

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Meruňková

**Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelů návykových
látek ve vybraných adiktologických zařízeních**

Current state of contingency management applied on pregnant women - drug
users in selected services for drug users

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému mezi univerzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 4. 2015

.....
Tereza Meruňková

Identifikační záznam:

MERUŇKOVÁ, Tereza. *Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelů návykových látek ve vybraných adiktologických zařízeních. [Current state of contingency management applied on pregnant women - drug users in selected services for drug users]*. Praha, 2015, 92 stran, 2 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2015. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a ochotu při psaní mé diplomové práce.

ABSTRAKT

Východiska: Komplexnější využití incentivní terapie v České Republice není dosud známo. Naopak téma drogové problematiky uživatelů a také problematiky užívání návykových látek během těhotenství se stává mnohem více aktuální v oboru adiktologie. Veřejnost má zvláště vůči těhotným uživatelkám návykových látek mnohem více předsudků či stereotypního chování. První pokusy spojit incentivní terapii a specifickou skupinu právě těhotných uživatelů návykových látek přichází z nízkoprahových zařízení, jako XTP Sananim v Praze a Centrum U Větrníku v Jihlavě.

Cíl práce: Cílem této práce je zmapování současné podoby incentivní terapie (IT) v oboru adiktologie v zařízeních, které se věnují programu pro těhotné uživatelky návykových látek na bázi incentivní terapie.

Metodika: Data byla získána pomocí polostrukturovaného interview, jejichž informanti jsou pracovníci nízkoprahového zařízení. Pro analýzu dat byly využity prvky zakotvené teorie.

Výsledky: Na základě výpovědí informantů bylo zjištěno, že mají vybraná adiktologická zařízení jasně definovaný program incentivní terapie a strukturovaný průběh práce s klientkou. Obě zařízení se od sebe liší ve formě odměňování klientek. Jako důvod, proč začít pracovat na bázi incentivní terapie, byl shledán vysoký počet kontaktů s těhotnými uživatelkami, což byla iniciativa vždy jednoho pracovníka v zařízení, jenž prosadil formu incentivní terapie. Postupně všichni pracovníci pokládali incentivní terapii za účinnou a vhodnou u těhotných uživatelů návykových látek, o které si nemyslí, že by nějakým způsobem destruovala motivaci těhotné uživatelky. Případová práce postup incentivní terapie demonstrovala a byla zhodnocena jako úspěšná intervence.

Doporučení: Na základě toho, co jsem mohla nastudovat o incentivní terapii a její uplatňování u různých cílových skupin, zvláště pak u těhotných uživatelů návykových látek, navrhuji určitá doporučení práce s touto specifickou cílovou skupinou: 1. Rozšíření incentivní terapie v rámci adiktologických služeb. 2. Rozvoj spolupráce se zdravotnickými institucemi a úřady. 3. Rozvoj spolupráce mezi adiktologickými službami. 4. Zlepšení informovanosti mezi pracovníky v adiktologii, co se týče incentivní terapie. 5. Zlepšení informovanosti o cílové skupině těhotných uživatelů návykových látek.

Klíčová slova: Incentivní terapie, pobídky, contingency management, těhotná uživatelka, motivace

ABSTRACT

Background: More detailed usage of incentive therapy (IT) in the Czech Republic is still unknown. On the contrary, theme of drug issues among female users and issue of usage of drugs during their pregnancy period is becoming much more actual in the field of addictology. Particularly, the public is prejudiced and shows stereotyped behaviour against drug pregnant addicts. The first attempts to combine IT and the specific group of drug pregnant addicts have been started by low-threshold facilities like XTP Sananim in Prague and Centrum U Větrníku in Jihlava.

Objective: The aim of this thesis is to map the current situation of IT in that facilities which engage in programmes for drug pregnant addicts based on the IT.

Methodology: The data were gained by using semi-structured interviews whose respondents work in low-threshold facilities. In the analysis elements from the theory of addictology were utilised.

Results: On the basis of statements of interviewees was found that two chosen facilities has clearly defined program of IT and the structured working course with their clients. The both differ in terms of remuneration clients. The main reason, why to start to work on the basis of IT, is a high number of contacts with drug pregnant addicts, which was always the initiative of one worker in a facility who would like to push through the IT. Finally, all workers considered the IT as effective and appropriate for drug pregnant addicts. My case study illustrated procedure of the IT and was evaluated as a successful intervention.

Recommendation: Based on the literature and other materials about the IT and its application within the various target groups, especially drug pregnant addicts, I suggest some recommendations for working with this people: 1. Extension of the IT within addictological services. 2. Development of cooperation with medical institutions and authorities. 3. Development of cooperation between facilities which engage in the addiction. 4. Improvement of awareness of the target group – drug pregnant addicts.

Key words: Incentive therapy, incentives, contingency management, pregnant users, motivation

OBSAH

ÚVOD	10
1 ŽENY UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK	11
1.1 Charakteristika uživatelky návykových látek	11
1.2 Specifika závislosti u žen	11
1.3 Situace žen užívajících návykové látky	13
1.4 Zdravotní stav uživatelky návykových látek	14
1.5 Systém péče pro uživatelky návykových látek	16
1.6 Důvody nevyužívání léčebné péče ze strany uživatelky návykových látek	16
2 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ	18
2.1 Situace užívání návykových látek v těhotenství	18
2.2 Charakteristika těhotných žen užívajících návykové látky	18
2.3 Důsledky užívání návykových látek v těhotenství	19
2.4 Péče o drogově závislou těhotnou ženu	20
2.5 Období těhotenství a mateřství	20
2.6 Motivace ke změně v těhotenství a mateřství	21
2.6.1 Rodina jako primární stimul	23
2.7 Systém péče o těhotné uživatelky návykových látek	24
2.7.1 Jak se těhotné uživatelky návykových látek dostávají do léčebných zařízení	24
2.7.2 Efektivita léčby matky s dítětem v terapeutické komunitě	25
2.8 Služby pro těhotné ženy a matky uživatelky návykových látek	26
2.8.1 Nízkoprahové služby	26
2.8.2 Ambulantní a stacionární programy	27
2.8.3 Terapeutická komunita Karlov	30
2.8.4 Doléčovací centrum pro matky s dětmi	31
2.8.5 Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při FTN v Praze	31

3 CONTINGENCY MANAGEMENT (POBÍDKOVÁ/INCENTIVNÍ TERAPIE	33
3.1 Motivation incentives/contingency managemnt jako behaviorální terapie	33
3.2 Aktivační (pobídková) terapie	34
3.3 Cíl metody	34
3.4 Účinnost metody.....	35
3.5 Historie IT/CM a její rozvoj	37
3.6 Možnosti využití.....	38
3.6.1 Použití IT u uživatelů metampfetaminu.....	39
3.6.2 Použití IT u uživatelů metadonu	40
3.6.3 Použití IT u uživatelů kokainu	41
3.6.4 Použití IT u uživatelů marihuany.....	41
3.6.5 Použití IT při odvykání kouření u uživatelů nelegálních návykových látek	41
3.6.6 Použití IT u těhotných žen uživatelek návykových látek	42
3.6.7 Použití IT u těhotných kuřaček	42
3.6.8 Použití IT v USA při práci s válečnými veterány	43
3.6.9 Použití pobídek u ostatních skupin osob.....	43
3.7 Použití CM techniky v praxi.....	44
4 TOKEN ECONOMY	46
4.1 Bodovací systémy.....	47
5 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	48
5.1 Hlavní výzkumný cíl	48
5.2 Dílčí výzkumné cíle a výzkumné otázky.....	48
6 METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT	49
6.1 Výběr výzkumného souboru.....	49
6.2 Metoda sběru dat	50
6.3 Metoda analýzy dat	50
7 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	53

8 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	54
8.1 Informanti	54
9 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	55
9.1 Cíl 1: Forma a průběh incentivní terapie ve vybraných adiktologických zařízeních	55
9.2 Cíl 2: Důvody, díky kterým se pracovníci v adiktologických zařízeních rozhodli pracovat s formou incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek.....	61
9.3 Cíl 3: Názory pracovníků na incentivní terapii i co se týče snižování motivace u klientek	65
9.4 Cíl 4: Demostrovat incentivní terapii na případové práci.....	68
10 DOPORUČENÍ.....	74
11 DIZKUSE.....	75
12 ZÁVĚR.....	81
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE.....	83
PŘÍLOHY	91

ÚVOD

Výběr tématu diplomové práce proběhl na stáži v kontaktním centru, kde jsem se setkala s diskuzí na téma těhotné uživatelky návykových látek. Již v bakalářské práci jsem se zabývala problematikou užívání návykových látek v těhotenství a do budoucna bych se této cílové skupině chtěla nadále věnovat. Incentivní terapie jako taková je staronová metoda, která má snahu proniknout do systému služeb, kterou nabízejí nízkoprahové služby, kde se používají odměny za určitý druh spolupráce, či služby. Další běžné využívání pobídek můžeme nalézt v sociálně-zdravotní práci se skupinami sociálně vyloučenými.

V České republice se nyní projevují snahy pracovat s komplexnějším využitím incentivní terapie. Například program XTP Sananim má otevřený specifický projekt, který je součástí terénních programů Sananim. Pracují s těhotnými užívatelkami drog na bázi incentivní terapie. Podobným způsobem se v roce 2014 inspirovalo také Centrum U Větrníku v Jihlavě, které také zahájilo program pro těhotné ženy užívatelky drog. V mém výzkumu mě tedy zajímalo, jaká je současná podoba incentivní terapie pro těhotné užívatelky návykových látek v těchto vybraných adiktologických zařízeních.

V úvodní části diplomové práce jsou nejprve vymezeny kapitoly, které se zabývají ženou, užívatelkou návykových látek a charakteristikou této specifické skupiny. Posléze se práce zaměřuje na problematiku těhotenství u užívatelky návykových látek, dále podává souhrnné informace o motivaci ke změně, systému péče a službách pro těhotné užívatelky návykových látek. V neposlední řadě představuje závěrečná kapitola samotnou metodu incentivní terapie a token economy. V empirické části jsou objasněny metody prováděného výzkumu, prezentace výsledků, diskuze a závěr.

1 ŽENY UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

1.1 Charakteristika žen užívající návykové látky

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

Podobnost v anamnézách lze sledovat u většiny žen. Opakují se u nich podobné vzorce chování, které zažívaly ve své rodině. Často jako děti návykovou látku odsuzovaly, a přesto v pozdějším věku droze podléhají. Svůj podíl na závislosti má i dědičnost. Závislé ženy jsou často oběťmi psychického i fyzického násilí. Traumata z fyzického násilí, sexuálního a emočního zneužívání řeší užíváním návykové látky (Nešpor & Csémy, 1996).

Při práci s drogově závislými ženami se setkáváme s řadou předsudků a postojů daných specifikou této klientely. Jedná se například o názor, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivována k léčbě, nemá žádný vztah k dítěti a že tato žena se nebude schopna starat o dítě ani v případě abstinence, že děti drogově závislých matek jsou vždy postižené atd. Tyto zobecňující postoje nacházíme u odborníků řady blízkých profesí (Preslová, 2003).

1.2 Specifika závislosti u žen

Nešpor (2007) definuje určitá specifika závislosti u žen:

- Ženy bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům, jako je hazardní hra, zpravidla zdrženlivější a opatrnější. Tak lze vysvětlit jejich relativně menší počet v porovnání s muži.
- Žen s návykovými problémy ale přibývá podstatně rychleji, než je tomu u mužů.

- Ženy mají menší játra, a navíc jejich játra ve větší míře metabolizují hormony. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u žen silněji než u mužů.
- Zdravotní škody způsobené návykovými látkami nastávají u žen zpravidla dříve.
- Žena se mnohem častěji dostane do návykových problémů kvůli partnerovi, který pije nebo bere drogy, než muž kvůli takto orientované partnerce.
- Návykové látky včetně alkoholu u žen odsuzuje okolí více než u mužů.
- Ženy se v souvislosti s návykovým problémem dopouštějí méně často trestných a násilného jednání.
- Závislé ženy často trpí depresemi a úzkostí, ale méně časté u nich bývají poruchy osobnosti.
- Ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži.
- Ženám více záleží na tom, jak vypadají a jak působí na své okolí. Tím lze vysvětlovat mnohem častější samotářské pití.
- U žen se prokázala souvislost mezi menstruačním cyklem a konzumací alkoholu. Období před menstruací je v tomto směru rizikovější.
- K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství, v důsledku požívání alkoholu, kouření tabáku nebo v důsledku působení jiných návykových látek.
- Závislá žena bývá častěji týraná, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána.
- Většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách.
- Rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě více, než je tomu u mužů.
- Ženy si snadněji vytváří životní styl.

1.3 Situace žen užívajících návykové látky v ČR

Poměr mužů a žen v populaci žadatelů o léčbu je dlouhodobě přibližně 2 – 3 : 1 (2,25 : 1 v r. 2013) u všech primárních drog s výjimkou hypnotik a sedativ, kde ženy tvoří většinu (60 % v r. 2013). V nízkoprahových kontaktních centrech ženy zaujímají 22 % a ve stacionářích 47 %. Ve skupině léčených uživatelů pervitinu ve věkové kategorii 15 – 19 let bylo hlášeno 351 žen (56,3 %) a 273 mužů (Mravčík et al., 2014).

Průměrný věk všech léčených uživatelů v r. 2013 byl 28,2 roku (muži – 29,4 let, ženy – 26,9 let) a 26,5 roku (muži – 27,4 roku, ženy – 25,5 roku) u prvožadatelů. Průměrný věk žadatelů o léčbu se dlouhodobě zvyšuje, od r. 2003 v obou skupinách o 4,5 roku (Mravčík et.al., 2014).

Během r. 2013 evidoval ÚZIS v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek 2311 léčených osob, z nichž 30 % tvořily ženy. V ordinacích praktických lékařů pro dospělé bylo v substituční léčbě 494 osob, podíl žen se pohyboval kolem 30 %. Z ročního výkazu o činnosti hlášenému ÚZIS vyplývá, že substituční léčba v psychiatrických ambulantních zařízeních byla poskytnuta 1991 pacientům, z nichž bylo 31 % žen (Mravčík et.al., 2014).

Jedno krizové centrum evidovalo 73 osob s problémy způsobenými užíváním návykových látek, ženy tvořily 22 %. Služeb psychoterapeutických stacionářů využilo 343 uživatelů návykových látek s vyšším podílem žen (47 %). Na detoxifikačním oddělení bylo v r. 2013 hospitalizováno celkem 9 361 pacientů, z nichž více než třetinu tvořily ženy. I klientelu terapeutických komunit tvořily v r. 2013 z jedné třetiny ženy (Mravčík et.al., 2014).

