



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Bc. Žaneta Lisá

Těhotenství žen užívajících návykovou látku
Systém péče pro těhotné ženy užívající návykovou látku

Pregnancy of women using addictive substance
Care system for pregnant women using addictive substance

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26.4.2018

ŽANETA LISÁ

.....

Podpis

ABSTRAKT

Východiska: Užívání návykových látek v průběhu těhotenství je závažným zdravotním i sociálním problémem. Těhotenství je, samo o sobě, jedním z nejdůležitějších i nejkritičtějších období v životě ženy a návykové látky v tomto případě situaci významně komplikují. Těhotné uživatelky návykových látek potřebují komplexní péči, paradoxně k péči však často nemají přístup nebo ji využívají v malé míře.

Cíle: Cílem práce je zmapovat zdravotní i sociální péči poskytovanou gravidním ženám užívajících návykovou látku. V České republice jsou realizovány programy pro matky s dětmi nebo těhotné ženy užívající návykovou látku. Programy zahrnují individuální poradenství, psychoterapii, prevenci relapsu, rodinnou a partnerskou terapii, rodičovské skupiny, skupiny pro matky a sociální práci. Cílem práce je zaměřit se na zdravotní i sociální péči poskytovanou této klientele.

Metody: Výzkum zahrnuje sérii případových studií klientek zaměřující se na osobní a sociální anamnézu, na jejich somatický a psychický stav, retrospektivní pohled na průběh těhotenství, péči o ženy během těhotenství. Plán práce je tedy vyhotovení podrobných studií konkrétních nastávajících matek – uživatelék. Záměrem je sestavit celkový obraz daných případů v širších souvislostech a to nejen z pohledu stavu matky, ale i systému péče, který je matce poskytován a ona ho využívá. Dále použiji jako výzkumnou metodu rozhovor. Ten bude prováděn s těhotnými ženami užívajícími návykovou látku v průběhu jejich těhotenství nebo těsně po porodu, vždy na půdě nemocnice.

Soubor: Základním souborem jsou gravidní ženy užívající drogu minimálně jeden rok. Soubor tvoří 8 těhotných žen užívajících návykovou látku (látky).

Výsledky: Výsledky studie, které byly prováděny v rámci diplomové práce, ukázaly souvislost užívání návykových látek s prostředím a životním zázemím, ve kterém ženy žijí. Nestabilní zázemí u ženy, která už návykovou látku užívá a otěhotní, způsobuje velkou překážku situaci pozitivně řešit a nadále zůstává v této situaci bez ohledu na své těhotenství i přes škodlivý vliv návykových látek na plod. Považuji za velmi klíčové pomoci ženě změnit pohled na její těžkou situaci, aby získala pocit podpory a změnila svůj přístup ke svému těhotenství ve prospěch svého zdraví i zdraví svého nenarozeného dítěte.

Závěry: Poznatky získané touto diplomovou prací lze využít k dalšímu rozvoji služeb, zabývajících se problematikou užívání návykových látek gravidních žen a matek. Velký posun v této problematice by bylo zkvalitnění informovanosti těchto těhotných žen a snaha propojit zdravotnické a sociální pracoviště za účelem komplexnější péče.

klíčová slova: těhotenství, návyková látka, terapie, systém péče

ABSTRACT

Background: The use of addictive substances during pregnancy is a serious health and social problem. Pregnancy is, in itself, one of the most important and most critical periods in a woman's life, and addictive substances in this case are significantly complicated. Pregnant drug addicts need complex care, paradoxically, however, they often do not have access or use it to a small extent.

Objectives: The aim of this work is to map the health and social care provided to pregnant women using addictive substance. In the Czech Republic programs are being implemented for mothers with children or pregnant women using addictive substance. Programs include individual counseling, psychotherapy, relapse prevention, family and partner therapy, parent groups, mothers and social work. The aim of the thesis is to focus on the health and social care provided to this client.

Methods: Research is a series of case studies of clients focusing on personal and social history, on their somatic and psychological condition, retrospective view of the course of pregnancy, care of women during pregnancy. The plan of work is therefore the elaboration of detailed studies of specific mothers - users. The intention is to compile the overall picture of the given cases in a broader context, not only from the point of view of the mother's condition but also of the care system provided to the mother and she uses it. I will also use the interview method as a research method. This will be done with pregnant women using the substance during their pregnancy or just after birth, always at the hospital.

File: The basic set is pregnant women taking the drug for at least one year. The group consists of 8 pregnant women using addictive substance (s).

Results: The results of the study outline the possible association with the use of addictive substances during and outside pregnancy on the conditions of the current life and family background of future mothers, both in childhood and in the current situation. This implies the importance of early substitution of backgrounds and support from social institutions, which can lead to a significant improvement in the access of a dependent pregnant woman to the difficult situation she has encountered.

Conclusions: The knowledge gained from this diploma thesis can be used for the further development of services dealing with the use of addictive substances, women with children and pregnant women. A major shift in this issue would be to improve the awareness of these pregnant women and to link health and social workplaces to more comprehensive care.

Keywords: pregnancy, addiction, therapy, care system

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Lence Šťastné Ph.D. za ochotu, vstřícnost, věcné poznámky a čas tomuto věnovaný.

Dále velké poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mi byli při celém studiu velkou oporou a vždy mě podporovali.

V neposlední řadě mé dík patří Klinice Adiktologie za všechny vědomosti a dovednosti, které jsem zde získala.

Obsah

Úvod.....	8
1 Těhotenství.....	10
1.1 Životospráva těhotné ženy.....	11
1.2 Vyšetření v těhotenství.....	12
1.2.1 První trimestr.....	14
1.2.2 Druhý trimestr.....	15
1.2.3 Třetí trimestr.....	16
2 Drogová závislost.....	18
2.1 Vnější faktory ovlivňující závislost.....	19
2.2 Vnitřní faktory ovlivňující závislost.....	19
2.3 Drogová závislost v těhotenství.....	20
2.3.1 Nikotin v těhotenství.....	21
2.3.2 Alkohol v těhotenství.....	22
2.3.3 Heroin v těhotenství.....	24
2.3.4 Metamfetamin v těhotenství.....	25
3 Léčba těhotné ženy užívající návykovou látku.....	27
3.1 Kontaktní centrum.....	27
3.2 Adiktologická ambulance.....	27
3.3 Ústavní léčba.....	28
3.4 Terapeutická komunita.....	29
3.5 Substituční léčba.....	31
3.5.1 Metadon.....	32
3.5.2 Subutex.....	33
4 Sociální programy pro těhotné ženy užívající návykovou látku.....	33
5 Praktická část.....	37
Dílčí cíle.....	37
Výzkumné otázky.....	37
Popis výzkumného souboru.....	38
Metody sběru dat.....	38
Metody zpracování a analýzy dat.....	40
Etika výzkumu.....	41
6 Případové studie a rozhovor.....	42
6.1 Případová studie I.....	42
6.2 Rozhovor I.....	44
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru I.....	46
6.3 Případová studie II.....	47
6.4 Rozhovor II.....	50
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru II.....	52
6.5 Případová studie III.....	52
6.6 Rozhovor III.....	54
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru III.....	55
6.7 Případová studie IV.....	55
6.8 Rozhovor IV.....	57
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru IV.....	58
6.9 Případová studie V.....	59
6.10 Rozhovor V.....	61

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru V.....	62
6.11 Případová studie VI.....	63
6.12 Rozhovor VI.....	65
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru VI.....	66
6.13 Případová studie VII.....	67
6.14 Rozhovor VII.....	69
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru VII.....	70
6.15 Případová studie VIII.....	71
6.16 Rozhovor VIII.....	72
Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru VIII.....	73
7 Souhrn výsledků.....	74
8 Diskuze.....	76
9 Závěr.....	79
Použitá literatura.....	81
Přílohy.....	83
Příloha č. 1.....	83
Příloha č. 2.....	84
Příloha č. 3.....	90
Příloha č. 4.....	91
Příloha č. 5.....	92

Úvod

„Nevěřím v boha. Věřím v lidi, v jejich sílu a pomoc, kterou jsou schopni poskytnout jeden druhému, v lidi, kteří touží spolupracovat, ne se hašteřit.

Věřím, že výjimečné věci vždycky překryjí ty obyčejné. Věřím, že pokud má člověk v co doufat - i kdyby to byl jen lepší zítřek, je to ta nejsilnější droga na této planetě“

(Picoult, 2013, s. 153).

Téma diplomové práce je zaměřeno na graviditu žen užívajících tabák, alkohol heroin nebo metamfetamin a na služby, které ženy v tomto období vyhledávají a využívají. Za posledních několik let se odborný tým sociálních i zdravotnických služeb o tuto problematiku velmi zajímá a hledá vhodné směry a praktiky, k řešení tohoto problému. Velmi aktuální je otázka stavu plodu a novorozence, jakou výbavu dostává do života, a jak minimalizovat dopady návykových látek, které na něj v těhotenství působí.

Tato práce tvoří teoretickou a výzkumnou část. První kapitola teoretické části se zabývá tématem těhotenství, jejím průběhem a doporučeným vyšetřením. Další kapitola je orientovaná na závislost, její vznik, vývoj a léčbu. V kapitolách práce jsou propojena témata těhotenství s užíváním návykových látek.

Část diplomové práce je zaměřena na péči poskytovanou těhotným ženám užívající výše zmiňovanou návykovou látku nebo kombinaci látek.

Výzkumná část zpracovává případové studie a rozhovory s těhotnými ženami namířené na zdravotní a sociální péči, kterou využívají a jak jsou s ní spokojeny.

Výzkum probíhal na půdě Nemocnice Hořovice a Fakultní nemocnice v Plzni, výzkumný vzorek tvoří těhotné ženy v odlišných stádiích těhotenství či bezprostředně po porodu s různým druhem, frekvencí a množstvím užívaných návykových látek.

Cílem diplomové práce je zjistit jaký průběh mělo těhotenství matek užívajících návykovou látku, zda se objevily zdravotní potíže, ať fyzické či psychické, zmapování nabízených možností služeb a snaha využívání těchto služeb.

Na toto téma mě přivedla MUDr. Blanka Vavřínková, Simona Sedláčková a zkušenosti získané v praxi adiktologie. MUDr. Vavřínková je gynekoložka zabývající se hlavně prenatální péčí a porody žen užívajících návykové látky, má k nim specifický přístup, protože si je vědoma, že je nemůže změnit, ale motivuje je, vysvětluje možná rizika pro ženu i pro dítě a snaží se je nenásilným způsobem dostat do léčby. Tuto osobní filozofii potvrzuje i autorka programu Centrum pro rodinu zaštiťující Drop-In Simona Sedláčková, která těhotné klientky nenutí ke změně, ale podává pomocnou ruku, aby se vydaly správným směrem a samy toužily po změně a pracovaly na ní.

Má osobní praxe potvrdila, že snaha klientek a jejich motivace změnit svůj dosavadní život, zaměřit se na sebe sama a svoje dítě, je klíčová k nástupu do léčby a následné abstinenci. V momentě, kdy žena nevnímá užívání návykových látek jako rizikové chování pro sebe ani pro své dítě, není v silách personálu zdravotnických ani sociálních služeb přimět ženu ke změně. Vždy je to o vnitřním přesvědčení těhotné ženy, která ale potřebuje znát všechna rizika, která souvisejí s jejím užíváním návykové látky. Je nutné poskytovat podporu a motivaci k léčbě a abstinenci.

1 Těhotenství

Těhotenství je pro ženu náročné období, přinášející spoustu fyziologických i psychických změn. Těhotenství je rozděleno do tří období, jedná se o tři trimestry. První trimestr je počítán od prvního dne oplození až po 13. týden těhotenství. Druhý trimestr je považován za nejklidnější období v těhotenství, začíná 14. a končí 27. týdnem těhotenství. Třetí trimestr je konečnou fází těhotenství tedy od 28. týdne až do porodu. Plod je v této fázi již vyvinutý a považovaný za životaschopný.

Těhotenství lze vnímat jako proces, který začíná embryonální fází, jedná se o vývoj oplozeného vajíčka, který trvá 8 týdnů. Z těchto 8 týdnů se první 2 týdny definují jako blastogeneze, kdy v tomto období probíhá oplození vajíčka, jeho migrace a nidace. Embryogeneze je proces, ve kterém dochází k zakládání jednotlivých orgánových systémů. V momentě, kdy je vytvořen základ pro vlastní nutritivní systém, se hovoří o fetu (plodu). Rané fetální období je od 9. do 26. týdne, tato fáze je pokračováním ve vývoji orgánových systémů. Pozdní období fetální se datuje od 27. týdne až do porodu, kdy je plod plně orgánově vyvinut, ale potřebuje ještě několik týdnů na adaptaci na zevní prostředí a získávání schopnosti žít mimo tělo matky (Hájek, 2004).

Oplození je definované jako první kritické období, v této fázi může dojít ke špatnému přenosu DNA a vznikne tím následně poškození plodu. Oplození chápeme jako splynutí vajíčka a spermie. Mužská a ženská buňka je v této fázi rozdělena na haploidní počet chromozomů. „*Vajíčko má 22 autozomů monozom X a jeden gonozom X- tzn. 23 X, spermie má 22 autozomů a gonozom X nebo Y- tzn. 23 X nebo 23 Y. Oocyt (vajíčko) se skládá z jádra, ooplazmy a oolemy. Je obalen zónou pellucidou¹ a korunou radiatou²*“ (Binder, 2011, s. 9).

Impregnace neboli oplození se uskutečňuje ve vejcovodu, kde posléze dojde ke konjugaci, což je sjednocení haploidních jader dvou gamet. Po konjugaci se vytváří zygota, jedná se o první diploidní buňku plodového vejce. Zygota je chromozomálně uspořádaná buď jako ženské pohlaví s buňkou 46XX nebo jako mužské s buňkou 46XY (Binder, 2011).

Zygota v další fázi migruje prostřednictvím kmitajících řasinek a peristaltiky do dutiny děložní. Mitotickým dělením se ze zygoty stávají dva blastomery, které se dále dělí a vytváří morulu. Po dalším dělení se utváří jakýsi váček s dutinou, tento útvar se nazývá blastocysta a z ní se vyvíjí trofoblast, který je důležitou stavební jednotkou pro tvorbu plodových obalů a placenty. Šest až sedm dní po oplození dochází k takzvanému uhnízdění.

¹ Obal vajíčka, její funkce je zabránění polyspermii tzn. Oplození více jak jednou spermii. Na vajíčku setrvává až do stadia blastocysty.

² „, radiálně uspořádané nakupení folikulárních buněk okolo zona pellucida oocyty. Folikulární buňky jsou uspořádány ve dvou až třech vrstvách a přispívají k výživě oocyty“

V období mezi 11. - 13. dnem po oplození, které se nazývá postimplantační, se tvoří primární klky na povrchu blastocysty. Útvar, který se v této fázi rychle vyvíjí a mění, se uspořádává do dvou vrstev nazývajících se ektoderm a endoderm, mezi nimi vznikne dutina, která je vyplněna primárním mezodermem. Žloutkový oběh, je funkční na základu aorty a zárodek ho využívá. Fáze diferenciací obalů končí po třech týdnech vývoje a nastupuje fáze embryogeneze, v tomto momentě se vytváří zárodek neboli embryo. Ve dvacátém týdnu těhotenství ze žloutkového vaku vystupují dvě primární aorty, které směřují do vyvíjejícího se srdce (Nillson, 2008).

Během prvních dvou lunárních měsíců dojde k utvoření hlavové části, trupu a končetin. Na konci druhého měsíce se embryo podobá lidskému tvaru těla a začíná se označovat jako fetus neboli plod. Ve druhém měsíci vzniká placenta, která je výživovým orgánem pro plodové vejce. Výživa z placenty se k dítěti dostává skrz pupeční provazec.

V době fetálního období plod velmi rychle roste do délky a charakterizuje se růstem a zdokonalováním orgánových systémů. Plod v období 11. týdne umí polykat plodovou vodu a močit. Plodová voda se v této fázi vývoje obnovuje každé tři hodiny, aby nedocházelo ke znečištění plodové vody a případně nevznikaly komplikace. Velmi dominantní je v tomto období srdce, které zraje a vyvíjí se. Na těle plodu se objevuje jemné ochlupení, které se nazývá lanugo. V tomto období se u plodu vytvářejí svaly, tělo plodu stále rychle roste do délky a kolem 18. týdne těhotenství lze rozpoznat pohlaví. Na konci 20. týdne plod otevírá a zavírá ústa, na kůži má mázek, který plní ochrannou funkci. Velmi důležitý okamžik se objevuje ve 25. týdnu, kdy plod slyší a vnímá zvuk, ve 28. týdnu se vyvíjí u plodu nehty a podkožní tuk. Plod je ve 32. týdnu připraven v poloze, ve které přichází na svět. Od 38. - 40. týdne dochází k fyziologickému porodu (Kobilková, 2005).

1.1 Životospráva těhotné ženy

Těhotná žena by měla dodržovat zásady pro udržení svého zdraví a zdravého vývoje dítěte. Spánek, jeho dostatek a kvalita, hraje v těhotenství velkou roli. Důležitý je pro zdravý fyziologický vývoj plodu, snižuje zdravotní rizika těhotné ženy a navozuje psychickou pohodu. Pravidelná strava a vyměšování je důležité pro získávání živin a naopak vylučování škodlivin. Těhotná žena by se měla chránit před případnými infekcemi, vyhýbat se rizikovým místům a necestovat do nebezpečných oblastí. Cestování letadlem se ve vyšším stádiu těhotenství nedoporučuje z hlediska možného předčasného porodu a trombózy. Sport v těhotenství není rizikový, pokud je žena zvyklá sportovat i před graviditou. Během těhotenství je doporučeno provozovat sporty jako je plavání, jízda na kole, běh na lyžích, pokud není ze zdravotního důvodu lékařem omezeno.

Nedoporučují se už od počátku těhotenství sporty, kde dochází k velkým otřesům a tím pádem hrozí potrat nebo předčasný porod. Zakázaná je v těhotenství nadměrná tělesná námaha, velký stres také narušuje rovnováhu v těhotenství. Extremně nízké nebo extrémně vysoké teploty se v těhotenství také nedoporučují a dále prostředí, které je toxické a rizikové.

Léky v těhotenství by těhotná žena měla vždy konzultovat se svým lékařem a medikací, kterou běžně užívá, by neměla bez vědomí lékaře nijak měnit či upravovat. „*Sama těhotná by se měla vyvarovat užívání toxických a škodlivých látek (nikotin, alkohol, drogy)*“ (Binder, 2011, s. 62).

Pohlavní styk během těhotenství nepředstavuje žádné riziko, pokud se nejedná o pohlavní styk s rizikovým partnerem.

Zdravý životní styl minimalizuje jakéhokoliv rizikové chování, ke kterému má těhotná žena sklony v momentě, kdy není spokojená a zažívá stres v jakékoliv složce svého života. Již výše zmiňovaná strava, pohyb, psychická pohoda hraje velkou roli ve vnímání a prožívání těhotenství a případných rizik, které mohou vzniknout užíváním návykových látek.

1.2 Vyšetření v těhotenství

Vyšetření ženy i plodu v těhotenství pomáhá odhalovat abnormality, jak ze strany budoucí matky tak i plodu. Brzké odhalení otevírá možnost problém včas řešit, bez vzniku dalších možných komplikací, které mohou při zanedbání nebo pozdním zjištění nastat. V momentě, kdy žena užívá návykovou látku, riziko poškození zdravotního či psychického stavu ženy nebo plodu rapidně vzrůstá, proto doporučení navštěvovat pravidelně gynekologa je oprávněné a velmi vhodné.

Prvotním vyšetřením, kterým prochází každá těhotná žena je anamnéza, lékař tímto způsobem získává informace, které by mohly popřípadě negativně ovlivnit těhotenství, porod a plod.

Rodinná anamnéza vypovídá o genetických předpokladech a inklinaci k různým onemocněním. Žena v osobní anamnéze udává informace o vážných onemocněních akutních, chronických, infekčních, prodělaných nemocích v minulosti, alergiích, užívání léků, závislostech a o rizikovém chování. Tato část vyšetření je pro lékaře velmi důležitá, protože pomáhá odhalit případné problémy, které mohou v těhotenství nebo při porodu nastat, a tím zabránit vážným komplikacím. Porodnická a gynekologická anamnéza zahrnuje informace o menstruačním cyklu, poslední menstruaci, o sexuálním životě, antikoncepci, gynekologických onemocněních, počtu těhotenství a porodů, o průběhu předchozích těhotenství a případných komplikacích. Důležitou roli hraje nynější onemocnění, které by mohlo ovlivnit průběh těhotenství, vývoj a růst plodu (Binder, 2011).

Fyziologické vyšetření se zaměřuje na výšku a váhu ženy, stav výživy, rozměry pánve, otoky končetin, varixy, jizvy v oblasti pánve, měření krevního tlaku, vyšetření prsou. Další vyšetření je bimanuální a zrcadlové. Při tomto vyšetření se odebírá onkocytologie z děložního čípku, kontroluje se tvar a uložení dělohy a stav děložního hrdla. Posouzení stavu připravenosti dělohy a děložního hrdla pomocí scóre, napomáhá k řešení hrozícího předčasného nebo patologického porodu, tato používaná metoda se nazývá Bishopova.

Vyšetření krve se u těhotné provádí z důvodu stanovení krevní skupiny a Rh faktoru. Z krevního vyšetření se získává celkový krevní obraz těhotné ženy, zjištění přítomnosti BWR, HIV a HBsAg. V pozdějším stádiu těhotenství se zjišťuje stav glykémie. Při každé návštěvě gynekologa se provádí test z moči na přítomnost cukrů a bílkovin v ní. Orální glukózo-toleranční test neboli oGTT se ženám provádí mezi 24. až 28. týdnem těhotenství (Binder, 2011).

Standardní vyšetření na přítomnost streptokokové infekce se u žen realizuje kolem 36. týdne gravidity. Jedná se o screeningové vyšetření na přítomnost streptokoka B, dále už jen GBS. Pokud je výsledek vyšetření na přítomnost streptokoka pozitivní, během těhotenství se nijak neléčí, ale před porodem, většinou nejméně 4 hodiny před ním se ženě nasazuje antibiotikum, většinou penicilin, protože GBS je na něj velice citlivý.

Ultrazukové vyšetření (dále jen UZ) je nejčastější a nejvyužívanější metodou v době těhotenství. Díky UZ vyšetření je potvrzení těhotenství 100% a dále slouží ke kontrole fyziologickým změn a zjišťování patologií u těhotné ženy i plodu. V dnešní době se jedná o velmi spolehlivý a bezpečný druh vyšetřovací metody.

„Ultrazvuk významně přispívá ke snižování perinatální morbidity a mortality. Ultrazukové vlnění je charakterizováno dvěma základními vlastnostmi- šířením v prostoru a přenosem energie. V homogenním prostředí se ultrazvuk šíří přímočaře. Narazí-li ultrazukové vlnění kolmo na rozhraní dvou akusticky odlišných prostředí, část vlnění se odrazí zpět. Množství odraženého vlnění je závislé především na úhlu dopadu vlnění. Monitorování lomu a odrazu vlnění a rychlost šíření je základním principem ultrazukového snímání. V klinické praxi využíváme k zobrazení téměř výhradně transvaginální nebo transabdominální přístup“ (Binder, 2011, s. 45).

K vyšetřování v prvním trimestru gravidity se využívá transvaginální metoda. Touto sondou lze vyšetřit útvary, které jsou v její blízkosti. Na počátku těhotenství je plod i celá děloha v oblasti pánevní, což umožňuje zhlédnutí, skrze tuto metodu. Transabdominální se využívá k zobrazení plodu od 12. týdně gravidity až do porodu. Během UZ vyšetření je možno nastavit typ obrazu a zaměření na určitou vyšetřovanou část plodu nebo gravidní ženy.

M obraz je zobrazení jednorozměrné, využívá se nejčastěji k diagnostice cév. B obraz je rovinné zobrazení, které je základním vyšetřením. Tento obraz je viditelný v tzv. šedivé škále. Zobrazení 3D využívá speciální sondu a software. V době těhotenství je doporučeno několik UZ vyšetření pro vyloučení možných patologií, abnormalit plodu a placenty. Vždy jednou za trimestr je prováděno UZ vyšetření. Za poslední sedmiletí se ultrazvuková diagnostika velmi medicínsky posunula k lepším a přesnějším výsledkům. Některé vady lze zachytit v prvním trimestru gravidity, ale stále se určuje jako „zlatý standart“ 20. gestační týden, kdy lze zjistit vrozené vady, srdeční vývojové vady, abnormality vnitřních orgánů, defekty lebečního krytu, páteře, končetin a obličeje (Binder, 2011).

