

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Disertační práce

2009

Mgr. Blanka Žižková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Sociodemografické a osobnostní charakteristiky závislých těhotných
žen a matek na návykových látkách**

Disertační práce v oboru:
Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí,
dospělých a seniorů

Autor: Mgr. Blanka Žižková
Školitel: doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

Rok 2009

ABSTRACT

Substance use of pregnant women and mothers is a serious social problem that is discussed recently.

This Ph.D. thesis has two main parts. The theory describes specific features of addiction of women, causes and models of addiction formation, negative impact of substance use on the progress of pregnancy. A special attention is paid to personal features of substance users and to the system of health and social care provided to pregnant women and mothers in the Czech Republic.

The practical part consists of two research phases with the aim of exploring social and demographic relation of the abuse within women and identification of some specifics in personal characteristics.

The first phase was performed through qualitative research; the second one was performed through quantitative research.

The most important results of the first phase revealed that neither pregnancy nor motherhood is a motivation for pregnant women to abstain. The majority of mother used drugs during their pregnancy although they were aware of its negative impact on the child. Pregnancy was usually unplanned; half of women from our sample underwent a termination of pregnancy some of them repeatedly. Many of women within our sample reported domestic violence and sexual abuse; they also reported alcohol or drug addiction of their parents. Most of them had an experience with abuse of the methamphetamine (pervitine) and heroin combined with various substances. They reported frequent attempts to search drug treatment. They also smoke tobacco and used alcohol excessively. Active users were in greater risk of suicidal behaviour in comparison with abstaining women.

The second phase revealed that addicted mothers are more neurotic with lowered friendliness related to thoughtfulness and willingness to help; they are less open and sensitive in comparison with mothers without any addiction. They are less resistant to stress and their coping strategy is usually dysfunctional.

The recommendation to practice is based on an increased support to creation of new treatment facilities aimed at such women. It is important to create treatment programmes in which a mother could be placed with her children.

A quality interdisciplinary cooperation of specialists is also important. Social work with these clients should include counselling as well as complex and intensive psychotherapeutic support within all treatment facilities.

Mothers/women should be tested not only medically and psychologically; bio-psycho-social-spiritual aspect should be taken into account as well.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma Sociodemografické a osobnostní charakteristiky závislých těhotných žen a matek na návykových látkách jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 04.09.2009

.....

Poděkování

Zde na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc., za její odborné vedení a konzultace problémů na této disertační práci. Dále velké díky patří všem ženám, které se na výzkumu podílely, a také pracovníkům v drogových službách, kteří mi umožnili navázat kontakt se závislými matkami. V neposlední řadě patří mé velké díky celé mé rodině a mým blízkým, kteří mě po celou dobu velmi podporovali.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Pojetí závislosti na návykových látkách.....	9
1.1.1 Příčiny závislosti na návykových látkách.....	10
1.1.2 Modely vzniku závislosti.....	10
1.1.3 Užívání psychoaktivních látek v těhotenství	16
1.1.4 Zvláštnosti závislosti u žen, závislost v těhotenství.....	22
1.1.5 Suicidiální chování v těhotenství	25
1.1.6 Některé ze závažných zdravotních komplikací u dětí narozených závislým ženám	31
1.2 Osobnostní charakteristiky uživatelů drog	33
1.2.1 Pojetí stresu a krize	35
1.2.2 Faktory odolnosti vůči zátěži.....	40
1.3 Zdravotně sociální péče o těhotné ženy a matky užívající návykové látky.....	45
1.3.1 Systém sociální péče o uživatelky drog v České republice	46
1.3.2 Druhy služeb a zařízení v České republice.....	49
1.3.3 Systém péče o závislé těhotné ženy/matky v Dánsku	69
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	74
2.1 Cíl práce	74
2.2. Hypotézy	74
3 METODIKA.....	76
3.1 První etapa výzkumu.....	77
3.2 Druhá etapa výzkumu	78
3.2.1 Osobnostní inventář	78
3.2.2 Inventář Smyslu pro koherenci.....	79
3.2.3 Subškála arousability – dispozičního optimismu.....	79
3.3 Analýza dat.....	80
4 VÝSLEDKY	82
4.1 Výsledky vztahující se k první etapě výzkumu	82

4.1.1	Výsledky výzkumu zjištěných souvislostí mezi suicidiálními tendencemi, abúzem drog a dalšími proměnnými vyskytujícími se u výzkumného souboru žen matek.....	109
4.2	Výsledky ke druhé etapě výzkumu	117
5	DISKUZE.....	136
5.1	Diskuze k prvnímu výzkumnému cíli	136
5.1.1	Diskuze k dílčímu cíli první etapy výzkumu.....	150
5.2	Diskuze k druhému výzkumnému cíli	151
5.2.1	Výsledky k hypotéze Ha1.....	151
5.2.2	Výsledky k hypotéze Ha2.....	152
5.2.3	Výsledky k hypotéze Ha3.....	152
5.2.4	Výsledky k hypotéze Ha4.....	153
5.2.5	Výsledky k hypotéze Ha5.....	154
5.2.6	Výsledky k hypotéze Ha6.....	154
5.2.7	Výsledky k hypotéze Ha7.....	156
7	ZÁVĚR	159
8	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	163
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	165
10	KLÍČOVÁ SLOVA	180

ÚVOD

Ačkoliv v současné světové literatuře nepatří otázky spojené s užíváním drog v situaci těhotenství k tématům zcela novým, odborníci z České republiky se v domácích podmínkách s tímto fenoménem setkali v plné šíři až po roce 1989. V té době se drogová scéna zásadním způsobem proměnila jak v rozšíření spektra užívaných látek o řadu nebezpečných drog s vysokým závislostním stupněm, tak také nárůstem počtu uživatelů obou pohlaví. U žen uživatelek se pak následně objevil další problém a tím je negativní zdravotní dopad návykových látek na těhotenství a mateřství.

Pozornost výzkumu se logicky zaměřila na vývoj plodu a jeho případná somatická a psychická poškození vzniklá v prenatalním, případně perinatálním období včetně psychosociálních problémů spojených s maladjustací a s poruchami socializace, s nimiž se děti těchto matek musejí v rané fázi svého života potýkat.

Změny na drogové scéně signalizují, že ačkoliv nejde o jev, který se řídí vlastní zákonitostí, příčiny, disproporce a specifika v užívání drog ženami představují relativně samostatný předmět poznání.

V souvislosti s tímto novým fenoménem vznikají nová zařízení pro drogově závislé těhotné ženy a matky, která poskytují péči nejen jim samotným, ale také jejich dětem.

Jelikož se v České republice jedná o dosud nepřilíš probádaný jev, cílem této práce bylo zmapovat sociodemografické souvislosti této skupiny žen, zaměřit se také na jejich osobnostní charakteristiky a navrhnout možná řešení a doporučení pro praxi, na základě nichž by byla péče o ně prohloubena a zkvalitněna.

Těmto ženám by proto měla být věnována nejen mimořádná pozornost, ale také nabídnuta specifická zdravotně-psychologicko-sociální intervence, jejímž hlavní cílem by měla být abstinence matky a její následná podpora při získávání schopnosti zapojit se do pečovatelského procesu o své dítě.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Pojetí závislosti na návykových látkách

Celospolečensky závažný fenomén, závislost na návykových látkách, definuje komise expertů Světové zdravotnické organizace (Nešpor, 2007, s. 10–11) jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil nejvíce. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“.

Definitivní diagnóza závislosti se obvykle stanovuje pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více následujícím jevům:

- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení či množství látky;
- pokud se objeví somatický odvykací stav při snížení či vynechání dávky;
- silná touha užívat látku;
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, jak somatických, tak psychických;
- postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšení množství času k získání či užívání látky nebo k zotavení z jejího účinku (Nešpor, 2007).

Psychoaktivní látkou rozumíme přírodní či syntetickou látku, která má psychotropní efekt a při kontinuálním užívání vede k psychické či fyzické závislosti. V populaci jsou nejrozšířenější drogy, alkohol, tabák a kofein.

Abúzus drog, tedy opakované užívání psychotropních látek (chronické užívání), je popisován asi u 6 % populace. Ženy v produktivním věku tvoří značnou část této skupiny.

Psychoaktivní látky působí na organismus psychostimulačně – vyvolávají stavy euforie, zrychlují psychomotoriku, a psychoinhibičně – potlačují úzkost a depresi, snižují psychomotoriku a působí desinterakčně (vyvolávají iluze a halucinace).

Tyto látky jsou aplikovány do organismu různými způsoby (per os, intravenózně, inhalačně – kouřením, čicháním či šňupáním).

Drogy se třídí do kategorií dle somatického a psychického účinku. Základní rozdělení drog je na legální (alkohol, tabák, kofein) a nelegální (sedativa, stimulancia, halucinogeny, opiáty, organická rozpouštědla).

1.1.1 Příčiny závislosti na návykových látkách

V současnosti převažuje mezi odborníky názor, že příčiny drogové závislosti jsou komplexní. Multifaktorální podmíněnost zahrnuje patogenní faktory ze sféry biologické, psychologické a sociální. K základním faktorům ovlivňujícím vznik závislosti na droze jsou nejčastěji řazeny:

1. Faktory farmakologické – drogy, tj. přírodní a chemické látky, léky apod., zneužívané pro specifické účinky na psychiku člověka. Důležitá je i dostupnost drogy. Právě s ohledem na dostupnost a společenskou přijatelnost jsou nejvíce užívanými drogami alkohol a nikotin. Droga je pro jedince tím nebezpečnější, čím více mu podle jeho mínění dává.
2. Faktory somatické a psychické seskupené v osobnosti s jedinečným fyzickým i psychickým vybavením. V současné době zatím nebylo potvrzeno, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. U někoho se rozvíjí závislost na základě psychologických problémů, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby a rituály vztahující se k užívání drog či alkoholu (Trávníčková, 1999).

1.1.2 Modely vzniku závislosti

Obecné charakteristiky vzniku, vývoje a udržování závislosti popisuje řada modelů v rámci vědních oborů – jako například psychologie, biologie nebo sociologie.

Počátkem 70. let 20. století představil E. Urban svůj interakční čtyřstěn drogové závislosti. Předpokládá existenci čtyř vzájemně propojených typů faktorů:

1. Faktory farmakologické se vztahují k vlastnostem a účinkům drogy.
2. Somatické a psychické faktory zahrnují tělesné a duševní předpoklady jedince ke vzniku drogové závislosti, např. dědičné odchylky metabolismu mozku, osobnostní vlastnosti.
3. Faktory environmentální obsažené v sociálních útvarech, v nichž jedinec vyrůstá, tj. v rodině, v partě vrstevníků, případně v určitých povoláních (zdravotníci, hudebníci, číšníci aj.).
4. Precipitujícími faktory se mohou stát náročné, krizové životní situace (rodinné, pracovní problémy atd.) (Zášková, 2004).

Přes proměnlivost těchto faktorů lze je u každého jednotlivého případu postihnout všechny.

S podobnými faktory pracuje také J. Presl, který uvádí spolupůsobení: 1. osobnostních charakteristik (vrozených i získaných v průběhu socializace); 2. vlivů prostředí (strukturně a funkčně narušená rodina, hyperprotektivní chování matky aj.); 3. dostupnost drogy a její charakteristiky (společensky tolerované legální návykové látky jako léky, alkohol a tabák) (Presl, 1994).

Vzhledem k zaměření této studie bude pozornost věnována pouze faktorům osobnostním.

Pravděpodobně nejcitovanější model vytvořil B. Wallace (cit. podle Rotgers, 1999), který dává do souvislosti čtyři dimenze, podle nichž model nese název „bio-psycho-socio-spirituální model závislosti“.

A) Dimenze biologická

Význačné výzkumy ukázaly, že mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Podařilo se identifikovat důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony, ve značné míře byly prozkoumány také procesy, které se též účastní presynaptické a postsynaptické neurotransmise informací (Rotgers, 1999). Alkohol a jiné drogy vstupují do chemického prostředí mozku a následkem jsou podstatné pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování. Hodnota různých drog

pravděpodobně záleží na jejich schopnosti navodit změny v chemických procesech mozku (Rotgers, 1999).

Například látky se stimulujícím účinkem zvyšují vyplavení dopaminu, zvyšují jeho nabídku na postsynaptická vazebná místa, což se projevuje v pocitech euforie, vzrušení a bdělosti. Zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což posléze vede k vyčerpání tohoto efektu, přičemž dojde ke zvratu v opačné pocity, které se pak rozvíjejí v potřebu další stimulace a jsou základem cravingu. Takovéto užívání drog je jaksi na dluh, který se neblaze později projeví v depresivních náladách a komplexu odvykacích stavů (Kudrle, 2003).

Za biologické faktory ovlivňující dispozice vedoucí k užívání návykových látek můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte, např. zda matka sama užívala v době těhotenství návykové látky a zda se plod setkával s účinky těchto látek ještě před narozením. Důležité jsou také okolnosti porodu, které vedly lékaře k předepsání psychotropních tlumivých látek matce v době porodního stresu, díky nimž může dojít k neurobiologickému ovlivnění. Též je jistá důležitost spatřována v celém psychomotorickém vývoji dítěte a poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších traumatizujících faktorů (Kudrle, 2003).

B) Dimenze psychologická

Výše uvedené změny v chemismu mozku a v mozkových procesech se sdružují s dalšími výraznými poruchami nálady a emocí. Příkladem je častá konzumace alkoholu ve vysokých dávkách, která může vést k depresi a úzkosti. Pacienti, kteří jsou přijati do protialkoholní léčebny, pravidelně na počátku léčby vykazují na počátku depresivní a anxiózní stavy, které u většiny z nich mizí na přelomu třetího až čtvrtého týdne léčby. Tyto symptomy jsou často vyvolány farmakologicky. Bludný kruh je pak způsoben tím, že pití alkoholu na jedné straně tyto nepříjemné stavy způsobuje, ale také zmírňuje. Další negativní psychologické důsledky nejsou přímo vyvolány farmakologickým působením alkoholu a návykových látek, ale jsou spíše výsledkem životního stylu u těchto osob. Alkoholici například často trpí problémy v sebehodnotících postojích. Tyto stavy mohou předcházet aktivnímu alkoholismu, ale je pravděpodobné, že negativní sebehodnocení závislých na alkoholu ve

velké míře vyplývá např. ze studu a rozpaků z opilosti na veřejnosti, ze zadržetí pro řízení v opilosti, z pocitů viny za ztrátu zaměstnání, partnerů apod. Navíc se u mnoha alkoholiků může objevovat problém s identitou a sebe porozuměním, které často přímo pramení z opakovaného konfliktu mezi morálními hodnotami střízlivé osobnosti a jejím jednáním v intoxikaci. Negativní psychologické důsledky drogové závislosti zahrnují nízké sebehodnocení, zlost, grandiozitu a zášť vůči ostatním. Obranné mechanismy se projevují jako popření, racionalizace, projekce, zlehčování problému, vyhýbání se pocitům zodpovědnosti apod. Dalším negativním projevem jsou hostilita, výrazná sebelítost, přecitlivělost, nedostatek sebevědomí, nízká frustrační tolerance, různé obavy atd. (Rotgers, 1999).

S. Kudrle (2003) vychází z výzkumů, které popisují vliv psychogenních faktorů již v období prenatálního a perinatálního období. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. Příkladem může být stresové prožívání těhotenství, ve kterém dochází k přenosu informace o tomto stresu na plod. Jestliže matka začne užívat na zmírnění stresu tlumivé látky, přenesou se i tato informace na plod a vytvoří tím jakýsi imprint, vtisk, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívání stresu. Tento kód tak „dřímá“ a může být oživen v postnatálním období dítěte. Pokud dojde k aplikaci stejné látky u jejího potomka, zažije sice nový, ale zároveň již dávno poznáný efekt a tato pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku. Významným faktorem je také úroveň postnatální péče, vývoj a diferenciací potřeb dítěte, jejich přiměřené uspokojování. V dalším vývoji je to podpora v době dospívání, v krizi hledání identity a v neposlední řadě adekvátní pomoc v případech, kdy se objevuje patologie nejrůznějších duševních poruch, jako jsou deprese, úzkost, psychotické onemocnění. Pokud pomoc z vnějšku není dostatečná, bývá to právě počátek sebemedikace, která vede později k rozvoji abúzu a vzniku závislosti (Kudrle, 2003).

Závislost na návykových látkách a jejich dlouhodobé užívání může vytvořit tzv. organický psychosyndrom, který se projevuje změnou osobnosti vyvolanou poškozením mozku.

Dochází k deformaci emočního prožívání, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům. V kognitivní oblasti je zhoršena schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a nakonec může dojít až k demenci. Pod vlivem drogy může být člověk extrémně aktivován, nebo je naopak neschopen jakékoliv aktivity. U závislého se také mění hierarchie hodnot, která ovlivňuje i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle k překonání potíží, s nimiž je užívání drogy spojeno, není schopen potřebného sebeovládání. Dochází u něj ke změně životního stylu, droga jej výrazně ochuzuje. Jeho život se nakonec stává značně redukováným stereotypem. Život závislého je zaměřen na získávání drogy a obstarávání finančních prostředků pro její nákup a tyto aktivity se neustále stereotypně opakují. Závislému člověku nakonec zbývá jenom droga, okolí pro něj nemá význam. Dochází k úpadku osobnosti závislého, který si v některých případech toto uvědomuje, což má za následek zhoršování jeho sebehodnocení. Dlouhodobé užívání drog může vyvolat i závažné poruchy psychického charakteru, které vznikají jako důsledek nadužívání psychoaktivní látky (Vágnerová, 1999). Psychotická porucha je charakterizována halucinacemi, záměnou osob, bludy, psychomotorickými poruchami a abnormními emocemi (Nešpor, 2000).

Užívání návykových látek se často klade do souvislosti se sebevražděným jednáním, jak v podobě rizikového faktoru, tak jako akcelerátor sebevražděného jednání (Sebevraždy, 2006). Minimálně 50 % těch, kteří mají sebevražděné sklony, trpí depresí (Češková, Kučerová, 2006).

C) Dimenze sociální

Dimenze sociální se týká vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně působí na jeho vývoj negativně. Alkoholici a jiní drogově závislí se též musí potýkat s nárůstem sociálních problémů. Nejprve obvykle trpí závislostí svého člena rodiny nejbližší. Manželství závislých jsou často narušována frustrací, zlostí ústící v nenávist, strachem, zklamáním očekáváními, pocity viny, lítostí, depresi, beznadějí a bezmocí. Tento intenzivní emocionální stres a nespokojenost jsou charakteristické pro většinu vztahů závislých osob a také často vedou k opakovanému užití drogy, ve které postižení hledají

úlevu. Dalším z důsledků závislosti je ztráta dovedností potřebných pro řešení nastalých konfliktních situací a k udržení intimních vztahů. Je postižena celá rodina, včetně dětí, které na negativní prostředí reagují různým způsobem (delikvence, potíže s učením, nedostatek sebevědomí, vlastní problémy s pitím či drogami) (Rotgers, 1999).

Mezi další problémy vyplývající ze závislosti patří potíže v zaměstnání, finanční problémy, rozpory se zákonem, zadržení a uvěznění, odmítání společností a jiné formy stigmatizace, pokles sociálního statusu, problémy s přijetím identity a sociálních rolí, ztráta společenského postavení. S těmito sociálními důsledky jsou spjaty nespokojenost a stres, které vedou k deterioraci závislých a k dalšímu užívání drog (Rotgers, 1999).

Závislost na návykových látkách má velice významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

Závislý jedinec se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí i své rodiny. Přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání, případně do školy. Hodnota drogy je pro něj natolik silná, že pro její získání je ochoten krást, prostituovat se apod. Dalším běžným důsledkem drogové závislosti je trestná činnost (Vágnerová, 1999).

V naší společnosti se objevuje tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. Člověk užívající drogy získává nálepku narkomana, který není z hlediska společnosti přijatelný. Není schopen překonat bariéru nedůvěry a odmítání, svět je z jeho hlediska pro něj příliš složitý, nepříjemný a nepřátelský. Zažívá pocity nejistoty, reaguje úzkostí a potřebou obrany, která vyústí k opětnému užití drogy (Vágnerová, 2004).

Dochází k narušení vztahů ve vlastní rodině, rodina se snaží kontrolovat konzumaci drogy, činí opakované pokusy přimět své dítě k abstinenci, v rodině se střídají optimistické fáze nové důvěry a zklamání. Za určitou dobu rodinní příslušníci ztrácejí důvěru a rezignují. Drogově závislý jedinec se stává pro rodinu přítěží, zatěžuje ji. Pokud z domova odchází, ztrácí sociální zázemí a stává se bezdomovcem (Vágnerová, 2004).

Pokud se zaměříme na sociální aspekt dopadu užívání návykových látek ve vztahu k ženám/matkám, hlavní problém je narušení vztahu vůči svému dítěti a neschopnost se o dítě starat. V případě, že žena závislá na drogách otěhotní, bývá zcela zákonitě, že pokud dojde k jejímu „odhalení“, následují opatření pracovníků orgánu sociálně právní ochrany

dítěte. Tato opatření představují většinou stanovení předběžného opatření a dítě je svěřeno buď do péče prarodičů, nebo do ústavní péče.

Dalším sociálním aspektem závislosti u žen, se kterým se můžeme setkat, je poskytování sexuálních služeb za úplatu (Hans, 1999). EMCDDA informuje, že ženy v Evropské unii – uživatelky drog – si finanční prostředky opatřují díky „sexuálnímu průmyslu“, a to až v 60 % (EMCDDA, 2000).

D) Dimenze spirituální

Spiritualita je poslední dimenzí modelu nemoci s bio-psycho-socio-spirituálními následky. Nadměrné užívání drog u mnoha lidí vrcholí v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života. Morální hodnoty se mohou zkompromitovat nevypočitatelným chováním, nutkáními a motivacemi v intoxikaci. Nejistota a zmatek poznamenává s prohlubující se závislostí poznatky o sobě samém, přesvědčení o osobních cílech a způsobech jejich dosažení. Při terapii mnoho alkoholiků popisuje hrozné pocity vnitřní prázdnoty a ztráty smyslu, které charakterizují období aktivního pití. Pocit zoufalství je častým důsledkem alkoholismu, ale také podnětem k dalšímu pití. Nic nemůže vnitřní prázdnotu závislých naplnit stejně jako alkohol a drogy. Nevadí ani, že stály na počátku zoufalství duchovní prázdnoty, odcizení a utrpení, neboť mají schopnost tyto nepříjemné stavy rychle „napravit“. Tato „náprava“ je samozřejmě vždy jen dočasná a po ní obvykle následuje ještě větší stres. Aktivní alkoholici a závislí se však nezabývají „trestem“, který přichází se zpožděním. Okamžitá úleva od nepříjemných stavů je vede k tomu, že se rozhodují v rozporu se svými zájmy (Rotgers, 1999).

1.1.3 Užívání psychoaktivních látek v těhotenství

Kromě alkoholu a nikotinu, jako zástupců společensky tolerovaných drog, jsou nejčastěji užívanými drogami v populaci těhotných žen heroin (diacetylmorfin) a pervitin (metamfetamin).

Plod je chráněn před působením léčiv přítomných v mateřské krvi dvěma způsoby. Placenta je nejen semipermeabilní bariérou, ale i zároveň místem, kde probíhá metabolismus některých léčiv, která putují placentou. Ve tkáni placenty probíhá celá řada metabolických reakcí, jimiž je metabolizován například ethanol. Léčiva, která prostoupí

placentou, se dostávají pupeční žilou do cirkulace plodu; 40–60 % krve přicházející pupečnickovou žilou se dostává přímo do jater plodu, zbytek obchází játra do systémové cirkulace plodu. Léčiva, která jsou krví dopravena do jater plodu, zde mohou být metabolizovaná dříve, nežli se do systémové cirkulace plodu vůbec dostanou. Navíc se může podstatná část léčiva vracejícího se do placenty pupečnickovou arterií dostávat zkratem přes placentu zpět pupeční žilou a tím opět do jater plodu (Syme et al., 2004).

K nejčastěji užívaným legálním drogám v průběhu těhotenství patří: a) alkohol, b) nikotin, c) kofein, d) léky, e) těkavé látky.

Mezi užívané nelegální drogy patří: f) opioidy, g) halucinogeny, h) stimulantia.

Ad a) Užívání alkoholu v těhotenství

Výzkumy ukázaly, že i jen malé dávky alkoholu konzumované během těhotenství mohou velmi vážně poškodit plod. V těle těhotné ženy není alkohol dopravován jen ke všem orgánům a tkáním, ale též k placentě, kde snadno prochází přes membránu oddělující mateřský a plodový krevní systém. Touto cestou je alkohol dopravován přímo k plodu a ke všem jeho vyvíjejícím se tkáním a orgánům. Pokud pije těhotná žena alkoholické nápoje, koncentrace alkoholu v krevním řečišti nenarozeného dítěte je stejná jako v jejím. Avšak na rozdíl od matky játra plodu nedokážou odbourávat alkohol stejnou rychlostí jako dospělý jedinec, u kterého tato rychlost dosahuje hodnot 0,085–0,1 g alkoholu na 1 kg tělesné hmotnosti za 1 hodinu. Vysoké koncentrace alkoholu proto zůstávají v plodu déle, často více než 24 hodin. Ve skutečnosti koncentrace alkoholu v krvi nenarozeného dítěte je během druhé až třetí hodiny po jeho konzumaci dokonce vyšší než u matky (Davis, 2003; Chang et al., 1999, Sedláčková, Žižková, 2007).

I přesto, že informace o škodlivosti alkoholu v průběhu těhotenství je dobře známá, je užívání alkoholu v tomto stavu stále závažnějším problémem. Výzkumy uvádějí, že zhruba 20–25 % žen v průběhu těhotenství pije alkohol, přestože dosud není přesně známo, nakolik může být i malá dávka alkoholu nebezpečná (Chang et al., 1999).

Výzkum zabývající se zdravím matky a dítěte, který proběhl v polovině devadesátých let na území USA (The National Maternal and Infant Health Survey, 1995), navíc přinesl také demografickou charakteristiku matek, které mají v těhotenství problémy s alkoholem.

Nejčastěji jsou to bělošky, vdané, s vyšším vzděláním a vyšším příjmem (CDC, 1995). Řada jiných studií upozorňuje ovšem spíše na to, že užívání alkoholu v těhotenství je často spojeno spíše s chudobou a nižším sociálním statutem.

Ad b) Užívání nikotinu v těhotenství

Existuje pevné spojení mezi kouřením tabáku a růstovou retardací plodu. Kouření zpomaluje fetální růst, porodní váha je redukována u dětí kuřáček o 150–300 g. Kouření také zvyšuje riziko úmrtí plodu i novorozence, spontánního potratu, vrozených malformací a syndromu náhlého úmrtí (Yu et al., 2002).

Vliv kouření na plod je závislý na dávce, počtu cigaret, ale také dlouhodobý pobyt v zakouřeném prostředí představuje určité riziko. Kouření může přispět asi ve 14 % k předčasnému porodu. Ženy, které přerušily kouření před třetím trimestrem, měly nižší podíl růstové retardace ve srovnání s těmi, které kouřit nepřestaly. Přestane-li těhotná kouřit v 7.–8. měsíci, je patrný kladný efekt na fetální růst. Účinky pasivního kouření ukazují zvýšenou frekvenci respiračních infekcí u dětí exponovaných v tomto prostředí. Dle dostupných údajů kouří v době těhotenství přibližně 20–25 % žen (Tyler, 2000).

Faktory spojené s větší pravděpodobností kouření v těhotenství jsou: nižší socioekonomický status, nižší úroveň vzdělání, nižší věk, deprese a stres (Fingerhut et al., 1990).

Ad c) Užívání kofeinu v těhotenství

Nejčastěji zneužívané stimulační drogy jsou legální a všudypřítomné – káva, čaj a tabák. Kofein je jednou z nejvíce užívaných drog na světě vůbec. Byla provedena řada studií, avšak žádná neprokázala škodlivé účinky konzumování kávy v průběhu těhotenství. Za obecně zdraví škodlivou se považuje extrémní konzumace 6–8 šáleků kávy denně (množství odpovídá konzumaci více než 300 mg kofeinu denně). V těhotenství by takovéto množství mohlo být příčinou nižší porodní hmotnosti (Vavřínková, Binder, 2006).

Studie 2 967 těhotných žen, prováděná v USA v letech 1988 až 1992 (Dlugosz et al., 1996), se zaměřila na vliv pití nápojů obsahujících kofein (káva, čaj a některé sycené nápoje) na riziko spontánního potratu. Výsledek této studie ukázal, že pití tří a více šáleků

nápojů s obsahem kofeinu v průběhu prvního měsíce těhotenství výrazně zvyšuje riziko spontánního porodu. Bylo také prokázáno, že v raném stadiu těhotenství kofein toto riziko zvyšuje dokonce více než alkohol či cigarety.

V Jugoslávii prováděná studie (Vlanijac et al., 1997) 1 011 žen poukázala na to, že příjem více než 71 mg kofeinu denně je spojen s výrazným snížením porodní váhy novorozence.

Ad d) Užívání psychofarmak a léků v těhotenství

Nejčastěji používanou skupinou jsou benzodiazepiny, které jsou součástí celé řady léčiv jako například diazepam, valium, nitrazepam, rohypnol atd. Používají se jako anxiolitika nebo léky na spaní. Jsou návykové a může je předepsat jen lékař. Z výzkumů, které se uskutečnily v USA, bylo zjištěno, že 30–40 % žen užívá v době těhotenství benzodiazepiny (Mc Elhatton, 1994), z čehož vyplývá, že negativní dopady léků na těhotenství jsou ženami podceňovány.

Při těhotenství látka prochází placentou k plodu a poškozuje ho, zvyšuje se riziko deformací mozku a nervového systému. Výsledky většího počtu studií poukazují také na negativní dopad léků tisících bolest, jako jsou morfin nebo kodein, na plod. I v tomto případě dochází k poškození plodu, například poruchám dýchání. U dětí se také častěji mohou vyskytovat tříselní a pupeční kýla, rozštěpy, deformace obličeje a malformace srdce (Olofsson, 2005; Sedláčková, Žižková, 2007).

V průběhu těhotenství v rámci substitučního programu mohou ženy užívat (pod lékařskou kontrolou) metadon, případně buprenorfin (více viz kapitolu 1.3.2).

Ad e) Užívání těkavých látek v těhotenství

Tuto skupinu charakterizují organická rozpouštědla, ředidla, lepidla, čisticí prostředky, barvy a laky. Poměrně rozšířenou látku u nás reprezentuje především toluen, který se inhaluje různými způsoby. Účinná dávka toluenu je několik mililitrů. Účinek se dostavuje během několika minut a odezní během několika desítek minut. Vdechování působí poruchu vědomí, obluzení provázené živými barevnými halucinacemi. Při delším zneužívání dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě,

agresivitě, ztrátě zájmu a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, daný působením látky na mozkovou tkáň. Často dochází k toxickému poškození jater a ledvin; k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest (Wilkins-Haug, Gabow, 1991; Sedláčková, Žižková, 2007).

Vzhledem k tomu, že všechny těkavé látky mohou proniknout placentou do fetálního oběhu, je zde nesmírné riziko poškození plodu. Mohou se vyskytovat malformace plodu, jeho opožděný vývoj, výskyt mentální retardace. Děti narozené uživatelkám těchto látek jsou ohroženy vyšším rizikem kojenecké mortality, syndromem náhlého úmrtí kojence a poporodním útlumem dýchacího centra. Dále hrozí toxické poškození detoxifikačních orgánů. Po porodu se mohou objevit abstinenční příznaky (Tyler, 2000; Sedláčková, Žižková, 2007).

Ad f) Užívání opioidů v těhotenství

Za opioidy se souhrnně označuje skupina látek, jejichž farmakologické účinky jsou podobné opiátům (Doyle et al., 2004).

Jedním ze zástupců skupiny opioidů je heroin. U dětí závislých matek je pozorován zvýšený výskyt vrozených vad, samovolných potratů, chudokrevnosti, růstových retardací a fetální abstinenční syndrom. Také výskyt komplikací při těhotenství není zanedbatelný. Objevuje se častější perinatální mortalita, hypertenze, systémové infekce a sexuálně přenosné infekce u matek (Huttová, Drobná, 1999; Hulse et al., 1998).

U matek závislých na opioidech se také ve zvýšené míře vyskytují infekční choroby (zvláště pokud si závislí mezi sebou vyměňují jehly), tvorba abscesů, endokarditida, žloutenka a HIV (Mitchell, 1995; Fischer, 2000).

Ad g) Užívání halucinogenů v těhotenství

Halucinogenní drogy představují širokou skupinu přírodních i syntetických substancí. K přírodním halucinogenům patří látky obsažené v různých druzích hub, kaktusů a divokých i kultivovaných bylin. Ze syntetických halucinogenů je nejznámější LSD.

V nižších dávkách působí pouze euforii, zvýšenou vigilitu a vyvolává změnu vnímání. Při dávkách 100–300 mikrogramů se dostávají halucinace, mohou být nepříjemné

s úzkostnými a depresivními epizodami. Stav intoxikace může nabýt hloubky, závažné toxické psychózy. Abstinenční příznaky se u halucinogenů neobjevují, novorozeně však může být neklidné či plačtivé (Tyler, 2000; Sedláčková, Žižková, 2007).

Ad h) Stimulační drogy v těhotenství

K ilegálním drogám této kategorie patří především kokain a dále syntetické látky, zejména amfetamin a jeho deriváty. V České republice je nejznámější drogou pervitin a taneční droga – extáze.

Kokain snižuje průtok krve pupečnickem a placentou a tím výrazně snižuje přívod kyslíku a výživných látek k plodu, což vede k růstové retardaci, krvácení do mozku nebo poškození plodu. Objevuje se také výrazné riziko vzniku vážných komplikací během těhotenství a porodu, které mohou vyústit až v předčasný porod nebo spontánní potrat. Kokain způsobuje deformace plodu, poruchy srdce a řadu infekcí. Dále se objevuje větší riziko výskytu neurologických symptomů, jako jsou podrážděnost, neklid, třes, větší svalové napětí, křeče (Olofsson, 2005; Tronick, Beeghly, 1999; Hulse et al., 1997, Sedláčková, Žižková, 2007).

Amfetaminy mají podobný psychostimulační účinek jako kokain. Do této skupiny patřily v minulosti léky na hubnutí jako fenmetrazin nebo dexfenmetrazin (Tronick, 1999). V naší drogové sféře získal oblibu pervitin, který zvyšuje psychickou výkonnost, způsobuje euforii, potlačuje únavu a potřebu spánku. Vyšší dávky mohou způsobit krvácení do mozku a infarkt myokardu. Po skončení užívání se může objevit deprese, úzkost, nejistota, třes apod. Děti závislých matek se většinu rodí předčasně, jsou hypotrofické, podrážděné (Huttová, Drobná, 1999). Mají nízkou porodní hmotnost, objevuje se riziko samovolného potratu, předčasného porodu, zvýšené riziko deformací (Olofsson, 2005; Fanaroff, Martin, 1992). Těhotenství je ohroženo zejména krvácením a předčasným odlučováním placenty. V případě porodu je dítě ohroženo zejména rozvojem plicní hypertenze či krvácením do mozku, a to ještě po několik následných dní (Vavřínková, 2009).

Užívání drog v prvním trimestru zvyšuje riziko vrozených vad. Jiné problémy se mohou týkat opožděného vývoje dítěte. Možné komplikace představuje i skutečnost, že drogová závislost je úzce spojena s ekonomickou a sociální deprivací.

Extáze – MDMA stimuluje centrální nervovou soustavu a vyvolává halucinace. Může způsobit nepravidelnou činnost srdce, vyšší krevní tlak, krvácení a selhání ledvin. Jako následek užívání se setkáváme se vznikem depresí, psychóz a s trvalým poškozením mozku. V současné době zatím není k dispozici dostatečné množství informací o působení látky na vývoj plodu a na průběh těhotenství, ale z výše uvedených reakcí a poškození lze předpokládat, že riziko poškození plodu a vzniku komplikací během těhotenství je vysoké (Olofsson, 2005).

Další zdravotní komplikací vyplývající z problematického životního stylu závislých žen je rizikovější sexuální chování (prostituce, sex výměnou za drogu, sex s jinými uživateli drog) spojené s vyšším rizikem výskytu HIV/AIDS a hepatitidy B a C (Chavkin, Breitbart, 1997).

Nejnovější údaje ukazují, že incidence infekce HIV je mezi injekčními uživateli v Evropské unii nízká. Je však zapotřebí si uvědomit, že v některých členských státech je prokazatelně vysoká míra nových infekcí HIV a v některých sousedních zemích je situace ještě znepokojivější. Největší počet nově diagnostikovaných infekcí je v Portugalsku, Rusku a na Ukrajině. Vysoké míry probíhajícího přenosu mezi injekčními uživateli drog poukazují na potřebu přezkoumat dostupnost, úroveň a rozsah stávajících služeb (EMCDDA, 2008).

Prevalence virové hepatitidy, zejména infekce způsobená virem hepatitidy C (HCV), je mezi injekčními uživateli v Evropě vyšší. Studie mezi mladšími uživateli do 25 let a novými injekčními uživateli drog naznačují, že období pro prevenci infekce HCV je docela krátké, jelikož mnozí se virem infikují na počátku injekčního užívání. Přenos viru hepatitidy B (HBV) mezi injekčními uživateli drog v Evropě pokračuje, přičemž míra aktivní infekce HBV u nich zůstává ve většině zemí v porovnání s běžnou populací vysoká. Za nejúčinnější opatření vedoucí k prevenci infekce virem hepatitidy B je považováno očkování (EMCDDA, 2008).

1.1.4 Zvláštnosti závislosti u žen, závislost v těhotenství

K poměrně propracovaným charakteristikám patří popisy žen s abúzem alkoholu a jejich srovnání s muži.

Intersexuální odlišnosti mají tyto hlavní příčiny (Kalina et al., 2003; Mariani, Martinovec, 2000; Zášková, 1998; Bischof et al., 2005):

- Biologické příčiny. Muži lépe odbourávají alkohol – mají větší játra, více produkují enzymy, které snižují toxicitu užitých návykových látek. U žen nastupují zdravotní následky dříve než u mužů, např. jaterní onemocnění, hypertenze, rakovina prsu, také otravy alkoholem jsou častější a nebezpečnější. Ženy vykazují vyšší senzitivitu vůči alkoholu a její vyšší variabilitu a kolísání, zvláště v průběhu menstruačního cyklu. Závislost se u nich většinou vyvíjí rychleji, po kratší době pití a menších dávkách alkoholu a následné relapsy jsou častější než u mužů.
- Charakter odlišných životních podmínek. Ženy jsou ve vztahu k alkoholu a obecně i k jiným rizikovým formám chování zdrženlivější a opatrnější. Do jejich životního stylu se častěji promítají hodnoty zdraví, příjemného vzhledu a hodnota harmonických mezilidských vztahů, které může pití alkoholu blokovat. Na rozdíl od mužů se dokáží snáze odpoutat od společnosti lidí zneužívajících alkohol.
- Adaptace na společenské normy. Ženy většinou akceptují společenské normy, v nichž je více než pro muže zakotveno střídmé pití. Citlivěji reagují na vliv veřejného mínění, které silněji odsuzuje opilost žen než mužů. Ženy proto také častěji než muži pijí alkohol potají, samy doma.
- Pití žen také vyvolává poněkud odlišná motivace. V pozadí se skrývá častěji trápení, úzkosti, osamělost, muži více hledají pobavení, uvolnění, „odvázání se“. Následným jevem u pití u žen bývají ve větším měřítku deprese, u mužů poruchy osobnosti, trestné činy a násilí.
- K odlišnostem patří vzestupnější křivka početního nárůstu, v posledních letech přibývá počet závislých žen rychlejším tempem než počet mužů. (Hranice intersexuální motivace je neostrá, uvedené odlišnosti nejsou absolutní.)

Jako typický závislý na alkoholu je v literatuře popsán muž těmito charakteristikami (Nešpor, 2000):

- jedinec středního věku;

- genetická výbava metabolismu – organismus disponuje dostatečným množstvím enzymů pro odbourávání alkoholu, tj. alkohol-dehydrogenázy a aldehyd-dehydrogenázy;
- genetická výbava mozku;
- bývá osamělý;
- bez vážnějších zájmů;
- touží po dobrodružství, sklon k rizikovému chování;
- v životě se mu moc nedaří, bez zajímavé práce;
- zažil těžkou opilost před dvanáctým rokem;
- jeden z rodičů závislý (častěji otec);
- v útlém dětství mu rodina neposkytla dost možností vytvářet hluboké mezilidské vztahy.

V literatuře je už méně zastoupena systematická, podrobná analýza na bázi sociodemografických a především osobnostních faktorů u specifické populační skupiny tvořené těhotnými drogově závislými ženami, případně závislými matkami. Některé údaje se však již podařilo shromáždit.

B. Vavřínková (2003) upozorňuje na nedostatečnou prenatální péči u matek závislých na pervitinu nebo heroinu, kdy část z nich nenavštěvuje prenatální poradnu vůbec, většina jen sporadicky. Samotná gravidita, neplánovaná a většinou nechtěná, bývá diagnostikována až po dvanáctém gestačním týdnu, chybí screeningová vyšetření.

B. Vavřínková dále uvádí, že budoucí matky mají často v anamnéze hepatitidu typu B nebo C, případně u nich onemocnění jater probíhá, což v kombinaci s graviditou zvyšuje riziko jak pro matku, tak i pro plod. Rizikovější chování v souvislosti s nitrožilní aplikací vykazují více ženy závislé na heroinu ve srovnání se závislými na pervitinu. U závislých na heroinu se také častěji infekční hepatitis typu C vyskytuje.

Karence výživy u drogově závislých se projevuje v úbytku tělesné hmotnosti, BMI u těhotných závislých, včetně váhového přírůstku v průběhu těhotenství, je významně nižší v porovnání s kontrolními skupinami. Negativní ukazatele jsou opět zřetelnější u uživatelk heroinu.

Substituční metadonový program stabilizuje ženu ekonomicky a sociálně v průběhu těhotenství, abstinenční syndrom novorozence je však většinou prolongovanější a jeho průběh ve srovnání s abúzem heroinu paradoxně těžší.

1.1.5 Suicidiální chování v těhotenství (Zášková, Žižková, 2008)

Nejvýznamnější problém, který může zásadním způsobem ohrozit těhotnou ženu a její dítě, je suicidiální jednání. Jednání s úmyslem zemřít, které bylo z nějakého důvodu přerušeno, se označuje jako sebevražedný pokus. Pojem demonstrativní sebevražda (parasuicidium) se označuje impulzivní jednání jedince, jehož odhodlání zemřít není pevné. Jejím smyslem je upozornit na nesnesitelnost aktuální situace, získat pomoc, ohledy, výhody a psychologická zohlednění. Většina autorů rozlišuje biické sebevraždy, které představují pokus odstranit neřešitelný problém u duševně zdravého člověka, například bilanční sebevraždy motivované nevléčitelnou nemocí. Příčiny patických sebevražd vycházejí z chorobných či abnormálních psychických procesů a stavů.

Analýze a popisu suicidiálního chování věnuje pozornost řada vědních oborů, zvláště medicína, psychologie a sociologie.

Medicínský (psychiatrický a neurologický) přístup směřuje především k hledání patologických příčin suicidií ve sféře duševních onemocnění, zejména v poruchách nálady, ale také v abúzu drog. Psychologie usiluje o vysvětlení suicidiálního jednání vnitřními konflikty jedince, v jeho nefunkčních interpersonálních vztazích nebo v poruchách osobnostního vývoje. Sociologický přístup hledá široce působící rizikové sociální faktory, k nimž patří ztráta tradičních vazeb, migrace, sociální nezakotvenost, sociální otřesy a v neposlední řadě také ekonomické krize a nezaměstnanost.

Vznikající konsenzus neurobiologické a psychologické perspektivy konverguje k názoru, že lze identifikovat dvě obecné kategorie rizik pro suicidium: (a) dysregulovaná kontrola impulzů a (b) sklon k prožitkům intenzivní psychické bolesti (například beznadějí ze sociální izolace), často v souvislosti s duševními poruchami, zejména s poruchami afektivními. Každá z těchto kategorií rizik má alespoň do určité míry v základu specifické genetické a neurobiologické faktory spjaté pravděpodobně se serotoninergním systémem (Bertolote, Fleischmann, 2002).

Zmíněné rizikové faktory spolu se sníženou tolerancí vůči zátěži ústí do dysfunkční strategie zvládání zátěže, do takových forem copingových strategií, mezi nimiž je abúzus psychoaktivních látek na předním místě (Drobná, Huttová, 1999). Abúzus v pojetí uvedených autorů představuje snahu uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti jejího řešení pomocí drog. Je třeba připomenout, že u závislých osob se vyskytují různé problémy – jako například partnerské neshody, finanční potíže či ztráta zaměstnání. Někdy je těžké určit, který z těchto faktorů byl primární, protože návykové látky mohou být jak příčinou, tak následkem různých potíží (Koutek, Kocourková, 2003). Příkladem může být užívání halucinogenů, které může mimo jiné vyvolávat depresivní stavy s rizikem sebevražedného chování.

Motivace sebevražedného jednání bývá často dávana do souvislostí se dvěma hlavními motivy: a) sebevražda představuje cíl, člověk chce zemřít; b) sebevražedné jednání znamená prostředek dosažení jiných cílů. V tomto případě člověk zemřít nechce, ale používá demonstrování sebevraždy jako prostředku k manipulaci s jinými lidmi, k jejich potrestání, pomstě apod.

Sebevražednému jednání často předchází presuicidiální syndrom, pro který je charakteristické zvyšující se psychické zúžení, které se projevuje v percepci vlastní situace jako nadále neudržitelné a bezvýchodné, zvýrazněným prožíváním úzkosti, strachu, zoufalství, interpersonální izolací, ztrátou životního smyslu a nutkavými sebevražednými fantaziemi. V této fázi se často objevují poruchy spánku, příjmu potravy, sklon k abúzu alkoholu či jiných drog. Dochází k výraznému ochuzení zájmů, k zanedbávání blízkých sociálních kontaktů, časté bývá hledání informací a iniciování rozhovorů týkajících se smrti, sebevraždy, léků či zbraní.

Psychologický charakter má model sebevraždy (Shneidman et al., 1970, cit. podle Mlčák, 2003), který lze graficky znázornit jako krychli. Krychle má tři roviny: a) tlak, b) bolest a c) rozrušení.

Pojem *tlaku* se vztahuje k událostem, na které jednotlivec reaguje a který vede jednotlivce k sebevraždě. Negativními tlaky mohou být např. ponižení, odmítnutí, vyřazení, neúspěch, prohra, ale i další nepříznivé či katastrofické interpretace událostí.

Psychická *bolest* plyne z frustrace psychologických potřeb (např. potřeby výkonu, prestiže, autonomie, vyhnutí se hanbě a opovržení) a může se rozpínat od žádné či malé až k nesnesitelné bolesti.

Rozrušení, které může vyplývat z jakéhokoliv zdroje, je spojováno s kognitivním a percepčním zúžením, které se pro sebevraždu jeví jako nejdůležitější. Ohrožený jednatel se stává zvýšeně rozrušený, dochází k dichotomickému myšlení, tunelovému vidění, v němž vidí sebevraždu jako jediné možné řešení subjektivních zkušeností bolesti a tlaků.

Suicidanti často nesou tíhu prostředí hůře než jejich nonsuicidiální vrstevníci, uvádějí, že jsou více než oni fyzicky i sexuálně zneužíváni a mají více disharmonické rodinné prostředí, více střídají interpersonální vztahy a prožívají více stresujících životních událostí. Mají významně nižší úroveň sociální opory, která je zvláště důležitá pro predikci sebevraždy. Problém sebevraždy prohlubují alkohol a drogy. Riziko sebevraždy pro alkoholiky je mnohonásobné vyšší než riziko sebevraždy obecné populace. Alkohol může narušit kognitivní fungování a vede k depresivnímu prožívání (Mlčák, 2003).

Podle příčin suicidiálního jednání spojených se vztahem jedince a společnosti, tedy sociálních faktorů, které mohou zvyšovat riziko sebevražedného jednání, lze podle M. Vágnerové (2004) rozlišit následující typy sebevražď:

- *egoistická sebevražda*: má příčinu v nedostatku sociálních vazeb, těmto lidem chybí sociální podpora a cítí se odcizení (zejména starší osamělé osoby důchodového věku);
- *altruistická sebevražda*: je reakcí na sociální požadavky, které jedinec nemůže splnit. Je v zásadě výrazem sociální konformity, akceptace společenských hodnot. Člověk v těchto situacích selhal, a proto se zabije;
- *anomická sebevražda*: je reakcí na náhlou změnu mezilidského vztahu nebo společenské pozice, která narušila sociální rovnováhu člověka (Vágnerová, 2004).

Frekvence a motivace suicidiálního jednání je výrazně závislá na *pohlaví*. Muži vykazují zhruba třikrát častěji dokonané sebevraždy, zatímco ženy se častěji o sebevraždu pokusí, ale pokus nekončí smrtí. Tento fakt bývá vysvětlován jednak tím, že muži používají více aktivnější, destruktivnější metody (oběšení, pád z výšky, střelná zbraň), zatímco ženy sahají spíše k méně radikálním formám (předávkování léky na spaní, podřezání žil). V poslední

době však v některých zemích, například v USA, výrazně stoupl počet žen vlastnicích zbraně, a v důsledku toho se nejčastějším prostředkem sebevraždy staly právě střelné zbraně. Mění se tedy i úmrtnost žen (Atkinson, 2003).

