

Mateřství sociálně vyloučených matek

Bc. Michaela Ďurd'ová

Diplomová práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Michaela Ďurďová
Osobní číslo: H180058
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Mateřství sociálně vyloučených matek

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti drogové problematiky, sociální pedagogiky a sociální patologie.

Stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu pomocí narativního rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení zjištěných poznatků.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

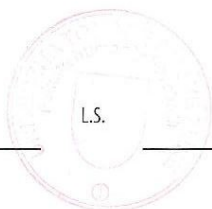
HARRIS, John a Vicky WHITE. *A dictionary of social work and social care*. Oxford: Oxford University Press, 2013. ISBN 978-0-19-954305-2.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

JARAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANIKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*, Úřad vlády České republiky, 2018. ISBN 978-80-7440-219-7.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání diplomové práce: 4. října 2019
Termín odevzdání diplomové práce: 24. dubna 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.5.2020

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

²⁾ Vysoká škola nevydávajíc zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být již nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovníků vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může za zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasažuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat uznázení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží ke výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na mateřství sociálně vyloučených matek. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. První, teoretická část vymezuje rodinu jako vhodné sociální prostředí pro dítě, vliv tohoto prostředí a v neposlední řadě rodinu ohroženou sociálním vyloučením. Dále se věnujeme závislosti a přístupům pomoci uživatelům návykových látek, konkrétně metamfetaminu. V neposlední řadě vymezujeme drogovou závislost z pohledu žen, její specifika, rizikové faktory a důsledky užívání návykových látek v průběhu těhotenství. Praktická část je zpracována kvalitativně orientovaným výzkumem prostřednictvím narativních rozhovorů s klienty Terénních programů ve Zlíně. Reflektuje tak drogovou závislost žen, matek a zejména jejich postoj v péči o své děti. Cílem diplomové práce je porozumění životní situaci drogově závislých matek, odhalení problémů, které jsou v přímé souvislosti s drogovou závislostí a popsání příčin a důsledku s nimi souvisejícími. Také se pokusíme nastítnit subjektivní pohled matek na danou situaci formou jejich životního příběhu.

Klíčová slova: drogová závislost, pervitin, ženy, matky, péče o dítě

ABSTRACT

Dissertation thesis is focused to motherhood of socially excluded mothers. The thesis is divided into two parts, the theoretical and the practical. The first part is the theoretical part, in which the family, and how it is a suitable social environment for a child is characterized; the environmental influences on the children, and lastly, the family at risk of social exclusion. Discussions will be made on drug addiction and approaches on helping drug abusers, specifically of methamphetamine. Greater analysis will be given to women abusers' perspective, their specifics, risk factors and consequences of substance use during pregnancy. The practical part is demonstrated through qualitative research making use of narrative interviews with attendees of the Field Programs in Zlín. These interviews thus reflect the drug addiction in mothers; especially their approach to caring for their children. The aim of this dissertation thesis is to understand their life situation, revealing problems that are directly linked to their drug addiction, while describing the causes and consequences related to their addiction. The narrative interviews were used to reveal the subjective perspectives of the drug-addicted mother through their life stories.

Keywords: drug addiction, methamphetamine, women, mothers, child care

Velké poděkování patří vedoucí diplomové práce Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D., za nesmírnou ochotu, cenné rady a připomínky v průběhu celé práce a také participantům rozhovorů za jejich otevřenost a upřímnost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 RODINA JAKO SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ	13
1.1 Vliv prostředí.....	14
1.2 Rodina a závislost.....	15
1.3 Sociálně vyloučené rodiny.....	19
1.3.1 Matky ohrožené sociálním vyloučením.....	20
1.4 Sociální deviace.....	21
2 ZÁVISLOST	23
2.1 Přístupy a modely pomoci uživatelům návykových látek.....	25
2.2 Psychostimulancia.....	30
3 ŽENY A DROGY	35
3.1 Rizikové faktory v těhotenství.....	38
3.2 Důsledky užívání návykových látek v těhotenství.....	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	44
4.1 Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky.....	45
4.2 Design výzkumu.....	46
4.3 Výzkumný vzorek.....	50
5 INTERPRETACE A PREZENTACE VÝSLEDKŮ	55
5.1 V životě se má zkusit vše.....	55
5.1.1 Drogová kariéra.....	55
5.1.2 Současný stav.....	57
5.1.3 Vztahy.....	58
5.2 Těhotenství.....	61
5.2.1 Snahy o abstinenci.....	63
5.2.2 Potrat není řešení.....	64
5.2.3 Porod.....	65
5.3 Zvládání péče o děti.....	65
5.3.1 Vztah k dětem.....	66
5.3.2 Zlom v braní.....	68
5.3.3 Role otce.....	68
5.3.4 Zázemí.....	69
5.4 OSPOD JAKO SPOLEČNÝ NEPŘÍTEL.....	71
6 DISKUZE	73
7 SOUHRN	77

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	78
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	91
SEZNAM OBRÁZKŮ	92
SEZNAM TABULEK.....	93

ÚVOD

Užívání návykových látek představuje celosvětový problém, který je těžké uchopit či vůbec nalézt jeho jednoznačné řešení. S jevem drogové závislosti přichází také fakt, že uživatelé v určité životní fázi přivádí na svět děti, což s sebou přináší další otázky ohledně budoucnosti. Rozsáhlé statistiky a zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi drogovou závislostí u žen a mužů jsou značné a potřebují rozdílný přístup v mnoha ohledech.

Sociální zázemí pro matku s dítětem bývá nestabilní, nevyhovující a často i matky samotné nemají vyřešený svůj postoj k užívání návykových látek, což mnohdy znesnadňuje možnost se o dítě kvalitně postarat. V poslední době roste počet žen závislých na alkoholu a drogách, avšak společnost je vůči těmto ženám mnohem kritičtější než v případě mužů. Tlak a zvláště negativní postoj vůči těhotným ženám a matkám užívajícím návykové látky často neumožní ženě včas vyhledat a přijmout profesionální pomoc.

Jako téma diplomové práce jsme zvolili mateřství sociálně vyloučených matek. Sociální vyloučení je spojeno s drogovou závislostí, která je provázela v průběhu těhotenství či mateřství. Diplomová práce je rozdělena na dvě stěžejní části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části se zabýváme rodinou jako vhodným sociálním prostředím pro dítě, vlivem tohoto prostředí a v neposlední řadě rodinou ohroženou sociálním vyloučením. Jednotlivé kapitoly jsou dále věnovány závislosti a přístupům pomoci uživatelům návykových látek. Následně jsou v podkapitole rozebrány psychostimulancia, které jsou ve výzkumu primární drogou participantů. Způsoby aplikace jsou zmiňovány zejména z důvodu výzkumu, ve kterém je pro participanty velmi podstatný způsob aplikace metamfetaminu. Za důležitý prvek teoretické části považujeme vymezení drogové závislosti u žen, její specifika, rizikové faktory a důsledky užívání návykových látek v průběhu těhotenství.

Navazující empirická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu se všemi náležitostmi a aspekty. Cílem předkládané diplomové práce je vytvoření kvalitativní studie, která reflektuje drogovou závislost žen a jejich postoj v péči o své děti. Jedná se o porozumění životní situaci drogově závislých matek, odhalení problémů, které jsou v přímé spojitosti s drogovou závislostí a popsání důsledků s nimi souvisejícími. Také se pokusíme nastínit subjektivní pohled matek na danou situaci formou jejich životního příběhu.

Získané poznatky z výzkumu mohou přispět k hlubšímu porozumění situace, ve které se drogově závislé matky nacházejí. Pokusíme se zjistit, zda těhotenství a narození dítěte bylo rozhodujícím prvkem vedoucím k omezení návykového chování či prvkem vedoucím k úplné abstinenci a zda užívání návykových látek negativně ovlivňuje péči o jejich děti. Hodnota

získaných poznatků výzkumu spočívá zejména v subjektivním sdělení pohledů na situaci, prostřednictvím těch, kteří o situaci mohou reflektovat nejvíce, tedy drogově závislými matkami.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA JAKO SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

Rodina je vnímána jako nejzákladnější společenská skupina. Pro vhodný vývoj dítěte má rodina nezastupitelnou roli a pro jeho další život je osvojení hodnot, návyků, dovedností a zvyků z rodiny velmi podstatné. V utváření osobnosti jedince hraje rodina primární a významnou roli. Dle Kukly (2016, s. 149) můžeme rodinu chápat jako primární skupinu, která vzniká svazkem ženy a muže, osvojením, na základě vztahu pokrevního mezi dětmi a rodiči, na kolektivní domácnosti a dalších.

Fischer, Škoda (2009, s. 140) zmiňují, že pokud se rodina stane sama sobě přítěží, může být právě ona původcem různých psychických onemocnění a dále pak sociálně patologických jevů. O sociálně patologických jevech hovoří Hartl, Hartlová (2009, s. 401). Definují je jako abnormální procesy, ať už se jedná o alkoholismus, drogové závislosti, psychické poruchy, nemoci, pracovní úrazy nebo chudobu, čímž je vyjádřeno sociální odchýlení od společenských norem. Obecně můžeme říci, že za sociálně patologické jevy označujeme nenormální či nebezpečné chování jedince, kterým se odlišuje od chování většiny. Fischer, Škoda (2009, s. 142-143) v souvislosti se sociálně patologickými jevy zmiňují poruchy rodičovské role a následující problémy:

- *Dysfunkční až afunkční rodiny* a to zejména v případech psychické deprivace či subdeprivace, která je popisována jako skryté strádání. Rodina zastává v životě dítěte celou řadu funkcí, které plní stránky biologické, ekonomické, sociální a psychologické. V případě, že v některé z funkcí dojde k zanedbání či neplnění, mohou u jedince vzniknout poruchy chování, nepříznivý vývoj a další. U rodiny dysfunkční převládají vyhrocené vztahy mezi partnery, což narušuje fungování rodiny jako celku i její klima. V případě dysfunkční rodiny se dále musí realizovat celá řada opatření, protože rodina sama o sobě není schopna problémy zvládnout. Často se v takovém případě hovoří o sanaci¹ rodiny. V případě rodiny afunkční dochází k problémům tak závažným, kdy je přímo ohroženo dítě. V takovém případě se k sanaci nepřistupuje, protože by byla absolutně neúčelná.

¹ Zaměření se na aktivní pomoc rodině ze strany sociálně-právní ochrany dětí tak, aby dítě mohla vychovávat a mít u sebe rodina, pokud bylo dítě umístěno mimo ni. Za cíl si klade úpravu rodinného prostředí tak, aby dítě rodinu nemuselo opustit (Kukla, 2016, s. 241-242).

- *Problémy s plněním rodičovské role*, kdy se rodiče nechtějí nebo neumějí postarat a řádně pečovat o své děti z různých důvodů. V takovém případě se často sami rodiče dopouštějí chování, které se vymyká společenským zásadám.
- *Problémy s neúplností rodiny* v případech náhradních rodičů, ústavní výchovy apod.
- *Problémy v zanedbávání a týraní dětí* (syndrom CAN).

1.1 Vliv prostředí

Vliv prostředí na život jedince je otázkou, která je předmětem diskuzí po celá staletí. Důležité je zmínit, jaké prostředí je pro jedince a jeho optimální vývoj nevhodnější, přičemž odpověď na tuto otázku jednoznačná není. Prostor dle Procházky (2012, s. 243-249) můžeme dělit na *biologické prostředí* a *sociální prostředí*:

- *Biologické prostředí*, které zahrnuje vrozené předpoklady (v prenatálním období zformované vlastnosti) a genotyp (od momentu početí získaný soubor vlastností).
- *Sociální prostředí* můžeme dále dělit na *mikroprostředí* (které přímo obklopuje jedince – rodina a přátelé, přičemž rodina je ve výchovném a socializačním procesu tou nejdůležitější složkou). *Mezoprostředí* definuje poměry mezi mikroprostředími (schopnost přizpůsobit se přechodu z jednoho prostředí do jiného). Dále se jedná o *makroprostředí* (sociální vrstvy, do kterých rodina spadá, vliv kultury, ekonomiky či politická situace). *Exoprostředí* se zabývá blízkým prostředím, které je pro nás velmi významné (pochopení a postoje k době, které si jedinec utvářel prostřednictvím svých blízkých).

Kraus (2008, s. 72-77) podotýká, že nepříznivé prostředí nemusí vždy působit nevhodně. Jedná se tedy o prvek, který je značně individuální. Prostor a jeho vlivy mohou pro jedince být *překážkou* nebo *výhodou*, mohou jedince přímo *formovat* či *motivovat*. Ve výchovném procesu hraje prostředí dvě základní role:

- První roli můžeme nazvat jako *situační* – v určitém prostředí se odehrává každá výchovná situace, ať už se jedná o domov, prostředí školy či parku.
- Druhou roli můžeme nazvat jako *výchovnou* – na osobnosti a jejím rozvoji se významně podílí prostředí. Prostor do značné míry ovlivňuje chování jedince, přičemž i přes individualitu každého jsou ve skupinách pozorovány shody v chování.

V současné době rodina vykazuje jisté charakteristické znaky a proměny, které do značné míry ovlivnily sociální role rodičů. Kraus (2008, s. 83-86) určuje charakteristické znaky dnešní rodiny:

Demokratizace v rodině zapříčinila absenci výhradního postavení muže, přičemž na ženu se přesunuly některé povinnosti, dříve typické pro muže. *Izolovanost rodiny* před společností je typickým znakem pro dnešní rodinu. Samostatný život jednotlivých generací a malý význam vztahů se sousedy vede k již zmíněné izolovanosti. Dalším znakem typickým pro dnešní rodinu je její *zmenšení* a zvyšující se počet žen žijících pouze s dětmi bez partnera. Celkově můžeme říci, že se rodina ocitá v situaci, kdy je na problémy uvnitř citlivější. *Dezintegrace* je typickým projevem dnešní rodiny. V dnešní době spolu rodina netráví tolik volného času a nesdílí zážitky a starosti, přičemž narůstá počet rodin, v kterých se jednotliví členové pouze míjejí. Výrazná *zátěž rodičů pracovními aktivitami* s sebou přináší velké časové vytížení. Chybí tak čas na relaxaci a společný volný čas strávený s dětmi. Často tento fakt bývá „vykoupen“ materiálními prostředky, což se může odrazit v sobeckosti a neskromnosti dětí, která může vyústit až v deviantní chování. *Vysoká míra rozvodovosti* v České republice (dále jen ČR) zapříčiňuje absenci jednoho z rodičů. Hádky a rozpory mezi rodiči mohou vyústit až k projevům úzkosti u dětí a dalším poruchám psychiky či sociálním deviacím. V neposlední řadě se v rodinách vyskytuje *nerovnost rodin podle úrovně socioekonomické*. Zadlužení rodin v důsledku nízkých příjmů může zapříčinit sociální vyloučení neboli exkluzi rodiny.

1.2 Rodina a závislost

Hajný (in. Kalina, 2003, s. 140-143) potvrzuje, že při práci s drogově závislými rodiči se vyskytují nadměrně ochraňující tendence či zároveň nepřátelsky chladné tendence vůči dětem. Matky, u kterých se v dětství vyskytovala drogová závislost ze strany rodičů, bývají často nenávislné či nadměrně až neúnosně pečují o své děti. V kazuistikách rodin lze vidět velké množství traumatizujících prvků pohromadě, ať už se jedná o úmrtí v rodině, sebevraždy, onemocnění psychického rázu, konflikty v partnerství či rozvody. Z těchto poznatků vyplývají faktory, které jsou v rodině závislých typické:

Nedostatečná pozornost ze strany rodiče – přičemž při nedostatečné sebejistotě dítěte a podpoře ze strany rodiny dochází k nezdravému rodinnému prostředí. Selhání, chyby nebo úspěchy nevyvolají očekávanou reakci a pro dítě se tyto postupy stávají nečitelné a neprůhledné.

Narušené vztahy mezi dítětem a rodičem – z výzkumů jsou patrné rodinné vztahy závislých, které se často opakují. Nadměrně až neúnosně protektivní matka a otec bez zájmu, odtažitý či absentující. Vtah mezi otcem a synem bývá napjatý až konfliktní. Je však třeba brát zřetel při zkreslení ze strany terapeuta. V případě závislého jedince, který se stýká pouze se svou protektivní a milující matkou, může docházet k značnému zkreslení reality. Pokud dlouhodobě chybí element otce, jakožto obrazu disciplíny, může dojít u jedince k rozvoji závislosti. Závislé matky rovněž představují riziko pro dcery, které pocítují intenzivní vzorec identifikace s matkou. Zároveň může dojít k obranné reakci, pokud matka od útlého věku k sobě dceru poutá a ta je její důvěrníci. V dospívání tento prvek může vyvolat tendenci úzkosti.

Chaotické vztahy mezi generacemi – kdy v rodinách s výskytem závislosti častěji dochází k porušení transgeneračních hranic. V současné době nejsou jasně vymezeny jednotlivé generace. Není tedy jisté, zda vidíme otce s dcerou nebo otce se svou partnerkou. V rodinách zkrátka chybí rozdělení rolí (kdo má co na starosti, kým si může být dítě jisté). Dítě je tím pádem zmateno a čelí nejistotě, v které se často mění pravomoci. V praktickém životě závislého se poté může objevit nejistota a strach. Narušením transgeneračních hranic ve formě extrémní může být také sexuální zneužívání.

Skryté či naopak excesivní vyjádření zlosti v rodině – při léčbě závislosti okamžiky spojené s agresivitou zaujímají hlavní roli a to zejména ve dvou případech. V prvním, kdy je závislý nucen trpět agresí od blízkého člověka, a v druhém, kdy agresí vyjadřuje sám a má ji zvládat. Zároveň v situaci, kdy jsou projevy zlosti potlačovány a projevy jiné se vyskytují v míře, která je neadekvátní situaci. V rodině se často jedinci k sobě navenek chovají mile, klidně a své výčitky skrývají. Dalším příkladem může být rodina, ve které se každé vyřčené slovo obrací v lež a komunikace se zamotá do pomyslné spirály, z které není úniku. Taková komunikace může vést k pocitu nebezpečí v domácím prostředí pro všechny členy. Závislí v takové komunikaci pokračují dále, protože je pro ně přirozená.

Závislost jako prvek rovnováhy – v případě, kdy se v rodině vyskytuje pracovní vytížení či konflikty v partnerském vztahu, bývá častým vyvážením ze strany dítěte připojení se k partě kamarádů, s nimiž tráví volný čas a experimentuje s návykovými látkami. Pokud dítě nezačne mít výkyvy ve školním prospěchu nebo v domácnosti nemizí věci, vše se může zdát pro okolí v pořádku. Poté může nastat situace, kdy dítě vykazuje vyšší míru podrážděnosti až při prvním pokusu o abstinenci a rodina si všimne, že něco není v pořádku. Užití drogy také může pro dítě představovat jistou formu samostatnosti při odpoutávání se od rodiny.

Závislí členové rodiny (jeden či více) – pro vznik závislosti může být jedním z rozhodujících faktorů závislost jiného člena rodiny (zpravidla rodiče), což výrazně ovlivňuje chod rodiny, její rituály a čas, který by rodina měla trávit společně. Častým příkladem je otec holdující alkoholu, což rodina bere jako samozřejmost a přirozenou součást. Problém však může nastat v případě abstinence otce, kdy u něj dochází k podrážděnosti a agresi z důvodu vysazení alkoholu či jiné návykové látky. V takovém případě může dojít k rozvoji závislosti i u dítěte, kdy se pro dítě stává otec vzorem. Dítě vnímá, že v případě užití návykové látky se otci zlepšuje nálada a droga mu dodává statečnost či poskytuje uspokojení. Stále se měnící reakce rodiče mohou u dítěte způsobit narušení procesu idealizace, který je důležitý pro identifikaci dítěte s rodičem. Při závislosti rodiče je identifikace narušena a dítě se zklamává ve svých představách a očekáváních, což podporuje jeho rezignaci k životním postojům. Problémovým faktorem může být také situace, kdy druhý z rodičů závislostnímu chování u partnera nevěnuje pozornost a předstírá, že neexistuje.

Vztah člena rodiny k osobě závislé na návykové látce – neboli *kodependence*, kdy jedinec potlačuje své vlastní potřeby a cítí se být zodpovědný za potřeby závislého. Dále zkresluje role v rodině a má nutkání dohlížet na druhé i na úkor své sebeúcty. Rodina a její jednotliví členové tedy umožňují závislost. Často k umožnění dochází na základě neshod v partnerství, které nejsou řešeny. Závislý člen rodiny se tedy stává středobodem veškerého dění, dozoru a péče, aby došlo k pokrytí neshod v partnerství. Opakuje se zde model nadměrně pečující a ochraňující matky s modelem lhostejného a chladného otce, proto ani maximálně ochránářský a příliš odtažitý přístup není na místě. Závislý se pod takovým tlakem dostává do pomyslného kouta, z kterého není úniku. Ve vztahu závislosti k rodinnému prostředí můžeme dle Hajného (2001, s. 27-30) pojmenovat faktory, které vedou k jejímu vzniku. Mezi takové faktory řadí již zmíněné děti, které jsou důvěrníky svých rodičů, dále přemíru volnosti a liberálnosti nebo naopak přemíru dohledu a v neposlední řadě mohou rodiče do dítěte projektovat své neuspokojené ambice. Kalina (2015, s. 180-182) se v této souvislosti zmiňuje o čtyřech typech závislosti, které reflektují situaci v rodině, ve kterých závislí jedinci vyrůstali:

- Prvním typem může být *závislost, která vychází z určitých traumat v rodině*, závislost může být reakcí na prožitou traumatizaci (náhlé úmrtí v rodině, zneužívání, psychická deprivace).
- Druhým typem může být *neurotická závislost*, která vyústí z neustálého napětí, krivd nebo partnerských problémů rodičů.

- V případě fatální poruchy v rodině, manipulaci či tabuizování témat dochází k tzv. *přechodové závislosti*, která souvisí s jednou či více poruchami vyskytujícími se současně.
- Pokud je v rodině normálním jevem násilí, kriminalita či asociální chování jedná se o *sociopatickou závislost*, kdy závislost představuje součást životního standartu.

Preslová (in. Kalina, 2015, s. 560) hovoří v případě osob užívající nelegální návykové látky o narušených, nefunkčních, chladných či úplně absentujících vztazích s rodiči. V následném vztahu osob užívajících nelegální návykové látky s jejich dětmi dochází k jistému odrazu této rodinné situace. Postava rodiče nás do velké míry formuje a měla by nám poskytnout pocit bezpečí, přijetí, lásky, hodnot a být jistým průvodcem pro orientaci ve světě. Zkrátka být bodem výchozím a odrazovým pro naše další směřování. V případě, že se rodič nedokáže postarat o své dítě, tuto funkci často přebírají prarodiče, příbuzní či pěstouni. Avšak je nutné si pokládat otázku, kde je pomyslná hranice, která určuje kvalitní péči o dítě. V případě drogově závislých žen se často jedná o těhotenství neplánovaná, nechtěná, ale i tato těhotenství mohou být zdrojem motivace k abstinenci. O selhání matek užívajících nelegální návykové látky ve funkci rodiče hovoří Lukešová (in. Preslová, 2009, s. 55), která rovněž jako Preslová zmiňuje možné selhání biologické rodiny závislé matky, přičemž rodiče mohli zastávat přílišně ochránářskou výchovu či v rodině mohlo dojít k předčasnému odchodu jednoho z rodičů např. z důvodu rozvodu nebo smrti, a to zejména ve věku mezi desátým a čtrnáctým rokem života dítěte. Zdůrazňuje, že cílem všech spolupracujících organizací by mělo být úsilí o sanaci, přičemž je velmi podstatný kontakt matka-dítě. Pozitivním jevem je také fakt, kdy má žena stabilní rodinné zázemí a partnera, který jí je oporou. Krok k sanaci by neměl být prvoplánový a je vždy důležité, aby matka spolupracovala, komunikovala a byla schopná určité sebereflexe.

Rodina při formování osobnosti hraje dle Mühlpachra (2019, s. 67) důležitou roli. Podstatné je věnovat pozornost sociálnímu postavení, ve kterém se rodina nachází, povahovým rysům rodičů a jejich výchovným postupům. Často se v rodině vykytuje tzv. pólový přístup, kdy jsou rodiče na jedné straně přehnaně protektivní, dominantní a autoritativní, na straně druhé dítěti nevěnují dostatečný zájem, pozornost a jsou nedůslední. V tomto případě je právě příčinou rozvoje drogové závislosti dysfunkční rodina. Mlčák (2003, s. 63) poruchy chování u dětí a dospělých přiřazuje dysfunkční rodině, která dle něj představuje závažný etiopatogenetický faktor. Obecnou charakteristiku rodiny, která je považována za dysfunkční, lze určit s velkými obtížemi, neboť vykazuje četnou míru proměnlivosti.