Při každé návštěvě gynekologa se u těhotné ženy určuje její hmotnost, měří se jí krevní tlak, vyšetřuje se moč na přítomnost cukrů a bílkovin, vždy se hodnotí aktivita a vitalita plodu (při UZ vyšetření se hodnotí srdeční ozvy plodu). Vyšetření jsou během těhotenství prováděna v okamžiku, kdy se předpokládá, že výsledek testu bude nejpřesnější. V průběhu tří trimestrů, těhotná žena podstupuje různá vyšetření na doporučení lékaře, pokud vznikne jeho pochybnost o kvalitě zdravotního stavu ženy nebo plodu, je ženě doporučeno podstoupit jiná vyšetření u jiných odborníků specializovaných na danou problematiku.

1.2.1 První trimestr

Vyšetření v prvním trimestru se provádí mezi šestým až osmým týdnem gravidity. V tomto období lékař zjišťuje přítomnost správné pozice embrya v děloze pomocí UZ metody. Pokud je výsledek vyšetření nejasný nebo málo zřetelný, je možný odběr krve se zaměřením na hormon hCG, který má v těhotenství vyšší hodnotu.

Dále se během 10. až 14. gestačního týdne provádí vyšetření krve, UZ vyšetření a první kombinovaný screening zaměřený na vývojové vady plodu. Laboratorní vyšetření krve, by mělo být ženám provedené do 14. týdne gravidity, jedná se o stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, stav cukru v krvi neboli glykémii a celkový krevní obraz (stanovení hematokritu a počtu erytrocytu, leukocyty i trombocytu, hladiny hemoglobinu). Ženy jsou v tomto období podrobeny i testu na HIV, hepatitidu B a syfilis (Roztočil, 2017).

Kolem 10. gestačního týdne je prováděn ultrazvuk, který má s velkou pravděpodobností určit stáří plodu a stanovit předpokládaný termín porodu, který byl na začátku gravidity stanoven podle poslední menstruace, výpočet termínu je stanoven podle velikosti plodu, který je měřen od temene hlavy ke kostrči plodu.

Kombinovaný screening vývojových vad slouží k vyloučení chromozomálních poruch zejména Downova syndromu. Kombinovaný se nazývá z důvodu, že se jedná o vyšetření krve v 10. týdnu gravidity a UZ vyšetření ve 12. týdnu. Hodnoty z vyšetření vytvoří celek a lze poté zhodnotit stav plodu (Kobilková, 2005).

Často prováděné vyšetření je Biopsie choria (CVS), které lze provádět od ukončeného 9. týdne těhotenství. Jedná se o vytvoření první diagnostiky zaměřené na stavbu DNA plodu. Výhoda tohoto vyšetření je rychlost výsledku, který je k dispozici do týdne od provedení testu. CVS lze provést dvěma způsoby, jako časnou diagnostiku, která se provádí od 9. - 12. týdne gravidity, nebo jako pozdní diagnostiku prováděnou po 12. gestačním týdnu. Vyšetření časnou metodou je více využíváno oproti vyšetření v pozdějších týdnech (Hájek, 2004).

1.2.2 Druhý trimestr

Během druhého trimestru se provádí UZ vyšetření, které se soustředí na vitalitu plodu a jeho srdeční činnosti. Vzhledem k tomu, že plod rychle roste a mohou zde být vidět odchylky od fyziologického růstu a vývoje, měří se plodu příčný průměr hlavy (BPD), poměr obvodu hlavy a obvodu břicha (HC), obvod břicha (AC) a délka stehenní kosti (FL). Při tomto měření dochází k případnému odhalení vývojových, růstových vad a abnormalit.

UZ metoda se soustředí i na vyšetření těhotné ženy a to z hlediska umístění placenty a množství plodové vody v plodovém obalu.

Orální glukózový toleranční test je prováděn kolem 25. týdne gravidity, tento test se skládá ze tří odběrů krve. První se odebírá na lačno, poté žena vypije roztok glukózy, po hodině a po dvou hodinách od vypití se odebírají další dva vzorky krve, které mají stanovit množství cukru v krvi (Binder, 2011).

V druhém trimestru je možný odběr plodové vody, toto vyšetření se nazývá amniocentéza. Nejčastěji se provádí mezi 15. - 17. týdnem gravidity a to hlavně z důvodu, že v tomto období je v plodovém obalu nejvíce plodové vody a je zde tedy nejmenší riziko případného poranění plodu. Amniocentéza je v České republice nejčastější invazivní vyšetřovací metoda využívána k diagnostice vrozených vývojových vad nebo jiného onemocnění plodu. Toto vyšetření je těhotné ženě doporučeno lékařem z důvodu abnormálního nálezu při jiných vyšetřovacích metodách, při pravděpodobnosti vyššího výskytu chromozomálních abnormalit, při vyšším věku než je 35 let u ženy a 50 let u muže.

Další indikátor je případné dědičné onemocnění (nejčastěji se jedná například o cystickou fibrózu nebo hemofilii). Amniocentéza se provádí i v případě, že žena v minulosti prodělala několik potratů. Vyšetření probíhá pod ultrazvukovou kontrolou, aby nedošlo k poškození plodu. Do injekční stříkačky se z omiové dutiny nabere 20 ml plodové vody, poté je vzorek předán na kultivaci do laboratoře. Zpracování odebraného vzorku plodové vody lze vyšetřit několika způsoby. Cytogenetické vyšetření se většinou zaměřuje na chromozomové aberace, jako jsou Downův syndrom, Pataaův syndrom, Edwardsův syndrom, Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom, Syndrom fragilního

chromozomu X. Doba kultivace je v rozmezí dvou až tří týdnů. Spolehlivost tohoto testu se čísluje na 99-99,6 %. Další způsob zpracování vzorku plodové vody je molekulárně genetické vyšetření, tento typ se provádí na základě podezření na genetické mutace, v případě, že rodič je nositelem genetické poruchy, například cystické fibrózy. Molekulárně genetické vyšetření se provádí, pokud vznikne podezření na mikrolečňní syndrom³, nejčastěji se využívá metoda FISH.

Biochemická analýza sleduje biochemické markery, které mohou u plodu způsobovat necelistvost břišní stěny nebo defekty na neurální trubici. Amniocentéza je relativně bezpečný druh vyšetření, možnými komplikacemi může být zanesení infekce do plodového obalu, krvácení, unik plodové vody, tyto komplikace se ale objevují velmi zřídka, zhruba 1:200 vyšetřených žen (Roztočil, 2017).

Vyšetření s velmi spolehlivou diagnostikou je odběr fetální krve neboli kordocentéza. Tato metoda se provádí stejně jako amniocentéza pod kontrolou ultrazvuku. Kordocentéza se zaměřuje na stanovení chromozomů z lymfocytů. Diagnostika je velmi rychlá zpravidla maximálně do 72 hodin (Hájek, 2004).

1.2.3 Třetí trimestr

Ve třetím trimestru se stále provádí UZ vyšetření., při kterém je kontrolována srdeční činnost plodu, jeho fyziologický růst a vývoj. U těhotné ženy se kolem 30. týdne odebírá krev na vyšetření celkového krevního obrazu, který stanovuje hematokrit, počet erytrocytů, leukocytů a trombocytů, hladiny hemoglobinu. Kolem 35. týdne gravidity je prováděna kultivace sekretu, odebraného z poševní stěny, zjišťující přítomnost streptokoka skupiny B.

Před termínem porodu, tedy od 38. týdne těhotenství se provádí tzv. monitor, jedná se o kardiokografický non-stres test, při kterém jsou monitorovány a zapisovány srdeční ozvy plodu a činnost dělohy, případných děložních kontrakcí a jejich frekvencí. Snímání srdečních ozv plodu přes stěnu břišní, funguje na dopplerovském principu beat to beat. Monitor se natáčí po dobu 20 minut. Záznam kardiokografie, která se pořizuje u rizikového porodu, se nazývá kontinuální a u fyziologického porodu intermitentní. V některých případech, po odtoku plodové vody, lze použít k vyšetření vnitřní skalpovu elektrodu, která se umístí na hlavu plodu a snímá fetální EKG (Binder, 2011).

Při hodnocení záznamu z kardiokografu se hodnotí bazální frekvence, variabilita a reaktivita křivky, akcelerace a decelerace (Roztočil, 2017).

³ Jedná se o poruchu několika genů tzv. přilehlých genů (Wilmsův tumor, Angelmanův syndrom)

- *Bazální frekvence se fyziologicky pohybuje mezi 110-160 úderů/min. hodnoty nad toto rozmezí hodnotíme jako tachykardii a pod toto rozmezí jako bradykardii plodu.*

- *Variabilita hodnotí změny srdeční frekvence od úderu k úderu. Mění se v čase v závislosti na spánku a bdění plodu. Normální variabilita se pohybuje mezi 5-25 údery. Úplná ztráta variability odráží neschopnost myokardu odpovídat na hypoxii. Takovou křivku označujeme jako silentii. Variabilita nad 25 úderů je označována jako sanatorní křivka. Je odrazen krátkodobých změn např. přechodné komprese pupečnicku.*

- *Akcelerace je intermitentní zvýšení srdeční frekvence o více jak 15 úderů. Toto zvýšení netrvá déle než 15 sekund. Je odrazem dobré oxygenace plodu.*

- *Reaktivní křivka by měla obsahovat 2 akcelerace během 20 minutového záznamu.*

- *Decelerace jsou definovány jako pokles srdeční frekvence o více jak 15 úderů po dobu delší než 15 sekund. Mohou signalizovat hypoxické ohrožení plodu. Během děložních kontrakcí rozlišujeme několik typů decelerací.*

Časné decelerace- jsou výsledkem reakce plodu na tlak dělohy během kontrakce. Tento fenomén není ve spojitosti s hypoxií, je reakcí nervus vagus. Vrcholu kontrakce odpovídá vrchol decelerace. Nejedná se o patologický stav.

Pozdní decelerace mohou, pokud se objevují alespoň po dobu 20 min., signalizovat hypoxické ohrožení plodu. Vrchol decelerace se objevuje se zpožděním po vrcholu děložní kontrakce.

Variabilní decelerace mohou rovněž signalizovat hypoxii plodu. Je pro ně charakteristický rychlý někdy velmi hluboký pokles s rychlým návratem k normální frekvenci bez závislosti na děložních kontrakcích (Binder, 2011).

Záznam z kardiokografu hodnotí výsledek jako fyziologický, suspektní nebo patologický.

Amnioskopie byla dříve velmi důležitou a využívanou vyšetřovací metodou, která posuzovala kvalitu plodové vody. Při tomto vyšetření je do hrdla zaváděn konický tubus se světelným zdrojem. Zbarvení plodové vody do zelena vypovídá o chronické nebo akutní intrauterinní tísni, tento stav může být způsoben sníženou funkcí placenty, hypoxií plodu nebo přenášením. Bilirubin zabarvuje plodovou vodu do okrové barvy při těžké Rh inkompabilitě. V dnešní době se využívají jiné diagnostické metody, amnioskopie se používá už velmi zřídka (Hájek, 2004).

2 Drogová závislost

Diagnostika drogové závislosti je velmi důležitým faktorem pro vnímání jedince, práci s ním a snahu o jeho celkovou rehabilitaci.

Mezinárodní klasifikace nemocí podle 10. revize z roku 2014 definuje syndrom závislosti jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky popřípadě látek má pro jedince větší důležitost než jiné jednání, které pro něj bylo dříve důležitější a cennější. Drogová závislost je touha užívat psychotropní látky, alkohol či tabák.

Diagnózu lze stanovit v případě, že se během jednoho roku objeví tři a více jevů. Nejčastější jevy, které se objevují u závislých jedinců je silná touha užívat návykovou látku, problémy se sebeovládáním, množství užívání návykové látky a ukončení užívání, užívání vyšších dávek látky z důvodu zvyšování tolerance na drogu, upřednostňování užívané látky před jinými dříve důležitými aktivitami, opominání škodlivosti dané látky a nadále její užívání (Nešpor, 2011).

Podle Kaliny (2015) je závislost považována za morální pokles ve společnosti a hodnotovou neřest. *„Závislosti na návykových látkách jsou řazeny mezi multifaktoriální chronická relaxující onemocnění centrálního nervového systému“* (Kalina, 2015, s. 140). Nastavení a struktura centrální nervové soustavy má vliv na vývoj závislosti, tudíž vrozené faktory zde hrají významnou roli.

„Z dosavadních poznatků vyplývá, že podíl genetických faktorů v multifaktoriální etiologii závislosti je značný a pohybuje se v rozmezí 40–60 %. Závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách má společný genetický základ, který moduluje neurobiologické mechanismy závislosti na konkrétní látce“ (Šerý, 2007).

Na vznik závislosti mají vliv vnitřní i vnější faktory, působící na celkový stav osobnosti. Na vznik závislosti působí tedy bio-psycho-sociální model osobnosti. Jedná se o propojený systém, kde se jednotlivé faktory navzájem ovlivňují a doplňují. Vznik závislosti se řadí do dvou základních elementů a to do vnitřních nebo vnější faktorů, které jsou navzájem propojeny a ovlivňují jedince.

2.1 Vnější faktory ovlivňující závislost

Vnější prostředí zahrnuje řady faktorů, které ovlivňují závislost jedince. Jeden z nejvýznamnějších faktorů, které odborníci shledávají za klíčový je stres. Jedná se o různé druhy stresu působící na jedince v rozdílné míře. Stres a závislost lze vnímat jako systém, kde dochází ke vzájemnému působení a ovlivňování.

„Stres výrazně ovlivňuje příjem užívané drogy a naopak příjem drog hluboce ovlivňuje stresové neuronální okruhy resp. akutní i chronický nadměrný příjem drogy navodí změny v genové expresi se signalizačními účinky u molekul se vztahem k odměně i stresu, takže je ovlivněna transmise ve stresových i odměňovacích drahách a zároveň lze pozorovat obdobný epigenetický vliv nadměrného akutního, a zejména chronického kumulativního stresu s dopadem na příjem drog“ (Kalina, 2015, s. 142).

Rozdílnost ve vnímání a prožívání stresu jedincem, je zřejmá, pokud se zamyslíme nad skutečností, že někteří jedinci pod vlivem stresu návykovou látku užívají a jiní nikoliv. Vnímání stresu, je tedy čistě individuální záležitostí, která se následně odráží na prožívání a chování daného jedince.

Stres není jediným vnějším faktorem, který působí na vznik a udržování závislosti.

Důležité jsou všechny sociální faktory a sociální prostředí, ve kterém se osoba nachází a dotýká se jeho osobnosti. Vliv rodiny, přátel, vrstevníků, přijímání společenských norem, společenské postavení. Jsou to faktory, které značně působí na utváření osobnosti a jeho postoji k životu, popřípadě mají vliv na vznik behaviorálních patologií a deviací.

2.2 Vnitřní faktory ovlivňující závislost

Kalina (2015) ve své knize uvádí, že vnitřní neboli individuální faktory ovlivňující drogovou závislost nebo užívání návykových látek jsou drogově specifické nebo nespecifické, vrozené či genetické předpoklady. Jedním ze zásadních vnitřních vlivů je nezralost organismu, která se nejčastěji projevuje v období puberty, dospívání nebo při přítomnosti neuro-vývojových poruch. V tomto období dochází ke snížené kontrole chování a k touze hledání vzrušení, nových pocitů a zážitků naplňující život jedince. K procesům zrání toto jednání patří, ale zároveň se jedná o předpoklad zkoušky užívání návykové látky.

„Vnitřní vlivy zahrnují interakci velkého množství genů. Tyto geny lze dělit na geny ovlivňující vývoj mozku, růst a diferenciaci neuronů a gliových buněk, vzájemné propojení a přežívání neuronů. Každý člověk v sobě nosí asi 30 tisíc genů a velké množství těchto genů se podílí na formování mozku a lidské psychiky v interakci s vnějšími podmínkami“ (Šerý, 2007).

Podle prostudované odborné literatury, u závislosti hraje roli i pohlaví, ženské pohlaví je toxicky citlivější. Psychické poruchy a imunitní systém mají značný vliv na vznik závislosti (Vavřínková, 2006).

„Je zde diskutován vztah s imunitním systémem. Všechny návykové drogy, stejně jako stres chronicky zvyšují bazální hladiny glukokortikoidů, což například přispívá k aktivaci mozkového jaderného transkripčního faktoru aktivovaných B-monocytů

a k indukci exprese vrozených imunitních genů, což koreluje se špatnou náladou, anxiétou, depresí“ (Kalina, 2015, 143-144).

Po shrnutí získaných důkazů vyplývá, že na sebe faktory vzájemně působí a ovlivňují se. Následky nadměrného užívání návykové látky jsou značné a mnohdy až s celoživotním dopadem.

2.3 Drogová závislost v těhotenství

Drogová závislost v období gravidity je v rámci oboru porodnictví řazena mezi rizikové a patologické těhotenství. V případě užívání návykových látek se často objevují u těhotné ženy i u plodu patologie a abnormality fyzické i psychické. U plodu hrozí riziko jeho úmrtí, vznik vrozených vývojových vad, poruchy vývoje a růstu, poškození mozku, abnormality na těle plodu.

Droga je přírodní nebo syntetická látka s psychotropním efektem a při pravidelném užívání na ní vzniká psychická nebo fyzická závislost. Drogy užívané v době těhotenství jsou nejčastěji alkohol, tabák a kofein (Pařízek, 2012).

I vzhledem k závažnému ohrožení pro těhotnou ženu a plod, při užívání omamných a návykových látek, se potýkáme s velmi malou informovaností ohledně jejich stavu. Existence výzkumných studií a odborné literatury zaměřené na stav těhotné ženy a plodu je velmi malá. Studie, zabývající se touto problematikou, mají malý rozsah výzkumu a ve většině případů končí šestým rokem dítěte. Výsledky z těchto studií mohou být zkreslené a ovlivněné mnoha faktory. Nepřesné nebo zkreslené informace se týkají užívání návykových látek během těhotenství, poporodního vztahu mezi matkou a dítětem, sociálního prostředí, ve kterém se oba nacházejí, péče o dítě a podobně. Nejvíce informací, které lze získat o průběhu těhotenství a novorozenci je v případě užívání alkoholu. Velmi studovaný je fetální alkoholový syndrom, o kterém jsou k dispozici kvalitní a početné informace. V případě, že novorozenec nejeví žádné fyzické poškození, není zde zaručeno, že neutrpěl během těhotenství a porodu žádné poškození na nervovém systému, proto je důležité tyto děti pečlivě a dlouhodobě sledovat (Velemínský, 2011).

2.3.1 Nikotin v těhotenství

Kouření je jednou z častých závislostí v těhotenství. Ve většině případů je závislost na nikotinu zřejmá už před těhotenstvím, rozvíjí se při kouření více jak 20 cigaret denně po dobu několika měsíců. Kouření v době těhotenství nemá pro ženu tak negativní následky a nepřináší vážné komplikace jako pro plod. U plodu se objevuje nižší poporodní hmotnost a zpomalený vývoj. Po porodu se u novorozence objevuje zvýšená vigilita, větší tendence k dráždivosti a u matky nastávají obtíže s kojením. V některých případech se žena rozhodne v době těhotenství a kojení přestat kouřit, posléze se ale u ní objevuje pocit dyskomfortu, neklid, touha po cigaretě a případně zácpa. Během porodu nebo jiných

těhotenských komplikací se pro snížení abstinčních příznaků používají nikotinové náplasti s nejnižší hladinou nikotinu. Pokud žena prožívá velké psychické abstinční příznaky, využívá se meditační cvičení nebo medikace tofisopanem (Pařízek, 2012).

Kouření v těhotenství není pro stav ženy tolik ohrožující jako pro stav plodu. Nikotin z těla matky putuje přímo do krve plodu. V krvi těhotné ženy je o 15 % méně nikotinu, než v krvi těla plodu. Kromě menší hmotnosti a zpomaleného vývoje plodu se objevují i závažnější poškození vlivem užívání nikotinu matkou. K vážným poškozením plodu dochází během celého těhotenství, mohou se objevit rozštěpy rtu, deformace končetin a srdce, mozková poškození. Vlivem působení nikotinu v těhotenství může dojít k potratu, předčasnému odtoku plodové vody a předčasnému porodu. Kouření má velmi značný vliv na sníženou funkčnost placenty, někdy dochází i k jejímu předčasnému odloučení. Syndrom náhlého úmrtí novorozence je často spojován právě s užíváním nikotinu. „*Otrava nikotinem se u novorozenců projevuje neklidem, nespavostí, zvracením, průjmem, vyšším pulzem, nepravidelným dýcháním, špatným sáním, apatií, chvěním a našedivělou barvou pleti*“ (Velemínský, 2011, s. 40).

V dánských porodnicích probíhal výzkumný projekt, který byl zaměřen na těhotné ženy užívající nikotin. Podle výsledků se jedná o 37 % těhotných žen, které kouří během prvních tří měsíců těhotenství, 33 % žen během celého těhotenství. V dánských porodnicích probíhají programy zaměřené na léčbu závislosti na nikotinu u těhotných žen a dochází ke sběru informací o stavu ženy během těhotenství a následně stavu novorozence (Velemínský, 2011).

Intoxikace tabákem

Nikotin je považován za návykovou látku, která má stimulační účinky, ale jen velmi mírného charakteru a působí spíše na povzbuzení a uvolnění. Je nutné zdůraznit, že užívání nikotinu je vnímáno subjektivně a má na každého trochu jiný účinek. Kouření tabáku je hlavně pro uživatele jakýmsi rituálem nebo je spojený s jinými rituály, při kterých uživatel vyhledává kouření. Jedná se hlavně o uspokojování orální oblasti, což navozuje uspokojení a uklidnění. Intoxikace nikotinem je závislá na užití dávce, která je velice individuální. Intoxikace se projevuje v podobě nevolností, bledé kůže, bolesti hlavy. Výzkumy hovoří o tom, že ve vysokém procentu není ve většině případů ohrožen život těhotné ženy ani dítěte (Velemínský, 2011).

2.3.2 Alkohol v těhotenství

Pokud žena v těhotenství užívá alkohol, vystavuje sebe i své dítě velkému nebezpečí. Alkohol je považován za nejnebezpečnější užívanou látku v době gravidity. Alkohol a nikotin jsou nejrozšířenějšími drogami ve společnosti a v mnoha případech se užívají ve vzájemné kombinaci. Alkohol má značné negativní účinky na lidský organismus.,,*Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika*

neurotransmitterových systémů- dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a ovoidního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicky“ (Kalina, 2015, s. 51).

V době těhotenství alkohol poškozuje organismus ženy, ale ve velké míře negativně působí na plod. Nelze určit minimální dávku alkoholu, která by nepoškozovala ženu ani dítěte. Z tohoto důvodu je lékaři doporučováno, aby se ženy, které plánují otěhotnět, vyhýbaly alkoholu. Rozdíl mezi jednorázovým užitím alkoholu a chronickou konzumací je velký. Pokud se jedná o opilost (Ebrieta) za problém se považuje riziko úrazu, které je zvýšené hlavně z důvodu zhoršené stability a celkové otupělosti vědomí. Chronické užívání alkoholu je pro těhotnou ženu i plod velmi metabolicky zatěžující.

„Chronické alkoholičky jsou malnutriční, hypoproteinemické, spatologickými jaterními testy. Při návykovém alkoholismu se připojuje chronická erozivní gastritida, kardiomyopatie, postupně i jaterní cirhóza s jícnovými varixy, encefalopatie. Při odnětí alkoholu hrozí současně s náhlým poklesem jeho hladiny rozvoj deliria tremens jako stavu ohrožující život“ (Pařízek, 2012, s. 263).

Alkohol se rychle dostává k plodu skrz placentu, tudíž dochází k tomu, že plod má v krvi stejné množství alkoholu, jako má v těle matka. Alkohol má vliv na rychlost a kvalitu vývoje plodu, pokud v těhotenství žena užívá alkohol, dochází u něj k vývojovým vadám a vážným poškozením. Vrozené vady způsobené alkoholem jsou různého typu a míry poškození. Poškození může být od mírných růstových odchylek až po těžké vývojové vady, v některých případech končící smrtí. V mnoha případech dochází ke znetvoření těla i obličeje, růstovým abnormalitám a poškození mozku i ostatních orgánových systémů. Velmi typická je nízká porodní váha a poporodní problémy s termoregulací (Velemínský, 2011).

