí někdo zeptal, snažila se převést hovor jinam. V kontaktu s KC byla klientčina matka, která se rozhodla, že si dítě vezme do péče. Byla přesvědčena, že si jednou dcera uvědomí svoji chybu a pokud by dítě bylo dáno k adopci, velmi by toho litovala. Matka klientky dále uvedla, že by si nikdy neodpustila, když by se o její vnouče nikdo nepostaral. Klientka oproti tomu byla přesvědčena, že jim matka chce dítě ukrást. Sami ale za dítětem nejeli a ani neučinili žádné kroky k tomu, aby se jejich sociální situace zlepšila.

V době, kdy byl dítěti jeden rok, byl klientčin přítel zatčen a klientka se rozhodla, že se vrátí ke svým rodičům a dítěti a bude abstinovat. Po několika týdnech ale začala opět užívat drogy a vrátila se k životu na ulici. Klientka uvedla, že důvodem byly neshody s rodiči.

Klientčina matka na základě rozhodnutí soudu převzala dítě do péče. Klientka v současné době užívá intravenózně pervitin, ale i jiné návykové látky (benzodiazepiny a THC). Není v kontaktu ani s matkou, ani s dítětem. Žije střídavě na ulici nebo u známých. O dítě nejeví žádný zájem.

Klientka č. 10

Klientce je 22 let, má základní vzdělání. Od 15 let abúzus pervitinu a THC, od 18 let abúzus heroinu. Klientka má jedno dítě (3 roky) z prvního těhotenství.

Klientka v době zjištění těhotenství žila společně se svým přítelem a přáteli v pronajatém bytě. Otec dítěte, 20 let, od 17 let abúzus pervitinu, od 18 heroinu. V době otěhotnění užívala klientka substituční látku Subutex. Klientka ani její přítel v době otěhotnění klientky nepracovali, ani nebyli v evidenci úřadu práce.

Klientka byl těhotná poprvé, nikdy neužívala žádnou antikoncepci. Těhotenství zjistila ve 4. měsíci těhotenství. I když těhotenství bylo neplánované, v žádném případě klientka neuvažovala o interrupci. Byla rozhodnutá si dítě nechat. Chápala těhotenství jako motivaci k abstinenci. Byla přesvědčená, že ona i její přítel přestanou užívat drogy, přítel začne pracovat, aby byl schopen rodinu uživit. Klientka si byla jistá, že budou schopni se o dítě řádně starat. O měsíc později otec dítěte klientku bez jakéhokoli vysvětlení opustil. Klientka se ocitla ve velmi tíživé životní situaci, a proto se rozhodla, že bude kontaktovat svoji matku. Matka reagovala na dceřino těhotenství velmi pozitivně, domnívala se, že je to pro dceru šance, jak začít nový život bez drog. Sama dceři navrhla, aby se okamžitě přestěhovala zpět domů. Klientka žila u matky během celého těhotenství. Klientka pod dohledem lékaře snižovala dávky Subutexu až do úplné abstinence. Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Dítě mělo po narození normální porodní váhu a kojeno bylo 5 měsíců. Několik měsíců po porodu ji

vyhledal její přítel, otec dítěte. Klientka v té době začala opět užívat pervitin. Poté, co matka zjistila abúzus dcery, rozhodla se upozornit OSPOD a na základě předběžného opatření jí dítě bylo svěřeno do péče. Klientce byla navržena ústavní léčba, které se klientka odmítla zúčastnit. V současné době je situace taková, že klientka užívá Subutex, nepracuje, žije u své matky, která má také v péči její dceru. Ústavní léčbu, na které matka klientky trvá, stále odmítá.

Matka č. 11

Klientka 22 let, od 14 let abúzus pervitinu a marihuany, od 15 let heroinu. V současné době substituční látka Subutex (intravenózně). Má základní vzdělání. Klientka má jedno dítě (1 rok) z prvního neplánovaného těhotenství. Klientka nikdy neužívala antikoncepci. Uvedla, že se domnívala, že pokud nemenstruuje, nemůže otěhotnět.

Klientka žije sama, v bytě své matky. Otec dítěte, od 15 let abúzus pervitinu, od 17 let heroinu. V současné době substituční léčba (Subutex).

Klientka zjistila těhotenství ve 3. měsíci. O interrupci neuvažovala. Uvedla, že byla šťastná, že je těhotná. S otcem dítěte plánovali, že budou snižovat dávky Subutexu až do úplné abstinence. V době těhotenství klientka občasně užívala pervitin, marihuanu a benzodiazepiny. Dávky Subutexu jí byly v důsledku jejího těhotenství postupně snižovány. Klientka uvedla, že snižování substituční látky velmi špatně snášela, a proto užívala další návykové látky. Klientka uvedla, že těhotenství i porod proběhly bez komplikací. V době porodu klientka užívala 2 mg Subutexu denně. Dítě se narodilo s abstinenčními příznaky, které prý netrvaly dlouho, jak klientka uvedla. Z důvodu drogové závislosti matky byla provedena zástava laktace a dítěti byla podávána umělá výživa. Klientka informovala o svém stavu ošetřující gynekologa.. Porodnice poté informovala příslušný sociální odbor, který měl vykonávat nad klientkou dohled. Po porodu byla klientka propuštěna i s dítětem domů. V této době žila společně s otcem dítěte. Po několika dnech po propuštění z porodnice ale pokračovala v abúzu drog. Na situaci upozornili sousedé, když viděli klientku

v pozdních nočních hodinách i s dítětem na ulici. Dítě jí bylo odebráno a svěřeno do péče prarodičů. Klientka i otec dítěte se občasně s dítětem stýkají, ale ani jeden z nich nemá zájem na tom, aby jim bylo dítě opět svěřeno do péče. Klientka sice o léčbě hovoří, ale žádné konkrétní kroky k abstinenci nečiní.