1.3 Sociálně vyloučené rodiny

Za sociální vyloučení neboli exkluzi můžeme z obecného hlediska označit proces vyčlenění jedince ze společnosti. V důsledku nevýhodné sociální situace se tak osoba dostává na pomyslný okraj společnosti a zapojení zpět do běžného života je velmi namáhavé a komplikované. Hledisek, kvůli kterým člověk může být sociálně vyloučen je celá řada. Dle Veselé a kol. (©2009, s. 4-6) je sociální vyloučení proces zbavování dostupnosti ke zdrojům, které jsou podstatné pro zapojení do činností ve společnosti, ať už se jedná o činnosti ekonomické, sociální či politické. Za důsledek sociálního vyloučení můžeme označit velmi nízké příjmy související s chudobou a zároveň můžeme definovat faktory, které k chudobě přispívají (nízké vzdělání, diskriminace, nevyhovující podmínky pro život).

Nezaměstnanost, špatný zdravotní stav, sociální dávky a závislost na nich, rozpad rodiny či nízké vzdělání jsou následnými projevy sociálního vyloučení. Dalším z projevů sociálního vyloučení může být život ve vyloučených lokalitách, za kterou dle Černého a Jára (2006, s. 39) můžeme označit geograficky vymezenou lokalitu, ve které dochází ke kumulaci osob ohrožených sociálním vyloučením. Ve Zlínském kraji se takových sociálně vyloučených lokalit nachází dle České tiskové kanceláře (©2019) osm, přičemž ani jedna se nenachází přímo v krajském městě Zlín. Jedním z negativních projevů sociálního vyloučení je zhoršená dostupnost ke kvalitnímu bydlení. Dle Arnoldové (2016, s. 541-549) sociální vyloučení není jasně definováno a plně ustáleno. Zatímco o chudobě můžeme říci, že je jakýmsi výsledkem nepoměru v přístupu k bohatství a vyloučení z materiálních zdrojů společnosti, o sociálním vyloučení mluvíme jako o nedostatku možností se podílet na společenském životě, což v přímém důsledku vede k vyloučení z účasti na sociálním životě. Jedinec má nerovný přístup k pěti základním společenským zdrojům, kterými dle Arnoldové jsou:

- Zaměstnání – v případě, že dojde k oslabení vazeb na pracovní trh. Týká se to zejména osob, které jsou nějakým způsobem znevýhodněné. Jak zdravotně, tak třeba nízkým vzděláním.
- Vzdělání.
- Bydlení.
- Sociální ochrana.
- Zdravotní péče.

V odborných zdrojích se často setkáváme se třemi pohledy na sociální vyloučení. Prvním pohledem je tzv. redistribuční, který se zaměřuje zejména na jedince žijící v chudobě, která vyplývá z extrémní nerovnosti v přístupu k bohatství. Druhým pohledem je pohled etický, který upozorňuje na sociální skupiny a jejich morální úpadek, v kterém je zdůrazněno zejména kriminální chování jedinců. Třetím pohledem na sociální vyloučení je pohled integrační, kdy je samotné vyloučení chápáno jako vyřazení z pracovního trhu. Souvislost mezi sociálním vyloučením a chudobou být může, ale také nemusí. Ve velké většině případů však mají ohrožené skupiny populace zkušenost s obojím.

Z opatření ze strany Strategie boje proti sociálnímu vyloučení v letech 2016-2020 dle Drhové (©2016) je patrné, že ČR se v rámci Evropské unie řadí do zemí s nejnižším počtem výskytu rodin ohrožených sociálním vyloučením v rámci segmentu populace. Chudoba nepostihuje rozsáhlé a početné kategorie populace, avšak více se koncentruje např. u nezaměstnaných, v neúplných či vícečetných rodinách. Dále poukazuje na fakt, že se v ČR vyskytuje nerovnoměrná dostupnost sociálních služeb. Mezi chybějící služby patří zejména ty, které jsou preventivně zaměřené a poskytované terénní a ambulantní formou v přirozeném prostředí rodiny. Jedná se o služby, které mohou výrazně přispět k sanaci rodiny, a tím i k prevenci odebrání dítěte z jeho původní rodiny a jeho umístění ať už do náhradní rodinné péče či péče institucionální.

1.3.1 Matky ohrožené sociálním vyloučením

Rodina participuje na rozvoji vztahů mezi matkou-dítětem, otcem-dítětem, popřípadě mezi sourozenci či prarodiči, přičemž postava matky nezastupitelně ovlivňuje povahu a život každého z nás. Lacinová, Škrdlíková (2008, s. 89) zmiňují, že úloha matky má mimořádný význam zejména v prvních letech života, přičemž je správným vzorem, podporuje sebevědomí dítěte, podporuje samostatnost dítěte a dbá na potřeby dítěte. Mezi dítětem a matkou vzniká určitý vztah a silná vazba.

Sociálně vyloučenou matkou můžeme nazvat ženu, která se pohybuje na hraně hmotné nouze, žijící v nepodnětném prostředí pro dítě na pomyslném okraji společnosti a její příjmy jsou často na hranici. Osoba či rodina se nachází ve stavu, kdy nemá dostatečné příjmy a její celkové společenské a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost a vyřešit tak svoji nesnadnou situaci vlastním přičiněním. Ve výchově dítěte je důležité se jako rodič přičinovat o to, aby vliv na dítě byl činorodý a pozitivní, zejména z důvodu toho, aby si dítě mohlo vytvořit kladný životní styl a zdravou sebedůvěru.

Dle Lukešové (in. Preslová, 2009, s. 57) se závislost matek na návykových látkách pohybuje napříč všemi sociálními vrstvami. Matky nejčastěji selhávají z důvodu:

- Selhání v biologické rodině matky, ať už se jedná například o nezáměr rodičů.
- Nadměrně protektivní rodiny.
- Odchodu jednoho či obou rodičů, zejména ve věku od 10-14 let, ať už se jedná o rozvod či úmrtí.
- Nezvládnutí výchovy ze strany rodičů.

1.4 Sociální deviace

Z obecného hlediska za sociální deviace můžeme označit projevy, které pro společnost vykazují jistou formu nebezpečnosti. Určitá pravidla lidského chování, která jsou ve společnosti všeobecně známá a uznávaná, můžeme označit za tzv. sociální normu. Dle Urbana a kol. (2012, s. 33) si normu můžeme představit jako určitý požadavek, který by měl jedinec dodržovat a respektovat. Za základní funkci sociálních norem považujeme chování, které je očekávané a stanovené společností. Takové sociální normy jedinci radí, co je obvyklé, osvědčené, dále co je ve společnosti přípustné, a co je dobré a žádoucí. Určité sociální skupiny se na stejnou situaci mohou dívat zcela různým způsobem. To, co je pro jednu skupinu běžné, pro druhou nemusí být vůbec pochopitelné. S jistotou však můžeme říci, že normy jsou pro společnost velmi významné a ustalující. Život bez společenských norem by zaplnila nejistota a nepředvídatelnost.

Dle Scott a Marshall (2009, s. 518) můžeme říci, že sociologický koncept norem je úzce spjat s pojmem role, která je běžně vázána na určité sociální postavení. Ve společnosti se však vyskytují skupiny, které se těmito všeobecně známými normami řídit nechtějí a neztotožňují se s nimi. Pro takové chování vznikl pojem *sociálně deviantní chování* nebo *sociální deviace*. Bartlová (1998, s. 6-9) dodává, že tento pojem neoznačuje pouze chování kriminálního charakteru, ale také případy chování, které nejsou postihovány trestem. Podle Hřčky (2001, s. 11) za sociální patologii můžeme označit deviantní jevy, které jsou vysoce nebezpečné pro jedince či společnost a jsou negativně postihovány. Zároveň zdůrazňuje, že sociální patologii nejsou označovány všechny formy deviace.

Za důležité považujeme zmínit, že deviaci dle Munkové (2004, s. 9-12) můžeme vnímat i jako pozitivní, např. ve formě zásadové abstinence. Takové rozlišení vyjadřuje, že v podstatě jakékoliv odchýlení od normy lze považovat za úchylku. Za podstatnou součást mezilidských vztahů považuje uplatňování sankcí, a to jak těch pozitivních, tak negativních. Výsledky šetření

z šedesátých let uvádí, že v žebříčku tzv. deviantů jsou na prvním místě homosexuálové, dále pak závislí na drogách, uživatelé alkoholu, vrahové, prostitutky a další. Takovou hierarchii je třeba brát v souvislosti s dobou, ve které vznikala (Orcutt, 1983, s. 4). Fischer a Škoda (2014, s. 5-9) řadí do závažných sociálně patologických jevů násilí a agresivitu, sebevražedné jednání, užívání psychoaktivních látek, impulzivní a návykové poruchy, kam řadí např. patologické hráčství či krádeží, delikvenci a kriminalitu, poruchy spojené s rodinným prostředím či nelátkové závislosti spojené s rozvojem internetu a chytrých telefonů.

V první výchozí kapitole jsme se věnovali rodině a zejména pak vlivu prostředí na život jedince, přičemž nepříznivé prostředí nemusí vždy působit nevhodně. Dále jsme popsali určující a charakteristické znaky současné rodiny a věnovali se rysům, které jsou typické pro rodinu, v níž se vyskytuje závislost. V neposlední řadě jsme se zaměřili na sociálně vyloučené rodiny, matky ohrožené sociálním vyloučením a popsali jsme projevy sociální deviace.

2 ZÁVISLOST

V obecné rovině závislost můžeme definovat jako neutišitelnou touhu po látce, která nutí člověka k jejímu opakovanému užití. Tato látka představuje pro jedince středobod veškerého dění a zájmů. Pojem závislost popisuje celá řada autorů a jedná se o složité, obsáhlé téma, které nemá ucelenou definici. V následující kapitole si vydefinujeme pojem samotné závislosti a její vznik, přičemž sama závislost je ovlivněna širokým spektrem faktorů. Se závislostí je důležité zmínit pojmy „craving“ neboli bažení po droze a „withdrawal syndrome“ neboli syndrom odnětí drogy.

Dle Zimy (in. Kalina, 2015, s. 33-41) vznik závislosti způsobuje celou škálu biochemických přeměn v organismu, které jsou v přímé součinnosti s drogou, na které závislost vzniká. Definitivní verdikt závislosti bývá stanoven zpravidla tehdy, pokud v posledním roce došlo alespoň ke třem či více následujícím jevům:

- Silný chtíč po droze a tendence látku užívat.
- Problémy s kontrolou nad sebou samým při užívání drogy.
- Fyzický stav odvykání, který je typický zejména pro látky tlumící centrální nervový systém (etanol, opiáty, benzodiazepiny). Po užití návykové látky dochází k fyzickému odvykacímu stavu.
- Tendence k navyšování dávky, aby došlo k účinku, který byl na začátku užívání vyvolán nižší dávkou.
- Postupné omezení či úplné zanedbání zájmů, které dříve vyplňovaly běžné dny. Tento čas nyní slouží ke shánění, užívání či odpočinku z účinku návykové látky.
- Pokračování v užívání i přes jasný a viditelný škodlivý dopad na jedince - poškození organismu, sociálních vazeb a dalších (Nešpor, 2018, s. 18-20).

Novotný (in. Kraus, 2010, s. 91-95) popisuje působení tří proměnných faktorů, které vedou ke vzniku závislostního chování u člověka. Prvním popsáním faktorem je samotná osobnost člověka, ve které se prolínají somatické a psychické faktory. Ty následně tvoří celistvou osobnost.

Druhým popsáním faktorem z hlediska farmakologického, je samotná droga, přičemž drogy se navzájem odlišují a mají různý potenciál k vyvolání závislosti.

Třetím faktorem působícím na vznik závislosti je faktor environmentální neboli faktor prostředí. Pro vznik závislosti z hlediska faktoru prostředí je důležitá samotná dostupnost drogy a postoje, které k drogám zaujímá jedincovo okolí. Současně se jako další přiřazují faktory podnětu a frekvence neboli častosti. Čím častěji se jedinec s drogou setkává a užívá ji, tím je pravděpodobnější riziko vzniku závislosti.

Záškodná (2004, s. 10-11) hovoří o třech obecně platných faktorech, stejně jako Novotný (in. Kraus, 2010, s. 91-95). Jako první označují faktory endogenní, které zahrnují psychické, fyziologické a biochemické odlišnosti každého jedince. Následně určují exogenní, které zahrnují faktory podnětové, faktory prostředí a situační. Jako třetí označují faktory smíšené, ve kterých se prolíná způsob trávení volného času a druh návykové látky. V případě působení těchto tří faktorů probíhají dva mechanismy. Prvním mechanismem je vytvoření a následné opakování situace, při níž se jedinci podařilo dosáhnout blaženého pocitu z užití návykové látky. Druhým mechanismem je absence alternativ, které by pomohly řešit problémové situace jedince.

Vznik závislosti je dále ovlivněn mnoha dalšími okolnostmi. Záleží na psychickém a fyzickém stavu jedince, druhu látky, kterou užívá, věku či samotné osobnosti člověka. Pokud jedinec užije drogu v nižším věku, riziko vzniku závislosti je pravděpodobnější (Nešpor, 2018, s. 18-20). Stejně stanovení závislosti jako Nešpor (2018, s. 18-20) definuje ve své knize Mahdalíčková (2014, s. 31-32), která dodává, že za drogově závislého můžeme uznat i toho, u kterého chybí projev tolerance a abstinenčních příznaků, ale projevuje neutišitelnou potřebu drogu užívat. Děje se tak v případě psychické závislosti.

Řada autorů v této souvislosti zmiňuje anglické slovo *craving*², které se vyskytuje v různých formách návykového chování, i když z hlediska nebezpečnosti stejné není. Bažení po droze je typické jak pro legální a nelegální návykové látky, tak i pro patologické hráčství či chorobné nakupování. V případě bažení lze říci, že se výrazným způsobem zhoršuje sebeovládání jedince, ale nelze dle Nešpora (2011, s. 24-26) vyloučit, že někteří závislí mohou mít silný pocit bažení, avšak sebeovládání u nich může být zachováno. Stává se, že u jedince se vyskytuje špatné sebeovládání bez předcházejícího výrazného bažení, což se objevuje zejména v následujících případech:

² Craving – neutišitelná, silná touha užít drogu. Jedná se o bažení či dychtění po droze, které navozeným účinkem drogy nutí jedince opakovat tento prožitek, s čímž souvisí i „withdrawal syndrome“, při kterém po vysazení drogy přichází nepříjemný odvykací stav (Fišerová in. Kalina, 2003, s. 114).

- Jedinec nevnímá své tělo, svou psychiku a emoce. Což je důležité se naučit. V takových případech se využívá meditačních a relaxačních postupů či psychoterapie.
- Dlouhodobé vyčerpání, které je spojeno se špatných sebeovládáním, přičemž by byla vhodná změna životního stylu.
- Zhoršené uvědomění sebe samého, přičemž tento stav může způsobit i látka, na které jedinec nebyl primárně závislý.
- Špatné sebeovládání může být také spojeno s prostředím, ve kterém jedinec podléhal návykovému chování, ať už se jedná o kluby, bary nebo jiné. V takovém případě je důležitá změna, ať už v oblasti práce či známých a přátel. Může zde pomoci i nácvik dovednosti odmítnutí.
- V některých případech jedinec popírá bažení, což vede k silné frustraci a úzkosti. To vede k úplně opačnému stavu, kterým je ještě silnější bažení a slabé sebeovládání.

Závislost lze dále dělit na fyzickou a psychickou. Fyzická závislost nutí jedince mezi jednotlivými dávkami dodržovat časový interval, aby nedošlo k fyzickému abstinenci příznaku. Odvykací syndrom se u každé drogy lehce odlišuje. V případě alkoholu se jedná o bolesti hlavy, halucinace, epileptické záchvaty či nespavost.

Fišerová (in. Kalina, 2003, s. 114-118) hovoří o „withdrawal syndrome“ neboli o syndromu odnětí drogy. Ten se projevuje po vysazení drogy, která byla dlouhodobě či opakovaně užívána. K rozvoji fyzické a psychické závislosti dochází dle Kaliny (2015, s. 701-705) většinou současně. V případě psychické závislosti se jedná zejména o amfetaminy, metamfetaminy a pro fyzickou závislost jsou typické opiáty. Narušení rovnováhy v těle po vysazení drogy bývá spojeno s nepříjemnými abstinenci projevy. Neuroadaptační mechanismy, které jsou při aplikaci drogy oslabeny a snižují citlivost receptorů, mají za následek neschopnost uspokojení závislého a zúžení zájmů pouze směrem k droze. Následně je pouze droga schopna stimulovat mechanický přenos dopaminu v těle jedince. Jako projevy odvykacího syndromu jsou popisovány poruchy motoriky, úzkosti a psychomotorický neklid.

2.1 Přístupy a modely pomoci uživatelům návykových látek

V následující podkapitole představíme nejznámější přístupy a modely pomoci uživatelům návykových látek, které se uplatňují jak v České republice, tak i ve světě. Biomedicínský, bio-psycho-sociální model, ochrana veřejného zdraví, snižování škod a rizik, sociálně-pedagogický přístup, morální a spirituální přístup a přístup holistický jsou v následujících bodech stručně

charakterizovány a pomáhají tak odkrýt jejich hlavní zájem, přičemž je důležité si uvědomit celistvost bio-psycho-socio-spirituálních faktorů.

Za stěžejní přístupy a modely Radimecký a kol. (2007, s. 26-19) označují:

- *Biomedicínský model*, který byl stěžejní pro dlouhá desetiletí. Tento přístup chápe závislost jako nemoc, která nelze vyléčit. Hlavním přístupem biomedicínského modelu je medikace. Kalina (2003, s. 78) hodnotí tento přístup z dnešního pohledu jako hodně omezený. Biomedicínský model je v dnešní době překrýván bio-psycho-socio-spirituálním modelem. Závislost je v tomto přístupu chápána jako porucha funkcí mozku s dědičnými dispozicemi.
- *Bio-psycho-sociální model*, který je oproti biomedicínskému rozšířen o psychickou rovinu jedince a zároveň zpochybňuje výrok o nevléčitelnosti nemoci. Závislost tudíž vzniká ve vzájemném ovlivňování biologických, psychologických a sociálních faktorů. Dispozice, zranitelnost a spouštěče jsou důležitými faktory v tomto modelu závislosti. Periodikum Psychoterapie: praxe-inspirace-konfrontace (©2017, číslo 3, s. 192) udává, že tento model se zatím realitou nestal a v běžné praxi lékařské je zdraví chápáno jako absence tělesné patologie, přičemž Světová zdravotnická organizace definovala již před 74 lety zdraví nikoliv jako absenci nemoci, ale jako stav úplné duševní, tělesné a sociální vyrovnanosti. Léčebné programy tedy musí brát zřetel na komplexnost vzniku závislostního chování a přizpůsobit jim tak své postupy např. skupinové či individuální psychoterapie nebo terapeutické komunity. Díky takovému komplexnímu pohledu může jedinec závislostní chování přerůst a nebýt pouze abstinujícím, ale být také zdravým jedincem.
- *Public health* neboli ochrana veřejného zdraví. V souvislosti se šířením infekčních onemocnění, které je spojeno zejména s přenosem krví (hepatitida B a C, AIDS), vznikl přístup ochrany veřejného zdraví. Nejde tedy o zájem o individualitu jedince, ale o veřejný zájem ochrany populace. V případě převahy přístupu ochrany veřejného zdraví může dojít k opomenutí individuálních potřeb uživatele návykových látek (Kalina, 2003, s. 79).
- *Harm reduction* (dále jen HR) neboli snižování, minimalizace rizik související s užíváním drog. Za cíl si tento přístup dle Hoškové a kol. (in. Klíma, 2009, s. 184-185) neklade abstinenci nýbrž péči o závislého a minimalizaci rizik spojených s jeho užíváním. Tím se vytváří delší prostor pro situaci, kdy závislý bude schopen na svou závislost nahlížet

jinak, třeba i kritičtěji a podnikne další kroky ke změně. Harm reduction coalition (©2019) hovoří o HR jako o souboru strategií a nápadů zaměřených na snižování negativních škod v důsledku užívání návykových látek. Zároveň podotýkají, že neexistuje ucelená definice či vzorec pro realizaci snižování škod. Podstatným faktem v této oblasti je přiznat si, že nelegální užívání návykových látek je součástí našeho světa a je potřeba minimalizovat dopady tohoto užívání na jedince a ne tyto osoby ignorovat či odsuzovat. Stigmatizace, nálepkování a nedůstojnost k lidem užívajícím návykové látky může být závažnou zábranou v tom, aby pomoc mohla být poskytnuta dostatečně a správně. Richterová Těmínová (2016, s. 2-4) za HR označuje programy, koncepce a aktivity, které se zaměřují na minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek, ať už se jedná o rizika zdravotní, sociální či ekonomická. Často ze strany veřejnosti dochází ke kritice a odporu v souvislosti s programy poskytovanými pro danou cílovou skupinu. Normální a mravní je totiž abstinovat, pokud se jedná o pole nelegálních návykových látek. V případě legálních návykových látek se dostáváme na pomyslný tenký led. Kuda (in. Deník N, ©2019) dodává, že Češi se řadí mezi největší konzumenty alkoholu vůbec a je v nás, jako v národu, hluboce zakořeněna vysoká míra přijatelnosti této legální návykové látky. Daleko větší riziko pak vidíme v nelegálních návykových látkách. Herzog (©2016, s. 9-12) v souvislosti s HR zmiňuje, že je velmi důležité přikládat významnost pozitivní změně, která u drogově závislého jedince nastane. Sama abstinence se má vnímat jako jev pozitivní, avšak cesta k jeho splnění je spleť a obtížná. Důležitým prvkem je tedy zabránit nenapravitelným újmám a udržet naživu uživatele návykových látek. V celosvětovém měřítku je Česká republika jednou ze zemí s nejnižším výskytem AIDS a HIV u osob injekčně užívajících návykové látky. Pojem HR bývá skloňován v různých oblastech a to nejčastěji jako:

- Jeden z hlavních pilířů politiky protidrogové.
- Program pro výměnu injekčního materiálu.
- Zásah ze strany pracovníka ke klientovi (Kalina, 2015, s. 100-105).
- *Sociálně – pedagogický a sociální přístup* souvisí s nevyhovujícím sociálním prostředím či neadekvátní výchovou. Jedinec postrádá možnosti či schopnosti zapojit se do komunity. V tomto přístupu se nejčastěji používají metody asistence, sociálně-výchovné poradenství, reedukace, rekvalifikace, resocializace a další.

- *Přístup holistický*, ve kterém jde o přesah bio-psycho-sociálního přístupu i ke spiritualitě. V dnešní době je tento přístup považován za významný pro oblast adiktologie. Potřeba morálního rozměru a spirituality je pro překonávání životních krizí člověka velmi důležitá. V tomto přístupu se také jedná o vybočení z bio-psycho-sociálního modelu do alternativnějších metod, kterými mohou akupunktura a další.
- *Spirituální a morální přístup*. Morální přístup se zaměřuje zejména na oblast svépomoci a skupin svépomocných jako např. Anonymní narkomani nebo Anonymní alkoholici. Hlavní myšlenkou těchto skupin je, že člověk může být pouze abstinujícím, nikoli zcela zdravým. Spirituální přístup je jakousi extrémní odnoží přístupu morálního. Náboženská oddanost je v tomto případě jedinou možnou cestou ze závislosti na drogách, přičemž má často charakter sekty.

Při léčbě drogové závislosti je tedy důležitý celistvý pohled bio-psycho-socio-spirituálního onemocnění, který popisuje podrobněji Kudrle (in. Kalina, 2003, s. 145-149). Lidský život přirovnává k životu ve světě neustálých protikladů (světlo-tma, radost-utrpení, zrod života-smrt). Tyto protiklady vyvolávají v jedinci napětí, tužby, hledání a jsou původcem vývoje vůbec. V tomto životním hledání jedinec potřebuje tři hluboce založené vektory, které jsou z části vědomé a z části nevědomé:

- Potřeba být a cítit se výkonný, průbojný, bezproblémový, potřeba dosáhnout určité povznesenosti a spokojenosti (psychostimulancia).
- Potřeba nalezení zklidnění a vyhýbání se duševní i fyzické bolesti, jak na úrovni jednotlivce, tak i kolektivní. Tato potřeba zahrnuje i pocity nudy, bolest z odlišnosti, neuspokojení (opioidy).
- Potřeba přesahu toho, co je bezprostředně dáno. Splynutí se sebou samým, s druhými, Bohem apod. (psychedelika).

Tyto tři hluboce zakořeněné vektory odpovídají i třem látkám, které umocňují vjem z drogy. Psychostimulancia, které povzbuzují a přinášejí euforii a slast. Opioidy, které se vyznačují jako látky poskytující útlum bolesti. Psychedelika, která zjevují jedinci cosi nadpozemského z nehlubších sfér jeho psychiky.

Dále se pokusíme o podrobnější vhled do bio-psycho-socio-spirituálních faktorů, avšak ne ze strany přístupů, které mohou jedincům užívajícím návykové látky pomoci, ale ze strany předpokladů, které jsou možné pro rozvoj závislostního chování:

Biologickým předpokladem pro užití návykové látky může být např. nevhodně diagnostikovaná porucha příjmu potravy (obezita), která je následně „uzdravována“ metamfetaminy nebo např. při fyzickém zranění mladého sportovce, který drogy začne užívat při ztrátě svých cílů a droga je pro něj jediným možným únikem.

