

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie prezenční



Petra Slováčková

Těhotenství jako motivační faktor pro léčbu závislosti na nelegálních látkách

Pregnancy as a motivational factor for the treatment of illegal drug abuse

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Holcnerová

Praha 2011

Autor práce: **Petra Slováčková, DiS.**

Vedoucí práce: **Mgr. Petra Holcnerová**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **15. září 2011**

Hodnocení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a vyznačila jsem veškeré 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 9. 8. 2011

Petra Slováčková

Identifikační záznam:

SLOVÁČKOVÁ, Petra. Těhotenství jako motivační faktor pro léčbu závislosti na nelegálních látkách. [Pregnancy as a motivational factor for the treatment of illegal drug abuse]. Praha. 2011. 54 s., 2 tab., 2 příl., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Petra Holcnerová.

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce, paní Mgr. Petře Holcnerové, za ochotu, věcné připomínky a rady při zpracovávání mé práce.

Dále děkuji za rady a podporu mým spolužačkám, týmům doléčovacích center za jejich spolupráci a umožnění výzkumu.

Poděkovat chci také všem klientkám, které byly ochotné spolupracovat, poskytly mi rozhovor a zúčastnily se tak mého výzkumu k této bakalářské práci.

Abstrakt

VÝCHODISKA: V době těhotenství u většiny žen dochází ke spoustě změn v psychické oblasti (hodnoty, postoje). U těhotných uživatelék nelegálních drog však často bývá droga silnějším motivačním faktorem než dítě uživatelky. V České republice se až v posledních letech klade důraz na rozdílný přístup práce a terapie s klienty podle pohlaví. U uživatelék je individuální přístup nutností, kvůli specifickým ženským tématům (ženské role, týrání, sexuální zneužívání, prostituce), a kvůli jedinečné specifické roli všech žen – mateřství. **CÍLE:** Primárním cílem práce je zjistit, zda se většina uživatelék nelegálních drog rozhodla pro léčbu či abstinenci v těhotenství. Dále se snaží o objasnění souvislostí mezi těhotenstvím a rozhodnutím se léčit z drogové závislosti či alespoň abstinovat. Zaměřuje se na osobní vnitřní motivaci uživatelék drog – matek, jak ony prožívaly těhotenství a jaké u nich v jeho důsledku nastaly změny. **METODY:** Výzkumná část práce je prováděna kvalitativně, formou polostrukturovaného interview. **SOUBOR:** Výzkumný soubor tvoří čtyři abstinující uživatelky drog, matky, které počaly dítě v době aktivního užívání. Respondentky byly zkontaktovány v doléčovacích centrech. **VÝSLEDKY:** Motivace pro rozhodnutí k léčbě je individuální a různá. Většinu uživatelék k léčbě vedlo současně více faktorů než jen jejich těhotenství. **ZÁVĚR:** Práce přináší informace o vlivu těhotenství na motivaci uživatelék k léčbě a abstinenci.

Klíčová slova: těhotenství – motivace - léčba

Abstract

BACKGROUND: During pregnancy, changes in psychic sphere (such as values, attitudes) are in the motion at the majority of woman. For the pregnant women – illegal drugs users – drug is often stronger motivation factor than the child itself. In the Czech Republic the different approach and therapy work with clients by their gender have been emphasized only during the recent years. Individual approach to female users is necessity due to specific female topics (female role, maltreatment, sexual abuse, prostitution) and due to the unique specific role of all women - motherhood. **OBJECTIVES:** The primary aim of work is to determine whether the majority female users of illegal drugs decided to treat or abstinence during pregnancy. Also It try to clarify the relationship between pregnancy and the decision to heal from drug addiction or at least moderation (Obstain). It focus on personal internal motivation of drug users – mothers, their experience during pregnancy and changes, which have occur as a result of pregnancy. **METHODS:** In the research part of work the method of semi-structural interview was employed. **FILE:** The research file consist of moderating (obstaining) users of drug – mothers, who conceived a child at the time of active use. **RESULTS:** The motivation for the decision to treat is very individual and different. The most of female users made decision for treatment because of many factors, not only of pregnancy. **CONCLUSIONS:** This work provides information about the influence of pregnancy on the motivation of female users for treatment and abstinence.

Keywords: pregnancy – motivation - treatment

OBSAH

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | ÚVOD..... | 11 |
| 2 | ŽENY JAKO SPECIFICKÁ CÍLOVÁ SKUPINA | 13 |
| 2.1 | Působení návykových látek na ženy | 13 |
| 2.2 | Těhotné uživatelky..... | 14 |
| 2.3 | Zdravotní důsledky užívání návykových látek v těhotenství | 14 |
| 2.4 | Vývoj plodu a riziková období z hlediska působení návykových látek | 15 |
| 2.5 | Porod a možné komplikace u uživatelék..... | 16 |
| 2.5.1 | Komplikace těhotenství a porodu | 16 |
| 2.5.2 | Poporodní komplikace způsobené užívání návykových látek (u matky i novorozence) | 17 |
| 3 | CHARAKTERISTICKÉ RYSY MATEK - UŽIVATELEK | 19 |
| 3.1 | Charakteristika drogově závislých matek | 19 |
| 3.2 | Rodinné prostředí matek | 19 |
| 3.2.1 | Nejčastější z charakteristických rysů rodin, ve kterých se objevuje závislost | 19 |
| 3.3 | Výchovné styly rodičů | 22 |
| 4 | MOTIVACE | 24 |
| 4.1 | Vymezení pojmu motivace | 24 |
| 4.2 | Motivy lidského jednání a chování..... | 24 |
| 4.3 | Motivace v oblasti závislostí..... | 25 |
| 4.4 | Práce s motivací..... | 26 |
| 4.4.1 | Motivační rozhovory..... | 26 |
| 4.4.1 | Vhodné intervence vzhledem ke stadiu motivace, v němž se klient nachází .. | 27 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5 | LÉČEBNÉ MOŽNOSTI PRO TĚHOTNÉ UŽIVATELKY A MATKY S DĚTMI | 29 |
| 5.1 | Specifika práce s uživatkami – matkami (sociální, právní, psychologický a medicínský aspekt) | 29 |
| 5.1.1 | Intervence během těhotenství | 29 |
| 5.1.2 | Intervence po porodu | 29 |
| | Intervence medicínské | 29 |
| | Intervence sociálně-právní | 30 |
| 5.2 | Druhy léčebných zařízení specializovaných na práci s těhotnými uživatkami a uživatkami matkami s dětmi | 31 |
| 6 | VÝZKUMNÁ ČÁST | 34 |
| 6.1 | Cíl a zdůvodnění výzkumu | 34 |
| 6.2 | Metodologie výzkumu a popis výzkumného vzorku | 35 |
| 6.3 | Etická pravidla výzkumu | 36 |
| 6.4 | Vyhodnocení výsledků výzkumu | 37 |
| 6.4.1 | Vliv těhotenství na motivaci k abstinenci a léčbě | 37 |
| 6.4.2 | Vliv vnější podpory a pomoci blízkých osob v procesu změny | 39 |
| 6.4.3 | Zodpovědnost v jednání a přemýšlení o nové budoucnosti, do které bude patřit také dítě | 41 |
| 6.5 | Diskuse | 42 |
| 7 | ZÁVĚR | 46 |
| 8 | POUŽITÉ ZDROJE | 48 |
| 9 | PŘÍLOHY | 52 |
| | Příloha č. 1 – Informovaný souhlas | 52 |
| | Příloha č. 2 – Rozhovor | 54 |

1 ÚVOD

V České republice se v oblasti terapie a práce s klienty teprve v posledních letech začíná častěji mluvit o významu rozdílných přístupů k mužskému a ženskému pohlaví. Jedním z hlavních důvodů je fakt, že každá žena pravděpodobně bude jednou také matka. Je nezbytné si tuto skutečnost při práci s uživatelkami uvědomovat. Zvyšují se počty žen, užívajících drogy, ženy žijí více neuspořádaným životem než v minulosti, jsou častěji bezdomovkyněmi. Na novorozeneckých odděleních nemocnic se mnohdy objevují děti s abstinenčními příznaky a nezdá se nakonec ocitají v Dětských centrech, když se jejich matky rozhodnou pokračovat v dosavadním rizikovém životním stylu.

Téma závislosti žen a jejich následné léčby však již není v ČR tak tabuizováno jak dříve, i přesto existuje v zahraničí více propracovaný systém péče o matky uživatelky. Stále se však setkáváme se spoustou různých předsudků v oblasti gender stereotypů, jako např. správná matka se má starat o děti, být s nimi doma, nesluší se, aby dámy pila či „fetovala“. Tyto předsudky se v dnešní době vyskytují u lidí, kteří problematice závislostí nerozumí, nebo rozumět nechtějí. Právě proto považuji za nutné se této problematice dále věnovat, šířit osvětu a zdokonalovat náš stávající systém péče o drogově závislé těhotné a matky.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak silný motivační faktor může být pro ženu – uživatelku nelegálních látek – její těhotenství. Dalšími cíli jsou potom zjistit, jestli je těhotenství rozhodující motivační faktor pro léčbu či abstinenci u většiny uživatelky, jestli se budoucí matky léčí především kvůli vlastní vnitřní motivaci nebo kvůli tlaku zvenčí. Více proniknout bych také chtěla do oblasti motivační práce s těhotnými uživatelkami a objasnit, zda je těhotenství vhodná doba, kdy by pracovníci měli na klientky působit nejvíce z hlediska změny v dosavadním životním stylu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou - výzkumnou. V teoretické části se zmíním o základních pojmech z oblasti závislostí, o specifických žen – uživatelky, uvedu důsledky užívání drog v těhotenství pro matku i novorozence, charakteristické rysy závislých matek. Poslední kapitola teoretické části se zabývá motivací a prací s ní.

Praktická část je sestavena z mnou provedeného výzkumu v zařízeních zabývajících se prací s těhotnými uživatelkami a matkami s dětmi. Obsahuje metodologii výzkumu, analýzu rozhovorů s klientkami, které se účastnily mého výzkumu a splňovaly stanovené podmínky a diskusi, ve které se snažím o srovnání mých výsledků se zahraničními výzkumy.

