

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filosofická fakulta**

Katedra sociální práce  
Katedra sociologie

Sociologie

Mgr. Eva Svobodová

**Sociální práce s těhotnými  
drogově závislými ženami**

Social work with drug addicted women

**Disertační práce**

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

2007

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma **Sociální práce s těhotnými drogově závislými ženami** vypracovala samostatně a užila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

.....  
Mgr. Eva Svobodová

V Českých Budějovicích dne 15. března 2007

## O b s a h

	str.
<b>1. Úvod</b> .....	6
<b>2. První poznatky o těhotných drogově závislých ženách v ČR</b> .....	9
<b>3. Sociologický pohled (gender problematika)</b> .....	13
<b>4. Specifika prenatální péče</b> .....	16
<b>5. Problémové oblasti těhotných drogově závislých žen</b> .....	20
<b>6. Zdravotně sociální důsledky užívání drog v těhotenství</b> .....	21
6.1. Důsledky užívání drog pro těhotné ženy	
6.2. Důsledky užívání drog pro plod / dítě	
6.3. Abstinenční syndrom novorozence (NAS)	
6.4. Specifika edukační péče u dětí narozených s drogovou zátěží	
<b>7. Screening versus Úmluva o lidských právech a biomedicíně</b> .....	30
<b>8. Depistáž a anamnéza</b> .....	33
<b>9. Dynamika rodinného zázemí</b> .....	35
9.1. Psychosociální východiska	
9.2. Intervence v rodině-dilema sociálních pracovníků	
<b>10. Legislativa</b> .....	40
10.1. Specifikace stěžejních zákonů ze sociální práce	
10.2. Trestní zákon (č.140/1961 Sb.) a Trestní řád (č.141/1961 Sb.)	
10.3. Zákon O soudnictví ve věcech mládeže (č. 218/2003 Sb). Probační a mediační služba (č. 257/ 2000 Sb.)	
<b>11. Systém léčebné péče pro těhotné drogově závislé ženy v ČR</b> .....	54
11.1. Specifika přístupu	
11.2. Léčebné kontinuum a moderní terapeutický koncept	
11.3. Léčba a sociální neintegrace- obecná východiska a zákonný rámec	

<b>11.4. Typologie léčby a sociální reintegrace.....</b>	<b>58</b>
11.4.1. Akutní lůžková péče	
11.4.2. Detoxifikace	
11.4.3. Terénní programy	
Kontaktní a poradenské služby	
11.4.4. Ambulantní léčba závislostí	
11.4.5. Stacionární programy-nelůžková denní léčba pro problémové uživatele a závislé	
11.4.6. Krátkodobá a střednědobá ústavní péče - léčba problémových uživatelů a závislých (ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče)	
11.4.7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách	
11.4.8. Programy následné péče	
11.4.9. Substituční léčba - podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku	
11.4.10. Dobrovolnictví	
11.4.11. Užívání drog v ČR	

**12. Systém zdravotně sociální péče o těhotné drogově závislé ženy v Jihočeském kraji..... 73**

**12.1. Cíl práce a metodický postup**

**12.2. Výsledky studie**

- 12.2.1. Prenatální péče
- 12.2.2. Porodnická péče
- 12.2.3. Substituční program
- 12.2.4. Péče v zařízení pro děti ve věku 0-3 roky,  
péče v kojeneckých ústavech
- 12.2.5. Péče v kontaktních centrech a terénní programy

12.2.6. Péče terapeutických komunit a léčeben pro drogově závislé	
12.2.7. Sociální práce / Sociálně právní ochrana dětí	
12.2.8. Azylové domy, diagnostické, výchovné ústavy a dětské domovy	
12.2.9. Dobrovolníci	
12.2.10. Policie a věznice. Probační a mediační služba	
<b>12.3. Mezioborový přístup - klíčové vazby</b>	<b>81</b>
12.3.1. Gynekologové - porodnice	
12.3.2. Gynekologové - OSPOD	
12.3.3. Porodnice - rodící žena pod vlivem drog	
12.3.4. Porodnice - OSPOD	
<b>13. Přístupy řešení v zahraničí</b>	<b>84</b>
13.1. Ženy a užívání drog v Evropě	
13.2. Přístup řešení na Slovensku	
13.3. Přístup řešení v Rakousku	
13.4. Přístup řešení v Německu	
13.5. Přístup řešení v Dánsku	
13.6. Přístup řešení v USA	
<b>14. Diskuse</b>	<b>102</b>
<b>15. Závěr a doporučení</b>	<b>107</b>
<b>16. Seznam literatury</b>	<b>110</b>

## 1. Úvod

### Příběh Lenky

Lence je 25 let, je svobodná matka, od 16 let drogově závislá na pervitinu, LSD, heroinu, v 19 letech porodila dvojčata, která jí byla odebrána z péče, nyní v 25 letech nechtěně otěhotněla, má hepatitis B, v těhotenství užívala pervitin, heroin, o abstinenci se nepokusila, otec dítěte nechtěl o těhotenství nic slyšet, je drogově závislý na heroinu, chtěl, aby šla na potrat, na který ale neměla peníze. Stejný postoj zaujali její rodiče, tudíž neměla žádné zázemí. A tak celé těhotenství žila na ulici, kde spala, kradla a prostituovala...

Rodila na severu Čech, v porodnici jí opovrhovali. Byla rozhodnuta dát miminko do adopce. Po porodu jí holčičku okamžitě odebrali s těžkým průběhem NAS. Dnes je sama, bojuje s abstinencí, kterou nezvládá, nemá práci, peníze, a sociální pracovnice, u které byla poprosit o radu jí také opovrhovala. Závěrem říká, že jí to všechno moc mrzí, že si pokazila celý život, moc by si přála děti získat zpátky, doufá, že to všechno jednou zvládne...

Myšlenka věnovat se profesně tématu tak citlivému, stigmatizovanému a přitom tak reálnému jako je problematika těhotných drogově závislých žen vznikala pozvolna během mé profesní činnosti orientované na drogově závislou populaci. Poté, co jsem v Českých Budějovicích začala realizovat Terénní program pro drogově závislé (2000) a současně vybudovala Rodičovskou skupinu pro rodiče (2000), jejichž děti mají problémy s drogami jsem měla možnost se v rámci mého studijního pobytu ve Spojených Státech (2002) seznámit s celou řadou projektů orientovaných na pomoc těhotným drogově závislým ženám a matkám v různých fázích vývoje závislosti. Tato problematika mne zcela zaujala.

Vzhledem k faktu, jak se vyvíjí dynamika drogové scény v České republice jsem si začala klást otázky např. jak je legislativně ošetřena možnost screeningu těhotných drogově závislých žen, jaká práva má ještě nenarozené dítě prenatálně, jaká máme zařízení a nástroje pomoci těmto ženám, jak jsou sociální pracovníci odborně připraveni na tento stále aktuálnější problém, v jaké fázi je realizace substituční léčby, jak je nastavena

metodika při práci s těmito ženami, jaké jsou stěžejní zákony, které tuto problematiku ošetřují atd.

Tím spíše zde hrála roli skutečnost, že jsem měla možnost osobně poznat mnoho dívek (jak u nás tak i v zahraničí), které byly těhotné a zároveň byly závislé na drogách. Poznala jsem jejich životní osudy, vyprávěly mi o jejich cestě k droze, o rodinném prostředí, ve kterém vyrůstaly, o otcích jejich dětí, kteří také většinou byli závislí na drogách, o každodenních starostech, které mají, o vztahu k jejich těhotenství a posléze narozeným dětem, jež se u některých z nich staly silným motivačním stimulem pro ukončení jejich bohaté drogové kariéry. Byla jsem v roli sociální pracovnice, která jim se zájmem a empatií naslouchala a snažila se pochopit jejich rozhodování, jednání a bolesti, které si životem nesou.

Cílem této práce je podívat se na **problematiku těhotných drogově závislých žen** především z **pohledu sociální práce**, kdy filosoficky vycházím z pojetí **zdravotně sociálního přístupu** ke sledované problematice. Vzhledem k faktu, že jsou již v odborné literatuře dostupné publikace, které se zabývají tímto tématem těhotných drogově závislých žen především z medicínského hlediska např. „Návykové látky v těhotenství“ (Vavřínková, Binder, 2006) a další, jsou pak medicínská témata v této práci zmíněna pouze marginálně, nicméně mají svůj velký význam. Práce je obohacena i o zkušenosti ze zahraničí (Slovensko, Rakousko, Německo, Dánsko, USA), kdy si kladu výzkumnou otázku: zda nám zahraniční zkušenosti mohou nabídnout nějakou osvědčenou univerzální metodu práce / praktický přístup, který by mohl obohatit český systém péče o těhotné drogově závislé ženy v České republice.

Také se věnuji mapování systému zdravotně sociální péče pro těhotné drogově závislé ženy v Jihočeském kraji resp. se věnuji rekonstrukci obrazu fungování a připravenosti systému zdravotně sociální péče pro výše jmenovanou skupinu žen.

V odborné literatuře se setkáváme s různými termíny, které se snaží pojmenovat těhotné ženy, které v těhotenství užívají drogy ať již v rovině experimentu či bychom je již mohli kategorizovat jako problémové uživatelky drog<sup>1</sup>, drogově závislé ženy<sup>2</sup> apod.

Tato práce se zabývá těhotnými ženami, které anamnesticky vykazují již symptomy problémového užívání drog či jsou již drogově závislé, proto jsem zvolila v názvu práce, a to na základě poznatků o vývoji drogově závislosti, souhrnné pojmenování této skupiny žen jako těhotné drogově závislé ženy<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> **Problémové užívání drog** je dle definice EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction) definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé užívání opiátů a/nebo amfetamínů a kokainu ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu))

<sup>2</sup> **Drogová závislost** je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemné pocity při vynechání drogy (abstinence) (Vavřínková, Binder, 2006, str. 13).

<sup>3</sup> V některých citacích však ponechávám definování této skupiny tak, jak zvolili autoři citací.



## 2. První poznatky o těhotných drogově závislých ženách v ČR

První práce ohledně této specifické skupiny nacházíme již na začátku 60.let. Většina prací se týká vlivu drog během těhotenství a problematiky neonatálního abstinčního syndromu (NAS) (Preslová in Kalina, 2003).

Vavřínková a Binder (2006) uvádí, že nejpostiženější věkové skupiny v populaci uživatelů drog u nás jsou skupiny 15-19 letých. Tvoří dohromady 80,3% všech uživatelů (Šejda a kol.in Vavřínková, Binder, 2006). Dále uvádí, že se dle jejich zkušeností s těhotnými užívatelkami pervitinu a heroinu jedná o **velmi mladé ženy**. Průměrný věk pacientek - užívatelk pervitinu je 22,7 let, u užívatelk heroinu je to 23 let. Podle demografických charakteristik v Zuckermanově studii (1989) probíhající v Boston City Hospital bylo 78% gravidních užívatelk drog svobodných. Mezi jejich pacientkami je **svobodných přes 90%**. V průběhu 6 let se setkali pouze s několika vdanými ženami. Z toho u tří byl manžel rovněž závislý na tvrdých drogách a u jedné byl závislý na alkoholu. Tato skutečnost přímo souvisí s **nevyzrálou osobností těchto žen** a s věkem, kdy začaly experimentovat s drogami. Rozvoj drogové závislosti vede postupně **k izolaci jedince a k rozpadu partnerských vztahů**, pokud se již stačily vybudovat. Rovněž příslušnost k partě nenapomáhá vytváření partnerských vztahů.

Významným znakem této skupiny žen je **nezaměstnanost**. Vavřínková, Binder, Živný (2001) provedli v ČR výzkumnou studii, do které byly zařazeny těhotné ženy, u kterých byla prokázána drogová závislost na tvrdých drogách pervitinu nebo heroinu. Za 3 roky se podařilo soustředit 41 drogově závislých těhotných žen, 20 těhotných na pervitinu a 21 na heroinu. V heroinové skupině byla zjištěna 100% nezaměstnanost, ve skupině užívatelk pervitinu činila nezaměstnanost 85%. Při opiátovém typu závislosti již ráno nastupují abstinční příznaky a hlavním cílem dne je sehnat dávku drogy. Všechno ostatní je druhořadé tedy i nástup do

zaměstnání. Pervitinová závislost nevyžaduje každodenní aplikaci drogy, ale pervitinové tahy bývají až několikadenní a vedou **k úplnému psychosomatickému vyčerpání**. Při delší závislosti na pervitinu se rozvíjí paranoidní nebo paranoidně-halucinatorní syndrom, dochází ke konfliktům na pracovišti, které spolu s opakovanými absencemi vedou nakonec ke ztrátě zaměstnání (Vavřínková, Binder, 2006).

Vavřínková, Binder, Živný (2001) uvádí, že délka abúzu se v heroinové skupině pohybovala od 1,5 roku do 10 let, průměrná délka užívání heroinu byla 3,7 roku. U pervitinu se délka abúzu pohybovala od 1,5 roku do 8 let, průměrná délka užívání pervitinu činila 3,3 roku.

**Intravenózně** si drogu aplikovalo 94,7% uživatelůk heroinu, u uživatelůk pervitinu činila intravenózní aplikace 60%. Tzv. intravenózní toxikomani patří k nejrizikovějším skupinám vzhledem k riziku přenosu infekcí, zejména **hepatitidy B, C a HIV**. Riziko narůstá s častým sdílením stříkaček a jehel v komunitě (Vavřínková, Binder, 2006).

Podle anamnestických údajů se 26,3% uživatelůk heroinu pokoušelo v minulosti o **léčbu závislosti a abstinenci**. Jedná se především o detoxikační terapii, o terapii a substituci buprenorfinem a o substituci metadonem. Ve skupině uživatelůk pervitinu nezaznamenali ani jeden případ pokusu o léčbu či abstinenci (Vavřínková, Binder, 2006).

V heroinové skupině neprošlo **ambulantní prenatalní péčí** 33,3% těhotných, v pervitinové skupině 25%. Ostatní navštívily poradnu alespoň 1krát. Průměrný počet návštěv v heroinové skupině byl 3,79, v pervitinové skupině 5,05. V obou sledovaných skupinách byla všechna **těhotenství neplánovaná**. V heroinové skupině bylo **těhotenství poprvé diagnostikováno po 12. gestačním týdnu** v 79%, v pervitinové skupině v 58%. V heroinové skupině pouze 31% žen uvedlo, že je těhotenství chtěné, v pervitinové jen 20%.

Štembera, Velebil, Motyčková (2002) sledovali vybrané těhotenské komplikace a shrnují nejpodstatnější sociodemografické aspekty, kdy konstatují, že ve druhé polovině 90. let došlo ke zvýšení věku rodiček, úrovní jejich vzdělání, podílu svobodných a naopak poklesu podílu druhorodiček a rodiček s umělým oplodněním v anamnéze. **Užívání návykových látek v těhotenství je nejvyšší v nejmladší skupině rodiček.**

Tab. 1: Výskyt rodiček mladších 30 let v populaci České Republiky, které v r. 2000 užívaly v těhotenství některou z návykových látek (Štembera, Velebil, Motyčková, 2002)

Druh návykové látky	Věkové skupiny rodiček v populaci ČR			
	Mladší 17	18 – 19	20 - 24	25 - 29
	n	n	n	n
Kouření	246	660	2428	1836
Alkohol	3	21	109	91
Drogy	11	17	98	68
Kouření + alkohol	1	13	57	43
Kouření + drogy	5	7	28	24
Kouření + alkohol+drogy	1	5	35	27
Souhrn rodiček závislých	267	723	2 755	2 089
Celkem rodiček	901	3 568	28 677	36 802

Nápadný je nárůst uživatelů se snižujícím se věkem. Platí to i pro dvě nejpočetnější skupiny rodiček, v nichž podíl uživatelů 25-29 letých je nižší než 20-24 letých. Jestliže výskyt uživatelů drog v těhotenství činí v nejmladší skupině zatím pouze 2 % a u 18-19letých necelé 1 %, pak naopak varovné je zjištění, že v těhotenství kouří každá čtvrtá 17letá a mladší a každá 18-19letá žena (Štembera, Velebil, Motyčková, 2002).

Počty žen, které jsou uvedené v tabulce č.1 vnímám přesto jako relativní ukazatele, nikoli jako absolutní stav, neboť prvotní musela být informace od rodičky, která sdělila, že užívala v těhotenství či ještě bezprostředně před porodem drogy. Ze zkušeností víme, že tyto ženy mají tendenci tuto skutečnost spíše popírat, nepřiznávat vzhledem k tomu, že je

toto téma neustále tabuizováno a takové ženy se pak cítí svým okolím silně stigmatizovány. Proto předpokládám, že čísla uvedená v tabulce jsou sice absolutním vyjádřením z analýz zdravotní dokumentace rodiček, nikoli však obrazem reálné skutečnosti, kde předpokládám čísla mnohem vyšší.

Dalo by se říci, že počet žen ve sledovaném výzkumu (Vavřínková, Binder, Živný, 2001) je relativně malý soubor, nicméně je z hlediska statistického reprezentativní a závěry z něho plynoucí jsou shodné se situací, která panuje na drogové scéně a zároveň korespondují i s trendy, které můžeme pozorovat i v jiných evropských státech za zohlednění určité variability primární drogy v jednotlivých státech (více v kap. 13).

### 3. Sociologický pohled – gender problematika

Při práci s drogově závislými ženami se setkáváme s řadou předsudků a postojů daných specifikou této klientely. Jedná se např. o názor, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivována k léčbě nemá žádný vztah k dítěti, že tato žena nebude schopna se starat o dítě a ni v případě abstinence, že děti drogově závislých matek jsou vždy postižené a další. Tyto kategorické a zobecňující postoje nacházíme i u odborníků řady blízkých profesí. Souvisí to pravděpodobně s tím, že při práci s drogově závislou těhotnou ženou či matkou stojí v pozadí děti. Tento fakt v nás vyvolává řadu emocí a postojů.... (Preslová in Kalina , 2003).

Vobořil in Kalina (2003) uvádí, že v České republice se zatím téma gender v odborné drogové literatuře objevuje pouze sporadicky. V českých publikacích se snad můžeme setkat s daty z prevalenčních studiích, ve kterých se objeví gender rozdíly.

#### **Dvojí deviace**

Patriarchální společnost totiž očekává od ženy zodpovědnost ke své rodině, ale také zároveň určitou závislost na maskulinní části populace. Ettorre ve své knize „Women and Substance use“ (1992), formuluje poznatek, že **žena - uživatelka drog je společností vnímána jako dvojí deviant.**

Žena-uživatelka drog je nejen problematická pro samotné užívání drog, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který s sebou následně nese reálná rizika, brání ženám vystoupit z anonymity. Hrozí jim totiž stigmatizace, která může např. vést k odnětí dětí, a to často i bez reálných ukazatelů, že by děti mohly být zanedbávány. Na druhé straně některé výzkumné studie naznačují, že mnohé matky - uživatelky drog, dokáží postupovat velmi racionálně a ekonomicky a o své děti pečovat zodpovědněji než jejich mužský protějšek nacházející se ve stejné situaci (Taylor in Vobořil in Kalina, 1993).

## **Rizikovost**

Další ze společenských tlaků je spojený s **prostitucí žen**, které užívají drogy. EMCDDA informuje, že ženy v EU – uživatelky drog spáchají méně trestných činů než muži, ale finanční prostředky pro užívání drog si častěji opatřují díky „sexuálnímu průmyslu“, a to až v 60% (EMCDDA in Vobořil in Kalina, 2003). Opakované britské studie pak upozorňují na to, že užívání drog ve skupině prostituujících žen obecně, se pohybuje mezi 1/5 až 1/2. Dále se ukazuje, že v tzv. „high class“ jsou častěji užívány stimulační drogy a v tzv. „law class“ se spíše objevují opiáty (Plant in Vobořil in Kalina, 2003).

## **Využívání služeb**

Jedním z hlavních důvodů, proč se ženská část populace méně často odváží vystoupit z anonymity a využít nabízené služby, je větší společenská **stigmatizace** ženské části populace uživatelů drog než je tomu u její mužské části. Ženy, které přicházejí do drogových služeb, **častěji maskují skutečné důvody** tím, že poukazují na různé medicínské nebo somatické potíže. Brown a kol. (1971) zjistili, že ve 45,9% uvádějí ženy fyzické komplikace jako důvod pro vstup do těchto služeb oproti mužům, kteří tento důvod uvádějí jen v 19,4%. Když zde pomineme proces popření, jako jistě jeden z možných faktorů, hlavní obava žen, která zřejmě ženy nutí nevyužívat služeb je efekt vystoupení z anonymity a **vydání se napospas odborné i laické veřejnosti** (Gossop a Strang, 1994).

## **Ženy u lékařů**

Nemalé téma, na které opět upozorňuje feministické hnutí je problém zdravotnictví, které je postavené jako „maskulinní prototyp“. Jeden z hlavních argumentů, podpírající tuto hypotézu v oblasti „drogového problému“ je celá řada studií upozorňují na disproporce předepisování některých léků ženské a mužské populaci (zejména „léky na uklidnění“ a „na spaní“ apod.) Např. benzodiazepiny jsou ženám předepisovány 3x-4x častěji než mužům. **Zdravotnictví tak vytváří velký počet závislých žen** na těchto

lécích (Kavanagh in Vobořil, in Kalina, 2003). Nejčastější důvody pro předepsání těchto léků jsou potíže spojené s krizí manželství a nároky rodinných problémů na ženu (Newkomb in Vobořil in Kalina, 2003).

### **Komorbidity**

Další z gender rozdílů je otázka komorbidity. Vysoký počet „chronických uživatelů“ drog s tzv. **duální diagnózou** je obecně znám: téměř každý druhý chronický uživatel trpí nějakým typem problému v oblasti duševního zdraví. Právě zde se však objevují gender specifika. Např. studie klinické populace léčených žen s poruchami příjmu potravy upozorňují na vysoký výskyt užívání drog a alkoholu u dané populace. Studie mezi bulimickými pacientkami pak ukazují na statisticky významně vyšší výskyt užívání kokainu a amfetaminu oproti kontrolní skupině.

Alarmující jsou také zjištění počtu žen uvádějící psychické potíže spojené se sexuálním zneužitím v dětství a dospívání. Tyto potíže jsou často uváděny jako důvod pro iniciační stádium užívání drog a identifikaci s peer skupinou uživatelů drog (Rohsenow a kol. in Vobořil, in Kalina, 2003). Dále četné studie poukazují na časté fyzické týrání žen a s tím samozřejmě spojené potíže v oblasti duševního zdraví.

Nešpor (in Vobořil in Kalina 2003) např. uvádí, že „závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostmi, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti“.

## 4. Prenatální péče u těhotných drogově závislých žen

Adekvátní prenatální péče začíná již krátce po otěhotnění a kontinuálně pokračuje až do momentu porodu, její těžiště je však zejména v prvním trimestru. Odborníci se shodují, že nedostatek prenatální péče, její nevyužití, nevyhledání a zanedbání ať již z jakýchkoli důvodů a příčin může mít velmi **negativní důsledky na průběh těhotenství a porodu** jako např. vysoký podíl na novorozenecké a kojenecké úmrtnosti, předčasný porod, vznik vývojových vad, intraděložní úmrtí plodu a jiné patologické komplikace (Brann, 1981, Lawrence, 1988).

### **Příběh Moniky**

Monika pochází z materiálně velmi dobře situované rodiny, od 13 let je na heroinu, nyní je jí 21 let a je těhotná s drogově závislým partnerem. Miminko je nechtěné, těhotenství zjistila v 5. měsíci až při pohybech dítěte. S rodiči se rozešla, opovrhují jejím životním stylem, mají pocit, že by díky své dceři mohli ztratit sociální prestiž, kterou tak usilovně budovali. Monika byla u gynekologa pouze jednou, a to při diagnostice těhotenství. O abstinenci se nepokoušela, neměla na to sílu...Žije na ulici, vydělává si prostitucí a sama jak říká, zaznamenává teď u klientů na ulici mnohem větší zájem, právě díky svému těhotenství, tím i samozřejmě více finančních prostředků. Svě tělo nabízí bez ochrany ...Za měsíc má termín porodu.....Prognosticky lze očekávat, že jí bude miminko bezodkladně odebráno, že bude jevit známky NAS, a že patrně zůstane žít v ústavních zařízeních, neboť nebude podle současné právní úpravy právně volné, neboť biologické rodiče nebude možné zastihnout.....

Mnoho autorů zabývajících se problematikou prenatální péče poukazuje na **komplexitu problémů spojených s nevyhledáním a nevyužitím prenatální péče.**

Vavřínková, Binder, Živný (2001) zdůrazňují, že prvním krokem v poskytování prenatální péče drogově závislým je jejich identifikace, velké rezervy vnímají v diagnostice závislosti. Vzhledem k tomu, že se nejedná o každodenní problematiku, není dostatečně zvažována v diferenciálně diagnostických úvahách. Informace o abúzu získáváme buď z anamnézy nebo z toxikologického vyšetření moči. Je tedy nutné při návštěvě pacientky, která



působí utlumeně, zmateně nebo naopak nápadně excitovaně myslet na možnost užívání drog. Dotaz na abúzus drog by měl být rutinní součástí každé anamnézy.

**Anamnestické údaje bývají často nepřesné, pacientka abúzus často popírá, záměrně podhodnocuje dávku a frekvenci podání drogy.** Docházka do prenatalní poradny je dle Vavřínkové velmi často sporadická. Velká část nenavštěvuje poradnu vůbec a do zdravotnického zařízení je přivádí až začátek porodu. U většiny závislých jak na heroinu tak i pervitinu je těhotenství náhlou komplikací, která narušuje jejich způsob života. U některých však tato situace vyvolává potřebu svoji závislost řešit. Pravidelnost docházky do prenatalní poradny koresponduje se vztahem ke stávající graviditě.

V jedné extenzivní studii se Juarez a Associates (1982) snažili definovat, proč určitá skupina žen pod vysokým rizikem nevyužije prenatalní péči. Ve své studii pracovali s 15 ohniskovými skupinami žen, které byly těhotné nebo těhotenství plánovaly. Výstupy z této studie ukázaly, že **mnoho žen žije ze dne na den**, kdy mají velké existenční starosti a **jejich jedinou životní prioritou je obstarání drog, jídla a noclehu**. Těhotenství bylo u této skupiny žen vnímáno jako jev naprosto přirozený, který si nezaslouží až tak zvýšenou pozornost až do momentu, než se v souvislosti s průběhem těhotenství objeví nějaký medicínský problém, který žena považuje za alarmující.

V letech 1988 a 1989 byla ve Spojených Státech provedena kvalitativní studie, která si kladla za cíl definovat **kategorie příčin nevyužití prenatalní péče u těhotných žen**. V rámci této studie bylo osloveno 44 žen, u kterých z různých důvodů neproběhla prenatalní péče.

Jako výstupní informace byly vytvořeny 4 oblasti příčin:

- a) z důvodu odlišného životního stylu žen, jejich životních priorit,
- b) ženy sice věřily, že je prenatální péče důležitá, avšak v jejich životě nastaly takové stresové události, které jim „zabránily“ prenatální péči vyhledat,
- c) některé z žen se pokusily o získání prenatální péče, avšak byly zařízením/chováním personálu odrazeny nebo jim byly poskytnuty nedostatečné informace,
- d) ženy si dítě nepřály

Nicméně existuje skutečnost, že ať již stát zaujme jakékoli preventivní opatření a nástroje na zkvalitnění a posílení této oblasti péče, bude **vždy v každé společnosti existovat určité procento žen, které z důvodů např. drogové závislosti či jiných sociálních a kulturních bariér tuto péči nevyhledají.**

Vavřinová, Binder (2000) doporučují:

- v prenatální poradně se rutinně a cíleně dotazovat vedle abúzu nikotinu a alkoholu i na užívání psychotropních látek, v případě pozitivní anamnézy motivovat těhotnou k pravidelným návštěvám do poradny, nabídnout těhotné pomoc specializovaného protidrogového kontaktního centra, věnovat zvýšenou pozornost sexuálně přenosným nemocím včetně HIV, odebrat panel vyšetření na onemocnění hepatitidou (zvláště B, C), opakovaná ultrasonografická vyšetření plodu, před porodem informovat pediatry, u těžkých závislostí být připraven na abstinenční syndrom rodičky postpartálně, informovat sociální pracovníci před propuštěním rodičky z porodnice.