Při porodu, u ženy užívající alkohol, je nutno intenzivně sledovat hodnoty krevního tlaku a monitorovat ji pomocí EKG. Krevní laboratorní vyšetření sleduje hladinu plazmatických bílkovin, albuminu, glykémie, kalemie, bilirubinu, počet trombocytů. Provádí se kultivace moči a test na přítomnost drog. Při porodu se pravidelně rodiče podává vitamin B-thiamin. Během porodu a po porodu se v tomto případě předpokládá zvýšené krvácení z důvodu sníženého počtu trombocytů a funkce koagulačních faktorů, které napomáhají k regulaci krvácení a jeho zastavení. Po porodu nebo císařském řezu se u novorozence očekává abstinční syndrom, který se dostaví během 24 hodin. Zvláštní péči o novorozence zajišťuje specializované resuscitační oddělení s dohledem neonatologa (Pařízek, 2012).

Fetální alkoholový syndrom je poškození plodu vlivem působení alkoholu v těhotenství. Typické znaky poškození jsou abnormality v oblasti obličeje, vývojové poruchy růstu. Charakteristické jsou krátké oční štěrby a větší vzdálenost mezi nimi, epikantus, což je kožní řasa v koutku oka, malá brada, tupý nos, špatně vyvinutá

prohloubenina mezi nosem a rtem. Pro diagnostiku fetálního alkoholového syndromu je nutné pozorovat alespoň dva z výše uvedených znaků. Poškození centrální nervové soustavy je možné pozorovat u novorozeněte a někdy až v pozdějším věku. Většinou se v pozdějším věku objevuje opožděný psychomotorický vývoj, poruchy s učením a soustředěností, mentální retardace, zpomalený růst s případnými abnormalitami. Podle statistických údajů se u poloviny dětí s fetálním alkoholovým syndromem objevují poruchy orgánů, nejčastěji srdce a deformace končetin a rtu. Dítě, které prodělalo FAS, má ve většině případů problémy s chováním a dochází u něj k celkovému narušení psychického i sociálního vnímání (Velemínský, 2011).

„V Dánsku byla provedena studie, z níž vyplývá, že 70-80 % dánských těhotných žen pije alkohol během těhotenství, 18% těhotných žen vypilo alespoň jednou během těhotenství vyšší množství alkoholu (více jak 7 skleniček). Největší spotřebu alkoholu v průměru mají starší ženy s velmi dobrým vzděláním“ (Velemínský, 2011, s. 37).

Intoxikace alkoholem

Těhotné ženě užívající alkohol hrozí riziko otravy, protože „bezpečné“ množství alkoholu je individuální a tolerance k míře alkoholu různá. Pokud dojde k otravě, u ženy dochází k narušení dechových možností, hypoglykémii, metabolické acidóze a k minerálnímu rozvratu s hypokalémií.

Plod při otravě alkoholem může odumřít v děloze, protože etanol prochází volně placentou a vlivem toho se u plodu zpomaluje dech a srdeční činnost, plod ztrácí svou aktivitu a jeho detoxifikace je velmi složitá. Po narození se u dítěte objevuje novorozenecký abstinencií syndrom spojený se třesem, škytavkou, křečemi a zvýšeným svalovým tonusem (Vavřínková, 2006).

2.3.3 Heroin v těhotenství

Heroin se řadí mezi jednu z nejpoužívanějších drog ze skupiny opioidů. Drogy této skupiny nezpůsobují u plodu deformace, ale mají velký vliv na jeho růst. V minulosti byly provedeny klinické pokusy, aby byly známy účinky heroínu na plod a průběh těhotenství. Výsledky dokazují, že u plodu je velmi zpomalený růst, ale po celou dobu je symetrický a týká se všech orgánů. Plod má menší počet buněk, než plod fyziologický bez užívání heroínu.

Heroin rychle vnikne do placenty a následně do krve plodu. Doba od užití heroínu těhotné ženy do proniknutí k plodu se udává kolem jedné hodiny. Opiáty celkově na plod působí tlumivě, to se projevuje na snížené aktivitě plodu. Při snižování hladiny heroínu

v plodové vodě dochází u plodu k abstinenčnímu příznaku, který u něj způsobuje stres, tachykardii a v některých případech může dojít až k jeho úmrtí. Abstinenční syndrom u novorozence se objevuje zhruba u 50-80 % a dostavuje se mezi 48 až 72 hodinami. Užívaný heroin v těhotenství zvyšuje riziko potratu, často dochází k předčasnému porodu nebo úmrtí plodu během těhotenství nebo při porodu. Po porodu se u novorozence objevuje neonatální abstinenční syndrom (NAS).

Plod, který je v době těhotenství vystaven působení heroinu má $2,3 \times$ vyšší riziko k RDS (Hájek, 2004).

„Novorozenecký abstinenční syndrom se u dětí obecně projevuje zíváním, zvracením, kýcháním, tremorem, hypertonusem, nekoordinovanými pohyby úst a očí, pronikavým křikem, neklidem, podrážděností, poruchami spánku, intermitentní cyanózou, apnoe, poruchami sání, neefektivním sáním, nízkým přírůstkem na váze, zvýšenou produkcí hlenu, zvýšenou reakcí na zvuky a křečemi“ (Sedláčková, 2007).

Pokud dojde k porodu nebo ke zdravotním komplikacím během těhotenství je důležité se u této rodičky zaměřit na důležitá vyšetření. Provádí se diagnostika zaměřená na přítomnost hepatitidy B, C, F, bakteriální endokarditidu, septické flebitidy, plicní hypertenze, plicní edém, mozkový absces, HIV, pohlavní choroby. Pro adekvátní péči o stav ženy i plodu nebo novorozence je důležité vědět informace ohledně užívání drogy a stavu těhotné ženy. Zjišťuje se, zda se jedná o závislost, tím se lze předpokládat, jaký nastane stav při odnětí drogy a jaké abstinenční příznaky se dostaví a předpoklad k použití anestezie či sedativ., *„Indikace ve prospěch života a zdraví matky mají přednost před zájmy plodu- lze proto volit např. o benzodiazepiny, efedrin atd., ačkoliv mohou mít na adaptační proces novorozence zpomalující vliv“ (Pařízek, 2012, s. 266).*

Intoxikace heroinem

V rámci intoxikace těhotné ženy heroinem dochází k závratím, zvracení, svědění kůže, bradykardii, poruchám dýchání, hypotenzi a vysušení sliznic. Tento stav se může zhoršit a žena může upadnout do komatu. Pokud žena heroin užívá pravidelně je to pro dítě méně ohrožující než nepravidelný přísun drogy. U plodu prožívající intrauterinní abstinenci syndrom může dojít k náhlému úmrtí. Plod velmi citlivě reaguje na stav matky, pokud dojde k její stabilizaci, většinou se daří stabilizovat i plod, nedochází k jeho úmrtí a není potřeba porodnická intervence. Abstinenci syndrom u plodu se může vyvíjet i několik dnů po intoxikaci matky, proto dochází ke kontrole plodu všemi možnými a dostupnými metodami jako je ultrazvukové vyšetření a kardiografie po dobu několika dnů.

Pokud se dítě narodí v době intoxikace matky a je ve stavu ohrožující jeho život, vzhledem k velmi narušené dechové činnosti, je ve většině případů intubován, aby byl zajištěn průchod dýchacích cest, dále je mu podáván v intervalech Naloxon (Vavřínková, 2006).

2.3.4 Metamfetamin v těhotenství

Droga velmi často užívaná těhotnými ženami je právě metamfetamin. Metamfetamin (pervitin) a heroin jsou podle statistických údajů, vedených v rámci porodnic, nejužívanější nelegální drogy mezi těhotnými ženami v České republice.

Užívání pervitinu v době těhotenství způsobuje nedostatečné zásobení plodu kyslíkem, objevuje se zde vyšší riziko předčasného odlučování placenty a předčasného porodu. Abstinenci syndrom u novorozence ve srovnání s heroinem není tak intenzivní a zpravidla trvá kratší dobu. Novorozenci a kojenci jsou ve velké míře vystaveni ohrožení náhlého úmrtí.

Odborníci v tomto oboru hovoří o velkém riziku vysokého tlaku během těhotenství, který ohrožuje ženu i nenarozené dítě. Další závažnou komplikací v průběhu těhotenství je placentární abrupce, která se u těhotných žen užívajících metamfetamin velmi často objevuje.

V České republice je užívání metamfetaminu velkým problémem, například studie provedené v USA poukazují právě na tuto drogu, která nejčastěji přivádí těhotné uživatelky na odborná a poradenská místa v oblasti drog.

Ve výzkumech jsou ještě značné mezery ve znalostech o poškození plodu a následném vývoji dítěte (Pařízek, 2012).

Intoxikace metamfetaminem

Akutní intoxikace metamfetaminem je spuštěna aktivací sympatiku. Intoxikace se projevuje euforickou náladou, což je zřetelné hlavně na hyperaktivitě, veselosti, hovornosti. Po požití metamfetaminu se ztrácí potřeba spánku, objevuje se psychomotorický neklid a v některých případech se mohou projevit i halucinace a dále hyperventilace, tachykardie, hypertenze, pocení, hypertermie, třes, fascikulace, křeče, mydriáza. Intoxikace metamfetaminem způsobuje intrakraniální krvácení, fibrilace komor, akutní koronární syndromy i akutní renální selhání (Stafford, 1997).

U těžkých případů dochází k vyčerpání organismu, dehydrataci a celkovému metabolickému rozvratu. Těhotná žena je k těmto komplikacím náchylnější více než ostatní ženy. V krajním případě může dojít k úmrtí a to hlavně z důvodu nestability a narušení dechové aktivity. U těhotné ženy, chronicky užívající metamfetamin, se euforické účinky této látky mění a způsobují spíše panické ataky. Intoxikace trvá zhruba 24 hodin a doznívání látky je spojeno s nepříjemnými pocity v podobě úzkosti (Preslová, Veisová, 2009).

Na metamfetaminu vzniká psychická závislost, tudíž pro těhotnou ženu je samotné těhotenství náročnou životní etapou a je velmi těžké se zbavit závislosti na pervitinu. Existuje jen malé rozmezí mezi lehkou intoxikací a těžkou otravou.

3 Léčba těhotné ženy užívající návykovou látku

Léčba drogové závislosti by měla být komplexní péčí o tělo i duši, nikdy se nejedná o péči zaměřenou jen na jednu z těchto složek, je důležité se zaměřit na celistvost. Léčba závislosti vychází z bio-psycho-sociálního modelu, který se podílí na vzniku závislosti ale poté i na léčbě. Úspěch léčby je ovlivněn spousta faktory, jeden z nich je vzájemná spolupráce závislého jedince, odborníků a členů rodiny závislého. Těhotná žena užívající návykovou látku potřebuje podporu, aby zvládla těhotenství, ale i snižování užívání návykové látky, aby pod jejím vlivem nedocházelo k poškození plodu.

3.1 Kontaktní centrum

Kontaktní centrum se v rámci svých možností snaží minimalizovat dopady drog na těhotnou ženu i její plod a usilovat o dobrovolnou změnu jejího chování a životního stylu.

Pracovníci kontaktního centra pomáhají klientkám získat motivaci k další efektivní léčbě, která zajistí stabilizaci zdravotního i sociálního života. Jedná se o zařízení, kde dochází v podstatě k podávání informací o rizicích, možnostech léčby, poskytování podpory a motivace. Centrum zřizuje několik programů zaměřených například na snížení zdravotních i sociálních rizik vlivem užívání návykových látek. Poradenství zaměřené na výběr a zprostředkování léčby pro klientku a předléčebné poradenství. Kontaktní centrum se zaměřuje i na zdravotní ošetření klientek a odběr vzorků pro zjištění infekčních nemocí. Sociální služby centra zprostředkovávají základní potravinový, nápojový a hygienický servis. V rámci této služby je možnost využít poradenství zaměřené na sociální a právně trestnou činnost. Pro klientky je nabízena krizová intervence a poradenství pro ně i jejich rodinné příslušníky (Sananim, 2007).

Kontaktní centrum je pro těhotné ženy užívající návykovou látku nejdostupnější, ale mými respondentkami přesto málo využívané, na což poukazuje praktická část této práce. V případě, že těhotná žena užívající některou z návykových látek, navštíví kontaktní centrum, pracovníci centra nejsou povinni kontaktovat sociální pracovníci z OSPOD.

3.2 Adiktologická ambulance

Adiktologické poradenství je proces, ve kterém adiktolog poskytuje informace, rady, vedení a podporu klientce s problémem užívání návykové látky či látek. Tento typ léčby spojený s terapií je u těhotných žen využíván hlavně z hlediska velké podpory klientky. Adiktologické poradenství je péče, která zahrnuje několik poradenství

zaměřených na potřeby klienta. Jedním z nejdůležitějších je poradenství psychologické, které těhotná žena považuje za klíčové hlavně v rámci motivace řešit svůj nelehký stav.

Psychologické poradenství se zaměřuje na problémy intrapsychické i interpersonální. Další složkou adiktologické péče je zdravotní poradenství, které těhotné ženy využívají hlavně se zaměřením na jejich stav gravidity a zdravotní rizika pro plod.

Sociální poradenství klientkám pomáhá řešit situaci s bydlením, prací, budoucí péčí o dítě. Právní poradenství je zaměřené hlavně na dluhové poradenství, rodinné právo a spáchanou trestní činnost (Kalina, 2015).

V rámci adiktologického poradenství může docházet ke krátké krizové intervenci, která je poskytována klientce v krizové situaci, zpravidla je to jedno až tři setkání. Zabývá se hlavně momentálním problémem klientky a snaží se jí zpřehlednit situaci a pomoci jí konstruktivně řešit její problém.

Individuální i skupinové poradenství nejvíce působí na zvládnání abstinence, na pozitivní chování a motivaci k léčbě. Motivační terapie je jedním ze základních faktorů, které směřují člověka ke změně životního stylu. V rámci adiktologického poradenství dochází i k poradenství rodinnému, které je založeno na podpoře rodiny vůči klientce užívající návykovou látku či látky. Rodinné poradenství probíhá s rodinou uživatelky, která není ochotna přistoupit k léčbě, v rámci samotné léčby, anebo jako udržovací terapie po samotné léčbě (Kalina, 2015).

V případě, že adiktologická ambulance je dostupná a těhotná žena si je vědoma rizikového užívání návykových látek, je tedy možnost, že ji navštíví, tak jak potvrzuje příběh namotivované klientky v praktické části této práce.

3.3 Ústavní léčba

„Ústavní léčba závislosti se zaměřuje na dosažení a udržení abstinence a na co největší resocializaci pacienta. Program ústavní léčby je komplexně strukturován, obsahuje odpovídající terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační i volnočasové. Vedle abstinence je klíčovým terapeutickým úkolem podpora adaptačního potenciálu jedince pro jeho návrat do přirozeného životního prostředí“ (Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017).

Ústavní léčbu využívají těhotné klientky, pokud vnímají problém užívání návykových látek jako problém, který samy nevyřeší. Během této léčby se klientka přizpůsobuje intenzivní režimové léčbě a psychoterapii, která je individuální, skupinová, pracovní a tak dále. Cílem ústavní léčby je abstinence těhotné ženy a její udržení.

„Léčba je dobrovolná, ale předčasným ukončením ztrácí svoji účinnost. Pacientka, která dokončí základní léčbu a setrvá tři roky v doléčovacím programu,

má 80 -90% naději na udržení trvalé abstinence od návykových látek a na zásadní zlepšení kvality života (včetně zlepšení rodinných vztahů, profesního a osobního rozvoje)“ (Šťastná, 2013).

Ústavní léčba může být pojmenována podle délky pobytu a to na krátkodobou, která je zpravidla dvouměsíční, střednědobou od dvou do šesti měsíců nebo dlouhodobou o délce půl roku až rok. Pobytová léčba zajišťuje abstinenci, nastavení pravidel a režimu, který je nutno klienty dodržovat. Dlouhodobá léčba probíhá v terapeutických komunitách, krátkodobá a střednědobá ve zdravotnických zařízeních. Pobytová léčba je vhodná pro těhotné ženy, které nemají stabilní rodinné zázemí a možnost kvalitního a stálého bydlení. Pokud žena užívá návykovou látku dlouhodobě a intenzivně je tento druh léčby nejvhodnější, protože zajišťuje řád, režim a hlavně abstinenci a terapii.

Pobytová neboli ústavní léčba zpravidla začíná detoxifikační fází, která pomáhá zvládnout prvotní odvykací stav a abstinenci příznaky, které se u uživatelů návykových látek objevují. Abstinenci příznaky se objevují v různé míře, hlavním rozhodujícím činitelem je druh a množství užívané látky a doba užívání. V posledních několika letech se detoxifikační oddělení přesouvá z psychiatrických nemocnic přímo do léčebných zařízení specializovaných na léčbu závislostí nebo lze tuto fázi provádět přímo u klienta doma, či například v domovech pro matky s dětmi, které často uživatelky drog využívají.

Po skončení detoxifikační fáze léčby, přestupuje klientka do další fáze, kde jsou nastavená jiná pravidla, režim a terapie, které hrají klíčovou roli v celkové léčbě.

Úspěšnost ústavní léčby u těhotných žen je přímo úměrná jejich motivaci, v mnoha případech se stává, že abstinence po úspěšném absolvování ústavní léčby je jen přechodná (Hájek, 2004).

3.4 Terapeutická komunita

Reforma terapeutických komunit, orientované na léčbu závislosti těhotných žen a matek s dětmi, probíhala v 90. letech v USA. Tato inovace přinesla velké změny ve fungování terapeutické komunity, kde nebyla péče zaměřena jen na ženu, ale na ženu, dítě a rodinu. Plán léčby byl přizpůsoben potřebám žen a jejich dětí, což vyžadovalo i určité znalosti personálu, proto se upřednostňoval personál s osobními zkušenostmi s mateřstvím a rodičovstvím. Terapeutická komunita si kladla za cíl pomoci vytvořit pevný vztah mezi matkou a dítětem. V zařízení si žena osvojovala roli matky a postoj k péči, výchově a rodičovství. Důležitou roli hrál i nácvik postoje k partnerskému vztahu a fungování rodiny. Terapeutická komunita se snažila pomoci ženě získat dovednosti, díky kterým bude žena schopna vytvořit bezpečné a zdravé prostředí pro sebe i dítě (Kalina, 2008).

Pro fungování žen v komunitě je důležité přijmout léčebný řád, režim komunity a nastavená pravidla v komunitě.

Terapeutická komunita nabízí klientkám vlivem terapií, péče a komunikací možnost změnit své škodlivé vzorce chování. Základními léčebnými prostředky používanými v komunitě jsou skupinové terapie, které vyplňují značnou část léčebného programu. Pravidla a režim komunity je pevně daný a je požadováno ho dodržovat, při porušení může dojít k vyloučení klientky z komunity. Pro získávání pracovních dovedností a návyků, spojených s chodem domácnosti i s pracovní morálkou v zaměstnání, slouží pracovní terapie. Sociální služby v rámci terapeutické komunity napomáhají klientkám odstranit všechny negativní důsledky způsobené užíváním drogy, pomoc se získáním sociálních dávek či s vyřízením osobních dokladů a zprostředkováním kontaktu s úřady nebo policií. Doplněk ke skupinové terapii se využívá terapie individuální, která je postavena na konkrétní situaci s klientkou. Rodinné terapie probíhají jako podpůrný program v rámci návštěv rodinných příslušníků klientek. Další složkou v rámci programu komunity jsou přípravy týdenních a měsíčních plánů. Probíhá zde trénink odpovědného myšlení a chování a paralelně nácviky pracovních, sociálních a hygienických dovedností a návyků. Složka volné zábavy a volnočasových aktivit není opomíjena a je jí v komunitě věnovaný prostor.

Terapeutická komunita zajišťuje zdravotní péči psychiatra. Poskytování služeb praktického lékaře, pediatra, gynekologa, stomatologa, hematologa, probíhají mimo komunitu. Psychiatr provádí prvotní psychiatrická vyšetření při nástupu do terapeutické komunity, a pokud je potřeba, zajišťuje následnou péči a medikaci.

Hlavní cíl léčby v terapeutické komunitě je abstinence a zařazení klientky do života bez přítomnosti a konzumace drog. Klientky se učí nést zodpovědnost za svoje rozhodování a chování, popřípadě zvládnout pocit selhání. Dílčí cíl léčebného plánu klientky je přijetí sama sebe a získání nadhledu na dosavadní život a jeho budoucí změny.

Stabilizace emočního stavu, rovnováha zdravotní stránky klientky, zvýšení sebevědomí a nabytí dovedností jsou předpoklady k úspěšné léčbě a následné udržení zakotvených faktorů. Těhotná žena prochází procesem osvojování si dovedností spojených s výchovou a péčí o dítě. Budování a upevňování vztahů s dítětem i partnerem pomáhá k celkové stabilizaci rodiny a psychickému stavu klientky. Klientka by po ukončení léčebného programu měla stále dodržovat režim, který zakotvuje pozitivní chování a slouží ke stabilizaci celkového stavu a budování kvalitního vztahu mezi matkou a dítětem (Sananim, 2007).

Jako příklad lze uvést terapeutickou komunitu Karlov, která se zabývá léčbou těhotných žen užívající drogu (drogy) a závislých matek s dětmi. TKK chce u klientek docílit abstinence a změny celkového životního stylu s předpokladem kvalitní a bezpečné péče o své děti. Pokud má žena děti, v léčbě může s sebou mít jedno nebo dvě.

Terapeutická komunita je určena pro ženy, které mají soudně nařízenou léčbu nebo jsou samy motivovány k léčbě. Pokud matce bylo dítě soudní cestou odebráno, může si zažádat na OSPOD, aby dítě mohlo být v pobytu v komunitě s ní.

V tomto zařízení se nejčastěji objevují ženy, které mají diagnózu závislosti nebo škodlivého užívání. Nejčastěji se zde objevují klientky s problémem užívání heroinu, subutexu a pervitinu. Léčba v terapeutické komunitě Karlov nepřijímá klientky, které trpí akutním psychotickým onemocněním. Pro přijetí dítěte do terapeutické komunity společně s matkou je nutný souhlas zákonného zástupně dítěte a nebo OSPODu.

Přijetí matek s dětmi nebo těhotných žen probíhá prostřednictvím denního stacionáře SANANIM, který určuje pořadí klientek přijímaných do léčby.

Před nástupem do terapeutické komunity Karlov je nutné, aby žena absolvovala detoxifikaci. Dítě musí mít vyšetření od pediatra a musí být sepsána zpráva o jeho zdravotním stavu a schopnosti pobytu v komunitě.

Podmínkou pro přijetí klientky je vyplnění žádosti o přijetí (příloha č. 1) a předvstupního dotazníku do komunity (příloha č. 2), sepsání osobního životopisu v rozsahu dvou až pěti stránek a odeslání všech těchto dokumentů na adresu denního stacionáře SANANIM. Pokud je žena mimopražská, kontakt na denní stacionář SANANIM může zprostředkovat K-centrum, adiktologická ambulance nebo psychiatrická léčebna, která je pro ni dostupná. V každém případě žena potřebuje pro přijetí doporučení od psychologa, psychiatra, terapeuta, pracovníka K-centra nebo lékaře.

3.5 Substituční léčba

Substituční léčba je náhrada užívané návykové látky za látku jinou méně škodlivou, s menšími riziky pro organismus. Substituční látka je předepsaná od lékaře a doba užívání substituční látky je různá a nastavená individuálně na základě potřeb dané klientky. Tato léčba se používá hlavně pro eliminaci rizik, která vznikají užíváním nelegální návykové látky, ale také pro stabilizaci zdravotního i psychického stavu.

Léčba je tedy naplánovaná na určitou dobu a během této doby se dávka substituční látky snižuje, až může dojít k úplnému vysazení. Pokud se jedná o nemotivovanou klientku, která nemá předpoklad ke změně v užívání a celkového životního stylu, substituční léčba může být neomezená a sloužit jen pro snižování rizik v době těhotenství a nepříznivého působení opiátů na plod.

Tato léčba nemá za úkol jen vyměnit látku za látku méně rizikovou, ale je spojena s psychoterapií, sociálním poradenstvím, což umožňuje začlenit klientku do běžného života a dále slouží jako kontrola nad životním stylem a užíváním návykové látky. Díky této léčbě dochází ke snižování kriminální činnosti a léčebných výdajů, které jsou spojené se vzniklými riziky, vlivem užívání návykové látky. Tato léčba je zaměřena hlavně

na eliminaci užívání heroinu a dalších opiátů, jako náhradní látka se aplikuje metadon a subutex. Většinou se ale u těhotných žen jako substituční látka používá metadon, který na centrální nervovou soustavu působí jako morfin. Má silné analgetické účinky, celkově je tlumivý, ale vyvolává deprese a snižuje funkci metabolismu.

