

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie, kombinovaná forma



Vladěna Dolejší, DiS.

Vzorce užívání návykových látek v těhotenství a raném mateřství: Kvalitativní
výzkum

Patterns of drug use during pregnancy and early motherhood: Qualitative
Research

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem 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, 14. července 2021

Jméno a příjmení: Vladěna Dolejší

Podpis:

Poděkování: Děkuji přátelům

*Janu Hejhalovi,
Danielovi Galandákovi,
Michalovi Trčkovi,
Lucii Šebánkové,
Olze Kupsové,
Karolíně Šerpánové,
Tomášovi Valínovi.*

Děkuji mé dceři Emě Dolejší.

Děkuji mé terapeutce Lence Collins.

Děkuji vedoucí bakalářské práce Petře Vondráčkové.

Identifikační záznam:

DOLEJŠÍ, Vladěna. *Vzorce užívání návykových látek v těhotenství a raném mateřství: Kvalitativní výzkum. [Patterns of drug use during pregnancy and early motherhood: Qualitative Research]*. Praha, 2020. 40 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Užívání návykových látek v těhotenství a mateřství je problematikou práce se specifickou klientelou, která je v adiktologických službách v České republice i ve světě předmětem řešení. U uživatelů vznikají bariéry pro vstup do léčebných služeb z důvodu odsouzení společnosti, strachu z odebrání dítěte a také vlastních pocitů viny. Užívání návykových látek má nepříznivé důsledky pro zdravý vývoj plodu a psychosociální vývoj dítěte. V bakalářské práci zpracovávám specifika žen-matek uživatelů, užívání v těhotenství a užívání v mateřství, důsledky užívání návykových látek pro plod, porod i na kojení a rizika pro dítě. Dále uvádím informace z některých českých a zahraničních studií, které se zabývají danou problematikou. Výzkumná část představuje vlastní výzkum, který byl uskutečněn na jaře roku 2021 s deseti matkami.

Cílem: Cílem bylo nalézt vzorce užívání návykových látek v období bezprostředně před těhotenstvím uživatelů a změny v průběhu těhotenství a v raném mateřství do jednoho roku dítěte pomocí výzkumných otázek: Jak se změnilo užívání návykových látek u žen, když zjistily, že jsou těhotné? Jak se užívání, prožívání a myšlení žen proměňovalo během jednotlivých fází těhotenství a raného mateřství? Jak se měnila motivace žen během zkoumaného období?

Metodika: Získání dat proběhlo pomocí polostrukturovaného interview s 10 uživatelkami návykových látek-matkami, které dlouhodobě užívaly alkohol, kokain, heroin, pervitin a tabák a užívání bylo bezprostředně před posledním těhotenstvím, bylo v těhotenství nebo v mateřství nebo v obou obdobích zároveň, matky byly v léčbě abstinující více jak 3 měsíce.

Výsledky: Výzkum přináší poznatky ohledně chování, myšlení a prožívání těhotných žen a matek se závislostí na návykových látkách. Respondentky výzkumu byly v době rozhovorů abstinující a v péči doléčovacího centra či kojeneckého ústavu. Zkušenosti byly sdělovány uživatelkami retrospektivně a zaměřovaly se na období těsně před zjištěním těhotenství, v průběhu těhotenství a v raném mateřství do jednoho roku nejmladšího dítěte.

Doporučení: Potřeba zvýšit důvěru matek uživatelů v léčebná zařízení, zmenšovat bariéry pro vstup do léčby a snížit dopady na vývoj dítěte.

Klíčová slova: vzorce – užívání návykových látek – těhotenství – rané mateřství

Abstract

Background: The use of addictive substances in pregnancy and motherhood is a problem of working with a specific clientele that is in addictology services in the Czech Republic and in the world subject of the solution. There are barriers for female users to enter treatment services due to condemnation of society, fear of the child being taken from the mother and also feelings of guilt. Use of addictive substances have adverse consequences for the healthy development of the fetus and the psychosocial development of the child. In the bachelor thesis I process the specifics of women-mothers users, use in pregnancy and use in motherhood, the consequences of substance abuse for the fetus, childbirth and breastfeeding and risks for the child. Further I present information from some Czech and foreign studies that deal with the given issues. The research part presents our own research, which was carried out in the spring of the year 2021 with ten mothers.

Aim: The aim was to find patterns of substance use in the period immediately before pregnancy of users and changes during pregnancy and in early motherhood up to one year Child Using Research Questions: How has substance abuse changed in women when they found that are they pregnant How women's use, experience, and thinking changed during each phase pregnancy and early motherhood? How did the motivation of women change during the study period?

Methodology: Data acquisition was done by using a semi-structured interview with 10 users addictive mothers who have long used alcohol, cocaine, heroin, methamphetamine and tobacco, and they use the substances during pregnancy or maternity or in both periods simultaneously, the mothers were abstinent for more than 3 months.

Results: The research provides knowledge about the behavior, thinking and experience of pregnant women and mothers with addiction to addictive substances. The respondents were abstinent at the time of the interviews in the care of an aftercare center or infant institute. Experiences have been shared by users retrospectively and focused on the period just before the pregnancy was detected, during pregnancy and in early motherhood up to one year of the youngest child.

Recommendation: The need to increase the confidence of mothers - users in treatment facilities, to reduce barriers to entry into treatment and reduce the impact on the child's development.

Key words: patterns of behavior - substance use - pregnancy - early motherhood

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 8 |
| 1 Ženy – matky, uživatelky návykových látek | 10 |
| 1.1 <i>Specifika žen jako uživatelky</i> | 10 |
| 1.2 <i>Rozdíly v motivaci a v užívání psychoaktivních látek mezi ženami a muži</i> | 10 |
| 1.3 <i>Specifika těhotných/matek uživatelky</i> | 11 |
| 1.4 <i>Dvojitě stigma: žena-matka a bariéry pro vstup do léčby</i> | 11 |
| 2 Užívání návykových látek v těhotenství a mateřství | 13 |
| 2.1 <i>Užívání návykových látek v těhotenství</i> | 13 |
| 2.2 <i>Užívání návykových látek v mateřství</i> | 13 |
| 2.3 <i>Důsledky užívání návykových látek</i> | 14 |
| 2.4 <i>Důsledky konkrétních návykových látek na zdraví dítěte</i> | 16 |
| 2.5 <i>Výsledky výzkumů z USA</i> | 19 |
| 2.6 <i>Výsledky výzkumů z ČR</i> | 21 |
| 3 Výzkum | 23 |
| 3.1 <i>Výzkumný cíl</i> | 23 |
| 3.2 <i>Výzkumné otázky</i> | 23 |
| 3.3 <i>Design výzkumu</i> | 23 |
| 3.4 <i>Výzkumný soubor</i> | 23 |
| 3.5 <i>Metody tvorby dat</i> | 25 |
| 3.6 <i>Metody analýzy dat</i> | 26 |
| 3.7 <i>Praktický průběh realizace</i> | 26 |
| 3.8 <i>Etická pravidla výzkumu</i> | 27 |
| 4 Výsledky výzkumu | 28 |
| 4.1 <i>Výzkumný cíl 1</i> | 28 |
| 4.2 <i>Výzkumný cíl 2</i> | 29 |
| 4.3 <i>Výzkumný cíl 3</i> | 32 |
| 5 Diskuze | 34 |
| Závěr | 36 |
| Použitá literatura | 37 |

Úvod

V devadesátých letech se v České republice začaly více objevovat těhotné uživatelky návykových látek, což přimělo sociální a zdravotní služby začít řešit detailněji jak služby připravit na míru právě těhotným ženám a matkám a jejich dětem. V dnešní době se sice problematika matek uživatelky řeší již více, než tomu bylo na začátku působení těchto služeb, ale zodpovědnost a pocit studu a viny vůči dětem a okolí je stále něco, co uživatelky, matky nutí se samoléčit tedy pokusit se situaci zvládnout vlastními silami. Nevyhledají poté služby, přestože by to v době těhotenství, většinou nechtěného, mohlo zlepšit jejich situaci a následky plynoucí ze skrytého těhotenství pro ně i pro společnost.

Tato bakalářská práce se věnuje tématu užívání návykových látek v těhotenství a raném mateřství a její snahou je doplnit informace k tomuto tématu přímo od samotných těhotných žen, matek užívajících návykové látky. Existuje sice již několik zahraničních studií, které se zabývají užíváním návykových látek v těhotenství a v mateřství, nicméně toto téma je stále málo probádané a díky citlivosti problematiky není jednoduché získat ke sdílení otevřené respondentky a pravdivé informace. Nově vzniklá situace mateřství je náročná i pro matky, které návykové látky neužívají. Samy ne uživatelky zažívají zkušenosti, které jsou odlišné v porovnání s dokonalým vzorem mateřství a životního stylu.

Bakalářská práce má mimo úvod a závěr pět částí, přičemž první dvě se věnují deskripci vybraných teorií a výsledků výzkumů, následují dvě části shrnující vlastní výzkum a jeho výsledky, pátá část se věnuje diskuzi.

V první části práce se zabývám poznatky z odborných studií zaměřených na ženy, které jsou uživatelkami návykových látek. Věnuji se genderovým souvislostem, stigmatizaci, bariérám pro vstup do léčby, psychickým a vztahovým problémům žen, jež užívají návykové látky v těhotenství a mateřství.

Ve druhé části práce představuji rizika užívání návykových látek v těhotenství pro plod a pro matku a jeho vlivem porod. Shrnuji vybrané zahraniční výzkumy zabývající se touto problematikou, přičemž se zaměřuji na zjištění, která jsou dále diskutována v práci. Tuto druhou část pak ještě zakončuji shrnutím stěžejních amerických a českých výzkumů, které byly důležité pro můj vlastní výzkum.

Při rešerši odborné literatury se mi podařilo najít pouze málo studií, které by se alespoň v menší míře zabývaly citovým prožíváním matek uživatelky v době těhotenství a mateřství a jejich chováním. Zjistila jsem, že tyto informace jsou zahrnuty spíše jen okrajově do výzkumů, které se zabývají zkoumáním důsledků užívání návykových látek matkou pro novorozence, nebo do množství kvantitativních výzkumů ukazujících světové statistiky typu

užívané látky v těhotenství, věkové složení matek uživatelek, jejich vzdělání, zaměstnání a počet léčebných intervencí.