Tabulka 1 znázorňuje populaci osob, které v průběhu svého života užili jakoukoliv nelegální drogu. Bylo jich 25,7 % dotázaných ve věkové kategorii 15-64 let, z toho 32,2 % mužů a 18,9 % žen. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (22,8 %), následované extází (5,1 %), halucinogenními houbami (2,4 %) a pervitinem (1,1 %). Rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je na nízké úrovni (méně než 1,0 %) (Mravčík et.al., 2014).

Tabulka 1: Rozsah užívání drog v obecné populaci - studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013, v % (Mravčík et.al., 2014)

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Mladí dospělí
	Muži (n = 439)	Ženy (n = 429)	Celkem (n = 868)	15–34 let (n = 308)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	32,2	18,9	25,7	44,3
Konopné látky	29,6	15,8	22,8	40,7
Extáze	0,8	3,3	5,1	11,3
Pervitin	1,4	0,7	1,1	2,0
Kokain	0,7	0,0	0,4	0,7
Heroin	0,5	0,2	0,4	0,7
LSD	0,9	1,0	0,9	2,3
Halucinogenní houby	3,8	0,9	2,4	4,0
Těkavé látky	1,2	0,0	0,6	0,7
Jiné syntetické drogy	1,2	0,0	0,6	1,3
Jiné rostlinné drogy	1,9	1,4	1,7	2,7
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	23,3	19,8	21,5	18,4
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	14,5	6,0	10,3	23,6
Konopné látky	13,2	4,5	8,9	21,6
Extáze	1,2	0,9	1,1	3,0
Pervitin	0,2	0,2	0,2	0,7
Kokain	0,2	0,0	0,1	0,3
Heroin	0,2	0,0	0,1	0,3
LSD	0,2	0,2	0,2	0,7
Halucinogenní houby	0,2	0,0	0,1	0,3
Těkavé látky	0,5	0,0	0,2	0,3
Jiné syntetické drogy	0,2	0,0	0,1	0,3
Jiné rostlinné drogy	0,7	1,0	0,8	1,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	12,6	12,1	12,3	8,6

1.4 Zdravotní stav uživatelů návykových látek

Celkový zdravotní stav matek uživatelů není dobrý. Ve většině případů trpí podvýživou, mohou trpět různými infekčními onemocněními. Drogy působí na centrální nervovou soustavu a mohou vyvolávat psycho-patologické stavy (Olofsson, 2008).

Velmi problematická je i situace pro ženy, pokud chtějí řešit gynekologické problémy či nechtěné těhotenství. Nejsou schopny najít gynekologa, pokud přiznají užívání drog. Obecně je ale problémem negativní přístup zdravotníků k ošetřování a léčbě problémových uživatelů drog (Mravčík & Nečas, 2014).

Ženy užívající drogy dle Olofssona (2008) věnují nedostatečnou péči těhotenství. O tom, že jsou těhotné, se dozví většinou náhodně a pozdě, také o sebe moc nedbají a nedochází řádně na lékařské prohlídky.

Uživatelkám drog se v průběhu užívání návykových látek naruší menstruační cyklus, mají ho nepravidelný a někdy skoro vymizí. Ve většině případů se totiž ovulační systém pozastaví, někdy ale k ovulaci může dojít, proto mohou i v těchto případech otěhotnět (Tyler, 2000).

V důsledku špatné hygieny a nechráněného pohlavního styku hrozí těmto ženám zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, různé infekce, včetně virových hepatitid či HIV (viz tabulka 2) (Mravčík, 2014). Užívání návykových látek v těhotenství ohrožuje zdravotní stav ženy, ale především jejího vyvíjejícího se, nenarozeného dítěte. Problém u těchto žen je také to, že právě kvůli svému chaotickému životnímu stylu nespolupracují s doktory a poradnami pro těhotné. Když už poradnu navštíví, bývá častá neochota ke spolupráci (Trávníčková, 2002).

Tabulka 2: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2013 podle způsobu přenosu (Mravčík & Nečas, 2014)

Způsob přenosu (riziková skupina)	Rok										Celkem
	1985–2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
IUD	32	4	4	12	8	4	4	7	5	6	86
> muži	26	3	3	5	7	4	3	7	2	4	64
> ženy	6	1	1	7	1	0	1	0	3	2	22
Homo/bisexuální styk a IUD	12	1	1	5	4	3	3	5	5	4	43
Jiný s IUD v anamnéze	27	2	1	5	2	3	5	2	2	3	52
Jiný bez IUD v anamnéze	665	83	85	99	134	146	168	139	200	222	1 941
Celkem	736	90	91	121	148	156	180	153	212	235	2 122

V listopadu 2013 provedlo NMS ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu studii mezi klienty 4 pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog – kontaktních center SANANIM, Stage 5 Progressive, Drop In a terénního programu Sanitka SANANIM. Cílem studie bylo zmapování somatických potíží, souvisejících léčebných potřeb a bariér léčby u aktivních problémových uživatelů drog. Studie sestávala ze tří částí: dotazníkového šetření na vzorku 240 problémových uživatelů drog zaměřeného na zdravotní potíže a bariéry při využívání zdravotnických služeb, lékařského vyšetření 40 problémových uživatelů drog a dvou ohniskových skupin - první s 8 muži a druhá se 6 ženami. Pokud se tedy jednalo o gynekologickou anamnézu, uvedly 3 ženy ze 101–2 potraty, porod uvedlo 6 žen (5 jednou, 1 dvakrát), menstruaci mělo v současnosti 9

žen, antikoncepci používala 1 žena. Příznaky gynekologických chorob byly lékařem zjištěny u 2 žen z 10 (Mravčík & Nečas, 2014).

1.5 Systém péče pro uživatelky návykových látek

Je důležité mít stále na paměti, že ženy se od mužů liší nejen fyziologicky, ale odlišují se v emocionalitě a kognitivní oblasti. Ženy jsou více citlivé na traumatické zážitky a tak jsou častěji zraňovány. Neméně významná jsou i témata vztahů, somatických komplikací a samozřejmě témata těhotenství a mateřství. Aspektů, které je třeba zohledňovat při práci se ženami je mnohem více. Genderové aspekty spojené se škodlivým užíváním návykových látek vyžadují odlišné a citlivé přístupy všech složek, které se s takovou klientkou dostanou do styku (Doležalová, 2014).

Podle Vobořila (2003) dochází ke stále většímu sociálnímu odsouzení této specifické skupiny, a to zejména i v poskytované lékařské péči. Společenské klima tak vyvíjí tlak, který brání ženám vystoupit z anonymity, proto i méně často využívají a vyhledávají léčebné služby.

Velkým přínosem a pokrokem v adiktologických službách bylo rozšíření nabídky léčebných možností o ambulantní, stacionární a rezidenční programy (Preslová & Maxová, 2009).

Na začátku roku 2014 vydalo Národní monitorovací středisko publikaci, která se zaměřuje na poradenskou a léčebnou práci s uživatelkami drog, které jsou ohroženy stigmatizací. Cílem publikace je především vymezení problematiky, jako je zlepšení kvality života, osobnostní rozvoj a také rámec terapeutické opory. K efektivní pomoci rizikové skupině obyvatel je potřeba funkční model vzdělávání, který klade důraz nejen na znalosti, ale i na kompetence a dovednosti v souladu s potřebami klientky. Každá z pěti oblastí potřeb je definována pěti kategoriemi, zastupující hlavní témata, se kterými se při práci se závislými ženami setkáme. V publikaci je popsáno i několik témat, kterým je třeba věnovat v poradenství a v péči pozornost. Každé téma má svou edukační část a svoje cíle (Doležalová, 2014).

1.6 Důvody nevyužívání léčebného zařízení ze strany uživatelky návykových látek

Z výroční zprávy z roku 2013 vyplývá, že přibližně třetinu klientů v léčbě tvoří ženy a v nízkoprahových kontaktních centrech představují ženy 22% (Mravčík & Nečas, 2014).

Studie zabývající se užíváním a dostupností služeb poukazují na fakt, že poměr 1 žena ke 3 mužům, kteří využívají nabízené služby, neodpovídá skutečnému poměru mužů a žen na drogové scéně, kde se tato čísla blíží spíše poměru 1 žena ke 2 mužům. Tato zjištění vedla k tomu, že si odborníci, poskytovatelé služeb a jejich sponzoři, začali klást otázku, čím může být tento nepoměr ve využívání služeb způsoben (Vobořil, 2003).

Jedním z významných důvodů, proč se ženy bojí vystoupit z anonymity a vyhledat pomoc, je sociální stigma, které se s tématem nutně pojí. Ukazuje se, že služby pro ženy by neměly být časově náročné, nebo budou respektovat ženinu potřebu starat se o děti. Dalším poznatkem je skutečnost, že by služby měly být zacíleny na jejich specifické problémy, plynoucí z jejich společenské a biologické role (Vobořil, 2003).

Často u žen dochází i ke skrývání své závislosti a často je do péče odborníka přivádějí jiné, zástupné problémy, o kterých hovoří otevřeně. Stěžují si například na psychické potíže, jako jsou deprese, úzkosti, nespavost, nebo je trápí různé tělesné příznaky (Preslová & Maxová, 2009).

Brown a kol. zjistili, „že ve 45,9% uvádějí ženy fyzické komplikace jako důvod pro vstup do těchto služeb, oproti mužům, kteří tento důvod uvádějí jen v 19,4%“ (Brown et al., 1971, in Vobořil, 2003, s. 239).

I další autoři jako Nešpor a Csémy (1996) uvádí, že u žen, uživatelék drog, je užívání návykových látek často také spojeno se soužitím s mužem, který je ve většině případů také závislý na drogách. Ženy často uvádí jako důvod užívání drog a samotný vznik závislosti zátěžovou situaci v rodině či partnerském životě. Co se týče léčby závislosti, ženy začínají léčit zejména z toho důvodu, že se u nich začaly objevovat zdravotní ale i rodinné problémy.

2 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK V TĚHOTENSTVÍ

2.1 Situace užívání návykových látek v těhotenství

Lamy a Thibaut (2010) uvádějí, že celosvětově 20 až 30 % žen v těhotenství kouří tabák, 15 % pije alkohol, 3 až 10 % užívá konopí. Podle odborníků je obtížnější zjistit rozšířenost užívání ilegálních drog než u drog legálních.

V Evropské unii každoročně zhruba 60 tisíc těhotných žen nitrožilně užívá drogy (Gyarmathy et al., 2009). Užívání návykových látek v těhotenství vzrostl ve Spojených státech za poslední tři desetiletí, což má za následek zhruba 225.000 dětí ročně s prenatální expozicí nedovolených látek. Rutinní screening a vzdělávání žen v plodném věku ženy zůstávají nejdůležitější způsoby, jak snížit závislost v těhotenství. Většina z nich trpí infekčními nemocemi (Keegan, Parva, Finnegan, Gerson & Belden, 2010).

Králíková a kol. (2005) uvádějí, že v jejich souboru českých žen kouřilo během těhotenství tabák 23,8 %. Při tom pouze 68 % těhotných kuřáček se gynekologové byť i jen zeptali na jejich kouření. Rozšířené je i aktivní nebo pasivní kouření tabáku v těhotenství. I v nedávné studii Šídové a Šťastné (2014) byla zjištěna podobná prevalence kouření u žen v těhotenství, které snížily počty vykouřených cigaret, na 21 % z celkového počtu 96 respondentek z elektronického souboru a na 8 % ze 40 respondentek z klinického souboru.

Alkohol v těhotenství je také aktuální téma. Např. Kukla a kol. (1999) uvádějí, že alkoholické nápoje pije v České republice před otěhotněním 3/4 žen. Z nich třetina pokračuje v pití alkoholu během prvních 3 měsíců těhotenství a dalších 16 % i mezi 3. až 6. měsícem.

2.2 Charakteristika těhotných žen užívajících návykové látky

Ženská skupina, užívající drogy má svá určitá specifika a od skupiny mužské se liší hned v několika aspektech. Především se liší z hlediska biologického, jelikož je zde možnost těhotenství a následného mateřství. Dále se odlišuje z pohledu společnosti na sociální roli ženy a matky. V zahraniční literatuře je popisován poznatek, že žena je vnímána společností jako dvojnásobně deviant. Nejenže užívá drogy, ale zároveň selhává ve své hlavní roli matky (Kalina, 2003). Proto představuje závislost na návykových látkách u žen v těhotenství podle Bindera (2004) velice závažný sociální a zdravotní problém.

V první řadě se zájem obrátil ke specifickým problémům těchto žen, které byly spojeny s těhotenstvím a mateřstvím. V 80. letech vznikla snaha těmto specifickým přízpusobit systém poskytovaných služeb. Začalo se například upozorňovat na potřebu poradenství pro HIV pozitivní těhotné ženy (Vobořil, 2003).

Psychoaktivní látky ovlivňují jak psychické, tak fyzické zdraví žen v reprodukčním období, ale také způsobují komplikace v dalším životě doposud nenarozeného dítěte (Frouzová, 1996). A velké riziko právě hrozí u těchto žen, že mohou být již těhotné, aniž by to zaznamenaly a nadále užívají drogy a vystavují tak nebezpečí plodu. Hormonální rovnováha u ženy může být narušena špatnými psycho-sociálními podmínkami, které může vyvolat dlouhotrvající stres. Narušená rovnováha má právě za následek nepravidelný menstruační cyklus (Olofsson, 2008).

Jak uvádí Preslová a Maxová (2009, s. 11), „*problematika těhotných uživatelky drog se nejvíce začala objevovat v devadesátých letech v souvislosti s mateřskou rolí klientek, což se odráží i v širším společenském a sociologickém kontextu*“. Těhotné uživatelky drog vykazují sociodemografické rozdíly ve srovnání s těhotnými obecně. Zahraniční studie popisují gravidní ženy závislé na opiátech jako mladší, z nižších socioekonomických tříd, s nižším vzděláním, s partnerem, který také bere drogy. Tyto ženy většinou pochází z dysfunkčních rodin, kde se v minulosti rovněž vyskytla závislostní problematika, nebo psychické problémy. Dysfunkční rodinný život se zdá být jako jeden z nejvýznamnějších predispozic k užívání drog, spíše než chudoba. Významným znakem této skupiny žen je také 80% nezaměstnanost (Farrell, 2001).