Pokud je těhotná žena zařazená do programu prochází tříměsíčním adaptačním obdobím, při kterém může ještě v malé míře užívat nelegální návykovou látku. Lékař těhotné ženě pravidelně kontroluje její zdravotní stav a ona každý den dochází do substitučního centra (Sedláčková, 2007).

Substituční léčba se může využít i u nikotinu, kdy je nahrazen náhradní nikotinovou terapií.

3.5.1 Metadon

Metadon je substituční látka používaná pro léčbu závislosti na opiátech, jedná se o syntetický opioid. Rozdíl mezi substituční látkou metadonem a ostatními opioidy je ten, že v těle metadon zůstává déle a díky tomu se snižuje frekvence aplikace drogy. Působení metadonu na plod, není tolik nebezpečné, jako při aplikaci heroinu. Aplikace metadonu pozitivně působí na celý průběh těhotenství, metadon se podává pod lékařským dohledem, tím pádem se ženě dostává gynekologická, psychologická i sociální péče. Těhotná žena pravidelně navštěvuje lékaře a prohlídku u něj, tato kontrola výrazně zlepšuje celý průběh těhotenství a možnost včasného podchycení případných komplikací a předpokládá stav novorozence (Velemínský, 2011).

Je zde možnost kontrolovat a pozitivně působit na těhotnou ženu užívající heroin. Metadonový program vydává těhotné ženě jednu dávku za den, tudíž zde funguje alespoň částečná kontrola. Dávka metadonu je různá a určuje ji lékař, někteří odborníci doporučují rozdělit denní dávku do dvou dávek po 12 hodinách, aby nedocházelo k velkému utlumení plodu a riziku úmrtí. Metadon se shromažďuje u plodu v játrech, plicích a slezině. Abstinenční syndrom u novorozence je pod vlivem metadonu delší než u heroinu.

Při pozorování starších dětí, které byly v těhotenství ovlivněny působením metadonu, se objevují poruchy chování a učení, zhoršená sociální přizpůsobivost, poruchy spánku s možnými abnormalitami během spánkových cyklů. Odborníci se nemohou sjednotit s názorem ohledně kojení novorozence, někteří doporučují kojit jen v případě, že žena nepřesáhne dávku metadonu větší než 20mg za den, někteří doporučují aplikaci metadonu po večerním kojení, aby se skrz mateřské mléko k novorozenci dostalo nejméně látky. Podle dostupných informací se během kojení dostanou k novorozenci 3 % metadonu z dávky požití matkou (Hájek, 2004).

3.5.2 Subutex

Substituční látka Subutex obsahující Buprenorfin je syntetická látka, která na organismus působí mírněji než jiné opioidy. Pokud je použitý u těhotné ženy až v pokročilé fázi těhotenství, může dojít ke zdravotním problémům plodu. O této substituční látce podávané v těhotenství je velmi málo informací a přesně se neví jaký vliv má na průběh těhotenství, vývoj plodu a abstinenci stav novorozence. V Dánsku je Subutex nejpoužívanější substituční látkou podávanou ženám v těhotenství (Velemínský, 2011).

Koncentrace substituční látky v séru plodu nebo novorozence je 6x vyšší než v séru těhotné ženy či matky. Poškození vlivem užívání Subutexu je hlavně nezralost a špatná funkčnost jater u novorozence. Pozitivní faktor je, že u novorozence vzniká velmi slabý abstinenci příznak, který ve většině případů rychle a bez komplikací odezní. Mateřské mléko obsahuje zanedbatelné množství Subutexu, tudíž v tomto případě se kojení doporučuje bez omezení. Subutex je finančně náročnější než metadon, ale v době těhotenství je hrazen pojišťovnou. Subutex lze použít, pokud žena užívá heroin do množství 1g denně (Hájek, 2004).

4 Sociální programy pro těhotné ženy užívající návykovou látku

Zákon o sociálních službách § 35. Ods. 3 pojednává o povinnosti fyzické osoby poskytovat informace.

„Ministerstvo sociálních věcí může vytvořit předpisy pro osoby pracující v sektoru veřejných služeb, které by ukládaly těmto osobám povinnost informovat obec, seznámí-li se při výkonu svého zaměstnání s těhotnou ženou s vážnými drogovými problémy, které by vedly k domněnce, že tato žena potřebuje pomoc. Ministerstvo sociálních věcí může stanovit odpovídající předpisy pro ostatní skupiny osob, které se při plnění svých povinností seznámí s výše uvedenými okolnostmi“ (Velemínský, 2011, s. 139).

V roce 2003 byla provedena výzkumná studie zaměřující se na těhotné ženy užívající návykovou látku a jejich děti. Tento výzkum byl zaštiťovaný Zdravotně sociální fakultou v Českých Budějovicích a Psychiatrickou léčebnou v Červeném Dvoře. Podle údajů ze studie lze konstatovat, že v České republice není jednotná evidence těhotných žen s problémem užívání návykové látky. Závěrem studie byl fakt, že péče o závislé osoby je dostačující, ale specializovaná centra, která by se zabývala problematikou těhotných žen užívajících návykovou látku, je nedostatek. Problém je také v provázanosti určitých druhů péče. Systém péče v podstatě dovoluje těhotné ženě užívat drogy v jakémkoliv množství i intenzitě. Drogový screening u gynekologů je prováděn jen

z 38 %, což způsobuje nedostatečné zmapování situace. Následující monitoring přivedl řadu odborníků k myšlence ucelit péči a pohled na těhotné ženy užívající návykovou látku, ale i na jejich děti a prenatální péči o ně (Velemínský, 2011).

Mapování těhotných uživatelék drog je stále častější, i když stále přesný počet těchto žen není přesně znám. Díky nabízeným službám dochází k minimalizaci rizik způsobených drogou, včasná intervence je klíčová v celkovém řešení problému s drogami.

Jako příklad sociálního programu lze uvést Centrum pro rodinu, které bylo první pracoviště zabývající se ucelenou koncepcí péče o těhotnou ženu a její děti. Toto centrum se řídí heslem „Dítě patří domů“. Centrum pro rodinu je součástí střediska Drop-In, jedná se o zařízení nestátní zdravotnické. Péče v centru je zaměřená na preventivní programy, ambulantní péči, první pomoc, terapie a poradenství a Harm reduction. Projekt, na kterém se zasloužil Drop-In v roce 2000 pod názvem „*Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech*“ později se název projektu změnil na „Integrace rodiny“ pod vedením Simony Sedláčkové, garantem projektu byl MUDr. Jiří Presl a vedoucím psychologem PhDr. Ivan Douda. Základními cíly projektu bylo motivovat těhotné užívající ženy ke změně životního stylu a abstinenci a děti, které žijí s užívajícími rodiči. Nápomoc ke stabilizaci zdravotního stavu těhotné ženy a sociální situaci, v které se nachází, dále šlo o rozvíjení sociálních dovedností.

Další službou, která nabízí pomoc těhotným ženám a matkám užívající návykovou látku je denní stacionář Sananim. Této klientele je zde nabízen kromě standardních služeb ještě další pomoc ve specializovaném programu. Jedná se hlavně o zprostředkování komplexní péče pro těhotnou ženu nebo matku užívající návykovou látku či látky, péče je zajištěna i dítěti. Většina žen se potýká se vztahovými a intimními problémy, proto je vhodné se zaměřit na tuto oblast a podat ženě veškeré možné informace a zodpovědět její otázky a to hlavně z důvodu podpory její role jako matky. Hlavním cílem tohoto specializovaného programu tedy je podpora rodičovství a péči o dítě.

Sociální služba Centrum pro rodinu je v kontextu této diplomové práce velmi důležitá, hlavně z důvodu zajištění komplexní a ucelené péče pro těhotnou ženu a matku s dětmi, proto je této službě věnována větší pozornost.

Tento samostatný program funguje již 16 let, ve spolupráci s OSPOD, sociálními pracovníky a porodnicemi, tvoří velmi úspěšnou péči. V některých případech je nařízen i soudní dohled, jedná se zpravidla o romskou populaci těhotných žen, které se nechtějí léčit v ústavní péči ani v terapeutických komunitách a to hlavně z hlediska odlišnosti jejich kultury s kulturou majoritní. Tyto ženy nedokážou přijmout některá pravidla v léčebných procesech a prvky psychoterapie.

Centrum pro rodinu přijímá své klientky z různých důvodů. Pokud klientka pravidelně dochází do kontaktního centra a otěhotní, začne navštěvovat CPR, kde jí jsou podány podrobné informace a možnosti řešení problému s užíváním drog ve spojitosti s těhotenstvím. V momentě, kdy žena užívající návykovou látku porodí, ve smolce dítěte je zjištěna návyková látka a porodnice má ohlašovací povinnost informovat příslušný odbor (OSPOD), ten dále kontaktuje Centrum pro rodiny. Na ženu užívající návykovou látku, která vychovává dítě nebo několik dětí může být upozorněno z jejího okolí (škola, sousedé, přátelé, rodinní příslušníci apod.). Cílovou populací projektu jsou ženy užívající návykové látky mající v péči děti, těhotné ženy užívající návykové látky, ženy romské populace užívající drogy nebo alkohol, ženy užívající návykové látky mající soudní dohled nad péčí o své děti, partneři klientek a jejich rodinní příslušníci.

Pracovní tým je složen z řady odborníků poskytující komplexní péči, jedná se o vedoucího psychologa, psychiatra, vedoucího terapeuta, sestry, porodní asistentky a supervizora.

Program pro klientky je strukturován na dva roky do tří fází, první fáze je nízkoprahová a trvá od jednoho do šesti měsíců, druhá fáze je tematická v trvání od šesti do dvanácti měsíců, třetí fáze je růstová fáze, která probíhá v období od dvanácti do dvaceti čtyř měsíců.

Nízkoprahová fáze je charakteristická navazováním kontaktů s klientkami, které přicházejí z Drop-In, substituční péče, porodnic a podobně. Hlavním cílem je zaměřit se na stav s důrazem na abstinenci a celkovou stabilizaci zdravotního a psychického stavu. Pokud nejsou klientky motivovány a nedochází na pravidelné schůzky, je jim podle jejich stavu doporučena ústavní léčba, substituční programy nebo terapeutická komunita. Možnost přesunutí do druhé fáze je abstinence nebo zařazení do substitučního programu.

V první fázi je kladen důraz na osvojování sociálních dovedností a snaha zařadit se do společnosti, postarat se o bydlení a zlepšit stávající sociální situaci, ve které se ženy a jejich rodiny nacházejí. Kontakt probíhá jednou nebo dvakrát za týden v délce 40-50 minut. V této fázi dochází i k návštěvě klientky v jejím prostředí, kde momentálně žije. Návštěvy probíhají hlavně u gravidních žen z důvodu zmapování situace a prostředí, zda je v tomto prostředí možné pečovat a vychovávat narozené dítě.

V tematické fázi je vztah mezi klientkou a personálem terapeutický, jsou zde tvořeny individuální plány a krátkodobé cíle, kterých lze dosáhnout. Kontakt probíhá jednou nebo dvakrát za týden, při každé návštěvě je monitorována abstinence, spolupráce a snaha změnit svůj dosavadní životní styl.

Růstová fáze je daná dlouhodobou spoluprací s klientkou, která je stabilizovaná a jsou u ní zřejmé a viditelné kladné postoje k abstinenci.

Program je zaměřen na osobnostní růst žen a jejich podporu pozitivních změn, které ji vedou k odpovědnému rodičovství. Program je podle získaných statistických údajů úspěšný z 60 % (Simona Sedláčková, 2009).

V případě, že se jedná o gravidní klientky, je zde velký důraz kladen na přípravu porodu a následnou péči o dítě. Těhotné ženy užívající návykové látky vyplňují dotazník týkající se jejich konzumace alkoholu a drog. (příloha č. 3)

Dále se ke kartě těhotné ženy přikládá speciální příloha, kterou vyplňuje pracovník služeb (příloha č. 4). Tyto dokumenty slouží jako přehled pro pracovníky centra, ale posléze i pro personál porodnice, novorozeneckého oddělení a OSPOD (Velemínský, 2011).

5 Praktická část

Pro praktickou část diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Tento výzkum je zaměřen na získání ověřitelných údajů o problematice užívání návykových látek v době těhotenství a služeb, které v této době klientky využívají. Výzkum je aplikován na menší počet respondentek, jedná se hlavně o kvalitu získaných a zpracovaných informací. V tomto výzkumu nejsou použité statistické metody, jedná se o zpracování případových studií a rozhovorů.

Cílem diplomové práce je zjistit, jaký průběh mělo těhotenství matek užívajících návykovou látku – konkrétně tabák, alkohol, heroin, metamfetamin; zda se objevily zdravotní potíže, ať fyzické či psychické, zmapování nabízených možností služeb a snaha využívání těchto služeb těhotnou ženou užívající návykovou látku či látky.

Dílčí cíle

- 1) Popsat pohled ženy na svůj fyzický a psychický stav a průběh její gravidity.
- 2) Popsat psychické a zdravotní komplikace těhotných uživatelky tabáku, alkoholu, heroinu a metamfetaminu
- 3) Popsat nabízené služby těhotným ženám
- 4) Popsat zdravotní a sociální služby, které těhotné uživatelky drog využily, a jejich zkušenost s nimi (např. jaké zahrnují programy, pravidla, práva a povinnosti).

Výzkumné otázky

- Jak vnímají těhotné uživatelky nikotinu, alkoholu, heroinu a metamfetaminu, svůj fyzický a psychický stav v průběhu těhotenství?
- Jaké psychické a zdravotní komplikace je během těhotenství provázely?
- Jaké služby byly těhotným ženám nabídnuty?
- Jaké zdravotní a sociální služby těhotné ženy využily?
- Jaká byla zkušenost se službami, které těhotné ženy využily?

Popis výzkumného souboru

Základním souborem jsou gravidní ženy, u kterých bylo zjištěno užívání návykových látek. Výzkumný soubor je tvořen těhotnými ženami staršími 18-ti let, které užívají alespoň jednu návykovou látku v podobě nikotinu, alkoholu, heroinu nebo metamfetaminu.

Výzkum byl prováděn v Nemocnici v Hořovicích a ve Fakultní nemocnici v Plzni, na gynekologicko-porodnickém oddělení. Důvodem výběru této instituce byla dostupnost lokality a finanční aspekty dostupné pro napsání práce. Dalším důvodem výběru tohoto zařízení byl fakt, že uživatelky návykových látek zde nejsou odmítány. Personál je zde vstřícný a přistupuje k těmto pacientkám se zájmem a empatií.

Kontakt s pacientkou byl zprostředkován personálem nemocnic, pokud pacientka souhlasila s rozhovorem zaměřeným na její užívání návykových látek.

Těhotné ženy, které souhlasily s rozhovorem, splňovaly minimální věkovou hranici 18-ti let, užívaly v době těhotenství návykovou látku, v podobě nikotinu, alkoholu, heroinu nebo metanfetaminu, před těhotenstvím a nadále i v době těhotenství. Respondentky byly oslovovány po porodu nebo těsně před ním na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnicích v Hořovicích a v Plzni. Počet respondentek je 8, tento počet vychází z informací a počtu žen z dokumentace, za toto období v předchozím roce.

Metody sběru dat

Metody sběru dat byly zvoleny tak, aby se pozornost dala zaměřit na specifickou každé těhotné ženy, která v praktické části figuruje. Zvolila jsem kombinaci několika kvalitativních metod, čímž jsou polostrukturovaný rozhovor, studium dokumentace, pozorování a expertní odhad.

Sběr dat pro diplomovou práci probíhal nejprve studiem zdravotnické dokumentace jednotlivých respondentek, dále s nimi byl prováděn polostrukturovaný rozhovor, při kterém současně probíhalo pozorování respondentek. V případě, že by bylo potřeba ucelit informace nebo je nějakým způsobem doplnit, bylo možné na konci rozhovoru ještě nahlédnout do zdravotnické dokumentace pro ujasnění celého případu.

Studium zdravotnické dokumentace pacientky pomohlo nahlédnout na její situaci a průběh těhotenství. Zdravotnická dokumentace je souhrn dokumentů o onemocnění pacientky, prodělaných vyšetřeních, léčení a o dalších skutečnostech souvisejících se zdravotním stavem. Kvalitní, komplexní a jednotně vedená zdravotnická dokumentace je základem pro poskytování správné péče. Z dokumentace bylo možné získat informace o stavu těhotné ženy, o podstupených vyšetřeních a jejich výsledcích, o stavu plodu během těhotenství.

Polostrukturovaný rozhovor byl prováděn s těhotnými ženami užívající návykovou látku na konci jejich těhotenství nebo po porodu, vždy na půdě nemocnice.

Polostrukturovaný rozhovor měl předem daný soubor témat s volně přidruženými otázkami, jejich pořadí a formulace otázek mohla být pozměněna, případně mohlo být něco během rozhovoru dovysvětleno. Cílem tohoto rozhovoru bylo získat podrobné informace o průběhu těhotenství ženy, vzniklých komplikacích a o péči, která jim byla v době těhotenství nabídnuta a následně ženou využita. Pacientka podala svůj pohled na své těhotenství a užívání návykových látek v tomto období. Během rozhovoru byly získávány informace o zdravotním stavu pacientky a její vnímání tohoto stavu, o množství a frekvenci užívání návykové látky, o využívání zdravotnických a sociálních služeb, které se zaměřují na prenatální péči o těhotnou ženu užívající návykovou látku nebo látky, její zkušenost s využitými službami a snahu řešit léčbu v době těhotenství.

Rozhovor byl zaměřen na fyzický a psychický stav těhotných žen, které užívají nikotin, alkohol, heroin nebo metamfetamin. Diplomová práce se zaměřuje na vnímání stavu, který žena prožívá, jak z jejího pohledu těhotenství ovlivňují návykové látky a jaké zdravotnické či sociální služby ji byly doporučeny, jaké byly využity a její zkušenosti s nimi.

Rozhovor obsahuje 13 otázek:

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

Jak často je navštěvujete?

Jste s péčí lékařů spokojená?

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

Byly Vám doporučeny nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

Využila jsem nějaké doporučené služby?

Jak jste s využitými službami byla spokojená?

Čerpáte v době těhotenství nějakou sociální službu?

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

Co Vám v sociálních službách chybí?

Pozorování pacientky při rozhovoru napomáhalo k utvoření celkového obrazu momentálního stavu ženy. Pozorování lze definovat jako technika sběru informací zaměřená na předmět zkoumání. Jedná se o zaměřené, systematické a organizované zaměření pozornosti na daný sledovaný předmět. Pozorování je akceptovaná vědecká metoda, která hraje důležitou roli v rámci kvalitativního i kvantitativního výzkumu.

Série případových studií klientek jsou zaměřeny na osobní anamnézu, na jejich somatický a psychický stav, retrospektivní pohled na jejich život a průběh těhotenství, péči

o ženy během těhotenství. Plán práce bylo vyhotovení podrobných studií konkrétních nastávajících matek – uživatelék. Záměrem bylo sestavit celkový obraz daných případů v širších souvislostech a to nejen z pohledu stavu matky, ale i systému péče, který byl matce poskytován, a ona měla možnost ho využívat.

Metody zpracování a analýzy dat

Data získaná z rozhovoru byla fixována prostřednictvím audiozáznamu a poté systematizována. Dále byly zaznamenávány vlastní poznámky z pozorování chování respondentky v průběhu rozhovoru. Získané poznatky z pozorování byly zapisovány do předem připraveného záznamového bloku. V souladu s nástroji, které kvalitativní metodologie nabízí, byly v rámci obsahové analýzy využity kroky kódování, archivace, propojování informací, komentáře, doplnění a z toho vytvořen komplexní interpretační rámec daného problému.

Data byla zpracována do podoby případových studií klientek zaměřující se na osobní a sociální anamnézu, na jejich somatický a psychický stav, retrospektivní pohled na průběh těhotenství. Případové studie respondentek obsahují informace o službách, které byly těhotným ženám užívajících návykovou látku nabídnuty, které využily a jaké zkušenosti s nimi měly. Plán práce byl tedy prostřednictvím obsahové analýzy vyhotovit podrobné kazuistické studie konkrétních nastávajících matek – uživatelék. Záměrem bylo sestavit celkový obraz daných případů z pohledu budoucí matky zaměřený na její stav v těhotenství pod vlivem návykových látek a využívání nabízených služeb.

Etika výzkumu

Výzkum, který byl prováděn s těhotnými ženami závislými na droze, byl dobrovolný.

Respondentky podepsaly informovaný souhlas o zpracovávání informací pro studijní účely.

Pokud vznikl ze strany respondentky problém nebo se již nechtěla účastnit výzkumu, mohla od něj kdykoliv bez problému odstoupit.

U každé respondentky bylo změněno křestní jméno a nebyly nikde prezentovány osobní údaje.

Pokud stav respondentky neodpovídal stavu, který byl důležitý pro realizaci výzkumu, mohl ho vždy tazatel ukončit a ženu odmítnout, například pro intoxikaci a podobně.

6 Případové studie a rozhovor

Ve výzkumné části je použito osm případových studií žen užívajících návykovou látku a písemný záznam z rozhovoru provedený s těmito ženami.

6.1 Případová studie I

Petra- 26 let

Pracuje jako prodavačka v obchodě s potravinami. Je svobodná, ale žije se svým přítelem Markem, který má problémy se závislostí na hracích automatech, alkoholu a heroinu, v minulosti užíval pervitin. Petra s přítelem žijí v bytě 2+1 v Plzni. Marek je momentálně nezaměstnaný a registrovaný na úřadu práce. Petra je nyní poprvé těhotná. S přítelem ve velké míře užívají nikotin a Petra několikrát v těhotenství požíla heroin, její přítel ho užívá pravidelně.

Petra se narodila v roce 1990. Od narození do jejích 20 let bydlela s rodiči a dvěma sourozenci v městském bytě. Petra je nejmladší ze sourozenců. Do mateřské a základní školy docházela v místě bydliště. Na střední odborné učeliště, obor prodavačka dojížděla do vzdálenějšího města. Po úspěšném ukončení studia začala pracovat jako prodavačka v místním obchodě.

Ve 20 letech se rozhodla osamostatnit a s přítelem se odstěhovala do Plzně. První dva roky v Plzni neměla Petra s přítelem žádné problémy, ona pracovala v obchodním centru a její přítel byl zaměstnaný u podniků městské hromadné dopravy. Po dvou letech společného soužití nastaly ve vztahu problémy a Petra se s přítelem rozešla, odstěhovala se ke kamarádce, kde byla až do doby, než se poznala se svým nynějším přítelem Markem. S Markem se po krátké známosti odstěhovala do jejich společného bytu, kde stále žijí.

Marek měl několik půjček a nastaly mu finanční problémy, které nedokázal řešit, proto se rozhodl, že si občas zahraje hrací automaty a na splácení dluhů si vydělá touto cestou a u toho rád popíjel alkohol. Z občasné návštěvy herny se stala každodenní rutina. Petra nejprve o Markovo problému nevěděla, zjistila ho náhodou od svých přátel. Snažila se mu nejprve pomoci, ale Marek si svůj problém nepřipouštěl a tudíž ho nechtěl řešit. Petra byla zoufalá, ale chtěla se svým přítelem zůstat a pomoci mu. Po několika marných pokusech ve snaze mu pomoci se rozhodla, že půjde do herny s ním, aby viděla jak vážný problém to je. Několikrát s Markem navštívila hernu, kde se seznámila s několika jeho

přáteli, od kterých se dozvěděla, že její přítel užívá heroin. V baru většinou všichni společně popíjeli až do ranních hodin. Petra začala mít potíže s docházkou do zaměstnání, často se stávalo, že podlehla alkoholu a ráno nepřišla do práce, ale protože měli velké finanční problémy, docházka do zaměstnání se srovnala a Petra i přes to, že svůj volný čas trávila s Markem v baru, do zaměstnání chodila. Marek začal mít problémy se svým psychickým stavem, proto se začal častěji vracet k užívání heroinu a doma netrýval prakticky žádný čas.

Petra začala užívat heroin s Markem, bála se, že když si nedá, jejich vztah se rozpadne a ona zůstane sama. Po celou dobu užívání heroinu byla přesvědčená, že má vše pod kontrolou a může s tím kdykoliv skončit. Heroin užívá rok a dva měsíce.

V zimě 2016 Petra zjistila, že je těhotná, byla si vědoma, že jejich situace není pro dítě vhodná, ale nakonec se s Markem rozhodli si dítě nechat.