Empirická část závěrečné bakalářské práce představuje vlastní výzkum, který byl uskutečněn na jaře roku 2021. Jeho cílem bylo pomocí polostrukturovaných rozhovorů najít společné vzorce užívání návykových látek v těhotenství a mateřství u deseti matek s problémem užívání alkoholu, marihuany, pervitinu, kokainu a heroinu. Všechny matky zároveň kouří tabák a užívaly také více návykových látek najednou.

Výzkum přináší poznatky ohledně chování, myšlení a prožívání těhotných žen a matek se závislostí na návykových látkách. Respondentky výzkumu byly v době rozhovorů abstinující a v péči doléčovacího centra či kojeneckého ústavu. Zkušenosti byly sdělovány uživatelkami retrospektivně a zaměřují se na období těsně před zjištěním těhotenství, v průběhu těhotenství a v raném mateřství do jednoho roku nejmladšího dítěte.

1 Ženy – matky, uživatelky návykových látek

1.1 Specifika žen jako uživatelky

Ženy se liší od mužů v myšlení, emocionalitě, svými rolemi, ve způsobu zvládnání stresu, a také jinými hormony a rozdílným metabolismem. Gender není dán přirozeným rozdílem mezi muži a ženami, tedy pohlavím, ale aktuálním vývojem sociálních vztahů. Genderové role jsou ovlivněny kulturou, věkem, socioekonomickými podmínkami, náboženstvím, fyzickým a duševním zdravím. Genderovou roli uvádí Preslová (2015) jako soubor určitých pravidel, který přiřazuje typ chování pouze ženám a jiný pouze mužům.

Ženy se častěji setkají s násilím a traumaty různého druhu. Ženy uživatelky mají většinou problémy s partnery, muži obecně. Mají zkušenosti s násilím partnera, se znásilněním a sexuálním zneužíváním. Uvádí se, že muži ženy často uvádí do užívání návykových látek a udržují je v něm, častěji než naopak. Návykové látky ženy pak berou často také proto, aby se vyrovnaly s traumaty způsobenými fyzickým násilím partnerů, sexuálním a emočním zneužíváním (Heller & Pecinovská in Kalina, 2008). K závislosti na partnerovi přispívají psychické poruchy a traumatizace. Ženy s duševními problémy jsou pak dále ještě náchylnější k užívání drog (Kalina et al., 2003).

Tyto problémy jsou také spojeny s nízkým sebevědomím a neschopností si nastavit hranice. Často se vyskytují u uživatelky problémy s poruchami příjmu potravy, sebedestruktivní chování, gynekologické problémy a sexuálně přenosné choroby. Ovlivněna užíváním návykových látek bývá celá rodina, včetně dětí, a okolí (Kalina et al., 2015).

1.2 Rozdíly v motivaci a v užívání psychoaktivních látek mezi ženami a muži

Rovněž rozdíly mezi muži a ženami v užívání návykových látek jsou významné, jsou potvrzeny jednak statistickými daty (Holý, 2020) a jednak zkušenostmi z praxe, to znamená, že práce s uživateli a uživatelkami vyžaduje také rozdílné přístupy. Závislost u žen obecně vzniká rychleji. Ženy více trpí na depresi a úzkosti, u uživatelky se setkáme více se zneužíváním a prostitucí oproti ostatní populaci (Kalina et al., 2015).

Závislost na návykových látkách má u žen a u mužů odlišné charakteristiky. Ženy užívají více předepsané psychoaktivní látky než muži, muži více užívají nelegální psychoaktivní látky. Ženy obecně spíše zneužijí léky na předpis - opiáty a sedativa, aby zmírnily jejich úzkosti, muži sahají k drogám, které mají posilující účinky - posílení sociální pozice či pocit vzrušení. Toto odpovídá také tomu, že více mužů užívá kokain, opiáty, konopí (Castro, 2020).

Pervitin ženy v minulosti užívaly pro jeho anorektické účinky. Tento důvod zůstal i doteď, ženy užívají častěji pervitin na hubnutí a výkon. Muži pervitin užívají z důvodu výkonu, například pracovního a z vidiny lepšího sexu a své výkonnosti při něm. Tabák u žen může sloužit také jako prostředek ke kontrole váhy. Ukázalo se, že u žen je pravděpodobnější, že tabák zmírní příznaky stresu a deprese častěji než u mužů (Crume, 2019). U užívání heroinu je typická nesledovaná gravidita ženy, uživatelka nemusí mít pravidelnou menstruaci a neví o tom, že je těhotná. Závislost na heroinu se rychleji vyvine u žen než u mužů. Ženy jsou méně citlivé na účinek kokainu než muži a jsou odolnější na poškození mozku díky ženským hormonům (Vondráčková, 2020).

1.3 Specifika těhotných/matek uživatelék

V devadesátých letech se v České republice objevilo více klientek, matek uživatelék a jejich dětí, které se jim narodily, proto problematika role mateřství u uživatelék začala v té době nabývat širšího společenského kontextu. Problémy žen jsou více skrývané, užívání u žen je stále společenské tabu. Specifika žen uživatelék nejsou však pouze v mateřské roli a vším s tím spojeným, ale ukázalo se, že vznik závislosti a průběh užívání je u žen také jiný (Amchová, 2015).

Dle americké studie (Van Scoyoc, 2016) jsou těhotné uživatelky typicky ženy s kognitivními, fyzickými nebo duševními problémy, mají konflikt se zákonem nebo řeší řadu důsledků spojených s předchozím užíváním drog. Jedná se rovněž o ženy různé etnicity, přistěhovalkyně, starší nebo naopak velmi mladé ženy. Dále jde o ženy, které vyrůstaly v institucionální výchovné péči - v dětských domovech, výchovných ústavech, ženy bez domova. Tyto ženy jsou již z podstaty svých problémů více ohroženy stigmatizací a sociálním vyloučením a nemusí si být po určitou dobu schopny zajistit své potřeby bez adekvátní podpory, léčby nebo bez odborných služeb. Ovšem často nízká důvěra v tato odborná zařízení a pracovníky a komunikační problémy zamezí ženám opustit sociální izolaci (Doležalová, 2014).

Současně je třeba zmínit, že uživatelky drog mají přirozeně současně mnoho stejných obav, starostí a zkušeností jako matky, které drogy neberou (např. složitější logistika, nedostatek financí na oblečení, stravu, spánkový deficit matek atd.), které vyplývají ze samotné podstaty těhotenství a mateřství.

1.4 Dvojité stigma: žena-matka a bariéry pro vstup do léčby

Žena uživatelka drog je ve společnosti vnímána jako dvojitý deviant, má problém nejen s užíváním, ale také zklamala ve své roli ženy, popřípadě matky. K ženám je v otázkách užívání návykových látek veřejnost více kritická (Kalina et al., 2015). Zvláště pak k užívání

návykových látek u těhotných žen. Tlak, který je na ženu vytvořen rolí ženy, matky, jí pak znesnadňuje vyhledat službu. V některých případech toto může být pro uživatelku i smrtelné, například pokud žena nevyhledá z důvodu obav a pocitu studu z odsouzení zdravotní péči. Vztah zdravotního personálu k těhotné uživatelce je často negativní a vyhrocený. Velmi často si také ženy samotné nepřipouští, že mají s užíváním návykových látek problém, je to jejich obrana, aby nemusely čelit zvýšenému napětí a stresu.

Fakt, že ve službách je více klientů mužů (Mravčík, 2020), způsobuje nedostatečné zohlednění specifik a potřeb ženské klientely v programech a službách. Vzniklé bariéry jako nedostatek služeb pro ženy s dětmi a stigmatizace, které jsou ženy vystaveny, zabraňují vstupu do služeb.

1.4.1 Přístup v USA

Relativně velké množství studií a dat ohledně problematiky těhotných uživatelek a matek uživatelek pochází ze Spojených států amerických. V USA v posledním desetiletí zvýšily negativní důsledky týkající se rodičovských práv a užívání návykových látek během těhotenství v kontextu rodičovských práv. Několik států zde změnilo své zákony tak, aby zahrnovaly prenatalní zneužívání návykových látek jako důvod pro ukončení rodičovských práv. V současné době osmnáct států v USA považuje užívání látek během těhotenství za formu zneužívání dětí. V roce 2014 se stát Tennessee stal prvním státem, který výslovně kriminalizoval užívání návykových látek v těhotenství, což přináší pro uživatelky i soudní důsledky (Van Scoyoc, 2016).

Důvodem těchto politik v USA je snížení prenatalní expozice užívání návykových látek a to zvětšením důsledků vyplývajících pro ženy, které pokračují v užívání látek v těhotenství. Tím se projevil však také nezamýšlený účinek a vytvořily se tak další překážky v přístupu k péči. Ženy se zdráhají sdělovat užívání návykových látek zdravotnickým pracovníkům kvůli obavám z trestního stíhání. Kromě toho mají lékaři a zdravotničtí pracovníci často povinnost hlásit podezření na užívání látek během těhotenství institucím zabývajícím se péčí o děti, což může ženám z obav z negativních důsledků a odebrání dětí zabránit v otevřených rozhovorech o závislosti u poskytovatelů zdravotní péče. I když ženy se závislostmi mohly mít větší motivaci ke snížení užívání návykových látek, a tak motivaci ke zdravějšímu těhotenství a snížení rizika pro dítě, existuje zde bariéra pro vstup díky větším důsledkům. Pro těhotné ženy užívající návykové látky může vyjádření informací tedy představovat hrozbu odebrání dětí (Van Scoyoc, 2016).

Těhotné ženy se závislostmi, které chtějí přestat užívat drogy, jsou tak celkem v pasti. Služby, ke kterým potřebují uživatelky přístup, aby zvládly abstinovat, a tak se staly lepšími rodiči, představují riziko pro možnost vůbec vychovávat své děti. V důsledku této politiky je

na těhotné uživatelky ve výsledku kladen tlak z více stran, kromě bariér osobních a kulturních, se se změnou výrazně zvýšily i o systémové a strukturální bariéry (Van Scoyoc, 2016). Z této americké zkušenosti vyplývá, že další izolace a perzekuce těchto žen jen daný problém prohlubují.