2 ŽENY JAKO SPECIFICKÁ CÍLOVÁ SKUPINA

2.1 Působení návykových látek na ženy

V posledních letech se v České republice stále více mluví o nutnosti pracovat s ženami a muži specifickými metodami. Právě proto považují za nutné se v této práci zmínit o typických charakteristikách žen – uživatelék.

Jeden z nejvýraznějších rozdílů mezi muži a ženami je bezesporu příprava na mateřskou roli. Není to však rozdíl jediný. Z výzkumů je patrné, že u žen rychleji vzniká a rozvíjí se závislost, přičemž jim stačí menší dávky drogy než mužům. Ženy uživatelky mají oproti mužům méně problémů se zákonem, ale častěji než muži bývají vystaveny zneužívání a prostituci. Zneužívání bývá mnohdy obsaženo v anamnéze klientek. Z tohoto důvodu je také nutné věnovat ženám v léčbě, kdy často poprvé najdou odvahu svěřit se s prožitým traumatem a mluvit o něm, prostor určený jen pro ně, bez přítomnosti mužů. (Preslová, 2009)

K prostituci dochází, když si klientky tímto způsobem obstarávají prostředky na drogu, ale stává se však také, že profesionální prostitutky začnou návykové látky užívat proto, aby svou práci mohly vykonávat dál. (Preslová, 2009)

Nešpor (2003) uvádí, že pro ženy uživatelky je na rozdíl od mužů typické:

- V dnešní době se sice žen užívajících návykové látky zvýšil, stále je jich však v porovnání s muži méně, zřejmě proto, že všeobecně bývají k rizikovému chování opatrnější a zdrženlivější než muži.
- Naproti tomu, ženy, s návykovým chováním přibývají mnohem rychleji, než je tomu u mužů a to z následujících důvodů: ženy mají menší játra, více tuku v těle a nižší hmotnost, proto u nich návykové látky působí silněji a škodlivé důsledky těchto látek se dostávají dříve než u mužů.
- Ženy se častěji dostávají do problémů s návykovými látkami kvůli partnerům, než muži kvůli partnerce.

- K trestné činnosti a násilnému chování dochází v souvislosti s návykovými látkami mnohem častěji u mužů než žen.
- Ženy uživatelky mají vícekrát zkušenost s psychickým i fyzickým týráním a sexuálním zneužíváním.
- Většina žen se lépe dostane z nevhodné společnosti lidí, kteří tvořili její okolí v rizikovém závislostním životním stylu a snadněji se přizpůsobí novému, zdravějšímu životnímu stylu.

2.2 Těhotné uživatelky

Je zřejmé, že velká většina drogově závislých žen žije neuspořádaný život, který se vyznačuje mnoha negativními faktory, např. nezaměstnanost, bezdomovectví, prostituce, nechráněný pohlavní styk, nedostatečná hygiena a výživa, či kriminalita. V důsledku špatné hygieny a nechráněného pohlavního styku hrozí těmto ženám zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, různé infekce, včetně virových hepatitid či HIV. Užívání návykových látek v těhotenství ohrožuje zdravotní stav ženy, ale především jejího vyvíjejícího se, nenarozeného dítěte. Problém u těchto žen je také to, že právě kvůli svému chaotickému životnímu stylu nespolupracují s doktory a poradnami pro těhotné. Když už poradnu navštíví, bývá častá neochota ke spolupráci. Dalším z důvodů, proč uživatelky návykových látek vyhledají lékaře příliš pozdě je, že trpí poruchami menstruačního cyklu a proto si graviditu nepřipouštějí. (Trávníčková, 2002)

2.3 Zdravotní důsledky užívání návykových látek v těhotenství

Užívání nelegálních drog může vést k závažným poruchám plodu. Dojít může např. k embryopatii (tj. označení pro poškození zárodku v období základního vývoje vlivem zevních činitelů, např. infekčních, chemických, léků), fetopatii (tj. poškození plodu v období, kdy jsou již vytvořeny základy jednotlivých orgánů) nebo dystrofií plodu (tj. stav způsobený poruchou výživy a provázený vzhledovým změnami). Výskyt těchto poruch závisí na dávce, pravidelnosti a příjmu drog v době

těhotenství. Objevují se také preeklampsie (nemoc těhotných s otoky, bílkovinou v moči a vysokým krevním tlakem, která může vyústit až v křečové stadium) a předčasných porodů. (Tošner, 2006)

Požívání nelegálních látek v těhotenství vystavuje matku i plod mnoha rizikům. Jsou to např. předčasný porod, retardace růstu plodu, abstinční příznaky novorozence. Intravenózní aplikace přináší také riziko infekce HIV a hepatitidy B. (Maršál, 2006)

Zneužívání amfetaminu způsobuje zvýšenou perinatální úmrtnost, z hlediska pozdějších důsledků souvisí s poruchami chování a zvýšenou agresivitou u dětí užívajících matek. (Maršál, 2006)

Důsledky vystavení heroinu během nitroděložního vývoje jsou abstinční příznaky a to ve formě křečí, zvýšené tvorby slin, pocení, zvracení, průjmů a teploty. Stav novorozence, který byl vystaven účinkům heroinu, se často podobá infekčnímu onemocnění a je tedy nezbytné vyšetřit u podezřelých případů moč dítěte na přítomnost návykových látek a jejich metabolitů. Děti matek užívajících heroin obvykle pomaleji rostou a mívají poruchy chování. (Maršál, 2006)

2.4 Vývoj plodu a riziková období z hlediska působení návykových látek

Již od počátku nitroděložního vývoje se buňky stále dělí a vytvářejí skupiny, ze kterých vznikají tkáně a orgány. Během jejich vývoje dochází ke specifické aktivaci genů v chromozomech buněk. Zjednodušeně můžeme tento proces popsat jako vývoj těla od hlavy k patě. Mozek a hlava se vyvíjejí nejdříve, poté následuje vývoj těla a nakonec končetin v podobě malých výběžků. Hlavní orgány a veškeré části těla jsou tvořeny v době osm týdnů po oplození, kdy zároveň končí tzv. embryonální období. Právě v této počáteční vývojové fázi je lidský zárodek nejvíce náchylný na účinky různých jedů, včetně návykových látek. Od 8. týdne po početí se budoucí dítě již označuje jako plod. Plod je vyživován placentou, skrze kterou

většina návykových látek velmi lehce projde. Plod se tak stává nedobrovolným a pasivním uživatelem stejných látek jako jeho matka. (Parker, 2007)

Ve třech týdnech po početí dochází k vytvoření neurální trubice, z té se později vytvoří mícha a základ mozku. Srdce má trubicovitou podobu a již tepe. Embryo má velikost 2-3mm. (Parker, 2007)

Ve čtvrtém týdnu se srdce přemění do čtyř oddílů a krev je hnána primitivními cévami. Vytváří se střeva, játra, slinivka břišní, plíce a končetinové pupeny. Zárodek je velký 4-5mm. (Parker, 2007)

V osmém týdnu se začíná formovat obličej, krk, rovnají se záda a rýsují se prsty končetin. Patrné jsou první pohyby zárodku a nyní je dlouhý 25-30 mm. (Parker, 2007)

2.5 Porod a možné komplikace u uživatelů

Jako porod se nazývá ukončené těhotenství, po kterém se narodí živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g. Porod do 37. týdne těhotenství se označuje jako předčasný, a právě k tomuto často dochází u uživatelů návykových látek. (Srp, 2006)

2.5.1 Komplikace těhotenství a porodu

Mezi nejčastější komplikace těhotenství u uživatelů stimulačních látek patří potrat, předčasný porod a zvýšené kontrakce. U žen užívajících heroin je typický předčasný odtok plodové vody a velmi nízká porodní váha novorozence. (Trávníčková, 2002)

Čihař (2009) jako typické porodní komplikace uvádí: předčasný porod, chorioamnionitis (zánět plodových blan), porodní asfyxie (dušení z nedostatku vzduchu). U uživatelů kokainu se vyskytuje hypertenze, abrupce placenty (tj. předčasné odlučování placenty v posledním trimestru těhotenství), arytmie, či srdeční selhání, kvůli jeho vazokonstrikčnímu efektu.

2.5.2 Poporodní komplikace způsobené užívání návykových látek (u matky i novorozence)

Ženy užívající nealkoholové drogy nejčastěji trpí anémií, zánětem endokardu a hepatitidou. (Trávníčková, 2002)

Jedny z komplikací u novorozenců závislých matek bývají abstinenční příznaky. Z nelegálních látek jsou nejčastěji vyvolány heroinem. Mezi klinické projevy abstinenčního syndromu novorozence patří poruchy dechu a svalového tonu, třes končetin až křečové stavy, četné zívání, slinění, škytavka, kýchání a silné pocení. Objevuje se také zvracení či průjmy. (Trávníčková, 2002)

Děti matek užívajících opiáty, mívají nižší porodní váhu, a v pozdějším vývoji se objevují poruchy spánku, chování a učení, někdy také zvýšená dráždivost. Opiáty patří mezi látky, které placentou procházejí velmi lehce, a proto se abstinenční příznaky objevují u téměř všech novorozenců matek na nich závislých. Při zdravotních obtížích, zejména u novorozence, je nutná léčebná péče, čímž bývá prodloužen pobyt v nemocnici. Ze strany závislých matek je však mnohdy zájem o dítě převyšován zájmem o drogy a často se stává, že matka dítě opustí. (Trávníčková, 2002)

Mezi problémy nezdravotnického rázu patří nezáměr o dítě, ze strany matek i otců. Otec bývá často neznámý. Z těchto důvodů jsou novorozenci drogově závislých matek často adepty pro umístění v Dětských centrech nebo u náhradních rodin. U dětí, které zůstávají se závislými rodiči, kromě zdravotních problémů často dochází k výrazně nepříznivé socioekonomické situaci. (Trávníčková, 2002)

Důsledky užívání dvou nejčastěji se vyskytujících drog v České republice jsou následující:

Amfetamin

U užívání nízkých, terapeuticky podávaných dávek nejsou popsány žádné abnormality, u nadměrných dávek se vyskytují poruchy růstu, délky, váhy a celková nezralost. Užívání v průběhu těhotenství může vést k intrakraniálním patologiím.

