

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky



# **MATKY ZÁVISLÉ NA PERVITINU A PÉČE O DÍTĚ V PRVNÍM ROCE**

**Bakalářská práce**

**Autor práce: Veronika Konečná**

**Vedoucí práce: Mgr. Tereza Adámková**

**Praha**

Ráda bych poděkovala Mgr. Tereze Adámkové za odborné vedení bakalářské práce a vedení denního stacionáře o.s. Sananim a terapeutické komunity Karlov za vstřícnost při studii.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Praze 2. ledna 2008

.....

(Podpis předkladatele práce)

**Abstrakt.**

**VÝCHODISKA:** V České republice je cca 20,5 tisíce uživatelů pervitinu. Ženy tvoří asi jednu třetinu žadatelů o léčbu. Tato práce přispívá ke zmapování potřeb těhotných žen a matek uživatelék. **METODA:** Pro studii bylo vybráno šest žen užívajících nejméně rok před těhotenstvím pervitin, které mají dítě nejméně jeden rok staré. Bylo provedeno semistrukturované interview v délce 30 až 40 minut. Rozhovory byly provedeny s klientkami dvou programů o.s. Sananim a to denního stacionáře a terapeutické komunity Karlov. **VÝSLEDKY:** Mezi hlavní problémy v těhotenství a mateřství patří podle respondentek partnerské vztahy, nuda a finanční situace. Největší obavy během těhotenství a těsně před porodem se týkaly zdravotního stavu dítěte. Až na jednu respondentku měly matky dítě vždy ve své péči. Služby hodnotí jako dostačující, důvodem proč je nevyhledaly uvádějí nízkou motivaci ke změně v minulosti. Respondentky hodnotily přístup lékařů, sociálních pracovníků a úředníků převážně pozitivně. Zpětně vnímají zásahy OSPOD jako málo kontrolní.

**Klíčová slova:** těhotenství, mateřství, pervitin, péče o dítě

**Abstract.**

**BACKGROUND:** There is about 20,5 thousands pervitin drug takers in Czech Republic. One-third of the applicants for a treatment are women. This work supports a teemers' and mother-takers necessities' mapping. **METHOD:** Six women taking pervitin at least one year before becoming pregnant, with a child at least one year old, were chosen for the study. There was made a semi-structured interview 30-40 minutes long. The interviews were made with Sananim programs'clients and with clients of social welfare institution and underprivileged community Karlov. **RESULTS:** Main problems during pregnancy and childbirth are according to the respondents partnership relations, bore and financial situation. During the pregnancy and just before childbirth, they were worrying about health of the child mostly. Besides one exception, all the mothers had their child in a self-care. The services consider as being adequate, but the reason, they did not take an advantage of it, is a low motivation to change in their past. Respondents valued the accessing of doctors, social workers and clerks mostly positively. Acts of OSPOD are felt as a little inspectionable by the respondents.

**Keywords:** pregnancy, maternity, pervitin, childcare

**Obsah**

<b>1. Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Teoretická část</b> .....	<b>8</b>
2.1 Pervitin .....	8
2.1.1 Historie .....	8
2.1.2 Charakteristika .....	9
2.1.3 Účinky .....	9
2.1.4 Rizika užívání pervitinu .....	11
2.2 Právní rámec problematiky .....	13
2.3 Závislé matky jako specifická cílová skupina .....	15
2.3.1 Charakteristika závislých matek .....	16
2.3.2 Jaké služby jsou vhodné .....	17
2.3.3 Nejčastější cesty do odborné péče .....	18
2.3.4 Specifika přístupu k této cílové skupině .....	19
<b>3. Výzkumná část</b> .....	<b>21</b>
3.1 Úvod .....	21
3.2 Cíle výzkumu .....	21
3.3 Metodika .....	22
3.3.1 Kvalitativní výzkum .....	22
3.3.2 Metody získávání dat .....	23
3.3.3 Analýza dat .....	24
3.4 Etická pravidla výzkumu .....	25
3.5 Občanské sdružení Sananim .....	26
3.5.1 Denní stacionář .....	26
3.5.2 Terapeutická komunita Karlov .....	27
3.6 Popis výzkumného vzorku .....	27
3.7 Výsledky .....	28
3.7.1 Vztah k těhotenství .....	28
3.7.2 Ovlivnění mateřstvím .....	31
3.7.3 Průběh péče o dítě během prvního roku života .....	33
3.7.4 Spolupráce s odborem sociálně právní ochrany dětí, drogovými a jinými službami .....	34
3.7.5 Reakce okolí na těhotenství a mateřství .....	36
3.7.6 Víze do budoucna .....	36
3.8 Diskuze .....	37
3.9 Souhrn .....	38
<b>4. Závěr</b> .....	<b>42</b>
<b>5. Literatura</b> .....	<b>43</b>
<b>6. Přílohy</b> .....	<b>45</b>
6.1 Informovaný souhlas .....	45
6.2 Otázky pro polostrukturované interview: .....	45
6.3 Rozhovor A .....	48

## 1. Úvod

Téma nelegálních návykových látek v těhotenství jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila především proto, že při svém působení v Centru pro rodinu Drop In o.p.s. jsem se s těhotnými závislými ženami setkávala a toto téma mi je blízké.

V České republice se o této klientele hovoří ve větší míře v posledních letech. (Kastnerová a kol. 2006) Dle výzkumu na porodnické klinice v Bratislavě až 1 % žen užívá v těhotenství pervitin. (Plank, a kol., 2007) Podle Kestnerové z výzkumné studie těhotných uživatelů drog a matek s dětmi s drogovou zátěží v Jihočeském kraji vyplývá, že v 50 % jsou narozené děti matce užívající drogy odebrány.

Ve většině případů však není důvodem brání drogy jako takové, ale celková socio-kulturní situace matky, neschopnost o dítě pečovat apod. Obvykle se tak děje prostřednictvím předběžného opatření, kdy jsou děti na základě rozhodnutí soudu umístěny do ústavní výchovy. (Kastnerová a kol., 2006) Dlouhodobě se ukazuje, že k častým sociálním problémům patří zhoršené rodinné, pracovní nebo školní vztahy, nižší dokončené nebo dokonce nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, nižší ekonomický status a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. (Mravčík a kol., 2005) Pokud žije závislá žena v partnerském či manželském svazku, dostává se rodina díky závislosti do určité izolace až destabilizace; v důsledku vynakládání velkých finančních částek za drogu dochází ke změně hodnotového žebříčku závislého. Péče a výchova dětí se posléze ocitá na okraji zájmu rodičů. Jak již bylo řečeno, děti narozené závislým matkám jsou v drtivé většině odebrány a umístěny na základě předběžného opatření buď do ústavní výchovy, nebo jsou dávány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází (pokud rodina projeví o dítě zájem). (Sedláčková, Žižková, 2006)

## 2. Teoretická část

### 2.1 Pervitin

#### 2.1.1 Historie

„Pervitin (perník, péčko, piko, peří) patří mezi budivé aminy, které byly objeveny poměrně pozdě.“ ([http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy\\_2006\\_01\\_05.html](http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy_2006_01_05.html)) Jako první byl v roce 1887 syntetizován amfetamin a ve dvacátých letech byl testován na lidech. Nejdříve byl prodáván jako prostředek proti rýmě a astmatu, obezitě, patologické ospalosti a depresi. I přes rozpoznání negativních účinků byl amfetamin později předepisován i u Parkinsonovy choroby, migrény, závislosti, mořské nemoci, mánie, schizofrenie a impotence. ([http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy\\_2006\\_01\\_05.html](http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy_2006_01_05.html))

K nemedicínskému užívání amfetaminu došlo poprvé za občanské války ve Španělsku, kde byl vojákům podáván jako prostředek proti únavě. V druhé světové válce byl již používán napříč armádami. Hitler údajně ke konci války pravidelně dostával injekce methamphetaminu s dalšími léky. V Japonsku, kde byla tato droga poprvé syntetizována, se používala za druhé světové války pro sebevražedné piloty kamikadze při jejich posledním letu jako doping. Do Evropy se pervitin dostal v polovině třicátých let a v roce 1941 dávalo nacistické vojsko tuto látku svým diverzním parašutistům. (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=17>)

K prvnímu neřízenému masovému užívání amfetaminu došlo v Japonsku hned po skončení války, když se armádní zásoby dostaly na černý trh. Během padesátých let se ve Spojených státech rozšířil vedle lékařských předpisů i na černý trh. Ve stejné době užívali na předpis amfetamin jako každodenní stimulans stovky politiků a tisíce žen v domácnosti. (<http://www.drogy.net/>)



[portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy\\_2006\\_01\\_05.html](http://portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy_2006_01_05.html))

Pervitin je považován za tradiční českou drogu. „V okolních zemích (Německo, Rakousko, Polsko) se pro něj dokonce místo tradičních názvů „meth“ a „pervitin“ používá údernější „čeko“ (tschecho).“ ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/illegalni\\_drogy/stimulancia/pervitin\\_metamfetamin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/illegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin)) V Čechách byla poprvé vyroben v polovině sedmdesátých let člověkem s přezdívkou „Freud“. ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/illegalni\\_drogy/stimulancia/pervitin\\_metamfetamin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/illegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin)).

### 2.1.2 Charakteristika

Pervitin (methamphetamin) je pravotočivý fenylmethylaminopropan, který je účinnější než Amfetamin. (Minařík, 2006) „Čistý má formu mikrokryalického bílého prášku, bez zápachu, hořké chuti.“ (Minařík, 2006, s. 166) Na černém trhu zásobovaném z domácí výroby („varu“) je často zbarven do žluta či do fialova, což je způsobeno obsahem zbytků látek, které se používají při domácí výrobě. (Minařík, 2006) „Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh, červený fosfor.“ (Minařík, 2006, s. 166)

Pervitin je možno aplikovat ústy, šňupáním, nebo nitrožilně. Poslední způsob je v Čechách nejčastější. Běžná dávka se pohybuje od 50 do 250 mg, ovšem jsou popsány i denní dávky nad 1 g. U intravenózní aplikace nastupuje účinek ihned, u sniffingu za 5 – 10 minut, při užití ústy do 1 hodiny. Z těla se z velké části nezměněn vylučuje močí po řadu dní. „Biologický poločas je 12 – 34 hod. Jeho průkaz laboratorními metodami v moči je možný po 2. – 14. dnech. (Minařík, 2006)

### 2.1.3 Účinky

„Stimulancia zvyšují dopaminergní a noradrenergní neurotransmise uvolňováním dopaminu a bloádou jeho zpětného vychytávání, což přispívá ke zvýšení koncentrace dopaminu v synoptické štěrbině. To se odehrává

především v mezolimbické a mezokortikální oblasti, tedy v místě zodpovědném za rozvoj pozitivního podmiňování.“ (Vavřínková, 2006, s.45) Pervitin zvyšuje v centrální nervové soustavě koncentraci mediatorů-monoaminů (dopaminu, noradrenalinu, serotoninu) v interneuronálních synapsích. Příčinou nepříjemného stavu, tzv. „dojezdu“, je pokles neuromediátorů po odeznění efektu. (Minařík, 2006)

