UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2024 **Milena Heděncová**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Vliv těhotenství a mateřství na vývoj drogové závislosti žen

Milena Heděncová

Olomouc 2024

Vedoucí práce: doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem *Vliv těhotenství a mateřství na vývoj drogové závislosti žen* vypracovala samostatně a všechny informační zdroje, které jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 25. 3. 2024 .....

Milena Heděncová

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Tomáši Čechovi, Ph.D., za jeho odborné vedení, cenné rady, obrovskou trpělivost a podporu při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla vyjádřit své díky respondentkám, které se se mnou podělily o své životní příběhy, a v neposlední řadě také Ludmile Daňkové, DiS., za podporu a pomoc.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Milena Heděncová
Katedra nebo ústav:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Vliv těhotenství a mateřství na drogovou závislost žen
Název práce v angličtině:	The influence of pregnancy and motherhood on women's drug addiction
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá zkoumáním vlivu těhotenství a mateřství na drogovou závislost žen. Teoretická část je sestavena z kapitol, které se drogovou závislostí a užíváním drog zabývají. Dále práce obsahuje informace o vývoji plodu a vlivu užívání drog v období těhotenství. Je zde také specifikován vliv okolních faktorů působící na jedince. Výzkum v empirické části koreluje s danou problematikou. Byl veden za využití kvalitativních metod, pomocí polostrukturovaných rozhovorů a dále zpracován metodou rámcové analýzy.
Klíčová slova:	Drogy, drogová závislost, těhotenství, mateřství, kvalitativní výzkum
Anotace práce v angličtině:	The thesis deals with the influence of pregnancy and motherhood upon drug addiction in women. The theoretical background consists of chapters dedicated to drug addiction and drugs as such. The thesis also presents information on prenatal development and drug abuse in pregnancy. Last but not least, other factors influencing drug addiction development are described. The research part presents a research project based on qualitative research conducted in a group of respondents via semi-structured interviews. The data was further subjected to frame analysis.
Klíčová slova v angličtině:	Drugs, drug addiction, pregnancy, motherhood, qualitative research
Přílohy vázané v práci:	Graf č. 1: Zdroj motivace závislých matek při léčbě Graf č. 2: Abstinence v těhotenství Graf č. 3: Relaps Graf č. 4: Relaps
Rozsah práce:	51 stran
Jazyk práce:	Čeština

Obsah

Úvod 7
Teoretická část 9
1 Drogy a drogová závislost 9
1.1 Droga 9
1.2 Závislost 9
1.3 Drogová závislost 10
1.4 Prostředí a drogy 11
1.5 Dispozice k drogové závislosti 11
1.6 Způsob aplikace 12
1.7 Faktory způsobující závislost 13
1.7.1 Osobnost jedince 13
1.7.2 Sociální faktory 13
1.7.3 Vrstevnická skupina 14
1.7.4 Primární rodina 14
1.7.5 Biologické faktory 15
1.7.6 Psychologické faktory 15
1.8 Rozdělení drog 16
1.8.1 Legální, nelegální 16
1.8.2 Měkké, tvrdé 16
1.8.3 Mírné a vysoké riziko 16
1.8.4 Dělení podle interakce s psychickým stavem užívajícího jedince 17
2 Těhotenství a mateřství 18
2.1 Vývoj plodu 18
2.2 Ženská specifika užívání omamných a psychotropních látek včetně alkoholu 20
2.3 Těhotenství a užívání drog 21
2.3.1 Výživa těhotných narkomanek 21
2.3.2 Gravidita alkoholičky 22
2.3.3 Gravidita kuřačky 22
2.3.4 Drogy v těhotenství 22
2.4 Narození 24
2.5 Rodičovství závislých matek 25
2.6 Druhy pomoci pro závislé těhotné ženy a matky – substituční terapie 26
2.7 Motivace k léčbě závislých matek 26
2.8 Zajímavá studie o léčbě závislých žen a matek 27

Výzkumná část 28
3 Vliv těhotenství a mateřství na drogovou závislost žen 28
3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky 28
3.2 Metody výzkumu a výzkumný nástroj 28
3.3 Výzkumný soubor 29
3.4 Sběr dat a organizace dat 29
3.5 Vyhodnocení a zpracování dat 30
3.6 Limity studie 30
3.7 Výsledky výzkumu 31
3.8 Závěr výzkumné části, diskuse 43
Závěr 46
Seznam literatury 48
Seznam grafů 51

Úvod

Těhotenství a mateřství žen, které jsou závislé na drogách, je velmi citlivé téma, jak pro samotné ženy, které se podílely svými rozhovory na této práci, tak i pro celou společnost, která nás obklopuje. Realita je taková, že se závislost nevyhýbá ani ženám, ze kterých se jednou stanou matky. Počty žen, které se potýkají se závislostním chováním během těhotenství a následně mateřství, v naší společnosti stále narůstají. Co je příčinou? Vlivů může být mnoho, ale mezi ty nejsilnější jistě můžeme zařadit vliv primární rodiny, vrstevnickou skupinu a partnerské vztahy.

Existuje velké množství knih, článků a publikací o drogách a závislosti, ale přímo o přístupu k těhotenství a následném mateřství závislých žen mnoho knih neexistuje. Většina literatury s touto tematikou se zaměřuje na následky, které závislostní chováni matky zanechá na dítěti. Mě samotnou zajímalo, zda zplození nového tvora ovlivní závislostní chování ženy, ale také, zda by těhotenství nebylo dobrou motivací k abstinenci. Stále více vnímám, že přivést na svět zdravé dítě je zázrak. I já jsem neskonale vděčná, že jsem se mohla stát matkou. Mnoha ženám je tato možnost zcela odepřena, není samozřejmostí počít, donosit a porodit zdravé dítě. Proto si tato práce klade za cíl zjistit, jak ovlivní těhotenství a mateřství užívání drog u drogově závislých žen.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části jsou vysvětleny pojmy, které s tématem úzce souvisí, jako je droga, závislost nebo drogová závislost. Dále je zde uvedeno, jaké vlivy mohou způsobovat drogovou závislost a jsou popsány faktory, které ovlivňují užívání drog. Následně jsou drogy rozděleny podle různých kritérií. Tématem druhé kapitoly teoretické části práce je těhotenství a mateřství. Zde je popsán vývoj plodu od početí (zde vše začíná) až do porodu dítěte. Tato práce se věnuje také specificky ženskému užívání návykových látek a výživě těhotných narkomanek. Poté jsou postupně vymezeny problémy, které způsobují alkohol, kouření a užívání drog v těhotenství. V neposlední řadě se druhá kapitola věnuje narození potomka a rodičovství a dále jsou zde popsány druhy pomoci závislým těhotným ženám včetně substituční terapie, která je významným činitelem resocializace. V závěru teoretické části práce je přiblížena zajímavá studie o léčbě závislých žen a matek.

Druhá, praktická část, zkoumá, jaký vliv má těhotenství a mateřství na způsob života drogově závislých žen a jaký má vliv na další užívání návykových látek. Data byla shromážděna za využití kvalitativního výzkumu, prostřednictvím rozhovorů s drogově závislými respondentkami, které jsou buď těhotné, nebo mají dítě do dvou let věku. Tyto rozhovory pro-

bíhaly v kontaktním centru, kde působím šestnáct měsíců jako dobrovolník. Původní naplánovaná metoda analýzy s využitím otevřeného kódování byla po rozhovorech s respondentkami vyhodnocena jako nevyhovující a byla nahrazena metodou rámcové analýzy. Ta se jevila jako vhodnější, z důvodu nedostatečného nasycení daty v rozhovorech s respondentkami.

Věřím, že tato práce pomůže změnit náhled na problematiku drogově závislých těhotných žen a matek, a přinést nové užitečné poznatky pro odbornou ale i laickou veřejnost, která přichází do kontaktu s těmito ženami nebo jejich rodinami.

Teoretická část

1 Drogy a drogová závislost

„Neexistují žádné ‚dobré' druhy závislostí. Žádná závislost není pouhou ‚slabůstkou'. Všechny závislosti nějakým způsobem škodí. Jakýkoliv návyk, který neškodí, není tedy ze své podstaty závislostí."

(Maté, 2022, s. 23)

1.1 Droga

Drogy jsou látky, které zcela mění psychický a fyzický stav člověka. Mohou ovlivnit fungování mozku, chování, pocity a smysly (Australian Government, 2019).

Sílu drogy určíme podle dvou kritérií:

1. jak hluboký pocit droga vyvolává, ale také to, jak silné budou zážitky po vysazení drogy (tzv. dojezd);
2. jak rychle si v okolí jedinec dokáže drogu sehnat, jaká bude její cena a jaké množství drogy si člověk aplikuje. (Zde jsou obrovským nebezpečím i legální drogy, např. v minulosti metanol v alkoholu.) Dále je nutné mít na zřeteli, že užívání ilegálních drog s sebou ruku v ruce nese daleko vyšší riziko. Pokud někdo nelegálním způsobem distribuuje drogy, pohybuje se na hraně společenských norem a porušuje pravidla a zákony platné v tomto státě. Nabídka a poptávka se vyvíjí úměrně s rostoucími počty drogově závislých (Hájek a kol., 2004).

1.2 Závislost

Jedinec může být závislý na mnoha věcech, lidech, pocitech, a to v různé intenzitě. Záleží na tom, jaký člověk je, ale také na tom, jak dokáže obstát ve svodech života. Závislého člověka jeho závislost omezuje, přichází tak o svobodu a o schopnost jasného úsudku (Státní zdravotnický ústav, 2023).

Jedná se o komplikovaný stav, který je tvořen vzájemným působením mezi jedinci a prostředím. Na závislost je nutno pohlížet z mnoha stran, má mnoho aspektů (Maté, 2022).

Existují tři prvky, které určují vznik závislosti. Droga, člověk a prostředí. Tyto komponenty se doplňují a časem rostou (Hájek a kol., 2004).

Také Bruno a kolektiv (1996) o droze, člověku a prostředí hovoří jako o nejdůležitějších faktorech vzniku závislosti.

Ještě podrobněji se tomuto tématu věnují Vavřinková a Binder (2006, s. 14), kteří dále doplňují, že: *„drogové závislosti je třeba studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. K závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání znovu a znovu ji užívat. Dochází k tomu zpravidla v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují“.*

1.3 Drogová závislost

„Nic nezaznamenává následky smutného života tak názorně jako lidské tělo.“

(Nagíb Mahfúz in Maté, 2022, s. 49)

Droga je významným faktorem počátku závislosti tedy toxikománie. Je zjištěno, že u vnímavého jedince dokáže užití omamných a psychotropních látek vyvolat *„craving“,* což je nutkání opakovaně užít drogu, a to pro psychický stav, který droga v organismu užívajícího vyvolá, a dále pro spuštění abstinenčního syndromu, který jedince opět nutí užít další dávku drogy (Vavřinková, Binder, 2006).

Vavřinková a Binder (2006, s. 13) dále uvádí, že Světová zdravotnická organizace klasifikuje drogovou závislost *„neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožíváni reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy“.*

Jde o poruchu, tedy onemocnění mozku, které má vliv na chování jedince. Drogová závislost vede k neschopnosti kontrolovat užívání legálních i nelegálních drog. Riziko vzniku závislosti je různé, podle druhu užívané látky (Clinic Mayo, 2022).

Také Hájek a kol. (2004) pokládají závislost na látkových i nelátkových drogách za chronické onemocnění centrálního nervového systému.

Jedná se tedy o onemocnění, které je zaznamenáno v Mezinárodní klasifikaci onemocnění, protože se dá určit příčina a také sestavit léčebný plán. Taktéž se dá těmto nemocem předejít (Vavřinková, Binder, 2006).

Nejde najít přesnou příčinu užívání drog. Lze se jen snažit pochopit, jak mohou okolní, sociální, rodinné a jiné faktory působit na člověka a vznik jeho potenciální drogové závislosti. Celkově hrají významnou roli vrstevníci, rodina a okolí, které jedince úzce obklopuje. V počátečním stádiu jedinec neužívá omamné a psychotropní látky s takovou intenzitou, aby u něj okamžitě vznikla závislost na těchto látkách. Je ovšem známo, že i jedinci, kteří na začátku užívají omamné a psychotropní látky spíše sporadicky, mohou později závislosti propadnout.

Přesvědčivým dokladem je bezesporu farmakologický prožitek opiátů, který dokáže v relativně malém časovém úseku způsobit těžkou závislost (Bruno a kol., 1996).

1.4 Prostředí a drogy

V dnešní době se společnost vyvíjí jiným způsobem, než tomu bylo v minulosti. Nahrává tak vzniku rizik, která souvisí s drogovou závislostí. Nejčastěji jsou to rodiny, které se rozpadají, nebo v nich panuje nesoulad, důležitým faktorem jsou také výchovné styly rodičů. Dále patří mezi rizikové vlivy neúspěchy ve škole i v soukromém životě nebo kriminalita mládeže apod. Pokud spojíme drogu a prostředí, ve kterém je člověk zvyklý užívat návykové a psychotropní látky, v jeho mozku dojde ke spuštění paměťových center. Je dokázáno, že samotné prostředí tedy dokáže velmi negativně ovlivnit chuť požít tyto látky. Jedná se o psychickou závislost, která je u uživatelů tak silná, že neodolají opakovanému užití návykových a psychotropních látek (Bruno a kol., 1996).

Pokud se zaměříme přímo na rodiny s dětmi, tak děti, které jsou v péči rodičů, nebo matky, která je závislá na drogách, pociťuji značnou nestabilitu. Prostředí, ve kterém tyto děti vyrůstají, se neustále vyvíjí. Stejně jako se mění prostředí, se mění i nálady rodičů nebo matky, což zanechává následky především na psychice dítěte (Preslová, 2023).

Dle Vavřinkové a Bindera (2006) je prostředí při vzniku závislosti stejně významné jako samotná droga. Tohoto zjištění se využívá při následné léčbě závislé osoby. V praxi jde o metodu, která se nazývá „vyhasnutí“ v jednání a chování klienta. Pomocí monitoringu mozku tomografem nebo magnetickou rezonancí jsou zaznamenány změny v centrálním nervovém systému jedince. Tyto změny jsou posléze vyhodnoceny a dle nich se stanoví léčebný plán.