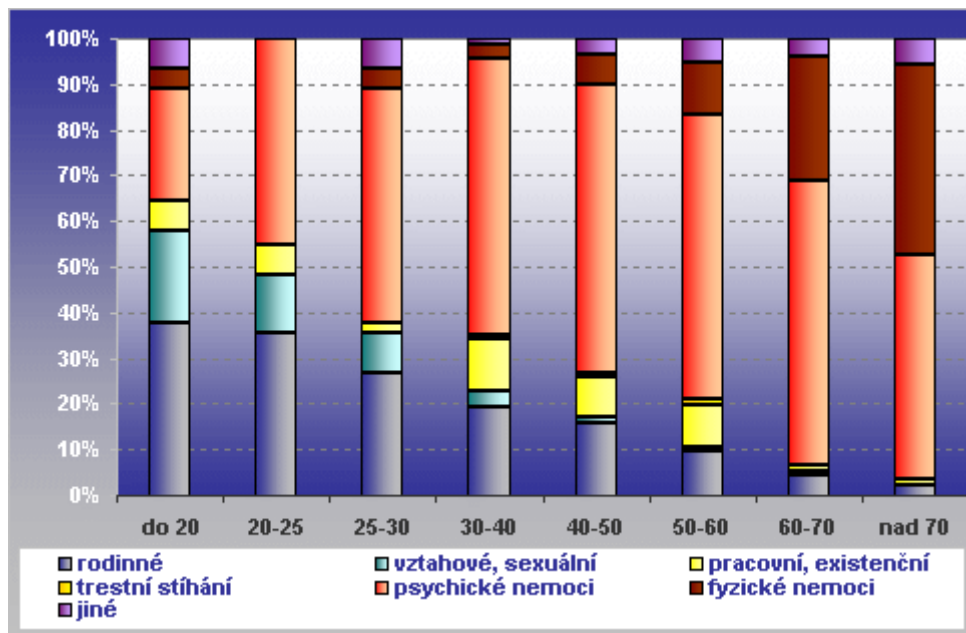
Větší počet sebevražedných pokusů žen pravděpodobně souvisí s vyšším výskytem deprese u tohoto pohlaví a ve vyšším stupni motivace afiliace. Ženy častěji než muži očekávají od svého sociálního okolí pomoc, sebevražedné jednání pak má instrumentální charakter, tzn., že se snaží své okolí zainteresovat na řešení tíživé osobní situace. U mužů převažují spíše problémy seberealizace, nezaměstnanost, ztráta společenského statusu.

Leenaars et al. (cit. podle Vágnerová, 2008) v této souvislosti uvádějí, že sebevražednost žen je ve větší míře ovlivněna biologicky a sociálně podmíněnými rolemi. Tendence reagovat sebevražedným jednáním u žen v rané dospělosti klesá. Příčinou může být specifická ženská role spojená s mateřstvím, která představuje jakousi ochranu. Dítě se stává hodnotou a smyslem života. Role matky přináší zodpovědnost za jinou lidskou bytost a na druhé straně nabízí určitou životní náplň a osobní zhodnocení. Manželství, respektive jakýkoliv uspokojivý osobní vztah, působí pozitivně na muže i ženy. Podobně stabilizující vliv mají děti, jejich existence snižuje riziko sebevraždy. Rozdíl v sociokulturním pojetí ženské a mužské role se projevuje i ve způsobu vyrovnávání se se zátěžemi. Ženy reagují emotivněji, spíše hledají pomoc (Vágnerová et al., 2008).

Výsledky analýz pravděpodobné motivace suicidiálního jednání žen zveřejňuje v posledních letech Policie České republiky. Jedna z analýz provedená Odborem systémového řízení a informatiky Policejního prezidia České republiky uvádí diferencovanou strukturu sebevražd podle motivů v závislosti na věkových kategoriích žen (graf č. 1).

Téměř ve všech věkových skupinách (vyjma nejnižší) je dominujícím motivem sebevraždy duševní onemocnění. V nejnižší věkové skupině jsou nejpočetnější *rodinné a vztahové* či *sexuální problémy*, které zapříčiňují zhruba 60 % sebevražd, s rostoucím věkem jejich podíl plynule klesá. Pracovní a existenční problémy se nejvýrazněji podílejí (11 %) na sebevraždách žen ve věku 30–40 let (Lukeš, 2007).

Graf č. 1: Struktura sebevražd (v %) podle motivu a věku, ženy, 2002–2005



Zdroj: Lukeš, 2007

Pro období adolescence je typické, že dospívající rozvíjí svou vlastní identitu, hledá její uspokojivý obsah. Aby toho dosáhl, musí se osamostatnit, odpoutat z dřívějších vazeb, případně na určitou dobu potlačit význam dosud jednoznačně platných hodnot. V této době se může dostat do situace, kdy se cítí bezradný, neschopný najít přijatelný smysl vlastní existence, bývá nespokojen se svými mezilidskými vztahy. V tomto období city převládají nad rozumem a vzhledem k celkové labilitě adolescenta se projevuje tendence ke zkratkovému jednání. Četnost sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd je podle J. Koutka nejvyšší mezi 15. a 19. rokem. V tomto období jde zřejmě o celkovou zátěž v podobě nejistoty, ekonomické nesamostatnosti, nedostatkem sociální opory a psychické a citové lability (Koutek, Kocourková, 2003).

V období mladé dospělosti se mění postoj k suicidiálnímu jednání, ubývá impulzivních a zkratkových pokusů. Stabilizující význam má fungující partnerství i rodičovská role (Vágnerová et al., 2008).

Závislost na drogách a suicidiální jednání

Vztah suicidiálního jednání a abúzu drog je zcela prokazatelný. Ve zprávě popisující situaci ve věcech drog v České republice v roce 2007 (souhrn výroční zprávy) byla u 163 úmrtí identifikována přítomnost drog, kdy nebylo příčinou smrti předávkování (145 v roce 2006), z toho 1 pro nemoc (4 v roce 2006), 74 případy nehod (69 v roce 2006), 80 případů sebevražd (64 v roce 2006), 6 případů zabití či vražd (5 v roce 2006) a 2 úmrtí z jiných příčin (3 v roce 2006). Z nelegálních drog byl celkem ve 32 případech (42 v roce 2006) identifikován pervitin, ve 25 případech marihuana (18 v roce 2006) (Sebevraždy, 2006).

Užívání návykových látek se často klade do souvislosti se sebevraždou z dvojího důvodu: abúzus představuje rizikový faktor a také akcelerátor sebevražedného jednání. Obojí důvody vedou k tomu, že například u 5–15 % lidí, kteří mají problém s alkoholem, dojde k sebevraždě. Problémy s užíváním návykových látek přispívají k výskytu sebevražedného chování rozličnými způsoby. V případě nadužívání alkoholu se riziko zvyšuje, pokud dotyčná osoba začala s konzumací v adolescenci nebo pokud pije alkohol dlouhodobě. Osoby s abúzem návykových látek jsou často vystaveny ještě dalším rizikovým faktorům. Kromě toho, že jsou ohroženy depresí, častěji čelí sociálním nebo finančním nesnázím. Jejich sklon k rizikovým formám chování může vést k somatickému poškození. Spojení duševní nemoci a užívání návykových látek výrazně zvyšuje a akcentuje riziko sebevraždy. Jak ukazují průzkumy provedené v Kanadě a Itálii, duševně nemocné osoby, které mají zároveň problémy s drogami či alkoholem, představují 40 % z celkového počtu pokusů o sebevraždu. Naproti tomu u pacientů bez závislosti se riziko suicidia snižuje na 24 % (Sebevraždy, 2006).

Společným znakem závislosti na drogách a sebevražedného chování je to, že obojí je jistý způsob destruktivního jednání, více či méně vědomého sebepoškozování. Někteří autoři, jak uvádějí J. Koutek J. Kocourková (2003), označují obojí jako poruchu pudu sebezáchovy (Záškodná, Pavlica, 2006).

K. Evans (2003) také uvádí, že společným znakem závislosti a sebevraždy je jistý únik od skutečnosti, která je pro nás v daném okamžiku těžko snesitelná. „Impulzem k bezmála každému zneužívání drog je totiž touha po zmírnění stresu, rozptýlení úzkosti a nudy a po úniku do dočasného prožitku štěstí“ (Evans, 2003).

Dalším psychickým onemocněním, které je následkem užívání návykových látek, je toxická psychóza, která může nastat po určité době užívání pervitinu. Jde o poměrně rozšířenou poruchu. Její mírné projevy odeznívají po vysazení drogy a několika dnech či týdnech abstinence (Vodáčková et al., 2002).

1.1.6 Některé ze závažných zdravotních komplikací u dětí narozených závislým ženám

Užívání alkoholu v průběhu těhotenství může vést současně k fyzickým i psychickým poškozením plodu, která se souhrnně označují jako „fetální alkoholový syndrom“ (dále jen FAS). FAS byl prvně popsán v šedesátých letech ve Francii (Lemoine et al., 1968), ale označení FAS se používá teprve od roku 1973 a prvně se objevilo v USA, které i dnes společně s Kanadou tvoří hlavní oblast rozvoje nejnovějších výzkumů a poznatků z oblasti problematiky FAS (Novotný, 2007).

V USA je FAS hlavní příčinou mentální retardace, které je možné zabránit prevencí. Podle odhadů National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (Národní organizace zabývající se FAS, USA) se jen ve Spojených státech amerických ročně narodí zhruba 40 000 dětí (přibližně 1 ze 100) s tzv. Fetal Alcohol Spectrum Disorders, což je nověji používaný termín zahrnující FAS a několik dalších poruch způsobených užíváním alkoholu (American Academy of Pediatrics, 2000). Počet novorozenců s FAS se ve Spojených státech amerických za poslední tři desetiletí zvýšil více než šestkrát (v roce 1979 se s FAS narodilo 1 z každých 10 000 dětí, v roce 1993 to již bylo 6,7 z 10 000) (Chang et al., 1999); tento údaj je pravděpodobně způsoben jednak zlepšenými možnostmi při diagnostikování, ale také tím, že v posledních letech dochází k souvislému nárůstu počtu žen, které v průběhu těhotenství pravidelně užívají alkohol. Významně vyšší výskyt FAS byl pak zaznamenán u určitých skupin obyvatelstva (30/10 000 u indiánské populace v USA) (Abel, 1998).

V Evropě, konkrétně ve Slovenské republice, se každoročně narodí přibližně 50 dětí s FAS (Huttová et al., 2008).

Pro děti narozené s FAS jsou typické následující symptomy: mikrocefalie (objevuje se zhruba u 80 % dětí narozených s FAS) (American Academy of Pediatrics, 2000), mikrooftalmie, krátká oční štěrba, epikantus, plochý, široký nos, nedostatečně vyvinutá rýha horního rtu), postižení CNS (mentální retardace, hyperaktivita, ADHD, neurologické

odchylky) a intrauterinní retardace růstu symetrického typu (snížená pohyblivost v kloubech končetin, zvýšená frekvence vrozených malformací srdečních, urogenitálních a CNS) (Huttová et al., 2008).

Zneužívání *opioidů* v průběhu těhotenství se v řadě zemí objevuje stále častěji (Fischer, 2000). Přes zvyšující se počet závislých těhotných je k dispozici pouze omezené množství relevantní literatury a výzkumu zabývající se tímto tématem.

Většina těhotných uživatelék opioidů užívá zároveň také jiné drogy, řada z nich kouří a pije alkohol. Objevují se tedy i názory, že pozorovaný negativní dopad na plod by mohl být spíše důsledkem užívání těchto látek (Zuckerman, Brown, 1993).

V praxi se setkáváme až u 25 % dětí narozených matkám, které užívají drogy, s nízkou porodní váhou. Tento jev může být také zapříčiněn špatným životním stylem matky (chudoba, podvýživa, nedostatek spánku, stres). Neuspořádaný životní styl matky přispívá také k vysokému výskytu předčasných porodů a podvýživě, se kterou se často setkáme právě u novorozenců matek závislých na opioidech (Mitchell, 1995).

Dalším negativním jevem, který je způsobován užíváním opioidů matkami, je novorozenecký abstinenční syndrom (dále jen NAS). Ten se může vyskytovat až u 95 % dětí těchto matek. NAS se může vyvíjet už v průběhu prvních 72 hodin po narození (Drobná, Huttová, 2008; Dashe et al., 1998) a příznaky mohou přetrvávat 3–4 měsíce po porodu (Vavřínková, Binder, 2006).

Klinické příznaky NAS:

1. Příznaky centrálního nervového systému – hypertonus, nepokoj, tremor, nekoordinované pohyby úst a očí, křik, záškuby, fokální nebo generalizované křeče, výrazné poruchy spánku.
2. Příznaky gastrointestinálního traktu – poruchy sání a hltání, zvracení, průjem, příjem buď zvýšeného, nebo sníženého množství potravy.
3. Příznaky dýchacího ústrojí – sekrece z nosu, ucpaný nos, zrychlené dýchání, cyanóza, apnoické pauzy.
4. Vegetativní příznaky – horečka, tachykardie, perfuzní pocení, zívání, kýchání, poruchy prokrvení kůže (Drobná, Huttová, 2008; Drobná, Velemínský, 2000).

Vliv NAS na další vývoj dítěte je různý. Mohou se u něho objevit problémy s učením (snížená koncentrace pozornosti a snížená mentální úroveň), poruchy chování (zvýšená agresivita, impulzivita, nekontrolovatelné nálady), častější retardace tělesného růstu a vyšší počet vrozených vývojových vad. Syndrom náhlého úmrtí je u dětí s NAS 10–15krát častější ve srovnání s ostatní populací (Drobná, Huttová, 2008).

1.2 Osobnostní charakteristiky uživatelů drog

Chceme-li do úvah o maladjustovaném chování těhotných uživatelů drog zahrnout také jejich vybrané osobnostní atributy jako determinanty, je nejprve nutné zmínit podíl osobnosti v řetězci vzniku, vývoje a udržování závislosti. V literatuře již řadu let není shoda v kombinaci osobnostních charakteristik jako případných prediktorů vzniku závislosti. Spíše než „predisponovaná osobnost“ bývá vymezena skupina propojených biologických a psychologických faktorů (viz modely závislosti), které riziko vzniku závislosti zvyšují. K biologickým faktorům patří vulnerabilita daná prenatálním nebo perinatálním poškozením mozku plodu a jeho následným celkovým oslabením. Ve výčtu psychologických faktorů se nejčastěji uvádějí poruchy emotivity (úzkosti, deprese), nezdrženlivost, nestálost a snížená odolnost vůči zátěži, přičemž biologické charakteristiky vulnerability určují dynamiku molekulárních změn v nervovém systému, které závislost doprovázejí, zatímco psychosociální faktory hrají svoji roli v usnadnění kontaktu s látkou či situací, která vede k vývoji závislosti.

Znalost charakteristik osobnosti, které disponují jedince k užívání drog, je důležitá především z hlediska prevence (Sikora, Novotná, 2007). Predisponované osobnosti se tradičně třídí do dvou skupin. První skupinu tvoří osoby emočně narušené, zvýšeně citlivé, úzkostné, zranitelné, s nedostatkem sebejistoty, hypochondrické, s problémy v mezilidských vztazích. Ve druhé skupině jsou extravertní, hypobulické, hysteroidní, s rysy nezdrženlivosti, impulzivnosti, požívačnosti. Často se zmíněné vývojové charakteristiky utvářejí na bázi syndromu poruch pozornosti s hyperaktivitou, diagnostikovaného od útlého dětství (cit. podle Zášková, 2004).

Podle kritéria závažnosti závislosti rozlišuje R. Štablová se spolupracovníky (Štablová, et al., 1999) dva hlavní typy osobnosti drogově závislých:

První typ zahrnuje impulzivní jedince se sníženou sebekontrolou, kteří patří do širší skupiny poruch osobnosti.

Druhý typ tvoří kompulzivní jedinci, kteří se marně snaží vymanit ze závislosti, opět do ní upadají, objevují se u nich známky neurotičnosti.

Ve skutečnosti tato klasifikace nemá zdaleka ostré kontury, jednotlivé znaky se vzájemně prolínají, protože závislý si nakonec vybere drogu, která mu přináší nejsilnější uvolnění a největší útlum prožívaných vnitřních konfliktů (Štablová et al., 1999).

Podle B. Nelsona (2007) existují významné osobnostní aspekty, které mohou ke vzniku závislosti přispět. Jde o tyto faktory:

- impulzivnost, potíže v odkládání uspokojení, antisociální prvky osobnosti a touha po vyhledávání něčeho nového;
- vysoká nekonformnost kombinovaná se slabou cílevědomostí k výkonu hodnocenému společností;
- pocit sociálního odcizení a všeobecný sklon k deviaci;
- pocit zvýšeného stresu, neschopnost účinně zvládat zátěž. (Vysvětluje tím, proč puberta a jiné náročné periody života jsou nejvíce spojovány s užíváním návykových látek.) (Nelson, 2007).

J. Bergeret vyloučil výskyt pouze jediného typu osobnosti závislého a své úvahy shrnuje takto:

- jakákoli psychická struktura může být podkladem pro vznik závislého chování;
- struktura osobnosti nebývá účinkem návykových látek změněna, pouze dochází k zesílení některých osobnostních rysů;
- závislost nevzniká pouze kvůli uspokojení potřeby jedince, ale i jako kompenzace psychických deficitů (Bergeret, 1995).

Také M. Vágnerová (2004) věnuje pozornost osobnostní inklinaci k užívání návykových látek. Jde o lidi, kteří pociťují emoční nepohodu, bývají nejistí a labilní. Jsou neschopní zvládat své problémy a tím se častěji dostávají do stresu. Droga pro ně představuje určitý rychlý únik z pro ně nepříjemné situace, aniž by vynaložili vlastní úsilí nastalou situaci nějakým způsobem řešit.

Podle Cloningerovy typologie osobnosti se jedná o lidi se zvýšenou potřebou vyhledávat nové a vzrušující zážitky, které mají větší tendence více riskovat a mívají menší citlivost k ohrožení. Uživatelé psychoaktivních látek se velmi často stávají lidé s poruchou osobnosti (zejména disociální a emočně labilní), specifický typ osobnosti předurčený k závislosti na psychoaktivních látkách však neexistuje (Vágnerová, 2004).

P. Jeřábek specifikuje osobnostní charakteristiky závislých do šesti následujících skupin:

- nízké sjednocení sebepojetí a sebeúčinnosti;
- nižší úroveň obranné organizace;
- nízké sjednocení superega, z toho vyplývající problémy s prožíváním viny a studu;
- zkrácení smyslově poznávacího zpracování reality (pacienty označováno jako „vytváření konstrukcí“);
- mezilidská senzitivita (nejistota až pocit ohrožení ve vztazích a nízká odolnost vůči zátěži);
- nízké sjednocení emocí včetně schopnosti jejich vědomého prožívání, projevující se emoční labilitou a nepřiměřeností (Jeřábek, 2006).

Některé osobnostní aspekty, zvláště ve vazbě na sníženou odolnost vůči zátěži, budou nyní podrobněji popsány.

1.2.1 Pojetí stresu a krize

Tématu *stresu* a zátěži obecně věnuje odborná literatura velmi široký prostor. V rámci bio-psycho-sociálně-spirituálních souvislostí se upírá pozornost k dopadům stresu na prožívání a chování, mezilidské vztahy, hodnotovou orientaci, životní styl a čím dál častěji také na lidské zdraví, na vznik, vývoj a udržování psychopatologických jevů včetně závislosti na drogách.

Samotný pojem stres se váže k ohrožení nebo, při užití slova s pozitivnější konotací, k „výzvě“. Známa koncepce stresu H. Selyeho (1983) chápe stres jako celkovou nespecifickou reakci organismu na rušivý podnět, stresor, jejíž původní účel spočívá v adaptaci na tento podnět. Intenzivní či dlouhodobě působící stresory mohou narušit až zničit některé funkce organismu a vést k poruše, onemocnění, zhroucení organismu i k úmrtí, tak jak uvádí přehled v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Obecný adaptační syndrom

Fáze	Charakteristické reakce
<i>Poplachová</i> (alarmující) fáze	Náhlé narušení vnitřního prostředí organismu Šok a protišokové reakce Aktivizace adaptačních mechanismů
<i>Rezistentní fáze</i>	Reakce se snižuje, jako by si organismus zvykl Maximální adaptace Adaptační mechanismy jsou stále na vysoké úrovni
<i>Fáze vyčerpání</i> (exhausce)	Prolongované využívání adaptačních mechanismů jedince vyčerpává Adaptační mechanismy se hrouť Reakce je tak silná, že může dojít k selhání organismu

Zdroj: Špatenková, N. et al. Krize – psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 18. ISBN 80-247-0888-4.

Člověk se do stresu dostává tehdy, jestliže je míra stresogenní situace vyšší než schopnost nebo možnost daného jedince tuto situace zvládnout (Špatenková, 2004, s. 18). Stresový stav může být navozen čistě psychologickým působením, což vede odborníky k tomu, že v pojetí stresu jsou zdůrazňovány především jeho psychologické aspekty.

Proces reakce na stres má několik po sobě následujících fází:

1. Fáze uvědomění zátěže, tj. prožívání a interpretace určité situace jako stresové. Způsob, jakým člověk potenciálně stresovou situaci vnímá, závisí na jeho zkušenosti, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na sociální podpoře, kterou má.
2. Fáze aktivace psychických obranných reakcí. (Může jít např. o popírání reality, tendenci k izolaci ze situace, která je hodnocena jako neúměrně zátěžová apod.).
3. Fáze aktivace fyziologických reakcí. Fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty (mohou být stimulovány i jinak, somatickou cestou). Všechny tři fáze následují velice rychle po sobě.
4. Fáze zvládnání (*copingu*), tj. hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinků stresu.

5. Fáze prvních chorobných příznaků, resp. uvědomění, že jde o závažnější a trvalejší obtíže.
6. Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy (psychosomatické onemocnění).

Mezi psychické reakce na stres patří:

1. změna emočního prožívání, což je obvyklá reakce na zátěž, zejména pokud by trvala delší dobu. Emoční reakce může mít různou kvalitu: úzkost – člověk reaguje na stres pocitem napětí a obav z nějakého blíže neurčeného ohrožení; vztek a agrese – člověk má tendenci se proti stresujícím vlivům bránit, a proto se mnohdy chová agresivněji než za normální situace; deprese – tj. smutek jako reakce na pocit neřešitelnosti určité zátěžové situace; apatie, rezignace a uzavření se do sebe jsou výrazem pocitu bezmocnosti nalézt přijatelné řešení;
2. oslabení kognitivních funkcí;
3. aktivizace psychických obranných mechanismů – obranné reakce mohou být různé, individuálně specifické. Jejich smyslem je zachování psychické rovnováhy jedince (druhá fáze procesu zvládnání zátěže).

Při zvládnání zátěžových situací hraje také důležitou roli frustrační tolerance, kterou označujeme odolnost, otužilost jedince vůči frustraci. Reakce na frustrační situaci může být u každého jedince různá. Jedním z projevů chování to může být únik. V současnosti nabývá nové aktuálnosti oblast drog jako prostředek rychlého úniku od reality (Řezáč, 1998).

Koncepčně prošlo pojetí stresu značným vývojem. Pro vznik maladjustací (včetně závislosti na drogách) má nesporný význam psychogenetická perspektiva, která řeší podmínky vzniku chování.

V souvislosti se stabilitou a vulnerabilitou Já z vývojové perspektivy zformuloval G. Rudolf (2000, cit. podle Rensing et al., 2006) *integrativní model vzniku psychických poruch*, popsal jednotlivé kroky vývoje poruch a jejich důsledky.

Charakteristiky etap modelu:

- Vrozená biologická výbava, tj. tělesná konstituce, vlastnosti temperamentu, nadání, impulzivnost nebo vnímavost k bolesti, je určována také geneticky. Vznik psychických a tělesných onemocnění souvisí mimo jiné s rodinnou dispozicí.
- Nitroděložní vývoj ovlivňují různé látky z krve matky (např. nikotin, léky). Není přesně doložitelná míra vlivu mateřského stresového hormonu nebo dlouhodobě trvajících averzivního emocionálního stavu matky (strach, zoufalství, zlost). Dobře doložitelná je asociace charakteru vztahu matka-dítě s pozdější vazbou mezi dítětem a matkou.
- V dalších etapách vývoje jsou významné čtyři segmenty, které zachycují zvláště důležité zrající *funkce v tělesné, intrapsychické a v sociální rovině dítěte a dále jeho poruchy*. Společně s vrozenými dispozicemi se vytváří individuální styl osobnosti, který vzniká vzájemným působením procesů zrání a učení a specifických rušivých faktorů. V těchto etapách vývoje se vytváří konstrukce komunikačního systému (tělesně-vitální závislost, synchronizace kontaktu, případně scházející soulad), konstrukce systému vazby (diferenciace mezi sebou a objektem, pozitivní vztahové zkušenosti, případně vztahová zklamání), konstrukce systému autonomie (raný obraz o sobě, rozvoj Nadjá, pokusy o samostatnost, případně nahromaděná agresivita), systém identity (diferenciace senzomotorické koordinace, sebevědomí, narcistické nároky a případné pochybnosti o sobě).
- Následující vývojové kroky a životní mezníky musí dosud získané schopnosti prověřit ve stále se vynořujících zátěžových situacích – v adolescenci, při zakládání rodiny, ve vztahových krizích, v nemoci, při konfrontaci se stárnutím atd. Pokud má dítě dost kompetence, pak mohou být i těžké zátěže zvládnuty, pokud unese jen málo, stačí drobné krize k tomu, aby se člověk dostal do tísně (Rensing et al., 2006).

Zásadní přínos k psychologické koncepci stresu spočívá v poznatku R. S. Lazaruse aj., že člověk reaguje na jevy a události ve svém okolí především podle toho, jak je sám vnímá, hodnotí, případně jak je posuzují další účastníci. To, zda určitý podnět nabývá pro jedince povahy stresoru, je výsledkem kognitivního hodnocení jak nároků, tak i vlastních možností se s nimi úspěšně vyrovnat. Jinak řečeno, to, zda jedinec prožije konkrétní situaci jako

stresovou, je významně vázáno na její hodnocení. Tutéž situaci může člověk na jedné straně vyhodnotit jako ohrožující, ale na druhé straně jiný člověk ji jako ohrožující nemusí vnímat (Paulík, 2006). R. S. Lazarus a S. Folkman (1984) ve svém pojetí stresu rozlišují primární a sekundární hodnocení. Primární hodnocení odhaduje míru nebezpečnosti dané situace a posuzuje rizika různých řešení. Sekundární hodnocení sleduje možnost úspěšného zvládnutí situace, případně i možnost ji pozitivně využít. Dále je možno hovořit v této souvislosti o přehodnocení (reappraisal). Jde o později nastupující fázi zvládnutí stresu, kdy člověk v důsledku získaných nových informací restrukturalizuje význam situace pro sebe. Negativní emoce jako hněv, strach, úzkost, zármutek, které psychický stres doprovázejí, neprobíhají přitom stereotypně, ale zahrnují celou škálu adaptačních mechanismů (Lazarus, Folkman, 1984).

Mezi stresory, které mohou nepříznivě ovlivňovat zdraví, patří také tzv. životní události – tj. nejen přírodní nebo válečné katastrofy (zemětřesení, záplavy, teroristické události apod.), ale také běžnější situace, jako jsou ztráta partnera, vážná onemocnění, ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, případně i drobné nepříjemné (hassles) a příjemné události (uplifts). Za určitých okolností mohou totiž silnou stresovou reakci vyvolat i drobné nepříjemnosti i příjemné události. Jsou-li události příliš četné, je-li jedinec vůči životním událostem z různých důvodů citlivější nebo nastávají-li ve shlučích, mohou provokovat nebo posilovat latentní psychopatologii v člověku.

Náročné zátěžové životní situace mohou za určitých okolností vyústit v *duševní krizi*. Ta nastává tehdy, jestliže člověk nezvládá životní situace vlastními silami v přijatelném čase a naučeným, pro něj běžným způsobem. Nemožnost či neschopnost situaci uspokojivě vyřešit vyvolává poruchu homeostázy, která může přispět, případně i vést k duševní poruše (Zášková, 2005).

M. J. Horowicz (Křivohlavý, 1985) člení krizový děj na několik fází:

- První fázi (výkřik) charakterizují mimořádně silné emoce.
- Ve druhé fázi (popření) krizovou situaci člověk odmítá akceptovat, snaží se ji potlačit ve vědomí. Projevuje se apatií, necitlivostí, útlumovými reakcemi.

- Ve třetí fázi (intruze) se člověku kritické součásti opakovaně, nutkavě vtírají do vědomí. Tato fáze bývá mnohdy velmi obtížná na zvládnání a psychicky vyčerpávající.
- Čtvrtou fází (vyrovnávání) charakterizuje série pokusů dostat kritickou situaci pod kontrolu. Je-li tato fáze úspěšná, nastává vyřešení krize (smíření), tj. poslední fáze, kdy už je člověk schopen na prožitou událost nahlížet klidně, bez negativních emocí.

Akutní krize mívají zpravidla zřetelný začátek a rychle se rozvíjejí, jejich příčina obvykle spočívá v oblasti interpersonálních vztahů. *Chronické krize* probíhají méně nápadně, přitom ale stále a dlouhodobě zatěžují. Jejich zdroj spočívá mnohdy ve vnitřních nevyřešených konfliktech člověka. Chronická krize může být jednou z příčin psychosomatických reakcí, např. stavu napětí přecházejícího v úzkost nebo bolesti hlavy a zad, ale také vzniku a udržování psychosomatických nemocí.

Tranzitorní krize vyplývají z vývojových a očekávaných životních změn a ze zákonitostí ontogeneze. Mohou se vztahovat k řadě konkrétních životních změn, jako jsou konflikty s rodiči, problémy s vrstevníky, odchod z primární rodiny, nástup do zaměstnání, adaptační problémy v manželství, zvládnání rodičovské role, změny v oblasti finančního zabezpečení, trávení volného času, profesní seberealizace, osamělost, životní smysl, pocity zbytečnosti a marnosti apod.

Vážné a dlouhodobé *krize v rodinách* často souvisejí s užíváním alkoholu některého z rodičů nebo s jeho alkoholovou závislostí. Neméně závažný typ rodinné krize souvisí s fyzickým či psychickým týráním, sexuálním zneužíváním a výchovným zanedbáváním dětí. Toto představuje společensky nepřijatelné způsoby jednání rodičů, které vážně narušují jejich biopsychosociální stav a vývoj dětí. O *suicidiální krizi* je možné uvažovat vždy, když jedinec vážně pomýšlí na možnost ukončení svého života (Mlčák, 2003).

1.2.2 Faktory odolnosti vůči zátěži

Každý člověk, dítě i dospělý, se v průběhu života dostává do situací, které mají charakter obtížnosti, náročnosti, pesimální psychické zátěže. Zátěžové situace jsou přirozenou součástí života každého člověka, a dokonce je můžeme považovat za nezbytnou a přirozenou součást normálního utváření osobnosti. Kdyby tyto situace v našem životě

vůbec neexistovaly, mohl by být zdravý a plnohodnotný vývoj osobnosti narušen. Pokud se však také situace stanou neúměrně silnými, není v silách jedince se na ně adaptovat (Jobánková et al., 2003). Schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez maladaptivních poruch v chování nebo dokonce selhání, tj. *odolnost vůči zátěži*, určují vnitřní a vnější moderátory, jako např.:

- vrozené vlastnosti centrální nervové soustavy;
- věk – děti jsou méně odolné a více zranitelné než dospělí;
- inteligence – lidé s vyšší inteligencí a vědomostmi se dokáží v zátěžových situacích lépe orientovat, a tedy je lépe zvládat;
- tělesné zdraví, tělesná zdatnost, trénovanost;
- osobní psychické vlastnosti, projevující se ve struktuře potřeb, v percepci reality, hodnotový systém, přiměřené aspirace;
- dosavadní vývoj jedince – životní zkušenosti, určující strukturu odolnosti vůči zátěži. Člověk se v určitých oblastech života adaptuje rychle na vzniklé problémy a dokáže je úspěšně řešit, zatímco jinde, kde měl např. menší možnost sociálního učení, selhává;
- sociální podpora rodiny, přátel, organizací aj. (Zášková, 2004).

Při zvládání zátěžových situací záleží nejen na našich emocích, ale také na připravenosti a dovednosti nastalou situaci zvládnout. Problematika zátěže úzce souvisí s adaptací. Jestli se budeme chovat „přiměřeně“ nebo neadaptivně, závisí jak na zátěžové situaci samotné, tak i na osobnostních charakteristikách jednotlivce. Selžou-li v dramatické životní situaci adaptační mechanismy, chování se významně ve svých projevech mění. Jedinec se uchyluje k takovým projevům chování, kterými se brání proti tlaku dané situace. Neadaptivní chování se projevuje různými formami např. agresí, únikem, potlačením, popřením, racionalizací aj. (Jobánková et al., 2003).

Mezi lidmi jsou značné rozdíly ve způsobech reagování na psychickou zátěž. Někteří lidé situaci vlastního selhání bagatelizují, upnou se na dosažení jiného, náhradního cíle, jiní naopak zvýší své úsilí, aby překážky překonali.

Vyvinuté strategie zvládání zátěže, modifikátory zátěže, představují komplex moderátorů a mediátorů, tj. soubor proměnných, které odpovídají za interindividuální

rozdíly v průběhu kauzálního řetězce, který tvoří: stresová situace – vnímaný psychologický stres – důsledky stresu (Mlčák, 2003).

Při zvládání stresové situace jsou danému člověku k dispozici různé zdroje pomoci, tzv. *salutory*. Pomineme-li vnitřní zdroje, pak v rámci externích salutorů stojí na prvním místě bezesporu *sociální opora*.

S. B. Cohen a T. A. Wills (1985, In Vašina, Záškodná, 1996) uvádějí čtyři typy sociální opory, a to emoční, informační, kamarádskou a materiální. *Informační* opora spočívá v poskytnutí rady, která má pomoci řešit situaci. *Kamarádská* souvisí s umožněním být ve společnosti, ať už jde o volný čas, rekreační nebo další aktivity. *Materiální* opora spočívá v poskytnutí materiálních, finančních prostředků, úsluh nebo praktické pomoci. *Emocionální* opora spočívá ve vyjádření pocitu, že osoba přijímající podporu je kladně hodnocena a vážena, milována a patří k nám.

Sociální opora může ovlivnit hodnocení stresorů, případně přispět k adaptivní reakci na stresory, tj. působení se může projevit v procesu hodnocení nebo v podpoře adaptivního chování. Někdy je pozitivní účinek sociální opory chápán jako nezávislý na stresu. Dobré vztahy k lidem, projevovaná přízeň apod. vytvářejí situaci sociální pohody, která může působit přímo na zdraví bez ohledu na to, zda jedinec stres prožívá, nebo ne. Někdy sociální opora může působit i negativně, a to zvláště tehdy, není-li požadována, vede-li k ohrožení sebedůvěry a sebeúcty, podporuje-li nebo zdůrazňuje-li pocity bezmoci a společensky nepříznivě hodnoceného stavu, tedy je-li v rozporu s potřebami jedince.

Jinou, vnitřní podmínku zvládání stresu představuje *vyhýbání se přetížení*. K dosažení tohoto stavu používají lidé různé operace, např. ovládnutí stresující informace výběrem pouze jediného aspektu dané zatěžující události (Horowitz, 1979).

Pozitivní emoční stavy, optimismus, humor představují z evoluční perspektivy adaptační mechanismus, který individuu poskytuje informace o kondici jeho soustavy, odolnosti a také motivaci k provádění činností, které jej posilují (Vašina, Záškodná, 1996). Výzkumy dokazují, že optimisté se lépe vyrovnávají se zátěžovými situacemi (Chang, 1998). Sarmány-Schuller hovoří o tzv. dispozičním optimismu, který je regulátorem aktuálního psychického stavu a kromě toho je považován za mediátor výběru strategie řešení

náročných životních situací. Osobnostní rys optimismus/pesimismus hraje spolu s kognitivním stylem pravděpodobně jednu z nejvýznamnějších rolí při zvládání problémové, resp. stresové situace (Sarmány-Schuller, 1997).

Sence of Coherence A. Antonovského, soudržnost osobnosti, propojuje tři komponenty:

1. *Srozumitelnost* – kognitivní tendence určitým způsobem vnímat a chápat svět. Lidé s vysokou úrovní srozumitelnosti vidí svět jako celek, kde vše, včetně člověka, má svůj smysl a řád. Naopak lidé s nízkou úrovní srozumitelnosti vidí svět chaoticky a nejsou schopni se v něm orientovat.
2. *Smysluplnost* – se vztahuje k emocionální stránce postoje člověka k životu. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti chápe problémy, se kterými se v životě setkává, jako výzvu. Lidé na opačném pólu se naopak mohou cítit podobnou situací ohrožení.
3. *Zvládnutelnost* – jako motivační stránka osobnosti. Na jejím kladném pólu dominuje přesvědčení, že i větší obtíže lze zvládnout. Lze hovořit o tzv. vnitřním místě kontroly. Naopak lidé s vnějším místem kontroly jsou přesvědčeni, že problémy, se kterými se v životě setkávají, nelze vlastní aktivitou ovlivnit a zvládnout, z čehož pramení pocit úzkosti, který může vyústit v deprese (Antonovsky, 1979; cit. podle Křivohlavý, 2001).

Smysl pro soudržnost (SOC) podtrhuje jeden důležitý faktor, a to smysluplnost. Nalezení smyslu vlastní existence představuje významný protektivní faktor duševního i tělesného zdraví.

Pro aktivní způsob řešení mimořádných zátěžových životních situací se ustálil termín *coping*. Coping označuje poněkud jinou situaci než termín adaptace. Adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže, zatímco coping se uplatňuje v případech nadlimitní (podlimitní) mimořádné zátěže, kdy je potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní.

R. S. Lazarus (cit. podle Paulík, 2006) rozlišuje coping podle zaměřenosti na problém nebo na emoce. Pokud si jedinec myslí, že je možné stávající situaci řešit, volí coping zaměřený na problém. Využívá strategie, jako jsou úsilí o samostatnost při řešení problémů a plánování postupných kroků k řešení problému. Oproti tomu coping, který je zaměřený na emoce, se vyznačuje zvýšenou potřebou emoční podpory okolí, preferencí náboženské víry apod.

C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub (1989, cit. podle Paulík, 2006) charakterizují copingové způsoby zvládání zátěže takto:

1. Coping zaměřený na problém:

- aktivní postupy (záměrná koncentrace pozornosti, vyvíjení úsilí k dosažení cíle);
- uvážlivé plánování;
- selekce rušivých vlivů (odklad jiných záležitostí a aktivit odvádějících od řešení);
- jednání s časovým odstupem (kontrola tendencí k okamžitým reakcím).

2. Coping zaměřený na emoce:

- vyhledávání emoční podpory okolí;
- přijetí problému a nutnosti jeho řešení;
- pozitivní interpretace situace (zaměření na kladné stránky problému a možný přínos);
- popření problémů, ignorování;
- obrat k víře.

3. Dysfunkční strategie zvládání:

- projevování negativních emocí;
- mentální a behaviorální oddálení (snaha odpoutat se od problému zaměřením na jiné aktivity, projevy pasivity, bezmoci, rezignace na cíle);
- snaha uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti jejího řešení pomocí drog (Paulík, 2008).

Pro populační skupiny maladjustovaných jedinců, včetně závislých na návykových látkách, je charakteristická dysfunkční strategie zvládání zátěžových situací. Vzniklé životní problémy nejsou řešeny, ale jakoby „hrnuty před sebou“, k jejich zvládání chybí těmto jedincům vůle, energie nebo sociální dovednosti.

1.3 Zdravotně sociální péče o těhotné ženy a matky užívající návykové látky

Způsob života drogově závislých žen je neuspořádaný a bývá ovlivněn takovými faktory, jako jsou nezaměstnanost, prostituce a kriminalita. Užívání návykových látek v těhotenství zhoršuje zdravotní stav ženy i jejího dítěte. Vzhledem k deviantnímu stylu života nevyhledávají závislé ženy příliš poradny pro těhotné (Trávníčková, 2002).

Absenci prenatalní péče u drogově závislých žen také potvrzuje výzkum provedený K. Plankem¹ se spolupracovníky v období let 2001–2006. Výzkumu se zúčastnilo 96 žen, které během těhotenství nepodstoupily žádné vyšetření. Z celkového počtu bylo zjištěno u 56 % rodiček užívání návykových látek a až u 22 % se jednalo o užívání tzv. tvrdých drog (Plank et al., 2008).

Ženy užívající vyšší dávky heroinu mívají poruchy menstruačního cyklu. Častá je i neplodnost. Také tyto skutečnosti u nich mohou být důvodem pozdější návštěvy lékaře, neboť si graviditu nepřipouštějí. Při kontaktu s poradnou nejeví drogově závislé obvykle velkou ochotu ke spolupráci. Anamnestické údaje se často podaří doplnit až po více vyšetřeních anebo až na poslední chvíli před porodem. Informace o délce užívání drogy jsou obvykle velmi nepřesné, neboť většina matek si jen velmi těžko vzpomíná na přesné údaje (Trávníčková, 2003).

Těhotná žena užívající návykové látky by měla být vyšetřena nejen lékařem, porodní asistentkou, ale také drogovým specialistou. Prenatální péče těhotných žen užívajících návykové látky je stejná jako u žen, které látky neužívají. Navíc by měla být doplněna o kontakt s nízkoprahovým střediskem zabývajícím se touto problematikou. Prenatální péče má několik fází, nejdříve je prováděna depistáž pomocí streetworkerů, nízkoprahových středisek či hygienické služby. Při užívání menšího množství stimulačních drog je možná ambulantní léčba, u masivního užívání drog je doporučována ústavní léčba (Sedláčková, Žižková, 2007).

Dotaz na abúzus drog má být součástí každé anamnézy. Orientační vyšetření moči je možné systémem POCT (point-of-care testing) přímo v ambulanci. Vyšetření v laboratoři

¹ Doc. MUDr. Karol Plank, Ph.D., Slovenská zdravotnícká univerzita, Fakulta ošetrovatelství a zdravotníckých odborných studií v Bratislavě.

provede orientační kvalitativní průkaz základních drog: kannabinoidy, opioidy, budivé aminy, kokain a benzodiazepiny. Kromě běžných odběrů do těhotenské průkazky (krevní skupina, Rh, BWR, HIV, HbsAg) je třeba doplnit panel hepatitid a hladiny jaterních enzymů a pohlavně přenosných chorob. K ověření délky těhotenství se provádí ultrazvuková biometrie plodu. Těhotné závislé na opioidech je vhodné motivovat k zapojení do metadonového programu. Péči anesteziologa vyžaduje těhotná závislá na opioidech při akutní intoxikaci, kdy je ohrožena útlumem dechového centra. Přednostně je volena podpora dýchání před podáním antidota (porodníci.cz, 2009).

U žen, které užívají opiáty do 300 mg, je doporučována detoxifikační léčba a následně ambulantní léčba. V této fázi je třeba zvážit motivaci klientky a její možnost reálné abstinence (Sedláčková, Žižková, 2007).

U klientek, které nejsou schopny dodržet abstinenci nebo užívají dávku vyšší než 500 mg, je doporučována substituční terapie buprenorfinem (Subutexem) či metadonem. Při výběru substituční terapie zohledňujeme sociální situace klientky, jelikož na Subutex musí klientka připlácet.

1.3.1 Systém sociální péče o uživatelky drog v České republice

V České republice do současnosti není systém péče o závislé ženy-matky dosud sjednocen a ani nabídka možných služeb přímo jim určených není dostačující, i když se v našich podmínkách setkáváme se stále větším nárůstem závislých těhotných matek a žen.

Děti narozené závislým matkám jsou většinou odebrány a umístěny na základě předběžného opatření buď do ústavní výchovy, nebo jsou dávány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází (pokud rodina projeví o dítě zájem). Hlavním důvodem odebrání dítěte není braní drogy, ale celkově nepříznivá životní situace matky a ztráta její schopnosti o dítě pečovat. Těmto ženám by tak měla být věnována nejen mimořádná pozornost, ale také nabídnuta specifická zdravotně-psychosociální intervence. Cíl intervence by měl spočívat v abstinenci, matkám by měla být poskytnut podpora se snahou zvýšit jejich schopnost pečovat o své dítě. Současně by ženy měly být edukovány o problémech, které vyplývají z jejich životního stylu (Sedláčková, Žižková, 2007).

V současné době tvoří ženy přibližně 20 % všech osob podstupujících protidrogovou léčbu v Evropě. V různých studiích bylo zjištěno, že obava o zajištění péče o dítě je

klíčovým faktorem, který ženy odrazuje od vyhledání pomoci. Přibližně jedna ze čtyř žen (23 %), které se zapojí do ambulantní léčby, žije s dítětem. Z tohoto důvodu představuje problematika péče o děti nejdůležitější prvek v rozvoji systému služeb zaměřených na ženy, který může přesvědčit drogově závislé ženy k tomu, aby zahájily léčbu a setrvaly v ní (EMCDDA, 2006).

Řada studií upozorňuje na fakt, že poměr jedna žena ke třem mužům, kteří využívají nabízené služby, neodpovídá skutečnosti poměru žen a mužů na drogové scéně. Výzkumy potvrzují, že je tento poměr spíše jedna žena ku dvěma mužům. Proč tedy dochází k nižšímu využití služeb ženami? Důvodů se nabízí hned několik (Vobořil, 2003).

Jedním z dalších hlavních důvodů, proč se ženská část populace užívající návykové látky „bojí“ vystoupit z anonymity a využít nabízené služby, je její větší společenská stigmatizace, než je tomu u mužské části. Ženy využívající tyto služby častěji maskují skutečné důvody somatickými potížemi. Když je pominut proces popření jako jeden z možných faktorů, hlavní obava žen, kvůli níž ženy nevyužívají služby, je efekt vystoupení z anonymity a vydání se „napospas“ odborné i obecné veřejnosti (Vobořil, 2003).

Jaké by tedy měly být služby, které zohledňují tento poznatek?

Ukazuje se zde několik základních vhodných možností:

- Z obecného hlediska by služby nabízené ženám měly nabízet programy, které buď nejsou náročné na čas, nebo zohledňují jejich potřebu mít možnost starat se během programu o své děti.
- Služby by měly být zaměřeny na specifické problémy žen – uživatelek drog, např., poradenství pro těhotné ženy pozitivní na HIV a hepatitidu nebo služby zaměřené na střední a starší věkovou kategorii žen závislých na „uklidňujících lécích“. Tyto služby by měla nabízet spíše žena-poradkyně, u které je předpoklad, že při komunikaci se ženou-klientkou bude snáze navazovat kontakt.
- Jako přínosné lze hodnotit anonymní služby určené této skupině jako například poradenství po telefonu či různé svépomocné programy, ve kterých se mohou setkávat ženy, které užívaly návykové látky, a vzájemně si předávat své zkušenosti (Vobořil, 2003).

Další problém, který se vyskytuje, je – podle zpráv agentury Evropské unie pro drogy (zkratka EMCDDA) – nabídka služeb, které jsou zaměřeny na pomoc této rizikové skupině. Ačkoliv téměř všechny členské státy Evropské unie a Norsko nabízejí v současnosti minimálně jedno zařízení pro léčbu drogově závislých žen, případně žen s dětmi, tyto služby zatím zůstávají spíše výjimkou a často se soustřeďují pouze do velkých měst (EMCDDA, 2006).

V současné době se v našich podmínkách setkáváme s několika zařízeními, které se věnují ženám a matkám závislým na návykových látkách, případně jejich rodinám, které také potřebují určitou pomoc.

Celý systém péče o závislé osoby v ČR vychází ze zákona 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, kde jsou stručně zmíněna zařízení, která se svojí činností zaměřují na osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách.

I. Preslová (2002) uvádí tři různé způsoby, kvůli nimž se ženy dostávají do péče institucí:

1. Žena bere drogy, porodí dítě s novorozeneckým abstinčním syndromem a přímo z porodnice je informován orgán sociálně právní ochrany dítěte. Většinou dochází k tomu, že je matce dítě odebráno a umístěno do kojeneckého ústavu. Jak se matka s touto situací vyrovná, zda se pro ni narození dítěte stává určitou motivací, přestane dále užívat návykové látky, je velmi individuální. Ze zkušeností vyplývá, že pokud je matka hospitalizována společně s dítětem, je motivovanější pro léčbu a projevuje větší zájem o dítě.
2. Žena, která bere drogy delší dobu a zároveň se stará o dítě či děti. Na tuto situaci většinou poukazuje okolí ženy, jako např. škola, sousedé, rodinní příslušníci. Jedná se o nejméně nadějně případy, kdy problém užívání drog trvá již dlouho, péče o dítě je zanedbávána, což bývá také podnětem k jednání příslušných orgánů. Zásah zvenčí je nutný.
3. Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní. Pro další spolupráci je výhodné, pokud má již zařízení s klientkou kontakt ještě před jejím otěhotněním. V této situaci je

předpokládáno, že vztah mezi ní a pracovníky je důvěrnější. Díky této skutečnosti dochází ke snadnější kontrole klientky, k poskytnutí potřebné pomoci, k zamezení rizikům, k pomoci řešit sociální otázky a poskytnutí základní opory (Preslová, 2002).

1.3.2 Druhy služeb a zařízení v České republice

Přes relativně krátkou historii zdravotně sociální péče o těhotné ženy a matky závislé na návykových látkách se v České republice postupně utváří systém zařízení věnující se této klientele. Jedná se o instituce, které jsou určené všem uživatelům drog, v jejichž rámci jsou poskytovány specializované programy pro specifické populační skupiny, včetně výše uvedených těhotných žen a matek. Následující přehled tato zařízení uvádí.

1. Nízkoprahová kontaktní centra

V rámci snižování rizik nabízejí služby podobné terénním programům.

Obecně se do spektra služeb kontaktního centra zahrnuje kontaktní práce, výměnný program, základní zdravotní péče, základní poradenství (prohlubuje se navázaný kontakt s uživatelem s důrazem na změnu rizikových vzorců chování), další krátkodobá intervence (krizová intervence s rodiči, partnerem či rodinou klienta), strukturované poradenství a motivační trénink (posílení motivace klientů k dalšímu postupu v léčbě směrem k abstinenci), sociální práce (pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s úřady, soudy, policií, rodinou apod.), doplňkové služby (hygienický servis, potravinový servis, vitaminový servis) (Libra, 2003).