Petra tedy v lednu 2017 navštívila svého gynekologa, který těhotenství potvrdil ultrazvukovým vyšetřením. Petra se při první návštěvě nacházela v 9. týdnu gravidity a lékař ji vypsál těhotenskou průkazku, do které zaznamenal její váhu, první UZ vyšetření a odběr krve. Při této první návštěvě svému lékaři neřekla, že má problémy s užitím heroinu, myslela si, že s tím přestane a tudíž nevznikne žádný problém.

Další návštěva gynekologické ambulance měla být za měsíc. Petra neustále trpěla nevolnostmi a bolestí břicha. Byla stále doma sama, protože Marek všechn svůj čas trávil s kamarády v herně. Stále častěji užíval heroin a hrál na hracích automatech, což bylo velmi finančně náročné. Petra začala mít depresivní stavy, proto ve 3. měsíci těhotenství užila heroin s myšlenkou, že ji to pomůže k uvolnění, její stav se zlepší a už heroin v době těhotenství neužije. Depresivní stavy, které Petra prožívala, se po požití heroinu zlepšily, a proto pokaždé, když se cítila v nepohodě, heroin užila. Při další návštěvě se Petra se svým problémem svěřila svému gynekologovi. Lékař obeznámil Petru se všemi možnými riziky pro dítě i pro ni a doporučil jí navštívit adiktologickou ambulanci při čemž byl nucen kontaktovat OSPOD, který ji momentálně dvakrát navštívil.

Petra zpočátku měla strach o svém problému mluvit s dalšími lidmi, ale protože Marek jí nebyl žádnou oporou, rozhodla se, že strach překoná kvůli svému dítěti a adiktologickou ambulanci navštíví. Při návštěvě došlo k nesouladu názorů mezi Petrou a pracovníkem adiktologické služby. Toto mělo za následek to, že Petra odmítla navštěvovat další doporučené služby i adiktologickou ambulanci. Během těhotenství až do nynější doby ještě několikrát užila heroin. Podle vyšetření u svého gynekologa se zdá, že plod má nižší váhu, než je u fyziologických plodů. Prohlídky a vyšetření během těhotenství u gynekologa nebyly pravidelné a podle doporučení, tudíž několik vyšetření nebylo provedeno a nedá se s jistotou říci, zda je plod bez vývojových nebo jiných vad. Porod je naplánovaný na určitý termín, dítě si hned po porodu převezme neonatolog, aby zajistil kvalitní péči a minimalizaci rizik způsobené abstinčním syndromem.

Petra se porodu obává, obává se i budoucnosti, kdy si není jistá, že se zvládne postarat o dítě a předpokládá, že Marek jí nebude nápomocen. Marek svoji situaci nevnímá jako problém a tudíž nemá žádnou motivaci a snahu v tomto směru něco řešit. Petra je pravidelně kontrolována OSPODem a zná rizika, která nastanou, když bude užívat drogu.

Petra momentálně není se svou rodinou v kontaktu. Konflikt mezi nimi vznikl, když si našla nového přítele Marka. Petry rodičům se nelíbilo, že má Marek dluhy a nežije takovým životem, jaký by si oni představovali.

Zpočátku se Petra stýkala se svými sestrami, ale v momentě, kdy začala navštěvovat s Markem herny, se jejich vztah také rozpadnul.

V rodině Petry se neobjevují žádné závažné choroby ani závislosti. Podle Petry neměla nikdy rodina žádné velké finanční potíže ani problémy s porušováním zákona. Petřina matka pracuje jako zdravotní sestra u praktického lékaře a otec jako dělník v truhlářské dílně.

Obě sestry mají rodiny a žijí v rodném městě.

6.2 Rozhovor I

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Můj zdravotní stav je nic moc. Ze začátku mi bylo hodně špatně od žaludku a zvracela jsem. Hodně jsem zhubla, často jsem polehávala, byla jsem celé těhotenství dost unavená.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Zhoršil se mi psychický stav a to díky tomu, že jsem pořád sama a jsem z toho nešťastná a droga to prostě zažene. Chodila jsem víceméně pravidelně ke gynekologovi a ten kontroloval mě i dítě. Mám špatné svědomí z toho, že jsem dítěti ublížila tím, že jsem si brala herák, hlavně ze začátku, když jsem neměla ještě břicho. Marek mi s péčí o dítě nepomůže a z toho mám špatné myšlenky a je mi z toho blbě.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Já nevím, je mi prostě celkově nějak blbě. Doufám, že při porodu bude vše v pohodě, toho se trochu bojím, že to nezvládnou a také mám strach, aby se dítě narodilo zdravé a bylo v pořádku.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Tak nějak pravidelně chodím ke svému gynekologovi. Byla jsem na krvi, jestli nemám cukrovku, na ultrazvuku několikrát a to je asi vše na, co si teď vzpomínám. Můj doktor je hodný a já k němu chodím ráda, věřím mu a myslím si, že mě i chápe.“

Jak často je navštěvujete?

„Nevím přesně, jednou za pět týdnů, dvakrát jsem se zrušila z prohlídky, protože jsem chtěla být doma v klidu.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Jsem spokojená.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Nic mi nechybí.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Můj doktor mi doporučil, abych si zašla do centra, kde by se mnou řešili to moje braní. Docela dlouho mi trvalo, než jsem se odhodlala tam jít.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

„Odhodlala jsem se a dala na doporučení. Přišla jsem tam a vzala si mě nějaká nepříjemná ženská, která mi říkala, jak co mám dělat a podle mě vůbec nechápala moji situaci, naštvalo mě to a řekla jsem jí, jak to vidím já, jenže já se rozčílila a odešla jsem s tím, že tam už v životě nepůjdu.“

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

„Spokojená jsem nebyla vůbec, proto jsem tam už nešla.“

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Jak jsem už říkala tak žádnou, chtěla jsem chodit do centra, ale naštvali mě tam, tak nikam nechodím. Neustále jsem ve spojení s OSPODEM.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

„Nebyla jsem spokojená, nelíbil se mi přístup, přišlo mi, že jsem nějaký póvl a paní na mě divně koukala a nechápala mě. Myslím si, že to musí odradit spoustu lidí, když se k nim takhle chovají. Já už bych tam nešla. Rozhodně ne teď, pokusím se svoji situaci zvládnout sama, protože se chci dobře postarat o svoje dítě, i když mám strach.“

Co Vám v sociálních službách chybí?

„Chyběl mi vlídný přístup a pochopení.“

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru I

Vnější vlivy

V tomto případě je možno sledovat souvislost mezi nestabilním prostředím, ve kterém žena žije a současně nemožnost nalezení východiska, které by poskytlo základ pro řešení situace, do které se klientka dostala. Samostatné řešení je v tuto chvíli nad její síly a sama potvrzuje obavy z budoucnosti, ve které by však ráda dospěla do stabilního stavu vhodného pro ni i dítě. Stres, který negativně působí na těhotnou ženu, vyvolává obavy o zvládnání rolí, jak již respondentka v rozhovoru zmínila. *„Doufám, že při porodu bude vše v pohodě, toho se trochu bojím, že to nezvládnou a také mám strach, aby se dítě narodilo zdravé a bylo v pořádku.“*

Postoj těhotné ženy

Respondentka se na doporučení pokusila vyhledat odbornou pomoc ze strany sociální péče, kde nedošlo k naplnění podstaty požadovaného a další pomoc již nevyhledává. Neztrácuje však možnost pokusu o nápravu nynější situace vlastním přičiněním.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné ženy

Objektivně posoudit danou situaci lze jen obtížně, vzhledem k informacím obdržným pouze od respondentky. Pro tento případ platí, že pokud je ze strany klientky snaha o nalezení řešení, je potřeba postupovat ze strany jednotlivce, který je součástí zdravotnického či sociálního pracoviště, ke klientce zatížené závislostí s velkou opatrností a pochopením, aby byla splněna podstata samotné pomoci, kterou sociální pracoviště nabízí.

6.3 Případová studie II

Andrea-30 let.

Momentálně zaměstnaná v mezinárodní firmě, pracuje na pozici asistentka vedoucího oddělení. Žije v pronajatém bytě. V tomto bytě žila několik let se svým přítelem, poslední dva roky zde žije sama. Otěhotněla na firemním večírku, otec dítě nechce. Chtěl, aby Andrea podstoupila interrupci, ta ji ovšem podstoupit nechtěla.

Andrea dětství popisuje jako krásné období v úplně a fungující rodině. Měla velmi hezký vztah se svým otcem a o několik let mladší sestrou. Matka v rodině zastávala spíše výchovnou funkci a byla přísnější než otec. Matka lpěla na dodržování určitých pravidel. Otec byl aktivní a obě své dcery podporoval ve studiu a ve sportovních aktivitách, které vykonávaly. Zpětně Andrea hodnotí, že do určité doby neměla žádné psychické problémy ani neužívala žádné léky či návykové látky.

Andrea ve 26-ti letech prožila trauma spojené s úmrtím svého otce a sestry, které ji ovlivnilo a přivedlo postupně k alkoholu, jako k prostředku, díky kterému se Andrea vždy uvolnila a mohla se na chvíli odprostit od svých problémů.

Tragické úmrtí jejího otce a její sestry při autonehodě vyvolalo v Andree pocit sebeobviňování a stavu, že vše skončilo a nic už nemá smysl. Andrea byla při autonehodě taktéž v autě, ale kromě zlomené ruky neměla žádná vážná zranění. Matka Andrey se po nehodě svého manžela a dcery uzavřela do sebe, je stále pod vlivem antidepresiv a se svým okolím takřka nekomunikuje. Andrea zpočátku měla pocit, že tento traumatizující zážitek, je s matkou spojí a spolu to zvládnou, nestalo se tak a matka s dcerou spolu nekomunikují. Matka Andrey nemá zájem o své okolí ani o Andreu. Po nehodě padla do velkých depresí a je léčena na psychiatrii, zatím jen ambulantně.

Andrea už v době nehody žila s přítelem, ten jí pomáhal vše zvládnout. Po pár měsících získala pracovní místo asistentky, snažila se navázat zpět vztah s matkou, stýkala se s přáteli. S přítelem plánovali svatbu a dítě. Andrea ve svých 28 letech otěhotněla, myslela si, že vše zlé už je za ní a s přítelem se těšili na dítě. Ve 20. týdnu těhotenství nastaly komplikace a Andrea musela podstoupit operaci, kterou plod nepřežil. Po operaci na tom nebyla psychicky dobře a několik týdnů užívala léky na zklidnění a na spaní.

Andrea se s touto zprávou nemohla smířit a začala konzumovat alkohol. Nejprve se jednalo o jednu sklenku denně večer před usnutím. Postupem času se dávky alkoholu začaly zvyšovat a Andrea se momentálně potýká s velkými problémy s užíváním alkoholu. Přítel Andreu kvůli pití opustil. Chtěl, aby se léčila a svůj problém řešila, ale ona nechtěla.

Andree alkohol přinášel uklidnění a zapomenutí na vše, co ji přinášelo psychickou zátěž. V té době nedokázala žít bez alkoholu a motivace k léčení nebyla žádná.

Prísun alkoholu s sebou přinesl vážné problémy v zaměstnání, poruchy pozornosti, špatná soustředěnost, neschopnost zvládat své pracovní povinnosti a úkony, alkohol jí chyběl i v zaměstnání, alkohol byl jediný motivační činitel proč žít a záchrana jak vše zvládnout.

Na firemním vánočním večírku vznikla situace, kdy Andrea měla pod vlivem alkoholu nechráněný pohlavní styk se svým kolegou. Po několika týdnech pomocí těhotenského testu zjistila, že je těhotná.

Další týden od zjištění navštívila svého gynekologa, který těhotenství potvrdil a to v 5. týdnu těhotenství. Lékař nevěděl o konzumaci alkoholu a Andree doporučil další návštěvu za tři týdny, kdy ji bude moci vyplnit těhotenskou průkazku a udělat nové vyšetření.

Příští návštěva proběhla v termínu doporučení lékaře, výsledky vyšetření byly v pořádku a Andrea dostala těhotenskou průkazku, o svém problému se ale svému lékaři nezmínila.

Při další návštěvě ve 14. týdnu se Andrea svěřila svému lékaři s problémem velké konzumace alkoholu, měla velké obavy o zdraví dítěte, ale svou situaci nedokázala sama zvládnout.

Její gynekolog jí doporučil postup řešení a odkázal ji na praktického lékaře s jeho doporučením a zprávou.

Andrea poté navštívila svého praktického lékaře, který jí doporučil návštěvu u psychiatra.

Psychiatr po konzultaci s pacientkou doporučil několik variant řešení problémů s alkoholem vzhledem k její graviditě. Klientka se rozhodla pro léčbu na psychiatrické klinice. Andrea byla tedy přijata na oddělení psychiatrické nemocnice, kde jí byla provedena veškerá nutná vyšetření a prošla pohovorem, který se týkal hlavně její motivace k léčbě. Následně byl stanovený termín nástupu do ústavní léčby.

Andrea při nástupu do psychiatrické léčebny měla obavy, zda celý proces léčby zvládne a jak zapadne do skupiny lidí. Obávala se abstinčních příznaků spojených s alkoholem v kombinaci s těhotenstvím.

První dva týdny měla Andrea strach hovořit ve skupině lidí při terapiích, spíše byla pasivním a pozorovacím členem skupiny. Při čtení životopisu na biografické skupině klientka sama sebe popisuje jako slabou osobnost, která nezvládne řešit problémy v dané situaci. Má pocit, že je k ničemu a pro sebe i ostatní není důležitá ani potřebná.

Chce slyšet kritiku, protože to ji utvrzuje v její nedůležitosti. Na konci životopisu o sobě napsala, že se nemá ráda, ale chtěla by to do budoucna změnit hlavně kvůli dítěti, proto se rozhodla podstoupit léčbu.

Při relaxačních technikách má nepříjemný pocit z terapeuta a několikrát z psychoterapeutické relaxační místnosti utekla. I přesto, že na alkohol měla v začátku léčby chuť, věděla, že to musela kvůli dítěti vydržet. O těchto problémech a pocitech mluvila jen s jedním terapeutem při individuálních sezeních, na skupině byla pár týdnů pasivní. Terapeuti ji lehce pobízeli k verbálnímu projevu, nevyvíjeli žádný tlak a akceptují nutnost se adaptovat a získávat důvěru pacientky.

V další fázi pobytu se Andrea adaptovala na prostředí, začínala pomalu vyhledávat společnost ostatních lidí. Během skupinových terapií hovořila o situacích, které v minulosti prožila. Andrea se postupně začala vyjadřovat a reagovat na problémy ostatních lidí ve skupině, navrhovala různá řešení určitých problémů.

Andrea i lépe relaxovala při relaxačních technikách a terapeuta už nevnímala jako nepříjemný element. Méně myslela na alkohol a představovala si, jaký bude život bez něj a těšila se na dítě. Chtěla by se o dítě dobře postarat a poté se vrátit do zaměstnání a vykonávat práci kvalitně, jako tomu bylo před tím, než začala užívat nadměru alkoholu.

Po několika týdnech se opět u Andrey zaznamenal posun k lepšímu. Na skupinách je otevřenější. Měla pozitivnější vztah k lidem a hlavně k mužům. Do této doby nechtěla pustit žádného muže do svého života a v tomto momentě měla pocit, že opět touží po partnerském vztahu.

Je připravena se některým svým problémům postavit čelem. Po léčbě by se chtěla pokusit navázat opět vztah s matkou. Na klinice si uvědomila, že jí chybí životní podpora a matka. Je přesvědčená o tom, že kdyby mezi matkou a Andreou byla vzájemná opora, stav obou by se zlepšil.

Po dvanácti týdnech Andrea opustila psychiatrickou kliniku. Byla v dobrém psychickém i fyzickém stavu. Andrea se nachází v šestém měsíci těhotenství a navštěvuje Centrum pro rodinu v Praze.

U plodu během pravidelných návštěv u lékaře nebyly zjištěny žádné vývojové poruchy ani jiná možná poškození. Díky včasným a pravidelným vyšetřením lze předpokládat, že se nebude jednat o rizikového novorozence.

6.4 Rozhovor II

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Ze začátku těhotenství jsem se cítila velmi špatně, hodně jsem pila, nezvládala jsem fyzicky ani psychicky práci ani svůj stav. Bylo mi nevolno a občas jsem i zvracela, nevěděla jsem, co mám dělat. Každý den mě bolela hlava. Můj gynekolog podle vyšetření zjistil, že dítě je o něco menší než by mělo být s podezřením na vývojové vady a to byl asi impulz, proč jsem začala řešit svoje pití alkoholu.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Psychicky jsem na tom nebyla dobře, bylo to vše propojené jedno s druhým,“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Já si myslím, že celkový zdravotní stav, který jsem měla, souvisel s pitím alkoholu. Když jsem byla těhotná poprvé, tak mi bylo jen malinko nevolno od žaludku, ale jiné problémy jsem neměla. Takže všechny nepříjemné pocity, bolesti hlavy, zvracení, bolest celého těla, myslím, že to vše bylo podmíněné alkoholem.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Od začátku těhotenství až do teď jsem navštívila několik doktorů. První byl gynekolog, k němuž jsem docházela pravidelně s výjimkou pobytu na psychiatrickém oddělení, to jsem docházela na gynekologii tam. Když jsem chtěla nastoupit na léčení, tak jsem navštívila svého praktického lékaře a psychiatra, který mi byl doporučen.“

Během těhotenství jsem byla na několika krevních odběrech a několika ultrazvucích. Na testech zjišťující těhotenskou cukrovku, kdy jsem musela vypít nějaký roztok a poté mi 2x vzali krev, ukázalo se, že mám zvýšený cukr, ale zatím to je na hranici, tak mi to hlídají, jinak bych si prý musela píchat inzulin. Jedno vyšetření krve vyšlo špatně a lékař mi doporučil navštívit kliniku genetiky pro podrobnější vyšetření. Na klinice mi lékař vysvětlil, jaké mi udělají vyšetření a jak se při něm bude postupovat. Lékař vzhledem k výsledkům, jaké jsem mu přinesla od svého gynekologa, mi doporučil odběr plodové vody. Na výsledky jsem čekala asi přes týden, měla jsem strašný strach, že miminko bude nemocné a vraceli se mi zase pocity z prvního těhotenství, kdy jsem musela podstoupit operaci a miminko umřelo, bylo to pro mě opravdu hrozné. Výsledky z odběrů plodové vody byly naštěstí v pořádku a já mohla dále pokračovat v léčbě.“

Jak často je navštěvujete?

„Každý měsíc gynekologa a psychiatra, vždy jsme to řešili podle potřeby.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Jsem velmi spokojená s celkovou péčí, bála jsem se, že se na mě lékaři budou dívat skrz prsty, protože jsem těhotná a piji alkohol, což je nezodpovědné. Byla jsem velmi překvapená, všichni se ke mně chovali slušně a hezky. Jen jsem měla trochu problém“

při nástupu na psychiatrickou kliniku, bylo mi špatně a neuměla jsem se začlenit, byla jsem ze začátku hodně v ústraní, ale pak jsem překonala strach a zlepšilo se to. Tady mi trochu chyběla od personálu větší podpora, ale bylo to hodně i o mně.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Nic mě momentálně nenapadá, byla jsem spokojena.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Ano, byly mi doporučeny další vyšetření, které jsem podstoupila a také léčba závislosti.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

„Využila jsem vše, co mi bylo doporučeno.“

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

„Hodně.“

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Momentálně jsem po léčbě, takže alkohol nepiji, ještě docházím do následné péče do Centra pro rodinu. Chodím do skupin a jednou za čas na individuální terapii. Seznámila jsem se tam s jednou těhotnou holčinou, tak si povídáme o dětech a jaké věci pro dítě koupíme, co je potřeba a podobně. Pomáhá mi to, že vím, že ona se nachází ve stejné situaci jako já a navzájem se podporujeme. Hodně se s terapeutky bavím i o minulosti, co mě trápí a jak bude můj život dále vypadat, vždy se mi uleví. Navázala jsem opět kontakt s mojí mámou, což mi pomáhá, cítím podporu. Dělán vše, co mi doporučí lékaři a jiní odborníci, vím, že mi hodně pomohli a teď už je to na mě, jak to zvládnou.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

„Jsem spokojená s přístupem a s celkovým vedením centra, do kterého docházím. Všichni jsou tu milí, řešíme problémy, které nás trápí, vždy se setkáme s pochopením, podporou a hlavně s radou, jak se s tím poprat. Pokud potřebuje někdo vyřešit problémy s bydlením, péčí o dítě, s lékaři nebo podobně, vždy se najde někdo, kdo v této situaci podá pomocnou ruku.“

Co Vám v sociálních službách chybí?

„Nechybí mi nic, nabízí mi vše, co potřebuji a cítím se tam dobře a už se hrozně moc těším na miminko.“

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru II

Vnější vlivy

Druhý případ vykresluje situaci ženy, která prošla v rozmezí poměrně krátké doby velmi zásadní ztrátou blízkých příslušníků rodiny (ta měla za následek i rozpad funkčního zázemí) a následně ztrátu nenarozeného dítěte. Navzdory tíživé situaci se rozhodla vše řešit a podstoupila léčbu. I nadále pokračuje ve spolupráci s Centrem pro rodinu a svou budoucí situaci sama vidí pozitivně.

Postoj těhotné

Postoj těhotné je velmi odhodlaný a přes počáteční problematiku se jeví jako velmi nadějný pro budoucí život. Podařil se jí navázat kontakt s matkou a navzdory plánované výchově dítěte bez podpory otce dítěte, považuje sama těhotná svou situaci za velmi dobrou.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné

Podpora této klientky ze strany zdravotní i sociální péče proběhla úspěšně a nadále trvá. Dalo by se shrnout, že v tomto případě se přístup, nabídnuté možnosti pomoci a následná sociální péče dá považovat za dostatečně komplexní a úspěšnou v daném rozsahu.

6.5 Případová studie III

Lenka - 22 let

Lenka má úspěšně ukončené základní vzdělání. Momentálně nepracuje a bydlí na ubytovně. Lenka je momentálně bez partnera a o otci dítěte tvrdí, že s ním není v kontaktu, protože ho nezná. Lenka je těhotná podruhé, první dítě je v péči prarodičů, protože OSPOD jí ho odebral, kvůli užívání drog a nevhodnému prostředí pro výchovu dítěte.

Lenka od raného dětství žila jen s matkou, měly velké finanční problémy, proto musela vydělávat všemožným způsobem, o kterém nerada hovoří. Kvůli finančním problémům nemohla studovat střední školu ani odborné učiliště. Svého otce nezná, vůbec s nimi nežil. Její matka měla během dětství Lenky několik partnerů, ale šlo vždy jen o krátkodobé vztahy. Lenka od 13 let až do současnosti kouří, tři roky od 16 do 18 let

užívala pervitin a od té doby až do současnosti užívá heroin. Od 19 let Lenka bydlí na ubytovně a nepracuje, tvrdí, že občas chodila na brigádu, aby měla nějaké peníze.

V 19 letech se jí narodil syn, který byl po několika týdnech svěřen do péče Lenky rodičů. Lenka během prvního těhotenství využívala substituční program, který jí předepsal psychiatr. Byl jí po celou dobu podáván metadon. Lenka začala užívat metadon hlavně pod nátlakem rodičů, které ji nutili k léčbě kvůli dítěti. Její rodiče nebyli spokojení, že nastoupila do substitučního programu, chtěli, aby šla do psychiatrické léčebny, to ale Lenka odmítala. Po porodu začala znova užívat heroin.

Nynější těhotenství zjistila až v 15. týdnu, a chtěla podstoupit interrupci, na kterou si půjčila peníze, ale to jí lékař nedoporučil z hlediska možných zdravotních komplikací. Po vyšetření zjistil, že dítě má menší obvod hlavy, ale jinak neshledal žádné abnormality a tudíž ze zdravotního hlediska není nutné provést interrupci. U gynekologa na kontrole byla během těhotenství jen 2x. Při první návštěvě dostala těhotenskou průkazku, dále při další návštěvě bylo provedeno ultrazvukové vyšetření a odběr krve a moči, které potvrdilo přítomnost drog v těle. Lenka se během těhotenství pohybovala v rizikovém prostředí, provozovala nechráněný pohlavní styk, nedocházelo ke kvalitním hygienickým návykům. Ve 37. týdnu Lence začaly kontrakce, její spolubydlící zavolal zdravotnickou záchrannou službu, která ji převezla do porodnice. Při příjmu v porodnici do dokumentace uvedla, že jen kouří cigarety. Lenka neměla žádné další krevní odběry, proto bylo nutné je na porodním sále provést. Byl tedy proveden krevní test na HIV, Hepatitidy, celkový krevní obraz a na přítomnost drog v krvi.