Marion (1993) v této souvislosti uvádí metodický postup zdravotnického personálu ve spolupráci se sociálním pracovníkem **při první návštěvě těhotné drogově závislé ženy vyhledávající prenatální péči, kdy doporučuje:**

- detailně zmapovat historii užívání alkoholu a jiných drog a stanovit psychosociální diagnózu, provést komprehenzivní vyšetření zaměřené na zdravotní problémy (zde hrozí riziko přenosu různých infekčních

onemocnění, HIV viru apod.), zmapovat rodinnou situaci ženy, zejména z psychosociálního hlediska, problémové oblasti ale i silné stránky, provést rutinní prenatální vyšetření spolu s testováním, jestliže je to nutné věnovat pozornost všem oblastem života ženy, které ji trápí, kde potřebuje pomoci, doporučit po vzájemném konsensu cílenou intervenci, možnosti řešení návštěvy u ženy v domácnosti, zajistit následnou péči příp. asistenci při vyřizování důležitých oblastí života ženy – jednání na úřadech, pomoc v domácnosti apod., pracovat komunitě.

V rámci dalších následných návštěv je doporučeno:

- sledovat zdravotní stav klientky v sociálním kontextu, mapovat problémové oblasti jejího života, nacházet řešení, motivovat ji k další spolupráci, vyjednávat s jinými zařízeními, zahrnout do celého procesu i ostatní signifikantní členy rodiny, otce dítěte apod.

V této práci se věnuji i deskripci situace ohledně prenatální péče v Jihočeském kraji. Docházím k závěrům, které jsou shodné s celkovým trendem. Přestože odborná úroveň ženských lékařů u nás je v této otázce zaručena, faktory jako **lhavost žen při anamnéze u lékaře** ohledně užívání drog, **problém stigmatizace** ženy s drogovým problémem, někdy i vůbec **strach z vyhledání lékaře v době prenatální** atd. jsou shodné. Často jako zdravotně sociální pracovníci pozorujeme, že těhotné drogově závislé ženy zjišťují mnohdy až v pokročilém stádiu, že jsou gravidní. Souvisí to celkově s vlivem drog na organismus ženy, životním stylem na drogách atd.

## 5. Problémové oblasti těhotných drogově závislých žen

Tyto ženy pocházejí ze všech sociálních vrstev společnosti a mají mnohočetné potřeby, jež jsou velmi specifické, a které je nezbytné při sociální práci s nimi reflektovat. Tato skupina žen ve značné míře reflektuje především i **mnoho sociálních problémů** a sociálně patologických jevů, které pramení z dynamiky jejich životního stylu v rámci komunity, ve které žijí. Podílejí se větší měrou na míře **nezaměstnanosti, chudobě, domácím násilí, zdravotních a psychických problémech, zanedbávání, týrání a kriminalitě** (např. Bays, 1990, National Center on Addiction and Substance Abuse, 1999) a indikují tak potřebu léčby v mnoha oblastech péče a služeb.

### Příběh Markéty

Markétě je 23 let, těhotenství zjistila již v prvním měsíci, jiné děti nemá, je svobodná, bez práce, je plně závislá na marihuaně, LSD, pervitinu a heroinu, ale sděluje, že závislá není (hepatitis C a HIV negat.). V průběhu těhotenství neměla snahu vyhledat žádnou odbornou pomoc, ani prenatální poradnu, partner dívky drogy neužíval, nicméně byl velmi fyzicky agresivní. Narodil se chlapeček s mnohými zdravotními komplikacemi. Po půl roce je partner opustil a chlapeček byl matce odebrán a ta se vrátila zpět k drogám. Dnes řeší existenční otázky, hrozí jí vyhoštění z bytu, má četné zdravotní komplikace, rodiče by měli snahu pomoci, ale neví jak....

Mnoho těhotných žen užívajících drogy, které se obracejí o pomoc, mají **společné problémové oblasti:** (Marion, 1993)

- vychovávají své dítě/děti bez přítomnosti otce, většinou bez jeho finanční podpory, většinou nemají dokončené vzdělání, vykazují slabé sociální dovednosti při hledání zaměstnání, žijí v nestabilním a nebezpečném sociálním prostředí, především prodrogovém, spousta žen žije na hranici chudoby a bezdomovství, většinou nemají možnost dopravy dostat se do zařízení či na jiné úřady za účelem vyhledání pomoci, většinou nemají možnost pohlídání dítěte a jeho zaopatření např. v době, kdy by žena mohla docházet do programu, mají problémy s relapsem, incestem v rodině, zneužíváním, týráním, celkovou viktimizací, sexualitou, gynekologickými problémy, sociálními či jinými partnerskými vztahy v rodině.

## 6. Zdravotně sociální důsledky užívání drog

### 6.1. Důsledky užívání drog pro těhotné ženy

#### Příběh...

30 letá kvartigravida, tercipara s 8-letou anamnézou závislosti na pervitinu. Dvě předchozí děti v ústavní péči, svobodná, nezaměstnaná. V místě trvalého bydliště se nezdržovala. Partner byl rovněž závislý na pervitinu. Drogu si aplikovala převážně intravenózně. V průběhu těhotenství bez prenatální péče. Nalezena v parku se silným krvácením z rodidel a přivezena na porodní sál Gynekologicko-porodnické kliniky RZS ve 34. týdnu gravidity. Při příjmu krvácení střední intenzity tmavou krví, plod vitální, OP 100/min. TK matky 120 / 60 mmHg, puls 110/min., těhotenství ukončeno akutně per sectionem ceasaream. Krevní ztráta hrazena peroparačně krevními deriváty. Na placentě známky rozsáhlého odlučování o průměru cca 10 cm, makroskopicky dále četné infarkty a fokální ložiska kalcifikací. Novorozenec mužského pohlaví, vitální, hypoxický, se známkami intrauterinní růstové retardace, hmotnost 1870 g, Agar skóre 2-4-6, pH 6,9. Po provedení šetření sociálních poměrů v rodině matky nebylo dítě svěřeno do její péče.

kazuistika (Vavřínková, Binder, 2006)

Vavřínková a Binder (2006) uvádí, že intravenózní aplikace způsobuje zdravotní komplikace spojené s nesterilním vybavením a nečistou drogou. Jedná se o hepatitidy, HIV, flebitidy, endokarditidu a plicní hypertenzi. Těhotné ženy mají zvýšený srdeční výdej, vyšší minutovou ventilaci, zvýšenou spotřebu kyslíku. Mnohé těhotné ženy trpí špatnými stravovacími návyky, což vede k malnutrici. Častější jsou rovněž infekce močových cest a pneumonie.

Alkohol vyvolává gastritidu, pankreatitidu, neuropatie a elevaci jaterních enzymů. Užívání kokainu a pervitinu je provázeno malnutricí a částečně hyperpyrexii. Akutní intoxikace stimulancii může imitovat preeklampsii a ovlivňovat funkce trombocytů. Užívání drog ovlivňuje placentární metabolismus, uteroplacentární průtok a transport kyslíku a živin placentou. Zklidňující drogy jako např. barbituráty mohou snižovat srdeční

výdej, a tak narušit přísun živin a kyslíku. Alkohol nemá vliv na placentární průtok.

Dopad užívání drog závisí především na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost. Občasné uživatelky, které si uvědomují škodlivé důsledky užívání drog, obvykle v těhotenství abstinují. Vysoké procento žen přestává kouřit a pít alkohol záhy po prokázání těhotenství.

Vavřínková, Binder (2006) uvádí, že přítomnost žen závislých na tvrdých drogách klade zvýšené nároky na personál oddělení. Jejich chování a chování jejich návštěv je často nestandardní a někdy nás přinutí k velmi neobvyklým řešením. Společensky je potom situace poměrně náročná, hlavně vzhledem k ostatním pacientkám na oddělení.

## **6.2. Důsledky užívání drog pro plod / dítě**

Drobná a Hutová (1999) uvádí výčet několika faktorů, které hrají významnou roli v míře a hloubce postižení jako důsledku užívání drog ženou v době prenatalní. Jsou to: **druh užívané drogy, délka užívání drogy, způsob aplikace drogy, množství konzumované drogy, event. užívání v kombinaci s jinými drogami, stupni těhotenství a schopnosti matky a plodu drogu/drogy metabolizovat.**

Děti narozené drogově závislým matkám mohou vykazovat široké spektrum poruch na rozličných úrovních (Sluder, Kinnison a Cates, 1996-97). Je zajímavé, že některé děti se zdají být v souladu s fyziologickým vývojem novorozence, kojence atd., avšak některé děti vykazují těžkou symptomatologii již od narození (Kinnison, 1998). Je zřejmé, že u nealkoholových drog bude stanovení škodlivé dávky a určení přesných hranic a závažnost působení na dítě obtížnější. Neonatální abstinční syndrom (NAS) se objevuje nejintenzivněji u závislosti na opiátech v prvních hodinách a dnech po porodu, příznaky však mohou přetrvávat i mnohem déle.

Z behaviorálních funkcí jsou popisovány poruchy pozornosti, sání, emoční napětí, špatná motorická koordinace, křeče a další.

Zde uvádím **oblasti poruch**, které jsou odbornou literaturou uváděny do přímé souvislosti s prenatálním užíváním drog (Kinnison, 1998):

#### **a) Poruchy řeči**

V oblasti poruch řeči se hovoří o opožděném verbálním projevu dítěte spojeným s limitní slovní zásobou a vyjadřovacími řečovými dovednostmi (Brady a kol., 1994, ARCA, 1997). V jedné studii vykazalo 30–40% dětí narozených drogově závislým matkám na kokainu poruchy řeči a poruchy pozornosti (Griffith a kol., 1994). Podobně děti, narozené matkám kouřící prenatálně marihuanu měly signifikantně nižší skóre v kvalitě verbálního projevu a poruchy paměti (Fried, Watkinson, 1990).

#### **b) Poruchy motoriky**

Pouze malé procento dětí vykazuje těžké somatické poruchy (Feig, 1990). Zuckerman, Jones a kol. (1990) poznamenávají, že motorika jednoměsíčních novorozenců s kokainovou zátěží řádově odpovídá motorice 2 denních dětí, jejichž matky drogy neužívaly. Dále byl u dětí s kokainovou zátěží sledován nestabilní oční kontakt, nekoordinace ručiček a nohou, hyperaktivita a celkové negativní reakce na podněty (Kinnison, Sluder, Cates, 1995). Tyler (1992) svým výzkumem však poukázal na zlepšení motoriky dítěte při opakovaném nácviku motorických dovedností.

#### **c) Poruchy kognitivní složky**

Kokain a jiné drogy mají tu schopnost, že zabraňují řádnému okysličování krve a tedy krev, která koluje v těle ještě nenarozeného dítěte není dostatečně saturována kyslíkem (Woods, Plessigner, 1990). Na základě tohoto faktu Bellissimo (1990) poukázala na možnost vzniku malých mozkových mrtviček u dětí s kokainovou zátěží. Dále zmiňuje celkové poškození centrálního nervového systému a poruchy učení, když je dítě starší. Také bylo prokázáno, že děti narozené s drogovou zátěží jsou dezorganizované, neschopny

konstruktivní hry, podrážděné, hypersenzitivní při stimulaci, hyperaktivní, méně zaměřené na cíl hry a demonstující problémy při zpracování informace (Feig, 1990, Bellisimo, 1990, Howard a kol. 1989, Brady a kol., 1994)

V jiné studii tyto děti disponovaly slabými organizačními schopnostmi, poruchami čtení a matematických dovedností při zápisu do školy (Van Dyke, Fox, 1991, Chasnoff, Groffith, Freier, Murphy, 1992). Bellisimo (1990) dále upozorňuje na neadekvátní emoční reakce, kdy i nejmenší možný stimul může odpověď dítěte proměnit ve výbuch agrese a vzteku. Byl prokázán signifikantní pokles v IQ koeficientu o to o celé 3,26 bodu, právě tak jako poruchy řeči, a to především u dětí s kokainovou zátěží.

#### **d) Poruchy v oblasti sociálních dovedností**

Brady, Posner a kol. (1994) se ve svých vědeckých úvahách přiklánějí k názoru, že **vliv sociálního prostředí má mnohem silnější vliv** na vývoj dítěte než sama skutečnost biologické povahy, a to užívání drog matkou v době prenatální. Z toho důvodu musí být intervence sociálních pracovníků a zdravotnického personálu komprehensivní a interdisciplinární.

Je zajímavé, že **i v zahraničí**, kde se této problematice věnují déle, jsou **závěry výzkumů** a postoje z nich vyplývající **velmi odlišné**. Například studie o vlivu drogové závislosti rodičů na jejich děti se v evropských zemích značně liší. Najdeme studie, které prokazují, že takové děti jsou předurčeni k tomu, aby měly samy také obdobné potíže nejen s drogami, ale i s učením, pamětí a zvýšenou schopností reagovat agresivně. Zároveň však jiné výzkumy dokazují, že mezi dětmi závislých rodičů a ostatními dětmi neexistují žádné rozdíly v emoční oblasti, v chování a školních schopnostech a že nelze u nich prokázat náklonnost k drogám (Preslová in Kalina, 2003) .

Van Dyke a Fox (1990) právě tak jako Brady a kol. (1994) zjistili, že tyto děti vykazují slabé sociální dovednosti, a to ve formě slabých vazeb s jejich rodiči či pečovateli. **Děti manifestovaly neochotu k vytvoření silné bezpečné vazby**, lásky a důvěry.



Často jsou až nadměru přátelští a projevují vyšší míru afektivnosti. V momentu, kdy je však narušena důvěra k dítěti a jeho spolehlivosti, je pro ně těžké zaujmout důležité rozhodnutí a výsledně se stáhnou zpět do své nezávislosti (Brady, Posner, Lang, Rosati, 1994).

Redukce obvodu hlavičky je spolehlivě spojena s užíváním kokainu, opiátů a alkoholu. Neurobehaviorální abnormality dominují u opiátů taktéž. Užívání kokainu prenatalně je jednomyslně spojeno s genitourinárními malformacemi (Zuckerman, Brown, 1993). Někteří autoři predikují vyšší míru kojenecké úmrtnosti ve vztahu k prenatalnímu užívání drog, avšak tato domněnka nebyla vědecky prokázána. Spíše se hovoří o marihuaně jako významném faktoru při patologickém vývoji plodu.

Při hledání souvislosti příčin a následků se nabízí využít dobře popsaného **vlivu alkoholu na matku a dítě**, kde vztah mezi chronickým užíváním alkoholu v těhotenství a **poškození plodu je prokázán** (Preslová in Kalina, 2003). Je zajímavé, že z celé škály drog jenom **alkohol** byl prokázán jako droga, která má jasný a **ireverzibilní negativní dopad na vývoj plodu** včetně mentální retardace, neurologických deficitů, obličejových malformací a růstové retardace (Streissguth a kol., 1990). Tyto patologické vlivy jsou známy jako Fetální alkoholový syndrom (FAS) nebo Fetální alkoholové vlivy (FAE).

Jednotlivé skupiny návykových látek, jejich vliv na průběh těhotenství, plod a novorozence je podrobně popsán v kap. 7 (Vavřínková, Binder, 2006).

Navzdory určité kontroverzi ve vztahu k celé škále vlivů při prenatalním abúzu drog, můžeme konstatovat, že alespoň jistý kognitivní deficit, emoční problémy, hyperaktivita dítěte a problémy chování jsou u dítěte pozorovatelné jako vážný dlouhodobý dopad, který má vážné konsekvence nejen pro dítě, ale pro celé jeho sociální prostředí. Signifikantní je zde i finanční nákladnost celé komplexní péče o matku a dítě, kdy se na

intervenci a pomoci podílejí mnohá zařízení a instituce jako např. zdravotnická zařízení, školská zařízení, zařízení sociální intervence atd.

Je pravděpodobné, že narůstající počet dětí drogově závislých matek ve společnosti zvyšuje nebezpečí, že se při neřešení rodinné situace mohou vydat podobnou cestou jako rodiče. V takovém případě by hrálo svůj vliv sociální prostředí. Zvláště **problematické je určení dlouhodobého vlivu** užívání drog matky na dítě s ohledem na jeho další psychický vývoj, výchovné a školní problémy. Děti z těchto rodin si jistě vyžádají zvýšenou pozornost a patří k rizikovým skupinám, nelze však předem předpokládat problém s drogou v jejich budoucím životě (Preslová in Kalina, 2003).

### **6.3. Abstinenční syndrom novorozence (NAS)**

V posledních letech se odborníci jednoznačně shodují na nárůstu počtu rodičích se dětí, které jsou zasaženy drogami.

Rozmanité drogy, zejména ty, které mají tlumivé účinky na CNS, jsou známé vznikem fyzické závislosti novorozence. Ta se projevuje tzv. **abstinenčním syndromem novorozence** (Neonatal abstinence syndrom-NAS). Příznaky NAS se objevují nejčastěji po expozici opiáty 24-48 hodin po narození. Po metadonu se mohou objevit až po 2-4 týdnech po narození, neboť droga se uvolňuje postupně z depozit v organismu plodu. NAS se objevuje u 60-90% novorozenců. Příznaky mohou přetrvávat 3-4 měsíce po porodu (Vavřínková, Binder, 2006). Až 70% novorozenců má příznaky iritability CNS, která může progredovat do křečí, 50% má tachypnoe, apnoické pauzy, problémy s příjmem potravy (Chasnoff, 1998, Malanga a kol., 1999 in Vavřínková, Binder, 2006).

K vyhodnocení stavu novorozence je dnes užíván hodnotící systém abstinenčního novorozeneckého syndromu dle Finneganové, a to u dětí vystavených prenatálně heroinu nebo metadonu. Jedná se o nejpracovnější a nejužívanější způsob hodnocení NAS. Terapie NAS je

podpurná a farmakologická. Na užití metadonu v léčbě NAS neexistuje jednotný názor (Vavřínová, Binder, 2006).

#### **6.4. Specifika edukační péče u dětí narozených s drogovou zátěží<sup>4</sup>**

Odborníci se jednoznačně shodují v tendenci nárůstu počtu dětí, které se rodí drogově závislým ženám. Tento trend je zaznamenáván jak v zahraničí již po mnoho let, tak i u nás. Tomuto problému je již celosvětově věnováno mnoho úsilí jak na poli teoretickém<sup>5</sup> tak i v klinické praxi.



**V poslední době začíná přibývat dětí drogově závislých matek, které jsou umístěny do některé z forem náhradní rodinné péče.** Proto bude do budoucna nezbytné, aby obecní úřad obce s rozšířenou působností v rámci § 11 v písm. d) Zákona o rodině, kdy zajišťuje přípravu fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny k přijetí dítěte do rodiny a poskytuje jim poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo

---

<sup>4</sup> Toto téma by mohlo být např. námětem pro hlubší vědecké zpracování systému péče o tyto děti v ČR.

<sup>5</sup> Např. McCarty, C., Waterman, J.: Experiences, concerns and services needs of families adopting children with prenatal substance exposure: Summary and Recommendations. Child Welfare, 1999, Vol.78, 5, p.561-578 nebo Kinnison, L., Mates, D., Baker, C.: Day care givers: The front line force in combating the effects of prenatal drug exposure. Preventing School Failure, 1999, vol.43, 2, p.52-57 a další.

svěřením dítěte do pěstounské péče....tuto reálnou skutečnost adekvátně reflektoval.

Např. v Německu proběhla v letech 2000-2003 výzkumná studie na téma **Děti neléčených drogově závislých rodičů (Children of untreated addicted parents)**, která si kladla za cíl zlepšit pochopení problémů dětí, kteří mají alespoň jednoho neléčeného drogově závislého rodiče a také získat více znalostí o jejich specifických potřebách. Analýza výsledků poukazuje na četné problémy s chováním, psychické problémy, jsou ohroženy co-dependencí a násilím, nejsou obklopeny pozorností, láskou a bezpečím v dětství, což je později vede k užívání drog jako jejich rodiče. Jednoznačně potřebují pomoci... (více [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)).

Proto v rámci pomoci profesionálům zabývajících se pomocí a metodami intervence u dětí narozených s drogovou zátěží Bellisimo (1990), Feig (1990) a Viadero (1990) doporučují vzít v úvahu následující aspekty intervence:

- zajistit vhodné prostředí pro dítě s danými rutinními rytmy režimu dne, zajistit flexibilní a motivující prostředí pro vlastní seberozvoj dítěte a jeho stimulaci, zajistit dětem podnětné prostředí pro nové činnosti a aktivity, zajistit dostatek prostoru a času pro rodiče např. v denním centru, zajistit stabilní výchovný personál, zajistit programy pro rodiče a personál, které podpoří nejen vzájemnou důvěru, ale i reciproční informovanost, zajistit dostatečný počet personálu (3 vychovatele na 18 dětí), zajistit interdisciplinární tým včetně logopeda, fyzioterapeuta, muzikoterapeuta apod., úzce spolupracovat s ostatními zařízeními a zařízeními návazné péče

Programy musí poskytovat **trénink pro rodiče, poradenský servis v oblasti drogové problematiky**, sociální práci a základní rodičovské dovednosti (Barone, 1995, Tyler, 1992, Weston, 1989). Tyto aktivity jsou ve své podstatě aktivitami preventivními před relapsem abúzu drog či jinou patologií v rodině.

Odborná pomoc by měla být koncipována tak, aby **reflektovala potřeby dětí** narozených drogově závislým matkám. Především se tato

problematika bude dotýkat kojeneckých ústavů, náhradní rodinné péče, speciální pedagogiky, defektologie, sociální pedagogiky atd. V této otázce nelze příliš dlouho čekat, proto systémové změny a kooperativní spolupráce týkající se zařízení a systémů musí být provedeny flexibilně. Pro stát bude tato sociální asistence služeb a rozvoj sítě pro tuto cílovou skupinu nesmírně finančně náročnou záležitostí.

## 7. Screening versus Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Otázka screeningu u těhotných drogově závislých žen v době prenatalní je v mnohém ohledu často diskutována. Praxe sice volá po zavedení screeningu jako včasné metody pro diagnostiku přítomnosti drog v těle matky/plodu, výrazně bychom ulehčili situaci porodníkům a především neonatologům při nejasné symptomatologii novorozence, ale **Úmluva o lidských právech a biomedicíně** vnímá tuto otázku jednoznačně.

**Úmluva o lidských právech a biomedicíně** (dále jen Úmluva) z roku 1997, ratifikovaná Českou republikou v roce 2001 přináší odpovědi na mnoho otázek, které si klademe. V Úmluvě je zakotveno, že se smluvní strany zavazují chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručují úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody. V rámci Úmluvy však není pojem „každý člověk“ definován. Stejně jako Úmluva jednoznačně uznává zásadu, že lidskou bytost a identitu lidské bytosti je nutno chránit, jakmile započal život člověka (Mach, 2003).

**Univerzální screening** at' již prenatalní či perinatální není zákonem dovolen (nehledě na skutečnost, že by byl nesmírně finančně nákladný např. v USA byl zrušen v roce 1995).

**Cílený screening** u těhotných drogově závislých žen také není Úmluvou dovolen, byť je vnímán jako cílenější a efektivnější, avšak i zde bychom mohli vznést celou řadu otázek nad právy žen, dětí a zdravotnických zařízení – zdravotnického personálu, o tom, kdo v konečné fázi rozhodne koho testovat a jakým způsobem, dále zde hrají roli zdravotní pojišťovny a v neposlední řadě i charakter zdravotnického zařízení.

V reálné praxi může ale nastat situace, že ošetřující lékař at' již gynekolog či porodník v nemocnici může mít u těhotné ženy určité podezření

na užívání drog se záměrem, že by chtěl v rámci stanovení diagnózy provést screening na přítomnost psychoaktivních látek.

Dle čl.5 Úmluvy **musí požádat dotyčnou ženu o svobodný a informovaný souhlas**, v praxi nejlépe písemný, dotyčná žena musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Rovněž dotyčná žena může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

V našem právu je jinak „**souhlas**“ upraven zejména v § 23 odst. 2 Zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. ve znění pozdějších předpisů. V praxi jsem se setkala s názorem některých sociálních pracovníků z nemocnic, že by bylo možné souhlas ženy se screeningem „obejít“ a to aplikací § 6 Zákona o Ochráně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Po konzultaci se soudci z oblasti trestního práva je tato varianta nepřijatelná. Zde činím odkaz i na Listinu základních lidských práv a svobod.

V rámci perinatální péče je v posledních letech nepsaným pravidlem provádět u všech těhotných žen screening na AIDS, přesto jedině za jejich písemného souhlasu. I když sami lékaři mají mnohdy podezření, že dotyčná těhotná žena bude patrně pod vlivem nějaké psychotropní látky **nemohou dělat nic více než na ženu apelovat a motivovat ji ke zdravému životnímu stylu** tedy v případě, že nesouhlasí s provedením screningu.

Jiná situace nastává, když již probíhá porod<sup>6</sup> a u dítěte se vyskytnou známky nejasné symptomatologie, kdy reakce dítěte se jeví nefyziologické, pak lékaři bezodkladně přistupují k širokospektrému screeningu včetně testování na psychoaktivní látky. Zde již **lékaři souhlas matky pro provedení screeningu na drogy nepotřebují**, neboť je váže zákon č. 20/1966 Sb. §55 písm.c, jež jim ukládá povinnost neprodleně poskytnout

---

<sup>6</sup> Perinatální testování je v nejlepším a nejjednodušším případě pouze otázka vyšetření moče matky, kdy jsme schopni detekovat přítomnost drogy staré pouze několik dní zpětně

první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví....(Mach, 2003).

Ve většině českých nemocnic je dnes těhotná žena v rámci **vstupní anamnézy** dotazována zda užívala či ještě v době těhotenství užívá nějaké drogy (kouření, alkohol, tvrdé drogy). Ale jak již bylo zmíněno, pravdivost odpovědí je silně ovlivněna strachem ze stigmatizace, odsouzení, často bohužel i nezájem o blaho dítěte atd.

Setkala jsem se i s ženami, které poté, co se dozvěděly, že jsou těhotné přestaly okamžitě drogy užívat a naopak svého rizikového chování velmi litovaly a přály si, aby jejich miminko nebylo v důsledku abúzu drog v těhotenství postižené.

V jedné studii v USA, pouze 29% matek užívajících kokain tuto skutečnost u porodu uvedlo (Schulman, Morel, Karmen a Chazotte,1993). Zjistili, že přestože pouze 11% z více než 3000 rodičích matek uvedlo, že užívaly drogy v průběhu těhotenství, 44 % novorozenců se narodilo s evidencí drogové zátěže.

K problematice screeningu Marion (1993) zaujímá stanovisko, že **by profesionálové měly** klást těhotné uživatelece drog otázky, které se týkají její drogové kariéry, což by měla být naprosto rutinní část zdravotní anamnézy klientky. Ženě by mělo být sděleno, že informace, které ošetřujícímu týmu poskytne, budou hrát velkou roli při následné komplexní péči, která se poskytne jak jí samotné tak i novorozenému dítěti.

---

Casanova a kol. 1994). Vyšetření moči během těhotenství a při porodu má jen nízkou výpovědní hodnotu pro svoji minimální senzitivitu (Ryan a kol., 1994).