Matka č. 12

Klientka, 25 let, od 16 let abúzus pervitinu, od 18 let heroinu. Má jedno dítě (4 roky) z prvního neplánovaného těhotenství. Klientka neužívala žádnou antikoncepci. Uvedla, že se domnívala, že vzhledem k její nepravidelné menstruaci neotěhotní. Klientka v době těhotenství užívala minimální dávky substituční látky Subutexu (0,4 mg).

Otec dítěte, od 20 let abúzus heroinu, účastník substituční léčby. Oba klienti v době zjištění těhotenství byli zaměstnaní. Společně ale nebydleli. Klientka žila ve svém bytě, přítel žil u svých rodičů. Klientka uvedla, že žije sama už několik let a s přítelem si příliš nerozumí. Jde sice o dlouhodobou známost, nicméně oba se shodli na tom, že spolu bydlet nebudou. Přítel by se ale velmi rád na výchově podílel a fungoval jako otec.

Během těhotenství klientka snižovala dávky Subutexu až na minimum (0,4 mg). Těhotenství i porod proběhly bez komplikací. Klientka uvedla, že dítě se narodilo bez abstinčních příznaků, porodní váha 2,80 kg. Matka porodnici neinformovala o své závislosti, prý měla strach, aby jí dítě nebylo odebráno. Klientka kojila dítě pouze během hospitalizace. Po propuštění převedla dítě na umělou výživu. Uvedla, že si nebyla jistá, jestli nemůže substituční látka dítěti uškodit. Jako další důvod uvedla, že měla pocit, že měla málo výživné mléko.

Po porodu klientka nadále užívala Subutex. I když dítě měla v péči klientka, na výchově se podílel i otec dítěte. Často si dítě brával domů, ke svým rodičům, u kterých žil. Klientka uvedla, že vztahy se svojí rodinou i s rodinou přítele jsou naprosto bezproblémové. Prarodiče jí s péčí o dítě velmi pomáhají. Společně jezdí na dovolené, navštěvují se atd.

Ohledně vysazení substituční látky je klientka skeptická. Uvedla, že jde spíše o psychickou závislost, vzhledem k dávce užívané látky (0,4 mg). Hlavní problém vidí klientka v „závislosti na jehle“. Subutex užívá intravenózně již několik let. Uvedla, že si nedokáže představit, že dosáhne naprosté abstinence.

Matka č. 13

Klientce je 28 let, má základní vzdělání. 1 dítě (8 let). Od 16 let abúzus pervitinu, od 22 let heroinu, v současné době substituční léčba (Subutex, intravenózně). Jednalo se o první neplánované těhotenství. Klientka neužívala žádnou antikoncepci. V době otěhotnění užívala denně pervitin. Otec (33 let) dítěte je také drogově závislý. Od 16 let užívá pervitin, od 21 let heroin.

V době otěhotnění bydlela klientka společně s přítelem ve vlastním bytě. Těhotenství zjistila ve 2. měsíci. Po zjištění těhotenství se s přítelem rozhodli pro svatbu. Dítě prý oba chápali jako motivaci k abstinenci. Oba byli přesvědčeni, že začnou „nový život“. Vzhledem k tomu, že v té době užívali oba pervitin, to prý nebyl takový problém. Vztahy s rodinou byly v té době prý poměrně dobré. Rodiče klientky věděli o drogové závislosti své dcery i jejího manžela a prý je neustále kontrolovali. Klientka uvedla, že fakt, že byli pod neustálým dohledem byl nesmírně stresující. Uvedla, že to byl také důvod, proč během těhotenství několikrát užila pervitin. Manžel užíval pervitin denně.

Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Po porodu dítě kojila měsíc. Prý dítě musela přikrmovat umělou výživou, a postupně jí mléka ubývalo. Zároveň klientka uvedla, že v době, kdy přestávala kojit začala užívat pervitin denně. Jako důvod recidivy uvedla neustálý tlak ze strany svých rodičů. Ti měli podezření na abúzus drog, a proto je neustále chodili navštěvovat a kontrolovat péči o dítě. Klientčin manžel několik měsíců po porodu začal užívat heroin. Klientka uvedla, že v době, kdy manžel začal užívat heroin, přestali zvládat péči o dítě. Manžel byl vyhozen ze zaměstnání, a protože neměli z čeho žít, byli nuceni postupně prodávat věci z domácnosti. Oba užívali heroin. Nakonec byli nuceni prodat i svůj byt. V té době již

bylo dítě na základě předběžného opatření svěřeno do péče prarodičů. Manželé bydleli na ubytovně a živili se krádežemi. Manžel byl zatčen a klientka byla nucena vrátit se k rodičům.

V současné době jsou oba manželé v substituční léčbě. Oba pracují. Každý z manželů žije u svých rodičů a stýkají se. Dítě je v péči matky. Otec dítěte se s ním stýká. Prarodiče z otcovy strany si dítě berou na víkendy. Klientka uvedla, že tato situace všem vyhovuje. I když spolu nežijí, o rozvodu neuvažují. Prý je možné, že nakonec budou opět rodina.