1.5 Dispozice k drogové závislosti

Pokud se na drogovou závislost podíváme skrze výzkumy, je jasně zřetelné, že je výsledkem jak osobnostních, tak genetických dispozic. Samozřejmostí je, že se v lidské populaci nachází jedinci, kteří žijí tzv. životem ve stresu, užití návykových a psychotropních látek je pro ně určitý adrenalin. Je to chování, které nazýváme „*sensation seeking behaviour*“. Podléhají mu lidé z vyšších kruhů, například kreativci, umělci apod. Důvodem, proč vyhledávají tento stresový zážitek, je navýšení dopaminu do mozku. Při závislostech jsou velikým faktorem anomálie receptorů nervového systému a člověk, který je závislý na omamných a psychotropních látkách, vykazuje odchylky genů pro dopamin, což je látka, která vzniká v mozku a ovlivňuje emoce a prožitky. Také zde vidíme mnoho psychických onemo-

cnění, jako je deprese nebo úzkostné stavy, což znamená, že zde má zásadní úlohu i serotonin, hormon centrálního nervového systému. U žen je sice ve větší míře, než u mužů zaznamenána chuť přestat s užíváním omamných a psychotropních látek, avšak je zajímavé, že u žen častěji dochází k relapsům. Naproti tomu u mužů byl zaznamenán daleko vyšší výskyt jedů z některých drog, než je tomu u žen, protože užívají vyšší dávky a tělo se s drogou jinak vyrovnává. U dětí je citlivost na drogu nejvyšší. Propadnutí drogám je u nich velmi rychlé a vývoj této závislosti je těžší. Projevují se také závažnější trvalé následky jak fyzické, tak psychické (Bruno a kol., 1996).

1.6 Způsob aplikace

Podle druhu omamných a psychotropních látek se také různí způsob užívání. Mezi nejběžnější užití drogy řadíme:

a) Kouření směsi s tabákem nebo i samostatně, také ve vodní dýmce. Takto se většinou aplikuje marihuana, kokain, heroin a další. Škodlivé látky vznikají spalováním.
b) Šňupání – takto se užívá kokain, heroin nebo pervitin. Aplikace může způsobit ztrátu čichu.
c) Inhalace výparů – inhalují se rozpouštědla, jako např. toluen a další.
d) Pomocí odvarů nebo jídel – užívají se psychotropní látky, např. lysohlávky, nebo i marihuana.
e) Přes sliznici, vložením pod jazyk – takto se aplikuje LSD.
f) Injekční užití – nejrizikovější a nejvíce využívaný způsob aplikace. Nejrychlejší nástup účinku, stačí menší množství drogy, jako je např. heroin nebo pervitin (MeDitorial, 2023).

Jak užívají nejčastěji ženy, specifikuje Hájek a kol. (2004). Ženy si aplikují drogy ve vysoké míře intravenózně, tedy injekčním podáním. Intravenózní podání drogy je nejvíce rizikové ze všech. Obrovským rizikem je nákaza HIV či žloutenkou typu A a C. Až polovina uživatelek má v krvi protilátku na žloutenku typu C, což znamená, že ji v minulosti prodělaly. Testem PCR zjistíme, zda je toto onemocnění aktivní. Více než třetina žen, které užívají návykové a psychotropní látky, žloutenkou typu C dříve či později onemocní. Stane se tak většinou právě při nitrožilní aplikaci. Tímto způsobem se také může ucpat žilní systém a mohou vznikat trombózy. Opakovaná nitrožilní aplikace do stejných míst potom vede ke tvorbě abscesů (zánětů) a k nekrózám (odumření tkáně).

1.7 Faktory způsobující závislost

„Nesejde na rysech naší povahy či nutkání a na instinktech samotných, ale spíše na postoji, jaký k nim zaujímáme. A schopnost zaujímat takový postoj z nás činí lidské bytosti.“

(Viktor E. Frankl, in Maté, 2022, s. 316)

1.7.1 Osobnost jedince

Osobní faktory jsou jedním z atributů, které přispívají ke vzniku závislosti. Je však nutné zmínit, že z výzkumů není patrná individuální nebo skupinová predispozice, podle které bychom mohli soudit, že ten či onen jedinec bude drogově závislým. Byla však odhalena jistá korelace, která může ovlivnit, nebo dokonce zvýšit riziko, že jedinec začne užívat omamné a psychotropní látky. Abychom mohli pochopit skutečnost, že je některý jedinec snáze ovlivnitelný drogou, je nutné zmínit tři skupiny atributů, které mohou jedince tímto směrem negativně ovlivnit. Jsou to sociální, psychologické a biologické atributy. Tyto tři skupiny od sebe nemůžeme oddělit, různě se prolínají a jedna zasahuje do druhé (Bruno a kol., 1996).

Na vzniku závislosti se ale může podílet i snaha v něčem vynikat nebo být maximálně odolný, výkonný, nejlepší, dosahovat vysokých cílů (Státní zdravotnický ústav, 2023).

Pokud už člověk závislý je, lze katastrofální důsledky zaznamenat také v tom, že si takový jedinec nedokáže představit život bez drogy. Tento pohled do budoucnosti otřásá vnímáním sebe sama jako osoby se závislostí. A to i přes to, že si jsou závislí vědomi toho, co své závislosti obětují. Hrozbou je pro ně ztracení sebe sama, pokud by přestali užívat drogy. Uvnitř by zanikli a nastala by změna toho, jak byli zvyklí fungovat dosud (Maté, 2022).

1.7.2 Sociální faktory

Hájek a kol. (2004) upozorňují na to, že užívat drogy přináší hlavně také jistá sociální omezení. Maté (2022) uvádí, že drogově závislí lidé sami cítí, že se ocitají v sociální hierarchii u samého dna dané společnosti. Autoři Bruno a kol. (1996) upřesňují, že se jedná zejména o rodinné zázemí, ve kterém jedinec vyrůstá, nebo o vliv vrstevnické skupiny. Je známo, že osoby, které jsou závislé na drogách, se pohybují a shlukují v určitých místech ve větší míře, než je tomu jinde. Tyto oblasti jsou sociálně-ekonomicky neprosperující. Je zde zvýšená koncentrace lidí, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní a kteří páchají kriminální nebo protiprávní činnosti, případně se na nich podílejí. Mladý člověk v tomto prostředí zapadá do celkového obrazu okolních vlivů, a tudíž se ocitá také na periferii společnosti. Přejímá vzorce chování, které pozoruje okolo sebe. Po čase si je natolik osvojí, že je považuje za normální,

přestože takové chování vybočuje z norem. V dnešní době je velmi lehké drogu sehnat, což zvyšuje procento lidí, kteří tyto látky užívají, včetně žen. Je zde také vysoká míra již zmiňovaného relapsu, tedy opětovného užívání drogy po jejím vysazení.

Vavřinková (2011) k výše uvedenému dodává, že sociální faktory jedince buď rozvíjí, nebo jej dokáží zcela zdeformovat. Vliv mohou mít i poměry, ze kterých jedinec pochází, jako např. prostředí vesnice, města, velkoměsta. Dále na užívání drog působí duševní stav jedince, sem spadají psychické nemoci, status jedince ve společnosti, míra inteligence atd.

1.7.3 Vrstevnická skupina

Mezi nejsilnější faktory patří vrstevnická skupina. Mladý člověk chce být v kolektivu kladně přijímán, a proto se snaží do skupiny vrstevníků za každou cenu zapadnout. Pokud je v této skupině užívána droga, je pro člena, který chce do skupiny patřit, samozřejmé, že ji začne užívat také, zvlášť když je rituál přijetí do skupiny nezřídka s drogou spojován. Je to rituál, který novému členu zajišťuje, aby byl staršími kolegy přijímán. U mladých lidí je drogová závislost také někdy způsobena určitou revoltou vůči společnosti a vyjádřením nespokojenosti jak se svým životem, tak i s okolním světem (Bruno a kol., 1996).

Státní zdravotnický ústav (2023) ještě doplňuje, že jako vrstevnické vztahy můžeme pochopit také například šikanu, nefungující vztahy mezi vrstevníky, užívání návykových látek u kamaráda, nepřijetí do vrstevnické skupiny, tlak ostatních členů.

1.7.4 Primární rodina

„Všichni dospělí, kteří nějakým způsobem pečují o mladé lidi, by si měli zapamatovat, že pouze zdravé, pozitivní vztahy s dospělými zachrání děti před tím, aby se ztratily v nejistém světě přehnané orientace na vrstevníky, která je také může zavést k drogám.“

(Maté, 2022, s. 363)

Výzkumem bylo zjištěno, že užívání drog se ve větší míře týká jedinců, kteří pocházejí z rozvrácených, neúplných nebo nefungujících rodin. V těchto rodinách je ve větší míře patrná špatná komunikace, nesoulad členů rodiny a časté hádky. Za drogovou závislost dětí nemohou jen disociální rodiny. Známe druhy rodin, ve kterých jeden z rodičů ve snaze ublížit tomu druhému rodiči užívání drogy u svého dítěte schvaluje. Může se poté stát, že se konkrétní rodič výchovy neúčastní, buď odchází ze společné domácnosti, nebo se odmítá na výchově svého potomka podílet (někteří rodiče spíše ze studu). Dále je známo rodičovství, kdy rodiče k dětem přistupují jako kamarádi, což je do jisté míry známkou nezodpovědnosti takových rodičů.

Nemůžeme se stoprocentní jistotou určit, jak velký vliv mají komunikační problémy v rodině na počátek drogové závislosti dětí. (Bruno a kol., 1996).

Stejný názor zastává i Preslová (2023), ta hovoří o špatných startovacích podmínkách pro děti, které vyrůstají v rodinách s negací. Tyto děti se potýkají se zdravotními, sociálními a psychosomatickými následky po celý svůj život.

1.7.5 Biologické faktory

Realizované studie ukazují, že u některých jedinců jsou genetické predispozice k alkoholismu. Což je velmi zvláštní, protože biologické predispozice k závislosti zatím nebyly osvětleny. Neznamená to ovšem, že každý jedinec, který má tyto genetické predispozice, bude například alkoholik, drogově závislý, kuřák apod. Do jisté míry můžeme predispozice označit za indikátor vyššího rizika vzniku závislostí. Pokud predisponovaný jedinec například užívá alkohol, drogy či kouří, rychleji tomuto způsobu života propadne. Kokain, morfin a kodein jsou geneticky odlišné, zde vzniká závislost jinak, jak prokazují výzkumy na zvířatech. Je zde nutné zohlednit také jiné faktory, které přispívají k závislosti na drogách, jako je například míra dostupnosti drog na českém trhu (Bruno a kol., 1996).

1.7.6 Psychologické faktory

Zajímavé je zjištění Vavřinkové (2011), která píše, že počátek psychologických faktorů je možno najít už v prenatálním vývoji nebo během porodu, a to jako součást paměťových stop na něco, co plod psychologicky poškozovalo. Příkladem může být nechtěné těhotenství. Plod tuto informaci o tom, že není chtěný, vnímá. Je to jistý kód, který čeká na okamžik, kdy se v určitém období života jedince obnoví. Spouštěčem mohou být různé negativní situace.

Maté (2022) toto zjištění ještě blíže specifikuje jako podvědomí, které u jedince zafunguje tak, že u tohoto člověka nelze hovořit o svobodné volbě užívání drog. Mozek těchto lidí byl tímto způsobem nakódován již v raném věku, a proto si jej nepamatuje a neuvědomuje. Tyto tzv. mozkové mechanismy, pokud jsou silné, ovlivní mozek, který je jejich působením oslaben. Takový člověk ztrácí vědomou kontrolu nad užitím, ale také svobodu svého žití.

Autoři Bruno a kol. (1996) na téma psychologické faktory dodávají, že pokud člověk užívá psychotropní a omamné látky, zanechá to negativní dopad na jeho osobnosti. Jedinec, který je závislý, každodenní život podřizuje drogám a obstarávání si financí na drogy, především prostřednictvím trestné činnosti, prostituce apod.

1.8 Rozdělení drog

1.8.1 Legální, nelegální

Legální drogy jsou volně v prodeji. Jedná se například o alkohol, nikotin, volně prodejné léky, kofein nebo organická rozpouštědla. Společností je užívání takových návykových látek akceptováno. Často jsou také zneužívány léky, které lze získat na předpis lékaře. To, že je droga legální, v žádném případě neznamená, že nezpůsobuje drogovou závislost (Ladecký, 2023).

Státní zdravotnický ústav (2023) doplňuje, že i státem legalizované drogy devastují užívajícího jedince a zneužívání těchto drog rozhodně vede ke zhoršení jejich zdraví. Nezanedbatelné množství lidí umírá právě v důsledku závislosti na těchto legalizovaných drogách.

Ladecký (2023) dále specifikuje pojem nelegální drogy. Tyto drogy jsou vymezeny zákonem. Jejich distribuce, výroba a držení je protizákonné. Může hrozit trest odnětí svobody. Spadají sem heroin, kokain, konopné drogy, extáze, pervitin, LSD a další syntetické drogy.

1.8.2 Měkké, tvrdé

Drogy dělíme také na měkké a tvrdé. Měkké drogy společnost akceptuje většinou proto, že jsou hojně využívány širokou škálou obyvatel. Do této skupiny patří tabák, konopné drogy, nebo kofein. U tvrdých drog je vysoké riziko, že vznikne závislost, ale také mohou nenávratně ovlivnit zdraví nebo sociální prostředí jedince, který tyto látky užívá. Také představují riziko nevratného poškození organismu, které může vést ke smrti. Spadá sem heroin, pervitin, kokain, léky proti bolesti, ale i alkohol (Ladecký, 2023).

Státní zdravotnický ústav (2023) varuje před užíváním měkkých i tvrdých drog, obě skupiny způsobují těžkou závislost.

1.8.3 Mírné a vysoké riziko

Drogy lze také rozdělit podle míry rizika, které se s jejich užíváním pojí. Látky spojené s mírným rizikem mají nízkou míru vzniku závislosti. Řadíme k nim kofein, marihuanu nebo extázi. U drog s vysokým rizikem je velmi vysoká pravděpodobnost rozvoje závislosti. Patří sem heroin, pervitin nebo organická rozpouštědla a další (Ladecký, 2023).

1.8.4 Dělení podle interakce s psychickým stavem užívajícího jedince

Minařík (2009) rozděluje drogy podle vlivu na psychiku užívajícího jedince na tlumivé a povzbuzující. Tlumivé látky uvolňují, navozují pasivitu, otupělost, spánek a velmi výrazně na nich vzniká fyzická závislost. U uživatelů můžeme při vynechání látky pozorovat abstinenční syndrom. Do této skupiny patří heroin, morfin, alkohol, léky. Povzbuzující neboli stimulační látky stimulují centrální nervovou soustavu jedince. Po podání je člověk aktivní, nabuzený a plný elánu. Může zažít až euforii. Stimulační drogy způsobují spíše psychickou závislost. Jedná se o kokain, pervitin a nikotin.

Vavřinková a Binder (2006) uvádí, že stimulační látky jsou hojně využívány napříč všemi národy, a to zejména pro jejich stimulaci, která působí na celý organismus. Například dokáže odstranit vyčerpanost, zvýšit výkon, uklidnit psychické projevy jedince aj.

Další kategorií jsou halucinogenní látky, které způsobují halucinace. Před očima uživatele explodují barvy, prostory mění tvary apod. Obrovskou hrozbou je nevyzpytatelnost následků po užití drogy, protože zvyšuje riziko následného užívání tvrdších drog. Příkladem jsou lysohlávky, LSD a konopné drogy (Státní zdravotnický ústav, 2023).

