

JEDEN ZE SYSTÉMŮ PÉČE O TĚHOTNÉ UŽIVATELKY DROG, DROGOVĚ ZÁVISLÉ ŽENY A JEJICH DĚTI V ČESKÉ REPUBLICE

A SYSTEM OF TAKING CARE OF PREGNANT WOMEN WHO TAKE DRUGS, OF WOMEN
DEPENDENT ON DRUGS AND OF THEIR CHILDREN IN THE CZECH REPUBLIC

Sedláčková Simona¹, Žižková Blanka²

¹Centrum pro rodinu – Drop-In, o.p.s., Praha, vedoucí programu a autorka projektu „Integrace rodiny“ – původně projekt „Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v KÚ a DD“

²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra psychologie a psychiatrie

Summary

The problem of addictive substances in the anamnesis and their use in pregnant women is a very serious social issue. Drugs affect mental and physical health of women in their child-bearing age, but they also cause complications in the future life of the child to be born. If a drug-dependent woman lives with her partner or husband, the family falls into a certain isolation or even destabilisation due to the dependence of either parent. Due to considerable financial amounts paid for the drug, standards of values are altered in the drug-dependent person; taking care and upbringing of children is stepwise shifted to the margin of the interest of parents.

Children born by drug-dependent mothers are mostly taken away from their mothers and situated based on a preliminary legal provision either into the institutional care or into the care of the family of the drug-dependent mother, as far as they express their interest in the child. However, the reason for taking the child away is mostly not only the use of the drug itself but also the general adverse social-cultural situation of the mother and loss of her ability to take care of the child.

Extraordinary attention should be paid to these women, but they should also be offered with a special health-psychosocial intervention with the main attempt to achieve the withdrawal of the drug and subsequent support of the mother with providing the possibility to include her into the process of taking care of her child and to make her aware of problems, which were reflected in her non-productive behaviour. Thus, all the attempts should be aimed at diminishing and maximum elimination of risk factors.

Key words: Drugs – pregnancy – dependence – child – CPR – intervention

Souhrn

Problematika návykových látek v anamnéze a jejich užívání u těhotných žen je velmi závažným společenským problémem. Drogy ovlivňují jednak psychické a fyzické zdraví žen v reprodukčním období, ale také způsobují komplikace v dalším životě ještě nenarozenému dítěti. Pokud žije závislá žena v partnerském či manželském svazku, dostává se rodina díky závislosti jednoho či obou rodičů do určité izolace až destabilizace. V důsledku vynakládání velkých finančních částek za drogu dochází ke změně hodnotového žebříčku závislého; péče a výchova dětí se posléze ocitá na okraji zájmu rodičů.

Děti narozené závislým matkám jsou v drtivé většině odebrány a umístěny na základě předběžného opatření buď do ústavní výchovy, nebo jsou dávány do péče rodiny, ze které závislá matka pochází (pokud rodina projeví o dítě zájem). V drtivé většině však důvodem odebrání dítěte není braní drogy jako takové, ale celkově nepříznivá sociokulturní situace matky a ztráta její

schopnosti o dítě pečovat.

Těmto ženám by tak měla být věnována nejen mimořádná pozornost, ale také nabídnuta specifická zdravotně-psychosociální intervence, jejíž hlavní snahou by měla být abstinence a následná podpora matky, jejímž cílem je získání schopnosti zapojit matku do pečovatelského procesu o své dítě a uvědomění si problémů, které se odrážely v jejím neproduktivním chování. Všechny snahy tak musí směřovat ke snížení a maximálnímu vyloučení rizikových faktorů.

Klíčová slova: drogy – těhotenství – závislost – dítě – CPR – intervence

ÚVOD

Presný údaj o počtu těhotných uživatelék drog a narozených dětí, jež můžeme označit za zvláště ohrožené, neexistuje. Můžeme však konstatovat, že výskyt těhotných žen závislých na drogách se zvyšuje (1). Tento fakt má mnoho příčin.

Podle jedné z teorií je tento nárůst ovlivňován užíváním substitučních přípravků z řady opiátů (např. Subutex). Ženy uživatelky se tak mylně domnívají, že pokud již neužívají heroin (který v drtivé většině zastupuje nelegální drogu opiátového typu) (2), ale substituční preparát, léčí se tak ze své závislosti.

K hlavním přednostem zmíněných preparátů patří omezení rizika předávkování, předvídatelné účinky a záruka stabilního složení. U klientů užívajících substituci dochází k celkovému zlepšení zdravotního stavu.