2 Užívání návykových látek v těhotenství a mateřství

2.1 Užívání návykových látek v těhotenství

Užívání návykových látek v těhotenství má negativní důsledky na vývoj dítěte a je závažným problémem, který se v rámci užívání návykových látek musí řešit specificky. Přináší mnohá rizika pro správný vývoj dítěte, zapříčiňuje psychické komplikace pro matku a vzhledem k užívání je nutné řešit vhodnost vykonávání rodičovské role. Z hlediska motivace pro abstinenci může těhotenství uživatele pomoci změnit životní situaci. Největším problémem při řešení situace s těhotenstvím je u uživatelek bariéra ve vyhledání služby. Kvůli pocitům studu, viny, odpovědnosti mateřství a strachu z odebrání dítěte velká část těhotných uživatelek služby nevyhledá a snaží se situaci řešit sama samoléčbou, snižováním množství užívané drogy, doplněním potravinových komponentů, někdy naopak a nebo uživatelka také příjem návykových látek zvýší či zůstane stejný, k tomu se ale navíc dostane do velké psychické nepohody a aby na to nemusela myslet, zapomíná opět drogou ().

Vstup do léčby může výrazně zlepšit průběh těhotenství, porodu a omezit vystavení dítěte škodlivému prostředí, zlepšit psychický stav matky a poskytnout jí podporu v její roli matky (Doležalová, 2014).

Těhotenství je kritická doba v životě ženy, která se však může stát velkou příležitostí, protože žena ve své roli začne více uvažovat o změně chování. Například vyšší podíl žen přestane kouřit během těhotenství než kdykoli jindy během života (Crume, 2019).

2.2 Užívání návykových látek v mateřství

Mateřství je pro ženu samozřejmě ještě zásadnější změna v životě než samotné těhotenství a užívání návykových látek v mateřství, tedy po porodu, má na matku a její novou roli rovněž naprosto zásadní negativní dopad, který významně ovlivňuje i vývoj čerstvě narozeného dítěte.

Krátce po porodu je matka psychicky labilní, zažívá obrovské pocity viny, selhání ve své roli. Většinou není možné, aby z důvodu drogové závislosti kojila, protože látky se dostanou do mateřského mléka. Po porodu je často matka od dítěte odloučena a zpětně se vazba vytváří obtížně. U některých matek se ihned rozvíjí poporodní deprese a zůstávají v nemocnici déle

než ženy bez závislosti na návykových látkách. Současně však je v mateřské roli často snaha po dokonalosti, používá se termín dokonalá matka (Silva, 2012), ideálu, kterému nemohou tyto matky dosáhnout. U abstinujících uživatelů může být mateřství takovou zátěží, kvůli které by se mohla k drogám vracet (Kalina et al., 2003). Také platí, že užívání návykových látek rodičem také zvyšuje nebezpečí, že se dítě podle vzoru vydá stejnou cestou (Silva, 2012).

Naopak platí, že pokud po porodu zůstane matka hospitalizována společně s dítětem, dochází u ní ke zvýšení motivace a celkově rozvinutí většího zájmu o péči o dítě. U některých žen však přetrvává problém navázat kvalitní emoční vztah. Může to být proto, že v původní rodině chyběl tento vztah s vlastní matkou nebo byl něčím narušen (Silva, 2012).

Působení prostředí, zdravotní faktory a kvalita vztahu matka-dítě začíná ihned po porodu a jsou klíčovými aspekty správného psychologického, sociálního a emocionálního vývoje dítěte. Pokud chování matky, potažmo rodičů není přiměřené a neodpovídá potřebám dítěte, představuje to riziko pro jeho fyzické a psychické zdraví, pro celý budoucí život dítěte. (Barnard a Mckeganey, 2004 in Silva, 2012; Kalina et al., 2015). Nicméně, je důležité si uvědomit, že užívání návykových látek samo o sobě neznamena automaticky zanedbávání nebo zneužívání (ISDD, 1995 in Silva, 2012). Tendence stereotypizovat rodiče užívající návykové látky zůstává ve společnosti silná (Silva, 2012).

Mateřství může být omezeno, což se často u matek uživatelů stává, pouze na funkční aspekty. Tímto pojmem je myšleno zaměření matky pouze na základní péči, v ostatním se takové mateřství vyznačuje netrpělivostí a nedostupností. Ve skutečnosti tyto matky nevidí toto funkční rodičovství jako něco negativního, protože věří, že zajistit základní biologické potřeby dítěte je vše, co musí udělat. Přitom však zanedbávají možnost emocionálnějšího vztahu (Barnard a Mckeganey, 2004 in Silva, 2012). Čas strávený s dětmi je u rodičů zneužívajících drogy kratší (Tarter et al., 1993 in Silva, 2012) a je zvýšené riziko zanedbávání dětí (Chaflin et al., 1996; Forrester, 2000; Harwin & Forrester, 2002; Magura & Laudet, 1996; Wasserman & Levantahl in Silva, 2012).

2.3 Důsledky užívání návykových látek

2.3.1 Vliv na plod

Účinky návykových látek v těhotenství na plod v těle v matky závisí na druhu návykové látky, způsobu aplikace, trvání jejího podání a na schopnosti detoxifikačních mechanismů v organismu. Návykové látky ovlivňují v centrální nervové soustavě receptory pro neurotransmitery a to ovlivňuje například také růst a diferenciaci buněk. Účinky na plod jsou při užívání návykových látek toxické, teratogenní, tedy způsobují vznik vrozených vývojových vad (ethanol, kokain, toluen), způsobují plicní nezralost a distribuci návykové látky v těle plodu.

K riziku pro plod přispívají také špatné socioekonomické podmínky ve kterých matka žije, její špatná výživa, různé infekce, například jedna z nejvíce rozšířených v populaci uživatelů, hepatitida. Při užívání návykových látek v těhotenství hrozí úmrtí plodu, nezralost jeho organismu v době porodu, vrozené vývojové vady, fetální a novorozenecký abstinenční syndrom, zánět plodových obalů, dušení z nedostatku kyslíku při porodu, nízká porodní hmotnost. Děti narozené uživatelkám návykových látek mají vyšší riziko výskytu syndromu náhlého úmrtí, opožděného vývoje, obtíže s učením a koncentrací, mohou být více agresivní. Rizika závisí na druhu návykové látky (Zach, 2019).

2.3.2 Vliv na porod

Porod nastává u uživatelék zpravidla 2 nebo 3 týdny před termínem. Příčiny jsou multifaktoriální. Na dřívějším porodu se může podílet také infekce, malnutrice matky, špatné hygienické a sociální podmínky. Akutní infekce v době porodu jsou časté u uživatelék heroínu a ty mohou vyvolat porod předčasně. U závislých na pervitinu může dojít k nedostatečnosti kyslíku plodu, to může způsobit placentární změny a hrozí větší riziko abrupce placenty (Pochylá, 2016). Stimulancia mohou vyvolat poruchy srdečního rytmu, ty jsou v průběhu porodu také vidět v záznamu na kardiokografu při sledování plodu (Vavřínková, 2006).

Pokud jsou omamné látky užívány až do porodu, může být porod dlouhý, to samé platí v případě, že je žena léčena metadonem, který se využívá jako substituce. Hrozí dlouhý porod placenty a krvácení, děloha se totiž nemusí stahovat dostatečně z důvodu působení návykových látek v těle. *“Často si ženy aplikují svou dávku před příjezdem do porodnice”* (Vavřínková, 2006, s.38). Bylo vyzorováno, že heroin si aplikují také z důvodu utlumení porodních bolestí. Je také problematické nalézt žíly, které jsou užíváním zničené (Vavřínková, 2006). Příznakem intoxikace marihuanou a kokainem je zvýšení tělesné teploty nad 40 °C, takzvaná hyperpyrexie, která zvyšuje spotřebu kyslíku u matky i plodu. Matky, které jsou utlumené mohou aspirovat žaludeční obsah. Projev akutní intoxikace stimulancii je také hypertenze a může být velmi vysoká. Při anestezii například u císařských může docházet k interakcím mezi psychoaktivními a anestetickými látkami, závislost na opiátech právě vyvolává potřebu vyššího dávkování anestetik (Pochylá, 2016). Alkohol a barbituráty citlivost k anestetikům zvyšují (Vavřínková, 2006).

Pokud je nutný císařský řez, jeho indikace se neliší od pacientek bez drogové závislosti. Typické u rodiček uživatelék je nižší bolestivost a vyšší tendence k úzkosti (Pochylá, 2016).

2.3.3 Vliv na kojení

Zach (2019) ve své přednášce o problematice drogových závislostí v perinatálním období uvádí možnosti kojení při užívání některých návykových látek řešených v této práci. Říká, že kojení při užívání alkoholu způsobuje závažné vedlejší účinky a alkohol plně přestupuje do mléka. Stejně je tomu tak u heroinu, který přestupuje do mléka ve vysoké míře a kojení není možné. Z opiátů je možné kojit za užití metadonu a buprenorfinu. Do mléka přestupují v malém množství. Naopak kokain do mateřského mléka přestupuje a působí na dítě neurotoxicky, způsobuje křeče a apnoe a také u amfetaminu není možné kojit, jeho metabolity byly nalezeny i v moči kojených dětí.

Marihuanu při kojení nalezneme v mateřském mléce, vliv na kojené děti je však minimální, přesto kojení není doporučeno. Marihuana také snižuje sekreci prolaktinu. V Americe byla v některých státech v roce 2017 marihuana legalizována pro medicínské i pro nemedicínské užití dospělých, nicméně americká akademie pediatrie nedoporučuje užívání v těhotenství a při kojení (Ko et al., 2020).

2.4 Důsledky konkrétních návykových látek na zdraví dítěte

Pro účely práce zde uvádím pouze některé zástupce návykových látek, zaměřuji se především na ty, které byly užívány matkami, respondentkami výzkumu této práce.

2.4.1 Alkohol

Alkohol obecně způsobuje svými účinky zlepšení nálady, dodává vyšší sebevědomí a energii, způsobuje ztrátu zábrán, snížení sebekritičnosti. Po zlepšení nálady a přívalu energie se postupně dostavuje útlum a únava. (Kalina at al., 2015) Intoxikace alkoholem a její míra je závislá na množství dávky, intoxikovaný je zpomalený ve svých reakcích, má svalové napětí a poruchu rovnováhy a ztrácí koordinaci pohybů. Alkohol je chemicky ethylalkohol, který je orgánově toxický.