Výsledky krevního vyšetření odhalili přítomnost heroínu v krvi a hepatitidu B. Lenka je sociálně zaostalá, má problémy s řečí, neumí vyslovovat určité samohlásky. Porod proběhl spontánně a bez komplikací. Lenka se po porodu ze zdravotního hlediska cítila dobře, ale zajímalo jí zda nemá nějaké poranění, aby ji to nekomplikovalo sexuální život.

Po porodu si dítě převzala lékařka z neonatologie, mělo abstinenční příznaky, velmi malou porodní váhu a bylo hodně plačtivé s výrazným třesem. Dítě bylo nemedikováno a bude pobývat 6 týdnů v inkubátoru. Lenka po dvou dnech odešla z nemocnice na vlastní vyžádání a dítěte se vzdala. Novorozence si do péče převzal OSPOD a poté začalo probíhat řízení ohledně svěřením dítěte do péče prarodičů.

6.6 Rozhovor III

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Jo dobrý, neměla jsem žádné zdravotní problémy a nic mi nebylo.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Dobře.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„No asi žádné jsem v pohodě, jen jsem rodila dřív, než mi řekl doktor na začátku, ale asi to nevadí.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Jen gynekologa.“

Jak často je navštěvujete?

„Byla jsem u gyndaře asi 2x, nepotřebovala jsem tam chodit, protože mi nic nebylo. Byla jsem spokojená a nic jsem nepotřebovala.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Jo, dobrý.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Ne.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Gynekolog mi něco nabízel, ale já nechtěla.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

„Ne.“

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

...

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Ne.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

...

Co Vám v sociálních službách chybí?

...

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru III

Vnější vlivy

Žena pochází z nestabilního prostředí, nemá vstřípeny základní rodinné a společenské vazby a má slabé sociální citění, z čehož pravděpodobně plyne laxnost a nezáměr o další budoucnost jejího dítěte (dětí). Svou situaci považuje za velmi dobrou a dá se u ní předpokládat setrvání u dosavadního stylu života bez dalších změn.

Postoj těhotné

Odborná pomoc se klientce jeví jako naprosto nepotřebná, se svým způsobem života je plně spokojena a svou situaci považuje za zcela normální a běžnou. O dítě se nadále starat nehodlá.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné

V tomto případě je bohužel nutno konstatovat, že jakkoliv vyvinutá síť zdravotní a sociální péče není schopna klientce pomoci, pokud není vyhledána a požadována. Dalo by se konstatovat, že k selhání došlo již v raném věku klientky, které se nedostalo vhodné výchovy a vzoru rodinného života, který by následně sama budovala.

6.7 Případová studie IV

Tereza- 22 let

Vystudovala obchodní akademii a momentálně krátce pracuje jako účetní v malé firmě zabývající se prodejem sportovního vybavení. V minulém zaměstnání dostala výpověď, protože několikrát přišla do práce pod vlivem alkoholu. Bydlí sama v bytě po rodičích, kteří jí byt přenechali, když si koupili chatu.

Celé dětství žila v úplné rodině. Tereze nemá žádné sourozence, tudíž vždy byla v rodině středem pozornosti. Neměla žádné studijní ani jiné problémy. Nemá momentálně stálého přítele. Nyní poprvé gravidní, otec dítěte o těhotenství neví, jedná se o krátkodobou známost. V prvním měsíci těhotenství trpěla nevolnostmi, které ji donutily vyhledat lékaře. Dítě si hodlá ponechat, avšak nechce se kvůli němu omezovat v pití alkoholu. Není schopna sama hradit poplatky spojené s bydlením, proto jí finančně pomáhají rodiče. Od 19 let pije značně alkohol, zejména víno, pravidelně kouří. Zatím se nikdy nepokusila

léčit, domnívá se, že žádný problém nemá. Trpí depresemi a úzkostnými stavy, intervenuje okolí. Alkohol konzumuje, protože neví, jak jinak by měla trávit volný čas.

Pití alkoholu ovlivňuje zejména aktuální psychický stav. V případě, že se Tereza nachází ve stavu úzkosti nebo deprese, uchyluje se k pití alkoholu. Alkohol jí napomáhá zvládnout tíživé stavy v mysli a řešit běžné situace. Když se necítí špatně, alkohol konzumuje též avšak v menší míře. Bez patřičné hladiny alkoholu se cítí neklidná, nervózní, nesoustředěná a úzkostná. Zatím se nikdy nepokoušela přestat užívat alkohol ani kouřit, nevidí v tom problém. Zatím nebyla nikdy z důvodu intoxikace hospitalizována. Na konci své pracovní doby v zaměstnání začíná pociťovat nervozitu a počínající abstinční příznaky.

Tereza navštívila svého praktického lékaře kvůli nevolnostem, které prožívala. Praktický lékař ji vyšetřil a udělal krevní testy, které zjistily, že je Tereza těhotná, tudíž ji odkázal do péče gynekologa. Gynekolog těhotenství potvrdil i podle ultrazvukového vyšetření, a protože Tereza k lékaři šla pod vlivem alkoholu, ptal se, zda užívá nějakou návykovou látku. Tereza se pitím alkoholu netajila, proto jí lékař upozornil na možná rizika pro ni i pro dítě a doporučil jí léčbu. Ona však necítí potřebu své pití alkoholu a kouření řešit. U Terezy se během screeningových náběrů objevily zvýšené hodnoty jaterních testů, zejména GMT.

Rodičům několik měsíců své těhotenství tajila. Úzkostnými stavy a mírnými depresemi trpěla už na střední škole, když zjistila, že je těhotná, stavy se ještě o něco zhoršily a množství vypitého alkoholu se nesnížilo.

Tereza se domnívá, že léčbu nepotřebuje, ale vzhledem k vzniklému těhotenství, cítí, že by o léčbě měla uvažovat.

Zatím se nikdy nepokoušela abstinovat, vypije téměř 1,5-2 litry vína denně. Pije zejména večer, když dorazí z práce, aby mohla usnout, ale nevyhýbá se pití ani v průběhu dne. Pravidelně kouří (cca 15 cigaret denně).

Tereza okolí intervenuje, s nikým se ve svém osobním volnu nestýká. Těhotenství lékař zjistil ve 2. měsíci. Tereza první tři měsíce trpěla nevolnostmi s občasným zvracením, ranní nevolnosti byly z celého dne nejhorší. V momentě, kdy o těhotenství ještě nevěděla si myslela, že jde o nevolnosti, způsobené jako následek večerního pití alkoholu. Během těhotenství se stavy nevolnosti ještě v menší míře objevily, ale nebylo známo, zda jde za následek předchozího pití alkoholu nebo těhotenství.

Problémy se spánkem pravděpodobně vznikly důsledkem pití alkoholu a to vše souvisí s častými depresemi. Deprese se objevují i u babičky Terezy, proto je možné zvážit genetické dispozice a předpoklady k těmto potížím.

Tereza splňuje šest ze šesti kritérií závislosti dle MKN 10. Mezi ně patří příznaky jako je craving, jakožto bažení, chuť na alkohol a to především při prožívání úzkostí či depresí. Objevuje se tolerance na alkohol – dříve klientce stačila jedna litrová lahev vína, nyní spotřebuje 2 litry denně, aby dosáhla stejného stavu jako předtím. Tereza zanedbává dřívější zájmy a koníčky, čas tráví raději sama. Také užívá alkohol i přes vědomí škodlivosti alkoholu pro plod. Tereza během těhotenství nenavštěvovala žádné lékaře ani specializované pracoviště a odborníky. V těhotenské průkazce má jen jeden záznam z prvního vyšetření u gynekologa. Ve 30. Týdnu těhotenství začala krvácet s doprovázející bolestí břicha, zavolala si záchrannou službu, která ji odvezla do nemocnice. V nemocnici byla hospitalizovaná s podezřením na začínající porod, pro jeho zastavení byla Tereza zavedena kanylou s infuzí. Během hospitalizace byla gynekologicky vyšetřena. Plod byl vzhledem ke 30. Gestačnímu týdnu velmi malý, podle ultrazvukového vyšetření měl menší obvod hlavy a hrudníku a rozštěp rtu. Dále byly provedeny všechny chybějící krevní odběry a kultivace moči. Nemocnice zkontaktovala sociální službu OSPOD, která se zajímá o momentální stav Terezy a řeší otázku budoucnosti matky i dítěte.

6.8 Rozhovor IV

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Cítím se dobře už, jen mi zezáčátku bylo špatně a zvracela jsem, ale potom už jsem neměla žádné vážné problémy, tedy do doby než jsem začala krvácet a hodně mě bolelo břicho, chtěla jsem hlavně, aby mi doktor dal nějaké léky nebo něco, aby mě to už nebolelo.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Je to takové jako na houpačce, někdy jsem úplně v pohodě a někdy nic moc.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Podle mě mi bylo někdy špatně od žaludku z alkoholu, ale nevím, jestli to bylo z toho, že jsem těhotná nebo jsem třeba moc pila. Kouřím docela dost, ale možná kdybych se hodně snažila tak bych bez toho vydržela, jenže já jsem nervózní a tohle mě docela uklidňuje.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Byla jsem na gynekologii. Když jsem tam šla poprvé ke gynekologovi tak mě zvážil, vzal mi krev, udělal mi ultrazvuk a gynekologické vyšetření. Pak mi bylo dobře, občas jsem se zvažila, břicho mi trochu rostlo, tak jsem si říkala, že pokud mi nebude špatně tak tam chodit nemusím. Jenže pak jsem začala krvácet a hrozně mě bolelo břicho, tak jsem si zavolala sanitku.“

Jak často je navštěvujete?

„No vlastně jen jednou a jednou v nemocnici.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Můj gynekolog se ke mně choval hezky, ale v nemocnici se mi to nelíbí. Jsou tam nepříjemné sestry a doktor mi vynadal, že nemám žádné záznamy v těhotenské průkazce a proč jsem nechodila na další vyšetření. Dávali mi do kapačky pořád něco, říkala jsem jim, že mi je po tom zle, ale nic s tím nedělali a říkali, že to musím vydržet.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Asi nic, jen ten přístup v nemocnici se mi nelíbil.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Asi ne. Vlastně jen kamarádka mi říkala o nějakém zařízení, ale přesně už nevím.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

„Ne. Já to teď neřeším, když si dám skleničku nebo cigáro, tak je mi líp než před tím. Nechci se teď stresovat tím, že půjdu na nějaké léčení, až mi třeba z toho bude špatně nebo tak, tak se asi pokusím vyhledat nějakou pomoc.“

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

...

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Ne, nebylo potřeba žádnou vyhledávat a vlastně ani nevím, jakou a kde bych ji vyhledávat měla.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

...

Co Vám v sociálních službách chybí?

„Ocenila bych nějaký příspěvek na bydlení, ale žádný mi nedají, když pracuji“

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru IV**Vnější vlivy**

Tento případ zaznamenává ženu pocházející z dobrého rodinného zázemí, podpora rodiny u ní pokračuje do nynější doby. Ač se jedná o ženu dlouhodobě závislou, nelze u ní zatím zaznamenat vyloučení za společnosti. Žena je zaměstnána a kolektiv přátel spíše dobrovolně nevyhledává.

Postoj těhotné

Klientka si svou závislost uvědomuje, avšak nepovažuje ji za větší problém s nutností řešení. Svoji situaci přijímá, ale nehodlá řešit jakékoliv následky, které si jak se zdá nepřipouští. Zdravotnickou a sociální péči považuje spíše za obtěžující a omezující pro svou osobu. Svou a dítěte budoucnost významně neřeší, ač se rozhodla pro jeho výchovu.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné

Ze strany zdravotní i sociální péče je téměř nemožné poskytnout klientce pomoc. Její odmítavé rozpoložení bohužel nedovoluje dostatečný zásah sociální péče, který by mohl účinně reagovat a podílet se na zlepšení budoucího soužití matky a dítěte. Sociální péče se může zaměřit pouze na pomoc zatím nenarozenému dítěti.

6.9 Případová studie V

Aneta- 28 let.

Studovala střední uměleckou školu, kterou nedokončila kvůli zdravotním problémům. Ve 23 letech vystudovala a úspěšně ukončila střední odborné učiliště v oboru kadeřnice. Po ukončení studia začala pracovat jako barmanka v baru, ve kterém pracuje dodnes.

Žije dva roky s partnerem v malém bytě. Má jedno dítě z předchozího vztahu, kterému jsou momentálně 4 roky. S nynějším partnerem je těhotná 7 měsíců. Anety partner pracuje jako řidič dodávky rozvozové služby.

Aneta má jednoho bratra, který žije v zahraničí a několik let už ho neviděla. Její rodiče se rozvedli v jejich 12 letech, tomu předcházely velké hádky mezi rodiči a Aneta svého otce od té doby neviděla, stýkal se jen s jejím bratrem. Matka si po 5 letech našla jiného partnera, s kterým si Aneta nerozuměla a vznikaly mezi nimi velké rozpory.

Střední uměleckou školu nedokončila kvůli svým zdravotním problémům, vyhrželá ploténka ji způsobovala velké bolesti, později podstoupila operaci zad a do školy se už nevrátila. Do té doby Aneta hodně sportovala, věnovala se gymnastice a běhání, to však její zdravotní stav po operaci nedovoloval.

Ve 20 letech nastoupila na střední odbornou školu a odstěhovala se od rodičů na internát. Po ukončení školy začala pracovat jako barmanka, po dvou letech seznámila s bývalým partnerem, s kterým má čtyřletou dceru. Jejich vztah trval dva roky a poté se domluvili, že spolu nemohou žít a rozešli se, Aneta se svou dcerou zůstala sama, otec si jejich dceru pravidelně bere na víkendy. S dcerou byla Aneta tři roky na mateřské a poté nastoupila zpět do svého zaměstnání. Po několika měsících se tam seznámila s nynějším přítelem, se kterým čeká dítě.

Aneta od 18 let kouří a víkendově pije alkohol a od doby, co se seznámila s přítelem, občas užije heroin. Anety přítel je také kuřák a s kamarády zkouší experimentovat i s jinými drogami, ale prý jen pro zábavu.

Aneta své těhotenství zjistila hned v počátku, k lékaři šla až za pár týdnů a ten diagnostikoval těhotenství v 8. týdnu. Aneta stále pracuje v baru, i přes to, že ji to její gynekolog nedoporučil kvůli večerním směnám a nevhodnému prostředí pro těhotnou ženu. Doporučil Anetě, aby nepřestávala ze dne na den kouřit, ale postupně to omezovala. Částečně kouření omezila, ale skoro každý den se pohybuje v zakouřeném prostředí, což má také značný vliv na vývoj plodu.

Během těhotenství i před ním několikrát užila se svým přítelem heroin, vždy to bylo jen pro zábavu a nemá v plánu u toho zůstat. Její přítel nepovažuje občasné braní za rizikové ani pro ni ani pro dítě, Aneta zpočátku měla strach, ale nakonec vždy pod lehkým tlakem partnera konzumovala heroin prostřednictvím kouření. Svému ošetřujícímu lékaři tuto skutečnost neřekla, ale dvakrát navštívila kontaktní centrum, kde ji podali důležité informace o rizicích užívání návykové látky v těhotenství a možná opatření, jak jim předejít. Je rozhodnutá při nástupu do porodnice lékařům oznámit její rizikové chování během těhotenství. Aneta má velký problém s udržením správného a pravidelného stravování během těhotenství, kdy má nechut' k jídlu a většinou ji stačí jíst jen jednou za den, což má za následek to, že má problém s vyměšováním.

Pravidelně dochází do gynekologické ambulance na kontrolní ultrazvuková vyšetření, ale jiné vyšetření nechce absolvovat. Záznamy v těhotenské průkazce má tedy jen částečné. Na začátku sedmého měsíce byla svým lékařem upozorněna, že při nástupu do porodnice budou požadovat určitá vyšetření, tudíž má Aneta ještě v plánu si důležitá vyšetření doplnit.

V kontaktním centru si vyslechla všechna možná rizika, která hrozí jí i dítěti a případné komplikace po porodu. Její dcera tráví hodně času u své babičky z důvodu Anetinych nočních směn v baru. Přítel Anety se na dítě těší a chce s nimi trávit dostatek času.

6.10 Rozhovor V

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Cítím se fajn, jen jsem asi více unavená než před tím. Pracuji převážně v noci, tak se snažím přes den, když je dcera ve školce spát, abych mohla večer pracovat a nebyla tak unavená. Chci se věnovat i dceři, takže ji vyzvedávám ve školce a poté ji odvedu k babičce. Můj přítel ji přes noc hlídat nechce a většinou se mnou je nějaký čas v baru a pak jde spát. Mám ještě problémy s tím, že mi natékají nohy a dělají se mi křečové žíly, doktor mi dal takové punčocháče, aby se mi to nezhoršovalo, ty nosím, vždy se mi dost uleví.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Jo myslím, že docela v pohodě.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Měla jsem trochu problémy s tím, když mi lékař doporučil ať postupně snižuji počet cigaret za den nebo ať si kupuji slabší, ze začátku jsem byla strašně nervózní a nedokázala jsem myslet na nic jiného, jen že si chci zapálit. Když jsem viděla zákazníky kouřit, dala bych si s nimi, tak jak jsem byla zvyklá. Trvalo to několik týdnů, pak se to zlepšilo a momentálně kouřím asi 7 cigaret za den, zkoušela jsem méně, ale to už nejde. Co se týká kouření heroínu, tam necítím žádné potíže, které by s tím mohly souviset, vždy si dám jen málo a není to často, je to jen příležitostně. Během těhotenství jsem si dala jen pár piv.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Ke svému gynekologovi chodím pravidelně na prohlídky, ale nechtěla jsem jít na žádné jiné vyšetření, vzhledem k tomu že dost kouřím, mi lékař doporučoval nějaký velký rozbor krve a pak odběr plodové vody, ale nechtěla jsem, cítím se dobře a myslím si, že kdyby bylo dítě nemocné, že bych to nějak cítila. Ted na konci těhotenství mi doktor oznámil, že některá vyšetření jsou nutná před porodem a udělají mi je v porodnici, tak jsem se rozhodla, že se ještě domluví se svým doktorem, aby mi je udělal. Mám strach z jehel, takže se musím hodně překonávat.“

Jak často je navštěvujete?

„Každý měsíc.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Jo, jsem spokojená, ale nechci se moc svěřovat svému doktorovi, nelíbí se mu, že kouřím a natož, že bych mu řekla o heroínu. V porodnici bych chtěla narazit na doktorku ženu, která by mě snad lépe pochopila.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Zdravotní asi ne.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Doktor mi doporučil vyšetření, ale já na něj nechtěla jít. Sice mi řekl, že bych vyšetření měla podstoupit, protože se tím mohou odhalit nějaké vady u dítěte nebo u mě, ale já z toho měla obrovský strach. Žádnou sociální službu mi nikdo nedoporučil, sama od sebe jsem navštívila káčko.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

„Nešla jsem na ty doporučená vyšetření, ale nějaké mi budou muset dodělat ještě před porodem.“

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

„Uvidím před porodem.“

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Vlastně žádnou pravidelně nečerpám, navštívila jsem dvakrát kontaktní centrum, protože jsem měla trochu špatný svědomí, kde jsem získala informace, jaké jsem potřebovala. Říkali mi, ať docházím do centra, kam chodí těhotný a ženský s dětmi, ale já si už ten heroin ohlížím. Věřím, že příchodem mimina se vše srovná a já budu doma a můj přítel bude s námi a nebude chtít pořád chodit do baru popíjet a občas kouřit. Myslím si, že tam chodí hlavně za mnou, a když já tam nebudu tak bude s námi. Pokud by ale někdy bylo potřeba klidně bych další službu navštívila, ale popravdě moc nevím, koho bych vlastně měla navštívit nebo kde o tom hledat nějaké informace. Šla bych asi do ověřeného káčka, kde už to trochu znám.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

„Líbí se mi přístup v káčku a vím, že ho mohu kdykoliv navštívit a oni mi poradí. Možná bych měla navštívit to centrum, ale já se na to nějak necítím.“

Co Vám v sociálních službách chybí?

„V káčku mi bylo něco doporučeno, ale vlastně jen jedno zařízení a na to se zatím necítím a nevyužiji to. Možná bych ocenila nějaký větší výběr, kam zajít, třeba by mě něco oslovila a někam bych zašla.“

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru V

Vnější vlivy

Rodinné zázemí těhotné nebylo ideální a postupem času se zhoršovalo. V tuto chvíli je ve vztahu s otcem dítěte a předpokládá další bezproblémové soužití. Těhotenství je výrazně ovlivněno mimo jiné vykonávanou prací.

Postoj těhotné

Těhotná vyhledala poradenskou pomoc a částečně s úspěchem se pokusila omezit svou závislost. V tuto chvíli považuje svou situaci za dostatečně řešenou a připouští, že pomoc vyhledá, pokud dojde ke zhoršení. Žena se hodlá společně s otcem o dítě dostatečně postarat a považuje to za zcela možné.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné

V rámci požadované pomoci ze strany klientky proběhla sociální pomoc dostatečně. Je patrné, že komplexní sociální péče, která by mohla být nabídnuta, není ze strany klientky vyhledávána. S dosavadní pomocí je klientka spokojena a připouští případné využití, z čehož plyne, že prozatím poskytnutá sociální pomoc (poradenství) byla úspěšná.

6.11 Případová studie VI

Olga- 30 let

Olga studovala gymnázium, ale vzhledem k studijním neúspěchům, byla nucena přestoupit na jinou školu. Úspěšně dostudovala pedagogické liceum. Pracovala jako asistent pedagoga na základní škole pro děti se speciálními potřebami. Toto zaměstnání ji velice psychicky vyčerpávalo a po sedmi letech dala v tomto zaměstnání výpověď. Momentálně pracuje jako pečovatelka v domě pro seniory. Bydlí v rodinném domě se svou matkou, bratrem a svým přítelem.

Celé dětství žila Olga pouze s matkou, na otce si nevzpomíná, zemřel krátce po jejím narození. Olga má staršího bratra, který s nimi také žije v domě. Momentálně je poprvé gravidní, otec dítěte o těhotenství ví. Olgy přítel užívá několik litru alkoholu denně i přes jeho velké finanční problémy. Od doby, kdy Olga pracuje v pečovatelském domě, konzumuje velké množství alkoholu a cigaret společně se svým přítelem. Těhotenství zjistila hned v počáteční fázi těhotenství z těhotenského testu, poté navštívila lékaře, který těhotenství potvrdil. Olga sdělila lékaři, že kouří krabičku cigaret denně, ale o pití alkoholu se nezmínila. Momentálně je Olga v sedmém měsíci těhotenství hospitalizovaná na gynekologickém oddělení pro hrozící riziko předčasného porodu. Během těhotenství užívání alkoholu snížila na tři lahve vína týdně. Nikotin užívá ve stejném množství jako před zjištěným těhotenstvím. Finančně na tom s přítelem nejsou

dobře, ale po porodu jim pomůže Olgy matka. Omezila konzumaci alkoholu kvůli dítěti, ale není schopna přestat úplně, protože její přítel ji abstinenci narušuje svým pitím alkoholu. V těhotenství neměla žádné potíže, kromě lehkých nevolností zpočátku těhotenství.

Konzumace cigaret a alkoholu pomáhá Olze k navození dobré nálady, sama přiznává, že ji většinou k pití motivuje její přítel. Je si vědoma rizika, které s sebou nese užívání alkoholu a nikotinu v těhotenství, ale případné poškození dítěte si nepřipouští. Pokud se jde Olga bavit do společnosti, vždy potřebuje alkohol, v případě, že je doma sama, alkohol vyhledává méně nebo vůbec.

Olga navštívila svého gynekologa kvůli pozitivnímu těhotenskému testu. Gynekolog ji vyšetřil a těhotenství potvrdil podle ultrazvukového vyšetření. Olgy gynekolog o konzumaci alkoholu neví, je seznámen pouze s užíváním nikotinu, proto ji doporučil, aby snížila počet denní dávky cigaret, z důvodu ohrožení dítěte a možného rizika poškození plodu, potratu nebo předčasného porodu.

Olga má pocit, že konzumace alkoholu a cigaret není tak velká, aby poškodila dítě, tvrdí, že se snaží žít zdravě, stravovat se pravidelně a pestře. Olga se domnívá, že léčbu nepotřebuje, protože ani jednu látku nekonzumuje ve velkém množství a tím pádem není potřeba to řešit tímto způsobem.

Nikotin užívá od svých 20 let, uklidňovalo ji to, když pocítovala stres. Konzumovat alkohol začala před třemi lety, kdy nastoupila do nového zaměstnání a v té době se seznámila se svým nynějším partnerem. Před těhotenstvím s přítelem a přáteli pili alkohol skoro denně. Olga pije vždy až večer, bylo tomu tak i před těhotenstvím.

