

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filosofická fakulta**

Katedra sociologie  
Katedra sociální práce

Sociologie

Mgr. Eva Svobodová

**Sociální práce s těhotnými  
drogově závislými ženami**

Social work with drug addicted women

**T E Z E**

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

2007

## 1. Úvod

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 mohly 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 drogové 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 amfetaminů a kokainu ([www.emcdda.eu](http://www.emcdda.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. Teoretická východiska

### ➤ První poznatky o těhotných drogově závislých ženách:

Těhotné drogově závislé ženy jsou velmi mladé ženy, nejčastěji 19-24 let, většinou jsou svobodné, nezaměstnané, vychovávají své dítě/dítě 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. U této skupiny žen dominuje intravenózní aplikace. patří k nejrizikovějším skupinám vzhledem k riziku přenosu infekcí, zejména hepatitidy B,C a HIV (Vavřínová, Binder, 2006). Těhotenství je diagnostikováno většinou až po 1. trimestru, většinou se jedná o těhotenství neplánovaná. Přibližně jen 1/3 těhotných drogově závislých žen navštěvuje prenatální poradnu. U většiny závislých jak na heroinu tak i pervitinu je těhotenství náhlou komplikací, která narušuje jejich způsob života

### ➤ Sociologický pohled:

Při práci s drogově závislými ženami **se setkáváme s řadou předsudků** a postojů Ettore ve své knize „Women and Substance use“ (1992), formuluje poznatek, že **žena-uživatelka drog je společností vnímána jako dvojitý deviant**. Žena-uživatelka drog-je nejen problematická pro samotné užívání drog, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky. Jsou společností stigmatizovány, což je i důvod, proč mají obavy vystoupit z anonymity a či vyhledat odbornou pomoc. Stigma je spojeno i s **prostitucí těchto žen. Tyto ženy častěji maskují skutečné důvody** tím, že poukazují na různé medicínské nebo somatické potíže. Většina žen vykazuje **duální diagnózu**.

### ➤ Zdravotně sociální důsledky

Vavřínková a Binder (2006) uvádí, že intravenózní aplikace způsobuje těhotným ženám zdravotní komplikace spojené s nesterilním vybavením a nečistou drogou. Jako např. hepatitidy, HIV, flebitidy, endokarditida a další.

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). Zde uvádím oblasti poruch, které jsou odbornou literaturou uváděny do přímé souvislosti s prenatálním užíváním drog (Kinnison, 1998): poruchy řeči, poruchy motoriky, poruchy kognitivní složky, poruchy v oblasti sociálních dovedností. Je prokázán ireverzibilní patologický vliv alkoholu na vyvíjející se plod – tzv. Fetální alkoholový syndrom (FAS). Problematické je určení dlouhodobého vlivu užívání drog matky na dítě s ohledem na jeho další psychický vývoj, výchovné a školní problémy. Abstinenční novorozenecký syndrom (NAS) je pozorován u narozených dětí drogově závislých žen. Příznaky mohou přetrvávat i 3-4 měsíce po porodu (Vavřínová, Binder, 2006). K vyhodnocení stavu novorozence užíváme hodnotící systém dle Finneganové.

#### ➤ **Specifika edukační péče u dětí narozených s drogovou zátěží**

Odborníci se jednoznačně shodují v tendenci nárůstu počtu dětí, které se rodí drogově závislým ženám a jsou umísťovány do některé z forem náhradní rodinné péče. 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 sebezvoje 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

#### ➤ **Screening versus Úmluva o biomedicíně**

Praxe volá po zavedení screeningů 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 Univerzální nebo cílený screening ať již prenatální či perinatální není zákonem

dovolen. Pokud má lékař u těhotné ženy podezření na užívání drog musí požádat dle čl.5 Úmluvy 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. 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. V době, kdy již probíhá porod a symptomatologie dítěte se jeví nejasná, 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 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).