2.3 Důsledky užívání návykových látek v těhotenství

Příležitosti pro užívání psychoaktivních látek v těhotenství jsou velké, a existují důkazy o tom, že užívání těchto látek mohou být rostoucí. Užívání tabáku má silný vztah se spontánními potraty, fetálním omezením růstu a předčasného porodu. Časté užívání kofeinu může být spojeno se potratem plodu v prvním trimestru. I nadměrná konzumace alkoholu má významný potenciální vliv na těhotenství, z nichž nejdůležitější je fetální alkoholový syndrom. Těžké užívání opiátů, sedativ či hypnotik nesmí je silně spojený s teratogenitou. Zneužívání kokainu je spojeno s omezením růstu plodu a rizikem odtržení placenty a narození mrtvého dítěte. Rizika užívání amfetaminu může být zvyšující se zejména u mladších matek, a jsou spojena se špatnou výživou matky a plodu omezení růstu. I užívání marihuany může být spojeno s omezením růstu plodu (Keegan, Parva, Finnegan, Gerson & Belden, 2010).

2.4 Péče o drogově závislou těhotnou ženu

Prenatální péče je v důsledku chování těhotné ženy většinou velmi nedostatečná. Docházka do prenatální poradny je u velké většiny skoro nulová. Asi třetina závislých žen přichází k lékaři až v moment porodu či závažných porodních komplikací (Vavřínková & Binder, 2001).

Zdravotní péče o drogově závislou těhotnou ženu by měla dle Vavřínkové (2003) spočívat v těchto oblastech:

- péče o těhotenství - může se vyskytnout spontánní potrat, abrupce placenty (u pervitinu), insuficience placenty (u heroinu), infekce, předčasný porod, silné poporodní krvácení a mnoho dalších komplikací,
- péče, související s problémy z užívání drog - anémie, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění důsledkem špatné osobní hygieny, pohlavně přenosná onemocnění, infekční hepatitidy,
- detoxikace, i substituce či metadonová substituce,
- psychologická podpora.

2.5 Období těhotenství a mateřství

Těhotenství je velmi dynamický děj, při kterém může kdykoliv a v kterékoliv době gestace nastat situace, která dosud fyziologický průběh gravidity zkomplikuje. Existuje řada rizikových a patologických stavů, jež je způsobena samotnou těhotnou. Dochází tedy k tomu, že některé ženy nepovažují pravidelné návštěvy u gynekologa jako důležité a navštěvují prenatální poradny nepravidelně. Jedná se většinou o ženy s nízkým socioekonomickým statutem nebo nechtěnou graviditou. Mezi tyto ženy v současné době stále více přistupuje skupina žen závislá na abúzu drog, které podstatným způsobem komplikují průběh těhotenství a zároveň tak ohrožují novorozence po porodu významnými abstinenčními příznaky (Hájek, 2004).

V těhotenství také dochází k velmi výrazným projevům změněné emocionality, jež je závislá na osobnostních kvalitách těhotné, jejím věku, připravenosti na novou roli matky, postojem k těhotenství, ekonomickém zázemí apod. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým

množstvím zásadních životních změn. Těhotná si musí zvyknout na novou životní roli, mění své dosavadní chování a dochází k vývoji mateřské identity, kdy se do nové role matky začlení vlastní já. Období, kdy se žena stává matkou, je obdobím přehodnocování dosavadních hodnot. Emocionální neklid a nevyrovnanost lze považovat za adaptační prostředek ženy na těhotenství a na budoucí roli matky (Northrupová, 2008).

2.6 Motivace ke změně v těhotenství a mateřství

V současné společnosti se vychází z předpokladu, že těhotenství a mateřství může pro ženu představovat šanci, ve které může být motivovaná ke změně a k zanechání takového rizikového chování, jako je užívání drog a alkoholu, které může negativně ovlivňovat život dítěte. Může být tedy důležitá zohledňovaná role dětí v motivaci matky k omezení či zanechání užívání návykových látek a k jejímu vstupu do léčby. Je zřejmé, že těhotenství a mateřství motivuje ženy k zanechání či snížení užívání látek nebo ke vstupu do léčby. Dochází se k předpokladu, že řada žen pokračuje v užívání návykových látek navzdory těhotenství a rodičovským povinnostem. Je zřejmé, že v této oblasti je třeba mnohých výzkumů, než bude možné s jistotou stanovit, zda těhotenství a děti motivuje ženy ke změně k chování a ke vstupu do léčby (Fulcher, 2009).

Jedním takovým výzkumem se v ČR zabývala Maierová (2010). Zkoumala význam motivace k léčbě u dvou odlišných skupin závislých žen. Cílem výzkumu bylo především zjistit, zda a jak se liší motivace k léčbě u žen, které ji podstupují dobrovolně a u žen, jež mají léčbu nařízenou soudně a na kolik v celém procesu hraje roli aspekt mateřství a společenská role ženy. Samotný fakt dobrovolnosti či nucenosti léčby často nemá vliv na její úspěšnost. Stejně tak neznamena, že dobrovolná léčba musí být vždy úspěšná. I když klient není v danou chvíli motivován, nedá se říci, že by léčba pro něj neměla smysl a že nebude úspěšná (Kalina, 2003, in Maierová, 2010).

Autorka srovnávala skupinu deseti žen, které mají soudně nařízenou ochranou léčbu, s deseti ženami, které léčení podstupují dobrovolně. Ukázalo se, že u dobrovolně léčící skupiny je motivační skóre na základě motivačního dotazníku vyšší (72.6) oproti skupině s nařízenou léčbou (57.5). Z polostrukturovaných rozhovorů, které byly součástí výzkumu, vyplynulo, že ženy v nařízené léčbě, které neměly žádné prvotní důvody jí absolvovat, si postupem času našly tyto motivační faktory: Vysoký věk, obnovení vztahů s rodinou a s dětmi, partnerství a celkový životní neúspěch. U žen s opakovaným výkonem trestu jsou motivací i právní

záležitosti a celková potřeba změny. U dobrovolně léčících je na prvním místě psychické zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce a životní úroveň. Jedním z cílů studie byli porovnání získaných výsledků s odborníky, kteří s touto klientelou pracují. Zmiňují tyto motivační faktory: rodina, děti, klientka „sama sobě“ a zdravotní stav. U žen matek je důvodem k abstinenci často i mateřství, ale tato motivace většinou nestačí a během léčby si přijdou na další vnitřní důvody, proč žít bez návykových látek. Rodinu a její hodnoty vnímají velmi významně. Všechny uživatelky vnímají roli ženy jako velmi významnou především kvůli těhotenství a mateřství (Maierová, 2010).

Tématikou dítěte jako motivačního faktoru se zabývala i Šulcová (2013), která u 10 žen matek v doléčovacím programu zjišťovala, zda je jejich dítě motivací k abstenci, jaký vliv mělo otěhotnění během užívání drog a co jsou hlavní motivační faktory pro léčbu těchto klientek. Z polostrukturovaných rozhovorů mimo jiné vyplynulo, že nejčastější motivy byly pasivní, konkrétně v devíti případech, partner a zdravotní komplikace a v sedmi případech hrozba odebrání dítěte z péče či již odebrané dítě a jeho opětovné navrácení matce, v pěti případech zaměstnání a ve třech rozhodnutích pro abstinenci přišlo s těhotenstvím. Dále se objevovaly motivy s menšími výskyty, např. špatný zdravotní stav, který neumožňoval adekvátní péči o dítě, nebo úmrtí a jiné. Některé respondentky zmiňují, že jediné, co je může dostat z drogové závislosti je těhotenství. Zprvu léčbu vnímaly především kvůli dítěti, aby mohly trávit čas spolu, ale postupně většina žen pochopí, že to dělá především kvůli sobě. Díky dítěti a těhotenství zůstaly v léčbě i ženy, které zprvu o léčbu vůbec nestály. Skutečnost, že se mohly léčit společně s dítětem, jim dodávala sílu a odvalu vydržet (Šulcová, 2013).

Jak uvádí Nevšímal (2007) motivací často je:

- zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro dítě,
- tlak rodiny, popř. partnera,
- selhání v jiném programu,
- snaha změnit život, začít pečovat o dítě,
- hrozící výkon trestu, soudně nařízená léčba.

Vnímání dítěte jako motivace je téma, na kterém se neshodují ani odborníci z dané oblasti. V podstatě jsou rozděleni na dva tábory, kdy první zcela zásadně odmítají, aby jako motivací

ženě pro léčbu bylo dítě, přičemž ti drží vnímají tento motiv nejpřirozenější a nejlogičtější důvod, proč se žena rozhoduje přestat užívat návykové látky a změnit svůj dosavadní život. Tato názorová neshoda panuje i v léčbě. Preslová (2007) situaci hodnotí následovně: „*Není naším úkolem rozhodovat, jaký motiv je ten správný a jaký ne. Ale pokud se klientka rozhodne dítě si nechat, měla by vědět, že je třeba udělat zásadní změnu v jejím dosavadním životě a že my jí v tom budeme pomáhat*“ (Preslová, 2007, s 391).

2.6.1 Rodina jako primární stimul

Poskytování rodičovské péče úzce souvisí s postoji, které jedinec k rodičovství má. Ne všichni však jsou k roli rodiče adekvátně zralí a vyspělí. Tyto postoje nevznikají až v době těhotenství, ale jejich počátky jsou zakotveny v primární rodině a ve vlastní zkušenosti s chováním, péčí a přijetím potomka rodiči či blízkou pečující osobou. Z toho tedy i logicky plyne, že pokud jedinec tyto zážitky nemá, nebo byly nedostatečně uspořující, je u této osoby větší riziko, že její vlastní rodičovské postoje budou chudé a omezené. Tuto skutečnost potvrzují i mnohé studie dětí z dětských domovů. Na druhou stranu i v těchto podmínkách mohou být jedinci, kteří díky silné vůli a pomoci ze svého okolí se stanou dobří rodiči (Matějček, 2007).

Z analytického hlediska mají motivační charakter k mateřství i různé komplexy, jakožto hybné síly jedince, které si přináší zralého dětství v rodině. Bývají to důsledky situací se silným emočním nábojem. Mohou dostat podobu vnitřních hlasů, které nás povedou ke stejným, mnohdy chybným, schémátům, které jednotlivec zažije v rodině. Rodičovské komplexy se řadí k nejsilnějším psychickým komplexům vůbec. Mají své osobité zabarvení, vycházející ze zkušenosti s vlastní matkou a otcem. Tento psychický konstrukt nevypovídá nic objektivního o rodičích, jedná se spíše o soubor vzpomínek na pečující osoby. Komplexy mohou být pozitivní, kdy dětství bylo bezproblémové, jedinec vnímal, že je milován a přijímán. Tento stav je zdrojem síly a sebedůvěry pro další rozvoj. Opakem jsou komplexy negativní, kdy dětství bylo zatíženo různými problémy či absencí vlídného prostředí a osoby. Ale i tato teorie počítá s možností změny a „opravy“, pokud se jedinec dostane do prostředí, kde má možnost být s pozitivními postavami, které mohou suplovat rodičovské vzory (Corneau, 2007).

2.7 Systém péče o těhotné uživatelky návykových látek

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

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

Závislé ženy nebo matky s dětmi dávají přednost ambulantním programům a programům krátkodobým. Pokud vyhledají rezidenční léčbu, jsou to klientky méně zralé, s nízkým pocitem zodpovědnosti za svůj život, s narušeným partnerským vztahem a méně funkčním rodinným zázemím často v kombinaci s jedním rodičem nebo hyperprotektivním rodičem. Jsou to matky, kterým hrozí odebrání dítěte, mají zkušenost s kriminální činností a často soudně nařízenou léčbu v důsledku užívání návykových látek (Nevšímal, 2007).

V roce 2012 poskytlo v ČR 187 zařízení služby těhotným uživatelkám a matkám po porodu. Celkem 27 zařízení nabízelo speciální program pro těhotné ženy a ženy po porodu, matky s dětmi (Mravčík et al., 2012).

2.7.1 Jak se těhotné uživatelky návykových látek dostávají do léčebných programů

Pokud evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je možné s ní nadále pracovat, doporučit jí řešení, sledovat ji apod. Důležité je také upozornit ženu, která bere drogy, že pokud v porodnici porodí dítě a v jeho smolce dojde k záchytu návykové látky, může posléze cca do 1 týdne nastoupit abstinenci syndrom novorozence. Lékař je povinen z porodnice poté informovat příslušný odbor (OSPOD), který klientce navrhne příslušný léčebný program. Jestliže žena užívá drogy delší dobu a má zároveň v péči dítě nebo více dětí většinou na situaci upozorní okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci). Informace o léčebných programech se může gravidní uživatelka dozvědět od svých známých či drogově závislých přátel (Sedláčková & Žižková, 2007).

Ve většině případů je dítě matce odebráno a umístěno do kojeneckého ústavu. Řešení situace vyžaduje spolupráci matky s jednotlivými institucemi a institucí navzájem (za předpokladu, že matka usiluje o navrácení dítěte do péče). Základním stavebním kamenem je zájem matky o dítě, který je manifestován ochotou změnit životní styl a podrobit se léčbě. Výsledek situace je ovlivněn postojem a ochotou jednotlivých institucí a odborníků zabývajících se daným případem (např. pediatr, sociální pracovník, soud, kojenecký ústav, odbor péče o dítě, aj.), v neposlední řadě také postojem společnosti k celkovému pojetí této problematiky. Možnost společné léčby matky s dítětem je v ČR umožněn pouze v jediném zařízení – Terapeutická komunita Sananim Karlov. Při práci s touto klientelou v zařízeních věnujících se drogové problematice je nutné mít na zřeteli cíl a klienta, kterým není dítě, ale jeho matka (Kalina, 2003).

2.7.2 Efektivita léčby matky s dítětem v terapeutické komunitě

Ženy, které dokončily pobyt v komunitě, vykazují signifikantně až mnohonásobně větší zlepšení, než muži. Problémem ale je to, že ženy častěji léčbu nedokončí. Je tedy nutné vytvářet „genderově vstřícné“ programy, které budou komplexnější, budou pružně reagovat na soubor specifických problémů, které si žena s sebou do léčby nese (Kalina, 2008a).