2 Těhotenství a mateřství

„Je načase přiznat si, že nešťastné dětství je příčinou nešťastného života dospělých, kteří potom nejsou schopni žít ve spokojenosti s lidmi kolem sebe, včetně vlastních dětí.“

(Manifest z Herculane, in Vavřinková, 2011, s. 314)

2.1 Vývoj plodu

Matějček, Pokorná, Karger, (2004, s. 9) uvádějí, že: „… *historie každého člověka začíná asi 280 dnů před jeho narozením – v okamžiku, kdy ve chvíli oplodnění spolu splývají dvě pohlavní buňky: mužská a ženská, spermie a vajíčko.*“ Dále tito autoři vysvětlují, že ve vejcovodu dojde ke spojení mužské a ženské buňky, a z těchto dvou buněk vznikne úplně nová buňka. Jádro této nové buňky má 46 chromozomů. Z těchto 46 chromozomů je 44 autonomních a 2 pohlavní. Jak matka, tak i otec dávají svému potomku část svých genů. Dítě, které se z těchto buněk vyvine, může stejnou mírou zdědit vlastnosti jak od otce, tak i od matky. Zdraví, včetně duševních vlastností, ale také to, zda přijde na svět chlapec nebo dívka, se rozhodne v prvních vteřinách po oplodnění. Pokud splynuly buňky, které byly v pořádku, a bez problémů, došlo k synchronizaci chromozomu, je překonán prvotní vývojový stupeň, který je první z mnoha. Následuje druhá náročná etapa. Tato zcela nová buňka se začne dělit, tím vzniknou buňky dvě, poté čtyři, osm, šestnáct a dále se dělí, a přitom putuje do dělohy. V momentě, kdy doputuje do dělohy, ve které se uhnízdí, děloha tento zárodek začne vyživovat. Buňka musí zvládnout dělení, cestu vejcovodem a usídlení se v děloze. V tento moment je důležitá placenta. Placenta zajistí plodu přísun živin, ale také krve, ve které je obsažen kyslík. Dále také zajistí, aby odpadní látky z těla odcházely pryč. Buňka roste a zvětšuje se. Vzniknou tkáně a orgány. Každá etapa má svůj čas (Matějček, Pokorná, Karger, 2004).

Již v osmém týdnu těhotenství jde poznat, že se jedná o člověka. Třináct týdnů staré embryo vnímá zvuk, který vytváří tělo matky. Jsou to počátky sluchu. Příjemné a nepříjemné doteky dítě vnímá okolo šestnáctého týdne, přičemž nejpříjemnější je dotek matky (Svoboda, Němcová, 2015).

Až do druhého měsíce nazýváme plod embryo nebo zárodek a od třetího měsíce mluvíme o fétu. Fétus je velký kolem pěti centimetrů. V tomto stádiu těhotenství lze rozeznat končetiny. Zárodek je plně odkázán na matčino lůno, které mu poskytuje výživu, aby se mohl plně vyvinout. Orgány začínají postupně pracovat, a to v době, kdy ještě není dokončen jejich vývoj. Srdce budoucího dítěte začíná bít ve druhém měsíci. Trávící systém od čtvrtého měsíce produkuje různé enzymy a v této době plod také přijímá do svého těla plodovou vodu z okolí.

Velikost plodu se pohybuje kolem dvaceti centimetrů. Když je budoucí matka přibližně v polovině těhotenství, plod zkouší dýchací pohyby. Také se o svoji funkci hlásí ledviny, které začínají produkovat moč, ta je vypuzena do plodové vody. Tělo plodu chrání mázek, jinak by se kůže rozmočila. Od osmnáctého týdne cítí pohyby svého dítěte i matka, již dříve se však pohybovalo, ale tělo matky tento pohyb ještě nedokázalo vnímat (Matějček, Pokorná, Karger, 2004).

Zvuk hlasu matky, jak uvádí Svoboda, Němcová, (2015) dokáže plod rozlišit již ve dvacátém čtvrtém týdnu těhotenství. Je to ale také období, kdy plod pociťuje bolest. Rovněž Matějček, Pokorná, Krager (2004) hovoří o tom, že plod cítí úder nebo například tlaky a citlivě vnímá různé podněty. Lékaři vidí reakce plodu u vyšetření ženy ultrazvukem, na kterém je vidět, jak plod rozhazuje končetinami.

Autoři Svoboda, Němcová (2015) tvrdí, že zřetelná je také mimika obličeje a z ní i z reakce těla je vidět, zda se podněty matce a tím pádem i dítěti líbí, nebo naopak. Vzniká pouto mezi matkou a dítětem. Paměťové stopy sahají do dvacátého osmého týdne těhotenství. V tomto týdnu si dítě v matčině lůně hraje. Také usiluje o to, se se svojí matkou dorozumět. U plodu vzniká pocit, že někam a k někomu patří, ale také víra, že je součástí něčeho.

Poloha plodu nenarozeného dítěte je velmi důležitá pro budoucí porod. V převaze se budoucí potomek postupně přesouvá do polohy, kdy má hlavu směřující ven z těla matky. Tato poloha je nejpřirozenější a nejvýhodnější pro porod. Při porodu ženě pomáhá zemská tíže, protože hlava dítěte je nejtěžší částí jeho těla. Komplikací je, když je dítě otočeno tak, že při porodu vychází nejprve nohy dítěte. Pokud se plod již nestihne obrátit, matka rodí koncem pánevním. Také se může stát, že v děloze dítě rotuje a otočí se podélně, a proto je pro neohrožující a předvídatelný porod důležité znát polohu plodu (Matějček, Pokorná, Krager, 2004).

Od oplodnění probíhá vývoj dítěte skrytě v lůně matčině a celá řada lidí uvažuje o začátku lidského života až ve chvíli porodu. Je však třeba so uvědomit, že právě prenatální období je ze všech období nejvíce rozhodujícím, v této době se rozhoduje o tom, jaký člověk bude, o jeho inteligenci, o tom, jaké bude mít nadání, jak bude vypadat, zda bude zdravý či nemocný a zda tyto nemoci nezatíží další pokolení apod. Dědičnost a vliv prostředí jsou dalším faktorem, který rozhoduje o tom, jaký bude člověk, který se narodí (Matějček, Pokorná, Krager, 2004).

Stejný názor zastává i Zahálková (2000), která uvádí, že predispozice ke zdraví i nemoci, nebo také, jaké vlastnosti bude mít budoucí člověk, lze rozdělit do dvou skupin. První skupina je dědičnost a druhá je vliv prostředí. Při vývoji dítěte se jedná o genetiku, která určuje

budoucí vrozené nemoci. Vlivem prostředí je myšleno jednak prostředí, kdy byl plod ještě v děloze, ale také vliv ekologie a dále vliv rodiny, školy a vrstevnických skupin.

Zahálková (2000) řadí mezi zevní příčiny také další vlivy, jako věk těhotné ženy, kdy není vhodná příliš mladá matka, ale ani rodička starší 35 let. Dále považuje za riziko, pokud trpí nastávající matka hypofunkcí žláz, infekcí, v těhotenství kouří nebo požívá alkohol či omamné nebo psychotropní látky. Také sem autorka řadí nedostatečnou výživu, pobývání v rizikových místech, defekty dělohy, nemoci související s těhotenstvím, užívání léčiv, která nepředepsal lékař.

2.2 Ženská specifika užívání omamných a psychotropních látek včetně alkoholu

Preslová a Maxová (2009) upřesňují, že odlišnost mezi závislými muži a ženami není pouze v roli ženy jako matky, ale ve všech okolních věcech. Díky výzkumu bylo zjištěno, že začátek i průběh užívání omamných a psychotropních látek se mezi oběma pohlavím velmi různí.

V ženské populaci je méně závislých než v populaci mužské. Je to dáno především tím, že ženy jsou opatrnější než muži. Žen, které užívají psychotropní a omamné látky, v naší populaci ale výrazně přibývá, a to výrazněji než u mužské populace. Ženská játra jsou menší, a více než mužská metabolizují hormony, což znamená, že droga působí silněji na ženu než na muže (Nešpor, 2007).

S tímto se také ztotožňuje Bruno a kol. (1996), navíc uvádí, že u žen vzniká závislost rychleji než u mužů a jsou ke drogám vnímavější. Tato vnímavost se mění v závislosti na menstruačním cyklu, jak níže doplňuje Nešpor. Zdravotní problémy a trvalé následky, které způsobilo užívání návykových a omamných látek, přichází u žen daleko dříve než u mužů. Ve větší míře se ženy k užívání drog dostanou díky svému partnerovi, nebo příteli, který užívá omamné a psychotropní látky anebo je závislý na alkoholu.

Alkohol i drogy jsou u žen odsuzovány v daleko větší míře než u mužů, přestože mnohem méně páchají trestnou činnost pod vlivem alkoholu a drog. U žen je ve větší míře vyvinut pud sebezáchovy, ženy se více snaží situaci řeší. Oproti tomu deprese, úzkosti, psychické problémy či poruchy osobnosti více postihují ženské pohlaví. U závislých žen dochází také častěji k napadení přítelem nebo manželem. Pokud má závislá žena před menstruací, většinou pije více alkoholu, než je tomu v jiné době (Nešpor, 2024).

2.3 Těhotenství a užívání drog

Užívání návykových látek včetně alkoholu a kouření způsobuje v těhotenství mnoho komplikací a problémů. Tyto látky v nemalé míře ovlivní zdárný vývoj plodu, ale také stav novorozence po porodu. Placentou se tyto látky vstřebávají do těla embrya. Později jsou předávány v mateřském mléce během kojení (Dörr, 2018).

Gravidita ženy, která je závislá, je vždy vyhodnocena jako riziková. Nastávajícím matkám, které jsou závislé, se někdy stane, že na ně personál pohlíží skrz prsty, když se dozví o jejich závislosti. Na místě by ale byla spíše podpora. Narození potomka by mohlo zafungovat jako motivace a v případě, že si žena kojence nechá a řádně se o něj stará, je na místě ji povzbudit a takové matce pomoci. Toto období by mohlo zapůsobit na ženu, budoucí matku kladně a pozitivně ovlivnit jak život matky, tak dítěte. Opačná situace je, pokud matka si, která je závislá na omamných a psychotropních látkách, dítě nechá, ale svůj život změnit nechce. Zde je důležitá hlavně motivace k návštěvě poradenských center (Popov, 2018).

Ve většině případů je skutečnost taková, že gravidní drogově závislá žena bývá závislá na více omamných a psychotropních látkách. Hovoříme o kuřačkách a alkoholičkách a také o ženách, které užívají drogy. V krvi těchto žen jsou benzodiazepiny a kanabinoidy. Tato nestřídmost v užívání všech druhů drog znamená riziko pro embryo (Hájek a kol., 2004).

O kombinaci různých drog hovoří i Vavřinková (2011), která uvádí jako důvod kombinace drog zvýšení účinků jejich působení na těle.

U těhotných žen užívacích omamné a psychotropní látky včetně alkoholu a nikotinu může nastat fetální alkoholový syndrom, postižení centrální nervové soustavy, případně méně nápadné postižení budoucího potomka, mezi které patří porucha chování, různé sexuální poruchy, poškození centrální nervové soustavy, kriminalita, dysfunkce a jiné (Nešpor, 2006).

2.3.1 Výživa těhotných narkomanek

Celkově je výživa gravidních závislých žen velmi špatná. Malnutrice, tedy nesprávná či nedostatečná výživa, se podepíše na novorozeném dítěti porodní váhou, která je nižší než u novorozenců, kteří se narodí ženám, jež omamné a psychotropní látky neužívají. Dále může špatná výživa narkomanky způsobit výrazné zkrácení těhotenství nebo také potrat plodu (Hájek a kol., 2004).

Tento názor zastává i Preslová (2023), která zmiňuje, že špatná výživa je jedním z negativ při užívání drog. K dalším řešení stresových situací ale také kolísavost, nestálost, nerozhodnost při volbě budoucích životních vizí.

2.3.2 Gravidita alkoholičky

Drogou, která je nejvíce nebezpečná pro těhotnou ženu, je alkohol. Společností je tato droga přijímána a její nežádoucí účinky se často podceňují. Matka, která užívá alkohol, může porodit dítě s těžkým postižením anebo poškozením. Taktéž je toto dítě ohroženo na životě. Tyto děti trpí abstinenčním syndromem i fetálním alkoholovým syndromem. Alkohol v těhotenství může způsobit, že se u dítěte mohou objevit mentální a vývojové vady (Popov, 2018).

Název fetální alkoholový syndrom (FAS) vznikl v 70. letech, při hledání následků požívání alkoholu v těhotenství u novorozeného dítěte a matky alkoholičky. Výzkumem bylo jasně prokázáno, že pokud žena užívá alkohol během těhotenství, poškodí tím vývoj embrya. Mentální retardace u dětí je v největší míře vyvolána právě fetálním alkoholovým syndromem. Alkohol požívaný během těhotenství způsobuje mnohočetná poškození plodu, jako je například potrat nebo různé vrozené vady. Cca 60 gramů 100% alkoholu je stanoveno jako dávka, která je pro organismus škodlivá (Kalina a kol., 2003).

Pod názvem fetální alkoholový syndrom se skrývají malformace nebo deformace, což jsou defekty na těle kojence, růstové postižení a zasažen může být také centrální nervový systém (Vavřinková, Binder, 2006).

2.3.3 Gravidita kuřačky

Kouření v době těhotenství poškozuje plod již v ranném stádiu těhotenství. Největším problémem je nedostatek kyslíku, kterým je plod ohrožen. Jakmile těhotná žena nasaje do plic zplodiny z cigarety, plod je ohrožen otravou, způsobenou oxidem uhelnatým. Placenta se špatně prokrvuje a může nastat i její předčasné odloučení. Objevují se také cévní poruchy. Hrozí riziko předčasného porodu, který může způsobit narození mrtvého plodu. U plodu hrozí nevyvinutí orgánů a tyto děti se rodí s nižší porodní hmotností. Dítě, které se narodí matce kuřačce, ihned po porodu zažívá abstinenční příznaky. Autorka dále uvádí, že v dnešní době jsou v nabídce i jiné druhy cigaret, které neobsahují dehet nebo oxid uhelnatý a jsou méně škodlivé než klasické cigarety. Těhotným ženám se ale v žádném případě nedoporučuje tyto cigarety kouřit. Důvodem je to, že i v těchto cigaretách je obsažen nikotin, který může způsobit špatný vývoj nervové soustavy nebo poškodit celkový vývoj plodu (Široká, 2021).

2.3.4 Drogy v těhotenství

Preslová (2023) zmiňuje, že pokud drogově závislá žena otěhotní a porodí dítě, většinou není toto těhotenství plánované. Bývají to těhotenství nechtěná. Pokud je již u ženy vytvořena

závislost dlouhodobého charakteru, negativním způsobem ovlivňuje její způsobilost k řešení této situace. Většina těchto žen má špatný sociální i ekonomický status. Tyto ženy bývají odkázány samy na sebe, rodina se od nich distancuje.

