

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**RIZIKA A DOPADY PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG
U TĚHOTNÝCH ŽEN**

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

Autor práce: Jana Přádná

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: III.

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma *Rizika a dopady problémového užívání drog u těhotných žen* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím literárních pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

..... 2012

.....
Jana Přádná

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Elichové, Ph.D. za cenné rady a připomínky.

OBSAH

ÚVOD	6
1. DROGOVÁ ZÁVISLOST A ŽENY	9
1.1 Charakteristika závislosti	9
1.2 Uživatelky drog	11
2. RIZIKA A DOPADY UŽÍVÁNÍ DROG NA ŽENY	13
2.1 Zdravotní rizika a dopady	14
2.2 Skupiny návykových látek a jejich vliv na ženy	17
2.2.1 Opiáty	18
2.2.2 Stimulační drogy	19
2.2.3 Léky s tlumivým účinkem	20
2.2.4 Alkohol	20
2.2.5 Kanabinoidy	22
2.2.6 Těkavé látky	22
2.2.7 Halucinogeny	23
2.2.8 Nikotin	23
2.3 Sociální rizika a dopady	24
3. PROBLEMATIKA TĚHOTNÝCH UŽIVATELEK DROG	29
3.1 Těhotné uživatelky drog	30
3.2 Prenatální péče	32
3.3 Substituční léčba závislostí v těhotenství	34
3.3.1 Léčba metadonem	34
3.3.2 Léčba buprenorfinem	35
3.4 Matka a dítě	36
4. RIZIKA A DOPADY DROG NA PLOD A NOVOROZENCE	38
4.1 Zdravotní rizika a dopady	38
4.2 Skupiny návykových látek a jejich vliv na plod a novorozence	39
4.2.1 Opiáty	39
4.2.2 Stimulační drogy	41
4.2.3 Léky s tlumivým účinkem	42

4.2.4 Alkohol	43
4.2.5 Kanabinoidy	44
4.2.6 Těkavé látky	45
4.2.7 Halucinogeny.....	45
4.2.8 Nikotin.....	45
4.3 Abstinenční syndrom novorozence	46
ZÁVĚR	50
Seznam použitých zdrojů.....	53
Abstrakt.....	57

ÚVOD

Tato bakalářská práce se věnuje problematice užívání drog u těhotných žen. Zaměřuje se na uživatelky s delší drogovou kariérou, tj. na uživatelky drog problémové a závislé. Právě problémové užívání a závislost zasahuje významně do zdravotního stavu ženy a zároveň negativně ovlivňuje její sociální fungování.

Uživatelky drog jsou v první řadě ženami a stejně jako zdravé ženy přivádí na svět své potomky. Užívám záměrně slovo zdravé, jelikož drogová závislost je klasifikována jako onemocnění, které je často těžké a vleklé, zasahující celý systém jedince a jeho sociální okolí. Přesto, že je závislost chápána jako onemocnění, stále se tyto ženy ve svém životě setkávají s nepřijetím, předsudky, stigmatizací. Ze své vlastní zkušenosti bohužel musím říci, že často i ze strany odborné veřejnosti, některých sociálních pracovníků, lékařů či veřejných činitelů.

Již od dětství se u dívek předpokládá, že budou hodné, poslušné, hezky upravené, že budou v dospělosti schopné plnit roli matky a pečovat o rodinu. Braní drog s sebou ovšem často přináší neschopnost naplňovat tyto role. Ženy často toto selhání trápí. Těhotenství uživatelky drog bývá neplánované a nechtěné. Umělé přerušování těhotenství bývá u problémových uživatelky častým krokem. V mnoha případech žena své těhotenství zjistí pozdě, kdy se musí smířit s tím, že se stane matkou, protože interrupce již není možná.

Pokud uživatelka drog otěhotní, drogová závislost v této chvíli zasahuje nejen ji, ale také její dítě, a to silně, po celý průběh těhotenství a často po celý jeho budoucí život.

Cílem mé bakalářské práce je popsat rizika spojená s problémovým užíváním drog v těhotenství žen a jejich možný dopad na matku, plod a novorozence, na základě dostupné odborné literatury (oboru adiktologie, zdravotnictví, sociologie, sociální práce) a vlastních profesních zkušeností s uživateli drog.

V dostupné literatuře o drogové problematice se často vyskytují nekomplexní informace týkající zejména právě rizik a dopadů užívání drog u žen a v těhotenství. Ženy, uživatelky drog, zejména těhotné, jsou specifickou skupinou, na kterou je v odborné péči často zapomínáno. Např. v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog bývá spíše výjimkou pracovník zaměřený speciálně na tuto cílovou skupinu.

V České republice existuje např. pouze jedna rezidenční léčebná komunita speciálně určená ženám a matkám s dětmi (Karlov, o. s. Sananim). Situace se u nás ale pomalu zlepšuje, zejména v Praze existují speciální programy pro ženy, např. denní stacionář pro ženy a doléčovací centrum pro matky s dětmi (o. s. Sananim), kde se na ženskou otázku zaměřují.

Jak bylo již zmíněno, při psaní této práce jsem zároveň vycházela i ze svých vlastních profesních zkušeností s uživateli drog. Pracuji v občanském sdružení Prevent jako terénní sociální pracovnice, v terénním programu Jihočeský streetwork Prevent více než šest let. V průběhu své praxe se v problematice drog neustále vzdělávám, absolvovala jsem nespočet odborných kurzů, seminářů, konferencí a stáží v dalších službách pro uživatele drog.

Při své práci se s uživatelkami drog a těhotnými samozřejmě setkávám. Naše klientky mají velmi rozmanité příběhy a osudy, rozdílnou délku a intenzitu drogové kariéry, různá poškození v souvislosti s užíváním drog a jejich životním stylem a také rozdílný počet dětí se stejně rozmanitými osudy jako mají ony samy.

Terénního pracovníka zde lze vidět jako „průvodce“, který provází uživatele drog po strmé cestě jejich drogové kariéry a který respektuje jejich rozhodnutí aktuálně drogy brát, ale takovým způsobem, který co v nejmenší míře ohrozí jedince ve všech jeho rovinách. Informuje uživatele o nebezpečí braní drog a způsobech bezpečnějšího užívání. I přesto je cílem motivace k životu bez drog. Každá uživatelka drog by měla být vždy srozuměna se všemi možnými riziky a dopady na její zdravotní stav během těhotenství a zároveň i na její nenarozené dítě. Mělo by se pracovat na změně a zlepšení její sociální situace, pokud je to možné motivovat ji k léčbě. K účinným intervencím je třeba být dostatečně informován a dobře se orientovat v problematice.

Každý kontakt s těhotnou uživatelkou drog bývá náročný, protože pracovník ví, že užíváním drog ohrožuje i nenarozené dítě. Uvědomuje si, že žena nejedná správně, přesto musí ženu přijímat a nesoudit ji. Vzhledem k těmto situacím je nápomocná odborná supervize a neustálé odborné vzdělávání, sebereflexe pracovníka a v neposlední řadě systematická psychohygienu.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do čtyř kapitol. První kapitola definuje závislost, problémové užívání a uživatelky drog.

Další kapitola se zabývá riziky a dopady užívání drog na ženu. Braní drog má nepříznivý dopad na zdraví jedince. Jednotlivé typy drog mají odlišná rizika a dopady na organismus, proto jsem typy drog pro větší přehlednost rozdělila do podkapitol. Braní drog zasahuje také sociální rovinu jedince. Narušuje sociální fungování a často také postupně vede k sociálnímu vyloučení těchto žen. V této kapitole jsem nejvíce čerpala ze svých profesních zkušeností i z toho důvodu, že tato oblast nebývá v odborné literatuře komplexně popsána.

Třetí kapitola charakterizuje těhotné uživatelky drog, popisuje jejich specifika. Dále se zaměřuje na jejich prenatální péči, která bývá u této cílové skupiny problematická. Popisuje také substituční léčbu v těhotenství, která je pro těhotenství a ženu prospěšná, a v neposlední řadě vztah matky a dítěte, který bývá u této skupiny často problematický.

Poslední kapitola je věnována rizikům a dopadům drog na dítě, protože to se stává nedobrovolně aktérem užívání své matky. Stejně jako v předešlé kapitole jsou zde jednotlivé drogy rozděleny pro větší přehlednost. Dále je zde popsán abstinenční syndrom novorozence, který u těchto narozených dětí bývá přítomen a tyto děti ohrožuje.

1 DROGOVÁ ZÁVISLOST A ŽENY

1.1 Charakteristika závislosti

Binder uvádí, že: „závislost na návykových látkách patří mezi chronické onemocnění CNS.“¹ To, že je závislost onemocnění, se dostává do povědomí veřejnosti. „Závislost zpravidla přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bídy a vede často k předčasné smrti... ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí.“² Život zde bývá plně podřízen droze.³

V literatuře se také setkáváme s pojmem problémové užívání. To bývá definováno jako intravenózní užívání a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a drog amfetaminového typu. Ve skupině závislých jde velmi často zároveň i o problémové užívatele drog.⁴ Dále je znám pojem škodlivé užívání, kde je důsledkem poškození zdraví. Toto poškození může být tělesné či duševní. V dalších definicích jsou zmíněny samozřejmě sociální dopady.⁵ Sociální dopady bývají často velmi významné.

Pro bližší představu o šíři problematiky problémového užívání drog uvádím některá statistická čísla. V roce 2010 bylo např. v České republice 39 200 problémových uživatelů. Z toho bylo 11 000 uživatelů opiátů a 28 200 uživatelů pervitinu. Intravenózních uživatelů bylo 37 200. Z toho bylo v Jihočeském kraji v témže roce zachyceno 1 400 těchto uživatelů. Uživatelů opiátů 200 a 1200 uživatelů pervitinu. Všichni zmínění byli zároveň intravenózními uživateli.⁶ Tyto údaje však neuvádí poměr mezi muži a ženami, jelikož Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky tyto údaje nevyžaduje a nesleduje.

Drogami se podle Bindera rozumí: „návykové látky, které jsou schopny navodit velmi těžce zvládatelnou potřebu opakovaného nutkavého užívání těchto látek

¹ BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 223.

² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 547.

³ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici*, s. 61.

⁴ Srov. KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*, s. 17.

⁵ Srov. NEŠPOR, K. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*, s. 217-218.

⁶ Srov. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*, s. 42.

pro jejich psychické účinky, a dále proto, aby zabránilo vzniku nepříjemných stavů (abstinenční syndrom) vznikající při nepřítomnosti drogy v organismu.“⁷

Na závislosti se podílejí 3 složky (droga, organismus a prostředí). U drogy se přihlíží k tomu, jaký dokáže vyvolat psychický účinek a jaké stavy vyvolává při neužívání drogy po opakované aplikaci.⁸

„Drogová závislost je částečně geneticky podmíněná a je výsledkem interakce genů a prostředí. Ne každý, kdo si ve své genetické výbavě po rodičích přináší do života genetické dispozice ke drogové závislosti má to štěstí, že se narodí do prostředí, které nepřispívá k vzniku závislosti.“⁹

Lidský organismus ovlivňuje do jisté míry závislost na drogách. Existují jisté genetické predispozice a osobnostní znaky, které přispívají ze vzniku a prohloubení závislosti. Binder uvádí, že muži a ženy mají rozdílné dispozice k závislosti na návykových látkách. Uvádí se, že u žen vzniká drogová závislost častěji než u mužů, protože ženy jsou na drogy citlivější. Co se týče ale léčby, tak na ní ženy rychleji reagují, ale v období, kdy by měly abstinovat, jsou náchylnější k relapsům a dochází k nim častěji.¹⁰ Tyto skutečnosti lze v praxi pozorovat.

Jak je již zmíněno výše, prostředí také do značné míry ovlivňuje vznik závislosti. Sociokulturními vlivy je jedinec významně ovlivněn. Dle Vágnerové jde zejména o značné působení malých skupin na jedince a určité situační podněty (např. tradice užívat drogy).¹¹ Ke vzniku závislosti na návykových látkách přispívá např. nefungující rodina, kde se jedinec cítí osamělý, má nedostatek rodičovské péče; rodiče mohou užívat drogy; je u nich běžná kriminalita atd.¹² Užívání drog rodiči závislých jedinců dokládá i praxe. S rodiči, uživateli drog a jejich závislými dětmi se setkávám. Našimi klienty jsou i celé rodiny, častěji to bývá jeden z rodičů a dítě, tedy rodič a mladý dospělý.

Binder uvádí, že člověk, který užívá drogy je natolik spjat s prostředím, kde se pohybuje, že v případě, kdy se dostane do známého prostředí, kde drogy bral

⁷ BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 223.

⁸ Srov. Tamtéž, s. 223.

⁹ ÚŘAD VLÁDY. *Zaostřeno na drogy*, 3/2007, s. 7.

¹⁰ Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 223.

¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 297.

¹² Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 223.

a v současnosti abstinuje, tak u něj dochází k excitaci stejných mozkových center, jako když drogy užíval, ačkoliv si žádnou drogu neaplikoval.¹³

K dalším rizikovým faktorům patří při abusu drog bezesporu také: „*absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority a dále nerozvíjení pokory.*“¹⁴ Mnoho klientek svůj smysl života hledá a touto absencí trpí.

1.2 Uživatelky drog

V České republice se zatím téma gender v drogové problematice dle Vobořila moc neobjevuje. „*Pod tímto pojmem si dosud spíše představíme data nebo ukazatele z praxe, upozorňující na rozdíly v mužské a ženské populaci.*“¹⁵

Specifikem žen na drogové scéně je zejména kulturní a sociální podtext samotného problému užívání drog. Samozřejmě další rozdílností mezi ženami a muži jsou problémy spojenými s těhotenstvím a mateřstvím.¹⁶

Preslová uvádí: „*Specifika žen v klientele uživatelů návykových látek však nespočívají pouze v jejich mateřské roli a ve všem, co s tím souvisí. Výzkumy ukazují, že vznik závislosti a průběh užívání je u žen výrazně jiný než u mužů. Závislost u nich vzniká rychleji, po nižších dávkách, mají méně problémů se zákonem, ale zároveň jsou méně často přijímány do terapeutických programů, z kterých častěji předčasně odcházejí.*“¹⁷

Již od dětství se na děvčata a chlapce pohlíží rozdílně, jedná se i s nimi jinak. Ettorre užívá označení „dvojí deviant“, za který je žena užívající drogy společností považována. Neboť žena je problematická tím, že užívá návykové látky, ale zároveň také selhává v roli manželky a matky.¹⁸ Proto jsou ženy, uživatelky drog, nejohroženější skupinou drogově závislých.

¹³ Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 223.

¹⁴ TŘINECKÝ, J. Podpora duchovních potřeb uživatele. *Sociální služby*, 2011, roč. 13, č. 12, s. 22.

¹⁵ VOBOŘIL, J. Gender differences- ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost- review anglicky psané literatury. *Adiktologie*, 2002, roč. 2, č. 1, s. 34.

¹⁶ Srov. Tamtéž, s. 35.

¹⁷ PRESLOVÁ, I. Drogy, ženy a my. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 12.

¹⁸ Srov. VOBOŘIL, J. Gender differences- ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost- review anglicky psané literatury. *Adiktologie*, 2002, roč. 2, č. 1, s. 35-36.