Takový genderově vstřícný krok je právě společný pobyt matky a dítěte v komunitě. Jedním z pilotních projektů společné léčby závislé matky a dítěte proběhl v 90. letech v USA. Dvě terapeutické komunity, Odyssey House in New York City a Amity INC of Arizona, zkusily nově poskytnout léčbu závislým matkám na kokainu společně s jejich dětmi. Jelikož se ukazuje, absence dětí a minimální možnost jejich vídání je nejčastějším důvodem, proč ženy zanechají léčby. Studie se zúčastnilo 53 žen s diagnostikovanou závislostí na kokainu, náhodně byly rozděleny do komunit, přičemž 22 bylo v léčbě bez dětí a 31 je mohlo mít u sebe. Výsledky ukazují, že setrvání matek v léčbě se výrazně zvýšilo u žen, které mohly pobývat v léčbě se svými dětmi, oproti ženám v kontrolní skupině v běžné terapeutické komunitě, kde své děti mohly vídat maximálně 3x týdně. Posílení v udržení v léčbě bylo nejpatrnější v prvních čtyřech měsících. Pět žen dokonce zanechalo léčby, když byl příjezd dítěte značně opožděn z administrativních důvodů. Nejen, že se ukázalo, že ženy setrvaly v léčbě déle, ale i se značně zlepšila vzájemná vazba mezi nimi a jejich dětmi (Bromberg, Backman, Krow & Krankel, 2010)

I z výzkumu, který provedl Šefránek (2013) se potvrzuje, že léčba v terapeutických komunitách je efektivní. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak se rok po dokončení léčby v komunitě změnilo užívání drog, kriminalita a kvalita života uživatele. Data byla získávána z polostrukturovaných rozhovorů s klienty terapeutických komunit. Studie porovnává především změny v problematickém chování u klientů 30 dní před začátkem léčby a 30 dní po jednom roce od jejího ukončení. Výzkumný soubor tvořilo 176 uživatelů ze čtyř českých terapeutických komunit, přičemž rok po ukončení byla data získána od 137 klientů, tedy 77,8%. Po roce se ukázalo, že se v razně zvýšila abstinence od opiátových drog, metamfetaminu a benzodiazepinů, kdy před léčbou abstinovalo 13,8 % klientů a po léčbě 89,7% klientů. U konzumace alkoholu bylo zjištěno jen částečné zlepšení. Závěr tohoto výzkumu je, že klienti terapeutických komunit, navzdory různé úrovni drogových a sociálních problémů, dosahují velmi dobrých léčebných výsledků a léčba v komunitách signifikantně snižuje užívání návykových látek a kriminalitu.

2.8 Služby pro těhotné ženy a matky uživatelky návykových látek

V České republice funguje poměrně ucelený systém péče pro osoby závislé na návykových látkách. Tento systém se skládá z jednotlivých složek, které jsou uzpůsobeny aktuální fázi léčby, ve které se klientka nachází (Richterová Těmínová, 2008).

V následujícím přehledu uvádím zařízení v České republice, která se specializují na pomoc drogově závislým ženám, ať už těhotným nebo matkám s dětmi. Většina výzkumů či přehledových článků záměrně vynechává popis této specifické služby v nízkoprahových zařízeních. Pro potřeby mé práce je právě popis specifické služby pro těhotné uživatelky důležitý, i když mnohdy začíná právě poskytnutím např. těhotenských testů či odkazů na další zařízení aj. Dle Preslové (2011) se v praxi právě se závislými rodiči a jejich dětmi nejčastěji setkávají pracovníci kontaktních center a s těhotnými uživatelkami se navíc ještě dostávají mnohem častěji do kontaktu terénní pracovníci.

2.8.1 Nízkoprahové služby

Terénní program

Je první článek celého systému, který se řadí k nízkoprahovým službám a ctí dva hlavní principy: ochrana zdraví veřejnosti (public health) a snižování zdravotních a sociálních rizik (harm reduction). Pracuje se zde s bez ohledu na to, ve které fázi závislosti se nacházejí, bez

ohledu na jejich motivovanost k abstinenci. Do této skupiny mnohdy patří právě závislé matky s dětmi, které ze strachu, že by jim mohlo být dítě odebráno z péče, považují kontakt s pomáhajícími institucemi za značně rizikový (Richterová Těmínová, 2008).

Pracovníci se v terénu setkávají se situacemi, kdy si těhotné ženy aplikují drogy, nebo když si ženy s miminkem v kočárku z toaletní taštičky vytahují jehly k výměně. Terénní pracovníci musejí řešit, co mají v takové situaci dělat, jak účinně intervenovat, respektovat zákonná omezení a zároveň si zachovat důvěru klientů (Preslová, 2011).

Kontaktní centrum

S těhotnými ženami a rodiči dětí se pracovníci setkávají nejčastěji, když klientka KC otěhotní, přijde do KC s podezřením na těhotenství nebo s už potvrzeným těhotenstvím (často ji nasměrují kamarádky nebo známé, které jsou klientkami KC, ale také terénní programy, PMS, sociální pracovníci z jiné služby) (Preslová, 2011).

2.8.2 Ambulantní a stacionární programy

Denní stacionář Sananim v Praze (dále jen DS).

DS je zařízení, do kterého klienti a klientky dochází ambulantně. Léčba je rozdělena do fází a zahrnuje denní strukturovaný program. Při práci s klientkami se využívají pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkávání, individuální terapie, sociální práce, pracovní terapie a sportovní a jiné volnočasové aktivity (Kalina, 2008b).

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

Dle Preslové (2011) je těhotným ženám a matkám s dětmi dále v DST nabízeno kromě standardních služeb v rámci specializovaného programu:

- řešení drogové problematiky: poradenství, motivační práce, psychoterapie, prevence relapsu,
- ambulantní a stacionární léčbu závislosti,

- zprostředkování nástupu do rezidenční léčby pro matky s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov,
- zprostředkování substituční léčby,
- informace o vlivu užívání drog,
- zprostředkování komplexní zdravotní péče pro těhotnou ženu, matku i dítě,
- bezplatné testování,
- emoční podporu a provázení,
- řešení specifických ženských otázek a poradenství v oblasti intimních vztahů,
- podporu rodičovství, péče o děti a rozvíjení rodičovských kompetenci,
- psychologickou a pedagogickou pomoc pro děti, případně její zprostředkování,
- provázení při snaze získat odebrané dítě zpět do vlastní péče,
- sociální a právní servis,
- poradenství v oblasti sociálně-právní ochrany dětí,
- poradenství v oblasti finančních otázek rodiny,
- pomoc a asistenci při jednání s institucemi a úřady (soudy, OSPOD, porodnice, kojenecké ústavy),
- napojování na zdroje dalších služeb (např. pracovní agenturu) a na nedrogovou síť (např. mateřská centra),
- základní materiální pomoc.

DST především zprostředkovává a koordinuje nástup do komunity, vede pořadník a poskytuje přednástupní péči. Vzhledem k tomu, že se jedná o pobytovou odvykací léčbu drogové závislosti společně s dětmi, je přednástupní péče komplikovanější a je třeba klientce s nástupem do komunity aktivně pomáhat a zároveň spolupracovat v některých případech s orgány sociálně-právní ochrany dětí a s dalšími institucemi. Klientky z Prahy či blízkého

okolí kontaktují DST osobně, proberou, zda je tato volba vhodná, a postupně zde vyřizují veškeré potřebné kroky. U klientek z větší vzdálenosti je třeba, aby nástup zařizovalo protidrogové zařízení (např. kontaktní centrum, psychiatrická léčebna) v místě pobytu klientky, které se s DST spojí, bude mít možnost odborných konzultací a vedení při dalším postupu (Preslová, 2011).

V roce 2013 dle Výroční zprávy denní stacionář pracoval celkem s 317 klienty, uživateli drog. V individuálním poradenství bylo 2 331 klientů a ve skupinovém 1 122 klientů. S rodinou pracovali ve 307 případech (Sananim, 2014).

Centrum pro rodinu Drop In Praha

Je služba provozovaná organizací Drop in. Do nedávna se jednalo o zařízení na pomezí kontaktního centra a stacionáře, které zajišťovalo služby adiktologické a sociální pro závislé ženy, především těhotné a matky. K 1. 6. 2014 se rozdělilo na dvě samostatné služby. Na adiktologickou ambulanci a na složku sociální, kde probíhá Odborné sociální poradenství a Integrovaný program, v jehož rámci funguje projekt Slunečnicová zahrada. Odborné psychosociální poradenství je poskytováno se zaměřením na specifickou situaci ženy a jejího dítěte či dětí. Často se zde pracuje s klientkami, jejichž děti jsou aktuálně v ústavní péči, a ony je chtějí získat zpět. Pracuje se zde i s přípravou klientky na pobyt v TK Karlov (Sedláčková, 2009).

Centrum se zabývá prací s následující klientelou:

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

Práce s klientkami je zaměřena na stabilizaci drogového životního stylu, sociální práci, individuální i skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, navázání kontaktu s porodnickými a gynekologickými zařízeními. Dále zařízení poskytuje odkazy na ústavní léčbu, substituční

léčbu, pediatrickou péči. Program trvá dva roky a je rozdělen do tří fází (Sedláčková & Žižková, 2007).

Celkově bylo podpořeno 154 osob a celkový počet výkonů za rok 2013 tvořil v Centru pro rodinu 2 188. V rámci strukturovaného poradenství byla poskytnuta péče 69 klientkám, z nichž 12 bylo odesláno do léčby (Kuncová, 2014).

Slunečnicová zahrada (dále jen SZ)

Je zaměřena na prevenci specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí. Program vychází z aktuálních potřeb komplexního systému péče o děti, které byly během nitroděložního vývoje vystaveny působení různorodých chemických látek, jako jsou drogy, léky, alkohol. V rámci pedagogického pracoviště ve SZ probíhá kompletní screening dětí od tří let. Vede ke stanovení adekvátního plánu práce s dítětem, potažmo s rodičem, který odpovídá jeho současnému stupni vývoje, tak aby se pomohlo snížit či eliminovat jeho případná znevýhodnění. Jedná se o spolupráci speciálního pedagoga, psychologa, lékaře a sociálního pracovníka (Sedláčková, 2009; Slunečnicová Zahrada, 1. srpen 2014).

V roce 2013 prošlo Slunečnicovou zahradou 40 dětí ze Středočeského kraje a 20 dětí z Jihočeského kraje, jejich rodičů a pěstounů ze Středočeského kraje (Kuncová, 2014).

2.8.3 Terapeutická komunita Karlov

Terapeutická komunita Karlov (dále TKK) je zařízení pro střednědobou (mladiství) až dlouhodobou (matky s dětmi) rezidenční léčbu osob závislých na návykových látkách. Je specifickým systémem léčebného zařízení, kde společenství lidí (klienti a terapeuti) a léčebný systém vytvářejí bezpečný prostor pro růst jednotlivých členů klientů (Nevšímal, 2007).

Dle Preslové (2011, s. 13), „základním cílem léčebného program v terapeutické komunitě je integrace a plnohodnotné zapojení klientky do běžného života, kde základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence“. Program také zahrnuje podporu klientčiných rodičovských dovedností, kdy „přítomnost dítěte léčebný proces specificky proměňuje“ (Hanzal, 2009, s. 23).

K tomu, aby matka mohla v TKK pobývat spolu se svým dítětem či dětmi, není třeba, aby je měla svěřeny do své péče. O svěřeni dítěte zpět do své péče většinou klientky žádají až po

ukončení léčby v TKK a úspěšném docházení do doléčovacího programu. Nástup do TKK se obvykle realizuje po započaté práci v DS. Léčba v TKK obvykle trvá 6 –10 měsíců. Před ukončením léčby pracovníci klientce pomáhají najít bydlení, vymyslet splácení dluhů, a plán péče o dítě (aby se uměla o své dítě postarat i mimo bezpečné prostředí TK) (Motyčková Pětrošová, 2009).

V roce 2013 se v TKK léčilo 26 matek spolu s 28 dětmi. Tyto matky k léčbě přivedlo především rozhodnutí zůstat s dítětem, které by jí jinak bylo odebráno z péče. Děti jsou při nástupu do léčby s matkami vyšetřeny somaticky, případně psychologicky. Každé má individuální plán péče a rozvoje a je mu vedena standardní osobní dokumentace. Při pobytu na Karlově udělají děti většinou velký pokrok. 10 klientek úspěšně ukončilo léčbu a dalších 9 klientek pokračovalo v léčbě v roce 2014 (Sananim, 2014).

2.8.4 Doléčovací centrum pro matky s dětmi

V r. 2003 vzniklo jako samostatné zařízení, které navazuje na motivační a léčebnou péči zajišťovanou DST a TKK. Primární klientelu centra tvoří klientky závislé na nealkoholových drogách, případně s kombinovanou závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách, nyní abstinující minimálně po dobu 3 měsíců. Program zahrnuje také chráněné bydlení pro matky-bývalé uživatelky, které musí mít ukončenou střednědobou nebo dlouhodobou léčbu v délce minimálně 3 měsíců (Sananim, n.d.). Doléčovací centrum dále nabízí možnost účastnit se doléčovacího programu v ambulantní nebo pobytové formě, případně programu podporovaného zaměstnání. Základním prvkem je prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit snižovat riziko relapsu drogové závislosti a podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn, k nimž u klienta došlo před vstupem do doléčovacího programu (Preslová, 2011).

V roce 2013 využilo tuto službu 24 matek a 26 dětí. Minimální doba doléčování je vzhledem k náročnosti po stránce sociální a terapeutické stanovena na 6 měsíců, ale doporučená doba doléčování je však 12 měsíců. Průměrná doba doléčování tvořila v roce 2013 celkem 317 dnů (tedy cca 10 měsíců) (Sananim, 2014).

2.8.5 Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při FTN v Praze

Toto zařízení spadá pod sektor zdravotnictví, ale poskytuje interdisciplinární péči dětem převážně raného věku, které jsou ve svém vývoji ohrožené především nevyhovujícím

prostředím, kdy se o ně jejich rodiče nechtějí nebo nemohou starat. Jedná se o pobytové zařízení (kojenecký ústav), kde matky mohou být se svými dětmi, pokud se jejich sociální situace nezlepší. Také jsou zde umístěny děti matek, které jsou aktuálně v léčbě, především na detoxu. Přibližně 50 matek ročně dochází do centra k zácvičku správné péče o dítě. Centrum funguje i jako „rozcestné“ diagnostické pracoviště při určování dalšího postupu. Počet drogově závislých matek v posledních letech narůstá. Poskytují se jim komplexní diagnostické, sociální, rehabilitační programy, které se snaží upravit na míru každé z nich. Hlavním cílem Centra je snaha o co nejkvalitnější vazby mezi matkou a dítětem v co nejkratším časovém horizontu. Je snahou být podporou pro matku a doprovázet ji v její roli matky. Matky se zde učí vnímat své dítě, jako živou bytost se svými potřebami, které se snaží naplňovat a současně se učí přijímat zodpovědnost za svého potomka. Velmi důležitá je pro tyto ženy podpora, že roli matky jsou schopny zvládnout. Centrum úzce spolupracuje s institucemi a organizacemi zmíněnými výše (Litovová & Čermáková, 2009).

3 CONTINGENCY MANAGEMENT (POBÍDKOVÁ / INCENTIVNÍ TERAPIE) – CM/IT

Pobídková terapie se dle Kaliny (2013) zaměřuje na princip teorie učení podmiňováním pozitivního chování u uživatelů drog, jako je abstinence, snížení nelegálních užívání, zvýšené zapojení do odborných služeb nebo účast v aktivitách podporujících zdraví. Vychází ze soudobých vědeckých poznatků, že odměna pozitivního chování může být účinnější než penalizace chování negativního.