Systém sociální práce se skupinou těhotných uživatelek drog v kontaktních centrech zatím není nikde ustálený a přesně daný. Některá kontaktní centra si ale během svého působení a na základě svých zkušeností vytvořila určitý koncept, na základě kterého spolupracují s těhotnou závislou ženou. Jako příklad lze uvést činnost Kontaktního centra Háječek v Českých Budějovicích, které má mj. vytvořeno vlastní schéma práce s těhotnou závislou ženou.

Kontaktní a poradenské práce s klientkami jsou následující:

- individuální přístup a individuální poradenský plán;

- navázání a udržení důvěrného vztahu: klientka – poradenský pracovník;
- edukace (informace o zdravotních dopadech užívání drog a jejich vlivu na zdraví dítěte, sociální a pracovněprávní poradenství);
- zjištění motivace k pozitivní změně, včetně míry reálnosti představ do budoucnosti;
- poradenství ve smyslu naplňování krátkodobých cílů;
- asistence při vyřizování různých událostí (u soudů, kontakt s orgánem sociálně právní ochrany dítěte aj.);
- intenzivní týmová intervize a supervize (Kotrbová, Pešek, 2008).

Cíl poradenské práce spočívá v dosažení maximálně možné úrovně zdravotní a psychosociální stabilizace klientky, aby mohlo narozené dítě zůstat v přirozeném prostředí a v péči matky. Společně s klientkou se osvědčilo kladení malých, reálně dosažitelných cílů. Někdy může být úspěchem zařazení a udržení klientky v substitučním programu (Kotrbová, Pešek, 2008).

Pro práci s těhotnými klientkami či matkami je vhodné, aby poradenskou činnost vykonávala žena, která je věkově blízká klientce, protože tak s ní může snáze navázat kontakt a úžeji spolupracovat. Edukace je založená na informování o možnostech, které by měla či mohla těhotná žena podstoupit, např. pravidelné gynekologické prohlídky, či v případě nutnosti lze citlivě hovořit o interrupci nebo náhradní rodinné péči. Je důležité, aby edukace ženy byla směřována na abstinování, případně na možnost zařazení do substitučního programu, pokud je klientka pro tento program vhodná. Pokud se klientka rozhodne, že si dítě ponechá, je informována o možnosti léčby v Terapeutické komunitě Karlov, kde může být se svým dítětem. Testování motivace k pozitivní změně, včetně míry reálnosti představ do budoucnosti, směřuje např. do oblasti rizikového chování v souvislosti s braním drog, do oblasti psychické kompenzace a sociální stabilizace. Pracovníci kontaktního centra také klientce zprostředkovávají asistenci při vyřizování různých záležitostí, jedná se např. o pomoc při jednání s úřady, s praktickým lékařem, orgánem sociálně právní ochrany dítěte, gynekologicko-porodnickým oddělením, psychiatrem, sexuologem apod. Vhodné je vyhledat specialistu, který má kladný vztah k drogově

závislým a má ve svém oboru již nějakou zkušenost s touto cílovou skupinou (Kotrbová, Pešek, 2008).

K nabízeným službám patří terénní programy.

Terénní práce (streetwork) je specifická forma sociální služby poskytovaná přímo na ulici v místech vznikajících sociálních konfliktů.

Podle T. Rhodese (1997) jsou hlavní důvody pro terénní práci následující:

- a) cílové skupiny populace se nedaří oslovit existujícím způsobem intervence;
- b) existující metody intervence neposkytují takové služby, o které by cílová skupina měla zájem a které potřebuje (Rhodes, 1997).

Klientům jsou poskytovány aktuální informace o rizicích spojených s užíváním drog, o možnostech snižování těchto rizik, probíhá tzv. „výměnný program“, při kterém dochází k výměně jehel, stříkaček, k distribuci kondomů, vitaminů, dezinfekčních prostředků atd. Kromě této „materiální“ pomoci jsou uživatelům poskytovány informace týkající se účinku drog, jejich působení, informace o důsledcích a rizicích aplikace apod. Klienti jsou objektivně informováni o dostupných formách pomoci a o kontaktech na tato zařízení. Klientům se poskytuje pomoc v oblasti sociálně zdravotního poradenství. V neposlední řadě v rámci práce v terénu probíhá poradenství a krizová intervence (Matoušek et al., 2005).

Terénní práce se zaměřuje především na nemotivované klienty, kteří nemají zájem s užíváním návykových látek přestat. Hlavní cílem streetworkerů je navázat s těmito klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je motivovat ke změně návykového chování (Hrdina, Korčíšová, 2003).

Jedním důvodem, na kterém se dá stavět a u kterého se předpokládá určitá motivace k léčbě, je zjištění těhotenství u závislé ženy. Streetworkeré se snaží takovéto ženě zdůrazňovat rizika užívání drog, kterými ohrožuje své dítě. Seznamují matku s tím, že pokud bude dále během těhotenství užívat drogy, může být její dítě handicapováno a ihned po porodu jí odebráno. Pokud streetworkeré zjistí, že je budoucí matka přístupna změně svého životního stylu, doporučují ji do léčebných a sociálních zařízení.

2. Ambulantní léčba

Ambulantní léčba může být nabízena a poskytována různými zařízeními – od krizových center přes centra poradenská až po AT poradny (zkratka vznikla ze slov alkohol-toxikomanie). Ambulantní léčba klade na klienty již určité nároky. Na počátku práce s klientem je připraven individuální plán léčby, jehož plnění klientem je pravidelně revidováno. Někdy může být součástí léčby i rodinná či párová terapie (Matoušek et al., 2005).

Jedním ze zařízení nabízejících služby těhotným závislým ženám a matkám je Centrum pro rodinu – Drop In, o. p. s. (dále jen Centrum pro rodinu), které je od roku 2008 certifikováno jako ambulantní léčba. Centrum pro rodinu je součástí Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s.

Jedním z prvních projektů Centra pro rodinu byl projekt „Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech“.

Projekt svoji činnost zahájil v roce 2000 při základním Středisku prevence léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s., jako nestátním registrovaném zdravotnickém zařízení, jehož primární činností je poradenství v oblasti drogové problematiky.

V dubnu r. 2002 vzniklo Centrum pro rodinu, jehož zřizovatelem je stejnojmenné středisko Drop In, o. p. s., do něhož byl projekt Resocializace matek zařazen.

V současné době činnost Centra pro rodinu vychází z programu s názvem „Integrace rodiny“, který je financován jak ze státních, tak nestátních zdrojů.

Popis současného stavu řešené problematiky

Program „Integrace rodiny“ řeší problematiku žen, které užívají či užívaly psychotropní návykové látky a kterým vzhledem k jejich anamnéze byly děti odnímány a svěřovány do ústavní péče.

Často se jedná o ženy, které se rozhodly ke změně životního stylu samy, nebo jejichž resocializace je optimální.

Cílem *Centra pro rodinu* je cílovou populaci gravidních klientek či klientek pečujících o děti motivovat, dostatečně edukovat nejen ve směru k abstinenci od návykových látek, ale

také směrem k péči o narozené dítě a jeho další vývoj. Snahou pracovníků je stabilizovat zdravotní stav klientek v době těhotenství a později. Jedná se o stabilizaci a omezení návykových látek či alkoholu v prenatálním období, tj. v době gravidity, či v době po porodu, kdy klientky již o dítě pečují. Další sociální práce s klientkami se zaměřuje na pomoc a asistenci při stabilizaci tíživé sociální situace, jako je zajištění bydlení a získávání sociálních dávek. V neposlední řadě je cílem programu rozvíjet sociální dovednosti a orientaci v mezilidských vztazích v době zařazení do programu a po jeho ukončení, aby matka společně s partnerem či ostatními rodinnými příslušníky dokázali vytvořit dítěti bezpečné zázemí rodiny jako takové.

Tyto dílčí cíle by měly směřovat k finálnímu cíli – aby děti klientek mohly zůstat v přirozeném prostředí v péči matky (Sedláčková, Žižková, 2007).

Klientky se do péče Centra pro rodinu dostávají nejčastěji takto:

1. Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy s ní možné nadále pracovat, doporučit jí řešení, sledovat ji apod.
2. Žena bere drogy, porodí dítě, v jehož smolce je záchyt návykové látky. Z porodnice je pak informován příslušný odbor (orgán sociálně právní ochrany dítěte) a odtud je kontaktováno Centrum pro rodinu.
3. Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti; na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci).
4. Informace o činnosti centra se může gravidní toxikomanka dozvědět od svých známých či drogově závislých přátel (Sedláčková, Žižková, 2007).

Popis programu

Strukturovaný program trvá dva roky a je uskutečňován ve třech fázích:

1. fáze nízkoprahová, doba trvání této fáze je 1–6 měsíců;
2. fáze tematická, doba trvání této fáze je v rozmezí 6–12 měsíců;
3. fáze růstová, doba trvání této fáze je 12–24 měsíců.

Podrobnější popis jednotlivých fází (Sedláčková, Žižková, 2007):

1. Fáze nízkoprahová

V této fázi dochází k navázání kontaktu s klientkami, které přicházejí do Centra pro rodinu ze základního střediska Drop In, o. p. s., ze substitučních programů, porodnic či na základě doporučení orgánu sociálně právní ochrany dítěte.

V této fázi je nutné klientky stabilizovat, a to zejména ve smyslu abstinence. V indikovaných případech, kdy nelze abstinence od opiátů docílit, jsou zařazovány do substitučních programů.

Pokud klientky nejsou schopny docházet pravidelně do ambulantního programu či nejsou schopny dodržovat pravidla tohoto programu a ambulantní forma se zdá být pro ně neefektivní, jsou odesílány do léčebného programu, který probíhá ústavní formou. Jedná se zejména o Terapeutickou komunitu Karlov.

Pracovníci centra dále pracují s klientkami, které jsou odhodlány k abstinenci, případně již abstinují nebo docházejí do substitučního programu. Klientky jsou dále stabilizovány po zdravotní stránce a jsou odesílány do zdravotnického zařízení k vyšetření, a to zejména na hepatitis či jiná onemocnění.

Kritériem k přechodu do fáze tematické je abstinence či zařazení do substitučního programu a dodržování pravidel, která jsou podmínkou účasti v programu Centra pro rodinu. V této fázi se klade důraz především na osvojení sociálních dovedností a stabilizaci sociálního zázemí, jako je bydlení, vyřízení sociálních dávek, pravidelná účast v programu, péče o dítě – klientky se učí domácí režimová opatření, těhotné ženy se zúčastňují přípravy k porodu, která se skládá z teoretické části a části nácvikové. Kontakt s klientkou probíhá 1–2krát v týdnu při konzultacích o délce 40–50 minut.

Pracovníci centra navštěvují klientky v domácím prostředí. Jedná se zejména o návštěvu gravidních klientek, u nichž je monitorována celková situace před porodem. Díky tomuto je možné vyhodnotit situaci a posoudit, zda narozené dítě může být v bezpečné péči své matky.

Důraz je kladen na to, aby matka abstinovala od návykových látek a alkoholu, měla vytvořený láskyplný a bezpečný vztah k dítěti, pravidelně fungovala a dobře spolupracovala

v substitučních programech a vytvořené sociální zázemí, uspokojivé a bezpečné bytové podmínky byly na dobré úrovni.

V případě splnění těchto kritérií přechází klientky do fáze tematické.

2. Fáze tematická

V této fázi je již práce s klientkami zaměřena na asistenci při zajišťování životních podmínek, sociálních dovedností klientek a jejich spolupráci s úřady či soudy. Pravidelná spolupráce s Centrem pro rodinu není pouze kritériem pro další dlouhodobý plán práce s klientkou, ale jedná se již o pravidelný kontinuální terapeutický vztah, kdy jsou dle vývoje situace sestavovány dlouhodobé a krátkodobé individuální plány, které jsou revidovány 1krát za 14 dnů. V této fázi je monitorována jak klientčina abstinence či spolupráce v substitučním programu, tak i vývoj ve smyslu sociálních dovedností. Frekvence konzultací je 1–2krát týdně, jedná se převážně o poradenství a podpůrný kontakt se zaměřením na behaviorální přístup.

U gravidních klientek probíhá příprava k porodu (teoretická a fyzioterapeutická část) a k následné péči o dítě. Na této prenatální edukaci matek se podílí zkušená porodní asistentka, která případně spolupracuje se zkušenou dětskou sestrou. Mladé ženy přicházejí z rozdílného sociálního zázemí a díky této přípravě se mají možnost dozvědět všechny důležité informace související s průběhem těhotenství, životosprávou, hygienou a budoucí péčí o miminko včetně kojení.

Zařazení do třetí fáze je možné zhruba po deseti měsících spolupráce s klientkou.

3. Fáze růstová

Do této fáze jsou klientky zařazeny až po deseti měsících účasti v programu a aktivní spolupráci s pracovníky centra. V této fázi jsou již klientky sociálně a zdravotně stabilizované, mají upevněny své postoje ve smyslu abstinence od nelegálních a alkoholových drog. Dochází k dalšímu ovlivňování jejich postojů a řešení životních situací. Účast v této fázi již není povinná u osob, které jsou zařazeny v substitučním programu, a u žen, jež mají nařízený soudní dohled. Tyto je možné ponechat ve fázi tematické a pracovat s nimi spíše na podpůrném kontaktu a dalším upevňování postojů

k abstinenci pomocí vhodné sociální práce. Růstová fáze trvá ještě dalších 10 měsíců, celková délka trvání programu je 20–22 měsíců.

Po ukončení strukturovaného dvouletého programu je klientce nabídnuta účast v doléčovacím programu.

Dalším zařízením, které se podílí na péči o závislé ženy a jejich děti, je Resocializační zařízení pro drogově závislé ženy a matky s dětmi v Koňakově (dále jen Resocializační zařízení), které funguje od roku 1997. Zřizovatelem je Česká katolická charita v Českém Těšíně (Zahradníková, Žižková, 2008).

Resocializační zařízení nabízí následnou péči a doléčovací služby, které jsou pobytového charakteru, těm ženám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní nebo ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, nebo které abstinují. Služba mj. obsahuje terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů žen. Úspěšnost programu se pohybuje kolem 70 %.

Program je určen ženám, které dovršily 18 let věku a jsou mladší 40 let, a matkám s dětmi mladšími 11 let, které se dobrovolně rozhodly zbavit se své drogové závislosti a za tím účelem podstoupily první stadia léčby (například v psychiatrických léčebnách, v terapeutických komunitách, či jiný psychoterapeuticky orientovaný program). Ženám je umožněno pokračovat v doléčovací fázi formou chráněného bydlení.

Služba byla certifikována v sekci ambulantní doléčovací programy dne 20. prosince 2005.

V současné době disponuje chráněné bydlení stálou kapacitou 12 klientů. Každá ubytovaná maminka s dítětem má k dispozici samostatný pokoj. Vlastní doléčovací program trvá 6 měsíců až 1 rok. Na pobyt si klientky přispívají poměrnou částkou. V zařízení je nepřetržitý provoz po celých 24 hod. zajištěn týmem stálých pracovníků (vedoucího pracovníka, sociálního pracovníka, ergoterapeuta, pracovnice v sociálních službách) a externích pracovníků (psychoterapeuta, psychologa a dětského psychologa). Externí pracovníci zajišťují odbornou pomoc v oblasti psychologie, psychiatrie, sociologie.

Důraz ze stran terapeutů je kladen na rozvoj motivace ke změně chování matek k dětem a uspořádání jejich režimu dne ve prospěch fyzického i duševního zdraví všech klientů. Poměrně novou metodou, která byla zařazena do programu, je metoda videotréninku, která

se zdá být velice efektivní. Při jejím použití matky-klientky snáze pochopí chyby, jichž se dopouštějí ve výchově svých dětí a pozitivně mění svůj přístup k dítěti. Další metodou, která je terapeuticky využívána, je kognitivně behaviorální terapie a ergoterapie.

Fáze v Resocializačním zařízení Koňakov

A. Nultá fáze – Rozhodovací

Do resocializačního zařízení se dostávají klientky, které jsou v různé fázi léčby. Na základě této skutečnosti jsou délky jednotlivých fází přizpůsobovány klientkám.

Verze A: klientka po 3měsíční léčbě, fáze trvá 7 dní

Verze B: klientka bez léčby po detoxu, fáze trvá 21 dní

Náplň nulté fáze:

Po vstupním pohovoru za pomoci sociální pracovníce si klientka vyřizuje své úřední záležitosti (např. sociální dávky, zaregistrování na úřadu práce aj.), je doplňován její osobní spis (životopis, plány a cíle). Klientka podpisem stvrzuje každý odchod ze zařízení, nemá rozhodovací právo při přijímání nových změn v zařízení, je u ní sledována a podporována abstinence. Klientkám v této fázi nejsou dovoleny návštěvy, dopisy ani telefony.

B. První fáze – Motivační

Verze A: fáze trvá 4 týdny až 2 měsíce

Verze B: fáze trvá 8–10 týdnů

Náplň fáze motivační:

Terapeut společně s klientkou vypracují tematický léčebný plán a úkoly při nástupu. Klientka se stává právoplatným členem zařízení a vztahují se na ní sankce. Je kladen důraz na dodržování řádu zařízení. Je upevňována její motivace k abstinenci, postupně se učí hledat a řešit problémové vztahy. Kontakt s rodinnými příslušníky je umožněn, návštěvy v zařízení povoleny pouze osobám, které nejsou pod vlivem návykových látek. Na konci fáze hodnotí své plány a cíle. V případě postupu do další fáze obdrží osvědčení.

C. Druhá fáze – Zodpovědnostní

Verze A: fáze trvá 2–4 měsíce

Verze B: fáze trvá 4–6 měsíců

Náplň fáze zodpovědnostní:

Při přijímání změn v zařízení má klientka rozhodovací právo nejen za sebe, ale také se podílí na rozhodování o postupu do další fáze u ostatních klientek. Má plnou zodpovědnost za své chování a činy, učí se správně rozhodovat, je připravována celým týmem na samostatnost v životě.

Průběžně informuje pracovníky zařízení o postupu při hledání zaměstnání a bydlení, v případě potřeby požádá o pomoc v pokračování v abstinenci. Má možnost 2denní dovolené. V případě postupu do další fáze obdrží osvědčení.

D. Třetí fáze – Osamostatnění

Varianta A: délka fáze je 3–5 měsíců

Varianta B: délka fáze je 5–6 měsíců

Náplň fáze osamostatnění:

Klientka aktivně hledá bydlení a zaměstnání v místě bydliště – důraz je kladen na samostatnost, zodpovědnost a upevnění v abstinenci. Zodpovědně pokračuje v plánování a postupech při řešení svých cílů. Spolupracuje a snaží se pomáhat ostatním klientkám v 1. a 2. fázi. Jedenkrát za měsíc má možnost 4denní dovolené, o víkendu možnost 3denního volna. Obě možnosti však nelze slučovat. Společně s týmem dochází ke vzniku dohody, v níž je zaznamenán způsob kontaktu se zařízením po ukončení doléčovacího programu. V závěru klientka písemně zhodnocuje svůj pobyt v zařízení, hodnotí jeho klady i záporny. Po ukončení této fáze obdrží písemné osvědčení o úspěšném absolvování programu.

V odůvodněném případě je možné pobyt prodloužit na celkovou dobu až 1 rok.

Předmětem hodnocení úspěšnosti programu u klientek je naplňování týdenních plánů a plnění tematického individuálního léčebného plánu. Součástí programu je vlastní písemné hodnocení klientek přestupujících do vyšší fáze.

Snahou resocializačního zařízení je plnění cílů, které si stanovily klientky při nástupu do zařízení. Po vyhodnocení, které je dáno přestupem klientky do vyšší fáze, se plán mění dle aktuálních potřeb klientek. V případě, že se cíl naplnil dříve, je dohodnutá změna plánu, klientka si stanovuje nový cíl, případně chce na plnění cíle pracovat jiným způsobem. Krátkodobé cíle se v rozsahu jednoho týdne s klientkou pravidelně vyhodnocují.

3. Denní stacionáře

Denní stacionáře (Kalina et al., 2003) nabízejí pro závislé intenzivní ambulantní léčbu ve formě celodenního programu v rozsahu 3–6 měsíců. Vychází ze standardní délky 10–14 týdnů s možností prodloužení na základě individuálního kontraktu. Podstatou intenzivní denní péče (4–5 hodin denně po 5 dní v týdnu) je strukturovaný program, který je definován jako léčebný program s následujícími charakteristikami:

1. přesný časový rozvrh;
2. soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí;
3. vyvážená skladba programu: skupinové terapeutické aktivity, aktivity pracovní, aktivity sportovní, kulturní, klubové apod.;
4. v denní, ústavní a rezidenční léčbě rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržených do 20 pracovních dnů (Kalina et al., 2003, s. 179–180).

Jedním ze stacionářů, jehož klientkami jsou mj. také těhotné ženy/matky užívající návykové látky, je Denní stacionář občanského sdružení Sananim v Praze.

V Denním stacionáři kromě standardních služeb zařízení v rámci specializovaného programu je nabízeno:

- řešení drogové problematiky: poradenství, motivační práce, psychoterapie, prevence relapsu;
- ambulantní a stacionární léčba závislosti;
- zprostředkování nástupu do rezidenční léčby pro matky s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov, zprostředkování substituční léčby;
- informace a edukace o vlivu užívání drog v těhotenství, emoční podpora a provázení;

- zprostředkování komplexní zdravotní péče pro těhotnou ženu, matku i dítě, bezplatné testování těhotenství, podpora rodičovství, péče o děti a rozvíjení rodičovských kompetencí;
- řešení specifických ženských otázek a poradenství v oblasti intimních vztahů;
- psychologická a pedagogická pomoc pro děti, případně její zprostředkování;
- provázení při snaze získat odebrané dítě zpět do vlastní péče, sociální a právní servis;
- poradenství v oblasti sociálně právní ochrany dětí, v oblasti finančních otázek rodiny;
- pomoc a asistence při jednání s institucemi a úřady (např. soudy, orgánem sociálně právní ochrany dítěte, porodnicí, kojeneckými ústavu);
- napojování na zdroje dalších služeb (např. pracovní agentury) a na nedrogovou síť (např. mateřská centra);
- základní materiální pomoc (DST, 2009).

V zařízení klientky mohou navštěvovat:

- individuální poradenství a terapii (1–2krát týdně);
- tříměsíční stacionární intenzivní léčbu;
- rodinná a párová sezení a terapie;
- motivační skupinu (2krát týdně) (DST, 2009).

Denní stacionář zprostředkovává pobyt v Terapeutické komunitě Karlov, ve které mohou matky absolvovat pobytovou odvykací léčbu své drogové závislosti společně s dětmi.

4. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Krátkodobá (4–9 týdnů) ústavní léčba se provádí na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. Jde o vysoce strukturované léčebné programy fungující na principech terapeutické komunity s obdobnou náplní jako v denní léčbě (skupinová a individuální terapie, rehabilitační, edukační a volnočasové aktivity, práce s rodinou a sociální práce). Dodržování léčebného režimu a zapojení klienta do léčby je často monitorováno pomocí bodovacího systému (kladné body za žádoucí chování, záporné za nežádoucí) (Kalina, 2000).

Střednědobá ústavní léčba závislosti trvá 3–6 měsíců. V současné době tuto službu nabízejí psychiatrické léčebny, eventuálně některá specializovaná oddělení psychiatrických oddělení nemocnic. Cílem střednědobé léčby je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba, která bývá obvykle rozdělena do 4 fází.

1. Fáze – trvá přibližně 1–3 týdny. V této fázi probíhá pod lékařským dohledem detoxifikace pacienta, snahou terapeuta je navázání vztahu, posilování motivace.
2. Fáze trvá přibližně 1 měsíc. Pacient se adaptuje na terapeutický program a zařízení, seznamuje se s principy strukturovaného programu a režimem.
3. Fáze trvá v rozmezí 2–3 měsíců. V této fázi dochází k aktivní léčbě, předpokládá se aktivní spolupráce pacienta v psychoterapii a spolupodílení se na chodu léčebného zařízení. Pacient může jezdit na propustky domů, uskutečňuje se rodinná terapie.
4. Fáze trvá přibližně měsíc. V této fázi si pacient vytváří reálné plány do života po léčbě, zajišťuje práci a bydlení a naplánuje si kvalitní následnou léčbu (Dvořáček, 2003).

5. Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí detoxifikačních stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují umístění a intenzivní péči v jiném zařízení jako např. na jednotce intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Detoxifikace může být prováděna v domácím prostředí (v našich podmínkách ne tak častá), v lůžkovém zdravotnickém zařízení (detoxifikaci by mělo být schopno provést lůžkové zdravotnické zařízení) nebo přímo v zařízení tomu určeném – tzv. detoxifikačních stanicích, které mohou být součástí zařízení ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislosti; jako samostatná jednotka v nemocničním komplexu; nebo v zařízeních, jež poskytují ambulantní služby nabízející jako alternativu i detoxifikaci v domácím prostředí (Nešpor, 2003).

Detoxifikace je léčebný postup odstraňující návykovou látku z organismu při zmenšení nebo odstranění příznaků spojených s odnětím. Může probíhat několika způsoby:

- dnes nejméně používaný způsob – absolutně bez podpůrné farmakologické léčby – nejnáročnější způsob, vyžaduje velmi intenzivní psychoterapeutickou léčbu;
- u lehčích stavů je užívána kombinace benzodiazepinů, spasmolgtik a b-blokátorů;

- nejčastější, nejšetrnější a neúčinnější je detoxifikace pomocí substitučních preparátů, jako jsou buprenorfin nebo metadon (Šturma et al., 2001).

Detoxifikace trvá zpravidla 5–10 dní, někdy i déle. Většina zařízení poskytujících dlouhodobou pobytovou léčbu přímo vyžaduje, aby klient absolvoval detoxifikaci (Matoušek et al., 2005).

Detoxifikace se obecně v průběhu těhotenství obecně nedoporučuje, pokud je nutné k ní přistoupit, je vhodné tento krok směřovat do období 2. trimestru (Vavřínková, Binder, 2007).

6. Substituční léčba u těhotných matek

Substituční udržovací terapie během těhotenství jsou dobře zavedené a zajišťují celkové zlepšení bio-psycho-sociálního zdraví matky a lepší prognózu pro dítě (Verster, Bunning, 2007).

Metadon

V Evropské unii se pro substituční terapii při závislosti na opioidech používá metadon (v 90 %). Metadon je syntetický opioidový antagonist s biologickým poločasem rozpadu 24–36 hodin (Verster, Bunning, 2004).

Metadon účinkuje v CNS obdobně jako morfin. Inhibuje uvolňování acetylcholinu, noradrenalinu a substance P. Má silné analgetické účinky, centrálně tlumivý efekt, může vyvolat depresi dechového centra, ovlivňuje hladké svalstvo a snižuje bazální metabolismus (Popov, 2003).

Zmírňuje tak nutkavou touhu po užití drogy, potlačuje abstinenční příznaky a blokuje pocity euforie spojované s heroinem (Verster, Bunning, 2007; Kandall et al., 1999).

Pro gravidní uživatelku drog je důležité stabilizovat hladinu drogy a snížit tak možnost vzniku novorozeneckého abstinenčního syndromu u dítěte. Vzhledem k tomu, že musí pro metadon denně docházet do substitučního centra, lze ji proto sledovat v těhotenství a alespoň částečně kontrolovat. Tyto matky mají lepší perinatální péči a vedou méně rizikový způsob života ve srovnání se závislými na heroinu, které nejsou v substituční léčbě. U novorozenců se vyskytuje vyšší porodní hmotnost a nižší incidence intrauterinní

růstové retardace. Metadon se kumuluje v játrech, slezině a plicích plodu. Čím vyšší je substituční dávka u matky, tím výraznější jsou abstinční příznaky u novorozence, které se mohou objevit až za 2–4 týdny po narození (Vavřínková, Binder, 2007; Chiang, Finnegan, 1995; Fischer, 1999).

V názorech na kojení při metadonové substituci je v současné době značná nejednotnost. Názory různých odborníků oscilují od naprosto odmítavých postojů ke kojení až k jeho podporování. Do mateřského mléka přestupuje cca 1 % celkové dávky metadonu. Podle některých pediatrů, hlavně australských a novozélandských, kojení při metadonové substituci pomáhá tlumit abstinční syndrom novorozence. American Academy of Pediatrics doporučuje kojení, pokud denní dávka metadonu u matky nepřekročí 20 mg na den (Vavřínková, Binder, 2007; Lawrence, 1994).

Buprenorfin (Subutex)

Ve světě dosud převažuje forma perorálního užívání metadonu, avšak čím dál ve větší míře je s úspěchem předepisován buprenorfin (firemní název Suboxone nebo Subutex) (Verster, Bunning, 2007).

Jde o syntetickou látku, která působí jak agonisticky (jako morfin), tak i antagonisticky (ruší působení morfinu), působí tedy mírněji než ostatní opioidy. Výhodou tohoto léku je, že obsahuje protilátku, která blokuje tlumivý efekt v případě použití jiných opioidů (např. heroinu). Pokud tedy pacient kromě předepsané léčby užije ilegální látku, nedosáhne žádného efektu (Fudala et al., 1990).

Buprenorfin není prokazatelně embryotoxický ani teratogenní, dobře ho snáší matka i plod (Fischer et al., 2000). Do mateřského mléka přechází jen v malých koncentracích a jeho obsah v mateřském mléce nevede k odmítání mléka dítětem. Nebyly zjištěny žádné přesvědčivé údaje, které by prokazovaly mutagenitu nebo jiné genetické riziko či kancerogenitu. Novorozenecký abstinční syndrom je popisován jako mírný a rychle odeznívající, nastupuje druhý den života (Vavřínková, Binder, 2007).

V případě zařazení do substitučního programu má těhotná žena tříměsíční dobu na adaptaci, ve které může přetrvávat užívání ostatních nelegálních návykových látek. Před zařazením do substitučního programu je lékařem provedeno interní vyšetření. Do

substitučního programu dochází těhotná žena každý den, je pravidelně kontrolován její zdravotní stav a je prováděna kontrola moči na přítomnost nelegálních návykových látek (Preston, 1999).

7. Terapeutické komunity

Poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce od 6 do 18 měsíců, jsou převážně v nestátním sektoru. Jde o strukturovanou, intenzivní léčbu, která je většinou rozdělena do 4 fází. Mnoho komunit je mimo město, za praktický provoz jsou odpovědní samotní klienti. Léčba v terapeutické komunitě klade na klienty dost vysoké nároky, a to nejen ve smyslu délky léčby. Důraz je kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá individuální poradenství, skupinovou, rodinnou a pracovní terapii (Vodáčková et al., 2002, Matoušek et al., 2005).

V ČR je pro drogově závislé těhotné ženy/matky určena Terapeutická komunita Karlov. V roce 1999 vznikl program pro léčbu závislých matek.

Cílovou klientelu tvoří:

1. Skupina těhotných matek, které zahajují léčbu před očekávaným porodem.
2. Skupina žen v šestinedělí, kdy narození dítěte bylo motivem ke vstupu do léčby. Jedná se většinou o poměrně mladé matky, které se nacházejí ve velkých emočních i sociálních zmatcích a potřebují výraznou podporu. Přítomnost dítěte velmi posiluje jejich motivaci.
3. Skupina matek s maximálně dvěma dětmi, jimž hrozí odebrání dítěte, či cítí, že již situaci nezvládají a potřebují pomoci. Vzhledem k tomu, že se jedná často o matky-samoživitelky, je společný program s dítětem vůbec jedinou možností, jak nastoupit léčbu. Kapacita skupiny pro matky s dětmi je 10 lůžek pro matky.
4. Skupina dětí závislých léčených matek. Jedná se většinou o děti ve věku od narození do 6 let. Některé z nich potřebují speciální zdravotní péči či aplikaci speciálních pedagogických a výchovných postupů. Kapacita pro děti je 12 lůžek.
5. Partneři, rodiče, příbuzní, kteří jsou vzhledem ke svým minulým i budoucím vazbám na klientky nedílnou součástí cílové populace programu (Svobodová, 2007).

Základní informace o léčbě

Specifické cíle u skupiny matek:

- vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem;
- přijetí role matky;
- výchova k rodičovství a partnerství;
- osvojení si základních dovedností v péči o dítě;
- nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu;
- získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby (TKK, 2008).

Specifické cíle u skupiny dětí:

- zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení;
- diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení;
- zajištění odpovídající výchovy a tím vývoje dítěte;
- zajištění speciální péče o dítě v případě jeho speciálních potřeb (zdravotní či jiné postižení) (Svobodová, 2007).

Celá léčba je rozdělena do 4 fází:

V nulté fázi dochází k zabydlení matek, seznámení se s programem komunity a k upevnění rozhodnutí zůstat v komunitě. Délka trvání je 2 týdny.

Pro fázi č. 1 je charakteristické zaměření se na vytvoření blízkého vztahu mezi matkou a dítětem, klientky se učí pečovat o své děti, vytvářejí si vzorce chování nutné ke zdravému vývoji jejich dítěte. Adaptují se na nové prostředí komunity, učí se nacházet nové hranice a své nově nabyté zkušenosti používají při výchově. Délka trvání první fáze je 2–3 měsíce.

Ve fázi č. 2 se klientky věnují plynulému chodu komunity, nesou za něj zodpovědnost prostřednictvím různých funkcí. Mají osvojeny základní výchovné, hygienické a zdravotní potřeby svých dětí, nadále se vzdělávají a prohlubují své zkušenosti. Mohou si vyzkoušet

pobyt mimo komunitu a se získanými novými zkušenostmi pracují ve skupině. Délka této fáze je 3–4 měsíce.

Poslední fáze č. 3 je určena zejména k přípravě matek na návrat do života a také je spojena s definitivním zajištěním bezpečného zázemí venku a následné péče. Matky mají děti ve školce, jsou brigádně zaměstnány v regionu komunity. Délka trvání fáze je maximálně 6 týdnů (Hanzal, 2007).

8. Následná péče, doléčovací programy

Doléčovací centra poskytují škálu služeb pro klienty, kteří již prošli ústavní léčbou nebo za sebou mají pobyt v terapeutické komunitě. Doléčovací program trvá 6–12 měsíců. Klientům je nabízeno poradenství, individuální a skupinová terapie, párová či rodinná terapie, sociální rehabilitace. Součástí některých zařízení může také být chráněné bydlení (Matoušek et al., 2005; Vodáčková et al., 2002).

Jedním ze zařízení, které poskytuje péči závislým těhotným ženám/matkám, je o. s. Sananim, jehož součástí je Doléčovací centrum pro matky s dětmi.

Základním cílem doléčovacího programu je prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit snižovat riziko relapsu drogové závislosti a podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn, k nimž u klientek došlo před vstupem do doléčovacího programu.

Součástí DC je a) Ambulantní doléčovací program a b) Program chráněného bydlení.

a) Ambulantní doléčovací program je určen:

- matkám – bývalým uživatelkám návykových látek, které jsou starší 15 let;
- klientkám, které abstinují po léčbě drogové závislosti (není rozhodující, zda ji dokončily v řádném termínu nebo předčasně), a klientkám, které začaly abstinovat spontánně;
- klientkám, které abstinují minimálně 3 měsíce; těm, které abstinují kratší dobu, je nabízena specifická individuální ambulantní péče; po stabilizaci a dosažení délky abstinence je klientky možné zařadit do strukturovaného doléčovacího programu;
- klientkám motivovaným k dalšímu životu bez návykových látek (DCT MAT, 2009).

Některé dílčí cíle Ambulantního doléčovacího programu jsou:

- Pomoci klientce obstát v podmínkách běžného života.
- Orientovat proces doléčování na hledání nového vlastního místa ve společnosti. S tím souvisí především: nalezení bydlení (vlastní byt/pokoj), práce/studium, koníčky (volný čas), přátelé, odpočinek (užívat si bez drog), partnerské vztahy.
- Podpořit samostatnost, sebedůvěru klientky a osobnostní růst včetně dokončení celého léčebného procesu, pomoci při zapojení do pracovního procesu, při řešení sociálních a právních problémů.
- Podpořit dosažení osobní spokojenosti a přijetí sebe samé. S tím souvisí především: dosažení pocitu svobody (nejsem na ničem a na nikom závislý), učení se přijímat osobní výhry i prohry, dokázat myslet na budoucnost, plánování a hodnocení.
- Klientkám matkám pomoci zajistit péči o dítě a zdokonalovat se v ní, nabídnout pomoc rodinám a blízkým klientek (DC MAT, 2009).

b) Program chráněného bydlení je určen:

- matkám – bývalým uživatelkám návykových látek, které mají dítě (děti) ve vlastní péči. Pro umístění do tohoto programu musejí splňovat podmínku ukončené střednědobé nebo dlouhodobé léčby v délce minimálně 3 měsíce.

Specifické cíle programu chráněného bydlení:

- Umožnit klientce odpoutat se od léčebného zařízení a rodiny a učit ji žít samostatně.
- Podpořit rozvoj praktických dovedností souvisejících se samostatným životem.
- Nabídnout přechodné ubytování v chráněných podmínkách usnadňující přechod z léčebného zařízení do běžného života (DCT MAT, 2009).

Dalším ze zařízení, které se podílí na péči o matku a dítě, je v České republice o. s. STŘEP – České centrum pro sanaci rodiny (Konvičková, 2008). Je nestátním poskytovatelem sociálních služeb pro rodiny od roku 1997. Jednou z cílových skupin programů STŘEPu jsou rodiny s dětmi, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku rizikového chování rodičů spojeného se závislostí. Aktivity sdružení jsou zaměřeny na podporu

a pomoc dětem ohroženým nedostatečnou péčí s následnou možností odběru takového dítěte rodině a jeho umístění do ústavního zařízení. Sociální služby STŘEPu podporují aktivizaci rodičů a začlenění rodin do společnosti. Služby poskytované této cílové skupině jsou zaměřeny na posilování vztahu rodič–dítě, nácvik a podporu rodičovského chování, vytváření náhledu na rizika užívání návykových látek a jeho důsledky pro dítě a podporu ve stabilizaci sociální situace rodiny. Jsou vždy koordinovány v rámci multidisciplinárního týmu. Předpokladem poskytování služeb rodinám je spolupráce rodičů se zařízením pro léčbu závislostí.

Poskytování služeb rodině probíhá v rámci multidisciplinárního týmu. Dobře spolupracující tým odborníků, jehož součástí je například sociální pracovník, pediatr, soudce, pracovník probační a mediační služby a další, je schopen s rodiči i mezi sebou navzájem jasně a otevřeně komunikovat, stanovovat cíle spolupráce a definovat podmínky pro bezpečné setrvání dítěte v rodině. Vytváří pro rodinu podpůrnou síť. Zvyšuje tak pravděpodobnost stabilizace situace v rodině, zvýšení rodičovských kompetencí a možnost setrvání dítěte v péči rodičů nebo návratu dítěte ze zařízení pro výkon ústavní výchovy do rodiny. Nezbytným předpokladem funkční multidisciplinární podpory jsou pravidelná setkávání členů týmu, při nichž dochází k vyhodnocování situace v rodině a ke stanovování dílčích cílů. Rodiče jsou o těchto setkáních vždy předem informováni.

Do programů STŘEPu se na základě doporučení zařízení pro léčbu závislosti dostávají obvykle klientky, jejichž situace je z hlediska závislosti alespoň částečně stabilizovaná, to znamená, že klientky se zařízením na léčbě již určitou dobu spolupracují, delší dobu abstínují nebo jsou zařazeny v substitučním programu. S ohledem na tento fakt má pak poskytování služeb STŘEPu v rámci multidisciplinárního týmu od doby těhotenství klientky výrazně preventivní charakter. V době před narozením dítěte se klade důraz na podporu mateřské a otcovské role, klientky se seznamují s důsledky svého rizikového chování včetně vlivu užívání návykových látek pro dítě. Klientkám je poskytována pomoc s přípravou materiálních podmínek pro dítě a se stabilizací sociální situace rodiny.

Služby STŘEPu poskytované rodině po narození dítěte jsou pak rozšířeny a zaměřeny na to, aby rodiče porozuměli chování dítěte a jeho potřebám (fyzické, psychické, emoční,

kognitivní), uměli zajistit adekvátní péči o dítě, vytvářeli si pozitivní vztah k dítěti a uměli udržet stabilní sociální situace rodiny.

Pokud je dítě umístěno rozhodnutím soudu v zařízení pro výkon ústavní výchovy, služby STŘEPu se zaměřují na podporu rodičů v rámci asistovaných návštěv dítěte v zařízení, podporu rodičovského chování – vyjadřování zájmu o dítě mimo návštěvy, mapování představ o mateřské/otcovské roli atp. Neméně důležitá je také pomoc při přípravě podmínek pro postupný návrat dítěte do rodiny, která tkví v podpoře rodičů v rámci asistovaných návštěv.

Poskytování služeb rodině obvykle pokračuje i po zrušení ústavní výchovy dítěte pravomocným rozhodnutím soudu (Konvičková, 2008).

1.3.3 Systém péče o závislé těhotné ženy/matky v Dánsku (Žižková, 2008)

Jedním ze států, který disponuje velice propracovaným systémem péče o drogově závislé těhotné ženy/matky je Dánsko. Oproti České republice má situace týkající se této skupiny žen v Dánsku poměrně dlouhou tradici a spadá spíše do kompetence zdravotnictví (Dánský zdravotní úřad).

Péče o těhotné ženy v Dánsku vychází ze směrnice *Zachování života a zdraví ženy a dítěte*. Ve směrnici týkající se péče o těhotné ženy, kterou vydalo dánské ministerstvo zdravotnictví (1945), je zdůrazněno, že je třeba věnovat zvláštní pozornost ženám/rodinám, jejichž životní podmínky nebo způsob života jsou spojeny se zvláštními riziky pro matku nebo dítě, a dále ženám, u nichž se očekává, že během těhotenství nebo porodu mohou vzniknout komplikace.

Uvedená směrnice dále upozorňuje na skupiny těhotných žen se specifickými potřebami, u nichž může být výše uvedený cíl péče o těhotné ženy splněn pouze tehdy, je-li jejich situaci věnována mimořádná pozornost.

Historie vzniku zařízení určeného pro závislé těhotné ženy/matky (Žižková, 2008)

V roce 1989 vzniká Rodičovská ordinace (dále jen RO) při nemocnici ve Hvidovre a při nemocnici Rigshospitalet, která je inspirována vznikem Family Center ve Spojených státech amerických, jejichž zakladatelkou je dětská lékařka Loretta Finneganová. Od roku 1995 se

rodičovská ordinace stává stálým speciálním oddělením v kodaňské nemocnici Hovedstadens Sygehusfaelleskab pod vedením primářky May Olofssonové.

RO je speciální ordinací pro těhotné ženy užívající alkohol a jiné návykové látky a léky. Tato ordinace je určena také pro děti až do jejich nástupu do školy. RO je součástí gynekologicko-porodnického oddělení, ale působí i na neonatologickém a dětském oddělení. Zaměstnanci oddělení pocházejí z různých oborů, pracují zde lékaři, sociální pracovníci, psychologové, porodní asistentky i administrativní pracovníci. Rodičovská ordinace se o ženu stará delší dobu, počínaje okamžikem zjištění těhotenství a konče vstupem dítěte do školy. Dokud je rodina registrována v RO, je napojena na tým mezioborových odborníků, který je zodpovědný za péči o rodinu a úzce spolupracuje s nejdůležitějšími odborníky, jež mají na starosti sociální a zdravotní záležitosti. Pokud je to možné, sleduje dítě stejný lékař a psycholog, který sledoval matku a rodinu během těhotenství a v případě potřeby je zapojen i sociální pracovník (Olofsson, 2005).

Důraz je kladen na komplexní péči a interdisciplinární týmovou spolupráci, která probíhá plynule a bez potíží. Pokud žena naváže s RO kontakt, pracuje s ní lékař, porodní asistentka, sociální pracovník, psycholog.

Všichni zmínění se mimo jiné spolupodílejí na edukaci ženy. Lékař vzdělává ženu v oblasti užívání antikoncepce, antikoncepci předepisuje a v případě potřeby může nabídnout potrat či sterilizaci, dále poskytuje informace spojené s kojením, sestavuje plán případného kojení nebo odstavení dítěte.

Porodní asistentka dává ženě rady týkající se výživy, v případě potřeby jí vystavuje doporučení na příspěvek na jídlo, dále jí vysvětluje negativní dopady kouření a užívání drog během těhotenství na nenarozené dítě.

Sociální pracovník motivuje ženu k léčbě, v případě nutnosti k hospitalizaci, dále k tomu, aby souhlasila s kontaktováním odboru sociálních věcí nebo jiné instituce, která má vztah ke zdraví ženy a dítěte, případně může zajistit odpovídající pomoc. Rovněž se snaží o zachování podpory rodiny matky, či v případě potřeby a zájmu zajišťuje protidrogovou léčbu otci dítěte.

Během hospitalizace je úkolem sociálního pracovníka informovat o všech důležitých skutečnostech jak pacientku, tak zaměstnance gynekologicko-porodnického oddělení.

Sociální pracovník dohlíží na průběh hospitalizace a léčby, podílí se na edukaci matky a podporuje ji při veškerých krocích.

Jedním z důležitých počátečních úkolů sociálního pracovníka je vytvoření sociální anamnézy ženy. Sociální pracovník je pověřen úkolem vyhledat ženu v případě, kdy není možné s ní navázat kontakt nebo pokud žena přestane docházet do rodičovské ordinace. Ve většině případů je sociální pracovník koordinátorem („centrální ústřednou informací“) této mezioborové a interdisciplinární spolupráce. Připravuje a svolává mezioborové a interdisciplinární porady, vypracovává referáty ze schůzí a ostatní písemné zprávy, sleduje, zda jsou plněny závěry porad a průběžně informuje těhotnou ženu. Po narození dítěte informuje sociální pracovník správu sociálních věcí a zajistí, aby veškeré náležitosti byly odpovídajícím a dostatečným způsobem připraveny v okamžiku propuštění dítěte a matky z nemocnice. Sociální pracovník rovněž pokračuje v konzultacích s matkou a otcem dítěte i s personálem příslušného gynekologicko-porodnického oddělení. Po celou dobu, kdy je dítě zapsáno v rodičovské ordinaci, koordinuje sociální pracovník mezioborovou spolupráci všech zapojených partnerů (Olofsson, 2005).

Součástí multidisciplinárního týmu, který pracuje s matkou, je také psycholog. Cílem většiny konzultací je posílit vztah ženy k očekávanému dítěti. Velké množství těhotných žen závislých na drogách mívá jen v omezené míře citový vztah ke svému těhotenství a k dítěti. Hlavním tématem těchto konzultací je probudit či posílit zájem těhotné ženy o pohyby a potřeby dítěte, o jeho denní rytmus a dále také pozitivně podpořit její představy o dítěti. Cílem je, aby se dítě pro budoucí matku stalo skutečností.

Po narození dítěte psycholog podporuje vztah matky a dítěte, pozoruje ho a během jejich hospitalizace hodnotí, zda je potřeba podniknout další opatření. Psycholog je společně s lékařem zodpovědný za následné prohlídky a za předání výsledků odboru sociálních věcí a ostatním institucím.

Důraz je také kladen na spolupráci s rodinou. Rodiče matky či partner docházejí do RO na konzultace. Po porodu dítěte je matce nabídnuta možnost hospitalizace na oddělení šestinedělí po dobu dvou týdnů po porodu. Cílem poskytnuté hospitalizace je matku podpořit, pokračovat v započaté léčbě a zajistit, aby trávila pokud možno co nejvíce času společně s dítětem a poznala ho. Je nezbytně nutné, aby se ženě dostalo maximální pomoci

a podpory právě v tomto období, bez ohledu na to, zda je dítě umístěno na oddělení šestinedělí nebo na neonatologickém či dětském oddělení. Matka je edukována v oblasti antikoncepce, např. zavedení nitroděložního tělíška nebo hormonální tyčinky, sterilizace nebo hormonální injekce. Dále dochází k edukaci ženy v závislosti na kojení, pokud to její zdravotní stav dovoluje.

Jakmile matka dítě porodí, informuje RO odbor sociálních věcí. Dětské oddělení kontaktuje zdravotní sestru a informuje ji o propuštění matky s dítětem domů, není-li stanoveno jinak. V některých případech může být účelné, když tuto funkci zastane RO. Po propuštění do domácí péče je nejen sledována a edukována matka, ale také se pozornost zaměřuje na její dítě. Jelikož bylo dítě během svého vývoje vystaveno negativnímu působení návykových látek, cílem prohlídek a sledování je objevit včas případné nemoci, deformace, zanedbání péče, tak, aby mohla být co nejdříve zahájena léčba a podpora a aby se zabránilo negativním vlivům na další vývoj dítěte (Olofsson, 2005).

První prohlídka u pediatra se většinou koná měsíc po propuštění dítěte z nemocnice. Poté následují prohlídky ve třetím, šestém a devátém měsíci života, dále pak při dosažení jednoho roku života. Následně až do tří let dochází dítě na prohlídky každých šest měsíců a poté jednou za rok až do dosažení šesti nebo sedmi let (Olofsson, 2005).

Ukončení sledování dítěte rodičovskou ordinací (Žižková, 2008)

Dítě přestává do rodičovské ordinace docházet v době, kdy zahájilo povinnou školní docházku, tj. v 6–7 letech. Se vstupem dítěte do školy je důležité předat informace o dítěti odpovídajícím úřadům. RO uspořádá schůzku za účelem ukončení sledování dítěte, této schůzky se zúčastní všichni odborníci, kteří byli nebo budou dále v kontaktu s dítětem a jsou jim zde poskytnuty informace o dítěti, o jeho současných potížích, které vyžadují zvláštní pozornost v souvislosti s jeho nástupem do školy. Jsou probrány jednotlivé možnosti školní docházky a typy škol. O umístění dítěte do konkrétní školy se stará pedagogicko-psychologická poradna ve spolupráci s rodiči nebo náhradními rodiči a odborem pro sociální záležitosti.