Dle Nešpora bývají ženy oproti mužům zdrženlivější ve vztahu k návykovým látkám. Lze to také vysvětlit tím, že ženy mají silnější pud sebezáchovy.¹⁹

Nešpor se odkazuje na Brodskou, která uvádí, u žen se častěji jedná o závislost na alkoholu psychogenního původu, zatímco u mužů častěji sociogenního, protože u žen se ve větší míře vyskytují deprese a úzkostné stavy.²⁰

Ženy si více než muži zakládají na vzhledu, na tom, jak působí na své okolí a tak často užívají drogy tajně, aby je okolí nevidělo. Ženy také často začnou brát dle Nešpora díky partnerovi, který je na návykových látkách závislý.²¹ S čímž se lze v praxi běžně setkat.

I další autoři uvádí, že u žen, uživatelék drog, je braní návykových látek často také spojeno se soužitím s mužem, který je ve většině případů také závislý na drogách. Ženy často uvádí jako důvod užívání drog a samotný vznik závislosti zátěžovou situaci v rodině či partnerském životě. Co se týče léčby závislostí, tak se ženy začínají léčit zejména z toho důvodu, že se u nich začaly objevovat zdravotní ale i rodinné problémy.²²

Podle Vobořila je velký výskyt uživatelů s duální závislostí, tzn., že každý druhý jedinec je závislý jak na návykových látkách, tak trpí ještě problémy v oblasti duševního zdraví. I v této oblasti se objevují rozdíly mezi muži a ženami. Např. je častá spojitost žen, které mají problémy s užíváním návykových látek nebo alkoholu a poruchami příjmu potravy. Podle studie, na kterou se odkazuje Vobořil, se prokázalo, že až 10 - 12 % žen, které měly bulimii, užívalo zároveň kokain či amfetaminy. Také se uvádí spojitost s tím, že některé ženy začnou užívat drogy právě kvůli problémům se svojí váhou.²³ To potvrzuje také Hajný, který uvádí užívání návykových látek při obou typech poruch příjmu potravy, totiž při bulimii i anorexii.²⁴ Na tuto skutečnost je také třeba se při kontaktech s ženami zaměřovat a tato témata s nimi otvírat.

Při své praxi jsem se setkala a setkávám s oběma případy, tedy s ženami, které začnou brát amfetaminy, aby rychle a snadno zhubly i bulimičkami, které symptomy

¹⁹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 55.

²⁰ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 153.

²¹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 55.

²² Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 153.

²³ Srov. VOBORIL, J. Gender - ženy jako specifická skupina. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*, s. 240.

²⁴ Srov. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 54.

svého onemocnění „brzdí“ braním amfetaminů, jelikož při intoxikaci necítí nutkání k jídlu.

Často je uváděna také spojitost s braním drog a psychickými potížemi spojenými se sexuálním zneužíváním během dětství a dospívání nebo fyzickým a psychickým týráním žen. Některé ženy, právě díky těmto psychickým potížím začnou užívat návykové látky.²⁵ Sociální pracovník by měl s touto skutečností počítat a na tato témata by měl být připraven.

Zajímavý je i fakt, že ženám jsou dvakrát až třikrát častěji dle Vobořila předepisovány barbituráty. Mezi nejčastější důvody předpisu léků na uklidnění a spaní jsou uváděny rodinné problémy a manželská krize. Zdravotnictví tak v podstatě vytváří velký počet závislých žen na lécích. Je to způsobeno také tím, že ženy se více soustředí na psychické prožívání nemoci a hůře na objektivní příznaky. Lékařská diagnostika je nejistá a to vede k tomu, že jsou ženám častěji než mužům předepisovány léky na uklidnění.²⁶ Obecně se nadměrné užívání těchto skupin léků stává problémem.

Vobořil poukazuje na rozdílnost ve využívání sociálních služeb mezi ženami a muži a uvádí, že poměr žen k mužům, které využívají sociální služby je uváděn 1: 3. Je třeba ale mít na paměti, že neodpovídá poměr mužů a žen na drogové scéně, protože ten je 1 žena: 2 mužům. Zamýšlí se rovněž nad tím, proč se liší tyto dva poměry mužů a žen na drogové scéně oproti poměru využití služeb, které pracují s drogově závislými.²⁷

Ženám se hůře vystupuje z anonymity, bojí se stigmatizace společností, mají strach z případného odebrání dětí. To může být jeden z důvodů, proč ženy méně využívají služby pro ženy užívající drogy.²⁸

2 RIZIKA A DOPADY UŽÍVÁNÍ DROG NA ŽENY

Dlouhodobé užívání návykových látek vede k tomu, že je žena poškozena po psychické stránce, zdravotní i sociální.²⁹ Bývá postižena ve všech těchto rovinách.

²⁵ Srov. VOBORŠIL, J. Gender - ženy jako specifická skupina. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*, s. 240.

²⁶ Srov. VOBORŠIL, J. Gender differences- ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost- review anglicky psané literatury. *Adiktologie*, 2002, roč. 2, č. 1, s. 35.

²⁷ Srov. Tamtéž, s. 35.

²⁸ Srov. Tamtéž, s. 36.

V této kapitole se zaměřím zejména na zdravotní a sociální důsledky. Nelze však opomenout ani psychické dopady na uživatelky drog, neboť užívání drog vede k adaptačním mechanismům doposud zdravého mozku, přestává být tedy organicky v rovnováze. Při těchto změnách dojde k ustálení nové patologické rovnováhy. K tomu, aby tato nová rovnováha přetrvala, je uživatel nucen drogu opakovaně užívat. Toto užívání prohlubuje poškození mozku.³⁰

Vágnerová uvádí, že: „závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom, změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.“³¹

Dlouhodobé užívání návykových látek působí negativně na emoční prožívání (projevuje se zejména podrážděností, labilitou), na kognitivní oblast (zhoršení paměti a koncentrace), na aktivizační úroveň (kdy jedinec zažívá extrémní aktivizaci při užití stimulačních látek, bez kterých není schopen aktivity a potřebuje drogu k tomu, aby se aktivizoval). Může docházet k poruchám psychotického charakteru.³²

2.1 Zdravotní rizika a dopady

Fáze závislosti a s tím spojené dlouhodobé užívání drog přináší tak naléhavé důsledky na organismus ženy, že již není možné je přehlížet a popírat.³³ Většina žen při dlouhodobém užívání drog změní např. zcela svůj životní styl, méně se o sebe stará, nedodrжуje tolik hygienu, stravovací návyky, atd. To vše se na ní postupem času začne projevovat tím, že celkově tělesně chátrá.³⁴ Braní drog již bývá patrné z jejího zevnějšku.

Často ženy uživatelky trpí podvýživou. Ztráta váhy zde také zapříčiňuje snížení imunity organismu, což dále podporuje vznik dalších onemocnění.³⁵ Ženy bez podvýživy bývají spíše výjimkou.

²⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 303-5.

³⁰ Srov. MASÁR, O. et al. Niektoré problémy spojené so starostlivosťou o pacientov – toxikomanov. *Kontakt*, s. 26.

³¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 303.

³² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 303-5.

³³ Srov. KLOUČEK, E. Kompenzační mechanismy uživatelů nelegálních drog. *Adiktologie*, s. 49.

³⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 303.

³⁵ Srov. GÖHLERT, CH., KÚHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 48.

U dlouhodobých uživatelů drog může dojít vlivem užívání k poškození mozkových nervů a cév, jejich krevní tlak může být značně zvýšený, může dojít až k arytmiím.³⁶

Užívání jakýchkoli drog velmi zatěžuje játra. Tyler stejně jako další autoři poukazuje na to, že ženy mají menší objem jater než muži, je třeba brát v úvahu, že ženská játra jsou tedy více ohrožena.³⁷

Játra jsou také velmi zatížena, pokud je uživatelka nakažena hepatitidami. Řehák uvádí, že pokud uživatelky berou drogy nitrožilně, jsou nejvíce ohroženy v České republice právě hepatitidou typu C, v menší míře hepatitidou B.³⁸ Podle výzkumu se na území Evropské unie pohybuje výskyt hepatitidy typu C u 50 – 80 % uživatelů drog. Výskyt hepatitidy typu B se velmi liší dle jednotlivých států, je ovšem také častý.³⁹

Mezi nejčastější formy nákazy tedy patří nechráněný pohlavní styk a sdílení společného náčiní sloužící k nitrožilní aplikaci drog. V neposlední řadě jde také o nesterilní tetování, piercing.⁴⁰ Méně známým rizikem nákazy těchto chorob je také sdílení šňupátka na aplikaci drogy.

Pokud není hepatitida typu B i C řádně léčena, může dojít k úplnému selhání jater, k jaterní cirhóze či rakovině jater.⁴¹ Léčbě na tato onemocnění u velkého počtu těchto žen brání neschopnost abstinence od drog, která bývá většinou vyžadována.

Ženy užívající nitrožilně drogy a chovající se promiskuitně jsou také vystaveny možnosti nákazy HIV. Vir HIV se lze přenést sdílením společných injekčních stříkaček a náčiním sloužícím k aplikaci, protože vir je obsažen v krvi. Vir také obsahuje sperma, vaginální sekret.⁴² „U žen se s AIDS spojují tři druhy gynekologických onemocnění: vaginální candida (zánět děložní sliznice), rakovina děložního čípku, zánět pánevní oblasti.“⁴³ Během let praxe jsem se setkala pouze s jednou HIV pozitivní klientkou.

Většina terénních programů zprostředkovává uživatelkám drog zdarma screeningové testy na výše popsaná infekční onemocnění. Zvyšování protestovanosti

³⁶ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 64.

³⁷ Srov. Tamtéž, s. 152.

³⁸ Srov. KREKULOVÁ, L., ŘEHÁK, V. ... *když už máš Céčko...*, s. 11-14.

³⁹ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. *Injekční užívání drog. Zaostřeno na drogy*, 2/2004, s. 3.

⁴⁰ Srov. HUSA, P., HUSOVÁ, L. *Možnosti praktického lékaře při diagnostice a léčbě chronických virových hepatitid*, s. 8.

⁴¹ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 149.

⁴² Srov. Tamtéž, s. 147.

⁴³ TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 148.

na infekční onemocnění uživatelů drog je jedním ze zásadních cílů. Nejčastěji zachycenou nemocí u našich klientek bývá již výše zmíněná hepatitida typu C.

Právě injekční aplikace drog s sebou nese nejzávažnější zdravotní poškození.⁴⁴ Minařík a Hobstová popisují dopady intravenózní aplikace drog. Je to častá bakteriální infekce, ať již povrchová či invazivní. Dále poškození orgánová i systémová. Uvádí poškození cévního systému a dýchacího systému, postižení ledvin, oka a centrálního nervového systému.⁴⁵

Také Vavřinková a Binder uvádí možné komplikace, které mohou nastat s nitrožilním užíváním drog. Patří mezi ně: insuficience trikuspidální chlopně, flebitida, plicní hypertenze, plicní edém, embolie cizím tělesem, lymfedém, septický plicní infarkt, plicní absces. Velmi rozšířené bývají u problémových uživatelů drog povrchové nebo hluboké abscesy. Dále absces mozku, osteomyelitida, pneumonie, TBC, bakteriální endokarditida, tetanus a sexuálně přenosné choroby.⁴⁶

Nejčastějšími problémy, s kterými se naše klientky potýkají, jsou zmíněné abscesy, špatný cévní systém a s tím často spojené otékání končetin, bércové vředy, sexuálně přenosná onemocnění.

Nelze také opomenout zvýšené riziko předávkování.⁴⁷ „V roce 2010 bylo v České republice zjištěno 194 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky, z toho bylo 69 žen.“⁴⁸

Na úrovni psychické bývá organismus poškozen vznikem toxických psychóz. Toxická psychóza se vyznačuje především živými halucinacemi a paranoidními představami. Psychóza se projevuje především až u dlouhodobějších uživatelů, ale jsou i případy, kdy se může vyskytnout i v začátcích drogové kariéry, pokud k tomu má jedinec určité predispozice.⁴⁹ Dle mé zkušenosti bývají rizika vzniku psychóz mezi uživateli zlehčována.

Göhlert a Kühn popisují možné projevy psychózy: „*nesouvislé, zmatené, rozhárané myšlení; silné potíže soustředění se; pevné přesvědčení o skutečnostech, pro které*

⁴⁴ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. Injekční užívání drog. *Zaostřeno na drogy*, s. 3.

⁴⁵ Srov. HOBSTOVÁ, J., MINAŘÍK, J. Somatické komplikace a komorbidita 1. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 224-227.

⁴⁶ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 32.

⁴⁷ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. Injekční užívání drog. *Zaostřeno na drogy*, s. 3.

⁴⁸ MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*, s. 85.

⁴⁹ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 61-2.

*neexistují racionální důkazy; vidění, slyšení, cítění a chutnání věcí, které neexistuje; pocit postiženého, že se nachází ve zcela cizím světě; bizarní a nepřirozené tělesné pohyby a postoje.*⁵⁰

Toxická psychóza v důsledku užívání drog se může projevit kdykoliv. Sama většinou neodezní, proto je třeba odborná pomoc např. psychiatrického zařízení.⁵¹

Bývá také popisována souvislost mezi bráním návykových látek a schizofrenií. „V americké studii bylo zjištěno, že pacienti se schizofrenií byli ve 47 % alkoholicí, ve 42 % uživatelé marihuany, ve 25 % uživateli stimulantů, 18 % uživateli halucinogenů, v 7 % uživateli sedativ a ve 4 % uživateli opiátů. Studie shrnující výsledky většího množství studií z USA došla k závěru, že 40 – 50 % osob se schizofrenií je uživatelem drog.“⁵² Stále zde ovšem není zodpovězena otázka, zda je prvotní schizofrenie či drogová závislost.⁵³

2.2 Skupiny návykových látek a jejich vliv na ženy

U posuzování rizik a dopadů na organismus člověka je třeba mít neustále na paměti to, že drogu si jedinec neaplikuje téměř nikdy v kvalitě výroby, samozřejmě co se ilegálních látek týče.⁵⁴

V době, kdy se např. hojně zneužívaný pervitin vyrábí z volně dostupných léčiv (pseudoefedrinové léky) a jeho výroba se rapidně rozšířila do rukou mnoha samotných uživatelů, kteří často neumí či nedodrží správný postup výroby, by se dalo o kvalitě této látky již při výrobě značně pochybovat.

Je známo, že např. u heroínu se v dávce zakoupené běžně na ulici vyskytuje pouze malé množství samotného opiátu. „Na maloobchodní úrovni se vyskytuje heroin o čistotě 10 - 15 %.“⁵⁵ Zbytek dávky bývají neznámé příměsi. To přináší zvýšená rizika dopadů na základě neznámých a často nebezpečných a ohrožujících látek.

Níže popsaná rizika a dopady jsou na základě poznatků zkoumání negativních účinků jednotlivých drog, ovšem nezahrnují i tyto nežádoucí a hojně se vyskytující příměsi.

⁵⁰ GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 35.

⁵¹ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 40.

⁵² ÚŘAD VLÁDY ČR. *Závislost na drogách a schizofrenie. Zaostřeno na drogy*, s. 5.

⁵³ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. *Závislost na drogách a schizofrenie. Zaostřeno na drogy*, s. 5.

⁵⁴ Srov. HERZOG, A. *Čistota a cena drog. Dekontaminace*, s. 15.