Matka č. 14

Klientce je 26 let, je vyučena jako prodavačka. základní vzdělání. Od 18 let abúzus pervitinu. Klientka podstoupila umělé přerušování těhotenství ve 23 letech.

V době zjištění těhotenství (v 8. týdnu) klientka žila se svým přítelem, který také užíval pervitin. Antikoncepci neužívala. Uvedla, že pouze občasné užívala kondom. Klientka žije u matky. Rodiče rozvedeni od klientčiny 8 let. Klientka je nezaměstnaná.

Klientka uvedla, že poté, co zjistila, že je těhotná, nějakou chvíli uvažovala, že si dítě nechá. Její přítel byl ale zásadně proti. Nakonec se prý oba shodli na tom, že nejsou zralí na založení rodiny. Klientka uvedla, že těch důvodů, proč se rozhodla přerušit těhotenství bylo více. Jako hlavní důvody uvedla velmi špatnou finanční situaci, necítila podporu ze strany partnera, bytovou situaci. Zpočátku dítě chápala jako motivaci k abstinenci a po zjištění těhotenství prý několik dnů abstinovala. Poté, co se rozhodla pro potrat, pokračovala v abúzu drog. Uvedla, že si myslela, že dojde k samovolnému potratu. Těhotenství bylo ukončeno v 11 týdnu.

Svého rozhodnutí klientka v žádném případě nelituje. Ví, že by nebyla schopná se o dítě adekvátně postarat. V současné době je stále nezaměstnaná a pokračuje v abúzu pervitinu. S přítelem se nestýká.

Matka č. 15

Klientka 24 let, základní vzdělání. 1 dítě (2 roky). Od 18 let abúzus pervitinu, od 20 let heroinu. Těhotenství klientka zjistila ve 3. měsíci. Jednalo se o první, neplánované těhotenství. Otec dítěte, také drogově závislý (24 let), od 15 let abúzus pervitinu, do 17 heroinu. Klientka uvedla, že se domnívala, že pokud nemenstruuje, nemůže otěhotnět. V době těhotenství užívala ona i přítel pervitin.

Po zjištění těhotenství ona i přítel abstinovali. Klientka abstinovala celé těhotenství, přítel prý po pár měsících zrecidivoval. Klientka dostala od rodičů byt, ve kterém žili. Klientka dítě kojila 5 měsíců. Uvedla, že když viděla, že přítel pokračuje v abúzu pervitinu, bylo těžké abstinovat. Rozhodla se, že dítě kojit přestane, aby si občas „mohla dát“. Nakonec ona i přítel užívali pervitin denně. Dítě svěřovali do péče prarodičů. Klientčiny rodiče nakonec dostali na základě předběžného opatření dítě do péče. Klientka uvedla, že jí dítě „ukradli“. Klientka uvedla, že by musela nastoupit léčbu, což odmítá. Poté, co jim bylo odebráno dítě, začali opět užívat heroin.

Dítě mají v současné době v péči stále prarodiče. Klientka a její přítel užívají intravenózně Subutex. Žijí v pronajatém bytě. Přítel brigádně pracuje. Klientka uvedla, že se s dítětem pravidelně stýkají. Rádi by v budoucnu dostali opět dítě do své péče. Žádné konkrétní kroky bohužel ke zlepšení své socioekonomické situace nedělají. Klientka dokonce uvažuje o dalším těhotenství.

5. Diskuse

Věkový průměr respondentek je 26 let. Věkové rozpětí je mezi 22 a 32 lety. Jak uvádí Březovský (4) průměrný věk těhotné závislé ženy je v České republice 23 let a těhotenství těchto žen bývá téměř vždy neplánované. Stejně tak převážná většina respondentek otěhotněla neplánovaně. Pouze čtyři ženy z patnácti dotázaných uvedly, že těhotenství bylo plánované. Z těchto čtyř žen dvě uvedly, že se domnívaly, že dítě bude jejich motivací k abstinenci, a proto se rozhodly plánovaně otěhotnět. Třetí respondentka byla v době plánovaného otěhotnění v substituční léčbě. Čtvrtá již před otěhotněním jeden rok abstinovala. Všechny ženy, které otěhotněly plánovaně jsou klientkami TK Karlov. Z celkového počtu dotázaných klientek TK Karlov jich 50 % otěhotnělo plánovaně. Ani u jedné z klientek KC Háječek nebylo těhotenství plánované.

Tři z patnácti dotázaných mají střední odborné vzdělání s maturitou, čtyři mají střední odborné vzdělání bez maturity a osm dotázaných má základní vzdělání.

U převážné většiny dotázaných se jednalo o první těhotenství. Pouze jedna žena užívala antikoncepci. Čtrnáct z patnácti respondentek nepovažovalo za nutné se chránit proti neplánovanému otěhotnění. Některé z žen se domnívaly, že pokud nemenstruují anebo nemenstruují pravidelně, nemohou otěhotnět. Při silné závislosti mají ženy gynekologické obtíže. Proti početí působí hlavně opiátové drogy (39).