V České republice se v největší míře užívá heroin a pervitin. Heroin užívaný v době těhotenství způsobuje zkrácení těhotenství. Dítě má v tomto případě po porodu menší porodní váhu. Taktéž se u těchto dětí objevuje nižší vitalita a poporodní adaptace novorozence, protože dítě během těhotenství trpí nedostatkem kyslíku. U dětí, které se narodily závislým matkám, se ve větší míře mohou vyskytnout vrozené vývojové vady. Heroin se kumuluje v plodové vodě a ovlivňuje pohyby dítěte. U dítěte se vyskytuje abstinenční syndrom, který způsobuje poruchy spánku nebo křeče kojence, mohou se objevit teploty, zažívací problémy a kýchání. K těmto abstinenčním příznakům dochází do sedmdesáti devíti hodin po porodu. U některých kojenců může nastat abstinenční syndrom do šesti dnů po porodu. Děti matek, které během těhotenství užívaly heroin, mohou mít menší výšku i váhu, ale také snížený intelekt. Pokud matka během těhotenství užívá kokain, dítě, které se narodí, váží také méně a může mít i menší končetiny a hlavu. Předčasný porod a odloučení placenty bývá následkem užívání pervitinu během těhotenství. Tyto děti jsou ohroženy syndromem náhlého úmrtí (Dörr, 2018).

Určit dávku, která je škodlivá pro plod, nebo míru, kterou jej poškodí, je velmi obtížné. Abstinenční syndrom se v největší míře objevuje u dětí, jejichž matky jsou závislé na opiátech. Tyto děti také často trpí poruchou pozornosti, například ADHD nebo ADD, špatně ovládají motorickou koordinaci, je u nich patrná porucha sání, ale také celkové napětí, křeče a jiné. Zvlášť těžké je určit vliv, který mají drogy na dítě v dlouhodobějším horizontu a z pohledu jeho dalšího vývoje, a to jak po psychické, tak fyzické stránce, včetně problémů, které mohou nastat ve školním a rodinném prostředí. Je nasnadě se domnívat, že pokud nebudeme zavčas řešit problémy dětí závislých matek, tyto děti mohou být taktéž závislé (Kalina a kol., 2003).

Hájek a kol. (2004) hovoří o tom, že nejvíce závažné je pro ženy užívání pervitinu a heroinu. Jak pervitin, tak heroin jsou v České republice v popředí mezi uživatelkami drog. V kontextu těhotenství se děje to, že u těchto žen nedochází k pravidelné menstruaci, a proto je těhotenství zjištěno ve vyšším stádiu. Proto je typické, že gravidita těchto žen je ve většině případů spontánní a také nechtěná. Těhotenství bývá odhaleno často až po uplynutí šestnáctého týdne těhotenství, což způsobuje velké problémy v prenatální péči, protože je již po termínu, kdy se provádí screening plodu. Závislá nastávající matka tak většinou nestihne včas podat návrh na interrupci. To, že je těhotná žena závislá, ještě neznamená, že by mělo být těhotenství ukončeno interrupcí. Gravidní závislé ženy bývají velmi mladé oproti ženám, které drogy neužívají. Ve srovnání s USA a západní Evropou jsou v České republice gravidní narkomanky

nejmladší. Na vině je poměrně velká, a ještě mladá distribuce drog do České republiky. Narkomanky jsou svobodné, většinou bez partnera anebo je jejich přítel sám na omamných a psychotropních látkách závislý. Tyto ženy jsou nezaměstnané, většinou o práci přišly kvůli své závislosti. Závislost s sebou přináší také sociální izolovanost, neschopnost vstát do práce a jiné aspekty, které jsou většinou neslučitelné se zaměstnáním. Většina těchto žen své závislosti podlehla ve velmi mladém věku, mají špatné rodinné vztahy a s rodinou se prakticky nestýkají. Čím je delší závislost, tím hlubší je protispolečenské chování a taktéž se zhoršuje ekonomická situace těchto žen. Jediným zájmem je sehnat si drogu. Výjimkou není ani provozování prostituce či protiprávního jednání za účelem získání drogy. Gravidita je pro ženu užívající drogy obrovskou komplikací. Způsob života, ve kterém jsou praktikovány rizikové sexuální aktivity, může vést například k nákaze HIV nebo jinou pohlavní nemocí, jako je například kapavka, syfilis či žloutenka. Těhotenství však pro tyto ženy neznamená, že by měly s užíváním návykových látek přestat. U těhotných, které jsou závislé na pervitinu, dochází k falešné tendenci si namlouvat, že vše zvládají. U žen, které jsou závislé na opiátech, dochází ve větší míře k léčbě (Hájek a kol. 2004).

2.4 Narození

„Pokud by si naše společnost dokázala skutečně dobře uvědomit význam emočních pout dítěte v prvních letech jeho života, nikdy by nemohla tolerovat, aby zdravý růst dětí byl ohrožován prostředím, v němž děti vyrůstají, nebo situacemi, do kterých se dostávají jejich rodiče.“

(Stanley Greenspan, in Maté, 2022, s. 167)

V dřívějších dobách byl porod považován za obrovský zlom, který vedl k přetvoření „ničeho v něco“. Dnes už ale víme, že to „něco“ je tu od začátku otěhotnění ženy (oplodnění vajíčka spermií), ale porodem se dítě stane hmotné, uchopitelné a živoucí. Ono ale dávno před porodem žije. V děloze matky o sobě dávalo vědět, učilo se a prožívalo spolu s matkou všední záležitosti. To se bude dít i nadále, jen úplně jinak – ne z úkrytu v lůně matčině, ale na světě. Je to pro dítě úplně jiné prostředí, dítě se bude nějaký čas adaptovat, aby se mohly schopnosti a vlastnosti, které mu byly dány do vínku, plnohodnotně rozvinout. Příchod na svět je náročný, rizikový jak pro samotnou matku, tak i pro dítě. Porod je přirozený proces, který vyústí ve zrození nového tvora (Matějček, 2005).

Porod ženy, která je závislá, může být komplikovanější. V případě, že se nejedná o situaci, kdy zdravotní stav narozeného dítěte vyžaduje neodkladnou péči, je v zájmu dítěte

i matky bezodkladný kontakt co nejdříve po porodu. Pro ženu to je silný zážitek plný emocí a jestliže matka přemýšlí o životě bez drog, může tento okamžik výrazně pomoci. Pro matku to znamená, že se zrodil někdo, za koho je tato žena zodpovědná. Pro ženu by to mohl být pádný důvod svoji závislost řešit. Pokud závislá osoba nemá pádný motiv proč přestat, většinou se závislosti nezbaví, a proto je důležité využít momentu zrození, který může změnit dosavadní život matky i budoucí život dítěte (Popov, 2018).

2.5 Rodičovství závislých matek

Být závislým na omamných a psychotropních látkách je velmi časově a finančně náročné. Starost o získání dostatečných finančních zdrojů a dále potom drogy, může zabrat celý den. Pokud je matka zaměstnaná ustavičným sháněním financí na drogu, nezbývá jí mnoho síly na starost o svoje dítě (Preslová, 2023).

Podobný názor zastává také Barnardová (2011), která říká, že droga negativně působí na čas, a je jedno z jakých důvodů, zda jde o sehnání drogy nebo financí, za které lze drogu pořídit. Děti do tohoto harmonogramu nezapadají, protože při obstarávání financí na drogu se jedná mnohdy o nezákonnou činnost a při shánění drogy si nemůžeme být jisti vůbec ničím. Přitom dítě má své potřeby, které závislá matka není schopna naplnit (Barnardová, 2011).

Kalina a kol. (2003) píší, že pokud rodiče užívají návykové látky, ovlivňuje je to při péči o dítě. Je omezeno soužití v rodině. Taková rodina má narušené vztahy a je tím vyčleněna ze společnosti.

Podobně hovoří i Preslová (2023), která uvádí, že závislé matky nedisponují vhodným sociálním zázemím a nedá se vyloučit, že své děti negativně ovlivní natolik, že tyto děti se také v budoucnu vydají na cestu drogové závislosti. Dle Kaliny a kol. (2003) je u takových dětí důležitá kontrola, ale také včasná prevence, protože patří do rizikové skupiny.

Barandová (2011) uvádí, že děti, které žijí v domácnosti s matkou narkomankou, nemusí být nutně drogovou závislostí matky postiženy, pokud matka dodržuje kontrolované užívání drog pod dohledem odborníka.

V některých případech musí zasáhnout orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), který může navrhnout umístění dětí do ústavní péče nebo do náhradní rodinné péče, přičemž takové děti jsou převážně umisťovány k osobě blízké, prarodičům, sourozencům matky nebo ke svému již dospělému sourozenci (Preslová, 2023).

2.6 Druhy pomoci pro závislé těhotné ženy a matky – substituční terapie

V současné době existuje široká škála pomoci pro drogově závislé, do níž můžeme zařadit terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, lékařskou ambulantní péči o závislé, denní stacionáře, detoxifikační jednotky, střednědobou ústavní léčbu, terapeutické komunity, následnou péči, doléčovací programy, chráněné bydlení, chráněnou práci a jiné (Kalina a kol., 2003).

Nejvíce využívaným druhem pomoci pro závislé těhotné ženy a matky je substituční terapie. Jedná se o nahrazení drogy jinou látkou. Úplná abstinence jedince se odkládá na dobu, kdy ji může závislá žena podstoupit. Látka se do těla nevpravuje nitrožilně a množství, které je podáváno, dokáže ovlivnit nástup abstinenčních projevů. Tímto způsobem se velmi efektivně ovlivňuje úroveň života takové ženy (Vavřinková, Binder, 2006).

Vavřinková a Binder (2006, s. 68) upřesňují části, ze kterých se substituční terapie skládá, a jsou to „... *poradenství, psychoterapie nejrůznějších forem, psychosociálním poradenství, poradenství týkající se volby vhodného povolání, zvyšování kvalifikace apod, ošetřovatelské služby, terapie somatických onemocnění, fyzioterapie, arteterapie, pracovní terapie apod.*“

Preslová (2018) specifikuje odborné služby pro rodiče – uživatele drog a jejich děti. V ČR je aktivním pomocníkem SANANIM, který nabízí jednak pomoc, podporu a dále péči klientům i jejich dětem. Práce s touto cílovou skupinou osciluje mezi mnoha zařízeními. Je specifická tím, že se zaměřuje na matky, otce a jejich nezletilé děti. Mezi stěžejní služby patří nízkoprahové služby, ve kterých většinou dochází k prvnímu kontaktu s těhotnou užívající ženou. S ní dále pracuje sociální pracovník, který si vybuduje vztah založený na důvěře. Společně řeší zdravotní péči, sociální faktory, nabízí nastávající matce léčebné programy nebo služby, které žena potřebuje. Dalším zařízením, které pracuje se závislými matkami a otci, je zařízení léčebné a následné služby. Tato zařízení nabízejí jednak ambulantní léčbu a poradenství, ale také pobytové služby. Ambulantní péče probíhá formou denního stacionáře. Mezi pobytové služby patří léčebny, které se zabývají doléčením závislých žen a nabízejí také chráněné bydlení pro matky s dětmi.

2.7 Motivace k léčbě závislých matek

Závislé matky se nejprve léčí z donucení, kdy jsou přesvědčovány k léčbě vesměs rodiči a rodinou. Vnitřní motivace k ukončení užívání drog u těchto žen chybí. Velká část z nich si přeje dostat zpátky do výchovy dítě, nebo mají jiné důvody, ale přestat s užíváním omamných látek nechtějí. Zůstávají u nich zachovány staré návyky i přátelé (Preslová, Maxová, 2009).

2.8 Zajímavá studie o léčbě závislých žen a matek

„Bůh nezmění to, co je v lidu nějakém, pokud se tento sám nezmění.“

(Korán in Maté, 2022, s. 298)

Autorky Preslová a Maxová (2009) zmiňují zajímavý výzkum, který se zabýval různými aspekty drogově závislých těhotných žen či matek. Grafy jsou k dispozici jako přílohy této práce. Z výzkumu vyplynulo, že za nejčastější příčiny nástupu na léčení je ve 44 % případů označována skutečnost, že žena nechce přijít o dítě a ve 40 % hraje roli doporučení sociálních pracovníků. Dalším, neméně důležitým, motivačním faktorem je pomoc rodiny. Partnerský vliv na nástup léčby je minimální, okolo 3 % (viz graf č. 1).

Další oblast výzkumu byla zaměřena na abstinenci závislých žen. Bylo zjištěno, že 40 % žen abstinovalo pouze na nějakou dobu, 34 % se začalo léčit na nátlak sociálního pracovníka a 17 % žen si samo zařídilo léčbu. Jen 9% přešlo na substituční léčbu. Z to vyplývá, že u těhotných závislých žen není automatické, že by chtěly díky těhotenství přestat užívat drogy (viz graf č. 2).

Dalším zkoumaným jevem u těchto žen byl relaps, tedy opakované užití drogy v momentě, kdy už jedinec drogy neužívá. Ten zažilo 62 % žen, 26 % žen relaps vůbec neřešilo, ale dítě zůstalo v jejich péči, 9 % pak také relaps neřešilo, ale o dítě přišly. Chvályhodný je údaj o ženách, které ihned relaps řešily, těch bylo 27 %. 38 % žen pak opětovně drogu neužilo. V dnešní době se již k relapsu přistupuje jako k něčemu, co se může stát, a díky němu pochopíme příčiny a lépe pracujeme na jejich eliminaci. Pokud už relaps nastal, je důležité, aby se s těmito daty pracovalo. Odborní pracovníci i široká veřejnost by měla být připravena na možnost relapsu. Je velmi důležité, aby žena věděla, že existuje prostor ke sdílení této informace. Nikdo nesoudí tuto ženu, ba naopak je pro ni připravena pomoc. Může se tak předejít dalším problémům (viz graf č. 3 a 4).

Je prokázáno, že závislé ženy, které užívají tvrdé drogy, v naprosté většině ve svém dětství prožily těžké či dokonce až hraniční podmínky, ve kterých vyrůstaly a ty se posléze obtiskly do jejich vývoje. Tato dispozice oněch jedinců byla do jejich mozků nahrána v začátku jejich života. *„Jejich mozek tak nikdy nedostal šanci.“* (Maté, 2022, s. 175)

Výzkumná část

3 Vliv těhotenství a mateřství na drogovou závislost žen

V této části bakalářské práce jsou vymezeny výzkumné otázky a hlavní cíl této práce. Taktéž je zde uvedena metoda práce, která byla pro získání dat aplikována, a následně je popsána práce s touto metodou. V neposlední řadě jsou zde uvedeny jednotlivé kroky spojené s analýzou dat.

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Badatel si na začátku svého výzkumu určuje téma a dále výzkumné otázky. Tyto otázky se mohou v průběhu sběru dat modifikovat. Sbírání materiálu a následná analýza je práce, která vyžaduje delší časový úsek. Taktéž je možno provádět analýzu dat společně se sběrem dalších dat. Analýzou výzkumník zjistí, že jsou nutné změny ve sběru materiálu. Zcela normální je u tohoto výzkumu, že zrcadlí běžné situace, tedy každodenní záležitosti (Hendl, 2005).