⁵⁵ HERZOG, A. *Čistota a cena drog. Dekontaminace*, s. 15.

S dopady na organismus souvisí také celkový stav závislé. Délka její drogové kariéry, zasažení jejího organismu délkou užívání. Samozřejmě zneužívání více látek najednou, jelikož v praxi se s polydrogovou závislostí u dlouhodobých uživatelů setkávám. Je třeba zohlednit způsob aplikace a dodržování zásad snižujících a omezujících škody způsobené aplikací, stav jejího imunitního systému a v neposlední řadě také její sociální zázemí.

2.2.1 Opiáty

Není prokázáno, že by opiáty samy o sobě přinášely organismu vážné zdravotní komplikace. Zde se musí brát v potaz zejména to, co bylo již zmíněno, totiž že droga na ulici není „čistá“, to znamená, že v sobě vždy obsahuje velké množství neznámých a často nebezpečných příměsí.⁵⁶

V posledních letech se velmi rozšířil na české drogové scéně opiat buprenorfin (využíván v substituční léčbě) a částečně v některých lokalitách nahradil heroin.⁵⁷ Díky tomu je např. v Českých Budějovicích výskyt heroinu spíše nárazový. Buprenorfin je distribuován v podobě tablet, rizika s ním spojená tedy zapříčiňuje zejména intravenózní aplikace, která je velmi rozšířená. Díky nesprávnému filtrování tablet dochází k poškození cévního systému.

Opiáty působí negativně zejména na centrální nervový systém. „*Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti...Dochází k útlumu dýchacího centra, k poklesu citlivosti na dráždivý účinek acidózy a CO₂, může dojít k zástavě dechu...snížená ventilace plic a pokles pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu bývá příčinou častých pneumonií, hlavně při základně plic v oblastech kolem páteře.*“⁵⁸ Organismus se při intoxikaci celkově utlumí a zpomalí.

U uživatelů opiátů je popsán zvýšený výskyt plicního edému, který končí smrtí uživatele.⁵⁹

Zneužívání opiátů se dále projevuje značným úbytkem váhy, šedou barvou pleti. U uživatelů dochází k chronické rýmě.⁶⁰

⁵⁶ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 147.

⁵⁷ Srov. KALINA, K. Závislost na jehle. *Dekontaminace*, 12/2003, s. 7.

⁵⁸ MINAŘÍK, J. *Opioidy a opiáty*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 159

⁵⁹ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 147.

⁶⁰ Srov. Tamtéž, s. 147.

Opiáty také působí negativně na krevní oběh. Minařík uvádí, že následkem užívání dochází k rozšíření cév, zpomalení frekvence srdeční činnosti a poklesu krevního tlaku. Může dojít k zástavě krevního oběhu. Ovlivňují také trávicí trakt, tlumí činnost hladkého svalstva a dochází tak k těžké zácpě. U žen vede k nárůstu napětí dělohy, snížené pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech, což může vést ke sterilitě.⁶¹ „Při chronickém abusu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt nebývá postižen, dochází k etické degradaci individua.“⁶²

Opiáty u uživatelů později zapříčiňují postupnou devastaci osobnosti. Ničí schopnost sebekontroly a respekt k sociálním normám.⁶³ Což se vyznačuje významnými dopady v sociální oblasti.

2.2.2 Stimulační drogy

Dlouhodobé užívání stimulantů zatěžuje celý organismus. Uživatelky bývají extrémně vyhublé, jejich organismus chátrá.⁶⁴ Tato skutečnost je viditelná u drtivé většiny uživatelů.

Tyler poukazuje na poškození mozkových nervů a cév v souvislosti s dlouhodobým užíváním stimulantů. Dále uvádí vysoké riziko vzniku srdeční arytmie a vysokého krevního tlaku, náchylnost k mozkovým příhodám. Silné šňupání dle něj může vést ke ztrátě zraku v důsledku krvácení v sítnici, což je způsobeno poškozením oční cévy.⁶⁵

Následkem chronického užívání se mohou objevit organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Dostavuje se neklid, úzkost, napětí, panikaření, podráždění. Závislý mívá poruchy spánku. Dále je popsán třes, bolesti u srdce, bolesti kloubů. Může také dojít ke krvácení v plicích, slezině a játrech.⁶⁶

U stimulačních drog bývá silně rozšířena již popsaná toxická psychóza a další psychické komplikace spojené s neklidem a strachem, halucinacemi a úzkostí, depresemi, podezíravostí, chorobnou žárlivostí a sebevražednými tendencemi.

⁶¹ Srov. MINAŘÍK, J. *Opioidy a opiáty*. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 160

⁶² Tamtéž, s. 160

⁶³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 301.

⁶⁴ Srov. MINAŘÍK J. *Stimulancia*. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 164.

⁶⁵ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty-fakta-rady*, s. 64.

⁶⁶ Srov. MINAŘÍK J. *Stimulancia*. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 167.

V případě propuknutí toxické psychózy slyší často postižený hlasy, jako v případě schizofrenie.⁶⁷ Objevuje se také neschopnost koncentrace a porucha paměti.⁶⁸

2.2.3 Léky s tlumivým účinkem

Dlouhodobé účinky na organismus jsou u těchto látek velmi podobné jako u nelegálních opiátů. Je zde stejně tak vysoké riziko předávkování jako u opiátů, které často končí smrtí v důsledku plicního edému či kardiovaskulárních komplikací. Negativně zasahují ledviny a mohou způsobit jejich poškození.⁶⁹ Jsou popsány poruchy krevního oběhu. Způsobují poruchy výživy.⁷⁰

Stejně jako u opiátů zde vzniká silná fyzická i psychická závislost. Při náhlém vysazení dochází vedle dalších nepříjemných příznaků k záchvatům křečí.⁷¹ Tyto křeče mohou být epileptickými záchvaty.⁷²

Abstinenční syndrom zde může mít dramatický průběh a může končit i smrtí.⁷³

Chronické užívání těchto látek způsobuje hluboké změny osobnosti. Jedinec se dostává do apatického stavu, který přetrvává. Tento stav může být také doprovázen poruchami koncentrace a paměti.⁷⁴

Léky jsou hojně zneužívané intravenózním způsobem aplikace, přičemž zde hrozí stejná rizika jako např. u již zmíněného buprenorfinu.

2.2.4 Alkohol

Alkohol je nejrozšířenější drogou. V naší společnosti bohužel převážně není jako droga brán. Tyler upozorňuje na to, že: „*alkohol je stejně ničivý, stejně návykový a stejně životu nebezpečný jako kterákoli jiná omamná látka.*“⁷⁵ Zastávám názor, že rizika alkoholu zvyšuje jeho silná rozšířenost ve společnosti obecně a již naznačená velká tolerance společnosti k němu. Uživatelky drog alkohol užívají. Často ve chvílích, kdy nemají svou primární drogu. Zmírňují jím např. abstinenci příznaky.

⁶⁷ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 37.

⁶⁸ Srov. MINAŘÍK J. Stimulancia. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 167.

⁶⁹ Srov. BAYER, D. Analgetika, sedativa a trankvilizéry. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 181-182.

⁷⁰ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 132.

⁷¹ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 75-77.

⁷² Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 132.

⁷³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 301.

⁷⁴ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 75-77.

⁷⁵ TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 26.

Oproti mužům mají ženy větší hladinu alkoholu v krvi i při užití stejného množství na jeden kilogram váhy. To zapříčiňuje několik faktorů. Jsou to např. nižší obsah vody v těle ženy, vyšší podíl tuku v organismu, a jak již bylo zmíněno, menší hmotnost jater, která jsou navíc oproti mužům více zatížena metabolismem hormonů.⁷⁶ Dalším faktorem je geneticky daná nižší aktivita alkoholdehydrogenázy v ženském organismu.⁷⁷ Nešpor uvádí, že „ženy tedy na alkohol reagují silněji a méně předvídatelně.“⁷⁸

Nadměrné užívání alkoholu dle Popova poškozuje všechny části organismu. Ve velké míře se vyskytuje poškození gastrointestinálního traktu jako dysfagie, gastritidy, hepatopatie a jícnové varixy.⁷⁹ Tyto komplikace bývají první známkou déle trvajících nadměrného pití alkoholu.⁸⁰ Nadměrné pití pak může vést ke vzniku jaterní cirhózy, karcinomu jater, jícnu, žaludku a tenkého střeva, dále rakoviny rekta. U žen zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu.⁸¹ Tyler doplňuje rizika o vznik rakoviny úst, jazyka, hrdla a hlasivek, které jsou dle něj nejvíce časté.⁸²

Mezi další rizika pak patří narušení endokrinního systému, poškození pankreatu či špatná sekrece inzulínu. Vyskytují se také avitaminózy, poruchy krvetvorby a anémie. Chronické užívání vede k funkčnímu i orgánovému poškození oběhového systému, např. arteriální hypertenzi či kardiomyopatii. Bývá také zasažen nervový systém, např. alkoholické polyneuropatie, mozková atrofie.⁸³ Petr rozšiřuje tato rizika o záněty periferních nervů a dále podvýživu.⁸⁴ Dochází k celkovému oslabení imunitního systému.⁸⁵

Důsledky nadměrného pití zasahují v neposlední řadě mozek. Díky úbytku jeho hmoty se snižuje intelekt, projevuje se zejména narušenou pamětí a pomalým myšlením.⁸⁶ Dále je třeba také zmínit zvýšené riziko úrazů.⁸⁷

⁷⁶ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 153.

⁷⁷ Srov. NEŠPOR, K. Alkohol u žen – specifická rizika. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*, s. 102.

⁷⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 153.

⁷⁹ Srov. POPOV, P. *Alkohol*. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 154.

⁸⁰ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty-fakta-rady*, s. 34.

⁸¹ Srov. NEŠPOR, K. Alkohol u žen – specifická rizika. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*, s. 103.

⁸² Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty-fakta-rady*, s. 36.

⁸³ Srov. POPOV, P. *Alkohol*. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 154.

⁸⁴ Srov. PETR, P. et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*, s. 25.

⁸⁵ Srov. POPOV, P. *Alkohol*. In KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 154.

⁸⁶ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty-fakta-rady*, s. 36.

⁸⁷ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*, s. 119.

2.2.5 Kanabinoidy

Dlouhodobé užívání marihuany s sebou přináší rizika v oblasti fyzického i psychického zdraví. U chronických kuřáků marihuany se vyskytují především potíže s dýchacím systémem.⁸⁸ Kouření marihuany způsobuje snížení vazebné kapacity krve pro kyslík.⁸⁹ Následkem také bývá chronický kašel, bronchitida. S dlouhodobostí užívání se zvyšuje riziko rakoviny plic.⁹⁰ V literatuře se uvádí riziko až desetkrát vyšší než u chronického kouření tabáku.⁹¹ Ovšem existují zde i velmi protichůdné argumenty.

V oblasti psychiky jsou popsány jemné poruchy některých kognitivních funkcí. „*U predisponovaných osob, tedy osob s vytvořenou či vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí.*“⁹² V souvislosti s marihuanou se také hovoří o zvýšeném riziku vzniku schizofrenie.⁹³

Gohlert uvádí, že u chronického užívání marihuany je nejhorším dopadem trvalé oslabení imunity jedince. Dále je to dle něj pomalý rozklad velkého mozku⁹⁴, což ovšem v jiné literatuře nebývá popsáno.

2.2.6 Těkavé látky

Chronické zneužívání těchto látek poškozuje fyzické zdraví jedince. Poškozuje játra a způsobuje nemoci cest dýchacích. Dochází k poruchám krevetvorby. Bývá postižen i centrální a periferní nervový systém.⁹⁵ Těkavé látky způsobují silné organické poškození mozku.⁹⁶ Dlouhodobé užívání může vést k celkové degradaci osobnosti a k demenci.⁹⁷ Dopady těchto těkavých látek mívají velmi rychlý průběh oproti jiným drogám.

V souvislosti s charakterem těkavých látek a způsobem aplikace je časté předávkování. Při něm může dojít k poruše vědomí, což zapříčiní zástavu dechové činnosti a možné vdechnutí zvratků. To často vyústí v aspirační pneumonii

⁸⁸ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 266.

⁸⁹ Srov. NEŠPOR, K. Marihuana má zdravotní rizika. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*, s. 93.

⁹⁰ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 266.

⁹¹ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 53.

⁹² Srov. MIJOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti I*, s. 177.

⁹³ Srov. KRIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 204.

⁹⁴ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 53.

⁹⁵ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 137.

⁹⁶ Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 360.

⁹⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 302.

a následnou smrt. Negativní vliv na srdeční sval může způsobit u jedince poruchu srdečního rytmu s následným selháním krevního oběhu.⁹⁸

2.2.7 Halucinogeny

Při užívání halucinogenů může docházet k „organickému poškození u látek s orgánovou toxicitou.“⁹⁹ Vysoké dávky některých halucinogenů působí silně toxicky na játra a mohou je dramaticky poškodit. Další mohou nenávratně poškodit ledviny. Je zde také zvýšené riziko vzniku mrtvice.¹⁰⁰ Mohou způsobit velké výkyvy tlaku krve a zrychlenou srdeční činnost. Při intoxikaci „může dojít k žilním křečím, zvýšení hladiny cukru a pak náhle k poklesu tlaku a zástavě srdce.“¹⁰¹

Tak jako u konopných drog může na úrovni psychické u disponovaných jedinců vyvolat depresivní stavy a stavy úzkosti.¹⁰² Tito jedinci mohou také trpět ztrátou sebedůvěry a nevyrovnaností, jak mentální, tak emocionální.¹⁰³ Užívání halucinogenů také může vyvolat či spustit psychózu, která může u uživatele přetrvávat dlouhodobě.¹⁰⁴ Dochází ke změnám osobnosti. U některých uživatelů je popsán psychotický stav.¹⁰⁵ Psychické dopady jsou u této skupiny drog největším rizikem.

2.2.8 Nikotin

Dlouhodobé kouření tabáku způsobuje u svých uživatelů chronický zánět dýchacích cest. Rizikem je zde také postižení koronárních tepen.¹⁰⁶ Zvyšuje výskyt infarktu myokardu a náhlé koronární smrti. Dále výrazně zvyšuje riziko vzniku cévních mozkových příhod a onemocnění periferních tepen.¹⁰⁷

Ženy navíc více ohrožuje v souvislosti s užíváním antikoncepce, je zde mnohonásobně zvýšené riziko cévní či mozkové příhody.¹⁰⁸

⁹⁸ Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 360.

⁹⁹ Srov. Tamtéž, s. 355.

¹⁰⁰ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 64.

¹⁰¹ Srov. Tamtéž, s. 62.

¹⁰² Srov. MIJOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti 1*, s. 171.

¹⁰³ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 116.

¹⁰⁴ Srov. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*, s. 62.

¹⁰⁵ Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 360.

¹⁰⁶ Srov. Tamtéž, s. 366.

¹⁰⁷ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 139.

¹⁰⁸ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 350.