Část dětí přestává RO sledovat před dosažením šestého roku života, v ojedinělých případech ve 3–4 letech věku. Jde o děti, u nichž se neobjevily vývojové problémy ani

obtíže způsobené užíváním drog matkou, a o děti žijící ve stabilní rodině. V tomto případě informuje RO odbor sociálních věcí písemně o ukončení sledování dítěte z důvodu dobrého a bezproblémového vývoje.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Výzkum zahrnoval dvě etapy, které obsahovaly vlastní cíle:

1. Cíl první etapy výzkumu spočíval ve zmapování sociodemografických souvislostí mezi abúzem drog u specifického souboru žen matek a těhotných užívajících návykové látky.

1.1 Dílčí cíl první etapy výzkumu sledoval rizikové faktory abúzu drog ve spojitosti se suicidiálním jednáním.

2. Cíl druhé etapy výzkumu se zaměřoval na identifikaci některých zvláštností v osobnostních charakteristikách sledovaného souboru žen.

Výzkum neusiluje o objasnění toho, zda jde o determinanty či důsledky závislosti, nesleduje ani případné diference související s typem užívané drogy, s délkou závislosti, s délkou a typem léčby závislosti a s jinými dalšími možnými souvislostmi.

2.2 Hypotézy

Hypotézy ke druhé etapě výzkumu:

Ha1: Respondentky vykazují vyšší hladinu neurotičnosti, ve srovnání s populačním průměrem jako projev nižší psychické integrovanosti (měřeno dotazníkem NEO).

Ha2: Respondentky vykazují větší variabilitu faktoru extroverze–introverze, jsou mezi nimi zastoupeny ve větším množství jedinci s opačnými, krajními hodnotami extroverze i introverze.

Ha3: Respondentky charakterizuje nižší hladina otevřenosti ve srovnání s populační normou.

Ha4: Respondentky vykazují sníženou míru faktoru přívětivosti ve srovnání s populační normou ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, ochotě pomáhat druhým.

Ha5: Respondentky vykazují nižší skóre faktoru svědomitosti, jsou impulzivnější ve srovnání s populačním průměrem.

Ha6: Respondentky vykazují nižší zátěžovou odolnost ve smyslu menší koheze osobnosti ve srovnání s populačním průměrem (měřeno SOC).

Ha7: Respondentky vykazují: a) nižší dispoziční optimismus; b) vyšší arousabilitu (měřeno AOS).

3 METODIKA

Objektem výzkumu bylo zjistit sociodemografickou souvislost mezi abúzem drog u specifického souboru žen-matek a těhotných užívajících návykové látky a identifikovat některé zvláštnosti v osobnostních charakteristikách sledovaného souboru žen. Předmětem výzkumu byly těhotné ženy nebo matky užívající návykové látky.

Výzkum proběhl v období let 2007–2008. Pro výzkumné účely bylo zkontaktováno několik zařízení v České republice, která mj. poskytují služby nebo se specializují na práci s drogově závislými matkami. Oslovena byla většina klientek, která vymezovala naši cílovou skupinu. Ne všechny ženy však měly o účast ve výzkumu zájem.

Jednalo se o tato zařízení:

- Centrum pro rodinu, o. p. s., Praha, Drop In, o. p. s.
- Denní stacionář Sananim, o. s., Praha
- Doléčovací centrum pro matky s dětmi Sananim, o. s., Praha
- Koňakov – Resocializační zařízení pro ženy a matky s dětmi ohrožené závislostí, Český Těšín
- Kontaktní centrum Háječek, o. s., České Budějovice
- Kontaktní centrum Prachatice, Prevent o. s., Strakonice
- Jihočeský streetwork, Prevent, o. s., Strakonice
- Jihočeské substituční centrum, Prevent, o. s., Strakonice
- Centrum následné péče Prevent, o. s., Strakonice

Vlastní výzkum byl rozdělen do dvou etap a probíhal ve výše uvedených zařízeních. V první a druhé etapě se výzkumu zúčastnilo 56 respondentek, které v době výzkumu byly buď aktivními uživatelkami drog, nebo právě absolvovaly odvykací léčbu a projevíly zájem účastnit se výzkumu (54 matek a 2 těhotné ženy). Pro účely dílčího cíle výzkumu první etapy byl soubor 56 žen respondentek rozdělen na dva podsoubory tak, že první podsoubor (28 žen) tvořily matky, které při rozhovoru vykazovaly suicidiální tendence a druhý soubor (28 žen) tvořily matky bez suicidiálních tendencí.

Pro druhou etapu výzkumu byl vytvořen srovnávací soubor 46 žen tak, aby oba soubory byly podobné, co se týče věku žen, počtu jejich dětí a úrovní jejich vzdělanosti. Ženy nebyly uživatelkami drog ani neměly během svého života žádnou zkušenost s užíváním drog. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 19 do 40 let a všechny ženy byly české národnosti.

Počátkem roku 2007 byl proveden předvýzkum v Resocializačním zařízení pro matky s dětmi v Koňakově a v Centru pro rodinu v Praze, který ukázal nízkou míru motivovanosti respondentek kooperovat na výzkumu. Z toho důvodu byly ženy motivovány finančně tak, že za spolupráci při vyplňování testové baterie dostala každá z nich 200 Kč. O této možnosti „finanční odměny“ byly respondentky informovány prostřednictvím svých terapeutů či sociálních pracovníků. Následná spolupráce pak s nimi byla bezproblémová.

3.1 První etapa výzkumu

Pro první etapu výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum, kde byla použita metoda rozhovoru, pomocí níž došlo ke zmapování sociodemografických ukazatelů u těhotných žen/matek zneužívajících návykové látky. Rozhovor obsahoval 53 otázek a snažil se zmapovat následující oblasti:

- a) Základní demografické informace.
- b) Rodinné zázemí, ze kterého respondentky pocházely.
- c) Současné rodinné prostředí.
- d) Historie drogové kariéry respondentek před těhotenstvím.
- e) Vztah respondentek vůči nenarozenému dítěti či užívání drog v průběhu těhotenství.
- f) Současný stav respondentek po porodu dítěte.
- g) Rizikové faktory abúzu drog respondentek ve spojitosti se suicidiálním jednáním.

Výsledky získané prostřednictvím rozhovoru byly převedeny kódováním do kvantitativní podoby a zpracovány metodami elementární statistiky.

Pro vyhodnocení dílčího cíle první etapy zaměřeného na sledování rizikových faktorů abúzu drog ve spojitosti se suicidiálním jednáním byl soubor 56 žen-matek rozdělen na dva podsoubory tak, že první podsoubor (28 žen) tvořily matky, které při rozhovoru vykazovaly

suicidiální tendence (dále jen soubor M-). Příklad otázky: „Zabila bych se, kdybych to uměla?“ nebo „V minulosti jsem se už pokoušela zabít?“ Druhý soubor (28 žen) tvořily matky bez suicidiálních tendencí (dále jen M+).

3.2 Druhá etapa výzkumu

Druhá etapa výzkumu se zaměřovala na identifikaci některých zvláštností v osobnostních charakteristikách sledovaného souboru žen za využití tří psychodiagnostických metod.

3.2.1 Osobnostní inventář

Metoda osobnostního inventáře P. T. Costy a R. R. McCrae – Big Five, který byl převedený M. Hřebíčkovou a T. Urbánkem (1997) pro českou populaci pod názvem NEO. Tato metoda měří pět obecných dimenzí nebo faktorů osobnosti:

- a) Faktor *neuroticismu* – zjišťuje úroveň individuálních rozdílů v emocionální stabilitě či emocionální labilitě. Rozlišuje mezi osobami náchylnými k psychickému vyčerpání a nereálným ideálům a osobami emocionálně vyrovnanými a odolnými vůči psychické exhausti. Vysoké skóre v této dimenzi může souviset s takovými osobnostními charakteristikami, jako jsou napětí, neklid, nejistota, nervozita, labilita, sklon k hypochondrii. Nízké skóre může svědčit o klidu, relaxovanosti, vyrovnanosti, stabilitě, sebejistotě, spokojenosti a uvolněnosti.
- b) Faktor *extraverze* odráží kvalitu a kvantitu interpersonálních interakcí, potřebu stimulace a úroveň aktivace. Extroverti mají rádi druhé lidi, jsou rádi součástí skupin a různých společenských událostí, mají rádi vzrušení a udržují si veselou mysl. Vysoké skóre se může spojit se sociabilitou, aktivitou, hovorností, optimismem, zábavností a orientací na druhé. Nízké skóre se může vztahovat k uzavřenosti, vážnosti, mlčenlivosti, tichosti a úkolové orientaci.
- c) Faktor *otevřenosti* vůči zkušenosti měří tendenci vyhledávat nové zážitky, sklon objevovat a tolerovat neznámé. Vysoké skóre má vztah ke zvědavosti, všestrannosti zájmů, originalitě, bohaté fantazii, tvořivosti a pokrokovosti. Nízké skóre vyjadřuje konvenčnost a konzervativní postoje. Je dáána přednost známému, osvědčenému a jejich emoční reakce jsou často utlumeny.

- d) Faktor *přívětivosti* zjišťuje kvalitu interpersonální orientace. Nejvýraznější charakteristikou osob dosahujících vysokého skóru na této škále je altruismus. Tito lidé mají pro druhé pochopení a porozumění, projevují jim přízeň, chovají se k nim laskavě a vlídně. Důvěřují druhým lidem a dávají přednost spolupráci. Na druhém pólu se objevuje nepřátelskost, projevující se v myšlenkách, pocitech a činech. Nízké skóre může vyjadřovat cynismus, surovost, podezíravost, odmítání spolupráce, pomstychtivost a bezcitnost.
- e) Faktor *svědomitosti* diagnostikuje úroveň motivace, vytrvalosti a organizace cílově zaměřeného chování a diferencuje mezi spolehlivými a na svou osobu náročnými jedinci a osobami lhostejnými a nedbalými. Vysoké skóre umožňuje usuzovat na spolehlivost, pracovitost, disciplinovanost, přesnost, sklon k puntičkářství, pořádkumilovnosti, náročnost na vlastní osobu. Nízké skóre značí nespolehlivost, lenost, bezcíllost, nedbalost, lhostejnost, malou vůli a požitkářství.

Osobnostní inventář obsahuje 60 tvrzení. Respondentův příklon k těmto tvrzením nebo odklon od nich zachycuje pětibodová stupnice od silného souhlasu až po silný nesouhlas.

3.2.2 *Inventář Smyslu pro koherenci*

Inventář Smyslu pro koherenci (Sense of Coherence – SOC), autora A. Antonovského (1985), v převodu J. Křivohlavého, zkoumá zátěžovou odolnost jako osobnostní proměnnou globálnějšího charakteru.

Základ tvoří tři složky: srozumitelnost (comprehensibility), zvládnutelnost (manageability) a smysluplnost (meaningfulness). Měří způsob zvládnání životní zátěže, rozsah, v jakém je jedinec schopný efektivně zvládat životní události a výzvy, pocit schopnosti vyrovnávat se s náročnými životními situacemi. Obsahuje 29 tvrzení, ke kterým se respondenti vyjadřovali na stupnici 1–7. Inventář má charakter čtyřstupňové Likertovy škály, kdy proband vybírá možnost nejlépe vystihující jeho situaci.

3.2.3 *Subškála arousability – dispozičního optimismu*

Subškála *arousability – dispozičního optimismu* (obecná emoční reaktivita – vzrušivost) (I. Sarmány-Schuller, I. Ruisel, A. L. Comunian, 1997, v pracovním převodu K. Paulíka) měří individuální rozdíly ve struktuře „arousal“ reakcí na události. Zachycuje sílu vzrušení

jako odpovědi na náhlé zvýšení složitosti situace a její proměny. Arousabilní osoby jsou více emocionální, prožívají silné emoce snadněji, jejich emocionální vzrušení trvá déle a později se vracejí zpět do nevzrušeného stavu. Nízké skóre charakterizuje jedince, kteří se událostmi „nenabudí“ tak lehce a kterým trvá kratší dobu vrátit se do výchozí úrovně vzrušení.

Škála *dispozičního optimismu* odlišuje lidi dobře a špatně zvládající životní těžkosti. Nízké skóre odpovídá váhavosti, pochybnostem o příznivém vývoji událostí.

Obsahuje 17 tvrzení, ke kterým se respondenti vyjadřují na stupnici 1–4 tak, aby odpověď co nejuvýstižněji charakterizovala jejich postoj.

Vzhledem k tomu, že dvě ze tří použitých metod (SOC a AOS) nemají normu pro českou populaci, byl u těchto metod vytvořen srovnávací soubor 46 žen².

3.3 Analýza dat

Vyhodnocování psychodiagnostických inventářů a dotazníků bylo prováděno pod supervizí školitelky doc. PhDr. Heleny Záškové, CSc.

Statistické zpracování použitých metod bylo odborně konzultováno s Mgr. Karlem Pavlicou z Filozofické fakulty Ostravské univerzity za pomoci statistického programu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Použit byl párový T-test, který slouží k porovnání průměrů dvou proměnných na jednom výběrovém souboru. Každý případ je v analýze reprezentován dvojicí měření. Tento test se užívá tehdy, pracujeme-li s daty a neznáme skutečné průměry zkoumaných proměnných. Párový T-test sestává z výpočtu aritmetických průměrů, korelační matice – Pearsonova koeficientu, který nás informuje o síle a směru lineárního vztahu dvou proměnných. Dále pak, na základě studentovy statistiky t, zamítáme nebo nezamítáme nulovou hypotézu o rovnosti středních hodnot. Pro vyhodnocení hypotézy předpokládáme, že pokud zamítneme nulovou hypotézu u více než poloviny dvojic hodnot, potvrzujeme hypotézu k dílčímu cíli práce.

² Uvedené metody nejsou součástí přílohy, jejich používání je vyhláškou vyhrazeno psychologům.

Dále byl použit Mann-Whitneyův test, který je rozšířením Wilcoxonova testu. Wilcoxonova statistika (W) je získána tak, že je každé hodnotě přiřazeno pořadí v rámci všech hodnot (oba výběry jsou spojeny do jednoho celku) a je proveden součet těchto pořadí pro výběr menšího rozsahu. Mann-Whitneyova statistika (U) je počet výskytů případů, kdy ve výběru menšího rozsahu je určitá hodnota menší než hodnoty ve výběru většího rozsahu. Výstupem jsou dvě tabulky. V první jsou údaje o pořadí pro oba výběry (počet pozorování, průměrné pořadí a součet pořadí), ve druhé výsledky testu, jejichž součástí je Mann-Whitneyova statistika U, Wilcoxonova statistika W a minimální hladina významnosti, od níž zamítáme hypotézu H_0 .

Dále byla použita ANOVA (Analysis of Variance). Tato metoda zjišťuje podobnost či rozdílnost středních hodnot proměnné ve více nezávislých výběrech. Dává do poměru heterogenitu v jednotlivých skupinách a vzájemnou odlišnost skupin. Na základě poměru analýzy rozptylu (statistiky F) zamítáme, či nezamítáme hypotézu o rovnosti středních hodnot ve skupinách oproti alternativě, že alespoň jedna střední hodnota se liší.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky vztahující se k první etapě výzkumu

a) Výsledky vztahující se k oblasti týkající se základních demografických informací

V uvedených zařízeních se výzkumu zúčastnilo 56 respondentek, které v době výzkumu byly buď aktivními uživatelkami drog, nebo právě absolvovaly odvykací léčbu. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 19 do 40 let (viz tabulku č. 2).

Tabulka č. 2: Rozložení věkového pásma respondentek, n = 56

Věk respondentek	Počet žen absolutní čísla
19–20	4
21–25	18
26–30	26
31–35	6
36–40	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Početně převažovaly ženy se základním vzděláním a vyučené na středním odborném učilišti. Část žen dosáhla středoškolského vzdělání, žádná z žen nevedla vysokoškolské vzdělání (podrobněji viz tabulku č. 3).

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání respondentek v %

Typ vzdělání	%	Maturita
nedokončené základní vzdělání	2	0
dokončené základní vzdělání	39	
střední odborné učiliště	28,5	
středoškolské vzdělání	27	30,5
vyšší odborné vzdělání	3,5	

Zdroj: Vlastní výzkum

Údaje v tabulce č. 3 svědčí o nízké vzdělanostní úrovni souboru žen jako celku ve srovnání s běžnou českou populací. Podle statistik Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy studuje v současné době 1. ročník na vysokých školách v České republice 49 % populace mládeže. Přestože zkoumaný soubor zahrnuje 8 žen starších 30 let, věk ostatních respondentek souboru (tabulka č. 2) odpovídá věku studujících na vysokých školách.

Mezi ženami však není zastoupena žádná vysokoškolačka, převažuje středoškolské vzdělání (59 %), téměř polovina z nich (41 %) má pouze vzdělání základní, případně toto vzdělání není dokončeno.

Z uvedených údajů se lze pouze dohadovat, zda nižší vzdělání těchto žen je způsobeno nedostatkem individuální motivovanosti, nedostatečnými intelektovými dispozicemi nebo nezájmem jejich rodičů, případně neschopností rodičů nebo jejich neochotou přispívat finančně na jejich vzdělávání v době, kdy to bylo aktuální, případně ani v současné době.

Tabulka č. 4: Rodinný stav respondentek v %

Rodinný stav	%
svobodná	62,5
žiji s partnerem	20
rozvedená	12,5
vdaná	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Údaje v tabulce č. 3 poukazují na to, že většina respondentek (62,5 %) je svobodná. Můžeme se pouze domnívat, že na tento stav má vliv více vzájemně se ovlivňujících faktorů. Jedním z nich může být skutečnost, že na rozdíl od roku 1989, kdy se průměrný věk vdaných žen pohyboval okolo 21 let, je v současné době trend odsouvat vstup do manželství na pozdější dobu. Nejvyšší intenzitu sňatečnosti v současné době dosahují muži těsně před třicítkou a 26–27leté ženy.³ Další možný vliv na tento stav lze spatřovat v tom, že ženy nejsou schopny kvůli své závislosti vytvořit si trvalejší vztah a podílet se na

³ Sňatečnost. ČSÚ. [online]. [cit. 2009-08-08]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/snatecnost>

fungujícím partnerském soužití. Toto tvrzení lze zčásti podpořit i zjištěním, že ženy, které uvedly ve výzkumu, že jsou vdané, delší dobu abstnují, mají dítě ve své péči nebo jsou dlouhodobě zařazeny do substitučních programů (z výzkumu jedna žena). Díky těmto skutečnostem lze předpokládat, že jejich rodinný stav byl alespoň vnějškově stabilizovaný a funkční.

Tabulka č. 5: Počet vlastních dětí respondentek v %

Počet dětí	%
1 dítě	71,4
2 děti	23,2
3 děti	3,6
4 děti	1,8

Zdroj: Vlastní výzkum

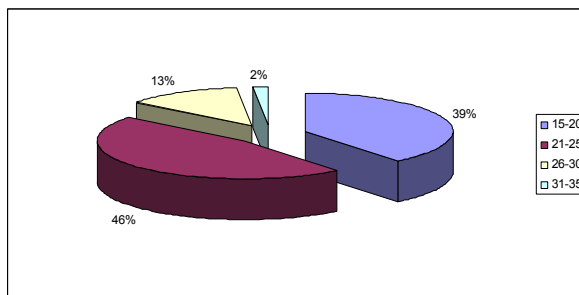
Tabulka č. 6: Finanční zabezpečení matek v %

Finanční zdroje	%
životní minimum a přídavky na dítě	7,1
rodičovský příspěvek a přídavky na dítě	30,4
přídavky na dítě a peníze z brigád	10,7
peněžitá pomoc v mateřství a přídavky na dítě	8,9
žádný příjem	25
příjem ze zaměstnání	8,9
životní minimum	8,9

Zdroj: Vlastní výzkum

Přehled finančního zajištění respondentek prezentuje tabulka č. 3. Většina žen měla zabezpečený základní příjem (75 %). Nejvíce žen (30,4 %) pobíralo rodičovský příspěvek a přídavky na dítě. Jedna čtvrtina žen uvedla (25 %), že nemají žádný příjem.

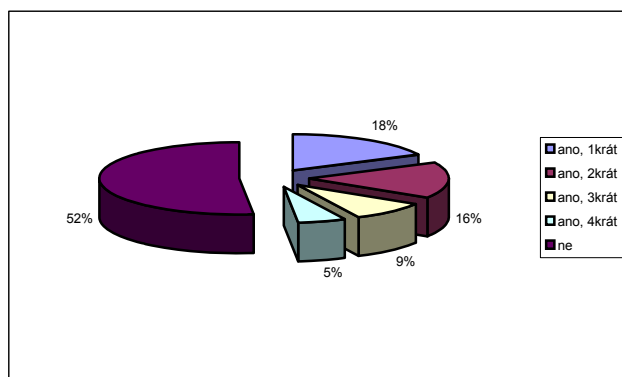
Graf č. 2: Věk žen při prvním těhotenství končícím porodem



Zdroj: Vlastní výzkum

Věk respondentek při prvním těhotenství, které končilo porodem, znázorňuje graf č. 2. Do 20 let (včetně) rodilo celkem 39 % respondentek. Nejvíce žen (46 %) rodilo okolo dvacátého prvního až dvacátého pátého roku života.

Graf č. 3: Zkušenosti žen s interrupcí v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 znázorňuje, kolik procent žen mělo osobní zkušenost s interrupcí. Zhruba polovina respondentek (48 %) byla během svého života na interrupci. Některé ženy podstoupily interrupci opakovaně. U 5 % respondentek se dokonce objevuje tento zákrok 4krát za sebou.

Závislost na návykových látkách a s ní spojený životní styl není slučitelný s možností pečovat o dítě a vychovávat je. Matky nemají fungující rodinné zázemí, vztahy s primární rodinou bývají přerušeny. Chybí u nich osobní zodpovědnost za svůj život i životy druhých. Nejsou schopny se kontrolovat a přistupují velice nezodpovědně k sobě i dítěti. Z těchto

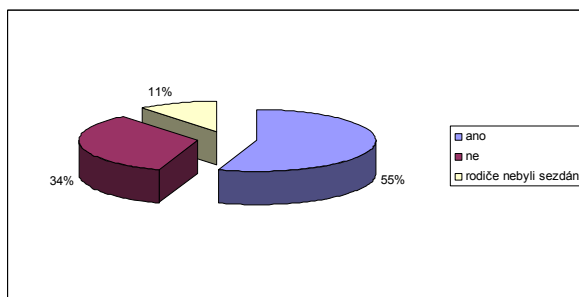
důvodů mnoho závislých žen vnímá interrupci jako jediné řešení svízelné situace, kterou by těhotenství mohlo ještě více zkomplikovat.

U druhé poloviny žen (52 %), které nepodstoupily interrupci a pokračovaly v těhotenství, byla jedním z důvodů tohoto pokračování pozdní detekce těhotenství (16 %) a 36 % žen uvádělo pokračování v těhotenství jako motivaci k ukončení užívání návykových látek.

b) Popis rodinného zázemí, ze kterého respondentky pocházely

Oblast zahrnuje otázky zaměřující se na zjištění zkušeností respondentek s domácím násilím a pohlavním zneužitím, možného výskytu závislosti u rodičů respondentek, účasti rodinných členů na výchově žen. Respondentky vyjadřovaly spokojenost s vlastním dětstvím aj.

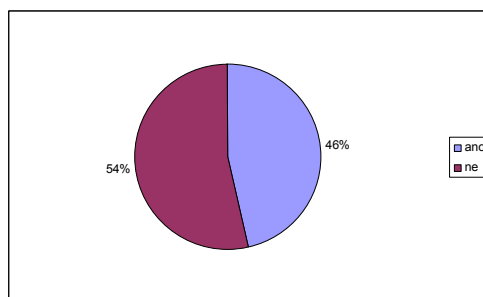
Graf č. 4: Rodinné zázemí respondentek, ze kterého pocházely, v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 4 je zřejmé, že většina respondentek (55 %) pochází z rozvedeného manželství rodičů. Tuto skutečnost lze brát jako jeden z faktorů, který by mohl ovlivnit jejich inklinaci k drogám. Děti vyrůstající v rodinách bez jednoho rodiče mají v průměru více poruch chování, více příznaků psychického stresu, nižší sebevědomí. Přestože strukturně a funkčně narušená primární rodina představuje predikátor sociální maladjustace, nelze bez přihlídnutí k dalším sociálním a dispozičním okolnostem tento faktor, který bezesporu negativně v průběhu ontogeneze ovlivnil vývojové charakteristiky žen, interpretovat jako hlavní činitel současného abúzu žen.

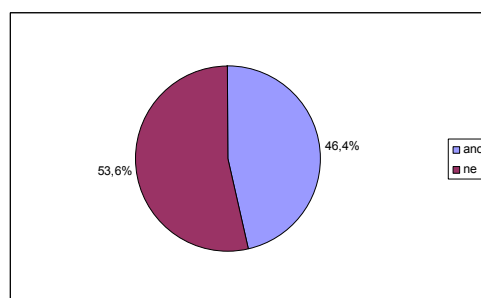
Graf č. 5: Zkušenost respondentek s domácím násilím v primární rodině v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Zkušenost respondentek s domácím násilím (graf č. 5) poukazuje na skutečnost, že zhruba polovina z nich se setkala s domácím násilím v primární rodině. Celkem 46 % žen bylo v době svého dětství a dospívání svědkem či přímou obětí domácího násilí, které se konalo buď mezi jejich rodiči, mezi rodiči a jimi samotnými, mezi rodičem a partnerem žijícím ve společné domácnosti, či mezi partnerem rodiče a respondentkou. V prostředí, v němž často dochází k fyzickému či psychickému týrání dětí nebo jsou děti svědkem domácího násilí mezi rodiči či partnery rodičů, trpí děti sníženým sebevědomím, úzkostmi, depresemi, horšími vztahy k vrstevníkům aj. Vyskytuje se u nich agresivita obrácená proti vlastní osobě (pokusy o sebevraždu, sebepoškozování).

Graf č. 6: Závislost rodičů na návykových látkách v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Výskyt závislosti rodičů na návykových látkách (graf č. 6) uvedlo 46,4 % respondentek. Jedná se zhruba o polovinu odpovědí z celkového počtu respondentek. Tento fakt má úzkou souvislost s grafem č. 2. Rodiny, kde se kumulují důsledky různých osobních a sociálních znevýhodnění u rodičů (duševní nemoci, závislosti na návykových látkách aj.), mohou mít

negativní dopad na další vývoj dítěte. Nejenže může dojít k nevhodnému zacházení s dětmi. Rodiče sami se stávají špatným vzorem pro své dítě – s nímž se ono poté identifikuje. Dítě také často přebírá nevhodné vzorce chování své rodiny do dalšího života.

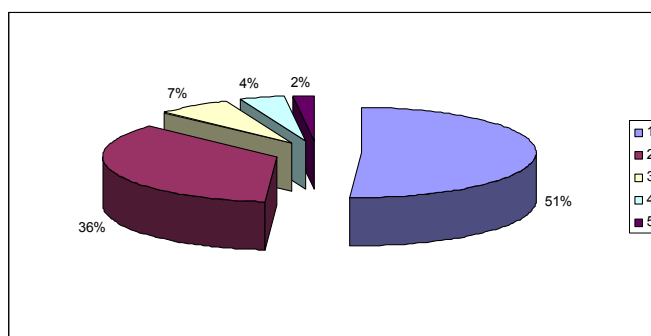
Tabulka č. 7: Charakter vztahu respondentek k rodičům v %

Vztah k rodičům	%
dobrý, žijeme společně	1,8
výborný, stýkáme se	57,1
méně dobrý, ale občas se setkáme	19,6
dobrý, setkáváme se výjimečně	8,9
nedostačující, nestýkáme se vůbec	12,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 7 poukazuje na to, jakým způsobem hodnotily respondentky vztah se svými rodiči. Celkem 57,1 % respondentek uvádělo, že mají s rodiči výborný vztah. Tato skutečnost se objevovala převážně u těch žen, které byly v době výzkumu v léčebné abstinční fázi a měly převážně děti ve své péči. Většina respondentek uváděla, že se vztahy s rodiči zlepšily právě díky jejich podstoupení léčby a snaze o abstinenci; 28,5 % respondentek uvedlo, že mají se svými rodiči vztah méně dobrý či dobrý; 12,5 % respondentek hodnotilo svůj vztah s rodiči jako nedostačující. Tyto odpovědi se vyskytovaly u žen, které byly v době výzkumu aktivními uživatelkami, děti neměly ve své péči a o léčbu nejevily vesměs žádný zájem.

Graf č. 7: Účast rodinných členů na výchově respondentek v %

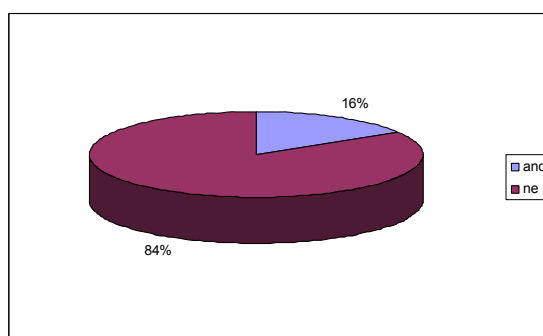


Legenda ke grafu č. 7: 1. Matka i otec; 2. Matka; 3. Jiný člen rodiny; 4. Matka a jiný člen rodiny; 5. Matka, otec a jiný člen rodiny; 6. Otec a jiný člen rodiny

Zdroj: Vlastní výzkum

Charakteru rozložení pozitivních vztahů odpovídá účast rodinných členů na výchově žen. Procentuální vyjádření v grafu č. 7 ukazuje na to, že se pouze polovině věnovali v dětství oba rodiče a podíleli se společně na výchově. Celou třetinu žen (36 %) vychovávala pouze matka, v ostatních případech se objevují kombinace matky a jiného člena rodiny nebo otce a jiného člena rodiny; 7 % žen nevychovali, výchovu zajišťoval jiný člen širší rodiny (teta nebo babička).

Graf č. 8: Osobní zkušenost s pohlavním zneužitím v %

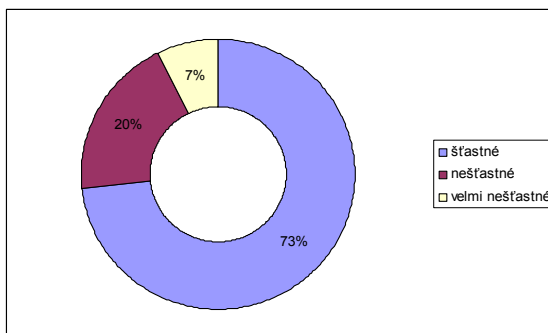


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8 popisuje skutečnost týkající se osobní zkušenosti respondentek s pohlavním zneužitím. Celkem 16 % respondentek bylo v dětství zneužíváno. Násilníkem byl nejčastěji strýc či partner matky. Sexuální zneužívání dítěte v rodině je spíše symptomem než příčinou dysfunkčních rodinných vztahů. Má úzkou souvislost s poruchami chování u dítěte, agresivitou, antisociálním chováním, sebepoškozováním, delikvencí aj.

V reprezentativních výzkumech provedených v České republice v roce 2003 Weissem a Zvěřinou uvedlo jednorázové zneužití v anamnéze 7,4 % českých žen a opakované zneužití 3,1 % žen. Většina zneužití proběhla v nepenetrativních formách (pouze 21 % zneužitých dívek uvedlo vaginální soulož) (Weiss et al., 2005). Srovnáme-li údaje, že v České republice oznámila pohlavní zneužití pouze 3 % žen a v našem výzkumu přiznalo své zneužití 16 % respondentek, zjistíme, že mnoho žen nejspíše své zneužití policii nehlásí. Toto podporuje tvrzení Weisse a Zvěřiny, kteří vycházejíce ze svých výzkumů, tvrdí, že v České republice je vysoká latentní kriminalita. Získané závěry vydávají také svědectví o těžkých formách sociální patologie v primárních rodinách respondentek.

Graf č. 9: Spokojenost respondentek s vlastním dětstvím v %



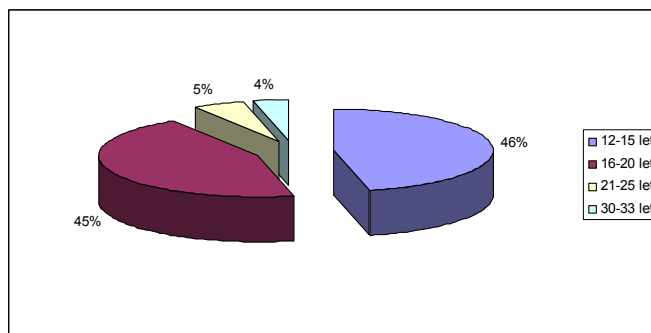
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9 zobrazuje procentuální vyjádření odpovědí respondentek, které hodnotily své dětství. Přes výše uvedené neblahé zkušenosti a zážitky z dětství ho většina (73 %) označila jako šťastné. Na toto pozitivní hodnocení může mít vliv vědomá či nevědomá stylizace žen, která vychází z přání mít dětství šťastné a bezproblémové. Při komunikaci s dětmi se setkáváme s tím, že i přes negativní vztahy v rodině a vyskytující se různé patologie děti mají tendence své rodiče chránit, situaci v rodině zlehčovat a označovat ji jako bezproblémovou.

Dalším zjištěním, které podhalil výzkum, bylo to, že pozitivně hodnotily dětství ženy, které v době výzkumu abstinovaly, byly šťastnější a dařilo se jim lépe.

c) Oblast výzkumu popisuje historii drogové kariéry respondentek před těhotenstvím

Graf č. 10: Věk respondentek při prvním užití nelegálních drog

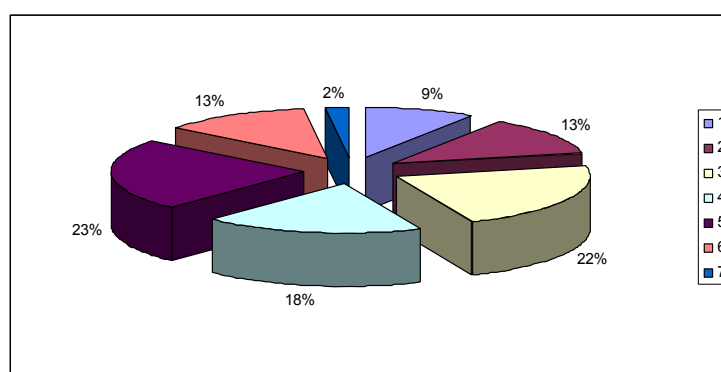


Zdroj: Vlastní výzkum

Procentuální vyjádření odpovědí respondentek poukazující na věk, ve kterém se poprvé setkaly s užitím nelegální návykové látky, prezentuje graf č. 10. Nejčastěji se poprvé setkaly ženy s nelegální drogou už ve věku od 12 do 15 let (46 %) a také ve věku od 16–20 let (45 %). Jednalo se nejvíce o zkušenost s marihuanou. Období adolescence je velice citlivé pro rozvoj tzv. rizikového a problémového chování. U adolescentů se můžeme setkat s agresí, násilím, šikanou, sexuálním rizikovým chováním, ale také s experimentováním s drogami.

Přehled potvrzuje zjištění uváděné v literatuře o přímé úměře věku počátečního abúzu a rychlosti a závažnosti vzniku a vývoje závislosti. (Časný věk užívání drog znamená prediktor pozdější závislosti na drogách.)

Graf č. 11: Délka abúzu u matek



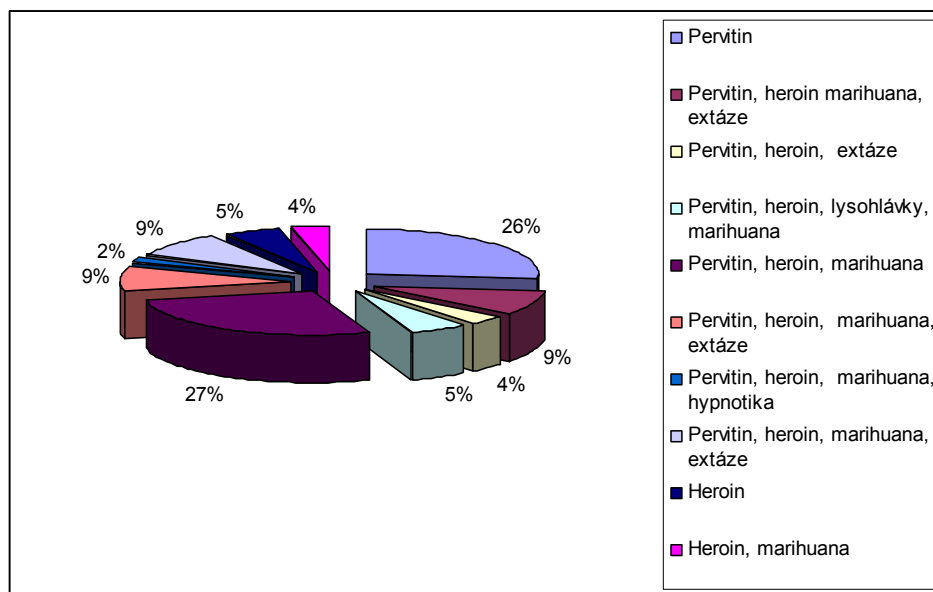
Legenda ke grafu č. 11: 1. Délka užívání 2–3 roky; 2. Délka užívání 4–5 let; 3. Délka užívání 6–7 let; 4. Délka užívání 8–9 let; 5. Délka užívání 10–11 let; 6. Délka 12–14 let; 7. Délka 22 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Délku abúzu drog u žen znázorňuje graf č. 11. Nejdéle užívalo návykové látky 2 % (22 let), 23 % žen (10–11 let) a 22 % žen (6–7 let). Nejkratší doba užívání se objevila u 9 % respondentek (2–3 roky).

Z celkového pohledu na situaci vyplývá, že většina námi sledovaných žen užívala návykové látky déle než 5 let (78 %). Toto období lze charakterizovat jako období rozvinuté závislosti, ve kterém dochází ke změně osobnosti a žebříčku hodnot u závislého. Denní rytmus je zcela přizpůsoben shánění peněz na drogy a jejich následnému užití. Tento běh se cyklicky opakuje a vybočit z něho je těžké.

Graf č. 12: Zkušenosti u žen s návykovými látkami a s léky



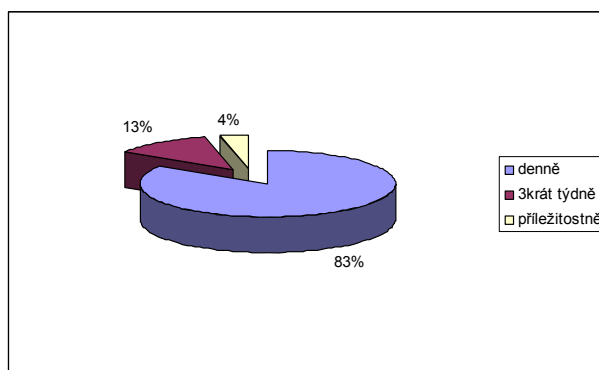
Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější drogou, se kterou měly respondentky zkušenosti, se ve vzájemném souběhu a různých kombinacích objevoval pervitin v 91 % a heroin v 73 %. Nejčastější trojkombinací byl pervitin, marihuana a heroin (27 %). Dále se objevují další kombinace, jako jsou např. kombinace pervitinu, marihuany a extáze, pervitinu, lysohlávek a marihuany, pervitinu, marihuany a hypnotik.

Zvláštností na tomto přehledu je bezesporu fakt, že žádná z žen neuvádí zkušenost s alkoholem nebo tabákem, ačkoliv se v grafech č. 33 a č. 35 můžeme přesvědčit o jejich vysokém výskytu užívání.

Ženy zřejmě nepovažují alkohol a tabák za návykovou látku. Domnívají se, že hlavní problémy, které měly, jim způsobilo hlavně užívání nelegálních drog. Po absolvování léčby jich však většina sklouzává právě k užívání legálních drog, kterými alespoň částečně nahrazují jejich účinky. Vzniká tak u nich závislost na legálních látkách, která je v naší společnosti přece jenom více tolerována.

Graf č. 13: Pravidelnost abúzu u žen v %

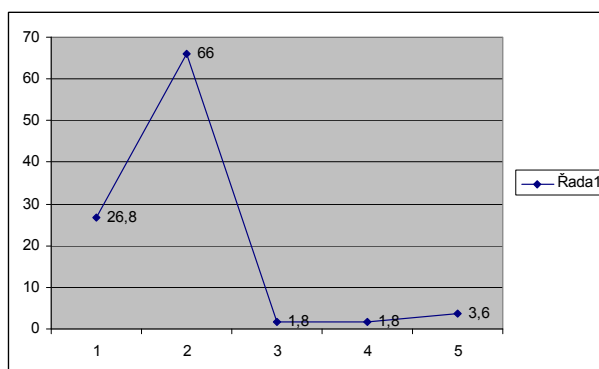


Legenda ke grafu č. 13: 1. Denně; 2. 3krát týdně; 3. Příležitostně (4krát za měsíc)

Zdroj: Vlastní výzkum

Pravidelnost abúzu u respondentek dokresluje graf č. 13. Většina respondentek (84 %) užívala návykové látky denně. Jejich závislost byla značně rozvinutá.

Graf č. 14: Hlavní důvody abúzu u žen v %



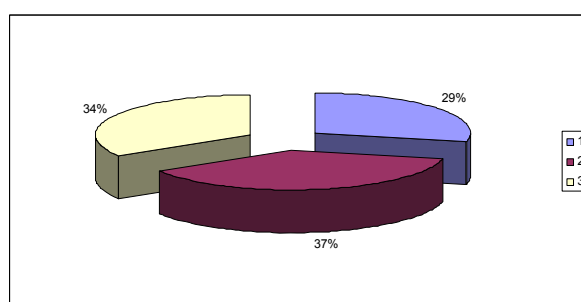
Legenda ke grafu č. 14: 1. Potíže v rodině, samota, smrt v rodině; 2. Nuda, zvědavost, touha po zábavě, parta; 3. Operace; 4. Touha po čilosti; 5. Nevím

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 procentuálně znázorňuje různé kombinace důvodů, které vedly respondentky k abúzu. Nejčastějším důvodem (v 66 %), kvůli kterému začaly respondentky užívat návykové látky, je kombinace nudy, zvědavosti, touhy po zábavě a vlivu party. Pokud přihlídneme k tomu, že většina z nich začala užívat návykové látky v období adolescence (viz graf č. 10), usnadňuje nám pochopení dané situace právě toto období, které s sebou přináší mnoho krizových a zátěžových situací. Osobnost člověka se vyvíjí, uplatňuje se

emocionální a kognitivní potenciál ve vrstevnických vztazích, mění se vztahy k dospělým, dochází ke ztotožňování se se svými vzory. Adolescent hledá stále nové a nové zkušenosti, a to nejen v oblasti experimentování s návykovými látkami. Také vliv rodiny je v tomto období značný. Celkem 26,8 % respondentek uvádí, že hlavním důvodem užití návykové látky byly potíže v rodině, samota a smrt rodiče. Je vhodné také spatřovat souvislost s grafem č. 3, ve kterém respondentky uvádějí vyskytující se závislost u svých rodičů.

Graf č. 15: Situace, kdy docházelo k užití drog v %



Legenda ke grafu č. 15: 1. Když jste byla sama nebo s partnerem; 2. Se svými přáteli; 3. S přáteli a partnerem

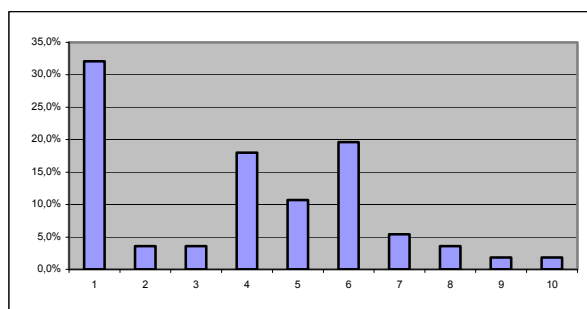
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15 poukazuje na situace, ve kterých docházelo k nejčastějšímu užívání návykových látek respondentkami. Nejčastěji respondentky uváděly, že si drogy aplikovaly, když byly se svými přáteli nebo partnerem (66 %) nebo když byly samy či se svým partnerem (34 %).

Jednou ze známek závislosti je ztráta kvalitních přátel a izolace od „normálních“ vrstevníků (Nešpor, Csémy, 1996). Závislí navazují kontakty ve velké míře pouze mezi sebou, sdružují se do „komunit“, jejich vztahy jsou však spíše povrchní.

Schopnost navázat a udržet si jakýkoliv citový vztah je závislostí ničen, hodnota drogy se subjektivně stává stále větší. Hlubší partnerské nebo přátelské vztahy nevydrží, ani když jsou konzumenty oba partneři. Nakonec přetrvávají pouze náhodné vazby se stejně postiženými lidmi (Vágnerová, 2004).

Graf č. 16: Způsoby aplikace drog u žen v %

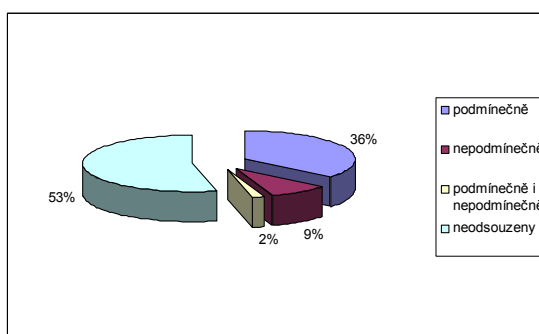


Legenda ke grafu č. 16: 1. Jehlou; 2. Kouřením; 3. Šňupáním; 4. Jehlou a šňupáním; 5. Jehlou a kouřením;
6. Jehlou, kouřením i šňupáním; 7. Kouřením a šňupáním; 8. Jehlou, kouřením i šňupáním, polykáním; 9. Jehlou a polykáním;
10. Jehlou, šňupáním a polykáním

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 znázorňuje procentuální rozdělení odpovědí respondentek, které popisují, jakým nejčastějším způsobem užívaly návykové látky. Jedním z nejčastějších způsobů aplikace drogy bylo v 88 % injekční použití, které se objevovalo v různých kombinacích dalších aplikací jako např. kouřením či šňupáním. Tzv. intravenózní toxikomani patří k nejrizikovější skupině. Jsou nejvíce ohroženi přenosem infekcí a poškozením žilního systému. Také u nich dochází k rychlejšímu rozvoji závislosti. Oproti tomu pouze 13 % žen aplikovalo drogy kouřením nebo šňupáním. Tyto odpovědi se vyskytovaly u žen, u nichž byla evidována závislost kratší dobu.

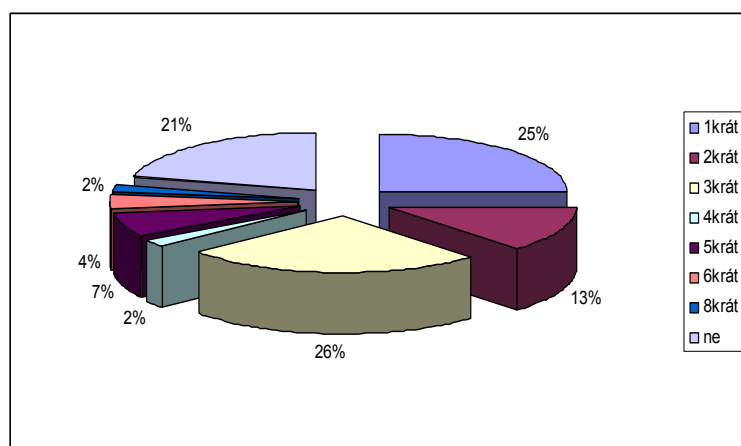
Graf č. 17: Problémy žen se zákonem v rámci jejich „drogové kariéry“ v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 znázorňuje procentuální rozdělení odpovědí respondentek, které měly během své „drogové kariéry“ problémy se zákonem a byly pravomocně odsouzeny. Zhruba polovina respondentek (47 %) byla odsouzena podmíněčně či nepodmínečně. Abúzus drog bývá často spojován s trestnou činností. Objevují se časté krádeže, dealerství drog, prostituce. Z tohoto důvodu nastávají poměrně často u závislých osob problémy se zákonem.

Graf č. 18: Pokusy o léčbu žen v průběhu jejich „drogové kariéry“ v %

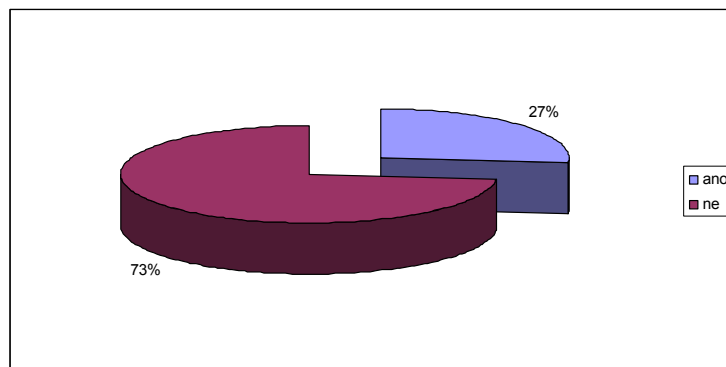


Zdroj: Vlastní výzkum

Pokusy o léčbu znázorňuje graf č. 18. Většina respondentek (79 %) během své drogové kariéry chtěla s užíváním drog přestat. Objevují se také opakované snahy o abstinenci. Polovina z žen vyhledala pomoc v různých zařízeních, druhá část se snažila abstinovat v domácím prostředí (svépomocně). Důvody, které je vedly k těmto pokusům, uváděly různé. Jako příklad lze uvést špatný zdravotní stav respondentky, negativní rodinné vztahy, ztrátu rodinného zázemí, odebrání dítěte, případně těhotenství.

d) Oblast výzkumu vztahující se k popisu vztahu respondentek vůči nenarozenému dítěti

Graf č. 19: Poslední těhotenství plánované respondentkami v %

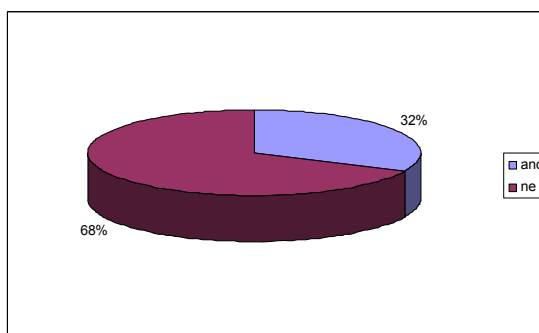


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina žen (73 %) uvedla (graf č. 19), že poslední těhotenství nebylo plánované. Příčin může být hned několik. Při užívání návykových látek (hlavně heroinu) může dojít u žen ke ztrátě menstruace a tyto se domnívají, že když nemenstruují, nemohou otěhotnět; narkomanky bývají často promiskuitní, mohou získávat peníze pro svoji obživu prostitucí, přičemž neužívají antikoncepci; vzhledem k účinku substitučních preparátů dochází mj. k úpravě hormonálních procesů v těle ženy, obnovuje se menstruační cyklus a tím se zvyšuje riziko otěhotnění při nechráněném pohlavním styku. V neposlední řadě bývá zachycení gravidity pozdní, kdy již interrupce nemůže být z medicínského hlediska provedena.