Psychologickými předpoklady na počátku užívání návykových látek může být neplnohodnotně vyplněný volný čas, zvědavost, pocit nudy či nízké sebevědomí. V případě, že v rodině jedinec není k samostatnosti veden, tak svou samostatnost začne prosazovat ve změněných stavech vědomí. Právě tam rodiče nemají přístup. Důležitým prvkem je tedy jedince naučit plnohodnotně zvládat svůj volný čas, nastolit mu hranice, naučit ho správně komunikovat a prosazovat své názory.

V případě vyčlenění z kolektivu, nižšího sociálního statusu, rasové odlišnosti či chťící identifikovat se s větší a silnější skupinou hovoříme o *sociálním předpokladu*. Důležitým prvkem je tedy rozvíjet prosociální chování, pocit soucitu s ostatními, společenské cítění a dobročinnost. Dospělí by se zároveň měli zamýšlet nad tím, zda dětem dobře předáváme obraz dospělého světa.

V případě, že u jedince chybí smysl života a duchovních hodnot hovoříme o *spirituálních předpokladech*. Nezdravé zaměření se k materiálním výdělkům, pomíjívá spokojenost z nich, iluze štěstí, absence autorit či přechodových rituálů. Všechny tyto faktory mohou být rizikovými faktory nadužívání návykových látek. Autority v takovém případě mohou nahrazovat pouliční party. Předpoklady spirituální jsou dále promítány do léčebných programů (Kudrle in. Kalina, 2008, s. 17-23).

Fischer a Škoda (2014, s. 88-90) popisují faktory, které k rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách mohly přispět. Za jeden z faktorů označují *genetické predispozice jedince*, zároveň však dodávají, že tyto predispozice, které by měly vést k rozvoji závislosti, nejsou jednoznačně definovány a o jejich existenci lze polemizovat. V případě závislosti na alkoholu je však prokázáno, že pokud je závislým v rodině otec, je riziko rozvoje alkoholismu vyšší až o desetinásobek. Sníženou produkci hormonu štěstí neboli endorfinu lze pravděpodobněji prokázat u rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu.

V případě, že jedinci po zpracování návykové látky nemají fyzické obtíže a více než ostatní cítí příjemné pocity, může se jednat o tzv. *biologické predispozice*. Pokud u jedince dochází k emocionálním výkyvům, depresím či nepříjemným stavům, které provází fyzické i psychické příznaky, jedná se o *psychické faktory*, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje závislosti.

Osobnostní rysy jedince také mohou zvyšovat tato rizika, v případech nadměrného chťče po netradičních zážitcích či malou mírou citlivosti k ohrožení. Sociální a kulturní prostředí dle Fischera a Škody (2014, s. 90) ovlivňuje projevy genetických, biologických a psychických predispozic. Jedná se tak o sociální faktory, do kterých se zahrnuje rodina a její vliv, kde se může vyskytnout např. syndrom CAN, dysfunkce rodiny a další, dále se může jednat o vliv skupin sociálních, s kterými je jedinec v přímém kontaktu či vliv životního prostředí.

Pokud dojde k výskytu jiné psychické poruchy, tak se riziko spojené se závislostí na návykových látkách zvyšuje až o 2,3 násobek, což potvrzuje i Harm reduction Journal (©2012, s. 2), který popisuje souběžně vyskytující se psychickou poruchu se zneužíváním návykových látek.

2.2 Psychostimulancia

Psychostimulancia poskytují celkové povzbuzení lidského organismu a podporují a zvyšují výkon jedince. Při opakovaném užití je zvýšení výkonnosti dle Kaliny (2015, s. 70-74) spojeno obvykle se zhoršením kvality. Proces účinku spočívá zejména ve zvýšení hladiny dopaminu v těle, čímž dochází k nárůstu přenosu signálů.

Hlavními látkami řadícími se mezi psychostimulancia jsou metamfetaminy, amfetaminy či MDMA, přičemž v České republice je nejrozšířenější látkou metamfetamin neboli pervitin. Hájek (2004, s. 226) ve své knize popisuje a rozděluje psychostimulancia na:

- Metamfetamin – k jehož výrobě je důležitý efedrin. Poločas rozpadu metamfetaminu v těle je cca 12 hodin, což je zhruba desetkrát delší čas než v případě kokainu. Při pravidelném užívání metamfetaminu může dojít k toxické psychóze, která je od schizofrenie takřka nerozeznatelná. Jedná se o sluchové a vizuální halucinace, které mohou vést k nadměrné agresi vůči okolí či sebevraždě.
- MDMA – neboli extáze, která je oblíbenou taneční drogou zejména mezi adolescenty, u kterých významně prohlubuje pocit pochopení a sounáležitosti, přičemž mezi těhotnými se její užívání vyskytuje zřídka.

Odhad problémových uživatelů metamfetaminu v ČR je zhruba 35.000 osob, což vyplývá z Výroční zprávy o stavu věcech drog v České republice za rok 2018. Metamfetamin se nejčastěji aplikuje intravenózně či nazálně. Hlavními účinky je zrychlené myšlení, zmírnění únavy či její úplné odstranění, rychlejší mluvený projev, pocit energie, ale i nechutenství a snížená potřeba jíst.

Následně jsme přistoupili ke zpracování průřezové tabulky drogové scény v ČR v průběhu let, která byla vytvořena na základě údajů Evropské zprávy o drogách za rok 2018 a údajů Béma, Kaliny a Radimeckého (in. Kalina, 2003, s. 33-34):

Drogová scéna v České republice v průběhu let					
	Před rokem 1990	1990-1994	1994-2000	2003	2018
Výhradní zdroj produkce	domácí produkce	domácí produkce stále dominuje, ČR se však stává tranzitní zemí	mezinárodní nezákonný trh, rok 1994 se stává zlomovým	nezákonné mezinárodní organizace	trhy s nelegálními drogami jsou spleť a široké
Charakteristické rysy	neexistoval trh v pravém slova smyslu	vzniká typický trh s nabídkou a poptávkou	velký výskyt levného heroínu z dovozu	jednotlivé uživatelské subkultury se odlišují	prevalence užívání konopí je zhruba 5x vyšší než v letech minulých, užívání heroínu a pervitinu stagnuje
Otevřená vs. uzavřená drogová scéna	uzavřená drogová scéna	dosud uzavřené skupiny se začínají navzájem propojovat	ve velkoměstech vzniká otevřená drogová scéna	rozšíření distribučních sítí prakticky po celém území ČR	trhy s nelegálními drogami jsou složité, vzhledem k povaze trhu je obtížné je monitorovat
Uživatelé	nevelký počet uživatelů, malé, uzavřené skupiny	vytváří se početnější skupina tzv. experimentátorů a rekreačních uživatelů	velký konkurenční boj, snížení věkové hranice prvních uživatelů	užívání po celém území ČR	užívání drog se v poslední době vyskytuje převážně u mladých dospělých

Tabulka 1 – drogová scéna v průběhu let

Z odhadů užívání drog v Evropské unii je konopí označováno jako nejčastěji užívaná nelegální droga. V současné době se v politických kruzích a nejen v nich vedou debaty, jaký vztah k této návykové látce se má zaujmout.

Za základní způsoby užití pervitinu můžeme označit užití orální, kdy si jedinec vsype prášek např. do želatinové kapsle. Tento způsob užití je označen za bezpečnější způsob aplikace, než je tomu např. v případě injekční stříkačky. Před samotnou aplikací pomocí želatinové kapsle je důrazně doporučováno, aby se jedinec najedl a předešel tak vzniku žaludečních vředů a dalších nepříjemností. Výhodou takové užití je snížení vzniku zdravotního poškození, nenápadnost užití a zároveň předcházení sdílení potřeb, které jsou při užití injekční stříkačkou nutností. Za nevýhodu takové užití bývá označován pozdější nástup účinku návykové látky či v případě, že se jedinec před užitím nenají, může dojít k bolestem a zvracení.

Další způsob užití může být nazálně, tedy šňupáním. Vhodné je se vyvarovat užití pomocí srolované bankovky, na které se vyskytuje značné množství bakterií a použít k aplikaci tzv. „šňupátko“, které by mělo být měkké, aby nedošlo k poranění nosní přepážky a následnému možnému přenosu infekčních onemocnění. Za hlavní nevýhodu v případě nazálního užití bývá označován pomalejší „nájezd drogy“, než je tomu třeba v případě injekčního užití.

V případě užití pervitinu kouřením, se droga zahřívá zapalovačem a následně se pak mění v páru, která se vdechuje, většinou přes vrstvu alobalu. Při užití pervitinu kouřením téměř nehrozí riziko předávkování (Termer in. eDekontaminace, ©2011).

Užití pomocí injekční stříkačky je označován jako nejrizikovější způsob aplikace vůbec. Zejména z důvodu žilních infekcí, které mohou přejít až k otravě organismu a samozřejmě z důvodu přenosu infekčních onemocnění. V takovém případě je důležité mít vždy čistou jehlu, ale také pomůcky (voda, lžice a další) a nikdy injekční jehlu ani pomůcky s nikým nesdílet. Kalina (in. eDekontaminace, ©2010) popisuje nejen závislost somatickou a psychickou, ale také závislost na nitrožilním podání drogy, která představuje určitou rituální složku závislosti. Pokud se člověk rozhodne, pro nazální způsob užití neznamena to, že závislost nemůže propuknout, avšak při injekčním způsobu aplikace si jedinec může způsobit vážné zdravotní problémy, které mohou vést k poškození žil, abscesům či infekčním onemocněním.

Mezi nežádoucí účinky pervitinu patří zvýšený krevní tlak, nadměrné pocení, bolesti na hrudi, pohybové záškuby související s intoxikací, úzkosti, strach, pocity ohrožení či pronásledování, nulová reakce zornic na světlo či vysoká koncentrace na činnost, která je mnohdy nesmyslná, kdy se jedná o tzv. „zásek“. Při dlouhodobém užívání dochází k nápadnému úbytku hmotnosti, halucinacím či bludům a k propuknutí závislosti, která je psychická, přičemž fyzický odvykací stav chybí.

Při vysazení drogy dochází k nadměrné únavě, neklidu a k velkému chťiči užít drogu znovu. U klasického odvykacího stavu nedochází k ohrožení na životě či zdraví. Rizikovým projevem při dlouhodobém užívání může být rozvinutí toxické psychózy, přičemž u méně vážných případů spontánně odezní během několika dní bez potřeby medikace. Při vážnějších stavech je nutná hospitalizace na psychiatrii s užitím antipsychotik. V souvislosti s dlouhodobým užíváním může dojít k celkovému selhání oběhu, k poškození kardiovaskulárního systému a rozvoji psychické závislosti, která se zpravidla rozvíjí krok za krokem od experimentálního užívání, přes víkendové užívání až k užívání dennímu.

Do čtyř kategorií, které popisují hlavní škodlivé účinky užívání nealkoholových návykových látek, můžeme dle Fischera a Škody (2009, s. 92) rozdělit:

- Intoxikace, které jsou krátkodobé a akutní. Základní charakteristikou jsou změny v psychických, fyziologických a behaviorálních funkcích, přičemž jsou tyto změny individuální. Vše závisí na okolnostech užití a toleranci vůči užívané látce. Následky v takových případech mohou být velmi různorodé, přičemž k intoxikaci akutní může dojít i po prvním užití látky. V takových případech se vyskytuje značná zmatenost, agresivita, ztráta fyzické koordinace a soustředění. Důležité je si uvědomit, že při vzniklých náhlých komplikacích může být nejzávažnějším důsledkem užití látky smrt, která může být důsledkem náhlé intoxikace a to i v případě, pokud jedince látku užil poprvé. Nešpor (in. Kalina, 2003, s. 217) hovoří o akutní intoxikaci ve spojení s poruchami vědomí, vnímání, poznání a citů jedince a zdůrazňuje, že projevy akutní intoxikace se zpravidla odlišují od druhu užití návykové látky. U závažných stavů intoxikace je třeba vyhledat lékařskou pomoc a zajistit bezpečí jak pečující osoby, tak osoby, která návykovou látku užila.
- Zdravotní komplikace související s dlouhodobým užíváním návykových látek, kdy se může jednat o hepatitidy zejména hepatitidu typu C, která je přenosná krví. Dle tiskové zprávy Institutu Klinické a Expertní Medicíny (dále jen IKEM) z roku 2018 se v České republice vyskytuje až 40.000 osob, které jsou infikovány hepatitidou typu C, přičemž každým rokem je diagnostikováno zhruba 1.000 nových případů. Často se stává, že jedinec o svém onemocnění vůbec netuší, a proto bývá hepatitida typu C dle IKEMu definována jako tichý a nenápadný zabiják. Ve Zlínském kraji jsou dle Státního zdravotního ústavu k 10. 2. 2020 diagnostikovány dva nové případy výskytu hepatitidy typu C, celorepublikově se za měsíc leden-únor 2020 jedná o 137 nových případů. Další zdravotní komplikace, které mohou nastat v důsledku užívání návykových látek, popisuje Nešpor (in. Kalina, 2003, s. 217). Za vážná poškození nepovažuje nejen tělesná (hepatitida typu B, C), ale také ta psychická. V dnešní době lze hepatitidu typu C léčit bezinterferonově. Léčba pomocí interferonu, která byla donedávna aplikována, vedla k nežádoucím účinkům jako např. horečky, křeče, padání vlasů, otoky, ztráta hmotnosti a byla podávána injekčně. V samotných začátcích tato léčba vedla k uzdravení jednoho člověka ze dvou. Bezinterferonová léčba probíhá téměř bez kontraindikací a její úspěšnost je nejméně 95 procentní. Důležité je včasné odhalení a léčení jedinců s hepatitidou typu C (Zdravotnictví a medicína, ©2018).

- Za akutní sociální důsledky považuje Fischer a Škoda (2009, s. 92) stejně jako Nešpor (in. Kalina, 2003, s. 218) reakci společnosti na užívání návykových látek jedincem. Autoři zde zahrnují zatčení, výkon trestu odnětí svobody či přerušování vztahu s okolím.
- Za chronické společenské důsledky považují takové problémy, které úzce souvisí s jedincem a jeho rodinou či pracovním životem. Jedná se tedy o nezaměstnanost, rozpad rodiny či kriminalitu.

Při léčbě je důležitým prvkem zajistit absolutní abstinenci od látky, včetně drog konopných. Detoxifikace spočívá ve vysazení drogy vzhledem k absenci fyzického odvykacího stavu. Při léčbě je dle Kudrleho (in. Kalina, 2003, s. 146-148) dále důležité zohlednit všechny bio-psycho-socio-spirituální faktory a vést jedince zejména k:

- Zastavení kontaktu s prostředím, které mu dovoľovalo závisle žít.
- Detoxifikovat se nejen od drogy, ale i vztahů, návyků a prostředí.
- Dále je důležitá konfrontace jedince s tím, co ho zraňovalo a jakou sám druhým způsobil škodu svým jednáním.
- Rozeznat, porozumět a akceptovat zodpovědnost za život, který vede.
- Znovuobjevovat emoce a pocity, které jsou adekvátní situaci.
- Uvědomit si a pochopit mezilidské vztahy a souvislosti k okolí (přátelé, rodina, pracovní kolektiv).
- Hledat životní smysl a vztah k vyšším ideálům, k pravému „já“.
- V neposlední řadě zdokonalovat hodnoty, které souvisejí s jedincovou nabytou abstinencí.

V kapitole jsme vydefinovali závislost jako takovou, její vznik a příčiny či pojmy, které se závislostním chováním souvisí (craving, withdrawal syndrome). Dále jsme se zaměřili na psychostimulancia, jejich dělení a účinky na lidský organismus. Zároveň jsme neopomněli zmínit způsoby užití metamfetaminu, jejich rizikovost a zdravotní komplikace spojené s injekčním užíváním. V neposlední řadě jsme neopomněli zmínit přístupy a modely pomoci uživatelům návykových látek a důležité prvky při následné léčbě.

3 ŽENY A DROGY

Rozsáhlé statistiky a zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi drogovou závislostí u žen a mužů jsou značné a potřebují rozdílný přístup v mnoha ohledech. S jevem drogové závislosti přichází také fakt, že uživatelé v určité životní fázi přivádí na svět děti, což s sebou přináší další otázky ohledně budoucnosti. V následující kapitole se pokusíme popsat drogovou problematiku z pohledu žen a zdůraznit tak rozdílnost přístupů u žen a mužů. Dále se v podkapitolách zaměříme na rizikové faktory a důsledky užívání návykových látek v těhotenství.

S jevem ženství se v oblasti drogové problematiky setkáváme poměrně často jak na straně klientů, tak i na straně profesionálů. Za podstatný rozdíl u klientek uživatelék je dle Preslové (in. Kalina, 2015, s. 559-566) považován jev tzv. dvojí deviace, kdy je žena deviantní pro své návykové užívání, ale také selhává i ve své ženské, popřípadě mateřské roli. V poslední době roste počet žen závislých na alkoholu a drogách, avšak společnost je vůči těmto ženám mnohem kritičtější než v případě mužů, s čímž souhlasí i Nešpor (2018, s. 76). Tlak a zvláště negativní postoj vůči těhotným ženám a matkám užívajícím návykové látky často neumožní ženě včas vyhledat a přijmout profesionální pomoc. Zároveň podotýká, že ženy jsou k závislostem mnohem náchylnější, a tudíž sama závislost vzniká snáze. Což potvrzují i výzkumy NMS pro drogy a drogové závislosti (©2018, s. 3-4).

Stigmatizace žen užívajících návykové látky je daleko větší než u mužů. Ženám je totiž mimo jiné připisována i role matky a pečovatelky, přičemž jejich návykové chování této roli v očích veřejnosti odporuje. Taková stigmatizace může být častým problémem při vyhledávání či dokončení léčby. Z tohoto důvodu by poskytovatelé služeb pro osoby závislé na návykových látkách měly k ženám (a nejenom jim) přistupovat vstřícně a oprostít se od projevů diskriminace a moralizování.

Problematika závislosti na návykových látkách u žen a mužů je značně rozdílná a vyžaduje rozdílný přístup. Kalina (2008, s. 295-303) zmiňuje, že muži častěji uvádí ženy do návykového užívání a ženy jsou tedy v návykovém chování udržovány mužským elementy, což potvrzuje i Nešpor (2018, s. 76), který však dodává, že ženy jsou k návykovým látkám zpravidla rozvážnější a obezřetnější. Binder (in Hajný, 2004, s. 223) dodává, že závislost na návykových látkách se vyvíjí u žen rychleji než u mužů a následná citlivost k těmto látkám se mění v průběhu jejich menstruačního cyklu. Pokud se žena rozhodne pro léčbu, reaguje na ni daleko lépe než v případě mužů. Často dochází u žen k traumatům spojeným s fyzickým napadáním ze strany muže a drogy jsou poté jedinou cestou, jak se se situací vyrovnat. Ze studií

vyplývající z Výroční zprávy o stavu věcech drog v České republice (©2018, s. 4) plyne, že důležitou úlohu v životě ženy hrají partnerské vztahy. Ženy se často upínají ke svému protějšku i přes jeho návykové chování a často tak začnou či pokračují v užívání návykové látky také. Zároveň ženám oproti mužům často chybí dostatečné sociální zázemí a podpora. Ženy se častěji dostávají do situací, kdy žijí s partnerem užívajícím návykové látky nebo vyrostly v rodinách, kde se problémy s užíváním návykových látek vyskytují. Děti z takových rodin se rychleji osamostatňují a dospívají, a až v pozdějším věku si uvědomují, jak je jejich rodina ovlivnila.

Genderová specifika se projektují do léčebných programů, i přes fakt, že léčebné programy jsou z velké části orientovány na muže. Ženy jsou v terapeutických programech daleko úspěšnější než muži a vykazují daleko větší zlepšení. Základním problémem je však fakt, že ženy vyhledávají a dokončují léčbu daleko méně než muži, přičemž European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dále jen EMCDDA, ©2016) uvádí, že ženy léčbu vyhledávají daleko častěji než muži, což může souviset se širokou škálou programů specificky zaměřených na těhotné ženy a matky uživatelky. Dále však dle zjištěných studií vyplývá, že ženy a matky uživatelky vyhledávají specializované služby daleko méně než muži z důvodu stigmatizace a dochází zde k rozporu zjištěných poznatků.

Velkou výzvou pro vyspělé země je tedy zavádění léčebných programů s ohledem na ženské potřeby. Genderově vstřícné programy dle Kaliny (2008, s. 295-303) musejí být ucelené a reagovat na ženské problémy, které při užívání drog nastávají. Mezi takové problémy se řadí sociální stigma, problém dvojí deviace, těhotenství, mateřství a časté rizikové chování, které zahrnuje prostituci či problémy s psychickým zdravím. O takzvaných „co-occurring disorders“ hovoří i Harm reduction Journal (©2012, s. 2), který popisuje souběžně se vyskytující poruchu s poruchou užívání návykových látek, kterou lze přeložit jako duální diagnózu. Až dvě třetiny žen, které užívají návykové látky, mohou mít problémy s duševním onemocněním včetně depresí, posttraumatické stresové poruchy, panické poruchy či poruchy příjmu potravy. Ženy bývají mnohem častěji obětmi domácího násilí, sexuálního napadení či znásilnění. O duálních diagnózách hovoří celá řada autorů. Kalina (2015, s. 70) popisuje duální diagnózu jako souběh faktoru závislosti a duševní poruchy přičemž v adiktologii lze rozlišit tři typy:

- Prvním typem jsou jedinci závislí na návykových látkách, kteří vykazují známky komplikace psychopatologické, avšak po vysazení látky dochází k ústupu příznaků duševní poruchy.

- Druhým typem mohou být jedinci, kteří užívají návykovou látku právě proto, že jim subjektivně poskytne zmírnění příznaků.
- Třetím typem jsou jedinci, kteří kromě návykového chování nevykazují žádné další duševní abnormality. Takový případ by dle autora byl považován za raritu.

Dále Harm reduction Journal (©2012, s. 3-9) hovoří o viktimizaci žen, která bývá spojena s negativními důsledky (posttraumatická stresová porucha, z anglického překladu PTSD - posttraumatic stress disorder, deprese, úzkosti, nízké sebevědomí nebo sebevražedné chování). Posttraumatická stresová porucha bývá často spojena s metamfetaminem, protože ten zvyšuje hladiny dopaminu, noradrenalinu a serotoninu, a tím působí na organismus jako velmi silné antidepresivum. Tím se i částečně vysvětluje jeho obliba u žen.

Z výzkumů dále vyplývá, že ženy, které si prošly v dětství násilím, jsou náchylnější k alkoholu a jiným návykovým látkám. Obliba metamfetaminu u žen je dána i rychlou ztrátou hmotnosti při užívání, což způsobuje poruchy příjmu potravy. Ženy jsou vystavovány neustálému porovnávání ideálu krásy, který souvisí s fyzickým vzezřením.

Dalším faktorem, kterému jsou ženy vystavovány, bývá role pečovatelky. Neustálý tlak společnosti na ženu být dokonalou matkou a zastávat více úloh najednou je také důvodem, proč ženy sáhnou po droze. Ženy poté mají více energie, jsou výkonnější, zvládají více věcí a jsou déle vzhůru.

Preslová (in. Kalina, 2015, s. 560-566) popisuje, že u klientek uživatelky dochází ke zvýšené míře zneužívání a prostituce. V anamnéze žen trpících závislostí se sexuální zneužívání objevuje často, k čemuž se žena přiznává až po delší psychologické spolupráci nebo k uvědomění si takového chování vůči ní dochází v doléčovací fázi. Téma zneužívání přichází s těhotenstvím a porodem, kdy začíná být žena daleko vnímavější k věcem spojeným s psychikou a výchovou dítěte. Spojení psychického či fyzického násilí v dětství či dospívání s užíváním návykových látek bývá poměrně časté.

Ženy v drogových kruzích přecházejí pod moc dominantního a násilnického muže, což jim vzhledem k jejich zkušenostem a anamnéze připadá v pořádku a normální. Tím se vytvoří celistvý kruh dětství, dospívání a poté i projektování modelu, který byl v původní rodině běžný. Ženy v léčbě se vyznačují stydlivostí, negativním pohledem na své tělo, velmi malým sebevědomím a absencí navazovat běžné vztahy. V současné době jsou na území ČR nabízeny programy zaměřené na matky-uživatelky, především ve větších městech, a to jak v rovině nízkoprahových programů, tak i v rovině léčebných či doléčovacích, například Terapeutická

komunita Karlov funguje pro společnou léčbu matky, popřípadě otce, kteří zde mohou být i se svým dítětem, přičemž letité zkušenosti ukazují, že být pro své dítě dobrou matkou je velmi silný a úspěšný zdroj motivace k dokončení léčby.

3.1 Rizikové faktory v těhotenství

Samotné těhotenství můžeme označit jako velmi aktivní a dynamický děj, při kterém se mohou vyskytnout komplikace. Velká část rizikových faktorů však může být způsobena samotnou gravidní ženou. Z obecného hlediska můžeme říci, že důležitými faktory v průběhu těhotenství je zdravotní péče, zdravotní stav a také životní styl těhotné ženy. Zároveň se však mohou vyskytnout rizikové faktory, které vývoj a výsledek těhotenství ovlivní, ať už se bavíme o rizicích neovlivnitelných či ovlivnitelných.