Zapříčiňuje také poruchy trávicího traktu. Na úrovni psychické může docházet k neklidu, poruchám soustředění. Jsou popisovány poruchy spánku. Kouření mnohonásobně zvyšuje riziko vzniku rakoviny plic a způsobuje i další závažná fyzická onemocnění.¹⁰⁹

Nešpor odkazuje na Manleyho a výzkum dopadů kouření v USA, který uvádí vysoký výskyt obstrukčních bronchopulmonálních chorob a úmrtí na srdeční nemoci.¹¹⁰ Tyler toto doplňuje o riziko vzniku rakoviny úst, hrtanu a jícnu. Dále poukazuje na další onemocnění jako např. rakovinu močového měchýře, slinivky břišní a ledvin.¹¹¹

2.3 Sociální rizika a dopady

Problémové užívání drog přináší často silné sociální dopady do života žen. Tato kapitola tyto dopady uceleně popisuje. U problémových uživatelék bývá narušeno sociální fungování. Ženy závislé na drogách ve většině případů přestávají být schopny naplňovat své role.

Vágnerová uvádí, že často sociální důsledky vyplývají a souvisí s psychickými změnami, což má za následek odlišné chování.¹¹²

Mění se životní styl, časem jedinec odchází ke stereotypním činnostem, kdy je život zaměřen jen na to, jak sehnat drogu a užít ji. Mění se i hierarchie hodnot, jedinec se hůře sebeovládá.¹¹³

Mění se také celkově biorytmus žen. Problémové uživatelky drog často začínají den až v odpoledních hodinách. Lze se setkat s tím, že uživatelka nemá základní přehled o čase, např. neví, jaký je den v týdnu.

Lidé závislí na návykových látkách stejně jako problémoví uživatelé jsou skupinou ohroženou sociálním vyloučením.¹¹⁴ Termín sociální vyloučení dle Matouška „*označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti.*“¹¹⁵ K riziku sociálního vyloučení se váží jevy jako např. dlouhodobá nezaměstnanost, špatná ekonomická situace, chudoba,

¹⁰⁹ Srov. KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, s. 366.

¹¹⁰ Srov. NEŠPOR, K., CSĚMY, L. *Léčba a prevence závislosti*, s. 139.

¹¹¹ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 350.

¹¹² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 305.

¹¹³ Srov. Tamtéž, s. 303-4.

¹¹⁴ Srov. MISÍKOVÁ, M. Sociální vyloučení. In JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. et. al. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*, s. 314.

¹¹⁵ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 217.

nedostatečné sociální dovednosti, nefunkčnost rodiny, kriminalita, špatné duševní či fyzické zdraví a právě dlouhodobé užívání drog. U skupiny závislých a dlouhodobých uživatelů drog tyto jevy v praxi pozorujeme.¹¹⁶

Nelze říci, že všechny problémové uživatelky jsou zároveň sociálně vyloučenými, ovšem riziko sociálního vyloučení je zde vysoké. Dle mé zkušenosti velká část těchto žen žije na okraji společnosti a společností bývá odmítána.

Úlohou sociálního pracovníka je pomoci snižovat rizika vzniku sociálního vyloučení, či pomoci zmírňovat jeho stupeň. V ideálním případě pomoci toto sociální vyloučení zcela odstranit.

Uživatelka závislá na návykových látkách přestává respektovat normy. Postupem času její život začíná ztrácet řád. Ve většině případů v průběhu drogové kariéry přestává docházet do zaměstnání, pokud předtím někde pracovala, protože pod vlivem drog nebo bez drog není schopna vyžadovaného výkonu, pravidelné docházení do zaměstnání se také stává problémem.¹¹⁷ Často u těchto žen se vyskytují oslabené pracovní návyky.¹¹⁸

Nezaměstnanost se zvyšující se délkou vede u uživatelů stejně jako u zdravé populace k tzv. sociální zlenivění. To znamená, že nezaměstnaná zde ztrácí své pracovní návyky.¹¹⁹

K vysoké nezaměstnanosti také přispívá obecně nízká úroveň vzdělání uživatelů drog, ženy nevyjímaje. U našich klientek převládá základní vzdělání, často také neukončené vzdělání střední. V souvislosti s braním drog často uživatelky během své drogové kariéry vzdělání nedokončí.

Při dlouhodobém užívání drog se žena stává nespolehlivou a necitlivou, tudíž se u ní mění vztah k lidem. Hlavní hodnotou pro ni představuje pouze samotná droga. Narušují se vztahy s rodinou. Rodina postupem času rezignuje, často po vyčerpání všech dostupných možností. Většinou ani partnerský vztah zde dlouho nevydrží a to i v případě, že jsou oba partneři závislí na návykových látkách, neboť droga

¹¹⁶ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 217.

¹¹⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 305-6.

¹¹⁸ Srov. HLOUŠEK, R. Osoby ohrožené závislostmi. In NEDĚLNÍKOVÁ, D. et. al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*, s. 96.

¹¹⁹ Srov. MATOUŠEK J., Nezaměstnanost a práce se specifickými klienty. *Sociální politika*, s. 16.

má mnohem větší hodnotu. Často pak přetrvávají pouze náhodné vazby s ostatními uživateli.¹²⁰

Uživatelky ve většině případů v průběhu své drogové kariéry opouští vztahy s neberoucími lidmi, přetrhávají svá přátelství vybudovaná před začátkem užívání drog. Postupem času se v jejich blízkém okolí vyskytují pouze další uživatelé drog. Sami uživatelky drog tyto vztahy nevnímají jako pravá přátelství. Většinou si plně uvědomují, že se na ostatní uživatele nelze spolehnout a také ví, jak velkou úlohu zde hraje droga. Terénní pracovník bývá často jediným zástupcem neberoucí společnosti, s kterým jsou uživatelky v kontaktu.

Postupem času se u uživatelky drog zvyšuje nedůvěra ke společnosti. Tyto ženy se cítí vyčleněné a společností nepřijímané. Tento fakt u nich postupem času zvyšuje např. neschopnost využívání běžné lékařské péče či jednání s úřady, proto terénní programy většinou nabízí svým klientům asistenční službu a pomoc při zvládnutí těchto záležitostí, která je klienty využívána.

Potíže v rodině, finanční tíseň a další vliv drog často postupně vedou uživatelku k odchodu z domu např. na byt společný více toxikomanům. *„Takový způsob koexistence nabízí mnoho výhod: Snížení nákladů na provoz bytu, podíl na stravě, jistota, že někdo má vždy u sebe dávku, možnost organizování akcí zaměřených na získání peněz na drogu, možnost sexuálního vyžití.“*¹²¹

Dalším útočištěm bývají ubytovny, často také squat, kde je i díky ostatním uživatelům přirozeně zvýšené riziko nakažení se již popsány onemocněními či výskyt dalších patologických jevů. *„Injekční užívání drog je úzce spjato se stigmatizací a marginalizací. Obvykle se koncentruje v komunitách s vysokou mírou sociálního znevýhodnění a u osob s kombinovanými problémy v oblastech fyzického či duševního zdraví, chování a sociální přizpůsobivosti.“*¹²² V praxi se často setkávám s jakousi sinusoidou, kdy uživatelky střídají výše zmíněné způsoby bydlení několikrát do roka, ovlivněnou jistě i ročním obdobím.

Jak bylo již naznačeno, s užíváním drog je v mnoha případech spojeno bezdomovectví. Na problematiku bezdomovectví můžeme z odborného pohledu

¹²⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 305-6.

¹²¹ PARULA, M. *Práce o. s. Ulice na „toxibytch“ v Plzni*. In KLÍMA, P., RACEK, J. et. al. *Kontaktní práce*, s. 42.

¹²² ÚŘAD VLÁDY ČR. *Injekční užívání drog. Zaoštrěno na drogy*, 2/2004, s. 3.

nahlížet jako na polyetiologický jev, v důsledku současně existujících dalších patologických jevů. Pěnkava uvádí patologické jevy, které bezdomovectví ovlivňují a také se s ním prolínají. Popisuje tyto jevy: kriminalitu, závislosti, prostituci, chudobu, domácí násilí.¹²³ U dlouhodobých problémových uživatelů drog, které jsou bez domova a se kterými se setkávám při své praxi, bývají skutečně přítomny minimálně dva zmíněné patologické jevy. V průběhu života na ulici můžeme pozorovat ztrátu posledních hygienických návyků, často postupnou rezignaci na svou situaci.

Dalším hojně rozšířeným problémem, s kterým se při kontaktu s uživatelkami setkávám, je zadlužení. Naše klientky mívají dluhy, a to často vysoké. Dlužné částky bývají u více institucí najednou, klientky se často ani neorientují, komu a kolik vlastně dluží. Nejčastějšími dluhy bývají dluhy na zdravotním pojištění, dopravním podniku a nesplácení nejrůznějších půjček. Ve většině případů klientky své zadlužení neřeší. Důvodem bývá nepravidelný příjem finančních prostředků a celkový životní styl.

S dluhy, špatnou finanční situací a samotným užíváním, zejména některých typů drog, je často spojen gambling. Hraní výherních automatů nabízí rychlou výhru, rychlý výdělek peněz, což je zvláště pro narkomana lákavá představa.

Závislost na hře se více vyskytuje u mužů.¹²⁴ To ovšem neznamená, že se u žen nevyskytuje. Skutečnosti nasvědčují, že užívání drog a gambling jsou v určitém příbuzenském vztahu, přesto že je gambling považován za poruchu řazenou mezi nonsubstanční abúzus.¹²⁵

K rychlému a snadnému výdělku se uživatelky drog často uchylují. Je mezi nimi hojně rozšířena prostituce. Je to další rizikový způsob, jak si obstarat finance.

V této skupině žen jsou to zejména mladé ženy, které jsou vystaveny ještě většímu riziku, než ženy dospělé. Mladé dívky jsou snadněji ovlivnitelné a přístupnější k rizikovému chování.¹²⁶

Se ženami živícími se prostitucí se při své práci setkávám. Jsou to skupiny žen, které jsou popsány v literatuře, a to: ženy, které si prostitucí obstarávají prostředky na drogy nebo ženy, které začaly s užíváním drog, aby lépe zvládaly svou profesi

¹²³ Srov. PĚNKAVA, P. Specifika sociální práce s osobami bez přístřeší. In GOJOVÁ, A. et. al. *Sborník studijních textů pro sociální kurátory*, s. 385.

¹²⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 310.

¹²⁵ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. Podobnost látkových závislostí s jinými psychickými poruchami. *Zaostřeno na drogy*, s. 5.

¹²⁶ Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*, s. 252.

prostitutky.¹²⁷ Při své práci se více setkávám s uživatelkami, které si příležitostnou či pravidelnou prostitucí přivydělávají na svůj drogový život.

Naproti tomu při své praxi během studia v terénním programu Rozkoše bez Rizika, jejíž cílovou skupinou jsou ženy pracující v sexbyznysu, jsem se zejména v nočních klubech více setkala s ženami, které drogy skutečně začaly užívat až v souvislosti se svým zaměstnáním.¹²⁸

Mezi našimi klientkami se vyskytuje také poskytování sexuálních služeb za návykovou látku či další protislужby. To, že se i v těchto případech jedná o prostituci, dokládá fakt, že se většina autorů shodne v definování prostituce jako „*propůjčování se k sexuálnímu styku za úplatu, která může být materiální či nemateriální povahy.*“¹²⁹

Naše klientky často svou prostituci většinou nevnímají kladně. Popisují výčitky svědomí a celkově špatné pocity. Často se při práci kromě svých primárních drog nadměrně posilují alkoholem, který jim pomáhá odbourat zábrany či jim zvyšuje schopnost vůbec takto pracovat. I přes to však v této činnosti setrvávají, často navzdory tomu, že mají již zkušenost s násilím ze strany zákazníků. Potřeba drog, tedy finančních prostředků na drogy je silnější než tyto negativní zkušenosti.

U problémových a závislých uživatelék drog pracujících v sexbyznysu je několikanásobně zvýšené rizikové chování s ohledem na vlastní bezpečí těchto žen a s ohledem na šíření infekčních a pohlavně přenosných onemocnění.

Dalším častým důsledkem užívání drog je kriminalita. Neboť drogy jsou finančně náročné, uživatelka většinou nemá, jak bylo výše zmíněno práci, někdy i bydlení a díky působení drog se změnila i její osobnost (ztráta zábran, špatné sebeovládání). Trestná činnost je zde hlavně spojena s krádežemi, výrobou a distribucí drog a násilnými činy pod vlivem návykových látek, kterých je ovšem významně méně než u mužů uživatelů.¹³⁰

¹²⁷ Srov. ČERNÁ, D., ZAJDÁKOVÁ, S. et. al. Terénní sociální práce s vybranými cílovými skupinami. In. JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. et. al. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*, s. 375.

¹²⁸ Srov. GROLMUSOVÁ, L. Užívání návykových látek u sexuálních pracovníků. In. PRESLOVÁ, I., et al. *Sexualita a drogy*, s. 111.

¹²⁹ MALINOVÁ, H., ŠÍDOVÁ, L. Ženy poskytující placené sexuální služby. In. NEDĚLNÍKOVÁ, D. et al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*, s. 108.

¹³⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 307.

Dlouhodobé uživatelky, se kterými se setkávám v praxi, se nejčastěji živí drobnými krádežemi a distribucí drog. Dále se lze setkat se zajišťováním přísunu drog sháněním prekurzorů na jejich výrobu (u výroby pervitinu).

Některé drogy mohou zvyšovat při užívání rizika násilného chování. Jedná se především o dobu, kdy je droga vysazena, protože na ní uživatel nemá peníze nebo jí nemůže rychle sehnat a prožívá abstinenční příznaky, není mu dobře po fyzické ani psychické stránce.¹³¹ Násilné chování se v populaci závislých a problémových uživatelů vyskytuje ve větší míře u mužů než u žen.

Dlouhodobě špatná sociální situace, mnohdy bez bydlení, špatné sociální vazby, dluhy, špatný zdravotní stav někdy spojený s přítomností vážných onemocnění a celkově neutěšená situace mohou vést k sebevražedným tendencím a k sebevraždám.

Mezi faktory spojované se zvýšeným rizikem sebevražedného chování nalezneme potíže v oblastech, které u dlouhodobých uživatelék nacházíme v praxi velmi často.

Co se týče sociálního systému, jde tu o neuspokojivé vztahy, ztrátu vazeb, sociální otřesy a ekonomické faktory. V psychologické oblasti jsou to pocity osamělosti, které klientky nezdědka popisují, spolu s beznadějí a prázdnotou, ztrátou smyslu života, životního cíle a životní hodnoty. Mezi dalšími najdeme často popisované pocity méněcennosti, nespokojenosti. Všechny tyto ženy spadají do medicínské oblasti a to je nadužívání omamných látek, u některých z nich je také přítomno duševní onemocnění či porucha osobního rozvoje.¹³²

Snahou sociálního pracovníka je mapovat celou sociální situaci klientky, pomoci jí hledat zdroje potřebné pro změnu a zlepšení její situace a pomoci klientce postupně jednotlivé oblasti řešit. U uživatelů drog je nutné se zaměřovat na motivaci a tuto motivaci pomáhat zvyšovat.

3 PROBLEMATIKA TĚHOTNÝCH UŽIVATELEK DROG

Těhotné uživatelky drog stejně jako matky uživatelky jsou problematickou skupinou. Těhotenství a mateřství na ženy klade nové nároky a přináší s sebou nové role.

¹³¹ Srov. PETR, P. et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*, s. 53.

¹³² Srov. ODEHNALOVÁ, A., Úvod do psychopatologie a sociální patologie. In JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. et. al. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*, s. 289.