Opiáty

U novorozenců matek závislých na opiátech byla prokázána častější hyperbilirubinémie. U 68% novorozenců matek užívajících heroin se po narození vyskytují abstinенční příznaky, které se objevují u heroinu v prvních 14 hodinách novorozence a u metadonu mezi 2. -7. dnem života dítěte. Mírné abstinенční příznaky mohou trvat 4-6 měsíců. (neonatologie, n.d.)

Příznaky projevující se až u 90 % novorozenců závislých matek jsou:

- v oblasti centrálního nervového systému např. kýchání, zívání, třes končetin, nespavost, téměř stálý pláč, křeče, zvýšená dráždivost, zvýšené sání
- v oblasti gastrointestinálního traktu např. špatná koordinace sání a polykání, vodnatá stolice, zvracení a z nich plynoucí dehydratace
- v oblasti autonomního systému např.: nadměrné pocení, kolísání teploty, horečka, tachypnoe. (Čihař, 2009)

3 CHARAKTERISTICKÉ RYSY MATEK - UŽIVATELEK

3.1 Charakteristika drogově závislých matek

Drogově závislými klientkami – matkami se odborné služby začaly více věnovat až v 90. letech 20. století. Do této doby neměly matky specifické služby ani příliš možností v léčbě závislosti. Většina závislých matek potřebuje především prostor k osobnímu dozrání a motivaci ke změně životního stylu. (Kalina, 2008)

Častým rysem drogově závislých matek je preferování drogy a partnera před dítětem, ať ještě nenarozeným či již žijícím. Důležité je, aby u matek došlo k sanaci, tedy k ozdravení správných postojů k sobě, dítěti, droze. Mnohé závislé matky nemají osvojené ani základní rodinné vzorce a neuvědomují si, co vše péče o dítě obnáší. V poskytování služeb této klientele je dobré se zaměřit na tyto nedostatky a být jim jakýmsi rádcem, náhradním rodičem. (Lukešová, 2009)

3.2 Rodinné prostředí matek

Protože dle názorů mnoha odborníků existuje souvislost mezi užíváním návykových látek s vývojem dítěte a jeho rodinným prostředím, ve kterém vyrůstalo. Z tohoto důvodu považuji za důležité zde uvést základní a nejčastější rysy rodin, ve kterých se často závislé děti objevují.

3.2.1 Nejčastější z charakteristických rysů rodin, ve kterých se objevuje závislost

Nešpor (2003) uvádí následující rysy typické pro rodiny se závislým dítětem:

Pseudoindividuace

Pseudoindividuace znamená, že dospívající dítě s rysy návykového chování odmítá autoritu rodičů, ale současně není schopno se postarat samo o sebe a selhává

v rolích, které se od něj očekávají. Tento jev zvyšuje závislost na rodině a současně snižuje možnost skutečné nezávislosti a osamostatnění se. Jako řešení této situace se doporučuje určit dítěti poměrně tvrdá omezení a přísnější dohled (např. pokud dítě spáchá krádež, pohrozit mu návrhem ústavní výchovy).

Triangulace

Tak se nazývá proces vytváření trojúhelníků (např. dítě si před matkou stěžuje na otce, při terapeutických sezeních si stěžuje si na oba rodiče). Dospívající se tak snaží získat prostor pro sebe a své návykové chování. Dobré řešení v tomto případě je, pokud dospělí zlepší komunikace především sami mezi sebou.

Rozmělnění meziosobních hranic a hranic mezi generacemi

Překračování takovýchto hranic může svědčit o nepřiměřeném přebírání zodpovědnosti za některého člena rodiny. Při překračování mezigeneračních hranic často dochází ke spojenectví např. mezi obětavou a milující matkou proti přísnému a lhostejnému otci. Dochází tak k nadměrné identifikaci s rizikovým dítětem, což brání překonání závislostního problému dospívajícího. Obrannou strategií může být posílení hranic mezi stejnými generacemi a zlepšení komunikace. Překračování hranic se může týkat také nepřiměřené identifikace jednoho z rodičů se závislým partnerem. V tomto případě se závislý rodič mnohdy dostává do role dítěte a dospívající má přirozenou tendenci přebrat jeho roli a uzavřít koalici s druhým rodičem. Jako dobré se u těchto rodin jeví mít jasně stanovené role, úkoly, odpovědnost a pravidla v rodině.

Umožňování

Jeden z členů rodiny, tzv. „umožňovač“, usnadňuje a podporuje závislost člena jiného. U dítěte se projevuje chováním jako např. neustálé omlouvání záškoláctví, vyřizování problémů s úřady a poskytování financí. Za dospělého závislého potom takovýto „umožňovač“ platí dluhy, omlouvá absence v práci, bezplatně poskytuje bydlení, stravu a někdy také financuje návykové látky. „Umožňovač“ svým chováním oddaluje řešení problému, ale myslí si přitom, že závislému členovi pomáhá. V tomto případě se doporučuje vysvětlit „umožňovači“,

že dobré je podmínit léčbu, ale i nadále spolupracovat, neplatit za závislé dluhy, neomlouvat ho u okolí apod.

Omezení komunikace

Závislý jedinec se často vyhýbá komunikaci zejména na téma jeho problémového chování. Komunikaci se však také mnohokrát vyhýbají rodiče, jejichž partner uzavřel mezigenerační koalici (např. závislý manipulující syn a neobětavá matka proti „zlému“ otci). Dobré je komunikaci, zejména mezi rodiči, nacvičovat při terapeutických sezeních.

Odcizení, vzdálení se či dezintegrace rodiny

Špatná komunikace a prohlubující rodiny jsou častými příčinami odcizení až rozpadu rodiny. Tento jev je u závislých klientů opravdu velmi častý, většina z nich má špatné nebo již žádné rodinné zázemí. Je to poměrně značná komplikace léčby, protože blízcí hrají v procesu léčby významný motivační faktor a pokud klient blízké nemá, je nutné mu vytvořit novou sociální síť. Někdy se však podaří obnovit i původní, nyní již rozpadlé rodinné vazby.

Opakovaná volba nevhodného partnera

V praxi lze často vidět, že pokud žena jednou žije s partnerem prokazujícím návykové chování a opustí jej, její nový partner má přesto podobný problém. Podobně si nevhodné partnery volí děti, které toto chování viděli ve své původní rodině. Takové jednání však ještě více ohrožuje je samotné. Rodinná terapie by právě z tohoto důvodu neměla končit rozvodem či rozchodem rodičů, ale měla by pokračovat tak dlouho, jak je to možné.

Lukešová (2009) uvádí následující důvody pro vznik závislostního chování:

- Dysfunkce biologické rodiny matky (nezájem o dítě, patologické vzorce chování).
- Odchod rodiče od rodiny, či úmrtí rodiče, zejména pokud k němu dojde ve věku 10-14 let dítěte.
- Nadměrná, hyperprotektivní výchova.
- Selhávající, nezvládnutelné rodičovství.

3.3 Výchovné styly rodičů

Výrost (2006) uvádí, že se pro typická schémata chování v rodině uvádí název výchovný styl. Typické bývá rozdělovat výchovné styly do tří skupin:

1. Styl autoritativní, který si zakládá na absolutní poslušnosti, podřízenosti a poslechnutí příkazů rodiče.
2. Styl liberální, jenž dává dítěti co největší volnost a neomezuje jeho vlastní aktivity.
3. Styl demokratický, který respektuje dítě jako individualitu, která má právo rozhodovat o sobě s ohledem na své možnosti a věk, ale zároveň si nese za své chování a rozhodování odpovědnost; rodiče v tomto modelu vystupují jako přátelé a klade se zde důraz na význam společného rozhovoru; demokratický výchovný styl je považován za obecně nej přijatelnější.

Jako nevyhovující výchovné styly, z nichž často pramení vznik závislostního chování dítěte, bývají popsány tyto:

1. Výchova rozmazlující, při níž rodiče vyhovují všem přáním a přizpůsobují se požadavkům dítěte.
2. Výchova zavrhuující, kdy rodiče ukazují dítěti city odmítání, nesouhlasu a navenek své chování omlouvají jako nezbytnost kázně.
3. Výchova nadměrně ochranná (hyperprotektivní), která bývá častější ze strany matek. Rodiče v tomto modelu brání dítě před každým byt' i banálním rizikem, vyřizují potřebné náležitosti za dítě a tím mu brání v získávání potřebných zkušeností a dovedností.
4. Výchova perfekcionistická, při níž bývá dítě přetěžováno rodičovskými nároky např. na úspěchy ve škole, zároveň v několika volnočasových aktivitách a zároveň výkonech doma.
5. Výchova nedůsledná, ve které se obvykle střídají dva extrémy – přehnaná přísnost a přehnaná svolnost. Zde se mohou promítat neshody mezi

rodiči, např. když „hodná matka“ tají nějaký průšvih dítěte před přísným otcem.

6. Výchova zanedbávající, týrající, zneužívající, jenž je pro dítě ohrožující nejen v dalším vývoji. Při tomto druhu výchovy nejsou respektována základní lidská práva a svobody. (Výrost, 2006)

4 MOTIVACE

4.1 Vymezení pojmu motivace

Z hlediska psychologie se dá motivace vysvětlit jako důvod či příčina jistého chování. Projevuje se třemi základními prvky chování: zaměřeností, intenzitou a trváním. Motivační proces určují tyto tři složky chování: zaměření na dosažení daného cíle, vložení určité míry energie, a udržení těchto prvků, dokud není dosaženo stanoveného, případně náhradního cíle, nebo nevystoupí nová, aktuálnější motivace.

Motiv představuje zaměření na jistý druh uspokojení a tedy také psychologický smysl chování (např. motivem pro napití je uhašení žízně, motivem pro cestování je touha po poznání nových krajů a zemí).

Člověk si stanovuje různé motivující cíle, které se mohou výrazně lišit. Tyto cíle bývají většinou sekundární a slouží jako prostředky k dosažení cílů primárních. Cíle primární mají rozhodující postavení a souvisí s preferencemi osobních hodnot (např. láska, zdraví, blahobyt, kariéra, svoboda, prestiž atd.). (Nakonečný, 2004)

Motivace může být také chápána jako intrapsychický proces zvýšení nebo snížení aktivity, mobilizace sil a stimulace organismu. Projevuje se napětím, rozrušením a jednáním směřujícím k narušení rovnováhy. V zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho hodnotová orientace a dosavadní souhrn znalostí, dovedností a schopností.