Dle Preslové (2011, s. 5) se často jedná o neplánová, nechtěná těhotenství nebo těhotenství zjištěná v pozdější době, kdy matka stále drogy užívala, což potvrzuje i Gregora a Velemínský (2011, s. 106), kteří dodávají, že většina žen ztrácí menstruaci v souvislosti se svým životním stylem a tím pádem si myslí, že otěhotnět nemohou. Často tak své těhotenství zjistí v době pozdější, kdy už sami cítí pohyby plodu.

Sociální zázemí pro matku s dítětem bývá nestabilní, nevyhovující a často i matky samotné nemají vyřešený svůj postoj k užívání návykových látek, což mnohdy znesnadňuje možnost se o dítě kvalitně postarat. Na základně těchto faktorů bývá přistoupeno k intervenci ze strany Orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD), (Preslová, 2011, s. 6).

Hájek (2004, s. 25) popisuje, že už samotné riziko spočívá v nepravidelném navštěvování prenatalní poradny, což se děje zejména u žen s nižším socioekonomickým postavením. Za výrazné ovlivnění průběhu těhotenství a následné ohrožení novorozence považuje Hájek závislost na návykových látkách u gravidních žen. V případě pravidelného navštěvování prenatalní poradny lze prevencí zmírnit rizikové dopady na plod i ženu např. metadonovým programem. Dále dodává, že u žen závislých na návykových látkách je největší riziko perinatální úmrtnosti.

Olecká, Přecechtěl a Skarupská (©2019, s. 19) hovoří o trestné činnosti zaměřené proti životu a zdraví dětí věku předškolního, evidovaných ve statistikách Policie České republiky ve spojitosti s nadužíváním alkoholu. Z daného příspěvku vyplývá, že se nepotvrdil v souvislosti s danou trestnou činností očekávaný předpoklad vysoké prevalence nadužívání alkoholu, avšak dodávají, že se jedná pouze o kriminalitu, která je evidovaná.

Vavřínková, Binder (2007, s. 32) zmiňují, že zdravotní péče o gravidní ženu závislou na návykových látkách začíná jejím vstupem do systému péče ve zdravotnictví, avšak nutit ženu k abstinenci není účinným řešením. U takové ženy není péče omezena pouze na ženu a plod, ale jsou zde i další faktory, které je potřeba řešit, ať už se jedná o nestabilní zázemí, péči o dítě nebo problémy správné výživy. Častým jevem je však žena, přicházející k porodu s nulovou prenatální péčí. Lékaři tedy často čelí tlaku s nespolupracující rodičkou a chybějícími záznamy o průběhu těhotenství. Každý takový porod se však významně liší, pokud je žena pod vlivem návykové látky. Preslová (2013, s. 3-5) dodává, že se často jedná o neplánovaná těhotenství či těhotenství zjištěná v pozdější době.

3.2 Důsledky užívání návykových látek v těhotenství

Užívání metamfetaminu v těhotenství představuje jednu z největších výzev v oblasti veřejného zdraví 21. století. První výzkumy, které se zabývaly problematikou neonatálního abstinčního příznaku (dále jen NAS) lze zaznamenat na počátku 60. let. Z těchto výzkumů je dle Preslové (in. Kalina, 2003, s. 244-246) patrný negativní vliv alkoholu na matku i dítě, v případě chronického užívání alkoholu. Syndrom NAS se objevuje u novorozenců, jejichž matka v těhotenství užívala opiáty, kanabinoidy, stimulancia a další látky, které ovlivňují centrální nervovou soustavu (dále jen CNS).

U žen užívajících substituci, abstinční příznaky u dítěte odeznívají později. Na počátku 70. let jsou zveřejněny výzkumy popisující tzv. fetální alkoholový syndrom (dále jen FAS), který bývá častou příčinou mentálního postižení. Nejčastějšími riziky užívání alkoholu v průběhu gravidity jsou:

- V prvním trimestru poruchy vývoje či abnormální rysy.
- V druhém trimestru dochází častěji k potratům, dítě po porodu bývá plačtivé, podrážděné a mívá sníženy dýchací pohyby.
- Ve třetím trimestru může dojít k poškození cév nebo poruchám CNS. V důsledku užívání alkoholu v těhotenství mívá dítě nižší porodní hmotnost, kraniofaciální dysmorfii³ či poškození CNS (mentální postižení, kognitivní poruchy).

³ Kraniofaciální dysmorfie – se projevuje poruchami zraku, sluchu, vysokým čelem, zploštělým čelem či celkovou svalovou hypotonií (Steinberg et al., PubMed, 2003).

Nešpor (2018, s. 77) dodává, že kromě FAS, dochází častěji k postižením, která nejsou tak nápadná a projevují se spíše sníženým intelektem, poruchami v chování, zvýšeným kriminálním chováním či sexuální delikvencí.

V případě nealkoholových návykových látek je poměrně těžké určit přesnou hranici působení na dítě, poněvadž neonatální abstinenci syndrom lze intenzivněji rozeznat u závislosti na opiátech či benzodiazepinech, a to již v prvních hodinách či dnech po porodu. Hamplová (2015, s. 43) dodává, že při užívání sedativ či opioidů se tento abstinenci syndrom může vyskytovat až v 95% případů a obvykle se objevuje do 48 hodin po porodu. U dítěte se objevuje vysoká míra plačtivosti, nízká porodní hmotnost, neklid, poruchy spánku či může dojít k syndromu náhlého úmrtí dítěte. Není výjimkou, že u žen závislých na návykových látkách dochází ke kombinaci více druhů drog a často se v kombinaci s drogou objevuje nadužívání alkoholu. Ženy, které těhotenství nevyklučují, by proto měly abstinovat. Při užívání metamfetaminu v těhotenství jsou pro plod nejhorší výkyvy organismu, které vznikají po jeho užití.

Při užívání stimulantů se snižuje okysličení plodu z důvodu snížení průtoku krve placentou a dochází ke zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku. Závažnými důsledky proto může být snížená porodní hmotnost, zvyšuje se riziko předčasného porodu a může dojít až k odloučení placenty a náhlému úmrtí novorozence. S každou další dávkou se tato rizika stupňují. Plod, který se v těle ženy vyvíjí, potřebuje zejména zdravou matku. Je tedy potřeba během těhotenství dodržovat i správnou životosprávu, poskytovat plodu dostatečný příjem vitamínů a živin a dodržovat pravidelnou hygienu.

Řešením této situace je zachytit ženu užívající návykové látky včas a co nejdříve začít s léčbou ve specializovaném zařízení. Bohužel dle Vavřínkové, Bindera (2007, s. 33) je velmi nepravděpodobné, že u ženy těhotenství vyvolá impuls k léčbě. Těhotenství pro ženu závislou na návykových látkách ve většině případů nebývá dostatečným podnětem k abstinenci. Také není dobré ženu do abstinence nutit, ale důležitým prvkem je doporučit ženě spolupráci s adiktology. Kontaktní centra a Terénní programy by prostřednictvím svých pracovníků měli ženu směřovat k návštěvě lékaře, pokud tak žena sama nečinila nebo pokud pracovník shledá, že těhotenství ženy neprobíhá vhodným způsobem.

Dále zmiňují, že aplikace drog v těhotenství intravenózní cestou může způsobit celou řadu komplikací, v případě aplikace nečisté drogy nebo aplikace nesterilními pomůckami pro přípravu drogy. Po aplikaci drogy nesterilní cestou může dojít k přenosu infekčních onemocnění jako například hepatitidy, HIV, flebitidy, či endokarditidy. Přenos žloutenky z matky na dítě dle Černohorské (in. eDekontaminace, ©2018) není tak častý, udává se riziko

3-6%, avšak riziko přenosu HIV je podstatně vyšší. K přenosu HIV může dojít již v průběhu těhotenství přes placentu nebo při samotném porodu. Uvádí se, že riziko přenosu se pohybuje mezi 20-30%. Zásadní rozdíl nastává v bezpečnosti mateřského mléka. U hepatitid je tento přenos vzácný, avšak u HIV pozitivní matky je kojení striktně zakázáno.

Z tohoto důvodu je důležité, aby žena, která užívá návykové látky v těhotenství intravenózně, byla v kontaktu s nízkoprahovým zařízením, které jí zprostředkuje výměnu injekčního materiálu. Preslová (in. eDekontaminace, ©2018) zmiňuje, že syfilis může být původcem vrozené, závažné formy onemocnění u dítěte. V případě včasných a pravidelných návštěv prenatální poradny se odebírá pupečnicková krev a následně se určí, zda se má infekce léčit. Hepatitida typu C se u novorozence bezprostředně po porodu neprojevuje a je potřeba dítě nadále sledovat. U HIV pozitivní matky je zapotřebí zmírňovat viry v její krvi, aby zátěž na dítě byla co nejnižší, a přistupuje se k porodu císařským řezem. Pokud dojde k dodržení doporučení, jsou rizika co možná nejmenší. Černoorská (in. eDekontaminace, ©2018, s. 6-8) zmiňuje důsledky užívání pervitinu v těhotenství, kterými mohou být nízká porodní hmotnost dítěte, i když se u dítěte neobjevuje klasický abstinenci syndrom, který je typický pro benzodiazepiny, opiáty či alkohol. V případě abstinenci syndromu u dítěte dochází k útlumu dýchání, novorozenci mají snížený svalový tonus, nízkou teplotou, problémy s příjmem potravy či poruchy srdečního rytmu. I přesto, že se u novorozenců, jejichž matka v průběhu těhotenství užívala pervitin, neobjevuje fyzický abstinenci syndrom, novorozenci bývají plačtiví, nespokojení a nervózní.

Ženy závislé na návykových látkách, dle Vavřínkové, Bindnera (2007, s. 2-10) jsou při porodu neklidné až úzkostné a daleko více prožívají bolest, což vyplývá i ze statistik Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR z roku 2007. Z těchto statistik také vyplývá, že ženy závislé na návykových látkách mají daleko vyšší nároky na analgezii. Pokud se přistoupí k císařskému řezu, indikace probíhá stejně jako u zdravých žen. Při celkové anestezii ženy však mohou vzájemně reagovat drogy a látky navozující anestezii. V případě užívání opiátů, je velká pravděpodobnost potřeby vyššího dávkování. U alkoholu se posiluje účinek látek navozujících anestezii a zároveň může docházet k útlumu srdeční svaloviny. Proto je v případě císařského řezu doporučována pouze částečná anestezie, nikoliv celková. Ta je využívána v krajních případech intoxikace ženy.

Častým problémem, se kterým se pracovníci setkávají u žen užívajících stimulanty, bývá agresivita a takto závislé ženy do prenatální poradny nedochází vůbec či velmi nepravidelně.

Dále popírají svou drogovou závislost nebo ji velmi zlehčují. V důsledku intravenózního užívání je důležité provést testy na hepatitidy a HIV.

Ze statistik Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (©2007, s. 5-8), které se zaměřily na sledování novorozence vystaveného účinkům stimulantů, či kombinací více návykových látek vyplývá, že novorozenci mívají nižší porodní hmotnost, obvod hlavy je menší, dolní končetiny kratší a ve srovnání se zdravými dětmi vykazují nižší skóre neonatální posudku.

Abstinenční syndrom bývá kratší a méně intenzivní než u opiátů, avšak tyto děti vykazují výkyvy v chování a zvýšenou míru srdečních anomálií. Odbourávání drogy z těla je spojeno i s odbouráváním u plodu, což může způsobit značná poškození plodu. Proto je důležité u uživatelů závislých na návykových látkách, častěji provádět biometrii pomocí ultrazvuku a následné hodnocení plodové vody. S narůstajícím počtem drogově závislých žen je také zvýšené riziko, že při nedostatečném řešení situace v rodině se mohou děti vydat stejnou cestou jako jejich rodiče.

Ve třetí kapitole jsme se zabývali drogovou závislostí z pohledu žen. Rozsáhlé statistiky a zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi drogovou závislostí u mužů a žen jsou značné a potřebují rozdílný přístup. Dále se v kapitole zabýváme rizikovými faktory v těhotenství, zejména v souvislosti s užíváním návykových látek a důsledky toho užívání v průběhu celého těhotenství.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Stigmatizace žen užívajících návykové látky je velmi aktuální téma, které se řeší napříč celým světem. Ženám je totiž oproti mužům mimo jiné připisována i role matky a pečovatelky, přičemž jejich návykové chování této roli v očích veřejnosti odporuje. Taková stigmatizace může být častým problémem při vyhledávání či dokončení léčby.

Rozsáhlé statistiky a zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi drogovou závislostí u žen a mužů jsou značné a potřebují rozdílný přístup v mnoha ohledech. S jevem drogové závislosti přichází také fakt, že uživatelé v určité životní fázi přivádí na svět děti, což s sebou přináší další otázky ohledně budoucnosti. Často se jedná o neplánová, nechtěná těhotenství nebo těhotenství zjištěná v pozdější době, kdy matka stále drogy užívala. Sociální zázemí pro matku s dítětem bývá nestabilní, nevyhovující a často i matky samotné nemají vyřešený svůj postoj k užívání návykových látek, což mnohdy znesnadňuje možnost se o dítě kvalitně postarat. V České republice je výzkumů zaměřených konkrétně na matky závislé na nelegálních návykových látkách velmi málo.

Praktická část diplomové práce, která přímo navazuje na část teoretickou, prezentuje a reprodukuje výsledky kvalitativního výzkumu. Vzhledem k cíli výzkumu byla zvolena právě tato výzkumná strategie, při které můžeme pracovat více do hloubky a zkoumat určité osobní zkušenosti. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 13-14) zdůrazňují, že v případě kvalitativního výzkumu není důležitý pouze výsledek, ale celý proces, který k cíli vede. Kvalitativní metodologie vychází z indukce. Disman (in. Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 15): *kvalitativní výzkum popisuje jako výzkum, při kterém nepoužíváme statistických procedur nebo jiných způsobů, které jsou typické pro kvantifikaci.*

Strauss a Corbinová (1999, s. 10) za kvalitativní pokládají takové výzkumy, které se týkají lidí a jejich životů, chování, příběhů či vzájemných vztahů. Pro každého však může výzkum kvalitativní znamenat něco jiného. Rozhovor a pozorování jsou obvykle spojovanými metodami s výzkumem kvalitativním, přičemž dále může své poznatky výzkumník klasifikovat způsobem analýzy statistické. Za hlavní dovednosti, které jsou potřeba ke kvalitativnímu výzkumu, Strauss a Corbinová (1999, s. 11) definují následující:

- Kriticky analyzovat situaci a umět od ní odstoupit.
- Vyvarovat se zkreslení.
- Získat validní a hodnověrné informace.

- Nadání abstraktně myslet.

K těmto dovednostem výzkumník dále potřebuje sociální a teoretické cítění, dobrou komunikační úroveň, musí využít dosavadní zkušenosti k vysvětlení toho, co vidí, ale zároveň musí umět analyticky odstupit. Jedním z důvodů proč zvolit kvalitativní výzkum může být zkoumaný problém a jeho jádro. To je případ výzkumu, ve kterém se snažíme poodkrýt zkušenosti jedince se zkoumaným jevem, například závislostí.

Na základě studia odborné literatury se ve výzkumu soustředíme na otázky spojené s těhotenstvím a mateřstvím matek závislých na nelegálních návykových látkách, a to především na pervitinu. Výzkumem se snažíme nahlédnout do života matek, které se potýkají s drogovou závislostí a porozumět tak, jakou roli pro matku v této „drogové kariéře“ zastává dítě. Primární snahou zůstává rozšíření poznatků a hlubší probádání zkoumaného fenoménu.

Výzkum byl realizován pomocí narativních rozhovorů, které se řadí do kvalitativního, nestandardizovaného dotazování. Výzkumník zpravidla stanoví téma, na které participant reaguje volným vyprávěním. Volné vyprávění pomáhá odhalit subjektivní zkušenosti jedince se stanoveným tématem, přičemž při dotazování přímém by tyto subjektivní zkušenosti mohly zůstat skryty. Při realizaci výzkumu jsme se doptali v průběhu rozhovoru jednoduchými doplňujícími otázkami na případné nejasnosti a informace, které v průběhu rozhovoru nezazněly.

4.1 Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky

Výzkumný problém diplomové práce stanovujeme jako snahu o nahlédnutí do života drogově závislých matek, odhalení problémů, které jsou v přímé souvislosti s drogovou závislostí a popsání příčin a důsledku s nimi souvisejícími. Také se zabýváme subjektivním pohledem matek na danou situaci formou jejich životního příběhu.

Hlavním cílem výzkumu je porozumět, jakou roli zastává dítě v životě matky závislé na návykových látkách a popsat tak osobní zkušenosti s péčí o dítě. Pokusíme se porozumět:

- Životní situaci matek a popsat tak roli a postavení dítěte v jejich deviantní kariéře.
- Porozumět příběhu a začátkům užívání návykových látek, které je mnohdy provází větší část jejich života.
- Pokusíme se o zachycení nejdůležitějších témat, které matky po celou dobu jejich závislosti provázejí.

Dále se pokusíme zachytit průběh těhotenství (plánované, neplánované), zda participantky výzkumu v průběhu těhotenství chodily na pravidelné zdravotní prohlídky, zda v průběhu těhotenství přestaly užívat návykové látky či změnily způsob užívání. Pokusíme se odhalit předsudky, které jsou spjaty s návykovým užíváním v těhotenství a i po něm, a kterým ženy musely čelit. V neposlední řadě se budeme snažit popsat zkušenosti matek závislých na návykových látkách s Orgánem sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD).

Výzkumné otázky dle Švaříčka a Šedové (2010, s. 69) tvoří jádro každého výzkumu a jsou v souladu s výzkumným problémem a výzkumným cílem. Prezентují tak konkretizování a zúžení problému výzkumného. V rámci interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA) se výzkumná otázka zaměřuje na určité situace, s kterými jsou skupina nebo jednotlivci konfrontováni, a jak tuto situaci vnímají. Dále se výzkumná otázka zaměřuje na individuální zkušenost jedince. Výzkumná otázka vychází z těsnosti vztahu mezi výzkumníkem a realitou, kterou výzkumník zkoumá, proto jsme pro výzkum zvolili následující **hlavní výzkumnou otázku**:

Jaká je role dítěte v deviantní kariéře matky?

Jedná se o vlastní reflexi a subjektivní pohled žen na péči o své děti. Konkrétní zájem je soustředěn na období těhotenství, porodu a následné péče o své dítě v „drogové kariéře“ žen. Podrobněji se jedná o období těhotenství, jeho průběh v souvislosti s užíváním návykových látek. Zda v těhotenství přemýšlely o změně způsobu aplikace nebo o úplné abstinenci v souvislosti s prokázanou škodlivostí návykových látek pro plod a jeho následný vývoj. Zda pro ně dítě bylo dostatečnou motivací vedoucí k abstinenci. Důraz je dále kladen na oblast spojenou s péčí o dítě, dostatečným zázemím pro sebe a dítě po porodu.

4.2 Design výzkumu

IPA vychází z právě žité zkušenosti jedince. Koutná Kostínková a Čermák (in. Čermák a Hytych, 2013, s. 9-12) ji představují jako kvalitativní psychologický typ výzkumu, jejíž počátky jsou v psychologii zdraví, přičemž v současnosti je aplikována do různých odvětví.

Tato analýza pomáhá podrobně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje pochopit individuální události nebo procesy. *Podnětem pro vznik IPA byla potřeba fenomenologického přístupu, který umožní podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti*

a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké filozofické znalosti. Ve třech zdrojích zakotvuje IPA své teoretické postavení:

- *Fenomenologii* – která z tradičního hlediska zkušenost zachycuje deskriptivně, čímž je fenomén nezatížen individuální zkušeností interpretujícího, přičemž oddělit žitou zkušenost interpretujícího je mnohdy složité. Zkušenost žitá je brána jako podstatný termín v IPA.
- *Hermeneutice* – přičemž se v souvislosti s IPA zmiňuje tzv. *dvojitá hermeneutika*. Participant se snaží své zkušenosti porozumět a výzkumník se snaží pochopit, jak dospívá participant výzkumu tomuto porozumění.
- *Idiografickém přístupu* – který se zaměřuje na jedince, kteří v životě specifickou situaci zažívají.

Metodou tvorby dat bylo využito narativních rozhovorů, které jsou typem kvalitativního nestandardizovaného dotazování, přičemž je dotazovaný ponechán, aby volně vyprávěl na téma, které mu výzkumník zadá. Odhalení subjektivních zkušeností je základem tohoto typu rozhovoru. V případě standardizovaného dotazování by mohly některé subjektivní prožitky zůstat skryty. V průběhu celého rozhovoru byli participanti ponecháni volně vyprávět svůj příběh od začátku, kdy se s drogou poprvé setkali až po těhotenství, mateřství a následnou péči o své děti. Pokud v průběhu rozhovoru došlo k určitým nejasnostem nebo úniku od tématu byl ponechán prostor na doptávání v kontextu dané situace, což také přispívá k odkrytí témat, která by přímým dotazováním zůstala skryta. Občasný únik od tématu a přílišnou aktivitu výzkumníka zaznamenáváme jako malou nevýhodu zvoleného typu narativních rozhovorů.

Jednotlivé rozhovory byly vždy realizovány osobně prostřednictvím Terénních programů ve Zlíně, jehož jsou participanté výzkumu dlouhodobými klienty, využívají jejich služeb a výzkumník zde pracuje na pozici terénního sociálního pracovníka. Před každým rozhovorem předcházelo kontaktování participantů pomocí pracovního Facebooku Terénních programů ve Zlíně, kde s klienty běžně komunikují, domlouvají si s nimi setkání ohledně poradenství, výměny injekčního materiálu či testování. Terénní programy ve Zlíně jsou službou, která aktivně kontaktuje a vyhledává uživatele nealkoholových návykových látek v jejich přirozeném prostředí. Terénní programy se řídí principy Public health a Harm reduction.

Na začátku každého rozhovoru proběhla neformální konverzace, v které jsme seznámili participanty s tématem. Plánování a jednotlivá realizace rozhovorů byla značně problematická v souvislosti s omezením pohybu v České republice z důvodu zamezení šíření nákazy. Po

rozvolnění těchto opatření bylo přistoupeno k volbě volného prostoru v prostředí parku či předzahrádky rodinného domu, kde to i participantům bylo příjemné, zejména z důvodu péče o své děti.

První rozhovor s participantem A, tedy Janou, byl již v minulosti realizován v bakalářské práci *Droga jako součást života klientů programu Streetwork* (Ďurd'ová, 2018). Výzkum se zaměřoval zejména na otázky spojené se začátky užívání návykových látek, subjektivními zkušenostmi participantů s drogou a na celkový význam drogy pro participanty výzkumu. V případě dalších rozhovorů nebylo porovnání možno z důvodu neúčasti ve výzkumu před dvěma lety. Průměrná délka rozhovorů činila zhruba 40 minut, přičemž rozhovor s participantkou A – Janou, byl delší právě o výzkum realizovaný dva roky zpět, tedy v roce 2018. Zajímavým prvkem rozhovoru po dvou letech je náhlá změna zázemí a vztahů, která u participantky nastala.

Za účelem doplnění nejasností a informací bylo přistoupeno k novému setkání s participanty, při kterém se situace ohledně případných nejasností, zejména v péči o děti dovysvětlila. Jednotlivé rozhovory za účelem doplnění informací trvaly zhruba 10 minut.

Každý rozhovor tedy započal neformální konverzací a případnou výměnou injekčního a dalšího zdravotnického materiálu potřebného pro bezpečnou aplikaci návykové látky, jelikož jsou všichni participanté výzkumu klienty Terénních programů ve Zlíně. Následně bylo přistoupeno k bližšímu seznámení s tématem rozhovoru, očekávání a podstatě výzkumu. Cílem neformální konverzace na začátku rozhovoru bylo navodit atmosféru, v které se participanté výzkumu cítí bezpečně a pociťují důvěru.

Všichni participanté výzkumu souhlasili s pořízením záznamu na diktafon z důvodu lepší transkripce rozhovorů. Souhlas s účastí ve výzkumu a následné nahrávání rozhovorů na diktafon byl všemi participanty potvrzeno ústně. V případě citlivějších témat bylo přistoupeno k následnému prostřídání s tématy méně závažnými. Častým prvkem rozhovorů bylo korigování odpovědí participantů a následné vracení se k tématu, protože měli tendenci od tématu unikat. V závěru rozhovorů byl každý z participantů ponechán k případnému doplnění informací, které nezazněly. V souvislosti se zvolenou výzkumnou metodou (IPA) je důležité stanovit si témata, která vhodně reprezentují zásadní rysy zkoumaného fenoménu. Zajímala nás tedy oblast začátku „drogové kariéry“ participantů a následně pak část života spojená s těhotenstvím, mateřstvím a péčí o děti.

V první fázi analýzy dat jsme přistoupili k doslovnému přepisu rozhovorů, které byly za souhlasu participantek výzkumu nahrávány na diktafon. Audiozáznam výrazně pomohl k vybavení důležitých částí rozhovorů, zejména pak k citovému zabarvení slov a k slangu, který je pro jedince závislé na návykových látkách typický. Opakované přehrávání rozhovorů a následné přepisování pomohlo odhalit informace, které při prvním poslechu mohly zůstat skryty.