Drogová závislost je onemocnění, které nutí člověka vynakládat velké množství peněz za drogy. Prioritou je získat dávku. Nelze tedy předpokládat, že by drogově závislé ženy byly ochotné vynakládat finanční prostředky za hormonální antikoncepci. Ideální by samozřejmě bylo, aby ženám byla poskytována hormonální antikoncepce zdarma. Bohužel to vzhledem k ekonomickému zatížení zařízení poskytujících služby drogově závislým není reálné. Ekonomicky výhodnější variantou chránění se proti neplánovanému otěhotnění je prezervativ. Mělo by být samozřejmostí, že v zařízeních poskytující služby drogově závislým, by byl prezervativ, nejen ženám, ale

i mužům, poskytován zdarma. Drogově závislé ženy by také měly být dostatečně informovány o možnosti otěhotnění v případě drogové závislosti. Tyto ženy by měly vědět, že i v případě absence menstruace či v případě poruch menstruačního cyklu, mohou otěhotnět.

U převážné většiny žen bylo těhotenství diagnostikováno velmi brzy. I když měly klientky možnost přerušit těhotenství, této možnosti využila pouze jedna z patnácti dotázaných.

Těhotenství je velmi náročnou životní situací. V tomto období se většina žen rozhoduje, zda těhotenství ukončí, či v něm bude pokračovat. Jedna respondentka uvedla, že stála před rozhodnutím, přestat v abúzu drog a v těhotenství pokračovat anebo pokračovat v užívání drog a dítě „v sobě zabít“.

Všechny ženy diagnostikovali těhotenství prostřednictvím těhotenského testu, který buď zdarma dostaly v zařízení poskytujícím služby drogově závislým, anebo si ho samy zakoupily. Kontaktní centra a jiná zařízení poskytující služby drogově závislým ženám by měla zdarma poskytovat těhotenské testy. Pokud žena chce těhotenství ukončit, mělo by být diagnostikováno co nejdříve. Často bohužel není možné pro pokročilost gravidity provést interrupci (4). Drogově závislá žena, která neplánovaně a nechtěně otěhotní pak nadále užívá drogy, což má velmi negativní vliv na plod a novorozence.

Pouze dvě respondentky v době otěhotnění žily s přítelem (otcem dítěte), který drogy neužíval. Pro ženu je velmi těžké přestat v abúzu drog, pokud žije s přítelem, který drogy užívá. Jak uvádí Nešpor (22), u žen často vzniká závislost v souvislosti se soužitím s mužem, který návykové látky škodlivě užívá nebo je na nich závislý. Několik žen uvedlo, že poté co porodily, došlo u nich k recidivě právě proto, že jejich přítel užíval drogy. Pokud naopak byly ženy od drogově závislého partnera odloučeny (např. partner byl ve výkonu trestu), rozhodly se abstinovat. Praxe potvrzuje skutečnost, že pokud se klient vrací z léčby k partnerovi užívajícímu drogy, dříve či později začne i abstinující klient drogy užívat (13). Pouze dvě ženy z celkového počtu dotázaných byly vdané. Jejich manžel byl také drogově závislý. Oba vztahy skončily

rozpadem. Tato skutečnost souvisí s nevyzrálou osobností těchto žen a s věkem, kdy začaly experimentovat s drogami. Rozvoj drogové závislosti vede postupně k izolaci a k rozpadu partnerských vztahů (40).

Respondentky v době otěhotnění užívaly pervitin, benzodiazepiny, THC, substituční látku Subutex nebo kombinaci těchto látek. Žádná z žen neužívala heroin. Všechny ženy užívaly drogy dlouhodobě. Žádná neužívala drogy méně než 5 let. Způsob aplikace drog byl vždy intravenózní. Intravenózní aplikace patří k nejrizikovějším skupinám vzhledem k přenosu infekčních onemocnění jakými jsou hepatitidy B, C a HIV (40). Sedm žen z dotázaných má hepatitidu typu C.

Po zjištění těhotenství se některé ženy rozhodly přestat v abúzu drog. Pět žen v době otěhotnění užívalo substituční látku Subutex. Žádná z žen v substituci neužívala metadon. Díky substituční léčbě lze těhotnou uživatelku dlouhodobě udržet pod lékařským dohledem a kladně ovlivňovat její sociální stabilizaci (40). Většina žen v substituci se pod dohledem psychiatra snažila snižovat množství substituční látky. Pouze jedné respondentce se podařilo snížit dávku Subutexu tak, že v době porodu již několik měsíců abstinovala. Ostatní ženy snižovaly dávky Subutexu, nicméně k tomu užívaly jiné návykové látky, převážně pervitin a benzodiazepiny. Tento fakt vysvětlovaly tím, že snižování substituční dávky velmi špatně psychicky snášely. Tyto ženy zároveň užívaly Subutex intravenózně.

Pět z celkového počtu dotázaných žen poté, co zjistily těhotenství, přestaly v abúzu drog a abstinovaly během celého těhotenství. Pouze u jedné z nich došlo v 6. měsíci těhotenství k relapsu. Jedna žena abstinovala již jeden rok před plánovaným otěhotněním.

Většina žen pravidelně docházela do prenatální poradny. Pouze dvě ženy nenavštěvovaly gynekologa pravidelně, z toho jedna žena absolvovala pouze jednu gynekologickou prohlídku během celého těhotenství, na základě které bylo těhotenství

diagnostikováno. I ty ženy, které pokračovaly v abúzu drog docházely pravidelně do prenatalní poradny. Tuto skutečnost vysvětlovaly tím, že pokud by nenavštěvovaly gynekologa, upozorňovaly by na sebe a dítě by jim bylo odebráno. Pokud se tedy těhotné ženy rozhodly pokračovat v těhotenství, bylo pro ně velmi silným motivačním činitelem to, aby jim dítě zůstalo v péči. Proto většina z nich svou závislost také tajila před ošetřujícím gynekologem. Pouze čtyři ženy z patnácti respondentek o své drogové závislosti informovaly svého gynekologa. Všechny tyto ženy užívaly substituci. Ani jedna z žen užívajících pervitin tuto skutečnost ošetřujícímu gynekologovi neoznámila.