U závislých žen se obnovuje pravidelný či nepravidelný menstruační cyklus, což vede u žen k neplánovanému těhotenství. I v této situaci společnost musí umožnit matce plod donosit a porodit, pokud se nerozhodne jít na interrupci.

Další z teorií však může být i ta skutečnost, že dnešní uživatelky drog více vyhledávají služby, které jsou určené pro uživatele návykových látek.

Díky těmto zařízením dochází k určitému zpřehlednění pohybu závislých a v případě, že závislá žena otěhotní, může jí být poskytnuta včasná péče a pomoc. Jedním z dalších faktorů, díky němuž dochází ke zvyšování počtu těhotných uživatelék drog, je narůstající exploze drog, která má za následek rozšíření užívání drog celým spektrem mladší populace.

Centrum pro rodinu Drop-In, o. p. s.

Jedním z center, které disponuje v současné

době nejucelenější koncepcí péče o těhotnou drogově závislou matku a její dítě v České republice, je Centrum pro rodinu (dále jen CPR), jehož program se řídí heslem: „Děti patří domů, pokud je to možné.“

CPR je jedním z programů Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop-In, o.p.s. Jedná se o registrované nestátní zdravotnické zařízení, jehož činnost se zaměřuje na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů v intenci tzv. Harm reduction - tj. racionální snižování rizik, která z drogové problematiky jako celku vyplývají, dále doléčování klientů vracejících se z ústavní léčby v Centru následné péče. Jednou z priorit zařízení je i prevence vůči HIV infekci mezi osobami, které si drogu aplikují intravenózně. Další prioritou Drop In, o.p.s., jsou různé typy preventivní činnosti (3).

Jedním z prvních projektů Centra pro rodinu – Drop In, o. p. s., je projekt „Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech“.

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

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

Nyní tento projekt nese novější název „Integrace rodiny“. Autorem a realizátorem projektu je Simona Sedláčková a odborným garantem MUDr. Jiří Presl, interním supervizorem PhDr. Ivan Doua.

Základní cíle tohoto projektu jsou následující:

- Cílovou populaci gravidních klientek či klientek pečujících o děti motivovat a směřovat k abstinenci návykových látek;
- Nabídnout těmto ženám adekvátní řešení situace zabezpečením gynekologicko-porodnické péče, psychologické a sociální péče;
- Pomoci stabilizovat jejich zdravotní stav v době těhotenství a později; jedná se o vlivy návykových látek či alkoholu v prenatálním období, tj. v době gravidity či v době po porodu, kdy klientky již o dítě pečují;
- Pomoc a asistence při stabilizaci tíživé sociální situace, jako je zajištění bydlení a získávání sociálních dávek;
- Dalším cílem programu je rozvíjet sociální dovednosti a orientaci v mezilidských vztazích v době zařazení do programu a po jeho ukončení, aby matka společně s partnerem či ostatními rodinnými příslušníky dokázali vytvořit dítěti bezpečné zázemí rodiny jako takové (4).

Tyto cíle by měly směřovat k finálnímu cíli, aby děti klientek mohly zůstat v přirozeném prostředí v péči matky, pokud je toho matka schopna.

CPR si klade za cíl i v případech, kdy je dítě svěřeno do péče kojeneckého ústavu či dětského domova motivovat matku k takovému způsobu života, aby bylo možné dítě navštěvovat, avšak pouze v případě, že to nebude traumatizující pro dítě, nebo pomoci zvládnout její situaci, aby bylo dítě svěřeno matce do rodinného prostředí.

Popis současného stavu problematiky, kterou projekt řeší

Projekt řeší problematiku žen, které užívají či užívaly psychotropní návykové látky a vzhledem k jejich anamnéze jim byly děti odnímány a svěřovány do ústavní péče.

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

Vzhledem k tomu, že cca 70 % mladé populace má zkušenost s drogou, jsou do této

skupiny zahrnuty i dívky mezi 19-22 rokem, kdy během jejich problémového dospívání a dozrávání osobnosti otěhotní. Některé řeší tuto situaci interrupcí, ale řada z nich je rozhodnuta změnit svůj životní styl a dítě si ponechat. K tomu napomáhá i ta skutečnost, že jen část z uživatelů drog u svého způsobu života zůstává dlouhodobě.

V případě, že ženy z této cílové skupiny otěhotní, a to i když v době těhotenství abstinují, buď částečně, nebo úplně, bývá zcela zákonité, že následují opatření pracovníků orgánu sociálně právní ochrany dítěte (dále jen OSPOD).