V další fázi analýzy dat jsme se věnovali přepisování *komentářů a poznámek*. Koutná Kostínková a Čermák (2013, s. 17-22) popisují důležitost zabývat se i na první pohled nepodstatnými detaily zkoumaného fenoménu a věnovat se všem částem výzkumu. Pravidla, která se týkají zaměření komentářů a poznámek ve své podstatě neexistují. Hlavním cílem je tedy vytvořit poznámky, prostřednictvím kterých vidíme svět očima participantů výzkumu.

- 1 Dostala jsem se k tomu tak, že ^{nejší slovo} vlastně můj expřítel byl vlastně aj otec mojí dcery, tak na tom byl závislý
- 2 celý náš vztah. Já jsem k tomu nikdy neměla odpor, nikdy mi to nevadilo, akorát jsem v tu dobu brala
- 3 jiné drogy, než jsem byla těhotná a myslím si, že ^{první zkušenost} před tím dítětem to byla nejvíc extáze, na čem jsem
- 4 byla závislá. No a co se týče k tomu pervitinu, mě dostal bývalý no. Šak pak vlastně jak se narodila malá
- 5 tak já jsem vlastně celé ^{bea extáze a těhotenství} těhotenství byla úplně čistá, v pohodě, dodělávala jsem školu, protože vlastně
- 6 moje závislost před těhotenstvím byla vlastně jenom na těch extázích. Pak jsem porodila malou, rok
- 7 jsem ještě kojila, toto kdesi cosi. ^{hubení a kouření a těhotenství = pohoda} Hulila jsem trávu, že samozřejmě. Toho jsem se nezbavila vlastně celé
- 8 těhotenství. A kouřila cigára, že. A potom nějaké to zpestření přišlo od bývalého, tak jsem to taky chtěla
- 9 zkusit. A už se to se mnou veze, od devatenácti. A hned jehlou. Mně to nikdy nějak nevadilo, jsem proti
- 10 smažkám nic neměla. Rodina ^{rodinné záležitosti} to nevěděla, nikdo vůbec. Od 16 jsem byla na intru a o víkendy kde se
- 11 dalo. Takže jako o mě se rodiče moc nestarali, já to měla spíš takové šílené. Ale dobré to bylo,
- 12 vzpomínám na to dobře. Dalo mi to hodně a vůbec nic mi to nevzalo, takže dobré. ^{shodnocení „kariéry“}
- A co se ti vybaví, když se řekne slovo droga?**
- 13 Experiment, co i mladí lidé to chtějí zkusit. Já jsem to věděla, už když jsem byla malé děčko, že to
- 14 zkusím, jako fakt beze randy. Maminka a tatka tu ^{malé rodiče} vlastně už 10 roků nejsou. Neměl mi to nikdo ani
- 15 zakazovat. Jsem skrz toto slabomyslná. Je to v hlavě. Jak to má člověk v hlavě v pohodě a snaží se nějak
- 16 normálně fungovat, tak si myslím, že i to brání drog bude v pohodě. Není to v pohodě, jasně, ale patří
- 17 to ke mně. Je to závislost. Jé to moje odvrácená stránka. ^{význam drogy = součást mě}

①

Obrázek 1 – ukázka komentářů a prvotních poznámek v rozhovoru

Rozvíjení témat je další fázi analýzy získaných dat. To, co se nám zdálo být na začátku celkem, se stává v rámci fáze analýzy částmi, které se v závěru spojí v nový celek. Původní poznámky mají nepatrně nižší úroveň abstrakce než názvy témat.

V další fázi analýzy dat je důležité *hledat souvislosti napříč tématy*. Zaměřujeme se na vzájemné mapování propojenosti témat. Vhodným způsobem analýzy je přepsat si témata podle toho, na jakém řádku se objevovala. Přirozeným způsobem se tak stanou z témat témata nadřazená nebo se některá z témat propojí v jedno. Témata nadřazená a hlavní poté vyplývají z této fáze analýzy dat. Poté přistoupíme k *analyzování dalšího rozhovoru*.

V závěrečné fázi se snažíme *zjistit souvislosti* mezi zkušenostmi jednotlivých participantů. Tabulkové nebo grafické znázornění vztahů mezi tématy může být výsledkem této fáze analýzy.

<u>Nadřazená témata</u>		
Participant A - Jana	Participant B - Pavla	Participant C - Lucie
V životě se má zkusit vše	V životě se má zkusit vše	V životě se má zkusit vše
Těhotenství	Těhotenství	Těhotenství
Zvládání péče o děti	Zvládání péče o děti	Zvládání péče o děti
X	OSPOD jako společný nepřítel	OSPOD jako společný nepřítel

Tabulka 2 – nadřazená témata

4.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek se v rámci IPA zaměřuje na menší počet respondentů. Podstatným prvkem při tomto typu výzkumu zůstává, aby daný vzorek vhodně reprezentoval daný fenomén. Přirozeným faktem je, že výběr participantů má povahu záměrného výběru. Cílem dle Švaříčka a Šed'ové (2010, s. 73) není výběr vzorku, který reprezentuje danou populaci, ale výběr vzorku reprezentující určitý problém. Od definování výzkumného problému a výzkumných otázek se odvozuje výběr případů. Výběr nebývá tvořen v jednom momentě, ale v průběhu sběru a analýzy dat, přičemž je následně rozšířen.

Základní kritérium výzkumného vzorku bylo staveno jako: žena, která užívá nebo v minulosti užívala nelegální návykové látky a je také zároveň matkou.

V praktické části diplomové práce představujeme jako výzkumný vzorek 3 ženy ve věku od 26-35 let, což dle Vágnerové (2007, s. 9) představuje tzv. *období mladé dospělosti*, do které je zahrnuto několik zásadních životních mezníků, konkrétně i uzavření manželství a zplazení dětí. Participantky se v rozmezí od 14-19 let věku života začaly potýkat se závislostním chováním, konkrétně závislostí na pervitinu. Vágnerová (2005, s. 321) označuje toto období jako *období*

dospívání – adolescence, přičemž v tomto období dochází ke komplexní osobnostní proměně a je tedy označováno za specifické životní období.

Tento výzkumný vzorek byl vybrán účelově a byla použita metoda výběru záměrného. Všechny ženy mají děti a v současné době stále nelegální návykové látky, konkrétně metamfetamin užívají. Konkrétní horní ani dolní věková hranice pro účast ve výzkumu nebyla stanovena, ale základní podmínkou pro realizaci rozhovorů byla žena, která užívá nebo užívala nelegální návykové látky a je zároveň i matkou. Původním záměrem bylo získat alespoň 5 participantek výzkumu, což se vzhledem k nastalé situaci ohledně nouzového stavu v České republice a omezení pohybu nepodařilo naplnit.

Participanté byli před zahájením výzkumu informováni o zachování anonymity a nešíření informací vyplývajících z rozhovorů dále. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do počítače. Participanté výzkumu byly volně ponechány vyprávět svůj životní příběh v rámci své drogové závislosti, následnému těhotenství, abstinenci a péči o své děti pomocí narativních rozhovorů. Tento typ rozhovorů byl zvolen především z důvodu rozklíčování informací, které by dotazováním napřímo zůstaly skryty. V rámci výzkumu jsme zrealizovali rozhovory s participanty, které jsme znali v rámci terénní práce velmi dobře. Přes pracovní Facebook jsme se domluvili na osobním setkání. Následuje tabulka s informacemi o výzkumném vzorku:

	<u>Participanté výzkumu</u>		
	<u>A – Jana</u>	<u>B – Pavla</u>	<u>C - Lucie</u>
Pohlaví	žena	žena	žena
Věk	26 let	35 let	29 let
Primární droga	pervitin	pervitin	pervitin
Způsob užití	injekčně	injekčně, nazálně	injekčně, nazálně
Doba užívání	8 let	21 let	10 let
První zkušenost s pervitinem	s bývalým přítelem	s kamarádkou	s bývalým přítelem
Místo pobytu	azylový dům	pronajatý rodinný dům	vlastní byt

Bydlení s dalším uživatelem	momentálně ne	ano	momentálně ne
Místo realizace výzkumu	prostředí azylového domu	předzahrádka rodinného domu	v parku v blízkosti bydliště
Počet dětí	4 děti	2 děti – dvojčata	1 dítě
Děti v péči	3 děti má v přechodné pěstounské péči matka participantky (babička dětí) <u>1 nejmladší dítě v péči participantky výzkumu</u>	2 děti v péči	1 dítě v péči
Věk dětí	dcera - 7 let, syn – 5 let, dcera – 3 roky <u>syn – 8 měsíců</u>	1,5 roku, dvojčata	11 let

Tabulka 3 – základní údaje o výzkumném vzorku

Participant A (Jana) – v rámci výzkumu jsme zrealizovali rozhovor s participantkou Janou v prostorách azylového domu, kde momentálně žije. Jana s rozhovorem souhlasila bez problémů a byla ráda, že může napomoci k praktické části výzkumu. Konkrétně s Janou byl již v minulosti realizován rozhovor k bakalářské práci - Droga jako součást života klientů programu Streetwork, což nám nabízí vhodnou situaci k porovnání životní situace před dvěma lety s aktuální životní situací. Kam se její život posunul, kam se posunula ona sama. Jana se před dvěma lety nacházela v situaci, kdy měla v péči své tři děti a bydlela s nimi v rodinném domě u svých prarodičů. Jana měla 24 let a metamfetamin užívala po dobu šesti let. V momentální situaci, o dva roky později, žije v azylovém domě se svým nejmladším dítětem, v pořadí čtvrtým (8 měsíců), které má v péči. Celkem má tedy čtyři děti (dceru-7 let, syna-5let, dceru-3 roky, syna-8 měsíců). O tři předchozí děti, s kterými žila v rodinném domě se nyní stará její matka (babička dětí), která je má v přechodné pěstounské péči. Jana má aktuálně 26 let a návykové látky, konkrétně metamfetamin užívá po dobu 8 let.

Situace před dvěma lety:

Ve výzkumu před dvěma lety se nacházela v situaci, kdy měla ve své péči všechny své 3 děti a bydlela u svých prarodičů v rodinném domě. Jana se k drogové závislosti, konkrétně pervitinu, dostala prostřednictvím jejího tehdejšího přítele, který je také otcem jejich třech dětí. Způsob první aplikace pervitinu byl hned injekční jehlou, na které má participantka dle svých

slov silnou závislost, ale zároveň tento způsob aplikace označuje jako pomyslný začátek konce, protože způsob aplikace od té doby nezměnila. Partner, se kterým v situaci před dvěma lety měla 3 děti, byl ve vězení za distribuci pervitinu, krádeže apod. O abstinenci v té době nepřemýšlela a popisovala, že pervitin je to jediné, co jí zbývá. Vztahy mezi ní a rodinou nebyly úplně nejlepší. Zejména s otcem nekomunikovala vůbec. Rodina o její drogové závislosti věděla, ale viděla, že péči ohledně dětí zvládá. Droga pro ni znamenala úlevu, klid, pohodu a útočiště před okolním světem.

Aktuální situace:

Dnes se Jana nachází v situaci, kdy byla nucena odstěhovat se z rodinného domu svých prarodičů, kterým dle slov participantky došla trpělivost ohledně častých návštěv kamarádů. Její 3 děti má nyní v přechodné pěstounské péči matka (babička dětí). Celá situace se odehrála v době, kdy čekala své čtvrté dítě s novým partnerem, který je v současné době ve vězení za krádeže a distribuci pervitinu. Z porodnice šla rovnou do azylového domu pro matky s dětmi. O léčbě pro matky závislé na návykových látkách uvažovala pouze v situaci, kdy po porodu neměla jistotu zázemí. Abstinence pro Janu neznamená úplné vysazení drogy, ale spíše omezení své běžné dávky. S dětmi, které má v přechodné pěstounské péči její matka, udržuje kontakt, posílají si fotky a každou sobotu jezdí za ní na celý den do azylového domu. V aktuální situaci si její rodina myslí, že návykové látky užívat přestala.

Participant B (Pavla) – v rámci výzkumu jsme zrealizovali rozhovor s dalším participantem, konkrétně se ženou, kterou jsme znali v rámci terénní práce velmi dobře. Domluvily jsme se přes pracovní Facebook na osobním setkáním v prostorách předzahrádky jejího pronajatého domu, kde momentálně žije. Pavla s rozhovorem souhlasila bez problémů a byla ráda, že může napomoci praktické části výzkumu, i přes fakt, že má malá dvojčata ve věku 1,5 roku.

Pavla v momentální situaci žije v rodinném domě, který má pronajatý. Bydlí zde se svými dcerami, které jsou dvojvaječnými dvojčaty. Nárazově v rodinném domě žije i otec dětí, který je též závislý na návykových látkách, konkrétně pervitinu. Pavla má 35 let a návykové látky, konkrétně metamfetamin užívá po dobu 21 let.

K pervitinu se Pavla dostala ve věku 14 let prostřednictvím své kamarádky a tuto situaci hodnotí jako mladickou nerozvážnost. V současné době má v péči své dvě dcery – dvojčata, kterým je 1,5 roku. V těhotenství pervitin užívala, ale vidí výrazné omezení v tom, že jej do 5. - 6. měsíce kouřila. Od této doby uvádí, že až do třetího měsíce po porodu neužívala pervitin vůbec. Cigarety kouřila stále. V porodnici měla po narození dcer problém s pozitivními testy na

návykové látky. Na základě těchto testů zakročil OSPOD. Po narození dcer s nimi musela jít bydlet ke svým rodičům a docházet půl roku na nárazové testy na návykové látky. Po uplynutí půl roku podala návrh na svěřeni dětí do péče, čemuž bylo vyhověno a nyní s nimi žije v pronajatém rodinném domě a má je ve své péči.

V minulosti Pavla měla období, kdy abstinovala. Zejména v době, kdy byla ve vězení a poté v době, kdy se léčila ze žloutenky typu C interferonovou léčbou. Následně pak v období prvního těhotenství, které skončilo potratem a v období těhotenství druhého, kdy přestala metamfetamin užívat od 5. – 6. měsíce těhotenství. O léčbě pro matky s dětmi uvažovala, ale odradil ji fakt, že dcery mají 1,5 roku a už vnímají věci kolem sebe. Nechtěla by být v léčbě s ostatními matkami závislými na návykových látkách. V současné době pervitin užívá spíše nazálně, jednu „čáru“ denně.

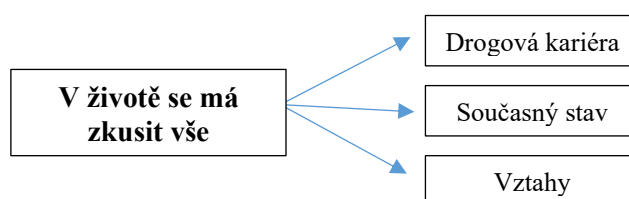
Participant C (Lucie) - V rámci výzkumu jsme zrealizovali rozhovor s další participantkou, kterou jsme také znali v rámci terénní práce velmi dobře. Domluvili jsme se přes pracovní Facebook na osobním setkáním v otevřeném prostředí parku, což pro Lucii bylo příjemné. Situace ohledně nouzového stavu nám zamezila realizovat výzkum s participantkou v jejím bytě. Lucie s rozhovorem souhlasila bez problémů a byla ráda, že může napomoci k praktické části výzkumu. Lucie v momentální situaci žije v bytě, který je v jejím vlastnictví. Bydlí zde se svou jedenáctiletou dcerou a se svým nevlastním otcem. Lucie má 29 let a návykové látky, konkrétně metamfetamin užívá po dobu 10 let.

Lucie se k návykovým látkám dostala na střední škole, kdy trávila většinu svého volného času s kamarády, s kterými experimentovala s návykovými látkami. V tomto období popisuje silnou závislost na extázi. Těhotenství bylo neplánované a do 3. měsíce, než zjistila, že je těhotná užívala extázi. Poté od 3. měsíce těhotenství zmiňuje abstinenci, přičemž abstinovala od extáze, cigarety a marihuanu kouřila stále. V těhotenství a po porodu bydlela se svým přítelem (otcem dcery), který byl závislý na metamfetaminu. První aplikace pervitinu proběhla v 19 letech, injekčně, prostřednictvím tohoto přítele. Situace ohledně špatného stavu žil ji donutila alespoň částečně přejít na jiný způsob aplikace, než injekční. Lucie, stejně jako Pavla popisuje problémy s OSPODem. O abstinenci nebo léčbě Lucie nepřemýšlela, protože se sama necítí být závislá. Dcera o její drogové závislosti netuší. V současné době Lucie užívá pervitin zhruba pětkrát týdně a způsob aplikace střídá.

5 INTERPRETACE A PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 V životě se má zkusit vše

Pokud se chceme zabývat životními zkušenostmi participantů s návykovými látkami, jako podstatný prvek považujeme zmínit zejména vnitřní a vnější faktory, které k prvnímu užití dopomohly. První téma, které nás zajímá zejména z pozice výzkumníků, jsou první zkušenosti a stavy, které s užitím návykové látky souvisí. Zejména jak jedinec situaci zvládal, jak se cítil a co pro něj tato chvíle znamenala.



Obrázek 2 – kategorie V životě se má zkusit vše a podkategorie

5.1.1 Drogová kariéra

Drogová kariéra u participantů, konkrétně v případě pervitinu, začala v rozmezí od 14-19 let. Všechny ženy označily své **začátky s návykovými látkami** jako období plné **experimentování**, ať už s kamarády či s jejich partnery.

Jana chtěla pervitin vyzkoušet proto, aby s partnerem „držela krok“. První zkušenost s pervitinem označuje jako nezapomenutelnou. V transkripci jsou uváděny přímé citace participantky z výzkumu před dvěma lety:

Jana uvádí, že s experimentováním s návykovými látkami začala někdy kolem 17-18 roku, kdy začala chodit s jejím tehdejší přítelem... *to bylo ale tak, že jsem začala tehdy chodit s X... všichni mi říkali, že je to feťák, že od něj mám dát ruce pryč a odejít.* V prvních měsících nevěřila, že by její tehdejší přítel mohl užívat návykové látky... *jsem si říkala nějaký pervitin, to je blbost, je to jak z nějakého filmu, víš co.* Po třech měsících vztahu však vyslovila přání, že by pervitin chtěla zkusit... *abych byla na stejné vlně jako on.* Jana říká, že ji přítel do užívání nenutil. Vždy chtěla zkusit nové věci... *byla jsem přímo u zdroje, vždycky jsem byla taková střela, co chtěla zkusit nové věci.* Zhodnocuje tak své začátky a podotýká, že její první aplikace byla injekční jehlou... *on mě hned našil, 0,2 gramu rovnou do žíly.* Přičemž dodává, že první zkušenost pro ní byla nezapomenutelná... *ten pocit nepřekonáš, tu první pecku.* Celou

situaci s užitím návykové látky injekční jehlou participantka považuje za pomyslný začátek konce... *jednou jsem zkusila šňupat, ale to ti po tomhle nestačí, začala jsem s tím nejhorším.*

Lucie popisuje své začátky s užíváním pervitinu stejně jako Jana, přičemž říká, že závislost na extázi pro ni byla daleko větší než závislost na pervitinu. K pervitinu se dostala přes bývalého přítele... *vlastně můj expřítel byl vlastně aj otec mojí dcery, tak na tom byl závislý celý náš vztah.* Popisuje, že zpestření ve formě pervitinu přišlo od něj... *a už se to se mnou veze, od devatenácti. A hned jehlou.*

Pavla pervitin zkusila poprvé ve 14 letech s kamarádkou, přičemž ji její závislost provází více než polovinu života (celkem 21 let), své začátky s drogou hodnotí jako ne úplně šťastnou, mladickou nerozvážnost... *vím, že jsme si s kámoškou řekly, že v životě se má prostě zkusit všechno.*

Význam drogy pro participanty výzkumu je rozdílný, avšak všichni se shodují, že je to jejich odvrácená, temná strana, která pro ně znamená hodně:

Experiment, co i mladí lidi to chtějí zkusit. Já jsem to věděla, už když jsem byla malé děcko, že to zkusím, jako fakt beze srandy. (Lucie)

Úleva, klid, pohoda. Takový útočiště před vším, co mi zbylo. (Jana)

Pavla zhodnocuje drogu nejpesimističtěji... *Droga? Hnus...* a dodává, že z lidí vše bere a nedělá dobré vztahy mezi přáteli a rodinou.

Za svoji drogovou kariéru participantí uvádí, že vyzkoušeli snad všechny možné **způsoby aplikace**, které jdou, avšak **aplikace jehlou** pro ně znamená úplně něco jiného:

V případech, kdy Jana nemá k dispozici čistou injekční jehlu, tak si neaplikuje návykovou látku vůbec. Situaci hodnotí i trochu jako závislost na jehle... *ted' nedávno jsem se těšila na odběr krve, furt jsem třeba té sestřičce říkala do druhé, do druhé, ne do této a furt jsem opakovala do. Sestřička mi pak říká snad Z druhé ne, ne DO druhé.* Tuto situaci zhodnotila tak, že má své místo, do kterého aplikuje pravidelně, svoji ruku, na kterou je zvyklá.

Lucie svou závislost na jehle popisuje obdobně, jako Jana, jen s tím rozdílem, že ji její zdravotní stav donutil aplikovat jiným způsobem. V současné době Lucie užívá pervitin zhruba pětkrát týdně a způsob aplikace střídá... *našla jsem si způsob, jak je to taky v pohodě. Střídám to, to ani nejde pokaždé nitrožilně.* Dodává, že injekčně aplikuje 2x do týdne, což jí vadí... *štve mě to, není to ono. Je to jiné, protože žádným jiným způsobem to neudělá to, co to udělá tou peckou, no.* Lucie zároveň cítí, že co se týče způsobu aplikování je na tom nejhůř... prostě i když bych

si dala nosem, snědla kapsli nebo cokoliv jinak, není to ono. Ty ruce mám taky takové, že už není kam. Situaci chápe, protože 10 let užívání jde znát, ale zmiňuje situace, kdy aplikaci nitrožilně zkoušela opakovaně... přichytila jsem se sama, když už jsem třeba po desáté vyměnila jehlu, možná i 12, 13, už jsem to ani nepočítala. Bylo mi ze sebe zle. Úplně jsem sama sebe viděla, jak jsem zničená, bylo mi hrozně.

Pavla se o způsobech aplikace také zmiňuje... *začala jsem asi tři měsíce nosem a pak hned na jehlu. Ale co se týče aplikace, jsem vyzkoušela asi všechno.* Přičemž dodává, že v současné době pervitin užívá spíše nazálně.

Participantky uvádějí, že za svoji drogovou kariéru vyzkoušely **různé návykové látky**, přičemž se všechny shodují, že pervitin je drogou primární. Ostatní návykové látky, zejména pak opiáty hodnotí kriticky a všechny se shodují na tom, že co se týče užívání, na tom nejsou až tak hrozně. Jejich obvyklá dávka se pohybuje v rozmezí od 5x týdně až po každodenní užívání.

Jana za svou drogovou kariéru vyzkoušela heroin, extázi, marihuanu, ale nic pro nic nebylo tak „dobré“ jako pervitin... *nebylo to ono, prostě jsem z toho neměla vůbec dobrou pocit, musela jsem si dát zase perník, abych se z toho stavu dostala a bylo mi fajn.*

Lucie zmiňuje svou silnou závislost na extázi, které propadla před pervitinem... *To, co mi dávaly koláče (extáze), mi perník nikdy nedával. Nikdy. To tak srovnávám, předtím to byla závislost, teď už to beru jako takové haha hihi.* S drogami začala experimentovat na střední škole, zejména s již zmíněnou extází... *vyzkoušela jsem do těch 15 tráv, cigára, alkohol a od patnácti začaly ty koláče (extáze) no.* V průběhu střední školy to pro ni a její kamarádky byla hlavní výplň volného času... *s kámoškama jsme to jedly každý den, to bylo hrozné jako.* K opiátům Lucie zastává negativní postoj... *opiáty jsem neměla nikdy, heroin mě nikdy neláká. Mě to úplně odrazuje, i když jsem viděla ten dokument Katka... miminko jak tam plakalo na tom sále a mělo úplně ty křečové výkřiky, abstáky.* Zatímco pervitin hodnotí a o něco kladněji... *u toho perníku, když to máš v hlavě v pohodě, tak je to v klidu, ale některým z toho hrabe.*

Pavla za svou drogovou kariéru vyzkoušela také značné množství drog, přičemž na opiáty má stejný názor jako Lucie... *já celý život, co fetuju, tak jsem na perníku, opiáty jsem ani nezkusila.*

5.1.2 Současný stav

V současné době participantky popisují, že **účinky metamfetaminu jsou jiné než v začátcích** jejich „drogové kariéry“:

Participantka Jana se před dvěma lety nacházela v situaci, kdy svůj současný postoj k návykovým látkám hodnotila tak, že na tom není zas tak špatně... *kámoš třeba už vůbec nemá žít a nedokáže se naštít. To si zas říkám, že jsem v klidu a fakt na tom nejsem špatně.* Její pravidelná, stabilní dávka byla okolo 0,3 gramu dvakrát denně. Nyní, po 2 letech se po krátké pauze, kterou měla po porodu čtvrtého dítěte zhruba dva a půl měsíce, vrátila k pravidelnému užívání... *jsem si říkala, že když jsem udělala takovou pauzu, že mi bude stačit troška první pecky, to jsem si dala čárku a ta mě jakože rozparádila, ale potom jsem se rychle vrátila do formy.* Aktuální účinky metamfetaminu však nejsou stejné jako v počátcích „drogové kariéry“... *a jakože, když si řeknu, že si jdu dát a za půl hodiny usnu třeba.* V souvislosti s dlouhodobým užíváním participantka před dvěma lety zmiňovala špatné stavy, které ji přepadaly... *měla jsem fakt špatné stavy, jakože haluze, že mi někdo sleduje, pozoruje, poslouchá mě.* V současné době se jí takové stavy dějí minimálně, spíše vůbec a souvisí s aktuální situací, náladou a prožíváním.