V těhotenství užívání alkoholu způsobuje vysoké riziko poškození plodu fetálním alkoholovým syndromem. Plod má nedovyvinutou střední část obličeje, krátký nos, deformity boltců, růstovou retardaci, mikrocefalii, orgánové malformity jako je malformace očí, vrozené vývojové vady srdce a ledvin (Vavřínková, 2006). Fetální alkoholový syndrom můžeme rozdělit na stupně podle míry poškození. První stupeň poškození plodu zahrnuje mikrocefalii, normální hodnotu IQ, hypotrofii, bez tvarové odchylky obličeje. Druhý stupeň se projeví mikrocefalií se sníženou hodnotou IQ, hyperaktivitou, mírnou obličejovou tvarovou odchylkou, s vývojovými vadami méně častými. Do třetího stupně fetálního alkoholového syndromu patří chronické užitelky alkoholu, dítě má mikrocefalii, výrazně nižší hodnotu IQ, těžké postižení centrální nervové soustavy, poruchy srdce a ledvin. Dále

retardaci vývoje mozku a funkční a strukturální poruchy centrální nervové soustavy (Vavřínková, 2006; Zach, 2019).

U novorozence se může rozvinout novorozenecký abstinenční syndrom (používá se zkratka NAS), ten se projevuje příznaky jako je zvýšená dráždivost, neklid, třes, kýchání, vysoko ladění křik, nenutritivní sání, průjmovitá stolice, nekoordinované sání a polykání, dušnost, apnoe neboli zadržetí dechu, zrychlené dýchání, pocení, slzení, sekrece z nosu, mramorovaná kůže, neprospívání, metabolická alkalóza. U 90 % novorozenců se projeví některý z těchto příznaků, 50 – 70 % vyžaduje terapii (Zach, 2019).

2.4.2 Nikotin

Nikotin vyvolává stav relaxace a stimuluje myšlení a pozornost. Zároveň však u dětí způsobuje růstovou retardaci a mikrocefalii. Má nízkou teratogenicitu. Při rozvoji novorozeneckého abstinenčního syndromu způsobuje třes, zvýšenou dráždivost, poruchy spánku, zvracení a změny svalového tonu (Zach, 2019). Může mít za následek syndrom náhlého úmrtí, mentální retardaci, zhoršené kognitivní funkce a hypertenzi, plicní nedostatečnost a nízkou porodní váhu (Crume, 2019).

Globální prevalence kouření mezi těhotnými ženami byla v roce 2019 1.7 %, Nejvyšší v Evropě s 8.1 % a nejnižší v Africe 0.8 %. Je potvrzen vztah mezi kouřením v těhotenství a vyšší stresovou zátěží, depresí nebo zvýšeným počtem stresorů. Nikotin působí na nervový systém, který redukuje stres a přináší zklidnění (Crume, 2019).

2.4.3 Opiáty

Účinky opiátů jsou euforie, vymizení strachu a úzkosti, tedy zklidnění, analgetické účinky. Dlouhodobě klesá citlivost k bolesti, uživatele svědí celého těla, klesá plodnost žen, hrozí poškození organismu (Kalina at al., 2015).

Jedním ze zástupců je heroin, návykovost na heroin je vysoká s vysokým rizikem předávkování kvůli nestabilitě v kvalitě látky (Kalina, 2015). Užívání během těhotenství způsobuje předčasný porod, novorozenecký abstinenční syndrom, nutnost umístění novorozence na jednotce intenzivní péče, přispívá k nemocnosti a úmrtnosti kojenců (Vanderziel at al., 2020). Se závislostí na opioidech souvisí zvýšené riziko sepse. Je známo, že sepse matky je spojena s úmrtím matky a předčasným porodem. Vysoké riziko infekcí patří v těchto případech mezi běžnou etiologii (Hoang, 2020).

Opiátová substituční látka metadon nenavozuje euforii, je návyková, ale vnímání reality není změněno. Výhoda metadonu spočívá také v možnosti podávání ve formě roztoku, abstinenční příznaky jsou opožděné, riziko předávkování zde však je. Buprenorfin se také

používá při substituční léčbě na opiátech, a to ve formě sublingválních tablet, abstinenci příznaky jsou při jeho užívání slabé, předávkování je nepravděpodobné (Vavřínková, 2006; Zach, 2019).

2.4.4 Stimulancia

Způsobují pocity euforie a zvýšené energie, zvyšují fyzickou výkonnost, sexuální potenci, způsobují také svalovou slabost, křeče, hypertenzi, paranoidní představy, velikášské přesvědčení, pocení, agresi. Do této skupiny patří také kokain a amfetamin-pervitin.

Účinek kokainu je krátkodobý a po užití následuje deprese, lhostejnost, paranoia, nespavost. U těhotné ženy vzniká při užívání kokainu vysoká pravděpodobnost porodnických komplikací - úmrtí plodu v děloze, odloučení placenty, předčasný porod. Kokain ovlivňuje u plodu hladiny neurotransmiterů, může vzniknout nitrolebeční krvácení plodu, hypertenze a arytmie, malformace centrálního nervového systému. Při vzniku novorozeneckého abstinenciho syndromu je pozorována vysoká dráždivost, třes, poruchy spánku a křeče. Rizika při užití pervitinu pro těhotnou uživatelku jsou hypertenze, tachykardie a placentární krvácení. Novorozenci může způsobit nitrolebeční krvácení, arytmie, vývojové vady centrálního nervového systému a celkovou nezralost organismu. Při vzniku novorozeneckého abstinenciho syndromu mají novorozenci obtíže s krmením, zvrací, hodně spí - spánkový režim je abnormální, třesou se (Zach, 2019).

2.4.5 Kanabioidy

U kanaboidů je hlavním účinkem zklidnění, veselost, zostření smyslového vnímání. Můžou nastat lehké halucinace, sucho v ústech a hlad, nepříjemné obsedantní myšlenky, způsobuje také poruchu paměti, zpomalení v jemné motorice, zhoršení pozornosti a úsudku, panika, psychotické prožitky (Kalina, 2015). Patří sem marihuana, její účinek je individuální. Komplikacemi těhotenství jsou hypotrofie, předčasný porod, vývojové vady. Při rozvoji novorozeneckého abstinenciho syndromu nastává třes, zvýšená dráždivost, maturace očí nebo opožděné dozrání. Je zde méně závažných příznaků (Zach, 2019).

Nejčastější důvod užití marihuany v Americe uvádí rodičky ve studii prováděné v roce 2017 jako uvolnění od stresu, nevolnosti a zvracení, bolesti, pomoc se zlepšením nálady. Popisují marihuanu jako přírodní a bezpečnou medikaci (Ko, J. Y., 2020).

Ko et al. (2020) uvádí ve své studii o marihuaně a užívání během těhotenství a po porodu, že celkem 6236 z 7688 těhotných žen popsalo zpětně užívání marihuany před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu. Prevalence byla 9.8 %, 4.2 % a 5.5 % retrospektivně. V každém z osmi zkoumaných států Ameriky v této studii se ukazuje

prevalence užívání nejvyšší před těhotenstvím, o něco nižší v těhotenství, a po porodu opět zvýšení užívání, avšak méně než před otěhotněním.

2.5 Výsledky výzkumů z USA

V průběhu let 1999 až 2014 byla provedena v USA populační kohortní studie, která se skládala ze 14 milionů hospitalizovaných matek a sledovala výsledky těhotenství u drogově závislých matek - zda matka porodila, jak se dítě narodilo, zda byl porod předčasný, jakou mělo dítě váhu, jaké byly komplikace, zda zemřela matka nebo dítě a jiné. Cílem studie bylo vyhodnotit souvislost mezi drogovou závislostí v těhotenství a výsledky porodu a novorozenců (Hoang, 2020). Studie souvislost prokázala a vzhledem k obrovské vypovídací hodnotě uvádím níže údaje ze studie podrobněji.

Ve USA je zneužívání návykových látek u žen nejrozšířenější během reprodukčních let, zejména mezi 18 a 29 lety. Odhaduje se, že během těhotenství užívalo nelegální drogy přibližně 5 % žen. Během těhotenství je nejčastěji užívanou drogou alkohol, následovaný nikotinem, marihuanou a kokainem, přičemž užívání více látek je běžné. Podle studie je užívání drog v těhotenství na vzestupu a v budoucnu bude pravděpodobně nadále růst. Například v letech 2000 až 2009 bylo v USA pozorováno pětinasobné zvýšení užívání opiátů v těhotenství (Hoang, 2020).

Výsledky této rozsáhlé studie ukazují, že od roku 1999 až do roku 2014 bylo zaznamenáno celkem 14 513 587 hospitalizací těhotných. Z toho bylo 50 570 (0,35 %) porodů žen s drogovou závislostí, což představuje prevalenci 35 případů na 10 000 porodů. Procento porodů se zmínkou o drogové závislosti vzrostlo téměř trojnásobně z 25 hospitalizací na 10 000 porodů v roce 1999 na 69 hospitalizací v roce 2014. Byl zde tedy vyzpozorován vzestupný trend drogové závislosti u těhotných žen, přičemž v posledních několika letech došlo ke zvýšení míry.

Zjištěno bylo významné zvýšení úmrtnosti matek i dětí u žen s drogovou závislostí ve srovnání s kohortou bez drogové závislosti. Bylo také zjištěno, že ženy s drogovou závislostí mají vyšší výskyt komplikací souvisejících s těhotenstvím jako například předčasné prasknutí plodové vody, předčasný porod, krvácení, sepsi, poruchy jater a žilní tromboembolie (Hoang, 2020).

Podle autorů oproti předchozím studiím došlo k pětinasobnému nárůstu užívání opiátů v těhotenství mezi lety 2000 a 2009. Užívání marihuany u těhotných žen se navíc zvýšilo z 4,2 % - 7,1 % mezi lety 2009 a 2016, částečně kvůli legalizaci konopí v mnoha státech. Užívání více látek je až u 50 %. Je zde uveden předpoklad, že míra uživatelů drog bude v příštích několika letech nadále stoupat a proto je zde zdůrazněna nutnost, aby

poskytovatelé zdravotní péče porozuměli charakteristikám uživatelů drog a nepříznivým účinkům užívání návykových látek na výsledky těhotenství. Studie zdůrazňuje důležitost identifikace těchto žen a poskytnutí vhodných intervencí (Hoang, 2020).

Dále studie také přinesla fakt, že jakékoli aktivní kouření matek bylo spojeno se zvýšeným rizikem narození mrtvého dítěte. Ženy s drogovou závislostí byly vystaveny významně vyššímu riziku nižší porodní hmotnosti dítěte. Tyto nežádoucí účinky může vysvětlovat více faktorů, včetně komplikací matky během těhotenství, špatného stavu výživy a nedostatečné předporodní péče (Hoang, 2020).