Hlavním cílem práce je zjistit, jak ovlivní těhotenství a mateřství užívání drog u drogově závislých žen. Dílčími cíli je zjistit, jakým způsobem se změnil život drogově závislé ženy během těhotenství a následně mateřství a zda užívání drog ovlivnilo chování v období těhotenství a mateřství těchto žen.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaký vliv má těhotenství a mateřství na způsob života drogově závislých žen?

Dílčí výzkumné otázky:

Jaké byly reakce žen na informaci o jejich těhotenství?

Jak těhotenství ovlivnilo jejich užívání návykových látek?

Jak se promítlo mateřství do vývoje vztahu k drogám?

Jakou odbornou pomoc vyhledaly v době těhotenství a mateřství?

3.2 Metody výzkumu a výzkumný nástroj

S ohledem na citlivé téma této práce se jako nejvhodnější jevila metoda kvalitativního výzkumu. Jedinec, který výzkum provádí, díky němu získá mnoho informací od minimálního počtů respondentů. Jeho úkolem je analyzovat a chápat člověka v různých sociálních situacích (Disman, 2000). Kvalitativní metody se využívají k odkrytí a pochopení toho, co je podstatou jevu, o kterém ještě nemáme informace. Také ale mohou být zdrojem nových názorů na jevy,

o kterých již máme povědomí. Ale například s jejich využitím také můžeme dodat jevu konkrétnější údaj (Strauss, Corbinová, 1999).

Jako nástroj sběru dat byl aplikován polostrukturovaný rozhovor neboli interview, který je nejvíce využívanou metodou a jedním z nejlepších způsobů, jak je možno získat data pro kvalitativní výzkum (Miovský, 2006). Při interview je nutno vytvořit určitý diagram, který bude obsahovat oblast otázek, které bude výzkumník pokládat respondentům. Jak uvádí Hendl (2005), pořadí těchto okruhů se může měnit nebo i upravovat. „*U polostrukturovaného interview tedy máme definovat tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat.*“ (Miovský, 2006, s. 160)

3.3 Výzkumný soubor

S ohledem na cíl mého výzkumu se informantkami staly závislé ženy, matky s dětmi do dvou let. Výběr byl účelový, přičemž tato metoda patří k nejfrekventovanějším metodám, které se užívají v kvalitativním výzkumu. Jde o konkrétní výběr účastníků, kteří se budou podílet na výzkumu, podle předem stanoveného kritéria (Miovský, 2006).

Účastnice rozhovoru byly vytipovány v kontaktním centru. Posláním tohoto centra je pomoc osobám závislým na omamných a psychotropních látkách se stabilizací jejich nelehké životní situace a s eliminací následků rizikového chování spojeného s užíváním drog.

Z důvodu citlivého tématu bylo nejprve nutností navázat s ženami, účastnicemi rozhovoru vztah, založený na důvěře a otevřenosti, to je také důvod proč rozhovory probíhaly formou tykání mezi oběma stranami. Z důvodu zaručení anonymity, kterou jsem přislíbila ženám, jež rozhovor poskytly, v této práci nespecifikuji město, ve kterém se kontaktní centrum nachází.

Tímto způsobem vznikl okruh pěti respondentek, které splňovaly požadovaná kritéria. Šlo tedy o drogově závislé matky s dětmi do 2 let, které byly zároveň klientkami kontaktního centra.

3.4 Sběr dat a organizace dat

Data byla shromažďována od září roku 2022 do prosince 2023. Většina rozhovorů byla pořízena v kontaktním centru, jeden ze získaných rozhovorů byl realizován přes Skype. Rozhovory byly zaznamenány na mobilní telefon a posléze přepsány. Během rozhovoru byly výzkumné otázky upraveny (doplněním otázek, či jinou formulací, zjednodušením položených otázek). Taktéž se postupně zdokonalovala kvalita provedených rozhovorů.

3.5 Vyhodnocení a zpracování dat

Pro vyhodnocení dat získaných z rozhovorů měla být použita metoda otevřeného kódování. Tato metoda se však po získání rozhovorů s informantkami ukázala jako neefektivní, a to z důvodu nedostatečného nasycení potřebnými daty. Proto byla zvolena metoda rámcové analýzy pro efektivnější vyhodnocení dat.

Rámcová analýza je chápána jako specifický postup, kterým se analyzují kvalitativní data. Jde zde o přehlednější vizualizaci těchto dat. Tuto metodou objevili v osmdesátých letech angličtí výzkumníci, kteří hovořili o tom, že je důležitá v první řadě práce se získanými daty, jejich organizace a následně potom také jejich interpretace. Při práci s rámcovou analýzou využíváme textové tabulky, do kterých získaná data, která získáme během rozhovoru, vpisujeme. Každá oblast studie má svůj vlastní rámec, který je složen z hlavního tématu rozčleněného na podtémata. Hlavní téma a následná podtémata jsou volena s ohledem na získaná data. Do každého sloupečku se uvedou získaná data, vznikne tak jednoduchá tabulka, v této tabulce jsou informace přehledně zaznamenány (Hendl, 2016).

Z důvodu zachování anonymity participantek, nejsou přepisy rozhovorů součástí přílohy, ale budou k dispozici v tištěné podobě u obhajoby této bakalářské práce.

3.6 Limity studie

Velkým limitem se ukázala být již zmíněná drogová závislost u žen. Jedna informantka byla pod vlivem omamných látek a nedokázala chápat smysl otázek ani po přeformulování otázky. Dále byl ukončen rozhovor s jinou respondentkou pro její psychický stav pramenící z citlivého tématu mateřství a závislostí. Obě respondentky musely být z výzkumu vyloučeny.

S participantkami bylo domluveno, že si mohou po přepsání rozhovoru přepis pročíst. Jedna z respondentek po přečtení celého rozhovoru chtěla svůj původní rozhovor upravit. Ke změnám došlo v kontaktním centru, kdy byly na žádost respondentky změněny některé pasáže v rozhovoru. Respondentka diktovala změny, které byly přímo, tedy bez nahrávání, zaneseny v již přepsaném rozhovoru. Taktéž další z účastnic podílející se na výzkumu chtěla po pročtení některé své odpovědi vymazat či jinak upravit.

Jak již bylo zmíněno, s účastnicemi rozhovoru bylo nezbytné navázat předem důvěru, proto se obě strany před zahájením samotného výzkumu rok a tři měsíce poznávaly a následně také rozhovory zabraly delší časové období.

3.7 Výsledky výzkumu

Jak je patrno výše, data, která byla získána v kvalitativním výzkumu za pomoci využití polostrukturovaných rozhovorů, byla zaznamenána celkem do osmi tabulek. Každá z tabulek vystihuje jedno hlavní téma, které je dále členěno na podtémata. V teoretické části práce je zmiňován vliv rodiny, prostředí, vrstevnické skupiny aj., na vznik a trvání závislostního chování. Proto bude i v praktické části práce, ověřován vliv těchto faktorů, který se jevil jako stěžejní při zrodu závislostí.

Tabulka č. 1

Základní údaje o respondentkách

	Věk ženy při prvním těhotenství	**Počet dětí**	**Druhy závislostí**	**Stav**	**Bydliště**	**Návštěva odborné instituce během těhotenství**
Informantka A 24 let	16 let	3 děti	Marihuana, pervitin, cigarety.	Svobodná	Žije na ulici.	Ne. Léčbu dle svých slov nepotřebuje, nechce o tom hovořit s lidmi, kteří tomu nerozumí, a také nechce, aby ji lidé pomlouvali
Informantka B 21let	18 let	1 dítě	Pervitin, cigarety.	Svobodná	Podnájem.	Ne. Dle respondentky to tenkrát nebyl problém, ona sama to cítila tak, že o nic nejde.
Informantka C 24 let	19 let	2 děti	Alkohol, cigarety, pervitin.	Svobodná	Podnájem, ulice.	Ano, ale nebrala to jako pomoc. Bylo to nařízení OSPOD.
Informantka D 27 let	23 let	1 dítě	Marihuana, pervitin, cigarety.	Svobodná	Podnájem později sdílený pronájem.	Ne. Necítila, že by to byl problém, obávala se ostudy a odebrání dítěte z důvodu své závislosti. Nechce být kontrolována úřady.

Informantka E 38 let	18 let	3 děti	Marihuana, lysohlávky, LSD, pervitin.	Vdova	Žije na ulici.	Ne informantka se léčí sama.

Analýza tabulky číslo 1 jasně ukazuje, že věk žen, které jsou závislé na drogách a které otěhotněly, se pohybuje na hranici dospělosti. Výrazně pod tuto hranici je informantka A, která otěhotněla v 16 letech. Nad touto hranicí se nachází participantka D, u které je věk oproti ostatním ženám, které se svými rozhovory podílely na tomto výzkumu, výrazně vyšší.

Dále je zde patrno, že tyto ženy jsou většinou svobodné, pouze jedna informantka z pěti byla vdaná před tím, než porodila dítě.

Všechny ženy trpí vícečetnou závislostí. Jakou odbornou pomoc vyhledaly v době těhotenství a mateřství je zřejmé z posledního sloupce tabulky. Se svojí závislostí se během těhotenství svěřila do rukou odborníků pouze jedna z respondentek a ani zde to nebylo její svobodné rozhodnutí, nýbrž nátlak ostatních činitelů (OSPOD), které oslovila porodnice. Ale ani po dohledu OSPOD a pomoci P-centra, Pavučinky aj. informantka toto nepokládala za pomoc. Jedná se o informantku C, ta uvádí: „… *já jsem v tu dobu, když oni, jako OSPOD, mě tam poslali, já jsem rebel tak jsem to v tu dobu vnímala jako tak, že jak to obelhat, načůrat něco jinýho. Nebrala jsem to jako jo pomoc. Ale musím říct, že když jsem byla poprvé u psychologa, a to bylo právě v P– centru a jak jsem tam, tak seděla, tak jak teď sedíme my, tak ze mě spousta věcí spadla, a to jsem ani moc nemluvila…* “.

Ženy nevnímají svoji drogovou závislost jako stěžejní či problematickou. Domnívají se, že pokud by chtěly přestat užívat drogy, nepotřebují k tomu odbornou pomoc. Informantka B v rozhovoru uvedla, že: „*… neměla jsem představu, a pro mě to tenkrát nebyl problém. Jsem to tak cítila, že o nic nejde. Nikde jsem se neptala a jestli o tom někdo mluvil, tak jsem ho neposlouchala, prostě pro mě to ten problém nebyl no.* “

Informantka D hovoří takto: „*... Na káčko jsem začala chodit víceméně náhodou, a nakonec jsem i ráda. Šla jsem totiž takhle 1 na bezplatné testy, co nabízí k. A celkem mě šokoval výsledek s pozitivní hepatitidou typu C. Káčko mě se vším seznámilo, dokonce mi zařídili schůzku s lékařkou v nemocnici, která se tím zabývá. V tuto chvíli jsem vyléčená z té nemoci a už snad budu mít pokoj. Naštěstí už je ta nemoc vyléčená, pouhým braním tablet. Moc mi tenkrát pomohly tak tam občas docházím, pro čisté, anebo pro radu či pomoc.* “

Některé respondentky také uvedly stud a nepochopení okolí v případě, že by se o jejich závislosti mělo veřejně vědět. Dále obavu o poškození dobrého jména v případě soudních

rozhodnutí ohledně svěření nezaopatřených dětí do jejich péče. To, že by tyto ženy měly navštívit jakoukoliv instituci, která se zabývá léčbou závislostí, nepovažují za přínosné. Dokonce naopak, domnívají se, že by jim poté dítě nebylo navráceno do péče.

Tři z pěti respondentek žijí trvale a dlouhodobě na ulici. A většina z nich zmiňuje, že by chtěly jakékoliv zázemí.

Tabulka č. 2

Sociogenní faktory, které mohou ovlivnit reakce žen na informaci o těhotenství.

	Partnerské vztahy	**Početí plánované/ neplánované**	**Reakce žen na informaci o těhotenství**	**Primární rodina a poměry v ní**	**Vliv vrstevníků na drogovou závislost**
Inf. A	Současný partner ve výkonu trestu odnětí svobody.	Jedno plánované, dvě děti neplánované	U prvního dítěte nepřemýšlela nad tím, zda dítě chce, či nikoliv. Druhé dítě chtěla, aby si udržela muže, a třetí od začátku nechtěla.	Vyrůstala bez rodičů. Pobyt v dětském domově, kde jí tety říkaly, co a jak dělat. Takový život ženě vyhovoval.	Fetovala s kamarádkami při útěku, tak začala s užíváním drog.
Inf. B	Bez partnera	Neplánované	Původně si dítě nechtěla nechat, protože fetovala.	Vyrůstala bez rodičů – matka ji zavedla do jeslí a už si pro ni nepřišla, pak ji vychovávala babička, ale vztah nebyl harmonický.	Užívání drog v partě.

Inf. C	Vztah s dealerem, násilí v rodině, útěk k dalšímu dealerovi, společné užívání drog, pití alkoholu, hrací automaty	Neplánované	Zjistila své těhotenství v pátém měsíci, informantka se těšila, že nebude sama.	Útěk z domu v 18 letech, velmi špatný vztah s matkou, nerozuměly si, ženě chyběla láska. Vládla v rodině tvrdě, proto otec z rodiny odešel.	Užívání drog v partě.
Inf. D	Partner také drogově závislý, oboustranná nevěra.	Neplánované	Dítě si chtěla nechat, nikdy ji nenapadlo něco jiného.	Matku nezajímalo, že dcera užívá drogy, od 16 let nebydlí s rodiči, byly tam hádky a násilí, později exekuce. Nedostatek financí, život bez elektřiny	Užívání drog v partě.
Inf. E	Problémy v partnerském životě, partneři byli drogově závislí	Neplánované	Všechny děti si chtěla nechat, jen první těhotenství tajila před svou matkou	Hádky v rodině, útěky do přírody, první pervitin našla u rodičů doma. Matka ji vyhodila na ulici pro krádeže v domácnosti.	Užívání drog v partě.

Data z tabulky číslo 2 hovoří o tom, jak ženy reagovaly na informace o jejich otěhotnění. Jelikož se rodičovství týká obou partnerů, může partnerský vztah ovlivnit to, zda ženy plánovaly početí potomka a dále chtěly dítě donosit a vychovávat. Ze zjištěných dat je patrné, s jakými partnery tyto ženy navazují partnerské vztahy. Ve vysoké míře to jsou vztahy, kdy jsou oba z dvojice závislí na omamných a psychotropních látkách. Takový vztah závislých partnerů je problémový a dle slov respondentek řešily násilí a nevěry. Často se zde objevuje dealering obou partnerů.