Zbývajících 27 %, tj. 14 žen, uvedlo, že těhotenství bylo plánované. Mezi těmito 14 ženami bylo 5 žen aktivními uživatelkami drog.

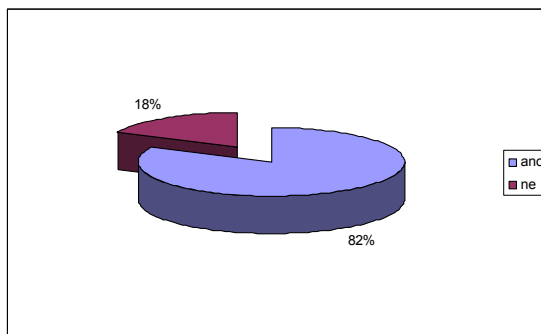
Graf č. 20: Docházka žen na pravidelné gynekologické kontroly v průběhu těhotenství v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 20 je patrná problematická docházka žen na pravidelné gynekologické kontroly v době těhotenství. Většina žen (68 %) uvedla, že k lékaři pravidelně nedocházela. Jen přibližně jedna třetina žen měla o kontroly zájem a realizovala je.

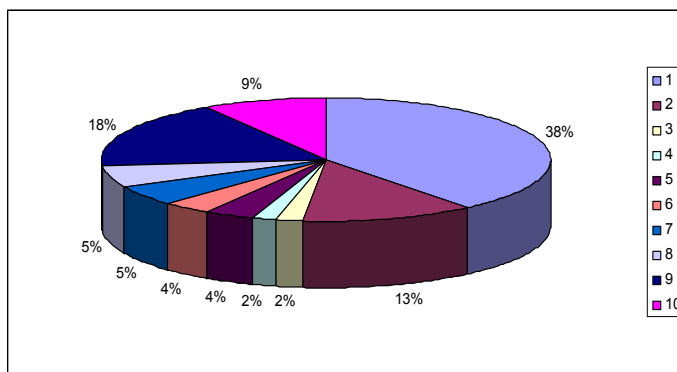
Graf č. 21: Užívání drog matkami před narozením dítěte v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 21 znázorňuje, kolik procent respondentek užívalo návykové látky před narozením dítěte. Alarmující je zjištění, že většina žen (82 %) drogy užívala i v těhotenství. Pouze 18 % žen abstinovalo.

Graf č. 22: Délka užívání drog v době těhotenství u žen v %



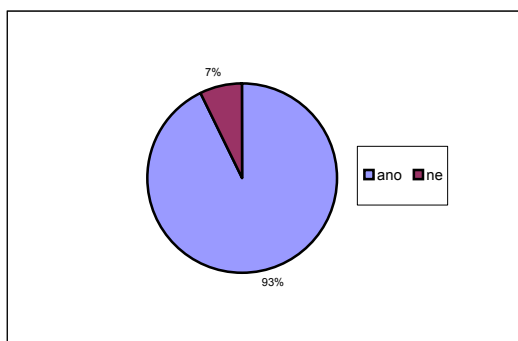
Legenda ke grafu č. 22: 1. užívání drog po dobu celého těhotenství; 2. do 2. měsíce; 3. do 3. měsíce; 4. do 4. měsíce; 5. do 5. měsíce; 6. do 6. měsíce; 7. do 7. měsíce; 8. do 8. měsíce; 9. těhotenství bez užívání drog; 10. substituce celé těhotenství

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 22 popisuje užívání drog ženami v průběhu těhotenství. Po celou dobu těhotenství užívala nelegální drogy více než třetina žen (38 %) a 9 % žen bylo celé těhotenství v substituční léčbě. Část žen užívala drogy do různého stupně těhotenství,

přičemž některé z nich plynule přešly na substituční léčbu. Pouze 18 % žen neužívalo žádné drogy.

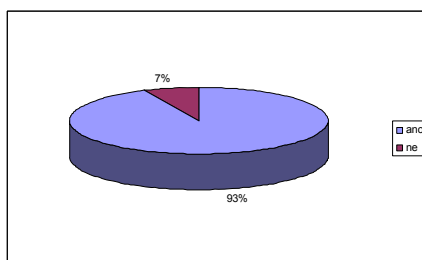
Graf č. 23: Informovanost žen o negativním dopadu na zdraví dítěte při užívání návykových látek v době těhotenství v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Informovanost žen o negativním dopadu užívání návykových látek znázorňuje graf č. 23. Většina žen (93 %) si uvědomovala negativní dopady užívání drog na zdravý vývoj svého dítěte. Jako nejčastější negativa uváděly u dítěte riziko vrozených vývojových vad, abstinenční syndrom, výskyt hyperaktivity, předčasné úmrtí či výskyt častých onemocnění. Pouze 7 % žen si vůbec neuvědomovalo negativní dopady svého chování na své nenarozené dítě.

Graf č. 24: Radost z očekávání narození svého dítěte u žen v %

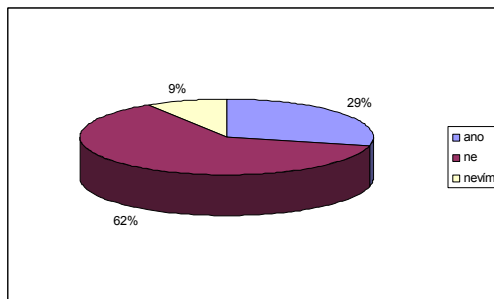


Zdroj: Vlastní výzkum

Přes aktuální životní potíže se většina žen (93 %) těšila na své dítě (graf č. 24); minimální počet žen odpověděl negativně.

e) *Oblast současného stavu respondentek po porodu dítěte v době výzkumu*

Graf č. 25: Výskyt abstinenčních příznaků u narozeného dítěte v %



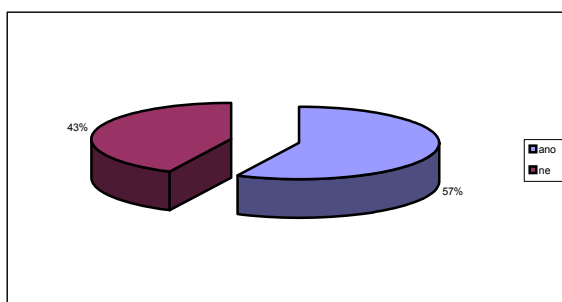
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 25 znázorňuje odpovědi žen na otázku týkající se zjištění, zda jejich dítě po porodu mělo abstinenční příznaky. Většina odpovědí (62 %) byla negativních. Nelze ale dle mého názoru brát tyto informace jako zcela objektivní, protože některé matky byly, vzhledem k postupující závislosti, příliš zaujaty samy sebou, nezajímaly se o dítě nebo o abstinenčních příznacích nevěděly.

Ve 29 % byl matkami uveden výskyt abstinenčních příznaků u dítěte, 9 % matek nevědělo, v jakém stavu bylo jejich dítě po narození.

Výskyt abstinenčních příznaků u dětí žen užívajících návykové látky či substituci není nic ojedinělého. Účinek těchto látek se přes placentární přenos dostává do plodu, přetrvává v jeho organismu a po porodu se u něj může objevit tzv. abstinenční syndrom (viz kapitolu 1.1.6).

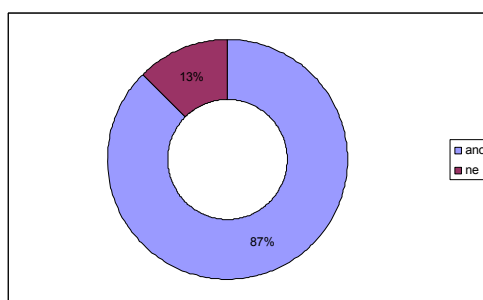
Graf č. 26: Počet matek s dítětem ve vlastní péči v %



Zdroj: Vlastní výzkum

V době výzkumu, jak ukazuje graf č. 26, měla více než polovina matek dítě ve své péči. Tato skutečnost byla ovlivněna faktem, že část respondentek byla v době výzkumu zařazena do různých léčebných programů, ve kterých je podmínkou abstinence nebo pravidelná a spolehlivá účast v substitučním programu. U těchto matek došlo k upravení a vytvoření rodinného zázemí, případně jim bylo poskytnuto bydlení ve stacionářích nebo azylovém domě.

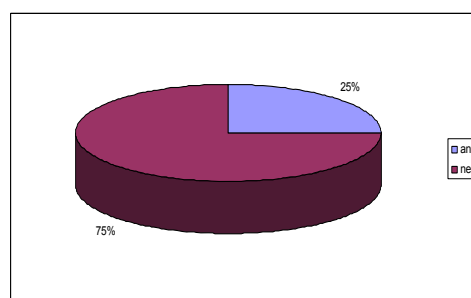
Graf č. 27: Zájem matek dostat dítě zpět do péče v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 27 znázorňuje, kolik procent žen, které v předchozí otázce odpověděly, že nemají dítě ve své péči, by tuto situaci chtělo změnit. Většina z nich (87 %) by chtěly dítě dostat do vlastní péče, pouze 13 % respondentek o tuto možnost nejevilo zájem. Tyto ženy byly aktivními uživatelkami drog a prostitutkami.

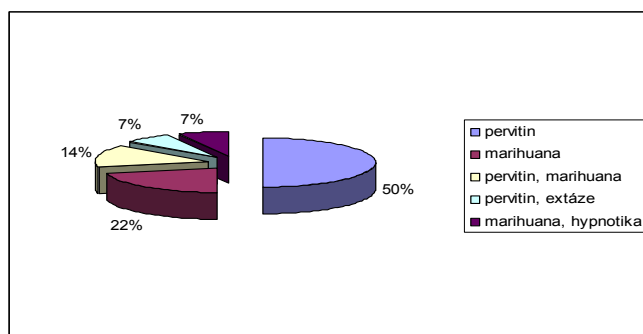
Graf č. 28: Užívání nelegálních drog matkami v době výzkumu v %



Zdroj: Vlastní výzkum

V době výzkumu (graf č. 28) byla aktivními uživatelkami nelegálních drog čtvrtina žen (25 %). Celkem 75 % respondentek nelegální návykové látky neužívalo, ale 23 % žen z tohoto počtu bylo zařazeno do substitučních programů – viz graf 36.

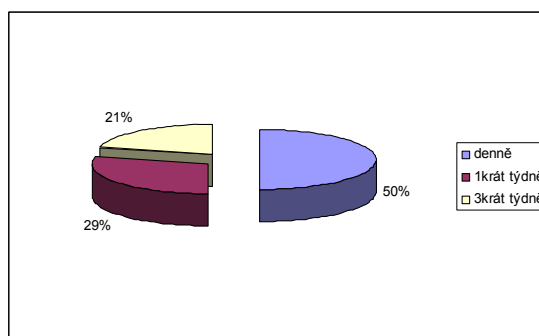
Graf č. 29: Popis nelegálních drog užívaných matkami v době výzkumu v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 29 znázorňuje, jaké drogy v době výzkumu užívalo 25 % žen, které odpověděly pozitivně (viz graf č. 28). Ze 14 aktivních uživatelek jich celkem 50 % užívalo pervitin, 22 % marihuanu, 14 % pervitin a marihuanu. V ostatních případech se objevuje v 7 % kombinace pervitinu a marihuany a ve stejném počtu (7 %) kombinace marihuany a hypnotik.

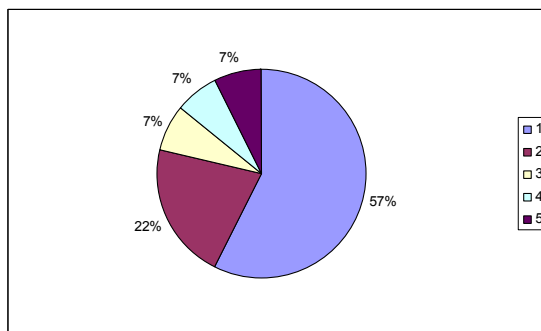
Graf č. 30: Četnost užívání drog u matek v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 30 poukazuje na četnost užívání návykových látek matkami. Ze 14 matek, které byly aktivními uživatelkami v době výzkumu, jich celkem 50 % užívalo drogy denně, 29 % 1krát týdně a 21 % 3krát týdně.

Graf č. 31: Způsoby aplikace drog u matek v %

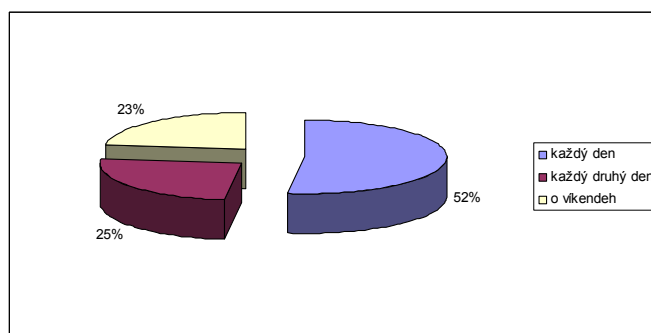


Legenda ke grafu č. 31: 1. Jehlou; 2. Kouřením; 3. Šňupáním; 4. Kouřením a jehlou; 5. Šňupáním a jehlou

Zdroj: Vlastní výzkum

Jakým způsobem docházelo k aplikaci drog popisuje graf č. 31. Z počtu 14 aktivních uživatelék jich 57 % aplikovalo drogy jehlou, 22 % kouřením, v ostatních případech se vždy ve stejném množství – 3krát 7 %, (tj. 21 %) objevovalo šňupání, dále kombinace šňupání a aplikace jehlou a kombinace kouření a jehly.

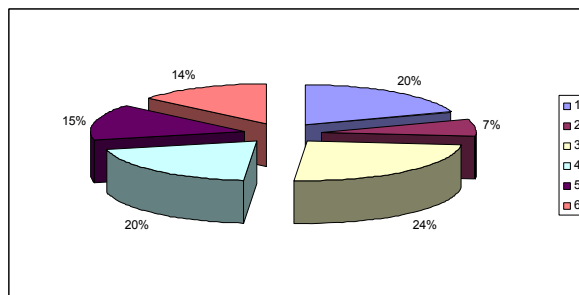
Graf č. 32: Výskyt užívání alkoholu u žen v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Užívání alkoholu ženami se objevilo ve všech případech (graf č. 32). Z celkového počtu 56 žen/matek jich 52 % uvádí pití alkoholu každý den, 25 % každý druhý den a 23 % pije alkohol pouze o víkendech. V jakém množství a jaký druh alkoholu ženy užívaly přehledně ukazuje graf č. 33.

Graf č. 33: Množství a druh alkoholu užitého ženami v %

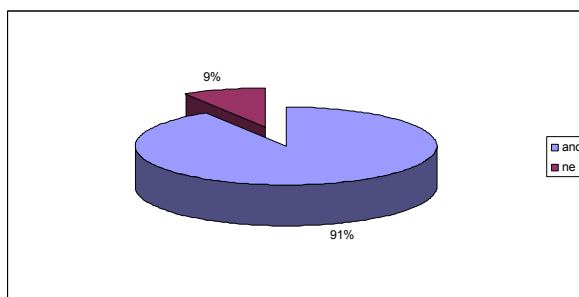


Legenda ke grafu č. 33: 1. Půl litru vína každý druhý den; 2. Jeden litr vína denně; 3. 4 dl vína denně; 4. 2–4 piva denně; 5. 5–8 piv o víkendu; 6. 3–6 půl deci tvrdého alkoholu

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce (24 %) respondentek uvedlo, že pije 4 dl vína denně, 20 % pije půl litru vína každý druhý den, 20 % 2–4 piva denně, 15 % uvedlo 5–8 piv o víkendu, 14 % pije 3–6 půl deci tvrdého alkoholu o víkendu a 7 % uvedlo 1 litr vína každý den. Z tohoto kompletního výčtu je patrné, že většina respondentek inklinuje k popíjení alkoholu. Mnohé z nich ale tento fakt nevnímají jako nějaký problém, natož závislost, jelikož alkohol je legální a společností tolerován.

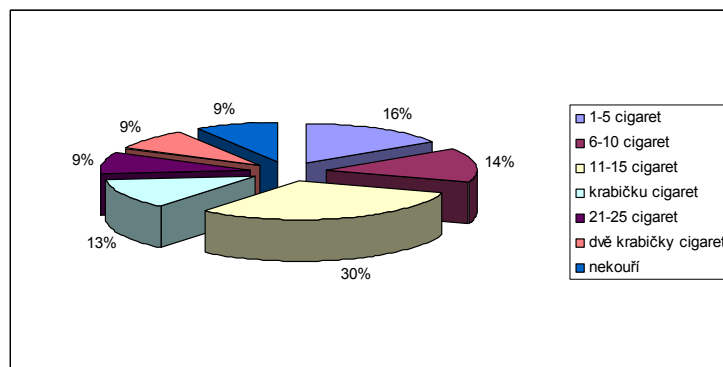
Graf č. 34: Výskyt kouření tabáku u žen v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Také výskyt kouření tabáku je u matek značný (graf č. 34). Většina matek kouří (91 %). Množství vykouřených cigaret vykazuje graf č. 35.

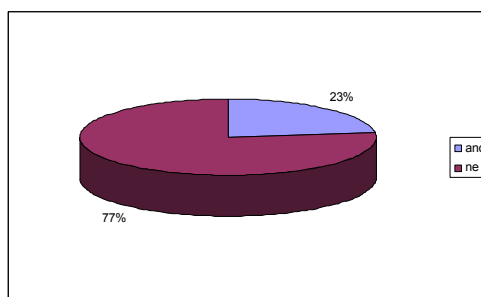
Graf č. 35: Množství vykouřených cigaret u žen v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentek (30 %) vykouří denně 11–15 cigaret, 16 % respondentek 1 až 5 cigaret denně, 14 % kouří 6–10 cigaret denně, 13 % krabičku cigaret denně, 9 % 23 až 25 cigaret denně, 9 % dvě krabičky denně a 9 % respondentek nekouří. Také v tomto případě lze spatřovat souvislost s přechodem z nelegálních drog na legální.

Graf č. 36: Účast matek v programu substituční léčby v %

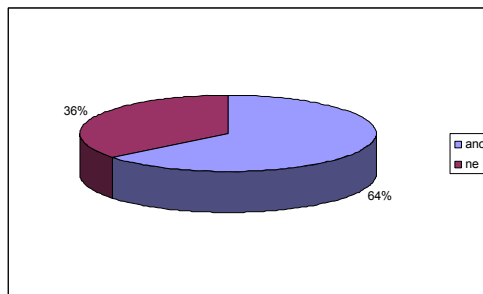


Zdroj: Vlastní výzkum

V době výzkumu bylo zařazeno do substituční léčby 23 % respondentek (graf č. 34); 77 % respondentek odpovědělo záporně.

f) Oblast zaměřující se na současné rodinné prostředí respondentek

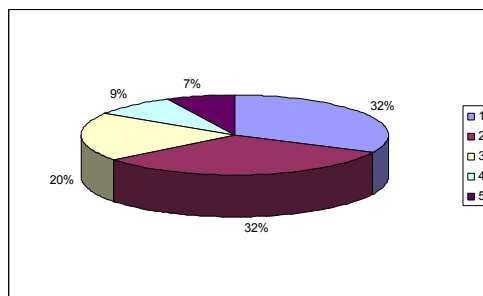
Graf č. 37: Stálý partnerský vztah u matek v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 37 znázorňuje, kolik procent respondentek má stálého partnera. Více než polovina uvedla (64 %), že mají stálého partnera, ale většina z těchto žen se svým partnerem nežijí ve společné domácnosti. Důvody jsou různé, např. nedostatečné bytové zázemí, pobyt v azylovém domě pro matky s dětmi nebo ve stacionáři či je partner ve výkonu trestu.

Graf č. 38: Bytové podmínky matek v %



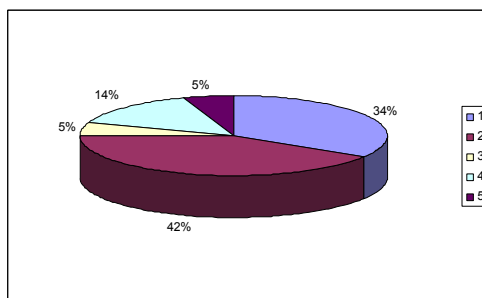
Legenda ke grafu č. 38: 1. U příbuzných; 2. Samostatně v pronajatém bytě; 3. Přespávám u známých; 4. V azylovém domě či stacionáři; 5. Nemám kde bydlet

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 38 znázorňuje charakteristiku bytového zázemí u respondentek. Celkem 32 % respondentek odpovědělo, že žije u svých příbuzných a 32 % v samostatně pronajatém bytě; 20 % respondentek žije u svých známých, 9 % respondentek v azylovém domě a 7 % respondentek nemá kde bydlet. Zvláštností zůstává, že některé matky, ačkoliv v době

výzkumu žily ve stacionáři pro matky s dětmi, neuvedly tuto skutečnost do dotazníku a uváděly odpověď, že žijí samostatně v pronajatém bytě.

Graf č. 39: Rodinné zázemí matek v %

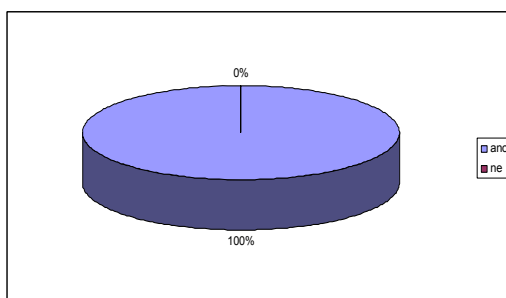


Legenda ke grafu č. 39: 1. Výborné; 2. Uspokojivé; 3. Méně dobré; 4. Problematické; 5. Nesnesitelné

Zdroj: Vlastní výzkum

Rodinné zázemí matek charakterizuje graf č. 39. Nejvíce respondentek hodnotilo své rodinné zázemí jako uspokojivé (41 %), 34 % respondentek jako výborné; 25 % vnímalo rodinné zázemí jako méně dobré, problematické, až nesnesitelné. Lze spatřovat souvislost pozitivního hodnocení zázemí matek s jejich léčbou, které se účastnily. Jelikož většina z těchto žen abstinovala a měla dítě ve své péči, rodinné zázemí se tak upravilo a celkově bylo vnímáno pozitivněji.

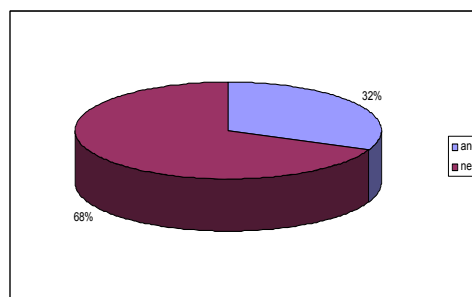
Graf č. 40: Znalost otcovství



Zdroj: Vlastní výzkum

Znalost otcovství ukazuje graf č. 40. Všechny ženy prohlásily, že znají otce svého dítěte. Žádná z nich neprojevila ohledně otcovství jakékoliv pochybnosti.

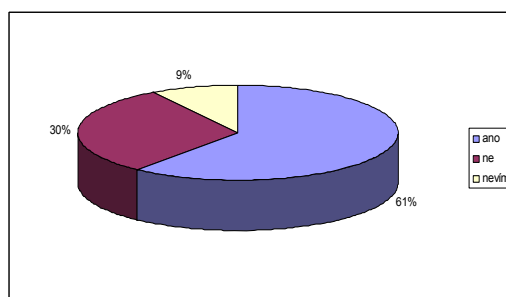
Graf č. 41: Společné soužití s otcem dítěte v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 41 znázorňuje procentuální rozdělení odpovědí respondentek na otázku, zda žijí s otcem svého dítěte ve společné domácnosti. Celkem 68 % respondentek uvedlo, že nežije s otcem svého dítěte. Možné důvody jsou uvedeny u grafu č. 37. Zhruba třetina matek uvedla, že s otcem dítěte žijí (32 %). Nutné je ovšem podotknout, že z těchto otců, s nimiž matky žijí, je 7 otců aktivními uživateli. Tento vztah mnohdy komplikuje samotnou léčbu matky (je ohrožena častějším relapsem) a také ovlivňuje samotné dítě, pokud je v období, kdy se začíná ztotožňovat se svými vzory.

Graf č. 42: Výskyt abúzu u otce posledního dítěte v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Výskyt abúzu u otce posledního dítěte je značný – 61 % respondentek uvedlo, že otec jejich posledního dítěte užívá návykové látky, 30 % respondentek uvedlo zápornou odpověď, 9 % respondentek neví.

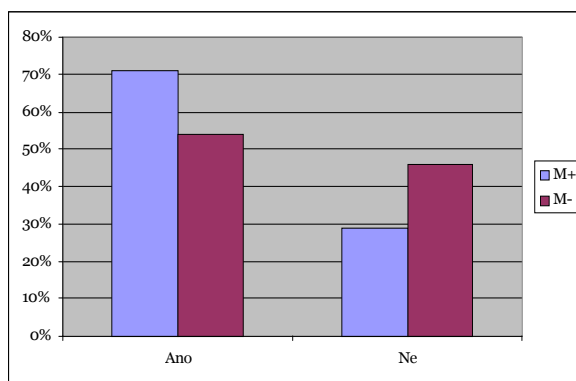
g) *Oblast zaměřující se na sledování rizikových faktorů abúzu drog ve spojitosti se suicidiálním jednáním*

Tato oblast sleduje rizikové faktory abúzu drog ve spojitosti se suicidiálním jednáním. Pro tyto účely jsou využity výsledky, které již byly použity ve výše uvedeném sociodemografickém výzkumu. Tyto výsledky jsou postaveny do nových souvislostí a vztahů. Pro snazší orientaci a odlišení této části výzkumu v textu byly zvoleny jiné typy grafického znázornění.

4.1.1 Výsledky výzkumu zjištěných souvislostí mezi suicidiálními tendencemi, abúzem drog a dalšími proměnnými vyskytujícími se u výzkumného souboru žen matek (Zášková, Žižková, 2008)

Mezi mnohé faktory, které pozitivně ovlivňují kvalitu života, bezesporu patří spokojený partnerský vztah. Jako jeden z řady salutoprotektivních mechanismů představuje hráz vzniku a rozvoje sociální patologie. Následující graf (graf č. 43) ilustruje odlišnosti obou sledovaných podsouborů v životní dovednosti vytvořit a stabilizovat intersexuální vztah.

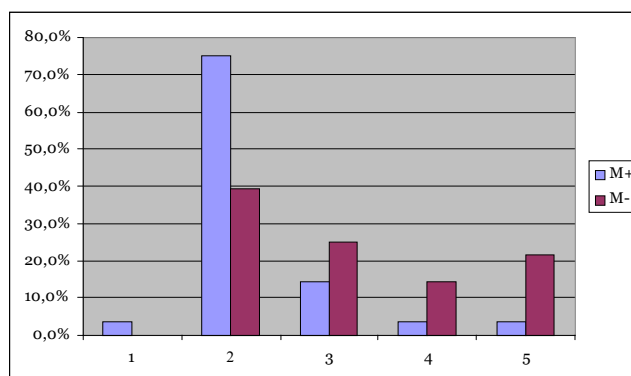
Graf č. 43: Stálý partnerský vztah u matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozložení údajů (graf č. 43) svědčí o příznivější sociální adjustaci žen bez suicidiálních tendencí ve srovnání s ženami, které suicidiální tendence vykazují. Ze souboru M+ má 71 % žen stálého partnera, zatímco v souboru M- činí tato část zhruba polovinu, tj. 54 %. Komplementárně méně žen ze souboru M+ uvedlo absenci tohoto významného životního vztahu ve srovnání s ženami souboru M- (29 % ku 46 %).

Graf č. 44: Charakter vztahu matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) k rodičům v %



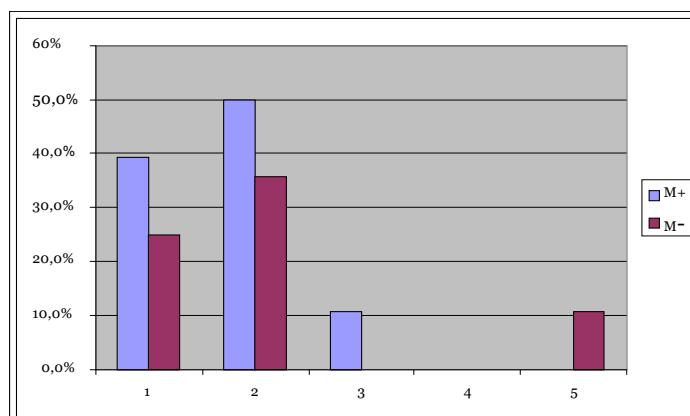
Legenda ke grafu č. 44: 1. Dobrý, žijeme ve společné domácnosti; 2. Výborný, stýkáme se; 3. Méně dobrý, ale občas se setkáváme; 4. Dobrý, setkáváme se výjimečně; 5. Nedostačující, nestýkáme se vůbec

Zdroj: Vlastní výzkum

Zjištěné údaje naznačují jednoznačně pozitivnější, funkční rodinné vztahy v podsouboru M+ 75 % žen tohoto podsouboru popisuje svůj vztah k rodičům jako výborný, zatímco v podsouboru M- pouze 39 % (graf č. 44).

Opačný jev, tj. absenci vztahů s rodiči, uvádějí většinou ženy podsouboru M-. Zde 25 % žen uvedlo vztah méně dobrý, ale občas se se svými rodiči setkají, 14,3 % má vztah dobrý, i když své rodiče kontaktuje výjimečně, avšak celých 21,4 % žen hodnotí svůj vztah s rodiči jako nedostačující a nestýká se s nimi.

Graf č. 45: Rodinné zázemí matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %



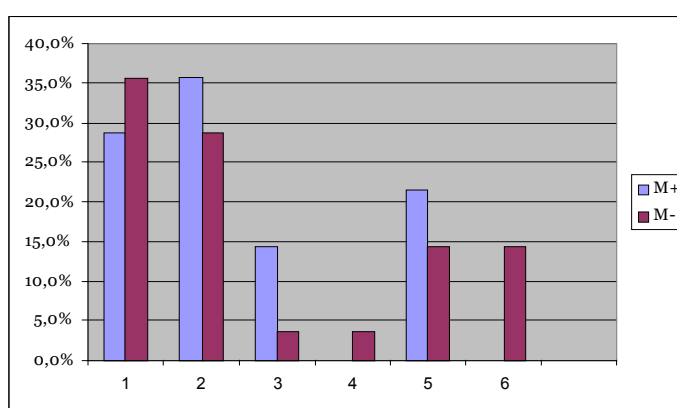
Legenda ke grafu č. 45: 1. Výborné; 2. Uspokojivé; 3. Méně dobré; 4. Problematické; 5. Nesnesitelné

Zdroj: Vlastní výzkum

Osobní situaci respondentek dokreslují údaje v grafu č. 45, které svědčí o pozitivnějším rodinném zázemí žen v podsouboru M+; 50 % z nich popisuje rodinné zázemí jako uspokojivé, 39,3 % jako výborné a 10,7 % ho popisuje jako méně dobré.

Oproti tomu v podsouboru M- je jasně patrná negativní charakteristika rodinného prostředí. Ženy uvádějí ve 28,6 %, že vnímají své prostředí jako problematické a v 10,7 % jako nesnesitelné.

Graf č. 46: Bytové podmínky matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu č. 46: 1. Bydlím u příbuzných; 2. Bydlím samostatně v pronajatém bytě; 3. Bydlím v azylovém domě; 4. Přespávám u známých; 5. Bydlím v doléčovacím centru; 6. Nemám kde bydlet

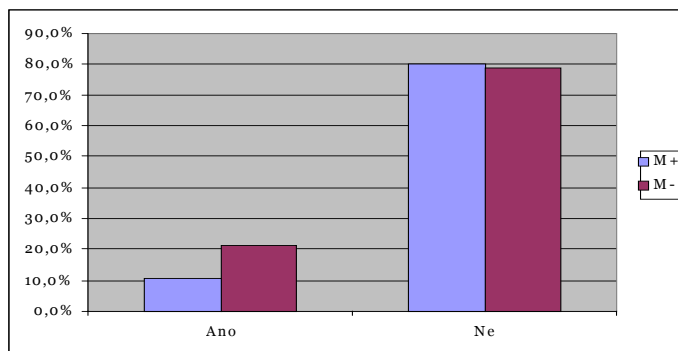
Zdroj: Vlastní výzkum

Uspokojivější bytovou situaci uvádějí ženy souboru M+ častěji než ženy M-. Konkrétně: 35,7 % z nich žije samostatně v pronajatém bytě, 28,6 % bydlí s příbuznými, 21,4 % se nachází v doléčovacím centru a 14,3 % žije v azylovém domě. Žádná z těchto matek (M+) neuvádí, že přespává u známých nebo že nemá kde bydlet.

U souboru M- je zajištěné bydlení jako významný ukazatel adjustovanosti uváděno méně. Vlastním samostatným bydlením disponuje 28,5 % žen, nejvíce žen, tj. 35,7 %, žije u příbuzných, 14,3 % se nachází v doléčovacím centru, 3,6 % je v azylovém domě.

Bytové zázemí zbývajících žen souboru M- je velmi problematické – 14,3 % z nich nemá kde bydlet a 3,6 % přespává u známých.

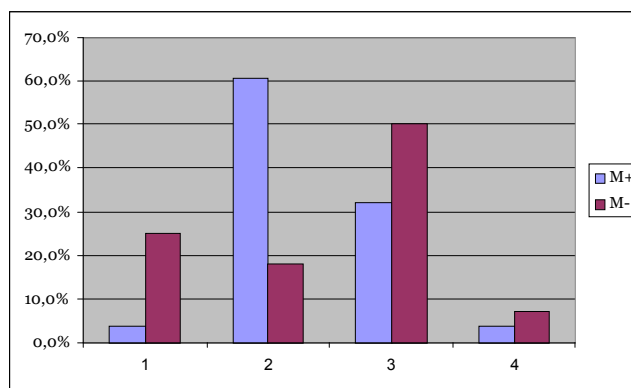
Graf č. 47: Osobní zkušenost s pohlavním zneužitím u souboru M+ a M- v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkum zachytil ne zcela okrajově se vyskytující rodinnou sociální patologii typu pohlavního zneužití respondentky. V souboru M+ uvedlo osobní zkušenost s pohlavním zneužitím 10,7 % žen, avšak u souboru M- se tato forma deviace objevila dokonce u 21,4 % žen. Násilníkem byl nejčastěji strýc či partner matky.

Graf č. 48: Délka abúzu u matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %

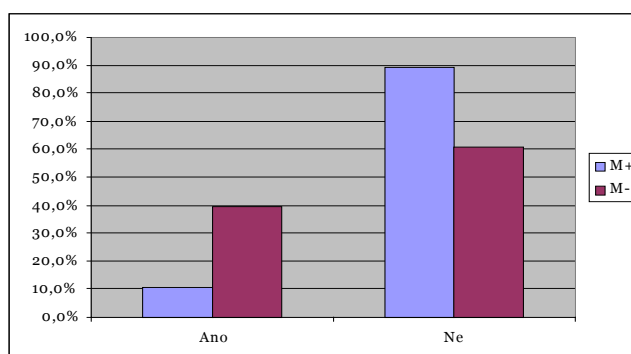


Legenda ke grafu č. 48: 1. Drogy beru v rozmezí od 1 do 4 let; 2. Beru drogy od 5 do 8 let; 3. Beru drogy od 9 do 12 let; 4. Beru drogy 13 a více let

Zdroj: Vlastní výzkum

Z údajů v grafu č. 46 je zřejmé, že většina žen trpí abúzem drog řadu let. Těžiště délky trvání abúzu drog u žen bez suicidiálních tendencí (M+) leží v délce od 5 do 8 let (60,7 %), zatímco u žen se suicidiálními tendencemi (M-) se toto těžiště posunuje do pásma od 9 do 12 let (50 %).

Graf č. 49: Užívání drog matkami bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v době výzkumu v %

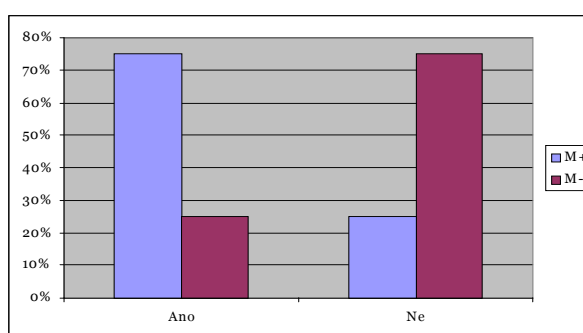


Zdroj: Vlastní výzkum

Výraznou diferenci mezi oběma sledovanými soubory jsme zaznamenali i v aktuálním abúzu a schopnosti abstinovat. Matky bez suicidiálních tendencí (soubor M+) ve srovnání s matkami se suicidiálními tendencemi (soubor M-) jsou schopny více abstinovat. V době tohoto výzkumu užívaly drogy ženy souboru M+ pouze v 10,7 % oproti ženám M-, kde návykové látky v době výzkumu užívalo 39,3 % z nich.

Upřesňující otázky navíc ukázaly difference i v typu užívané drogy; ženy souboru M+ nejvíce uváděly kouření méně nebezpečné marihuany, zatímco ženy souboru M- přiznaly užívání „tvrdé drogy“ – pervitinu a až na druhém místě kouření marihuany.

Graf č. 50: Účast matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v programu substituční léčby v %

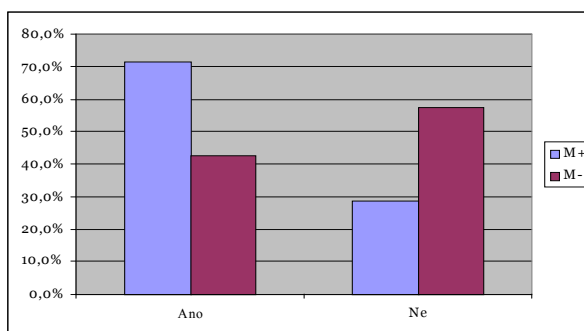


Zdroj: Vlastní výzkum

Údaje v grafu č. 50 naznačují silný salutoprotektivní vliv substituční léčby, jejíž součástí tvoří nejen péče o tělesné, ale i duševní zdraví včetně poskytování psychoterapeutické

podpory, edukace sociálních dovedností a kompetencí k zajištění větší životní samostatnosti a posilování rozvoje seberealizace. Podskupina M+ výrazně častěji vykazuje účast v substitučním programu, a to v 75 % oproti ženám z podskupiny M-, kde substituční léčbu realizuje pouze 25 % z dotázaných.

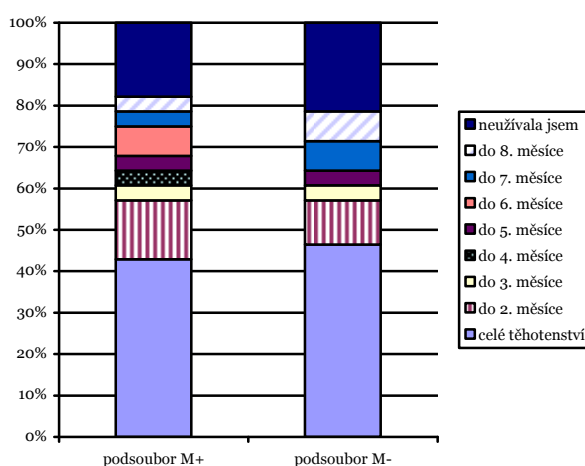
Graf č. 51: Počet matek bez suicidiálních tendencí (skupina M+) a se suicidiálními tendencemi (skupina M-) s dítětem ve vlastní péči v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Z údajů vyplývá, že zdaleka ne všechny matky obou podskupin mají ve své péči vlastní dítě. Přesto je patrný významný rozdíl mezi ženami z podskupiny M+ a M-. Zatímco ženy z podskupiny M+ mají většinou dítě ve vlastní péči, a to v 71,4 %, v případě druhého podskupiny M- je to necelá polovina, pouze ve 42,9 % (graf č. 51).

Graf č. 52: Délka abúzu v průběhu těhotenství u matek bez suicidiálních tendencí (skupina M+) a se suicidiálními tendencemi (skupina M-) v %

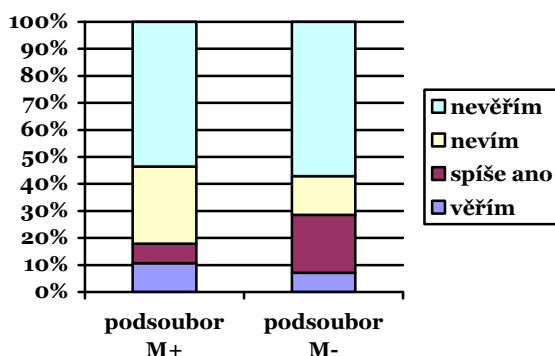


Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi matkami obou podsouborů nejsou zásadní diference v abúzu v průběhu těhotenství. Téměř polovině žen obou podsouborů M+ a M- nezabránilo těhotenství v užívání drog a jen přibližně 20 % žen drogy v těhotenství neužívalo. Závislé ženy neprojevily velký zájem o další osud vlastního dítěte, o jeho zdravý vývoj a bezpečí. Ať už je to jejich mimořádná lehkomyšlnost nebo emoční deficit, asociální rysy, případně nedostatek empatie, nejde zřejmě o faktor, který by příliš diferencoval tendenci k suicidii u závislých matek (graf č. 52).

Podobně je tomu u spirituální dimenze osobnosti, víry v Boha (graf 53); více deklarované odmítnutí víry v Boha je v podsouboru M+ pouze nepatrně nižší (53,4 %) než u žen podsouboru M- (57,1 %).

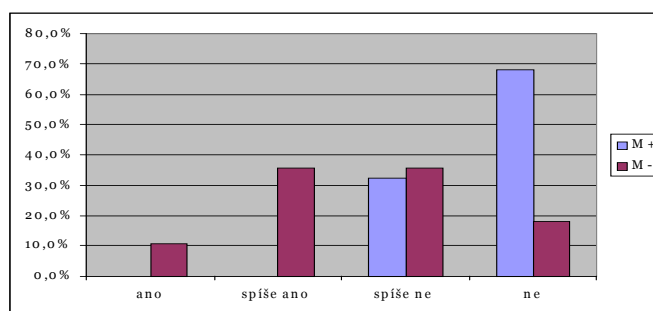
Graf č. 53: Víra v Boha u matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %



Zdroj: Vlastní výzkum

Víra v Boha nepředstavuje proměnnou, která by se u matek závislých na drogách promítala do suicidiálních tendencí a zásadním způsobem je ovlivňovala (graf č. 53).

Graf č. 54: Spokojenost s vlastním životem u matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %



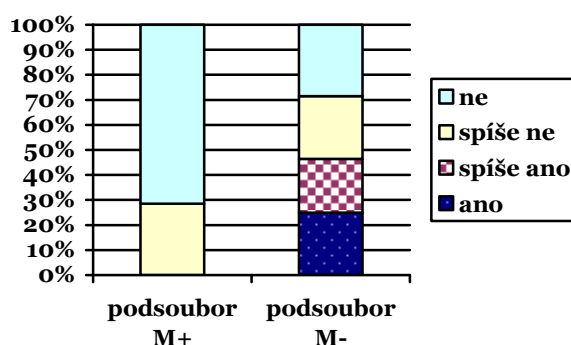
Legenda ke grafu č. 54: Reakce na položku: „Když hodnotím svůj život, tak si připadám nepotřebná, neužitečná“

Zdroj: Vlastní výzkum

U podsouboru M+ je patrné mnohem kladnější hodnocení vlastního života. Žádná z žen tohoto podsouboru neuvedla pocity vlastní nepotřebnosti a neužitečnosti; 32,1 % žen se přiklonilo k variantě mírného nesouhlasu, jednoznačný nesouhlas zvolilo 67,8 % žen (graf č. 54).

Oproti tomu u souboru M- se vyskytuje průkazně negativnější hodnocení vlastního života. V kategorii frustrovaných, nespokojených se životem se ocitla téměř polovina žen (spíše ano 35,7; ano 10,8 %); o něco větší procento žen (53,5 %) uvádí větší či menší spokojenost se životem (35,7 % je spíše spokojených, 17,8 % spokojených).

Graf č. 55: Negativní emoce matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %

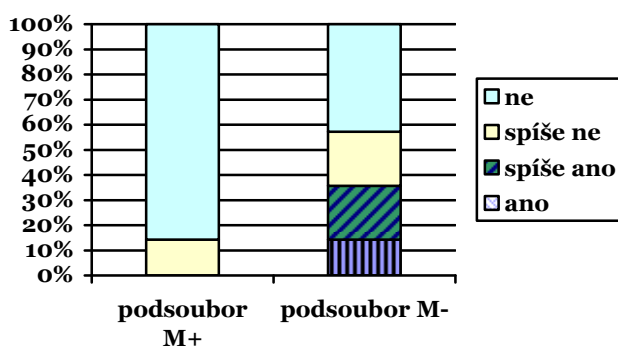


Legenda ke grafu č. 55: Odpovědi na otázku: „Jsem smutná a nešťastná, že to sotva snáším, mám pocit, že jsem na dně“

Zdroj: Vlastní výzkum

Matky podsouboru M+ vyjadřují mnohem méně negativní emoční stavy ve srovnání s matkami M-, v jejichž odpovědích je u téměř 50 % obsažen úplný nebo částečný souhlas s tím, že prožívají smutek, neštěstí a další záporné pocity. Negativní emoce a prožitky u sebe odmítá jen menší část žen M- (28,6 %) – graf č. 55.

Graf č. 56: Ztráta životního smyslu u matek bez suicidiálních tendencí (soubor M+) a se suicidiálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu č. 56: Odpovědi na otázku: „Mám pocit, že život nemá smysl“

Zdroj: Vlastní výzkum

Diference ve spektru odpovědí u obou souborů jsou velmi nápadné. Zatímco ženy souboru M+ neuvádějí spirituální prožitky ztráty životního smyslu nebo jen okrajově připouštějí tyto problémy (14,3 %), pak v souboru M- je situace zcela odlišná. Pocity životní prázdnoty vykazuje více než třetina žen (14,3 a 21,4 %) (Zášková, Žižková, 2008).

4.2 Výsledky ke druhé etapě výzkumu

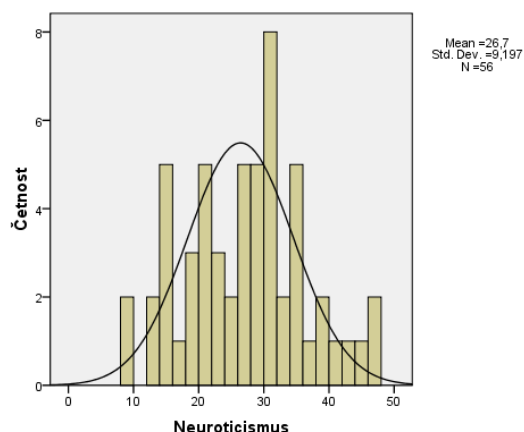
Popis výsledků vztahujících se k hypotézám Ha1 až Ha5, které měří hladinu neurotičnosti, faktoru extroverze–introverze, hladinu otevřenosti, faktoru přívětivosti a svědomitosti ve srovnání s populačním průměrem pomocí osobnostního inventáře „NEO“.

Tabulka č. 8: Hodnoty popisující neuroticismus u závislých žen

Big Five	Průměr (n=56)	SO	Norma	SO
Neuroticismus	26,7	9,2	22	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 57: Neuroticismus u souboru závislých žen



Zdroj: Vlastní výzkum

V hypotéze Ha1 byl vysloven předpoklad, že *respondentky vykazují vyšší hladinu neurotičnosti projevující se typickou úzkostí, napjatostí, nervozitou a neklidem.*

Tyto rysy lze považovat za projev nižší psychické integrovanosti, za faktor, který souvisí s menší odolností vůči zátěži. V souboru interpretovaného výzkumu jsou sice zastoupeni emočně stabilní, vyrovnaní, sebejistí, spokojení a klidní jedinci (7 %), případně jedinci spadající do širšího pásma průměru, avšak těžiště výsledků souboru leží, v souladu s naším očekáváním, v pásmu nadprůměrných hodnot neurotičnosti (41 %).

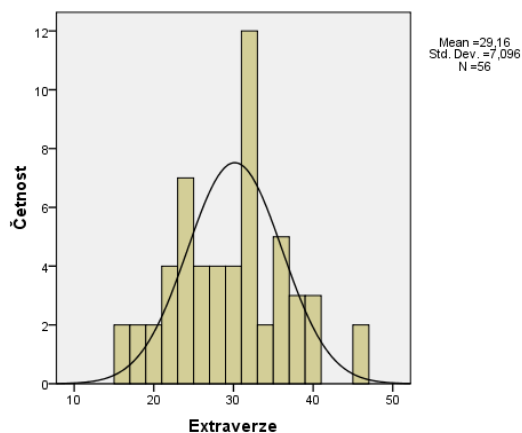
Rys neurotičnosti (lability) se vztahuje ke zkušenosti s negativními emocemi, jako jsou strach, zlost nebo deprese. Labilní matky reagují často emotivně i v situacích, které většina lidí zvláště intenzivně neprožívá. Jejich reakce jsou intenzivnější a přetrvávají neobvykle dlouhou dobu, což znamená, že jsou po většinu času ve špatné náladě. Běžné situace prožívají jako ohrožující a menší zátěž se jim jeví jako beznadějná. Uvedené emoční problémy mohou zmenšit schopnost myslet jasně, dělat rozhodnutí a vypořádat se efektivně se stresem. Mají sklony k vnitřnímu neklidu, úzkosti, ke starostem, depresím, jsou náladové.