U žen s drogovou závislostí je zároveň vyšší riziko nadměrného užívání alkoholu. Dále mají také zvýšené riziko hepatitidy C a B. Ve studii uvádí možnost silné souvislosti mezi infekcí hepatitidou C u matky a zvýšeným rizikem předčasného porodu. Souvislost užívání kokainu a zvýšeného rizika abrupce placenty je dobře prokázána. Nedávno bylo zjištěno, že užívání opioidů v těhotenství koreluje s vyšším rizikem krvácení ve třetím trimestru (Hoang, 2020).

Autoři také uvádí, že zvýšená rizika předčasného porodu mezi uživatelkami drog byla pozorována v mnoha dalších studiích. Uvádí, že užívání kokainu a opiátů nejvíce předpovídá předčasný porod (Hoang, 2020).

Jiná studie v USA (Van Scoyoc, 2016) se zabývala zkoumáním přesvědčení žen o dopadu užívání v těhotenství na vyvíjející se dítě a také zkoumala ochranné chování, které ženy se závislostmi mají v období mezi zjištěním, že jsou těhotné a prvním zahájením užívání návykových látek od té chvíle. Tento výzkum byl dělán prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 15 ženami, které byly buď těhotné nebo po porodu a které během těhotenství užívaly nelegální látky. Všechny účastnice se v době rozhovoru účastnily ústavní léčby z důvodu závislosti.

Ženy uvedly, že mají obavu z dopadů užívání návykových látek na vyvíjející se dítě, zejména pokud jde o fyzické a dlouhodobé vývojové důsledky. Popsaly snahu chránit dítě před újmami samy, mimo přístup k tradičním léčebným službám. Hledaly informace anonymně, začaly aktivně podporovat své zdraví a snížily množství návykových látek. Výsledky tohoto výzkumu naznačují, že ženy užívající alkohol a jiné drogy během těhotenství mají často motivaci chránit své dítě před negativními dopady užívání a přednost před možností vyhledání léčby dají samoléčbě - snižováním důsledků pro dítě změnou chování.

Popisovaly způsoby, kterými se samy pokusily přestat užívat látky mimo služby. Některé uvedly, že samy přestaly, jiné ženy popsaly, že přestaly, ale pak opětovně začaly užívat, jiné se pokusily snižovat pomaleji, další ženy zkoušely nahradit užívané látky něčím jiným,

například pitím kávy, jedna respondentka tak snížila užívání metamfetaminu. Když to nefungovalo, zkusila přejít na pití alkoholu (Van Scoyoc, 2016).

Část žen popisovala užívání stále stejného množství látky, zejména opiátů. Důvodem byly obavy, že změny v dávkování mohou mít větší negativní vliv na dítě než při pokračování v užívání. Jedna žena popsala úplné ukončení užívání alkoholu, snížení užívání metamfetaminu, ale udržování stabilního užívání opiátů, protože věřila, že je to v nejlepším zájmu ochrany zdraví dítěte a snížení užívání opiátů by mohlo dítě spíše poškodit, protože již užívá příliš dlouho a je zvyklá (Van Scoyoc, 2016).

Další způsoby ochrany zahrnovaly aktivní snižování stresu různými aktivitami, užívání doplňků jako je rybí olej, železo, vitamin B6 a konzumaci pouze biopotravin (Van Scoyoc, 2016).

Nejdůležitějším zjištěním byl fakt, že mateřská deprese je hlavním rizikovým faktorem užívání alkoholu, tabáku a konopí během těhotenství (Brown et al., 2018).

2.6 Výsledky výzkumů z ČR

Za Českou republiku můžeme uvést data z přehledového článku z roku 2018 (Rolová, Miovský, Barták, 2018), který se zabývá analýzou zjištění potřeb pro zajištění vybudování specializované adiktologické sítě pro děti, mladistvé a rodičky, vyplývají některá data prevalence užívání návykových látek u těhotných žen a fetálního alkoholového syndromu. Metodami identifikace veřejně dostupných zdrojů byla zjištěna podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky evidence celkem 7480 žen kouřících tabák v průběhu těhotenství, 23 žen užívalo alkohol a 98 užívalo ostatní psychoaktivní látky.

V rámci této studie kombinaci užívání psychoaktivních látek a kouření uvedlo 238 žen, 16 žen uvedlo kouření, alkohol a psychoaktivní látky dohromady. Dále článek zmiňuje údaj z roku 2014, že se v tom roce vyskytly 3 případy živě narozených dětí s diagnózou alkoholového syndromu plodu. Autoři článku také zmiňují nepřehlednost situace v užívání návykových látek u těhotných žen a zpochybňují data uvedená Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR s odůvodněním, že se užívání v této populaci nedostatečně sleduje a rodičky nejsou ochotné užívání návykových látek přiznat.

V národním registru rodiček (NRROD) a Národním registru novorozenců (Nechanská, Mravčík, Sopko, Velebil, 2021) byly získány informace pro analýzu užívání návykových látek u hospitalizovaných žen v souvislosti s porodem a šestineděním. Výsledky této analýzy ukazovaly na závislost vzdělání a také rodinného stavu, dále zkoumaly patologická těhotenství, porod a zdravotní stav matky kuřačky a dítěte bezprostředně po porodu.

Zkoumalo se v letech 2000 až 2009 a soubor měl přes milion těhotných žen, výsledky ukázaly, že v těhotenství kouřilo 6.5 % ze sledovaného vzorku a svobodné ženy kouřily častěji.

3 Výzkum

3.1 Výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je nalézt vzorce užívání návykových látek v období bezprostředně před těhotenstvím uživatelék a změny v průběhu těhotenství a v raném mateřství do jednoho roku dítěte.

3.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak se změnilo užívání návykových látek u žen, když zjistily, že jsou těhotné.
- 2) Jak se užívání, prožívání a myšlení žen proměňovalo během jednotlivých fází těhotenství a raného mateřství.
- 3) Jak se měnila motivace žen během zkoumaného období?

3.3 Design výzkumu

Myšlenkou výzkumu bylo zaměřit se u matek na jejich zkušenosti s užíváním návykových látek v těhotenství a v mateřství, nalézt vzorce užívání návykových látek a zaznamenat změny v myšlení, chování a prožívání přicházející v těhotenství a mateřství. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup s deseti respondentkami, uživatelkami návykových látek, které v době výzkumu abstinovaly. Důvodem zvolení kvalitativního výzkumu byla potřeba získat od respondentek rozsáhlejší odpovědi, navázat bližší kontakt kvůli citlivosti tématu užívání návykových látek v těhotenství a zároveň byl tento výběr vhodný z důvodu faktu, že výzkum pracuje s populací uživatelů návykových látek, která není vždy napojena na služby a počet maximálního možného souboru je velmi omezený. Populace matek uživatelék návykových látek je méně probádanou. Kvalitativní přístup je také ideální z podstaty možností autorky v této problematice.

3.4 Výzkumný soubor

Kritéria pro zařazení uživatelék do výzkumu byla současně:

- 1) Matka dítěte/dětí
- 2) Dlouhodobé užívání návykových látek
- 3) Užívání bezprostředně před posledním těhotenstvím
- 4) Užívání v těhotenství nebo v mateřství nebo v obou obdobích zároveň
- 5) V léčbě abstinující více jak 3 měsíce.

Tato kritéria byla zvolena na základě potřeby sledovat užívání a změny v chování, prožívání a myšlení ve třech obdobích žen: před těhotenstvím, v těhotenství a v raném mateřství. Jelikož na otázky odpovídaly respondentky retrospektivně bylo vhodné, aby se jednalo o abstinující matky. Zároveň bylo toto kritérium nastaveno z důvodu, aby matky mohly hodnotit období od zjištění těhotenství do průběhu mateřství s větším nadhledem.

Rozsah výzkumného souboru byl 10 respondentek. Vyhledání vhodných respondentek proběhlo přes instituce: doléčovací centrum, ordinaci psychiatra a azylový dům a osobním kontaktem, tedy metodami záměrného účelového výběru (Miovský, 2006). První tři matky byly kontakty z doléčovacího centra, kde autorka výzkumu absolvovala stáž, dvě další účastnice byly uživatelky, se kterými se autorka setkala v minulosti v rámci charitativní akce spojené s azylovým domem, tyto kontakty obnovila a provedla rozhovory, šestý kontakt byl získán v adiktologické ordinaci psychiatra a následně tato matka poskytla další čtyři kontakty na vhodné matky z kojeneckého ústavu. Tedy tyto kontakty byly získány metodou sněhové koule, která se děje prostřednictvím výběru přes instituce nebo osobního kontaktu výzkumníka a znamená, že prostřednictvím prvního kontaktu získáme další kontakty, které první kontakt nominuje (Miovský, 2016). Poté hodnotíme, zda nominované kontakty pro výzkum vybereme a nebo ne, zda jsou pro nás vhodné podle stanovených kritérií pro výzkum.

Tabulka č. 1 Výzkumný soubor

| | Věk | počet dětí | věk dětí | hlavní droga | způsob užívání | aktuální bydlení |
|------------|-----|------------|------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| M1 | 35 | 2 | 5, 2 | alkohol | per os | doléčovací centrum |
| M2 | 38 | 3 | 13, 7, 3 | pervitin | nitrožilně | sociální byt |
| M3 | 35 | 2 | 10, 7 | alkohol, pervitin | per os, nitrožilně | doléčovací centrum |
| M4 | 35 | 2 | 10, 5 měs. | pervitin | nitrožilně | kojenecký ústav |
| M5 | 35 | 3 | 15, 13, 1 | marihuana, pervitin | kouření, šňupání | kojenecký ústav |
| M6 | 35 | 2 | 15, 2.5 | pervitin | šňupání | doléčovací centrum |
| M7 | 38 | 2 | 12, 7 | pervitin | šňupání | pronajatý byt |
| M8 | 39 | 2 | 2, 3 | heroin | inhalace | kojenecký ústav |
| M9 | 32 | 1 | 7 | alkohol | per os | pronajatý byt |
| M10 | 30 | 3 | 10, 8, 2 | pervitin | nitrožilně | sociální byt |

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka číslo 1 uvádí charakteristiky výzkumného souboru. Respondentky jsou všechny české národnosti. Průměrný věk respondentek je 35.2 let. 6 z 10 respondentek má 2 děti, 3 respondentky mají 3 děti a jedna má 1 dítě. U většiny mají mezi sebou sourozenci velký věkový rozdíl, také má každý z nich často rozdílného otce. Jedná se o abstinující matky, které abstinují minimálně 3 měsíce, užívaly návykové látky alespoň před posledním otěhotněním, aktuálně se nachází v léčbě - využívají služby denního stacionáře, doléčovacího centra, kojeneckého ústavu nebo ambulantních služeb pro uživatele návykových látek.