Pervitin je psychostimulans, tzn., že základním efektem je celková stimulace. „Zrychluje psychomotoriku, dochází k odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii, ale i k uvolnění zábrán.“ (Vavřínková, 2006, s. 45) „Pervitin urychluje tok myšlenek často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití), zvyšuje pozornost a soustředěnost.“ (Minařík, 2006, s. 167) Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost)“. (Minařík, 2006, s. 167)

Po užití se zvyšuje krevní tlak a tep, zvyšuje se dechová frekvence, zorničky jsou rozšířené (mydriáza). Pervitin zvyšuje pohotovost ke křečím. (Minařík, 2006)

Po prvním užití jsou časté bolesti v čele a úzkost. Při akutní intoxikaci dochází k silnému dráždění sympatiku, což způsobuje neklid, hyperaktivitu, bolesti hlavy, mydriázu, tachykardii s arytmiemi a hyperreflexii. (Minařík, 2006)

Následkem chronického užívání pervitinu mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy provázené demencí, projevující se neklidem, pocitem napětí, předrážděností, poruchami spánku, nevolností, zvracením a suchem v ústech. (Minařík, 2006) „Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy (pervitin snižuje chuť k jídlu a látky s podobným efektem se užívají/užívaly jako anorektika), třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, hemoragie (krvácení) v plicích, játrech, ve slezině.“ (Minařík, 2006, s. 167) Po odeznění efektu se objevuje deprese s pocitem vyčerpání a celkovou skleslostí. (Minařík, 2006)

## 2.1.4 Rizika užívání pervitinu

### ***Rizika pro uživatele***

Při užívání drog obecně je zvýšené riziko řady infekčních i neinfekčních chorob, nebo může dojít ke zhoršení již existujících chorobných procesů, nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu. Často opomíjeným rizikem je výrazně vyšší riziko otrav a úrazů, včetně dopravních nehod. (Minařík, Hobstová, 2003)

Injekční aplikace způsobuje vždy mechanické poškození cévního systému. Při dlouhodobé injekční aplikaci si uživatelé z důvodu omezeného počtu míst vhodných pro nitrožilní aplikaci aplikují do krčních, podklíčkových žil nebo do tepny či žíly v tříselech. Opakovaným vstupem do těchto velkých cév přináší riziko vzniku mikrotraumatu, které vede ke vzniku trombóz s následující ischemií okolních tkání popř. tvorbou abscesů. Dalším onemocněním postihujícím cévní systém je tromboflebitida hlubokého žilního systému, která může být zdrojem embolizace nejčastěji do plic. (Minařík, Hobstová, 2003)

Mezi obávané infekční komplikace patří hepatitidy A, B a C a virus HIV.

Povrchové neboli lokální infekce bývají většinou kožní infekce a infekce podkožních měkkých tkání. Do této skupiny patří abscesy, flegmóny, povrchové záněty žil a další. (Minařík, Hobstová, 2003)

„Invazivními onemocněními rozumíme takové infekce, při kterých bakterie překonají místní obranné mechanismy a dostávají se do cévního řečiště.“ (Minařík, 2003, s. 225) Bakterie v cévním řečišti mohou být díky přirozeným obranným mechanismům přítomny pouze krátce. V tomto případě se jedná o tranzitorní bakteriémii, která může být bez klinické odezvy a nemusí zanechat žádné následky. V případě, že bakteriální infekce v krvi přetrvává, bývají již přítomny příznaky zánětu (horečka, zrychlený dech, puls). (Minařík, Hobstová, 2003)

Dalším rizikem při chronické intoxikaci nebo při užití velmi vysoké dávky je rozvoj toxické psychózy ve formě paranoidně-halucinatorního syndromu mezi uživateli označovaném jako „stíha“. Při dlouhodobém užívání se objevují poruchy paměti a neschopnost koncentrace. U pervitinu vzhledem k jeho efektu snižování chuti k jídlu hrozí rovněž podvýživa. (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=18>)

Při předávkování dochází k vzestupu tělesné teploty, někdy ke křečím a deliriu. Předávkovaný cítí bolest na hrudi a na 1 – 2 hodiny může upadnout do bezvědomí. Při chronické intoxikaci mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=18>)

„Závislý je neklidný , pociťuje napětí, úzkost,předrážděnost, poruchy spánku, halucinace, zmatenost, panikaření, nevolnost, zvracení, sucho v ústech a sebevražedné tendence.“ (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=18>)

V těhotenství je jedním z příznaků intoxikace matky stimulací hypertenze, doprovázená bolestí břicha, hlavy a poruchami vidění.Krevní tlak se upraví v průběhu 45-90 min. „Často se těhotenství ukončuje císařským řezem jako těžká preeklampsie nereagující na léčbu.“ (Vavřínková, Binder, 2006)

Rizik při intravenózním užívání pervitinu je celá řada, toto je pouze výčet těch nejčastějších.

### ***Rizika pro plod a dítě***

Amfetaminy jsou všeobecně vysoce lipofilní, což umožňuje rychlý transport přes uteroplacentární bariéru. Stimulancia způsobují vazokonstrikci, která způsobuje snížení průtoku v děložních artériích a zvýšení vaskulární rezistence, což způsobuje hypoxémii, hypertenzi a tachykardii plodu. (Behnke, 1993 in Vavřínková 2006) Chronická hypoxie způsobuje nízkou porodní hmotnost a

známky intrauterinní růstové retardace. U matek užívajících stimulantů je rovněž vyšší riziko předčasného porodu. Rovněž je prokázán vyšší výskyt placentárních změn, které vedou k abrupci placenty a syndromu náhlého úmrtí novorozence. (Vavřínková, 2006)

Výzkumy ukazují, že novorozenci vystavení účinkům stimulačních drog mají nižší porodní hmotnost, menší obvod hlavičky, kratší dolní končetiny, vyšší riziko výskytu defektů močového a pohlavního ústrojí a nižší skóre v neonatálním hodnocení vývoje. (Kandall, 1998 in Vavřínková 2006) Tito novorozenci jeví známky akutního abstinčního syndromu, který je kratší a méně intenzivní než u dětí narozených matkám se závislostí na opiátech. Projevuje se zvýšeným hypertonem, iritabilitou, zrychlenými reflexy, křečemi, apnoickými pauzami a průjmy. Mohou být přítomny poruchy spánku, třes, abnormálně evokované zrakové potenciály a abnormální EEG. (Chiriboga et al., 1999 in Vavřínková, 2006)

Studie dokazují u dětí, které byly nitroděložně vystaveny stimulancím neurobehaviorální a vývojový deficit. (Vavřínková, 2006). „Další zaznamenané známky intrauterinní expozice jsou zvýšené riziko anomálií srdce a vylučovací a pohlavní soustavy, nekrotizující enterokolitidy a krvácení do mozku. (Vavřínková, 2006, s. 51) V dětství přetrvává zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte. (Oro, 1987 in Vavřínková, 2006)

Při závislosti na stimulačních drogách není pediatrie kojení doporučováno, z tohoto důvodu se po porodu provádí zástava laktace. (Vavřínková, 2006)

## **2.2 Právní rámec problematiky**

Úmluva o právech dítěte (č. 104/1991 Sb.) ukládá státům mimo jiné povinnost při všech činnostech týkajících se dítěte brát v úvahu úplně a přednostně jeho zájmy. Stát má dítě chránit před násilím a všemi formami špatného zacházení ze strany rodičů nebo jiných osob starajících se o dítě.

Zákon o rodině (č. 94/1963 Sb.) upravuje v této souvislosti zejména vztahy mezi rodiči a dětmi, rodičovskou zodpovědnost (včetně jejího omezení, pozastavení a zbavení), vyživovací povinnost, výchovná opatření, pěstounskou péči, nařízení ústavní výchovy, určení rodičovství, osvojení, poručnictví a opatrovnictví.

Sociálně-právní ochranou (zákon o sociálně-právní ochraně dětí – č.359/1999) se rozumí ochrana práv dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte včetně ochrany jeho jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Problematika sociálně-právní ochrany dětí v současnosti není dostatečně provázána s dalšími oblastmi jako je ústavní výchova realizována ve školských zařízeních a ve zdravotnických zařízeních.

Výkon sociálně-právní ochrany na místní úrovni pracovníky OSPOD lze považovat za klíčovou činnost, jejímž výsledkem je či není rozhodnutí o nařízení ústavní výchovy.

### ***Spolupráce státu a nestátních neziskových organizací***

S účastí nestátních subjektů na výkonu sociálně-právní ochrany počítá i zákon o sociálně právní ochraně dětí, který v § 48 – 50 upravuje výkon této činnosti osobami, které k tomu získají pověření. Pověřené osoby mohou být jak právnické, tak fyzické osoby, které jsou oprávněny vykonávat činnost taxativně vymezenou v § 48, odstavec 2 tohoto zákona:

- Vyhledávat děti, na něž se sociálně právní ochrana zejména vztahuje.
- Vykonávat činnost zaměřenou na ochranu dětí před škodlivými vlivy a předcházet jejich vzniku
- Poskytovat rodičům poradenství poradenství při výchově a organizovat za tímto účelem vzdělávání

- Zřizovat zařízení sociálně-právní ochrany.
- Působit v oblasti osvojení a pěstounské péče (vyhledávání a příprava pěstounů, poradenství).

### **2.3 Závislé matky jako specifická cílová skupina**

Dle Ettoreho řada studií ukazuje, že poměr 1 žena ke 3 mužům, kteří využijí služby, neodpovídá skutečnému poměru mužů a žen na drogové scéně, kde je tento poměr spíše 1 : 2. (Vobořil, 2003)

Na první pohled je patrné, že jeden z faktorů, který činí ženskou skupinu uživatelek rozdílnou od mužské jsou specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím, tedy rozdílnost spojená spíše s biologickými faktory. (Vobořil, 2003) „Při práci s drogově závislými ženami se často setkáváme s řadou předpokladů a postojů daných specifikou této klientely. Jedná se např. o názor, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k 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 ani v případě abstinence, že děti drogově závislých matek jsou vždy postižené a další.“ (Preslová, 2003, s. 246)

Feministické hnutí upozorňuje na historicko-sociální kontextuální skutečnosti týkající se rozdílnosti v dostupnosti a pohledu na užívání drog. Patriarchální společnost očekává od ženy zodpovědnost ke své rodině, tedy ke své gender roli v rodině, ale také určitou závislost na maskulinní části populace (Vobořil, 2003). „Ettore ve své knize „Woman and Substance Use“ (1992) formuluje poznatek, že žena – uživatelka drog je společností vnímána jako dvojitá deviant (double deviant). Žena, uživatelka drog, je nejen problematická pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky. Sociální klima tak vyvíjí tlak, který s sebou následně nese reálná rizika, bránící ženám vystoupit z anonymity. Hrozí jim totiž stigmatizace, která může například vést k odnětí dětí, a to často i bez reálných ukazatelů, že by děti

mohly být zanedbávány.“ (Kalina, 2003, s.239)

Dle Taylora, 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. (Vobořil, 2003)

„Jedním z hlavních důvodů, proč se ženská 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“. (Vobořil, 2003, s. 239)

„Ženy, které přicházejí do drogových služeb, častěji maskují skutečné důvody tím, že poukazují na různé medicínské nebo somatické potíže.“ (Vobořil, 2003) Dle Browna a spol. (Vobořil, 2003) jsou ženami uváděny ve 45,9 % fyzické komplikace, jako důvod pro vstup do těchto služeb, oproti mužům, kteří tento důvod uvádějí jen v 19,4 % .