Motivem lze pojmenovat jakoukoliv příčinu činnosti jedince. Tato činnost je zaměřena na uspokojení určité potřeby. Každý motiv má cíl, intenzitu a trvalost. (Hartl, 1993)

4.2 Motivy lidského jednání a chování

Lidské chování je většinou vždy něčím motivováno. Na základě motivace následně vznikají různé motivy, které se vysvětlují jako subjektivní příčiny určitého

chování a jednání. Za základní motivy jsou považovány **potřeby**. Potřeba je definována jako subjektivně pociťovaný nedostatek nebo nadbytek něčeho. Toto prožívání je většinou nelibostní a vede k chování, které tuto potřebu uspokojí. Paradoxně potřebou často bývají věci, které člověku škodí. Například právě návykové látky. Základní dělení je na potřeby: biologické, psychické, estetické, sociální a sociálně kulturní, duchovní a potřeba sebevyjádření. (Šamánková, 2011)

Dalšími z motivů lidského chování jsou postoje. Postoje vyjadřují subjektivní hodnotící vztah k vnějšku. Poukazují obvykle na to, co máme či nemáme rádi, co upřednostňujeme či odmítáme. Část postojů je vrozená, ale většinu si sami osvojujeme v průběhu vývoje skrze osobní zkušenosti. (Výrost, Slaměník, 2008)

S motivací našeho chování souvisejí také hodnoty, které uznáváme a ztotožňujeme se s nimi.

4.3 Motivace v oblasti závislostí

Kalina, Broža a Dobiášová (2008) uvádějí, že práce s motivací je důležitá především v nízkoprahových zařízeních, poradnách a ambulantních centrech. Osobně si však myslím, že práce s motivací je důležitá ve všech stádiích klientova života. Např. i po léčbě může klient ztratit svou vnitřní motivaci a může zažívat pocity, že život nemá smysl a nemá pro co žít a může znovu potřebovat odbornou pomoc při nalézání nové motivace.

Hanzal (2009) uvádí, že motivace pro léčbu je u matek uživatelů většinou pasivní, dána vnějším tlakem („musím“, „rodiče si myslí“) a vnitřní motivace skončit s užíváním drog většinou chybí. Matky mnohdy touží po tom, mít dítě ve své péči, uniknout výkonu trestu, ale abstinenci řešit nechtějí. Zůstávají se současnými partnery, ve známé partě, nechávají si staré návyky i vztah ke své rodině. Jedním z nejsilnějších motivačních faktorů se ukázala hrozba odebrání dítěte. Důležitým podpůrným faktorem je pak možnost spolehout se na podporu rodiny.

4.4 Práce s motivací

4.4.1 Motivační rozhovory

Primárním cílem motivačních rozhovorů je dosažení změny v životním stylu. Změny by měly být ve směru ke šťastnějšímu, zdravějšímu, úspěšnějšímu a bezpečnějšímu prožívání života. V interakci s klienty by měl terapeut či poradce odkrýt to, co klient považuje za problém a následně stanovit drobné cíle (v oblasti zdraví, vztahů, bydlení, zaměstnání, úradům, dluhům atd.) ke kterým bude klient pod terapeutovým vedením směřovat. Terapeut by měl klienta navádět tak, aby klient na problém i jeho řešení přišel sám. Měl by podpořit jeho rozhodování, odpovědnost za své chování a jednání, sebedůvěru a sebevědomí. Cíle stanovované během setkávání terapeuta s klientem by měly být realistické (skutečně proveditelné), jasné a konkrétní. (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008)

Hlavními principy motivačních rozhovorů jsou vyjadřování empatie, rozvíjení rozporů, využití odporu a podpora vlastních schopností klienta. Tato metoda by měla člověka přimět k přirozené změně. Pracovník by neměl mít direktivní vystupování, ale měl by budovat spíše přátelskou atmosféru při práci s klientem. Neměl by klientovi předávat pokyny a dbát na dodržování, ale spíše v něm vyvolávat samostatného hledání možných řešení. Klient by měl být schopný převzít odpovědnost za své chování a měl by si opravit mnohdy špatný žebříček hodnot. Pracovník by měl vystupovat jako pozitivní vzor. (Miller a Rolnick, 2003)

Základní metody motivačního rozhovoru, které by měl terapeut využívat:

- vyjadřovat empatii (ukázat klientovi, že mu rozumíme, akceptujeme jeho postoje a názory, chápeme jeho ambivalence)
- vytvářet rozpory (mezi klientovým chováním a tím, co pociťuje, že je správné)
- vyhýbat se sporům (nenálepkovat, nepřesvědčovat pomocí důkazů či logiky)

- pracovat s odporem (snaha o snížení klientova odporu pomocí otevřených otázek, reflektujícího naslouchání, potvrzení již řečeného, shrnutí na závěr)
- podporovat klientovu sebedůvěru (všímat si i drobných kroků, které klient udělal, chválit jej, dodat důvěru v možnost změny)

(Dobiášová, Broža, Kalina, 2008)

4.4.1 Vhodné intervence vzhledem ke stadiu motivace, v němž se klient nachází

Při práci s klienty v oblasti jejich motivace ke změně návykového chování a rizikového životního stylu Nešpor (2003) doporučuje následující:

- Mít faktor motivace klienta neustále v mysli a podle jeho stupně jednat (není účelné, když terapeut dává klientovi rady, které on sám není vzhledem ke svému stadiu motivace akceptovat), nebýt o krok napřed před klientem.
- Včlenit techniky posilování motivace do různých forem terapie, pracovat s motivací lez jak ve velké, tak v malé skupině, při individuálním sezení či rodinné terapii.
- Seznámit klienta s jeho pokroky a pomoci mu naučit identifikovat jeho pokroky v procesu změny. Pokud se klient sám naučí své pokroky identifikovat, může na nich neustále pracovat svou vlastní motivací i mimo terapeutická sezení.

Tabulka č. 1 – Stadium motivace ve které se klient nachází a vhodné intervence

| Stadium motivace | Modifikace postupu podle stadia motivace |
|-------------------------|---|
| Nestojí o změnu | Vyvolávat pochybnosti o závislostním chování, pomoci klientovi identifikovat a uvědomovat si rizika a problémy užívání. |
| Rozhodování | Pomoci rozhodnout se pro změnu, vytvářet rozpory mezi tím co by se stalo, když se změna uskuteční a kdyby nenastala. Posilovat sebedůvěru klienta v možnosti změny dosavadního chování. |
| Rozhodnutí | Pomoci se rozhodnout pro nejlepší alternativu a dosáhnout tak snáze pozitivní změny. |
| Jednání | Pomoc při uskutečňování změny. |
| Udržování | Identifikovat rizikové situace a naučit strategie k prevenci relapsu. |
| Relaps/Recidiva | Pomoci se z relapsu poučit a recidivu zastavit. |

5 LÉČEBNÉ MOŽNOSTI PRO TĚHOTNÉ UŽIVATELKY A MATKY S DĚTMI

5.1 Specifika práce s uživatelkami – matkami (sociální, právní, psychologický a medicínský aspekt)

5.1.1 Intervence během těhotenství

U každé těhotné uživatelky jsou nutné častější kontroly u lékaře. Monitorování takových žen snižuje novorozenecká i těhotenská rizika. Při užívání opiátů se obvykle těhotná převádí na substituční léčbu legálními opiáty. (neonatologie, n.d.)

5.1.2 Intervence po porodu

Intervence medicínské

Ošetřující tým by neměl v žádném případě oddělovat dítě od matky, pokud není stav novorozence vážný a nevyžaduje speciální lékařskou péči. Je nutné matku motivovat k péči o dítě a pokoušet se o navázání vztahu a primární vazby mezi nimi. Pokud je matka v programu substituční léčby, podporuje se kojení, pokud matka užívá nízké dávky legálních opiátů. U většiny jiných drog je totiž možná intoxikace mateřským mlékem. Z medicínské postnatální péče je nutné diagnostikovat abstinenční syndrom novorozence (dle skóre novorozeneckého abstinenčního syndromu, tzv. NAS skóre), monitoring prospívání novorozence a abusu matky. (neonatologie, n.d.)

Novorozenec matky závislé na opiátech se po porodu léčí tinkturou opii nebo fenobarbituralem (dávkování určuje lékař), případně kombinací obou prostředků.

Režim novorozence by měl být klidový, vyhovující je šero, teplo, pravidelné krmení, chování a uspávání matkou. (Čihař, 2009)

Doba hospitalizace novorozence závislé matky bývá oproti pobytu zdravých novorozenců delší. Matky bývají propuštěny asi 4. dne po porodu a novorozenec zůstává na oddělení cca dalších 10 dní na pozorování. Pokud se u něj objeví abstinenční příznaky, bývá převezen na jednotku specializované péče, kde vlastně dochází k odvykací léčbě. Úspěšnost záleží na tom jaké drogy a v jakém množství matka užívala a délka pobytu se v souvislosti s prospíváním novorozence může individuálně měnit. (Čihař, 2009)

Intervence sociálně-právní

Během doby, kdy dítě zůstává v nemocnici samo, personál sleduje, jak často ho matka navštěvuje, v jakém přichází stavu (intoxikace), jak zvládá péči o novorozence, zda se do péče zahrnuje někdo další z blízkých osob, zejména otec. Personál nemocnice musí o narození dítěte závislé matce informovat sociální pracovníci. Sociální pracovníce by měla dojednávat kontakty s osobami blízkými, protože přítomnost a podpora blízkých je pro matku v této době nezbytná a velmi podporující. Po celou dobu pobytu novorozence v nemocnici je matka motivována v pokračování v substitučním programu případně k nástupu do léčebného zařízení. Sociální pracovníce sleduje průběh léčby, matčinu spolupráci s terapeuty a zájem o dítě. V případě, že matky nespolupracuje, bývá dítě na základě předběžného opatření přeloženo z nemocnice do Dětského centra, dříve Kojeneckého ústavu, nebo může být svěřeno do péče jiné osoby (otce dítěte, rodičů matky apod.).