Pokročilstvím těhotenství v době první návštěvy naznačuje míru závislosti drogově závislé pacientky. Ženy s těžkou závislostí přichází obvykle až k porodu, bez jakékoliv prenatalní péče (40). Anamnestické údaje často těhotné ženy doplňují až chvíli před samotným porodem (35). Toto tvrzení dokazuje i respondentka, která první gynekologickou prohlídku absolvovala až v 5. měsíci těhotenství, i když těhotenství zjistila už dříve. Do porodnice odjela až po odtoku plodové vody.

Všechny ženy uvedly, že v souvislosti s těhotenstvím neměly žádné komplikace. Pouze jedna respondentka trpěla těhotenskou cukrovkou. Stejně tak dotazované ženy uváděly, že porod proběhl bez jakýchkoliv komplikací.

Všechny ženy, které užívaly substituční látku Subutex se obávaly abstinčního syndromu u novorozence. Pouze tři novorozenci žen v substituční léčbě trpěli abstinčním syndromem. Vzhledem k tomu, že lékaři byly o závislosti žen informovány, byla novorozencům poskytnuta odpovídající léčba. Další dvě ženy o substituci neinformovaly. Jedna v té době již Subutex neužívala a druhá užívala minimální množství (0,4 mg) a obávala se, že jí dítě bude odebráno. Doufala, že díky tomuto minimálnímu množství se abstinční syndrom neprojeví. Sama uvedla, že dítě abstinčním syndromem netrpělo. Otázkou je, jak tomu bylo ve skutečnosti. Zda

novorozenec vykazoval příznaky abstinčního syndromu malé intenzity, které mohly být přisuzovány nějaké jiné příčině.

Kojení je považováno za ideální výživu pro novorozence. Výživa mateřským mlékem je nesmírně důležitá nejen pro svoje nutriční hodnoty, ale i pro obsah látek, které podporují růst a vývoj např. tak důležitého orgánu jakým je mozek. Citová vazba mezi matkou a dítětem se kojením výrazně posiluje (5). Pouze jedna respondentka kojila dítě dlouhodobě (2 roky). Sedm ze čtrnácti matek kojilo maximálně 1 měsíc. Jako důvod uvedly fakt, že chtěly pokračovat v abúzu drog. Skutečnost, že drogy přechází do mateřského mléka si uvědomovaly, a proto se rozhodly přestat kojit.

Během laktace je nutné dodržovat naprostou abstinenci (35). Pěti ženám bylo doporučeno dítě nekojit. Důvodem pro nekojení byla buď substituční léčba, užívání antipsychotik, antidepresiv nebo anxiolytik. Jedna žena kojila pouze během hospitalizace v porodnici a ihned po propuštění kojit přestala. Důvodem byla snaha o utajení drogové závislosti. Klientka uvedla, že na sebe nechtěla zbytečně upozorňovat.

Všechny ženy, včetně těch, které během těhotenství pokračovaly v abúzu drog uvedly, že novorozenci měli normální porodní váhu. Mnoho výzkumů dokazuje, že porodní váha novorozenců narozených drogově závislým ženám je nižší. Je pravděpodobné, že některé z respondentek neodpověděly na tuto otázku pravdivě.

Deset ze čtrnácti dotázaných matek uvedlo, že k recidivě došlo velmi brzy po porodu. Osm žen začalo opět užívat drogy do jednoho měsíce po porodu, dvě ženy do půl roku. Během těhotenství i v době po porodu ženy tajily svoji drogovou závislost z důvodu obavy z odebrání dítěte. Jak již bylo několikrát uvedeno, bylo pro mnoho žen dítě velmi silným motivačním činitelem. Právě v této poporodní době je nutné těmto ženám věnovat zvýšenou pozornost. Zvýšená psychická zátěž související s péčí o novorozence pravděpodobně vedla k recidivě. S těmito ženami je nutné v rámci léčebných aktivit pracovat na zvládnání cravingu a motivaci k abstinenci. Podpora zakládání svépomocných skupin je bezesporu také na místě.

Vztahy s rodinou (oběma rodiči) hodnotilo velmi pozitivně šest dotazovaných. Pět žen uvedlo, že se stýká pouze s matkou. Rodiče těchto žen jsou rozvedeni, s otcem se nestýká žádná z dotázaných. Dvě ženy se se svými rodiči vůbec nestýkají a jedna žena se o své rodině odmítla bavit. Většina z těch žen, které rodinné vztahy hodnotily velmi pozitivně také uvedla, že plánují (pokud jsou momentálně v TK Karlov) bydlet společně s rodiči. Tyto ženy také uvedly, že jim rodina velmi pomáhala s péčí o dítě a v současné době je velmi podporuje. Jak uvádí Kotrbová (13), pokud mají drogově závislé ženy oporu v rodině, vychovávají děti společně s rodiči, stává se dítě důležitým bodem jejich života.