### **2.3.1 Charakteristika závislých matek**

„Četné studie popisují drogově závislé gravidní, jako mladší, bez partnera z nižších socioekonomických tříd, s nižším vzděláním.“ (Vavřínková, Binder, 2006, s.29)

Podle zkušeností MUDr. Vavřínkové a MUDr. Bindera (2006), pražských gynekologů, kteří se touto problematikou zabývají, se u těhotných uživatelky pervitinu jedná o velmi mladé ženy, jejichž průměrný věk je 22,7 roku. „Přispívá k tomu i skutečnost, že do roku 1989 se v ČR užívání drog prakticky nevyskytovalo. Po vzniku klasického drogového trhu, oslovily drogy především velmi mladé jedince. Jde o snahu se zařadit do určité a určitým způsobem vymezené komunity. Významným faktorem je vliv vrstevníků, kamarádů, part, či různě strukturovaných společenství. Stejně důležité je i společenství ve kterém dochází k prvnímu kontaktu (diskotéky, kluby).“ (Vavřínková, Binder, 2006, s.29)



Mezi pacientkami Vavřinkové a Bindera je přes 90 % svobodných. Z vdaných žen byl ve třech případech manžel rovněž závislý na drogách a u jedné na alkoholu. Toto přímo souvisí s nevyzrálou osobností a věkem, ve kterém tyto ženy začaly experimentovat s drogami. Drogová závislost vede postupně k izolaci a k rozpadu partnerských vztahů, pokud si nějaké stačily vybudovat. Také příslušnost k partě není příznivá pro vytváření partnerských vztahů.

Nápadným znakem této skupiny je nezaměstnanost. Ženy závislé na pervitinu jsou nezaměstnané v 85 %, zatímco u žen užívající heroin je to až 100 %. Závislost na pervitinu sice nevyžaduje každodenní aplikaci, ale několikadenní „tahy“ vedou až k úplnému psychosomatickému vyčerpání. U delší závislosti na pervitinu se objevuje paranoidní nebo paranoidně-halucinatorní syndrom, kvůli kterým dochází ke konfliktům na pracovišti a spolu s opakovanými absencemi vedou nakonec ke ztrátě zaměstnání. (Vavřinková, Binder, 2006, s. 30)

Průměrná délka užívání drog je v době otěhotnění u uživatelék pervitinu 3,3 roku. Nejčastější způsob aplikace je intravenózní. Ženy závislé na pervitinu si tímto způsobem aplikují v 60 %. (Vavřinková, Binder, 2006)

„Specifičnost této skupiny souvisí, také s tím, že ženy si častěji obstarávají peníze na svou dávku drog prostitutí a s tím dále souvisí i vysoké riziko nákazy HIV, ale i dalších nemocí. U drogově závislých žen nacházíme v anamnéze vysoké procento sexuálního zneužívání, příp. znásilnění.“ (Preslová, 2003, s. 246)

### **2.3.2 Jaké služby jsou vhodné**

Statistická data i zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi problematikou drog žen a mužů jsou zásadní a mnohdy vyžadují zcela odlišný přístup. U drogově závislých žen pak ještě výraznější potřebu zvláštní péče vyžaduje skupina žen těhotných a matek. (Preslová, 2003)

Jedním z hlavních důvodů, proč se ženská populace uživatelůk drog neodvážív vystoupit z anonymity a využívat nabízené služby, je již zmíněná vyšší míra stigmatizace. (Vobořil, 2003)

Dle Vobořila (2003) by služby měly zohledňovat tento poznatek a využít několik vhodných možností:

- Je důležité, aby služby nabízely programy, které buď nejsou náročné na čas, nebo zohledňují potřebu mít možnost starat se během programu o jejich děti.
- Služby by měly být zaměřené na specifické problémy žen – uživatelůk drog.
- Ukazuje se, že ženy využívají možností, které umožní zlegalizování jejich situace – např. získání jimi užívaných drog na lékařský předpis.
- Jako přínosné se jeví služby anonymní, jako například poradenské linky.
- Vhodné jsou také různé typy svépomocných programů.

### 2.3.3 Nejčastější cesty do odborné péče

V našich podmínkách zaznamenáváme nárůst těhotných žen a matek uživatelůk, což dle Preslové (2003) souvisí s rozšířením drog v naší společnosti, zestárnutím první drogové generace po roce 1989 a v neposlední řadě s ochotou společnosti věnovat se těmto otázkám.

Ženy se nejčastěji dostávají do péče center třemi způsoby (Preslová, 2003):

- Klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy možné s ní nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat jí apod. Pro další spolupráci je nejvýhodnější máme – li s klientkou kontakt již před tím, než očekává dítě. Při určité

důvěře, kterou již docházení do centra předpokládá, můžeme usilovat o základní prenatální péči, zamezit rizikům, pomáhat řešit sociální otázky a poskytnout základní podporu, kterou tato klientka v těhotenství a po porodu potřebuje, případně již předem řešit osud dítěte. (Preslová 2003)

- Žena beroucí drogy, porodí dítě s abstinenčním syndromem a z porodnice je informován příslušný odbor, sociální pracovnice a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení. V případech poslední dobou častých, kdy problém drogové závislosti je zveřejněn poprvé v průběhu porodu, bývá dítě většinou umístěno na základě předběžného opatření do kojeneckého ústavu. (Preslová, 2003) Dle statických údajů pražského kojeneckého ústavu se potvrzuje vzestupná tendence tohoto postupu. V roce 1996 byly přijaty čtyři děti v souvislosti s drogovou závislostí matky, v roce 2001 to bylo ze stejného důvodu 18 dětí. (Preslová, 2003)
- Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti, na situaci upozorní většinou okolí. 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 orgánů. Na problém většinou upozorní někdo z blízkého okolí dítěte, škola, sousedé či rodinný příslušník. Rodina žije tímto způsobem již delší dobu a zásah zvenčí, byť nutný s ohledem na dítě, bývá zúčastněnými přijímán velmi obtížně. (Preslová, 2003)

#### **2.3.4 Specifika přístupu k této cílové skupině**

Hlavní specifikou této klientely je, že hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a její dítě. Důležitá je otázka priorit, jaký cíl sledujeme a komu vlastně pomáháme. Pro léčbu drogově závislých matek je nutné ujasnění si postoje cíle terapie. (Preslová, 2003)

„Co očekáváme od této pomoci? Chceme vyléčit tuto klientku z drogové závislosti, nebo touto terapií zajistit dítěti vhodnou matku, nebo pomáháme matce ujasnit si vztah k dítěti a tím nalézt motivaci k léčbě?“ (Preslová, 2003, s.245)

Zásadní je otázka kdo je naším klientem. Je jím matka, které nabízíme pomoc. Jestliže projeví zájem o dítě, chce být s ním a pečovat o něj, nacházíme zde důležitou motivaci k léčbě. Dítě je klientem jiných institucí, kde se jeho situace řeší a kde se chrání jeho práva. (Preslová, 2003)

Nesmíme zapomínat, že klientka je kromě své drogové závislosti v těžkém životním období a to je důvodem, proč jí věnujeme zvýšenou péči. Nová situace pro ni představuje zátěž, která by ji mohla k drogám stále vracet.

Specifikem péče o tuto klientelu by měl být snadnější přístup k léčbě, což je postoj, který zastává většina evropských zemí, kdy je proklamován rychlejší a nekomplikovaný přístup k léčbě. (Preslová, 2003)

### **3. Výzkumná část**

#### **3.1 Úvod**

Výzkumná studie byla provedena mezi klientkami občanského sdružení Sananim a to konkrétně dvou zařízení, denního stacionáře a terapeutické komunity Karlov. Jedná se o kvalitativní výzkum s použitím metody zakotvené teorie.

Respondentky byly vybrány na základě těchto kritérií: délka užívání pervitinu alespoň jeden rok před porodem nitrožilně, dítě nejméně jeden rok staré.

Polostrukturovaná interview probíhala v prostorách obou zařízení v druhé polovině roku 2008. Rozhovor probíhal podle předem připravených otázek a jeho délka se pohybovala v rozmezí 30 až 40 minut. Rozhovor byl nahráván na záznamové zařízení, před jeho začátkem byly respondentky seznámeny s etickými pravidly a vyslovily souhlas s účastí na studii.

Studie má za cíl popsat problematiku těhotných žen a matek užívajících pervitin. Dílčí cíle studie byly zmapování vztahu k dítěti a jeho vývoj, zjištění fungování sociálních vztahů v době těhotenství a mateřství, popsat nejčastější problémy, které tyto ženy trápily v době těhotenství a mateřství a jaké služby využívaly.

#### **3.2 Cíle výzkumu**

Hlavním cílem studie, která je součástí bakalářské práce na téma: Matky závislé na pervitinu a péče o dítě v prvním roce, je zmapování problematiky a popsat problematiku těhotných žen a matek užívajících v době těhotenství pervitin.

- Popsat cesty dětí, které se těmto matkám narodí během prvního roku jejich života, zjistit, zda existují nějaké shodné vzorce a jakou úlohu hrají v tomto systému nestátní organizace.
- Zmapovat, jak se vyvíjel vztah těchto žen k návykovým látkám během těhotenství a prvního roku života jejich dítěte.
- Zjistit, zda jsou nějaké shodné potřeby těchto žen, které by se měly zohlednit v systému péče.
- Zjistit zda jsou služby pro tyto ženy z jejich pohledu dostačující a vnímají přístup úředníků, sociálních pracovníků, lékařů a dalších ke své osobě.

### **3.3 Metodika**

#### **3.3.1 Kvalitativní výzkum**

„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“ (Strauss, Corbinová, 1999) Výzkum byl prováděn na základě zakotvené teorie.

„Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje.“ (Miovský, 2006)

Kvalitativní výzkum má tři různé složky. První jsou údaje, které mohou pocházet z mnoha zdrojů. Nejčastějšími zdroji jsou zde rozhovory a pozorování. Druhou složkou jsou analytické nebo interpretační postupy, díky nimž docházíme k závěrům nebo teoriím, součástí jsou techniky konceptualizace údajů. Tento proces („kódování“) se liší podle zkušeností, typu výcviků a cílem badatele. Třetí složkou jsou písemné a výzkumné zprávy. (Strauss, Corbinová, 1999)

Na metodu zakotvené teorie jsou kladeny čtyři základní požadavky:

- Shoda mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi.
- Srozumitelnost.
- Schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat je, být schopen zdůvodnit, jak fungují a proč například jiné fungují jinak.
- Zpětné ověřování teorie konfrontací s výchozími daty. (Corbin, Strauss, 1999 in Miovský, 2006)

### **3.3.2 Metody získávání dat**

Účastníky výzkumu byly klientky dvou zařízení o.s. Sananim (denní stacionář a terapeutická komunita Karlov). Studie se zúčastnilo 6 klientek, které byly vybrány podle následujících kritérií:

- užívání pervitinu nejméně jeden rok před porodem nitrožilně,
- nejméně jeden rok staré dítě.