Pavla zmiňuje, že se její návykové chování změnilo... *ted' spíš sňupu, jakože taky jsem to docela omezila, jakože fakt hodně.* Stejně jako Jana zdůrazňuje, že účinky drogy nejsou stejné jako v začátcích, kdy začala metamfetamin užívat... *ale tak mně je to jedno, protože já jdu stejně vždycky za tři hodiny spát.* A dodává, že metamfetamin má na ni už daleko menší účinky. Současně s péčí o své dvě dcery jí metamfetamin pomáhá s únavou... *akorát ta únava, to je psycho, třeba si dám, abych oblbla ten mozek, protože je to všechno o hlavě.*

Zde se ve výpovědi Pavli dostáváme do rozporu. Na jednu stranu popisuje, že jí pervitin nepřináší stavy povzbuzení, protože ho užívá **spíše na spaní**, zároveň však zmiňuje, že jí pervitin pomáhá v boji **proti únavě** a udržení „normálního stavu“.

Lucie hodnotí současné užívání metamfetaminu jako součást její osobnosti... *je to v hlavě. Jak to má člověk v pohodě a snaží se nějak normálně fungovat, tak si myslím, že i to braní drog bude v pohodě.*

5.1.3 Vztahy

Rodinné a partnerské vztahy jsou pro participantky výzkumu velmi osobní a ne příliš pozitivní téma. Všechny zmiňují, že jejich rodinné zázemí nebylo úplně vyhovující a z větší části měli partnery, kteří na metamfetaminu byli také závislí. V případě **kamarádských vztahů** uvádí, že je třeba si dobře vybírat:

Jana pře dvěma lety zmiňovala, že vztahy s rodinnými příslušníky nikdy nebyly úplně vřelé, kromě jejího dědy... *s otcem se nebavím vůbec, viděl jen nejstarší dceru asi dvakrát.* Přičemž

dodává, že nikdo z rodiny s ním dobré vztahy nemá... *s máti se rozvedli, když mi bylo asi patnáct? Asi tak nějak.* V aktuálním výzkumu po dvou letech zmiňuje, že vztahy s otcem stále nejsou dobré... *no a taťka jakože, ne že by byl alkoholik, ale jakože když bylo volno, tak si popil, ale to my nejsme dlouho v kontaktu.* Vztahy se svou matkou před dvěma lety Jana popisovala jako neosobní... *mamka se taky drží dál, občas si vezme děcka k sobě, ale jen třeba v pátek a v sobotu ráno je hned vrátí.*

V současné době se o tři děti stará její matka, která má děti v přechodné pěstounské péči... *tři předchozí děti má moje mamka v pěstounské péči, přechodně jakoby.* Poslední, čtvrté dítě je v péči Jany. Své vyhození z rodinného domu prarodičů nehodnotí jako křivdu, ale s odstupem času to chápe... *když jsem byla doma na baráku, to bylo jedno, jestli je den, noc, sobota, neděle, já už jsem si dovolovala moc.* V průběhu rozhovoru dochází k **sebereflexi svého chování** vůči rodině, které z její strany dle vlastních slov nebylo vždy vhodné a správné. Rodina věděla o tom, že užívá návykové látky, chtěli ale dodržování určitých pravidel... *já jsem si tam mohla fetovat, jak chtěla, věděli, že na tom funguju, jen chtěli, ať udržuju pořádek.* Časté návštěvy kamarádů ve dne i v noci byli pro prarodiče poslední kapkou... *hlavně abych si tam nevodila lidi, to jim vadilo nejvíc.* Jana dále zmiňuje kamarádké vztahy, které se s drogovou závislostí výrazně změnil... *tak ty, co jsem měla před matrem, nemám skoro žádné, všichni jsou pryč.* A mezi přáteli, kteří se točí okolo drog, je nutné si dobře vybírat... *většina jsou krysy, co ti napíšu, že se staví na kafe, dojde jich pět a chtěou tu přespat.*

V případě **kamarádkých vztahů došlo ke shodě** všech participantek výzkumu, které zmiňují, že pervitin nedělá dobré vztahy a je dobré být obezřetný. Partnerské vztahy jsou velmi zásadním tématem u všech participantek výzkumu a prolíná se tam celým výzkumem.

V současné době je Jana v azylovém domě pro matky s dětmi a oceňuje, že možnost návštěv nemá. *Dobře je, i že sem nesmí návštěvy, protože kdyby mohli, tak by za mnou stejně chodili jenom feťáci.* Partnerské vztahy jsou pro Janu také často se opakujícím tématem v průběhu výzkumu. V rozhovoru před dvěma lety respondentka zmiňovala bývalého přítele, který ji k drogám přivedl. Tento přítel je i otcem prvních třech dětí... *jak jsem ti říkala na začátku o tom klukovi, no tak s ním mám všechny tři děti. Ten je ale teď zavřený, za krádeže, vaření a tak.* Současný přítel, s kterým má Jana poslední, čtvrté dítě, je v momentální situaci ve vězení... *on je teďka ve vězení, je zavřený na půl roku, takže by měl být v červnu doma.*

Pavla se také o rodinných vztazích zmiňuje v souvislosti s nevyhovujícím rodinným zázemím, od kterého se experimentování s drogami odvíjelo... *doma to asi taky nebylo úplně ideální totiž, to soužití, takže to se asi podle mě od toho odvíjí hodně.* Dále se o rodinných vztazích zmiňuje

zejména v době po porodu, kdy se svými dcerami musela jít bydlet ke svým rodičům na základě rozhodnutí Orgánu sociálně-právní ochrany dětí ... *ale nějaká rodinná situace je absolutně nezajímala a nestarali se o to, přičemž kdyby to věděli, tak tam to mnohem horší, než kdyby mě pustili domů.* Pavla naráží na vztahy s matkou a nevlastním otcem, kteří jsou závislí na alkoholu.

Závislost na alkoholu u obou rodičů nebo alespoň u jednoho, popisují všechny participantky výzkumu. Partnerské vztahy jsou v průběhu rozhovoru s Pavlou zmiňovány poměrně často, zejména vztahy s otcem jejich dcer.

O kamarádech se zmiňuje i Lucie... *většinou se to tady tak střídá, někoho pustí, tam ty zase zavřou a tak se to tu střídá, takový koloběh.* Sama je ráda, že se do takové situace nikdy nedostala... *už 10 let se tady v tom pohybuju a tak si říkám, ježišmarja, ještě že mám svůj život v pořádku a v klidu.* Participantka se zmiňuje i o rodičích s kterými vztahy nebyly moc osobní... *oni jakože peníze mi posílali, ale že by tam byl nějaký cit.* O rodičích se participantka zmiňuje v souvislosti s financemi... *oni jakože peníze mi posílali, ale že by tam byl nějaký cit, prostě nebyl důvod jim o tom říkat.* Dále se Lucie zmiňuje, že rodiče ztratila v poměrně nízkém věku... *maminka a tatka tu vlastně už 10 roků nejsou. Neměl mi to nikdo ani zakazovat, jsem skrz to slabomyslná.*

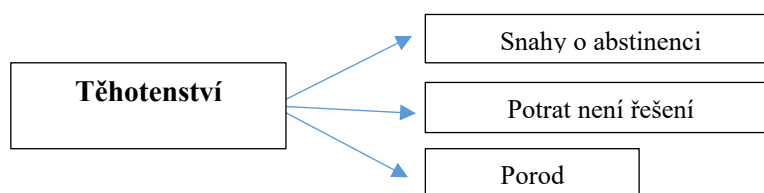
V průběhu rozhovorů každá z participantek reflektovala své vztahy s rodiči a rodinné zázemí, přičemž všechny zmiňují, že u nich došlo k osamostatnění ve velmi nízkém věku. Participantky výzkumu uvedly, že mají značné zkušenosti s různými druhy návykových látek, avšak pro všechny je primární drogou v současné době metamfetamin. Dvě z participantek opiáty nezkoušely vůbec a ani nechtějí, u jedné z participantek to byla zkušenost, kterou by opakovat rozhodně nechtěla. Za celou svou „drogovou kariéru“ vyzkoušely snad všechny způsoby aplikace pervitinu, avšak aplikace jehlou je pro všechny jednoznačně nejlepší. V případě, že participantky nemají k dispozici čistou jehlu, neaplikují vůbec nebo aplikují jiným způsobem, který pro ně není až tak hodnotný jako aplikace jehlou.

První zkušenost s pervitinem u nich proběhla ve velmi nízkém věku. Poprvé pervitin zkusily buď s přáteli, nebo s partnery, kteří na něm byli závislí, přičemž tuto zkušenost označují jako mladickou nerozvážnost. Význam drogy se pro každou participantku různí. Znamená tak pro ně určitý experiment, odvrácenou stránku, tajemství, všechno či hnus, který nedělá dobré rodinné ani kamarádké vztahy.

5.2 Těhotenství

Těhotenství a mateřství je mnoho publikacemi označováno jako nejkrásnější období v životě ženy. V případě žen závislých na návykových látkách se toto období vyznačuje jistou mírou nejistoty a strachu o to, co bude dál, což vyplývá z realizovaného výzkumu.

Těhotenství každá z participantek označuje jako období nejistoty a určitého strachu, jak situaci zvládnou, ať už z důvodu otěhotnění ve velmi nízkém věku, nejistém zázemí a v neposlední řadě z důvodu užívání návykových látek v průběhu těhotenství. Zajímavým prvkem rozhovorů je abstinence z důvodu těhotenství, avšak často je tím myšleno omezení obvyklé dávky nebo vysazení drogy primární, přičemž kouření cigaret a marihuany participantky artikulují jako přirozené.



Obrázek 3 – kategorie Těhotenství a podkategorie

V průběhu těhotenství Jana uvádí, že svou drogovou závislost omezila v případech, kdy ji droga nedělala dobře... *no u X jsem brala jenom chvilku, protože mě z toho potom bylo špatně, ale jinak potom jsem, jakože brala při každém.* O jiném způsobu aplikace v průběhu těhotenství neuvažovala... *vůbec ne, prostě ne, já třeba, když nemám čím si to dát, tak si to nedám, jinou aplikaci prostě ne.* Všechny čtyři děti byly neplánované... *ale já jsem to, jakože na sobě poznala, že něco není úplně v pohodě.* V souvislosti s užíváním návykových látek během těhotenství zmiňuje snížení své obvyklé dávky... *no a dávala jsem tím pádem vlastně obden, jakože nic moc (smích), ale na moje poměry to bylo docela dost zkrouhnuté.* Cigarety v průběhu těhotenství neomezila. Došlo k tomu i z důvodu jejího přítele (otce posledního dítěte)... *on jakože bere, ale vždycky, když jsem byla třeba s tím bývalým přítelem, tak ten hned pojd' porěšíme si, ale tento nynější to má v hlavě nastavené jinak, víš.*

S posledním těhotenstvím zmiňuje respondentka i velký stres, který prožívala... *protože jsem vlastně přišla o děcka, do toho jsme se hádali s partnerem, furt se nám do toho sral bývalý přítel.*

Lucie přestala extází užívat v momentě, kdy se dozvěděla, že je těhotná. Kouření cigaret a marihuany neomezila a tento fakt artikuluje jako samozřejmost... *hulila jsem trávu, samozřejmě. Toho jsem se nezbavila vlastně celé těhotenství a kouřila cigára.* Těhotenství bylo

neplánované a sama cítila, že je něco jinak... *no a neměla jsme menstruaci, ani ty koláče mi nic nedělaly a úplně jsem cítila, že je něco špatně, že mi to něco bere.* Hned, jak se dozvěděla, že je těhotná, extázi užívat přestala a měla výčitky svědomí... *strašně jsem si to vyčítala, že ty tři měsíce jsem ty koláče valila.* S těhotenstvím se jí změnily priority... *přeluplo mi všechno, nastěhovala jsem se k bývalému, dodělala jsem si školu, to jsem ještě ředitele musela přemlouvát, aby mě to nechal dodělat, protože těhotné nemohly vykonávat praxi skrz fyzickou zátěž a všechno, i psychická.*

Těhotenství Pavly bylo také neplánované... *dozvěděla jsem se to, že mi vynechala menstruace a prostě tak nějak nevím, jsem to, jakože cítila... takže jsem hned věděla.* Přičemž dodává, že byla ráda. Užívání pervitinu omezila tím, že změnila způsob aplikace a od 5. - 6. měsíce pervitin neužívala vůbec... *pak jsem to jenom kouřila a pak jsem přestala úplně do porodu.* Alkohol neměla od 5. - 6. měsíce těhotenství dle jejích slov vůbec a cigarety stále kouřila.

Každá z žen se bála, že se při prvotrimestrálním screeningovém vyšetření projeví vývojová vada, protože spoléhaly na to, že se užívání návykových látek musí někde projevit:

Ze zdravotních prohlídek měla Jana strach, ale lékařům přiznala, že návykové látky užívá... *na pravidelné prohlídky k doktorovi jsem moc nechodila, ale ukazovala jsem se tam.* Obavy o vývoj plodu měla při každém těhotenství... *v těhotenství jsem měla určitě strach, že to děčko bude nějaké... že to bude nějaké špatné.* Proto ani nechodila na větší vyšetření... *nikdy nešla na OSCARa a tak, na žádné jsem nešla.* Nechtěla žít s pocitem, že by se jí mohlo narodit dítě se znevýhodněním, avšak o vysazení návykových látek neuvažovala... *já jsem prostě počítala s tím, že se to někde odrazí a nechtěla jsem s tím žít.* Jana je ráda, že se tak nestalo... *no naštěstí jako nic, jediné co, tak jsou rychlí.*

Lucie se gynekologovi přiznala, že 3 měsíce v těhotenství užívala extázi... *tomu gynekologovi jsem se i přiznala, on mě poslal na genetické testy. Jestli malá bude v pořádku.* Všechny testy dopadly v pořádku. Popisuje ale obavu, kterou měla... *ale jako bála jsem se hrozně. Ale zase nejít tam a nevědět, kdyby mělo nedej bože nějakou vadu.* Přístup, kdy žena na testy nechodí, jí přijde nezodpovědný... *některé maminky si ani neuvědomují, že když užívají, tak to dítě nemusí mít v nepořádku jen něco s tělem, ale třeba s orgány nebo hlavně potom do budoucna s hlavou, nevyvinutou nějakou schopnost.*

Pavla na pravidelné prohlídky k lékaři chodila... *i na OSCARovi jsem byla, to se mnou teda jako chodil i tatínek jako (otec dvojčat).* Doktorovi se o své závislosti svěřila... *měla jsem prostě v kartě napsané, že jsem toxik, takže se tak na mě i dívali.*

Participantky, které se o své drogové závislosti lékaři svěřily, nepociťovaly příliš vřelý přístup z jejich strany. V těhotenství popisují omezení své obvyklé dávky, či abstinenci od drogy primární. Jiné návykové látky jako marihuanu a cigarety neomezily.

5.2.1 Snahy o abstinenci

Každá z participantek nad tématem abstinence nejednou přemýšlela, avšak v současné době všechny pervitin užívají. Je nutné podotknout, že abstinence u každé z participantek výzkumu znamená úplně něco jiného a souhrnně lze říci, že pro ně, dle jejich slov, abstinence neznamená úplné vysazení návykových látek, nýbrž snížení obvyklé dávky nebo vysazení drogy primární:

Před dvěma lety u Jany téma abstinence v úvahu nepřicházelo vůbec... *je to závislost, nedokážu si představit, co bych dělala bez drog... je to jediný, co mi nějak zbývá, abych byla v pohodě.*

V současné době dodává, že nad léčbou přemýšlela z důvodu nejistého zázemí po porodu a ne z důvodu vlastního zájmu... *ne tak, že bych se chtěla sama jít léčit, ale jak jsem vlastně v té porodnici... že kdybych s ním neměla kam jít, kdyby tady na azyláku nebylo volno, tak bych šla.*

Po posledním porodu přestala pervitin užívat na 2,5 měsíce, ale do léčby by v současné době nešla... *do léčby ne, protože doma lžu, lžu tady a všude, že prostě neberu teď.* Sama nechce rodině přiznat, že s užíváním opět začala... *doma je v tom nechávám.* Do budoucna o léčbě neuvažuje... *a jinak do budoucna naplánuju nic, nepřemýšlím nad tím, že bych třeba přestala.* Z této situace sama není nadšená... *jak jsem se dala dohromady zase s těma samýma lidma a to už tě prostě potom brnká.* Zmiňuje i známosti, které za svou „drogovou kariéru“ má... *tady když chceš projít celé město tak mám prostě 30 příležitostí jak k tomu dojít (pervitinu).*

Pavla o léčbě přemýšlela za svou „drogovou kariéru“ často... *mockrát jsem přemýšlela nad tím, že bych přestala, mockrát.* Její abstinenci ovlivnil nástup do výkonu trestu... *pauzu jsem měla vlastně, když mě zavřeli... to jsem měla dvakrát pauzu no a potom skrz těhotenství.* Abstinencí označuje období od 5. - 6. měsíce těhotenství, kdy u ní došlo k vysazení primární drogy, pervitinu. O léčbě uvažovala jak na popud rodiny, tak tuto možnost rozebírala s terénními pracovníky... *i skrz žloutenku, jakože céčkovou, co jsme chytila a to mě potom řekl i primář na infekčním, že i léčbu nasadí, ale musím se jít léčit.* V tomto období zjistila, že je poprvé těhotná, přičemž ze dne na den s užíváním pervitinu přestala... *a vlastně v tom roce jsem se vyléčila z té žloutenky, chodila jsem na injekce, jakože interferon.* S interferonovou léčbou problémy neměla... *možná jsem o něco málo zhubla akorát, ale jinak jakože dobré.* V současné době pervitin omezila... *bych řekla snad o 90%, fakt hodně, akorát ta únava, to je psycho.* Pavla dodává, že její aktuální stabilní dávka je jedna „čára“ denně. O léčbě začala vážněji uvažovat až s narozením dcer... *o léčbě v těhotenství jsem moc nepřemýšlela, protože jsem v tom*

těhotenství přestala i sama, ale přemýšlela jsem teď, když jsou holčičky na světě, ale nějak to nejde nebo nevím. O léčbě pro matky s dětmi slyšela od terénních pracovníků... akorát jsem si teda nedokázala představit, že tam jakože budu s fetkama... a budu tam mít, jakože děti. Do takové léčby nechce z důvodu svých dcer... nevím, nepříjde mi to, myslím si, že ty děti tady v tom věku tady to vnímají.

Lucie o léčbě neuvažovala... *o léčbě jsem neuvažovala, nemám se proč léčit... neberu to tak, že jsem závislá. Její stabilní dávka je zhruba 0,3 gramu pervitinu denně.*

Celkově se participantky domnívají, že svou situaci mají pod kontrolou, mohou přestat samy od sebe kdykoliv a pomoc odborníků nepotřebují a nevyhledávají. V kontaktu jsou častokrát jen s terénními pracovníky. V období abstinence popisují, že jim bylo dobře, ale v momentální situaci přestat nechtějí.

5.2.2 Potrat není řešení

O umělém přerušení těhotenství neuvažovala ani jedna z participantek výzkumu, i když je do toho okolí mnohdy nutilo, samy by dobrovolně na cestu potratu nepřistoupily:

Janu okolí do umělého přerušení těhotenství nutilo... *Do mě okolí tlačilo, ať si ho nechám vzít. Proto své těhotenství dlouho před rodinou tajila... já jsem si vždycky počkala, až si na to přijdou sami a už se nedalo nic dělat. Janě se vybavila situace její kamarádky, která dítě dala k adopci... zase jako víš jak, jo jasně dala mu šanci na lepší život, někomu zachránila manželství třeba, když nemohli mít sami děti nebo tak. Zhodnocuje, že to od ní na jednu stranu bylo pěkné, protože by se nejspíš sama o dítě nepostarala... ale já si to osobně nedovedu představit, jako že bych prostě. Nedokážu.*

Pavla při prvním těhotenství potratila... *u toho prvního těhotenství jsem přestala (s užíváním pervitinu) na rok, to jsem sice potratila, ale hned na začátku jsem přestala na rok, hned ze dne na den. Před dvojčaty, které má dnes, potratila v 6,5 měsíci... následně na to jsem po 3 měsících otěhotněla s dvojčaty. Při druhém těhotenství o umělém přerušení těhotenství neuvažovala.*

Lucie o umělém přerušení těhotenství neuvažovala vůbec... *nikdy jsem neuvažovala, že bych si malou nechala vzít, vůbec, malá je pro mě na prvním místě.*

Všechny participantky se shodují, že by na potrat dobrovolně nikdy nešly. Děti jsou pro ně, jak ve výzkumu samy uvádí velmi důležité.

5.2.3 Porod

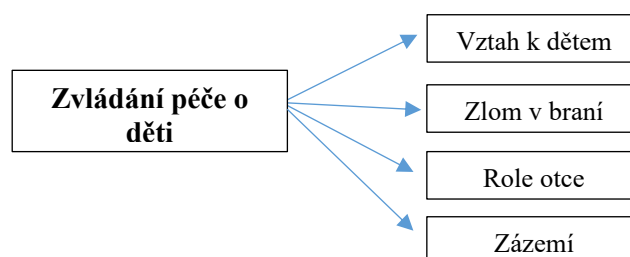
Jana se zmiňuje o porodu v souvislosti s chováním personálu porodnice... *chovali se ke mně, jakože v pohodě. Jakože v porodnici, jak kdo jo, ale většina prostě z těch jakože tam, ne že by neměli problém, ale prostě asi jakože profesionálně to tak nějak jakože brali.* Dále se Jana zmiňuje o kojení... *v rámci těch pozitivních testů v nemocnici jsem chtěla za každou cenu kojit s tím, že jsem řekla, že za každou cenu brát nebudu a chtěla jsem. Zdůrazňuje, že opravdu chtěla s užíváním přestat... ne že bych jim motala hlavy (pracovníkům nemocnice). Takže jsem odšťikávala mléko, dokud jsem měla pozitivní výsledky a pak při dalším testování jak jsem měla negativní, tak už jsem mohla začít kojit. Poté však dostala do prsu zánět a kojit přestala úplně... takže malý má Sunar od 14 dní asi.*

Pro Pavlu je porod velmi důležité a opakující se téma, zejména z důvodu pozitivních testů na návykové látky v porodnici. Porod z důvodu zdravotního stavu probíhal císařským řezem... *v tu dobu jsem byla čistá, co jsem ležela v porodnici a oni furt tvrdili, že jsem pozitivní. Participantka vyšla pozitivní na opiáty... já jsem v těch výsledcích měla třeba opiáty, které jsem v životě nebrala. Pozitivní testy na opiáty přikládá tomu, že při císařském řezu byla v narkóze... já celý život co fetuju, tak jsem na perníku, opiáty jsem ani nezkusila a potom mě sestřička napadne, že jsem si musela vzít nějaké prášky na spaní, že to není možné, ale tak to bylo všechno po narkóze a až po 14 dnech, co přišly holky od vás a byla tam i sociální pracovnice a ta teprve řekla, že ví, že ty opiáty byly z té narkózy. Celou situaci hodnotí jako obrovský stres, který ji potkal krátce po porodu dvojčat... jsem jenom spráskla ruce a začala jsem brečet, jakože v šestinedělí. Na celou situaci se jí vzpomíná s těžkostí... fakt kdybych brala tam (v porodnici), tak řeknu jo ano dobrý, bylo to tak, ale rozhodně bych si nedala znova, aby v těch testech pořád vycházelo. Až po ustoupení narkózy a vysazení prášků na tlak vyšly orientační testy na návykové látky z moči jako negativní... protože ty testy z moči jsou čistě orientační... i když jsem sama chtěla, aby mi udělali testy z plné krve, tak mě s tím paní primárka poslala slušně do háje, že testy jsou drahé. Testy z plné krve nebyly provedeny ani za předpokladu, že by si za ně Pavla zaplatila sama... na základě zavádějících testů (z porodnice) mi je odebraly (děti). V tomto cítí velkou křivdu, protože v tu dobu byla „čistá“ a celkově popisuje chování personálu nemocnice vůči ní jako velmi špatné.*

5.3 Zvládání péče o děti

Péči o své děti všechny participantky artikulují jako zodpovědnou. I přes problémy se zázemím po porodu byly všechny motivované přestat s užíváním návykových látek a starat se o své děti,

i když jejich abstinence mnohdy spočívala v omezení své obvyklé dávky, změně způsobu užití či omezení drogy primární. V současné době všechny tři participantky návykové látky užívají, avšak před dětmi by neaplikovaly nikdy.