#### ➤ **Depistáž a anamnéza**

V praxi jsou těhotné drogově závislé ženy často detekovány nízkoprahovými institucemi (streetwork, kontaktní centra, apod.).

Teoreticky může těhotnou ženu detekovat i jiné zařízení z léčebného spektra např. terapeutická komunita, léčebna, sociální pracovnice obce, sociální pracovnice 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 intervencuje, jaké má nástroje a metody intervence atd. V praxi neexistuje jednotný standardizovaný metodický postup pro sběr anamnestických dat, 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.

#### ➤ **Intervence v rodině – dilema sociálních pracovníků**

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). Je nezbytné řešit každý případ individuálně. Ani v zahraničí ani u nás neexistuje na otázku zda dítě odebrat či nikoli jednoznačná odpověď. Pokud je matka po

porodu hospitalizována společně s dítětem, je motivovanější k léčení a projevuje větší zájem o dítě. Hrozba odebrání dítěte z rodiny je silným motivačním prvkem. Naopak odebrání dítěte z rodiny může pro některé z nich znamenat definitivní konec s jakýmkoli snažením se o nápravu situace v rodině a paradoxně uspíšíme relaps.

### ➤ **Legislativa**

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. Nejprve charakterizují 4 stěžejní skupiny žen členěných dle věku a zaopatřenosti.

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

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. 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 prostitucí. 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). V praxi bývá často problém dívku umístit do specializovaného zařízení. Pro systém dávek poskytovaných ze Zákona o pomoci v hmotné nouzi č. 111/2006 je tato klientka společně posuzovaná s rodiči a to v souladu s ustanovením §4 odst. 1 písm. a).

#### **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 p. 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).

### **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. Má nárok na dávky ze Zákona o Státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb, ve znění pozdějších předpisů. 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.

Dále v kapitole specifikuji nástroje ošetřující intervenci v rodině, možnosti diagnostiky problému v rodině, aplikace předběžného opatření, umístění dítěte mimo rámec rodiny, náhradní rodinná péče, oznamovací povinnosti subjektů atd.. v rámci Zákona o rodině č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Také odkazují na Zákon o sociálních službách č.106/2006 Sb.ve znění pozdějších předpisů, kde je specifikována konkrétní možná pomoc pro těhotné drogově závislé ženy.

#### **➤ Trestní zákon, Trestní řád, Zákon O soudnictví ve věcech mládeže, Probační a mediační služba**

Užívání drog není trestné, tudíž ani v těhotenství. I za skutečnosti, že těhotná žena užíváním drog způsobí poškození plodu či dokonce jeho usmrcení, je tato situace posuzována, jako by byla poškozena nějaká jiná část těla matky (ruka, ledvina) ([www.medico.juristic.cz](http://www.medico.juristic.cz)). 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). § 221 Trestního zákona sice definuje Ublížení na zdraví, nicméně musí být naplněn předmět útoku a to živý člověk nikoli lidský plod (Šámal, 2003). Sebeпоškození není trestné. V praxi se spíše setkáváme s těhotnými drogově závislými ženami, které z nedbalosti či z nevědomosti „ubližují“ svému nenarozenému dítěti. Pokud matka usmrtí své dítě hned po narození, půjde zpravidla o vraždu novorozeného dítěte matkou dle §220 Trestního zákona.

Jestliže těhotná uživatelka drog 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 znění pozdějších předpisů. Mezi nejčastější opatření ukládané soudy pro mládež patří: dohled probačního úředníka (§16) probační program (§17), 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 České republice existuje od roku 2002 pouze jedna věznice pro výkon trestu matek s dětmi do tří let, jedná se o věznici ve Světlé nad Sázavou. V Opavě je také ženská část věznice, bez možnosti mít dítě u sebe a běží tam intenzivní drogový program.