Respondentky byly před samotným rozhovorem seznámeny s etickými pravidly a vyslovily souhlas se zařazením do výzkumu. Oboje bylo nahráno na záznamové zařízení. Rozhovory probíhaly v denním stacionáři v oddělené místnosti určené pro skupiny a v terapeutické komunitě v denní místnosti pro děti.

S každou respondentkou byl polostrukturovaný rozhovor v délce cca 30 minut, který byl posléze přepsán a nahrávka byla zničena.

Rozhovor byl rozdělen do šesti tématických okruhů:

- 1) vztah k těhotenství a k dítěti,
- 2) ovlivnění mateřstvím,
- 3) průběh péče o dítě během jednoho roku života,
- 4) vnímání spolupráce s odbor sociálně právní ochrany dětí, drogovými a jinými službami,
- 5) jak bylo okolím vnímáno těhotenství a mateřství,
- 6) vize do budoucna.

### **3.3.3 Analýza dat**

Polstrukturované rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a poté doslovně přepsány. Výhodou zvukového záznamu je zachycení všech kvalit mluveného slova, jako je síla hlasu, délka pomlky, různé zvuky, řečové vady atd. (Miovský, 2006) „Záznam je nestranný a je na něm vše, tak jak se odehrálo. Je autentický.“ (Miovský, 2006, s. 197)

Dále byly vyhledány významové jednotky. „Významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události. Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu (významové jednotky se z různé části překrývají), nebo jinému jevu nenáleží, a tvoří tedy samostatný odlišitelný celek. Tímto způsobem jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu - do abstraktnějšího pojmu, který nazýváme kategorie.“ (Miovský, 2006, s. 228-229) Kategorizací rozumíme seskupování dílčích pojmů. Kategorie k sobě váží různé podskupiny, neboli subkategorie. Kategorie a subkategorie pojmenováváme adekvátními názvy, nejlépe je, když



je toto originální, bývá například výhodné užívat slangových výrazů tazatelů, čímž docílíme vyšší míry autentičnosti údajů atd. (Miovský, 2006)

„Proces kódování má za úkol podněcovat objevování nejen kategorií, ale právě také jejich vlastností a dimenzí, na kterých se tyto vlastnosti nacházejí. To má následně pomoci identifikovat a popisovat vztahy mezi subkategoriemi, kategoriemi a hlavními kategoriemi. Při každém výskytu kategorie je možné určit její umístění na dimenzionálních škálách. Každému výskytu kategorie tak náleží jeho dimenzionální profil. Dimenzionální profil znázorňuje konkrétní vlastnosti jevu za daných podmínek. Seskupením několika dimenzionálních vzniká vzorec či lépe pravidelnost. (Miovský, 2006, s. 229)

### **3.4 Etická pravidla výzkumu**

Základním pravidlem je nepoškodit účastníka výzkumu. Účast na výzkumu je zásadně dobrovolná. Výzkum je možné dělat pouze s osobami, které s účastí souhlasí a tzv. informovaný souhlas s výzkumem. Ze souhlasu musí být jasné, že účastník rozumí tomu, co pro něj z účast na výzkumu plyne, je si vědom rizik výhod i nevýhod, které pro něj účast na výzkumu přináší. V tomto výzkumu byl z důvodu ochrany osobních údajů a zachování anonymity informovaný souhlas zaznamenán na záznamové zařízení. Respondent má právo z výzkumu kdykoli odstoupit, přerušit nebo neodpovídat na jednotlivé otázky. (Miovský, 2006)

Při výzkumu byla zajištěna ochrana osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb. V prepisech rozhovorů byla pozměněna jména a všechny údaje, které by vzhledem k citlivým osobním údajům uvedených v rozhovorech, mohly vést k identifikaci tazatele. Nahrávky a prepisy rozhovorů byly uloženy v počítači tazatele pod heslem.

### **3.5 Občanské sdružení Sananim**

#### **3.5.1 Denní stacionář**

„Denní stacionář je pražské ambulantní psychoterapeutické centrum poskytující poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání především nealkoholových drog a jejich blízkým.“ ([http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-\(DST\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-(DST)/info.html))

Obecnými cíly denního stacionáře jsou ([http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-\(DST\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-(DST)/info.html)):

- Zajistit včasnou a přiměřenou léčbu vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta v ambulantních podmínkách.
- Zajistit kontinuální léčbu (navazující na terénní programy, kontaktní centra), v nezbytných případech kombinující se s ústavní či rezidenční léčbou, a pokračující v doléčovacím programu.
- Konečným cílem je stabilizace a vyšší kvalita života klienta s důrazem na abstinenci do OPL, která však není jedinou podmínkou.

Denní stacionář nabízí denní stacionární program, otevřenou motivační ambulantní skupinu, individuální poradenství, psychoterapii, konzultaci, program pro klientky (matky a těhotné žitelky, konzultace pro rodiče a blízké, rodinou terapii a sociální poradenství).

Cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek s diagnózou závislosti nebo škodlivého užívání s elementární motivací ke spolupráci. Specifickou cílovou skupinou jsou matky se zájmem o řešení své situace a o léčbu. V denním stacionáři se zařizuje i léčba v terapeutické komunitě Karlov. ([http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-\(DST\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-(DST)/info.html))

### **3.5.2 Terapeutická komunita Karlov**

V terapeutické komunitě Karlov probíhá střednědobá (mladiství) a dlouhodobá (matky s dětmi) rezidenční léčba na návykových látkách závislých osob.

Cíle u skupiny matek jsou ([http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-\(TKK\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-(TKK)/info.html)):

- Vytvoření pevného vztahu matky a jejího dítěte.
- Přijetí mateřské role (výchova k rodičovství a partnerství).
- Získání dovedností v péči o dítě.
- Získání dovedností nutných pro zajištění bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě.
- Nalezení místa a upevnění své role v primární rodině či ve funkčním partnerském vztahu.

Specifické cíle u skupiny dětí jsou zajištění péče matky v době jejího léčení, diagnostika zdravotního stavu a v případě potřeby zajištění adekvátního léčení, zajištění odpovídající výchovy a tím i vývoje, zajištění speciální péče v případě speciálních potřeb dítěte. ([http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-\(TKK\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-(TKK)/info.html))

### **3.6 Popis výzkumného vzorku**

V první polovině roku 2008 jsem provedla celkem šest rozhovorů s klientkami dvou zařízení o.s. Sananim a to denního stacionáře v Praze a v terapeutické komunitě Karlov.

Výzkumným vzorkem bylo šest matek, které nejméně jeden rok před porodem užívaly nitrožilně pervitin a jejichž dítě je alespoň jeden rok staré. Průměrný věk respondentek byl 26,5 roku, průměrný věk v době otěhotnění byl 23 let. Doba užívání pervitinu se pohybovala od tří do dvanácti let. Všechny respondentky se v době pořizování rozhovorů léčily v zařízeních o.s. Sananim (v denním stacionáři nebo terapeutické komunitě Karlov).

Tři respondentky žily v partnerském vztahu, dvě žily samy s dítětem a jedna byla vdaná.

Dvě respondentky měly dvě děti (jedna obě ve své péči a druhá jedno dítě ve své péči a druhé v péči své matky), čtyři respondentky měly jedno dítě ve své péči.

Všechny respondentky mají ukončené základní vzdělání, dvě dokončily učební obor, tři učební obor nedokončily a jedna respondentka střední školu s maturitní zkouškou.

Žádná z respondentek nebyla trestně stíhaná, přestože dvě uvedly trestnou činnost v minulosti.

### **3.7 Výsledky**

#### **3.7.1 Vztah k těhotenství**

Z odpovědí tazatelek na otázku v kolikátém měsíci se dozvěděly, že jsou těhotné vyplívá, že se o těhotenství dozvěděly, až na jeden případ, v prvním trimestru („No dozvěděla jsem se to ve druhém měsíci. Nedostala jsem to, tak jsem si udělala test a pak šla k doktorovi.“) a že víceméně docházely pravidelně do těhotenské poradny. Nejčastějším postupem při potvrzování těhotenství je podezření při vynechání menstruace, nebo nestandardní fyzické pocity, kvůli kterým si žena udělala těhotenský test a následně navštívila gynekologa.

V tom zda bylo těhotenství chtěné nebo nechtěné se odpovědi značně liší, ale převládá těhotenství chtěné („No u mě už to bylo hodně dlouho plánovaný, asi tak tři roky když to konečně vyšlo, tak jsem byla šťastná.“). U většiny nechtěných se postoj vyvíjel během těhotenství směrem ke chtěnému („Nejdřív jsem ho nechtěla, ale pak už jo. Čím víc mi rostlo břicho, tak jsem ho víc chtěla. Já jsem nevěděla, do čeho jdu a kam ten malej půjde, ale teď jsem za to strašně vděčná.“). Pouze u jedné respondentky se tento postoj změnil, až krátce po porodu („Dítě jsem nechtěla a ani jsem si moc neuvědomovala, že jsem těhotná. Až když jsem rodila, tak mě napadlo, že by mohla bejt nemocná. Až když se narodila, tak jsem byla šťastná.“).

Jako velmi často obavou v těhotenství byl vnímán strach o zdraví dítěte, vzhledem k užívání pervitinu během těhotenství („Dřív než jsem byla na tom ultrazvuku, tak jsem se bála, aby měla všechny ruce, nohy a tak, no.“), dalším, u většiny případů vyskytujícím se strachem, byl strach z porodu („Jo, toho porodu vlastně, až když se to blížilo.“), který je zcela běžný i u těhotných žen z běžné populace. Podle některých zdrojů je tento strach častým důvodem relapsů v konečné fázi těhotenství, což se tímto výzkumem, možná pouze z důvodu malé skupiny tazatelek nepotvrdilo. Časté taky byly obavy, do jakého prostředí žena dítě přivede („...ale strašně jsem se netěšila, do jakých podmínek ho přivedu, vztah s manželem nebyl dobrej a já jsem zhruba tak věděla, jak to bude pokračovat, že to bude ještě horší. To byly vlastně ty největší obavy.“).

Téměř všechny ženy se během těhotenství těšily na dítě („A strašně jsem se na něj těšila. Povídala jsem si s ním, když jsem ho měla v břiše, pořád jsem ho hladila.“), pouze v jednom případě převládalo těšení se na dítě, pouze jako na motivační prostředek k abstinenci („Já jsem v těhotenství nesnášela děti, takže to bylo takový dost blbý, no, ale spíš jsem se těšila na ten čistej život.“), což zřejmě souviselo s tím, že těhotenství nebylo chtěné a tento postoj se změnil až po porodu.

Na otázku, jak těhotenství ovlivnilo vztah k návykovým látkám, se odpovědi značně lišily, ale poměr mezi abstinujícími, abstinujícími s relapsy a beroucími byl vyrovnaný. V jednom případě se u jedné z žen frekvence užívání během těhotenství ještě zvýšila („Brala jsem celou dobu a ještě víc, jsem začala brát právě, když jsem zjistila, že jsem těhotná. To bylo trochu tím, že byly věčné neshody s jeho tátou.“). Dvě ženy vnímaly jako velké ohrožení abstinence svého partnera („Přítel zase začal brát, když jsem byla v šestém měsíci, bylo to hodně těžký, ale nedala jsem si.“, „No... partner, ten jako hodně hulí, takže jsem se strašně nervovala, protože to samozřejmě ohrožovalo tu mojí léčbu.“).