Obrázek 4 – kategorie Zvládání péče o děti a podkategorie

5.3.1 Vztah k dětem

Jana se ve výzkumu před dvěma lety zmiňovala, že je na mateřské dovolené... *dvě děti chodí do školky a s jedním jsem doma, má osm měsíců. Dle svých slov o děti vždy pečovala... já jsem se o děti vždycky starala, neříkám, že jsme doma někdy neměli bordel nebo takto... ale o děcka jsem se starala vždycky. Při posledním, čtvrtém, těhotenství zažívala stres spojený se ztrátou dětí, které si vzala do péče její matka (babička dětí) ... jsem vlastně přišla o děcka, do toho jsme se hádali s partnerem... nestálé bydlení no, bylo to úplně na nic no. Pomohlo jí se s nastalou situací smířit... jsem se s tím nějak smířila, že to prostě je na prd úplně a přestala jsem třeba úplně tu máti, jakože skrz ty děcka, jakože víš hrotit, aby mi je prostě dávala nebo to. I přes svou závislost se o děti starala, i když to občas bylo hraniční... neříkám, že to vždycky bylo úplně košér, taky jsem třeba pro matro jezdila s děckama. Přičemž situaci hodnotí jako dost nezodpovědnou... ale nikdy bych si nedovolila přímo ty děcka ohrozit... že bych byla úplně sjetá, naložila je a děcka jedeme. V rozhovoru před dvěma lety participantka zmiňovala, že si přivydělává rozvozem balíků pro známého, což bylo vzhledem k absenci řidičského oprávnění dost rizikové... malou si hodím dozadu do autosedačky a jezdí se mnou... průser je, že mi vzali papíry a mám zákaz řízení na tři roky, takže když by mě chytili, jdu rovnou za katr. V současné době autem nejedí vůbec.*

V této části rozhovoru se participantka Jana dostává do **lehkého rozporu**, kdy by děti nikdy, jak sama říká, přímo neohrozila, zároveň je bez řidičského oprávnění vozila v autě, když jela pro pervitin.

I přes svou závislost se o děti vždy starala... *třeba jsem 4 dny nespala, ale stejně ráno jsem vždycky vstát musela, abych zavedla děcka do školky, pak jsem něco podělala doma a pak jsem*

věděla, že musím vstát a vyzvednout je ze školky. Zmiňuje, že dospávala, kdy se dalo, ale o děti se starat musela vždy... né jak někdo si lehne po 4 dnech a 4 dny spí... já jsem prostě nemohla... taky jsem měla stavy, ale vždycky, když kňouraly děcka, tak mi to nedalo a vstala jsem vždycky. V současné době nemá problém s dodržováním pravidel azylového domu pro matky s dětmi... šak víš, že já jsem byla vždycky doma s děckama, když jsem je měla v péči.

Participantka je z celé situace ohledně odebrání dětí skleslá a i dětem se stýská... *děti nesly těžce, že jsem odešla, třeba X do ted'ka... vždycky když třeba recitovala básničku o mamince, tak začala brečet. Jana je ze situace značně rozrušená a o „ztrátě“ svých třech dětí se nechce dále bavit... akorát mě mrzí, že to došlo až tak daleko, že jsem ted'ka ztratila ty děcka... to bylo z minuty na minutu... mamka prostě dojela a bylo hotovo konec. S dětmi se vidá pravidelně... my si jako spolu voláme... a ona je sem na azylák vždycky v sobotu ráno doveze a pak si pro ně o půl sedmé večer dojede... aj fotky a videa si posíláme.*

Rodinné vztahy nejsou úplně ideální, ale participantka je ráda, že se alespoň situace kolem dětí uklidnila... *mně prostě stačí, že ta rodina do mě nejde, že je nemám za prdelou, že mi dává děcka a víc já od nich nepotřebuju. V současné době každé z dětí nese „ztrátu matky“ jinak... třeba X, ta ted' bude mít 3 roky, tak ta je už úplně fixovaná na mamku. Ted' tu byly v neděli a šly, že si po obědě půjdou lehnout a X začala brečet, že chce spát s babičkou. Starší děti prožívají situaci daleko intenzivněji.*

Před dětmi by neaplikovala pervitin ani jedna z participantek, přičemž dodávají, že mají svá místa nebo počkají, až děti usnou:

Před dětmi by Jana pervitin neaplikovala nikdy... před děckama jsem nikdy nebrala, jakože měla jsem svoje místečka tak různě poschovávané. Ale ne tak, aby to děti našly... nebo aby mě děcka viděly nebo tak. I přes fakt, že je dítě malé... ted'ka bych si před malým taky nedala, sice má 4 měsíce, ale nedala.

Stejně jako Lucie, která svou závislost před dcerou drží v tajnosti... snažím se to před ní držet tajnosti ve sklepě... nevím, co bych dělala, kdyby na to přišla, strašně bych se styděla asi. I přes fakt, že je dceři 11 let a spoustu věcí vidí... vždycky jdu do sklepa, zalezu si tam a dojdu dom... má už 11, tak je zvědavá, ale tohle bych si nikdy neodpustila.

Pavla zmiňuje své současné omezení v užívání... jakože jsem si i párkrát dala, ale nikdy bych si jakože nedala přes den ted'... prostě bych si nedala, když bych se měla starat o děti... vždycky až když děti usnou, tak vím prostě že, tak jsem si párkrát dala takhle jehlou.

Souhrnně můžeme říci, že před svými dětmi by neaplikovala ani jedna z participantek výzkumu i přes fakt, že jsou děti malé. Zároveň se shodují, že **péče o děti pod vlivem pervitinu** je zcela

odlišná od situace, kdy neaplikovaly. Vždy, když aplikují a mají se následně starat o své děti, zmiňují výčitky a špatný pocit vůči dětem. **Bez pervitinu je pro ně starost o děti poklidnější,** více se jim věnují. V případě, kdy ženy aplikují, základní péče samozřejmě probíhá (přebalení, nakrmení), ale není čas na hraní si a podněcování dětí. Osobně se participantky cítí pod vlivem metamfetaminu lépe, že mohou uvařit oběd, uklidit, zároveň péče o děti není tak kvalitní. Právě z toho důvodu ženy preferují aplikaci večer, kdy děti spí.

Ne že bych byla nervóznější, ale furt mám na práci jiné věci, než se věnovat dětem (Pavla).

Jo, já to třeba tak nepociťuju, ale určitě je to jinačí, protože si všímám normálně na tom, že ty děcka jsou takové, že to jakoby vycítí, ne jako, že si mamka dala, ale prostě, že je něco jinak (Jana).

5.3.2 Zlom v braní

Po období abstinence u participantek přišel **zlom**, zejména v souvislosti s partnerskými vztahy, který znovu vedl k užívání pervitinu nebo ke své stabilní dávce před těhotenstvím:

Jana byla 2,5 měsíce po porodu „čistá“... *zlom přišel s tím, jak partnera zavřeli... ne to kecám, vlastně jsem si dala, ale jak ho zavřeli, tak to začalo no.* Přičemž dodává, že návrat zpět k braní byl rychlý... *to jsem si dala čárku a ta mě jakože rozparádila, ale potom jsem se rychle vrátila do formy.*

Pavla svůj opětovný návrat k drogám také zakládá na partnerských vztazích... *ten zlom, že začnu znovu brát, byl ten táta od holek no.* Celou situaci ohledně porodu a problémy s pozitivními testy na drogy ustála, avšak nevěru svého partnera (otce dětí) ne... *toto jsem ustála a pak neustojím třeba tady tu nevěru X... prostě ten zlom přišel, když mi X byl nevěrný, jeho milenka, nová přítelkyně.* Přičemž zmiňuje, že všechny její „vztahy byly pervitinové“... *vždycky jsem měla jenom perníkové vztahy, on sice bral furt, ale já tím, že jsem byla čistá, jsem věděla, že to nebylo jen o perníku, tam byl prostě ten cit a to mě položilo.*

Celkově můžeme říci, že zlom v braní po období abstinence přichází zejména v souvislosti s partnerskými vztahy, neshodami s partnery či nenadálými situacemi ohledně partnerů. Partnerské vztahy se prolínají všemi rozhovory a to poměrně výrazným způsobem.

5.3.3 Role otce

Role otce dětí se ve výzkumu ukazuje jako role příležitostná, i když na začátku těhotenství se zdálo, že budou mít o výchovu svých dětí zájem, s postupem času jejich nadšení ubývalo. Pro participantky výzkumu však představuje partner velmi významnou roli v jejich životě:

Jana v rozhovoru před dvěma lety, že její partner (otec dětí) je ve vězení... *je ale teď zavřený, za krádeže, za vaření a tak.* Sporadicky jí napsal a poslal peníze. Otce ani nezapsala do rodného listu dětí. S péčí o děti jí nepomáhal... *otec dětí mi nápomocen nikdy nebyl, vůbec.* Současného partnera, s kterým má poslední z dětí do rodného listu zapsat nechala... *jojo teď jo, ale předtím u těch tří jsem nenapsala ani jednou... on je teďka ve vězení, dával si žádost, aby co nejvíc peněz co tam vydělá, posílal mně.*

Pavlu otec dětí doprovázel na zdravotní prohlídky a pomáhal jí se zařizováním materiálních věcí pro děti (výbavičky), ale tím jeho péče skončila... *já ho i nechala zapsat do rodného listu, tak jako je to otec, kdybych to věděla, jak to dopadne...* situace se zapsáním do rodného listu se jí zdá nešťastná... *já jsem si vlastně tím zapsáním, že jsem ho tam uvedla jako otce, jsem si nasrala do vlastního hnízda.* Přičemž nemyslí jen ztrátu finanční podpory od státu... *ale i dávky, příspěvky... kdybych to věděla, on ale vypadal, že se na ty holky těší, jakože no... že se nějak starat bude, ale tak to tak nějak dopadlo.*

Lucie s otcem své dcery žila v době těhotenství i po porodu... *X měla vlastně rok, když jsme se rozešli... byl i nebyl nápomocen, takové prostě, jak kdy.* Situace s těhotenstvím a porodem ho poměrně změnila... *ze dne na den přestal chodit do práce, byl se mnou doma.* Participantka byla nešťastná i z nedostatku finančních prostředků... *z mateřské to všechno neutáhnem, tak jsme se hádali nějakého půl roku... furt jsem to nějak zkoušela s ním vydržet, to nešlo.* V současné době se otec s dcerou nevidá... *byl zavřený, teď ho po 4,5 letech pustili a už mi zase dluží 9 tisíc za ty měsíce, co je venku.* Přičemž chce znovu podat oznámení o neplacení alimentů... *furt něco řeším na úřadech, furt něco chodím oznamovat... proč nemůžu mít normální život, aby všecko klapalo tak jak má.* Když byl partner ve vězení, alespoň posílal peníze... *z té věznice přišlo 45% z té celkové částky, co mi má platit... takže nějakých třeba 1200, 1300 mi došlo nejvíc, mají mi chodit 3 tisíce měsíčně, což jako to děcko spotřebuje mnohem víc, než 3 tisíce.*

5.3.4 Zázemí

Problémy se **zázemím pro sebe a dítě**, zejména v době před a po porodu řešila každá z participantek výzkumu. Participantky v době po porodu situaci se zázemím neměly jednoduchou, přičemž jako „společného nepřítele“ často vidí OSPOD:

Jana ve výzkumu před dvěma lety měla zázemí pro sebe a děti u prarodičů v rodinném domě, tudíž problémy se zázemím neměla. Při posledním těhotenství se musela od prarodičů odstěhovat... *z porodnice jsem šla vlastně zrovna do azyláku.* S tímto zařizováním jí pomohla zejména sociální pracovnice. Při předchozích těhotenstvích byla zvyklá, že zázemí sama řešit

nemusela... *dojela jsem z porodnice, doma bylo všecko nakoupené, nachystané všecko. Při posledním těhotenství se musela postarat sama... jo a to mně ted'ka (při posledním těhotenství) nikdo nepomohl s ničím a ví, že funguju, ví, že jim vůbec nevolám, jak třeba dřív. Dokud bydlela u prarodičů, vždy využila příležitosti... prostě dokud to šlo, tak jsem vždycky využila a když to nešlo, tak o to víc jsem zatlačila, aby to šlo. V současné době se cítí být daleko zodpovědnější, ale rodině nechce říct, že po porodu znova začala užívat pervitin... takže jim určitě nehodlám říkat, dívejte se, sice funguju, ale jakože беру... proč bych měla.*

Situaci Jana reflektuje tak, že si k rodině dovolovala moc a nediví se, že přistoupili k takto radikálnímu kroku, i když jí děti chybí.

Pavla zázemí po porodu jistě neměla, na základně pozitivních testů v nemocnici musela jít s holčičkami bydlet ke svým rodičům... *pak se do toho vložil OSPOD a to jsem vlastně s holkami z porodnice musela jít bydlet k našim. Tuto situaci shledává jako nešťastnou, protože rodinné vztahy s její matkou nejsou dobré... ale nějaká rodinná situace je absolutně nezajímala a nestarali se o to. Přičemž dodává, že kdyby OSPOD tušil, jak to v rodině funguje... tam to samozřejmě bylo mnohem horší, než kdyby mě pustili domů. Po odstěhování od rodičů, kdy soud rozhodl o svěřeni dětí do její péče, šla Pavla s dětmi bydlet na ubytovnu... bydleli jsme s holkama v garsonce, bez balkónu, se šváby a štěnicemi na takové ubytovně. Sama byla ráda, že u nich v bytě se nevyskytovaly. V současné době je ráda, že našla vhodný pronájem... ted' bydlím tady v domečku se zahrádkou, což je super i pro holky. Zázemí pro dcery po porodu měla... ale postýlky, oblečení, jídlo, hygiena, vanička, to jsem všechno měla. S materiálními věcmi pro dcery jí pomáhal zejména partner (otec dětí).*

Participantka výzkumu Lucie se zázemím po porodu problémy neměla... *jo měli jsme všecko... to jsem si všecko pozařizovala, měli jsme všecko v pohodě. Po porodu bydlela s přítelem (otcem dcery) v pronajatém bytě... malá šla do čistého prostředí, měli jsme vymalované, bydleli jsme v tom X na náměstí. Zmiňuje finanční problémy v souvislosti se ztrátou obou rodičů... přišla jsem v té době o rodiče a měla jsem sirotčí důchod. Toto období pro ni bylo největší životní zkušeností... to bylo dobrý... tohle období mě úplně postavilo na nohy. Zmiňuje problémy s doplatkem hypotéky z bytu po rodičích... to bylo furt po soudech, skrz doplatek na hypotéku, protože jeden z rodičů nesplnil tu posmrtnou formu té hypotéky nebo tak... že to sirotkům měla doplatit pojišťovna, jenomže maminka spáchala sebevraždu a neumřela přirozenou smrtí, tak tam se to považovalo úplně jinak. Cítila však velkou zodpovědnost a byt splácí doteď... nechtěla jsem, aby mi vzali byt... kdybych se na to vykašlala, tak jsem na městském bytě a nemám nic svého. V současné době participantka žije se svým nevlastním otcem a dcerou v bytě.*

Zázemí po porodu neměla stabilní ani jedna z participantek výzkumu, avšak základní výbavu pro děti měla každá připravenou.

5.4 OSPOD jako společný nepřítel

Dvě z participantek výzkumu se zmiňují o předsudcích a aroganci ze strany Orgánu sociálně-právní ochrany dětí na základě pozitivních testů na návykové látky. Na základě rozhovorů můžeme říci, že se participantky shodují na různosti pohledů sociálních pracovníků Orgánu sociálně-právní ochrany dětí. V současné době kontroly ze strany OSPODu neprobíhají ani u jedné z participantek:

Participantka Jana jako jediná problémy s OSPODem před dvěma lety neuváděla. I když se u ní projevil v porodnici pozitivní testy na návykové látky... *a když došla sociálka, tak mě máti podržela... řekla, že ví o tom, že něco беру, ale nikdy si nevšimla, že by to mělo nějaký dopad na mé děti, a že to vše zvládám. V současné době z porodnice šla rovnou do azylového domu... to mi pomáhala zařizovat všechno sociální pracovnice... nemůžu si na nic ze strany OSPODu stěžovat. Sociální pracovnice ji byla navštívit i v porodnici... jela za mnou třeba do porodnice a říká: „paní X, co mně to zase děláte... já vím, vy na tom fungujete normálně, mně to říkali i vaši, ale takto to nemá být“.* Hodnotí spolupráci s ní jako velmi příjemnou... *já prostě s těma děckama funguju už šestým rokem... nebo teda fungovala, než jsem letos ztratila zázemí.*

Další participantky mají zcela rozdílnou zkušenost. Pavla začala mít problémy s OSPODem na základě pozitivních testů na návykové látky v porodnici, které dle jejích slov byly falešně pozitivní... *pak se do toho vložil OSPOD a to jsem vlastně s holkami z porodnice musela jít bydlet k našim. Z této nastalé situace byla nešťastná... absolutně je nezajímalo, jak to vlastně v té rodině funguje... protože to kdyby věděli... oni došli, podívali se, jestli se tam vlezou dvě postýlky a to bylo celé. Rodinná situace je nezajímala... přičemž kdyby to věděli, tak tam to samozřejmě bylo mnohem horší, než kdyby mě pustili domů.* Hlavním zájmem pracovníků byl údajně otec dětí a ne děti samotné... *jediné co je zajímalo, bylo, jestli je tam X (otec holek)... furt s ním měli problém.*

Lucie začala mít problémy s OSPODem v situaci, kdy chtěla na bývalého přítele (otce dcery) pomoci sepsat návrh na svěření dítěte do péče... *od té doby se to rozjelo... od té doby se rozjely kontroly, návštěvy u mě doma, převrácení matračky, oni byli moc.* Participantce se nelíbil zejména způsob jednání... *jsem tam došla na druhé sezení, to bylo vlastně, jak jsme sepisovaly tu žádost na ten soud... ona mi s tím pomáhala, daly jsme to do obálky, že to zanesu na poštu a pošlu to a v tom momentně tam došli policajti a že testy na drogy mi dávají, že jim přijdu*

podezřelá a tak. Z čehož byla značně v šoku... ti policajti byli pěkně nechutní, rýpali do mě, že mi vezmou děcko, a že už to může být klidně za 5 minut a takové... to bylo šílené. Sama si uvědomuje, že v situaci se neudržela... taky jsem jim tam nadala, že mě uráží, to si uvědomuju, ale malá čistě oblečená, přebalená, že jí nic nechybí, co mě uráží, že to neměli ničím podložené. Na OSPOD má svůj jasný vyhraněný názor... nikdy mi ten OSPOD nepomohl a akorát mě vždycky dodrbal... na nervy, nikdy mi nepomohli tak, že bych to ocenila. Na situaci ji nejvíce zaráží rozdílný přístup sociálních pracovníků... třeba paní X a X tady OSPODu, tak ty by podle mě na úřadě neměli co dělat... třeba, ale jestli znáš paní X, ta mě měla po nich za dva roky... a ta mi hned zrušila soudní dohled, úplně všechno... u stání u soudu, když si chtěl bývalý nechat snížit alimenty, tak mě tam podržela úplně maximálně... hnedka zrušila soudní dohled, že ho nepotřebuju, že to bylo všechno zbytečné... popřála mi do života vše nejlepší, že mi fandí a vždycky podržela. Rozdílnost v přístupu pracovníků OSPOD popisují dvě participantky výzkumu, avšak považujeme nutné podotknout jednostrannost tohoto tvrzení. V současné době kontroly ze strany OSPODu neprobíhají ani u jedné z participantek výzkumu.

6 DISKUZE

Na základě prezentace výzkumu je na řadě jej souhrnně zhodnotit. Hlavním cílem výzkumu bylo porozumět roli dítěte v životě matky závislé na návykových látkách a popsat tak osobní zkušenosti matek s péčí o své děti jak v těhotenství, tak i po porodu. Dále jsme zachytili výrazná témata, která matky po celou dobu jejich závislosti provázejí. Odpověděli jsme na otázky, zda jejich těhotenství byla či nebyla plánová, zda chodily na pravidelné zdravotní prohlídky, zda v průběhu těhotenství přestaly užívat návykové látky či alespoň změnilly způsob užívání. Vzhledem ke stanovené výzkumné otázce byla pozornost soustředěna na roli, kterou dítě zaujímá v „deviantní kariéře“ své matky.

Drogová kariéra u participantů výzkumu, konkrétně v případě pervitinu, začala v rozmezí od 14-19 let. Namyslovová (in. Mravčík a kol., 2016 s. 103) popisuje ve svém výzkumu věk prvního užití pervitinu okolo 17 let, přičemž ženy užíly v průměru o rok dříve. Tento věk se shoduje s věkem prvního užití z výzkumu Namyslovové. Všechny ženy ve výzkumu označily své **začátky s návykovými látkami** jako období plné **experimentování**, ať už s kamarády či s jejich partnery, přičemž první impuls vyzkoušet návykovou látku přišel od nich samotných. Mahdalíčková (2014, s. 31-32) dodává, že rozvoj vzniku závislostního chování je pravděpodobnější, pokud jedinec užije návykovou látku v nižším věku, záleží však na psychickém, fyzickém stavu jedince a dalších okolnostech. Lze konstatovat, že participantky výzkumu se tak snažily uniknout z každodenní reality s rodiči, čímž docházíme ke shodě s Hajným (in. Kalina, 2003, s. 140-143), který zmiňuje, že častým prvkem vyvážení nestabilního zázemí ze strany dítěte bývá připojení se k partě kamarádů, s nimiž tráví volný čas a experimentuje s návykovými látkami. Pokud dítě nezačne mít výkyvy ve školním prospěchu nebo v domácnosti nemizí věci, vše se může zdát pro okolí v pořádku. O vlivu vrstevníku hovoří i Kudrle (in. Kalina, 2003, s. 146-148) především v období, kdy rodina neposkytuje dostatečné zázemí, a proto jedinec hledá své vzory jinde.

Pro všechny participantky výzkumu je dále důležitý **způsob aplikace** pervitinu, přičemž aplikace injekční jehlou pro ně má nenahraditelný význam. Můžeme říci, že z výzkumu vyplývá silná závislost participantek ne jen na droze jako takové, ale také na způsobu jejího podání. V případě, že participantky nemají k dispozici čistou jehlu, neaplikují vůbec nebo aplikují jiným způsobem, který pro ně není až tak hodnotný jako aplikace jehlou. Tím docházíme ke shodě s Kalinou (eDekontaminace, ©2010), který popisuje ne jen závislost somatickou a psychickou, ale také závislost na nitrožilním podání drogy, která představuje určitou rituální složku závislosti. Pokud se člověk rozhodne, pro nazální způsob užití neznamená to, že

závislost nemůže propuknout, avšak při injekčním způsobu aplikace si jedinec může mimo jiné způsobit vážné zdravotní problémy, které mohou vést k poškození žil, abscesům či infekčním onemocněním (žloutenka typu B, C, HIV). Se žloutenkou typu C se setkala jedna z participantek výzkumu, které žloutenka byla vyléčena interferonovou léčbou. V dnešní době lze hepatitidu typu C léčit bezinterferonově. Léčba pomocí interferonu, která byla donedávna aplikována, vedla k nežádoucím účinkům jako např. horečky, křeče, padání vlasů, otoky, ztráta hmotnosti a byla podávána injekčně. Bezinterferonová léčba probíhá téměř bez kontraindikací a její úspěšnost je nejméně 95 procent. Důležité je včasné odhalení a léčení jedinců s hepatitidou typu C (Zdravotnictví a medicína, ©2018). Participantka popisuje úbytek hmotnosti a další vedlejší účinky se neprojeví, avšak popisuje výrazné vedlejší účinky u své kamarádky. V tomto ohledu považujeme za podstatné zmínit důležitost terciární prevence v podobě Terénních programů a Kontaktních center.

Při dlouhodobém užívání návykových látek dle Kaliny (2015, s. 70-74) dochází k nápadnému úbytku hmotnosti, halucinacím či bludům, což potvrzují i participantky výzkumu, které z návykových látek měly i špatné stavy a halucinace, zvláště v případech, kdy se necítily dobře. V současné době pro ně účinky pervitinu nejsou stejné, jako na začátku jejich „drogové kariéry“. Při opakovaném užití je zvýšení výkonnosti dle Kaliny (2015, s. 70-74) spojeno obvykle se zhoršením kvality, což popisují i participantky výzkumu, pro které v současné době není pervitin až tak stimulační, jak popisují. Mají ho spíše na udržení „normálního stavu“ a jsou schopny po třech hodinách od užití usnout. V následujícím odstavci se pokusíme odpovědět na výzkumnou otázkou stanovenou jako:

Jaká je role dítěte v deviantní kariéře matky?

Partnerské vztahy jsou pro participantky velmi podstatné a prolínají se celým výzkumem, přičemž **roli partnera považujeme za výraznější, než roli dítěte**. Z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (©2018, s. 4) vyplývá, že důležitou úlohu v životě drogově závislých žen hrají právě partnerské vztahy. Ženy se často upínají ke svému protějšku i přes jeho návykové chování a často tak začnou či pokračují v užívání návykových látek také. Zejména pak následný relaps přichází v souvislosti s partnerskými vztahy, což můžeme potvrdit i na základě realizovaného výzkumu.