## 8. Depistáž a anamnéza

Anamnestický sběr dat a stanovení sociální diagnózy je pro sociálního pracovníka klíčové, zejména pro následnou intervenci, jež má být u těhotné závislé ženy realizována. Neméně podstatná je i otázka depistáže této skupiny žen v určitém mikroregionu.

V praxi jsou těhotné drogově závislé ženy často detekovány **nízkoprahovými zařízeními** jako je např. streetwork, kontaktní centra atd., která ji již mohou mít v evidenci klientů či se o ní doslechnou od ostatních klientů. I sama klientka může např. terénní pracovníky vyhledat. Stejným mechanismem může být klientka detekována i pracovníky kontaktního centra. Velkou výhodou bývá, když je terénní program a KC jak organizačně tak i personálně v souladu. Pakliže panuje rivalita mezi zařízeními, má to většinou negativní dopad na depistáž klientů v terénu.

Teoreticky může těhotnou ženu **detekovat i jiné zařízení z léčebného spektra** např. terapeutická komunita, léčebna, sociální pracovníce obce, sociální pracovníce porodnice, kde žena rodila atd., ale i rodina, přátelé, sousedé, škola, lékař. Vždy záleží jaký cíl intervenující strana sleduje, jak vysoký práh má zařízení v rámci kterého intervenuje, jaké má nástroje a metody intervence, jaké má vstupní požadavky pro vstup do programu, v jaké vývojové fázi drogové závislosti se žena nachází, jak je motivována ke změně, zda vůbec má o pomoc zájem, jaké má potřeby či jakou by měla „zakázku“ ve vztahu k pomáhající straně, jestliže by pomoc přijala atd.

Samotná depistáž těhotné drogově závislé ženy v terénu ještě neznamená úspěšné navázání vztahu a cílenou intervenci, přesto můžeme být

úspěšní a podaří se nám ji udržet v kontaktu na 3-4 schůzkách a pak ji již nikdy více nemusíme spatřit...tyto záležitosti týkající se depistáže klienta v terénu, navázání kontaktu/vazby s klientem, metody intervence atd. jsou předmětem jak interních tak i externích supervizí.

Jsou i situace, kdy se těhotná drogově závislá žena **podrobuje ústavní léčbě**, během které zjistí, že je těhotná. Pak zařízení řeší otázku, co s těhotnou klientkou v léčbě, zda zůstane až do porodu v zařízení či bude distribuována např. do terapeutické komunity, která se na těhotné ženy s drogovou závislostí specializuje apod. Některá zařízení, převážně léčebny se začaly proti těmto situacím bránit a to tím, že zavedly jako povinnou část vstupu do programu gynekologickou prohlídku.

Obecně je snahou sociálního pracovníka provést co nejadekvátnější sběr dat a komplexně posoudit sociální situaci těhotné drogově závislé ženy.

V praxi **neexistuje jednotný standardizovaný metodický postup pro sběr anamnestických dat**, tedy vyplývá, že každý sociální pracovník se může těhotných drogově závislých žen dotazovat na zcela rozmanitá data, které on vzhledem ke své odborné způsobilosti a zkušenostem považuje za signifikantní. Tato skutečnost se týká i volby metod intervence.

Marion (1993) doporučuje považovat za signifikantní pro sběr anamnestických dat

- informace o historii užívání alkoholu či jiných drog, legálních či ilegálních i předepsaných a zmapovat: dobu užívání, včetně věku od první dávky, experimentu, frekvenci, druh, množství a periodu abstinence, sociální kontext užívání (kdy, kde, s kým klient užívá), historii léčebných programů a svépomocných skupin, kterých se klient účastnil apod., provést analýzu spolupráce s jinými zařízeními, charakterizovat konsekvence užívání drog u klienta (subjektivní, objektivní), identifikovat faktory relapsu u klienta, získat rodinnou anamnézu alkoholu a jiných drog, zhodnotit klientovu hladinu motivace pro léčbu či jinou konstruktivní pozitivní změnu v jeho životě, kdy dále navrhuje provést: psychosociální diagnostiku a diagnostiku mentálního zdraví

## 9. Dynamika rodinného zázemí

### 9.1. Psychosociální východiska

Přestože jsou psychosomatické a vývojové problémy dítěte drogově závislé matky skličující, musí být na tomto místě zmíněné i adresné potřeby rodičů. Většina dětí drogově závislých matek pochází z chaotického a psychosociálně patologického prostředí, které výrazně determinuje životní cestu jak matky tak i dítěte.

Howard a kol. (1989) popisuje životní podmínky dětí v takových rodinách jako nestabilní a často nebezpečné. Tito **rodiče mají tendenci chovat se nekonzistentně při výchově jejich dítěte a mnohdy užívání drogy patří nadále i po narození dítěte k jejich životním prioritám.**

Sociální prostředí těhotných drogově závislých žen posléze matek je většinou tvořeno „přáteli“, kteří ve velké většině případů sami drogy užívali či stále ještě užívají a podpurná interpersonální síť těchto mladých žen je tedy silně nestabilní a pro narozené dítě skutečně ohrožující. V případě, že matka dítěte i nadále postnatálně užívá drogy, i když paralelně může docházet do nějakého rehabilitačního programu, její psychosomatický stav je zcela pod vlivem drog. Může mít problémy s pamětí, pozorností, vnímáním, a tím pádem je dítě mnohdy díky jejímu aktuálnímu psychosomatickému stavu ohrožené.

U drogově závislých rodičů se sociální pracovníci ve své klinické praxi setkávají se situacemi, kdy zatímco dítě pláče zanedbané v postýlce, rodiče se „ocitají v jiném světě drogového opojení“. Pak samozřejmě

nastupuje etapa dokazování stupně zanedbávání rodičovské odpovědnosti a sběr důkazního materiálu pro další kroky soudní cestou.....

Mnoho matek, které užívají drogy byly v dětství buď sexuálně zneužívány, zanedbávány či je ovlivnila jiná forma násilí v jejich primární rodině. Vedle abúzu drog můžeme v rodinách pozorovat celou škálu **psychiatrických diagnóz jako např. depresi, úzkost, psychotická onemocnění či různé formy domácího násilí, sexuálního zneužívání, chudobu** (Bays, 1990, Jones-Harden, 1998, Nair a kol., 1997).

**Násilí a drogová závislost** hraje signifikantní roli v životech mnohých mladistvých žen. Výsledky studie na Univerzitě v Kalifornii ukázaly, že ze 703 mladistvých těhotných žen ve věku 12 – 19 let bylo 29 % žen vystaveno násilí. Z 15% se jednalo o násilí fyzické, z 5% násilí sexuální a z 9 % se jednalo o obě formy násilí (University of California, 1999).

## **9.2. Intervence v rodině – dilema sociálních pracovníků**

Jedna ze stěžejních otázek, které si sociální pracovníci kladou zní, *zda novorozené dítě, které je pozitivně testované na psychotropní či jinou omamnou látku by mělo být apriori umístěné do péče jiné osoby / instituce či ponecháno své biologické matce?*

Sociální pracovníci a jejich úřady jsou často osočováni za „radikální vměšování se do soukromého života“, jestliže je dítě odebráno jejich rodičům a za „neschopné jakékoli akce“, v případě, že dítě je ponecháno v rodině a přitom dochází k jeho týrání a zneužívání (McCarty, Waterman, 1999).

Jakoby by platila rovnice, že neumístit dítě do náhradní výchovné péče znamená nechat ho v prostředí, o kterém víme, že je silně rizikové a prodrogové, avšak takto lineární to zase není.

Tato problematika je příliš složitá na to, aby se dala vyřešit jednoduchým nástrojem, a proto je nezbytné posuzovat každý případ

výhradně **individuálně** a pokud možno objektivně a v zájmu jak matky tak i dítěte.

Potvrzuje se, že pokud je matka po porodu hospitalizována společně s dítětem, je motivovanější k léčení a projevuje větší zájem o dítě. Tyto ženy často ve své původní rodině neměly možnost zažít kvalitní emoční vztah se svou matkou anebo byly rodinné vztahy nějakým způsobem narušeny. O to těžší to mají později se vztahem k vlastnímu narozenému dítěti. Pokud je tato vazba přerušena již na počátku, je velice obtížné ji později vytvářet. Drogově závislá matka je ve fázi po porodu psychicky labilní, zažívá pocit selhání a viny z odloučení dítěte, kojení bývá z důvodu drogové závislosti zastaveno, nachází se v obtížné sociální situaci a často se setkává s negativním společenským postojem okolí. Společný pobyt matky s dítětem bývá však v našich podmínkách kojeneckých ústavů často technicky či administrativně nemožný. **Matka bývá od dítěte odloučena a zpětné vytváření vazby je obtížné.** Ve fázi po porodu je nutné rozhodovat rychle a odborně. Je zapotřebí provést včasnou diferenciální diagnostiku, zda se jedná o matku, kdy je léčba možná a nadějná a kdy nejeví zájem ani o dítě ani o případnou léčbu (Preslová in Kalina, 2003).

V případě ponechání dítěte v rodině s drogovým problémem si sociální pracovníci velmi dobře uvědomují, že spolu s užíváním drog rodičem či oběma rodiči dítěte se v rodině může velmi pravděpodobně vyskytovat celá řada dalších patologických jevů jako např. **domácí násilí, chudoba, deprese, týrání, zanedbávání dítěte a další.** Jedná se o nejméně nadějně případy, kdy problém drog trvá dlouho, setkáváme se zde se zanedbáváním péče o dítě, což bývá podnětem k jednání příslušných státních orgánů. Na problém upozorní většinou někdo z blízkého okolí dítěte, škola, rodina, sousedé či rodinný příslušník. Rodina žije tímto způsobem již delší dobu a zásah zvenčí byt' nutný s ohledem na dítě, bývá zúčastněnými přijímán velmi obtížně.

Existuje možnost, že drogově závislému rodiči bude sociálními pracovníky nabídnuta léčba, která je sama o sobě velmi stresujícím faktorem, a to léčba ať již ambulantní či ústavní. Někteří autoři se přiklánějí spíše k umístění dítěte do péče např. příbuzných, a to alespoň do doby než matka či otec příp. oba podstoupí léčbu a budou relativně stabilizováni do té míry, že budou schopni poskytnout dítěti vše nezbytné pro jeho řádnou výchovu a vývoj (Ondersma a kol., 1999).

Nicméně odebrání dítěte matce do péče jiné osoby či instituce znamená **drastický zásah do vývoje vazby mezi dítětem a matkou**, a proto musí být všechny aspekty života jak matky tak i dítěte příp. jiných signifikantních osob a subjektů velmi pečlivě evaluovány. Vazba je dyadický proces a jak schopnost matky tak i schopnost dítěte navázat bezpečnou jistou vazbu tímto přerušením může být velmi silně narušena.

Z klinické praxe jsou známy případy, kdy **hrozba odebrání dítěte z rodiny je silným motivačním prvkem v rozhodovacím procesu matky či otce** ve vztahu k jejím/jejich životním hodnotám a prioritám. Někteří, než by riskovali odebrání dítěte, se raději „dobrovolně“ rozhodnou podstoupit léčbu či jinou formu terapie s cílem dosáhnout určité změny v jejich životním stylu a jeho kvalitě. To může být i silně motivační moment pro jiné drogově závislé rodiče, kteří třeba nemusí disponovat takovou vůlí a odhodláním. Všechny tyto procesy jsou velmi důležité např. ve **svépomocných/profesionálně vedených rodičovských skupinách**, které tak mohou být velmi efektivní.

Naopak odebrání dítěte z rodiny rodičům s drogovým problémem může pro některé z nich znamenat definitivní konec s jakýmkoli snažením se o nápravu situace v rodině a paradoxně to můžeme vnímat jako určitý spouštěcí mechanismus pro relaps.

Závěrem je velice obtížné konstatovat, a již vůbec ne obecně, jaký z nástrojů bychom mohli doporučit sociálním pracovníkům v odpovědi na otázku, zda dítě narozené drogově závislé matce odebrat či neodebrat?

Nakonec ani z výzkumů, které byly v USA provedeny **jednoznačně nevyplýnul příklon k apriornímu odebrání dítěte od drogově závislé matky** (Ondersma, 1999). Navíc, v mnoha případech jsou některé děti svou drogově závislou matkou či jiným signifikantním členem rodiny zanedbávány či týrány (Ondersma, 1999). V tomto ohledu je nezbytné si připustit, že sociálním pracovníkům chybí nezbytné evaluační nástroje na včasné podchycení takové patologie v rodině a tím pádem i včasnou a cílenou intervenci, která by ochránila nezletilé dítě (Ondersma, 1999).

V USA jsem se jako sociální pracovnice seznámila s metodicko procesním postupem, kdy se sociální pracovníci obraceli na **Etickou komisi**, ať již v zařízeních sociálního či zdravotnického charakteru, kdy se Etická komise jako nezávislý orgán vyjadřovala např. k odebrání dítěte drogově závislé matce či se řešily jiné rozmanité sociální situace klientek např. screening rodičích žen s drogovou zátěží apod.

V České republice je výkon a odborné směřování Etické komise zaneseno pouze v §5 Transplantačního zákona. V Jihočeském kraji je v činnosti pouze jedna jediná Etická komise se sídlem v Českých Budějovicích, která je spádová pro celou oblast jižních Čech. Její činnost je však zaměřena pouze na posuzování záležitostí týkající se transplantací viz. §5 odst.5 Transplantačního zákona.

V diskusi s jinými sociálními pracovníky se shodujeme, že by bylo pro praxi sociální práce velmi přínosné, kdyby se Etická komise vyjadřovala i k mnohým jiným diskutabilním sociálním situacím klientek jako etický nezávislý orgán, alespoň ve zdravotnických zařízeních, kde je etických a sociálních problémů těhotných žen celá řada.

## 10. Legislativa

### 10.1. Specifikace stěžejních zákonů ze sociální práce

V této kapitole se věnuji legislativní úpravě problematiky těhotných drogově závislých žen a to v kontextu všech podstatných zákonů ze sociální práce, které tuto specifickou problematiku právně zakotvují.

Vzhledem ke skutečnosti, že smyslem této kapitoly je přinést ucelený legislativní pohled na sociální práci s těmito klientkami a zároveň je nereálné popsat všechny varianty anamnéz a sociálních situací těhotných drogově závislých žen a definovat k nim adekvátní intervenční východiska, rozhodla jsem se zaměřit na nejčastější klinické situace a momenty, které řešíme jako sociální pracovníci v sociální práci s těmito klientkami, a to v kontextu stávající novelizované legislativní úpravy.

Nejprve charakterizuji 4 stěžejní skupiny žen členěných dle věku a zaopatřenosti<sup>7</sup>.

Zde může dojít v podstatě ke 4 variantám, kdy u každé skupiny popíši základní charakteristiku a činím odkaz na příslušné zákony.

#### 1. varianta: těhotná uživatelka drog je nezletilá a nezaopatřená

---

<sup>7</sup> Vzhledem ke skutečnosti, že systém sociálního zabezpečení o tyto ženy je velmi složitou množinou rozmanitých dávek a možností pomoci, zmíním v textu kapitoly pouze ty nejpodstatnější, vždy učiním odkaz na příslušný zákon.



Dívka není starší 18 let (event. 16 let) a je nezaopatřená, tedy není výdělečně činná. **Užívání drog těhotnou mladistvou dívkou není** za současné právní úpravy **trestné**, takže není spouštěcím mechanismem pro zahájení trestního řízení. Může zde být varianta, že dívka dosud studuje střední školu či má nějaké vážné zdravotní obtíže viz. **Vyhláška MPSV č. 207/1995 Sb.** ve znění pozdějších předpisů. Většinou takové dívky nežijí u rodičů, mohou žít např. i na ulici, většinou nemají dokončené vzdělání z důvodu drogové kariéry. Většinou jsou bez finančních prostředků a velmi často si obstarávají finance prostitutí. Také se díky jejich životnímu stylu stávají předmětem zájmu Orgánu sociálně právní ochrany a to podle § 6 **Zákona o sociálně právní ochraně dětí** č. 359/1999 Sb. písm.c). ve znění pozdějších předpisů.

Pro systém dávek poskytovaných ze **Zákona o pomoci v hmotné nouzi** č. 111/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů je tato dívka společně posuzovaná s rodiči, a to v souladu s ustanovením § 4 odst. 1 písmena a.

#### **Příklad:**

Těhotná nezletilá dívka je vedena na ÚP jako uchazečka o zaměstnání, tím splňuje podmínku nezaopatřeného dítěte a patří do okruhu se svými rodiči a dalšími sourozenci. V případě, že výše uvedená dívka porodí dítě, je po dobu 6 týdnů nebo případně po dobu vyplácení PPM vedena dále na ÚP jako uchazečka o zaměstnání a je tímto po tuto dobu považována za nezaopatřené dítě a nadále je i se svým dítětem společně posuzovaná se svými rodiči a případně i sourozenci.

Pokud však je výše uvedená nezletilá dívka vyřazena z evidence uchazečů a nebydlí se svými rodiči, přestává být nezaopatřeným dítětem, a tím již nepatří do okruhu společně posuzovaných osob se svými rodiči a sourozenci, ale je jako zaopatřená posuzovaná pouze ona, její dítě event. její partner.

**Nároky na dávky SSP- nezletilé osamělé nezaopatřené matky:**

- pokud je nezletilá nezaopatřená matka dítěte starší 16 let, sama si může podat žádost o porodné
- pokud je nezletilá nezaopatřená matka starší 16 let a má soudem přiznanou rodičovskou odpovědnost a nemá již nárok na PPM nebo jí nárok na peněžitou pomoc v mateřství vůbec nevznikl-sama svým jménem si podává žádost o rodičovský příspěvek a náleží jí výplata tohoto příspěvku.
- přídavek na dítě pro svoji osobu nezletilé- podává žádost její zákonný zástupce, který do nabytí její zletilosti tuto dávku pobírá. Přídavek pro její narozené dítě podává buď otec dítěte (pokud je zletilý a je uveden v rodném listě) nebo musí být soudem stanoven opatrovník dítěte, který za toto dítě podává žádost o dávku, která je nárokem dítěte.
- nezletilá matka, i když má soudem přiznanou rodičovskou odpovědnost k péči o dítě, nemá právní způsobilost dítě zastupovat v řízení o dávkách státní sociální podpory, a tím nemůže za své dítě žádat.

Jestliže si rodiče neumějí sami s výchovou dívky a její situací pomoci, mohou se obrátit na příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností dle §9 Zákona o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. V těchto případech je obecním úřadem obce s rozšířenou působností podán návrh soudu na nařízení ústavní výchovy dívky dle zákona č. 359/1999 Sb. §14, kde může zůstat až do zletilosti, z důležitých důvodů může soud prodloužit ústavní výchovu až na 1 rok po dosažení zletilosti dle § 46 **Zákona o rodině** č. 94/1963 Sb.

V praxi **bývá často problém dívku umístit do specializovaného zařízení**, které by adekvátně reflektovalo její potřeby komplexně. V Jihočeském kraji existuje pouze 1 takové zařízení. Jedná se o Terapeutickou komunitu Karlov pro matky s dětmi a těhotné drogově závislé ženy. Vedle tohoto zařízení existuje ještě Domov pro mladistvé dívky v Černovicích (již však nepatří do Jihočeského kraje).

## **2. varianta: těhotná uživatelka drog je nezletilá a zaopatřená**

Mladistvá dívka je sice nezletilá, nicméně si již samostatně řádně vydělává čili má finanční příjem z pracovní činnosti. V tomto případě rodiče již více nemusí plnit vyživovací povinnost dle Zákona o rodině č. 94/1963 Sb., avšak stále vykonávají rodičovskou odpovědnost týkající se péče o dítě, jeho zastupování a správě jeho jmění.

Pro systém dávek poskytovaných ze Zákona č. 111/2006 o pomoci v hmotné nouzi je tato klientka společně posuzovaná s rodiči a to v souladu s ustanovením § 4 odst. 1 písmena c) bod 1, pokud společně užívá byt s rodiči a není společně posuzována s jinými osobami. Pokud byt společně s rodiči neužívá, nejedná se o společně posuzované osoby. Tím není dotčeno plnění rodičovské zodpovědnosti. V tomto případě již není posuzována s jejími rodiči, bere se se svým dítětem samostatně. Přídavek na dítě pro její osobu – ztratila nárok ukončením nezaopatřenosti. Přídavek pro její dítě – žádost podává opatrovník dítěte, který nepatří do okruhu společně posuzovaných osob - v okruhu bude pouze nezletilá matka a její dítě, pokud nežije s otcem dítěte nebo druhem. Stejně tak má nárok i na sociální příplatek a rodičovský příplatek a porodné - (rodičovský příspěvek a porodné se vyplácí již od 16 let věku dívky)

### **3. varianta: těhotná uživatelka drog je zletilá a nezaopatřená**

Tato varianta charakterizuje ženu starší 18 let. Soud může přiznat rodičovskou odpovědnost ve vztahu k péči o dítě i nezletilému rodiči, který dosáhl věku 16 let dle §34 odst. 3 Zákona o rodině.

Nezaopatřená může být např., že dosud studuje či jí její zdravotní stav neumožňuje vykonávat pracovní činnost dle Vyhlášky MPSV č. 207/1995 Sb. Také zde může být eventualita, že již nemá nárok na podporu v nezaměstnanosti viz. **Zákon o zaměstnanosti** č. 435/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, nemá tedy žádný příjem ze zaměstnání a jiné výdělečné činnosti (§39).

Pro systém dávek poskytovaných ze Zákona č. 111/2006 o pomoci v hmotné nouzi je tato klientka společně posuzovaná s rodiči a to v souladu s ustanovením § 4 odst. 1 písmena c) bod 2, pokud společně užívá byt s rodiči a není společně posuzována s jinými osobami.

#### **4. varianta: těhotná uživatelka drog je zletilá a zaopatřená**

V tomto případě je žena zletilá a je zajištěna příjmem z pracovní činnosti. Pro systém dávek poskytovaných ze zákona č. 111/2006 o pomoci v hmotné nouzi je tato klientka společně posuzovaná s rodiči a to v souladu s ustanovením § 4 odst. 1 písmena c) bod 2, pokud společně užívá byt s rodiči a není společně posuzována s jinými osobami.

V souladu s §4 **Zákona o sociálním zabezpečení** č.100/1988 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vzniká způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti v sociálním zabezpečení dovršením 16. roku.

V případě, že byla dívka či žena před porodem účastna na nemocenském pojištění, a to min. 270 dnů, má nárok na dávku Peněžité pomoci v mateřství. V případě, že by se po porodu přestala o dítě starat z jiných než zdravotních důvodů, dávka by jí nenáležela<sup>8</sup>.

Z hlediska **Zákona o Státní sociální podpoře** č. 117/1995 Sb, ve znění pozdějších předpisů, má nárok především na porodné a dávky další, které jsou předmětem tohoto zákona, ovšem za splnění podmínek daných u každé dávky.

U sociálních dávek je stěžejní **Zákon o životním a existenčním minimu** č. 110/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů a **Zákon o pomoci v hmotné nouzi** č. 111/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. U matky pečující o dítě do 4 let se možnost zvýšení si příjmu vlastním přičiněním nezkoumá. Na tyto dva zákony se však nevztahuje zákon č. 100/1988 Sb., o

---

<sup>8</sup> Vzhledem k faktu, že děti rozené s drogovou zátěží zůstávají většinou v porodnicích déle, pro svůj nestabilizovaný zdravotní stav, může matka požádat o přerušování dávky. Dávka se poskytuje i při perinatálním úmrtí dítěte, po dobu 2 týdnů. Studentkám, žákyním a uchazečkám o zaměstnání se poskytuje ve výši rodičovského příspěvku za kalendářní den. Blíže viz. **Zákon o Nemocenském pojištění**.

sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a zletilost i procesní způsobilost je tak dána dovršením 18. roku věku.

Další podstatné dávky sociální pomoci jsou:

- Za použití §3 odst. 3, kdy je možno v odůvodněných případech považovat za osobu v hmotné nouzi osobu, která podmínky osoby v hmotné nouzi neplní (odst. 1, písm. a) – e)), může být zletilé klientce na základě její žádosti přiznán příspěvek na živobytí. Pokud užívá byt společně s rodiči, jedná se o společně posuzované osoby. Výše příspěvku na živobytí se odvíjí od plnění podmínek uvedených v §23 - §31 citovaného Zákona o pomoci v hmotné nouzi.
- Jde uvažovat i o poskytnutí dávky mimořádné okamžité pomoci podle ustanovení § 2 odst. 3, 4, 5 a 6. Zaměstnanci orgánů pomoci v hmotné nouzi jsou v souladu s ustanovením §64 písm. d) Zákona č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, povinni vyhledávat aktivně osoby, které jsou ohroženy hmotnou nouzí nebo se již v hmotné nouzi nacházejí.

V rámci **Zákona o rodině** č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů, jsou v §44 definovány 3 opatření vzhledem k rodičovské odpovědnosti, a to pozastavení rodičovské odpovědnosti, její omezení a zbavení. U všech třech variant nezaniká vyživovací povinnost rodiče vůči dítěti. V §27 je zakotveno, že pokud je to nutné v zájmu dítěte, soud styk dítěte s rodičem omezí nebo jej i zakáže. V §43 může soud či Orgán Sociálně právní ochrany dětí:

- a) napomenout nezletilého, b) stanovit nad ním dohled, c) uložit mu omezení.
- V tomto momentu si však jako sociální pracovníci klademe otázku do jaké míry jsou tato výše jmenovaná výchovná opatření efektivní ve vztahu k cílené socializaci např. mladistvé dívky, která užívá drogy a bezpečí nachází v partě podobně smýšlejících mladistvých.

Dle §45 je umožněno svěřeni dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče....přednost má zpravidla příbuzný dítěte. Dítě může být svěřeno i do pěstounské péče dle §45a, b, c či osvojeno dle §63- §77. V §46 je zakotveno, že jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena ...může soud nařídit ústavní výchovu nebo dítě svěřit do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc dle §42 zákona č. 359/1999 Sb. Problém spočívá pouze v tom, do jakého zařízení mladistvou dívku umístit tak, aby byly adekvátně a komplexně reflektovány její potřeby.

V §95 jsou vymezeny právní možnosti těhotné ženy, posléze matky, vůči biologickému otci dítěte, za kterého není provdána. Sociodemografické údaje ukazují, že tyto dívky nemají potřebu žít v klasickém rodinném modelu.

Jedním z velmi důležitých nástrojů sociálních pracovníků je **předběžné opatření**. Je zakotveno v Občanském soudním řádu §76a. V odst.1 se říká, že ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoli péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně narušeny, předseda senátu předběžným opatřením nařídí, aby bylo předáno do péče osoby, kterou v usnesení označí (odkaz na §16 zákona č. 359/1999 Sb.)

Pro účely Zákona o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. se dítětem rozumí nezletilá osoba viz. §2. Toto má legislativní souvztažnost na čl. 1 sdělení č.104/1991 Sb. o **Úmluvě o právech dítěte**, kde se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší 18 let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve. ...z čehož vyplývá, že dítě za současné právní úpravy není vůbec chráněno prenatálně. Těhotná žena může dokonce dítě prenatálně v důsledku užívání drog usmrtit, tento skutek nebude v rozporu se zákonem (více v kap. 10.2.)

V praxi se nám stává, že si drogově závislá matka např. neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti. Často také její děti vedou zahálčivý život, zanedbávají školní docházku, požívají alkohol či jiné

návykové látky, živí se prostitucí, opakovaně se dopouští útěků apod. Všechny tyto situace a další jsou předmětem §6 zákona č. 359/1999 Sb.

V §8 se připouští varianta, že dítě má právo požádat o pomoc i bez vědomí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte. Zde by mohla např. nastat situace, že se nezletilá těhotná drogově závislá dívka obrátí o pomoc na Kontaktní centrum, ke kterému má důvěru, v obci, kde žije. Avšak ihned v §10 odst. 4 se ukládá, že státní orgány, pověřené osoby, školy, **školská zařízení** a **zdravotnická zařízení**, popřípadě další zařízení určená pro děti **jsou povinny oznámit** obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6 odst. 1, a to bez zbytečného odkladu po tom, kdy se o takové skutečnosti dozví.