Olga s přítelem často navštěvují přátele v barech, kde večer popíjejí alkohol a kouří. Tuto večerní zábavu Olga vynechala jen v době, kdy ji zpočátku těhotenství bylo nevolno. Po alkoholu ji nevolno není, občas je ráno unavená, ale tvrdí, že alkoholu nevypije tolik, aby ji bylo nevolno, pije víno nebo pivo. Během těhotenství nepocítovala žádné potíže, jen přiznává, že byla často unavená. Její přítel ji motivuje spíše ke konzumaci alkoholu, nevdá mu že pije, myslí si, že takové množství jaké vypije, nemůže dítěti uškodit a jelikož kouřila už před tím, tělo je na přísun nikotinu zvyklé a nepoškozuje plod.

Olga konzumuje v těhotenství alkohol méně než před ním. V průběhu těhotenství navštěvuje Olga jen svého gynekologa, jelikož její lékař o pití alkoholu neví, nedoporučil jí žádnou jinou péči a řešení tohoto problému. Olga během těhotenství nenavštěvovala žádné jiné lékaře ani specializované pracoviště a odborníky. Svého lékaře navštěvovala pravidelně podle domluvených termínů a podstoupila všechna lékařem doporučená vyšetření. Nyní je Olga v sedmém měsíci hospitalizovaná na gynekologickém oddělení pro riziko možného předčasného porodu, které bylo zjištěno při prohlídce u gynekologa.

Při příjmu na gynekologické oddělení v nemocnici se Olga svěřila zdravotní sestře s tím, že užívá skoro každý večer alkohol a myslí si, že její momentální stav by mohl být způsobený užíváním alkoholu a kouřením během těhotenství, ale že během celého těhotenství neměla žádné problémy.

6.12 Rozhovor VI

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Ze začátku mi bylo špatně od žaludku a jsem víc unavená než normálně, ale jinak žádné problémy jsem neměla. Problém zjistil doktor až při prohlídce a řekl mi, že musím do nemocnice, protože bych předčasně porodila. Celé těhotenství jsem chodila do práce, jen mi kolegyně pomáhala s těžkou prací, jinak jsem vše zastala sama.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Měla jsem často blbé nálady. Neměla jsem chuť nic dělat, často jsem brečela.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Já si myslím, že žádné potíže spojené s kouřením nebo občasným pitím jsem neměla. Trochu jsem nad tím tedy začala přemýšlet až když mi doktor řekl, že musím do nemocnice, vzpomněla jsem si, že mi na začátku říkal, že užívání návykových látek způsobuje poškození plodu, potrat a nebo předčasný porod. Neměla jsem ale žádné potíže, tak jsem si říkala, že mě to nemůže postihnout, možná bych se teď zachovala jinak, kdybych věděla, že to takhle dopadne.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Navštěvovala jsem jen svého gynekologa a jednou jsem byla na krevních testech v nemocnici, jinak jsem k žádnému jinému doktorovi nechodila. Můj doktor mi udělal vždy ultrazvuk, testy z krve a z moči, vše dopadlo dobře, tak nebylo nutné chodit někam jinam ještě. Vlastně jsem byla jen na kontrole u zubaře, kde mi ošetřili dva zuby, a obvodní doktorky“

Jak často je navštěvujete?

„Gynekologa jednou za čtyři týdny s jednou výjimkou, kdy jsem byla nemocná. U zubaře jsem byla jednou a u obvodářky dvakrát, jednou na nějaké preventivní kontrole a podruhé když jsem měla chřipku.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Jo, jsem spokojená, neměnila bych a nic mi nechybí.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Nic.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Byla mi doporučena nějaká paní v nemocnici, která se zabývá zdravým životním stylem a celkovým zdravím.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

„Nevyužila, přečetla jsem si všechny možné články o zdravém životním stylu a podobně, něco mě zaujalo, tak jsem se toho držela. Nepila jsem tolik pivo a víno jako dřív, ale kouření se mi nepodařilo vynechat, občas jsem kouřila méně a občas více, ale vlastně se to moc nelišilo od doby, kdy jsem nebyla ještě těhotná.“

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

...

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Nečerpám.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

...

Co Vám v sociálních službách chybí?

„Žádnou jsem nevyžívala, takže na to nemám co odpovědět.“

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru VI

Vnější vlivy

Rodinné zázemí není úplně vhodné, protože partner užívá alkohol a nikotin a svou těhotnou partnerku spíše motivuje k tomuto chování. Momentálně soužití s partnerem vypadá jako bezproblémové. Vnější rizikový faktor pro těhotnou je přítel a přátelé, s kterými konzumuje alkohol a nikotin, když je sama alkohol nevyhledává a nikotin méně.

Postoj těhotné

Těhotná nevyhledala žádnou pomoc, která by se zaměřovala na rizikovou konzumaci alkoholu a nikotinu. Nepovažuje svoje užívání těchto látek za nadměrné a tudíž ani škodlivé pro sebe i pro plod. Vyhledala poradenskou pomoc a částečně s úspěchem se pokusila omezit svou závislost. Její postoj se trochu změnil až po hospitalizaci v nemocnici, kdy si uvědomila, že užívání těchto látek mohlo vést k problémům, které momentálně prožívá. Žena se hodlá společně s partnerem o dítě postarat, ale je si vědoma, že důležitou roli bude hrát matka těhotné ženy.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné

Žádná pomoc není ze strany pacientky vyhledávána, protože ji nepovažuje za důležitou. V tomto případě by bylo vhodné, kdyby matka těhotné ženy ji motivovala ke změně svého dosavadního chování a byla ji řečena rizika, která hrozí jí i nenarozenému dítěti.

6.13 Případová studie VII

Markéta- 29let

Pracuje jako dělnice v automobilce Škoda. Žije s přítelem v jedné domácnosti pět let. Žijí společně v bytě, kde s nimi bydlí Markéty bratr, který studuje vysokou školu. Jiří, přítel Markéty pracuje jako barman. Oba víkendově užívají pervitin a alkohol. Markéta přestala kouřit ve druhém měsíci těhotenství a Jiří užívá nikotin denně.

Markéta bydlela celé dětství se svými rodiči v Českých Budějovicích. Markéta má starší sestru, která se před 10 lety odstěhovala do Anglie a mladšího bratra, který bydlí s ní v bytě. Do mateřské a základní školy docházela v místě bydliště. Na střední školu šla do Plzně, kde bydlela na internátě a poté dostudování střední školy v Plzni už zůstala.

V 19 letech ukončila střední školu a šla bydlet s kamarádkou do malého bytu, kde spolu bydlely do 25 let. Poté se s přítelem nastěhovali do společné domácnosti, kam se k nim před rokem přistěhoval její bratr.

Jiří pracuje už 10 let jako barman. Denně kouří tabák, o víkendech popíjí alkohol a užívá pervitin. Markéta o této skutečnosti věděla hned od začátku vztahu a víkendově užívají společně. Jiří nechce situaci měnit, ale Markéta se po zjištění těhotenství obávala tyto látky užívat, i když užívání omezila, nepřestala s tím úplně. Odolávala, jen když nechodila s Jiřím do společnosti jejich přátel, pokud se s přáteli setkávali, vždy si dala nějakou sklenku alkoholu a užila pervitin. Kouřit nikotin přestala ve druhém měsíci těhotenství a to hlavně kvůli jejím nevolnostem. Kouření ji nechybí a nemá na to chuť. Po užití pervitinu a alkoholu, má vždy výčitky svědomí a slíbí si, že už si to v době těhotenství nedá, ale nikdy to nedodrží a jak říká „situace ji převálcuje“. Jiří si myslí, že pokud není užívání pravidelné nemůže se dítěti nic stát a v tom ho utvrzuje i skutečnost, že vyšetření u gynekologa jsou v pořádku a dítě podle něj hezky prospívá.

Markéta své těhotenství zjistila v šestém týdnu gravidity prostřednictvím těhotenského testu. V osmém týdnu navštívila svého gynekologa, který ultrazvukovým vyšetřením těhotenství potvrdil. Jiří měl z těhotenství radost, i když to ještě neplánovali.

Markéta byla trochu v rozpacích a nevěděla, zda je na to připravena. Po několika dnech po zjištění svého těhotenství navštívila bar, kde Jiří pracuje, kde se všichni setkali s přáteli a dali si pervitin. Poté Markéta začala pochybovat o tom, zda chce být matkou.

Při další návštěvě lékaři neřekla, že má problémy s užíváním pervitinu a alkoholu, myslela si, že s tím přestane a srovná si myšlenky.

Další návštěva gynekologické ambulance měla být za měsíc. Jiří se na dítě těšil a Markéta se mu se svými pocity nesevěřila a vše si nechávala pro sebe s myšlenkou, že časem to přejde a vše se uklidní.

Markéta se za celé těhotenství svému gynekologovi se svým problémem a trápením nesevěřila. Ve 30. týdnu těhotenství byla Markéta hospitalizovaná pro náhlou bolest břicha. Při hospitalizaci měla o dítě obrovský strach a svěřila se svému ošetřujícímu lékaři s tím, že pila alkohol a občasně užívala pervitin. Vyšetření, která podstoupila, byla v pořádku a nic nenasvědčovalo poškození nenarozeného dítěte. Lékař ji doporučil podstoupit ještě nějaká vyšetření a poté navštívit psychologa.

Markéta návštěvu psychologa odmítla, protože se nechtěla s nikým o drogách bavit, zajímalo ji, aby bylo dítě v pořádku a zbytek zvládne sama.

Svého gynekologa navštěvovala pravidelně a podstupovala všechna vyšetření, která byla nutná nebo doporučena.

Markéta se porodu bojí, obává se i budoucnosti, protože si je vědoma škodlivých účinků pervitinu a alkoholu, které na dítě působí a má strach, zda se následky neprojeví v pozdějších letech.

Markéta je se svou rodinou v kontaktu, ale ti nic netuší o jejím problému. Bojí se, že by vznikl mezi nimi problém a tomu chce předejít a nenarušovat rodinné vztahy.

V rodině Markéty se neobjevují žádné závažné choroby ani závislosti. Markéty matka pracuje jako učitelka v mateřské škole a otec jako úředník na radnici.

Starší sestra žije v Anglii a mladší bratr studuje vysokou školu a bydlí u Markéty v bytě.

6.14 Rozhovor VII

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Po fyzické stránce jsem se cítila docela dobře. Od druhého do čtvrtého měsíce mi bylo často nevolno, ale to potom ustálo a bylo mi fajn. Ve 30 týdnu mě bolelo hrozně břicho, měla jsem strach i dítě, tak jsem byla několik dní hospitalizovaná na gynekologickém oddělení. Po zbytek těhotenství bylo vše v pořádku a nic mě fyzicky netrápilo.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Popravdě musím říct, že nic moc. Když jsem zjistila, že jsem těhotná tak jsem měla obavy, zda jsem na to připravená a jestli to vůbec už teď chci. Měla jsem samozřejmě výčitky svědomí z toho, že jsem užila několikrát pervitin i alkohol, jenže když na to přišlo, neměla jsem sílu odolat a říkala si, že snad to nemůže dítěti ublížit, když to není pravidelné. Následující dny jsem měla ale nepříjemné pocity a myšlenky z toho.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Nevím, jestli ta bolest břicha mohla být z toho, protože to bylo pár dní po tom, co jsem byla posedět s kamarády v baru a samozřejmě jsem si tam dala skleničku i jsem si zakouřila pervitin. Měla jsem strach, tak jsem to v nemocnici řekla doktorovi, který mi udělal všechna možná vyšetření, ale vše vypadalo v pořádku. Jinak krom těch tíživých myšlenek nebylo nic, co bych považovala za problémy spjaté s užíváním.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Navštěvuji pravidelně svého gynekologa. Byla jsem na prohlídce u zubaře a u svého obvodního lékaře.“

Jak často je navštěvujete?

„Gynekologa každý měsíc. Zubaře a obvodáka jen jednou za celé těhotenství.“

Jste s péčí lékařů spokojená?

„Ano jsem.“

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Myslím, že nic víc nepotřebuji, jsem spokojená. Obávala jsem se, jak se ke mně budou chovat v nemocnici, když jsem jim řekla o tom alkoholu a pervitinu, ale všichni i přesto byli milí a měla jsem péči jakou jsem potřebovala, naopak si myslím, že lékař byl o to víc pečlivý, aby nic nepřehlédl.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Ano, byl mi doporučen psycholog, ale já ho nenavštívila, nechtěla jsem to s nikým rozebírat.“

Využila jsem nějaké doporučené služby?

„Ne.“

Jak jste s využitými službami byla spokojená?

...

Čerpáte v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Ne ne, žádnou nečerpám.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

...

Co Vám v sociálních službách chybí?

...

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru VII

Vnější vlivy

V tomto případě lze za vnější vlivy působící na užívání návykových látek a to v podobě alkoholu a pervitinu, považovat přátele, kteří jsou vždy spouštěčem pro užití. I přesto, že respondentka má poté výčitky svědomí a nechce ani v občasném užívání pokračovat. Vhodné řešení by bylo vyvarovat se návštěvám barů, které jsou pro ni spouštěčem k rizikovému chování.

Postoj těhotné ženy

Respondentce bylo doporučeno navštívit psychologa, ale měla strach z odsouzení a celkové řešení situace s někým dalším. K užívání má respondentka postoj negativní a je si vědoma určitého rizika, ale vlivem vnějších vlivů není schopna mít silnou vůli a odolat.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné ženy

Vzhledem ke skutečnosti, že respondentka nenavštívila žádné sociální zařízení ani psychologa, je těžké objektivně zhodnotit, jaký by to mělo vliv, kdyby se rozhodla například pro návštěvu psychologa. Těhotné ženě lze jen doporučit omezení nebo úplně vynechání návštěv barů a vyvarování se spouštěčům rizikového chování. Pozitivum, které je možné hodnotit, je uvědomování si škodlivosti návykových látek pro ni i pro nenarozené

dítě. Podpora partnera k její abstinenci by hrála značnou důležitou roli ve vnímání respondentky.

6.15 Případová studie VIII

Lucie- 31 let.

Lucie má úspěšně ukončenou základní školu. Střední odborné učiliště v oboru kadeřnice nedokončila. Momentálně pracuje jako pomocná pracovnice v tiskárně. Do zaměstnání chodí třikrát za týden. Lucie od deseti do osmnácti let žila v dětském domově. Po smrti matky v jejích šesti letech se o ní ještě následující čtyři roky staral otec, ale ten péči ani výchovu dcery nezvládal a proto byla umístěna do dětského domova. V dětském domově měla několikrát výchovné problémy. V osmnácti letech se odstěhovala s několika kamarády do pronajatého bytu. Pracovala na několika místech a často si přivydělávala nelegálním způsobem.

Žije stále už několik let ve stejném bytě, který sdílí ještě s dalšími lidmi. Nemá žádného stálého partnera. Lucie ví, kdo je otec dítěte, občas se vídají, ale nejsou partneři a žít spolu nechtějí. O otci dítěte toho moc neví, jen že bydlí se svým bratrem a užívají pervitin, což je s Lucií seznámilo.

Lucie má sestru, kterou po smrti matky vychovával její otec. Od doby, co odešla Lucie do dětského domova, se se sestrou neviděla a ani ji nikdy nezkusila žádným způsobem kontaktovat nebo vyhledat.

Střední odborné učiliště nedokončila, protože měla výchovné potíže a do školy nedocházela pravidelně. Od dvanácti let experimentovala s různými návykovými látkami. Nejprve se jednalo o kouření cigaret, poté marihuany, pití alkoholu, experimenty s pervitinem, u kterého zůstala. Momentálně užívá pervitin nitrozilně, denně kouří deset cigaret a občasně, což znamená, jednou za týden užije alkohol. Lucie se nevěnuje žádným svým koníčkům, které měla v dětství.

Lucie od 12 let kouří cigarety, nějakou dobu kouřila i marihuanu. V 18 letech poprvé zkusila pervitin, nejprve se jednalo o víkendové užívání, které v tomto intervalu vydrželo do jejích 23 let a od té doby užívá pervitin pravidelně. Těhotenství zjistila až po několika měsících, protože Lucie neměla menstruační cyklus. Když zjistila, že je těhotná, podle těhotenského testu, kontaktovala otce dítěte, aby mu to sdělila.

Lucie po celou dobu těhotenství nenavštívila žádného lékaře. Na konci těhotenství začala mít bolesti, a proto ji její kolegyně v zaměstnání zavolala sanitku, která ji převezla do nemocnice na gynekologické oddělení. Tam byla podrobena prvnímu vyšetření za celé těhotenství, kde lékaři zjistili, že je pod vlivem návykové látky. Udělali několik vyšetření

plodu. Nenarozené dítě mělo před porodem velmi nízkou váhu s tím, že se nedají vyloučit jiná poškození, která se zjistí až po porodu. Lékaři informovali Lucii o tom, že musí kontaktovat OSPOD. Lucie byla hospitalizovaná, protože lékaři usoudili, že bude brzo rodit a nemocnice pro ni bude bezpečným místem.

6.16 Rozhovor VIII

Jak se v těhotenství cítíte po fyzické stránce?

„Jo v pohodě, vlastně jsem dlouho nevěděla, že jsem těhotná. Přišlo mi to divné, až když jsem cítila různé tlaky v břiše a bylo mi tak nějak jinak než normálně. Hrozně moc mě bolelo břicho, tak mi kolegyně zavolala sanitku a odvezli mě do nemocnice, prý už budu za chvíli rodit, mám nějaké ty poslíčky, jinak mi celou dobu bylo dobře.“

Jak se v těhotenství cítíte po psychické stránce?

„Trochu jsem se bála a rozmýšlela si, zda to říct Vaškovi, to je otec dítěte, tak jsem byla dost nervózní, ale nakonec jsem to nějak překonala a bylo to v poho.“

Jaké Vaše zdravotní potíže myslíte, že souvisí s užíváním návykové látky?

„Asi žádné.“

Jakého lékaře v době těhotenství navštěvujete?

„Žádného, až teď jsem v nemocnici.“

Jak často je navštěvujete?

...

Jste s péčí lékařů spokojená?

...

Chybí Vám něco ze zdravotnických služeb, co byste potřebovala?

„Nikam jsem chodit nechtěla a nic jsem nevyhledávala, takže jsem nic ani nepotřebovala.“

Byly Vám doporučené nějaké zdravotní či sociální služby v době těhotenství?

„Ne.“

Využila jste nějaké doporučené služby?

...

Jak jste s doporučenými službami byla spokojená?

...

Čerpáte pravidelně v době těhotenství nějakou sociální službu?

„Ne, ale přemýšlím teď o tom, jak to bude s tím dítětem a jestli nebudu potřebovat nějakou pomoc.“

S čím jste z hlediska sociální péče spokojená?

...

Co Vám v sociálních službách chybí?

...

Souhrn a komentář autorky k případové studii a rozhovoru VIII

Vnější vlivy

Zázemí těhotné ženy je velice nestabilní a zatím si vůbec neuvědomuje, jakou péči bude potřebovat dítě. V minulosti byla respondentka stále v nepříznivé situaci. Po smrti matky se jí od otce dostávala nekvalitní péče, poté pobyt v dětském domově a od 18 let nestabilní prostředí

Postoj těhotné

Těhotná žena za celé těhotenství nevyhledala žádnou zdravotní ani sociální službu. Vzhledem k tomu že celé těhotenství užívá návykové látky, bere své těhotenství na velmi lehkou váhu a neuvědomuje si rizika, která hrozí jí i dítěti. Před porodem sama ještě neví, jak bude o své dítě pečovat. Celkový postoj k dítěti a budoucí péči o něj je velmi nestálý a respondentka nemá tušení, co ji čeká.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné

V tomto případě bude zde využita nejprve pomoc OSPOD a poté hledání řešení léčby závislosti klientky, aby bylo dítě vychovááno v bezpečném a nerizikovém prostředí. Je patrné, že komplexní zdravotní i sociální péče, není ze strany klientky vyhledávána. Respondentka až před porodem přemýšlí nad blízkou budoucností a připouští varianty zdravotnické i sociální péče.

7 Souhrn výsledků

Vnější vlivy

Velmi zásadním vnějším vlivem, který působí na těhotnou ženu užívající návykovou látku je nestabilní nebo problémové prostředí, ve kterém žena žije. Tento problém se u respondentek v praktické části této diplomové práce často opakoval a pro autorku byl problémem ve spojitosti konzumace návykových látek velmi zásadní.

Dalším znak, který spojoval respondentky byl osudový životní okamžik. Stresová situace, s kterou se žena v minulosti nevyrovnala, vedla k užívání návykových látek. Návyková látka byla vždy odreagování a odpoutání pozornosti od stresu, který žena prožívala.

Základním a primárním vlivem, který působí na utváření osobnosti je rodina, pokud žena byla vychovávána v prostředí, které nebylo stabilní a nesplňovalo pro dítě adekvátní prostředí pro jeho vývoj a rozvoj, způsobuje mu tím do budoucna potíže ve vnímání a prožívání zátěžových situací.

Postoj těhotné ženy

Postoje těhotných respondentek k užívání návykových látek v jiném stavu se velmi liší. Některá z žen hovoří o svém těhotenství jako o novém startu a tudíž užívání návykových látek vnímá jako velmi rizikové chování pro sebe i plod. Ženy, které jsou rozhodnuty pro změnu, si jsou vědomy, že samy tuto situaci nezvládnou, a proto vyhledají odbornou pomoc. Odbornou péči vyhledají samy nebo na doporučení jiného odborníka.

Některé z respondentek, využity pro tuto práci, nejsou rozhodnuty ani odhodlány změnit svoje dosavadní užívání návykových látek i v případě svého těhotenství. Pokud je žena spokojená a nemá potřebu měnit své rizikové chování mnohdy se svým užíváním návykové látky nebo látek ani svému lékaři nesvěří nebo k němu ani nedocházejí.

Postoj ženy k tomuto stavu v kombinaci s užíváním návykových látek může změnit lékař, pokud je o tom informován a vysvětlit ženě možná rizika ohrožení jejího zdraví a poškození plodu. V případě, že si žena uvědomí nebo si je vědoma možných velmi závažných rizik užívání těchto látek, jedná se o první krok ke změně svého dosavadního rizikového chování.

Možnosti podpory a zlepšení kvality vlivu sociální péče na danou situaci těhotné ženy

Možnost podpory lze těhotné ženě poskytnout jen v případě, že je žádána. Pokud žena odmítá jakoukoliv pomoc nebo nepociťuje užívání návykových látek za škodlivé pro sebe i pro plod nelze ženě přikázat nebo ji donutit, aby vyhledávala a navštěvovala některou z možných služeb. Nabízený systém péče, který je věnován těhotným ženám užívající návykové látky se stále zdokonaluje a nabízí klientkám nové možnosti, jak tuto náročnou situaci řešit.

Nedostatek v tomto systému péče považují za nekvalitní komunikaci těhotných žen a lékařů. Velkou roli v tomto hraje fakt, že těhotné ženy svou situaci nechťejí nebo nezvládají řešit, o svém problému svému lékaři neřeknou, tudíž není možné ze strany lékaře podat ženě informace a následná doporučení. Propojenost zdravotnických zařízení a sociálních služeb mají v sobě značné mezery, a proto mnohdy dochází k nedoporučení péče, která by pro klientku byla nejvhodnější.

Sociální péče, která těmto ženám pomáhá, jak se samotnou závislostí, tak s celkovou situací, ve které se žena nachází je velmi důležitá a klíčová hlavně z důvodu udržení zdraví těhotné ženy i nenarozeného dítěte. Propojení sociálních služeb a zdravotní péče zajišťují pacientkám a klientkám komplexní péči o celkový stav ženy. Tento systém péče je důležitý i z hlediska následné péče o dítě, které žena musí po porodu zvládnout.

8 Diskuze

Tato práce propojuje teoretické informace s praktickými poznatky. Teoretická část se v první kapitole zaměřuje na průběh těhotenství a vývoj plodu v jednotlivých gestačních týdnech gravidity. Tato obecná část popisující fyziologické těhotenství se s částí výzkumnou neprolíná, protože se jedná jen o definování stavu gravidity a na to není praktická část zaměřena. Je tedy možnost tuto část považovat za slabou stránku diplomové práce, ale důležitost autorka kladla na jiný směr.

Informace získané od respondentek potvrzují, že správná životospráva je narušena užíváním návykových látek, což s sebou přináší problémy se spánkem, s nechutí věnovat se svým koníčkům a celkovým narušením fyzického i psychického stavu. Propojení teoretické a praktické části je zde zřetelná hlavně z důvodu, že praktická část potvrzuje informace z části teoretické.