(Schmidová, 2009)

5.2 Druhy léčebných zařízení specializovaných na práci s těhotnými uživatelkami a uživatelkami matkami s dětmi

Jedním z hlavních důvodů, proč se vlastně začalo uvažovat o specifických přístupech k mužské a ženské klientele, byla skutečnost, že každá z klientek jednou může být matkou. V současné době je hlavně ve větších regionech vytvořen systém péče o matky – uživatelky, začínající u nízkoprahových služeb, pokračující přes ambulantní i rezidenční léčebná zařízení až po chráněná bydlení. (Preslová, 2009)

V následujícím přehledu uvádím zařízení v České republice, která se specializují na pomoc drogově závislým ženám, ať už těhotným nebo matkám s dětmi. Vynechávám záměrně nízkoprahové služby, které poskytují např. těhotenské testy, odkazy na další zařízení aj., protože tato zařízení nejsou pro potřeby mé práce důležitá. Zaměřuji se na zařízení, která s klientkami pracují v době jejich léčby a abstinence.

Denní stacionář Sananim Praha

Důležitým zařízením, ve kterém se tým specializuje na práci se ženami a matkami je Denní stacionář Sananim v Praze (dále jen DS). Denní stacionář Sananim je zařízení, do kterého klienti a klientky dochází ambulantně. Léčba je rozdělena do fází a zahrnuje denní strukturovaný program. Při práci s klientkami se využívají pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkávání, individuální terapie, sociální práce, pracovní terapie a sportovní a jiné volnočasové aktivity. (Kalina, 2008).

Po navázání kontaktu se práce zaměřuje především na motivaci, stabilizaci životního stylu a případný nástup do ústavní léčby. Vedení klientky v DS bývá direktivnější, s ohledem na co nejrychlejší vyřízení všech potřebných náležitostí. (Pětrošová Motyčková, 2009)

Terapeutická komunita Karlov

V minulosti bylo pro matku – uživatelku drog – velkou překážkou pro nástup do léčby to, že její dítě neměl kdo hlídat v době její nepřítomnosti. Na potřeby těchto klientek bylo nutné reagovat, a proto vznikl v roce 2001 v Terapeutické komunitě Karlov Sananim (dále jen TKK) specifický program pro léčbu závislých matek, kde jsou klientky spolu se svými dětmi. Takovýto program zahrnuje podporu rodičovských dovedností a vznik vazby mezi matkou a dítětem v jeho nejranějším věku. (Hanzal, 2009)

K tomu, aby matka mohla v TKK pobývat spolu se svým dítětem či dětmi, není třeba, aby je měla svěřeny do své péče. O svěřeni dítěte zpět do své péče většinou klientky žádají až po ukončení léčby v TKK a úspěšném docházení do doléčovacího programu. Nástup do TKK se obvykle realizuje po započaté práci v DS. Léčba v TKK obvykle trvá 6 – 10 měsíců. Před ukončením léčby pracovníci klientce pomáhají najít bydlení, vymyslet splácení dluhů, a plán péče o dítě (aby se uměla o své dítě postarat i mimo bezpečné prostředí TK). (Motýčková Pětrošová, 2009)

Doléčovací centrum Sananim pro matky s dětmi Praha

Primární klientelu centra tvoří klientky závislé na nealkoholových drogách, případně s kombinovanou závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách, nyní abstinující minimálně po dobu 3 měsíců. Program zahrnuje také chráněné bydlení pro matky- bývalé uživatelky, které musí mít ukončenou střednědobou nebo dlouhodobou léčbu v délce minimálně 3 měsíců. (sananim, n.d., a.)

Program mohou také navštěvovat rodinní příslušníci, partneři, otcové. Do služeb, které zařízení poskytuje, spadá: individuální garantský pohovor, rodinná terapie a poradenství, skupinová psychoterapie, volnočasové aktivity a krizová intervence. (sananim, n.d., b)

Centrum pro rodinu Drop In Praha

Centrum se zabývá prací s následující klientelou:

- gravidní ženy užívající návykové látky
- matky s dětmi s drogovou anamnézou
- matky, kterým bylo odebráno dítě, a projevíly zájem dostat dítě zpět do své péče
- manželé, partneři, otcové dětí a rodinní příslušníci klientek
- děti klientek v péči dětských domovů a dětských center

Práce s klientkami je zaměřena na stabilizaci drogového životního stylu, sociální práci, individuální i skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, navázání kontaktu s porodnickými a gynekologickými zařízeními. Dále zařízení poskytuje odkazy na ústavní léčbu, substituční léčbu, pediatrickou péči. Program trvá dva roky a je rozdělen do tří fází. (Sedláčková, Žižková, n.d.)

Drogová poradna o. s. Prevent České Budějovice

Častými návštěvnicemi jsou klientky, které získaly odkaz na poradnu od Oddělení sociálně právní ochrany dětí. Pokud je klientka motivovaná ke změně životního stylu a abstinenci, léčba spočívá především v terapii (individuální, párové i rodinné) a poradenství.

Doléčovací centrum o. s. Prevent České Budějovice

Program tohoto zařízení se na závislé matky zaměřuje přímo jako na jednu skupinu klientely. Pro matky s dětmi je zde zřízeno chráněné bydlení. Služba je poskytována na dobu 6 – 8 měsíců. Klientky se účastní strukturovaného programu, musí samozřejmě dodržovat, ale také další pravidla jako např. ranní hlášení, večerka, být zaměstnaná či studovat a aktivně trávit volný čas. Nejvíce matek do zařízení přichází po absolvované léčbě v TK Karlov. (os-prevent, n.d.)

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

6.1 Cíl a zdůvodnění výzkumu

Výzkum na téma – Těhotenství jako motivační faktor pro léčbu závislosti na nelegálních látkách jsem se rozhodla zrealizovat proto, že chci objasnit souvislosti mezi těhotenstvím u uživatelék drog a jejich rozhodnutím k léčbě či abstinenci. Domnívám se, že období těhotenství by mohlo být velmi vhodné pro motivační práci s klientkami směřovanou na fungování klientek v dalším životě a změně rizikového životního stylu.

Záměrem mého výzkumu je objasnit jestli vůbec a jak silným motivačním faktorem je těhotenství a následné mateřství v rozhodování pro léčbu nebo svévolnou abstinenci. Výzkum je zaměřen na osobní prožívání těhotenství klientek z hlediska rizikového životního stylu a především na vnímání těhotenství jako motivace k abstinenci.

Hlavní cíl výzkumu je zjistit, jak silný motivační faktor při rozhodování pro léčbu či abstinenci je těhotenství a zda je to u většiny žen faktor rozhodující. Dalšími cíli jsou:

- Bylo těhotenství jediný a rozhodující motivační faktor pro rozhodnutí k léčbě či abstinenci u většiny uživatelék?
- Léčily se uživatelky – budoucí matky především kvůli vnitřní motivaci nebo spíše kvůli tlaku zvenčí?
- Je těhotenství vhodná doba, kdy klientky nejvíce motivovat ke změně v dosavadním životním stylu?
- Je těhotenství a následné mateřství faktorem, který dokáže posílit a udržet motivaci k abstinenci také v budoucnu (jak bude dítě růst)?

6.2 Metodologie výzkumu a popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 4 ženy. Polovina souboru, tedy dvě ženy žijí s partnerem – otcem dítěte. Tři ze čtyř žen mají pouze jedno dítě, jedna má děti dvě. Všechny klientky jsou momentálně v doléčovacích programech, a své dítě mají ve své péči. Podmínkou pro účast ve výzkumu byla pouze současná abstinence. Klientky jsem vybírala na základě dobrovolnosti, tedy jejich ochoty spolupracovat a poskytnout mně potřebné informace. V literatuře se tato metoda nazývá *prostý záměrný výběr*. (Miovský, 2006) a představuje jednoduchou variantu záměrného výběru. Podle této metody vybíráme potencionální účastníky, kteří jsou pro výzkum vhodní a souhlasí s účastí ve výzkumu. Další specifické metody se při tomto výběru účastníků nepoužívají.

Data a informace pro výzkumnou část byla sbírána metodou polostrukturovaného interview s ženami uživatelkami návykových látek, které jsou nyní matkami a abstinují. Respondentky souhlasily se záznamem rozhovoru na diktafon, který byl po přepisu dle tzv. redukce 1. řádu (Miovský, 2006) přepsán do elektronické podoby a smazán. Metodologicky jsem vycházela z vysvětlení polostrukturovaného rozhovoru dle Ferjenčíka (2000).

Aby byla účast ve výzkumu skutečně dobrovolná, zkontaktovala jsem vedoucí zařízení, kterým jsem předala informace o výzkumu a podmínkách pro účast, telefonický kontakt a můj email. Vždy jsem se také informovala o počtu vhodných respondentek. Pokud vedoucí s výzkumem souhlasili, předali tyto informace klientkám a ty se mi pak na základě svého rozhodnutí ozývaly. K výzkumu jsem nakonec dostala svolení pouze od vedoucích ze dvou doléčovacích center, od kterých jsem se dozvěděla, že více než polovina jejich klientek má děti. Bohužel jen minimální počet z těchto žen byl ochotný se výzkumu zúčastnit. Nevýhodné při této metodě výběru výzkumného vzorku bylo, že jsem respondentky nemohla motivovat osobně, ale na druhou stranu, klientky, které se mi samy dobrovolně ozvaly, byly upřímné, otevřené a nedělalo jim problém odpovídat na žádnou z mých otázek. Interview probíhalo na předem domluvené schůzce.

Pro samotný rozhovor jsme vytvořila základní okruhy, které byly pro klientky závazné a zároveň jim dávaly možnost otevřené individuální odpovědi. Pokud klientky otázce nerozuměly, vysvětlila jsem jim je jinými slovy, případně uvedla příklad.

Klientky účastníci se výzkumu jsem pojmenovala jako Annu, Barboru, Cecílii a Doru. Pro větší přehlednost uvádím základní charakteristiky o klientkách v následující tabulce.

Tabulka č. 2 – Základní charakteristika výzkumného souboru

| Klientka | Věk | Primární droga | Délka užívání v letech | Délka abstinence v letech | Počet dětí |
|----------|-----|----------------|------------------------|---------------------------|------------|
| Alžběta | 33 | pervitin | 12 | 8 | 2 |
| Barbora | 24 | pervitin | 6 | 3 | 1 |
| Cecílie | 25 | pervitin | 8 | 3 | 1 |
| Dora | 27 | pervitin | 8 | 1,5 | 1 |

6.3 Etická pravidla výzkumu

Kvůli zachování anonymity neuvádím reálná jména klientek ani názvy zařízení, které navštěvují nebo v minulosti navštěvovaly.