V praxi, pokud např. mladistvá těhotná drogově závislá vyhledá kontaktní centrum, mají kontaktní centra tendenci sama intervenovat na bazi reciproční důvěry, aniž by cokoli hlásila. Většinou však bohužel nekonzultují danou sociální situaci s Orgánem SPOD, což ve svém důsledku může vést k neprofesionálnímu postupu. V odst. 5 §10 je zdravotnické zařízení povinno neprodleně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, že matka po narození dítě opustila a zanechala je ve zdravotnickém zařízení.

V praxi se často stává, že jsou oba rodiče uživatelé drog. V §11 se hovoří, že se tyto rodiče mohou obrátit na obecní úřad obce s rozšířenou působností, který jim pomůže při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě.

**V poslední době začíná přibývat dětí drogově závislých matek, které jsou umístěny do některé z forem náhradní rodinné péče.** Proto bude do budoucna nezbytné, aby obecní úřad obce s rozšířenou působností v rámci § 11 v písm. d), kdy zajišťuje přípravu fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny k přijetí dítěte do rodiny a poskytuje jim

poradenskou pomoc související s osvojením dítěte nebo svěřením dítěte do pěstounské péče....tuto reálnou skutečnost adekvátně reflektoval.

Co se týká opatření na ochranu dětí, podává Obecní úřad obce s rozšířenou působností návrh soudu a) na rozhodnutí o splnění podmínky osvojení spočívající v tom, že rodiče neprojevují zájem o své dítě, b) na omezení nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti nebo pozastavení jejího výkonu, c) na nařízení ústavní výchovy, d) na prodloužení nebo zrušení ústavní výchovy. §37 vymezuje **nezbytná opatření**, která obecní úřad obce s rozšířenou působností může v rámci sociálně právní ochrany učinit. Jsou to zejména:

a) podání návrhu na nařízení předběžného opatření, b) podání návrhu na ustanovení poručníka nebo opatrovníka dítěte, c) podání návrhu na ústavní výchovu dítěte, d) zprostředkování umístění dítěte v azylovém zařízení.

Zaměstnanci orgánu sociálně-právní ochrany a zaměstnanci obce s rozšířenou působností zařazení do obecního úřadu jsou oprávněni v souvislosti s plněním úkolů podle tohoto zákona **navštěvovat dítě a rodinu**, ve které žije, v obydlí a zjišťovat v místě bydliště dítěte, ve škole a ve školském zařízení, ve zdravotnickém zařízení, v zaměstnání nebo v jiném prostředí, kde se dítě zdržuje, jak rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte o dítě pečují, v jakých sociálních podmínkách dítě žije a jaké má dítě chování (viz. §52). Přestože existuje toto oprávnění, je mnohdy pro sociální pracovníky velmi složité provést šetření v rodině, přestože by si to přáli, neboť rodina se mnohdy staví do odporu a brání se jakékoli intervenci<sup>9</sup>. §53 ukládá povinnost v našem případě zejména školským a zdravotnickým zařízením, a to na výzvu orgánů sociálně-právní ochrany

---

<sup>9</sup> Zaměstnanci orgánu sociálně-právní ochrany a zaměstnanci obce s rozšířenou působností zařazení do obecního úřadu jsou oprávněni pořídit obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy dítěte a prostředí, v němž se dítě zdržuje,...taktéž § 52. Toto je velmi podstatné právo sociálního pracovníka, který tak může bezprostředně zajistit důkazní podklady pro event. soudní proces např. drogově závislé matky, která fyzicky týrá své dítě apod.



**sdělit** bezplatně **údaje potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany**<sup>10</sup>.

Také **rodiče jsou povinni** na vyžádání příslušného orgánu sociálně právní ochrany **spolupracovat** s orgány sociálně-právní ochrany při ochraně zájmů a práv dítěte, předložit listiny a další doklady a poskytnout nezbytné informace, umožnit za podmínek uvedených v §52 odst. 3 návštěvu zaměstnance orgánu sociálně-právní ochrany a zaměstnance obce s rozšířenou působností zařazeného do obecního úřadu v obydlí, popřípadě v jiném prostředí, kde dítě žije, je-li to nezbytné pro ochranu života nebo zdraví dítěte nebo pro ochranu jeho práv.

Dle **Zákona o sociálních službách** č.106/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů **je možné poskytnout** těhotným závislým ženám či matkám: tísňovou péči (§41), osobní asistenci (§39), podporu samostatného bydlení (§43), odlehčovací služby (§ 44), pomoc v denních stacionářích – viz. výše (§46), pomoc v domech se zvláštním režimem (§50), chráněné bydlení – viz. výše (§51), sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§ 52), dále raná péče (§ 54), telefonická krizová pomoc (§55), pomoc v azylových domech (§57), v domech na půl cesty (§58), v kontaktních centrech –viz.výše (§59), krizová pomoc (§60), nízkoprahová denní centra (§61), pomoc v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (od 6 do 26 let- §62), noclehárny ( §63), služby následné péče ( §64), sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi ( §65), pomoc v terapeutických komunitách – viz.výše ( §68), terénní programy – viz.výše (§69) a sociální rehabilitace (§70).

## **10.2. Trestní zákon (č. 140/1961 Sb.) Trestní řád (č. 141/1961 Sb.)**

---

<sup>10</sup> Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj. Jde-li však o údaje týkající se zdravotního stavu vyžádané orgánem sociálně-právní ochrany, platí úhradě zdravotních výkonů ve zdravotnickém zařízení zvláštní právní předpis.

V této kapitole se věnuji některým otázkám, které si jako sociální pracovníci ve vztahu k těhotným drogově závislým ženám klademe a přináším jejich právní výklad, a to z pohledu trestně právní úpravy.

Vzhledem k faktu, že způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením, což je hledisko, které jednoznačně determinuje posouzení práv a možností ochrany dítěte prenatálně, vyplývá, že z hlediska trestně právního, život a zdraví nenarozeného dítěte těhotné drogově závislé ženy chráněné není, byť je ochrany hodno ([www.medico.juristic.cz](http://www.medico.juristic.cz), Mach, 2003).

Především je nezbytné si uvědomit, že **užívání drog obecně není trestné, tudíž ani v těhotenství**. I za skutečnosti, že těhotná žena užíváním drog způsobí poškození plodu či dokonce jeho usmrcení, a to i přestože Listina základních práv a svobod má v čl. 6 zakotveno, že lidský život je hoden ochrany již před narozením (Mach, 2003). V případě, že se tak děje **v době prenatální**, je tato situace posuzována, **jako by byla poškozena nějaká jiná část těla matky (ruka, ledvina)** ([www.medico.juristic.cz](http://www.medico.juristic.cz)).

§ 221 Trestního zákona sice definuje Ublížení na zdraví, nicméně musí být naplněn předmět útoku, a to živý člověk nikoli lidský plod (Šámal, 2003). A to i kdyby se jednalo o přímý úmysl ženy dle §4a Trestního zákona poškodit své dítě prenatálně či jej usmrtit, neboť sebepoškozování není trestné. **Usmrcení plodu v těle matky nelze považovat za usmrcení člověka**, tedy za usmrcení jiného... ale za způsobení újmy na zdraví samotné matce, součástí jejíhož těla dosud plod je (Šámal, 2003). Případně může naplňovat skutkovou podstatu trestného činu ublížení na zdraví dle §221-224 Trestního zákona v závislosti na zavinění.

V praxi se spíše setkáváme s těhotnými drogově závislými ženami, které **z nedbalosti** užíváním drog způsobí poškození plodu ať již ví jak patogenní charakter drogy na fyziologický vývoj plodu mají či **z nevědomosti**, byť by vzhledem k okolnostem a ke svým osobním poměrům

vědět měly a mohly. Ani však v tomto případě není naplněna skutková podstata trestného činu.

Vzhledem k rozmanité sociální patologii těhotné drogově závislé ženy může pod vlivem určitých okolností, osobních pohnutek či sociálních tlaků nastat situace, že druhá osoba napomůže či svede těhotnou ženu k nedovolenému přerušení těhotenství, jež je zakotveno v § 227 Trestního zákona. Smyslem tohoto ustanovení je chránit počínající (klíčící) lidský život... až do počátku porodu. Přerušením těhotenství se rozumí jakékoli jednání směřující k usmrcení lidského plodu. Na použitém prostředku nezáleží, může jít o prostředky mechanické, chemické... (Šámal,2003). Zajímavé je, že tato druhá osoba by byla posuzována jako pachatel trestného činu, ale těhotná žena se sama trestného činu nedopouští (Šámal, 2003).

Proto těhotná žena, která své těhotenství sama uměle přeruší nebo jiného o to požádá nebo mu to dovolí, **není pro takový čin trestná...** Toto ustanovení je jednoznačně zakotveno v §229 Trestního zákona.

Pokud **matka usmrtí své dítě hned po narození**, půjde zpravidla o vraždu novorozeného dítěte matkou dle §220 Trestního zákona. Jinak půjde o trestný čin vraždy podle §219 Trestního zákona. Pro zjištění duševního stavu obviněné v době činu musí být vypracovány **znalecké posudky z oborů psychiatrie a porodnictví**. Pokud by novorozené dítě usmrtil např. její drogově závislý partner bylo by to posuzováno jako kvalifikovaná podstata trestného činu vraždy dle §219 Trestního zákona, a to vražda spáchaná na osobě mladší 15 let. Trestné činy jako nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů jsou zakotveny v §187-188 Trestního zákona. Šíření toxikománie je předmětem §188a Trestního zákona. Tedy v případě, kdy těhotná drogově závislá žena **drží v ruce** např. injekční stříkačku s obsahem drogy v množství větším než je malé je trestně stíhatelná dle §187a odst. 1 Trestního zákona. V momentu **aplikace drogy** (např.do žíly) však již trestně stíhatelná není.

### 11.3. Zákon O soudnictví ve věcech mládeže (č. 218/2003 Sb.) a Probační a mediační služba (č. 257/2000 Sb.)

Jestliže těhotná drogově závislá žena **spáchá trestný čin jako mladistvá** (§74 Trestního zákona), nazývá se tento trestný čin **provinění**. Bude posuzována dle **Zákona č. 218/2003 Sb. O soudnictví ve věcech mládeže** ve zněnípozdějších předpisů<sup>11</sup>.

Vzhledem ke skutečnosti, že mnoho mladistvých uživatelů drog páchá rozmanitou trestnou činnost jako jsou krádeže, podvody, loupeže, výtržnictví, porušování tzv. drogových zákonů atd. lze předpokládat, že často vejdu v kontakt s orgány činnými v trestním řízení (Marešová, 2000).

Je pouze otázka jaké nástroje jako společnost máme k dispozici, abychom na jedné straně mladistvé těhotné ženě v její trestné činnosti zabránili a zároveň na straně druhé zohlednili její osobní poměry, a to především graviditu.

Výše citovaný zákon přináší širokou paletu opatření, jak s takovou mladistvou ženou jednat. V principu se jedná o 3 druhy opatření a to jsou: **výchovná, ochranná a trestní** (§10 Zákona o soudnictví ve věcech mládeže).

Podstatným momentem ve věcech dokazování provinění mladistvých je zjišťování poměrů mladistvého (§55 Zákona o soudnictví ve věcech mládeže) a **zpráva o osobních, rodinných a sociálních poměrech a aktuální životní situaci mladistvého** (§56 Zákona o soudnictví ve věcech mládeže) v našem případě mladistvé těhotné dívky, což zákon ukládá příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dětí, příp. probační a mediační službě viz. **Zákon o probační a mediační službě č. 257/2000 Sb.** ve znění

---

<sup>11</sup> V rámci tohoto zákona se hovoří o jeho výrazné novelizaci, která by měla filosoficky směřovat zpět k původnímu stavu, kdy patrně dojde k úplnému zrušení zákona 218/2003 Sb. a jeho předmět se stane opět součástí Trestního zákona. Stávající legislativní varianta se v praxi ukázala být procesně velmi náročná.

pozdějších předpisů. Tato zpráva má zásadní význam při konečném rozhodnutí ve věci. V soudní praxi je tendence zohlednit graviditu ženy.

Jelikož jsou gravidními drogově závislými dívkami páchána různá provinění různého rozsahu není v rámci této práce možné specificky individuálně definovat všechny varianty opatření. Avšak zásadní význam v tomto směru má probační a mediační služba. Mezi nejčastější opatření ukládané soudy pro mládež dle Zákona o soudnictví ve věcech mládeže u těhotných drogově závislých dívek páchajících provinění patří: **dohled probačního úředníka (§16) probační program (§17)<sup>12</sup>, výchovné povinnosti (§18), výchovná omezení (§19), napomenutí s výstrahou (§20), ochranná výchova (§22), ochranné léčení (§72 Trestního zákona) či upuštění od uložení trestního opatření (§11) příp. podmíněné upuštění od uložení trestního opatření (§14).**

V případě, že soud pro mládež stanovuje trestní opatření, přihlédne také k tomu, že **mladistvá spáchala provinění ve stavu zmenšené přičetnosti**, kterou si přivodila vlivem návykové látky (§25 odst. 2 zákona č. 218/2003 Sb.). Trestní sazby se u mladistvých snižují na polovinu, horní hranice nesmí převyšovat 5 let a dolní hranice 1 rok (§31 zákona č. 218/2003 Sb.).

V České republice existuje od roku 2002 pouze jedna **věznice pro výkon trestu matek s dětmi do tří let<sup>13</sup>**, které zde mohou být max. do 3 let věku dítěte, musí se jednat o lehčí trest. Jedná se o věznici ve Světlé nad Sázavou. Není neznámá skutečnost, že se odsouzené ženy mnohdy účelně pokusí otěhotnět, právě z důvodu, aby byly do této „příjemné“ věznice umístěny. Věznice také umožňuje výkon vazby těhotných žen i

---

<sup>12</sup> V současné době je sice zákonem **probační program** definován, nicméně psychosociální síť pro těhotné uživatelky drog musí být nejprve odakreditována Ministerstvem spravedlnosti. Probační program je dosud obsahově plněn např. § 18 písm.f)g) apod.

<sup>13</sup> Zaměstnanec obecního úřadu obce s rozšířenou působností je povinen alespoň jednou za 3 měsíce navštívit dítě, o něž ve věznici pečuje odsouzená žena. Věznice jsou povinny

s novorozenci. V rámci speciálních aktivit, edukace, probíhá také skupinová práce s osobami drogově závislými. V Opavě je také ženská část věznice, bez možnosti mít dítě u sebe a běží tam intenzivní drogový program.

## **11. Model léčebné péče pro těhotné drogově závislé ženy v ČR**

### **11.1. Specifika přístupu**

Specifičnost této klientely spočívá v tom, že hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a dítě. Vystává otázka priorit, komu vlastně pomáháme a jaký cíl sledujeme.

**Terapie drogově závislých matek vyžaduje ujasnění si postoje cíle terapie.** Co očekávám od této pomoci? Chceme vyléčit tuto klientku z drogové závislosti nebo touto terapií dítěti zajistit vhodnou matku, nebo pomáháme matce ujasnit si vztah k dítěti a tím nalézt motivaci k léčbě? Řešením může být stanovení si hranic pomoci. Naším klientem (v léčbě drogové závislosti) je matka a té se snažíme pomoci. Pokud matka projevuje zájem o dítě, chce ho mít u sebe a vychovávat ho, nacházíme zde motivaci, pomáháme jí v tom i možností společného pobytu v léčebném zařízení, a tím i upevnění vztahu k dítěti. Nelze zapomínat, že dítě je klientem jiných institucí, kde se řeší jeho situace a chrání jeho práva. Bez ochoty těchto institucí spolupracovat a společně řešit tuto obtížnou situaci, nelze dojít

---

zajistit zaměstnanci obce s rozšířenou působností přístup do věznice a umožnit styk tohoto zaměstnance s dítětem o něž ve věznici pečuje žena odsouzená k trestu odnětí svobody.

k uspokojivému cíli. V situaci, kdy dochází k zanedbávání dítěte, bude postup samozřejmě radikálnější (Preslová, in Kalina, 2003).

Nesmíme zapomínat, že tato **klientka je vedle své drogové závislosti, v těžkém životním období**. Tuto krizovou situaci někdy nedokáže ani vnímat, protože ji (těhotenství, zodpovědnost za dítě apod.) nikdy nezažila, neví, co se vlastně od ní očekává a nedokáže ji zpracovat. Představuje pro ni zátěž, která by ji mohla stále k drogám vracet (Preslová in Kalina, 2003).

Úzdrava z drogové závislosti může být dlouhodobým procesem a léčba se často musí opakovat. Jako i u jiných chronických poruch, i u závislých se objevují relapsy během léčby či po úspěšném absolvování léčebného programu. Závislý často potřebuje prodlouženou terapii, opakované epizody léčení a programy různého typu, aby dosáhl dlouhodobé abstinence, změny životního stylu a plně obnovil své fungování (NIDA in Kalina, 2003).

Kumulace mnohých sociálních problémů, které těhotné závislé ženy jako žadatelky o léčbu obklopují, vedou pak k **sociální exkluzi**, jež je často podporována negativními postoji veřejnosti.

## **11.2. Léčebné kontinuum a moderní terapeutický koncept**

Spíše než o účinnosti jednoho léčebného programu uvažujeme dnes o účinnosti celého léčebného kontinua, které se v zásadě skládá z těchto složek:

- 1) poradenství před nástupem do léčby:** posiluje účinnost léčby především tím, že podporuje motivaci klienta, urychluje vstup klienta do léčby, zlepšuje jeho zapojení do léčebného procesu a snižuje riziko předčasného odchodu.
- 2) léčba:** si klade za cíl abstinenci, sociální integraci a řešení osobních problémů. Podstatné je, aby se klient v léčbě udržel a jeho problémy zdravotní, psychologické a sociální se zlepšily.

**3) následná péče:** je pokládána za nezbytnou pro udržení léčebného efektu zejména proto, že snižuje riziko relapsu a trvalého návratu k životu s drogou a usnadňuje sociální integraci (Kalina a kol., 2003).

Kalina (2003) uvádí, že jedním z důležitých poznatků o něž se soudobá léčba závislých opírá je, že **neexistuje taková léčba, která by byla vhodná pro každého klienta a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoli typ léčby.** Matching, párování problémů a intervencí, klienta a programu, je klíčovou záležitostí pro jeho konečný úspěch v dosažení uspokojivého a produktivního fungování ve vztazích, v rodině, v práci a ve společnosti. Stále se udržující představa, že jedinou účinnou léčbou pro závislé je dlouhodobá ústavní i rezidenční, staví značně do stínu možnosti ambulantní léčby pro určitý typ klientů. Použití farmakoterapie (detoxifikace metadonem nebo buprenorfinem v ambulantních podmínkách) potenciál ambulantní léčby dále rozšiřuje.

Stejně tak dogma „čekat, až klient dozraje k motivaci“ či nabízet klientovi „všechno nebo nic“ z léčebného spektra služeb je dnes pokládáno za neefektivní a neetické. **Moderní terapeutický koncept** opírající se o nashromážděné vědomosti o závažných důsledcích drogových závislostí a poznatky o jejich léčbě má tyto charakteristiky:

- 1) **Včasná intervence** - místo čekání na motivovaného klienta, který se dotkl dna a hledá pomoc v neudržitelných komplikacích pozdějších stádií závislosti je nutné využít všech prostředků, jak zachytit závislé co nejdříve po objevení prvních problémů nebo po novém relapsu. Znamená to přitažlivou nabídku služeb a odstraňování všech překážek v přístupu k nim.
- 2) **Individualizovaný přístup** - mýtus „jediné správné léčby“ je třeba opustit. Čím dříve dostaneme závislé lidi do léčení tím je viditelnější, že jsou různorodí a jejich problémy nemohou být ošetřeny stejným



způsobem. Vyžaduje to jednat nové diagnostické a terapeutické znalosti a dovednosti, jednak pružnost v obsahu, formě a délce léčby.

- 3) **Podpora motivace** - získávání a udržování motivace k pokračující léčbě a změně života nesmí být považováno výlučně za odpovědnost klienta. Terapeuti musí chápat průběžné intervence posilující motivaci jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu.
- 4) **Prevence relapsu** - relaps je událost, která se po skončení léčby může dostavit. Tuto možnost nesmí ignorovat ani klienta ani terapeuti. Naopak v terapeutickém procesu je nezbytné se na ni aktivně zaměřit.
- 5) **Zužitkování nedobrovolného léčení** - přesvědčení, že „jenom dobrovolná léčba je účinná“ musí nahradit vědomí, že i nedobrovolná léčba může mít smysl, pokud se terapeutům podaří jí tento smysl dát a zužítkovat vnější tlak jako jakoukoliv jinou okolnost, která může pomoci udržet klienta v léčbě.
- 6) **Zhodnocení léčebného kontinua** - je nezbytné se zbavit dřívější sebestředné orientace rezidenční léčby („co se nestane tady a teď, nestane se nikdy jindy a nikde jinde“) a pojímat ji jako jednu etapu na klientově cestě k životu bez drogy. Znamená to využívat účinné faktory léčebného kontinua „přípravné poradenství – léčba - následná péče“ stejně jako opakovaných nebo navazujících léčeb různého typu.
- 7) **Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika** - těm, kteří zatím nejsou schopni změnit své chování, jsme povinni poskytnout veškerou pomoc, která by snížila riziko poškození a iniciovala motivaci.

Výše uvedený koncept moderního terapeutického přístupu musí jednoznačně reflektovat potřeby těhotných závislých žen, jen tak je možno dosáhnout efektivní sociální práce s touto skupinou žen. Je však známa skutečnost, že určitá část sledované cílové skupiny je mnohdy jen minimálně schopna

usilovat a profitovat z komplexity služeb, které jim jsou v rámci komunity nabízeny.

### **11.3. Léčba a sociální reintegrace-obecná východiska a zákonný rámec**

V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem služeb, jejichž mezioborové pojetí odpovídá komplexnosti problému závislosti na návykových látkách. Léčbu je možné vymezit jako **odbornou, cílenou a strukturovanou práci** s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního způsobu života, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života ne nejvyšší možnou míru. Podle typu se léčba rozlišuje na **ambulantní** (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a **rezidenční** (terapeutické komunity, specializovaná odd. nemocnic, psychiatrické léčebny). Podle délky lze rozlišit léčbu **krátkodobou** (4-8 týdnů), **střednědobou** (3-6 měsíců) a **dlouhodobou** (7 měsíců a déle) (<http://www.drogy-info.cz>).

**Typy odborné péče** v ČR poskytované uživatelům drog a osobám závislým na návykových látkách jsou vymezeny v **Zákoně o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami** č. 379/2005 Sb. odst.2 §20 ve znění pozdějších předpisů (<http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/sluzby/default.html>).

V **Zákoně o sociálních službách** č. 108 / 2006 Sb. jsou také v plném znění vyjmenovány a definovány metody sociální práce a všechna sociální zařízení poskytující **služby sociální péče** (viz.§38-52), **služby sociální prevence** (viz.§53-70) a je také definován pojem **sociální poradenství** §37.

Největší podíl na rozvoji teoretických poznatků v oboru adiktologie v České republice má o.s. SANANIM ([www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)), které bylo založeno v roce 1990 a zároveň dosud vybudovalo a je dominujícím

realizátorem komplexní péče o drogově závislé osoby v České republice, tak i těhotné drogově závislé ženy.

#### **11.4. Typologie léčby a sociální reintegrace**

Nyní se věnuji jednotlivým typům odborné péče v ČR tak jak je kategorizuje zákon č. 379/2005 Sb. a konkretizuji jejich obsahovou stránku ve vztahu k těhotným drogově závislým ženám.

Typy odborné péče v ČR dle Zákona č. 379/2005 Sb. jsou:

##### **11.4.1. Akutní lůžková péče**

V případě, že těhotná drogově závislá žena má zdravotní komplikace bude s velkou pravděpodobností hospitalizována **na rizikovém oddělení**, případně na detoxifikačním odd., v případě psychiatrické ataky na odd. psychiatrickém. Prioritou v těchto případech bude těhotenství ženy resp. zajištění zdraví matky a nenarozeného dítěte.

##### **11.4.2. Detoxifikace**

Existuje dvojí pohled na tuto otázku. **Určitá část odborné veřejnosti zastává názor, že není pro plod patogenní, pokud žena v těhotenství náhle vyabstínuje**, tedy podrobí se detoxifikaci - pokud to již musí být je doporučována 2. polovina těhotenství, např. těhotné závislé ženy usilující o vstup do Terapeutické komunity Karlov musí splnit podmínku detoxifikace. Na detoxifikačních jednotkách probíhají dle akreditačních standardů strukturované aktivity. **Strukturované aktivity** jsou zahrnuty do denního programu s cílem ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit (získat) jeho motivaci k dalšímu léčení, obsahují edukační terapii, motivační trénink, případně další indikované formy intervence (Nešpor in Kalina, 2003).

Druhá **část odborníků upřednostňuje raději postupné snižování tolerance formou substituce** - nejčastěji metadonem či buprenorfinem. Výzkumy provedené např. na Slovensku, v Rakousku, Německu, USA se přiklánějí jednoznačně k názoru, že by se dávky v těhotenství měly postupně

snížovat, v žádném případě okamžitě detoxifikovat. Jako nejlepší eventualitu v této otázce vidí substituci.

#### **11.4.3. Terénní programy a Kontaktní a poradenské služby**

Jako prvokontaktní instituce, která může těhotnou závislou ženu detekovat či se na ni může taková žena obrátit je instituce **terénní sociální práce** s uživateli drog. Tento zdravotně sociální program zaznamenal v ČR v posledních letech velkou expanzi. Terénní pracovníci jsou v rámci interdisciplinární péče také velmi často zaměstnání v kontaktních centrech, což je pro klientky výhoda. **Kontaktní centra** jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě (Libra in Kalina, 2003).

V současné době celá řada kontaktních center usiluje o udělení certifikace, aby byly naplněny minimální standardy léčebné péče, kterou nabízejí. To v praxi znamená, že budou kontaktní centra nabízet standardizované, garantované odborné služby a klientkám tak bude nabízena kvalitnější odborná intervence.

Velmi **důležitý je i postoj uživatelky drog**, která přichází v roli klienta se svými specifickými potřebami a životními hodnotami. Jedná se o reciproční vztah, který by měl být postaven na bázi důvěry a profesionálního přístupu ke klientce.

#### **11.4.4. Ambulantní léčba závislostí**

Těhotným drogově závislým ženám je také poskytována lékařská ambulantní péče paralelně s pomocí psychosociálního charakteru, především v AT poradnách, kdy model ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí představuje optimální a z domácí tradice vycházející naplnění pojmu ambulantního léčebného střediska podle EMCDDA (Hampl in Kalina, 2003).

Např. v Praze poskytuje své ambulantní psychosociální služby těhotným drogově závislým ženám a závislým matkám s dětmi **Centrum pro rodinu**, které je součástí Střediska prevence a léčby drogových závislostí – Drop in a je realizován již 6.rokem. Je poskytován ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapie drogových problémů v intenci programu Harm reduction. Práce je zaměřena i na pomoc matkám a otcům, kteří mají v anamnéze užívání drog, dále řeší výchovné problémy dětí apod.

**Cílem centra** je klientky motivovat k abstinenci, stabilizovat jejich zdravotní stav v těhotenství, zajistit bydlení, získání sociálních dávek, poskytnout pomoc a asistenci při stabilizaci tíživé sociální situace, dále rozvíjet sociální dovednosti a orientaci v mezilidských vztazích v rámci celého rodinného systému a tyto všechny aktivity směřovat k cíli finálnímu a to, aby děti klientek mohly zůstat v přirozeném prostředí rodiny v péči matky, pokud je toho matka schopna.