Zajímavé je, že žádná z žen nebyla v kontaktu se žádnou službou, před těhotenstvím. Toto může souviset se strachem ze zvýšené míry stigmatizace (viz. výše) a jistě by tento jev byl zajímavým námětem pro další zkoumání. Pouze jedna tazatelka vyhledala během těhotenství odbornou pomoc ve formě ambulantní léčby a dvě vyhledaly pomoc lékařskou, z toho pouze jedna z nich z důvodu své závislosti. Ženy, které vyhledaly odbornou pomoc často relapsovaly, ty které nikde v péči nebyly braly stejně nebo více než před těhotenstvím a pouze jedna z nich plně abstinovala.

Všechny ženy uvádějí, že měly zájem, aby děti byly po porodu v jejich péči a na otázku co proto dělaly, téměř ve všech případech uvádí abstinenci nebo pokusy o abstinenci („U porodu jsem byla čistá a ke konci těhotenství vlastně taky.“), dvě ženy, z nichž jedna pokus o abstinenci nesděluje, uvádí přípravu prostředí pro dítě („no pořád jsem nakupovala různé věci jako pleny, oblečení na mimčo a doma jsem to činčala“).

Odpovědi na otázku týkající se největších problémů během těhotenství se odpovědi velmi různily. Objevovaly se zdravotní komplikace, různé stavy psychické nepohody, problémy v partnerském životě a s tím související nejistota do budoucna a pocit samoty („Nevěděla jsem, jestli budu sama nebo budu mít přítele.“), výčitky svědomí kvůli užívání („Jako mě sralo prostě to, že beru, ale prostě neuměla jsem to zastavit prostě. To mi hodně vadilo a

prožívala jsem to hodně a to mám do teď jako.“) a problematický kontakt se sociálními pracovníci.

Partnerské vztahy během těhotenství byly ženami vnímány velmi negativně, pouze jedna tazatelka uváděla stabilní a vyrovnaný vztah a těšení se partnera na dítě („Von se těšil a pořád se o mě staral.“). Ostatní si stěžovaly na nezájem partnera („Pořád lítal někde s kamarádama a hulil.“) a v jednom případě i na fyzickou agresi („My jsme se pořád rozcházel, mlátil mě. V šestém měsíci jsem skončila i v nemocnici. Takže to bylo takový těžký no... věčně zmlácená.“).

### 3.7.2 Ovlivnění mateřstvím

Ponarození dítěte vnímaly tazatelky jako největší změnu ve třech případech zodpovědnost a štěstí („jak jsem ho viděla, tak už to bylo moje dítě a byla jsem hrozně šťastná.“), dvakrát se u této otázky vyskytly ztráta svobody („No zjistila jsem, že jsem ztratila absolutní svobodu, což mě trochu děsilo, no ale zase to byl ten nejkrásnější pocit, jaký jsem mohla mít.“) a výčitky svědomí, kvůli užívání pervitinu. Dále byla uváděna nuda („Jsme bydleli teda rok s mámou mojí a pak jsme se teda odstěhovali do nového bytu a pak jsem to teda jako nezvládala s Lukáškem a moc mě to nebavilo.“) a ztráta volného času. Tyto pocity se často u většiny tazatelek kombinovaly. Nejčastější kombinace bylo štěstí spolu se zodpovědností, nebo ztrátou svobody. Pouze v jednom případě bylo narození dítěte vnímáno pouze negativně („No mě to prostě nebavilo, pořád jsem od něj utíkala.“).

Zajímavé byly odpovědi na otázku jak narození dítěte ovlivnilo vztah k návykovým látkám. Podstatě všechny tazatelky, i ty které před porodem abstinovaly, začaly do jednoho roku od narození dítěte znovu s užíváním pervitinu. Jako častý důvod byla uváděna samota, zejména ze ztráty partnera. Během rozhovoru se ukázalo, že významnou roli v motivaci k abstinenci, zdá se, že i větší než těhotenství a samotné mateřství hraje kojení („Ta představa, že jsem kojila, něco bych si vzala a to dítě by to mělo vstřebat do sebe, to bylo pro mě úplně nepřípustný.“ „Do té doby a chvíli po tom, co jsem kojila jsem

nebrala, to jsem si ani nedokázala představit, ale pak přišly neshody s s manželem, já jsem nekojila a začala jsem zase brát“.).

Převážná většina tazatelek vnímá svojí péči o dítě jako dobrou. U některých se projevovala zvýšená úzkost („Já jsem měla hrozný obavy, pocit, že tam musí neustále někdo bejt, že se může cokoli stát.“), nuda („Já si myslím, že jsem to zvládala dobře, ale určitě to nebylo jako ideální. Já nejsem taková ta klasická mamina pro ty malý miminka, mě to baví, až když ty děti jsou starší. Když je to dítě malý, jenom něco potřebuje, je to malý, roztomilý, je to něžný, ale není to vcelku o ničem.“) a podrážděnost.

Jako častým pomocníkem v péči o dítě, ať už na materiální úrovni („Mamka mi pomáhala spíš finančně, ale nikdy se nestarala o dítě.“) nebo třeba hlídáním („No ta máma. Když jsem byla unavená nebo si nevěděla rady, tak se o Milánka postarala.“), se ukázali být rodinní příslušníci. Nejčastěji se jednalo o matky tazatelek, zřídka se objevoval partner („Já si myslím, že ten partner jako pomáhal když né podle mých představ. My jsme pak bydleli v podnájmu a musela jsem mu říct, co má dělat, občas třeba i v noci vstal a podával mi jí na kojení nebo jí houpal, jako jo.“).

Partnerské vztahy se narozením dítěte dle tazatelek výrazně změnily. Převládalo zhoršení vztahů („No ty byly asi možná horší než před tím. Najednou zjistil, že je nějaká zodpovědnost a od toho ještě víc utíkal. Takže to pro mě bylo ještě dvakrát tak horší než před tím.“), v jednom případě se vztah zlepšil („No to se jako hodně zlepšilo, protože on začal fungovat. Hlavně třeba v noci, protože jsem měla epilepsii a nemohla jsem tak často vstávat, to bylo super. Prostě mi jako hodně pomáhal.“), v jednom zůstal nezměněn a jedna tazatelka se s přítelem rozešla ještě před porodem („To prostě jako nějak nešlo. My jsme se prostě nějak poprali, když jsem čekala Adélku a od té doby jsem ho nějak nenáviděla.“).



Partner a partnerské vztahy („No ty přítelovo stavy a to, že mě obviňoval, že Milánek není jeho.“) byly také nejčastěji označovány jako věc, kterou tazatelky uváděly nejčastěji a na prvním místě, jako největší problém po porodu, následovaly výčitky svědomí, kvůli užívání návykových látek („No to, že jsem brala, to mě trápilo nejvíc.“) a komunikace s úřady.

### 3.7.3 Průběh péče o dítě během prvního roku života

Ve většině případů bylo dítě během prvního roku života v péči matky z toho v jednom případě byl odborem sociálně právní ochrany dětí uložen dohled matky, babičky dítěte („Bylo v mojí péči, i když vlastně v tý porodnici se máma musela vlastně zavázat, podepsat papír, že kdyby se jako dělo něco, cokoli, že ona vlastně mi může to dítě kdykoli vzít.“). Uložení dohledu při péči o dítě, vnímala klientka jako křivdu i přes to, že s matkou měla dobrý vztah. Jedna z tazatelek měla dítě v péči do desátého měsíce a poté bylo umístěno do kojeneckého ústavu („Až do desátého měsíce a pak mi ho vzala sociálka a šel do kojeňáku, protože mě přítel věčně napadal, ještě ke všemu jsem byla zase těhotná, takže aby se to nepřeneslo na Davídka, tak mi ho odebrala sociálka.“). To, že tazatelky měly dítě ve většině případů plně ve své péči, může souviset s jejich předpokládanou motivací k péči o dítě a směřování k abstinenci, vzhledem k tomu, že tyto rozhovory byly dělány s klientkami, které byly v léčbě. Předpokládám, že výsledky by se značně lišily například u matek, klientek K-center, nebo těch, které žádnou službu nevyhledaly.

Tazatelky většinou uvádějí, že vždycky chtěly, aby bylo dítě v jejich péči a tento postoj se během prvního roku života dítěte neměnil, ve dvou případech se objevují pochybnosti („Někdy jsem přemejšlela, že bych ho dala tý mámě, že si ho jako vezme k sobě, ale pak jsem teda šla do tý komunity.“ „Samozřejmě jsem chtěla, aby byl u mě, ale občas jsem si říkala, že by to pro něj bylo lepší, někde, kde je klid.“).

Partneři tazatelek se na péči o své dítě většinou nepodíleli, ženy jejich počínání často hodnotí jako nezájem („No tak kvůli němu mi Davídka vzali. On se o něj

vůbec nestaral.“). To jak byla péče otců vnímána tazatelkami také ovlivňoval fakt, zda partner aktuálně užíval nebo abstinovat („Tak s partnerem to bylo složité. Když zrovna nebral, tak mi hodně pomáhal a malého měl rád, ale pak se třeba tři dny neukázal doma.“). Opět se jako velkou oporou ukázali být rodiče tazatelek, zejména matky.

Partnerské vztahy se ukázaly být nejpálčivějším problémem, který tyto matky trápil během prvního roku života jejich dítěte („Prostě ten manžel. Jedna a ta samá věc pořád dokola“.), následovaly výčitky svědomí („Nechtěla jsem s Lukáškem jako bejt. Pořád jsem od něj utíkala. To byl asi ten největší problém.“) nejčastěji kvůli užívání návykových látek („Jediný, co jsem nezvládla byly ty drogy. Jsem jako brala a prostě hodně a prostě jako už to byla moje součást. Měla jsem to prostě už jenom k tomu, abych fungovala jako.“).

### **3.7.4 Spolupráce s odborem sociálně právní ochrany dětí, drogovými a jinými službami**

Jak již bylo řečeno v kapitole Závislé matky jako specifická cílová skupina, vyhledávají ženy služby mnohem méně než muži. Tento fenomén se rozhovory potvrdil. Pouze jedna tazatelka byla před těhotenstvím v kontaktu s výměnným programem, ostatní žádnou službu nevyužily. Bylo by zajímavé zjistit, co bylo důvodem, zda již zmíněná vyšší míra stigmatizace nebo něco jiného.

Poté co ženy zjistily, že jsou těhotné vyhledaly nějakou službu pouze tři (motivační skupina, centrum pro matky užívající návykové látky, centrum krizové intervence), ostatní nevyhledaly žádnou službu. Změna nastala po narození dítěte, kdy ženy dobrovolně, nebo pod nátlakem sociálních pracovníků vyhledaly odbornou pomoc. Nejčastěji se jednalo o AT ambulanci a následně o terapeutickou komunitu Karlov nebo o denní stacionář. Motivací pro léčbu v terapeutické komunitě Karlov byla nejčastěji možnost pobytu i s dítětem a to i přes to, že bylo matce odebráno a svěřeno do péče státu.