Informantka C v rozhovoru o partnerovi a jeho závislosti zmínila, že „*… on ten vařič mě totiž začal bít, tak jsem utekla o vesnici dál. A tam jsem bydlela u chlapa, co sice taky vařil, ale měl barák a byl hodnej a rozumnej, akorát tam nebyla elektřina.*“

Výběr partnera a poměry v rodině jsou přímo závislé na patologii pocházející z primární rodiny. Zjištěná data poukazují na fakt, že všechny respondentky vyrůstaly v nepodnětném prostředí. V rodinách často panovaly nepokoje a hádky rodičů, nebo zde mužský element chyběl úplně. Respondentka D sdělila o vztahu rodičů: „*Otec pro mě přišel k sousedům, že mě mamka volá domů. Když jsem přišla, mamka seděla ve vaně se starším bráchou a teklo jí hodně krve z hlavy. Nikdy nepochopím, proč pro mě přišel. Máma poté jela do nemocnice na šití hlavy. Já situaci pochopila tak, že otec mamku někde viděl se líbat s jiným chlapem a měl do mámy nějak strčit a z toho ta rána na hlavě. Otcova verze je, že to už měla, když přišla domů. Co vím je, že otec mě bral za jeho milenkou na návštěvy.*“

Časté byly útěky z rodného domu, které uvedly dvě z pěti žen. Informantka E v rozhovoru řekla: „*Pořád jsem utíkala do lesa. Vzala jsem si foukačku, harmoniku. Ve filmu, bylo to o fašistech, tam jsem viděla prvně trávu a pak jsem to chtěla zkusit. Taky jsem tak nějak zkusila brčko a perník. Pak už to bylo pravidelný.*“ Tato žena byla svou matkou posléze vyhozena na ulici, důvod byl: „*… to jí asi vadilo, že se doma kradlo kvůli heráku. Vše má svoje. Co naděláš.*“

Jedné z dívek, jedná se o informantku D, bylo v době odchodu z rodiny, pouhých 16 let. Matka dívku nechala žít na ulici. Nezajímala se, kde dcera je, s kým žije a z čeho. Ta uvádí: „*… takže tak no, a dětství no od 16 let nebydlím doma, nebyla tam elektřina. Matce vzali exekutoři většinu z platů a ona si nevyřídila ani žádný příjem, že by ji měli na dítě nechávat, že ty děti měla malý, no spíš mladý, já jsem měla 16 a ségra je o 9 let mladší, no a takže jsem se už v 16 odstěhovala. Byla jsem s takovým blbečkem, co mě mlátil. Byla jsem s ním od 14 do 18 let. V 18 jsem vlastně nedokončila třeťák, oni by mě nepustili k závěrkám, skrze absenci a třídní učitelku. Matka mě chvíli před závěrkami nechala zase bydlet doma, ale jak jsem skončila školu, vyhodila mě. Tak jsem byla chvíli na ulici...*“.

Dále dvě dívky byly svěřeny do náhradní rodinné péče. Jedna z nich byla umístěna v dětském domově, kde se řídila instrukcemi vychovatelů a dle jejích slov to bylo období, kdy byla ještě hodná. Po odchodu z dětského domova život a běžné starosti nezvládala. Jedná se o participantku A, která hovoří o době v DDŠ takto: „... *Jako musela jsem chodit k doktorovi, tety mě tam hodně hlídaly, jako ty tety v tom dětském domově. Takže mě tak vždycky říkaly, co třeba mám dělat, takže mě pomáhaly...*“

Další žena byla svěřena do výchovy babičce. Matka ji zavedla do jeslí a už si ji nevyzvedla. Babička výchovu dívky nezvládla. Participantka B uvádí, že si nerozuměly. Dle jejich slov: „… *s babičkou už jsem se nesnášela, ona říkala, že beru, přede všema. Měla si to nechat pro sebe. Když našla stříkačku, tak vyváděla, no. A já jsem tam malého už nechtěla nechávat, dala jsem ho do dětského domova.*“

Některé respondentky zmiňují nezájem v rodinách. Sociální statut či násilí v orientační rodině zmiňuji všechny respondentky.

Tento způsob života se podepsal na počátku užívání drog. Dále všechny respondentky uvedly, že v partě s kamarády došlo k prvotnímu užití drogy a následně tyto látky ve společnosti kamarádů užívaly dál. V této partě ženy také poznaly svoje partnery, se kterými založily rodinu. Ani jedna z žen založení rodiny dopředu neplánovala.

Všechny tyto faktory se promítly v reakcích žen na informaci o jejich otěhotnění. Když informantka A hovořila o tom že: „… *u toho prvního a druhého dítěte, to jsem jako věděla, že je chci, protože první se mi narodil, jo, když jsem byla v děcáku. Já jsem utíkala, a když jsem si pak našla partnera, tak jsem s ním nečekaně teda otěhotněla, pak jsme spolu už začali bydlet, a to druhý děcko už potom, bylo plánované. Chtěla jsem si udržet chlapa. Takže jo, chtěli jsme si nechat obě, a to třetí, co jsem teďka otěhotněla, tak bejvalej si šel sednout do výkonu a já jsem to dítě nechtěla. Věděla jsem od začátku, že ho dám k adopci, ale stýská se mě po těch dvou dětech, chtěla bych je zpátky, ale jsem v takové p…* “.

Informantka B uvedla*: „Já jsem se to snažila zafetovat. První dobu jsem normálně celou užívala, no ale pak, prostě ono po tom měsíci a půl se vytvoří takový nějaký zvláštní vztah k tomu plodu, no, protože my závislí jsme asi hodně emoční, mám ten pocit no, a pak jsem vlastně ty peníze jako profetovala, co jsem chtěla jít jako by na potrat, a v tu chvíli jsem si řekla, že si to děcko nechám a že přestanu užívat. Už mi to bylo hloupé ho prostě poslat do záchodu.*“

Jedna z respondentek se svěřila v rozhovoru, že měla více přemýšlet nad tím, co mateřství obnáší. Ostatní účastnice výzkumu uvedly, že měly radost z toho, že jsou těhotné a řešily otázku bydlení. Účastnice rozhovoru A se vyjádřila ke svojí situaci spojené s bydlením takto: „... *u toho třetího, tam jsem byla na ulici, když jsem byla těhotná, takže občas třeba,*

hlavně v zimě, to bylo hrozný. A taky, že mě kamarádka, to si pamatuju, že mě vyhodila, když bylo pod mínusem ven. Že tam jako chtěli fetovat a já jsem nechtěla, tak mě vyhodili, a to jsem tenkrát šla po ulici a chtěla jsem se někde schovat a Armáda spásy, na tu Armádu už bylo pozdě, protože bylo tři ráno, takže jsem vlezla do kontejneru na hadry a když jsem tam lezla, tak jsem se tam brutálně jako bouchla do toho břicha, to už jsem byla v nějakým sedmým měsíci.“

Závislost před otěhotněním a po porodu

Tabulky č. 3–7 jsou zpracovány odlišně, než je tomu u ostatních tabulek. V každé z uvedených tabulek je uvedena pouze jedna informantka s odpověďmi na otázky týkající se životního stylu, četnosti užívání drog a dále prostředí, které ji obklopuje. Důvodem pro tuto změnu je snaha o lepší a přehlednější zachycení vývoje drogové závislosti u jednotlivých žen. Jsou zde přehledně zachyceny důležité etapy života informantek.

Hlavním tématem těchto tabulek je zjistit závislostní chování před otěhotněním, v průběhu těhotenství a po porodu těchto žen. Z tohoto tématu vyplynula tři podtémata, která vymezují informace o tom, jak těhotenství ovlivnilo užívání návykových látek a dále, jak se promítlo mateřství těchto žen do vývoje vztahu k drogám.

Tabulka č. 3

Informantka A:

	Životní styl	**Četnost užívání**	**Prostředí, které respondentku obklopuje**
Před otěhotněním	Příležitostně drogy, po opuštění dětského domova nemá zázemí.	Příležitostně při útěku z dětského domova	Dětský domov, užívání drog v partě
Období těhotenství a po porodu	Drogy, život na ulici, nedostatek potravin.	Po prvním a druhém porodu příležitostně drogy, po třetím porodu pravidelně.	Změna partnera, partner páchal trestnou činnost, gradace v užívání drog. Po porodu: odnětí svobody u partnera, gradace v užívání drog. Azylový dům a následně pobyt na ulici.

Informantka A v rozhovoru uvedla, že před otěhotněním prvního dítěte nic neužívala, při druhém otěhotnění nastaly u respondentky problémy psychického rázu, kdy začala užívat léky a občas kouřila marihuanu. Dále uvedla že: „… *v době kojení, to jsem si už občas dala*

perník a při tom třetím těhotenství, to bylo nejhorší, protože to jsem si dávala perník normálně a kouřila jsem. No a pamatuju si, že když se jako to děcko začalo po nějaké době jako hýbat, tak mi byly nepříjemný ty pohyby, tak jsem měla pocit, jako bych byla na dojezdu, tak mi to bylo nepříjemný, jak se jako hýbal. Takže perník jsem brala, kouřila jsem no. Jako moc jsem nepila, někdy jako jo, když jsme si dali perník." Tato respondentka uvedla, že když zjistila, že je těhotná, chtěla změnit život, ale nezměnila, protože jejího přítele zavřeli do vězení a ona věděla, že si dítě nenechá v péči. Potřebovala řešit akutní otázku bydlení. Žena dále uvádí, že to, že porodila, nemělo vliv na její závislost. Nezvládala období mateřství a také měla finanční problémy.

Tabulka č. 4

Informantka B:

	Životní styl	**Četnost užívání**	**Prostředí, které respondentku obklopuje**
Před otěhotněním	Užívání drog byl životní styl.	Každodenně.	Užívání drog v partě.
Období těhotenství a po porodu	Přestala pít, kouřit a užívat návykové látky do doby, než porodila. Mateřství nezvládala, začala zase užívat drogy, nechávala dítě u babičky.	Na začátku užívala návykové látky velmi často, poté přestala užívat. V době, kdy neužívala, jedenkrát relaps. Po porodu opětovně užívá.	Ukončila vztahy se závislými osobami. Vyhýbala se situacím, které souvisely s drogami. Po porodu: Vrátila se zpět ke svým závislostem.

Informantka B uvedla, že užívání drog to byl její život, ještě před tím, než otěhotněla. První dobu v těhotenství fetovala, ale poté sdělila že: „… *přestala jsem úplně užívat až do konce těhotenství. Tenkrát jsem měla akorát čerstvých 18 let. Teda jedinkrát, jedinkrát jsem si dala, já jsem si dávala jako nitrožilně, ale jedenkrát jsem šňupala, to jsem byla v 5. měsíci a měla jsem obrovské výčitky. Už jsem to nechtěla ani vidět, ty výčitky byly tak obrovské, že už nikdy jsem to neudělala. Přestala jsem se stýkat s lidmi, co jsme spolu fetovali a vyhýbala jsem se různým situacím.*" Dále informantka uvedla, že udělala chybu, když se k závislosti vrátila. Domnívá se, že závislosti znovu propadla, protože závislost neřešila. Dítě nechávala u babičky, dokonce i tři měsíce se kontinuálně nezdržovala doma.

Tabulka č. 5

Informantka C:

	Životní styl	Četnost užívání	Prostředí
Před otěhotněním	Drogy, život na ulici.	Každodenně i vícekrát za den.	Užívání drog v partě i s partnery.
Období těhotenství a po porodu	V těhotenství omezení návykových látek, nájemní bydlení. Po porodu opětovný stav jako před otěhotněním.	Snaha o omezení návykových látek v těhotenství. Po porodu každý den.	Odstěhování se z města na vesnici, přestala se stýkat se závislými osobami. Vztah s dealerem. Po porodu: Četnost střídání partnerů dealerů, prohloubení závislostí.

Informantka C v období před otěhotněním užívala běžně drogy. Na to, že je těhotná, přišla až v pátém měsíci. Uvádí: „… *já jsem neměla ani bříško. To teď mám větší, no já jsem si myslela no, že víš, sem tam se feťák nají, a tak, pak kručí v břiše. Prostě nevěděla jsem, že to jsou pohyby, no však jsem to neznala. Ale byl to 20. týden, mělo ručičky, nožičky a měl pindíka.*“ Život po zjištění těhotenství informantka změnila takto: „*… já jsem byla na ulici. Já jsem se trhla od feťáků, byla jsem ve městě a trhla jsem se na vesnici. Během těhotenství jsem se nějak snažila. Když už byl syn na světě, nechtěla jsem brát, ale nebavilo mě ani zapnout pračku. Ale to už jsou ty dojezdy. Já jsem tak vylítaná, že když to ráno není, tak jsem na rozbrečení. Já jsem žila u člověka, který to vařil a já jsem každý týden jezdila pro prášky. Ono je těžké vidět to na stole a nevzít si.*“

Tabulka č. 6

Informantka D:

	Životní styl	Četnost užívání	Prostředí
Před otěhotněním	Drogy, dealeři a život střídavě u rodičů a na ulici.	Každodenně, pokud bylo co.	Užívání drog v partě i s partnerem.
Období těhotenství a po porodu	Sama dealerem, návykové látky.	Snaha o omezení v těhotenství. Následně každý den, jako před otěhotněním. Po porodu přestala brát nitrožilně, začala užívat bonbóny.	K návykovým látkám ji vedl partner, se kterým užívali drogy. Přivýdělek v podobě prodávání drog.

			Po porodu: k návykovým látkám ji vedl partner, se kterým fetovali, stálý přísun drog, protože s nimi obchodovali.

Informantka D uvedla, že: „… *před otěhotněním jsem brala tak, jak to šlo. Třeba každej den, když bylo co. V těhotenství jsem to omezila, nebo spíš snížila dávku. Snížila jsem to, i takhle jako, když už jsem je brala, tak jsem snížila dávky. Myslela jsem si, že těhotenství mě od té drogy dostane, že mě to otočí, a když jsem zjistila, že otěhotnění mě neotočilo, tak jsem doufala, že porod mě otočí.“* Dále žena v rozhovoru přiznala, že věřila v to, že jí partner podrží v abstinenci, že přestane užívat také. „*Že by řekl, že přestane taky, tak to zas taky úplně neřekl, ještě k tomu jsem byla dealer, tak mě to finančně jako drželo no, takže to tak pokračovalo dál. Takže jsem nepřestala a ani po tom porodu mě to neotočilo, což jsem očekávala, že otočí.“*Po porodu bylo závislostní chování „*… tak furt stejně. Furt stejné. Přestalo mi jít píchání perníku jehlou, tak jsem musela zkusit jiný způsob a zvolila jsem bonbony. Nechtěla jsem do nekonečna ničit tělo dvaceti vpichama, které stejně neměly žádný úspěch. Jelikož jsem s malým musela docházet na různé kojenecké návštěvy u paní doktorky, nechtěla jsem, abych tam vypadala jako nějaká smažka. Takže jsem to stále mírnila.“*

Tabulka č. 7

Informantka E:

	Životní styl	**Četnost užívání**	**Prostředí**
Před otěhotněním	LSD, lysohlávky, konopí, alkohol a sex. Život na ulici v partě.	Příležitostně.	Do party šla za svým partnerem, který byl závislý na drogách a hodně pil.
Období těhotenství a po porodu	Neutěšené partnerské vztahy, úmrtí partnera, nedostatek peněz a život na ulici.	Kouření marihuany běžně, pervitin v těhotenství dvakrát.	Žádní známí, úmrtí partnera, druhý partner alkoholik. Po porodu: žádní známí, úmrtí partnera, druhý partner alkoholik, trápí se vztahy s muži

Informantka E bydlela před otěhotněním na statku u rodičů, tam se poprvé setkala s pervitinem. Uvádí: *„A perník se objevil nějak na statku a já se hned nastřelila.“* Za svobodna užívala LSD, také měla zkušenosti s lysohlávkami a kouřila marihuanu.