Zaměřují se i na práci s **rómskými ženami**, kdy zaznamenávají nárůst počtu mladých 18letých rómských matek, které užívají/užívaly drogy. Strukturovaný **program trvá 2 roky** (více na [www.dropin.cz](http://www.dropin.cz) nebo Drobná, Velemínský jr., 2006).

#### **11.4.5. Stacionární programy - nelůžková denní léčba pro problémové uživatele a závislé**

Denní stacionář je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.), tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Má význam tam, kde člověk s různými zdravotními či sociálními potřebami sice má kde bydlet, ale nemůže být sám doma nebo je pro něj nedostatečná běžná ambulantní péče, přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiné lůžkové instituci. Prakticky bez výjimky jde o střednědobou léčbu v délce 3-6 měsíců (Kalina, 2003).

Např. o.s. Sananim realizuje v Praze **Denní stacionář**, kde mimo jiné aktivity probíhá výběrové řízení pro umístění klientek – drogově závislých matek s dětmi a těhotných drogově závislých žen do TK Karlov.

#### **11.4.6. Krátkodobá a střednědobá ústavní péče - léčba problémových uživatelů a závislých (ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče)**

Ústavní psychiatrická léčba, nejčastěji střednědobá, je další alternativou pomoci. Je vymezena trváním v délce 3-6 měsíců (Dvořáček in Kalina, 2003).

**Ústavní psychiatrická léčba** je zabezpečována na psychiatrických odděleních nemocnic a nebo v psychiatrických léčebnách. V České republice je 17 psychiatrických léčeben pro dospělé, 4 léčebny pro děti a 33 psychiatrických oddělení nemocnic.

Zde bych zmínila i **porodnickou péči**. Dominantou v porodnické péči pro těhotné drogově závislé ženy v ČR je **Gynekologicko-porodnická klinika 2.LF UK a FN v Praze-Motole**, která působí jako perinatologické centrum s celonárodní spádovostí. Právě velká část těhotných uživatelů nelegálních drog se stěhuje do Prahy, která jim poskytuje jak snáze dostupnou drogu, tak i anonymitu velkoměsta. Oba tyto faktory hrají významnou úlohu při volbě porodnice.

#### **11.4.7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách**

Obecně se jedná o vysokoprahová zařízení. V terapeutických komunitách se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6-19 měsíců. V České republice máme pouze 1 terapeutickou komunitu (celkem 17), která svým programem komplexně a profesionálně reflektuje potřeby a specifika jak těhotných drogově závislých žen tak i matek s dětmi. Jedná se o **Terapeutickou komunitu Karlov** v okr. Písek v jižních Čechách. Vzhledem k faktu, že je Terapeutická komunita Karlov jediné specializované zařízení, které na nejvyšší odborné úrovni zajišťuje servis pro těhotné závislé ženy a

matky s dětmi přesahující svou kvalitou i rámec České republiky, představím toto zařízení více podrobněji.

Terapeutická komunita Karlov (TK Karlov) je zařízení, založené o.s. SANANIM ([www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)), kde je od roku 2001 poskytována komplexní léčebná péče a sociální práce pro závislé matky s dětmi a těhotné drogově závislé ženy.

### **Cílová klientela**

1. skupinu tvoří **budoucí matky** – těhotné ženy, u kterých je velmi výhodné zahájit léčbu před porodem a v komunitě prožít období porodu.
2. skupinu tvoří **ženy v šestinedělí**, kdy narození dítěte bylo motivem ke vstupu do léčby. Jedná se většinou o poměrně mladé matky, které se nacházejí ve velkých emočních i sociálních zmatcích a potřebují výraznou podporu. Přítomnost dítěte velmi posiluje jejich motivaci.
3. skupinu tvoří **matky, jejichž děti jsou již větší-však max. jen 2 děti**, hrozí jim odebrání dítěte, či cítí, že již situaci nezvládají a potřebují pomoci. Vzhledem k tomu, že se jedná často o matky-samoživitelky, je společný program s dítětem vůbec jedinou možností jak nastoupit léčbu. Kapacita skupiny pro matky s dětmi je 10 lůžek pro matky.
4. skupinu tvoří **děti** závislých léčených matek. Jedná se většinou o děti od 0 do 6 let. Některé z nich potřebují speciální zdravotní péči či aplikaci speciálních pedagogických a výchovných postupů. K tomu je nezbytné s nimi pracovat se speciálními pomůckami. Kapacita pro děti je 12 lůžek.
5. skupinu tvoří **partneři, rodiče, příbuzní**, kteří jsou vzhledem ke svým minulým i budoucím vazbám na klientky nedílnou součástí cílové populace programu.

### **Základní informace o léčbě**

#### **Specifické cíle u skupiny matek:**

- vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem
- přijetí role matky
- výchova k rodičovství a partnerství

- osvojení si základních dovedností v péči o dítě
- nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu
- získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby

Specifické cíle u skupiny dětí:

- zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení
  - diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení
  - zajištění odpovídající výchovy a tím vývoje dítěte
  - zajištění speciální péče o dítě v případě jeho speciálních potřeb (zdravotní či jiné postižení)
- Těhotným ženám závislým na drogách se v průběhu léčby v letech 2001 – 2006 **narodilo 6 dětí**, všechny děti byly zdravé i díky tomu, že matky v těhotenství za pobytu v komunitě abstinovaly a dostalo se jim řádné zdravotní péče.
  - Drogově závislá je matka, ne dítě. Matce musí být **min. 16 let**, věk dítěte nehraje roli. Matka může mít v léčbě jedno max. dvě děti.
  - Přijímají i matky, jimž bylo dítě na základě **předběžného opatření či soudního rozhodnutí** odebráno z péče - tato situace se týká 50% klientek. V těchto případech je nutný souhlas OSPOD či jiného zákonného zástupce dítěte s pobytem dítěte v zařízení. Matka pak má možnost o dítě celodenně pečovat a rozvíjet svůj vztah k dítěti – pod dozorem školeného personálu, který dohlíží na péči a prospěch dítěte (vychovatelky, dětská lékařka, speciální pedagog, psycholog, psychoterapeuti). Zprávy o prospěchu dítěte jsou pravidelně zasílány příslušnému odboru OSPOD, v případě zájmu jsou vítány návštěvy pracovníků OSPOD – mohou se osobně přesvědčit o vhodnosti prostředí Karlova pro pobyt dítěte a o úrovni péče o dítě. Přijímají i matky se soudně nařízenou léčbou.



- Léčba těhotných žen a matek s dětmi trvá cca **7-10 měsíců**. Je rozdělena do několika fází, které jsou odstupňované podle vzrůstající zodpovědnosti kladené na matku. Praxe ukazuje, že by léčba mohla být i delší.
- **Matka musí před nástupem na Karlov absolvovat detoxifikaci.** Z detoxifikačního oddělení ji musí na Karlov přivést někdo z jejích blízkých.
- **Denní program** je rozvržen tak, aby matky měly současně možnost se léčit ze své závislosti a současně se i plnohodnotně starat o své děti. Denní program plně respektuje potřeby dětí různého věku a individuální rytmus dítěte. Dítěti se dostává plné péče, snaží se o to, aby děti našly dočasný domov se vším, co k tomu patří.
- Společný pobyt dítěte s matkou přispívá k **upevnění citové vazby matky s dítětem**. Součástí léčby matek je nácvik osvojení si rodičovských dovedností. Matky se účastní skupinové psychoterapie, kde mají prostor řešit problémy spojené s mateřstvím, drogovou minulostí atd.
- V době, kdy se matka účastní terapie, se o dítě stará kvalifikovaná vychovatelka. Starší děti mohou **navštěvovat školku** v přilehlé obci Čimelice (v letech 2001 - 2006 tuto školku navštěvovalo 12 dětí).
- Matce i dítěti je poskytnuta **lékařská péče a sociální poradenství**, kterou zajišťují lékaři - externisté a sociální pracovníci. Další péči zajišťují vychovatelky, speciální pedagog, psycholog, psychiatr, psychoterapeuti.
- **Kontakt dětí s otcem a širší rodinou** je zajištěn návštěvami rodiny na Karlově, příp. krátkodobými pobyty dětí u otců, prarodičů aj. příbuzných. Podmínkou pobytu dítěte mimo Karlov je souhlas příslušného OSPOD či jiného zákonného zástupce dítěte (nemá-li matka dítě ve vlastní péči) a přirozeně schopnost otců aj. příbuzných zajistit řádnou péči o dítě. Vždy, když je to jen trochu možné, spolupracují s rodinou klientky.
- Součástí léčby matky jsou i **samostatná opuštění komunity**, kde se matka učí zvládat život a péči o dítě bez drog i bez dozoru personálu.

K těmto víkendovým pobytům mimo Karlov matka potřebuje souhlas OSPOD či jiného zákonného zástupce dítěte.

- Na léčbu v TK Karlov navazuje **proces doléčování**. To je považováno za stejně důležité jako léčba samotná. TK Karlov je ve spolupráci s několika doléčovacími programy v ČR.
- **Zdravotní péči** o těhotné a maminky a děti zajišťují spolupracující externisté: praktický lékař, dětský lékař, gynekoložka, jinak dle specifických potřeb.
- Pobyt matky s dítětem je dobrovolný, mohou tedy kdykoli odejít. Vždy je matce skupinou nabídnuta třítydenní výpovědní lhůta, během které může vzít své rozhodnutí zpět.
- Pokud je matce dítě na základě předběžného či soudního rozhodnutí odebráno z péče, musí o svém úmyslu odejít informovat sociální péči a s pomocí týmu domluvit další osud dítěte. Bez souhlasu sociální péče nesmí matka opustit komunitu s dítětem. Opustí-li matka komunitu dobrovolně, smí se i s dítětem do 24 hodin vrátit (čistá).

- Vybavení domu pro maminky s dětmi:

Potřebám matek s dětmi plně odpovídá vybavení domu, ve kterém jsou ubytovány. Matka má samostatný, plně vybavený pokoj, kde je ubytována se svým dítětem (max. 2 dětmi), dále je matkám k dispozici základní vybavení pro pobyt dítěte, koupelny a toalety, kuchyňka, jídelna pro společné stravování matek a dětí, vnitřní herna s hračkami, TV a videem, venkovní oplocené dětské hřiště.

- Náklady na pobyt matky a dítěte:

Matky si hradí veškeré potřeby svého dítěte samy. Zdarma mají pouze ubytování a stravu pro sebe. Celkově matky potřebují min.3500,- Kč/měs.

- Kontaktní osobou pro příjem těhotných problémových uživatelék drog a matek s dětmi je MUDr. Ilona Preslová, Denní stacionář SANANIM.

■ Kontaktní osobou pro program a matek s dětmi je pí. Marcela Harbáčková

TK Karlov velmi úzce spolupracuje také např. s Kojeneckým ústavem s dětským domovem při Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze Krči. V roce 1995 měli první dítě s příznaky drogové abstinence. Dnes tvoří tyto děti cca 40 % všech klientů, kapacitně mají k dispozici 140 lůžek. Dítě je pro některé matky „narkomanky“ fantastický motiv k odvykání od drogy, ale ne každá žena to zvládá. Některé dají přednost drogám nebo partnerovi, dítě je pro ně zátěž, adopce je pak jediné východisko, říká sociální pracovnice zařízení.

**Největší překážkou na cestě malého děťátka k nové rodině jsou pak paradoxně soudy.** Ústav jim oznámí, že rodiče nejeví o dítě zájem, ale k projednání se takový případ může dostat až za dva roky. Dítě je jediným, kdo na to doplácí. Státní orgány musí nejprve zjistit, zda matka nemá opravdu o dítě zájem, musí ji nejprve oslovit. Ale když prostituje nebo žije v komunitě drogově závislých, není snadné ji najít, ani vyslechnout nebo přimět k vyjádření, doplňuje.

Uvádí případ narkomanky Melody, velmi známé v pražském podsvětí, která brala drogy od svých 13 let více než 20 let. Po porodu se přišla podívat do kojeneckého ústavu a když uviděla, co svému děťátku způsobila, úplně se změnila. Od té doby žije i se synem v odvykacím centru, v přísné izolaci od drog, a vypadá to, že vydrží. Ne všechny děti narkomanek měly nebo mají takové štěstí....

**Podobných ústavů existuje v České republice 39, kde lze utajeně porodit dítě a svěřit ho k adopci.** V Krči mají i malou garsoniéru pro budoucí matky, kde mohou do porodu žít, porodit a o vše s porodem spojené se ústav postará uvádí pí. prim. Lukešová.

Jako podstatné považují zmínit i Resocializační zařízení pro dívky, ženy a matky s dětmi v Českém Těšíně, nedaleko česko - polských hranic, které ve sledovaném období poskytlo pomoc 20 klientkám, těhotným nebo matkám s dětmi. Dosud však žádná klientka nebyla z Jihočeského kraje.

Kapacitně má zařízení 7 míst + děti. Čekací doba stanovena není, v případě volného místa je možnost nástupu ihned po vyřízení všech požadovaných formalit, jako je závěrečná zpráva za zařízení odkud klientka přichází, životopis, potvrzení o bezinfekčnosti, zhodnocení pobytu, plány a cíle pro 1. rok po léčbě. Doléčovací program je rozdělen do 4 fází a celková doba pobytu je na 6 měsíců až 1 rok. Velmi úzce spolupracují především s TK Karlov. Toto zařízení vyhledalo v letech 1998-2003 celkem 69 klientů včetně dětí a bezdětných žen.

#### **11.4.8. Programy následné péče**

Na léčbu v terapeutických komunitách a léčebnách navazuje proces doléčování. To je považováno za stejně důležité jako léčba samotná. Doléčování má klientce pomoci začít žít nanovo v místě jejího bydliště. Doléčování zahrnuje poradenství a psychoterapii. Doléčování může mít formu ambulantní (pro matky, které mají vlastní bydlení či bydlí v azylovém domě) nebo formu tzv. chráněného bydlení (pro matky v tíživé sociální situaci). TK Karlov je ve spolupráci s několika doléčovacími programy v ČR např. v srpnu 2006 vznikl nový Doléčovací program v Českých Budějovicích.

#### **11.4.9. Substituční léčba - podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku**

V současné době je v České republice 11 substitučních center, kde je poskytována substituční léčba závislosti na opiátech u těhotných žen.

**Metadonový substituční program** byl v České Republice zahájen 28.7.1997 a první těhotenství a porod v rámci metadonového programu proběhl v březnu 1998 v Praze (Vavřínková a kol., 2000). Vavřínková a kol. (2000) zastávají názor, že v těhotenství je náhlá abstinence, především u bývalých uživatelů heroinu podobně riziková jako pokračování v abúzu nelegálního opiátu. **Substituční léčba je přijatelným kompromisem, jak**

**těhotnou dlouhodobě udržet pod lékařským dohledem a kladně ovlivňovat její sociální stabilizaci.** V České republice je těhotným ženám podáván nejčastěji buď metadon nebo buprenorfin (Subutex).

Dosud neexistuje jednotný metodický postup či manuál jak pracovat s těhotnou ženou v substituční léčbě, otázka jak dlouho podávat substituci, zda dávku v těhotenství snižovat, zda nechat ženu po porodu kojít atd. závisí nejen na individuálním stavu ženy, ale i na konkrétním zařízení potažmo rozhodnutí lékařského týmu, kde je žena v péči.

Volba substituční látky a její dávkování je však výchozí. Užívání substitučních látek zmírňuje mnoho abstinčních příznaků, které jedinci závislí na různých psychoaktivních látkách pociťují a snižuje zdravotní a sociální rizika. **Při správném dávkování také omezuje nutkavou potřebu** užívat opiáty (Verster, Buning, 2003).

Subutex je podáván těhotným ženám, které nemají tak bohatou drogovou kariéru, je však klientkami nejčastěji užíván injekčně, což s sebou pro těhotné ženy nese i mnohá zdravotní rizika (hepatitis, AIDS atd.), je s ním obchodováno na černém trhu s drogami, neexistuje možnost kontroly jeho užívání a především je finančně poměrně náročný např. klientka za 8mg Subutexu/denně musí vydat 3 500 Kč měsíčně. U Subutexu hrozí menší riziko předávkování než u metadonu.

Oproti tomu **užívání metadonu v těhotenství** je kontrolovatelné, podává se pod přímým dohledem přímo v substitučním centru (per os) příp. u klientek, kde již panuje důvěra a jsou dlouhodobě stabilizované můžeme podávat metadon např. i na víkend domů, je zdarma a je podáván u těžších případů. Bylo zjištěno, že metadonová udržovací terapie je z lékařského hlediska bezpečná a nepůsobí útlum, ke kterému dochází u užití sedativ. Jde o bezpečný a účinný léčebný prostředek pro těhotné ženy, závislé na heroinu. I

přestože je metadon předepisován těhotným ženám, protože zlepšuje jejich zdravotní stav, těhotenství, porod a vývoj plodu, **novorozenec musí po porodu projít odvykáním** od závislosti na léku.

Je žádoucí, aby substituční látky měly delší dobu působení (biologický poločas) než droga, kterou nahrazují, a tím prodloužily dobu do nástupu abstinčních příznaků a tedy snížily frekvenci užívání. Pacient se tak může soustředit na běžné životní aktivity, aniž by musel neustále shánět a užívat drogy. Nahrazení nelegální drogy předepsanou látkou navíc pomáhá snižovat trestnou činnost a podporuje proces změny pacientova životního stylu (Verster, Buning, 2003).

Pokud **těhotná žena přichází do substitučního centra** je vstupním požadavkem, aby měla nějaký písemný dokument o tom, že užívala/užívá opiáty, dále důkladné vyšetření od svého obvodního lékaře + vyšetření na hepatitis a AIDS- naopak není důležité trvalé bydliště a věk. Pokud je však mladší 18 let podepisují terapeutickou smlouvu její zákonní zástupci. Prenatální péče je jí většinou poskytována mimo substituční centrum např. v běžné gynekologické ordinaci. Od září 2004 je **v Českých Budějovicích realizováno Jihočeské substituční centrum** s každodenním provozem pro klienty z regionu Jihočeského kraje. Jihočeské substituční centrum nabízí substituční léčbu metadonem a buprenorfinem. (Standardy substituční léčby definují min.věkovou hranici pro metadon 16 let, u buprenorfinu nad 15 let).

#### **11.4.10. Dobrovolnictví**

Jedna z cest, jak těhotným závislým ženám pomoci je i **využití servisu služeb dobrovolníků**. V posledních letech začaly v České Republice vznikat neziskové organizace, které nabízejí **dobrovolnické služby** (**Zákon o dobrovolnické službě** č. 198/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Jestliže bychom chtěli tuto formu pomoci realizovat, museli bychom buď oslovit již nějaký stávající dobrovolnický program či tuto

dobrovolnickou službu těhotným závislým ženám nově realizovat v rámci jiné organizace.

Dobrovolníci, kteří by pracovali s takto specifickou cílovou skupinou žen, jež je zároveň i **vysoce rizikovou skupinou**, by museli být starší 18 let, nejlépe by měli studovat v oboru sociální práce, jejich osobnostní rysy a jednání by mělo být jednoznačně v souladu se zdravým životním stylem. Beze sporu by se museli podrobit psychodiagnostice, což je dnes standardní postup. Matoušek (1999) považuje za nejpropracovanější způsoby vybírání dobrovolníků používání **modelových situací**. Vybraní dobrovolníci by museli projít zvláštním **odborným výcvikem**, kde by se seznámili nejen se specifiky dobrovolnické práce s touto skupinou žen, ale především i jejími riziky. Celý dobrovolnický proces (práva a povinnosti stran, rozsah poskytovaných služeb, místo výkonu, časový harmonogram, ukončení spolupráce apod.) by musel být ošetřen **dobrovolnickou smlouvou**. Co se týká supervize, bych např. pro první tři kontakty s klientkou např. v jejím domácím prostředí doporučovala **interní supervizi**, dále pokud by supervizor nezhodil jinak, individuální či skupinovou supervizi externí, ve frekvenci 1x měsíčně, event. při potřebě častěji. Osobně se přikláním pro supervizi skupinovou, kde se při řešení jiných kazuistik obohacuje jak znalostně tak i dovednostně celá skupina dobrovolníků, což ve výsledku přispívá k vyšší efektivitě dobrovolnické práce.

**Spektrum služeb**, které by mohl dobrovolník těhotné drogově závislé ženě nabídnout by mohlo být: pomoc při vyřizování dokladů (příp.soudní řízení či podklady pro vstup do léčby atd., pomoc v domácnosti, nákupy, úklid, pomoc při obstarání vybavičky pro dítě, doprovod k lékaři, pohlídnání dětí, doprovod na kulturní akce.

#### **Příběh dobrovolnické pomoci**

Před 4 lety jsem sama jako dobrovolnice docházela pomáhat do domácnosti jedné mladé ženě, od 13 let závislé na heroinu, která přestala brát drogy až ve 22 letech a to v momentu, kdy v 5. měsíci těhotenství zjistila, že čeká miminko. Porodila na první pohled zdravého chlapečka, který vykazoval

kolem svých 2 let značnou emoční labilitu, vůbec nemluvil a byl velmi hyperaktivní. Mladá abstinující maminka byla tou dobou plně rozhodnuta, že chce přestat se svou drogovou kariérou, a že dítě je jediný stimul, který ji k takové přeměně může namotivovat. Sociálně se cítila velmi osamělá, vyžadovala moje návštěvy, neměla žádné hlídání dítěte, žádnou blízkou kamarádku. Byli téměř bez finančních prostředků, bydleli v jednom velmi prostém bytě...byla vyčerpaná ze starosti o sebe samu, měla své psychické bolesti a traumata z dětství, starost o domácnost, a také o jejího partnera, který byl celé roky také závislý na heroinu a posléze začal dojíždět do Prahy na metadon....

Největší zakázka, kterou mladá žena měla, byla, že potřebovala někoho blízkého, s kým si může popovídat, s kým se může podělit o svá trápení a také potřebovala najít nový rozměr svého sociálního a existenčního zakotvení v životě.

Při dobrovolnické práci jde vždy o **navazování vztahu s klientem** na bazi empatie, akceptace a důvěry. Proto jako dobrovolníci velmi často bojujeme s problémem distance a blízkosti, těžko se nám hledá hranice, kdy již říci ne...

Při definování spektra služeb pro těhotné drogově závislé ženy je nezbytné podotknout, že efektivita služeb nespočívá jen a pouze v naplňování jednotlivých programů spektra, ale síla je především v jejich vzájemné interdisciplinární spolupráci.

V neoptimálnějších případech je pro těhotnou drogově závislou ženu nejlepší, pokud je metodicky vedena jedním max. 2 sociálními pracovníky, kteří znají prostředí komunity, znají nabídku a škálu servisů daných zařízení, kam se žena může obrátit.

#### **11.4.11. Užívání drog v ČR**

V roce 2005 ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), výroční zpráva 2005) byly nejčastěji **užívanými** nelegálními drogami **konopné látky a extáze**, rozsah zkušeností s drogami se závažnějšími zdravotními a sociálními riziky (opiáty, pervitin, kokain) byly v obecné populaci minimální (v roce 2004 dosáhl počet



problémových uživatelů drog v ČR 30 tis. z toho cca 10 tis. uživatelů heroinu, 20 tis. uživatelů pervitinu, z toho bylo 27 tis. injekčních uživatelů, dochází k odlivu problémových uživatelů opiátů do substituční léčby ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), výroční zpráva 2004)).

V r. 2005 došlo k mírnému nárůstu odhadu počtu problémových uživatelů pervitinu a opiátů. Došlo k dalšímu nárůstu průměrného věku problémových uživatelů v kontaktu s pomáhajícími zařízeními. Přibližně třetina uživatelů v kontaktu s pomáhajícími zařízeními je infikována virovou hepatitidou typu C. Výskyt HIV/AIDS je neustále pod 1%.

## **12. Systém zdravotně sociální péče o těhotné drogově závislé ženy v Jihočeském kraji v letech 2000-2006**

### **12.1. Cíl práce a metodický postup**

V této kapitole mapuji systém zdravotně sociální péče pro těhotné drogově závislé ženy v Jihočeském kraji resp. se věnuji rekonstrukci obrazu fungování a připravenosti systému zdravotně sociální péče pro výše jmenovanou skupinu žen.

Sběr dat probíhal dlouhodoběji (od ledna 2000 do prosince 2006), kdy **objektem zkoumání byly instituce** poskytující zdravotně sociální péči, které ve sledovaném období detekovaly těhotné drogově závislé ženy (myšleno i problémové uživatelky drog) v Jihočeském kraji. **Jedná se spíše o deskripci dané problematiky na extenzivní úrovni** mající povahu spíše kvalitativního pojetí. Při retrospektivní analýze institucí (sběru dat) byl kladen důraz na zachování určitého standardizovaného rámce, nicméně každé zařízení má svá specifika přístupu k této klientele a ty bylo nutné reflektovat. Ve finále tato rozlišnost práci spíše obohatila. Nástroje sběru dat byly voleny

dle povahy zařízení, především dle její dostupnosti a metody práce, a to: polostandardizované rozhovory a dotazník, který byl určen pro všechny sociální pracovníky obecních úřadů a obecních úřadů obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji, kteří pracují na úseku sociálně právní ochrany dětí a sociální kurátorské práce (N=89, návratnost byla 72).

V první fázi výzkumu byla vypracována „pracovní verze SWOT analýzy“, při definování silných a slabých stránek, možností a rizik systému zdravotně sociální péče v Jihočeském kraji v letech 2000-2006 a poté bylo provedeno **expertní posouzení** dosažených výsledků. Některé výstupy se mohou zdát být diskutabilní, nicméně tato interpretační úskalí s sebou tato problematika bezesporu nese a ani zahraniční zkušenosti k určitým otázkám nezaujímají jednoznačné stanovisko (např. otázka odebrání dítěte drogově závislé matce, prenatální ochrana dítěte, detoxifikace v těhotenství apod.). Výzkumným terénem byl mikroregion Jihočeského kraje. Byl zachován princip mlčenlivosti o signifikantních osobních údajích klientek.

## **12.2. Výsledky studie**

### **12.2.1. Prenatální péče**

V rámci této studie jsem se obrátila na všechny gynekologické ordinace (N=94) v Jihočeském kraji, kdy jsem u gynekologů zjišťovala, jakým způsobem a zda vůbec, provádí mapování drogové zátěže u těhotných žen. Výsledky ukázaly, že pouze 45 % gynekologů se těhotných žen dotazuje na kouření, alkohol a nealkoholové drogy, a to ještě připouštějí, že údaje, které jim těhotné ženy sdělí, mohou být a reálně jsou velmi často lživé. Získanou informaci si nemohou ověřit, k provedení cíleného screeningu by museli získat písemný souhlas ženy. Gynekologové odpovídali, že ženy mají tendenci uvádět **lživé údaje** a **bagatelizovat zdravotně sociální dopady** užívání drog na vývoj dítěte, což je u lékařů podstatný důvod, proč se v rámci anamnézy na užívání drog ženy neptají. Někteří gynekologové sdělili, že

mapování užívání drog v těhotenství neprovádí z důvodu, že jim to nebylo nikým oficiálně sděleno. Jiní gynekologové toto pojali jako nový impuls jejich přístupu k těhotné ženě.

Gynekologové připouštějí i faktor **stigmatizace ženy**, která naopak drogy neužívá. Např. těhotná žena s vysokou sociální prestiží zaujímající společensky významnou pozici se může cítit silně stigmatizována dotazem ženským lékařem, zda v těhotenství užívá drogy....(V západních zemích jsou soudní spory na toto téma poměrně běžné).