Vytváří systém pozitivních a negativních pobídek, které mají snížit atraktivitu pokračujícího užívání drog, je naopak ale jejich cílem zvýšit atraktivitu abstinence, přičemž si klient nese důsledek svého chování sám (Ducharme, Knudsen, Abraham & Roman, 2010).

Pod pojmem „contingency management“ se skrývá technika, při níž je abstinence ověřovaná toxikologickými kontrolami a odměňována např. poukázkami na jídlo či ošacení nebo i penězi. Pozitivními pobídkami může být např. výhoda dostávat metadon domů, či zvýšení dávky metadonu, peněžní poukázky (Gossop, 2009).

Ve své poslední knize Kalina (2013) vytvořil výčet pobídek, které se obvykle používají:

- kupony, eventuelně stravenky, které lze směnit za zboží nebo služby podle výběru klienta,
- drobné finanční odměny,
- výhody pro klienta (zejména u klientů v substitučních programech, např. možnost dostat dávku megafonu s sebou domů či dvě dávky na víkend,
- poskytnutí ubytování (u klientů-bezdomovců).

3.1 Motivation Incentives/Contingency management jako behaviorální terapie

Motivační odměny/pobídky (IM/CM) vychází z klasické behaviorální teorie. Mezi základní prvky patří specifikace výsledného chování, které můžeme objektivně měřit. Když klient dosáhne požadovaného chování, obdrží hmatatelnou motivaci. IM/CM považují autoři za účinný prostředek při snižování užívání drog a zlepšuje udržení v léčbě (Ducharme, Knudsen,

Abraham & Roman, 2010). Contingency management zpravidla bývá součástí strukturovaného poradenství či léčby (například posilování komunitních vazeb) (Gossop, 2009).

3.2 Aktivační (pobídková) teorie

Základním motivačním činitelem je podle Balcara (1983) podnět - pobídka přicházející z vnějšího prostředí. Jde o podnět, který má silový účinek na chování prostřednictvím vymezené proměnné zvané „pobídková motivace“. Tento vnější podnět jedince nejen aktivuje, ale i orientuje (zaměřuje) lidské chování a jednání. V aktivačním modelu jsou rozlišovány dva typy pobídek: pobídky „prvotní“ (mají vrozeně silový účinek) a pobídky „druhotné“ (silový účinek získávají až jako výsledek procesů učení jedince). Tento model je možné uplatnit např. při objasnění takového jednání, kde je očekáváno uspokojení a úspěch, event. je tu snaha vyhnout se nezdaru a neúspěchu. Obecně vyhovuje především motivům emocionálním a s nimi spjatým motivům sociálním: strachu, agresi, sdružování, výkonnosti, moci.

Posilování motivace ke změně představuje poměrně jednoduchý a vysoce účinný způsob léčby závislosti. To se nejčastěji děje za pomoci vhodných otázek, které jemně a s pochopením upozorňují závislého na negativní zkušenosti s návykovým chováním a rizika (Nešpor, 2007).

Nejen, že abstinence může být posílena pomocí těchto CM technik, ale varianty těchto postupů jsou účinné při modifikaci i u jiných vzorců chování drogově závislého. Pobídky mohou být poskytnuty při účasti na terapeutických sezeních, při žádoucím chování v rámci kliniky, nebo v souvislosti s jinými aktivitami. Klienti se mohou rozhodnout o třech samostatných činnostech, které budou dělat každý týden, a které se vztahují k jejich cíli léčby. Mezi to může patřit návštěva lékaře, pokud je cílem zlepšit zdraví, jít do knihovny s dítětem, pokud je cílem zlepšit rodičovství nebo vyplňování žádosti o zaměstnání, v případě, že cílem je získat zaměstnání. Pokud klienti úspěšně provedli tyto činnosti a bylo možno objektivně stanovit jejich plnění, dostali odměnu (Petry, Martin, Cooney & Kranzler, 2000).

3.3 Cíl metody

Cílem metody je dle Shearera (2007) zapojení jedinců závislých na psychostimulanciích do léčby a jejich podpora v počátečních fázích abstinence. Odměnou za toto chování může být

dle Bayera (2010) např. finanční obnos, poukázky na jídlo, zboží či oblečení, volba času terapie apod.

Aby princip incentivní terapie fungoval, uvádí Kalina (2013) důležitost odměny, která by měla být poskytnuta neprodleně po evidenci pozitivního chování, tj. například po negativním odběru moči. Při potvrzených úspěších v abstinenci od drog může docházet k navyšování hodnot poukázek. Je ale důležité, aby se v závěru pobídkového schématu snižovala věcná či finanční hodnota pobídky. Klient se tím má učit sebeodměňování s využíváním sociálních odměn.

Předpokladem CM je systematická změna chování drogově závislého pozitivním a podpurným způsobem. Například v mnoha intervencích CM jsou pacientům několikrát týdně odebírány vzorky moči a následně tito pacienti získají za každý vzorek, který je negativní na drogy, explicitní odměny. Tyto odměny se často skládají z poukázek, které mají peněžní základ a mohou být vyměněny za maloobchodního zboží a služby (Petry, Martin, Cooney & Kranzler, 2000).

3.4 Účinnost metody

Podle studií publikovaných v období od ledna 1991 do března 2004 byla pobídková terapie v léčbě poruch užívání návykových látek vypočítána na 95% interval spolehlivosti (Lussier, Heil, Mongeon, Badger & Higgins, 2006). I jak se zmiňuje Kalina (2013), contingency management/pobídková terapie se těší značné oblibě v zahraniční odborné literatuře a postupně se včleňuje mezi základní klinické směrnice v léčbě závislostí. To je patrné ve studii Stitzer (2006), kde je contingency management, jako behaviorální přístup ve vědě, považován za nejvíce studovanou techniku posledních let v zahraničí.

Dostupné poznatky hovoří ve prospěch účinnosti dvou psychosociálních či behaviorálních pojetí léčby závislosti na metamfetaminu: kognitivně-behaviorálních přístupů a incentivní terapie. Bylo prokázáno, že kognitivně-behaviorální přístupy, ať už jako samostatná intervence nebo v kombinaci s farmakoterapií, mají pozitivní vliv na dodržování léčby a snižování míry užívání metamfetaminu a rizikového sexuálního chování (Lee & Rawson, 2008). Podobně vykazuje incentivní terapie korelaci s vyšší mírou setrvání v léčbě a nižší mírou užívání metamfetaminu a současně s delšími obdobími souvislé abstinence v průběhu léčebné epizody (Rol et al., 2013 in Mounteney, Groshkova, Thanki, Cunningham & Rychert, 2014, s. 8).

Podle Kaliny (2013, s. 316) jsou „mnohé výzkumné studie, podniknuté na různé klientele a v různých podmínkách i výzkumných designech, zjišťují její účinnost na snížení nelegálního užívání drog, udržení v léčbě, zvýšení dochvilnosti a docházky na konzultační sezení. Uvádí se mimo jiné, že metoda je prokazatelně účinná u různých typů klientů užívající návykové látky (včetně klientů s psychiatrickou komorbiditou). Vykazuje vysokou míru zapojení a udržení (retence 85 % v programu v délce dvanácti týdnů) a vyšší míru abstinence než poradenství či behaviorální metody, které princip odměny nevyužívají (65 % klientů dosahuje abstinence delší než šest týdnů). Přitom míra abstinence neklesá, jsou-li použity méně nákladné pobídky, a má tendenci přetrvat určitou dobu po skončení programu“.

O tom, že se jedná o účinný postup, svědčí např. metaanalýza autorů Dutra a spol. (2008). I autor Gossop (2009) ve své knize nazvané Léčba problémů spojených se zneužíváním drog uvádí, že jsou pozitivní a negativní pobídky stejně účinné co se týče snižování míry užívání drog, avšak delší dobu zůstávají v léčbě pacienti při aplikaci pozitivních nabídek.

Lee & Rawson (2008) kladně hodnotí účinnost pobídkové terapie při snížení užívání metamfetaminu v průběhu léčby, avšak poukazují na to, že z dlouhodobého hlediska není její efekt průkazný. Gossop (2009) zmiňuje, že se osvědčila nejen jako podpůrný prostředek pro zapojení jedince do léčby, ale i při eliminaci polymorfního užívání návykových látek. Dle Schulte et al. (2010) vede pobídková terapie v porovnání s kognitivně behaviorální terapií k vyšší míře udržení v léčbě a menší míře užívání psychostimulancií v jejím průběhu, avšak dlouhodobější efekt vykazuje kognitivně behaviorální terapie.

Obzvláště pozoruhodné jsou výsledky výzkumů pomocí využívání poukázek, které stvrzují úspěšné léčení závislosti těhotných a či matek těsně po porodu, adolescentů a lidí s mentálním postižením (Higgins, Alessi, & Dantona, 2002). Finanční pobídky byly také úspěšně použity při odvykání kouření (Volpp et al., 2009). Tento postup lze použít i u lidí s vážnou duševní chorobou užívající návykové látky. Jakkoliv je ale tento postup efektivní z krátkodobého hlediska, není jasné, zda a jak dlouho po skončení terapie zlepšení stavu přetrvává (Sigmon a Higgins, 2006).

Také ve své studii považuje Lussier, Heil, Mongeon, Badger a Higgins, (2006) metodu pobídkové terapie ve srovnání s kontrolní skupinou za účinnou a s výrazně lepšími výsledky. Na základě studií v této oblasti se dostává výraznému potenciálu pro další studie v této problematice.

Autoři Schulte a kol. (2010) zaznamenali celkem 31 studií, které se zabývaly contingency managementem. Čtyři tyto studie pocházely od evropských vědců, další dvě jsou přehledy a dvě randomizované studie. Poukázali na hlavní body CM, které ohodnotili dle síly jejich důkazů v praxi (viz tabulka 3).

Tabulka 3: Přehled základních údajů CM

Hlavní body Contingency managementu	Síla důkazů
Kupony a ceny jako prvky posilující motivaci jsou efektivní ve snižování míry užívání kokainu z krátkodobého hlediska	***
Velikost a okamžitost odměny posilující motivaci může být pro účinnost kuponů rozhodující	?
Contingency management ve spojení s farmakoterapií může zlepšit setrvání v léčbě a dodržování v léčbě závislosti na opioidech	***

Vysvětlivky:

*** silné důkazy: vysoce kvalitní metaanalýzy, systematické přehledy včetně jedné nebo více randomizované kontrolované studie s velmi nízkým rizikem zkreslení, více než jedna randomizovaná studie s velmi nízkým rizikem zkreslení

? nedostatečné / nejasné důkazy / nelze posoudit

3.5 Historie IT/CM a její rozvoj

Incentivní terapie byla původně vyvinuta jako nová metoda pro zachování a zvýšení počtu abstinentů na kokainu mezi ambulantními pacienty. Nečekaně se rozběhla a oslovuje stále více jedinců. Rozšíření poukázek je v zahraničí masivní. Co je však nejdůležitější a povzbuzující je fakt, že se tento přístup setkal s úspěchem a stojí za ním empiricky ověřené

výsledky. Po pozitivních výsledcích u průkopníků této intervence ambulantně léčených pacientů závislých na kokainu vzešla otázka, zda takovýto úspěch bude zopakován i u jiných skupin a u vyšší úrovně závislosti. Ale i tam nemůžeme hovořit o ignoraci poukázek, ba právě naopak. Samozřejmě se teprve uvidí, jak intenzivně tento projekt ovlivňuje každodenní život závislých uživatelů drog. Aplikace poukázek na léčbu závislosti na kokainu je nejdůkladnější verzí zbavování se závislosti na drogách, jejíž výsledky byly získány na mnoha místech. Přirozeně tento nový typ léčby zneužívání drog si ještě žádá mnoho času, než se účinně zavede skrze různé testování a vyhodnocování do praxe. Poprvé se tohoto testování poukázek ujal National Institute on Drug Abuse (Higgins, Alessi, & Dantona, 2002).

V zahraniční literatuře se můžeme setkat s tímto termínem u sociální práce a terapie. Zmínky o uplatnění contingency managementu existují u dvou cílových skupin, u válečných veteránů a u uživatelů drog, obojí v USA (Higgins, Alessia a Dantona, 2002).

3.6 Možnosti využití

Poukázky nabyly platnosti a jsou již hojně rozšířeny a testovány v komunitních klinikách. Používání těchto poukázek bylo také rozšířeno k léčbě závislosti na alkoholu, marihuany, nikotinu a opiátech (Higgins, Alessi, & Dantona, 2002).

Motivační terapie, která je založená na principu odměn, je nejvhodnější právě u klientů s „nulovou odezvou“ v práci s nimi. Tento postup lze použít i u lidí s vážnou duševní chorobou užívající návykové látky (Sigmon a Higgins, 2006). Ve studii Silverman, Chutuape, Bigelow, & Stitzer, (1999) se ukázaly behaviorální pobídky ve formě poukázek jako úspěšně podporující ve drogové abstinenci a v účasti na léčbě u mužské populace a u populace žen netěhotných. I poznatky z meta-analýzy, které publikovali Prendergast, Podus, Finney, Greenwell a Roll, (2006), podporují účinnost různých CM technik při použití v průběhu léčby klientů, kteří jsou závislí na alkoholu, tabáku nebo nelegálních drog. Existují tendence dobrou spoluprací při léčbě závislosti na alkoholu nebo drogách odměňovat a tak do léčby dostat více pacientů a udržet je v ní (Cameron & Richter, 2007).

Rovněž Kalina (2013) uvádí vhodnost jejího užití zvláště u uživatelů psychostimulancií. Intervence spočívá v tom, že motivaci jedince k abstinenci posiluje formou poskytování odměn za předem specifikované žádoucí chování – např. negativní toxikologické vyšetření moči na přítomnost drog, účast klienta na testování HIV, virové hepatitidy typu B a C, docházení do léčebného programu aj.

Mezi indikačními skupinami stojí na prvním místě klienti metadonových programů a klienti závislí na stimulačních drogách (Kalina, 2013). Studie provedené v metadonových programech a programech psychosociálního poradenství v léčbě ukazují, že intervence založené na pobídkách jsou vysoce efektivní a zvyšují udržení v léčbě a podporu v abstinenci od drog (Volkow, 2011). Kontrolní ukazatel pozitivního chování je podle Kaliny (2013, s. 316) negativní test na drogy v moči nebo v jiném biologickém vzorku. *„Udržovací metadonová substituce se zdá být nejvděčnějším polem působnosti. Dávka metadonu, četnost dávky nebo možnost dávat metadon domů se jako motivační odměny přímo nabízejí a klienti jim také dávají přednost před ostatními typy pobídek“*. Pobídkové schéma se aplikuje i v programech harm reduction, kdy kontrolním ukazatelem je například účast klienta na testování na HIV, hepatitis B/C či tuberkulózu nebo změna životního stylu.