Žena především ve svém životě řešila vztahy s muži. Sama uvádí: *„Tak já jsem kouřila trávu a já jsem nešla jako do party kvůli perníku, ale kvůli vztahu. Mě to tam přiválo srdcově.“* To byl začátek závislosti na drogách. Dále, když informantka otěhotněla, hovořila o tom, že se snažila o omezení alkoholu, pouze na oslavě si alkohol dala. V této době, dle vlastních slov: *„Poznávala feťáky…“*. Po porodu uvedla, že si někdy dala drogy a dodává: *„… ale bylo to čistý. Když to vidím, jak druzí, třeba bejvalej, užívají sračky. Když jsme se rozešli s přítelem, tak jsem si řekla, že už žádný takový sračky nechcu. Ale to nejde, být čistej, nejde…“*. Žena se nemá o koho opřít, nemá žádné známé a ani partnera, který by ji podpořil.

Tabulka č. 8

Kauzalita drogové závislosti – současná situace

	Důsledek drogové závislosti	**Sebepojetí drogové závislosti**	**Zásah OSPOD (odebrání dítěte/dětí), svěření výchovy do péče jiné osobě**
Inf. A	Žije na ulici, nemá bydlení, nemá děti, nemá stálý příjem.	Neřeší závislost, uvědomuje si, že za ztrátu dětí si může svým vlastním chováním. Chápe, že by jí bylo lépe, kdyby pracovala.	Dvě děti v péči otce dětí. Třetí dítě v náhradní rodinné péči.
Inf. B	Dítě vychovává kamarádka.	Bojuje se závislostí, uvědomuje si, jak moc jí kamarádka pomohla. Podstupuje komunitní léčbu.	Náhradní rodinná péče u kamarádky.
Inf. C	Jedno dítě vychovává babička, druhé otec. Nedostatek financí, nebylo na jídlo.	Chce se léčit, chápe, že si za situaci může sama. Vyřizuje si substituční léčbu, na kterou by měla co nejdřív nastoupit.	Jedno dítě v péči babičky, druhé v péči otce.
Inf. D	Dítě vychovává otec. Nemá bydlení, příjem z prodeje návykových látek.	Chce se postavit na vlastní nohy, chtěla by vyřešit svou závislost. Řeší bydlení, nechce spolubydlící.	V péči otce dítěte.
Inf. E	Ulice, děti vychovává babička, nedostatek financí.	Nevidí problém v užívání drog, problémy vidí spíše ve vztazích.	V péči matky respondentky.

Tato tabulka poukazuje na důsledky drogové závislosti. Ženy své děti nevychovávají. Všechny děti jsou v péči jiné osoby. Současnou situaci aktivně řeší pouze dotazovaná C, které se v kontaktním centru pomáhá s vyřízením substituční léčby. Důvodem, pro který chce léčbu podstoupit, je navrácení dětí do její péče. V současnosti nejmladší z dětí vychovává matka respondentky a druhé dítě vychovává otec dítěte. Informantka hovoří o tom, že nechce, aby dítě bylo u babičky, protože: „*… máma je na herákových náplastích, nechci, aby u ní malej byl. Aby tam prožil pubertu.*“ Dále se žena ke svojí závislosti vyjadřuje takto: „*Teď jsem dezolát. Ale nevzdám to, to by mně museli ustřelit hlavu, abych opustila svoje děti. I když je nemám teď u sebe. Tohle je špatná cesta, dám se na pokoru. Půjdu na léčbu a dám to do pořádku a fandím si. Nevzdám to, jen jsem ty hodnoty, které znám, zanedbala. Každý se mnou totiž v…. Vezme si, co potřebuje, a já zůstanu sama.*“

Participantka B v současnosti podstupuje komunitní léčbu, do které nastoupila po tom, co si uvědomila, že se jí kamarádka snaží pomoci, ne jí ublížit: „*Byl to zlom v mém životě. Teď to chápu. To ona se zachovala jako opravdu nejlepší kamarádka. Otevřela mně oči. Díky ní jsem teď v komunitě. Pomohlo mně káčko, díky těm lidským věcem jsem se dopracovala do léčby. Oni ty lidi berou opravdu individuálně. A syn má matku. Snažím se... už nechci na dno.*“ Hovoří o tom, jak vnímá současnou situaci, kdy je sama matkou. „*Před porodem byl můj život prázdný. Byl takový prázdný. Po porodu je citlivější, emočně, prostě je vnímavější. Ono se probudí něco hlubšího v tobě. Je to jiné. Před porodem to bylo takový lážo plážo, takový he toto tamto. Ale jo, i když jsem byla bez toho dítěte, pořád jsem na něho myslela. Trápila jsem se, že tam s ním nejsem, i přesto jsem třeba užívala. Ale po porodu jsem měla za co bojovat. Jo, už prostě, už ono to opravdu ta mateřská láska nějakou chvíli není dost silná, ale proč? Proč není dost silná? Ta matka to ani nevidí, protože v tu chvíli, kdy je závislá, tak ani nevíš, že máš to dítě, i když ho miluješ. Ona potřebuje peníze, to, dát si toto. A já díky bohu jsem měla tu kamarádku, která řekla, ty jsi v první řadě matka. A když mně to řekla, tak mně to došlo. Takže jsem pak bojovala. Po porodu se mi změnil trošku život, trošku v boj. Kvůli té závislosti, skrz něho.*“

Respondentky A a D svou závislost nevnímají jako problém. Informantka A, uvedla: „*… mně se jako ten život nezdá blbej, jen ta děcka jsem posrala. To už asi nespravím, že? Takže jsem si dávala marijánku, perník a kouřila jsem. A vidíš, děcka jsou v pohodě.*“

Informantka E vidí jako hlavní problém partnerství. Závislostní chování dle jejích slov není potřeba řešit, protože má kolem sebe lidi, kteří jí pomáhají a dodává: „*… a tím, že mám pod sebou lidí, co mě provádijou, jsem měla štěstí. Bez vztahů je to na hovno. Spíš si myslím, že jsem potřebovala pomoct po jiné stránce, s těma vztahama. Jako psychologa. To spíš.*“

Respondentka D o své závislosti hovoří takto: „*... ono ti to sebere všechno ostatní, ale především to vezme duši. Na tom se pak odvíjí úplně všechno, pak už je to rodina, kamarádi, známý... sračky, nesmysly, práce, vezme si to úplně všechno. Co je nejhorší, že se tohoto nezbavíš nikdy v životě. Já jsem měla za to, že člověk nepotřebuje léčebnu, že je schopnej se z té sračky dostat sám. Je to psychická závislost. Jenomže jakmile začnete mít snahu, tak vám něco tak podrazí nohy, že, ahoj, snaho.*“ Tato žena se dále vyjadřuje k léčbě svojí závislosti. „*Tak toho bych se ráda taky už zbavila. Jenže nechci jít nikam na léčení, nebo šla bych, ale přišla bych tím úplně o malého nebo prostě bůh ví, jak by se věci dál vyvíjely. Pravděpodobně bych to zvládla i sama, ale ne v tom městě, kde žiju. Chtěla bych pryč. Už teď ho vídám málo toho malého a představa, že bych šla na léčení, mě poněkud děsí.*“

Ženy v souvislosti s drogami řeší také finanční problémy a bydlení. Informantka D uvádí: „*... hlavně se chci postavit na vlastní nohy, nebýt na nikom prostě závislá, s nikým už nechci bydlet. Musím sama bydlet, a to dítě si od něho, až ho to přestane bavit, tak ať ho můžu mít já u sebe. Hlavně nechcu být už s nikým ve spolubydlení. A tak dál. Protože je to peklo.*“ Také informantka A zmiňuje, že ji trápí otázka bydlení a s tím spojené pracovní uplatnění.

Informantka C uvádí, že ji přítel nechal vykázat z domu. „*Udělal ze mě bezdomovce – soud rozhodl do týdne. Jedla jsem granule pro psy. Malej zůstal u něj. Když jsi bezdomovec, nepřiklepnou ti děti a je jedno, kdo je větší feťák. Nevidím ho. Ani tím směrem nechodím. Myslím pořád na něj. Chci, aby byli spolu. Starší syn miluje svého bráška.*“

Také participantka A by chtěla najít práci. Její sebepojetí v rámci života a užívání drog je takové: „*... vím, že jsem to posrala, že moje máma taky chlastala, taky jsem byla ve čtyřech letech odebrána do děcáku, a to samé jsem udělala těm svým dětem, takže si to jako neodpustím. Štve mě to. A je to prostě... nechci se o tom bavit.*“

3.8 Závěr výzkumné části, diskuse

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo objasnit, jak těhotenství a mateřství ovlivní následné užívání drog u drogově závislých žen, a zároveň odpovědět na otázku, jaký vliv má těhotenství a mateřství na způsob jejich života. S informantkami byly vedeny rozhovory, které byly dále zpracovány metodou rámcové analýzy. Aby získaná data byla přehledná, byla vpisována do sestavených tabulek. Tímto způsobem byly prezentovány odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky.

Reakce žen na informaci, že čekají dítě, byly velmi pozitivní. Ženy se těšily z této informace i přes skutečnost, že většina z nich byla bez partnera a bez střechy nad hlavou, bez

stálého příjmu a závislá na omamných a psychotropních látkách. V souvislosti se závislostí a zjištěním, že čekají dítě, jedna z informantek v počátku těhotenství uvažovala o umělém přerušení těhotenství z důvodu obav o zdraví potomka. Ostatní ženy informaci ihned přijaly a snažily si zařídit podmínky pro novorozence. Některé ženy v souvislosti s těhotenstvím hledaly partnera, který by jim pomohl vyřešit bytové a existenční podmínky.

Na otázku, jak těhotenství ovlivnilo jejich další užívání návykových látek, ženy odpověděly, že je to ovlivnilo velmi výrazně. Všechny ženy se po dobu trvání svého těhotenství snažily se závislostním chováním skoncovat nebo alespoň snížit dávky. Ženy přemýšlely o tom, že užívání těchto látek nepůsobí dobře na vývoj plodu. Proto se snažily přerušit sociální vztahy, které do té doby udržovaly, anebo se dokonce odstěhovaly pryč z města. Smutným faktem ale je, že při hledání zázemí a vhodných podmínek většina žen skončila po boku dealera, nebo opět ve společnosti osob, které jsou závislé na omamných a psychotropních látkách. Respondentky těžce prožívaly relapsy, a proto usilovaly o minimalizaci těchto projevů chování. V drtivé většině rozhovorů ženy uvedly, že období těhotenství bylo dobou, kdy užívaly návykové látky v co nejmenší míře.

Odpovědi na otázku, jak se promítlo mateřství do vývoje vztahu k drogám, byly překvapující, jelikož ženy se ke svému závislostnímu chování vrátily ve stejné nebo ještě vyšší intenzitě, než tomu bylo v období opřed otěhotněním. Důvod byl takový, že informantky považovaly starost o dítě, denní harmonogram spojený s narozením potomka, finance a existenční otázky za spouštěče depresí a nedokázaly zvládnout běžný život bez drog anebo s omezením užívání těchto látek. Ženám také v tomto období nepomohlo, že jejich partneři i nadále užívali drogy anebo byly tyto látky volně dostupné v jejich domácnostech. Prakticky všechny ženy hovoří o lásce ke svým dětem a o zklamání z toho, že tento cit nestačí k tomu, aby s užíváním přestaly.

Pokud si tedy ženy přejí s užíváním drog přestat, jakou odbornou pomoc vyhledaly v době těhotenství či mateřství? Informantky nevyhledaly v těhotenství žádnou pomoc odborníka. Důvodem pro takové jednání byly jejich obavy ze zbytečných kontrol a nepříjemností s úřady, a také odebrání dítěte z jejich péče. Všechny respondentky uvedly, že pokud by chtěly omezit či přestat užívat drogy, pomohou si raději samy, na odborníky by se s žádostí o pomoc spíše neobracely. Jedna z dotazovaných prošla různými institucemi, které zajišťují pomoc těmto ženám v době těhotenství, nebylo to však její svobodné rozhodnutí, ale nařízení OSPOD, takže to tato žena nevnímala jako formu pomoci.

V období mateřství je situace výrazně odlišná. Přestože v období těhotenství byla obava z odebrání dítěte z péče informantek důvodem, proč nenastoupit na aktivní léčení jejich závislostí, žádná z žen nyní nemá své děti v péči. Trpí tím, že nemohou své děti vychovávat, že

nejsou v jejich společnosti, a proto se snaží situaci nějakým způsobem řešit. Jedna z žen nastupuje do komunitní léčby a druhá na substituční léčbu. Ostatní ženy jsou ve fázi, kdy přemýšlí nad svým vlastním životem a tím, co a jakým způsobem a zda vůbec změnit. Mnohé z těchto žen nepovažují svoji drogovou závislost za ten nevětší problém, který mají, ale spíše uvažují nad partnerským životem, jak získat práci a bydlení.

Pro objektivní posouzení výsledků výzkumu je nutné uvést, že při hledání odpovědi na otázku, jaký vliv má těhotenství a mateřství na způsob života drogově závislých žen, je nutno přihlédnout také k vnitřním vlastnostem jedince a jeho vůli, rodinným poměrům, kvalitě zájmů apod. Nutná je také návštěva odborníka a chuť spolupracovat na případné léčbě. Poučit se z jakéhokoli relapsu. A hlavně, mít odvahu, která vede ke změně.

Závěr

Téma drogové závislosti a těhotenství bylo v této práci zvoleno proto, že se jedná o citlivé téma, které nás úzce obklopuje. Obraz dnešní doby je takový, že se závislostní chování nevyhýbá ani ženám, ze kterých budou nebo jsou matky. Na tom, jak bude naše společnost vypadat, se podílíme my všichni, a proto vnímám jako stěžejní v rámci procesu socializace hovořit i o problematice užívání drog v těhotenství a následně i mateřství. Tato problematika se týká nás všech.