Užívané návykové látky, které užívaly jsou: tabák, alkohol, kokain, marihuana, pervitin, heroin. Přičemž tabák kouřily a kouří všechny.

Nejčastěji se objevuje jako hlavní užívaná droga pervitin, celkem 7krát, potom 3krát alkohol a 1krát heroin. Některé matky mají dvě návykové látky, které mají v kontextu závislosti stejnou váhu. Věk, ve kterém tyto ženy začínaly užívat návykové látky byl průměrně okolo 18 let, přičemž 12 let bylo nejméně a to u jedné respondentky s alkoholem, a 32 nejvíce a to s pervitinem.

3.5 Metody tvorby dat

Získání dat proběhlo metodou polostrukturovaného interview, jednou z metod moderovaného rozhovoru (Miovský, 2006). Polostrukturované interview nastavuje určité schéma, které je závazné, jsou stanovené hlavní body, na které je nutné dostat odpovědi, aby byly splněny výzkumné cíle, nicméně je možné zaměřovat pořadí, můžeme použít doplňující otázky, můžeme si nechat dovysvělit odpovědi od respondentů (Miovský, 2006).

Polostrukturovaný hovor byl připraven předem a několikrát byl vhodně upraven dle komentářů vedoucí bakalářské práce doktorky Vondráčkové a dle komentářů terapeutů z institucí. Důkladná příprava a úpravy otázek polostrukturovaného hovoru byly důležité zejména kvůli citlivosti tématu a autorka kladla na potvrzení vhodnosti otázek zvláštní důraz. Rozhovory byly nahrávány audio-nahrávačem v mobilním telefonu, poté byla data převedena do textové podoby přepisem z nahrávek. Rozhovory byly přepisovány doslovně. Pro účely analýzy proběhla následně redukce dat z důvodu rozsáhlosti rozhovorů. Jak délka rozhovorů, tak zabíhání do nepotřebných témat pro účely cílů výzkumu, je pochopitelné z důvodu nezkušenosti autorky s takovými interviews a upřímným zájmem o problematiku.

Některé rozhovory proběhly pouze telefonicky a autorka se s respondentkami nikdy nesešla. Z důvodu situace s pandemií covid-19 nebylo možné se setkat osobně.

Respondentky sdělovaly své zkušenosti retrospektivně, někdy se informace týkaly situací před několika lety.

3.6 Metody analýzy dat

Data byla kódována pomocí přiřazení klíčových slov k částem textu pro usnadnění práce s těmito částmi (Miovský, 2006) za použití programu Microsoft Word. Dílčí části textů byly komentovány a propojeny podle kategorií.

Ve výzkumu bylo kódování nastavováno podle výzkumných otázek a kategorizace byla často doplněna o rozhodné období: před těhotenstvím, v těhotenství, v mateřství.

Analýza byla ztížena o již zmiňovanou nadbytečnost otázek a délku rozhovorů, tyto dílčí části textu byly pro analýzu odstraněny.

Pro účely zpracování dat byla použita metoda zachycení vzorců, kdy se v datech hledají opakující se vzorce, případně témata. Jak již napovídá název bakalářské práce, u výzkumného souboru hledáme vzorce užívání návykových látek. Při analýze dat tak vznikají "příběhy" o tom, jak daný jev probíhá. Podstatné části příběhu se opakují v konkrétních případech (Miovský, 2006).

Dále byla použita metoda zakotvené teorie, kdy se v průběhu výzkumu objevuje, co je v oblasti zkoumání významné, aniž bychom to dopředu odhadovali. Při této metodě byl kladen důraz na její základní požadavky, které jsou shoda v pozorovaných a kódovaných skutečnostech, srozumitelnost na základě ověřených poznatků, obecnost jako schopnost vypovídání o podobných jevech a kontrola vytvořených teorií s ověřenými daty (Miovský, 2006).

3.7 Praktický průběh realizace

Plán realizace rozhovorů byl původně v době od podzimu 2020 do jara 2021. Kvůli pandemii covid-19 se začátek prvních rozhovorů musel posunout na jaro 2021. Rozhovory proběhly zčásti osobně a zčásti telefonicky. Délka jednoho rozhovoru se pohybovala od 30 minut do 75 minut, přičemž průměrná délka rozhovoru byla 46 minut. Při deseti rozhovorech to bylo celkem asi 8 hodin.

Část rozhovorů, které probíhaly osobně, probíhala v doléčovacím centru v uzavřené místnosti bez přítomnosti jiných osob nebo rušivých elementů. Soukromí bylo zajištěno možností místnosti umístit na dveře ceduli *Obsazeno*. Respondentky si předem vybraly čas dle svých časových možností a možností zajištění hlídání pro své děti. Rozhovory probíhaly v odpoledních/podvečerních hodinách a respondentky výzkumníka již znaly ze stáže v doléčovacím centru.

Telefonické rozhovory probíhaly v jednom případě videohovorem, v ostatních případech bez videohovoru pouze hlasově. Respondentky neměly dostatečné internetové připojení pro videohovor nebo videohovor nepožadovaly. Výzkumník a respondent se v době rozhovoru vůbec neselekaly osobně. Soukromí respondentek bylo zajištěno tak, že všechny respondentky, se kterými probíhal hovor telefonicky, byly dotázány, zda se cítí v soukromí a nehrozí jim žádný nežádoucí únik informací. Výzkumník měl při hovorech zajištěné soukromí v uzavřeném pokoji v domácnosti bez přítomnosti jiných osob.

Rozhovory probíhaly u všech respondentek s jedním výzkumníkem, autorkou této práce, a byly nahrávány na mobilní zařízení jak při osobním tak při telefonickém kontaktu.

3.8 Etická pravidla výzkumu

Etická pravidla musí zamezit zneužití účastníka výzkumného projektu. Chrání respondenty výzkumu i výzkumníka (Miovský, 2016).

Důvěryhodnost si výzkumník zajistil respektujícím přístupem, dlouhodobějším působením v doléčovacím centru, důvěryhodností prvního kontaktu při metodě sněhové koule. Dále výzkumník zaujímal neutrální postoj ke zjištěným skutečnostem a projevoval zájem a porozumění.

Respondentky daly výzkumníkovi informovaný souhlas ve formě ústního sdělení na začátku každého rozhovoru. Zároveň byly upozorněny na možnost neodpovídat na otázky a byly informovány o anonymitě výzkumu. Jakékoli informace, například jména, podle kterých by bylo možno respondentku ve výsledcích výzkumu identifikovat, byly pozměněny. Žádné audio-nahrávky nebo přepisy nebyly zveřejněny nebo poskytnuty třetí osobě.

Před prvním rozhovorem proběhla důkladná příprava otázek polostrukturovaného rozhovoru výzkumníkem a kontrola a úprava otázek vedoucí bakalářské práce a terapeutky zainteresovaných institucí. Kontrola otázek byla důležitá zejména kvůli citlivosti tématu a autorka kladla na potvrzení vhodnosti otázek zvláštní důraz. Tato potřeba byla zdůrazněna také s ohledem k její nezkušenosti a na problematiku práce se specifickou klientelou, kterou matky uživatelky bezesporu jsou.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Výzkumný cíl 1

Jak se změnilo užívání návykových látek u žen, když zjistily, že jsou těhotné?

Pro 6 respondentek bylo otěhotnění nechtěné, 4 uvádí, že bylo chtěné. Všechny respondentky ovšem neplánovaly otěhotnět, některé z nich uvádí, že dítě chtěly, ale žádná z nich ho dopředu neplánovala. Ve chvíli, kdy přišly na to, že jsou těhotné, užilo návykovou látku 9 z nich. Jedna uživatelka po zjištění, že je těhotná nic už neužila, z důvodu ochrany dítěte. Následně se u žen projevila reakce na zátěžovou situaci ve formě úpravy užívání návykové látky. U 3 těhotných žen se užívání nezměnilo a zůstalo ve stejném množství. U dalších 3 těhotných žen nastalo zvýšení dávkování z důvodu stresové situace, kterou pro ně těhotenství představovalo, 1 matka snížila dávkování látky a to z 2.5 gramů heroinu na 1 gram heroinu denně. Tři z těhotných žen začaly se zjištěním těhotenství řešit otázku abstinence a začaly pro to dělat nějaké kroky.

Nechtěnost dítěte byla v mnohých výpovědích podpořena rozumovým hodnocením těch uživatelek, které uváděly, že děti vždycky chtěly, ale ne ve chvíli, kdy užívají drogy.

“To bylo nečekaný, protože když užívám heroin, tak jsem neměla otěhotnět. Děti jsem chtěla, ale ne určitě takhle když zrovna užívám heroin.”

Pro některé matky nebylo zjištění těhotenství motivací pro to, aby nějakým způsobem měnily svůj životní styl. Objevila se také respondentka, které zemřela ve stejný čas matka: *“Nechtěla jsem to, viděla jsem že to nemá budoucnost. Užívání bylo furt stejné, furt jsem užívala stejně. Tento problém přehlušil problém s mámou, která zemřela, užívala jsem, abych nemyslela na tu bolest, že mi umřela máma.”* Jedna matka myslela, že zvýšeným užíváním potratí, a proto užívala o to více:

“Užívala jsem i několikrát denně. Právě když jsem zjistila, že jsem těhotná tak ještě víckrát, aby to šlo pryč.”