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

Program CPR funguje již 6 let a právě spolupráce s pracovníky OSPOD je na poměrně dobré úrovni, protože matky, jež mají v anamnéze drogovou kariéru docházejí do Centra pro rodinu (Program Integrace rodiny). CPR spolupracuje s o. s. Střep a následně společně se sociální pracovníci v místě bydliště klientky navrhuje adekvátní léčebný program a individuální plán v oblasti sociální práce a péče o dítě.

Vzhledem k romské populaci je v oblasti péče o dítě u těchto matek často nařízen soudní dohled, zvyšuje se počet romských matek, které mají v anamnéze drogovou kariéru a s programy se snaží spolupracovat. U této populace je zejména důležitá důsledná kontrola, protože vzhledem k temperamentovým a odlišným sociokulturním prvkům je poměrně těžké přimět je k ústavní léčbě. Tyto klientky se necítí být přijímány majoritní společností a je pro ně obtížné přijmout pravidla naší společnosti (4).

Klientky se do péče CPR dostávají z různých důvodů. Mezi nejčastější patří:

1. Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy s ní možné nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji apod.
2. Žena bere drogy, porodí dítě, v jehož smolce je záchyt návykové látky, posléze cca do 1 týdne nastupuje syndrom z odnětí. Z porodnice je pak informován příslušný odbor (OSPOD) a odtud je kontaktováno CPR;

3. Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti, na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci);
4. Informace o činnosti centra se může gravidní toxikomanka dozvědět od svých známých či drogově závislých přátel.

Cílová populace projektu

- ženy, které užívají či užívaly návykové a alkoholové látky a mají v péči děti;
- gravidní ženy spadající do výše uvedené skupiny;
- ženy z této cílové skupiny, kterým bylo dítě odebráno soudem;
- ženy romského etnika užívající návykové a alkoholové látky;
- abstinující ženy s velmi krátkým trváním období abstinence, kde je nutné upevnit jejich postoje;
- ženy, které mají v anamnéze návykové látky a mají určen soudní dohled nad péčí o dítě;
- partneři klientek;
- rodinní příslušníci a rodina klientek.

Složení pracovního týmu

- vedoucí psycholog
- psychiatr
- vedoucí terapeut – psychologické a zdravotnické vzdělání
- terapeut - speciální pedagog
- sestra - terapeutka
- porodní asistentka
- supervizor

Výše uvedení odborníci mj. spolupracují s praktickým lékařem pro děti a dorost.

Popis programu

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

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

Podrobnější popis jednotlivých fází:

1. fáze nízkoprahová

V této fázi dochází k navázání kontaktu s klientkami, a to následně s gravidními ženami, které přicházejí ze základního střediska Drop In, o.p.s., ze substitučních programů, porodnic či jsou do CPR odesílány pracovníky z OSPOD, případně nás kontaktují jinak.

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

V případě, že klientky nejsou schopny docházet pravidelně do ambulantního programu či nejsou schopny dodržovat pravidla tohoto programu a ambulantní forma se zdá být pro ně neefektivní, jsou odesílány do léčebného programu, který probíhá ústavní formou. Jedná se zejména o TK Karlov. Do této komunity jsou indikovány klientky, které užívají pravidelně stimulační drogy či opiáty a nemají sociální zázemí, jako je bydlení, pomoc rodiny apod. Do terapeutické komunity jsou indikovány i takoví zájemci, kteří potřebují upevnit sociální dovednosti ve smyslu zařazení se do společnosti a vytvoření určitého denního řádu.

U těchto výše zmíněných případech slouží program CPR jako vstupní filtr, ve kterém klientky dostávají doporučení k léčbě komunitního typu (zejména TK Karlov) nebo ústavní léčbě.

Projekt dále pracuje s klientkami, které jsou odhodlány k abstinenci, případně již abstinují nebo docházejí do substitučního programu. Klientky jsou dále stabilizovány po zdravotní stránce a jsou odesílány do zdravotnického zařízení k vyšetření, a to zejména se zaměřením na hepatitidu či jiná onemocnění.

Kritériem k přechodu do fáze tematické je abstinence či zařazení do substitučního programu a dodržování pravidel, která jsou podmínkou účasti v programu CPR. V této fázi se klade důraz především na osvojení sociálních dovedností a stabilizaci sociálního zázemí, jako je bydlení, vyřízení sociálních dávek, pravidelná účast v programu, péče o dítě – klientky se učí domácí režimová opatření, těhotné ženy se zúčastňují přípravy k porodu, která se skládá z teoretické části a nácvikové.

Kontakt s klientkou probíhá 1-2krát v týdnu při konzultacích o délce 40-50 minut.