Dlouhodobé uživatelky drog z mé zkušenosti tyto změny většinou nechtějí. Neschopnost tyto očekávané role naplňovat prožívají ženy tíživě.

Tato skupina se také nejvíce setkává se stigmatizací a nepřijetím ze strany společnosti. Ze zkušenosti mohu říci, že u samotných uživatelů drog bývají tyto ženy negativně přijímány a odmítány.

U této cílové skupiny je nutně na místě profesionální pomoc, která nabídne podporu a pomoc otevřeným a nesoudícím přístupem, a která ženě pomůže zvyšovat svou motivaci a sílu na změnu.

3.1 Těhotné uživatelky drog

Závislost na návykových látkách u žen v těhotenství je podle Bindera velice závažný sociální a zdravotní problém.¹³³

Uživatelkám drog se v průběhu užívání návykových látek naruší menstruační cyklus, mají ho nepravidelný, někdy skoro vymizí. Ve většině případů se totiž ovulační systém pozastaví, někdy ale k ovulaci může dojít, proto mohou i v těchto případech otěhotnět.¹³⁴ S tím jsem se během své praxe setkala zejména u problémových uživatelék jak opiátů, tak pervitinu.

Je zde velké riziko, že ženy, uživatelky, mohou být již těhotné, aniž by to zaznamenaly a nadále užívají drogy a vystavují tak nebezpečí plod. Hormonální rovnováha u ženy může být narušena špatnými psycho-sociálními podmínkami, které může vyvolat dlouhotrvající stres. Narušená rovnováha má právě za následek nepravidelný menstruační cyklus.¹³⁵ Jedním z důvodů bývá již zmíněná značná podvýživa.

Pokud žena navštíví včas gynekologa, který jí potvrdí, že je těhotná, měla by být informována vždy o rizicích drog, které negativně působí na plod, pokud braní drog

¹³³ Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 223.

¹³⁴ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 152-3.

¹³⁵ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 75.

netají. Je také informována o možnosti umělého přerušení těhotenství, aby se mohla svědomitě a objektivně rozhodnout, co bude dál.¹³⁶

V průběhu kontaktů s uživatelkami drog je dobré témata těhotenství otevírat a informovat klientky o možnostech antikoncepce, nutnosti pravidelných lékařských a gynekologických prohlídek a zejména o rizicích užívání návykových látek na jejich potomka, pokud jsou těhotné. Pokud je klientka těhotná a své dítě nechce, je vhodné ji informovat o možnosti dát své dítě ihned po porodu k adopci. Ovšem vždy je respektováno přání klientky.

Binder tvrdí, že jsou z perinatologického hlediska nejrizikovější skupinou ženy užívající heroin a pervitin během těhotenství. Těhotenství je u uživatelky drog z většiny případů nechtěné a neplánované. Ženy užívající pervitin jsou podle Bindera většinou přesvědčeny, že těhotenství a situaci s tím spojenou zvládají. Zatímco u některých žen závislých na opiátech je alespoň snaha o substituci během těhotenství.¹³⁷ Substituce pomáhá ženy celkově stabilizovat.

Těhotné uživatelky drog se potýkají s řadou potíží. Velemínský a Žižková uvádí faktory, ke kterým je třeba při práci s uživatelkami drog přihlížet. Jak již bylo naznačeno, některé uživatelky mají za sebou nepříjemnou minulost (např. byly vychovávány v rodině, kde se braly drogy; měly nedostatečné rodinné zázemí; mohly být zneužívané; umístěné mimo domov atd.) a nachází se ve špatné sociální situaci (např. nemají kde bydlet, vydělávají si prostitutí, kriminalitou, atd.).¹³⁸

Celkový stav matek uživatelky drog není dobrý. Jak již bylo zmíněno, většině případů trpí podvýživou, mohou trpět různými infekčními onemocněními. Drogy působí na centrální nervovou soustavu a mohou vyvolávat psycho-patologické stavy.¹³⁹

Ženy užívající drogy věnují nedostatečnou péči těhotenství. O tom, že jsou těhotné, se dozví většinou náhodně a pozdě, také o sebe moc nedbají a nedochází řádně na lékařské prohlídky.¹⁴⁰

¹³⁶ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 55.

¹³⁷ Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 224.

¹³⁸ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 26.

¹³⁹ Srov. Tamtéž, s. 26-27.

Jak již bylo zmíněno, v České republice je specializovaná pomoc těhotným uživatelkám drog prozatím málo rozšířena. Praxe ukazuje, že i problémová uživatelka drog má zvýšenou motivaci řešit svou situaci, když zjistí, že je těhotná. Tato motivace ovšem postupem času klesá, je tedy zásadní tuto motivaci využít a posilovat. „V případě neexistence anonymních podpůrných služeb v těhotenství a v mateřství a specifických adiktologických služeb mohou ženy přijít o příležitost řešit své problémy s drogami.“¹⁴¹ Tuto skutečnost lze vnímat jako zásadní.

3.2 Prenatální péče

Prenatální péče začíná, pokud se těhotná žena zařadí do systému zdravotní péče. Těhotnou uživatelku drog není dobré tlačit k tomu, aby začala abstinovat, ale je dobré, aby byla pod dohledem lékařů, tj. chodila na pravidelné prohlídky a byla jí doporučena jiná odborná péče. Např. tím, že začne pomalu v péči odborníků snižovat své dávky, případně zahájí substituční léčbu.¹⁴² Značný počet uživatelék má dle praxe negativní zkušenosti s přístupem lékařů, což snižuje motivaci pro pravidelnou lékařskou péči.

Jak již bylo popsáno, většina závislých žen si těhotenství nepřipouští či o tom ani neví, což má za následek lékařské prohlídky až v pozdním stádiu těhotenství. Uživatelky drog nejsou z velké části ochotny spolupracovat s lékaři. Problém je také s tím, že si ženy uživatelky nepamatují přesné údaje a tak anamnéza vzniká pomalu a někdy až těsně před samotným porodem.¹⁴³

Detoxifikace se v průběhu těhotenství nedoporučuje. Pokud se však uživatelka rozhodne, je dobré s ní počkat až na období druhého trimestru a to vždy pod dohledem odborníků.¹⁴⁴

Drogová závislost s sebou nese řadu negativních dopadů a tak je třeba s těhotnou uživatelkou řešit před porodem ještě další problémy, týkající se např. bydlení, správné výživy, péči o dítě po porodu. Dalším značným problémem je to, že ženy závislé na drogách v mnoha případech přicházejí k porodu bez jakékoliv prenatální péče.¹⁴⁵

¹⁴⁰ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽÍŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 28.

¹⁴¹ OLSZEWSKI, D. et al. *Hlasy žen*, s. 19.

¹⁴² Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. *Návykové látky v těhotenství. Zaostřeno na drogy*, s. 3.

¹⁴³ Srov. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*, s. 36.

¹⁴⁴ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. *Návykové látky v těhotenství. Zaostřeno na drogy*, str. 4.

¹⁴⁵ Srov. Tamtéž, s. 3.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti uvádí případy, kdy závislé těhotné ženy např. začnou více kouřit nebo si aplikovat stimulační drogy, aby mělo dítě při porodu co nejmenší váhu a porod probíhal snadněji. Nebo využívají jako urychlovací prostředek k předčasnému porodu kokain či pervitin.¹⁴⁶

Při porodu žen, které jsou drogově závislé, je třeba, aby byly kardiograficky monitorovány (kdy jsou sledovány děložní stahy a tepová frekvence plodu), neboť u uživatelék hrozí, že placenta přestane fungovat tak, jak by měla a může dojít k hypoxii plodu.¹⁴⁷

Vavřínková a Binder uvádějí, že je také velmi časté, když si závislá žena aplikuje drogu těsně před porodem, než přijede do nemocnice. Jedná-li se o nitrožilní uživatelku, pak může být také problémem zavedení kanyly a zajištění přístupu k žilnímu systému, který je značně nitrožilním braním poškozen. V případě, že je při porodu žena intoxikována, je dobré jí stabilizovat a zabránit tomu, aby při porodu nastoupil abstinenci syndrom, který má za následek snížení průtoku krve do dělohy, což zvyšuje riziko hypoxie plodu. Proto se uživatelkám podávají vhodné léky s ohledem na drogu, kterou si aplikovaly, aby se odložil nástup abstinenci příznaků.¹⁴⁸

Ženy užívající drogy ve většině případů hůře snášejí bolest, jsou neklidné. Proto může být ženě zavedena epidurální anestezie nebo se podávají opiátová analgetika. Nepreferuje se císařský řez, pokud u uživatelék nenastanou žádné komplikace.¹⁴⁹

Během doby, co je těhotná uživatelka drog hospitalizovaná v nemocnici, je důležité neustále sledovat její zdravotní stav, pozorovat jestli nemá abstinenci příznaky, zda nenastaly možné těhotenské komplikace. Pokud je těhotná uživatelka hospitalizována, je do značné míry zabráněno některým rizikovým faktorům. Při pobytu v nemocnici si může pacientka odpočinout, vyspat se, je jí podávána plnohodnotná strava.¹⁵⁰ Pacientkám závislým na opiátech se při hospitalizaci podávají opiáty, jelikož abstinenci příznaky by mohly ohrozit nenarozené dítě. Ženy závislé na amfetaminech si často drogy při hospitalizaci zajistí.

¹⁴⁶ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. *Návykové látky v těhotenství. Zaostřeno na drogy*, s. 4.

¹⁴⁷ Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 37.

¹⁴⁸ Srov. Tamtéž, s. 38.

¹⁴⁹ Srov. Tamtéž, s. 38.

¹⁵⁰ Srov. OLOFSSON, M. et al. *Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy*. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽÍŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 64.

3.3 Substituční léčba závislostí v těhotenství

Dle Vavřínkové a Bindera je substituční terapie: „časově neomezená udržovací léčba, která odkládá trvalou abstinenci na dobu, kdy bude pacient schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy abstinenci příznaky a umožňují zlepšit kvalitu jeho života.“¹⁵¹ Substituční terapie u nás je zaměřena na uživatele opiátů.

Substituční terapie probíhá ve zdravotnickém zařízení, které je speciálně pro substituční léčbu určeno.¹⁵² Tato služba je dostupná většinou v každém kraji.

Při substituční léčbě se u uživatelů závislých na opiátech podává jiný opiat pod lékařským dohledem. Mezi substituční látky podávané uživatelkám patří např. metadon nebo buprenorfin. Pokud těhotná uživatelka užívá metadon, tak se usazuje v tukové tkáni a játrech plodu. Účinná látka v organismu novorozence zůstává až několik týdnů po porodu. Následně nastupuje u dítěte abstinenci syndrom.¹⁵³

Pokud je v substituční léčbě využíván u buprenorfin, který prochází placentou plodu, je také obsažen v mateřském mléce. Ve srovnání s metadonem, by ale u buprenorfinu měly u novorozence po porodu nastat mírnější abstinenci příznaky.¹⁵⁴ Abstinenci syndromu novorozence se více věnuje poslední kapitola této práce.

Pro těhotné matky užívající heroin v těhotenství je velkým přínosem, pokud žena začne se substituční léčbou. Úroveň drogy se díky tomu v těle stabilizuje a dochází tak k menšímu ohrožení plodu, protože ženě s pravidelným přísunem drogy odpadá kriminální chování či prostituce.¹⁵⁵ Celkově se žena může stabilizovat.

3.3.1 Léčba Metadonem

Metadon je syntetický opiat, u kterého při podávání nedochází ke zvyšování tolerance. Uživatelka může být dokonce i několik let na stejné dávce.

¹⁵¹ VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 62.

¹⁵² Srov. Tamtéž, s. 62.

¹⁵³ Srov. BINDER, T., B. VAVŘÍNKOVÁ. Substituční terapie drogové závislosti v těhotenství. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽÍŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 208.

¹⁵⁴ Srov. Tamtéž, s. 208.

¹⁵⁵ Srov. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*, s. 38.

Metadon zabraňuje tomu, aby se u uživatelů projevily abstinční příznaky. Ženy, které kontrolovaně užívají metadon, se tak stabilizují. Přestávají užívat dopy injekčním způsobem, jsou tedy méně ohroženy rizikem přenosu infekčních chorob přes sdílení injekčních jehel a náčiní sloužícímu k aplikaci. Mohou se zlepšit rodinné i sociální vztahy. Dlouhodobě stabilizovaná uživatelka metadonu může být schopna se zařadit do normální společnosti.¹⁵⁶

Těhotné ženy, které užívají metadon, musí denně docházet pro svoji dávku do substitučního zařízení. Tím pádem jsou neustále pod dohledem a může být tak jejich těhotenství částečně pravidelně kontrolováno. Ženy užívající metadon tak vedou méně rizikový život než ženy užívající jiné opiáty např. heroin a mají lepší prenatální péči. Pro těhotnou ženu je dobré, aby svou dávku udržela a nezvyšovala a tím snížila možnost zniku fetálních abstinčních příznaků.¹⁵⁷

Novorozenci mají větší porodní váhu než děti matek užívající heroin. U dětí narozených matkám užívající metadon je zvýšené riziko výskytu hyperaktivity, hůře se přizpůsobují, mohou mít problémy s učením a chováním.¹⁵⁸

Dle Bindera a Vavřinkové je metadon obsažen i v mateřském mléce. Mateřské mléko obsahuje cca 1 % z celkové dávky metadonu, kterou matka užívá. Není jednoznačné, zda má matka po porodu své dítě kojit či ne. Zastánci kojení jsou australští a novozélandští pediatři, kteří tvrdí, že tím, že matka kojí, dochází u dítěte ke zmírňování abstinčních příznaků. Dávka metadonu by však měla být podle Americké akademie pediatrií pod 20 mg na den, což u většiny matek uživatelů je značně nad touto hodnotou a proto se kojení ve většině případů nedoporučuje.¹⁵⁹

3.3.2 Léčba Buprenorfinem

Při substituční léčbě se také využívá preparát Subutex, Suboxon či nově zavedená Ravata, které obsahují účinnou látku buprenorfin. Buprenorfin navozuje silný protibolestivý účinek. Účinek nastupuje později než u heroinu. Pokud uživatelka v posledním fázi těhotenství ve velkých dávkách užívá buprenorfin, může to způsobit dýchací potíže u novorozence. U novorozence se objeví abstinční příznaky, pokud

¹⁵⁶ Srov. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*, s. 63.

¹⁵⁷ Srov. Tamtéž, s. 64.

¹⁵⁸ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 64-65.

¹⁵⁹ Srov. Tamtéž, s. 65.

žena užívá buprenorfin v posledních třech měsících těhotenství a nezáleží na tom, jak velké dávky.¹⁶⁰

Zde je ovšem nejvyšší riziko způsob aplikace těchto léků, jelikož velká část uživatelů si látku aplikuje nitrožilně a ne sublingválně, k čemuž jsou léky určeny. Zde pak vznikají rizika, která jsou již popsána v souvislosti s intravenózním užíváním výše. Tuto aplikaci podporuje i vydávání léků klientkám na týden a ne jako u podávání metadonu denně pod dohledem.