### ➤ **System zdravotně sociální péče pro těhotné drogově závislé ženy v ČR**

Hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a dítě. Vychází otázka priorit, komu vlastně pomáháme a jaký cíl sledujeme. Spíše než o účinnosti jednoho léčebného programu uvažujeme o účinnosti celého léčebného kontinua, které se skládá z těchto složek: poradenství před nástupem do léčby, léčba a následná péče. Moderní terapeutický koncept má tyto charakteristiky: včasná intervence, individualizovaný přístup, podpora motivace, prevence relapsu, zužitkování nedobrovolného léčení, zhodnocení léčebného kontinua a postupné terapeutické cíle pro redukci rizika

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

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

**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).

**Detoxifikace** (Určitá část odborné veřejnosti zastává názor, že není pro plod patogenní, pokud žena v těhotenství náhle vyabstínuje. Druhá část upřednostňuje raději postupné snižování tolerance formou substituce - nejčastěji metadonem či buprenorfinem).

**Terénní programy a Kontaktní a poradenské služby** (Patří mezi nízkoprahová zařízení/služby, která většinou provádějí i prvokontakt s těmito ženami).

**Ambulantní léčba závislostí** (Např. v Praze poskytuje své ambulantní psychosociální služby těhotným drogově závislým ženám a závislým matkám s dětmi Centrum pro rodinu (dále jen CPR) (více na [www.dropin.cz](http://www.dropin.cz) nebo Drobná, Velemínský jr., 2006).

**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 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).

**Krátkodobá a střednědobá ústavní péče-léčba problémových uživatelů a závislých** (ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče) (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. Je vymezena trváním v délce 3-6 měsíců. (Dvořáček in Kalina, 2003). 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).

**Rezidenční péče v terapeutických komunitách** (Jsou to vysokoprahová zařízení, kde se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6-19 měsíců. Terapeutická komunita Karlov v okr. Písek v jižních Čechách (více na [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)) je de facto jediná TK v ČR (celkem 17), která svým programem komplexně a profesionálně reflektuje potřeby jak těhotných drogově závislých žen tak i matek s dětmi.

**Programy následné péče** (Doléčování má klientce pomoci začít žít nanovo v místě jejího bydliště– doléčování zahrnuje poradenství a psychoterapii. Doléčování může mít formu ambulantní nebo formu tzv. chráněného bydlení–např. v srpnu 2006 vznikl nový Doléčovací program v Českých Budějovicích.

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

(V současné době je v ČR 11 substitučních center. 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). Těhotným ženám je podáván nejčastěji buď metadon nebo buprenorfin (Subutex). Dosud neexistuje jednotný metodický postup jak pracovat s těhotnou ženou v substituční léčbě.

**Dobrovolnictví** (Jedna z cest, jak těhotným závislým ženám pomoci je i využití služeb dobrovolníků. Klíčové by bylo uzavření dobrovolnické smlouvy, vyškolení dobrovolníků, jejich supervize, cílová klientela, vymezení náplně práce/spektrum služeb, místo výkonu apod.)

**Užívání drog** (V roce 2005 ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), výroční zpráva 2005) byly nejčastěji **užívanými** nelegálními drogami **konopné látky a extáze**, 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). 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**.

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

#### **➤ 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.

## ➤ Výsledky studie

### **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 prenatální péče 19 žen, které užívaly marihuanu, 12 žen heroin, 16 žen alkohol, 15 žen užívalo pervitin a 3 byly závislé na lécích.<sup>4</sup>

### **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). Lékaři se pouze ústně ptají žen na užívání drog v těhotenství, 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

---

<sup>4</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.

dle zákona č. 20/1966 Sb. §55 prioritní péče o dítě. Bohužel sami lékaři sdělili, že registrují převážně negativistický postoj personálu k rodící toxikomance.

### **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.

### **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.

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

V Jihočeském kraji realizuje 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 uživatelék 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 uživatelék drog

byl 17-39 let. Svou roli hraje skutečnost, že mnoho uživatelék 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 pracovníka centra apod. Terénní pracovníci detekovali 6 těhotných uživatelék drog.