Pobídkové schéma většinou nepředstavuje „léčbu samo o sobě“, ale začleňuje se do jiných programů standardních psychosociálních intervencí, jako jsou např. motivační rozhovory nebo skupinové či rodinné formy práce. Nejčastěji se přidružuje k substitučnímu programu (Kalina, 2013).

3.6.1 Použití IT u uživatelů metamfetaminu

Hlavní cílovou skupinou jsou klienti v ambulantní léčbě závislosti na metamfetaminech. Tito účastníci byli odměňováni za každý den abstinence a to formou vylosování si z osudí poukázky s různou hodnotou. Výsledky ukázaly, že uživatelé methamfetaminu v ambulantní incentivní terapii výrazně více abstinovali, než účastníci v léčbě standardní (Higgins, Alessia a Dantona, 2002). Roll et al. (2006) například ve své studii demonstroval, že přidání CM protokolu signifikantně redukuje užívání methamfetaminu v průběhu jeho aplikace u pacientů, kteří ve stejnou dobu docházeli do ambulantní léčby závislosti.

Bayer (2010) vytvořil výčet intervencí, které se aplikují v kontextu léčby závislosti na stimulantech, a porovnal je s programy, které nabízejí či nenabízejí rezidenční či ambulantní služby určené pro uživatele návykových látek v České republice (viz tabulka 4).

Tabulka 4: Programy ne/nabízené rezidenčními či ambulantními službami určené pro uživatele návykových látek v České republice

<p>V tabulce jsou intervence seřazeny podle „zátěže“, kterou kladou na uživatele. Počáteční jsou vhodné pro vytvoření terapeutického vztahu, následující jsou vhodné pro práci s klienty, kteří jsou dobře „navázaní“ a připraveni na léčbu.</p>	
Motivační rozhovory	Dostupné
Contingency management	Nedostupné
Retrovirová léčba HIV a interferonová léčba HBV, HCV	Ano HBV, HCV, HIV
Farmakoterapie – substituční léčba	Ne (oficiálně)
Individuální a skupinová psychoterapie (dynamická, KBT, systematická a jiné)	Dostupné (nejčastěji v rezidenční léčbě)
Rodinná terapie	Dostupná
AA, NA, TA	Dostupné
Prevence relapsu	Dostupná
Holotropní dýchání	Dostupné (TK – Němčice)
Krátký intervenční program	Dostupné (P-centrum Olomouc)

3.6.2 Použití IT u uživatelů metadonu

Jones, Haug, Silverman, Stitzer a Svikis, (2001) ve své studii zjišťovali výsledky léčby v rezidenční a ambulantní léčbě pro drogově závislé ženy, které se léčili pomocí CM technik a metadonu. CM technika se ukázala být efektivní u skupin během pobytové i ambulantní části

skupiny studie a výrazně tak snížila užívání nelegálních drog během prvního týdne v ambulantní léčbě. V ústavní péči se ukázal být průkaz účinného motivačního plánu jako příznivý, ale menší dopad měl v průběhu celého dne při léčení. Relativní úspěch pobídek byl však nejvíce patrný v poslední den rezidenční léčby a to téměř u všech účastníků (97 %). Jednoduše řečeno, efektivní léčba se ukázala být u obou typů služeb, s jedním rozdílem. Ústavní léčba je u CM techniky nejvíce úspěšná na konci léčby, u ambulantní služby je však nejúčinnější v menším měřítku v průběhu léčby.

3.6.3 Použití IT u uživatelů kokainu

V roce 1993 byla použita CM technika u uživatelů kokainu. Závislí na kokainu byli náhodně rozděleni. Jedna skupina se léčila pomocí 12 krokové orientované léčby, a na další skupinu se intervenovalo pomocí CM, který obsahoval individuální behaviorální terapii ve spojení s poukazy pokaždé, když klienti poskytli vzorek moči negativní na drogy. Klienti zařazení do skupiny CM zůstali v léčbě významně delší dobu vzhledem ke klientům ve skupině 12 krokové léčby (Petry, Martin, Cooney & Kranzler, 2000).

3.6.4 Použití IT u uživatelů marihuany

Ve studii Budney, Higgins, Radonovich a Novy (2000), autoři popisují 3 náhodně vytvořené skupiny uživatelů marihuany, kteří se chtějí ambulantně léčit. První skupina respondentů absolvuje motivační terapii, druhá skupina je léčena behaviorální terapií a třetí pak incentivní terapií. Třetí skupina vykazovala výrazně delší trvání abstinence od marihuany během léčby ve srovnání s první a druhou skupinou a také větší podíl abstinentů ve třetí skupině na konci léčby. Nebyly pozorovány žádné významné rozdíly v abstinenci od marihuany mezi skupinou první a druhou. Pozitivní účinky programu v této studii podporují užitečnost intervence pobídek založených na léčbě závislosti na návykových látkách, včetně závislosti na THC.

3.6.5 Použití IT při odvykání kouření u uživatelů nelegálních návykových látek

Drummond a kol. (2014) ve své studii zkoumali vzájemné působení contingency managementu a využívání spirometrické plicního věku, jako motivačního nástroje ke zlepšení kuřáků při odvykání kouření mezi injekčními uživateli drog. Účastníci byli srozuměni, že obdrží peněžní náhradu za biologické potvrzení, že abstinují od tabáku. Při každé návštěvě byla kontrolována hladina vydechovaného oxidu uhelnatého, a pokud ECO byla <7 ppm, účastníci obdrželi určitou výhodu v programu. První negativní ECO znamenalo vyplacení 25

dolarů. V případě, že účastník měl ECO v souladu s nedávným užíváním tabáku, nedostal žádnou platbu. V souhrnu celé studie bylo prokázáno, že CM představuje mnohem větší motivační nástroj než pouze ukazatel spirometrického plicního věku při odvykání kouření. Tudíž vedou odměny u uživatelů návykových látek k příznivějším výsledkům a k úpravě kuřákovy rizikového chování.

3.6.6 Použití IT u těhotných žen uživatelék návykových látek

Výsledky průzkumu v zahraničí také poukázaly na těhotné uživatelky návykových látek. Zjistili, že 5,8 % žen, které byly hlášeny v metropolitních oblastech, užily alespoň jednu z nelegálních návykových látek během těhotenství a poukázali na fakt důležitosti s touto cílovou skupinou více pracovat (Jones, Haug, Stitzer & Svikis, 2000).

Užívání návykových látek během těhotenství je podstatné téma v oblasti veřejného zdraví (Budney, Higgins, Radonovich & Novy, 2000). Použití incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek pokládají Jones, Haug, Stitzer & Svikis, (2000) za jednu z nejefektivnějších metod při získávání lepších výsledků v léčbě.

Potřebné jsou účinné intervence ke snížení užívání návykových látek v prenatálním období a optimalizovat tak výsledky matky a kojence. Léčba poruch v důsledku užívání návykových látek u těhotných žen se pohybuje v rozmezí od krátkého poradenství při návštěvách prenatální péče do dlouhodobé intenzivní rezidenční léčby. CM používána v ambulantní léčbě může poskytnout cennou možnost mezi těmito dvěma extrémy v rámci služeb péče. Využití CM u těhotných žen, které užívají nelegální látky, se objevuje jako účinné pro uživatelky kokainu, pervitinu, opiátů i polymorfního užívání. Aby byla tato intervence účinná, měla by finanční odměna být dodána ihned po cílovém chování. Navíc se nesmí zapomínat na velikost této odměny, neboť ta by měla být v souladu s požadavkem chování (Tuten, Svikis, Keyser-Marcus, O'Grady, & Jones, 2012).

3.6.7 Použití IT u těhotných kuřáček

Existuje již mnoho důkazů, že finanční pobídky mohou patřit mezi účinné mechanismy při podpoře kuřákům přestat kouřit. Radley, Ballard, Eadie, MacAskill, Donnelly & Tappin (2013) ve svém výzkumu prokázali, že odměny, které uživatelé získávali v těchto programech, pomáhají iniciovat a podporovat odvykání. Podle autorů je důležité tyto programy v odvykání kouření plně realizovat a jejich potenciál je potřeba rozvíjet.

Ve Skotsku vláda stanovila vnitrostátní cíl a to snížit kouření během těhotenství na 20% do roku 2010. Kladné výsledky léčby při odvykání kouření u těhotných žen byly ve Skotsku na nízké úrovni. Přehled publikovaných výzkumů v této oblasti zaznamenal, že využívání pobídek a sociální podpory pro zlepšení zapojení žen, které kouřily během těhotenství, byl slibný prostor pro ověřování výsledků léčby v praxi. Institut GIUFB (Give It Up For Baby) používá techniky contingency management a jistou roli pobídek. Tyto techniky byly speciálně navrženy tak, aby těhotné ženy žijící ve znevýhodněných komunitách přestaly kouřit. Proces contingency management začal návrhem intervence, která by byla relevantní pro život cílové skupiny. Toho bylo dosaženo při počátečních diskusích z komunitního rozvoje skupin, kde zkoumali své myšlenky a odpovědi k návrhu pobídkového programu. Režim se snažil spojit konvenční modely chování a farmakologické podpory se systémem finančních pobídek a sociální podpory pro ženy, aby abstinovaly od užívání tabáku (Radley, Ballard, Eadie, MacAskill, Donnelly & Tappin, 2013).

3.6.8 Použití IT v USA při práci s válečnými veterány

V USA v Pittsburgu se věnuje organizace VA Pittsburg Healthcare System práci s válečnými veterány. Jde o program, který poskytuje pracovní zkušenosti válečným veteránům. Je určen především osobám, které mají závažné duševní onemocnění nebo tělesné postižení. Každý účastník v IT programu má individuální zacházení, podpůrný tým, individuální plán, a vedoucího případu. Za úspěchy v programu dostává incentiva, tedy finanční pomoc. Obdrží omezenou možnost pracovat a dostávat plat ve vymezených oblastech, kdy se učí rozvíjet a zlepšovat dovednosti potřebné k získání zaměstnání. Cílem je pomoci najít vhodné zaměstnání veteránů v komunitě, a zároveň jim poskytnout průběžnou podporu, nebo je umístit v tradičním pracovním programu, který je připraví na budoucí zaměstnání. Program podporuje pracovní návyky např. aktivitu, spolehlivost, dochvilnost, produktivitu a osobní odpovědnost (VA Pittsburgh Healthcare System, 2012).

3.6.9 Použití pobídek u ostatních skupin osob

CM byl úspěšně použit i u jiných zdravotních onemocnění a některé byly přesunuty do reálného světa praxe. Například odměny nebo snížené pojistné již dlouho využívají zdravotní pojišťovny ve Spojeném království a Jižní Africe, aby podporovaly jednotlivce, zapojit se do preventivních programů pro děti. V Austrálii vláda také úspěšně začlenila pobídkové programy, které ovlivňovali několik preventivních programů. Tyto programy měly za

následek zvýšení ceny pro děti na očkování z 56 % v roce 1996 na 90 % v roce 2003. A došlo také k významnému nárůstu porodnosti. Úspěch těchto finančních pobídek zavedených vládou ovlivňuje zdraví, chování a poskytují silnou platformu pro různé skupiny osob (Lynagh, Bonevski, Sanson-Fisher, Symonds, Scott, Hall & Oldmeadow, 2012).

3.7 Použití CM techniky v praxi

Kalina (2013) ve své knize poukazuje na důležitost nastaveného kontraktu mezi klientem a pracovníkem, který by měl mít předem domluvený rámec. Součástí kontraktu by měla obsahovat cíl a druh pobídky ve spolupráci s klientem. Pobídky by měly být poskytovány včasným a konzistentním způsobem. Klient by měl rozumět vztahu mezi léčebným cílem a pobídkovým schématem a pobídka je vnímána jako posilování a podpora zdravého a bezdrogového životního stylu

Aby mohli pracovníci efektivně pracovat s metodou IT/CM, je důležité, aby byli proškoleni a dostatečně se v této problematice vzdělávali. Z výzkumu vzešlo, že je pro pracovníky důležité, umět zacházet s touto metodou a že je pro ně příznivější varianta, volit spíše „sociální pobídky“ než ty hmotné. I když se ukázalo, že s hmotnými pobídkami má zkušenosti velice málo pracovníků, ale je s tím spojeno mnohem více pozitivních postojů. Pracovníci byli ovlivněni řadou faktorů. Byli měřeni podle vzdělání a let zaměstnání v oboru léčby závislosti. Bylo zjištěno, že pracovníci s vyšším vzděláním byli více nakloněni hmotným odměnám, a to i po kontrole opatření expozice. Toto zjištění naznačuje, že vzdělání může zvýšit vnímavost pracovníka pro behaviorální intervence. Léčebné programy nemění schopnosti a vlastnosti jednotlivých pracovníků, ale mohou nabídnout školení, které mohou ovlivňovat postoje zaměstnanců a jejich schopnosti. Školení je často koncipováno s ohledem na utváření znalostí o základních prvcích v praxi. Program na této bázi je v zahraničí zkoumán v institutu National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network (CTN) (Ducharme, Knudsen, Abraham & Roman, 2010).

Autoři dále poukazují na fakt, že použití této techniky, která je spojena s důležitými změnami v chování může mít také svoje určité omezení, jež by měly být řešeny. Ačkoliv je známo, že CM technika zvyšuje dobu trvání abstinence, rovněž zvyšuje náklady na provedení. Je tedy důležité pečlivě zvážit, která těhotná drogově závislá žena má být zapojena do programu. Dojde-li ke zlepšení životního stylu, ponechání užívání návykových látek a tím zlepšení výsledků matek a kojenců, mohou celkové přínosy léčby převážit nad měnovou hodnotou

léčby a nad časem vynaloženým s prováděním této CM techniky v klinickém prostředí. Náklady na programy léčby, kde jsou uplatňovány tyto typy behaviorální intervence, mohou být značně sníženy, pokud je možnost žádat o dary od místních institucí, obchodníků nebo velkých obchodních řetězců (Jones, Haug, Silverman, Stitzer & Svikis, 2001)

4 TOKEN ECONOMY

Více než před čtyřiceti lety byl psycholog B. F. Skinner ovlivněn utopickými myšlenkami s principy behaviorálního operantního podmiňování. Token ekonomy byla navržena k nápravě problémů vážně duševně nemocných pacientů (Lieberman, 2000). Přístup založený na manipulaci s následky se používal v psychiatrických léčebnách v 50. a 60. letech minulého století jako metoda sociální rehabilitace chronických pacientů. V posledních letech tento přístup ožívá především v léčbě závislostí pod názvem „contingency management“ v českém překladu „pobídková“ nebo „incentivní“ terapie (Kalina, 2013).