Služby byly tazatelkami většinou hodnoceny jako dobré, dobře nastavené a ženy též oceňovaly ochotu pomoci. Byl zde také ale zmíněn příliš vysoký práh jednou z tazatelek („Já jsem jako byla v krizi a když jsem někam přišla, tak mě objednali až za čtrnáct dní. Pak jsem šla do centra krizové intervence a tam mě nevzali, protože jsem neměla devadesát korun, měla jsem jenom sedmdesát, takže tam mě taky naštváli. A to jsem na tom byla jako hodně špatně, ubrečená, prostě v hrozném psychickým stavu, protože to bylo vlastně hned po tom, co jsem zjistila, že jsem těhotná. Tak jsem nakonec vyžebkala dvacku a odešla jsem po pěti minutách prostě jako s tím, že nevědí co po nich jako chci.“) a nedostatek empatie ze strany pracovníků.

Nejvíce služby tazatelkám pomohli „nakopnutím“ („V Káčku mě nakopli, abych něco dělala a zařizovali se mnou Karlov.“), objevením a posílením motivace ke změně, možností potkávat se s lidmi se stejným problémem, sdílením samoty. Velmi oceňované bylo i zprostředkování kontaktu s jinými službami.

Většina žen byla v době prvního roku života jejich dítěte pod dohledem pracovnice odboru sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Ve všech případech byly zásahy vnímány spíše jako kontrolní. V jednom případě došlo k odebrání dítěte. Zásahy OSPOD byli zpětně vnímány jako adekvátní, až příliš benevolentní („Vona chodila jenom určitou dobu a co jsem se ptala, jestli mám chodit ještě na testy, tak mi řekla, že už to není nutný a že už vypadáme dobře no. Pak jsem zase začala vlastně, právě pro to, že jsem nebyla pod žádným dohledem, proto jsem říkala, že nutně potřebuje být pod dozorem.“ „Když jsem brala, tak jasný, že jsem na ně nadávala, ale vím, že dělali dobrou věc no.“). Dle tazatelek byla spolupráce s OSPOD v pořádku, v ideálním případě, by si ale představovaly, kromě kontroly, větší pomoc matce, ze strany sociálních pracovníků („Jako, že se zeptá na mojí finanční situaci, životní situaci, jestli jsem prostě v pohodě nebo se s někým hádám.“).

### 3.7.5 Reakce okolí na těhotenství a mateřství

Téměř všechny tazatelky shodně uvádí, že nejbližší rodina (rodiče), měli po tom co se dozvěděli o těhotenství strach a obavy, zda jejich dcera péči o dítě zvládne („Rodina, ty měli dost pochyby. Báli se prostě, jako jestli to budu zvládat, nevěřili mi prostě no.“).

Změna ve vnímání tazatelek okolím výrazněji nastala po porodu, kdy většina z nich uvádí, že je okolí vidělo jako špatné matky („ Já si myslím, že je to horší v tom, že jsem jako máma. Že jsem taková ta svině, co jakože bere a má dítě prostě.“). V jednom případě došlo ke zlepšení a k větší důvěře rodičů tazatelky směrem k ní („Máma mi začala asi trochu víc věřit, když viděla, že to zvládám.“).

Zkušenost těchto žen s lékaři v době těhotenství a po porodu je ve všech případech pozitivní. Nejčastěji udávají snahu pomoci ze strany lékařů („Lékaři byli strašně milí a v pohodě. Snažili se mě nějak uklidnit a pomoci.“).

### 3.7.6 Vize do budoucna

Všechny respondentky se shodují, že se těší na život po léčbě („Já se hrozně těším. Si to užívám hrozně moc, protože jsem čistá, že jo.“). Jako největší problém do budoucna uvádějí finanční situaci a otázku bydlení („Bude to samozřejmě hrozně těžký, budu sama s dítětem. A s penězma to asi taky bude složitý no.“).

Na otázku jakou roli budou hrát v budoucnu návykové látky polovina respondentek odpověděla, že určitě žádnou („No já si myslím, že tohle už mám v sobě vyřešený. Já prostě brát nechci.“). Druhá část dotazovaných si není abstinencí v budoucnu jistá („Hele já fakt nevím. Já strašně chci nebrat, ale pořád nevím, jestli to jde.“).

Čtyři ženy si v budoucnu představují život se svým současným partnerem, z toho dvě i přes to, že je vztah problémový („No jako partner je zavřenej, to je taky průser, že jo. Jako my jsme spolu braly, ale on taky nechce brát a já mu to věřím.“). Pro dvě respondentky je důležitá samostatnost („Myslím, že by bylo jako úplně nejlepší, kdybych zůstala jako sama, teda jako s Honzíkem.“), obě však předpokládají s partnerem později, až se samy stabilizují v novém prostředí.

Vztahy s původní rodinou mají v plánu téměř všechny respondentky uvolnit a fungovat spíše samostatně, pouze s její podporou („Moje rodina ta tam teda jako hraje taky roli, ale není to tak důležitý, jako ta moje nová rodina.“). Jedna respondentka má v plánu po léčbě bydlet u matky a počítá s její finanční pomocí a pomocí při péči o dítě.

### **3.8 Diskuze**

Výzkumem se podařilo dosáhnout všech hlavních cílů studie. Tento kvalitativní výzkum může nabídnout pohled na problematiku těhotných žen a matek užívajících pervitin, ale vzhledem k velikosti souboru není dostačující pro zobecnění výsledků na celou tuto populaci.

Studie nabízí pohled na nejčastější problémy klientek terapeutické komunity Karlov a denního stacionáře o.s. Sananim. S rozšířením souboru by pravděpodobně byly odhaleny i jiné závěry, zejména pokud by mezi respondentkami byly i klientky nízkoprahových zařízení.

Poměrně obtížný byl výběr vhodných respondentek vzhledem k nastavení požadavků výzkumného souboru. Klientky buď měly dítě mladší než jeden rok, nebo užívaly pervitin dávno před tím než otěhotněly a zrelapsovaly až po narození dítěte, nebo kombinovaly více návykových látek. Překvapující byla ochota klientek se studie zúčastnit (zúčastnily se všechny oslovené klientky).

Osobně pro mě bylo překvapující jaký vývoj měl vztah k dítěti. Většina respondentek si během těhotenství neuvědomovala, že budou matkami a ani si těhotenství nepřipouštěla. Změna u většiny nastala až samotným porodem a několik tazatelek shodně uvedlo, že větší motivací k abstinenci než těhotenství bylo kojení.

Jako nejcitlivější otázky se ukázaly být ty, ve kterých byl zmiňován partner. Respondentky byly často ve vztahu s člověkem se kterým v minulosti užívali a zmiňovaly nepříjemné vzpomínky zejména z období těhotenství, přesto některé z nich mají v plánu ve vztahu setrvat.

Klientky jsem oslovovala sama a nejprve jsem zjišťovala, jestli jsou vhodné pro zařazení do výzkumného souboru. V denním stacionáři byly rozhovory pořizovány v oddělené místnosti a respondentky byly soustředěné a uvolněné. Vzhledem k nastavení terapeutické komunity Karlov toto nebylo možné. Bylo nutné, aby se matka starala o své dítě, proto byly některé rozhovory pořizeny v herně za přítomnosti dítěte, které upoutávalo pozornost respondentky a mnohdy se čas určený na rozhovor překročil.

### **3.9 Souhrn**

Hlavním cílem studie bylo popsat problematiku těhotných žen a matek užívajících v době těhotenství pervitin, popsat cesty dětí, které se těmto matkám narodí během prvního roku jejich života, zjistit, zda existují nějaké shodné vzorce a jakou úlohu hrají v tomto systému nestátní organizace. Dále pak zmapovat, jak se vyvíjel vztah těchto žen k návykovým látkám během těhotenství a prvního roku života jejich dítěte, zjistit zda jsou služby pro tyto ženy z jejich pohledu dostačující a vnímají přístup úředníků, sociálních pracovníků, lékařů a dalších ke své osobě.

Výzkumné otázky byly:

- 1) Jak probíhala péče o dítě během prvního roku života?
- 2) V čí péči, kromě matky, tyto děti byly?
- 3) Vrátily se tyto děti do jednoho roku zpět do péči matky?
- 4) Jaké jsou nejčastější vzorce v umístění do péče během jednoho roku života dítěte?
- 5) Jsou drogové a sociální služby z hlediska dotazovaných dostačující a dobře nastavené?
- 6) Jak jsou těmito matkami vnímány zásahy OSPOD?
- 7) Jaké problémy tyto matky trápí během těhotenství a jednoho roku života jejich dítěte?
- 8) Jaká je jejich vize do budoucna?

Polostrukturované interview jsem zvolila z důvodů většího prostoru pro respondentky a tím i větší možnosti získat podrobnější informace, které by se při přísně strukturovaném rozhovoru neobjevily.

V první polovině roku 2008 jsem provedla šest polostrukturovaných rozhovorů s klientkami terapeutické komunity Karlov a denního stacionáře o.s. Sananim.

Výzkumným vzorkem bylo šest matek, které nejméně jeden rok před porodem užívaly nitrožilně pervitin a jejichž dítě je alespoň jeden rok staré.

Průměrný věk respondentek byl 26,5 roku, průměrný věk v době otěhotnění byl 23 let. Doba užívání pervitinu se pohybovala od tří do dvanácti let. Všechny respondentky se v době pořizování rozhovorů léčily v zařízeních o.s. Sananim (v denním stacionáři nebo terapeutické komunitě Karlov).

Tři respondentky žily v partnerském vztahu, dvě žily samy s dítětem a jedna byla vdaná.

Dvě respondentky měly dvě děti (jedna obě ve své péči a druhá jedno dítě ve své péči a druhé v péči své matky), čtyři respondentky měly jedno dítě ve své péči.

Všechny respondentky mají ukončené základní vzdělání, dvě dokončily učební obor, tři učební obor nedokončily a jedna respondentka střední školu s maturitní zkouškou.

Žádná z respondentek nebyla trestně stíhaná, přestože dvě uvedly trestnou činnost v minulosti.

Nejpalčivější otázkou pro respondentky byla současná finanční situace a vyhlídky do budoucna. Většina z nich uváděla nefunkční až patologické partnerské vztahy a narušené vztahy v původní rodině. Častá byla obava o zdraví dítěte vzhledem k užívání pervitinu v těhotenství.

Respondentky měly až na jednu dítě vždy ve své péči, což by asi bylo jiné pokud by do výzkumného souboru byly zařazeny i klientky nízkoprahových zařízení.

Většina respondentek v době těhotenství nevyhledala žádnou specializovanou službu, pouze jedna navštěvovala centrum pro matky užívající návykové látky, přesto služby hodnotí vesměs jako dobře nastavené (výjimkou bylo snížení dostupnosti krizového centra vzhledem k zavedení poplatků). Jako důvod, proč je nevyhledávaly byla nízká motivace ke změně.

S přístupem sociálních pracovníků, úředníků a lékařů byly klientky převážně spokojeny a často oceňovaly snahu pomoci a empatii.



Zásahy OSPOD respondentky překvapivě zpětně hodnotí jako příliš mírné a ocenily by více kontroly a důslednosti.

To co je nejvíce trápilo v době těhotenství byli převážně partnerské vztahy. Část respondentek uváděla fyzické násilí ze strany partnera. V péči o dítě během prvního roku jako největší problém část respondentek uvedla nudu a snahu vyhnout se péči, dále pak únavu a partnerské neshody. Jako přání do budoucna je větší samostatnost a trvalá abstinence od návykových látek.