Z výzkumu je dále patrné, že rodinné prostředí a vztahy nebyly na dobré úrovni, přičemž se u rodičů participantek objevovala závislost na alkoholu. Kraus (2008, s. 72-77) podotýká, že nepříznivé prostředí nemusí vždy působit nevhodně. Jedná se tedy o prvek, který je značně individuální. Prostředí a jeho vlivy mohou pro jedince být *překážkou nebo výhodou*, mohou

jedince přímo *formovat* či *motivovat*. Partnerské vztahy jsou důležité zejména pro Janu a Pavlu, které svůj zlom v užívání připisují situaci, týkající se partnerských vztahu, ať už se jednalo o nevěru či nástup partnera do výkonu trestu.

Těhotenství bývá označováno jako nejkrásnější období v životě ženy. U participantek výzkumu tomu tak není, zejména z **důvodu stresu, chybějícího zázemí** a užívání návykových látek. Dle Preslové (2011, s. 5) se často jedná o neplánová, nechtěná těhotenství nebo těhotenství zjištěná v pozdější době, kdy matka stále drogy užívala, což potvrzuje i Gregora a Velemínský (2011, s. 106). Všechny participantky výzkumu **těhotenství zjistily v pozdějším stádiu**, kdy se dostáváme do shody s tvrzením Preslové (2011, s. 5). Zároveň však můžeme říci, že těhotenství u participantek bylo zjištěno na základě vynechání menstruace, kdy se dostáváme do rozporu s tvrzením Gregory a Velemínského (2011, s. 106), kteří tvrdí, že ženy ztrácí menstruaci v souvislosti se svým životním stylem a tím pádem si myslí, že otěhotnět nemohou. Vavřinková, Binder (2007, s. 32) zmiňují, že zdravotní péče o gravidní ženu závislou na návykových látkách začíná jejím vstupem do systému péče ve zdravotnictví, avšak nutit ženu k abstinenci není účinným řešením. Častým jevem je však žena, přicházející k porodu bez nulové prenatální péče. Dvě ze tří participantek výzkumu po zjištění, že jsou těhotné, **chodily na pravidelné prohlídky**, avšak obava ohledně důsledků vlivu návykových látek pro plod byla velká. U jedné z participantek byla obava tak velká, že raději na ultrazvuková vyšetření nechodila vůbec, protože nechtěla žít s pocitem, že by se jí narodilo dítě s určitým znevýhodněním. Zajímavým prvkem v případě těhotenství všech participantek je zmíněná abstinence, přičemž **abstinence pro každou z žen znamená zcela něco odlišného**. Dvě ze tří participantek ve výzkumu uvádějí, že po zjištění svého těhotenství začaly abstinovat a **role dítěte** pro ně byla motivací k abstinenci. Abstinovat však v jejich výkladu znamená omezení, vysazení primární návykové látky (pervitinu, extáze) nebo přechod na jiný způsob užívání pervitinu, avšak kouření cigaret a kouření marihuany v těhotenství téměř neomezily a berou tento prvek jako přirozený a nepozastavují se nad ním.

Péči o děti popisují participantky jako běžnou a ničím neobvyklou, přičemž zmiňují i situace, kdy ohrožují sebe a dítě. **Rozdíl přichází v péči pod vlivem návykové látky**. Všechny participantky výzkumu se shodují, že péče o děti pod vlivem návykové látky je rozdílná. Pod vlivem nejsou na děti až tak soustředěné a nemají na ně dostatek času, přičemž základní potřeby jako nakrmení, přebalení zvládají vždy. **Role dítěte** hraje pro ženy určitou roli, avšak z informací vyplývajících z výzkumů můžeme říci, že **dítě pro ženy není dostatečnou motivací k abstinenci**, protože se samy necítí být závislé a situaci s užíváním pervitinu mají

dle svých slov pod kontrolou, zároveň z výzkumu vyplývá, že **role partnera** je pro participantky podstatnější. Role otce se v péči o děti vyskytuje spíše sporadicky nebo je zcela absentující, ačkoliv partnerské vztahy jsou velmi výrazným prvkem ve všech rozhovorech.

Z realizovaného výzkumu dále vyplívají časté problémy s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí, který plní svou práci na základě pozitivních testů na návykové látky u žen. Avšak z výzkumu je patrná rozdílnost v přístupu jednotlivých pracovníků k ženám závislých na návykových látkách. V současné době kontrola ze strany OSPODu neprobíhá ani u jedné z participantek výzkumu. Za nutné považujeme podotknout jednostrannost těchto tvrzení.

Souhrnně můžeme říci, že role dítěte v deviantní kariéře ženy zastává své místo, nýbrž ne tak výrazné jako například role partnera. Participantky o negativním vlivu návykových látek pro plod a následný vývoj dítěte věděly, následná abstinence se jim však zcela nedařila. Tudíž můžeme říci, že pro participantky výzkumu nebylo dítě dostatečnou motivací k abstinenci ani v těhotenství, ani po porodu. O léčbě pro matky s dětmi v současné době neuvažuje ani jedna z participantek výzkumu.

7 SOUHRN

V závěrech se budeme snažit formou jednotlivých odrážek prezentovat klíčové výsledky realizovaného výzkumu zaměřeného na fenomén mateřství sociálně vyloučených matek, konkrétně na matky, které se potýkají s drogovou závislostí. Poznatky zjištěné z výzkumu můžeme reflektovat následujícím způsobem:

- **Děti** jsou pro drogově závislé matky z jejich pohledu důležité a mnohdy k získání dětí do péče podnikly dlouhou cestu, avšak **nejsou dostatečnou motivací** pro to, aby svou „deviantní kariéru“ zcela ukončily. K jistému omezení ze strany matek došlo, ale pouze v době těhotenství a krátce po něm, přičemž nelze hovořit o abstinenci.
- **Péče o děti** je výrazně **rozdílná pod vlivem návykové látky**. V případě jejího užití jsou ženy více neklidné a nesoustředěné na své děti a starost o ně. Zvládají základní péči jako přebalení, nakrmení, ale popisují silný deficit v podněcování svých dětí.
- **Abstinence** u drogově závislých matek **neznamena úplné vysazení návykových látek**, nýbrž omezení obvyklé dávky. Souhrnně můžeme říci, že participantky tvrdí, že po zjištění svého těhotenství začaly abstinovat. Abstinovat v jejich výkladu znamená omezení, vysazení primární návykové látky (pervitinu, extáze) nebo přechod na jiný způsob užívání pervitinu, o kterém se domnívají, že je pro plod méně škodlivý. Kouření cigaret a kouření marihuany v těhotenství téměř neomezily, považují tento prvek jako přirozený a nepozastavují se nad jeho škodlivostí.
- **Role partnera** je daleko **výraznější než role dítěte**. Partnerské vztahy jsou pro matky velmi výrazné a opakující se téma v průběhu každého rozhovoru.
- Způsob aplikace pervitinu je velmi podstatný. Z výzkumu vyplývá silná závislost na **injekčním podání** pervitinu. V případě, že participantky nemají k dispozici čistou jehlu, neaplikují vůbec nebo aplikují jiným způsobem, který pro ně není až tak hodnotný jako aplikace jehlou a to i přes fakt rizikovosti tohoto způsobu.
- **Rodinné vztahy** jsou všemi participantkami označovány jako velmi **nestabilní**, proměnlivé a bez citu. U drogově závislých žen se však potvrzuje silný význam partnerských vztahů v jejich životě, které jsou z velké části původcem jejich relapsu, avšak role otce dětí je v péči o ně zcela absentující nebo velmi sporadická. Vztahy s vrstevníky jsou v období před užíváním výrazně rozličné než v současné době, přičemž kamarádství je velmi nestabilní a jde spíše o využívání.

- Potvrzuje se významná **rozdílnost v účincích návykových látek** na začátku „drogové kariéry“ a v současné době. Ženy v současné době nepopisují účinky pervitinu jako stimulační, nýbrž jako účinky, které vedou k udržení „normálního stavu“.
- Léčba je v očích participantek výzkumu vnímána negativně. Zejména z důvodu pocitu, že samy nemají žádný problém a vše zvládají. Dle svých slov dokážou „kdykoliv“ přestat nebo z důvodu, že do léčby nechtějí vůbec, protože droga je pro ně středobodem veškerého dění.
- Důležitost také přikládáme Orgánu sociálně-právní ochrany dětí a jeho jednotlivým pracovníkům, jejichž postupy a pohledy na výchovu dětí matkami uživatelkami jsou v mnohých případech dle participantek výzkumu značně rozdílné a nejednotné.
- Mateřství a rodičovství matek závislých na návykových látkách je tématem zasluhujícím větší pozornost odborné veřejnosti.
- Přestože souhrn prezentovaného výzkumu nabízí hlubší vhled do zkoumané problematiky, zůstávají další otevřené otázky týkající se podrobnějšího zkoumání jednotlivých případů. Další výzkumy mohou přispět k hlubšímu porozumění této specifické životní zkušenosti.

7.1 Doporučení pro praxi

Obecný přínos výsledků výzkumu lze spatřovat hned v několika oblastech, zejména ve sféře rozšíření poznání o životě drogově závislých matek. Přestože souhrn prezentovaného výzkumu nabízí hlubší vhled do zkoumané problematiky, zůstávají další otevřené otázky týkající se podrobnějšího zkoumání jednotlivých případů. Další výzkumy mohou přispět k hlubšímu porozumění této specifické životní zkušenosti. Stejně jako v případě bakalářské práce přináší i realizovaná diplomová práce autorce osobní přínos, který nyní znamená otevřenou možnost profesní seberealizace ve smyslu uplatnění kompetencí nabytých v rámci své pracovní zkušenosti a podkrýt tak práci s matkami uživatelkami, což je pro mnoho Terénních programů aktuální téma, které nemá ucelenou koncepci, z čehož vyplývá, že výsledkem by mohl být určitý podrobnější „manuál“ pro práci s matkami uživatelkami. Terénní sociální pracovníci jsou mnohdy jedinými, kteří se ocitnou v přirozeném prostředí rodiny, kde se vyskytuje závislost na návykových látkách. V tomto ohledu spatřujeme obrovskou důležitost Terénních programů pro uživatele drog nejen z Harm reduction a Public health pohledu, ale také z pohledu dětí, které v této rodině žijí. Ženy jsou často v kontaktu pouze s terénními pracovníky, kteří se dostávají

do situací, kdy jsou nuceni se vypořádat s dilematy (kontaktování příslušných orgánů, intervence a další). Sami pracovníci jsou si moc dobře vědomi mlčenlivosti, kterou jsou vázáni. Závazku citlivého nakládání s informacemi osobními se mohou zbavit jen v zákonem vymezených případech, např. při podezření na týrání či zneužívání osoby. Právě v tomto spatřujeme důležitost Terénních programů a jejich pracovníků, kteří jsou mnohdy jedinými „lidmi bez problému závislosti“, kteří do přirozeného prostředí rodiny, v které se závislost vyskytuje, vstupují.

ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce se zabývala otázkou fenoménu mateřství sociálně vyloučených matek, zejména matek závislých na nelegálních návykových látkách. V teoretické části byla pozornost věnována rodině, jako vhodnému sociálnímu prostředí pro dítě, vlivem tohoto prostředí a v neposlední řadě rodinou ohroženou sociálním vyloučením. V jednotlivých kapitolách byly dále popsány pojmy jako závislost a přístupy pomoci uživatelům návykových látek. Následně pak v podkapitole rozebrány psychostimulancia, které byly ve výzkumu primární drogou participantů. Způsoby aplikace byly zmiňovány zejména z důvodu výzkumného šetření, v kterém pro participanty byl velmi podstatný způsob aplikace metamfetaminu. Za důležitý prvek teoretické části jsme považovali vymezení drogové závislosti u žen, její specifika, rizikové faktory a důsledky užívání návykových látek v průběhu těhotenství.

Navazující empirická část byla zpracována formou kvalitativního výzkumu se všemi náležitostmi a aspekty. Cílem předkládané diplomové práce bylo vytvoření kvalitativní studie, která by reflektovala drogovou závislost žen a jejich postoj v péči o své děti. Jednalo se tak o porozumění životní situace drogově závislých matek, odhalení problémů, které jsou ve spojitosti s drogovou závislostí a popsání příčin a důsledku s nimi souvisejícími. Také jsme se pokusili nastínit subjektivní pohled matek na danou situaci formou jejich životního příběhu. Výzkum byl realizován pomocí interpretativní fenomenologické analýzy a metodou získání dat bylo využito narativních rozhovorů, které vedou k odhalení subjektivních zkušeností participantů výzkumu. V případě standardizovaného dotazování by mohly některé subjektivní prožitky zůstat skryty. Součástí rozhovorů bylo zaměření na počátky „drogové kariéry“ participantů a následně na těhotenství, mateřství a péči o své děti.

Výzkumným souborem byla trojice participantek ve věkovém rozpětí od 26-35 let s dobou užívání nelegálních návykových látek od 8-21 let. Základní kritéria pro výběr byla stanovena jako: žena, která užívá nebo v minulosti užívala nelegální návykové látky a zároveň je matkou.

Získané poznatky z výzkumu přispěly k následujícím závěrům: děti jsou pro drogově závislé matky z jejich pohledu důležité, avšak nejsou dostatečnou motivací pro to, aby svou „deviantní kariéru“ zcela ukončily. Péče o děti je výrazně rozdílná pod vlivem návykové látky – v případě jejího užití jsou ženy více neklidné a nesoustředěné na své děti a péči o ně. Abstinence u drogově závislých matek mnohdy neznamená úplné vysazení návykových látek, nýbrž omezení obvyklé dávky. Role partnera je daleko výraznější než role dítěte. Partnerské vztahy jsou pro

matky velmi výrazné a opakující se téma v průběhu každého rozhovoru. Způsob aplikace pervitinu je velmi podstatný. Z výzkumu vyplývá silná závislost na injekčním podání pervitinu. Léčba je v očích participantek výzkumu vnímána negativně, zejména z důvodu pocitu, že samy nemají žádný problém a vše zvládají.

Přestože souhrn prezentovaného výzkumu nabízí hlubší vhled do zkoumané problematiky, zůstávají další otevřené otázky týkající se podrobnějšího zkoumání jednotlivých případů. Další výzkumy mohou přispět k hlubšímu porozumění této specifické životní zkušenosti. Výsledkem výzkumu je tedy kvalitativní studie, která přehledně mapuje a shrnuje poznatky týkající se drogově závislých matek. Tato kvalitativní studie může přispět k tvorbě podrobnějšího „manuálu“ pro práci s matkami uživatelkami. Terénní sociální pracovníci jsou mnohdy jedinými, kteří se ocitnou v přirozeném prostředí rodiny, kde se vyskytuje závislost na návykových látkách, což otevírá prostor pro hlubší zkoumání tohoto fenoménu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BARTLOVÁ, Sylva. *Sociální patologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-259-0.
3. BINDER, Tomáš. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In: HAJNÝ, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
4. BÉM, Pavel a kol. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
5. ČERNÝ, Jan a Martin JÁRA. *Sociální diskriminace pod lupou: metodika identifikace diskriminačního jednání a doprovodných negativních jevů v bydlení a zaměstnávání*. Praha: Otevřená společnost, 2006. ISBN 80-903331-7-6.
6. DISMAN, Miroslav. Definice podle typů dat. In: ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
7. ĎURĎOVÁ, Michaela. *Droga jako součást života klientů programu Streetwork*. Zlín, 2018. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
8. FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ, *Psychoterapie: praxe - inspirace – konfrontace*. Rok vydání 2017, ročník 11. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 2007. ISSN 1802-3983.
9. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
10. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

11. FIŠEROVÁ, Magdaléna. Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
12. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
13. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
14. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-0135-6.
15. HAJNÝ, Martin. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
16. HAMPLOVÁ, Dana a Jitka BURIÁNKOVÁ. *Zdraví, rizikové chování a životní styl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2015.
17. HARTLOVÁ, Helena a Pavel HARTL. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
18. HOŠKOVÁ, Helena, LUKÁČOVÁ, Markéta a Jan ŠÍP. Princip Harm reduction (princip snižování škod). In: KLÍMA, Petr. *Kontaktní práce – antologie textů České asociace Streetwork*. Praha: Česká asociace Streetwork, 2009. ISBN 978-80-254-4001-8.
19. HRČKA, Michal. *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-68-0.
20. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
21. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
22. KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.
23. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024714110.

24. KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, J. a ČERMÁK, I. Interpretativní fenomenologická analýza. In: T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013.
25. KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
26. KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-sociální model v teorii a praxi. In: KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024714110.
27. KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024738741.
28. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
29. LACINOVÁ, Lenka a Petra ŠKRDLÍKOVÁ. *Dost dobří rodiče, aneb, Drobné chyby ve výchově dovoleny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-442-7.
30. LUKEŠOVÁ, Jaroslava. Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti. In: PRESLOVÁ, Ilona a Veronika MAXOVÁ, ed. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*. Praha: Sananim, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5.
31. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
32. MLČÁK, Zdeněk. *Základy psychopatologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003.
33. MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální deviace: přehled sociologických teorií*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2001. ISBN 978-80-7380-398-8.
34. NAMYSLOVOVÁ. Problémoví uživatelé pervitinu. In: MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J. 2016. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-156-5

35. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
36. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 9788026213574.
37. NEŠPOR, Karel. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
38. NOVOTNÝ, Ivan. Faktory vzniku drogových závislostí. In. KRAUS, Blahoslav. *Sociální patologie*. Hradec Králové, Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-080-1.
39. ORCUTT, James D. *Analyzing deviance*. Homewood, Ill.: Dorsey Press, 1983. ISBN 9780256023039.
40. PRESLOVÁ, Ilona. *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů: komplexní program péče o dítě závislých matek o.s.* Praha: Sananim, 2011. ISBN 978-80-904536-1-6.
41. PRESLOVÁ, Ilona a Veronika MAXOVÁ, In. *Ženy & drogy: sborník odborné konference*. Praha: Sananim, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5.
42. PRESLOVÁ, Ilona. Závislé matky s dětmi. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
43. PRESLOVÁ, Ilona. Gender a drogy. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
44. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.
45. RADIMECKÝ, Josef, JANÍKOVÁ Barbara a Petra PISKÁČKOVÁ. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie a psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-239-9960-0.
46. SCOTT, John a Gordon MARSHALL. *A dictionary of sociology*. 3rd ed. rev. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-953300-8.

47. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
48. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
49. URBAN, Lukáš, Josef DUBSKÝ a Jan BAJURA. *Sociální deviace. 2., rozš. vyd.* Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2012. ISBN 978-80-7380-397-1.
50. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 9788024609560.
51. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
52. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2007. ISBN 80-7254-829-8.
53. ZÁŠKODNÁ, Helena. *Závislost na drogách*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. ISBN 80-7042-689-6.
54. ZIMA, Tomáš. Biochemie závislosti. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

Internetové zdroje:

55. ČERNOHORSKÁ, Kateřina. *Příprava na porod* [online]. In: SANANIM, eDekontaminace 4/2018 - Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.

Dostupné z:
http://www.edekontaminace.cz/downloads/1548336005_dekontaminace-4_2018_deti.pdf.
56. ČTK, 2019. *Zlínský kraj čelí problémům v osmi sociálně vyloučených lokalitách* [online]. ROMEA, o. p. s.

Dostupné z:
<http://www.romea.cz/cz/zpravodajstvi/domaci/zlinsky-kraj-celi-problemum-v-osmi-socialne-vyloucenych-lokalitach>

57. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European drug report* [online]. Statistical bulletin, 2016.

Dostupné z:

<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016>.

58. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2018), *Evropská zpráva o drogách 2018: Trendy a vývoj*, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

Dostupné z:

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT1800_1CSN_PDF.pdf

59. Harm reduction Coalition. *Annual Impact Report: 19 Harm Reduction Highlights of 2019* [online]. 2019.

Dostupné z:

<https://harmreduction.org/miscellaneous/annual-impact-report-19-harm-reduction-highlights-of-2019/>

60. Harm reduction Journal. *Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women* [online]. 2012, 9:5. doi:10.1186/1477-7517-9-5.

Dostupné z:

<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/5>.

61. HERZOG, Aleš. Harm reduction se vyplatí! In: SANANIM. *Snižování škod a drogy - sborník odborné konference* [online]. Praha: SANANIM, 2016. ISBN 978-80-904536-9-2.

Dostupné z:

http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1547048636_snizovani-skod-a-drogy2016-pdf.pdf.

62. HUSA, Petr. *Hepatitidu C už lékaři umějí snadno vyléčit. Jen se na ni musí přijít* [online]. Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. Praha: MF Medical, 2018.

Dostupné z:

<https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/hepatitidu-c-uz-lekari-umeji-snadno-vylecit-jen-se-na-ni-musi-prijit-487157>.

63. IKEM. *Hepatitida C – tichý a nenápadný zabiják* [online]. Tisková zpráva IKEM, 26. 7. 2018.

Dostupné z:

<https://www.ikem.cz/cs/hepatitida-c-tichy-a-nenapadny-zabijak/a-3287/>

64. KUDA, Aleš. *Alkohol je geniální látka, ale jen chvíli. Když závislost krmíte, je to jak s toulavou kočkou, říká adiktolog* [online]. Deník N, 2019.

Dostupné z:

<https://denikn.cz/164711/alkohol-je-genialni-latka-ale-jen-chvili-kdyz-zavislost-krmite-je-to-jak-s-toulavou-kockou-rika-adiktolog/>.

65. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ŠKRDLANTOVÁ, E., MIOVSKÁ, L., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky.

Dostupné z:

https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1340/8/VZ-2007.pdf

66. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., NECHANSKÁ, B., CIBULKA J., FIDESOVÁ H., VOPRAVIL, J. 2019. *Výroční zpráva o stavu věcech drog v České republice v roce 2018* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-237-1.

Dostupné z:

https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33122/871/VZdrogy2018_web%202020-01-13_V02.pdf.

67. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie a sociální deviace* [online]. Distanční studijní text. Opava: Slezská univerzita, 2019.

Dostupné z:

<https://www.slu.cz/file/cul/f9f048bc-452a-435a-bd1e-14f42c9a6427>.

68. OLECKÁ, Ivana & PŘECECHTEL, Petr & SKARUPSKÁ, Helena. (2019). *Abúzus alkoholu pečujících osob jako rizikový faktor smrti dětí do pěti let: Limity statistických přehledů kriminality* [online]. Sociální pedagogika/Social Education. 7. 8-20. 10.7441/soced.2019.07.01.01.

Dostupné z:

http://soced.cz/wp-content/uploads/2019/04/STUDY_7-1-2019_9_122_T_SocEd_final.pdf.

69. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the *International Health Conference* [online]. New York, 19-22 June, 1946.

Dostupné z:

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

70. PRESLOVÁ, Ilona. *Mámy, otcové, děti a drogy* [online]. In: SANANIM, eDekontaminace 4/2018 – Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.

Dostupné z:

http://www.edekontaminace.cz/downloads/1548336005_dekontaminace-4_2018_deti.pdf.

71. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2020. *Infekce v ČR - výskyt vybraných hlášených infekcí v ČR podle krajů, leden 2020* [online]. SZÚ: Praha, 2020.

Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/infekce/tabulka_leden_2020_kraje.pdf

72. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Infekce v ČR – výskyt vybraných hlášených infekcí v České republice, leden 2020* [online]. SZÚ: Praha, 2020.

Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/infekce/tabulka_leden_2020.pdf

73. STEINBERG, RAYMOND, BRAVERMAN, et al. *Zellweger Syndrome Spectrum: Peroxisome Biogenesis Disorders* [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health, 2003.

Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20301621>.

74. TERMER, Aleš. *Vše co jste dosud nevěděli o této české specialitě a báli jste se zeptat* [online]. In: SANANIM, eDekontaminace 4/2008 - Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.

Dostupné z:

<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/69/pervitin-pernik-piko-pecko-parno-peribily-snih-ice-czecho-speed-hromady-cary-.html?warning=kill>.

75. VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, et al. *Zaostřeno na drogy 4/2007 - Návykové látky v těhotenství* [online]. Úřad vlády České republiky, 2007. ISSN 12-14-1089.

Dostupné z:

https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/4610/584/Zaostreno_na_drogy_200704_drogy_a_tehotenstvi.pdf.

76. VESELÁ, Michaela a kol. *Sociální vyloučení: dobrá praxe a řešení* [online]. Praha: Společně k bezpečí o.s., 2009.

Dostupné z:

[file:///C:/Users/Michaela/Downloads/soc_vyloucení_dobra_praxe_resení%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Michaela/Downloads/soc_vyloucení_dobra_praxe_resení%20(2).pdf)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
ČTK	Česká tisková kancelář
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FAS	Fetální alkoholový syndrom
HR	Harm reduction
IKEM	Institut Klinické a Expertní Medicíny
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
MVČR	Ministerstvo vnitra České republiky
Např.	Například
NAS	Neonatální abstinenční syndrom
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – ukázka komentářů a prvotních poznámek v rozhovoru	49
Obrázek 2 – kategorie V životě se má zkusit vše a podkategorie	55
Obrázek 3 – kategorie Těhotenství a podkategorie	61
Obrázek 4 – kategorie Zvládnání péče o děti a podkategorie	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – drogová scéna v průběhu let.....	31
Tabulka 2 – nadřazená témata.....	50
Tabulka 3 – základní údaje o výzkumném vzorku.....	52