### **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, dále dobrovolnost, motivace k léčbě atd. Velmi úzce spolupracují především s Kojeneckým ústavem v Krči v Praze, kde jsou některé děti matek umístěny na základě předběžného opatření, doléčovacími programy v ČR atd. 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 uživatelku drog a ani se svým terapeutickým programem na tuto skupinu žen neorientují.

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

**72 sociálních pracovníků** poskytujících sociálně právní ochranu dítěte a sociální kurátorskou práci v Jihočeském kraji<sup>5</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

---

<sup>5</sup> 75% sociálních pracovníků má vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce.

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 žen v azylových domech a 7 žen různě po ubytovnách, penzionech 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.

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.

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

Všechny azylové domy v Jihočeském kraji přijímají pouze ženy s dětmi, nikoli těhotné, 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,

keré 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.

#### **Dobrovolníci**

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

#### **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>6</sup>. Věznice existuje pouze v Českých Budějovicích, ale jen pro muže. Probační a mediační služba nepodchytila ve sledovaném období žádnou těhotnou drogově závislou ženu.

### **Mezioborový přístup-klíčové vazby**

#### **Gynekologové – porodnice**

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. Těhotenský průkaz je předáván rodičí ženou v porodnici. V současné době gynekologové provádějí pouze testování krve u těhotných žen na AIDS, a to jen pokud s tím žena písemně souhlasí. Nelze s přesností určit kolik těhotných drogově závislých žen bylo ve sledovaném časovém horizontu „drogově

---

<sup>6</sup> Policisté se sice sami při práci s drogově závislými v terénu setkají s těhotnými drogově závislými ženami, nicméně tato data nejsou nikde vykázána.



pozitivních“, a to ve vztahu k počtu všech vyšetřených těhotných žen v Jihočeském kraji. Tato problematika se nesleduje.

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

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

### **Porodnice – rodičí žena pod vlivem drog**

V případě, že je porodnicí detekována rodička pod vlivem drog, je dotazována, jaké drogy před porodem užila. 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.

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

Jestliže porodnice detekuje těhotnou ženu s podezřením na užívání drog a to např. na rizikovém oddělení či přijde rodit žena podezřelá z akutní intoxikace, sociální pracovnice je 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

#### **➤ Přístupy řešení v zahraničí**

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. **Těhotné drogově závislé ženy jsou v Akčním plánu EU definovány jako prioritní skupina.** Od roku 1999 EMCDDA monitoruje gender rozdíly<sup>7</sup> v užívání drog. Ukazuje se, že drogově závislé ženy (oproti mužům) mají drogově závislé partnery, na počátku léčeb mají více problémů, většinou

<sup>7</sup> Gender rozdíly v užívání drog a drogové závislosti jsou jádrem Akčního drogového plánu Evropské Unie ([EU Drugs Action Plan \(2005–2008\)](#)),

si nesou nějaké trauma – fyzické, sexuální zneužívání a psychické problémy. To jsou také důvody, proč ženy nevyhledávají odbornou péči. Služby, které poskytují hlídání dětí zaznamenávají větší počet žen mezi klienty. **Ženy** obecně neinklinují k rezidenčním léčebným programům, **raději vyhledávají ambulantní programy**. V nízkoprahových zařízeních a ambulantních programech pro ženy je trend přeorientovat služby a otevírací hodiny více ve vztahu k potřebám žen užívajících drogy.

#### **Přístup řešení na Slovensku**

Na Slovensku mají cca 20 000 problémových uživatelů drog. Klesá počet uživatelů heroínu, narůstá počet uživatelů stimulačních drog. ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). Slovensko teprve začíná budovat síť pro těhotné drogově závislé ženy. V Bratislavě již existuje jeden jediný metadonový substituční program pro těhotné ženy. V období 1995-1999 se na Slovensku narodilo 101 novorozenců s NAS (více Drobná, Velemínský, 2000).