Před samotnou realizací výzkumu byl respondentkám nabídnut informovaný souhlas o výzkumu (viz příloha č. 1).

6.4 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Specifikaci výzkumného souboru jsem již zmínila v kapitole 6.2. Příklady v následující analýze z rozhovorů jsou napsány jazykem, jakým se vyjadřovaly klientky, aby byla zachována co největší autentičnost získaných dat.

Metodologicky jsem vycházela z analýzy dat případových studií, kdy jsem nejprve přepsala záznamy rozhovorů s respondentkami. Následovalo rozdělení textu do kategorií, které korespondují s otevřeným kódováním textu. Z odpovědí jsem provedla analytickou explanaci, při níž se snažím o vysvětlení jevů pomocí příčinných vztahů. (Hendl, 2005).

Pro další zpracování jsem otázky zevšeobecnila do tří kategorií. První kategorie se týká vlivu těhotenství na motivaci k abstinenci a léčbě, druhá kategorie se týká vlivu vnější podpory a pomoci blízkých osob v procesu změny a třetí kategorie je zaměřena na zodpovědnost v jednání klientek a přemýšlení o nové budoucnosti, do které bude patřit také jejich dítě. Každému okruhu věnuji jednu kapitolu.

6.4.1 Vliv těhotenství na motivaci k abstinenci a léčbě

Když jsem se klientek zeptala, co je napadlo jak první, když se dozvěděly, že jsou těhotné, následovala vždy delší pomlka. Získané odpovědi se příliš neměnily. Většina klientek po delším přemýšlení odpověděla, že je nenapadlo nic konkrétního, ale že to byl šok, ale dítě nebraly v potaz a chtěly dál užívat drogy. Pouze jedna klientka odpověděla, že ji zpráva o těhotenství potěšila. Šlo však o klientku již částečně motivovanou k léčbě. Následující příklad je typická odpověď pro tři respondentky, tedy opravdu většinu z mého výzkumného vzorku. Z odpovědi je patrné, že klientky velmi často nemají partnerskou ani rodinnou podporu, že se na těhotenství nepřipravují a většinou se o těhotenství nedozví hned na jeho začátku.

Alžběta: „Když jsem se to poprvé dozvěděla, tak jsem chtěla ještě dál brát, a můj přítel – otec naší první dcery chtěl, ať jdu raději na potrat. Bylo ale už málo času a neměli jsme na to peníze. Pro mě to byl fakt dost šok, myslela jsem si, že otěhotnět prostě nemůžu, neměla jsem už totiž kvůli fetu menzes, byla jsem podvyživená... “

Jediná odpověď naznačující poměrně kladný vztah k těhotenství od jeho počátku je následující:

Barbora: „ *Noooo...mě to celkem potěšilo, protože jsem už asi měsíc před otěhotněním uvažovala i s mým přítelem o léčbě. Takže jsme oba asi měsíc nebrali, pak jsem zjistila, že jsem těhotná, takže mě to jen utvrdilo v tom, že se mám jít léčit. Na to mimčo jsem se od začátku těšila.* “

Můžeme tedy vidět, že takovýto pozitivní vztah k těhotenství je u uživatelék nelegálních drog spíše výjimka.

Odpovědi na otázku, jak klientky vnímaly své těhotenství v procesu rozhodování pro léčbu, byly také velmi podobné u všech čtyř respondentek. Uváděly, že sice těhotenství je silný motivační faktor, ale stejně tak silná je drogová závislost. Rozhodujícím motivačním faktorem se těhotenství stává až postupem času. Zároveň však bylo z odpovědí zřejmé, že zásadní roli hrál fakt, jestli daná žena měla ve své blízkosti někoho, na koho by se mohla spolehnout a požádat v případě potřeby o pomoc.

Cecilie: „ *Asi jo, ale až po třech měsících, co jsem fetovala i jako těhotná, jsem se rozhodla, že je načase něco se sebou udělat. Řekla bych, že to děcko konec feťáckého života urychlilo. Ale taky mi pomohlo to, že jsem věděla, že mi pomůžou naši a ségra.* “

U této otázky mě zaujal fakt, že všechny respondentky se zmínily o důležitosti odborné péče a ústavní léčby. Říkaly, že samy by pravděpodobně ani kvůli dítěti dlouho abstinovat nevydržely. Toto zjištění potvrzuje skutečnost, že je velmi důležité mít v systému adiktologické péče propracovaný koncept speciálních služeb pro těhotné.

Výzkum dále ukázal, že ani jedna z klientek nepřemýšlela o léčbě ihned poté, co se dozvěděla, že je těhotná. Dokonce ani Barbora, která byla k léčbě částečně motivovaná již před samotným otěhotněním.

Barbora: „*Ne uplně hned, ale brzo. Protože jsem už k té léčbě byla trochu nalomená a tahle informace mi fakt pomohla. Rozhodování bylo rychlejší a lehčí.* “

Lze tedy říci, že v počátku těhotenství většinou klienty nezažívají velké změny, ani vnitřní motivaci. Jako možná překážka mě kromě drogové závislosti, která je prostě silnější napadá také to, že by klientky mohly pociťovat strach svěřit se. Zajisté již byly v minulosti mnohokrát vystaveny stigmatizaci a opovrhování od okolí. Co se teprve stane, když se přiznají, že užívají i jako těhotné? Přístup mnohých pracovníků nemusí být vždy příliš vstřícný, chápající a motivující. Nápomocné by mohly být speciální motivační programy pro těhotné uživatelky, které by budoucí matky od začátku vhodným způsobem

upozorňovaly na veškerá rizika plynoucí z jejich dosavadního životního stylu, a zároveň vedla k přípravě na novou životní roli – mateřství. Napadá mě, že vhodné by mohlo být využití ex-userek, které se právě kvůli dítěti rozhodly léčit či abstinovat a využít tak pozitivního příkladu pro ostatní klientky.

Problémem v oblasti motivace v počátečních fázích těhotenství může být to, že většina uživatelék nemá v počáteční fázi ani tušení, že je těhotná. Tuto možnost si nepřipouštějí. S tímto faktem korespondují odpovědi mých respondentek. Tři ze čtyř odpověděly, že v době těhotenství samozřejmě užívaly. Objevila se dokonce odpověď, že ta, která tvrdí, že neužívá, lže. Dvě klientky se v odpovědích shodly na tom, že užívaly asi 3 – 4 měsíce těhotenství, jedna klientka užívala téměř celou dobu těhotenství.

Dora: *„Jo a vůbec jsem si nepřipadala, že dělám něco špatného! Brát jsem přestala asi osm dní před porodem.“*

Pouze jedna, Barbora, uvedla jinou odpověď. Jak je však patrné z předchozích odpovědí, jedná se o klientku, která v době zjištění těhotenství byla již částečně motivovaná k léčbě.

Barbora: *„Ne, protože jsem přestala brát už před otěhotněním, takže mi to šlo pak líp ovládat chutě.“*

Zde bych opět zmínila důležitost práce s motivací u těhotných uživatelék. Samozřejmostí je lékařská péče, v případě poskytování adiktologických služeb spíše odkazy na gynekology a porodníky.

6.4.2 Vliv vnější podpory a pomoci blízkých osob v procesu změny

V odpovědích na otázku, zda o těhotenství věděl někdo z blízkých, zaznívalo, že buď partner, nebo matka. Dvakrát se objevila věta, že partner z počátku dítě nechtěl, ale po čase se společně rozhodli, že si jej ponechají.

Alžběta: *„Věděl o tom partner, otec dítěte. Napřed chtěl potrat, ale pak jsme se rozhodli, že si ho necháme.“*

Ve dvou případech klientky podpořila jejich matka. Z odpovědí je patrné, že pokud klientka měla oporu v někom blízkém, motivace pro ponechání dítěte se automaticky posílila a změna v rizikovém životním stylu nastala dříve. Jako dobrý se také ukazuje vliv nějakého vzoru, v případě Cecilie její sestry, která je také ex-userkou a v současné době je vdaná a pečuje o dvě své děti.

Cecilie: „Můj tehdejší přítel, který mě ale kvůli děcku opustil. Rodiče mě podpořili, když jsem jim to oznámila. Vzali mě na milost, takže jsem bydlela u nich, živil mě. A moc na mě ani netlačili, ať se jdu léčit, k tomu jsme spíš tak nějak postupně dospěli, že by to bylo nejlepší. Hodně mi pomohla starší ségra, která taky dřív nějakou dobu brala. Ta už měla v té době dvě děti a pořád mi říkala, jak jsou skvělí a pořád chtěla, ať s nima chodím ven. Když jsem viděla ty její, začla jsem se těšit na vlastní. Sestra mě taky učila, jak se o to dítě starat.“

Jediná klientka z výzkumného souboru neměla nikoho blízkého a uvedla, že užívala až téměř do porodu. Možná je to náhoda, ale spíše si myslím, že tento fakt je potvrzení důležitosti lidské podpory, pomoci, náklonnosti a důvěry. Je snazší odhodlat se ke změně, pokud nás podporuje někdo, komu věříme, známě jej, než pokud si vše musíme „vybojovat“ sami.

Dora: „Věděl o tom partner, který také fetoval a neříkal tomu nic. Chtěl brát dál, dělal, že žádný dítě neexistuje. Já vlastně taky. Nikdo jiný o tom nevěděl. Rodina se mnou přestala komunikovat, odepsali mě. Brala jsem i v posledním měsíci. Po porodu jsem o dítě začla bojovat sama, zařizovat si léčbu a vše potřebný.“

Dora, která neměla podporu nikoho z blízkých osob, později zmínila, že jí pomohla pracovnice k-centra, kam po celou dobu těhotenství docházela. Z tohoto příkladu opět můžeme vidět potřebnost pomoci v oblasti motivace.

Pouze jedna z klientek uvedla, že ji k léčbě částečně nutila její matka. Ostatní tři klientky odpověděly, že to byla jejich svobodná volba. Opět se opakovaly odpovědi, že změna a rozhodnutí nenastalo ihned, ale až po nějakém čase. Můžeme také znovu vidět jak důležitá je v procesu změny podpora někoho důvěryhodného.