Dle Zlomkeho (2003) se token economy může používat v individuální nebo skupinové formě. Tato metoda se ukázala jako úspěšná u rozmanitého spektra populací, včetně těch, kteří trpí závislostí, jsou postižení či se jedná o pachatele trestných činů. Nicméně, nedávné výzkumy použití tokenu systémů se ukázaly jako úspěšné i u velmi malých dětí.

„Token economy“ vycházela z poznatků, že neutěšené chárání léčebných chroniků souvisí s nedostatkem pozitivní odezvy na zbytky adaptivního chování či pokusy o něj. Personál byl zvyklý věnovat zvýšenou pozornost pacientům, kteří produkovali excesivně maladaptivní chování (byli neklidní, agresivní, vzdorní, zmatení apod.), a tím vlastně toto chování posiloval. Ukázalo se ale, že je možné chování pacientů zlepšit, pokud se pozornost přenese na projevy blízké obecným sociálním normám a oceňuje se chování, které je z tohoto hlediska žádoucí (Kalina, 2013).

Návrh tohoto systému pro celé psychiatrické oddělení byl nazván "token ekonomika". Tokeny mohly být následně vyměněny za paletu odměn, které byly často individuálně určeny pro každého pacienta – cigarety, nápoje, osobní rádia nebo televize, jednolůžkové pokoje, zvláštní privilegia jiné činnosti nebo věci, které byly oceněny a upřednostňují každého pacienta (Lieberman, 2000).

Systém „token economy“ dle Kaliny (2013) lze popsat takto:

1. Token (kupon, poukázka, bon) byl odměnou za definované žádoucí chování, např. dodržování hygieny, péče o vzhled, soběstačnost, zapojení do různých pracovních či kulturních činností.

2. Pacienti směňovali získané kupony podle stanoveného kurzu v ústavní prodejně za potraviny, sladkosti či hygienické potřeby nebo za určité režimové výhody (vycházka, návštěva kina, poslech televize přes večerku apod.).
3. Pravidla byla jasná a všem srozumitelná, takže pacienti věděli, co mají dělat, aby si přilepšili.
4. Personál musel být se systémem srozuměný a dodržovat jednotný postoj.
5. V individuálním rehabilitačním plánu pacienta mělo být používání tokenů postupně nahrazováno sociálními odměnami (pochvala, veřejné ocenění) a převáděním do volnějšího režimu na oddělení, aby se pacient připravoval na život mimo léčebnu.

„Token economy“ z léčeben vymizela s masivním rozšířením neuroleptik, stejně jako řada dalších sociálně rehabilitačních přístupů. V posledních letech tento přístup opět ožívá především v léčbě závislostí pod názvem „contingency management“ (v českém překladu „pobídková“ nebo „incentivní“ terapie). Ke klasické „token economy“ mají blízko bodovací systémy na lůžkových odděleních pro léčbu závislostí v ČR, které ovšem používají nejen „odměn“, ale i „trestů“ (Kalina, 2013).

4.1 Bodovací systémy

Oproti původní „token economy“, ze které na počátku Skála vycházel, jsou zmíněné bodovací systémy nastaveny častěji a více na sankce vůči nežádoucímu chování, než na posilování chování žádoucího, to může být kontraproduktivní, neboť trest může v pacientovi vyvolávat negativní pocity a odvetné reakce, což může být překážkou ve snaze změnit jeho chování (Kalina a Miovský, 2008). Bodovací systém se podílí na tzv. autoselekcii pacientů v prvních týdnech léčby, což znamená to tzv. časně vypadnutí, které může být rizikovým faktorem k rychlému návrat k závislostnímu chování (Kalina, 2011). Programy založené více na trestání v léčbě vykazují větší počet vypadnutí, tak způsobují překážku úspěšné léčby (Kalina a Miovský, 2008).

5 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

5.1 Hlavní výzkumný cíl

Hlavní výzkumný cíl je zmapování současné podoby incentivní terapie v oboru adiktologie ve vybraných zařízeních.

5.2 Dílčí výzkumné cíle a výzkumné otázky

Vzhledem ke stanoveným cílům by měla tato diplomová práce odpovědět na následující otázky.

Cíl 1: Popsat formu a průběh incentivní terapie ve vybraných adiktologických zařízeních (XTP Sananim, Centrum U Větrníku).

VO 1a: Jak vypadá program incentivní terapie pro těhotné uživatelky návykových látek ve vybraných adiktologických službách?

VO 1b: Jakou mají pracovníci v adiktologických službách zkušenost s incentivní terapií?

Cíl 2: Popsat důvody, díky kterým se pracovníci v adiktologických službách rozhodli pracovat s formou incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek.

VO 2: Co vedlo pracovníky v adiktologických službách k zavedení specifického programu na bázi incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek?

Cíl 3: Popsat názory pracovníků ve vybraných adiktologických službách na incentivní terapii i co se týče snižování motivace u klientek.

VO 3: Jaký je názor pracovníků v adiktologických službách na incentivní terapii a že při používání incentivní terapie dochází k destrukci motivace u klientů?

Cíl 4: Demonstrovat incentivní terapii na případové práci.

VO 4: Jak hodnotí klientka program na bázi incentivní terapie pro těhotné uživatelky návykových látek?

6 METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT

6.1 Výběr výzkumného souboru

Výzkumné činnosti se zaměřovaly na výběr odborníků v adiktologických službách, kteří pracují se specifickou skupinou těhotných žen na bázi incentivní terapie a kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. Základní soubor tedy tvoří pracovníci ve vybraných adiktologických službách (XTP Sananim, Centrum U Větrníku).

Výběrový soubor byl zvolen na základě metody záměrného (účelového) výběru; konkrétně byl využit záměrný účelový výběr přes instituce. Jak uvádí Miovský (2006) tato metoda vede k tomu, že můžeme zaznamenat určité činnosti a názory zvolených osob v instituci k zachycení údajů, jež jsou předmětem našeho zájmu. Důvodem použití je fakt, že výběrovým souborem jsou informanti zvolených adiktologických služeb a na výzkumu spolupracujících, tudíž je dle Miovského (2006) záměrný výběr uvedenou formou nejlepší možnou alternativou.

Kritéria pro zařazení do výzkumu:

- pracovník ve vybraných adiktologických službách (XTP Sananim, Centrum U Větrníku),
- souhlas s účastí ve výzkumu.

Sekundární výběr jedné případové práce proběhl pomocí metody prostého záměrného výběru. Pro zpracování případové práce byla vybrána respondentka, která splňuje kritéria pro výzkum a zároveň s výzkumem souhlasí (Miovský, 2006)

- těhotná žena uživatelka nelegálních návykových látek,
- účastnice programu (XTP Sananim nebo Centrum U Větrníku) na bázi incentivní terapie pro těhotné uživatelky návykových látek,
- souhlas s účastí ve výzkumu.

6.2 Metoda sběru dat

Abychom mohli ve výzkumu reagovat na nově zjištěné okolnosti a témata, byla pro tento účel zvolena metoda moderovaného rozhovoru. Konkrétně se jednalo o polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor s pracovníky ve vybraných adiktologických službách. Tato metoda získávání dat se zdá dle Miovského (2006) vhodná, zvláště z důvodu daného výzkumného cíle a možnosti lépe odpovědět na výzkumné otázky. K vytvoření schématu otázek v rozhovoru byla potřeba náročnější technická příprava.

Miovský (2006) také popisuje tzv. jádro rozhovoru, jenž nám definuje minimum témat a otázek, které musí tazatel probrat.

Výhodou polostrukturovaného interview je možnost pokládat doplňující otázky a dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při plně strukturovaném interview (Miovský, 2006) a možnost reflektovat i neverbální projevy informanta (výraz tváře, výška hlasu, postavení těla a odmlky v průběhu interview). Naopak nevýhodou může být zkreslení, nebo chybná interpretace odpovědí informanta.

Pro dokreslení dat a celé práce byla použita případová práce jedné klientky, která prošla programem na bázi incentivní terapie, včetně rozhovoru na toto téma. Při polostrukturovaném rozhovoru se mohlo přirozeně konverzovat. Jak vystihuje Miovský (2006), výzkumník se drží hlavního tématu a rozhovor směřuje směrem k doplnění informací o zkoumané problematice, které slouží jako doplňkový materiál pro obohacení získaných dat od informantů a pomohou tak k porozumění zkoumaného problému.

6.3 Metoda analýzy dat

Příprava dat k analýze spočívala nejdříve ve fixaci dat pomocí audiozáznamu. Pro dílčí úpravu dat byla využita tzv. redukce prvního řádu (více Miovský, 2006), tj. doslovný přepis záznamu z interview, kde byly z textu odstraněny například nedokončené věty nebo výpovědi, které se opakovaly nebo jak podle Miovského (2010, s. 210) došlo k „*vynechání částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci*“.

Po následném převedení dat z netextové podoby do textové podoby byla aplikována metoda transkripce. První redukce sesbíraných dat nastává tedy při transkripci, jelikož není možno

zaznamenat všechny text z audiozáznamu. Pro zpřesnění transkripce byla použita technika „kontrola transkripce opakovaným poslechem“ Miovský (2010, s. 207).

V dalších krocích analýzy dat byly použity prvky **zakotvené teorie**. „Jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávána odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat (interview, existující dokumenty, pozorování, kvalifikovaný odhad apod.), ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze. Jednou z jejích dalších významných výhod je její plasticnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle našich potřeb a předmětu výzkumu. Díky tomu není zakotvená teorie rigidním, ale velmi živým a tvůrčím výzkumným nástrojem“ (Mioviský, 2006, s. 226).

Údaje, kategorie a teorie jsou základní prvky zakotvené teorie (Corbinová & Strauss, 1999).

Údaje, jsou základními jednotkami analýzy, pojmová označení přidělená jednotlivým událostem, případům a jiným výskytům jevu. Je možné „hrubé“ údaje spočítat, ale není snadné o nich mluvit, nebo je uvádět do vztahů, takže konceptualizace údajů je prvním krokem analýzy. Rozebráním a konceptualizací máme na mysli rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména, podle toho, co daný jev reprezentuje.

Třída pojmů – kategorie je objevena, když se při vzájemném porovnávání pojmů zdá, že náleží podobnému jevu. Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu – pod abstraktnější pojem nazývaný kategorie. Jev reprezentovaný určitou kategorií dostane také pojmové označení, ovšem toto označení by mělo být abstraktnější, než jména pojmů, které jsou v této kategorii uskupeny. Kategorie mají určitý pojmový rozsah, který určuje skupiny pojmů (subkategorie) pod danou kategorií.

Teorie vzniká určením hlavní kategorie, která je spojena na široké úrovni pojmů, vlastností a dimenzí. Teorie se ověřují podle údajů a dokončí procesem zakotvení.

Kódování je podle Corbinové a Strausse (1999, s. 39) „operace, pomocí které jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů (s. 39) a liší se podle typu výcviku, množství skutečností a cílů badatele“ (s. 12).

Ve výzkumu byly nejprve navrženy koncepty a pomocí metody otevřeného kódování identifikovány jednotlivé kategorie, jakožto základní jednotky analýzy. Jak uvádí Mioviský (2006, s. 228), je „otevřené kódování první fází procesu. Významové jednotky jsou složeny z

pojmu, které označují jednotlivé události (jevy, pocity, atd.) Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnááme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu“.

Na závěr analýzy dat byly metodou selektivního kódování vybrány centrální kategorie, které byly uvedeny do vztahu s ostatními popsánymi kategoriemi. Při selektivním kódování nacházíme nové vazby mezi vzniklými kategoriemi a subkategoriemi. Pokračujeme v jejich dalším rozvíjení a zabýváme se jejich kontextem, nacházíme a popisujeme, v jakém vzájemném vztahu jsou. Selektivní kódování je proces, kdy po výběru centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsánymi kategoriemi (Miovský, 2006).

Pro fixaci primárních anamnestických dat při tvoření případové práce byly využity záznamové archy (více Miovský, 2006). Záznamový arch bylo možné následně doplnit o další data, která byla během rozhovoru pokládána např. za méně důležitá či okrajová. Příprava dat k analýze také spočívala v zachycení dat pomocí audiozáznamu, neboť tento způsob fixování dat umožňuje nepochybnou výhodu v komplexnosti záznamu a v jeho autentičnosti.

7 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Každé vybrané výzkumné přístupy v sobě zahrnují výhody i nevýhody, ze kterých často vycházejí limity pro výzkum a může tak docházet ke zkreslování výsledků a výpovědní hodnoty celé práce.

Je tedy důležité se ve výzkumu držet etických pravidel. Etická pravidla chrání jak účastníky výzkumu, jejich soukromí, právo na informace, na ochranu osobních údajů i možnost kdykoli od výzkumu odstoupit, tak i samotného výzkumníka. Výzkumník se sám o sobě zavazuje chránit svoji osobu prostřednictvím dodržování předem stanovených hranic, dodržáním osobního soukromí, předcházení poškození a vlastní újmy.

Všichni účastníci výzkumných činností byli seznámeni s účelem sběru informací, účelem jejich použití a způsobem ochrany osobních dat. Základní etickou normou pro zařazení do výzkumu je seznámení s ústním informovaným souhlasem účastníkem výzkumu a ochrana jeho osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchovávání v informačních systémech. Účastníci výzkumu byli tedy seznámeni s cíly celé práce a také s dobrovolností zapojení se do výzkumného šetření (více Miovský, 2006). I klientka v případové práci byla informována o průběhu výzkumného šetření, jehož součástí bude podpis informovaného souhlasu. Ten klientce zaručuje anonymitu, možnost kdykoli od výzkumu odstoupit nebo mít právo během rozhovoru rozhovor přerušit či ukončit.

Dle Miovského (2006) je také důležitá empatická neutralita, což dává výzkumníkovi za úkol vyjadřovat zájem a porozumění směrem k názoru informantů, ale měl by také být výzkumník ke zjištěným skutečnostem neutrální.

8 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

8.1 Informanti

Výzkumný soubor lze co do jeho složení označit za nízkoprahový, protože je zaměřen na pracovníky nízkoprahových kontaktních a terénních programů. Tvoří jej terapeuti, kteří pracují v kontaktním centru a externím terénním programu. V tabulce 5 je provedeno shrnutí základních údajů o respondentech. Je uvedeno jejich pohlaví, věk, praxe v oboru v letech a typ zařízení, ve kterém respondenti v době výzkumu pracovali.