Zajímavé je, jaký postoj k otěhotnění svých dcer zaujaly rodiče. Někteří rodiče, kteří věděli o drogové závislosti svých dcer, reagovali na těhotenství velmi pozitivně. Šest žen dokonce uvedlo, že podle rodičů bylo těhotenství „jediná šance“ jak přestat brát drogy. Jak uvádí Nešpor (21), některé drogově závislé ženy chtějí překonat problémy s drogami tím, že otěhotní a budou se mít o koho starat. Stejným způsobem uvažovali zmínění rodiče a v těhotenství spatřovali poslední šanci pro své dcery. Tato domněnka je samozřejmě velmi mylná. Z výsledků je patrné, že pro žádnou ženu nebylo narození dítěte tak silnou motivací, aby trvale abstinovala.

Rodiče, kteří na těhotenství pozitivně reagovali, se také angažovali v motivaci svých dcer nastoupit léčbu. Tito rodiče se také během abúzu svých dcer často o vnoučata starali. Pokud tyto ženy nenastoupily léčbu a v současné době pokračují v abúzu, mají prarodiče svá vnoučata v péči. Tato situace byla nepochybně pro prarodiče velmi náročná, vzhledem k tomu, že byli v produktivním věku a ženy musely opustit zaměstnání a nastoupit rodičovskou dovolenou.

Většina dotazovaných klientek TK Karlov má jasnou představu o své budoucnosti. Některé z žen budou bydlet u rodičů, některé plánují budoucnost se svým přítelem, který také abstínuje či drogy neužívá. Podstatné je, že všechny tyto ženy

hovoří o svém budoucím životě s dítětem. Všechny tyto klientky velmi radostně hovořily o svých dětech a o svých plánech.

Na druhé straně pouze jedna klientka K-centra má dítě ve své péči. Děti zbývajících klientek jsou v péči svých prarodičů. Dvě klientky K-centra bydlí u svých rodičů společně s dítětem, i když dítě nemají ve své péči. Tyto ženy se o dítě snaží starat za pomoci své rodiny. Společné bydlení je podmíněno abstinencí, která bohužel není vždy dodržována. Rodiny těchto žen také trvají na léčbě. Děti dalších tří dotázaných klientek K-centra jsou také v péči svých prarodičů, ale matky se s dítětem ani s rodinou nestýkají. Tyto ženy o svých dětech nehovoří a jejich existenci vytěsňují. Veškeré rozhovory na dané téma odmítají. Tyto ženy jsou přesvědčeny, že za skutečnost, že děti nemají ve své péči, mohou jejich rodiče, kteří jim dítě „vzali“. Tyto ženy si nejsou v žádném případě ochotné připustit, že vinu nesou samy. Otázkou je, zda jim nepřítomnost dítěte vůbec vadí.

6. Závěr

Tato práce se zabývá problematikou drogové závislosti těhotných žen a matek. Jak již bylo řečeno v úvodu, drogová závislost těchto žen se netýká pouze jich samotných a jejich dětí, ale celé společnosti.

Pokud drogově závislá žena otěhotní, stojí před velmi závažným rozhodnutím. Pro drogově závislou ženu je tato situace velmi psychicky náročná. Žena si je vědoma své drogové závislosti, ale na druhé straně doufá, že dítě by mohlo být tím pravým motivačním činitelem, díky kterému bude abstinovat. Bohužel ne všechny ženy jsou svého rozhodnutí abstinovat schopny dostat. Děti těchto žen pak většinou končí v péči svých prarodičů, v lepších případech. V horších případech jejich start do života začíná v kojeneckém ústavu, později dětském domově.

Domnívám se, že je velmi důležité neplánovaným a nechtěným těhotenstvím u drogově závislých žen předcházet. Zařízení poskytující služby drogově závislým by se měla soustředit u svých klientek na prevenci neplánovaného těhotenství. V praxi je velmi časté, že závislá žena své těhotenství popírá a svůj stav konzultuje s někým až když není možné graviditu přerušit. Žena, jejíž těhotenství je nechtěné, bude pravděpodobně nadále pokračovat v abúzu drog a svým jednáním bude poškozovat nejen sebe, ale i nenarozené dítě.

Většina žen se domnívá, že díky absenci menstruace neotěhotní. Ženy by měly být informovány o rizicích možného otěhotnění v kontextu své drogové závislosti. Je nutné s těmito ženami, ale i s muži, hovořit o nutnosti chráněného pohlavního styku. Zařízení by svým klientům měla zdarma poskytovat minimální ochranu, prezervativ. Naštěstí v rámci služeb harm reduction je bezplatné poskytnutí prezervativu ve většině zařízení již běžnou rutinou.

Jiná situace nastává tehdy, pokud drogově závislá žena otěhotní a dítě je chtěné. V tomto případě je žádoucí umožnit ženě takovou léčbu, která bude zohledňovat její těhotenství. Pro každou matku je velmi stresující odloučení od svého dítěte. V zájmu matky i dítěte je jejich společný pobyt. Mnohdy ani není nikdo, kdo by byl ochotný se během matčiny léčby o dítě postarat. Nejen z tohoto důvodu by drogově závislým

ženám měla být umožněna léčba společně s jejich dítětem. Pokud žena nestráví s dítětem první společné měsíce, jsou oba velmi ochuzení. V prvních měsících života dítěte se vytváří vzájemná citová vazba, která je základem pro vytvoření kvalitního citového vztahu. Pokud není matce umožněna společná léčba s dítětem, jsem přesvědčena, že jde o velmi demotivující faktor v samotné léčbě závislostí.