V Jihočeském kraji bylo ve sledovaném období podchyceno v rámci prenatalní péče 19 žen, které užívaly marihuanu, 12 žen heroin, 16 žen alkohol, 15 žen užívalo pervitin a 3 byly závislé na lécích.<sup>14</sup>

### **12.2.2. Porodnická péče**

Ve sledovaném období jsem se obrátila na všechny porodnice v Jihočeském kraji. Ve sledovaném období tyto porodnice zaznamenaly 26 případů rodících žen pod vlivem drog. (např. v Českých Budějovicích měli za posledních 5 let 8 případů žen, které přišly k porodu pod vlivem drog).

Většina porodnic tomuto tématu nevěnuje příliš velkou pozornost, lékaři se pouze ústně ptají žen na užívání drog v těhotenství, v žádné porodnici neprobíhá univerzální screening (není ani legislativně dovoleno), cílený screening pouze výjimečně, a to žena musí písemně souhlasit dle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. V klinické praxi jsou tedy zaznamenány případy pouze těch žen, které buď otevřeně přiznají, že drogy v těhotenství užívaly či stále ještě užívají nebo jsou stále pod vlivem psychotropních látek i během porodu.

Může nastat i situace, že žena tuto skutečnost nenahlásí, neboť k tomu není žádným zákonem povinna, dítě se však může narodit např. s NAS či jinými obtížemi. Pak je dle zákona č. 20/1966 Sb. §55 prioritní péče o dítě.

---

<sup>14</sup> Všechny sdělené údaje nelze považovat za absolutní počty, pravděpodobně jsou zkreslené, z důvodů výše uvedených, nicméně i tato orientační čísla nám umožní učinit si představu. Jedná se však o typ zkreslení, kterého se v tomto případě nelze metodicky vyvarovat.

Bohužel sami lékaři sdělili, že registrují převážně negativistický postoj personálu k rodící toxikomance.

### **12.2.3. Substituční program**

Substituční program v Jihočeském kraji nabízelo ve sledovaném období Psychiatrické oddělení při Nemocnici a Jihočeské substituční centrum v Českých Budějovicích. Ve sledovaném období zaznamenali 10 těhotných problémových uživatelék drog.

### **12.2.4. Péče zařízení pro děti ve věku 0–3 roky, péče v kojeneckých ústavech**

V Jihočeském kraji není žádné zařízení pro děti ve věku 0-3 roky. Proto jsem se obrátila na 2 místně nejbližší kojenecké ústavy v Jihlavě a Plzni. Obě zařízení se shodně vyjádřila, že ročně mívají cca 5-7 případů žen se závislostí na alkoholu a cca 7-9 případů žen na nealkoholových drogách, častěji pervitinu. Kouření se vyskytuje souhrnně u většiny žen kojeneckých ústavů. Z hlediska tendence vývoje zaznamenávají nárůst počtu závislých žen.

Dle jejich názoru je situace v Praze mnohem složitější, neboť tam je nejen velká koncentrace drogově závislých ale i bohatá síť zdravotně sociálních služeb a zařízení. Paní prim. Lukešová, ředitelka Kojeneckého ústavu s dětským domovem při Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze, sama sděluje skutečnost, že dnes tvoří děti narozené s abstinenčními příznaky drogově závislých matek 40% z celkového počtu dětí v zařízení. Jejich počet roste rok od roku.

### **12.2.5. Péče v kontaktních centrech a terénní programy**

V Jihočeském kraji realizovalo ve sledovaném období svou činnost 7 kontaktních center a 2 terénní programy. Všechna kontaktní centra doporučují navázat spolupráci s gynekology a Orgánem sociálně právní ochrany dítěte. 2 kontaktní centra připouštějí, že služby zdravotně sociální péče pro těhotné

uživatelky drog jsou v jejich zařízení nedostačující, nevedla však konkrétně v jakém směru, zda personálním, technickém apod.

Dále uvedla, že **nemají dostatečné informace** o této problematice, požadují zkvalitnit informovanost např. na téma abstinenční příznaky u drogově závislého novorozence apod., 3 kontaktní centra nevedla žádná konstruktivní doporučení k systému zdravotně sociální péče.

Ve sledovaném období detekovala kontaktní centra 22 těhotných uživatelky drog v Jihočeském kraji. 11 z nich užívaly heroin, 7 pervitin, 3 alkohol a 1 marihuanu. 16 gravidních žen žilo u přítele, 4 v azylovém domě a 2 na ulici. V 95% případů/intervencí kontaktní centra distribuovala klientky ke gynekologovi. Ani u jedné klientky nebyl kontaktován odbor sociální péče. Věkový interval těhotných uživatelky drog byl 17-39 let.

Terénní pracovníci detekovali 6 těhotných uživatelky drog.

Svou roli hraje skutečnost, že mnoho uživatelky drog mnohdy zjišťuje své těhotenství až v momentu, kdy cítí pohyby dítěte, mohlo se tak stát, že ti, kteří v kontaktních centrech intervenovali vůbec nemuseli/nemohli vědět, že je uživatelka drog těhotná (mnohdy to neví ani sama žena). Ze zkušenosti vím, že se tyto ženy bojí o svém těhotenství a užívání drog hovořit či se jen svěřit. Dále je zde hledisko metodické při sociální práci s těmito ženami, především otázka navazování vztahu s takovou ženou, sběr anamnestických dat atd., schopnosti a znalosti pracovníků centra apod.

#### **12.2.6. Péče terapeutických komunit a léčeben pro drogově závislé**

V Jihočeském kraji existuje pouze jedna jediná **Terapeutická komunita se sídlem v Karlově** nedaleko Smetanovy Lhoty (okr. Písek), která nabízí komplexní servis služeb nejen pro těhotné drogově závislé ženy ale i matky s dětmi od min. věkové hranice 16 let. Výchozí podmínkou pro přijetí do programu je především absolvování detoxifikace, dobrovolnost, min. 16 let atd. (více v kap. 11). Terapeutická komunita Karlov je zařízení, které má svou

centrální úroveň v Praze, zároveň zde probíhá i přijímání klientek do terapeutického rezidenčního programu. Není tedy orientováno výhradně na Jihočeský kraj, přestože tu má sídlo.

V Jihočeském kraji je pouze jedna Psychiatrická léčebna, a to v Červeném Dvoře, nedaleko Českého Krumlova, která neměla v léčbě ve sledovaném období žádnou těhotnou drogově závislou ženu a ani se svým terapeutickým programem na tuto skupinu žen neorientují.

### **12.2.7. Sociální práce / Sociálně právní ochrana dítěte**

**72 sociálních pracovníků** poskytujících sociálně právní ochranu dítěte a sociální kurátorskou práci v Jihočeském kraji<sup>15</sup> v dotaznících **uvedlo**, že ve sledovaném období:

#### **-detekovali 45 těhotných drogově závislých žen dosud bezdětných**

(Věkový interval žen byl 17-36 let. 28 žen žilo u přítele, 8 v azylových domech, 4 na ubytovně, 4 na ulici a 1 utekla z výchovného ústavu. 16 žen užívalo heroin, 16 pervitin, 9 alkohol a 3 marihuanu a 1 léky).

#### **-detekovali 36 těhotných drogově závislých žen s dětmi**

(data ukazují na počty 15 dětí, které byly v rámci sociální intervence umístěny do péče jiné fyzické osoby dle § 45 Zákona o rodině nebo umístěny v Náhradní rodinné péči. 8 dětí zůstalo ženám ve vlastní péči a 6 dětí bylo umístěno do ústavní péče. Věkový interval žen byl 20-38 let. 19 žen bylo závislých na alkoholu, 8 na pervitinu, 7 na heroinu, 1 užívala léky v kombinaci s alkoholem a 1 žena byla závislá na lécích. Polovina žen žila u přítele, druhá polovina žen v azylových domech. Nejčastější intervencí sociálních pracovníků byl soudní dohled, poradenství a psychiatrické konzultace.

#### **-detekovali 48 drogově závislých žen/matek s dětmi**

(věkový interval žen byl 20-46 let. Opět i zde data ukázala poměrně vysoké číslo 22 dětí umístěných do péče jiné fyzické osoby dle § 45 Zákona o rodině nebo umístěných v náhradní rodinné péči. 37 dětí měly matky ve své vlastní péči a 23 dětí bylo umístěných do ústavní péče. Nejvíce klientek bylo detekováno v roce 2006. U 33 žen dominoval alkohol, a to téměř výhradně u starších věkových skupin sledované kategorie. 32 žen žilo doma či u přítele, 9

---

<sup>15</sup> 75% sociálních pracovníků má vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce.

žen v azylových domech a 7 žen různě po ubytovnách, penziencech apod. Mezi nejčastější metody intervence sociálních pracovníků patřily poradenství, předběžné opatření, soudní dohled, intenzivní práce s rodinou, dávky, distribuce do kontaktních center.)

Dále se 30 sociálních pracovníků domnívá, že služby pro těhotné drogově závislé ženy v Jihočeském kraji jsou dostačující, 30 mělo opačný názor a 11 nevědělo. Co se týká aktuálnosti tématu se 62 sociálních pracovníků domnívá, že aktuálnost problematiky narůstá, 6 mělo opačný názor a 4 nevěděli. Naprostá většina 71 sociálních pracovníků domnívá, že je potřebné konzultovat drogový problém klientky s dalším odborníkem, 1 se vyjádřil, že konzultaci nepotřebuje. Ovšem jen 26 sociálních pracovníků mělo dostatek informací o drogové problematice, 46 soc. pracovníků má informací málo. Závěrem uvedlo 7 soc. pracovníků **následující doporučení ke kvalitnějšímu fungování systému zdravotně sociální péče** o těhotné drogově závislé ženy v Jihočeském kraji, cituji:

- Zřídit specializovaná pracoviště
- Bylo by vhodné, aby příslušná gynekoložka a ženský lékař informovali těhotnou matku s touto diagnózou drogové závislosti o možnosti léčby v komunitě Karlov, kde se léčí matky s dětmi
- Informovat porodníka – zajištění (testy) na hepatitidy B,C a AIDS
- Měly by být více informovány, také více informací pro veřejnost
- Mělo by existovat více institucí, kde by měly tyto ženy možnost poradit se, a to spíše na bázi poraden, resp. zařízení, kde by se tyto ženy cílily dobře, nejlépe i s možností bydlení a pod odbornou supervizi, aby zde bylo těmto ženám co nejvíce porazeno
- OSPOD se s těhotnými ženami a matkami s drogovou anamnézou setkává spíše výjimečně, příp. se tyto info získají náhodně. Stěžejní úlohu by měli hrát gynekologové/pediatři, měla by být oznamovací povinnost v případě ohrožení zdraví těhotné nebo dětí závislé matky,

totéž další orgány jako Policie, školy apod. OSPOD má obtížnou pozici v dokazování závislosti matky a rizik s tím spojených ve vztahu k péči o dítě. Jde o víceoborovou problematiku, kde nestačí pouhé konzultace s dalším odborníky na drogy, je potřebná spolupráce vymezená legislativně

- Navrhují sterilizaci, aby neplodily další děti

Zde se nabízí otázka, jakým způsobem sociální pracovníci primárně diagnostikují drogový problém ženy, jakých signifikantních momentů si všímají, jak intervenují. V použitém dotazníku nebyl na tyto detaily dostatek prostoru, jde o námět na kvalitativní výzkum.

#### **12.2.8. Azylové domy, diagnostické, výchovné ústavy a dětské domovy**

Všechny azylové domy v Jihočeském kraji přijímají pouze ženy s dětmi, nikoli těhotné. Z hlediska užívání drog se souhlasně vyjádřily, že při posuzování indikace pobytu v azylovém domě anamnesticky nezjišťují, zda žena drogy užívala či užívá. Dle jejich zkušeností ženy s dětmi, které mají v péči azylové domy, většinou kouří cigarety. Některé z nich užívaly alkohol, a to 22 žen, 7 užívalo léky, avšak nikoli v takové podobě, aby musely opustit azylový dům či nastoupit na léčbu.

Diagnostický ústav v Homolích je jediný v Jihočeském kraji. V posledních 3 letech zaznamenali pouze 1 případ romské dívky na toluenu a THC.

**Výchovný ústav v Černovicích**, byť již patří do kraje Vysočina, je velmi důležité zařízení v této problematice, které je orientováno na mladistvé dívky a ženy s dětmi do 18 let. Je nejbližším zařízením pro mladistvé dívky i těhotné z celého Jihočeského kraje. Výchovný ústav zaznamenává také případy dívek, které užívaly/užívají drogy, avšak pouze v rovině experimentu. V případě, že dotyčná dívka již není sama schopna udržet kontrolu nad



užíváním drog, je umístěna do Psychiatrické léčebny v Opařanech, Jihlavě apod. Zároveň se vypracovává odborný posudek psychologický a psychiatrický. Velmi důležité je zde hledisko individuálního posouzení konkrétního případu.

**Výchovný ústav v Jindřichově Hradci** se orientuje také na mladistvé dívky, toxická zátěž se anamnesticky nezkoumá a pokud dívka otěhotní, je zaslána do Výchovného ústavu v Černovicích.

Dětské domovy se jednoznačně domnívají, že by užívání drog u dětí měl zachytit především jejich ošetřující lékař, event. gynekolog - ve sledovaném období nezaznamenaly žádný případ těhotné drogově závislé dívky.

### **12.2.9. Dobrovolníci**

Ve sledovaném období nebyl v Jihočeském kraji realizován žádný specificky orientovaný dobrovolnický program pro těhotné drogově závislé ženy či matky s dětmi.

### **12.2.10. Policie a věznice, probační a mediační služba**

Policie ČR neprovádí žádný statistický výkaz těhotných žen, které se dopustily trestného činu ve vztahu k drogám. Tento fakt je determinován skutečností, že užívání drog v těhotenství není trestné<sup>16</sup>. Probační a mediační služba nepodchytila ve sledovaném období žádnou těhotnou drogově závislou ženu.

## **12.3. Mezioborový přístup-klíčové vazby**

### **12.3.1 Gynekologové – porodnice**

---

<sup>16</sup> Policisté se sice sami při práci s drogově závislými v terénu setkají s těhotnými drogově závislými ženami, nicméně tato data nejsou nikde vykázána.

Jestliže **gynekolog** položí těhotné ženě otázku, zda v těhotenství kouří, užívá alkohol event. jiné drogy a odpoví-li žena kladně, **provede záznam do těhotenské průkazky ženy**. Zda se gynekolog ptá pouze na určitý typ drogy např. alkohol, tabák apod. záleží čistě na úvaze a zvážení ženského lékaře v dané gynekologické ordinaci. Se screeningem drog z krve, moče či odběrem jiného biologického materiálu by žena musela písemně souhlasit.

Těhotenský průkaz je předáván rodící ženou v porodnici. Faktory, jako lživost výpovědi ženy o užívání drog v těhotenství, nepravdivé informace apod. byly již zmíněny. V současné době gynekologové provádějí pouze testování krve u těhotných žen na AIDS, a to jen pokud s tím žena písemně souhlasí.

Na základě skutečnosti, že se v běžné gynekologické praxi screening drog neprovádí, musíme akceptovat fakt, že nelze s přesností určit kolik těhotných drogově závislých žen bylo ve sledovaném časovém horizontu „drogově pozitivních“, a to ve vztahu k počtu všech vyšetřených těhotných žen v Jihočeském kraji. Tato problematika se nesleduje.

### **12.3.2. Gynekologové – Orgán sociálně právní ochrany dítěte**

Gynekologové jsou jako jiní lékaři vázáni mlčenlivostí, neiniciují kontakt či hlášení o těhotné drogově závislé ženě na odbor sociální péče či kontaktnímu centru. Dominuje hledisko gynekologické.

### **12.3.3. Porodnice – rodící žena pod vlivem drog**

V případě, že je porodnicí detekována rodička pod vlivem drog, je dotazována, jaké drogy před porodem užíla. Toto se děje s cílem zajistit dítě jak perinatálně tak i postnatálně. Jinak je nezbytný písemný souhlas ženy dle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (Mach, 2003). Jestliže je v průběhu porodu dítě ohrožené na životě, jeví nejasnou symptomatologii, pak je lékař ze zákona vázán

poskytnout neprodleně první pomoc...dle §55 zákona č. 20/1966 Sb., a tudíž může u novorozence provést i screening na drogy, bez souhlasu matky. Ze zkušenosti vím, že mnoho rodičích žen toxikomanek, současně i ty, které anamnesticky připustily užívání ilegálních drog v těhotenství, se v porodnici setkaly s negativistickým postojem ze strany ošetřujícího personálu. Tuto skutečnost potvrdili i sami lékaři.

#### **12.3.4. Porodnice – Orgán sociálně právní ochrany dětí**

Jestliže porodnice detekuje těhotnou ženu s podezřením na užívání drog (většinou bývá přidružena nižší sociokulturní úroveň ženy, nezájem o řádné prospívání dítěte, prostituce, konflikt s Policií apod.) a to např. na rizikovém oddělení či přijde rodit žena podezřelá z akutní intoxikace, sociální pracovnice v té dané nemocnici je ze Zákona o Sociálně právní ochraně dětí povinna tuto skutečnost nahlásit na Orgán sociálně právní ochrany dětí.

Dle zkušeností odborníků pracujících v této problematice bývá většinou dítě matce mechanismem **předběžného opatření** odebráno a umístěno do zařízení pro děti ve věku 0-3 roky, nebo kojeneckého ústavu z důvodu její biopsychosociokulturní nezpůsobilosti se o dítě řádně starat a zejména z důvodu užívání drog. Toto se děje vesměs apriori, na základě sdělení zkušeností odborníků z kojeneckých ústavů, terapeutických komunit a porodnic.

**Zde je velice důležitá role soudce**, jak danou situaci vnímá a jak pravomocně rozhodne. Zde je nutné zdůraznit, že mnoho zahraničních výzkumů, ale i zkušenosti, které máme jako sociální pracovníci při práci s těmito ženami u nás ukazují, že odebrání dítěte matce v takovéto složité psychosociální situaci usnadní její návrat ke droze. Narozené dítě a následná mateřská péče o dítě mnohdy navodí u matky event. u jejího partnera, který bývá ve velké většině případů také toxikoman, vysoký stupeň motivace její/jejich drogový problém řešit.

## 13. Přístupy řešení v zahraničí

### 13. 1. Ženy a užívání drog v Evropě

Porozumět užívání drog u žen v evropském měřítku ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)) je výchozí požadavek při vytváření adekvátních služeb pro tuto skupinu žen. Tato kapitola přináší přehled klíčových momentů této problematiky a popisuje jak jsou reflektovány ve vztahu k potřebám žen s drogovým problémem. Od roku 1999 EMCDDA monitoruje gender rozdíly v užívání drog.

Gender rozdíly v užívání drog a drogové závislosti jsou jádrem Akčního drogového plánu Evropské Unie (EU Drugs Action Plan (2005–2008)), což osvětluje důležitost poskytování dobré kvality drogových servisů. Klíčový moment vysoké kvality drogových servisů a intervencí je citlivost v gender problematice. Objektivum 9 Akčního plánu explicitně zaznamenává potřebu činit rozdíly při vytváření preventivních programů.

Byly definovány podstatné rozdíly v úrovních a chování drogového užívání mezi muži a ženami (především v oblasti fyziologických a

psychosociálních faktorů spojovaných s vývojem závislosti, rizikového chování a podstaty při vyhledávání pomoci).

Před 20 lety se začala aktivovat evropská politika ve vztahu ke speciálním problémům užívání drog ženami, jejich léčbě a rehabilitačním potřebám. Výzkum ukazuje, že drogově závislé ženy (oproti mužům) mají drogově závislé partnery, na počátku léčeb mají více problémů, většinou si nesou nějaké trauma – fyzické, sexuální zneužívání a psychické problémy.

To jsou důvody, proč ženy nevyhledávají odbornou péči spolu s nedostatkem sociální a ekonomické podpory, také nezajištění hlídání dětí. Služby, které poskytují hlídání dětí zaznamenávají větší počet žen mezi klienty.

**Ženy** obecně neinklinují k rezidenčním léčebným programům, kde obvykle tvoří menšinu v klientele, **raději vyhledávají ambulantní programy**. Tím pádem zaznamenáváme rozvoj rezidenčních programů exkluzivně pro ženy, které existují již v 10 zemích EU, ačkoli jejich dostupnost je stále malá.

V nízkoprahových zařízeních a ambulantních programech pro ženy je trend přeorientovat služby a otevírací hodiny více ve vztahu k potřebám žen užívajících drogy. Tato zařízení obvykle zahrnují terénní práci, informace a poradenství, částečně poradenství v oblasti bezpečného sexuálního života, výměnný program, poskytování kondomů, zdravotního servisu a poradenství v oblasti sociálních a léčebných servisů.

**Těhotné drogově závislé ženy jsou v Akčním plánu EU definovány jako prioritní skupina** a odborníci jim pomáhají nastartovat léčebný proces. Přístup, který byl ustanoven napříč celou Evropou je poskytovat integrovanou kvalitní péči.

Preslová in Kalina (2003) uvádí, že **přístupy k této problematice se velmi liší, a to nejen v naší společnosti**. Rozdílné postoje nacházíme i v jednotlivých evropských zemích. V severovýchodních zemích je zastávána

tendence k silnější komplexní podpoře drogově závislých matek s cílem, aby děti mohly být ponechány u matky, nebo aby si mohly alespoň ujasnit a upevnit vztah k nim. Tento postoj vyžaduje od společnosti mnoho podpůrných opatření. V jižních zemích s důrazem na rodinné tradice jako např. Řecko, Španělsko, Itálie a Portugalsko jsou vyznávány odlišné tendence. Řešení se hledá v rozšíření péče o dítě na širší rodinu a okolí. Je zřejmé, že jednotný postup nemáme a je nutno řešit individuálně každý konkrétní případ.

V Belgii, Dánsku, Francii, Irsku, Rakousku, Portugalsku a Švédsku je v léčbě těhotných závislých žen proklamován „rychlejší a nekomplikovaný přístup“ k terapii, kde i zřídili poradny pro drogově závislé ženy. V zahraničí vznikají různé domy společného soužití matek a dětí s různou mírou zasahování a kontroly zvnějška - od specializovaných mateřských školek pro děti léčících se matek až po volné soužití v azylových domech, kde mají matky možnost odborné pomoci ve své závislosti, ale i podpory v péči o dítě a vedení domácnosti.

Za jeden z hlavních problémů pak **EMCDDA** se sídlem v Lisabonu (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addictions) označila data, která ukazují, že **věk prvního experimentu s drogou je nižší u děvčat** než u chlapců. Tento problém je obecně výsledkem skutečnosti, že dívky mají starší partnery, kteří je mohou povzbudit k počátku užívání. Díky těmto zjištěním vlády v Rakousku, Německu a Švédsku uvolnily finanční prostředky na specifické programy prevence orientované na velmi mladé dívky (EMCDDA in Vobořil in Kalina, 2003).

## **13.2. Přístup řešení na Slovensku**

### **Užívání drog**

V roce 2002 bylo na Slovensku 20 437 problémových uživatelů drog (3,8 per 1000). Zaznamenávají pokles počtu uživatelů heroínu žádajících o léčbu

(reprezentovali 42,6% všech léčených uživatelů v roce 2004). Tento trend je vysvětlován nárůstem pacientů závislých na stimulačních drogách a amfetaminech. V minulosti dominovala intravenózní aplikace, nyní je zaznamenáván spíše pokles (v roce 2004 50% i.v. uživatelů). Narůstá počet žadatelů o léčbu uživatelů konopí ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

### **Systém léčby**

Zpráva pro EMCDDA ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)) informuje, že před rokem 1989 neexistovala na Slovensku žádná zařízení pro drogově závislé. Od roku 1989 začaly na Slovensku vznikat specializované zdravotní služby pro drogově závislé.

Screening a vstupní diagnostiku provádí obvodní lékaři. Psychiatrická oddělení provádí detoxifikaci právě tak i poskytují ambulantní drogovou léčbu. **Centra pro léčbu drogových závislostí** jsou specializované subjekty, u psychiatrických oddělení, kterých je na Slovensku 8. Během roku 2004 se 4 specializovaná centra stala nezávislými na Nemocnicích, u kterých byla zřízena a 2 byla uzavřena, jinak nedošlo v systému léčby k žádným jiným změnám.

**Substituční léčba** opiátů je poskytována pouze v Bratislavě (300-350 klientů - na jeho rozšíření do dalších měst chybí finanční prostředky). Udržovací léčba buprenorfinem: lék je plně hrazen ze zdravotního pojištění, ale jen na první 3 měsíce léčby, čímž se stává dlouhodobá léčba buprenorfinem prakticky nerealizovatelnou. K substituci jsou napojené také programy psychosociální asistence. U těhotných drogově závislých žen je preferován spíše metadon.

V roce 2000 byly v Bratislavě pouze 3 **výměnné programy** v rámci terénní práce. **Metadonový program začal v roce 1997 v Bratislavě** v Centru pro léčbu drogových závislostí a je dosud **jediný na Slovensku**, což je dle odborníků na Slovensku absolutně nedostačující. Oproti jiným zemím v Evropě, buprenorfin nesmí být předepisován obvodními lékaři,

předepisovat jej smí pouze psychiatři s certifikací v adiktologii nebo lékaři pracující v léčebnách pro drogově závislé.

Na Slovensku najdeme i terapeutické komunity, jejichž zakladateli je církev s dominující spirituální náboženskou tematikou a domy na půl cesty, zaměřené na sociální reintegraci po prodělané odvykací medicínské léčbě (jejich kapacita reflektuje poptávku), prakticky jsou pouze v Bratislavě (Národní monitorovacie centrum pre drogy, 2004). Služby následné péče a sociální reintegrace pro drogově závislé jsou poskytovány nestátními organizacemi mimo sektor zdravotní péče, a to v rezidenčních zařízeních nebo jsou organizovány svépomocné skupiny.

Na Slovensku sledovali Drobná, Velemínský (2000) těhotné drogově závislé ženy od roku 1995 do 1999. Za toto období se narodilo a bylo hospitalizovaných na různých porodnicích na Slovensku 101 novorozenců. NAS byl typickým projevem - z toho 4 děti zemřely (v Bratislavském kraji se narodilo 91 dětí). Problém vidí v diagnostice, což je dáno i tím, že výskyt tohoto jevu je mimo Bratislavu spíše sporadický. Lehčí formy NAS se klinicky velmi podobají fetální hypotrofii a také mají stejné adaptační problémy jako děti závislých matek. Také je snaha nezveřejňovat tyto údaje, ať již ze strany rodiny či na základě osobních postojů zdravotního personálu. Průměrný věk závislých byl 23,4 let, 64% bylo svobodných, 60% bylo nezaměstnaných, nejčastější droga - heroin v kombinaci s nikotinem – až 70%, aplikace i.v., pokus o léčbu učinilo jen 21% žen, většina z nich přišla k porodu bez jakékoli snahy abstinovat, přestože věděly, že ubližují děťátku. Jen 40% rodičů se zajímalo o své narozené dítě. Většinou utíkají z nemocnice a ztrácí o dítě zájem.

Ani Drobná, Velemínský (2000) **nedoporučují radikální detoxifikaci**, východisko vidí v metadonu. Uvádí tendenci nárůstu počtu novorozenců na Slovensku, které se rodí drogově závislým matkám (nejvyšší incidence je v Bratislavském kraji). Jsou mladé s nízkou úrovní vzdělání, nezaměstnané,



z neúplných rodin, nedochází do prenatální poradny. Heroin je nejčastěji kombinován s alkoholem a kouřením. Více než 1/3 rodičů ztrácí zájem o dítě-obecně. Pokud si žena odnesla dítě domů, bylo posléze svěřeno do péče příbuzných. Do kojeneckého ústavu odešlo 29% dětí, z toho bylo 9% adoptovaných.