Cecilie: „No ani mě nikdo nenutil, přítel mě nechal, já jsem se rozhodla potom spíš sama, ale rodiče a sestra mi moc pomohli v motivaci. No bez nich by asi nemělo cenu se jít léčit, protože bych neměla nic.“

Ve dvou odpovědích se objevilo, že je dobré, že na respondentky nikdo tlak nevyvíjel, protože pod nátlakem by jednaly spíše naopak. Není tedy vhodné klientky k léčbě nutit za

každou cenu, spíše je opět podpořit v procesu změny a motivovat ke zdravějšímu a zodpovědnějšímu životnímu stylu. Hodně uživatelů drog se k užívání dostalo právě jako protest proti něčemu, někomu, jako vyjádření svobody a nezávislosti. Později ovšem všichni poznají, že drogová závislost funguje na zcela opačném principu. Závislý člověk není svobodný a mnohdy vše obětuje droze. Pokud by je tedy později někdo nutil do léčby, mohl by tím spíše podpořit bludný kruh závislosti než přispět ke kladné změně.

6.4.3 Zodpovědnost v jednání a přemýšlení o nové budoucnosti, do které bude patřit také dítě

Tři ze čtyř klientek uváděly, že děti jsou velkou motivací, že najednou chtěly mít peníze na věci pro dítě a ne sebe, že přemýšlely nad tím, kde budou v noci spát, co budou jíst apod. Byly schopné převzít najednou kontrolu nad svým chováním, překonat závislost a přemýšlet nad tím, jak zabezpečí svého potomka. Podle mého názoru se zde projevil fakt, že stejně jako u většiny žen z „nedrogové populace“, tak i u většiny uživatelů se dříve či později projeví mateřský pud.

Alžběta: „ Děti jsou velkou motivací, ale někdy je to přesto těžké. Závislost je mrcha a recidivy bohužel bývají, s tím mám zkušenosti, přestože jsem měla obrovskou snahu vydržet. Když jsem to překonala aspoň na chvíli, snažila jsem se šetřit peníze, které přítel nosil domů z práce, abych mohla pro dítě koupit vše potřebné. A snažili jsme se udělat si alespoň normální bydlení. A taky jsem začala chodit k doktorovi. V současnosti jsou změny v kontrole sebe sama a to tím, že se aktivně doléčuji a nepodceňuji to jako dřív, naopak vítám všechny pomocné ruce, navštěvuji... /názvy zařízení jsou z důvodu zachování anonymity vypuštěny, pozn. autorky/, jezdím na opakovací pobyty do léčebny. “

Poslední otázka směřovala k přemýšlení o budoucnosti a schopnosti představit si, že po porodu už klientka nebude sama, ale bude se muset postarat o své dítě. Respondentky většinou uváděly, že zhruba ve druhé půlce těhotenství přemýšlely nad tím, co budou jíst, kde budou brát peníze, kde budou bydlet apod.

Jedna odpověď se vymykala ostatním, dosti podobným reakcím na tuto otázku.

Dora: „Napřed jsem vůbec nic takového neplánovala. Nechtěla jsem. Začla jsem se vším deset dní před porodem. Pak jsem se šla léčit a v průběhu léčby jsem si vše teprve

uvědomila a začala vyřizovat vše potřebné, shánět práci, bydlení, vše pro malýho. Bylo to těžké, hlavně když nebyl nikdo, kdo by mi pomohl. Teď jsem v chráněném bydlení. Já chodím do práce, malý do školky a snad to vydržím...“

6.5 Diskuse

Rozhovory s klientkami probíhaly podobně. Všechny byly z počátku trochu nervózní, ale po chvíli se uvolnily a byly upřímné a otevřené. Atmosféra při rozhovorech byla příjemná a doba určená pro rozhovor vždy rychle utekla, spíše jsme vždy trochu přetahovaly. Všechny klientky vypadaly, že v současné době je jejich stav stabilizovaný, a že dítě je opravdu velkou motivací. I přes všechny překážky, kterými si musely projít nakonec za své dítě a společný život s ním bojovaly.

Těhotenství je specifická, výhradně ženská role. Je velmi pravděpodobné, že jednou potká každou ženu. Často se stává, že otěhotní žena, která je závislá na nelegálních návykových látkách. U těchto žen je často droga silnější motivací než jejich budoucí dítě, jeho zdraví, prospěch. Zároveň si myslím, že každou ženu těhotenství alespoň minimálně změní. Děti se totiž všeobecně považují za velký motivační faktor. Při výběru tématu pro mou bakalářskou práci jsem uvažovala právě tímto způsobem. Považuji za velmi důležité zaměřit se na motivační, lékařskou a terapeutickou práci se ženami, které v době aktivního užívání otěhotní. Při analyzování odpovědí respondentek se mi domněnka těhotenství a mateřství jako silného motivačního faktoru potvrdila. Domnívám se, že těhotné uživatelky častěji vstoupí do léčby než uživatelky, které těhotné nejsou.

V zahraničí bylo provedeno mnoho výzkumů týkající se těhotenství jako motivačního faktoru pro léčbu. Řada těchto výzkumů se však zaměřila výhradně na léčbu substituční. Nenalezla jsem však výzkum, který by byl zcela shodný s tématem mé práce.

Pro porovnání výsledků mé práce jsem si vybrala dva zahraniční výzkumy, které nejsou primárně zaměřeny na substituční léčbu a zdají se mi být nejvíce podobné mému tématu.

První z výzkumů je na téma *Pregnancy and Race/Ethnicity as Predictors of Motivation for Drug Treatment*, tedy Těhotenství a rasa nebo etnický původ jako prediktory motivace pro léčbu drogové závislosti od autorů Mary M. Mitchell, Geoff, S. Severtson a William W. Latimer, provedený v Baltimoru.

Druhý výzkum se jmenuje *Drug treatment utilization before, during and after pregnancy*, tedy Využití léčby drogové závislosti před, během a po těhotenství, od autorů Elle L. Wolfe, Joseph R. Guydish, Ann Santos, Kevin L. Delucchi a Alice Gleghorn, provedený v Kalifornii.

V prvním z výzkumů autoři data sbírali v letech 2000 – 2007 od 149 žen – uživatelék žijících v Baltimoru, z toho 100 uživatelék nebylo těhotných, 49 ano. Výzkumníci předpokládali, že těhotné uživatelky budou mít větší motivaci k léčbě než uživatelky, které těhotné nejsou. Protože v průběhu výzkumu narazili na fakt, že motivace pro léčbu se liší také podle rasy či etnického původu zkoumali také tento jev.

První vyzkoumaný jev ukázal, že těhotné uživatelky až 4x častěji projeví zájem o léčbu než uživatelky, které těhotné nejsou. Tento poznatek koresponduje se mnou zjištěným faktem, a to, že více než polovina klientek doléčovacích center, které mají absolvovanou ústavní či ambulantní léčbu, mají dítě.

Druhým důležitým poznatkem výzkumu pak je, že těhotné ženy bílé rasy se až 8x více zajímaly o léčbu než ženy Afro-americké rasy. Důvodem je podle výzkumníků pravděpodobně to, že Afro-americké ženy musí překonat více překážek pro vstup do léčby než ženy bílé rasy (např. péče o děti, náklady na péči, dopravu, nedostatek kulturních kompetencí, ale také přístup pracovníků).

V souladu s výsledky tohoto výzkumu mohu podotknout, že nástup těhotné ženy do léčby vždy zlepší zdraví matky i dítěte. Pokud se matka rozhodne, že si dítě nakonec přeci jen neponechá, má dítě větší pravděpodobnost na umístění u vhodné adoptivní rodiny. Výzkum potvrdil, že v období těhotenství se automaticky zvýší motivace ke změně rizikového chování i užívání drog, což ukázal také mnou provedený výzkum. (Mitchell, Severtson & Latimer, 2008)

Z výsledků druhého výzkumu zmíním několik, pro mou práci, nejdůležitějších poznatků. Výzkum byl realizován, protože prevalence užívání

návykových látek u těhotných žen se stále zvyšovala. Výsledky jasně ukázaly, že léčba drogové závislosti u žen vede ke zlepšení zdravotní oblasti v průběhu těhotenství a psychosociálních faktorů pro matku i dítě po porodu. Nicméně u některých žen přetrvávají i v dnešní době bariéry pro vstup do léčby. Některé detoxifikační jednotky neakceptují těhotné uživatelky. Důležitou bariérou se zdá být stigmatizace těhotných uživatelek a absence rodinné podpory pro udržení v léčbě. Tento poznatek jsem už zmínila ve výsledcích svého výzkumu. Jako další častý nedostatek výzkumníci zmiňují malou informovanost o systému péče mezi těhotnými uživatelkami. Můžeme tedy říci, že ač mají adiktologické služby v zahraničí delší historii než u nás, přesto se i v dnešní, moderní době objevuje stále mnoho nedostatků ve specifické péči o těhotné uživatelky. Nedokonalosti se objevují především v klasické, medicínské péči, tedy na detoxifikačních jednotkách a psychiatrických léčebnách. Nicméně i tento výzkum potvrdil, že těhotenství motivuje ženy k léčbě zejména proto, že začnou více dbát a přemýšlet o svém vlastním zdraví a o zdraví jejich dítěte. Mnoho uživatelek má také strach, že přijde o své dítě a že bude svěřeno do péče cizí osoby. V těhotenství nebo v brzké době po porodu se počet žadatelek o léčbu zvyšuje. V San Francisku zahrnují adiktologické služby pro těhotné uživatelky nebo těhotné matky detoxifikaci, ambulantní léčbu, substituční léčbu a ústavní léčbu.

Druhá studie také analyzovala porody závislých žen. Protože v mé práci se medicínskou stránkou problematiky nezabývám, více se o výsledcích z této oblasti nezmiňuji. (Wolfe, Guldish, Santos, Delucchi & Gleghorn, 2007)

U nás sice existují speciální služby určené právě pro tuto cílovou skupinu, nicméně si myslím, že je jich nedostatek. A také nepokrývají tak široké spektrum nabízených služeb jako ve zmiňovaném San Francisku. Pokud nějaké jsou, najdeme je v Praze a dalších městech v Čechách, přičemž na Moravě chybí.