V této souvislosti je nutné zmínit neochotu ženy přiznat svoji drogovou závislost v případě otěhotnění svému ošetřujícímu gynekologovi. Stejná situace nastává pokud žena začne užívat návykové látky po porodu. Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že ženy nepřiznají svoji drogovou závislost právě z důvodů obav z odebrání dítěte. Tyto ženy se poté izolují a snaží se ještě více svoji závislost skrýt. Dle mého názoru by měla být samozřejmostí spolupráce léčebných zařízení a gynekologicko-porodnických oddělení nemocnic. Žena by si měla být vědoma, že cílem všech zúčastněných není odebrání dítěte, ale naopak to, aby matka mohla s dítětem zůstat. Ovšem za podmínek abstinence či společné léčby. Vzhledem k nedostatku léčebných zařízení umožňujících společný pobyt, není zcela jednoduché aby se matka s dítětem do léčby dostala včas. Je nutné si uvědomit, že čím dostupnější pro matku léčba bude, tím spíše se pro léčbu rozhodne. Pokud matka zahájí léčbu včas a nebude se obávat odebrání dítěte, tím kvalitnější život bude mít nejen ona, ale také její dítě.

Drogově závislým ženám je nutné věnovat zvýšenou pozornost v době bezprostředně po porodu. U většiny žen došlo k recidivě během prvních měsíců po narození dítěte. Alarmující je skutečnost, že osm respondentek začalo užívat drogy do jednoho měsíce po porodu. Tento fakt nepochybně souvisí se zvýšenou psychickou zátěží související s péčí o novorozence.

Většina žen, se kterými jsem mohla hovořit si uvědomovala negativní působení drogové závislosti na své děti. Klientky TK Karlov uváděly, jak je pro ně motivující skutečnost, že mohou absolvovat léčbu společně se svým dítětem. Jako hlavní motivaci abstinence uváděly výrazné zlepšení vztahů s dítětem. Některé ženy také uváděly, že se konečně cítí být matkami.

Role matky je velmi náročná pro každou ženu. Pokud se žena musí vyrovnat kromě své drogové závislosti ještě s touto, pro ni doposud neznámou rolí, bezesporu potřebuje oporu nejen svých blízkých, ale i celé společnosti.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat postoje drogově závislých žen k jejich otěhotnění. Domnívám se, že cíl práce byl splněn. Na základě výsledků výzkumu byla stanovena následující hypotéza pro případný kvantitativní výzkum: Drogově závislé matky tají svoji drogovou závislost z důvodu obavy z odebrání dítěte ze své péče.

Výsledky výzkumu mohou být využity v zařízeních, která poskytují služby drogově závislým ženám, ať již v rámci prevence neplánovaného otěhotnění, tak při práci s drogově závislými matkami.

8. Seznam použité literatury

1. Bartlová, S., Sociální patologie. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-259-0
2. Boldiš, P. Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. [online]. Platný <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>
3. Boldiš, P. Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.1. [online] Platný <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
4. Březovský, P. Buprenorfin v léčbě drogové závislosti. Závislosti a my - odborný časopis pro sociálně patologické jevy. Liberec: 2002, Květen. Registrační číslo MK ČR E 8418
5. Drobná, H., Velemínský, M. Problematika drogových závislostí matek a novorozencov. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v rámci realizace výzkumného záměru číslo MSM 121100001 „Výzkum právního povědomí o pojetí práva u českých dětí školního věku“. 2000. ISBN-80-7040-407-8
6. Drogové intoxikace v pediatrii. [online]. [cit. 2009-03-04]. Platný http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/pro-rodice/drogove-intoxikace-v-pediatrii_2008_09_16.html
7. Fannaroff, Avroy, A. Diseases of the Fetus and Infant. In Drobná, H., Velemínský, M. Problematika drogových závislostí matek a novorozencov. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v rámci realizace výzkumného záměru číslo MSM 121100001 „Výzkum právního povědomí o pojetí práva u českých dětí školního věku“. 2000. ISBN-80-7040-407-8
8. Fišerová, M. Neurobiologie závislostí. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

9. Frouzová, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
10. Hajný, M. O rodičích, dětech a drogách. Edice pro rodiče. 1. vyd. Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9
11. Hajný, M. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
12. Kalina, K. Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
13. Kotrbová, K. Zdravotní a sociální dopady drogové závislosti. Disertační práce. Trnavská univerzita Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce. 2004.
14. Kozlová, L., Výzkum v sociální oblasti [online]. [cit.2009-04-04]. [online].
Platný : http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.html
15. Kudrle, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
16. Kudrle, S. Psychopatologie závislosti a kodependence, In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
17. Kudrle, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostí. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
18. Leták Terapeutické komunity Karlov
19. Nedostatek zařízení poskytujících péči drogově závislým ženám. online]. [cit. 2009-05-04] Platný <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/798/Nedostatek-zarizeni-poskytujicich-peci-drogove-zavislym-zenam.html>