V souvislosti s osvojením sociálních dovedností je zajišťována i návštěva klientek v domácím prostředí. Jedná se zejména o gravidní klientky, kde je monitorována celková situace klientky před porodem, díky které by bylo možné zhodnotit situaci, zda nově narozené dítě může být v bezpečné péči své matky. Důraz je kladen na to, aby matka:

- abstinovala od návykových látek a alkoholu
- měla vytvořený láskyplný a bezpečný vztah k dítěti
- pravidelně fungovala a dobře spolupracovala v substitučních programech
- měla vytvořené dobré sociální zázemí, uspokojivé a bezpečné bytové podmínky

V případě splnění těchto kritérií přechází klientky do fáze tematické (4).

2. fáze tematická

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

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

Součástí tohoto programu je i servis, který je poskytován klientkám v rámci programu s přihlédnutím k specifitě cílové skupiny. Jedná se o:

- potravinový servis
- základní zdravotní péči na úrovni vyššího zdravotního personálu.
- základní hygienické vybavení.
- zajištění gynekologicko-porodnické péče na úrovni porodní asistentky je poskytováno přímo v CPR a dále je klientce zprostředkována gynekologická péče na úrovni lékařské a porodnické péče.
- aktivizace, která je doplňkovou součástí programu. Např. bodyterapie, různé sportovní aktivity – aerobic, využití posilovny, plavání a cvičení s dětmi.
- asistenční služba, která je k dispozici, je využívána zejména v první fázi zařazení do programu. Jedná se o ty případy, kdy si klientky sami netroufají jednat s úřady apod.

Zařazení do třetí fáze je možné zhruba po deseti měsících spolupráce s klientkou (4).

3. fáze růstová

Do této fáze jsou klientky zařazeny až po dlouhodobé spolupráci s programem, a to zhruba v rozsahu trvání 10 měsíců od zařazení do programu. V této fázi jsou již klientky sociálně a zdravotně stabilizované, mají upevněny své postoje ve smyslu abstinence od nelegálních a alkoholových drog. Zde je možné se zaměřit na ovlivňování jejich dalších postojů a řešení životních situací. Účast v této fázi již není povinná u osob, které jsou zařazeny v substitučním programu, a u žen, jež mají nařízený soudní dohled. Tyto je možné ponechat ve fázi tematické a pracovat spíše na podpůrném kontaktu a dalším upevňování postojů k abstinenci pomocí vhodné sociální práce. Je nutné zdůraznit, že ne všechny klientky mají zájem na pozitivním vývoji své osobnosti a také není u některých struktur osobnosti reálně očekávat další vývoj s výjimkou ovládnutí sociálních dovedností. Růstová fáze trvá ještě dalších 10 měsíců, celková délka trvání programu je 20-22 měsíců. Vzhledem k tomu, že projekt je realizován již 6. rok, dá se říci, že

máme jisté zkušenosti s matkami, které program ukončily a stále abstinují. Činnost projektu je zaměřena i na ženy, jež mají soudem určen dohled nad péčí o dítě, který je realizován sociálními pracovníci OSPOD.

Činnost centra se také zaměřuje na práci z matkami romského etnika, kde je práce velmi náročná a z hlediska posledních analýz je problém složitější, než je specifikum užívání drog. Tato problematika souvisí s koncepcí „Prevence pro národnostní menšiny“, která je zpracovávána MŠMT (4).

V současné době CPR vychází ze skutečnosti, že s klientkami tohoto etnika je nutné pracovat v častějších intervalech a s pomocí kontrolních mechanismů, jako je testování přítomnosti drog v moči a zadáváním jen krátkodobých úkolů. V souvislosti s tímto zjištěním CPR provádí analýzu práce s romskou populací s cílem najít co nejefektivnější přístup k tomuto etniku.

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

ZÁVĚR

Podstatnou část klientek CPR tvoří ženy v období adolescence. Tato životní etapa má svoje typické znaky v rámci životního cyklu a svůj objektivní a subjektivní význam. Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity. Díky tomuto postupnému vývoji lze v této životní fázi docílit vhodnými terapeutickými metodami pozitivnější změny v osobnostním růstu žen, které vedou k odpovědnějšímu rodičovství. Můžeme hovořit až o 60 % úspěšnosti tohoto programu.

LITERATURA

1. http://www.drogy-info.cz/index.php/info/prehled_tisku_a_medii/domaci_tisk/2003/vyber_z_domaciho_tisku_2003_10_15_15_rijen_2003
2. <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/opiaty.htm>
3. <http://www.dropin.cz/dropin.shtml>
4. Kastnerová, M., Sedláčková, S., Žižková, B.: Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. České Budějovice: ZSF JU, 2006. ISBN 80-7040-924-X

*Sedláčková Simona a Žižková Blanka
cpr@dropin.cz*