3.4 Matka a dítě

Po porodu začíná psychologický proces, kdy se z ženy stává matka. Tento proces probíhá již v těhotenství, kdy se žena připravuje na roli matky, je schopna se o dítě starat a vytváří si k němu citovou vazbu. Ve většině případů to u těhotných matek uživatelů ale není. Tyto ženy nemají většinou vhodné sociální zázemí, dostatek síly a podpory z okolí, aby prošly tímto procesem přizpůsobení se. Ženy mohou mít např. negativní zkušenosti ze svého dětství, kdy byla jejich péče zanedbávána a mohou díky těmto negativním zkušenostem hůře navazovat vztah ke svému narozenému dítěti. Matka by měla být podporována, aby si vztah k dítěti vytvořila.¹⁶¹

Matky musí po porodu přijmout odpovědnost nejen za sebe, ale i za narozené dítě. Matky uživatelky potřebují v počátcích často pomoci, potřebují, aby je někdo v nové roli matky doprovázel, protože na tuto roli nemusí být ještě připraveny.¹⁶²

Matky uživatelky mají často po porodu s dítětem minimální kontakt. Děti ve většině případů trpí abstinčním syndromem, a proto vyžadují specifickou péči.¹⁶³

Na oddělení se sleduje, jak často matka za dítětem dochází, jestli je pod vlivem návykových látek a o všem je informována sociální pracovnice nemocnice, která

¹⁶⁰ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 42.

¹⁶¹ Srov. Tamtéž s. 86.

¹⁶² Srov. ČERMÁKOVÁ, M., LITOVÁ, M. Zkušenosti s pobytem drogově závislých matek v Dětském centru. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 86.

¹⁶³ Srov. KOTKOVÁ, V. Ženy na Detoxu. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 58.

se snaží spolupracovat i s širší rodinou matky, pokud nejsou zcela zpřetrhány vztahy v rodině. Pokud je to možné, příbuzní jsou pro matku uživatelku velkou podporou.¹⁶⁴

Přestože jsou děti matek uživatelek ve velké míře neplánované a nechtěné, u některých žen může dojít k tomu, že si v určité fázi najdou vztah k dítěti a rozhodnou se kvůli němu léčit. S tímto rozhodnutím však souvisí i to, že musí opustit své dosavadní prostředí a společnost, kde drogy braly, většinou se jedná i o partnera, který bývá také na drogách závislý. Partner hraje při této volbě často důležitou roli a tak některé ženy místo dítěte volí život s partnerem a drogou.¹⁶⁵

Vzhledem k těmto skutečnostem je důležitá existence programů zaměřených na pomoc ženám v tomto období, jak již bylo zmíněno v úvodu práce.

Pokud matka nezvládá péči o dítě a plnění povinností, nedochází za dítětem, nespolupracuje a nedokáže zajistit vhodné podmínky doma pro dítě, je novorozenec na základě předběžného opatření přeložen do kojeneckého ústavu nebo může být svěřen do péče příbuzných.¹⁶⁶ Trávníčková poukazuje na to, že není výjimkou, kdy matka závislá na návykových látkách opustí nemocnici několik hodin po porodu. Díky špatné socioekonomické situaci a tomu, že se matce nechce svou závislost léčit.¹⁶⁷

Některé děti, které vyrůstají v prostředí, kde se dále berou drogy, mohou trpět nedostatečnou péčí, mohou být zanedbávané. Jejich vývoj může být v takovém prostředí negativní. Velemínský a Žižková uvádí, že tyto děti mívají více zdravotních a psychických problémů než děti, které vyrůstají v rodinách, kde se drogy neberou. Děti mívají horší prospěch ve škole, v dospělosti mohou hůře zvládat řešení obtížných životních situací.¹⁶⁸

Heller uvádí několik statistik spojených s dětmi a jejich rodiči užívajícími návykové látky. Např. že u dítěte narozeného drogově závislé matce hůře probíhá socializace. Až 30 % dětí matek uživatelek, které se dostávají do náhradní péče, má problémy s adaptací. 25 % dětí, které jsou v dětských psychiatrických léčebnách, má alespoň jednoho z rodičů závislého na drogách. Až u 40 % dětí se objevují

¹⁶⁴ Srov. SCHMIDOVÁ, T. Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 86.

¹⁶⁵ Srov. PRESLOVÁ, I. Drogy, ženy a my. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 13.

¹⁶⁶ Srov. SCHMIDOVÁ, T. Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 86.

¹⁶⁷ Srov. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*, s. 45.

¹⁶⁸ Srov. Tamtéž, s. 20.

psychické poruchy v důsledku toho, že byl jejich otec závislý na drogách při intoxikaci agresivní.¹⁶⁹ Celkově jsou děti matek uživatelék negativně ovlivněny.

4 RIZIKA A DOPADY DROG NA PLOD A NOVOROZENCE

Dítě matky uživatelky se stává od samého počátku počítí součástí její drogové kariéry. Stává se jejím aktérem. Drogová závislost a životní styl s ní spojený dítě zasahuje po celý průběh těhotenství i po jeho narození.

Děti, jejichž matky užívají drogy, jsou vystaveny mnoha faktorům biologického, psychologicko - sociálního charakteru během prenatálního a postnatálního vývoje. Velemínský a Žížková se odkazují na Finneganovou a uvádí: „*je zde riziko úmrtí plodu, vzniku vrozených vad, růstové retardace, poškození mozku, předčasného porodu, narození mrtvého dítěte, nedostatku kyslíku, vzniku infekcí a další.*“¹⁷⁰

Mezi nejčastější vady způsobené vlivem drog jsou např. vrozená vývojová vada srdce. Po porodu se u dětí mohou vyskytnout i další komplikace, infekční nemoci, které již byly popsány (hepatitida typu B, C, HIV).¹⁷¹ U novorozenců hrozí abstinční syndrom, který bude popsán dále.

4.1 Zdravotní rizika a dopady

Stejně jako v předešlých kapitolách, i zde je dopad užívání drog na těhotnou uživatelku a její plod do značné míry také podle Bindera a Vavřínkové ovlivněn v tom, zda žena s drogami před otěhotněním experimentovala, občasně je užívala nebo pravidelně brala. Ve většině případů tito autoři uvádí, že pokud je žena jen občasnou uživatelkou, je si oproti problémovým uživatelkám více vědoma dopadů drog na plod a v případě, kdy se dozví, že je těhotná, snaží se abstinovat.¹⁷² Což také potvrzuje praxe.

Stejně jako u již popsaných rizik a dopadů na ženu i zde je třeba brát také v úvahu, že těhotné uživatelky nejsou závislé jen na jedné droze, ale často se jedná

¹⁶⁹ Srov. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al. *Závislost známá, neznámá*, s. 81.

¹⁷⁰ OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽÍŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 20.

¹⁷¹ Srov. Tamtéž, s. 95.

¹⁷² Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 32.

o polydrogovou závislost, kdy ještě žena např. často nadměrně kouří, pije, či užívá a kombinuje jiné drogy.¹⁷³

Dle Šamberové hrozí u žen, které v těhotenství berou drogy velké riziko potratů a mrtvě porozených plodů.¹⁷⁴ Samovolné potraty často uživatelky uvádí, v mnoha případech i mnohočetné.

Užívání drog ovlivňuje dle Bindera a Vavřinkové také funkci placenty, tj. placentární metabolismus a uteroplacentární průtok a transport živin a kyslíku placentou. To, jak budou drogy a živiny placentou přenášeny, je dáno charakteristikami buněčných membrán, rozpustností v tucích, pH, vazbou na proteiny a molekulární hmotností. Při užití kokainu, alkoholu nebo tabáku dochází ke změně na buněčných membránách, což má za následek přerušování přenosu živin v placentě.¹⁷⁵

Do mateřského mléka přecházejí všechny drogy. Dosud nejsou jednoznačné názory na to, zda kojit a vystavit tak dítě tomu, že jeho malý organismus přijímá drogu. Není prokázáno, jak moc omamné látky z těhotenského mléka působí na vývoj dítěte. Většina lékařů ale doporučuje dítě nekojit.¹⁷⁶

4.2 Skupiny návykových látek a jejich vliv na plod a novorozence

4.2.1 Opiáty

Užívání drog v těhotenství má negativní dopad nejen na matku, ale zejména na plod. Opiáty lehce pronikají skrze placentu do organismu plodu a ovlivňují tak prenatální vývoj nenarozeného dítěte. Heroin kumuluje v plodové vodě. Na plod působí tlumivě, a díky tomu plod vykazuje nižší pohybovou aktivitu.¹⁷⁷

Opiáty jsou obsaženy i v mléce kojící matky. Lze shrnout, že opiáty působí nepříznivě na plod a poté i na postnatální vývoj dítěte. Dítě po porodu ve většině

¹⁷³ Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 224.

¹⁷⁴ Srov. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003/ 3, č. 2, s. 53.

¹⁷⁵ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 33.

¹⁷⁶ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 74.

¹⁷⁷ Srov. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*, s. 225.

případů zažívá příznaky podobné abstinenčním a opiáty vyvolávají v organismu takové změny, které mohou přetrvávat až do dospělosti.¹⁷⁸

Opiáty mohou působit na dítě v prenatalním a postnatalním vývoji přímo i nepřímo. Přímou ovlivňují centrální nervovou soustavu. Negativní působení na centrální nervovou soustavu může mít za následek morfologické i funkční změny, které mohou být i dlouhodobé a dokonce přetrvávat až do dospělosti samotného jedince.¹⁷⁹

Huttová udává, že mezi druhým až pátým měsícem je mozek plodu značně citlivý a užívání opiátů v těhotenství může poškodit mozkové buňky, díky kterým může u dítěte dojít k mentální retardaci, mikrocefalidě nebo epileptickému syndromu.¹⁸⁰

„Wilson a kol. pozoroval ve studii dětí mezi třemi až šesti lety, které se narodily matkám závislým na heroinu, nižší tělesnou hmotnost a výšku a snížené behaviorální, organizační a percepční schopnosti.“¹⁸¹

Také studie van Baara a de Grafa, jak uvádí Vavřínková a Binder, ukazuje na to, že děti matek uživatelů, které byly sledovány do pěti a půl roku jejich života, měly nižší IQ a horší jazykové testy než děti neberoucích matek.¹⁸²

Mezi nepřímé účinky opiátů lze považovat dle Šamberové to, že u matek užívajících opiáty mohou nastat deformace placenty a pupečníku. Díky těmto deformacím může docházet k tomu, že je plod nedostatečně zásoben krví, kyslíkem a je málo vyživován. Díky tomu jsou děti matek uživatelů většinou menší a mají nižší porodní váhu. K nižší porodní váze může také přispívat to, co bylo již zmíněno, že jsou matky užívající drogy často v těhotenství podvyživené. Mezi nepřímé účinky lze zařadit i sociální vlivy. Již bylo zmíněno, že matky, které jsou závislé na drogách také ve většině případů zanedbávají zejména prenatalní a postnatalní péči se nevěnují tolik jako matky, které drogy neberou.¹⁸³

¹⁷⁸ Srov. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003/3, č. 2, s. 51.

¹⁷⁹ Srov. Tamtéž, s. 53.

¹⁸⁰ Srov. HUTTOVÁ, M. et al. Následky závislosti těhotných žen od alkoholu a drog pro plod a novorozenca. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 1999/2, č. 34, s. 18.

¹⁸¹ VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 45.

¹⁸² Srov. Tamtéž, s. 45.

¹⁸³ Srov. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003/3, č. 2, s. 53.

Velemínský a Žižková uvádí jako příklad dánskou studii, která se prováděla s 89 dětmi, které se narodily v letech 1970 - 1978, jejichž matky byly závislé během těhotenství na opiátech. Průměrný věk dětí byl čtyři roky. Z tohoto průzkumu vyplynulo, že předčasně se narodilo 20 % dětí; 31 % mělo nízkou porodní váhu; nedostatkem kyslíku trpělo 20 % dětí; u 85 % se projevil abstinenční syndrom; u 21 % byl pozorován opožděný vývoj; psychické problémy a problémy s chováním mělo 54 % dětí, bez problémů bylo 24 % dětí a 56 % dětí bylo umístěno mimo domov.¹⁸⁴

Šamberová uvádí, že koncentrace drogy, která se dostane k plodu je kolem 50 % z celkové koncentrace, která je v těle matky. Může se ale stát, že koncentrace u dítěte, které odbourává drogu v játrech hůře, převyší koncentraci drogy v těle matky.¹⁸⁵

4.2.2 Stimulační drogy

Stimulační drogy procházejí rychle placentou. Následkem toho je značně snížen průtok krve placentou, což vede ke špatnému zásobování plodu kyslíkem, zvyšuje se tepová frekvence a krevní tlak. U uživatelů stimulačních drog je zvýšené riziko předčasných porodů, hrozí i syndrom náhlého úmrtí novorozence.¹⁸⁶

Novorozenci, jejichž matky byly uživatelky stimulačních drog, mají ve většině případů dle Bindera a Vavřinkové nižší porodní váhu, kratší dolní končetiny, jejich obvod hlavičky je menší, často se vyskytují defekty pohlavní a močové soustavy.¹⁸⁷

I děti matek užívajících stimulační drogy mají po porodu akutní příznaky novorozeneckého syndromu. Tyto příznaky jsou však oproti abstinenčnímu syndromu vzniklého z opiátů kratší a v menší intenzitě. Vavřinková a Binder upozorňují na to, že někteří autoři s touto souvislostí uvádí termín neonatální neurotoxický syndrom, který se vyznačuje např. zvýšeným napětím svalů, rychlými reflexy, křečemi, průjmy, krátkými zástavami dechu.¹⁸⁸

¹⁸⁴ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 18.

¹⁸⁵ Srov. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003/3, č. 2, s. 53.

¹⁸⁶ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 48.

¹⁸⁷ Srov. Tamtéž, s. 50.

¹⁸⁸ Srov. Tamtéž, s. 51.

Mezi pozdní důsledky u dětí, jejichž matky užívaly stimulační drogy v těhotenství, uvádí Binder a Vavřínková vývojový a neurobehaviorální deficit. U těchto dětí je i zvýšené riziko anomálií srdce, vylučovací a pohlavní soustavy, hrozí krvácení do mozku. U dětí hrozí riziko náhlého úmrtí.¹⁸⁹

4.2.3 Léky s tlumivým účinkem

U dětí, jejichž matky v těhotenství užívaly benzodiatepiny je zvýšené riziko poškození mozku a nervového systému. Plod je menší.¹⁹⁰

Než se droga v těle novorozence rozpadne, trvá to mnohem déle než u dospělého člověka. Droga se z organismu dítěte dostane až po 7 - 14 dnech, může se stát, že některé děti nedovedou drogu metabolicky zpracovat a abstinční příznaky se u nich mohou projevovat až rok. U dětí, které se narodí matkám, užívajícím během těhotenství benzodiazepiny, se objevují přechodné neurobehaviorální změny.¹⁹¹

Neodporčuje se kojit, protože látka je stále obsažena i v mateřském mléce a u dítěte to může vyvolat poruchy dýchání, může být více ospalé a ochablé.¹⁹²

Další zástupci léků s tlumivým účinkem jsou Barbituráty. Barbituráty utlumují centrální nervovou soustavu. Užívání těchto látek se projevuje hypnosedativními účinky. Nedokáží ale utlumit bolest. V malých dávkách způsobují dle Tylera uvolnění. Při vyšších dávkách jsou stavy podobné opilosti, člověk je ospalý.¹⁹³

Barbituráty, zklidňující drogy, mohou také způsobit nedostatečný přísun živin a kyslíku, neboť tyto drogy snižují srdeční výdej.¹⁹⁴

Tyler uvádí, že pokud žena v těhotenství užívá vysoké dávky fenobarbitalu, může to mít následky na dítě, např. se může dítě narodit s deformací obličeje a malformací prstů. Hrozí i riziko výskytu abstinčních příznaků.¹⁹⁵

¹⁸⁹ Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 51.