Naopak jiná matka vzala otázku těhotenství jako jasné pravidlo neužívat v těhotenství návykové látky: *“Zjistila jsem, že jsem těhotná tak jsem se na to vykašlala. Takhle, ještě jsem si jednou dala a pak jsem věděla, že bych to měla vydržet. Tak jsem celý těhotenství neužívala.”*

Tabulka č. 2 Užívání návykových látek po zjištění těhotenství

| | užití bezprostředně po zjištění | první uskutečněné změny po zjištění těhotenství |
|------------|--|--|
| M1 | ano, alcohol | stejně užívání |
| M2 | ano, pervitin | zvýšení |
| M3 | ano, pervitin | zvýšení |
| M4 | ano, pervitin | stejně užívání |
| M5 | ano, marihuana, pervitin | abstinence |
| M6 | ano, alcohol | stejně užívání |
| M7 | ano, jednou pervitin | abstinence |
| M8 | ano, heroin | snížení |
| M9 | ne | abstinence |
| M10 | ano, pervitin | zvýšení |

Zdroj: vlastní zpracování

4.2 Výzkumný cíl 2

Jak se užívání, prožívání a myšlení žen proměňovalo během jednotlivých fází těhotenství a raného mateřství?

Respondentky se při dotazu na změny v užívání návykových látek v těhotenství nedokázaly přímo vyjádřit k užívání v jednotlivých trimestrech, spíše dokázaly všechny říci, jak to vypadalo na začátku, tedy po tom, kdy těhotenství zjistily, a na konci, v období před porodem. Užívání v těhotenství bylo pak u jednotlivých matek v duchu předchozí reakce na zjištění těhotenství. Tedy uživatelky, které užívání nezměnily nebo zvýšily, ty zastavil nebo zbrzdil až vstup do služby ve spolupráci s rodinou, rodina se pokusila je na služby napojit. Výsledkem bylo snížení užívání. Dvě uživatelky, které se rozhodly pro abstinenci po zjištění těhotenství, zvládly celé těhotenství neužívat. Uživatelka heroinu udržovala sníženou dávku stabilně po celou dobu těhotenství. Ostatní uživatelky, které užívaly pervitin užívaly stále stejně také v těhotenství. Zde jako jeden z důvodů všechny uvádí partnera uživatele.

Respondentka M1, alkoholička, užívala stále stejné množství alkoholu do 3. měsíce těhotenství, ve třetím měsíci nastoupila do léčby. Do konce těhotenství tedy pak neužívala. Další respondentka M2 zvýšila dávky po zjištění těhotenství a tak pokračovala denně, na konci těhotenství se napojila na léčbu a užívala 1 – 2x týdně, snížila užívání. Ostatní respondentky, které v léčbě v těhotenství nebyly, užívaly dále v nezměněném množství.

Těmto respondentkám, které prožívaly pocity naděje na spásu ve formě založení rodiny s partnerem a *“konečně normálního života”*, vystřídal tuto naději smutek a rozčarování z toho, že *“se nic neděje”*. Takové věty se objevovaly nezřídka: *“K nám do bytu pořád chodili lidi, on vařil, a já jsem furt čekala, že konečně teda přestanem, ale ono se nic nedělo a on si tam pořád vodil ty lidi a já celý těhotenství brečela.”*

Tabulka č. 3 Užívání návykových látek v těhotenství

| | užívání před posledním těhotenstvím | | užívání v těhotenství | |
|------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | užívaná látka | množství | | množství |
| M1 | Alkohol | 15 piv/den | ANO | 14-15 piv do 3.měsíce |
| M2 | Pervitin | 1 denně | ANO | denně, ke konci těho 1-2 x týdně |
| M3 | Alkohol i pervitin | 1 gram, lahev tvrdého alkoholu | ANO | denně |
| M4 | Pervitin | 1 gram | ANO | denně |
| M5 | Marihuana i pervitin | 7 špeků 0.5 gramu | ANO | denně |
| M6 | Pervitin | 3-4 litry vína | ANO | do 3 měsíce |
| M7 | Pervitin i alkohol | 2x týdně 0.5 gramů | | - |
| M8 | Heroin | 2.5 gramu | ANO | 1 gram |
| M9 | Alkohol | 1 lahev vína denně | - | - |
| M10 | Pervitin | 1 gram | ANO | 1 gram |

Zdroj: vlastní zpracování

Následující tabulkou č. 4 se autorka vrací ke zjištění těhotenství, a pozoruje spojitost pocitů při zjištění těhotenství s myšlenkami ohledně chůně dítěte a případnému řešení nechtěnosti, potratu.

Tabulka č. 4 Prožívání

| | pocit při zjištění těhotenství | chtěnost dítěte | myšlenky na potrat |
|------------|---------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| M1 | nadšení | ano | ne |
| M2 | stres, zoufalství | ne | ano |
| M3 | smutek | ne | ne |
| M4 | radost | ano | ne |
| M5 | prvotní radost kvůli partnerovi | ne | ano |
| M6 | lítost | ne | ano |
| M7 | strach | ano | ne |
| M8 | lítost | ano | ne |
| M9 | zděšení | ne | ano |
| M10 | vzteky | ne | ne |

Zdroj: vlastní zpracování

Většina prožívaných pocitů žen bylo negativních jako je vztek, zděšení, lítost, strach, smutek, zoufalství. Tři z deseti pocitů žen byly pozitivní.

Příklad interpretace z tabulky č. 4: M8 cítí lítost nad tím, že přivede na svět dítě jako uživatelka návykových látek, zároveň vždy dítě chtěla a na potrat by nikdy nešla. Jiná uživatelka říká: *“Všichni mi říkali, ať jdu na potrat, ať to dám pryč, a já že ani náhodou, že prostě jsme chtěli dítě. A že bych na potrat nikdy nešla, že ať s ním nebo bez něj (myslí partnera zavřeného ve vězení), že to dítě prostě vychováám. No a furt jsem si říkala takovýto, že začnu něco dělat, že prostě si dám naposledy a pak už něco začnu dělat. A to jsem si vlastně říkala až do porodu.”*

Jedna matka byla z mateřství zoufalá a ve stresu, o potratu přemýšlela a dokonce na něj byla objednána. Kvůli užívání se jí nepodařilo dostat do nemocnice v termínu.

Některé matky uváděly, že by se rády těšily na miminko, ale to, že nepřichází očekávaná změna situace s užíváním jim v tom brání: *„Já jsem hrozně záviděla těm ostatním matkám v tom těhotenství jak jsou šťastný a čekaj to první mimčo a jsou nervózní z toho těhotenství prvního a užívaj si to úplně jinak a já jsem skoro každéj den brečela. Pak jednu dobu to vypadalo nadějně, jakože k nám přestanou chodit ty lidi, že ten partner přestane a pak se to zas zlomilo, já jsem prostě celý těhotenství prořvala.”*

Užívání v mateřství do 1 roku dítěte se u respondentek objevilo 4x ihned po porodu, jakmile uživatelka opustila instituci. V jednom případě autorka zaznamenala, že uživatelka užívala ještě v nemocnici. Z 10 uživatelky 9 v mateřství zrelapsovalo. Jedna uživatelka, která v mateřství neužívala je matka s nejmladším dítětem, kterému je 5 měsíců

V souvislosti s mateřstvím také uživatelky mluví o emočním vztahu k dítěti. Některé si s dítětem vztah vytvoří hned, některé ne: *“Ale stejně jako řákej vztah k ní jsem si začla vytvářet až po jejím narození dlouho. A asi tak až v roce jejím jsem jí jako přijala, nebo jí nedávala všechno za vinu.”*

Tabulka č. 5 Užívání v mateřství do jednoho roku dítěte

| Užívání v mateřství do 1 roku dítěte | | | |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|
| Uživatelka: | užívaná látka: | Prvně po porodu: | Množství: |
| M1 | alkohol | ve 2 měsících věku dítěte | 15 piv denně |
| M2 | pervitin | po 14 dnech | 1-2 x týdně |
| M3 | alkohol, pervitin | ihned | 5 piv denně |
| M4 | pervitin | neužívala | - |
| M5 | marihuana, pervitin | ihned | 7 špeků, 0.5 gramů |
| M6 | pervitin | ihned | 3-4 litry vína |
| M7 | pervitin, alkohol | v 7 měsících věku dítěte | 2 x týdně |
| M8 | heroin | ihned | 1 gram |
| M9 | alkohol | v 6 měsících věku dítěte | 1 lahev vína denně |
| M10 | pervitin | ihned | 1 gram |

Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Výzkumný cíl 3

Jak se měnila motivace žen během zkoumaného období?

U výzkumného souboru byla před těhotenstvím motivace zábava a lidi kolem, rodina, droga, dvakrát se u pervitinu objevuje hubnutí jako motivace pro jeho užívání. U dvou respondentek je motivací před těhotenstvím starší dítě a vídání se s ním. Jedna respondentka uvedla, že před těhotenstvím neměla žádnou motivaci, neměla ráda svůj život. Jedna uživatelka uvádí *hulení* jako něco, co jí definuje, svůj životní styl. Taková motivace jí zůstala i v těhotenství a změnila se až s příchodem dítěte, kdy se ono stalo motivací.

V průběhu těhotenství měly 3 uživatelky jako motivaci sehnat dávku. Pro jiné 3 bylo motivací dítě, rodina. Jedna uživatelka uvádí motivaci v průběhu těhotenství svého partnera, otce dítěte. Další jako svou motivaci uvádí přání *“dát pryč to dítě”*. Jedna z uživatelky chtěla dokázat, že na to má, na život bez drog. V mateřství do jednoho roku

dítě se motivací stává ve třech případech hrozba odebrání dětí, 6 uživatelék uvádí jako svou motivaci dítě nebo děti, jedna uživatelka uvádí, že do jednoho roku dítěte byla její motivací zábava. Z výsledků z motivace mateřství je možné udělat závěr, že 9 z 10 matek mělo motivaci v mateřství do 1 roku věku dítěte, dítě.

Ve zkoumaném období vidíme změnu

Tabulka č. 6 Motivace k užívání návykových látek

| | Motivace | | |
|------------|------------------------|-------------------------------------|---|
| | před těhotenstvím | v průběhu těhotenství | v mateřství |
| M1 | nic, nesnášela život | děti | děti- hrozba odebrání dětí |
| M2 | hubnutí | dát pryč to dítě | starší 2 děti - hrozba zákazu vídání se s nimi, nejednalo se o nejmladší dítě |
| M3 | párty, lidi, zábava | dávka | děti-hrozba odebrání dětí, odstěhovat se od mámy |
| M4 | starší dcera | partner a dávka | dítě |
| M5 | hulení- její lifestyle | hulení | dítě |
| M6 | starší dcera | dokázat, že má na to přestat užívat | dítě |
| M7 | chtěla rodinu | rodina | děti |
| M8 | droga | děti | děti |
| M9 | party, zábava | nic-měla deprese | zábava |
| M10 | hubnutí | dávka | děti |

Zdroj: vlastní zpracování

5 Diskuze

Ve výzkumné práci bylo zjištěno, že uživatelky-matky mají různé reakce při zjištění těhotenství. Některé sníží dávku, některé zvýší, některé abstinují, tato změna je vázaná na stresovou událost zjištění těhotenství. Ukázalo se, že některé matky dostaly v minulosti predikci, že nemohou otěhotnět. To bylo zajímavé zjištění, bylo to 6 z 10 matek. Nenapadlo je, že by se to tedy mohlo stát, například u heroinu je navíc prokázané snížení plodnosti. Otázkou je, že pokud by taková predikce nemožnosti těhotenství neexistovala, zda jsou uživatelky schopné se proti nechtěnému těhotenství lépe chránit.