Na základě výzkumu Drobná, Velemínský (2000) doporučují:

- na začátku léčby se u gravidní pokusit o substituční léčbu, je nezbytné myslet na NAS, pokusit se matku po porodu zařadit do nějakého léčebného programu, zavést hlášení o gravidních drogově závislých ženách a jejich novozencích, zlepšit vzájemnou informovanost mezioborově, zrealizovat zařízení na pomoc dětem s drogovou zátěží, testovat všechny ženy z rizikové skupiny na drogy před porodem

### **13.3. Přístup řešení v Rakousku**

#### **Užívání drog**

Rakousko má cca 20 000-30000 problémových uživatelů drog, kdy více než 1/3 mladých uživatelů drog má zkušenosti s konopnými produkty, 5% mladých lidí a 10% dospělých užívá kokain, amfetaminy a extázy. Dominuje polymorfní užívání drog. Vedle opiátů je nejužívanější drogou kokain, který je také nejčastěji spolu s heroinem aplikován injekčně (40% uživatelů užívá kokain injekčně). V roce 2003 zemřelo v souvislosti s užíváním drog 163 lidí. Přibližně polovina uživatelů má hepatitis C. 28% problémových uživatelů drog bylo poskytnuto poradenství, 31% žen bylo méně než 21 let, 22% mělo 1 nebo více dětí. Většina z nich byla nezaměstnaná. U žen je vykazován dřívější nástup užívání drog než u mužů([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

#### **System léčby**

Zpráva pro EMCDDA ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)) informuje, že léčba v Rakousku obecně zahrnuje poradenská centra, specializované ambulantní

programy pro drogově závislé, rezidenční léčebná zařízení jak pro dlouhodobou tak i krátkodobou léčbu spolu s rezidenční detoxifikací.

Většina léčebných center je založena na ambulantní formě povahou spíše poradenská. V současné době většina center registruje nárůst počtu mladých konzumentů tvrdých drog. Většina zařízení pro drogově závislé v Rakousku jsou nízkoprahová a vychází z koncepce Harm reduction spolu s poskytováním terénní sociální práce a poskytováním pomoci ve spolupráci s nemocnicemi. V rámci výměnného programu zaznamenávají narůstající počet výměn. V roce 2004 byl výměnný program poskytován v 6 z 9 provincií v Rakousku celkem v 16 centrech. Detoxifikační léčba je většinou realizována v rámci léčebného zařízení, ale stále více je tendence řešit detoxifikaci ambulantní formou. Existující škála léčebných a poradenských center je rakouskými odborníky hodnocena jako dostačující.

Speciální programy pro drogově závislé jsou také nabízeny, týkají se především zajištění ubytování a podpory zaměstnanosti drogově závislých, což se stává v rámci protidrogové politiky v Rakousku v posledních letech velkou prioritou.

V posledním desetiletí upouští Rakousko v oblasti rezidenční léčby od dlouhodobých léčeb a směřuje ke krátkodobějšímu typu léčby, druhy terapií jsou flexibilnější více orientované na klientovy potřeby. Velkou změnou prošla také substituční léčba (medically assisted treatment), v rámci které bylo velké množství drog předepisováno lékaři (psychiatry, obvodními lékaři). **Substituční léčba se stala jednoznačně nejdůležitější formou terapie v Rakousku** a je vynakládáno úsilí na její zlepšování. Nejčastěji je užíván buprenorfin. Zkušenosti s buprenorfinem jsou pozitivní. Jeho užívání je doporučováno pro středně dobou až krátkodobou substituční léčbu mladým závislým lidem a začal být velmi úspěšně užíván při substituci u těhotných drogově závislých žen, byl i tím snížen výskyt NAS. Buprenorfin vykazuje méně vedlejších účinků než metadon a redukce dávek je méně problematická.

Drobná, Velemínský jr. (2006) uvádí, že největší význam pro léčbu těhotných drogově závislých žen v Rakousku má však **Medizienische Universität ve Vídni**, kde je realizován projekt zaměřený na péči o závislé těhotné ženy a matky, těhotenství a závislost na opiátech

Na oddělení psychiatrie jsou přijímány drogově závislé matky, které buď přijdou ze své vlastní vůle nebo na doporučení svého ošetřujícího lékaře (praktického či gynekologa) či sociálního pracovníka. Těmto pacientkám je podáván jako substituční terapie metadon, pomalu se uvoňující ústní morfin nebo buprenorfin. Ročně se do terapeutické péče dostává 50-60 pacientek.

Hlavním cílem léčby matek je stabilizace stavu. Důraz je kladen na stabilitu psychické stránky žen, které pocházejí většinou ze sociálně patologických rodin či mají špatný vztah s partnerem a proto je snahou , aby se léčebného procesu účastnila celá rodina případně partner.

#### **Těhotné závislé ženy procházejí následující terapií:**

- 1x-7x týdně skupinová psychoterapie
- 1x týdně psychosociální péče, psychologická výchova a případová studie
- 6x během těhotenství navštíví gynekologa
- po 20. týdnu těhotenství se účastní terapie těla
- po narození je dítě v neontologické péči, protože se u něj mohou vyskytnout projevy NAS

Snahou terapeutické péče je, aby dítě již od prvního roku bylo dáváno do mateřské školy, kde se již od útlého věku učí zdravému životnímu stylu, protože v rodině i po léčbě se většinou tento správný identifikační vzor nevyskytuje.

#### **Důležité shrnující informace:**

- 50% těhotenství je neplánovaných
- lepší péče se dosahuje prostřednictvím obměny opiátové podpůrné terapie
- roste počet pacientek udržovaných na opiátech , z toho 33% tvoří ženy nosící dítě, 55-94% novorozenců vykazuje známky NAS, 60-80% požaduje léčbu, průměrné trvání léčby je mezi 16-21 dny po metadonu

Navzdory pozitivním výsledkům výzkumů Vídeňské kliniky, co se týká substituce je v rakouském Kodexu (Austria Kodex) stále vedeno těhotenství a kojení jako kontraindikace. V roce 2000 provedli Fischer a kol. výzkum s 15 těhotnými drogově závislými ženami na opiátech. Bylo zjištěno, že přechod z pouličního heroinu na buprenorfin je mnohem přínosnější než přechod jiné substituční látky na buprenorfin. Osm novorozeňat nevykázalo příznaky NAS, 4 vykázaly slabé abstinenci příznaky a u 3 byl NAS plně rozvinut. Některé ženy, které rodily již 2.dítě dostaly během těhotenství také buprenorfin, který užívaly po jejich 1. těhotenství. Byly zjištěny pozitivní výsledky – žádné užívání ilegálních drog, žádné příznaky NAS.

#### **13.4. Přístup řešení v Německu**

##### **Užívání drog**

V Německu patří mezi nejužívanější drogy konopné látky 560 000-2 760 000 osob, kokain nebo amfetaminy – cca 132 000-214 000 osob a opiáty (heroin)- cca 92 000-182 000 osob. Tito jsou posuzováni jako problémoví uživatelé. V roce 2003 zemřelo 1477 drogově závislých osob, cca 51% drogově závislých má hepatitis C. V roce 2004 požádalo o první léčbu 52,3% opiátových uživatelů a 30,2% uživatelů konopí. V Německu mají 689 ambulantních programů ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu), 2004), což je cca 74% ze všech ambulantních programů v zemi. Výroční zpráva pro EMCDDA (National report Germany, 2003) informuje, že v Německu vyrůstá více než 2,5 mil. dětí do 18 let s rodiči, kde alespoň jeden je drogově závislý.

##### **Systém léčby**

Léčba drogově závislých je primárně poskytována v nemocnicích v rámci zdravotní péče (především dominuje substituční léčba) a také ve specializovaných centrech pro drogově závislé, která poskytují psychosociální pomoc a psychoterapii.

**Harm reduction** je jeden ze 4 hlavních pilířů Národní protidrogové strategie v Německu. Klade si za cíl snížit mortalitu a morbiditu drogově

závislých. Nízkoprahová centra spolu s terénní prací (podobný model péče KC jako u nás) hrají v tomto směřování velmi důležitou roli (registrují cca 400 center).

V Německu se léčba drogově závislých těhotných žen a matek opírá především o substituci. Metadon jako substituční látka byl představen v roce 1992. Buprenorfin byl představen v roce 2000 a je také užíván v substituční léčbě v Německu. Modelový projekt substituční léčby opiátů začal v roce 2003. V roce 2004 v Německu **dominoval v rámci substituční léčby metadon** (68,3%), Levometadon (15%) a buprenorfin (15,6%). Od 1.7. 2002 je každý obvodní lékař povinen pokud předepíše substituci pro opiátového uživatele ohlásit tuto skutečnost do Centrálního registru (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Tím je známo, že k 1.12.2004 bylo v registru 57 700 klientů v substituční léčbě ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

### **Příběh Anny**

Anna, 28 let ([www.dhs.de](http://www.dhs.de), Německo): „K lékaři jsem šla teprve ve 22.týdnu těhotenství. Čekala jsem holčičku, moc jsem se na ni těšila, vůbec mě ta zpráva nepřekvapila, tak jako tak jsem na té zprávě nemohla nic změnit. Mimoto jsem si vždy s dětmi rozuměla a toto těhotenství jsem viděla jako šanci, jak svůj život změnit. Můj gynekolog mi nabídl jednu kliniku, kde jak lékař tak i sociální pracovnice mají velké zkušenosti s těhotnými drogově závislými dívkami jako jsem já. Chtěla jsem ihned odabstínovat, ale můj lékař mě před tímto rozhodnutím varoval. Od 14 let jsem kouřila heroin. Když jsem poznala mého přítele, výrazně jsem užívání heroinu omezila. Na klinice jsem se začlenila do substitučního programu a užívala jsem Subutex. Narodila se mi zdravá holčička a vyvíjí se dobře.

Např. v Mnichově již několik let existuje Poradenské a kontaktní centrum pro drogově závislé a drogou ohrožené ženy a dívky a také drogově závislé matky a jejich děti nesoucí název Extra.

Extra je ambulantní speciální zařízení. Cílem zařízení je, aby matky s dětmi mohly žít ve společné domácnosti, v prostředí bez drog. Také poskytují péči matkám kolem porodu. V centru mohou být i ženy, které jsou v nějakém substitučním programu. V centru je denně poskytováno hlídání dětí, kdy si

matka zatím může vyřizovat nějaké důležité záležitosti, docházet na konzultace nebo si i odpočinout apod.

Mezi stěžejní metody práce patří: poradenství, zdravotní servis, skupinová sezení, ženské skupiny hovořící vždy na nějaké téma ohledně výchovy dětí, doprovázení při těhotenství a zajištění a asistence při porodu, hlídání dětí, psychoterapie, podpora při vyřizování právních záležitostí na úřadech, podpora a pomoc v mezilidských vztazích, pomoc od žen /ex userinnen a pravidelné ex user skupiny.

V plánu je i vybudování ambulantního chráněného bydlení pro drogově závislé matky a jejich děti a těhotné ženy. Služby jsou bezplatné a anonymní. (více na [www.extra-ev.org](http://www.extra-ev.org))

**V Berlíně** je již několik let realizován **projekt** s názvem **WIGWAM**, jedná se o poradenské centrum zaměřené na pomoc rodinám, zejména se orientují na pomoc ženám s drogovou závislostí. Vedoucí projektu uvádí, že se ženy obávají, že jim bude po porodu dítě odebráno, mají většinou partnery, kteří také berou drogy, mají celou řadu psychických problémů, které při redukci substituční dávky mají tendenci zesílit, většinou jsou bez ubytování, bez peněz, většinou nemají kam jít....atd. Pak pro ně nejsnazší cesta je zpět ke droze...Je potom úplný zázrak vidět některé ženy, jakou mají v sobě vnitřní sílu, kterou v sobě objeví skrze těhotenství, že dokáží uchopit svou šanci a někdy i ty, u kterých by se to „nikdy“ nečekalo...(www.dhs.de, 2005).

Dále jsou v Německu vybudovány odborné kliniky i pro drogově závislé ženy - těhotné i matky s dětmi. Jedna taková klinika se nachází 35 km od **Pasova**, nese název **Fachklinik Schlehreut** ([www.fachklinik-schlehreut.de](http://www.fachklinik-schlehreut.de)) a poskytuje rezidenční servis jak pro těhotné ženy s drogovou závislostí na alkoholu, drogách a lécích nebo poruchy příjmu potravy tak i matky s dětmi či bezdětné (viz.obrázek).



Terapie pro závislost na alkoholu a lécích trvá 16 týdnů (4 měsíce) a pro závislost na drogách 6 měsíců. Prodloužení je možné. Terapie je rozčleněna do 3 fází (motivační, sebepoznávací a integrační). Nabízí: psycho- a socioterapii, fyzioterapii, ergoterapeutické skupiny pro matky s dětmi, hlídání dětí, ženské skupiny ohledně výchovy dětí.

### **13.5. Přístup řešení v Dánsku**

#### **Užívání drog**

V Dánsku zaznamenávají narůstající počet problémových uživatelů drog - v roce 2004 požádalo o léčbu 5212 klientů. Z toho v průměru cca 3000 klientů bývá léčeno v metadonových substitučních programech. Narůstá především počet uživatelů heroinu a konopných produktů. V roce 2003 bylo v léčbě 77% mužů a 23% žen. Průměrný věk u mužů (31 let) a u žen (32 let). Pouze 52% klientů mělo své vlastní bydlení, 5% žilo na ulici, většina z nich byla bez partnera, dále 649 dětí žilo ve společné domácnosti s drogově závislým rodičem/rodiči, kteří se léčili a 571 dětí bylo drogově závislým rodičům odebráno. Dále zaznamenávají prudký nárůst počtu klientů v dlouhodobých

léčebných metadonových programech, buprenorfin není tak preferován ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

Drobná, Velemínský jr. (2006) uvádí, že v Dánsku je asi 200 000 lidí starších 14 let, kteří pijí alkohol. Okolo 14 000 lidí je závislých na psychoaktivních látkách. Přesný údaj o počtu těhotných žen a narozených dětí, jež můžeme označit za zvlášť ohrožené, neexistuje. Odhaduje se, že každý rok je ohroženo přibližně 5% těhotných žen, tedy **asi 3000 těhotných žen a jejich novorozenců**. Každoročně se v Dánsku narodí 1500-2000 dětí, jejichž matky jsou závislé na omamných látkách nebo na lécích a dále pak cca 100 dětí, které vykazují FAS.

Ze zprávy Gravidita a alkohol (Drobná, Velemínský jr., 2006) vyplývá, že cca 80% těhotných žen pije alkohol. Největší spotřebu alkoholu mezi těhotnými ženami mají vzdělané ženy nad 30 let.

### **System léčby**

Drobná, Velemínský jr. (2006) uvádí, že Dánsko patří z hlediska péče o těhotné ženy a jejich děti k zemím s nejlépe propracovaným systémem. Loretta Finneganová je matkou naprosto nové metody přístupu, prevence a léčbě u rizikových těhotných žen a rizikových dětí, která nese název Rodičovská ordinace. V Kodani byla založena Rodičovská ordinace Family Centre při Coenhaven University Hospital<sup>17</sup>.

Family centre, Rodičovská ordinace (dále jen RO), je speciální ordinace pro těhotné ženy užívající alkohol a jiné závislost vytvářející návykové látky a léky. Tato ordinace je určena i pro děti až do jejich nástupu do školy. Jedná se o **děti jež byly prenatálně postiženy drogou**. Rodičovská ordinace je součástí gynekologicko - porodnického oddělení, ale působí i na neonatologickém oddělení. Celé centrum poskytuje služby cca pro 1,5 mil. lidí v Dánsku. **Za rok ošetří cca 100-120 závislých těhotných žen**. RO se o ženu stará delší dobu, počínaje okamžikem zjištění těhotenství a konče

---

<sup>17</sup> Později byl tento model péče založen rovněž v Norsku a Švédsku.



vstupem dítěte do školy. Dokud je rodina registrována v RO, je napojena na **tým mezioborových odborníků**. Pokud je to možné, sleduje dítě stejný lékař a psycholog, který sledoval matku a rodinu během těhotenství a v příp. potřeby je zapojen i sociální pracovník. Těhotná žena může přijít rovnou z ulice, rovněž je možné obrátit se na ambulanci v akutních případech a anonymně. Část těhotných žen ordinaci navštěvuje na základě vyplněných odpovědí v dotazníku o užívání drog. Tento dotazník vyplňují všechny těhotné ženy v Kodani, při první návštěvě gynekologa. Těhotné ženy s drogovými problémy mají zpravidla vážné a komplexní zdravotní, psychické a sociální problémy.

Základem pro práci RO je poznatek, že každý den, kdy není o těhotnou s drogovými problémy pečováno, představuje riziko pro očekávané dítě. Z tohoto důvodu musí být RO a **nabídka** její péče a jejího poradenství **nízkoprahová** a jednoduše přístupná jak pro těhotné ženy tak i pro odborníky. Mezi intervence během těhotenství patří mimo jiné i časné zjištění problému, použití strukturovaných dotazníků, poskytování informací ohledně antikoncepce, potratů, AIDS, vyšetření u porodní asistentky a u lékaře, detoxifikace, screening, léčba infekčních nemocí, psychologická a sociální podpora, zprostředkování kontaktu s psychologem, sociálním pracovníkem. Pokud je potřeba těhotné ženě pomoci v každodenním životě, je jí nabídnuta možnost hospitalizace nebo péče ve specializovaných zařízeních. Během celého těhotenství a porodu je její stav pravidelně konzultován na supervizích.

Jakmile RO získá informace o těhotné drogově závislé ženě, ať již z dotazníků, osobním kontaktem či telefonicky a žena nedochází na konzultace, pak ji pracovníci RO jdou vyhledávat a kontaktovat v jejím přirozeném prostředí.

Většinou těhotné **nabízejí hospitalizaci** s cílem postupné detoxikace či nabídnou **substituční léčbu**. Většinou je pobyť pro tyto ženy spíše traumatem (více Drobná, Velemínský jr., 2006).

Jinak léčba v Dánsku ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)) zahrnuje detoxifikaci, ambulantní léčbu jako přípravu pro vstup do rezidenční léčby a vlastní rezidenční léčbu. Většina rezidenčních léčebných zařízení jsou privátní instituce nebo majetky nadací. V léčebných zařízeních vychází terapie ze sociálně edukačního přístupu. Substituční léčba je poskytována na specializovaných léčebných odděleních. Metadon se užívá již od roku 1970, je nejčastější užívanou substituční látkou, dále pak buprenorfin. **Programy Harm reduction** zahrnují např. terénní sociální práci, centra drop in, výměnné programy a sociální podporu v domácím prostředí klienta.

### **13.6. Přístup řešení v USA**

#### **Užívání drog**

V USA jednoznačně dominuje užívání kokainu.

#### **System léčby**

Zde uvádím model péče, jež je doporučován vědeckou obcí v USA a je obsahově zaměřený na komplexní péči o těhotnou uživatelku drog v kontextu sociální práce (Marion, 1993).

#### **Servisy v oblasti zdravotní péče:**

Prenatální péče, komprehensivní péče v čase porodu, HIV poradenství a testování, pediatrická péče, postnatální zdravotnický dohled nad zdravotním stavem matky a dítěte, plánování rodičovství, poradenství v oblasti antikoncepce, poradenství v oblasti psychických poruch, depresivních stavů, pocitů viny apod., zdravotní péče o jiné signifikantní členy rodiny

#### **Léčebné programy zaměřené na léčbu drogové závislosti:**

Medikamentózně ošetřená drogová závislost – metadonové programy apod., převážně s lékaři z oblasti prenatální péče, intenzivní ambulantní léčba, dlouhodobá hospitalizační léčba, která může poskytnout i intenzivní servis

služeb a péče o dítě drogově závislé matky, jež je v programu, léčebné programy, které jsou zaměřeny na léčbu drogové závislosti u specifických etnických subkultur, kontinuální podpůrná prevence relapsu včetně Anonymních alkoholiků (AA), Dospělých dětí alkoholiků (ACoA), a jiných církevních či komunitních podpůrných skupin, individuální či skupinové poradensví, se zaměřením na udržení abstinence, sebepojetí, problémy se sexualitou a prevencí relapsu

**Služby podporující sociální zázemí klientek:**

Zajištění bezpečného sociálního prostředí pro bydlení, ubytovny, noclehárny, azylové domy apod., finanční podpora ze strany státu, dávky, rekvalifikační kursy pro ženy, zlepšení sociálních dovedností se zajištěním hlídání dětí, zajištění terapeutického programu pro děti, a to v centrech pro děti se specifickými potřebami ve vztahu k drogovému problému, doprava žen do zařízení pro zdravotní péči, léčbu drogové závislosti, zajištění dětí a jejich léčbu a pomoc, ergoterapeutické aktivity a rekreační aktivity, sociální práce orientovaná v domácím prostředí klientky, pomoc s hospodařením, domácností, výchovou dětí a rodičovstvím, sociálně právní poradenství spojené především s násilím v rodině, opatrovnictvím dítěte, adopcí dítěte a rozvodem.

**Psychosociální servisy:**

Trénink v rámci managementu stresu a jeho redukce, trénink asertivity, řešení problémů především se sexualitou, rasismem, kastováním společenských vrstev a zvládání jiných stresových záležitostí, skupinové, individuální a rodinné poradenství ve vztahu k sexuálnímu a fyzickému týrání a jeho prevenci, budování sociálních dovedností a interpersonálních vztahů, psychiatrické a psychologické služby a pomoc pro ženy, jejich děti a signifikantní členy rodiny.

**Služby zaměřené na rodinu a rodičovství:**

Plánování rodičovství a poradenství v této oblasti, poradenství pro ženy, které kojí ve vztahu k rizikům přenosu drog př. viru HIV či jiných přenosných onemocnění, trénink v kojení, vzdělávání a tématické semináře pro ženy o vývoji dítěte, jeho potřebách, vývojových fází apod. ve vztahu k jejich roli rodiče, poradenství o vztahu matky a dítěte, participace na **rodičovských skupinách**, poradenství v komunikaci pro páry nebo jiné signifikantní členy rodiny, hospodaření s penězi, zvládání krizových situací a rodičovství (Marion, 1993).

### **Metadonové programy a rodičovské skupiny**

Ve Spojených Státech byl metadon poprvé použit u těhotných drogově závislých žen v roce 1965 (Dole, Nyswander, 1965). **Metadonové programy** v USA kladou mimo hlavní terapeutickou náplň programu také důraz na poskytnutí zajištění dětí matek, které chodí do programu, dále zajištění transportu, v případě, že je program pro matku časoprostorově náročně dostupný a organizování rodičovských skupin (Luthar, Suchman, 2000), ale pouze pro matky s dětmi. Jako velmi efektivní vnímají návštěvy sociálních pracovníků programu u ženy v jejím domácím prostředí.

### **Mothers project**

V USA, ve státě Connecticut, jsem měla možnost pracovat jako dobrovolník v programu nazvaném **Mother's project**. Byl to jeden z typických projektů zaměřených na pomoc jak těhotným drogově závislým ženám tak i drogově závislým matkám s dětmi.

Program nabízel služby jako terapeutické aktivity (kognitivně-behaviorální přístup), dopravu žen do programu, finanční odměnu za řádnou docházku, motivační trénink, hlídání dětí během aktivit žen v programu a především nabízel docházení sociální pracovníce do domácího prostředí žen. Tato poslední služba se ukázala jako vysoce efektivní. Celkově měl tento projekt 1 rok na vlastní realizaci a byl nesmírně finančně náročný.

Také jsem pracovala na jedné psychiatrické klinice ve státě Connecticut, která poskytovala jak ambulantní poradenské služby, psychoterapii, sociální práci tak i rezidenční program pro těhotné drogově závislé ženy. Styl vedení a přístupu ke klientovi vycházel z Rotgersovy koncepce a liberálního stylu vedení.

Vzhledem k faktu, že v USA řeší tuto problematiku již téměř 50 let mají již poměrně bohatě propracovanou síť psychosociálních služeb pro tuto cílovou skupinu žen. Nicméně i tak bojuje celá řada zařízení v rámci této sítě o každoroční existenci, byť vykazují vysokou efektivitu činnosti

Trávníčková (2002) poukazuje na skutečnost, že „někteří lékaři v USA doporučují závislé těhotné ženy v zájmu dítěte podrobit léčbě násilím“. Trávníčková zmiňuje **3 typy bio-psycho-sociální péče**, které jsou zaměřeny represivně vůči těhotným ženám užívajícím drogu a zároveň preferují zájem a blaho dítěte (např. systém péče mají ve státě Florida v USA, kde je nejvíce kokainově závislých těhotných žen).

- a) Jedná se především o zákony a opatření proti přechovávání drogy během těhotenství a také o zpřísněné postihy dealerů vědomě poskytujících drogu těhotné ženě.
- b) Trestným činem je ohrožování zdraví a života nenarozeného dítěte. Práva nenarozeného dítěte a jeho zájmy jsou zde jednoznačně upřednostňovány a dokonce povýšeny nad práva ženy svobodně rozhodovat o svém těle.
- c) Jedná se o speciální poradenství s odborným dohledem, v rámci něhož se žena pravidelně, povinně podrobuje drogovým testům.

## 14. Diskuse

Z dat získaných ve sledovaných zahraničních státech (Slovensko, Rakousko, Německo, Dánsko a USA) vyplývá, že shodně zaznamenávají tendenci nárůstu počtu problémových uživatelů. Zatímco v USA dominuje jednoznačně užívání kokainu, v Evropě jsou to především opiáty, konopné produkty, extáze, pervitin, kokain spíše marginálně. Shodně dominuje injekční aplikace drog. Dále je obecně zaznamenáván pozvolný nárůst průměrného věku uživatelů a především velký odliv opiátových uživatelů do substituční léčby.

Pokud se podíváme na systém léčby ve sledovaných státech pro problémové uživatele drog obecně můžeme konstatovat, že každý stát má snahu nabízet co možná nejbohatší síť odborných služeb. Systémy léčebné péče ve sledovaných státech nabízejí jak programy ambulantní péče, poradensko-kontaktní centra, většinou nízkoprahová včetně terénní práce, programy Harm reduction tak i rezidenční programy, programy terapeutických komunit, odborných klinik, specializovaných center pro

drogově závislé, doléčovací programy, dále detoxifikaci a především substituční léčbu aj. Ovšem pokud se na získaná data z jednotlivých sledovaných států podíváme podrobněji, zjistíme, že existují mezi jednotlivými státy velké rozdíly v poskytování péče drogově závislým ženám.

Na **Slovensku** je pomoc těhotným drogově závislým ženám soustředěná především v Bratislavě, kde je také jediný metadonový program pro těhotné. Slovensko je zatím ve fázi budování ucelené léčebné sítě pro tuto skupinu žen.

**Rakousko** již tak bohatou sítí pro tyto ženy nedisponuje, disponuje bohatou sítí poradenských center vycházející z koncepce Harm reduction, nicméně Vídní je, dalo by se říci, centrem péče o závislé těhotné ženy a matky, a celkově lze konstatovat, že rakouský systém péče stojí především na substituční léčbě, převážně buprenorfinem.

**Německo** má poměrně dobře propracovaný systém péče, nabízí i kliniky přímo specializované pro drogově závislé ženy, kde mohou být i s dětmi, bohatou sítí kontaktně/poradenských center a pozitivní zkušenosti v substituční léčbě především metadonem.

**Dánsko** se svou koncepcí Rodičovské ordinace představuje naprosto jedinečný systém péče, komplexní, interdisciplinární, intervenčně dlouhodobý, který je však také nesmírně finančně nákladný. Tato koncepce je v našich podmínkách spíše koncepcí budoucnosti. Jinak Dánsko má pro těhotné drogově závislé ženy velmi dobře propracovanou léčebnou péči včetně substituční.