Během těhotenství jsou lékařem doporučeny vyšetření, které by ženy v této době měly podstoupit, aby nedocházelo k případným komplikacím například neodhalením předešlého problému. Vyšetření, které jsou prováděny v různých gestačních týdnech gravidity, buď jako prevence nebo zaměření na předpokládaný vzniklý problém, může včas odhalit abnormality ve stavu ženy nebo ve vývoji dítěte. U žen, se kterými probíhal výzkum, bylo zjištěno, že některé z nich nepodstupovaly doporučená vyšetření v těhotenství a proto nelze říci, zda plod netrpí vývojovými nebo jinými vadami. Respondentka užívající zpočátku těhotenství alkohol potvrzuje fakt, že pravidelné a včasné vyšetření plodu i stavu matky hraje klíčovou roli v odhalování jakékoliv změny u matky i plodu. Pokud nastanou komplikace a je nutno znát předchozí vývoj těhotenství, záznamy v těhotenské kartě velmi napomáhají k rychlému a konstruktivnímu řešení situace, kdy může docházet k ohrožení zdraví a života těhotné ženy i plodu. Život a zdraví těhotné ženy je nadřazené nad životem plodu. Pokud vzniknou komplikace, které vyžadují rozhodování o přežití ženy nebo plodu, vždy se bude bojovat o život ženy.

Z teoretických i praktických poznatků je zřejmé, že drogová závislost je závažný stav, který negativně ovlivňuje a poškozuje tělo i duši jedince užívajícího návykovou látku. Přesně jak je řečeno v jedné kapitole teoretické části této práce, na vznik závislosti a jejího udržování působí spousta faktorů, které dohromady mají vliv na bio-psycho-sociální strukturu osobnosti. Informace podané respondentkami potvrzují skutečnost, že u každé z těchto žen byly určité faktory, které měly vliv na vznik závislosti a následně faktory, které tuto závislost podporovaly. Někdo je senzibilnější na faktory vnitřní a jiný na faktory vnější. Důležité je si uvědomit, že všechny faktory působící na závislost jsou v uzavřeném systému a každý tedy souvisí s každým.

Užívání návykových látek v době těhotenství znamená velké riziko pro ženu i plod, který se v děloze vyvíjí. Každá žena vnímá těhotenství jinak, nelze hodnotit jednotlivá těhotenství stejně a to ani z fyzického či psychického hlediska.

Výše již bylo řečeno, proč se autorka zaměřila na téma těhotných žen užívajících nikotin, alkohol, heroin nebo metamfetamin. Vliv těchto látek působících na plod je popsán v teoretické části. Kapitoly orientované na těhotenství pod vlivem nikotinu, alkoholu a heroinu se úzce propojují s částí případových studií těhotných žen. Právě v těchto částech dochází k propojení odborných informací s vlastním pohledem těhotné ženy užívající tyto látky. Případové studie, konkrétních těhotných žen užívající návykovou látku, zobrazují pohledy na těhotenství. Zmiňují postoj ženy ke droze a k vnímání její škodlivosti vůči dítěti.

System péče zaměřující se na léčbu závislosti má několik typů zařízení, v kterých je možno tento problém řešit. Jedinec si vybírá službu, kterou předpokládá pro něj za nejvhodnější. V rozhodování o léčbu i v samostatné léčbě hrají roli různé faktory mající vliv na průběh. Při rozhovorech s respondentkami bylo zřejmé, že rozhodnutí pro léčbu je nelehký proces, kterým musejí projít, což neznamená, že všechny se pro léčbu rozhodly. V momentě, kdy se těhotná žena rozhodla svěřit svému lékaři informaci o užívání návykové látky, byla ji doporučena léčba. Autorku velmi překvapil fakt, že lékař neinformoval svou pacientku o možnostech řešení problému s užíváním návykových látek. Tuto část autorka považuje za silnou stránku své práce, protože lze nahlédnout na možnosti, které mohou ženy využívat a dále na fakt, zda je opravdu využívají. Zde je možnost zhodnotit a vytvořit si názor na celý systém služeb, které je možné využít a také na jednotlivé těhotné ženy a jejich postoj k těmto službám a informovanost o nich.

System péče, zabývající se léčbou jedinců užívající drogy, v České republice nabízí mnoho možností a pracovišť. Ovšem specializovaná pracoviště zaměřená jen na péči o těhotné ženy existují ve velmi malé míře. Toto autorka vnímá skrze rozhovorů s respondentkami jako určitou mezeru v systému poskytované péče.

Kontaktní centrum zmiňované v teoretické části bylo v době těhotenství využito jednou respondentkou, které byly podány důležité informace, ovšem i přes to nadále užívala návykovou látku. Kontaktní centrum doporučilo klientce léčbu v terapeutické komunitě specializovanou právě na těhotné ženy, ale tuto možnost klientka nevyužila.

Adiktologická ambulance byla doporučena respondentce jejím gynekologem. Lékař tuto variantu bral jako nejvhodnější, s myšlenkou, že toto zařízení si nadále poradí s užíváním návykové látky v kombinaci s těhotenstvím. Klientka doporučení svého lékaře vyslyšela a navštívila adiktologickou ambulanci. Péče zde skončila po první návštěvě, kdy došlo k neshodě mezi klientkou a terapeutkou a to ji odradilo od další návštěvy tohoto i jiného pracoviště.

Ústavní léčba zahrnuje intenzivní péči zaměřenou na dodržování určitého řádu, psychoterapii, snahu o abstinenci. Toto zařízení využila k léčbě jedna respondentka, která byla velmi namotivovaná k léčbě a byla si vědoma velkého rizika škodlivosti alkoholu pro nenarozené dítě. Z jejich minulých zkušeností lze usuzovat velký zájem o dítě. Jakoukoliv prázdnotu, kterou cítila, potlačovala alkoholem. Těhotenství byla velká motivace tuto skutečnost změnit, a proto nastoupila do ústavní léčby.

Autorčina stáž, v Psychiatrické léčebně Červený dvůr, jí potvrdila myšlenku, že pokud do léčby přichází namotivovaná žena, s velkým zájmem o dítě a péčí o něj, jedná se o první krok k úspěšné léčbě a následné abstinenci. V tomto zařízení si autorka ověřila, že i kvalita péče a přístup hrají v léčbě obrovskou roli. Zkušenosti zde získané jí utvrdili o tom, že je důležité těhotné ženě poskytnout oporu a možnost své dosavadní jednání a postoj změnit. Přístup, který zde nastavuje pevná pravidla s apelem je dodržovat a zároveň poskytuje pochopení a vlídný postoj, který zachovává každému pacientovi lidskost.

Terapeutická komunita Karlov je specializované pracoviště zaměřené na péči a léčbu těhotných žen a žen s dětmi, které užívají návykovou látku. V České republice se jedná o jediné zařízení s tímto zaměřením. Žádná z autorčiných respondentek nemá zájem v tomto zařízení léčbu využít, buď neshledávají své užívání za rizikové, s potřebou ho řešit léčbou, a nebo nejsou informovány o tomto pracovišti. Autorka shledává v systému péče toto zařízení jako velmi důležité. Jelikož je zde vyhraněna klientela, vniká tu prostor zabývat se potřebami těhotných žen, matek a jejich dětí. Celý systém péče v Terapeutické komunitě Karlov je postaven na jejich možnostech a potřebách ve snaze připravit ženu k abstinenci a na kvalitní péči o dítě.

Substituční léčba je nasměrovaná na těhotné klientky užívající opiáty. Jedná se o látku, nahrazující opiáty, podávanou pod lékařským dozorem. Tato léčba snižuje rizika dopadu užívání opiátů a dochází k časté kontrole klientky a systematickému působení na klientku směrem k léčbě. Respondentka v této práci uvádí, že intravenózně užívá heroin i v době druhého těhotenství, ale v prvním těhotenství docházela do substitučního programu. Jak ona sama uvádí, k první léčbě substitucí ji donutila rodina vzhledem ke skutečnosti těhotenství.

Centrum pro rodinu nabízí několik služeb, které poskytují péči těhotným ženám užívajícím návykovou látku a jejich rodinám. Autorka tento typ péče považuje jako velmi kvalitní doplňkovou službu, která dotváří s jinou institucí kvalitní péči. Jedna z respondentek navštěvuje Centrum pro rodinu po absolvování ústavní léčby, považuje to za doléčování její závislosti na alkoholu.

Zpracování tohoto tématu přináší nový pohled nejen na průběh gravidity žen užívajících návykovou látku, ale i na možnosti využití zdravotnických a sociálních služeb zabývajících se minimalizací dopadu užívání návykových látek na ženu i plod. Komplexní péči autorka považuje za velmi důležitou vzhledem ke skutečnosti, že závislost

i těhotenství ovlivňuje fyziologickou, psychickou i sociální stránku osobnosti. Užívání návykových látek v těhotenství je velmi rizikové, protože nedochází jen k poškození vlastního těla a duše, ale i poškození života dítěte, které je v prenatálním vývoji citlivé na jakékoliv změny a teratogeny.

Zároveň studie poukazuje na fakt důležitosti přístupu jedince, který je součástí zdravotnického či sociálního pracoviště, k pacientce/klientce zatížené závislostí a dále na pohledu samotné ženy na danou situaci a chuti přejímat zodpovědnost nad svým nenarozeným dítětem.

Studie nastiňuje možné souvislosti s užíváním návykových látek během těhotenství i mimo něj na podmínkách dosavadního života a rodinného zázemí budoucích matek, a to jak v dětství, tak v současné situaci. Z tohoto plyne důležitost počátečního nahrazení zázemí a podpora ze strany sociálních institucí, které může vést k výraznému zlepšení přístupu závislé gravidní ženy k nelehké situaci, do které se dostala.

9 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit průběh těhotenství u žen užívajících návykovou látku a zmapovat dostupný systém péče specializovaný pro těhotné ženy s tímto problémem. V úvodu této práce je nastíněný cíl, spojit část teoretickou a praktickou. Výzkumné poznatky získané na základě skutečných příběhů těhotných žen potvrzují určité informace zaznamenané v části teoretické.

Diplomová práce popisuje průběh těhotenství a změny způsobené užíváním návykových látek teoretickými informacemi, které jsou předchozím zkoumáním již ověřené. Praktická část této práce se zaměřuje na ověření teoretických informací či jejich odlišností. Shrnutí teoretických informací a praktických poznatků jednoznačně hovoří o škodlivosti a negativnímu vlivu na těhotnou ženu i plod.

Systém péče o těhotné ženy užívající návykovou látku či látky, který je poskytován v České republice, je zaměřen na rizikové skupiny těhotných žen a snaží se propojovat, jak lékařskou, tak sociální péči o tyto ženy a minimalizovat rizika spojená s užíváním návykových látek a zabránit komplikacím pro těhotnou ženu a poškození plodu. V systému péče, jak potvrdila i výzkumná část práce, jsou ještě značné mezery a chybí zde celková propojenost mezi sociálními službami a lékařskými zařízeními. Velkou roli v této nedokonalosti hraje fakt, že klientky či pacientky mnohdy závislost neřeší a proto není možné jim poskytnout adekvátní péči.

Použitá literatura

Binder, T. (2011). *Porodnictví*. Praha: Karolinum.

Binder, T., & Vavřínková, B. (2011). *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Mladá fronta.

Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada.

Hostinská, E. *Aktuální možnosti preindukce a indukce porodu prostaglandiny v České republice*. [online]. Focus. Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, 2016. [cit. 13.5.2017]. Dostupné z: <http://www.lubusky.com/clanky/105.pdf>

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.

Kobilková, J. (2005). *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén.

Léčba závislosti [online]. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice [cit. 1.7.2017]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti/>

Nilsson, L., & Hamberger, L. (2008). *Těhotenství týden po týdnu: tajemství lidského života*. Praha: Svojtka & Co.

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.

Pařízek, A. (2012). *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén.

Preslová, I., & Veisová, V. (2009). *Ženy a drogy*. Praha: Sananim.

Pomoc v závislosti [online]. Psychiatrická nemocnice Kroměříž. [cit. 19.12.2017]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/uzivani-psychoaktivnich-latek-v-tehotenstvi>

Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

Sedláčková, S. (2009). *Systém péče o těhotné uživatelky drog*. České Budějovice: Jihočeská univerzita

Stafford, P. (1997). *Encyklopedie psychedelických látek*. Praha: Volvox Globator

Šťastná, L. *Lůžkové oddělení*. [online]. Praha: Klinika adiktologie [cit. 3.7.2017]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/630/4365/Luzkove-oddeleni-zeny>

Užívání psychoaktivních látek v těhotenství. [online]. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2011. [cit. 28.5.2017]. Dostupné z:
<http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/uzivani-psychoaktivnich-latek-v-tehotenstvi>

Vavřínková, B., & Binder, T. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.

Velemínský, M., & Žižková, B. (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton.

Zaostřeno na drogy. [online]. Praha: Úřad vlády ČR. [cit. 1.9.2017]. Dostupné z:
https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4609/583/Zaostreno_na_drogy_200703.pdf

Přílohy

Příloha č. 1

Žádost o přijetí do Terapeutické komunity Karlov SANANIM

Žádám o přijetí do programu Terapeutické komunity Karlov z důvodu závislosti na nealkoholových drogách. K žádosti přikládám vyplněný předvstupní dotazník, souhlas se zpracováním osobních údajů a vlastnoručně psaný životopis, vše osobně podepsané.

.....

(podpis)

Jméno a příjmení:

Kontaktní adresa:

.....

.....

Email:

Telefon:

Příloha č. 2

Předvstupní dotazník TKK

I. Základní údaje:

1. Jméno a příjmení: _____

2. Věk: _____

3. Pohlaví:

- Muž
- Žena

4. Státní příslušnost: _____

5. Národnost: _____

6. Kontaktní adresa: _____

7. Kontaktní telefon: _____

8. datum vyplnění: _____

II. Zdravotní stav:

9. Jak hodnotíte Váš zdravotní stav(zaškrtněte):

- dobrý, aktuálně žádné zdravotní potíže
- drobné problémy, ale obecně dobrý
- chronické problémy, aktuálně pod kontrolou
- zdravotní problémy
- vážné zdravotní problémy

10. Byl jste testován(a) na infekční žloutenku?

- ne
- ano

pokud ano s jakým výsledkem?

- negativní
- Hepatitida typu B
- Hepatitida typu C

11. Další závažné zdravotní komplikace,

dietní či zdravotní omezení (jaké?): _____

12. Užíváte pravidelně nějaké léky? (jaké?): _____

III. Vzdělání/práce:

13. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- vyučen(a)
- vyučen(a) s maturitou
- SŠ s maturitou
- VŠ s maturitou

14. Nedokončené vzdělání (uved'te): _____

15. Zaměstnání:

- stálé zaměstnání nebo soustavné studium
- krátkodobé zaměstnání
- jednorázové či příležitostné práce
- práce načerno
- žádné zaměstnání (evidován(a) na úřadu práce)
- žádné zaměstnání (nevidován(a) na úřadu práce)

16. Finanční situace:

- dostatečný vlastní výdělek
- nedostatečný vlastní výdělek
- sociální dávky (důchod, podpora)
- žádný vlastní příjem (půjčky, pomoc rodiny)
- žádný legální příjem

IV. Drogy/alkohol:

17. Užívání

	Věk při prvním užití	Jak často *)	Doba pravidelného užívání v letech	Injekční aplikace **)
Alkohol				X
Opiáty (<i>heroin, braun, atd.</i>)				
Stimulancia (<i>pervitin, kokain, atd.</i>)				
marihuana, Extáze, tripy a jiné halucinogeny				X
Jiné (uveďte)				

*) **1. nikdy, 2. občas** (méně než jedenkrát týdně), **3. pravidelně** (minimálně jednou týdně), **4. denně**

) **uveďte ANO či NE

18. V současné době za svou hlavní drogu pokládáte:

- Heroin
- Pervitin
- Marihuana
- Alkohol
- Halucinogeny (tripy, Extáze, atd.)
- Kokain
- Toluén a jiné těkavé látky

19. Další drogy, které v současnosti užíváte:

- Heroin
- Pervitin
- Marihuana
- Alkohol
- Halucinogeny (tripy, Extáze, atd.)
- Kokain
- Toluén a jiné těkavé látky

20. Injekční aplikace:

- ne, nikdy jsem neužíval(a) injekčně
- ano užívám nebo jsem užíval(a) injekčně

Pokud ano:

Věk při prvním injekčním užití: _____

Kolik let celkem užíváte injekčně: _____

21. Počet absolvovaných pokusů o léčbu delších než jeden měsíc: _____

(počítejte všechny pokusy o léčbu v nějakém zařízení)

22. Nejdelší absolvovaná léčba:

počet měsíců: _____, kdy (např. 10/2010–
2/2011)

byla tato léčba dokončená?

- ano
- ne

O jaký typ léčby se jednalo?

- | | | |
|--------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | krátkodobá (PL, atd. - do
3 měsíců) | dlouhodobá (nad
6 měsíců) |
| ambulantní | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | střednědobá (do 6
měsíců, PL, TK, atd.) | |
| stacionář | | |

V. Právní postavení:

23. Máte v současné době nějaké problémy se zákonem? Pokud ano, jaké? (vyberte)

- bez problémů se zákonem
- probíhající trestní stíhání
- ochranná léčba
- podmíněný trest
- nepodmíněný trest - kolik měsíců celkem: _____
- opakovaně trestán(a)

VI. Rodina a sociální vztahy:

24. Rodinný stav:

- ženatý/vdaná
- ženatý/vdaná - odloučeni
- rozveden/a
- nikdy nebyl ženatý/vdaná

25. Kde jste bydlel(a) v posledním půlroce:

- trvalé a uspokojivé (vlastní byt)
- provizorní (pronajatý nebo půjčený byt)
- dočasné a neuspokojivé (toxi-byty, apod.)
- institucionalizované (azylové domy, apod.)
- zcela žádné

26. S kým jste převážně bydlel(a) v posledním půlroce:

- s rodiči (rodičem)
- s příbuznými
- se sexuálním partnerem
- se sexuálním partnerem a dětmi
- s příbuznými
- s přáteli (známými)
- v chráněném prostředí (např. léčba)
- nemám stálé bydliště

27. Máte děti:

- ne
- ano - kolik: _____
pokud ano, máte je ve vlastní péči?
 - ano
 - ne

28. Vztahy s rodiči:

- bezproblémové
- uspokojivé s občasnými problémy
- časté neshody, komplikující vztah
- nesnesitelné konflikty, neustále
- vážně narušené vztahy, neřešitelné
- bez kontaktu

29. Vztah s partnerem:

- bezproblémový dlouhodobější vztah
- dobrý vztah, příležitostné neshody
- časté neshody, komplikující vztah
- krátkodobé, příležitostné vztahy
- dlouhodobě bez partnera

Příloha č. 3

Souhlas se zpracováním osobních údajů

O průběhu kontaktu s Vámi a další péči o Vás jsou pořizovány pravidelně písemné záznamy, které jsou součástí Vaší dokumentace. Dokumentace, včetně její elektronické verze, je zabezpečena proti zneužití a mají k ní přístup pouze oprávnění pracovníci naší organizace, kteří pracují s klienty. Ostatní osoby smějí do Vaší dokumentace nahlížet pouze po Vašem písemném souhlasu, nebo pokud to přímo určuje zákon.

Místem uchovávání osobních údajů je Kontaktní centrum SANANIM, zpracované informace k nástupu jsou poté poskytnuty Terapeutické komunitě Karlov SANANIM.

Veškeré osobní údaje jsou uchovávány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a s vaší dokumentací je nakládáno dle zákona č. 372/2012 Sb. – ve znění pozdějších předpisů. Nakládání dokumentace se dále řídí zákonem 108/2006 Sb., který definuje mlčenlivost pro pracovníky v sociálních službách. Za účelem zprostředkování nástupu do léčby a komunikace s Vámi během tohoto procesu je nezbytné poskytnutí následujících údajů:

- osobní identifikační údaje: jméno a příjmení, adresa, telefon či email, datum narození, rodné číslo, zdravotní pojišťovna
- Vámi poskytnuté údaje o zdravotním stavu, dosavadních léčbách, rodinném stavu, právní situaci apod. (předvstupní dotazník)
- Vámi poskytnuté životopisné údaje (životopis)

Souhlasím s poskytnutím a zpracováním osobních údajů pro účel péče a léčby v Kontaktním centru SANANIM a Terapeutické komunitě Karlov SANANIM.

Jméno klienta

Podpis klienta

Příloha č. 4

Dotazník pro těhotné ženy týkající jejich konzumace alkoholu, léků a drog

142 Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství

Příloha 3

Dotazník pro těhotné ženy týkající jejich konzumace alkoholu, léků a drog

Rodné číslo: _____

Datum: _____

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Jméno, adresa a tel. číslo lékaře: _____

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE KONZUMACE ALKOHOLU

Pivo

- Kolikrát jste minulý týden pila pivo?
- Kolik piva celkem jste vypila minulý týden?
- Pila jste před těhotenstvím více piva?

Víno

- Kolikrát jste minulý týden pila víno?
- Kolik skleniček vína jste vypila minulý týden?
- Pila jste před těhotenstvím více vína?

Tvrký alkohol

- Kolikrát jste minulý týden pila tvrdý alkohol? (např. whisky, gin, koňak, vodka, rum)
- Kolik skleniček tvrdého alkoholu jste vypila minulý týden?
- Pila jste před těhotenstvím více tvrdého alkoholu?
- Změnil se během těhotenství Váš způsob pití alkoholu?
- Změnil se poslední rok před těhotenstvím Váš způsob pití alkoholu?

Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy 143

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE UŽÍVÁNÍ LÉKŮ A DROG

- Kouříte hasiš?
- Kouřila jste hasiš před těhotenstvím?
- Užíváte léky působící na centrální nervovou soustavu (pokud ano, jaké)?
- Užívala jste léky působící na centrální nervovou soustavu před těhotenstvím?
- Užíváte narkotika (heroin, morfin, Ketogan)?
- Užívala jste narkotika před těhotenstvím?
- Užíváte amfetamin (speed)?
- Užívala jste amfetamin před těhotenstvím?
- Užíváte kokain?
- Užívala jste kokain před těhotenstvím?
- Kolik kouříte denně cigaret?

Příloha č. 5

Speciální příloha ke kartě těhotné ženy

/144 Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství

Příloha 4

Speciální příloha ke kartě těhotné ženy

NEMOCNICE HVIDOVRE

Rodné číslo: věk:

Příjmení:

Křestní jméno:

PLÁNOVANÉ DATUM PORODU

PŘÍČINA HOSPITALIZACE

DRUH DROGY UŽÍVANÉ BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

LÉČBA BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

1. Metadon
2. Fenemal
3. Antabus
4. Jiná

STAV PŘI PORODU

1. Neužívá drogy/neužívá alkohol/neužívá léky
2. Dávka metadonu
3. Dávka fenemalu
4. Dávka antabusu
5. Alkohol (kolik skleniček denně)
6. Cannabis (kolik gramů týdně)
7. Benzodiazepin (kolik mg denně)
8. Heroin
9. Amfetamin
10. Kokain
11. Cigarety (kolik denně)
12. Jiná droga (jaká)

Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy /145

INFEKCE

- | | |
|--|------------------------|
| 1. protilátka HIV | datum poslední zkoušky |
| 2. protilátka hepatitis B | datum poslední zkoušky |
| 3. antigen hepatitis B | datum poslední zkoušky |
| 4. protilátka hepatitis C | datum poslední zkoušky |
| 5. antigen hepatitis C (PCR) | datum poslední zkoušky |
| 6. vyšetření HIV nebylo provedeno | |
| 7. vyšetření hepatitidy nebylo provedeno | |

ZKOUSHY BĚHEM PORODU

8. Toxikologická kontrola moči (drogy, léky)
9. protilátka HIV
10. antigen hepatitis B

POZOROVÁNÍ DÍTĚTE

- | | | |
|-----------------------------------|-----|----|
| 1. na oddělení šestinedělí | | |
| 2. na neonatologickém oddělení | | |
| 3. na dětském oddělení | | |
| 4. očkování na hepatitidu B | ano | ne |
| 5. sledování abstinčních příznaků | ano | ne |
| 6. HIV | ano | ne |

KOJENÍ

Doporučeno ano ne

SOCIÁLNÍ PLÁN

Je k dispozici ano ne

PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE

1. domů
2. do rodinné instituce společně s matkou
3. do pěstounské rodiny společně s matkou
4. do dětského domova bez matky
5. do pěstounské rodiny bez matky
6. jinam