Tabulka č. 9: Hodnoty popisující výskyt extraverze u závislých žen

Big Five	Průměr (n=56)	SO	Norma	SO
Extraverze	29,16	7,1	32	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 58: Extraverze u souboru závislých žen



Zdroj: Vlastní výzkum

Nepravidelně jednostranná kumulace naměřeného skóre byla zaznamenána také u faktoru extraverze. Hladina extroverze–introverze není v souboru rovnoměrně rozložena. Podprůměrně, tj. v pásmu introverze, skórovala téměř třetina závislých žen (30,6 %), do pásma nadprůměru se dostala svými hodnotami jen menší část žen (9 %). Distribuce extroverze–introverze v souboru neodpovídá hypotéze Ha2, která *predikovala bipolárnost výsledných dat extroverze–introverze*, tj. očekávali jsme kromě vyššího počtu introvertů (což bylo potvrzeno) také větší zastoupení extravertů, vzhledem k celkovým charakteristikám životnímu stylu mnoha závislých.

Extraverze s typickou otevřeností vůči vnějšímu světu a kontaktům s lidmi se pojí s energií a pozitivním laděním. Extrovertní matky mohou být zaměřeny na vnější svět, jsou družnější, mají rády zábavu a společnost. Touží po vzrušení, rády riskují, vystavují se nebezpečí, jednají z momentálního podnětu, jsou impulzivní. Svě city nekontrolují a nejsou vždy spolehlivé. Také se u nich mohou objevovat sklony k agresivitě.

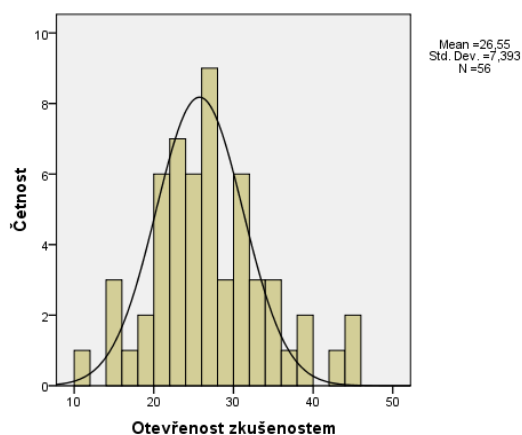
Oproti tomu introvertní matky jsou spíše klidnější, zaměřeny na svou osobu, do svého vnitřního světa. Jsou rezervovanější vůči lidem, kteří nejsou jejich důvěrnými přáteli. Mají tendence dělat si plány do budoucnosti, nedůvěřují momentálním podnětům. Nedostatek sociálního zapojení, nižší integrovanost do sociálních sítí může ústít do pocitů bezradnosti vůči stresujícím situacím.

Tabulka č. 10: Hodnoty popisující výskyt otevřenosti vůči zkušenostem u závislých žen

Big Five	Průměr (n=56)	SO	Norma	SO
Otevřenost	26,55	7,4	28	7

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 59: Grafické znázornění výskytu otevřenosti u souboru závislých žen



Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza Ha3 predikovala *nižší hladinu otevřenosti* ve srovnání s populační normou, vzhledem k nízkému vzdělání závislých žen. Ve sledovaném souboru byly spíše ženy podprůměrně otevřené ve 23,4 %.

Otevření lidé jsou intelektuálně zvědaví, vnímaví k vnějším změnám. Směřují k nekonvenční a individualistické víře, ačkoli jejich jednání může být konformní. Otevřenost v interakci znamená především otevřenost v přijímání, v akceptování projevů druhého (Řezáč, 1997).

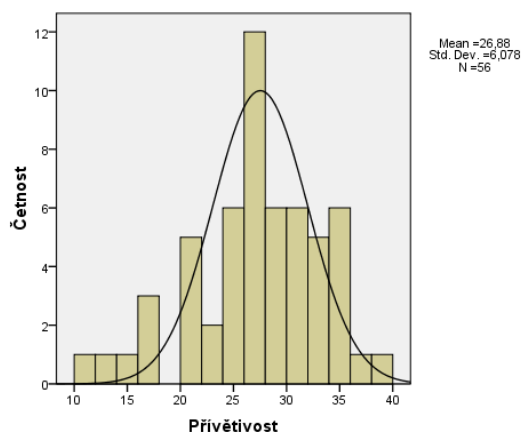
Závislé ženy s nízkým skóre faktoru otevřenosti mají spíše omezené a běžné zájmy. Jsou konzervativní a odolné vůči změně. Nízké skóre vyjadřuje konvenčnost a konzervativní postoje. Dávají přednost známému, osvědčenému.

Tabulka č. 11: Hodnoty popisující výskyt přívětivosti obsahující důvěru u závislých žen

Big Five	Průměr (n=56)	SO	Norma	SO
Přívětivost	26,9	6,1	30	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 60: Grafické znázornění výskytu přívětivosti u souboru závislých žen



Zdroj: Vlastní výzkum

Další součástí výzkumu bylo zjistit míru faktoru přívětivosti u respondentek ve srovnání s populační normou ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti a ochotě pomáhat druhým. Část populace závislá na drogách charakterizuje ústup ze společenských vztahů, sociální inhibovanost, problematickou sociální adjustovanost, včetně nepřiléhavých rysů mezilidské odpovědi v interpersonálních vztazích. Podobné očekávání obsahovala hypotéza Ha4. Výzkum prokázal ve sledovaném souboru větší zastoupení závislých žen se sníženou mírou přívětivosti (diference 3,1 % ve srovnání s populační normou ve smyslu laskavosti, přátelskosti, ohleduplnosti, ochotě pomáhat druhým). Podprůměrné hodnoty tohoto faktoru s typickými projevy chladnosti, rezervovanosti až necitlivosti vůči druhým lidem byly naměřeny až u 23,4 % žen.

Přívětivost odráží individuální rozdíly dotýkající se spolupráce a sociální harmonie. Pro přívětivé lidi je největší hodnotou kooperace s ostatními. Proto jsou ohleduplní, přátelští, štedří, nápomocní a ochotní ke kompromisům s ostatními. Přívětiví lidé mají také optimistický náhled na lidskou povahu. Věří, že lidé jsou v základu čestní, mravní a spolehliví. Nejvýraznější charakteristikou osob dosahujících vysokého skóre na této škále je altruismus. Tito lidé mají pro druhé pochopení a porozumění, projevují jim přízeň, chovají se laskavě a vlídně. Důvěřují druhým lidem a dávají přednost vzájemné spolupráci.

Respondentky tohoto výzkumu patří spíše k jedincům, jež nadřazují vlastní zájem nad zájmy jiných lidí; nerady se obětují pro ostatní lidi. Někdy jsou skeptické ohledně motivů ostatních, a proto bývají podezřívavé a nespolupracující, což komplikuje utváření

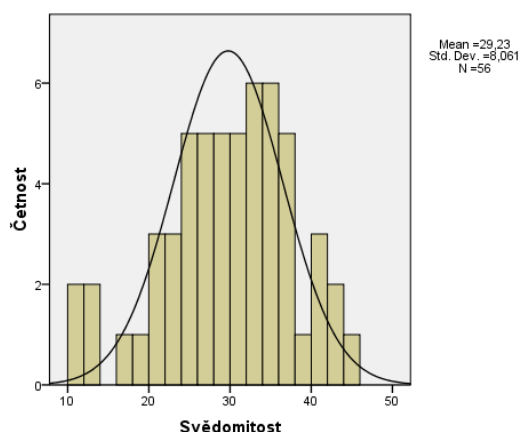
a udržování sítí pozitivních, život obohacujících salutoprotektivních sociálních vztahů, tvořících základ sociální opory.

Tabulka č. 12: Hodnoty popisující výskyt svědomitosti vyjadřující pořádnost, zodpovědnost u závislých žen

Big Five	Průměr (n=56)	SO	Norma	SO
S	29,23	8,1	29	7

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 61: Grafické znázornění výskytu svědomitosti u souboru závislých žen



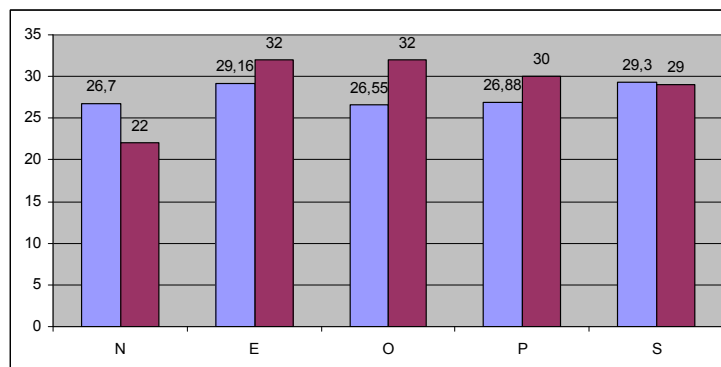
Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k tomu, že v uváděném rejstříku známých prediktorů závislosti na drogách se popisuje impulzivnost, nesvědomitost a nezodpovědnost, očekávali jsme v Ha5 *větší počet respondentek s nižším skóre faktoru svědomitosti*. Námi získaná data však hypotézu Ha5 zcela nepodpořila, soubor sice zahrnuje 16,2 % žen s podprůměrnou hladinou testovaného rysu a ostatní naměřené hodnoty naznačují zvýšenou variabilitu tohoto faktoru, celkově však diference souboru v rámci tabulkových norem nejsou zásadní.

Osobnostní faktor svědomitosti se podílí na sebekontrolě, seberegulaci a řízení impulzů individua. Impulzivní jednání může být za určitých okolností efektivní odpovědí na danou situaci. Přesto však užitek z vysokého stupně faktoru svědomitosti je zřejmý, jedinci s vyšší hladinou tohoto rysu dokáží lépe odhadnout riziko, dokáží se vyhnout potížím a dosahují

více úspěchu díky účelnému plánování a vytrvalosti (rys svědomitosti obsahuje komponentu známou jako „potřeba úspěšného výkonu“).

Graf č. 62: Celkový přehled výsledků BIG FIVE



Legenda ke grafu č. 62: Sloupce vlevo odpovídají údajům respondentů, vpravo jsou údaje tabulkových norem

Zdroj: Vlastní výzkum

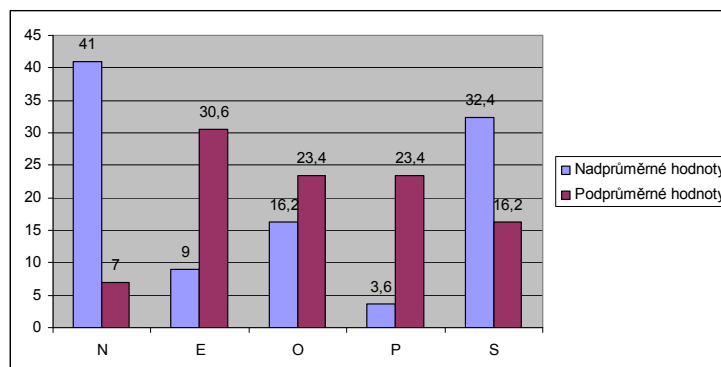
Tabulka č.13: Distribuce průměrných a nadprůměrných hodnot NEO u respondentek v %

Položky NEO (BIG FIVE)	Neuroticismus	Extroverze	Otevřenost	Přívětivost	Svědomitost
Nadprůměrné hodnoty	41	9	16,2	3,6	32,4
Podprůměrné hodnoty	7	30,6	23,4	23,4	16,2

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro ilustraci a lepší pochopení diferencí v souboru závislých žen uvádím hodnoty nadprůměrné a podprůměrné v grafickém znázornění.

Graf č. 63: Grafické znázornění rozložení rysů Big Five



Legenda ke grafu č. 63: N – faktor neuroticismu; E – faktor extroverze; O – faktor otevřenosti; P – faktor přívětivosti; S – faktor svědomitosti

Zdroj: Vlastní výzkum

Popis výsledků vztahujících se k hypotéze Ha6, která *predikuje, že respondentky vykazují nižší zátěžovou odolnost* ve smyslu menší koheze osobnosti, ve srovnání s populačním průměrem (měřeno SOC).

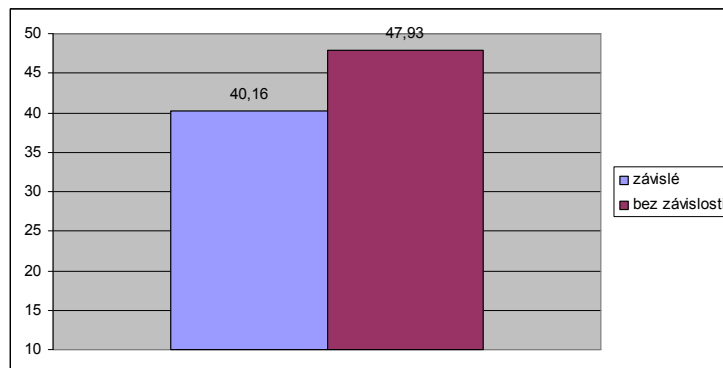
Popsaný koncept dispozičního optimismu má vzhledem k zátěžové odolnosti určité podobné znaky s jinými teoriemi, například self-efficacy, hardiness, resilience a sense of coherence. Naposledy uvedený tříložkový konstrukt sense of coherence, změřený u obou souborů, prezentují následující grafy.

Tabulka č. 14: Hodnoty srozumitelnosti (comprehensibility) u závislých žen a kontrolního souboru (měřeno SOC)

Složka SOC	Soubor	Průměr	SO
C srozumitelnost	závislé ženy	40,16	11,764
	kontrolní	47,93	9,176

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 64: Grafické znázornění comprehensibility u závislých žen a kontrolního souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 64 srovnává výsledky složky *srozumitelnosti* u obou souborů. Základ srozumitelnosti tvoří shodné zkušenosti. Závislé ženy mají větší problémy se zvládnutím zátěže, protože se jim svět zdá neuspořádaný a chaotický. Neplatí v něm řád nebo pravidla, na něž by se mohly spolehnout a snadněji se podle nich orientovat. Oproti tomu kontrolní soubor žen vnímá svět jako srozumitelnější, ve kterém jsou věci uspořádané, s přesným

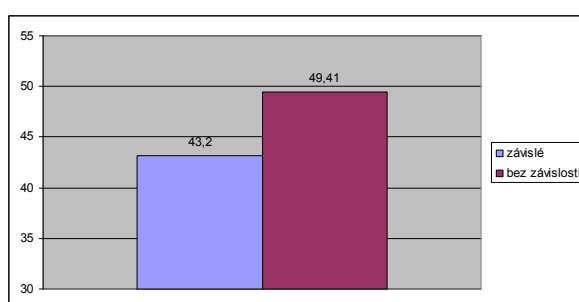
řádem. Uvedené diference jsou statisticky významné na 10% hladině významnosti [$F = 2,89 > 2,78$].

Tabulka č. 15: Hodnoty zvládnutelnosti (manageability) u závislých žen a kontrolního souboru

Složka SOC	Soubor	Průměr	SO
Ma zvládnutelnost	závislé ženy	43,20	9,112
	kontrolní	49,41	7,277

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 65: Grafické znázornění manageability u závislých žen a kontrolního souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

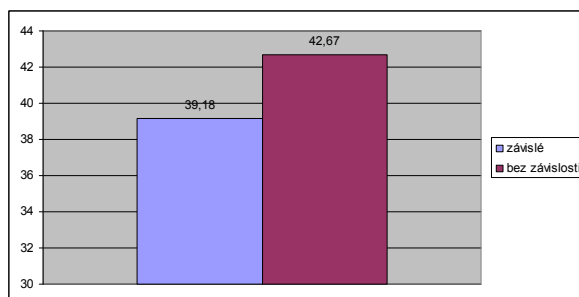
Závislé ženy mají větší problémy se *zvládnutelností*, při řešení problémů, ne vždy si věří, že nastalou situaci mohou zvládnout. Spoléhají častěji na pomoc okolí, samy nejsou aktivní a vzniklé potíže neřeší. Ženy kontrolního souboru bez závislosti jsou nepatrně, nevýznamně odolnější, více si věří a jsou způsobilější k tomu, aby samy nebo s pomocí okolí odpovídajícím způsobem reagovaly, vyřešily a zvládaly vzniklé situace [$F = 1,68 < 2,78$].

Tabulka č. 16: Hodnoty smysluplnosti (meaningfulness) u závislých žen a kontrolního souboru

Složka SOC	Soubor	Průměr	SO
Me smysluplnost	závislé ženy	39,18	8,797
	kontrolní	42,67	6,760

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 66: Grafické znázornění meaningfulness u závislých žen a kontrolního souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

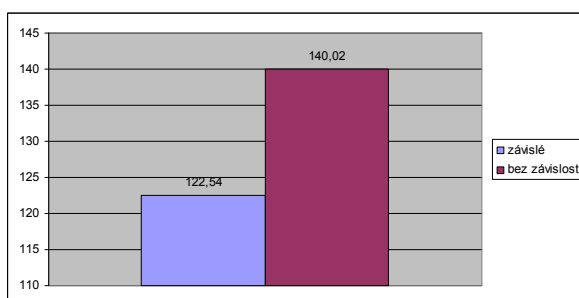
Ženy bez závislosti mají průkazně vyšší skóre *smysluplnosti* oproti závislým ženám. Tento výsledek odpovídá významnosti na 5% hladině [$F = 5,416 > 4,016$].

Tabulka č. 17: Smysl pro kohezi závislých žen a kontrolního souboru

SOC	Soubor	Průměr	SO
Konstrukt	závislé ženy	122,54	26,016
	kontrolní	140,02	20,525

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 67: Souhrnné skóre výsledků získaných metodou SOC u závislých žen a kontrolního souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

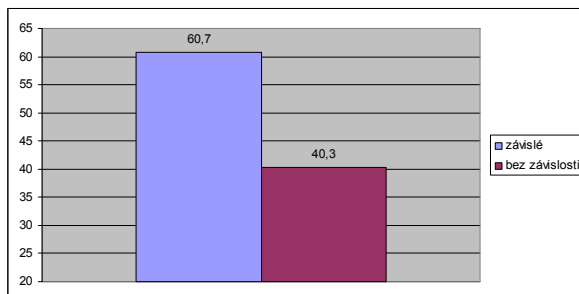
Z vyhodnocení konstruktů *smyslu pro soudržnost* se třemi aspekty – comprehensibility, manageability, meaningfulness – je patrné, že závislé ženy vykazují nižší zátěžovou odolnost ve smyslu menší koheze osobnosti, ve srovnání s kontrolním souborem ve všech třech komponentách a tedy i v celém konstruktě (souhrnné skóre 122,54 ku 140,02).

Závislé ženy a matky věří v menší míře, že rozumí problémům, nevidí je jako výzvu, ale jako ohrožení a pravděpodobněji si nevyberou nejvhodnější chování pro zvládnutí specifického problému. Testová charakteristika analýzy rozptylu sice nepřinesla signifikantní výsledek [$F = 2,673 < 2,78$ na 10% hladině], avšak souběžně provedený t-test ukázal významné rozdíly [$t_{50sv} = 17,486 > 2,68$].

Pro ilustraci uvádím některé otázky, ve kterých se výroky žen nejvíce a nejméně lišily.

Graf č. 68:

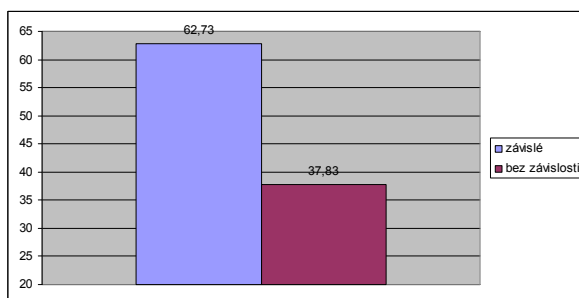
Ot. č. 5 „V minulosti se stalo, že jsem byla překvapená chováním lidí, o nichž jsem se domnívala, že je dobře znám“



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 69:

Ot. č. 6 „Stalo se, že mě zklamali lidé, jimž jsem důvěřovala a s nimiž jsem počítala“



Zdroj: Vlastní výzkum

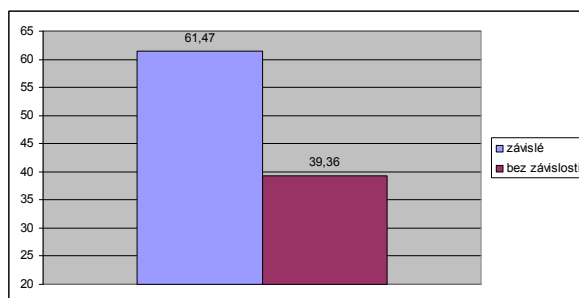
Z grafů č. 68 a 69 je zjevně patrné, že závislé matky se během svého života setkaly s překvapujícím zjištěním, že lidem, kterým věřily a o nichž se domnívaly, že vědí co od nich mohou očekávat na základě jejich přátelství, je zklamali. Vzhledem k tomuto zjištění, kterému předcházela důvěra ve známé lidi, se najednou ocitají v prostředí, které pro ně není

srozumitelné, přestávají se orientovat v mezilidských vztazích. Tato nečekaná změna v jejich životě může pro ně představovat zvyšující se zátěž, protože si uvědomují, že pokud budou potřebovat pomoc, nemohou se v zásadě spolehnout na nikoho z okruhu blízkých, jejich důvěra v ostatní lidi značně utrpěla.

Údaje v následujícím grafu č. 70 naznačují, že závislé matky projevují sklon k emoční rozladěnosti, často se cítí ve svém životě poraženy, nevěří si a myslí, že nemají dostatek prostředků, kterými by mohly zvládat životní překážky.

Graf č. 70:

Ot. č. 25 „Mnozí lidé, i ti, kteří mají pevný charakter, se někdy cítí poraženi a smutni. Já sama jsem se takto v minulosti cítila velmi často“



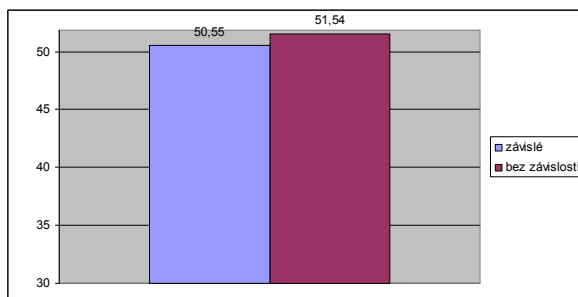
Zdroj: Vlastní výzkum

U otázek č. 22 a 27 (viz graf č. 71 a č. 72) se setkáváme s pozitivní shodou či úzkou souvislostí mezi souborem závislých matek a matek bez závislosti. Z těchto shod lze dále vycházet pro stanovení vhodné sociální a terapeutické práce, která má směřovat k pochopení jejich smyslu a zvládnutelnosti života.

Oba soubory věří přibližně stejně ve smysluplnou budoucnost.

Graf č. 71:

Ot. č. 22 „Očekávám, že moje budoucnost bude beze smyslu/bude mít smysl“

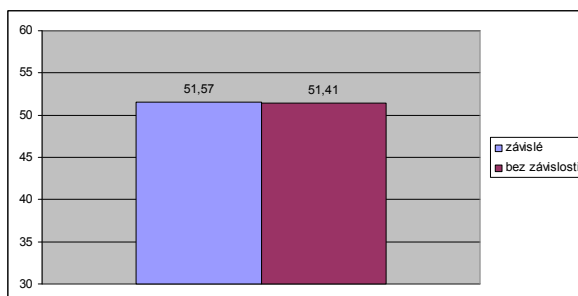


Zdroj: Vlastní výzkum

Optimistickou vizi do budoucna lze vidět u obou souborů (graf č. 71). Uživatelky drog jsou přesvědčeny, že zvítězí nad potížemi, s kterými se během života setkaly.

Graf č. 72:

Ot. č. 27 „Když pomyslím na obtíže, s nimiž se setkávám v důležitých úsecích svého dalšího života, mám pocit, že nad nimi zvítězím/obtíže nezdolám“



Zdroj: Vlastní výzkum

Popis výsledků k hypotéze Ha7, která měří výskyt *dispozičního optimismu a arousability* u žen se závislostí (56 respondentek) a žen bez závislosti (kontrolní soubor – 46 respondentek) (měřeno AOS).

Tabulka č. 18: Hodnoty měřené AOS u závislých žen a kontrolního souboru

AOS	skupina	průměr	SO
Arousabilita	závislé	18,45	2,935
	bez záv.	15,50	2,597
Optimismus	závislé	25,00	3,922
	bez záv.	26,24	2,292

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 19: Komparace průměrů, směrodatných odchylek arousability a optimismu u výzkumů provedených v ČR

AOS	Průměr n=828	SO	Průměr n=1003	SO	Průměr n=56	SO
Arousabilita	17,4	3,4	15,2	3,8	18,5	2,9
Optimismus	24,7	2,8	24,6	2,8	25	2,6

Legenda k tabulce č. 19:

n=1003 označuje údaje souboru výzkumu K. Paulíka, 2008, u souboru učitelů a sociálních pracovníků (výzkum K. Paulíka, 2008);

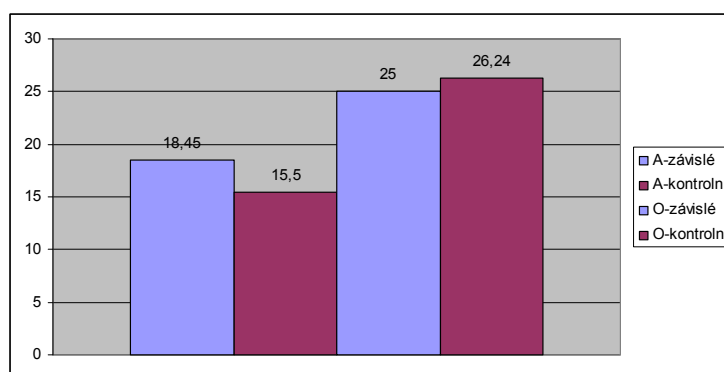
n=828 výsledky výzkumu studentů pomáhajících profesí H. Zášková, publikované In Zášková, H., Mlčák, Z. Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie. Praha: Triton (v tisku);

n=56 výsledky interpretovaného výzkumu závislých matek.

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výše uvedeném srovnání tří souborů je patrný rozdíl u závislých matek, které se jeví jako více arousabilnější, ale přibližně stejně optimistické jako studenti, učitelé a sociální pracovníci.

Graf č. 73: Výše arousability a optimismu u závislých žen v porovnání s kontrolním souborem



Legenda ke grafu č. 73: A = arousabilita; O = optimismus

Zdroj: Vlastní výzkum

Závislé ženy vykazují statisticky významně větší míru arousability, reagují s intenzivnější emoční odezvou, která tvoří součást globální subjektivní reakce člověka na situace s možnou zátěží.

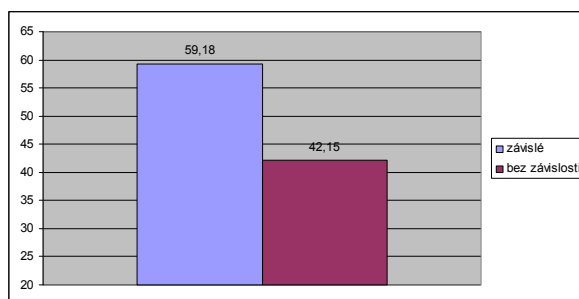
Ženy kontrolního souboru se událostmi „nenabudí“ tak lehce a trvá jim kratší dobu vrátit se do klidové, emočně neutrální polohy a výchozí úrovně vzrušení. Diference mezi soubory přesáhly 10% hladinu významnosti [$F_{1/55sv} = 3,202 > 2,78$].

Závislé ženy jsou také o něco méně optimistické ve srovnání s matkami bez závislosti, lehce snížené skóre napovídá váhavosti a pochybnostem o příznivém vývoji probíhajících událostí. Oproti tomu matky kontrolního souboru jsou šťastnější a radostnější, příznivěji hodnotí vývoj a dopady událostí kolem sebe. Srovnávané soubory se od sebe odlišují statisticky významně na 5% hladině [$F_{1/55sv} = 4,565 > 4,016$].

Pro ilustraci odlišností mezi srovnávanými soubory žen prezentuje následující text a grafy některé otázky z dotazníku AOS (viz grafy č. 74–80).

Graf č. 74:

Ot. č. 2 „Myslím si, že bude těžké dosáhnout svých cílů“

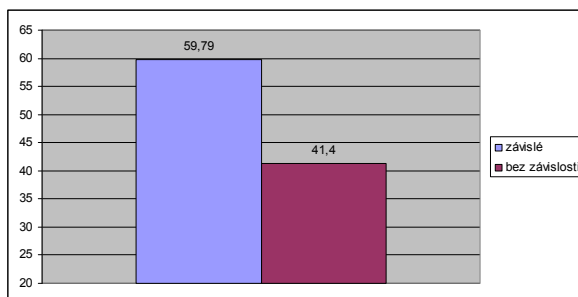


Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina závislých matek (59 %) se domnívá, že je těžké dosáhnout svých cílů. Tento negativní pesimistický náhled na svůj život má zřejmý základ v jejich nespokojenosti s vlastním životem a selhávajícími opakovanými snahami skončit se závislostí, který potvrdil sociodemografický výzkum, na jehož základě bylo zjištěno, že až 79 % žen se opakovaně snažilo skončit s užíváním návykových látek. Závislost však u většiny z nich byla silnější a oproštění se od ní je pro matky velmi náročné. V této souvislosti lze také vidět spojitost s grafem 75, kde 60 % závislých matek uvedlo, že je osud pronásleduje. Lze se domnívat, že pod pojmem osud je skrytá drogová závislost, ze které je velice těžké se vymanit a vytrvat dlouhodobě v abstinenci.

Graf č. 75:

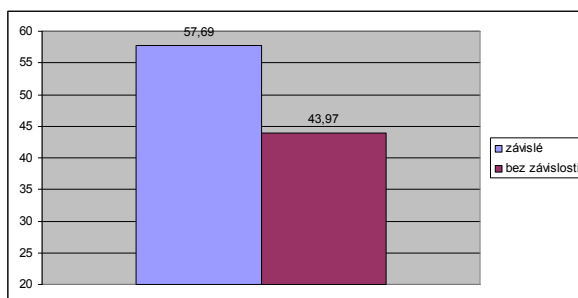
Ot. č. 11 „Osud mě pronásleduje“



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 76:

Ot. č. 14 „Obávám se své budoucnosti“



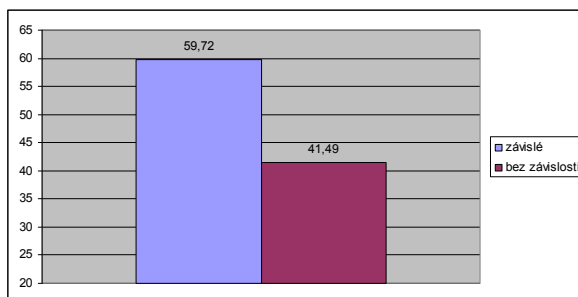
Zdroj: Vlastní výzkum

Strach a obavu ze své budoucnosti má prokazatelně s větším rozdílem 57,7 % závislých žen (graf č. 76). Lze předpokládat, že tento negativní postoj je ovlivněn nízkou důvěrou žen v sebe sama.

Pro příklad je vhodné uvést jejich partnery, kteří jsou aktivními uživateli, nebo jsou ve výkonu trestu. Matky si uvědomují, že se po určité době vrátí a mohou zase zpětně negativně (drogový relaps, domácí násilí apod.) vstoupit do jejich nově vytvořeného a relativně stabilního prostředí. Také otázka bydlení a financí může narušovat stabilní a optimistický pohled žen do budoucnosti.

Graf č. 77:

Ot. č. 15 „Myslím si, že úmysly jiných lidí nejsou vždy dobré“

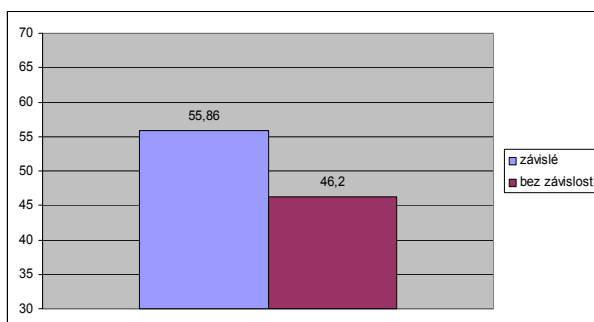


Zdroj: Vlastní výzkum

Více než polovina žen (60 %) nedůvěřuje jiným lidem a domnívají se, že jejich úmysly nejsou vždy dobré. Tento postoj může být vyvolaný negativními osobními zkušenostmi ze svého života. S prvním zklamáním se setkávaly ve vlastní primární rodině, kdy byly účastny domácího násilí nebo pohlavně zneužívány. Také vyskytující se závislost a změny nálad u rodičů se mohly podílet na negativním postoji vůči svému životu a vnímání ostatních lidí. V průběhu své drogové kariéry navazovaly vztahy především se stejně závislými přáteli či partnery, přičemž mohlo docházet k dalším traumatizujícím zážitkům. Mezi závislými nelze vytvářet kvalitní vztahy, naopak dochází k jejich destrukci a ztrátě. Vztahy mezi závislými bývají povrchní, nestálé a neupřímné. V případě potřeby další dávky „člověk nezná přítele“. Také jedním z možných důvodů, proč nedůvěřují ostatním lidem, je promítání do odpovědi svých vlastních charakterových vad, ve smyslu „podle sebe soudím tebe“. Nedůvěra ve druhé lidi může být také spojena s rysovou úzkostí – závislé ženy vykazují vyšší hladinu neurotičnosti, která je mimo jiné sycena úzkostností (měřeno NEO).

Graf č. 78:

Ot. č. 16 „Ráda skáču do vody z velké výšky“

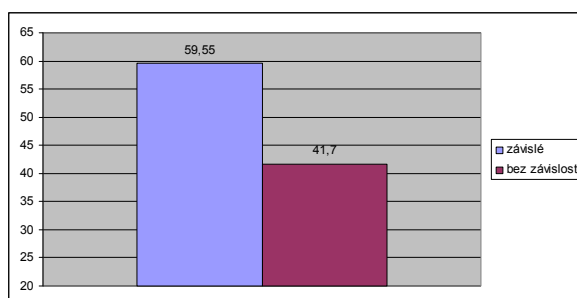


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 78 znázorňuje odpovědi obou souborů a upozorňuje na to, že 56 % závislých žen rádo riskuje oproti kontrolnímu souboru (46 %). Je zřejmé, že závislé ženy rády riskují pro pocit vzrušení, neuvědomují si možné nebezpečí a následky plynoucí z jejich chování. Nepřístupují zodpovědně ke svému životu a i přes veškeré informace týkající se negativního dopadu užívání návykových látek dále pokračují.

Graf č. 79:

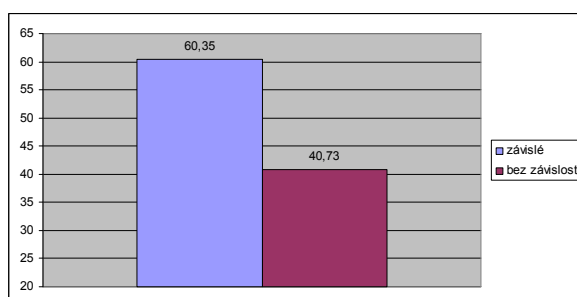
Ot. č. 16 „Ráda navazuji známosti s osobami opačného pohlaví“



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 80:

Ot. č. 17 „Líbí se mi dotýkat se osob opačného pohlaví“



Zdroj: Vlastní výzkum

Většina závislých žen ráda navazuje kontakt s druhým pohlavím (grafy č. 79 a č. 81).

Pokud se zamyslíme nad motivací žen, které rády navazují známosti s opačným pohlavím a přiznávají, že mají rády fyzický kontakt s muži, můžeme vycházet z několika možných důvodů. Jestliže si uvědomíme, s jakými muži mají ženy během své drogové kariéry zkušenosti (osoby disociální, psychopatické se sklonem k násilí a destruktivní činnosti) a z jakých primárních rodin pocházejí (domácí násilí mezi otcem či partnerem a matkou, sexuální zneužívání partnerem matky, neúplná rodina aj.), můžeme předpokládat, že jednou z možností, díky které ženy rády navazují kontakty s muži, je jejich neustálé

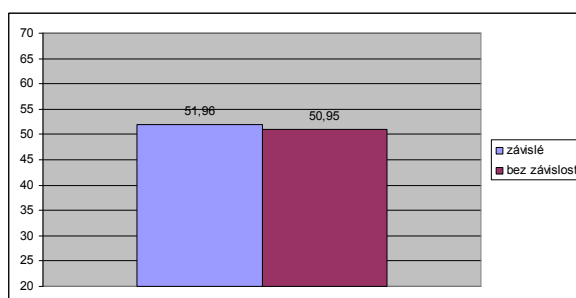
hledání toho pravého muže, který nebude závislý, bude mít pro ně, případně i děti, pochopení, se kterým se jim podaří vytvořit úplnou fungující rodinu a dojde tak k naplnění jejich představ.

Mohou to být také ženy, které mají rády vzrušení, vyhledávají určitou míru rizika, jsou promiskuitní buď na základě své vlastní volby a touhy, nebo se kvůli drogové závislosti staly prostitutkami a ztratily při kontaktu s muži veškeré zábrany. Můžeme hovořit o snížené sociální distanci, která je jedním ze symptomů vyskytujících se u drogově závislých, kdy například může docházet k narušení míry intimity interakce mezi lidmi.

I přes rozdílnost souborů lze nalézt některé pozitivní shody či úzké podobnosti, které svědčí o možnosti využít edukačně v rámci sociální práce vnitřní potenciál závislých žen, například to, že neztratily naději v možnost příznivých životních změn. Patří k nim například odpověď na otázku, kterou znázorňuje následující graf.

Graf č. 81:

Ot. č. 5 „Myslím si, že v budoucnu najdu přiměřenou (uspokojující) práci“



Zdroj: Vlastní výzkum

Souhrn výsledků

Hypotéza Ha7 predikovala výskyt nižšího dispozičního optimismu a vyšší arousabilitu u závislých žen/matek v porovnání s kontrolním souborem.

Ve sledovaném souboru jsou závislé matky více arousabilnější a méně optimistické než ženy bez závislosti. Charakteristické pro arousabilnější ženy je jejich větší biologicky daná vzrušivost, větší emocionální reaktivnost se snadnějším prožíváním silnějších emocí a prodlouženou délkou emocionálního vzrušení. Lehce snížené skóre optimismu nasvědčuje určité váhavosti, sklonu k pochybnostem o příznivém vývoji událostí, méně úspěšnému přizpůsobení se životu. **Ha7 se potvrdila.**

5 DISKUZE

5.1 Diskuze k prvnímu výzkumnému cíli

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit a popsat sociodemografické souvislosti mezi abúzem drog u specifického souboru žen-matek a těhotných užívajících návykové látky. Je vhodné připomenout, že výzkumu se zúčastnilo 56 žen, které byly klientkami zařízení poskytující služby nebo se specializující na práci s drogově závislými matkami (viz popis souboru) a v době výzkumu byly v různé fázi léčby, případně aktivně užívaly drogy.

První oblast sociodemografického šetření se týkala základních demografických ukazatelů. Výzkum ukázal nízkou vzdělanostní úroveň žen. Ve sledovaném souboru převažovaly ženy s ukončeným základním vzděláním – 39 % (2 % žen základní vzdělání nedokončila), střední odborné vzdělání získalo 28,5 % žen, středoškolské vzdělání s maturitou uvedla necelá třetina žen (30,5 %). Žádná z žen nedosáhla vysokoškolského vzdělání.

Většina žen (71 %) porodila 1 dítě, 23 % žen 2 děti, 3 a více dětí měly pouze 3 ženy. Věk žen při prvním porodu se pohyboval nejčastěji v rozmezí od 21 do 25 let (46 %). Do 18 let (včetně) rodilo celkem 17,9 % respondentek. Dvě ženy v době výzkumu byly podruhé gravidní. Zkušenosti s interrupcí měla necelá polovina žen, některé ženy podstoupily interrupci opakovaně.

Většina žen byla svobodných (62,5 %), případně rozvedených (12,5 %), pouze 5 % žen bylo vdaných. Podobný nálezní uvádí B. Vavřínková a T. Binder (2007) s poukazem na četné studie, které popisují gravidní závislé ženy jako věkově mladší, bez stálého partnera, z nižší socioekonomické třídy a s nižším vzděláním. Významným znakem této skupiny je nezaměstnanost, zvláště mezi užívatelkami heroinu, kde se objevovala nezaměstnanost až ve 100 %. U žen závislých na pervitinu bylo toto číslo o něco málo nižší, a to 85 %. Ztráta zaměstnání je jednou z prvních známek vzniku závislosti.

Finanční zabezpečení většiny matek našeho výzkumného souboru nebylo zajišťováno příjmem ze zaměstnání. Musíme však vycházet ze sociální situace, ve které se matky nacházely. Všechny matky, které měly v péči své dítě (57 %), byly finančně zajišťovány

státem, tj. rodičovským příspěvkem, přídavkem na dítě, životním minimem nebo peněžitou pomocí v mateřství, pro jejíž přiznání je důležitá účast na nemocenském pojištění v posledních dvou letech před porodem, minimálně 270 dní. Skupina matek, která neměla děti ve vlastní péči, se musela o finanční příjem postarat sama. Více než třetina z těchto matek nepracovala, přičemž čtvrtina z nich uvedla, že nemá vůbec žádný finanční příjem. Na doplňující dotaz v rámci osobního rozhovoru se některé ženy svěřily, že peníze pro svoji obživu získávají nelegální činnostmi, a to z prostituce, z krádeží nebo z dealerství drog.

Druhá oblast sociodemografického výzkumu se zabývala primárními rodinami respondentek, z nichž pocházely. Většina rodičů respondentek byla rozvedena nebo nebyla sezdána (celkem 66 %). Z. Matějček poukazuje na to, že se děti nejhůře vyrovnávají s rozvodem rodičů v období kolem puberty. U chlapců je pravděpodobnější reakcí smutek, neurotické projevy nebo jiné poruchy chování, u dívek se můžeme setkat s určitou „bojovností“ proti rozvodu v rámci jejich omezených možností. S těmito názory koresponduje i v zahraničí často citovaný J. S. Wallerstein (cit. podle Novák, Průchová, 2007), který uvádí, že velmi malé děti trpí následkem rozvodu obvykle méně než děti větší. Negativní dopad této situace začíná již v předškolním věku, dítě trpí pocity úzkosti, nejistotou, zklamáním, strachem z budoucnosti, může se objevit výskyt sociálně patologických jevů, jako jsou např. delikvence, užívání návykových látek či sexuální promiskuita (Novák, Průchová, 2007).

Velmi důležitá je také účast rodičů na výchově dítěte. I přes zjištěný fakt, že většina žen pocházela z rozvedeného manželství rodičů, uvedla polovina, že se na jejich výchově podílel otec i matka, více než třetinu vychovávala pouze matka, 7 % žen nevychoval ani jeden z rodičů, ale výchovy se ujala babička nebo teta.

Jsou-li podle převažující zkušenosti děti v rodině vychovávány pouze matkou, nepřítomnost otce se pak může projevit nejrůznějšími způsoby.

Vztah mezi dcerou a matkou je poněkud volnější, dcera není většinou na matku tak vázána. Nejtěžším obdobím pro dívku je puberta, kdy je přítomnost otce důležitá k získání sebevědomí ženy. Při nepřítomnosti dospělého muže v rodině se u ní mohou objevovat problémy s vytvořením hranic, schopností je znát a potíže s navazováním dalších kontaktů

s muži. To může vést k sexuální promiskuitě a experimentování s alkoholem, drogami a bulimií. Velmi bizarní mohou být vztahy mezi matkou a dcerou, kdy dcera nahrazuje matce nejen partnera, ale plní i její životní potřeby seberealizace. Dcera vyrůstá jako součást své matky, přičemž se snaží v různých fázích a intervalech od matky odtrhnout, ale vždy se s matkou znovu sblíží. Během těchto fází využívá dcera i velmi nebezpečné aktivity včetně drog, sebevražd, promiskuity, kterými ve svém důsledku potvrdí potřebu zůstat v neuspokojivém vztahu s matkou. Pokud je ale dětem k dispozici otec, i když žije v jiné rodině, nemusí vůbec k poškození vývoje dětí dojít (Hadaš, Hadašová, 2004).

Také zkušenosti respondentek s domácím násilím a pohlavním zneužitím mají úzkou souvislost s možným patologickým chováním v jejich dalším životě. Výzkum potvrdil, že necelá polovina z nich (46 %) měla během svého života zkušenost s násilím ve své primární rodině – ať již v roli svědka nebo oběti – a 16 % žen bylo pohlavně zneužito. Násilníkem byl nejčastěji strýc či partner matky.

Rodina je prostředím, ve kterém se dítě nejčastěji setkává s násilím. Fenomén domácího násilí zahrnující děti má tři oblasti či situace: a) syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN); b) situace, ve kterých je dítě svědkem násilí mezi partnery, vůči sourozencům nebo prarodičům; c) a také situace, kdy se dítě samo podílí na násilí na členech rodiny. Mezi spouštěče násilí v sociální rodinné komunikaci patří zablokovaná komunikace, emocionální chlad, autoritářství, nedostatečně formulovaná pravidla komunikace a hranice, závislé chování v rodině, dlouhodobý stres v rodině a rizikový životní styl (Vaníčková, 2006).

Zneužívání a týrání dětí je spojeno s nízkým socioekonomickým statusem a nízkým stupněm dosaženého vzdělání rodičů. Z psychologického hlediska se považují za rizikové faktory vztahy rodičů k dítěti (chtěnost, nechtěnost) a struktura rodiny (její úplnost). Další z rizikových faktorů se vztahuje na rodiče, u kterých se může vyskytovat závislost na alkoholu nebo návykových látkách, agresivita, psychické poruchy, dále také zkušenosti rodičů s násilím v primární rodině nebo týráním. Dopady takového chování k dítěti mohou být dosti závažné (Špatenková et al., 2004). Nemusí se projevat u každého dítěte, ale mohou se objevit i tam, kde dítě nebylo samo terčem útoku. Mnohé z nich pak mají

problémy v dospívání a v dospělosti – v partnerských vztazích, manželství a v rodičovských vztazích (Výrost, Slaměník, 2001).

Také závislost na alkoholu nebo drogách u rodičů s sebou přináší značný negativní vliv na děti. Necelá polovina žen (46 %) se s tímto patologickým jevem ve své rodině setkala. Klinické zkušenosti i závěry empirických výzkumů se shodují v tom, že jedním z důležitých faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte je závislost u rodičů dítěte. Rizikový vliv spočívá v tom, že se závislý rodič může stát modelem svému dítěti, které vnímá, že užíváním drogy se rodiči „daří“ zlepšovat si náladu, dodávat si sebevědomí, či se naopak zklidnit. Dítě se s rodičem identifikuje a nečekané reakce rodiče, u kterého se projeví střídavé stavy střízlivosti a intoxikace, mohou dítě znejistit. Problematické jsou v tomto případě i důsledky chování druhého rodiče, který může odkládat řešení této situace na pozdější dobu, nebo dělá, že problém svého partnera nevidí (Hajný, 2003).

V odpovědích na otázku zjišťující kvalitu dětství, ženy nejčastěji označovaly své dětství jako šťastné, a to i přes výše uvedené neblahé zkušenosti a zážitky (73 % žen). Na toto pozitivní hodnocení může mít vliv vědomá či nevědomá stylizace žen, která vychází z přání mít dětství šťastné a bezproblémové. Při komunikaci s dětmi se setkáváme s tím, že i přes negativní vztahy v rodině a vyskytující se různé patologie dětí mají tendence své rodiče chránit, situaci v rodině zlehčovat a označovat ji jako bezproblémovou.

Dalším zjištěním, které poodhalil výzkum, bylo to, že pozitivně hodnotily dětství ženy, které v době výzkumu abstinovaly, byly šťastnější a dařilo se jim lépe.

Další, *třetí* výzkumnou oblastí, která se týkala sociodemografických charakteristik, bylo sledování historie drogové kariéry respondentek před těhotenstvím.

První zkušenost s návykovými látkami uvádělo 91 % žen v období pubescence až adolescence. Přičemž do patnáctého roku života (včetně) měla zkušenost s nelegální drogou necelá polovina.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti upozorňuje na skutečnost, že nižší věk prvního experimentu s ilegálními drogami se více vyskytuje u dívek než chlapců. Zdá se, že hlavním důvodem této situace je vliv vyššího věku partnerů na dívky, se kterými se stýkají. Tato upozornění pak vedla vlády ve Švédsku, Rakousku

a Německu k uvolnění finančních prostředků pro specifické programy prevence orientované pro velmi mladé dívky (Vobořil, 2007).

Užívání drog dětmi a dospívajícími s sebou nese větší rizika oproti dospělým uživatelům. Závislost u této skupiny se vytváří podstatně rychleji, existuje vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem drog. I „pouhé“ experimentování s drogou je spojeno s většími problémy v různých oblastech života, jako jsou rodina, škola, trestná činnost atd. Tato riziková populace má také tendenci zneužívat širší spektrum návykových látek, přecházet od jedné drogy ke druhé nebo užívat více látek současně. Dalším negativním dopadem abúzu může být zpomalení psychosociálního vývoje, výskyt častých recidiv, i když dlouhodobá prognóza může být příznivější vzhledem k přirozenému procesu zrání (Nešpor, 2007).

Hlavní důvody, které vedly matky k experimentu s drogami, se různily. Nejčastěji se objevovala kombinace nudy, zvědavosti, touhy po zábavě a vlivu party (66 %). Také vyskytující se potíže v rodině a samota znamenaly spouštěcí faktor pro užití drogy.