V **USA**, kde se touto problematikou těhotných závislých žen zabývají již 50 let, mají velmi bohaté jak teoretické zázemí této problematiky, tak nabízejí i mnoho jak odborných tak i svépomocných aktivit a praktických zkušeností, nicméně vychází z tradic americké kulturní společnosti, která je výrazně odlišná od evropské. Na druhou stranu ani v rámci USA neexistuje jednotná filosofie jak metodicky pracovat s touto skupinou žen, mnohdy se

přístupy liší stát od státu. Nicméně obecně lze konstatovat, že léčba těchto žen v USA stojí především na substituční léčbě-nejčastěji metadonem.

V Evropě má substituční léčba dlouhou a pestrou historii. Přestože v Evropě dominuje metadonová substituční léčba, jsou státy, kde je užíván spíše buprenorfin jako např. Francie, Rakousko.

A je to právě **substituční léčba**, která má své **dominantní postavení v léčbě těhotných drogově závislých žen na opiátech** ve sledovaných státech, kde je úspěšně aplikována.

**Systém péče** o těhotné drogově závislé ženy v **České republice** je na velmi dobré úrovni. Je plně zajištěna péče v rámci léčebného kontinua, na celostátní úrovni disponujeme celou řadou kvalitních zařízení (např. TK Karlov), profesionálů v drogové problematice, ale jen těhotná drogově závislá žena je ta, která v konečné fázi rozhoduje, zda služeb systému využije či nikoli.

V posledních letech začínají v České republice přibývat **substituční programy** (11), které se stávají nedílnou součástí léčby těhotných drogově závislých žen. Také v zahraničí stojí léčba těchto žen na substituci. Jsou státy, které preferují spíše metadon jiné zase buprenorfin. Rozdílnost v preferenci substituční látky ve sledovaných zemích bývá ovlivněna koncepcí protidrogové politiky, tak i tradicí, zkušeností s daným preparátem, ale i názorem expertů v substituční problematice. Nicméně se ukazuje, že užívání substituční látky a účast ženy v psychosociálním programu substitučního centra zvyšuje pravděpodobnost stabilizace jak těhotné ženy tak i nenarozeného dítěte.

Je smutné, že **nenarozené dítě** drogově závislé matky **nemá** ani hodinu před porodem **žádná práva** a pokud by se těhotná žena pod vlivem drogy rozhodla, že své dítě v sobě vědomě usmrtí, má na to z hlediska zákona právo. Na dítě prenatálně je nahlíženo jako na jakoukoli jinou část matčina těla a sebepoškozování není trestné. Sociálním pracovníkům a lékařům



nezbývá nic jiného než těhotnou ženu motivovat k abstinenci. Není ani „povinná“ spolupracovat při diagnostice, screeningu v rámci prenatalní poradny, jednak ji „chrání“ Úmluva, také **účast** těchto žen **v prenatalních poradnách je minimální**. I tak se domnívám, že 45% gynekologů v Jihočeském kraji provádějící screening formou ústního dotazování užívání drog v těhotenství je relativně dobrý ukazatel. Jak univerzální tak i cílený screening není v naší zemi zákonem dovolen, byť praxe jak u nás tak i v zahraničí volá po jeho zavedení. Domnívám se, že jedině, co můžeme v této otázce uskutečnit, je provést větší osvětu této problematiky, apelovat u gynekologů na důležitost alespoň ústního dotazování se na užívání drog u pacientek v prenatalní poradně. Jsou ordinace, kde tuto „drogovu anamnézu“ provádí jen zdravotní sestra a ne lékař.

Co se týká důsledků užívání drog je zajímavé, že se poznatky v této otázce liší. Je sice prokázán patologický vliv abúzu alkoholu u těhotné ženy, ale co se týká ostatních návykových látek dostáváme nejednoznačnou odpověď. Nicméně faktem zůstává, že v posledních letech zaznamenáváme **velký počet dětí narozených s drogovou zátěží**, a proto je nezbytné zaměřit pozornost do oblasti systému péče o tyto děti, klást si otázku, jak jsme jako společnost připraveni na tento stále aktuálnější problém?

Velmi diskutabilní je také otázka, zda narozené dítě drogově závislé ženě bezprostředně po porodu **odebrat**, což se děje často automaticky (dle sdělení sociálních pracovníků) a umístit jej většinou do zařízení pro děti ve věku 0-3 roky nebo do kojeneckých ústavů **nebo jej ponechat matce** v rodině s tím, že budeme doufat, že jsme schopni realizovat v rodině takový „dohled“ a tak intervenovat, abychom ve finále pomohli oběma. Osobně jsem toho názoru, že pokud necháme dítě v rodině, neseme příliš velké riziko a i odpovědnost za dítě, které může být v rodině drogově závislé ženy (rodičů) velmi psychosomaticky traumatizováno. Např. TK Karlov řeší toto dilema tím, že zatímco je dítě předběžným opatřením umístěno v kojeneckém ústavu,

matka dítěte se podrobuje léčbě a po určité době, kdy matka prokáže svoji připravenost a je stabilizována, je jí úřední cestou dovoleno vzít si své dítě k sobě do komunity, kde je pod stálým dohledem specialistů, dochází dále do programu a zároveň buduje vazbu k dítěti, o které se stará.

Toto rozhodování je často podbarvené emocemi a musí se jednoznačně zaujmout individuální přístup a zvažovat psychosociální situace a zázemí ženy komplexně. Tady je zapotřebí vysoká odborná způsobilost sociálních pracovníků potažmo soudců v této problematice, kteří ve finále spolurozhodují.

V letech 2000-2006 bylo v Jihočeském kraji systémem zdravotně sociální péče detekováno cca 300 těhotných drogově závislých žen včetně drogově závislých matek. Je to poměrně vysoké číslo, byť není absolutní, je třeba s ním pracovat jako s hrubým odhadem, neboť nebylo metodologicky možné ošetřit případnou duplicitu, ale i přesto odpovídá na základě expertního posouzení obrazu skutečnosti. Především je alarmující jak velkého počtu dětí se dotýká drogová závislost jejich matek, díky které jsou v mnoha případech odebrány z rodiny apod. (viz. kap.12.2.7.). Doporučení, která vnímám jako reálná opatření uvádím v závěru této práce.

Často najdeme mezi doporučeními odborníků i ze zahraničí tendenci zavést určitou evidenci těchto žen a také zavést jakousi „ohlašovací povinnost“ de facto každého jak občana tak i zařízení, kteří by detekovali těhotnou drogově závislou ženu, ale toto vnímám jako naprosto nereálné. Jednak je tu např. mlčenlivost zdravotníků, Listina lidských práv a svobod, Úmluva o biomedicíně atd., která chrání ženu, ale **především je v naší zemi dovoleno užívat drogy v těhotenství.....**

## 15. Závěr práce a doporučení

System léčebné péče v České republice vzhledem k poskytování péče těhotným drogově závislým ženám je na velmi dobré úrovni. Ve srovnání s přístupy v zahraničí je komplexní nabízející celé kontinuum odborné péče a je stále zkvalitňován. Práce přináší poznatek, že v zahraničí je co do léčebných přístupů velmi silně zakotvena substituční léčba, jako stěžejní metoda práce s těhotnými drogově závislými ženami, která potažmo chrání i nenarozené dítě. Vzhledem k situaci v České republice, kdy nenarozené dítě nemá žádná práva, je tedy díky substituční léčbě matky částečně chráněno jeho zdraví, a tím klesá i pravděpodobnost výskytu NAS. V posledních letech zaznamenáváme tendenci nárůstu počtu dětí rozených s drogovou zátěží.

I v ČR má substituční léčba své významné místo v péči o těhotné drogově závislé ženy. Německý systém péče nabízí řešení ve specializovaných klinikách pouze pro ženy s dětmi (jako TK Karlov). Významné je také organizování rodičovských skupin pro tyto ženy.

Situace v Jihočeském kraji: V Jihočeském kraji se nachází Terapeutická komunita Karlov, která poskytuje komplexní léčebnou péči jak těhotným drogově závislým ženám tak i matkám s dětmi s celostátní působností. Systém zdravotně sociální péče doplňují kontaktní centra, terénní programy, porodnice, prenatální poradny, psychiatrická léčebna

s detoxifikačním oddělením, doléčovací program s chráněným bydlením, sociální pracovníci, substituční centrum v Českých Budějovicích, které má již ve své péči těhotné drogově závislé ženy atd. Systém péče disponuje dostatečným množstvím zařízení. Klíčová je však nedostatečná metodická provázanost mezi jednotlivými subjekty péče, která je zčásti limitovaná i zákony jako např. Úmluvou o biomedicíně aj. Většina zařízení má i tendenci se od tohoto problému spíše distancovat a přenášet odpovědnost na jiné instituce.

Mapování systému ukázalo, že máme v Jihočeském kraji dostatečný počet sociálních pracovníků, kteří sice cítí potřebu konzultace s odborníkem na drogovou problematiku, ale naopak tato potřeba interdisciplinárního přístupu vede ke zkvalitnění péče o těhotné drogově závislé ženy.

V letech 2000-2006 bylo v Jihočeském kraji systémem zdravotně sociální péče detekováno cca 300 těhotných drogově závislých žen včetně drogově závislých matek. Samozřejmě je nasnadě otázka, co s tím? Velkým krokem k zefektivnění pomoci těmto ženám a dětem by bylo:

- další zkvalitňování odborných služeb celého léčebného kontinua pro drogově závislé ženy (jak těhotné ženy tak i matky s dětmi)
- vybudování ještě dalších léčebných center pro tyto ženy
- nezbytné definovat síť pomoci těmto ženám, a to nejen v rámci Jihočeského kraje, ale celé ČR
- vybudování zařízení pro děti do 3 let, příp. předkolních zařízení
- zrealizování dobrovolnických programů pro tyto ženy
- realizování dalších speciálních vzdělávacích kurzů pro sociální pracovníky a zdravotníky v drogové problematice (např. na Zdravotně sociální fakultě v Č.Budějovicích již takové vzdělávací aktivity probíhají -pozn. autora)
- mobilizování lidských zdrojů, profesionálů v této oblasti
- snažit se prosadit lepší prenatální ochranu dítěte legislativně

- více se orientovat na legislativní metodickou provázanost systému zdravotně sociální péče (viz. model Rodičovské ordinace v Dánsku)
- prosadit u gynekologů přikládání většího významu dotazování se žen na užívání drog v těhotenství
- doporučit odborníkům z náhradní rodinné péče věnovat více pozornosti tomuto tématu a především specifikám potřeb dětí zasažených drogou
- uvolnit státní finanční prostředky na tyto aktivity
- více o této problematice informovat jak laickou, tak i odbornou veřejnost

### **Závěrem slovo autora**

Domnívám se, že bude ještě mnoho let trvat, než si česká společnost připustí, že jsou mezi námi ženy, které „jsou schopné“ užívat v těhotenství drogy, přestože ví, že vědomě poškozují zdraví svého ještě nenarozeného dítěte. Jsou to ženy, které zoufale potřebují naši pomoc a pochopení. Droga je příliš silná, než aby se dala snadno překlenout a vytěsnit ze života. Jsou to ženy, které jsou samy plny strachu, nejistoty a bez naší pomoci neumějí najít východisko.

Tímto se obracím na všechny profesionály v této oblasti, veďte na toto téma diskuse, přinášejte Vaše zkušenosti, postřehy a názory, abychom jednou byli připraveni na to, co nás bezesporu čeká....

## **16. Seznam literatury**

1. ARCA Factsheet Numer 49: Children with prenatal drug and/or alcohol exposure. ARCA National Resources Center for Respite and Crisis Care Services. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, No.90-CN-0178. Washington, DC., 1997.
2. Barone, D.: Children prenatally exposed to crack or cocaine: Looping behind the label. *Reading Teacher*, 1995-1996, 49, (4), s.278-289.
3. Bays, J.: Substance abuse and child abuse: The impact of addiction on the child. *Pediatric Clinics of North America*, 1990, 37, s.881-904.
4. Bellisimo, Y.: Crack rages: The school's new high-risk students. *Thrust*, 1990, s. 23-26.
5. Brady, J. a kol.: Risk and reality: The implications of prenatal exposure to alcohol and other drug. Educational duplications of prenatal exposure to drugs, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 1994.
6. Brann, A.: Data systems and information as tools for making the system operate more effectively. In: *The Surgeon General's workshop on Maternal and infant health* (DHHS Publication No. PHS 81-50 161, Washington, DC:

US. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1981. s.38-39.

7. Brown, B.S a kol.: In their own words, addicts reasons for initiating and withdrawing from heroin. In:Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha, 2003.

8. Casanova, O.G., Lobardero, N., Behnke, M., Eyler, F.D., Conlon, M., Berthold, R.L.: Detection of cocaine exposure in the neonate. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 1994, 118, s.988-993.

9. Dole,V.P., Nyswander,M.: A medical treatment for heroin addiction. Journal of the American Medical Association, 1965, 193, s.80-84.

10. Drobná, H., Hutová, M.: Pasívna narkománia-nový fenomén na Slovensku. Kontakt. Zdravotně sociální fakulta JU, České Budějovice, 1999, 1, 1, 2, s.5-9.

11. Drobná H., Velemínský M. jr: Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. JU Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006, s.11-14.

12. Drobná H, Velemínský,M.: Problematika drogových závislostí matek a novorozenců. ZSF JU České Budějovice, 2000.

13. Dvořáček, J.: Střednědobá ústavní léčba. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.

14. EMCDDA: Annual report on drugs in the EU. In:Vobořil, J.: Gender – ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha, 2003.

15. EMCDDA: Drugs in focus. Key role of substitution in drug treatment.In: Verster, A., Buning, E.: Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Úřad vlády ČR, 1.vyd., Praha, 2003.

16. EMCDDA: National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Germany. Drug Situation 2003. New Developments, Trends and in-depth information on selected issues. DBDD, 2004.
17. Ettorre, E.: Women and substance use. In: Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha, 2003.
18. Feig, L.: Drug-exposed infants and children: Service needs and policy questions. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Office of Human Services Policy, Division of Children and Youth, 1990.
19. Fischer, G., a kol.: Comparison of methadone and slow-release morphine maintenance in pregnant addicts. *Addiction*, 1999, 94, 2, s.231-240.
20. Fischer, G. a kol.: Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. In: Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Austria Drug Situation 2004, Oebrig, 2004.
21. Fried, P., Watkinson, B.: 36 and 48 months neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, II, 1990, (2), p.49-58.
22. Gossop, G., Strang, J.: Heroin Addiction and Drug Policy-The British System. In: Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha, 2003.
23. Greer, J.: The drug babies. *Exceptional Children*, 1990, 50, 5, s.382-384
24. Griffith, D.R. a kol.: Three year outcome of children exposed prenatally to drug. *Journal of American Academy and Adolescent Psychiatry*, 1994, 33, s.20-27.
25. Hampl, K.: Lékařská ambulantní péče o závislé. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.



26. Howard, J a kol.: The development of young children of substance abusing parents: Insights from seven years of intervention and research. *Zero to Three*, 1989, 9, 5, s.8-12.
27. Chasnoff, L.: Newborn Infants with Drug Withdrawal Symptoms. In: Vavřínková, B., Binder T.: *Návykové látky v těhotenství*. Triton, 1.vyd., Praha, 2006.
28. Chasnoff, I.J., Griffith, D., Freier, M., Murphy, J.: Cocaine polydrug use in pregnancy: Two year follow-up. *Pediatrics*, 1992, 89, s.284-289
29. Jones-Harden, B.: Building bridges for children. Addressing the consequences of exposure to drugs and to the child welfare system In: Hampton, R.L., Sanatore, V., Gullotta, T.P.: *Issues in children's and families lives*, 1998, 10. Substance abuse, family violence and child welfare: bridging perspectives s.18-61.
30. Juarez a Associates: „Healthy mothers“ market research: How to reach black and Mexican American Women (Contract No. 282-81-0082). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1982.
31. Kalina K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP*, Praha, 2003.
32. Kavanagh, S.: Přednáška o drogovém poradenství pro ženy, uživatelky legálních drog. In: Vobořil, J.: *Gender–ženy jako specifická skupina*. In: Kalina, K.: *Drogy a drogové závislosti*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
33. Kinnison, L.: *A follow-up study of Trevor and Melissa*. Women's University, Denon (Texas), 1998.
34. Kinnison, L., Sluder, L., Mates, D.: Prenatal drug exposure: Implications for teachers of young children. *Day Care and Early Education*, 1995, 22, 3, s.35-37.
35. Kinnison, L., Cates, D., Baker, C.: Day care givers: The front Line Force in Combating the Effects of Prenatal Drug Exposure. *Preventing School Failure*, 1999, 43, 2, s. 52-57.
36. Lawrence, J.: Born before their time: Lack of prenatal care among poor adds to premature births, deaths. *Pensacola News Journal*, 1988, s.E1,E7.

37. Libra, J.: Nízkoprahová kontaktní centra. In: Kalina, K.a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
38. Luthar, S., Suchman, N.: Relational Psychotherapy Mother's Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 12, 2000, s.235-253.
39. Mach, J. a kol.: Zdravotnictví a právo, komentované předpisy. Digesta. Edice komentářů.Orac, 1.vyd, Praha, 2003.
- 40.Malanga, C., Kosofsky, B.: Mechanism of action of drugs of abuse on the developing brain. In: Vavřínková B., Binder T.: Návykové látky v těhotenství.Triton, Praha, 2006.
41. Marešová, A.: K problematice delikventní mládeže-hlubší pohled na statistické údaje. Kriminalistika, 2000, 33, 4, s.1-14.
42. Marion, J.: Pregnant, Substance-Using Women.(No.SMA 95-3056). Treatment Improvement protocol (TIP) Series. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services,1993.
43. Matoušek, O.:Ústavní péče. Slon, Praha, 1999.
44. McCarty, C., Waterman, J.: Experiences, Concerns and Services Needs of Families Adopting Children with Prenatal Substance exposure, Summary and Recommendations. Child Welfare, 1999, 78, 5, s.561-578.
45. Nair, P., Blafel, M.M., Schuler, M., Keane, V., Snow, L., Rigney, B.A., Magder, L.: Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. Child Abuse and Neglect, 1997, 21, s.1039-1051.
46. Národní monitorovacie centrum pre drogy: Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike.Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Bratislava, 2004.
47. National Center on Addiction and Substance Abuse: No safe haven: Children of substance-abusing parents. The national Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University, New York, 1999.
48. Nešpor, K.: Detoxifikační jednotky. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.

49. Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. In: Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
50. Newkomb, R.: Přednáška o ženské problematice. In: Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
51. NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment-A research-Based Guide. In: Kalina, K.a kol.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
52. Ondersma, S. J.a kol.: Prenatal drug exposure: A nationwide survey of child welfare policy and practise. Paper presented at the American Professional Society on the Abuse of Children, San Antonio, 1999.
53. Ondersma, S. J.a kol.: Prenatal Drug Exposure and Social Policy: The Search for an Appropriate Response. Child Maltreatment, May 2000, 5, 2, s.93-119.
54. Plant, M. A.: AIDS, drugs and prostitution. In:Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
55. Preslová, I: Závislé matky s dětmi. In: Kalina K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
56. Rohsenow, E.J.a kol.: Molested as children: a hidden contribution to substance use. In: Vobořil, J.: Gender–ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
57. Ryan, R.M., Wagner, C.L., Schlultz, J.M., Varle, J., Dipreta, J., Sherer, D.M., Phelps, D.L., Kong, T.: Meconium analysis for improved identification of infants exposed to cocaine in utero. Journal of Pediatrics, 1994, 125, s.435-440.

58. Schulman, M., Morel, M., Karmen, A., Chazotte, C.: Perinatal screening for drug of abuse: Reassessment of current practise in a high-risk area. *American Journal of Perinatology*, 1993, 10, s.374-377.
59. Sluder, L., Kinnison, L., Cates, D.: Prenatal drug exposure: Meeting the challenge. *Childhood Education*, 1996/1997, 73, 2, s.66-69.
60. Streissguth, A.P., Barr, H.M., Samson, P.D.: Moderate prenatal alcohol exposure: Effects on child IQ and learning problems at age 7 ½ years. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1990, 14, s.662-669.
61. Šámal, P. a kol.: *Trestní zákon. Komentář. 5.vyd.*, C.H.Beck, Praha, 2003.
62. Šejda J.a kol: Epidemiologie drog a uživatelů drog –Česká republika 1999. In: Vavřínková, B., Binder, T.: *Návykové látky v těhotenství*. Triton, Praha, 2006.
63. Štembera, Z., Velebil, P., Motyčková, E.: Stav v populaci rodiček v ČR a konci tisíciletí-II.Těhotenské komplikace. *Česká gynekologie*, 2002, 67, 6, s.354-360.
- 64.Štembera, Z., Velebil, P., Motyčková, E.: Stav v populaci rodiček v ČR na konci tisíciletí-I. Vývoj vybraných demografických ukazatelů a údajů z těhotenské anamnézy v období 1997-2000. *Česká gynekologie*, 2002, 67, 6, s. 350-353.
- 65.Taylor, A.: Needlework: the lifestyle of female drug injectors. In:Vobořil, J.: *Gender–ženy jako specifická skupina*. In: Kalina, K.: *Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*, Praha, 2003.
66. Trávníčková, I.: Problémy drogové závislosti v těhotenství. *Kriminalistika 2*, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha, 2002, 35, s.129-133.
67. Tyler R.: Prenatal drug exposure: An overview of associated problems and intervention strategies. *Phi Delta Kappan*, 1992, s.705-708.
68. Van Dyke, D.C., Fox, A.: Fetal drug exposure and implications for learning in the preschool and scholl-aged population. *Journal of learning Disabilities*, 1991,28, 3, s.160-162.
69. Vavřínková, B., Binder T., Živný J.: Charakteristika populace drogově závislých žen v ČR. *Česká gynekologie*, 2001, 66, 4, Praha, s.285-291.

70. Vavřínková, B., Binder T., Živný J kol.: První těhotenství a porod v rámci metadonového programu v ČR. Česká gynekologie, 2000, 65, 4, s. 273-274.
71. Vavřínková B., Binder T.: Návykové látky v těhotenství. Triton, Praha, 2006.
72. Vavřínková, B., Binder, T.: Vliv abúzu v těhotenství na plod a novorozence. Čes. Gynekologie, 2000, 65, 5, s.347-351.
73. Verster, A., Buning, E.: Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. Sekretariát Rady vlády pro oordinaci protidrogové politiky. Úřad vlády ČR., Praha, 2003.
74. Velemínský, M.jr, Drobná, H.: Systém péče o těhotné uživatelky drog a drogově závislé matky s dětmi v ČR. Zdravotně sociální fakulta JU, České Budějovice, 2006.
75. Viadero, D.: Drug-exposed children pose special problems. Education Week, 1990, 9, 8, s.1 a 10.
76. Vobořil, J.: Gender – ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP, Praha, 2003.
77. Woods, J.R., Plessigner, M.A.: Pregnancy increases cardiovascular toxicity to cocaine. American Journal of Obstetrics-Gynecology, 1990, 162, 2, s.529-533.
78. Weston, D.R., Ivins, B., Zuckerman, B., Jones, C., Polez, R: Drug-exposed babies: Research and clinical issues. Zero to Three, 1989, 9, 5, s.1-7.
79. Yeager, R.C.: Children who can't say no. Reader's Digest, 1991, 138, 826, s. 66-71.
80. Zuckerman, B. a kol.: Effect of maternal marijuana and cocaine use on the fetal growth. In: Vavřínková, BG., Binder, T.: Návykové látky v těhotenství. Triton, Praha, 2006.
81. Zuckerman, B., Jones, C. a kol.: Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. In: Meratz, J.R. Perspectives on prenatal care. New York, 1990.

### **Odkazy na citované zákony**

1. Zákon o dobrovolnické službě č.198/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů
2. Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů
3. Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.ve znění pozdějších předpisů
4. Zákon o sociálních službách č. 108 / 2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů
5. Zákon o soudnictví ve věcech mládeže č. 218/2003 Sb. ve znění pozdějších předpisů
6. Zákon o probační a mediační službě č.257/2000 Sb. ve znění pozdějších předpisů
7. Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů
8. Zákon o sociálně právní ochraně dítěte č.359/1999 Sb.ve znění pozdějších předpisů
9. Zákon o pomoci v hmotné nouzi č.111/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 10.Zákon o zaměstnanosti č. 435 / 2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 11.Zákon o sociálním zabezpečení č.100/1988 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 12.Zákon o životním a existenčním minimu č.110/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 13.Zákon o nemocenském pojištění ve znění pozdějších předpisů
- 14.Zákona o Ochraně před alkoholismem a jinými toxikománie
- 15.Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami č. 379 / 2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů.
- 16.Trestní zákon č.140 / 1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 17.Trestní řád č. 141 / 1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 18.Listina základních lidských práv a svobod
- 19.Úmluva o právech dítěte č.104/91 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 20.Transplantační zákon ve znění pozdějších předpisů
- 21.Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997,č. 96/2001 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- 22.Vyhláška MPSV č. 207/1995 Sb.ve znění pozdějších předpisů

### **Odkazy na internetové portály**

1. Drogový a informační server, hlavní stránka, <http://www.drogy-info.cz>, 23.12.2006
2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP. Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2004 a 2005, [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní\\_zpravy](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy), 1.3.2007
3. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při RVKPP,

- Základní informace o léčbě závislosti v České republice. Národní Protidrogová strategie,  
[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba/lecba\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/lecba_zavislosti)  
3.3.2007
4. RVKPP, Typologie odborných služeb pro uživatele návykových látek, zákonný rámec a odkaz na podrobnější informace  
<http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/sluzby/default.html>, 4.2.2007
  5. Sananim o.s., hlavní stránka, <http://www.sananim.cz>, 5.1.2007
  6. Sananim o.s., TK Karlov <http://www.sananim.cz/fcilities.php?id=6>, 1.2.2007
  7. Dostál, O: Souhlas s lékařským zákrokem, <http://www.medico.juristic.cz>,  
23.2.2007
  8. Dostál, O.: Začátek života: problémy se vznikem osoby,  
<http://www.medico.juristic.cz>, 1.7.2006
  9. Drop-in o.p.s, Centrum pro rodinu, <http://www.dropin.cz>, 16.1.2007
  10. Deutsche hauptstelle fur Suchtfragen e.V., <http://www.dhs.de>, 22.1.2007
  11. DHS info, Du bist schwanger und nimmst Drogen? Informationen und Hilfen fur drogenabhängige Schwangere,  
[http://www.dhs-intern.de/pdf/Brosch\\_Schwangerschaft.pdf](http://www.dhs-intern.de/pdf/Brosch_Schwangerschaft.pdf), 22.1.2007
  12. Beratungs und Kontaktzentrum fur drogenabhängige und –gefährdete Fraue und Madchen, Mutter und ihre Kinder schwangere Frauen und Madchen in Muenchen, [www.extra-ev.org/besonders.html](http://www.extra-ev.org/besonders.html), 5.3.2007
  13. Die Fachklinik Schlehreut [www.fachklinik-chlehreut.de/begruessung.htm](http://www.fachklinik-chlehreut.de/begruessung.htm),  
10.2.2007
  14. Bundesministerium fur Gesundheit, [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de), 4.12.2006
  15. EMCDDA, hlavní stránka, [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu), 6.2.2007
  17. EMCDDA: National Reports,  
<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNo deID=435>, 10.1.2007
  18. <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNo deID=10360&sLanguageISO=EN>, EMCDDA: The EU drugs action plan (2005-2008)

19. EMCDDA: International Women's day 2007 – Drug and Gender-Women and Drug use 2006,  
<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nnodeid=26412&sLanguageiso=EN>, 7.1.2007
20. EMCDDA: Publishes Country situation summaries for 28 countries,  
<http://profiles.emcdda.europa.eu/?nNodeId=1966&CFID=4805269&CFTOKEN=56e7726c5e34357-4AA3FCE1-9737-831D-9CD641A95A407&jsessionid=2e30913fb305333bf126>, 1.2.2007