¹⁹⁰ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 46.

¹⁹¹ Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 54.

¹⁹² Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 46.

¹⁹³ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 80-81.

¹⁹⁴ Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 33.

¹⁹⁵ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 83.

4.2.4 Alkohol

Alkohol má značné dopady na plod v těhotenství. Žena hned nezjistí, že je těhotná, což je velkým rizikem pro plod. Hrozí vnik vrozených vad a závažných či trvalých poškození, což může zapříčinit mentální retardaci.¹⁹⁶

Nešpor odkazuje na studii, která poukazuje na značné souvislosti mezi tím, kdy žena pije alkohol v prvním trimestru těhotenství a výskytem náhlého úmrtí novorozenců.¹⁹⁷

Alkohol velmi snadno prochází placentou a negativně působí na plod. V plodové vodě se dlouhou dobu drží hladina alkoholu, neboť je odbourávání alkoholu závislé na játrech matky. Pití alkoholu v těhotenství má vliv na řadu anomálií.¹⁹⁸

Roku 1973 popsal Jones fetální alkoholový syndrom, pro který je typický prenatalní a postnatalní růstový deficit, abnormality centrální nervové soustavy a abnormality projevující se v obličeji.¹⁹⁹

„Pro obličej jsou charakteristické krátké oční štěrby, větší vzdálenost mezi očima, epikantus (kožní řasa ve vnitřním očním koutku), široký plochý hřbet nosu, tupý nos, chybějící rýha mezi nosem a horním rtem nebo špatně vyvinuté philtrum (prohlubenina horního rtu), malá dozadu ustupující brada, nízko umístěné uši, často stočené směrem dozadu.“²⁰⁰

Abnormality centrálního nervového systému se mohou projevovat neobvyklými reakcemi a způsoby chování. Mozkové porušení se může projevit hned u novorozence nebo až v pozdějším věku. Např. se může projevit mentální retardace, dítě se může hůře soustředit, neudrží pozornost, může mít problémy s učením, jeho psychomotorický vývoj je opožděnější, dítě roste pomaleji. Velemínský a Žižková poukazují na to, že polovina dětí, u kterých se projevil fetální alkoholový

¹⁹⁶ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 36-37.

¹⁹⁷ Srov. NEŠPOR, K. Alkohol a těhotenství- nová zneklidňující zjištění. In ROZEHNALOVÁ, M. et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*, s. 106.

¹⁹⁸ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 55-56.

¹⁹⁹ Srov. Tamtéž, s. 55-56.

²⁰⁰ OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 37.

syndrom, mají vrozené orgánové deformace. Jedná se zejména o deformace srdce, dolních končetin, pohlavních orgánů, či močových cest.²⁰¹

Mírnějším projevem fetálního alkoholového syndromu je fetální alkoholový efekt, tzn., že se u dítěte projeví jen jeden nebo dva znaky ze tří, které jsou charakteristické pro fetální alkoholový syndrom (růstová retardace, mozková poškození a charakteristické znaky v obličeji). Fetální alkoholový syndrom nelze ve všech případech určit ihned po narození, některé znaky se mohou objevit až v pozdějším věku.²⁰²

Nešpor uvádí, že v důsledku pití alkoholu v těhotenství kromě fetálního alkoholového syndromu dochází častěji, asi čtyřikrát více, k poruchám a postižením, která jsou méně nápadná. U dítěte se to může projevovat nižším intelektem, poruchami chování, které mohou být doprovázeny kriminalitou a sexuálními poruchami, nebo se může projevit v pozdějším věku i porucha osobnosti.²⁰³

Tyler se odkazuje na studii, kterou prováděl tým německých a švýcarských lékařů, který po deset let pozoroval a zkoumal 60 dětí matek alkoholiček. Ukázalo se, že dítě během vývoje má malou hlavu a drobné tělo, ale deformace v obličeji mohou časem vymizet.²⁰⁴

4.2.5 Kanabinoidy

Při pravidelném užívání se často uvádí, že matky v těhotenství přiberou málo na váze. U plodu se může projevit hypotonie a plod má omezené reakce při stimulaci. Po porodu děti trpí třesem, mají prodloužený Morruv reflex. Abstinenční syndrom je velmi mírný, brzy odezní. Projevuje se především nespavostí, neklidem, dítě je více podrážděno.²⁰⁵

Nešpor uvádí, že pokud matky v těhotenství kouřily marihuanu, tak jejich děti mohou mít problémy s chováním, hůře se soustředit, méně si pamatovat, mít

²⁰¹ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 37-38.

²⁰² Srov. Tamtéž, s. 39.

²⁰³ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, s. 56.

²⁰⁴ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 37.

²⁰⁵ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 53.

nižší IQ a trpět poruchami spánku. U těchto dětí je v důsledku užívání marihuany matkou v těhotenství i vyšší riziko výskytu nádorových onemocnění.²⁰⁶

4.2.6 Těkavé látky

Těkavé látky způsobují u plodu stejně tak jako u matky zpomalení dýchání a srdečního tepu, utlumí a ochromí centrální nervový systém, dochází k otupělému stavu. Mohou způsobovat netečnost, dezorientaci a sníženou citlivost.²⁰⁷

I inhalace různých rozpouštědel a ředitel v těhotenství má značný vliv na plod dítěte. Organická rozpouštědla mají podobný vliv na plod jako alkohol. Hrozí riziko poškození mozku. Novorozenec má nízkou porodní váhu. Jsou popsány i abstinenční příznaky a novorozenci mohou trpět sníženou funkcí ledvin.²⁰⁸

4.2.7 Halucinogeny

Jak již bylo napsáno výše, u žen, které užívají halucinogeny v těhotenství, se jedná především o polydrogovou závislost.

Není tedy přesně prokázáno, jaké vlivy mají samotné halucinogeny na plod. Jsou popsány různé vady, ale ženy udávaly, že užívají více různých drog najednou. Abstinenční syndrom se projevuje poruchami dechu, spánku a přijímáním potravy, také třesem.²⁰⁹

4.2.8 Nikotin

Při kouření vyvolává nežádoucí účinky především nikotin a také oxid uhelnatý. Oxid uhelnatý lehce projde placentou a snižuje tak okysličování krve. Novorozenci matek kuřaček mají nižší porodní váhu a je zde vyšší riziko předčasného porodu a to v případě,

²⁰⁶ Srov. NEŠPOR, K. Marihuana má zdravotní rizika. In ROZEHNALOVÁ, M. et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*, s. 96.

²⁰⁷ Srov. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*, s. 299.

²⁰⁸ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽÍŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 47.

²⁰⁹ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 54.

pokud vykouří více než jednu krabičku cigaret denně.²¹⁰ Jsou pravděpodobnější i samovolné potraty a úmrtí po 28. týdnu těhotenství.²¹¹

Nikotin má špatný vliv na plod, poškozují ho. Díky tomu, že matka v těhotenství kouří, může dítěti hrozit deformace dolních končetin, mozkové poškození, rozštěpy rtů nebo deformace zubů či srdce.²¹²

Novorozenci jsou ohroženi i syndromem náhlého úmrtí. Děti matek kuřáček mohou mít v pozdějším věku podle Bindera a Vavřinkové lehkou mozkovou dysfunkci, hůře se soustředí, mohou mít poruchy chování.²¹³

U novorozenců matek kuřáček se může projevit i otrava nikotinem. Novorozenec je ve většině případů neklidný, má průjmy, zvrací, hůře spí, jeho dýchání není pravidelné, chvěje se, může mít našedivělou pleť.²¹⁴

Pro těhotné ženy je ohrožující i pasivní kouření, které může mít za následek rozvoj alergií v dětství a také atopii.²¹⁵

4.3 Abstinenční syndrom novorozence

U drog a léků, které užívají těhotné ženy a které mohou vyvolat závislost, je velká pravděpodobnost, že vyvolají závislost také u plodu. Když se u plodu vyvíjí mozek, vznikají v něm i receptory, které už ve velmi rané fázi vývoje reagují na drogy. Je zde již možný vznik fyzické závislosti a tolerance. Drogy z matky na plod procházejí placentou k plodu poměrně snadno.²¹⁶ „*To znamená, že plod si fyzicky zvyká na stejné látky jako matka a že stav plodu je přímo závislý na stavu matky.*“²¹⁷ Pokud je plod po dobu těhotenství zvyklý na přísun drogy, po porodu se u něj mohou objevit abstinenční

²¹⁰ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 59-60.

²¹¹ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 40.

²¹² Srov. Tamtéž, s. 39.

²¹³ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 59-60.

²¹⁴ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 40.

²¹⁵ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 60.

²¹⁶ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 91.

²¹⁷ Tamtéž, s. 91-92.

příznaky. Akutní abstinenci příznaky mohou ohrozit i život dítěte, pokud nejsou včas rozpoznány.²¹⁸

Velemínský a Žižková uvádějí, že intenzita abstinenci příznaků u novorozence je do značné míry závislá na tom, jaká droga byla matkou užívána, jaké dávky brala, jestli brala před porodem, v průběhu porodu. Finneganová uvádí, že byl na základě několika studií prokázán značný a rozhodující vliv množství návykových látek užívaných těhotnou ženou v posledních třech týdnech před porodem.²¹⁹

Trávníčková uvádí čtyři faktory, na kterých závisí, do jaké míry se u novorozence projeví abstinenci syndrom. Jedná se o dávku drogy, která je ženou v těhotenství užívána; časovém intervalu od poslední dávky; době, jakou trvá drogová závislost a na tom, jak je plod v děloze starý.²²⁰

Každá droga má jiný biologický poločas tj. je různě rychle vylučována z organismu. U drog, které mají krátký poločas rozpadu se abstinenci příznaky objevují hned po porodu, zatímco u některých s dlouhým poločasem rozpadu mohou nastat první abstinenci příznaky i několik týdnů po porodu.²²¹

Užívá - li matka látky, které působí tlumivě na centrální nervovou soustavu, pak vzniká fyzická závislost u novorozence na tyto látky. Mezi drogy, které vyvolávají novorozenecký abstinenci syndrom, uvádí Vavřínková a Binder: kodein, heroin, metadon, pentazocin, propoxyfen, barbituráty, kofein, kokain, diazepam, etanol, marihuanu, nikotin a ostatní narkotika (morfin, fenyl, meperidin).²²²

Droga je obsažena i v mateřském mléce. Pokud matka kojí, tak mohou abstinenci příznaky (např. zvýšená plačtivost, pocení, horečky, křeče, poruchy dýchání a zažívání, atd.) u dítěte nastat až po ukončení laktace, pokud nekojí, tak nastává po porodu.²²³

²¹⁸ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 92.

²¹⁹ Srov. Tamtéž, s. 92.

²²⁰ Srov. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*, s. 37.

²²¹ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 92-93.

²²² Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 69.

²²³ Srov. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003/3, č. 2, s. 53.

Abstinenci příznaky se objevují u 60 – 90 % novorozenců přibližně dle Vavřínkové a Bendera 24 - 28 hodin po narození, užívá - li matka opiáty a v případě užívání metadonu cca po 2 - 4 týdnech po porodu. Je to dáno tím, že se metadon v organismu uvolňuje postupně.²²⁴

Existuje tzv. hodnotící systém abstinenciho novorozeneckého syndromu, který vytvořila v 70. letech Finneganová, který se využívá u dětí, které byly v prenatálním vývoji vystaveny užívání opiátů. Na základě tohoto hodnotícího systému, se u novorozence sleduje 21 příznaků, z nichž se každý hodnotí body od jedné do pěti. Příznaky se hodnotí z různých hledisek např. podle délky trvání, intenzity projevu.²²⁵

Pokud je podezření, že by mohl novorozenec trpět abstinenciho syndromem, je sledován každé tři hodiny. Přesahuje - li celkový součet bodů více než sedm, doporučuje se zahájit léčbu.²²⁶

Novorozenecký abstinenciho syndrom se projevuje poruchami funkcí centrální nervové soustavy, respiračního traktu a gastrointestinálního traktu. Tyto poruchy popisuje Vavřínková a Binder. Mezi poruchy centrální nervové soustavy patří: vysoko laděný pláč; neklid po nakrmení; dítě spí méně než jednu až tři hodiny; projevují se hyperaktivní reflexy; je zvýšený svalový tonus; třes; záškuby; křeče; Morův reflex, kdy dítě sebou prudce trhne, hlavou trhne vzad a rozhodí paže. Patří sem také výrazná podrážděnost, která může vyústit až do generalizovaných křečí, zívání, kýčání, neklid, nekoordinované pohyby očí a úst, křik.²²⁷

Mezi poruchy trávicí soustavy patří např. špatná výživa, velmi řídká nebo vodnatá stolice, průjmy, dávení nebo zvracení, poruchy koordinace sání a polykání. Poruchy respiračního traktu se u novorozence projevují zejména ucpaným nosem, sekrecí z nosu, jedinec rychleji dýchá - jeho frekvence je více než 60 dechů za minutu, potí se, má mramorovanou kůži.²²⁸

Pokud se abstinenciho syndrom u novorozence projeví, je třeba, aby byl častěji sledován a případně přeložen na jednotku intenzivní péče. Pro novorozence by mělo být zajištěné takové prostředí, kde nebude zbytečně velký hluk, značné osvětlení. Mělo

²²⁴ Srov. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003/3, č. 2, s. 53.

²²⁵ Srov. ÚŘAD VLÁDY ČR. Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy*, s. 10.

²²⁶ Srov. ČIHAŘ, M. Novorozenec drogově závislé matky. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*, s. 53.

²²⁷ Srov. VAVŘÍNKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 70-71.

²²⁸ Srov. Tamtéž, s. 70-71.

by mít klid, zbytečně by se s ním nemělo manipulovat, nejlepší je poloha na břiše či na pravém boku. Důležité je i častě odsávání nosu.²²⁹

Novorozenci jsou podávány opiátové nebo morfiové preparáty, kdy jsou dávky postupně snižovány. Pokud se jedná o abstinenční syndrom, který vznikl po jiných drogách než opiátech, tak může být podáván také Fenobarbital.²³⁰

Abstinenční příznaky se mohou u dítěte projevovat i několik týdnů či měsíců. I po odeznění abstinenčních příznaků může být dítě stále podrážděné a může odmítat tělesný i oční kontakt. Tyto děti bývají podle Velemínského a Žižkové popisovány jako „křečovitě děti“.²³¹

²²⁹ Srov. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*, s. 71.

²³⁰ Srov. Tamtéž, s. 72.

²³¹ Srov. OLOFSSON, M. et al. Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 93.

ZÁVĚR

V práci byly soustředěny poznatky z oblasti problémového užívání drog u těhotných žen se zaměřením na jejich rizika a dopady zejména v oblasti zdravotní a sociální. Práce nezapomíná na rovinu psychiky, kterou toto užívání samozřejmě velmi ovlivňuje.