## 4. Závěr

Studie se zúčastnilo 6 respondentek. Polostrokturované rozhovory probíhaly v terapeutické komunitě Karlov a v denním stacionáři o.s. Sananim podle předem připravených otázek a trvalo 30 až 40 minut.

Cíle kvalitativního výzkumu se podařilo naplnit i přes to, že výzkumný soubor čítal pouze 6 respondentek. Díky vhodnému výběru respondentek a jejich otevřenosti a spolupráci se podařili získat informace nezbytné pro splnění cílů studie.

Studie popisuje problematiku těhotných žen a matek užívajících během těhotenství pervitin. Respondentky se shodly v pozitivním přístupu lékařů a sociálních pracovníků k nim a jejich těhotenství. Překvapivě měla naprostá většina z nich dítě vždy ve své péči.

Rozšířením výzkumného vzorku na klientky nízkoprahových zařízení by mohly být popsány i jiné problémy během těhotenství a mateřství a zejména v péči o dítě.

## 5. Literatura

- *Plank, K., Špírová, R., Drobná, H. (2007). Tehotne ženy s nedostatkom prenatalnej starostlivosti, Mezinárodní konference v Českých Budějovicích 18. září 2008 pod názvem: Těhotné uživatelky drog – zdravotní a sociální dopad I. Gynekologicko – pôrodnická klinika SZU Bratislava, Kramáre Neonatologické oddelenie FNŠP Bratislava, Kramáre.*
- *Zaostřeno na drogy (4/2007). Úřad vlády ČR Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.*
- *Binder, T., Vavřínková, B. (2006). Návykové látky v těhotenství. Praha. Triton.*
- *Huttov, M., Drobná, H., Jurkovicová, J., Pavelková, M., Chovancová, D., Hartmanová I. (2/1999). Následky alkoholizmu a drogové závislosti 34.*
- *Drobná, H. Velemínský, M. (2000). Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice.*
- *Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In: Kalina K. a kol: Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády ČR, Praha*
- *Kalina, K. a kol. (2003) Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády ČR, Praha*
- *Bittner, P., Havigerová, J., Janišová, I., Langhansová H., (2007) Děti z ústavů! Liga lidských práv*
- *Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada. Praha 2006*
- *Mravčík, V. (2006). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v české republice 2005. Úřad vlády ČR. Praha*
- *Strauss, A., Corbinová, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu. Poddané ruce. Albert. Boskovice*

### **Internetové zdroje**

- [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)
- [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- <http://www.gyne.cz/clanky/2000/400cl6.htm>
- <http://www.porodnici.cz/abuzus-drog?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>
- [http://www.drogy.net/clanek/zeny-jsou-na-drogy-nachylnejsi\\_2006\\_10\\_03.html?E4SID=31a73502feb86867cc14d3cfbf611e8a](http://www.drogy.net/clanek/zeny-jsou-na-drogy-nachylnejsi_2006_10_03.html?E4SID=31a73502feb86867cc14d3cfbf611e8a)
- [http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy\\_2006\\_01\\_05.html](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/drogy-a-historie/amfetaminy_2006_01_05.html)
- <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=17>
- [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/stimulancia/pervitin\\_metamfetamin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin)
- <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=18>
- [http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-\(DST\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-(DST)/info.html)
- [http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-\(TKK\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-(TKK)/info.html)

## 6. Přílohy

### 6.1 Informovaný souhlas

„Než začneme je nutné Vás informovat o důležitých informacích týkajících se Vaší účasti na studii. Vaše účast nebo neúčast je zcela dobrovolná a nebude mít vliv na služby vám poskytované ani na přístup k vám v tomto zařízení. Rozhovor je anonymní, nikde nebudou zveřejněny informace, které by mohly vést k vaší identifikaci. Rozhovor bude nahráván a poté přepsán. Po přepsání bude nahrávka zničena a přepis bude uložen v počítači pod heslem. Máte právo rozhovor kdykoli ukončit nebo neodpovědět na otázku. Z účasti na této studii pro Vás neplynou žádné výhody.“

### 6.2 Otázky pro polostrukturované interview:

#### *Vztah k těhotenství a k dítěti*

- Jak a kdy (v kolikátém měsíci) jste se dozvěděla, že jste těhotná?
- Bylo těhotenství chtěné?
- Jak jste těhotenství vnímala, prožívala? (Čeho jste se bála, na co jste se těšila?)
- Jak vás těhotenství ovlivnilo (ve vztahu k návykovým látkám)?
- Chodila jste do těhotenské poradny?
- Vyhledala jste nějaké další služby?
- Měla jste zájem aby dítě bylo ve vaší péči? (Pokud ano, co jste pro to dělala?)

- Jak fungoval v době těhotenství Váš partner?
- Jaké problémy Vás v době těhotenství nejvíc trápily?

### ***Ovlivnění mateřstvím***

- Jak se změnil Váš život po narození dítěte?
- Změnil se nějak Váš vztah k návykovým látkám?
- Jak jste zvládala péči o dítě?
- Pomáhal Vám někdo? Jak?
- Jak se změnila se Vaše partnerské vztahy?
- Jaké problémy Vás po porodu nejvíc trápily?

### ***Průběh péče o dítě během jednoho roku života***

- V čí péči bylo Vaše dítě po narození? (Jak jste to vnímala?)
- Jak se měnil průběh péče o Vaše dítě do jeho jednoho roku (Jak jste to vnímala?)
- Chtěla jste vždy aby dítě bylo ve Vaší péči? (Jak se tento postoj vyvíjel?)
- Jak se na péči podílel partner? (Měla jste někoho kdo Vám pomáhal?)
- Jaké problémy Vás během prvního roku života Vašeho dítěte nejvíc trápily?

### ***Vnímání spolupráce s OSPOD, drogovými a jinými službami***

- Byla jste v kontaktu s nějakou službou ještě před těhotenstvím?
- Vyhledala jste po tom co jste zjistila, že jste těhotná nějakou další službu? Jakou?
- V čem Vám tyto služby pomohly?
- Měla jste se službami nějakou negativní zkušenost?
- Jakou další službu byste uvítala? Co Vám v nabídce chybělo?
- Vyhledala jste nějakou službu po narození dítěte?
- Jakou roli hrála od narození Vašeho dítěte soc. pracovnice OSPOD?
- Jak jste vnímala zásahy OSPOD? Jak by podle Vás vypadala spolupráce v ideálním případě?

### ***Jak bylo okolím vnímáno těhotenství a mateřství***

- Jak reagovala na těhotenství rodina a přátelé?
- Změnilo se po narození vašeho dítěte něco v tom jak Vás vnímalo okolí (i vývoj)?
- Jak na vaše těhotenství a mateřství reagovali lékaři, probační úředníci apod.? Jaká je Vaše zkušenost?

### ***Vize do budoucna***

- Jak si v budoucnu představujete život s Vaším dítětem?
- Jakou roli v něm budou hrát návykové látky?
- Jakou roli v něm budou hrát partnerské vztahy a Vaše rodina?

## **6.3 Rozhovor A**

### **Vztah k těhotenství a k dítěti**

- **Jak a kdy (v kolikátém měsíci) jste se dozvěděla, že jste těhotná?**

UA: Ve druhým, nevím kolikátý týden. Nedostala jsem to a udělala jsem si test takže vlastně hned. A hned jsem šla k doktorovi

- **Bylo těhotenství chtěné?**

UA: No bylo chtěný

- **Jak jste těhotenství vnímala, prožívala? (Čeho jste se bála, na co jste se těšila?)**

UA: No tak mě nebylo dobře hlavně psychicky, jak ty hormony pracujou... No nezracela jsem ani moc. Byla jsem hodně podrážděná, takže nic moc. No a hrozně jsem prožívala takový ty věci jako jsou pachy, chutě, ale strašně moc, takže jsem byla furt zhnusená vším.

- **A bála jste se něčeho v souvislosti s tím těhotenstvím?**

UA: Jo, toho porodu vlastně až když se to blížilo. Ale dřív než to bylo vidět na tom ultrazvuku, tak jsem se prostě bála aby měla všechny ruce nohy a tak, no. Ale jinak ne.



### **A na co jste se těšila?**

UA: No těšila jsem se... No na to miminko jsem se těšila no.

#### **• Jak vás těhotenství ovlivnilo (ve vztahu k návykovým látkám)?**

UA: No to bylo horší, já jsem vlastně v té době přestala brát, ale pila jsem. Tak jsem v té době ještě přestala pít.

### **A sama nebo jste vyhledala nějakou pomoc?**

UA: Sama.

#### **• Chodila jste do těhotenské poradny?**

UA: Chodila.

#### **• Vyhledala jste nějaké další služby?**

UA: Ani ne.

#### **• Měla jste zájem aby dítě bylo ve vaší péči? (Pokud ano, co jste pro to dělala?)**

UA: Určitě. Nepřipouštěla jsem si to, že by to hrozilo. To nastalo až v té porodnici. Já jsem v té poradně nahlásila, že jsem jako závislá na drogách že se snažím abstinovat, že jsem měla recidivu a že jsem se léčila a tak. A z toho potom plynuly nějaký nevýhody v porodnici.

#### **• Jak fungoval v době těhotenství Váš partner?**

UA: No tak jelikož můj partner je o deset let mladší, tak to byl pro něj šok, když jsem mu řekla, že jsem těhotná a chtěl, abych šla na potrat. Ale já jsem udělat nemohla, protože jsem věřící, za první bych prostě nešla a za druhý, jak jsem

pocítila, že jsem těhotná, jak jsem to viděla na tom pásku prostě, tak jsem prostě hned cítila, že to dítě chci, takový teplo.

### **A jak teda fungoval po tom?**

UA: Já jsem mu řekla, že má na vybranou, že ho chápu, že je mladej a že prostě když nebude se mnou a s tím dítětem být, tak že nemusí, že s ním budu sama, ale to nechtěl. Takže se nakonec přistěhoval.

### **Pomáhal Vám nějak?**

UA: Nepomáhal mi podle mých představ, né tak jak by to asi mělo být, ale podle svých schopností jo. On byl sám prostě ještě na tom dost blbě, bydleli jse na kolejích, on vlastně studoval a měli jsme spolubydlící, kouřil trávu. ... A myslím si, že byl na mě dost přísněj vzhledem k tomu, že jsem byla těhotná. On prostě nechápal že potřebuju hodně ovoce, zeleniny, že se potřebuju jít najíst do tý menzy každém den.a takový ty věci...

### **• Jaké problémy Vás v době těhotenství nejvíc trápily?**

UA: Nooo... No za prvý to teda byly ty úřady, byla to sociálka. Já jsem otce neuvedela, protože jsem se radila s nákejma lidma a ty mi radili, že ho nemám uvádět, když to není úplně jistý ten vztah. A jsme vlastně neměli ty peníze ani, abych vlastně dostala plnou tu částku. A to se ke mně vlastně chovali dost blbě, protože si myslím, že za prví asi tušili, že to tak není a za druhý prostě, zdá se mi, že jim vadilo všechno, to, že jsem závislá na drogách, to že jsem v takový situaci jaký jsem. Ta jedna sociálka mi vlastně do očí řekla, že ona když byla těhotná, tak věděla, kdy má otěhotnět a jako v jaký situaci si to může dovolit... něco takovýho.