M. Vágnerová (1999) uvádí, že primární impulz k experimentování s drogou může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem novém, vzrušujícím. Značný vliv na adolescenta má chování člověka, kterého si zvolil za svůj vzor – hovoříme o tzv. sociálním modelu. Pokud tento člověk užívá návykové látky, může se dospívající snažit o jeho napodobení. Další příčinou užití drogy je také potřeba úniku od problémů, se kterými se dospívající může setkat. Jako příklad lze uvést rodinu, ve které mají rodiče nedostatek času na dítě, vytvářejí se nedostačující citové vazby vůči dítěti, je přítomen dlouhodobý manželský konflikt mezi rodiči, rodiče nebo sourozenci zneužívají alkohol či jiné návykové látky – všechny tyto negativní projevy rodiny mohou být impulzem k experimentování s drogou u dospívajícího a následně se podílet na vzniku závislosti. Nemalý vliv na užití drogy mají také vrstevníci, kteří se k alkoholu a drogám staví pozitivně. Aktivně vybízejí své vrstevníky pít alkohol, kouřit a brát drogy a tito mohou být více ovlivněni přáteli než rodiči (Nešpor, 2001).

Délka abúzu u matek byla různě dlouhá. Nejvíce žen užívalo drogy v časovém rozpětí 6–11 let, a to celkem 63 % žen. Nejkratší doba užívání (2–3 roky) byla zaznamenána

u 11 % žen, oproti tomu nejdelší doba závislosti byla zaznamenána u jedné ženy, a to 22 let, které se v průběhu této dlouhé drogové kariéry podařilo několikrát abstinovat.

Užívání návykových látek se dá rozdělit do čtyř fází, které charakterizují postupný vznik závislosti. Nelze ale přesně stanovit dobu trvání každé fáze, protože u každého jedince se závislost může vyvíjet časově jinak. Záleží na typu drogy, její aplikaci a jiných faktorech.

Vzhledem k výsledkům mapujícím délku užívání návykových látek matkami se lze domnívat, že většina z nich byla ve čtvrté fázi – tzv. terminální.

Pro terminální fázi je charakteristické nadměrné užívání psychoaktivních látek, které poškozují člověka nejen biologicky a sociálně, ale také se u něj objevuje narušení psychického a somatického zdraví. Osobnost celkově upadá, sociální vazby se rozpadají. Jediným zájmem závislého je obstarat si potřebnou dávku drogy bez ohledu na způsob, kterým toho dosáhne. Dochází u něj k eliminaci sociálních zábran, droga se pro něj stává nejdůležitější životní potřebou, kterou musí za každou cenu uspokojit (Vágnerová, 2004). Následkem bažení po droze je vyskytující se častá trestná činnost, projevující se nejen v krádežích, podvodech a prostituci, ale také v nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek nebo jejich dealerství. V návaznosti na tento fakt vyšlo z výzkumu najevo, že necelá polovina matek měla potíže se zákonem a byla odsouzena buď podmíněčně, nebo nepodmínečně.

Nejčastěji vyskytujícími se drogami, se kterými měla většina žen zkušenost, byl pervitin a v úzké návaznosti také heroin, ty se objevovaly v různých kombinacích s dalšími návykovými látkami. Většina žen je užívala denně, a to intravenózní aplikací.

Aplikace drog probíhala nejčastěji ve společnosti přátel nebo partnera. Náš výsledek potvrzuje známou skutečnost, že abúzus má ve svých počátcích spíše sociální charakter, experimentování a získávání prvních zkušeností s užitím drogy probíhá ve skupině vrstevníků, která mnohdy vyvíjí tlak, jenž může abúzus posilovat.

Výzkum rovněž potvrdil, že pro životní styl závislých žen je typické komunitní soužití, k aplikaci drog nejčastěji dochází na společných místech, kde se narkomani setkávají. Také se často objevuje závislost u partnera, se kterým závislá žena žije, tzv. spoluzávislost (co-dependence).

Pokusy zajistit si protidrogovou léčbu byly zjištěny u většiny žen (79 %). Dokonce se objevovaly opakované snahy o abstinenci. Neúspěšná snaha zbavit se závislosti byla motivována například špatným zdravotním stavem, negativními rodinnými vztahy, ztrátou rodinného zázemí, odebráním dítěte, případně těhotenstvím. Ze statistických údajů vyplývá, že zatímco na drogové scéně odpovídá poměr závislých mužů k závislým ženám přibližně dva ku jedné, pak mezi klienty služeb pro uživatele drog činí tento poměr tři muži ku jedné ženě. Zahraniční výzkumy potvrzují, že závislé ženy vyhledávají odbornou pomoc méně často než muži. Pokud ale do léčby nastoupí, jejich výsledky a míra úspěšnosti léčby jsou podobné jako u mužů. Menší míra využívání odborné pomoci u žen je patrně ovlivněna i vnímáním jejich postavení a sociální role ve společnosti, jelikož je od nich očekáváno mateřství. Navíc jsou ženy ve vztahu k užívání návykových látek chápány jako specifická zranitelná skupina, která má v důsledku různých biopsychosociálních faktorů i specifické potřeby v léčbě. Vzhledem k tomu, že často mají děti, dávají přednost programům léčby, jež jim pomohou zajistit i péči o ně (Radimecký, 2007).

Dalším důvodem menšího zájmu žen o léčbu se podle celé řady studií zdá být rozdílný postoj společnosti k užívání drog u muže a u ženy. Žena v očích veřejnosti užíváním drogy jakoby více překračovala svoji gender roli. Ettore ve své knize *Women and Substance Use* (1992) upozorňuje na to, že žena, která užívá drogy, je vnímána jako dvojitá deviant (double deviant) jednak proto, že užívá drogy, a jednak proto, že „překračuje“ gender roli. Tato situace je také umocněna skutečností, že si ženy častěji obstarávají peníze na nákup drog prostřednictvím prostituce. Toto vše může vést k mnohem větší stigmatizaci ženy užívající drogy, čímž se její cesta k hledání institucionální pomoci, kde musí vyjít alespoň částečně z anonymity, více komplikuje ve srovnání s muži (Vobořil, 2007).

U malé části uživatelů heroinu je těhotenství impulzem k pokusu o léčbu, jedná se především o detoxifikační terapii nebo o substituci buprenorfinem nebo metadonem. Uživatelkami pervitinu, kde není nutná aplikace drog denně, dochází k bagatelizaci jejich závislosti a tedy minimalizaci pokusů o léčbu (Vavřínková, Binder, 2006).

Čtvrtá oblast výzkumu se zaměřovala na vztah respondentek vůči nenarozenému dítěti.

Jedním z negativních zjištění je skutečnost, že většina respondentek (82 %) drogy užívala i v těhotenství, přičemž po celou dobu těhotenství více než třetina žen, a 9 % žen bylo celé těhotenství v substituční léčbě. Část žen (35 %) užívala návykové látky do různého stupně těhotenství, některé z nich plynule přešly do substituční léčby. Pouze 18 % žen neužívalo žádné drogy.

T. Binder a B. Vavřínková (2008) popisují, že buprenorfin není prokazatelně embryotoxický ani teratogenní, do mateřského mléka přechází jen v malých koncentracích a jeho obsah v mateřském mléce nevede k odmítání mléka dítětem. V současné době nebyly zjištěny žádné přesvědčivé údaje, které by prokazovaly mutagenitu či jiné genetické riziko. Novorozenecký abstinenci syndrom nastupuje druhý den po porodu a je popisován jako mírný, rychle odeznívající.

Další substituční látkou je metadon, který má oproti buprenorfinu na zdraví novorozence negativnější dopad. Metadon se kumuluje v játrech, slezině a plicích plodu a čím vyšší je dávka u matky, tím výraznější jsou abstinenci příznaky u novorozence. V odborné literatuře je popisován častější výskyt křečí, horší průběh a delší trvání novorozeneckého abstinenci syndromu. Příznaky přetrvávají a vyžadují léčbu od 5 dnů do 4 měsíců. Podle některých autorů jsou následky u novorozenců po metadonu závažnější než po heroinu. Názory týkající se kojení jsou mezi odborníky nejednotné. American Academy of Pediatrics doporučuje kojení, pokud denní dávka metadonu u matky nepřesahuje 20 mg na den (Binder, Vavřínková, 2008).

Detoxifikace se obecně v průběhu těhotenství nedoporučuje, pokud je ale nutné ji udělat, je směřována nejpozději do období druhého trimestru. V pozdějších stadiích těhotenství, kdy je plod již také závislý, jsou preferovány substituční programy, které jsou určeny pouze závislým na opiátech (Vavřínková, Binder, 2006).

Těhotenství bylo u respondentek ve většině (73 %) neplánované. Část žen ale překvapivě uvedla, že těhotenství plánovaly, z toho v pěti případech se jednalo o aktivní uživatelky. Na můj dotaz, proč plánovaly těhotenství i když byly závislé, odpověděly, že očekávaly díky těhotenství snazší ukončení své drogové kariéry. Toto alarmující zjištění ukazuje, že i když ženy užívají drogy, žijí se prostitutí, nemají stálého partnera či jejich partner je také závislý, pokoušejí se otěhotnět. Dítě přitom nevnímají jako životní cíl nebo

životní naplnění, ale jako prostředek, berličku k dosažení abstinence. Vytvářejí si nerealistické představy o založení vlastní rodiny, která by je motivovala a dala jim „sílu“ s drogami skoncovat.

Z odborných zdrojů se dozvídáme, že těhotenství je u závislých prakticky vždy neplánované a v mnoha případech nechtěné. Typický je pozdní záchyt gravidity, protože drogově závislá žena, ať již vlivem drogy samotné nebo způsobem života (ztráta tělesné hmotnosti), přestává menstruat a ztrácí tak kontrolu nad vlastním cyklem (Vavřínová, Binder, 2007)

S neplánovaným těhotenstvím také úzce souvisí prenatální péče o ženy. Z výzkumu vyšlo najevo, že většina žen v době těhotenství nedocházela pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky. Vzhledem k problematickému stylu života závislé ženy příliš nevyhledávají poradny pro těhotné. Při kontaktu s poradnou pak nejeví drogově závislé obvykle velkou ochotu ke spolupráci. Anamnestické údaje se často podaří doplnit až po více vyšetřeních anebo těsně před porodem (Trávníčková, 2003). Ženy s těžkou závislostí obvykle přicházejí k porodu bez jakékoliv prenatální péče (Binder, Vavřínková, 2007).

Většina sledovaných žen se těšila na své dítě (93 %) a uvědomovala si negativní vliv užívání drog v průběhu těhotenství, ale i přes tato fakta, jak již bylo zmíněno, většina z nich nebyla schopna nebo ochotna drogy v těhotenství přestat užívat.

Pátá oblast sociodemografického výzkumu sledovala stav respondentek po porodu dítěte v době výzkumu.

První skupina, kterou tvořila více než polovina matek (57 %), měla dítě ve vlastní péči. Tato skutečnost byla ovlivněna faktem, že část respondentek byla v době výzkumu zařazena do různých léčebných programů, do nichž je podmínkou pro přijetí abstinence nebo pravidelná a spolehlivá účast v substitučním programu. U těchto matek došlo k vytvoření a upravení rodinného zázemí, případně jim bylo poskytnuto bydlení ve stacionářích nebo azylovém domě.

Cílem většiny zařízení nabízejících své služby těhotným uživatelkám či matkám je podpora jejich abstinence, případně umístění do substitučního programu, pomoc při vytvoření fungujícího rodinného zázemí apod. (více viz kapitolu 1.3.2) Důležitým předpokladem je motivace žen, která se opírá o hrozbu odebrání dítěte z péče či o naději na

získání dítěte zpět; dalším motivačním prvkem je za pomoci pracovníků zařízení získání bydlení, finanční podpory, vytvoření prostředí vhodného pro péči o dítě aj. Nemalým motivačním prvkem je pro matku tlak rodiny a partnera.

Druhá skupina žen (43 %), která neměla své dítě v péči, měla z větší části zájem dítě do péče dostat. Nezájem o potomka projevilo sedm matek. Jednalo se především o aktivní uživatelky, které získávaly peníze na zakoupení drog prostitucí, krádežemi a dealerstvím.

Opakované britské studie upozorňují na to, že užívání drog ve skupině prostituujících žen obecně se pohybuje mezi jednou pětinou až jednou polovinou (Vobořil, 2003).

Aktivními užívatelkami v době výzkumu byla čtvrtina žen (25 %). Polovina z nich denně užívala nelegální návykové látky a dávala přednost injekční aplikaci. Nejčastěji se objevoval pervitin a jeho různé kombinace např. s marihuanou, hypnotiky či extází.

Mezi rizika, která jsou spojená s injekčním užíváním, patří přenos infekčních nemocí, jako jsou HIV a hepatitida B a C. I v zemích, kde je prevalence HIV u injekčních uživatelů nízká, postihují uživatele drog v nepoměrném rozsahu jiné infekční nemoci jako např. sexuálně přenosné choroby, tetanus, tuberkulóza, botulismus aj. (Výroční zpráva za rok 2008).

Necelá čtvrtina žen (23 %) z celkového sledovaného souboru byla zařazena do substitučních programů.

Užívání alkoholu ženami se objevovalo ve všech případech. Polovina žen (52 %) uvedla, že pije alkohol každý den, čtvrtina každý druhý den a necelá další čtvrtina (23 %) „pouze“ o víkendech. Nejčastějším druhem alkoholu, který byl ženami oblíben, bylo víno a pivo. Lze se domnívat, že důvodem jejich konzumace byla cenová přijatelnost. Pití tvrdého alkoholu nebylo tak časté a objevovalo se spíše víkendově.

Ženy udávaly různé množství vypitého alkoholu, čtyři z nich dokonce uvedly, že pijí denně litr vína, jedenáct žen pilo půl litru vína každý druhý den. Víkendové pití přiznalo 30 % žen. Také množství vypitých piv překračovalo přípustnou hranici. Jedenáct žen pilo dvě až čtyři piva denně. Mnohé z žen si zřejmě neuvědomují rizika s užíváním alkoholu spojená. Toto jejich chování lze přisuzovat tomu, že alkohol je legální drogou, společností tolerován a i mediálně propagován (například televizní reklamy o pivu jako prostředku utužení dobrých vztahů atd.).

Závislost na alkoholu se u žen rozvíjí po kratší době pití, menších dávkách a častěji než u mužů. Vliv na tuto skutečnost má soužití ženy s partnerem, který alkohol či jiné psychoaktivní látky sám škodlivě užívá nebo je na nich závislý (Nešpor, 2009).

K. Nešpor poukazuje na to, že přechod od závislosti na drogách k závislosti na alkoholu se může vyskytovat u osob, které mají strach z právních důsledků braní drog nebo z toxických psychóz např. po pervitinu. Četné výzkumy potvrzují, že se nejedná o náhodná pozorování. Anglin et al. (1989, cit. podle Nešpor, 1999) v této souvislosti dokonce hovoří o alkoholové substituci, která spočívá v tom, že část závislých na heroinu má nižší spotřebu alkoholu v období, kdy si denně aplikuje heroin. Jejich spotřeba alkoholu však ale prudce stoupá v době, kdy se léčí nebo jinak snižují spotřebu heroinu. Na problém s alkoholem u klientů také poukazují odborníci pracující v metadonovém programu. Abúzus alkoholu s sebou nese vážná zdravotní rizika, např. jaterní poškození.

K. Nešpor společně s dalšími odborníky provedl výzkum, který se zaměřoval na ústavně léčené muže a jejich vztah k alkoholu v době abstinence od nelegálních drog. Zjistili, že u 25 % mužů ústavně léčených pro závislost na nealkoholových drogách se souběžně vytvořila závislost na alkoholu, navíc většina z nich označila alkohol jako faktor, který spustil recidivu drogové závislosti. U 78 % docházelo ke kombinaci alkoholu a nealkoholových drog. Alkohol tedy představuje přinejmenším pro část lidí závislých na nealkoholových drogách značné riziko sám o sobě, vede u nich ke vzniku kombinované závislosti na alkoholu a drogách. V neposlední řadě může také spustit recidivu drogové závislosti, proto je důležité lidem závislým na nealkoholových drogách doporučovat také abstinenci od alkoholu (Nešpor et al., 2009).

V médiích je společnost svým způsobem zbavována obav z pití alkoholu, dokonce ujišťována o tom, že určité malé množství alkoholu může být zdraví dokonce prospěšné. Takovéto informování může být mnohdy pro čtenáře zavádějící. K. Nešpor uvádí, že nelze hovořit o doporučené dávce. V literatuře se lze setkat s pojmem zdrženlivé pití (moderate drinking), což je takový způsob pití alkoholu, který většinou nepůsobí problémy jednotlivci ani společnosti. Výše dávky alkoholu je však pro každého člověka individuální. V materiálech Světové zdravotnické organizace se uvádí, že dávka alkoholu by neměla překročit 20 g 100% alkoholu na den, což je množství odpovídající zhruba 2 dl vína či

o málo více než půl litru piva. Nutné je si uvědomit, že se nejedná o dávku doporučenou, ale o dávku pro část dospělé populace relativně bezpečnou! (Nešpor, 2008).

Užívání alkoholu v době gravidity je velice nebezpečné. Alkohol je považován za nejnebezpečnější ze všech drog ve vztahu ke zdraví nenarozeného dítěte. Alkohol je vedle cigaret nejrozšířenější drogou, a je tedy zcela běžnou součástí života naší společnosti. Stále není známa nejnižší dávka alkoholu, která již může způsobit poškození plodu. Proto je nutné si uvědomit, že i běžná, normální a společenská spotřeba alkoholu představuje pro dítě velké nebezpečí od samého počátku těhotenství. Alkohol se dostává placentou do plodu, krev plodu tedy obsahuje stejné množství alkoholu jako krev matky. Spektrum vrozených vad způsobených alkoholem je široké. Setkáváme se s malými a nevýznamnými poškozeními, ale i s těžkými kombinovanými handicapy, ba dokonce s případy končícími smrtí. Jedním z vážných poškození je fetální alkoholový syndrom, který se projevuje specifickými rysy v obličejí, poškozením mozku a malým vzrůstem (více kap. 1.3.3) (Olofsson, 2005).

Na pozitivní vztah žen k dalším legálním drogám poukazuje obliba kouření cigaret. Většina matek (91 %) je aktivními kuřačkami. Více než jedenáct cigaret denně vykouří 61 % žen; 9 % žen přiznalo, že vykouří krabičku cigaret denně, a stejný počet žen vykouří až dvě krabičky denně.

E. Králíková et al. (2007a) diagnostikuje závislost na nikotinu tehdy, jestliže kuřák vykouří nad deset cigaret denně a pokud si první cigaretu zapálí do jedné hodiny od doby po probuzení.

Kouřením cigaret vzniká psychosociální závislost. Vysokou provázanost závislosti na tabáku s psychikou dokládá mnoho faktorů. Příkladem může být vyskytující se zvýšená nervozita, poruchy spánku, skleslá nálada při abstinčním syndromu. Dalším poukazujícím faktem na provázanost závislosti na tabáku s psychikou je pouze částečná úspěšnost farmakologické léčby, neboť je při ní důležitá psychoterapeutická podpora (Králíková et al., 2007b).

Další typ závislosti, která se projevuje závislostí na nikotinu jako na psychoaktivní látce, je fyzická závislost. U kuřáka dochází ke zmnožení acetylcholin-nikotinových receptorů v mozku, které je trvalé, proto se kuřák závislý na nikotinu kdykoli, i po letech abstinence,

může po jediné cigaretě ke kouření snadno vrátit. S takovýmto chováním se setkáváme také u jiných drogových závislostí – jako u alkoholu, heroinu, kokainu (Králíková et al., 2007b).

Kouření v těhotenství má na dítě velmi negativní dopad. Kouřením se zvyšuje riziko potratu a předčasného porodu. Dítě kuřačky dostává v matčině krvi větší množství jedovatého oxidu uhelnatého, který z krve vytlačuje kyslík. Kuřačkám se rodí děti lehčí zhruba o 250 gramů. U novorozenců se můžeme setkat s abstinčním syndromem, vyskytuje se vyšší riziko takzvaného syndromu náhlého úmrtí aj.

Šestá oblast sociodemografického výzkumu zjišťovala oblast současného rodinného prostředí respondentek.

V době výzkumu více než polovina žen (64 %) měla stálého partnera, ale většina z celkového počtu se svým partnerem nežila ve společné domácnosti. Důvody, proč tomu tak bylo, uváděly různé. Pro příklad uvádím nedostatečné bytové zázemí, pobyt v azylovém domě pro matky s dětmi nebo ve stacionáři či byl partner ve výkonu trestu.

Menší skupina z celkového počtu žen (32 %) žila s otcem svého posledního dítěte ve společné domácnosti, i když v sedmi případech se jednalo o aktivního uživatele drog.

Partneři matek bývají obvykle také uživatelé drog s výraznou psychopatologií nebo sociopatologií. Objevují se u nich poruchy osobnosti, kriminální chování. Ženy jsou na ně silně emočně fixované a vytvářejí s nimi patologicky stabilní páry (Kotrbová, Pešek, 2008).

Problém partnerství u léčících se matek je závažnější, pokud jejich partner užívá návykové látky. P. Hanzal (2008) na základě zkušeností z Terapeutické komunity Karlov poukazuje na to, že u 90 % matek se tak partner ukazuje jako riziko pro její abstinenci, a tudíž zákonitě pro její soužití s dítětem. Problém nevidí v tom, jaké partnery si klientky volí v době užívání drog. Výběru partnera v prostředí drogové scény nelze přisuzovat nějaké hlubší psychoanalytické kořeny, protože když si představíme prostředí, ve kterém dochází k aplikaci drog, je výběr partnera těžko předvídatelný a je zjevně omezená svobodná volba pro výběr partnera. Ústředním tématem jejich partnerství jsou převážně drogy.

Bytové zázemí matek bylo ve čtyřech případech zcela nedostačující, ženy uvedly, že nemají kde bydlet. V ostatních případech ženy bydlely u známých, dále také v azylovém

domě či stacionáři. Třetina žen bydlela samostatně v pronajatém bytě. Tyto ženy nebyly aktivními uživatelkami a byly úspěšně zapojeny do léčebného programu.

Hodnocení rodinného zázemí matkami bylo z většiny pozitivní. Tři čtvrtiny matek ho vnímaly jako výborné nebo uspokojivé. Toto vesměs pozitivní hodnocení lze přičíst jejich účasti na léčbě a snaze pečovat o své dítě, nebo zájmu dostat ho zpět do péče. Celkově tyto ženy byly stabilizovanější, s terapeutky spolupracovaly, se svými rodiči navázaly opětné vztahy. Čtvrtina žen charakterizovala své rodinné zázemí jako méně dobré, problematické, až nesnesitelné. Tyto odpovědi uváděly ženy, které aktivně užívaly návykové látky, neměly kde bydlet nebo bydlely u známých.

Vztahy s otcem jejich posledního dítěte ve většině nebyly funkční, neboť se převážně jednalo o aktivní uživatele drog (61 %). Všechny ženy uvedly, že ví, kdo je otcem jejich posledního dítěte.

Další dílčí cíl výzkumu sleduje rizikové faktory abúzu drog ve spojitosti se suicidiálním jednáním.

Výzkum potvrdil v literatuře uváděné rizikové faktory abúzu drog a suicidiálního jednání, kterými jsou dysfunkční mezilidské vztahy, především ty základní, jako jsou vztahy rodinné (Baštecká, 2001; Vágnerová et al., 2008; Zášková, Pavlica, 2006). Problematičnost partnerských a rodinných vztahů se ještě prohlubuje u závislých matek se suicidiálními tendencemi. V této souvislosti je třeba připomenout, že evoluce člověka se realizovala v sociálních podmínkách, ve kterých spolupráce s jinými lidmi byla jednou z hlavních podmínek přežití. V situaci ohrožení hledáme u jiných nejen pomoc, ale také oporu; nedostatek sociální podpory je i po vyloučení dalších vlivů významným zdrojem některých poruch chování. S. B. Cohen a T. A. Wills (In Vašina, Zášková, 1996) uvádějí čtyři typy sociální opory, a to emoční, informační, kamarádkou a materiální. Informační opora spočívá v poskytnutí rady, která má pomoci řešit situaci, kamarádká souvisí s umožněním být ve společnosti, ať už jde o volný čas, rekreační nebo další aktivity. Materiální opora spočívá v poskytnutí materiálních, finančních prostředků, úsluh nebo praktické pomoci. Emocionální opora spočívá ve vyjádření pocitu, že osoba přijímající podporu je kladně hodnocena a vážena, milována a patří k nám.

Sociální opora může ovlivnit hodnocení stresorů, případně přispět k adaptivní reakci na stresory, tj. působení se může projevit v procesu hodnocení nebo v podpoře adaptivního chování. Někdy je pozitivní účinek sociální opory chápán jako nezávislý na stresu. Dobré vztahy k lidem, projevovaná přízeň apod. vytvářejí situaci sociální pohody, která může působit přímo na zdraví bez ohledu na to, zda jedinec stres prožívá, nebo ne. Někdy sociální opora může působit i negativně, a to zvláště tehdy, není-li požadována, vede-li k ohrožení sebedůvěry a sebeúcty, podporuje-li nebo zdůrazňuje-li pocity bezmoci a společensky nepříznivě hodnoceného stavu, tedy je-li v rozporu s potřebami jedince.

Výzkum také ukázal na nedostatečné sociální dovednosti a kompetence závislých matek v praktických otázkách života; jen část z nich si například dokázala vytvořit bytové zázemí, aby se mohla starat o dítě.

Mezi rizikové faktory působící při vzniku závislosti na návykových látkách či při suicidii můžeme zahrnout také některé osobnostní rysy zjištěné u respondentek tohoto výzkumu, například zvýšenou úzkostnost, pocit beznaděje a ztráty životního smyslu. Nalezení smyslu své existence se obecně považuje za významný protektivní faktor duševního i tělesného zdraví. Na tento důležitý fakt upozorňoval například V. E. Frankl (In Vašina, Záškodná, 1996), který svoji metodu léčby neuróz (logoterapii) opírá o hledání a nalézání smyslu.

Na základě kvalitativního výzkumu vzešly následující hypotézy:

Hb1: Těhotenství a mateřství nepředstavuje pro závislé těhotné ženy nebo matky důvod k přerušování abúzu. Více než 70 % žen užívání drog nepřerouší.

Hb2: Větší riziko sebevražedného chování se vyskytuje u žen, které jsou aktivními uživatelkami drog, oproti závislým ženám, které abstinují.

5.1.1 Diskuze k dílčímu cíli první etapy výzkumu

Výsledky prokázaly mimořádnou důležitost sociálního prostředí pro suicidiální chování u matek s abúzem drog. Sociální prostředí, které je respondentkám nejbližší, je také zdrojem celé řady faktorů ovlivňujících příznivě i nepříznivě jejich duševní zdraví. Jsou to například konflikty v rodině, projevy sociální patologie rodinného soužití, absence uspokojivých dlouhodobých partnerských vztahů apod. Vztahy k nejbližším jsou závislými

matkami viděny jako nepřátelské, nesolidární a nedůvěryhodné. A právě tyto sociální zátěže, které neumí zpracovat a řešit, mohou představovat jeden z klíčových zdrojů různých poruch především (ale nejen) duševního zdraví.

Výzkum také poukázal na fakt, že drogová závislost a sebevražedné chování jsou navzájem propojené fenomény. Závislost na návykových látkách i suicidiální jednání mohou mít společné příčiny, obecně lze však říci, že lidé jak závislí, tak s uskutečněným pokusem o sebevraždu nezvládli zátěž spojenou s jejich existencí v některé (nebo více) z oblastí biologické, psychologické, sociální či spirituální. Touto zátěží se myslí jak nadměrné nároky na jejich fungování, tak i nedostatek požadavků, podnětů nebo málo nároků.

Výzkum etabloval asociaci mezi užíváním návykových látek u závislých matek, některými osobnostními charakteristikami, spjatými s psychickou odolností a jejich vztahem k mateřství, které je pro mnohé zátěžovou situací.

Posuzování adaptability a odolnosti vůči zátěži lze provádět podle různých kritérií, v nichž se prolínají biologické a psychosociální faktory.

5.2 Diskuze k druhému výzkumnému cíli

5.2.1 Výsledky k hypotéze *H₁*

Závislé matky vykazují vyšší hladinu neuroticismu projevující se typickou úzkostností, napjatostí, nervozitou a neklidem, nižší psychickou integrovaností související s menší odolností vůči zátěži. Těhotenství je charakterizováno celým komplexem změn, přičemž dochází ke změnám v oblasti biologické, sociální, psychické i spirituální. Provází ho řada tělesných potíží, vyskytují se častější emoční reakce. Zatím není zcela zřejmé, zda vysoká míra neuroticismu zjišťovaná u některých těhotných žen nemá spíše situační charakter. Většina psychologických dotazníků, hodnotících neuroticismus, sleduje a obsahuje otázky na potíže, které se ženy naučily spojovat se svým stavem a považují je za běžný doprovod těhotenství. Např. se jedná o poruchy spánku, žaludeční potíže, časté močení apod. (Jobánková, 2006). Mateřství s sebou přináší mnoho změn. Matky mají sklony k vnitřnímu

neklidu, úzkosti, ke starostem, jsou náladové, reagují emotivněji v situacích, které jinak běžně intenzivně neprožívají.

Následný výzkum zaměřený na mechanismus vyjmenovaných potíží by měl odlišit, zda výše uvedené potíže jsou přirozeným doprovodem gravidity, nebo zda těmito neurotickými potížemi reagují na těhotenství pouze ženy, které mají k ženské roli ambivalentní vztah nebo počaté dítě zcela odmítají (odmítání ženské role a nenarozeného dítěte může být i nevědomé) (Jobánková, 2006).

Drogově závislá žena se kvůli těhotenství a mateřství dostává do zátěžové situace. Je třeba si uvědomit, že v reálném životě je uživatelem, který obtížně přestává a hledá cestu k léčbě a abstinenci a najednou se dostává do konfrontace s mateřstvím, na které není připravena. Pociťuje vinu, okolí na ni vyvíjí tlak. Pokud tuto zátěž nezvládne, vrací se k drogám (Preslová, 2008).

Hypotéza Ha1 o vyšší hladině neuroticismu u závislých žen a matek se potvrdila.

5.2.2 Výsledky k hypotéze Ha2

Respondentky jsou podprůměrně extravertní, častěji jsou zaměřeny na svou osobu, do svého vnitřního světa. Častější introverze s nedostatkem sociálního zapojení, nižší integrovanost do sociálních sítí může ústít do pocitů bezradnosti vůči stresujícím situacím. Pocit bezmocnosti a osamocení u nich vliv stresové situace zhoršuje.

Navenek se projevují spíše chladně, odmítavě, jsou uzavřené, a proto velmi tajemné, jejich motivace není zjevná. Nechají se vést svými dojmy a podřizují se subjektivním pocitům odtrženým od skutečnosti. Jejich citění není extenzivní, ale intenzivní. Chtějí být milovány, ale neumějí milovat. Trpí sebeláskou, zhlížejí se v sobě a pěstují zvláštní druh sentimentálního egoismu, ale k lidem se chovají přezíravě. Jsou lhostejné k jejich radostem i bolestem (Jung, 1993).

Hypotéza Ha2 se nepotvrdila, ženy nevykazují zvýšenou hladinu extraverze.

5.2.3 Výsledky k hypotéze Ha3

Ve sledovaném souboru byly spíše matky podprůměrně otevřené. Dávají spíše přednost známému, osvědčenému způsobu chování, jejich emoční reakce jsou často utlumeny. Jsou odolné vůči změně a jejich snahy směřující k ukončení drogové kariéry je stojí velké úsilí,

pokud vůbec o tuto změnu projeví zájem a snahu. Je důležité položit si otázku, zda dítě pro ně může být dostatečně silným motivem směřujícím ke změně svého chování.

Hypotéza Ha3 o nižší hladině otevřenosti vůči zkušenosti byla potvrzena.

5.2.4 Výsledky k hypotéze Ha4

Výzkum prokázal ve sledovaném souboru větší zastoupení závislých žen se sníženou mírou přívětivosti. Na základě tohoto zjištění je lze charakterizovat jako matky, u kterých se vyskytují projevy chladnosti, rezervovanosti až necitlivosti nejenom vůči druhým lidem, ale také vůči vlastnímu dítěti. Tato myšlenka je podpořena sociodemografickým výzkumem, ve kterém bylo zjištěno, že necelá polovina žen absolvovala interrupci (i opakovaně) a v užívání návykových látek pokračovala nadále bez ohledu na to, že svým nezodpovědným chováním poškozuje nenarozené dítě, i když tyto ženy byly dostatečně informovány o negativních dopadech abúzu na jeho zdraví. Také hrozba odebrání narozeného dítěte pro ně není dostatečnou motivací přehodnotit dosavadní způsoby chování.

U matek je patrná absence altruismu, který je nejvýraznější charakteristikou osob dosahujících vysokého skóre přívětivosti. Respondentky tohoto výzkumu patří spíše k jedincům, kteří nadřazují vlastní zájem nad zájmy jiných lidí (egocentrismus), nerady se obětují pro ostatní lidi.

Na základě studie, jejímž cílem bylo popsat kognitivní, citové a altruistické dimenze vazby matky a plodu u těhotných užívajících ilegální drogy (Shieh, Kravitz, 2002), bylo zjištěno, že vytváření citové vazby je spojeno s mísením silných citů (lásky) s pocitem viny, přičemž pohyby plodu jsou vnímány jak na pohled, tak i na dotek jako příjemné, ale zároveň obtěžující a nepohodlné. Pro vytváření altruistické vazby se objevovaly charakteristické protichůdné pocity – pocit nepohodlí vs. pocit užitečnosti; chápání těhotenství jako impulzu ke změně životního stylu; boj s užíváním drog a starost o zdraví dítěte; kolísání mezi nejistotou a nadějí při čekání na porod dítěte. Vytváření vazby matky a dítěte v průběhu těhotenství není jev přítomný nebo chybějící, je to zápas projevující se pocity viny, zájmu a nejistotou. Bez řádné léčby a poradenství svádí řada žen souboj mezi užíváním nelegálních drog a rozvojem vytváření vztahu k dítěti (Shieh, Kravitz, 2002).

Přestože „mateřství“ v psychosociálním kontextu přináší komplexní a radikální změnu v motivaci, prožívání, zůstává otázkou, nakolik lze očekávat změnu na cestě od egocentrismu k altruismu v potřebné kvalitě, kontinuitě a kohezi u závislých matek. Narozené dítě s sebou přináší vedle radosti a nespécifikovaných libých prožitků především náročné situace spojené se sebezapřením, fyzickou i psychickou zátěží, sociálními konflikty, konflikty spojenými s náhlou změnou sociálních rolí a vztahů, spojenými s radikálními změnami v hodnotovém systému, vztahu k odpovědnosti, v požadavku na změny v okolí.

Právě v náročných situacích zátěže prochází matka zkouškou stability oné zralosti. Zkouškou schopnosti za všech okolností chránit zájmy dítěte i na úkor zájmů vlastních. Obětovat se bez čekání na pochvalu, odměnu, reciproční výhody.

Hypotéza Ha4 o nižší hladině přívětivosti u závislých žen a matek se potvrdila.

5.2.5 Výsledky k hypotéze Ha5

Poněkud překvapujícím výsledkem je zvýšená hladina faktoru svědomitosti u téměř třetiny sledovaných žen (32,4 %); 16,2 % žen se umístilo v pásmu podprůměru.

Z výsledků je evidentní, že faktor svědomitosti, na rozdíl od všech dalších, podle pětifaktorového modelu nesehrává významnou roli ve fenoménu závislosti na drogách u těhotných žen. Alternativní vysvětlení může souviset s relativně malým souborem (n= 56).

Hypotéza Ha5 o nižší hladině svědomitosti u závislých žen a matek se nepotvrdila.

5.2.6 Výsledky k hypotéze Ha6

Vyjdeme-li z bio-psycho-socio-spirituálního modelu vzniku, vývoje a udržování závislosti na drogách (viz teoretickou část této práce) je u závislých těhotných a matek patrná dlouhodobě neuspokojená potřeba životního smyslu a životní náplně. V prožívání se u těchto žen častěji než u kontrolního souboru projevuje odcizení, citová nezaújatost a neangažovanost na tom, co se děje. Nezájem může znamenat příčinu toho, že se ocitají v sociální izolovanosti a mimo proud sociálního dění. Závislé ženy se dostávají do sociálního ústraní, styk s druhými lidmi se pro ně stává obtížným, dokonce se mohou kontaktu s lidmi vyhýbat, tak jak to výstižně u jedinců s nízkým *smyslem pro kohezi* popisují K. Paulík (2008) a Křivohlavý (2006).

Ženy kontrolního souboru ve srovnání se závislými ženami častěji vykazují postoje a přesvědčení, že situace, do kterých se dostaly, včetně jejich řešení, má smysl. Aktivně se zabývají úkolem, který před nimi stojí, investují do řešení energii, čas, úsilí, protože chtějí dosáhnout cíle, jenž má pro ně hodnotu. Problémy, se kterými se setkávají, berou jako výzvu k aktivitě, na kterou se těší. Předpokládají, že v řešení dané situace budou moci projevit svou iniciativu a tvořivost, za kterou budou druhými lidmi kladně ohodnoceny a jejich snaha bude oceněna a uznána (Křivohlavý, 2006; Paulík, 2008).

K podobným výsledkům dospěla H. Zášková se spolupracovníky (2008) ve výzkumném šetření za účasti 61 respondentů, klientů substitučních center v České republice, zařazených do substituční léčby závislosti na heroinu. Výzkum provedený diagnostickou metodou SOC prokázal, že závislí v substituci postrádají dostatečnou míru salutoprotektivního faktoru smyslu pro soudržnost, který usnadňuje zvládnutí náročných životních situací. U více než poloviny závislých byla zjištěna snížená hladina smyslu pro soudržnost. Průměrnými hodnotami skórovala přibližně třetina závislých a pouze malá část (6,1 %) disponovala nadprůměrnou hladinou smyslu pro soudržnost. Pro závislé jedince obou výzkumů může abúzus drog znamenat příznak narušení přirozených seberealizačních tendencí, jejichž základ tvoří zpochybnění sebe sama a ohrožení autentických vztahů k lidem. Intoxikace eliminuje pochybnosti a vyvolává pocit možné seberealizace. Po odeznění účinku dochází k původní prožitkové krizi, která je ještě výraznější a je jedním z motivů opakovaného užití drogy (Rotgers, 1999).

Největší diference mezi komparovanými soubory žen byla naměřena u komponenty *smysluplnosti* (meaningfulness), kterou A. Antonovsky (1987) chápe jako nejdůležitější z celého konstruktů *smyslu pro kohezi*. Tato emocionální komponenta konstruktů poskytuje jednotlivci motivaci pátrat po dostupných zdrojích, použitelných ke zvládnutí situačních požadavků. Zobecněné zdroje odporu, odolnosti pomáhají jednotlivci v rozvíjení silného smyslu pro kohezi a slouží jako copingové zdroje, které chrání jednotlivce proti dopadu negativní tenze sdružené se zátěžovými faktory. Právě v této významné osobnostní charakteristice se závislé těhotné ženy a matky nejvíce odlišují od srovnávacího souboru zdravých těhotných žen.

5.2.7 Výsledky k hypotéze Ha7

Matky zaujímají spíše pasivní postoj k životu, negativně vidí svoji budoucnost a hůře zvládají stresující životní události. Závislé matky tak v počátečních fázích mohou vnímat své těhotenství velice excitovaně, více emocionálně, očekávají, že dojde k zásadní změně v jejich životě. Uvědomují si, že by s užíváním návykových látek měly přestat, ale touha po droze vítězí. Nebo dochází k situacím, že nejdou na interrupci, na dítě se těší, ale po jeho narození se objeví mnoho dalších komplikací a zátěží, které s sebou mateřství přináší.

Žena se dostává do nové sociální role, stává se z ní matka. Tato změna role bývá provázena nejistotou (jak tuto roli zvládnou, zda se budu umět postarat o tak maličké dítě, zda mu budu rozumět či zvládnou-li práci navíc, kterou s sebou péče o dítě přináší). Žena se ocitá v pocitové ambivalenci – střídá se u ní radostná nálada a pocity štěstí s nejistotou, strachem, úzkostí (Čechová et al., 2003).

Situaci nevnímají optimisticky, pochybují o příznivém vývoji událostí, negativně vidí svoji budoucnost, hůře se přizpůsobují „novému“ životu. Mateřství vnímají jako stresující záležitost, se kterou se hůře vyrovnávají, a opětně se tak mohou dostat do drogové závislosti.

Závislé matky nevěří, že mohou dosáhnout svých cílů. Chybí jim pocit pevného přesvědčení nebo pochybností o dosažitelnosti cílové hodnoty.

Pokud má člověk nedostatek odvahy a jistoty, která je důležitá k dosažení cíle, zřejmě bude následovat jeho nečinnost. Jeho pochybování tak může narušit snahu před samotným započatím činnosti nebo při jejím průběhu (pesimistické smýšlení). Pokud je ale člověk přesvědčený o možnosti dosažení cíle, promění toto své přesvědčení v činnost a pokračuje ve své snaze. Když je člověk přesvědčený o konečném výsledku, jeho úsilí bude pokračovat i v případě velkých obtíží a komplikací (optimistické smýšlení) (Carver, Scheier, 2001).

Pro vyrovnávání se s náročnými životními situacemi a jako mediátor výběru strategie řešení problémů je regulátorem aktuálního psychického stavu tzv. dispoziční optimismus (Scheier, 1986, cit. dle Sarmány-Schuller, 1997), přičemž osobnostní rys optimismus/pesimismus hraje spolu s kognitivním stylem pravděpodobně jednu z nejvýznamnějších rolí při zvládnání problémové, resp. stresové situace (Sarmány-Schuller, 1997).

Pesimistický postoj závislých matek je plný pochybností a váhání, oproti optimistickému smýšlení, pro které je charakteristické v případě zátěžové situace zaujmout postoj pevného přesvědčení a vytrvalosti, a to i navzdory pomalému nebo obtížnému postupu směrem k cíli (Carver, Scheier, 2001).

Jimi zvolené copingové strategie jsou spíše orientovány na tzv. dysfunkční strategie (Paulík, 2008) zvládání, pro které je charakteristické projevení negativních emocí, mentální a behaviorální oddálení se od problému zaměřením se na jiné aktivity, projevy pasivity, bezmoce a rezignace na cíle.

Musíme si uvědomit, že těhotenství i mateřství může být zátěžovou situací i pro zdravou a psychicky stabilní ženu, která je však oproti závislé ženě ve výhodě, protože na základě svého optimističtějšího smýšlení (viz graf č. 73) je její výše arousability a optimismu spíše iniciativní, lépe odolává nepříznivým okolnostem a situacím, je rozhodnější a používá strategie zaměřené na řešení problému.

Studie, které zkoumaly rodičovské schopnosti matek užívajících drogy, u nich ukázaly nedostatek pochopení pro základní záležitosti týkající se dětského vývoje, ambivalentní pocity týkající se skutečnosti, že jsou matkami a musejí se o dítě starat. (Levy, Truman, Mayes, 2001; Mayes, Truman, 2002; cit. podle Suchman et al., 2004).

Chování, které tyto ženy samy popsaly, také odhalilo zastrašování, tvrdost, autoritativní rodičovský styl, v protikladu k dovolování, zanedbávání, nezájmu, nízké toleranci k potřebám dítěte a převrácení rolí rodiče a dítěte (Mayes, Truman, 2002; Suchman, Luthar, 2000; cit. podle Suchman et al., 2004).

Optimisté také mají tendenci i v nepříznivé události spatřovat něco pozitivního a z takové situace se poučit. Naopak pesimisté mají tendenci upustit od cílů, které jsou v interferenci s daným stresorem. Pesimisté mají dále sklon ke zjevnému popření problému a ke zneužití drog, tedy ke strategiím, které zmenšují jejich uvědomění si problému. Z tohoto pohledu volí optimisté strategie, kdy obrazně kráčí vstříc problému, kdežto pesimisté se problému vyhýbají. Pesimisté spíše volí emocionálně zaměřené strategie, zahrnující únikové jednání (spánek, jídlo a pití) a také vyhýbání se lidem (Strutton, Lumkin, 1992). Optimisté se neustále snaží dosahovat stanovených cílů, což zahrnuje i odhodlání poprat se s nepříznivými událostmi a odhodlání podpořit pocit životní pohody, navzdory

nepříznivým událostem. Teorie napovídají, že u pesimistů je menší pravděpodobnost, že vyvinou úsilí směřující k zajištění pocitu životní pohody a spíše zaujmají chování, které svědčí o tendenci vzdát se. Některé z těchto způsobů chování mají zpětně nepříznivé důsledky na pocit životní pohody.

Na různé formy zneužití drog můžeme nahlížet jako na odraz tendence vzdát se. Zneužití drog obecně a zvláště nadměrná konzumace alkoholu jsou často chápány jako útek od problémů. Pokud přistoupíme na toto pojetí, dojdeme k závěru, že pesimisté by měli být více náchylní k uplatnění takovýchto vzorců maladaptivního chování, což skutečně potvrdily provedené studie (Ohannessian et al., 1993; Beck et al., 1985; Carver, Scheier, 1998; cit. podle Carver, Scheier, 2001).

7 ZÁVĚR

Práce si kladla za cíl zmapovat některé osobnostní a sociodemografické charakteristiky u těhotných žen a matek závislých na návykových látkách. Pro výzkumné účely bylo zkontaktováno několik zařízení v České republice, která poskytují služby nejen drogově závislým mužům a ženám, ale také disponují programy určenými pro drogově závislé matky.

Cílem první etapy výzkumu bylo zmapovat sociodemografické souvislosti mezi abúzem drog u specifického souboru žen-matek a těhotných užívajících návykové látky. Byl proveden kvalitativní výzkum, jehož výsledkem byly níže uvedené hypotézy.

Hypotéza Hb1: Těhotenství a mateřství nepředstavuje pro těhotné ženy nebo matky důvod k přerušení abúzu.

Z výsledků kvalitativního výzkumu vyšlo najevo, že v době těhotenství užívalo návykové látky více než 80 % žen. Po porodu dítěte se tento počet snížil na 48 %.

Hypotéza Hb2: Větší riziko sebevražedného chování se vyskytuje u žen, které jsou aktivními uživatelkami drog, oproti závislým ženám, které abstinují.

Cíl druhé etapy výzkumu se zaměřoval na identifikaci některých zvláštností v osobnostních charakteristikách sledovaného souboru žen.

Pro výzkumné účely byly použity tři psychodiagnostické metody, na základě kterých se ověřovaly hypotézy.

Stanovená hypotéza Ha1, která předpokládala u respondenek vyšší hladinu neurotičnosti, ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza Ha2, která tvrdila, že dotazované matky vykazují větší variabilitu faktoru extroverze a introverze, tedy jsou mezi nimi zastoupeny ve větším množství jedinci s opačnými, krajními hodnotami extroverze i introverze ve srovnání s populačním souborem, byla vyvrácena.

Hypotéza Ha3, jež předpokládala, že dotazované matky vykazují nižší míru otevřenosti ke zkušenosti, ve smyslu menší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza Ha4, která vycházela z předpokladu, že respondentky vykazují sníženou míru faktoru přívětivosti, ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza Ha5, která tvrdila, že respondentky vykazují nižší skóre svědomitosti, jsou impulzivnější a méně odolné ve srovnání s populačním průměrem, se nepotvrdila.

Hypotéza Ha6, která predikovala výskyt nižšího dispozičního optimismu a vyšší arousabilitu u závislých matek v porovnání s kontrolním souborem, byla potvrzena.

Hypotéza Ha7, která vycházela z předpokladu, že matky vykazují nižší zátěžovou odolnost ve smyslu menší koheze osobnosti, ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Z výzkumu bylo zjištěno, že závislé matky jsou více neurotické, vykazují sníženou míru faktoru přívětivosti, ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti a ochotě pomoci ostatním, jsou méně otevřené a citlivé než matky, u kterých nebyla prokázána závislost. Méně odolávají zátěži a jejich copingové strategie směřují spíše k dysfunkčním strategiím zvládnání zátěže (hledají pomoc v drogách, vidí v nich buď únik z nepříjemných stresujících situací, nebo pomocí drogy chtějí situaci řešit, droga jim zpočátku dává pocit, že vše zvládají a konstruktivně řeší).

Samozřejmě, že musíme přihlížet k faktu, který uvádí J. Leeds aj. Morgenstern (cit z Rotgers et al., 1999), že psychologické problémy drogově závislých mohou být přechodné a mohou být spíše důsledkem než důvodem užívání návykových látek. Proto byla z tohoto důvodu oslovena pro výzkumné účely jak část matek, které v době výzkumu abstinovaly, tak aktivní uživatelky drog, aby nedošlo ke zkreslení výsledků.

Dalším faktem, který byl výzkumem odhalen, byla objevující se nízká míra motivace u matek směřující k přerušení abúzu ve spojitosti s jejich těhotenstvím či mateřstvím. Ačkoliv si mnohé uvědomují, že svým chováním ubližují svému nenarozenému dítěti, část z nich dále pokračuje ve své drogové kariéře. Určitou snahu matek lze vidět v tom, že jich alespoň část přechází na substituční léčbu, pomocí níž se jejich celková zdravotní a sociální situace stabilizuje, i když nesmíme zapomínat na to, že ačkoliv se jedná o legální preparáty, závislost na nich trvá a má zdravotní dopady jak na organismus ženy, tak také na nenarozené dítě.

B. Vavřínková a T. Binder (2006) poukazují na to, že těhotenství není u velké většiny drogově závislých žen dostatečným důvodem ke změně stereotypů chování. Některé ženy dokonce mohou zvýšit míru kouření nebo aplikaci stimulantů ve snaze snížit hmotnost plodu, aby si tím usnadnily průběh porodu. V některých případech se objevuje použití kokainu nebo pervitinu jako prostředku k vyvolání abortu nebo předčasného porodu.