Ženy, uživatelky drog, mají svá specifika. Závislost na drogách u žen vzniká rychleji než u mužů. Drogy začínají brát také často v souvislosti s psychickými obtížemi či sexuálním zneužíváním. Také bývá jejich braní často spojeno s poruchami příjmu potravy. Ženy méně navštěvují sociální služby pro uživatele drog a to z důvodu obav ze stigmatizace a prozrazení a popř. strachu z odebrání dítěte. Pokud uživatelky drog nejsou v kontaktu s odborníky na problematiku drog a drogových závislostí, bývají málo informované o všech rizicích, které braní drog přináší. Často si také neuvědomují, jak fatální následky může mít braní drog pro dítě, pokud jsou gravidní.

Jedním ze specifík uživatelky drog je právě možnost otěhotnění. Problémové uživatelky drog se ve velké míře chovají promiskuitně. Antikoncepce bývá u této skupiny žen málo využívána. Což často vede k tomu, že žena otěhotní. Mezi uživatelkami drog bývá umělé přerušování těhotenství častým krokem, pokud se o těhotenství ženy dozví včas. Mezi našimi klientkami jsou ženy, které v průběhu života podstoupily opakované interrupce.

Důsledkem braní drog se u žen mění menstruační cyklus, u některých žen dochází i k jeho vymizení, přesto mohou i za těchto okolností otěhotnět, což vede k tomu, že je těhotenství neplánované a nechtěné a často se o něm žena dozví až v pokročilejším stádiu gravidity. Bývá také často zanedbávána prenatální péče, ženy uživatelky drog také často s lékaři nespolupracují. Jejich zdravotní stav nebývá dobrý, často s přítomností infekčních onemocnění. Významně riziková je zde intravenózní aplikace. Tato skupina žen si hůře hledá vztah ke svému dítěti, drogy bývají překážkou v dostatečné péči o dítě a hrozí zde zanedbávání a následné odebrání dítěte.

Problémové užívání drog negativně ovlivňuje zdravotní stav ženy. Negativní vliv zde mají drogy samotné, velkou měrou se zde ovšem podílí zejména intravenózní aplikace drog. Braní drog způsobuje celkové chátrání těla, jsou velmi zatížena játra. Dále je ohrožen cévní systém. Drogy zapříčiňují psychopatologické změny, u některých žen také posilují sebevražedné tendence.

Celkový životní styl uživatelky v drtivé většině přináší významné sociální dopady. Je narušeno její sociální fungování. Nejčastějšími sociálními dopady u uživatelky drog jsou: špatné vztahy v rodině, nezaměstnanost, s tím související dluhy a bezdomovectví, gambling, prostituce a trestná činnost. U této skupiny často dochází k sociálnímu vyloučení.

Závažným problémem u žen, uživatelky drog je problematika těhotenství, lékařské péče. V praxi se lze setkat se ženami, které během těhotenství nejsou v péči odborného lékaře, a jejich těhotenství není sledováno. U žen závislých na opiátech se doporučuje substituční léčba, která vede ke stabilizaci matky.

V České republice není braní drog v těhotenství klasifikováno jako trestný čin, záleží tedy pouze na motivaci uživatelky drog, zda své chování při otěhotnění změní.

Dítě uživatelky v této chvíli vstupuje do drogové kariéry své matky a to od samého počátku jeho prenatálního vývoje. Stává se tedy uživatelem drog, ovšem zcela nedobrovolně, nemá možnost nic ovlivnit. Drogová kariéra matky uživatelky často negativně zasahuje i do jeho budoucího života po narození.

Bere-li matka drogy v těhotenství, hrozí nejčastěji úmrtí plodu, vrozené vady, poškození mozku, také růstová retardace, předčasný porod či narození mrtvého dítěte. Novorozenci často trpí abstinenčními příznaky, které je mohou ohrozit na životě. U dětí narozených uživatelkám drog se často mohou vyskytovat psychické problémy, problémy s chováním a opožděný vývoj.

Vzhledem k tomu, že jsou těhotné ženy uživatelky a matky specifickou skupinou, si také zasluhují specifický přístup, který prozatím dle mého názoru není v rámci sociálních služeb v České republice dostatečně rozšířen. Speciální programy pro ženy fungují zejména v Praze v podobě např. denního stacionáře pro těhotné ženy a matky s dětmi, které chtějí řešit svoji situaci či doléčovacího centra pro matky s dětmi. Příkladem chybějících služeb pro ženy může být i o. s. Prevent, který jako největší poskytovatel služeb pro uživatele drog v Jihočeském kraji nemá doposud žádný speciální program pro tyto ženy.

Samotní pracovníci a někteří poskytovatelé sociálních služeb pro uživatele drog si tuto potřebu dle svých zkušeností uvědomují. Bohužel sociální služby u nás obecně trpí nedostatkem financí, od kterých se nabídka služeb a poskytování služeb samotných

odvíjí. V zahraničí jsou běžné speciální programy pro ženy a to ve všech úrovních služeb, tedy od nízkoprahových služeb až po služby následné péče (např. Dánsko).

Otázkou zůstává, zda budou tyto služby do budoucna vznikat vzhledem k současné finanční situaci v sociálních službách u nás, jelikož v současné době se nachází některé služby pro uživatele drog ve vysoké finanční krizi a ocitají se na pokraji svého fungování.

Další otázkou ovšem je, nakolik tyto služby dlouhodobě spoléhají na finanční podporu státu a různých dotací, a nakolik aktivně využívají možnosti fundraisingu, aby jejich činnost nebyla závislá pouze na již zmíněných zdrojích financování. Finanční podpora sociálních služeb pro uživatele drog má v České republice již řadu let snižující se tendenci. Další průběh financování je možné předpokládat, přesto služby dle mého názoru zastávají spíše pasivní postoj a stále na tuto skutečnost nereagují v dostatečné míře a dostatečnou aktivitou fundraisingu.

Fungování služeb pro těhotné uživatelky drog či uživatelky matky je tedy důležité. Tyto služby nabízí svým klientkám bezpečné prostředí, kde mohou za pomoci odborníků řešit svou situaci a pracovat se svými tématy. Matky se zde mohou např. učit péči o své dítě a zvládat jeho nároky. Dostávají zde podporu a pomoc, jsou zde přijímány a nejsou souzeny.

Cílem této práce bylo tuto problematiku uchopit a zpracovat všechna možná rizika a dopady problémového užívání drog u těhotných žen s ohledem na ženu a dítě. Tyto komplexní informace mohou posloužit každému sociálnímu pracovníkovi, pracujícímu s uživateli drog k tomu, aby měl o dané problematice dostatek informací a jeho intervence s těhotnými uživatelkami byly dostatečně účinné. Touto prací bych také ráda přispěla svými podněty k odborné diskuzi o nutnosti existence služeb, zaměřujících se na cílovou skupinu těhotných uživatelék drog a matek.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.
2. BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici*. Brno: Doplněk, 2000. ISBN 0-7239-048-1.
3. BINDER, T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 223 - 229. ISBN 80-247-0418-8.
4. BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B. Substituční terapie drogové závislosti v těhotenství. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. et al. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*, s. 205 – 215. ISBN 978-80-7387-095-9.
5. ČERMÁKOVÁ, M., LITOVOVÁ, M. Zkušenosti s pobytem drogově závislých matek v Dětském centru. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*. Praha: o. s. Sananim, 2009, s. 75 - 82. ISBN 978-80-254-5133-5
6. ČIHAŘ, M. Novorozenec drogově závislé matky. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*. Praha: o. s. Sananim, 2009, s. 51 - 54. ISBN 978-80-254-5133-5
7. GÖHLERT, CH., KÚHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-50-9.
8. GROLMUSOVÁ, L. Užívání návykových látek u sexuálních pracovníků. In PRESLOVÁ, I., et al. *Sexualita a drogy: sborník odborné konference*. Praha: o. s. Sananim, 2011, s. 109 - 115. ISBN 978-80-904536-2-3.
9. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9.
10. HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
11. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al. *Závislost známá, neznámá*. Praha: Avicenum-Grada, 1996, ISBN 80-7169-277-8.
12. HUSA, P., HUSOVÁ, L. *Možnosti praktického lékaře při diagnostice a léčbě chronických virových hepatitid*. Hradec Králové: nakladatelství Olgy Čermákové, 2004. ISBN 80-86703-03-07.

13. KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 14 - 24. ISBN 80-86734-05-6.
14. KALINA, K., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing , 2008. ISBN 80-2471-41-16.
15. KLÍMA, P., RACEK, J. et. al. *Kontaktní práce*. Praha: Národní vzdělávací fond, o.p.s., 2010. ISBN 978-80-86728-42-1.
16. KOTKOVÁ, V. Ženy na Detoxu. In PRESLOVÁ. I., MAXOVÁ, V. et al. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*. Praha: o. s. Sananim, 2009, s. 55 - 59. ISBN 978-80-254-5133-5.
17. KREKULOVÁ, L., ŘEHÁK, V. ... *když už máš Céčko...* .Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-823-9.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
19. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ. P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
20. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549- 0.
21. MISÍKOVÁ, M. Sociální vyloučení. In JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. et al. *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, s. 307 – 326. ISBN 978-80-7368-503-4.
22. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., et. al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8.
23. NEDĚLNÍKOVÁ, D. et. al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, rok neuveden. ISBN neuvedeno.
24. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
25. NEŠPOR, K. Alkohol a těhotenství - nová zneklidňující zjištění. In ROZEHNALOVÁ, M. et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*. Praha: Free Teens Press, 2003, s. 103-107. ISBN 80-902898-3-5.
26. NEŠPOR, K. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 217-218. ISBN 80-86734-05-6.

27. NEŠPOR, K. Marihuana má zdravotní rizika. In ROZEHNALOVÁ, M. *et al.* *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář.* Praha: Free Teens Press, 2003, s. 96 - 103. ISBN 80-902898-3-5.
28. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost.* 4. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
29. ODEHNALOVÁ, A., Úvod do psychopatologie a sociální patologie. In JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. *et al.* *Profesní dovednosti terénních pracovníků.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, s. 269. ISBN 978-80-7368-503-4.
30. OLOFSSON, M. *et al.* Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. *et al.* *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství,* Praha: Triton, 2008, s. 13 – 149. ISBN 978-80-7387-095-9.
31. OLSZEWSKI, D. *et al.* *Hlasy žen.* Praha: Centrum adiktologie, 2003. ISBN 978-80-86620-26-8.
32. PARULA, M. *Práce o. s. Ulice na „toxibytech“ v Plzni.* In KLÍMA, P., RACEK, J. *et al.* *Kontaktní práce.* Praha: Národní vzdělávací fond, o.p.s., 2010, s. 39 - 44. ISBN 978-80-86728-42-1.
33. PĚNKAVA, P. Specifika sociální práce s osobami bez přístřeší. In GOJOVÁ, A., *et al.* *Sborník studijních textů pro sociální kurátory,* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009, s. 379 - 412. ISBN 978-80-7368-627-7.
34. PETR, P. *et al.* *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí,* České Budějovice, Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2007. ISBN 80-86708-31-4.
35. PRESLOVÁ, I. Drogy, ženy a my. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. *et al.* *Ženy & drogy: sborník odborné konference.* Praha: o.s. Sananim, 2009, s. 11 - 14. ISBN 978-80-254-5133-5.
36. ROZEHNALOVÁ, M. *et al.* *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář,* Praha: FreeTeens Press, 2003, s. 96-107. ISBN 80-902898-3-5.
37. SCHMIDOVÁ, T. Sociální práce v porodnici s matkou s abúzem drog. In PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V. *et al.* *Ženy & drogy: sborník odborné konference.* Praha: o. s. Sananim, 2009, s. 85 - 88. ISBN 978-80-254-5133-5.
38. TRÁVNÍČKOVÁ, I. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen.* Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. ISBN 80-86008-92-4.
39. TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady.* Praha: nakladatelství Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.

40. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
41. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
42. VOBOŘIL, J. Gender - ženy jako specifická skupina. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 238 – 243. ISBN 80-86734-05-6.

Periodika

43. HERZOG, A. Čistota a cena drog. *Dekontaminace*, o.s. Sananim, 2011, č. 1.
44. HUTTOVÁ, M. et al. I. Následky závislosti těhotných žien od alkoholu a drog pre plod a novorodenca. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 1999, s. 18, roč. 2, č. 34.
45. KLOUČEK, E. Kompenzační mechanismy uživatelů nelegálních drog. *Adiktologie*, 2004, roč. 4, č. 1. ISSN 1213-3841.
46. MASÁR, O. et al. Niektoré problémy spojené so starostlivosťou o pacientov – toxikomanov. *Kontakt*, 2004, roč. 6, č. 1. ISSN 1212-4117.
47. MATOUŠEK, J. Nezaměstnanost a práce se specifickými klienty. *Sociální politika*, 2001, roč. 27, č. 6. ISSN 0049-0962.
48. ÚŘAD VLÁDY ČR. Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy*, 2007, s. 1-11, roč. 5, č. 4. ISSN 1214-1089.
49. ŠAMBEROVÁ, R. Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 2003, s. 51-59, roč. 3, č. 2.
50. TŘINECKÝ, J. Podpora duchovních potřeb uživatele. *Sociální služby*, 2011, roč. 13, č. 12. ISSN 1803-7348.
51. ÚŘAD VLÁDY ČR. Injekční užívání drog. *Zaostřeno na drogy*, 2004, roč. 2, č. 2. ISSN 1214-1089.
52. ÚŘAD VLÁDY ČR. Podobnost látkových závislostí s jinými psychickými poruchami. *Zaostřeno na drogy*, 2007, roč. 5, č. 3. ISSN 1214-1089.
53. VOBOŘIL, J. Tender differences- ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost- review anglicky psané literatury. *Adiktologie*, 2002, s. 33-38, roč. 2, č. 1.

ABSTRAKT

PŘÁDNÁ, J. *Rizika a dopady problémového užívání drog u těhotných žen*. České Budějovice 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce M. Elichová.

Klíčová slova: drogy, závislost, problémové užívání drog, uživatelka drog, těhotenství, prenatální péče, zdravotní a sociální rizika a dopady užívání drog na ženy, plod a novorozence

Bakalářská práce popisuje rizika a dopady problémového užívání drog u těhotných uživatelky. Zabývá se zejména zdravotními a sociálními hledisky. Charakterizuje závislost na drogách, uživatelky drog a problematiku těhotenství těchto žen. Popisuje možné dopady užívání drog na ženu a plod. Rizika a dopady jsou děleny dle jednotlivých skupin návykových látek. Práce dále zmiňuje abstinční syndrom novorozence, kterým tyto děti často po porodu trpí. Bakalářská práce vychází z dostupné odborné literatury a vlastních profesních zkušeností z terénní sociální práce s uživateli drog.

ABSTRACT

Risks and consequences of problem drug use in pregnant women.

Key words: drugs, drug addiction, problem drug use, female user of drugs, pregnancy, prenatal care, health and social risks and impacts of drug use on women, fetus and newborn child.

The bachelor's work describes the risks and impact of problem drug usage among pregnant women. It mainly views the topic from the health and social points. It characterizes drug addiction, drug addicts and their troubling pregnancy. It describes the possible impact of the drug usage on the woman and her fetus. The risks and impacts are divided by particular groups of addictive substances. The work further mentions the newborns' abstinence syndrome which those babies often suffer from after the birth. The bachelor's work proceeds from an available specialized literature and my own vocational experience from the field social work with drug users.