### **Ovlivnění mateřstvím**

#### **• Jak se změnil Váš život po narození dítěte?**

UA: No určitě. Myslím si, že jsem začala být zodpovědnější, myslet jako tolik na sebe a babrat se v těch svejch věcech, protože to dítě vyžaduje pozornost téměř pořád a takovej smysl sama pro sebe jsem v tom začala vidět.

#### **• Změnil se nějak Váš vztah k návykovým látkám?**

UA: No určitě, po porodu jsem tak rok tam byl úplnej odpor. Ta představa, že jsem kojila, něco bych si vzala a to dítě by to mělo vstřebat do sebe to bylo pro mě úplně nepřipustný

#### **• Jak jste zvládala péči o dítě?**

UA: Já si o sobě myslím, že dobře, ale určitě to nebylo jako, myslím, že to nebylo ideální. Já nejsem taková ta klasická mamina pro ty malý miminka, mě to baví, až když ty děti jsou starší. Když je to dítě malý, jenom něco potřebuje, jo je to malý roztomilý, je to něžný, ale není to vcelku o ničem. Musela jsem se hodně přemáhat, když třeba brečela, tak jí zase kolíbat...

#### **• Pomáhal Vám někdo? Jak?**

UA: Já si myslím, že ten partner jako pomáhal i když ne podle mých představ. My sme pak bydleli v pronájmu a musela jsem mu říct co má dělat, občas třeba i v noci sám vstal a podával mi jí na kojení nebo jí houpal, jako jo.

#### **A někdo jiný kdo Vám pomáhal?**

To ne, v tý době ne.

**• Jak se změnila se Vaše partnerské vztahy?**

UA: No tak určitě začal frmol no, ale my jsme spolu před tím byli asi tři měsíce, než jsem otěhotněla, takže jako před tím to bylo o tom, že jsme se chodili někam bavit, vysedávali u skleničky, chodili do kina... Takový ty zamilovaný začátky, ale jako po tom přišlo to dítě a začal jako frmol.

**• Jaké problémy Vás po porodu nejvíc trápily?**

UA: No, já myslím že nejhorší pro mě bylo, když Martin chodil pozdě domů a chodil prostě napíjet nebo tak. To že von si jako může chodit a já ne. Já jsem prostě byla před tím pořád někde venku, já jsem nevydržela doma a najednou to bylo jako úplně pravej opak.

**Průběh péče o dítě během jednoho roku života****• V čí péči bylo Vaše dítě po narození? (Jak jste to vnímala?)**

UA: Bylo v mojí péči, i když vlastně v té porodnici jako se máma musela vlastně zavázat, podepsat papír, že kdyby se jako dělo něco, co kolik že ona vlastně mi může to dítě kdykoli vzít. Kdyby to nepodepsala, tak by to vlastně bylo nějaký jako těžký, že by to prý právě jako měla sociálka to právo. Mě to dost mrzelo, protože já jsem to tam vlastně jako řekla dobrovolně a ta doktorka mi jako připadá, že se po mě jako docela svezla, protože když se Nikol narodila byla jako přenošená a ta doktorka měla jako přehnanej strach o ty děti, byla jako úzkostná, což přenášela i na ty matky a ty jako potřebujou spíš někoho, kdo je jako sportovní, že jo. To jsou takový ty hrozný pocity, takový ty úzkosti, co ty matky v tom šestinedělí mají a ta doktorka je v tom akorát příkrmovala a mě tam vlastně vytýkala, že tam třeba Nikolka brečela a já jsem byla hrozně unavená a nebyla jsem schopná třeba vstát hned a ona mi vyčítala, že jsem jako nevstala hned a pořád mě podezřívala, že něco beru, ale já si od porodu vlastně nic nedala. Byla ke mně podezřívavá, já si myslím, že jsem se nechovala nejhůř.

**A jak jste vnímala to že nad Vámi má vaše máma dohled?**

UA: No po tom porodu jsme měly dobrý vztah, ale stejně jsem to vnímala jako křivdu. Máma když se nikola narodila, tak byla vlastně úplně šťastná i když se toho teda báli ty naši no, jak to bude. Nikdo mi nevěřil.

**• Jak se měnil průběh péče o Vaše dítě do jeho jednoho roku (Jak jste to vnímala?)**

UA: Pořád jsem ho měla u sebe a máma na mě vlastně ani nějak nedohlížela, jenom papírově. Já jsem se s ní vlastně třeba radila, co mám dělat nebo jsem se třeba jako vídaly, pochovala si Nikolku nebo tak, ale zase jako ne moc často. Spíš si myslím, že jsem jako byla hodně samostatná a spíš jsem jako byla sama taková.

**• Chtěla jste vždy aby dítě bylo ve Vaší péči? (Jak se tento postoj vyvíjel?)**

UA: Jo určitě.

**• Jak se na péči podílel partner? (Měla jste někoho kdo Vám pomáhal?)**

UA: Já asi jako nevím, asi nedokážu bejt úplně objektivní. On asi nedokázal bejt jako ten taťka, von v sobě jako neměl v tý době ten mateřském pud, otcové ho maj vlastně taky, že jo. On mi to vlastně i nedávno řekl, že to pro něj bylo hodně těžký na jít tu cestu k tomu dítěti, ale jako snažil se to jo.

**• Jaké problémy Vás během prvního roku života Vašeho dítěte nejvíc trápily?**

UA: Já jsem si teď vzpomněla, že Nikolka hrozně často brečela, takže se párkrát stalo, že Martin... jo a nejedla, strašně špatně jedla, museli jsme jí dokrmovat stříkačkou. To se ale jako má dělat s citem a on když jako viděl, jak mi to nejde tak jí prostě vzal a úplně jak husu jí tou stříkačkou krmil, úplně se

zajíkala a byl prostě moc takovej zbrklej, neměl ten cit. Nebo třeba někdy se stalo, že on třeba na ní ten vztek měl a někdy jsem jí třeba našla modřinku na krku a nikdy mi vlastně neřekl, jestli jí to udělal schválně. Doteď vlastně nevím jak to bylo, je to takový otazník, který ve mě zůstal no.

### **Vnímání spolupráce s OSPOD, drogovými a jinými službami**

#### **• Byla jste v kontaktu s nějakou službou ještě před těhotenstvím?**

UA: Ne to ne

#### **• Vyhledala jste po tom co jste zjistila, že jste těhotná nějakou další službu? Jakou?**

UA: Chodila jsem vlastně do Esetu a chodím tam vlastně do teď jednou za čtrnáct dní na skupinu, takže vlastně jo. Byla jsem v kontaktu.

#### **• V čem Vám tyto služby pomohly?**

UA: No tak mě to vlastně pomáhá si s těma lidma jednou za čas popovídat, protože i když třeba zrovna abstinuju nebo piju nebo nepiju, tak se tam setkám jako s lidma který se s tím taky jako perou celý život a vidím, že jednou jsou dole jednou na hoře a že to tak prostě je a může to tak být celý život.

#### **• Měla jste se službami nějakou negativní zkušenost?**

UA: V posledních letech ne, si myslím, že se to u nás hodně zlepšilo, ale pamatuju si, že třeba před patnácti lety když jsem chodila za Doudou a Preslem, tak to bylo takový hodně zajímavý, jako že třeba mému kamarádovi řekli, že marihuana není droga a tak no.

#### **• Jakou další službu byste uvítala? Co Vám v nabídce chybělo?**

UA: Tak to fakt nevím...

**• Vyhledala jste nějakou službu po narození dítěte?**

UA: Zase ten Eset. Hned jak jsem mohla tak jsem tam třeba i s miminkem přišla a je to příjemný se tam vracet, když ty lidi člověk zná.

**• Jakou roli hrála od narození Vašeho dítěte soc. pracovnice OSPOD?**

UA: Tak já mám asi štěstí, protože tadleta pani je hodně decentní a taková hodná, má zájem o ty maminky. Ze začátku u nás byla asi třikrát a naposled jsem jí viděla asi před rokem. Ani moc jako nešťourala do našeho vztahu s Martinem, prohlídla si byt a je taková jako v pohodě paní. Ted jsem se jí nějak měla ozvat, to jsem nějak neudělala a ani jako neprudí. To bych asi měla.

**• Jak jste vnímala zásahy OSPOD? Jak by podle Vás vypadala spolupráce v ideálním případě?**

UA: V pohodě, měla jsem štěstí.

UA: V ideálním případě? Asi takhle jako jak to bylo, jako že prostě zeptá se na mojí finanční situaci, životní situaci, jestli jsem prostě v pohodě nebo ten vztah, jestli se s někým hádám. Koukne se na byt, jestli je tam čisto, to jako vidí ta hygiena a to dleňto. A popovídá si s tím dítětem, že je v pořádku nebo v mezích normy a takhle si myslím, že by to mělo bejt. Ale slyšela jsem, že jsou i pani, který ty děti nechaj i matkám i když fetujou, nejdřív jsem si říkala, že je to dobrý, teď zas ne. To je asi jako druhej extrém zase jo. Měla by bejt tolerantní a podle svýho rozumu a citu a ne hned prostě tohle.

**Jak bylo okolím vnímáno těhotenství a mateřství****• Jak reagovala na těhotenství rodina a přátelé?**

UA: Jak kdo, myslím si že jako spíš přátelé byli nadšení, ale rodina ty měli dost pochyby. Báli se prostě jako jestli to jako budu zvládat, nevěřili mi prostě no.

**• Změnilo se po narození vašeho dítěte něco v tom jak Vás vnímalo okolí? (i vývoj)**

UA: Nooo, tak já jsem jako... určitě, ale já jako jsem byla docela i vztahovačná. Spíš tam byly pocity, že si jako myslej, že jsem špatná máma a tak no. Často to asi byla i pravda.

**• Jak na vaše těhotenství a mateřství reagovali lékaři, probační úředníci apod.? Jaká je Vaše zkušenost?**

UA: Lékaři byli v pohodě ale v tý poradně byli jako v pohodě, to přišlo až v tý porodnici.

**Vize do budoucna**

**• Jak si v budoucnu představujete život s Vaším dítětem?**

UA: Já jsem docela optimista a začínám být čím dál tím víc, já si myslím, že se to bude dařit. Zatím se to daří. Největší problém je finanční stránka, že nemáme vlastní byt a hypotéka, to je takový... to nám nikdo nedá.

**• Jakou roli v něm budou hrát návykové látky?**

UA: No to já si myslím, že tohle v sobě mám vyřešený. Já prostě brát nechci a nechci ani pít.

**• Jakou roli v něm budou hrát partnerské vztahy a Vaše rodina?**

UA: No to si myslím, že partnerský vztah hodně. My s Martinem vlastně chodíme na rodinku, protože ten vztah byl ve velký krizi, ale vypadá to, že by mohl bejt dobrý, máme si co říct, jenom to bylo zaprobémovaný. Takže partner hraje velkou roli. No a kdyby to nevyšlo tak si furt myslím, že by bylo lepší bejt bez partnera než nějaký lepení a třeba si postupem času někoho najít, zralého



pro tu rodinu. Moje rodina... ta tam hraje teda taky roli, ale není to tak důležitý, jako ta moje rodina.