Metoda získání rozhovorů výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů mi přinesla možnost doptávat se na otázky a získat hlubší informace citlivého tématu. Výsledky výzkumu přinesly i jiné hlubší poznatky u uživatelék návykových látek v období těhotenství a mateřství než bylo v rámci výzkumných otázek potřeba, ty v práci nezmiňuji. Nicméně mnoho informací, které jsem se dozvěděla a zpracovávala, zapříčinilo nepřehlednost a značnou obtížnost ve vyhodnocování závěrů vzniklých z výzkumu. Bojovala jsem se ztrácením se v tématu skrze všechny množství informací.

Ve výzkumu je možné zkreslení výsledků, neboť rozhovory byly retrospektivní, v některých případech jsem se ptala i na situaci před několika lety. Zároveň kvůli citlivosti tématu bylo také možné předpokládat, že uživatelky mohou odpovědi zkreslovat také samy.

Je zde vidět ambivalence, kterou matky prožívají, ať už při zjištění těhotenství, zda chtějí nebo nechtít dítě, tak při rozhodování se, zda zvolit užívání a nebo ochranu dítěte. Tyto rozpory mohou být podle mě klíčové v terapii uživatelék.

Sběr dat, kódování a analýza probíhaly v rozmezí týdnů a měsíců, nejdéle však 4 měsíce od sebe. Dvě uživatelky, které se rozhodly pro abstinenci po zjištění těhotenství, vydržely celé těhotenství neužívat. Všechny respondentky uvádí strach z odebrání dítěte a všechny respondentky se chtějí o své dítě postarat. Uživatelka heroinu vydržela po celou dobu těhotenství užívat sníženou dávku. Chtěla chránit dítě snížením dávky a zároveň ho chtěla chránit před negativními důsledky abstinčního syndromu. Sama říká, že se držela na hranici toho, aby jí bylo dobře. Zde se potvrzuje nutnost napojení na služby - substituce by jí konkrétně mohla výrazně pomoci. Ze všech výpovědí uživatelék vyplývá téma stigmatizace, uvedené v teoretické části. Výzkumem se potvrdilo, že bariéry pro vstup do služeb jsou stále obrovské a je potřeba tyto bariéry zmenšovat. Ženy například pozitivně oceňují, že při hrozbě odebrání dětí v porodnici je jim nabídnuta šance přijít do kojeneckého ústavu a mít tak děti při úspěšné léčbě stále v péči.

Vyšel také souvislost abstinence s tím pokud začala žena před nebo po těhotenství, vliv přítomnosti nebo nepřítomnosti partnera, druh sociální podpory (zejména babiček), kterou dostávají v každodenní péči o dítě. Obavu z odebrání dětí a vstupu do léčby tyto výsledky předchozích výzkumů práce jednoznačně potvrdla.

Ukázalo se, že například doba, kdy matka odchází z porodnice a navíc bez dítěte je velmi kritická, všechny matky, které odcházely bez dítěte, užily bezprostředně po odchodu drogu. Neužila jedna respondentka, která šla z porodnice rovnou s dítětem do kojeneckého ústavu.

Většina respondentek uvádí, že jejich partneři užívali drogy také. Pokud konzumovali během těhotenství a po porodu, zatímco ženy podstupovaly léčbu, jejich vztah se stával nemožným, což vyvolalo ve většině případů rozchod.

Výzkum dospěl ke všem cílům, které jsem si na začátku zadala. Výsledky přináší podobnosti nalezených témat. Potvrzuje potřebu řešit specifika potřeb žen, zejména pokud se jedná o napojení na služby. Ukázalo se, jak důležitá je podpora rodiny, která může pomoci napojit uživatele na službu a zároveň je mnohdy vedle dítěte také motivací. Pokud uživatel neřeší problém s institucemi, je rodina spojovatelem, který by mohl tento problém řešit.

Slabým místem práce jsou texty o zahraničních studiích, kde popisují, co bylo ve studiích vyzkoumáno a nepracují s jejich integrací do kontextu, podrobněji popisují dvě rozsáhlé americké studie, které však považují za velmi přínosné a propracované pro pochopení fungování ve větším výzkumném souboru. Uvědomuji si, že s tímto by bylo vhodné lépe pracovat. Tyto nedostatky byly způsobeny mimoto také kvůli časové náročnosti výzkumu. Analýza výzkumu pro mne byla složitá, pro příště bych se zaměřila na schopnost držet se tématu a dosahovat rychleji odpovědí na výzkumné otázky. Při výzkumu bych se lépe držela struktury rozhovoru, nastudovala problematiku více předem, aby bylo zřejmé, jaké body jsou důležité. V některých případech se upouštělo od podstaty otázky a to bylo na zpracování dat poté vidět. V teorii bych zapracovala na propojování více zdrojů.

Zdá se, že ke mě mají uživatelky matky důvěru a já dokážu vhodně komunikovat o citlivých informacích a přistupuji ke všem s respektem. Je tu prostor pro další komunikaci a zabývání se danou problematikou, která mě zajímá.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo nalézt vzorce užívání návykových látek v těhotenství a raném mateřství pomocí odpovědí na výzkumné otázky ohledně změny v užívání při zjištění těhotenství uživatelky, dále jsem pozorovala změny užívání, prožívání a myšlení v období od zjištění těhotenství do raného mateřství, a to do jednoho roku dítěte. Jako poslední jsem sledovala motivaci uživatelky v obdobích před těhotenstvím, v jeho průběhu a v prvním roce mateřství.

Z mého výzkumu je zřejmé, že těhotenství bylo pro matky velikou stresovou zátěží, zároveň jsem zjistila, že děti jsou pro matky obrovskou motivací k abstinenci a nebo motivací k vyhledávání řešení situace za pomoci odborníků, že změny, které probíhají od počátku těhotenství až do porodu a v prvním roce mateřské role jsou pro matku velice náročné, protože matka uživatelka při stresové zátěži spíše sklouzne zpátky k droze. Často ji také ovlivňuje partner, na kterém je nějakým způsobem závislá, emočně, finančně, aj. Zároveň je tu třeba zmínit, že situací je ovlivněn budoucí vývoj dítěte. Je třeba pracovat na specifikách matek uživatelky tak, aby nedůvěra v instituce začala být spíše důvěrou, což si myslím, že se v České Republice pomalu daří. Tento názor mi potvrdily také rozhovory s matkami.

Použitá literatura

Amchová, P., Kučerová, J. (2015). Pohlaví a drogová závislost: od animálních modelů ke klinické praxi. Farmakologický ústav LF MU.

Brown, R.A., Dakkak, H., Gilliland, J., & Seabrook, J.A. (2018). Predictors of drug use during pregnancy: The relative effects of socioeconomic, demographic, and mental health risk factors. *Journal of Neonatal Perinatal Medicine*, 12(2), 179-187. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30584173/>

Castro, M. M., Pinto, F., Pereiras, C., Fischer, A., Vogel, C., Duarte, V., ... & González, G. (2020). Marijuana, tobacco, alcohol and cocaine use during pregnancy in 2013 and 2016. A self-report study in Montevideo, Uruguay. *Adicciones*, 32(3), 173-180.

Crume, T. (2019). Tobacco use during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(1), 128-141.

Doležalová, P. (2014). Uživatelky drog ohrožené stigmatizací. *Zaostřeno na drogy 1*. Dostupné z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4550/537/Zaostreno_14_01_web.pdf

Český statistický úřad (2016). *Gender: Základní pojmy*. Dostupné z https://www.czso.cz/csu/gender/gender_pojmy

Hoang, T., Czuzoj-Shulman, N., & Abenhaim, H. A. (2020). Pregnancy outcome among women with drug dependence: A population-based cohort study of 14 million births. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49(7), 101741.

Holý, D. (2020). *Genderové statistiky. Zaostřeno na muže a ženy 2020*. Praha: Český statistický úřad.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.

Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.

Ko, J. Y., Tong, V. T., Bombard, J. M., Hayes, D. K., Davy, J., & Perham-Hester, K. A. (2018). Marijuana use during and after pregnancy and association of prenatal use on birth outcomes: A population-based study. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 72-78.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nechanská, B., Mravčík, V., Sopko, B. & Velebil, P. (2012). Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Olszewski, D., Štefunková, M., Giraudon, I., Hedrich, D., & Montanar, L. (2010). Hlasy žen: Zkušenosti a vnímání žen, které musí v Evropě čelit problémům souvisejícím s drogami. Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN.

Pochylá, S. (2016). *Možnosti a limity péče o těhotné ženy s drogovou závislostí*. (Bakalářská práce). Brno: Masarykova univerzita

Powis, Michael Gossop, Catherine Bury, Katherine Payne, Paul Griffiths, B. (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, 19(2), 171-180.

Rolová, G., Miovský, M., & Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevenční odhady pacientů a klientů. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* 1(4), 224-235.

Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. (2012). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 359–367.

Vanderziel, A., Parker, M. A., & Alshaarawy, O. (2020). Trends in heroin use among women of reproductive age in the United States, 2004–2017. *Addictive Behaviors*, 110, 106518.

Van Scoyoc, A., Harrison, J. A., & Fisher, P. A. (2016). Beliefs and behaviors of pregnant women with addictions awaiting treatment initiation. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 34, (1) 65–79

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

Vondráčková, P. (2020). Ženy jako specifická cílová skupina. Přednáška Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN, PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Zach, J. (2019). Problematika drogových závislostí v perinatálním období. Přednáška na Novorozeneckém odd. S JIPN, TN, Praha, Primář: Doc. MUDr. J.Janota, Ph.D. Dostupné z <https://slideplayer.cz/slide/2923655/>

Přílohy