20. Nešpor, K. Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence. [online]. [cit. 2009-20-03].
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/gpo02b.doc>
21. Nešpor, K., Millerová, M. Jak přestat brát (drogy). Svěpomocná příručka. [online]. [cit. 2009-12-01] Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/shd06w.pdf>
22. Nešpor, K., Csémy, L. Léčba a prevence drogových závislostí. Příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2
23. Nešpor, K. Moderní léčba návykových nemocí. [online]. [cit. 2009-11-03].
Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/modlec.doc>
24. Občanské sdružení Háječek. Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost. [online]. [cit. 2009-02-03]. Platný <http://hajecek.wz.cz>
25. Opiáty a substituční léčba. [online]. [cit. 2009-21-02]. Platný http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_a_substitucni_lecba
26. Opiáty – podrobně. [online]. [cit. 2009-22-02].
Platný http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty
27. Presl, J. Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7
28. Preslová, I. Závislé matky s dětmi. In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
29. Preston, A., Malinowski, A. Průvodce léčbou v terapeutické komunitě. Praktická příručka pro uživatele drog. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-28-4
30. Sedláčková, K., Žižková, B. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. [online]. [cit. 2009-04-03]. Platný <http://www.drogy.net/clanek>
31. Sedláčková, S., Žižková, B. Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v ČR. [online]. [cit. 2009-05-04].
Platný <http://www.dropin.cz/odbornetexty.shtml>

32. Schwangerschaft und Drogen. [online]. [cit. 2009-02-04]. Platný http://www.drug-encyclopedia.eu/DW_GE/schwangerschaft.shtml
33. *Standard substituční léčby*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online]. [cit. 2009-12-02]. Platný <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/617-vestnik-32008.html>
34. Tennenbeim, M. Neonatal withdrawal from volatile substance abuse. In Drobná, H., Velemínský, M. Problematika drogových závislostí matek a novorozencov. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v rámci realizace výzkumného záměru číslo MSM 121100001 „Výzkum právního povědomí o pojetí práva u českých dětí školního věku“. 2000. ISBN-80-7040-407-8
35. Trávníčková, I. Drogy a těhotenství. [online]. [cit. 2009-01-03]. Platný <http://mvcr.cz/policie/npdc/bulletin/2003/0304.pdf>
36. Tyler, A. *Drogy v ulicích. Mýty – fakta – rady*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X
37. Užívání drog z hlediska gender. [online]. [cit. 2009-07-04]. Platný <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/Gendercs2006Final.pdf>
38. Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. 2. vyd. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-496-6
39. Vácha, P. *Matky na jehlách. Esprit - časopis (nejen) pro duševní zdraví*. 2005, č. 4. ISSN 1214-2123
40. Vavřínková, B., Binder, T. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8
41. Vobořil, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
42. Welche Risiken entstehen durch Opiate in der Schwangerschaft? [online]. [cit. 2009-02-03]. Platný <http://www.drugcom.de/?uid=cbbb58b2ee3d542e752b8996717a45da&id=faq&sub=14&idx=90>

43. Zábranský, T. Drogová epidemiologie. *In Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Kalina, K. a kolektiv. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6*

8. Klíčová slova

Drogová závislost

Drogově závislá žena

Novorozenecký abstinční syndrom

Těhotenství

9. Přílohy

Příloha 1: Pomocné otázky k polostandardizovanému rozhovoru

Příloha 2: Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim

Příloha 3: Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost v Českých Budějovicích, o.s. Háječek

Příloha 4: Seznam zařízení v Jihočeském kraji poskytující služby drogově závislým klientům

Příloha 1: Pomocné otázky k polostandardizovanému rozhovoru

Základní údaje o matce

1. Kolik vám je let?
2. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jaká je Vaše drogová kariéra?

Základní údaje o těhotenství a dítěti

1. Z kolikátého těhotenství se dítě narodilo?
2. Bylo těhotenství plánované či neplánované, chtěné či nechtěné? Bylo těhotenství vedeno jako rizikové?)
3. V kolikátém týdnu byla zjištěna gravidita?
4. Jak probíhalo těhotenství a porod?
5. Navštěvovala jste prenatální poradnu?
6. Vyskytly se u novorozence abstinenční příznaky?
7. Bylo dítě kojeno?

Bio-psycho-sociální situace klientky v průběhu těhotenství, porodu a v poporodním období

1. Jaký je Váš zdravotní stav?
2. Co jste učinila poté co jste se dozvěděla, že jste těhotná?
3. Pokračovala jste v abúzu drog v těhotenství?
4. Jaký postoj k těhotenství zaujala rodina?
5. Jaký postoj zaujal k těhotenství otec dítěte?
6. Pokračovala jste v abúzu drog po porodu?
7. Jaké byly důvody recidivy po porodu?
8. Jaké byly důvody, díky kterým jste se rozhodla pro léčbu?
9. Jaké jsou Vaše představy o budoucnosti?

Příloha 2: Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim



Příloha 2: Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost v Českých Budějovicích, o.s. Háječek



Příloha 4: Seznam zařízení v Jihočeském kraji poskytující služby drogově závislým klientům

Kontaktní centra

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek, F. A.
Gerstnera 2, České Budějovice

K-centrum, Fügnerovo náměstí 48, Písek

Krizové a kontaktní centrum, U Stadionu 397, Prachatice

Krizové a kontaktní centrum, Krátká 20, Strakonice

K-centrum Auritus, Klokotská 114, Tábor

Krizové a kontaktní centrum, 1. máje 74, Vimperk

Substituční centra

Ordinace AT při Psychiatrickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s.,
B. Němcové 585/54, České Budějovice

Jihočeské substituční centrum, Matice školské 17, České Budějovice

Psychiatrické léčebny

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, Červený Dvůr 1

Terapeutické komunity

Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim, Karlov 3

Terapeutická komunita Němčice, o.s. Sananim, Zámek 1, Němčice u Volyně