Teoretická část práce je sestavena z kapitol, které jsou opřeny o fakta z odborné literatury, internetových zdrojů a odborných studií, které se problematikou užívání drog zabývají. Za nejvýznamnější kapitolu v teoretické části je možno považovat kapitolu: Faktory způsobující závislost. Důležitost této kapitoly spočívá v tom, že objasňuje různé faktory, které mohou působit na osobnost jedince v období jeho vývoje. Jsou zde uvedeny jako podkapitoly: osobnost jedince, sociální faktory, vrstevnická skupina, primární rodina, biologické faktory a psychologické faktory. Pokud jsou tyto vlivy negativního charakteru, vývoj dítěte může vyústit v pokřivenou osobnost jedince. Dále jsou v této části práce objasněny pojmy závislost, drogová závislost, prostředí a drogy, dispozice k drogové závislosti a způsob aplikace drog. Pro pochopení, jak které drogy působí na lidský organismus, je uvedeno rozdělení drog podle různých kritérií. V závěru teoretické části je popsán vývoj plodu, specifika užívání drog u žen a vliv různých druhů drog na vývoj plodu. Součástí práce je také studie možné motivace závislých žen k léčbě.

Ve výzkumné části práce byla data shromážděna za využití kvalitativního výzkumu, prostřednictvím rozhovorů s drogově závislými ženami, které jsou matkami dětí do dvou let. Původní metoda analýzy otevřeného kódování se po sběru dat zdála jako nevyhovující z důvodu nedostatečného nasycení potřebnými daty a byla nahrazena metodou rámcové analýzy. Takto byly objasněny dílčí hlavní výzkumná otázka práce: „Jak ovlivní těhotenství a mateřství užívání drog u drogově závislých žen?“ Z rozhovorů, které byly vedeny s omezeným množstvím respondentek, je patrno, že ženy chtěly svoji drogovou závislost během období, kdy byly těhotné, minimalizovat či od ní zcela upustit. V období těhotenství se ženám více či méně dařilo omamným a psychotropním látkám odolat. V období po porodu ženy nezvládaly změnu režimu, která nastala s narozením potomka. Všechny ženy, které se zúčastnily rozhovorů, se ke svojí závislosti vrátily, a to buď ve stejné intenzitě, než tomu bylo před otěhotněním nebo i v intenzitě vyšší. Jednoznačně se v této práci potvrdily vlivy prostředí, primární rodiny, vrstevnických skupin a ostatních faktorů, které byly uvedeny v teoretické části a dále podrobeny výzkumu

v praktické části bakalářské práce. Výsledky tohoto výzkumu se týkají úzkého spektra dotazovaných žen a nedají se aplikovat na veškerou populaci drogově závislých žen, které jsou matkami.

Téma, které se týká žen-matek závislých na omamných a psychotropních látkách, je velmi citlivé, ale také složité v otázkách podpory těchto žen a možností účinné pomoci. Výzkum v rámci budoucí diplomové práce by jistě přinesl mnoho nových zjištění. Jako možné okno včasné pomoci se jeví období těhotenství, kdy byly ženy motivovány s dosavadním životem v drogové závislosti skoncovat.

Seznam literatury

Australian Government. What are drugs? [online]. Commonwealth of Australia, 2019, 17. 7. 2019 [cit. 2023-06-20]. Dostupné z: https://www.health.gov.au/topics/drugs/about-drugs/what-are-drugs

BARNARDOVÁ, Maria. *Drogová závislost a rodina.* Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

BRUNO, Francesco, (ed.). *Drogy – drogová závislost*. Olomouc: Sananim, 1996.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 9788024601397.

DÖRR, Alfréd. Alkohol a drogy v těhotenství? Bezpečná dávka neexistuje, následky bývají vážné. Online. *Deník.cz*. 2018, č. 8. 12. 2018. Dostupné z: https://www.denik.cz/zdravi/alkohol-a-drogy-v-tehotenstvi-bezpecna-davka-neexistuje-nasledky-byvaji-vazne-20181206.html [cit. 2023-06-20].

HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* 4. rozš. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

LADECKÝ, Roman. *Jak jsou drogy užívány*. Online. Substituční léčba. 2023, 27. 11. 2023. Dostupné z: https://www.substitucni-lecba.cz/jak-jsou-drogy-uzivany. [cit. 2023-11-27].

KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Rozdělení drog. Online. Substituční léčba. 2023, 17. 5.2023. Dostupné z: https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog. [cit. 2023-05-17].

MATÉ, Gábor. *V říši hladových duchů*. 2 vyd. Praha: PeopleComm, 2022. ISBN 978-80-87917-78-7.

MATĚJČEK, Zdeněk, Marie, POKORNÁ, a Petr, KARGER. *Rodičům na nejhezčí cestu*. Praha: H & H. ISBN 80-7319-023-0.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0870-1.

MAYO CLINIC. *Drug addiction (substance use disorder).* Online. In: Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2022, 4.10.2022. Dostupné z: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112. [cit. 2023-06-20].

MIOVSKÝ, Michal. *Kvantitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MINAŘÍK, Jakub. *O drogách obecně: Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky*. Online. In: Drogová poradna.cz. 2009. Dostupné z: http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html. [cit. 2023-05-19].

NEŠPOR, Karel. *Dívky a ženy, které mají problémy s drogami*. Online. In: Medicína.cz. 2024. Dostupné z: https://medicina.cz/clanky/2597/34/Divky-a-zeny-ktere-maji-problemy-s-drogami/. [cit. 2023-05-17].

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problémy alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

POPOV, Petr. *Závislost v těhotenství a její vliv na dítě.* Online. In: Šance Dětem. c 2011–2024, 21. 9. 2023. Dostupné z: https://sancedetem.cz/zavislost-v-tehotenstvi-jeji-vliv-na-dite [cit. 2023-04-27]. ISSN 1805-8876.

PRESLOVÁ, Ilona a MAXOVÁ, Veronika (ed.). *Ženy & drogy: sborník odborné konference: Praha 15.–16. dubna 2009*. Praha: Sananim, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5.

PRESLOVÁ, Ilona. *Děti rodičů se závislostí*. Online. In: Šance dětem. c2011–2024, 16. 10. 2023. Dostupné z: https://sancedetem.cz/deti-rodicu-se-zavislosti. [cit. 2023-05-19].

PRESLOVÁ, Ilona. Program pro rodiče-uživatele drog a jejich děti. Online. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*. 2018. ISSN 2570-8120. Dostupné z: https://www.aplp.cz/program-pro-rodice-uzivatele-drog-a-jejich-deti/. [cit. 2023-06-24].

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Jak předcházet užívání drog?* Online. In: Národní zdravotnický informační portál. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/249-jak-predchazet-uzivani-drog. [cit. 2024-03-26].

CORBIN, Juliet M. a STRAUSS, Anselm L. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Přeložil Stanislav JEŽEK. SCAN, 2. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 808583460X.

SVOBODA, Jan a Leona NĚMCOVÁ. *Krizové situace výchovy a výuky*. Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-935-8.

ŠIROKÁ, Pavlína. *Kouření v těhotenství zvyšuje pravděpodobnost vrozených vad. Hrozí i náhlé úmrtí novorozence*. Online. In: Zdaví.euro.cz. 1997–2024. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanky/koureni-v-tehotenstvi-dopady-na-dite/. [cit. 2023-04-27].

VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.

VAVŘINKOVÁ, Blanka. Reprodukce a drogová závislost. In: ŠULOVÁ, Lenka; FAIT, Tomáš a WEISS, Petr. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví.* Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

ZAHÁLKOVÁ, Milada. *Pediatrie pro speciální pedagogy.* 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2327-9.

Seznam grafů

Graf č. 1: Zdroj motivace závislých matek při léčbě (Preslová, Maxová, 2009, s. 24)

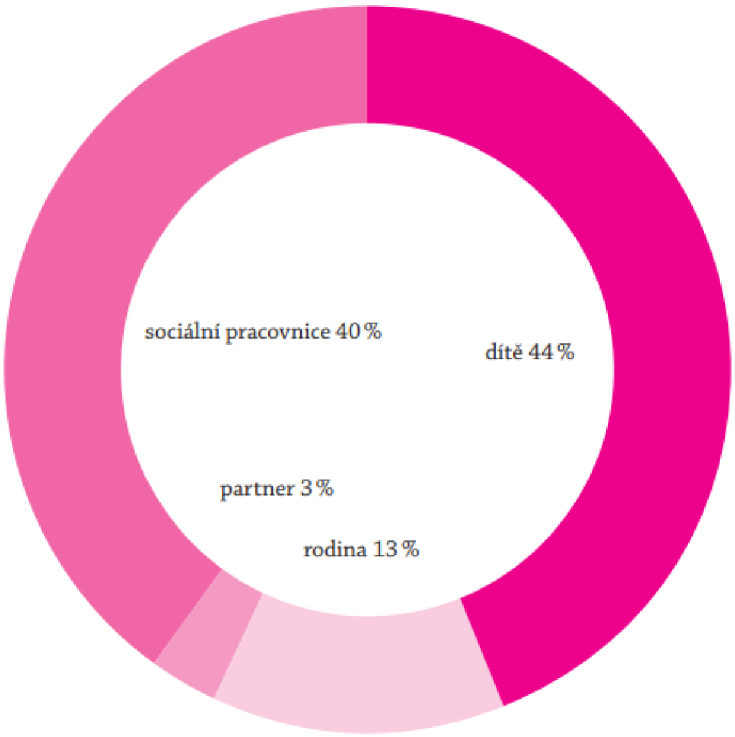
Graf č. 2: Abstinence v těhotenství (Preslová, Maxová, 2009, s. 26)

Graf č. 3: Relaps (Preslová, Maxová, 2009, s. 27)

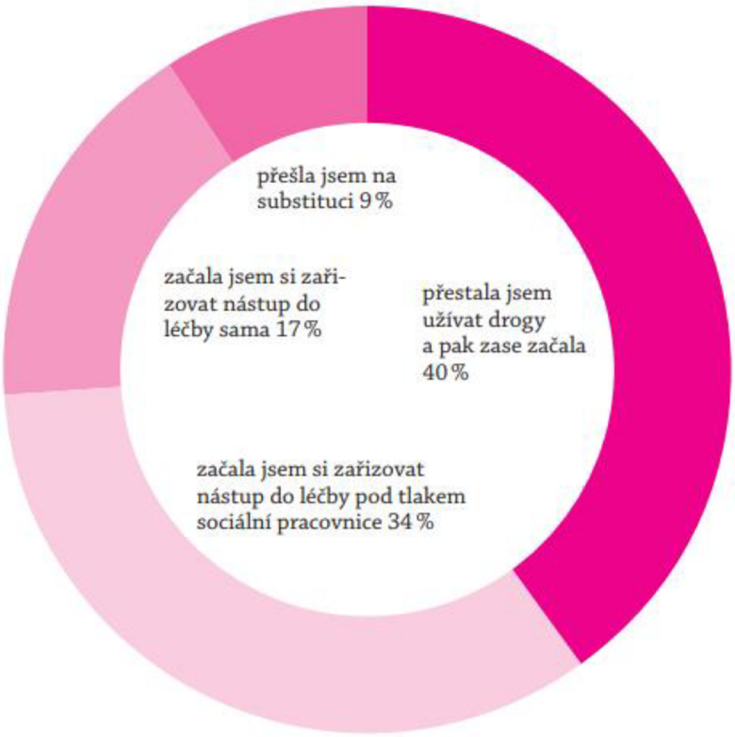
Graf č. 4: Relaps (Preslová, Maxová, 2009, s. 28)

Grafické znázornění studie

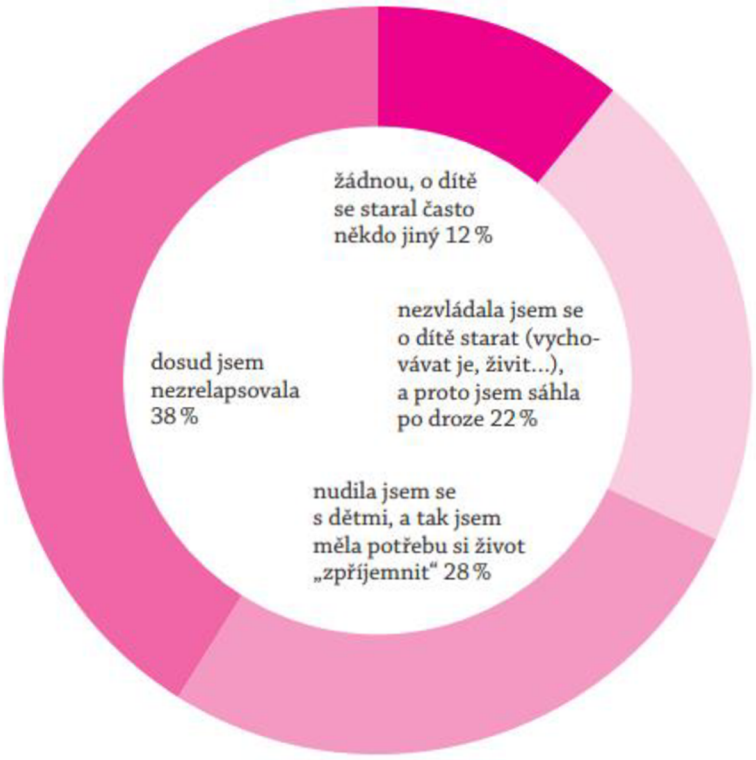
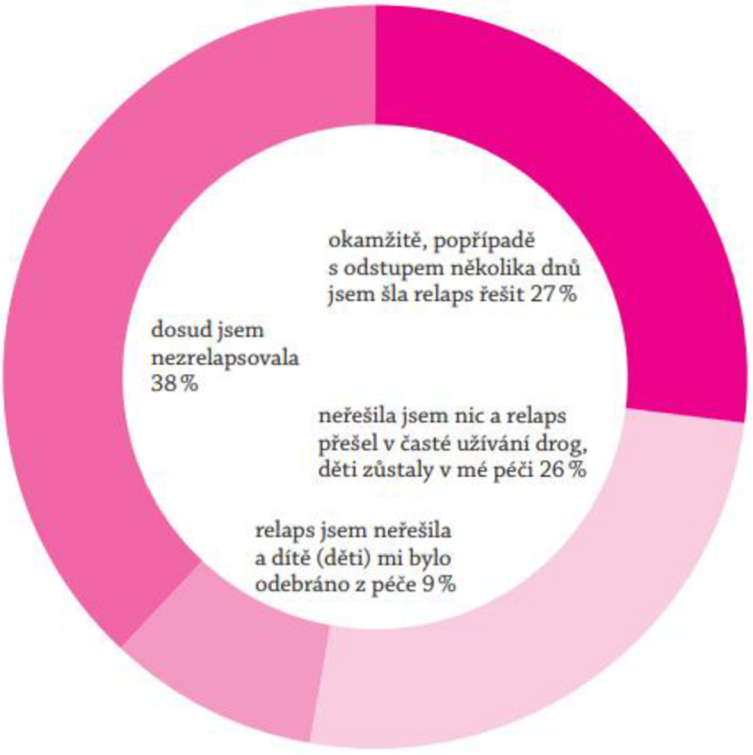
Graf č. 1: Zdroj motivace závislých matek při léčbě (Preslová, Maxová, 2009, s. 24)



Graf č. 2: Abstinence v těhotenství (Preslová, Maxová, 2009, s. 26)



Graf č. 3: Relaps (Preslová, Maxová, 2009, s. 27)



Graf č. 4: Relaps (Preslová, Maxová, 2009, s. 28)