Z pozorování Kontaktního centra o. s. Laxus pracovníci vyvozují závěr, že dítě je pro uživatelky drog silnou motivací ke změně, i když pouze dočasnou. Homolová a Ďurech (2008) uvádějí, že se dokonce setkávají s pravidelně se opakujícím ještě intenzivnějším rozvojem závislosti u žen, které při prvním těhotenství selhaly. Daleko závažnější je problém dalšího těhotenství, jež už pro ně nemá žádný motivační náboj a ony se o možnou změnu svého způsobu života již ani nepokusí. Klientky vnímají svoji situaci daleko více debaklově, protože když selhal i tak silný motiv, jakým je dítě, není jim již pomoci. Právě za těchto okolností je velice obtížné působit na změnu jejich chování a nastavit tak vhodnou formu pomoci.

Většina žen-matek je celkově nešťastných ze svého života. Během svého života se setkaly s pohlavním zneužitím, domácím násilím, se závislostí u svých rodičů a partnerů. Závislost jim vzala vše, co měly rády a na čem jim záleželo. Pokud se zaměříme na aktivní uživatelky, ty hodnotí svůj stav jako neutěšený, jsou nešťastné a nevěří si, že by mohly se závislostí skončit a dostat dítě zpět do péče. Mají také větší sklony k suicidiálním tendencím, oproti ženám, které abstinují. Závislost se snažily vícekrát ukončit, ale snahy nejsou dostačující. Některé si dokonce i přes svoji závislost těhotenství naplánují, protože od něj očekávají, že jim dítě usnadní a pomůže skončit s užíváním.

Oproti tomu některé matky, které v době výzkumu abstinovaly a měly dítě ve své péči, se jeví jako optimističtější, i když v celkových výsledcích byl prokázán výskyt nižší míry dispozičního optimismu.

Optimistický postoj vyskytující se v počáteční fázi gravidity také potvrzují na základě svých zkušeností K. Kotrbová a R. Pešek (cit. In Velemínský, Žižková, 2008), kteří se setkávají s tím, že ženy vnímají těhotenství jako určité zpestření svého stereotypního drogového životního stylu, jako to pravé řešení, díky němuž se jim konečně a opravdu podaří oprostít se od závislosti. Toto pozitivní vnímání však může přejít do další fáze, ve

které se začínají prosazovat zafixované dysfunkční vzorce myšlení a chování jako reakce na problémy, úzkost a tlak okolí. Ženy začínají jednat zkratkovitě, což se nejednou projevuje v opětovném a zvýšeném užívání drog.

Cíl práce byl splněn.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Již výše zmíněná absence motivace směřující k přerušení užívání návykových látek ve vztahu k mateřství je jedním z důležitých zjištění, ze kterých by měla vycházet odborná pomoc této skupině. Důležité je znát příčinu tohoto chování.

Můžeme vycházet z výzkumu, který provedli J. D. Wilke, A. Kamata a S. J. Cash na základě dlouhodobé mezinárodní studie, jenž je druhotnou analýzou studie DATOS (Drug Abuse Outcome Study – Studie výsledků léčby zneužívání drog). Pro výzkumné účely byla stanovena hypotéza, která předpokládala, že děti jsou obvykle považovány za hlavní motivaci žen, které hledají léčbu. Během výzkumu však odhalili existující negativní vztah mezi dětským faktorem a motivací matek k léčbě. Došli k závěrům, že pokud má matka dítě v péči, může být pro ni bariérou při začínání s léčbou, protože si uvědomuje, že v době její účasti na léčbě se o ně nebude moci postarat a může jí být z péče odebráno. Další negativní vliv na motivaci matky k léčbě byl spatřován v situaci, ve které již dítě bylo matce odebráno. Motivace k léčení byla u matek malá, zvláště pak, když měly malou šanci získat své dítě zpět (Wilke et al., 2005).

Právě díky tomuto zjištění lze shledávat jako velké pozitivum v celodenní účasti matek v léčebném programu společně s dítětem. V našich podmínkách se vyskytuje pouze jedno komunitní zařízení, ve kterém matka může být umístěna společně s dítětem. Jedná se o Terapeutickou komunitu Karlov, o které se zmiňuji v kapitole 1.3.2. Dále je také pobyt ženě s dítětem umožněn v některých doléčovacích centrech, jejichž součástí je chráněné bydlení.

V našich podmínkách se vyskytuje také několik zařízení, která disponují léčebnými programy zaměřujícími se na tuto specifickou klientelu. Nabídka těchto služeb je však nedostačující, zvláště pak v menších městech. Tuto skutečnost také potvrzuje výzkum Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti, ve kterém došlo ke zjištění, že ačkoliv téměř všechny členské státy EU a Norsko nabízejí v současnosti minimálně jedno zařízení pro léčbu drogově závislých žen, případně žen s dětmi, tyto služby zatím zůstávají spíše výjimkou a často se soustřeďují pouze do velkých měst. Z tohoto vyplývá, že většině žen se dostává pomoci pouze v zařízení nespecifických z hlediska gender (EMCDDA, 2006).

Na základě výše uvedených skutečností je proto vhodné zabývat se dostupností těchto služeb určených ženám, podporovat vznik nových zařízení a umožnit ženám léčbu, ve které by mohly být společně se svým dítětem.

Další důležité zjištění, na základě kterého lze vyvozovat doporučení pro praxi, jsou na základě vlastního výzkumu zjištěné osobnostní charakteristiky závislých matek, které jsou více neurotické, vykazují sníženou míru faktoru přívětivosti, ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti a ochotě pomoci ostatním, jsou méně otevřené a citlivé oproti matkám bez závislosti. V zařízeních jim určených se sice setkáváme s poměrně kvalitně rozpracovanou sociální prací, včetně částečné psychologické pomoci, ale dle mého názoru by právě psychoterapeutická léčba měla být intenzivněji a dlouhodoběji uskutečňována k posilování odolnosti vůči zátěži, orientováním na kooperaci a potřeby druhých lidí. Měly by být zohledňovány veškeré souvislosti mezi bio-psycho-socio-spirituálními hledisky, které se podílejí na vzniku závislosti u žen.

Určitou souvislost s tímto tvrzením lze spatřovat ve výzkumu Wilkeho et al. (2005), který upozorňuje na to, že vztah dítěte vůči závislé matce lze chápat jako „vnější“ faktor motivace směřující k ukončení abúzu, zatímco osobní touha matky přestat brát drogy je spíše psychickou „vnitřní“ záležitostí. Z provedeného výzkumu však vyplynulo, že chování ovlivněné vnitřními faktory je často více úspěšné než chování ovlivněné vnějšími faktory.

V neposlední řadě je důležitá podpora interdisciplinární spolupráce všech odborníků, kteří se dostávají do kontaktu s touto skupinou žen. Určitým vzorem pro nás by mohl být precizně propracovaný dlouholetý program systému péče o závislé ženy a matky v Dánsku, jenž klade velký důraz na kvalitní a dlouhodobou interdisciplinární spolupráci. Tento model péče se již stal vzorem pro několik států, příkladem lze uvést Norsko a Švédsko.

Jelikož je systém péče o těhotné závislé ženy a matky v České republice stále ve vývoji, problematika těhotných žen a závislých matek ještě není zcela probádána. Bylo by proto vhodné zaměřit se více na zmapování tohoto poměrně nově se vyskytujícího fenoménu u nás. Výzkum této práce poodhalil nové oblasti, na základě kterých by mohlo dojít k dalším výzkumným záměrům.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABEL, E. L. Fetal alcohol syndrome: the American paradox. *Alcohol and Alcoholism*, 1998, vol. 33, p. 195–201. ISSN 0735-0414.
2. American Academy of Pediatrics. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-related Neurodevelopmental Disorders. *Pediatrics*, 2000, vol. 106, no. 2, p. 358–361. ISSN 0031-4005.
3. ANTONOVSKY, A. *Unraveling the Mystery of Health*. Sana Francisco: Jossey Bass, 1987. ISBN 1555420281.
4. ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Victoria Publishing, 2003. ISBN 80-85605-35-X.
5. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
6. BERGERET, J. *Osobnost toxikomana*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.
7. BERTOLOTE, J. M., FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002, vol. 1, no. 2, p. 181–185. ISSN 1723-8617.
8. BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B. Substituční terapie drogové závislosti v těhotenství. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.
9. BISCHOF, G. et al. Gender differences in temptation to drink, self-efficacy to abstain and coping behavior in treated alcohol-dependent individuals: Controlling for severity of dependence. *Addiction Research and Theory*, 2005, vol. 13, no. 2, p. 129–136. ISSN 1606-6359.
10. CARVER, S. SCHEIER M. F. Optimism, Pessimism, and Self-Regulation. In Chang, E. C. (Ed.) *Optimism & pessimism: Implication for theory, research, and practice* (p. 31–51). Washington: American Psychological Association, 2001. ISBN 1-55798-691-6.

11. CDC – Centers for Disease control and prevention. Sociodemographic and behavioral characteristics associated with alcohol consumption during pregnancy. *US Morbidity Mortality Weekly report*, 1995, vol. 46, p. 261–264. ISSN 0149-2195.
12. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-386-4.
13. ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
14. DASHE, J. S. et al. Opioid detoxifikation in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, vol. 92, no. 5, p. 854–858. ISSN: 0029-7844.
15. DAVIS, S. *Fetal Alcohol Syndrome (FAS)* [online]. November 2003 [cit. 2009-07-22]. Dostupný z www: <http://www.arcmuskegon.org/pdf/7C832901.pdf>
16. DLUGOSZ, L. et al. Maternal Caffeine Consumption and Spontaneous Abortion: A Prospective Cohort Study. *Epidemiology*, 1996, vol. 7, no. 3, p. 250–255. ISSN 1044-3983.
17. DOYLE, D. et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford University Press, 2004. ISBN 0198566980.
18. DROBNÁ, H., HUTTOVÁ, M. Matka závislá od drog – kokaín a jeho vplyv na plod a novorodenca. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1999, vol. 34, no. 2, p. 67–72. ISSN 0862-0350.
19. DROBNÁ, H., HUTTOVÁ, M. Psychoaktívne látky a novorodenecký abstinенčný syndrom. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.
20. DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matek a novorodencov*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-407-8.
21. DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

22. DCT MAT – Doléčovací centrum pro matky s dětmi. *Komu je DC MAT určeno* [online]. [cit. 2009-08-08]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/zarizeni-27-Dolecovaci-centrum--pro-matky-s-detmi-\(DC-MAT\)/komu-je-dc-maturceno.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-27-Dolecovaci-centrum--pro-matky-s-detmi-(DC-MAT)/komu-je-dc-maturceno.html)
23. DCT MAT – Doléčovací centrum pro matky s dětmi. *Naše cíle* [online]. [cit. 2009-08-08]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/zarizeni-27-Dolecovaci-centrum--pro-matky-s-detmi-\(DC-MAT\)/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-27-Dolecovaci-centrum--pro-matky-s-detmi-(DC-MAT)/nase-cile.html)
24. DST – Denní stacionář. *Informace pro matky* [online]. [cit. 2009-08-08]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-\(DST\)/informace-pro-matky.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-18-Denni-stacionar-(DST)/informace-pro-matky.html)
25. Mc ELHATTON, P. The Effects of Benzodiazepine use during pregnancy and lactation. *Reproductive toxicology*, 1994, vol. 8, no. 6, p. 461–475. ISSN 0890-6238.
26. EMCDDA. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Lisabon, 2000. ISBN 92-9168-097-4.
27. EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. *Užívání drog z hlediska gender*. 2006, č. 5, [online]. [cit. 2009-07-06]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23088_CS_GenderCS2006Final.doc
28. EVANS, K. *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-508-X.
29. FANAROFF, A. A., MARTIN, R. J. *Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant*. 7. vyd. Mosby: St. Louis, 1992. ISBN 9788016164688.
30. FINGERHUT, L., KLEINMAN, J., KENDRICK, J. Smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health*, 1990, vol. 80, p. 541–544. ISSN 0090-0036 .
31. FISCHER, G. Treatment of opioid dependence in pregnant, women. *Addiction*, 2000, vol. 95, no. 8, p. 1141–1144. ISSN 0965-2140.
32. FISCHER, G. et al. Comparison of methadone and slow-release morphine maintenance in pregnant addict. *Addiction*, 1999, vol. 94, no. 2, p. 231–239. ISSN 0965-2140.

33. FISCHER, G. et al. Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction*, 2000, vol. 95, no. 2, p. 239–244. ISSN 0965-2140.
34. FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2007. ISBN: 80-7295-088-6.
35. FUDALA, P. J. et al. Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction. *Clin Pharmacol Ther*, 1990, vol. 47, p. 525–534. ISSN 0009-9236.
36. HADAŠ, L., HADAŠOVÁ, J. Vliv mužské a ženské identity na vývoj dítěte v rodině. In *Sborník Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 5. odborný seminář, 6.–8. října 2004, Státní zdravotní ústav Praha. Praha: Free Teens Press, 2004. ISBN 80-902898-6-X.
37. HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 140–144. ISBN 80-86734-05-6.
38. HANS, S. L. Demographic and psychosocial characteristics of substance – abusing pregnant women. *Clinics in Perinatology*, 1999, vol. 26, no. 1, p. 55–74. ISSN 0095-5108.
39. HANZAL, P. Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana nebo zhouba? In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008, s. 313–321. ISBN 978-80-7387-095-9.
40. HANZAL, P. Léčba závislosti na drogách matek s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov. In Nevšímal, P. et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha: Lidové noviny, 2007, s. 263–272. ISBN 978-80-7106-937-9.
41. HOMOLOVÁ, Ž., ĎURECH, O. Dítě – promarněná příležitost ke změně? In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008, s. 287–290. ISBN 978-80-7387-095-9.
42. HOROWITZ, M. J. States of mind. New York: Plenum Press, 1979. In Křivohlavý, J. *Psychická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1985. ISBN 08-032-85.

43. HRDINA, P., KORČIŠOVÁ, B. Terénní programy. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159–164. ISBN 80-86734-05-6.
44. HULSE, G. K., ENGLISH, D. R., MILNE, E. et al. Maternal cocaine use and low birth weight newborns: A meta-analysis. *Addiction*, 1997, vol. 92, no. 11, p. 1561–1570. ISSN 0965-2140.
45. HULSE, G. K., ENGLISH, D. R., MILNE, E., HOLMAN, C. D. J. Assessing the relationship between maternal opiate use and neonatal morality. *Addiction*, 1998, vol. 93, no. 7, p. 1033–1042. ISSN 0965-2140.
46. HUTTOVÁ, M., DROBNÁ, H. Riziká návykových látok pre tehotnú ženu a dieťa. *Kontakt*, 1999, roč. 1, č. 1, s. 12–18. ISSN 1212-4117.
47. HUTTOVÁ, M., DROBNÁ, H., PADYŠÁKOVÁ, H. Prenatálna expozícia alkoholu a zdravotno-sociálne následky u detí. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008, s. 243–249. ISBN 978-80-7387-095-9.
48. CHANG, G., WILKINS-HAUG, L., BERMAN, S., GOETZ, M. A. Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial. *Addiction*, 1999, vol. 94, no. 10, p. 1499–1508. ISSN 0965-2140.
49. CHANG, E. C. Disposition Optimism and Primary and Secondary Appraisal of a Stressor: Controlling for Confounding Influences and Relations to Coping and Psychological and Physical Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 4, no. 4, p. 1109–1120. ISSN 0022-3514.
50. CHANG, G. et al. Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial. *Addiction*, 1999, vol. 94, no. 10, p. 1499–1508. ISSN 0965-2140.
51. CHAVKIN, W., BREITBART, V. Substance abuse and maternity: The United States as a case study. *Addiction*, 1997, vol. 92, no. 9, p. 1201–1205. ISSN 0965-2140.
52. CHIANG, N., FINNEGAN, L. P. *Medications Development for the Treatment of Pregnant Addicts and their Infants*. Fishers Lane: Rockville, 1995.

53. JEŘÁBEK, P. Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti*. 2006, roč. 6, č. 4, s. 493–503. ISSN 1213-3841.
54. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-390-2. ISBN 80-7013-365-1.
55. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-390-2.
56. JUNG, C. G. *Typologie*. München. Deutscher Taschenbuch Verlag, 1993. 216 s.
57. KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Sborník Drogy ze všech stran II*, Institut FILIA, Praha, 2000. [online], [cit. 2009-08-09]. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>
58. KALINA, K. et al. Denní stacionáře. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 179–180. ISBN 80-86734-05-6.
59. KANDALL, S. et al. The Methadon – maintained pregnancy. *Clinics in Perinatology*, 1999, vol. 26, no. 1, 1999. p. 173–183. ISSN 0095-5108.
60. KONVIČKOVÁ, M. Multidisciplinární síť podpory pro rodiny dětí ohrožených drogovou závislostí matek. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008, s. 307–312. ISBN 978-80-7387-095-9.
61. KOTRBOVÁ, K., PEŠEK, R. Kontaktní a poradenská práce s těhotnými klientkami v nízkoprahovém zařízení – zkušenosti a postřehy z praxe. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2008, s. 291–296. ISBN 978-80-7387-095-9.
62. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
63. KRÁLÍKOVÁ, E. et al. Role praktického lékaře v léčbě závislosti na tabáku. *Med. Pro praxi*, 2007a, roč. 2, s. 52–55. ISSN 1214-8687.

64. KRÁLÍKOVÁ, E. et al.: Závislost na tabáku – souvislosti, současná léčba a situace v ČR. *Alergie*, 2007b. Supplement č. 2. p. 22–25. ISSN 1212-687X.
65. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
66. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 163 s.
67. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
68. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-551-2.
69. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády, 2003, s. 91–95. ISBN 80-86734-05-6.
70. LAWRENCE, R. *Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession*. 4. vyd. Mosby: St. Louis, 1994. ISBN 0-8016-6858-1.
71. LEMOINE, P. et al. Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées á propos de 127 cases. *Ouest Med*, 1968, vol. 25, p. 477–482. ISSN 0048-2366.
72. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 165–171. ISBN 80-86734-05-6.
73. LUKEŠ, M. *Dokonané sebevraždy v České republice mezi lety 1985 a 2005 – sociologický a kriminologický kontext*. Praha, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Karel Müller.
74. MARIANI, K., MARTINOVEC, M. Alkoholizmus u žien. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 2000, roč. 35, č. 3, s. 161–167. ISSN 0862-0350.
75. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

76. MITCHELL, J. L. Drug-exposed neonates. Pregnant substance-using women; US Department of Health and Human Services, In Chiang, C. N., Finnegan, L. P. (Eds). *Medications Development for the Treatment of Pregnant Addicts and Their Infants*. National Institute of Health: Rockville, 1995, p. 5–46.
77. MLČÁK, Z. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: OU v Ostravě, 2003. ISBN 80-7042-263-7.
78. NELSON, B. *The addictive personality: common traits are found* [online]. Poslední aktualizace neuvěděna. [cit. 2007-04-1]. Dostupné z: <
<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?sec=health&res=950DE1DF1138F93BA25752C0A965948260> >
79. NEŠPOR, K. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu*. Praha: Sportpropag, 1999.
80. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
81. NEŠPOR, K. Prevence problémů působených návykovými látkami. In *Sborník Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. II. Odborný seminář, 24.–26. září 2001, Státní zdravotní ústav. Praha: Free Teens Press, 2001.
82. NEŠPOR, K. Návyková rizika u dětí a dospívajících. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2005, s. 285–306. ISBN 80-7178-472-9.
83. NEŠPOR, K. Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
84. NEŠPOR, K. *Faktory vzniku alkoholismu a jejich léčba u žen – specifika přehledu*. [online], [2009-06-07]. Dostupné z:
http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/zavislost_na_alkoholu_u_zen_priznaky_a_specifika_lecby_alkoholismu.html
85. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

86. NEŠPOR, K. Jaké je „zdravé“ množství alkoholu? *Interní medicína*, 2008, roč. 10, č. 4, s. 200. ISSN 1214-3227.
87. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
88. NEŠPOR, K. et al. *Alkohol u ústavně léčených pacientů závislých na jiných psychoaktivních látkách (výzkumná studie)*. [online]. [2009-07-01]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/karel-nespor.php?itemid=2229>
89. NOVÁK, T., PRŮCHOVÁ, B. *Předrozvodové a rozvodové poradenství*. 1. vyd. Grada: Praha, 2007. ISBN 978-80-247-1449-3.
90. NOVOTNÝ, J. S. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Journal of FASD and Czech Society for FASD Studies. *Journal of FASD*, 2007, vol. 1, no. 1.
91. OLOFSSON, M. *Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy*. 1. vyd. Dánský zdravotní úřad: Sundhedsstyrelsen, 2005. ISBN 80-7676-111-8.
92. PAULÍK, K. Determinace lidského zvládnání zátěže. In *Sborník prací Filozofické fakulty Ostravské univerzity*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 5–28.
93. PAULÍK, K. Vybrané osobnostní proměnné a odolnost vůči pracovní zátěži. In Mlčák, Z., Paulík, K., Záškodná, H. (Eds.). *Sborník prací Filozofické fakulty OU*, 241/2008, Psychologie č. 13. Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti, 2008. ISBN 978-80-7368-532-4.
94. PLANK, K. et al. Tehotné ženy s deficitom prenatálnej starostlivosti. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, s. 255–268. ISBN 978-80-7387-095-9.
95. POPOV, P. Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221–226. ISBN 80-86734-05-6.
96. *Porodnici.cz – Porodnická encyklopedie | Patologické těhotenství | Abúzus drog*. [online]. [cit. 2009-06-05]. Dostupné z: <http://www.porodnici.cz/abuzus-drog>

97. PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.
98. PRESLOVÁ, I. Drogově závislé matky. In *Sborník přednášek tradičního setkání pracovníků kojeneckých ústavů, dětských domovů a dětských center a všech přátel dětí s mezinárodní účastí pod záštitou nadačního fondu Dětský úsměv*. 28.–30. listopadu 2002.
99. PRESLOVÁ, I. Možnosti a meze při práci s těhotnými uživatelkami drog. In Velemínský, M., Žižková, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, s. 283–286. ISBN 978-80-7387-095-9.
100. PRESTON, A. *Drogy na předpis II. – Vše o metadonu*. 1. vyd. Votobia: Olomouc, 1999. ISBN 80-7198-383-7.
101. RADIMECKÝ, J. Užívání drog a genderové rozdíly. *Medical Tribune*, 2007, roč. 13, s. A6. ISSN 1214-8911.
102. RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5
103. RENSING, L., KOCH, M., RIPPER, B., RIPPER, V. *Mensch im Stress*. 1. vyd. München: Spektrum, 2006. ISBN 382741556X.
104. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Grada: Praha, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
105. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. s. 137–141. ISBN 80-85931-48-6.
106. SARMÁNY-SCHULLER, I. Osobnostná črta dispozičného optimizmu a coping. *Psychologia a patopsychologia dieťaťa*, 1997, vol. 32, no. 2, p. 172–182. ISSN 0555-5574.
107. *Sebevraždy*. Madrid: Feafes, 2006. In Projekt ESF s názvem Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné. [online], [cit.2009-12-03]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf

108. SEDLÁČKOVÁ, K., ŽIŽKOVÁ, B. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 2007, č. 7–8, s. 35–36. ISSN 1210-0404.
109. SEDLÁČKOVÁ, S., ŽIŽKOVÁ, B. Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2007, roč. 3, č. 1, s. 45–50. ISSN 1210-7875.
110. SELYE, H. The stress concept: Past, present and future. In *Stress research*. New York: John Wiley & Sons, 1983. p. 1–20.
111. SHIEH, C., KRAVITZ, M. Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women Who Use Illicit Drugs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2002, vol. 31, issue 2, p. 156–164. ISSN: 08842175.
112. SHNEIDMAN, E. S. et al. The Psychology of Suicide. 1970. In Mlčák, Z. *Základy psychopatologie*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2003. ISBN 80-7042-263-7.
113. SIKORA, J., NOVOTNÁ, M. Poruchy osobnosti a závislosti. *Psychiatria pre prax*, 2007, roč. 2, č. 59–61. ISSN 1335-9584.
114. STRUTTON, D., LUMKIN, J. Relationship between optimism and coping strategie in the work environment. *Psychology Reports*, 1992, vol. 71, p. 1179–1186. ISSN 0033-2941.
115. SUCHMAN, N. et al. Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behavior management to fostering emotional bonds. *J Subst Abuse Treat*, 2004, vol. 27, no 3, p. 179–185. ISSN 0740-5472.
116. SVOBODOVÁ, E. *Sociální práce s těhotnými drogově závislými ženami*. Disertační práce. Praha, 2007. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí disertační práce Miloš Velemínský sr.
117. SYME, M. R., PAXTON, J. W., KEELAN, J. A. Drug Transfer and Metabolism by the Human Placenta, *Clinical Pharmacokinetics*, 2004, vol. 43, no. 8, p. 487–514. ISSN 0312-5963.
118. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krize – psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4.

119. ŠTABLOVÁ, R. et al. *Drogy, kriminalita a prevence*. 2. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. ISBN 80-7251-018-5.
120. ŠTURMA, J., STANČÍKOVÁ, D., PACHL, J. Detoxifikační centra – zkušenosti, úspěchy, neúspěchy. *Postgraduální medicína*, 2001, roč. 3, č. 5, s. 568–570. ISSN 1212-4184.
121. TKK – Terapeutická komunita Karlov. *Naše cíle [online]*. [2008-12-09]. Dostupné z [http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-\(TKK\)/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-3-Terapeuticka-komunita-Karlov-(TKK)/nase-cile.html)
122. TRÁVNÍČKOVÁ, I. Základní model vzniku drogové závislosti. *Kriminalistika*, 1999, vol. 32, no. 1. [online]. [2008-12-09]. Dostupné z: http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog_zav.html
123. TRÁVNÍČKOVÁ, I. Problémy drogové závislosti v těhotenství. *Kriminalistika*, 2002. Praha: Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, 2002, vol. 25, no. 2. [online]. [2008-12-09]. Dostupné z: http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2002/02_02/drogy.html
124. TRÁVNÍČKOVÁ, I. Drogy a těhotenství. *Bulletin*, 2003, roč. 9, č. 4, s. 19. ISSN 1035-2155.
125. TRONICK, E., BEEGLY, M. Prenatal cocaine exposure, child development an the compromising effects of cumulatice risk. *Clinics in Perinatology*, 1999, vol. 26, no. 3, p. 151–171. ISSN 0095-5108.
126. TYLER, A. *Drogy v ulicích*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.
127. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
128. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
129. VÁGNEROVÁ, M. et al. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-414-9.

130. VANÍČKOVÁ, E. Násilí v rodině. In *Sborník Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. VII. Odborný seminář, 25.–27. září 2006, Státní zdravotní ústav Praha. Praha: Free Teens Press, 2006. ISBN 80-902898-6-X.
131. VAŠINA, B., ZÁŠKODNÁ, H. *Vybrané otázky psychologie zdraví, anomálního a abnormálního vývoje*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 1996. ISBN 80-7042-458-3.
132. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
133. VAVŘINKOVÁ, B. *Akutní intoxikace drogami v těhotenství*. [online], [cit. 2009-07-07]. Dostupné z: <http://www.porodnici.cz/sos-porodnice?id=143&PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>
134. VAVŘINKOVÁ, B. Drogy a těhotenství. In *I. mezinárodní konference – Komunitní spolupráce v ČR. „Vzájemná spolupráce mezi službami a organizacemi setkávajícími se s drogovým fenoménem.“* Brno, 2003. s. 8.
135. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. Návykové látky v těhotenství. – Specifika péče o uživatelky drog a jejich novorozence. *Zaostřeno na drogy*, 2007, roč. 5, č. 4, s. 1–12. ISSN 1214-1089.
136. VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-11-6 .
137. VERSTER, A., BUNNING, E. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti instituční léčby závislosti na opiátech*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-15-3.
138. VOBOŘIL J. Gender – ženy jako specifická skupina. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 238–241. ISBN 80-86734-05-6.
139. VOBOŘIL, J. *Závislost a rozdíly dle pohlaví*. [online]. 18. 4. 2007. [cit. 2009-06-07]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/zavislost-4/zavislost-a-rozdily-dle-pohlavi_2007_04_18.html

140. VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
141. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5.
142. WEISS, P. et al. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0929-5.
143. WILKE J. D., KAMATA, A., CASH, S. J. Modeling treatment motivation in substance-abusing women with children. *Child Abuse and Neglect*, 2005, vol. 29, no. 11, s. 1313–1323. ISSN 0145-2134.
144. WILKINS-HAUG, L., GABOW, P. Toluene abuse during pregnancy: Obsteric complications and perinatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 1991, vol. 77, no. 4, p. 504–509. ISSN 0029-7844.
145. VLAJINAC, H. D. et al. Effect of Caffeine Intake During Pregnancy on Birth Weight. *American Journal of Epidemiology*, 1997, vol. 145, no. 4, p. 335–338. ISSN 0002-9262.
146. YU, S. M. et al. Factors Associated With Smoking Cessation Among U. S. Pregnant Women. *Maternal and Child Health Journal*, 2002, vol. 6, no. 2, p. 89–97. ISSN 1092-7875.
147. ZAHRADNÍKOVÁ, L., ŽIŽKOVÁ, B. Systém péče v Resocializačním zařízení pro drogově závislé ženy a matky s dětmi (zpráva). *Prevence*, 2008, vol. 4, no. 1, s. 80–84. ISSN 1801-0261.
148. ZÁŠKODNÁ, H. *Psychosociální problémy adolescentů*. 1. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 1998. ISBN 80-7040-306-3.
149. ZÁŠKODNÁ, H., PAVLICA, K. Souvislosti mezi závislostí na drogách a suicidiálním jednáním. In *Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči*. Sborník příspěvků z konference konané ve dnech 1.–2. 12. 2006. Poděbrady, 2006.
150. ZÁŠKODNÁ, H. *Psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2005. 72 s. ISBN 80-7368-117-X.

151. ZÁŠKODNÁ, H., ČALOVKA, O., PIJÁKOVÁ, M. Odolnost vůči zátěži u závislých na návykových látkách. In Mlčák, Z., Paulík, K., Zášková, H. (Eds.), In *Sborník prací Filozofické fakulty OU 241/2008*, Psychologie č. 13. Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti, 2008. ISBN 978-80-7368-532-4.
152. ZÁŠKODNÁ, H. *Závislost na drogách*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2004. ISBN 80-7042-689-6.
153. ZÁŠKODNÁ, H., ŽIŽKOVÁ, B. Suicidal tendencies in Mothers and Pregnant Women taking addictive substances. *Journal of Health Science Management and Public Health*, 2008, vol. 9, no. 2, p. 197–214. ISSN 1512-0651.
154. ZUCKERMAN, B., BROWN, E. Maternal substance abuse and infant development. In Tsang, R. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford Press: New York, 1993. s. 143–158. ISBN-1-57230-515-0.
155. ŽIŽKOVÁ, B. Education and a System of Care for Drug Using Women and Mothers in the Czech Republic and in Denmark. In Tarábek, P., Zášková, P. *Educational & Didactic Communication*. Didaktik: Bratislava, 2008, p. 166–171. ISBN 978-80-89160-62-4.

10 KLÍČOVÁ SLOVA

- závislost na drogách
- závislá těhotná žena
- sociodemografie těhotných žen
- Pětifaktorový model osobnosti
- Smysl pro kohezi
- arousabilita
- optimismus

11 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Statistické zpracování výsledků získaných metodami AOS a SOC

T-Test

Group Statistics					
	skupina	N	Mean	Std. Deviation (SO)	Std. Error Mean
A suma	závislé	56	18,45	2,935	,392
	kontrolní	46	15,50	2,597	,383
O suma	závislé	56	25,00	3,922	,524
	kontrolní	46	26,24	2,292	,338
SOC suma	závislé	56	40,16	11,764	1,572
	kontrolní	46	47,93	9,176	1,353
SOC suma	závislé	56	43,20	9,112	1,218
	kontrolní	46	49,41	7,277	1,073
SOC suma	závislé	56	39,18	8,797	1,176
	kontrolní	46	42,67	6,760	,997
SOC suma	závislé	56	122,54	26,016	3,477
	kontrolní	46	140,02	20,525	3,026

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
AOS A	Equal variances assumed	10% hlad. 3,202	,654
	Equal variances not assumed		
AOS O	Equal variances assumed	5% hladina 4,565	,002
	Equal variances not assumed		
SOC C	Equal variances assumed	10% hladina 2,89	,092
	Equal variances not assumed		
SOC Ma	Equal variances assumed	ns 1,682	,198

	Equal variances not assumed		
SOC Me	Equal variances assumed	5% hladina*5,416	,022
	Equal variances not assumed		
SOC suma	Equal variances assumed	ns 2,673	,105
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
AOS suma	Equal variances assumed	,000	2,946	,555
	Equal variances not assumed	,000	2,946	,548
AOS suma	Equal variances assumed	,061	-1,239	,655
	Equal variances not assumed	,050	-1,239	,624
SOC C	Equal variances assumed	,000	-7,774	2,125
	Equal variances not assumed	,000	-7,774	2,074
SOC Ma	Equal variances assumed	,000	-6,217	1,659
	Equal variances not assumed	,000	-6,217	1,623
SOC Me	Equal variances assumed	,029	-3,495	1,581
	Equal variances not assumed	,025	-3,495	1,541
SOC suma	Equal variances assumed	,000	-17,486	4,717
	Equal variances not assumed	,000	-17,486	4,609

NPar Tests
Mann-Whitney Test

Ranks

skupina	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AOS 1 závislé	56	62,71	3511,50
bez záv.	46	37,86	1741,50
Total	102		
AOS 2 závislé	56	59,18	3314,00
bez záv.	46	42,15	1939,00
Total	102		
AOS 3 závislé	56	53,98	3023,00
bez záv.	46	48,48	2230,00
Total	102		
AOS 4 závislé	56	53,46	2994,00
bez záv.	46	49,11	2259,00
Total	102		
AOS 5 závislé	56	51,96	2909,50
bez záv.	46	50,95	2343,50
Total	102		
AOS 6 závislé	56	52,21	2923,50
bez záv.	46	50,64	2329,50
Total	102		
AOS 7 závislé	56	55,79	3124,00
bez záv.	46	46,28	2129,00
Total	102		
AOS 8 závislé	56	55,61	3114,00
bez záv.	46	46,50	2139,00
Total	102		
AOS 9 závislé	56	56,07	3140,00
bez záv.	46	45,93	2113,00
Total	102		
AOS 10 závislé	56	53,63	3003,50
bez záv.	46	48,90	2249,50
Total	102		
AOS 11 závislé	56	59,79	3348,50
bez záv.	46	41,40	1904,50
Total	102		
AOS 12 závislé	56	56,17	3145,50
bez záv.	46	45,82	2107,50
Total	102		
AOS 13 závislé	56	59,55	3335,00
bez záv.	46	41,70	1918,00
Total	102		
AOS 14 závislé	56	57,69	3230,50
bez záv.	46	43,97	2022,50
Total	102		
AOS 15 závislé	56	59,72	3344,50
bez záv.	46	41,49	1908,50

	Total	102		
AOS 16	závislé	56	55,86	3128,00
	bez záv.	46	46,20	2125,00
	Total	102		
AOS 17	závislé	56	60,35	3379,50
	bez záv.	46	40,73	1873,50
	Total	102		

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
AOS 1	660,500	1741,500	-4,791	,000
AOS 2	858,000	1939,000	-3,539	,000
AOS 3	1149,000	2230,000	-1,000	,317
AOS 4	1178,000	2259,000	-,849	,396
AOS 5	1262,500	2343,500	-,182	,856
AOS 6	1248,500	2329,500	-,280	,779
AOS 7	1048,000	2129,000	-1,818	,069
AOS 8	1058,000	2139,000	-1,730	,084
AOS 9	1032,000	2113,000	-1,898	,058
AOS 10	1168,500	2249,500	-,880	,379
AOS 11	823,500	1904,500	-3,382	,001
AOS 12	1026,500	2107,500	-1,919	,055
AOS 13	837,000	1918,000	-3,352	,001
AOS 14	941,500	2022,500	-2,613	,009
AOS 15	827,500	1908,500	-3,408	,001
AOS 16	1044,000	2125,000	-2,251	,024
AOS 17	792,500	1873,500	-3,656	,000

a. Grouping Variable: skupina

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	skupina	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SOC 1	závislé	56	56,65	3172,50
	bez záv.	46	45,23	2080,50
	Total	102		
SOC 2	závislé	56	45,61	2554,00
	bez záv.	46	58,67	2699,00
	Total	102		
SOC 3	závislé	56	48,75	2730,00
	bez záv.	46	54,85	2523,00
	Total	102		

SOC 4	závislé	56	54,88	3073,00
	bez záv.	46	47,39	2180,00
	Total	102		
SOC 5	závislé	56	60,70	3399,00
	bez záv.	46	40,30	1854,00
	Total	102		
SOC 6	závislé	56	62,73	3513,00
	bez záv.	46	37,83	1740,00
	Total	102		
SOC 7	závislé	56	51,53	2885,50
	bez záv.	46	51,47	2367,50
	Total	102		
SOC 8	závislé	56	42,21	2363,50
	bez záv.	46	62,82	2889,50
	Total	102		
SOC 9	závislé	56	47,07	2636,00
	bez záv.	46	56,89	2617,00
	Total	102		
SOC 10	závislé	56	35,61	1994,00
	bez záv.	46	70,85	3259,00
	Total	102		
SOC 11	závislé	56	47,26	2646,50
	bez záv.	46	56,66	2606,50
	Total	102		
SOC 12	závislé	56	47,98	2687,00
	bez záv.	46	55,78	2566,00
	Total	102		
SOC 13	závislé	56	52,15	2920,50
	bez záv.	46	50,71	2332,50
	Total	102		
SOC 14	závislé	56	55,52	3109,00
	bez záv.	46	46,61	2144,00
	Total	102		
SOC 15	závislé	56	49,59	2777,00
	bez záv.	46	53,83	2476,00
	Total	102		
SOC 16	závislé	56	53,64	3004,00
	bez záv.	46	48,89	2249,00
	Total	102		
SOC 17	závislé	56	47,71	2671,50
	bez záv.	46	56,12	2581,50
	Total	102		
SOC 18	závislé	56	49,17	2753,50
	bez záv.	46	54,34	2499,50
	Total	102		
SOC 19	závislé	56	50,87	2848,50
	bez záv.	46	52,27	2404,50
	Total	102		
SOC 20	závislé	56	56,83	3182,50
	bez záv.	46	45,01	2070,50

	Total	102		
SOC 21	závislé	56	49,92	2795,50
	bez záv.	46	53,42	2457,50
	Total	102		
SOC 22	závislé	55	50,55	2780,00
	bez záv.	46	51,54	2371,00
	Total	101		
SOC 23	závislé	56	55,78	3123,50
	bez záv.	46	46,29	2129,50
	Total	102		
SOC 24	závislé	56	47,19	2642,50
	bez záv.	46	56,75	2610,50
	Total	102		
SOC 25	závislé	56	61,47	3442,50
	bez záv.	46	39,36	1810,50
	Total	102		
SOC 26	závislé	56	43,96	2462,00
	bez záv.	46	60,67	2791,00
	Total	102		
SOC 27	závislé	56	51,57	2888,00
	bez záv.	46	51,41	2365,00
	Total	102		
SOC 28	závislé	56	47,78	2675,50
	bez záv.	46	56,03	2577,50
	Total	102		
SOC 29	závislé	56	51,29	2872,00
	bez záv.	46	51,76	2381,00
	Total	102		

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
SOC 1	999,500	2080,500	-1,994	,046
SOC 2	958,000	2554,000	-2,282	,022
SOC 3	1134,000	2730,000	-1,054	,292
SOC 4	1099,000	2180,000	-1,287	,198
SOC 5	773,000	1854,000	-3,530	,000
SOC 6	659,000	1740,000	-4,291	,000
SOC 7	1286,500	2367,500	-,010	,992
SOC 8	767,500	2363,500	-3,601	,000
SOC 9	1040,000	2636,000	-1,710	,087
SOC 10	398,000	1994,000	-6,157	,000
SOC 11	1050,500	2646,500	-1,651	,099
SOC 12	1091,000	2687,000	-1,347	,178
SOC 13	1251,500	2332,500	-,254	,800

SOC 14	1063,000	2144,000	-1,568	,117
SOC 15	1181,000	2777,000	-,737	,461
SOC 16	1168,000	2249,000	-,826	,409
SOC 17	1075,500	2671,500	-1,452	,147
SOC 18	1157,500	2753,500	-,891	,373
SOC 19	1252,500	2848,500	-,242	,809
SOC 20	989,500	2070,500	-2,037	,042
SOC 21	1199,500	2795,500	-,603	,546
SOC 22	1240,000	2780,000	-,187	,852
SOC 23	1048,500	2129,500	-1,674	,094
SOC 24	1046,500	2642,500	-1,654	,098
SOC 25	729,500	1810,500	-3,831	,000
SOC 26	866,000	2462,000	-2,897	,004
SOC 27	1284,000	2365,000	-,028	,978
SOC 28	1079,500	2675,500	-1,435	,151
SOC 29	1276,000	2872,000	-,082	,935

a. Grouping Variable: skupina

Příloha č. 2: Statistické zpracování výsledků získaných metodou NEO

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N	56	26,70	9,197	1,229

One-Sample Test

	Test Value = 22					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
N	3,821	55	,000	4,696	2,23	7,16

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E	56	29,16	7,096	,948

One-Sample Test

	Test Value = 32					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
E	-2,994	55	,004	-2,839	-4,74	-,94

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O	56	26,55	7,393	,988

One-Sample Test

	Test Value = 28					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
O	-1,464	55	,149	-1,446	-3,43	,53

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P	56	26,88	6,078	,812

One-Sample Test

	Test Value = 30					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
P	-3,847	55	,000	-3,125	-4,75	-1,50

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
S	56	29,23	8,061	1,077

One-Sample Test

	Test Value = 29					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
S	,216	55	,830	,232	-1,93	2,39

Příloha č. 3: Otázky, které byly použity v řízeném rozhovoru pro první etapu výzkumu

1. Váš věk je.....

2. Národnost

- a) česká
- b) slovenská
- c) romská
- d) jiná...

3. Váš rodinný stav je:

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) žijící s partnerem
- d) rozvedená
- e) vdova

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) nedokončené základní vzdělání
- b) dokončené základní vzdělání
- c) střední odborné učiliště
- d) středoškolské vzdělání
- e) vyšší odborné vzdělání
- f) vysokoškolské vzdělání

5. Jaký je Váš zdroj příjmu:

- a) podpora v nezaměstnanosti
- b) podpora v nezaměstnanosti + přídavky na dítě
- c) peněžitá pomoc v mateřství + přídavky na dítě
- d) rodičovský příspěvek + přídavky na dítě
- e) příjmy ze zaměstnání
- f) nemám žádný příjem
- g) jiné příjmy, jaké.....

6. Máte stálého partnera?

- a) ano
- b) ne

7. Pocházíte z rozvedeného manželství?

- a) ano
- b) ne

8. Byla jste svědkem domácího násilí?.....

Pokud ano, mezi kým?.....

9. Byl některý z Vašich rodičů závislý?.....

Pokud ano, čeho se jeho závislost týkala?.....

10. Jaký vztah máte se svými rodiči?

- a) výborný, stýkáme se
- b) méně dobrý, ale občas se setkáme
- c) dobrý, setkáváme se výjimečně
- d) nedostačující, nestýkáme se vůbec

11. Kdo Vás vychovával:

- a) matka a otec
- b) matka
- c) otec
- d) jiný člen rodiny, jaký.....

12. Kde v současné době žijete?

- a) u příbuzných
- b) samostatně v pronajatém bytě
- c) v azylovém domě
- d) přespávám u známých
- e) nemám kde bydlet
- f) jinde, napište prosím kde.....

13. Kdo s Vámi žije ve Vaší domácnosti

- a) Vy, partner, děti/dítě
- b) Vy, partner
- c) jiná kombinace, napište prosím jaká.....

14. Jaké jste měla dětství?

- a) bezpečné
- b) šťastné
- c) nešťastné
- d) velmi nešťastné

15. Byla jste někdy zneužívána?.....

Pokud ano, kým?.....

16. Kolik let Vám bylo, když jste Vy sama začala užívat návykové látky?.....

17. Jak dlouho jste návykové látky užívala?.....

O jaké drogy se jednalo?.....

18. Jak často jste je užívala?

- a) týdně
- b) denně
- c) příležitostně
- d) jindy, napište kdy.....

19. Co bylo hlavním důvodem, proč jste je začala užívat?.....

20. V jakých situacích jste nejčastěji drogy užívala?

- a) když jste byla sama
- b) se svými přáteli
- c) s partnerem
- d) s někým jiným

21. Jakým způsobem jste drogy užívala?

- a) jehlou do žíly
- b) kouřením
- c) šňupáním
- d) jiným způsobem, napište jakým.....

22. Jakým způsobem jste získávala prostředky na zakoupení drogy?

- a) prostituce
- b) krádeže
- c) jiný způsob, napište jaký.....

23. Byla jste někdy odsouzena?.....

Pokud ano, byla jste odsouzena

- a) podmíněčně (jak dlouho jste byla v podmínce?).....
- b) nepodmíněčně (na jak dlouho?).....

24. Léčila jste se někdy ze závislosti?.....

Pokud ano, tak to bylo:

- a) v terapeutické komunitě – JAK DLOUHÝ POBYT?.....
- b) na detoxu v nemocnici (psychiatrické oddělení) KOLIKRÁT?.....
- c) v ambulantní léčbě, JAK DLOUHO?.....
- d) v Centru následné péče – JAK DLOUHO?.....
- e) v substitučním programu (METADON, SUBUTEX) – JAK DLOUHO?.....
- f) jiný způsob, uveďte jaký.....

25. Užíváte v současnosti nějakou nelegální drogu?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, o jakou drogu se jedná?.....

26. Jak často ji užíváte?.....

27. Jakým způsobem?.....

28. Chtěla jste během vašeho života s užíváním drog přestat?.....

Pokud ano, proč?.....

29. Podařilo se Vám to alespoň po nějakou dobu?.....

Pokud ano, jak dlouho Vaše abstinence trvala?.....

Proč jste znovu začala drogy užívat?.....

.....

30. Kouříte cigarety?.....

Pokud ano, kolik jich vykouříte denně?.....

31. Pijete alkohol?.....

Pokud ano, jak často a jaký druh alkoholu pijete nejčastěji?.....

32. Jste zařazena do substituční léčby?

- a) ano
- b) ne

33. Kouříte marihuanu?.....

Pokud ano, jak často?.....

34. Váš věk při prvním těhotenství.....

35. Byla jste na potratu?

- a) ano (KOLIKRÁT?).....
- b) ne

36. Bylo poslední těhotenství plánované?

- a) ano
- b) ne

37. Jaký si myslíte, že mají drogy vliv na nenarozené dítě?

.....

38. Navštěvovala jste v době těhotenství gynekologickou péči?.....

Pokud ano, jak často?.....

39. Užívala jste drogy před narozením dítěte?

Pokud ano, jaké drogy?.....

Jak dlouho? (kolik let či měsíců?).....

40. Do kolikátého měsíce těhotenství jste drogy užívala?

- a) drogy jsem užívala celé těhotenství
- b) do 2. měsíce
- c) do 3. měsíce
- d) do 4. měsíce
- e) do 5. měsíce
- f) do 6. měsíce
- g) do 7. měsíce
- h) do 8. měsíce
- ch) substituce celé těhotenství

41. Byla jste v průběhu těhotenství zařazena do substituce?.....

Od jakého měsíce těhotenství?.....

42. Máte dítě ve vlastní péči?.....

Pokud nikoliv, v jaké péči se nachází?

- a) v ústavní péči
- b) v péči rodičů
- c) v jiné péči, napište prosím v jaké.....

43. Máte zájem o to dostat dítě do vlastní péče?.....

44. Mělo Vaše dítě abstinenční příznaky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud ano, jaké?

- a) třes
- b) bylo promodralé, nedýchalo
- c) mělo křeče
- d) jiné příznaky, prosím napište jaké.....

45. Těšila jste se na své dítě?

- a) ano
- b) ne

46. Domníváte se, že pokud žena v době těhotenství užívá drogy, má její počínání vliv na zdraví dítěte?

- a) ano
- b) ne

47. Pokud jste odpověděla kladně, vyjmenujte zdravotní komplikace, o které se může jednat:

48. Jak byste charakterizovala své nynější rodinné zázemí?

- a) výborné
- b) uspokojivé

- c) méně dobré
- d) problematické
- e) nesnesitelné

49. Víte, kdo je otcem Vašeho dítěte?

- a) ano
- b) ne

50. Žijete s otcem svého dítěte?

- a) ano
- b) ne

V případě, že nikoliv, co je důvodem?.....

51. Užívá otec Vašeho dítěte drogy?.....

Pokud ano, jaké?.....

52. Věříte v Boha?

- a) ano – bezvýhradně
- b) spíše ano, mám k víře vlažný vztah
- c) nevím, co si mám myslet
- d) ne

53. Když hodnotím svůj život, tak:

- | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------|--|
| 1. Připadám si nepotřebná, neužitečná | | | | |
| 1 - ANO | 2 - SPÍŠE ANO | 3 - SPÍŠE NE | 4 - NE | |
| 2. Jsem smutná a nešťastná, že to sotva snáším, mám pocit, že jsem na dně | | | | |
| 1 - ANO | 2 - SPÍŠE ANO | 3 - SPÍŠE NE | 4 - NE | |
| 3. Napadají mě myšlenky, že by bylo lepší na tomto světě nebýt | | | | |
| 1 - ANO | 2 - SPÍŠE ANO | 3 - SPÍŠE NE | 4 - NE | |
| 4. Mám pocit, že život nemá smysl | | | | |
| 1 - ANO | 2 - SPÍŠE ANO | 3 - SPÍŠE NE | 4 - NE | |
| 5. Zabíla bych se, kdybych to uměla | | | | |
| 1 - ANO | 2 - SPÍŠE ANO | 3 - SPÍŠE NE | 4 - NE | |
| 6. V minulosti jsem se už zkoušela zabít | ANO | NE | | |