#### **Přístup řešení v Rakousku**

Rakousko má cca 20 000-30000 problémových uživatelů drog. Vedle opiátů je nejužívanější drogou kokain, dominuje i.v. aplikace ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). Rakousko disponuje celou řadou poradenských center, specializovaných ambulantních programů pro drogově závislé, nízkoprahových zařízení poskytující Harm reduction, rezidenčními léčebnými zařízeními jak pro dlouhodobou tak i krátkodobou léčbu spolu detoxifikací. Nicméně substituční léčba se stala jednoznačně nejdůležitější formou terapie v Rakousku a to se týká i těhotných drogově závislých žen. Největší význam pro léčbu těhotných drogově závislých žen v Rakousku má však Medizinische Universität ve Vídni, kde je realizován projekt zaměřený na péči o závislé těhotné ženy a matky, těhotenství a závislost na opiátech. Nejčastěji je užíván buprenorfin, (více Drobná, Velemínský jr., 2006).

#### **Přístup řešení v Německu**

V Německu patří mezi nejužívanější drogy konopné látky, kokain nebo amfetaminy a opiáty. ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). V Německu se léčba drogově závislých těhotných žen a matek opírá především o substituci metadonem. Dále mají celou řadu poradensko/kontaktních center jako např. vc Mnichově Poradenské a kontaktní centrum pro drogově závislé a drogou ohrožené ženy a dívky a také drogově závislé matky a jejich děti, nesoucí název Extra (více na [www.extra-ev.org](http://www.extra-ev.org)). 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 Schleureut** ([více na www.fachklinik-schleureut.de](http://www.fachklinik-schleureut.de)), kde poskytuje

rezidenční servis mimo jiné i pro těhotné ženy s drogovou závislostí na alkoholu, drogách a lécích a matky s dětmi.

### **Přístup řešení v Dánsku**

V Dánsku zaznamenávají narůstající počet problémových uživatelů drog. Narůstá především počet uživatelů heroinu a konopných produktů. Dále zaznamenávají prudký nárůst počtu klientů v dlouhodobých léčebných metadonových programech, buprenorfin není tak preferován. ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). 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. Největší spotřebu alkoholu mezi těhotnými ženami mají vzdělané ženy nad 30 let. Drobná, Velemínský jr. (2006) dále 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>8</sup>, jde o speciální ordinaci 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, které byly **byly prenatálně postiženy drogou**. Celé centrum poskytuje služby cca pro 1,5 mil. lidí v Dánsku. **Za rok ošetří cca 100-120 závislých těhotných žen.** (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. Některá léčebná zařízení provádějí i metadonové substituční programy. V léčebných zařízení vychází terapie ze sociálně edukačního přístupu. Metadon se užívá již od roku 1970, je nejčastější užívanou substituční látkou, dále pak buprenorfin. Také poskytují Harm reduction servis.

### **Přístup řešení v USA**

V USA jednoznačně dominuje užívání kokainu. Marion, (1993) definuje systém zdravotně sociální péče, jež je doporučován vědeckou obcí v USA a je obsahově zaměřený na komplexní péči o těhotnou uživatelku drog v kontextu sociální práce Jsou to : servisy v oblasti zdravotní péče, léčebné programy zaměřené na léčbu drogové závislosti, služby podporující sociální zázemí klientek, psychosociální servisy, služby zaměřené na rodinu a

---

<sup>8</sup> Později byl tento model péče založen rovněž v Norsku a Švédsku.

rodičovství. Stěžejní léčbou u těhotných drogově závislých žen v USA jsou metadonové programy: 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.

#### **4. 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

koncepci 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 prenatalně je nahlíženo jako na jakoukoli jinou část matčina těla a sebepoškozování není trestné. Sociálním pracovníkům a lékařům nezbyvá nic jiného než těhotnou ženu motivovat k abstinenci. Není ani „povinna“ 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 jediné, 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.....**

## **5. Závěr práce a doporučení**

Systém 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 so 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