Bohužel se mi z původně zamýšleného výzkumného vzorku 10 klientek nepodařila sehnat ani polovina z nich. Výzkum jsem totiž postavila na opravdu velké dobrovolnosti. Myslím si, že mnoho žen mělo strach, se s takto intimní oblastí, jako je těhotenství a péče o dítě, svěřit cizí osobě. Ve společnosti určitě již mnohokrát zažily stigmatizaci a opovrhování od okolí. Jednak jako ženy –

uživatelky a potom taky jako závislé matky. Názor o zažité stigmatizaci se objevil také v analýzách zahraničních výzkumů.

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jak silný motivační faktor při rozhodování pro léčbu či abstinenci je těhotenství a zda je to u většiny žen faktor rozhodující. Vzhledem k malému počtu respondentek nemohu výsledky zobecňovat, nicméně uvedu nejdůležitější poznatky, které můj výzkum přinesl.

Ani jedna z klientek se nerozhodla léčit ihned, jak se o těhotenství dozvěděla. Přestože většina (3 ze 4) klientek užívala drogy také během těhotenství, všechny klientky se nakonec rozhodly své dítě si ponechat a postarat se o něj. Většinou v pozdějším období těhotenství plánovaly, jak své dítě zabezpečí a co všechno je potřeba zařídit. Zároveň pouze z odpovědí jedné klientky bylo patrné, že na ni byl vyvíjen tlak, aby změnila svůj životní styl a šla se léčit, ostatní tři klientky k tomuto rozhodnutí dospěly postupem času samy a dobrovolně. Z těchto poznatků se domnívám, že těhotenství opravdu v každé ženě vyvolá nějakou změnu a dříve či později se objeví mateřský pud, který ženu „přesvědčí“ o tom, že mít dítě a starat se o něj je „normální“ a možná i příjemné. Těhotenství se tedy dá považovat za silný motivační faktor při rozhodování pro léčbu.

Před zahájením výzkumu jsem předpokládala, že těhotenství by mohlo být vhodný obdobím, kdy by pracovníci v adiktologických službách měli na klientky z hlediska práce s motivací ke změně životního stylu působit velmi intenzivně. Tuto domněnku se mi nepodařilo zcela potvrdit. Z odpovědi jedné klientky jsem zjistila, že práce pracovnice Kontaktního centra k vhodnému rozhodnutí skutečně přispěla. A to u klientky do té doby nemotivované, nerozhodné. U ostatních mých respondentek zase lze vyčíst, že velmi důležitá je podpora rodinných příslušníků, či partnerů, kteří mohou dle mého názoru zastávat funkci jakéhosi náhradního odborného pracovníka a klientky v motivaci a změně podpořit.

Domnívám se, že těhotenství jako motivační faktor, bude mít rozdílný vliv na mladé, začínající uživatelky, kterým drogy ještě více dávají, než berou a na starší uživatelky, které už s drogami mají spojené nepříjemné důsledky, které samy pociťují. Tuto domněnku však výzkum jednoznačně nepotvrdil. Klientka nejstarší, s nejdelší drogovou kariérou sice uváděla, že děti jsou silnou motivací a že se určitě rozhodla léčit kvůli nim, ale druhá nejstarší klientka se zase jevila jako nejméně

motivovaná. Vysvětlit tento jev podle mého názoru lze zaprvé tím, že u uživatelék je stejně jako u žen z „nedrogové“ populace mateřský pud rozdílný a individuální. Zadruhé tato jediná klientka neměla podporu nikoho blízkého, což by také mohlo hrát v procesu změny a léčby roli.

Uvědomila jsem si, že výzkum by bylo lepší provádět delší dobu a pokusit se zkontaktovat ještě více zařízení, např. i takové, kterých se vysloveně nespécializují na práci s těhotnými a matkami s dětmi.

Po realizaci výzkumu mohu říci, že těhotenství by skutečně mohlo být vhodným a důležitým obdobím pro práci na změně.

Tuto práci bych ráda použila jako koncept pro diplomovou práci při dalším, magisterském studiu oboru adiktologie. Při dalším zpracování tohoto tématu by mohlo být zajímavé zaměřit se například na počet žádostí o léčbu u těhotných uživatelék a netěhotných uživatelék ve stejném věku a se stejnou dobou užívání návykových látek.

8 POUŽITÉ ZDROJE

Literatura:

Čihař, M. (2009). Novorozenec drogově závislé matky. In Preslová, I., Maxová, V., (eds). (2009). *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, o.s.

Dobiášová, D., Broža, J., Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.

Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In Preslová, I., Maxová, V. (eds). (2009). *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, o.s.

Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Budka.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál.

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing, a.s.

Kalina, K. (2008). Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing, a.s.

Křejiřová, D., Langmeier, J. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Maršál, K. (2006). Toxické vlivy v těhotenství. In Čech, E., Háje, Z., Maršál, K., Srp, B., et al. (2006). *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN.

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

Motyčková Pětrošová, V., Sociálně-právní aspekty práce s uživatelkami drog-matkami. In Preslová, I., Maxová, V. (eds). (2009). *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, o.s.

Nakonečný, M. (2004). *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia.

Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.

Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP.

Parker, S. (2007). *Lidské tělo*. Praha: Euromedia group.

Schmidová, T. (2009). Sociální práce v porodnici s matkou s abusem drog. In Preslová, I., Maxová, V. (eds). (2009) *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, o.s.

Srp, B. (2006). Fyziologický porod. In Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B., et al. (2006). *Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Šamánková, M. (ed.). (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Tošner, J. (2006). Celková životospráva a pracovní zařazení ženy v těhotenství. In Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B., et al. (2006). *Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Výrost, J., Slaměník, I. (eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Časopisy:

Mitchel, M. M., Severson, S. G. & Latimer, W. W. (2008) Pregnancy and Race/Ethnicity as Predictors of Motivation for Drug Treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 34, 397 – 404. doi: 10.1080/00952990802082172

Wolfe, E. E., Guydish, J. R., Santos, A., Delucchi, K. L. & Gleghorn, A. (2007). Drug treatment utilization before, during and after pregnancy. *Journal of substance use*, 12/1, 27 – 38. doi: 10.1080/14659890600823826

Elektronické zdroje:

Trávníčková, I. (2002). Problémy drogové závislosti v těhotenství. *Kriminalistika – čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi*. Ročník XXXV-2/2002. Staženo 21. 6. 2011.

Dostupné z:

http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2002/02_02/drogy.html

Němec, M. (2011). *Tisková zpráva. Závislým těhotným ženám a matkám s dětmi nabízí*

Prevent pomoc. Staženo 20. 6. 2011. Dostupné z: <http://www.os->

prevent.cz/aktuality/zavislymtehotnymzenamamatkamsdetminabizipreventpomoc

Neonatologie (n. d.). Novorozenecký abstinenční syndrom. *Neonatologie*.

Staženo 12. 6. 2011. Dostupné z:

http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Abstinencni_syndrom.pdf

Sananim (a) (n.d.) Doléčovací centrum pro matky s dětmi. Komu je co určeno.

SANANIM. Staženo 25. 6. 2011. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-\(dc-mat\)/komu-je-dc-mat-urceno.html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-(dc-mat)/komu-je-dc-mat-urceno.html)

Sananim (b) (n.d.) Doléčovací centrum pro matky s dětmi. Co nabízíme. SANANIM.

Staženo 25. 6. 2011. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-\(dc-mat\)/co-nabizime.html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-(dc-mat)/co-nabizime.html)

Sedláčková, Žižková (n. d.). Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v ČR. Drop In. Staženo 15. 6. 2011. Dostupné z:

http://www.dropin.cz/download/odborne_texty/system_pece_o_zeny_uzivajici_navykove_latky.pdf

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Informace o studii a informovaný souhlas

Příloha k bakalářské práci s názvem: Těhotenství jako motivační faktor pro léčbu závislosti na nelegálních látkách.

Autorka práce a výzkumu: Petra Slováčková, studentka oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce je Mgr. Petra Holcnerová.

Cílem práce je zjistit jak silný motivační faktor pro rozhodnutí k léčbě je těhotenství a zda je těhotenství a mateřství rozhodujícím faktorem pro motivace k léčbě.

Účast ve výzkumu znamená časové zatížení v délce přibližně 20 minut. Použitou výzkumnou metodou bude polostrukturovaný rozhovor. Účastí ve výzkumu nehrozí žádné zdravotní ani bezpečnostní či jiné riziko.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodla zúčastnit výzkumu, který je součástí bakalářské práce - Těhotenství jak motivační faktor pro léčbu závislosti na nelegálních látkách - a to svobodně, po zralém uvážení a jsem si toho vědoma.

Autorka výzkumu se zavazuje, že poskytnuté informace neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům, budou zpracovány objektivně. Údaje o účastníkovi výzkumu budou zpracovávány anonymně.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že autorka práce, která mi poskytla poučení, mi osobně vysvětlila vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděla.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a souhlasím s účastí v tomto výzkumu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá strana obdrží po jednom. Souhlas nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Datum:

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

Jména autorky výzkumu:

.....

Podpis autorky výzkumu:

.....

Jméno a příjmení účastníka výzkumu:

.....

Podpis účastníka výzkumu:

.....

Příloha č. 2 – Rozhovor

Okruhy otázek pro rozhovor k bakalářské práci:

1. Co Vás napadlo jak první, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?
2. Jak jste vnímala/vnímáte své těhotenství, pokud jde o rozhodování léčit se/abstinovat? Hraje/hrálo důležitou roli při tomto procesu?
3. Kdy jste se rozhodla léčit/abstinovat? Bylo to ihned, jak jste zjistila, že jste těhotná?
4. Užívala jste drogy i během těhotenství?
5. Věděl o Vašem užívání a zároveň těhotenství někdo z Vašeho blízkého okolí (rodiče, partner)? Jaké byly reakce poté, co jste jim oznámila, že jste těhotná?
6. Rozhodnutí jít se léčit byla Vaše svobodná volba, nebo na Vás někdo z blízkých vyvíjel tlak?
7. Můžete mi povědět něco o změnách, které jste v těhotenství prožívala?? (v souvislosti s drogami, hodnotovým žebříčkem, motivací ke změně rizikového životního stylu)
8. Plánovala jste, jak zabezpečíte Vaše dítě v budoucnosti? (např. nákup dětských potřeb, oblečení, finanční zabezpečení pro dítě, vhodné ubytování, hlídání dítěte, když si potřebuje matka něco vyřídit...)