Tabulka 5: Pohlaví, věk, praxe v oboru a typ zařízení

Informanti	Pohlaví	Věk	Praxe v oboru (v letech)	Typ zařízení
I 1	Žena	28	3,5	KC
I 2	Muž	32	9	KC
I 3	Muž	38	17	XTP
I 4	Žena	29	7	XTP

Osloveni byli dvě ženy a dva muži působící v nízkoprahových zařízeních. Všichni byli ochotni účastnit se výzkumu. Věk těchto pracovníků se pohyboval od 28 let (informant I1) do 38 let (informant I3). Nejkratší praxi měl informant I1 (praxe 3,5 let) a nejdelší informant I3 (praxe 17 let). Výzkumný soubor je tedy relativně pestrý. Zajímavý je pohled věku informantů, kteří jsou všichni v mladém až produktivním věku a možná proto u nich můžeme zaznamenat větší kapacitu či možnosti přinášet do svého zařízení nové metody práce s uživateli návykových látek.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

9.1 Cíl 1: Forma a průběh incentivní terapie ve vybraných adiktologických zařízeních (XTP Sananim, Centrum U Větrníku)

V úvodu výzkumu bylo nejprve důležité zjistit, jak oslovení pracovníci pracují s programem na bázi incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek. V polostrukturovaném rozhovoru byl mapován průběh programu incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek. U všech informantů bylo možné zaznamenat jednotlivé odpovědi, které byly rozříděny do jednotlivých kategorií.

Vstupní požadavky pro klientku

Všichni respondenti se shodli nad tím, že nabízejí službu nízkoprahovou, to znamená, že nemají specifické vstupní požadavky: „*Nic víc není potřeba, má to být nízkoprahová služba, součástí káčka, takže mít nějaké nároky není dobrý, naopak čím víc je klientka propadlá, více ztracená, tím lépe*“. Mezi základní požadavky tedy informanti formulovali pouze: „*Musí být těhotná, musí to být uživatelka nealkoholových drog. To jsou dva základní požadavky.*“

Externí terénní program nabízí služby primárně pro klientky, se kterými se znají a se kterými jsou v kontaktu: „*Jelikož je kontakt malý na té drogové scéně, tak pro ostatní klientky to je velký práh a přeci jenom ty peníze, které nabízíme pro uživatele drog, nejsou až tak významné. Takže ty klientky, které jsou na tom úplně nejvíce rozbitě, jsou úplně neschopné a jsou bez domova, tak pro ně ty peníze mohou hrát nějakou roli. Takže náš program je vlastně dost často pro ty nejnižkorozpočtový uživatele drog.*“

Na začátku spolupráce již má zařízení na klientku další nároky, které jsou součástí kontraktu: „*Vyžadujeme na začátku, aby si klientka vyřídila minimálně občanský průkaz, což může být prvním bodem naší spolupráce*“.

Další požadavky nebo spíš cíl spolupráce mezi zařízením a klientkou se tvořil velice individuálně. Základní filozofií je samozřejmě určitá stabilizace klientky a tím i tedy dítěte a hladkého procesu těhotenství a porodu: „*No prostě jsme vytvořili takové požadavky, aby se starali co nejhleduplněji ke svému zdraví a ke zdraví dítěte. Nesmí dělat nic, co by poškodilo zdraví dítěte a aby byl hladký průběh těhotenství plus porodu. A to, jestli si budou chtít dítě*

nechat nebo ne, jsme už jako požadavek neměli, ale prostě, aby se během toho těhotenství nechovali nějak rizikově plus aby udělali všechny kroky k tomu, aby i porod proběhl dobře“.

Odměňování a hodnocení klientek

Externí terénní program nabízí pro svoje klientky pouze finanční odměnu. To znamená, že má klientka se zařízením dvojí dohodu. Jedna se týká pracovní náplně, druhá jejich spolupráce na stabilizaci, co se týče životního stylu klientky. Klientka není odměňována za dosud donesené stříkačky, ale za úkoly ve prospěch jejího dítěte a jí samé. Může si vydělat podobně jako předtím, cca 800 Kč týdně. S tím, že takovýto kontrakt je na co nejkratší možnou dobu, dokud si klientka nevyřídí základní věci. Poté je s ní plánováno, že by případně pro program mohla připravovat materiál do programu HR, například balit filtry, stříhat náplasti, balit buničinu či kapsle: *„Ale myslím si, že ty incentiva by mohla být i jiná, ne jen finanční, jako třeba nějaká materiální, jako třeba jim říct, seš dobrá, prostě nestačí“.*

Zároveň si pracovníci uvědomují, jak je pro klientky důležitá finanční odměna, na druhou stranu by klidně do systému odměn zařadili i hmotné věci, nebo určité služby zadarmo, jako na příklad: *„když bychom jim umožnili vyprat si, kvalitně se najíst nebo nějaký nocleh, to si myslím, že to také může být. Není to prostě jen o tom, dávat jim ty peníze, ale samozřejmě, že ty peníze jsou takové dobré v tom, že oni si prakticky mohou naložit, jak chtějí. Mohou si jednu noc koupit nocleh na ubytovně a druhý den si za to mohou zase koupit něco jiného“.*

V kontaktním centru jsou pobídky/odměny stanoveny vždy na předchozím setkání, stejně jako podmínky, za kterých jich klientka dosáhne. Jsou materiální povahy (těhotenské oblečení, základní výbava pro novorozence: pleny, oblečení, kosmetika; věci do porodnice, těhotenské vitamíny, strava,...), nabitá telefonní karta, lístky na MHD, ale lze jako odměnu čerpat i zaplacení poplatku u lékaře, proplacení fotek nutných na doklady aj. dle domluvy: *„Hodnotící kritéria, která souvisí s velikostí nebo s množstvím odměny jsou za prvé, jestli přišla včas, jestli chodí pravidelně, takže se hodnotí i ta spolupráce samotná. To jestli splnila úkoly, které byli zadané v rámci té terapie, to je například do příště, dojdu si ke gynekologovi, do příště dojdu na úřad práce, zaregistruji se“.* Klientce je k dispozici seznam odměn a jejich hodnota. Ideálně si může klientka zajistit celou základní výbavu pro sebe i dítě. Práce s odměnami vede klientku také k lepší finanční gramotnosti: *„Pokud ty úkoly splní, je za to nějak ohodnocena, pokud udělá jen část, je ohodnocená méně. Do toho se zamotává bodový systém. Maximální možná počet je 200 bodů. To znamená, že přijde včas, splnila úkoly, splnila zadanou práci.*

Dostane 200 bodů, v podstatě 200 Kč. Dostane seznam odměn a u každé té odměny je nějaká jejich částka, která je imaginární, nepředáváme si peníze a ona si v hodnotě těch 200 Kč vybírá odměnu nebo odměny“.

Individuální přístup

Program pro těhotné uživatelky drog v kontaktním centru je nastavený pokud možno pružně, aby pracoval s nějakým individuálním potencionálem jednotlivé klientky. Pracují s ní na základě toho, v jakém týdnu těhotenství klientka přichází, buď intenzivnější či pozvolnější formou: *„ideálně když ta holka přijde brzo, když je těhotná a máme spoustu času na to s ní pracovat. Pak s ní můžeme pracovat v takovém volném tempu, že ona sem přijde jednou za týden, občas jde k doktorovi a za to všechno dostává odměny a tak zvolna se pracuje na tom, aby byla stabilizovaná“.*

I druhé zařízení se snaží klientce vyhovět co nejindividuálněji: *„ta práce může být intenzivnější, můžeme se vídat 2x týdně, samozřejmě ji asistovat k doktorovi. A zároveň se snažíme podchytit nějaké ty její individuální potřeby ve smyslu, když jí třeba něco nejde, tak jí v tom víc podpořit a když jí něco jde, tak to třeba zase tolik neakcentovat nebo jako pochválit jí za to, ale nelpět na tom, že musí sama dojít k doktorovi, pokud to pro ni je těžké. Tak tam dojde někdo s ní, pokud to naopak sama zvládá, tak není potřeba na to nějak extra agurovat“.*

Práce a úkoly

Úkoly pro klientku v externím terénním programu byly vždy stanoveny na daný týden dopředu. Obecně se jednalo o úkoly vztahené k těhotenství klientky: *„Nesmí dělat nic, co by poškodilo zdraví toho dítěte a aby byl hladký průběh toho těhotenství plus porod. To znamená, že ony měly za úkol, stabilizovat se co se týče drog, to znamená, pokud braly pervitin, přestat brát pervitin“.* Dále měly za úkol chodit na všechny gynekologické prohlídky, navštěvovat úřady atd. a *„k jednotlivým úkolům je určena přesná částka, kterou klientka jejich splněním získá. Například návštěva gynekologa činila za 150 Kč, vyřízení si náhradního dokladu totožnosti za 100 Kč, registrace na úřadě práce za 150 Kč. Jelikož mají klientky většinou velké obtíže s dochvilností, je domluvena finanční částka i za účast na schůzce s pracovníkem a spolu s referováním o plněných úkolech“.* Dále je vyžadována alespoň minimální spolupráce s rodinou, obnovení či navázání vztahu, aby věděli, co se tam děje, zda bude rodina nějak participovat na tom těhotenství, aby to proběhlo hladce dobře, popřípadě jestli je to zajímavá, že se narodí jejich další potomek: *„Obě ty rodiny zafungovaly, což si*

myslím, že hrálo určitou roli, proč to proběhlo dobře relativně v obou případech. Aby se přesunuli na nějaké dobré bydlení, takže ta jedna klientka si našla ubytování u známých, druhá klientka bydlela nějakou dobu u té své mámy, s tím, že jsme řešili vyřízení ubytovny, nějakých dávek, jak to má s dávkami, jaké budou dávky v těhotenství, porodné atd. V obou případech jsme chtěli, aby docházeli do denního stacionáře“.

V kontaktním centru jsou úkoly stanovovány dle potřeby. Pracovní rovina obnáší pracovní činnosti potřebné pro zařízení: *„Je to drobná práce, je to kompletování HR materiálu, příprava balíčku pro lékárny, může to být stříhání pear materiálu, vlastně cokoliv, co je potřeba a není to fyzicky náročné. Tyto věci se pak hodnotí, jak je splnila“.* Druhá rovina obnáší péči o sebe a péči o těhotenský rytmus (pravidelné návštěvy gynekologa či jiného lékaře dle potřeby, absolvování nutných vyšetření apod.) a soc. stabilizaci (OP, ubytovna, řešení užívání drog, vzdělávání v oblasti HR, zajištění léčebného zařízení apod.) a informační servis dle potřeb (průběh těhotenství a péče o něj, porod, péče o dítě po porodu, apod.). Klientka je odměňována na základě plnění všech tří součástí programu.

Cíle programu

Kontrakt s klientkou v kontaktním centru má hlavní cíl, týkající se ponechání či neponechání si dítěte, který se může v průběhu změnit. Dále ho tvoří dílčí cíle, které jsou průběžně stanovovány. Kontrakt se tvoří individuálně podle potřeb klientky, stejně tak se vybírají odměny (typ, množství). Kontrakt a odměny by měly motivovat ke zlepšení v dovednostech, v nichž má klientka slabiny. Směřuje primárně ke stabilizaci jejich sociální a zdravotní situace, v ideálním případě ke změně životního stylu, jehož součástí by byl zájem o dítě, abstinence od OPL a nastoupení do léčebného zařízení. Vždy je stanoven určitý cíl spolupráce, v rámci procesu individuálního plánování: *„Cílem terapie nemusí být, že si dítě ponechá, může se rozhodnout dát dítě k adopci a nic se jakoby na té spolupráci nemění. Neměla by se to měnit, ale může. Je možné na tom i pracovat, pokud se klientka rozhodne dítě nemít a ten pracovník cítí, že to dítě vlastně chce, ale jen nevěří tomu, že si ho může dovolit. Ideální cíl je samozřejmě, že si dítě nechá, nastoupí do léčby, ideálně do Karlova a nějak si zařídí své základní sociální věci, pečuje o své těhotenství a o své zdraví. Ale v podstatě klientka může užívat dál a nemá to vliv na poskytování incentivní terapie“.*

Klientce v externím terénním programu je po zjištění jejího těhotenství nabídnuto buďto ukončení spolupráce, nebo navázání jiné pozměněné podoby spolupráce na bázi incentivní

terapie. V tuto dobu je tedy laicky přeměněn „*externácký kontrakt na stabilizační*“. To znamená, že nyní program nezajímají jehly a kontakty na drogové scéně, ale cílem spolupráce je hledání úkolů, které jsou v zájmu klientky a v zájmu dítěte, za které bude placená. Zařízení definuje svůj cíl spolupráce velice individuálně, dle potřeb klientky: „*U toho cílu práce je to téma, jak ho formulovat. Ten cíl se liší, někdy to je miň zdravé dítě a být s ním a někdy to bylo udělat co nejvíce pro sebe a pro své dítě, abychom zvládli to období těhotenství a co bude s dítětem, se až následně rozhodne. Takže ten cíl je veliký, primární. Myslím, že tam to přeci jenom přetlačuje ty incentiva. Byla by to asi více výhrada u těch programů incentiv, pro jiné případy*“.

Zkušenosti programu

Časté pozitivní zkušenosti informantů s prací s těhotnými klientkami záleží na pokud možno co nejrychlejším procesu odchyťvat a získávat své potencionální klientky do své péče, to znamená: „*na klientkách si všímat jejich potencionálního těhotenství a bavit se o tom s nimi. Bavit se o těchto tématech a nenechat se odradit od této práce, protože se většinou nevyplácí*“. Velkou zkušeností všech infomantů však je to, že jakoukoli intervenci, kterou směřují směrem ke klientce, považují vždy za užitečnou. Pokud se již tato intervence opírá o incentivní terapii, dosahují tím pracovníci v adiktologických službách větší úspěšnosti: „*realita je taková, že ta zkušenost není tak skvělá, jakou jsem jí čekal, zároveň tam vidím nějaké věci, které jsou pozitivní z mého pohledu. To znamená, že jakákoliv intervence, kterou u těch holek uděláme, je prostě dobrá. To že jsme jednu klientku dokázali alespoň na tu dobu od šestého měsíce do porodu nebo alespoň krátce po něm stabilizovat a ona v té době nebrala, to bylo skvělý*“.

Jeden informant se potýkal s nedostatečnou informovaností ze strany klientky a snaží se tedy v práci s touto cílovou skupinou o mnohem širší edukovanost: „*Nejdůležitější věci, které mě napadají je, říkat informace pořád dokola. Při každém sezení jí důležité věci opakovat. Mám zkušenost, že žena ani neví, jak dlouho trvá těhotenství*.“ A často je seznamovat se stanoviskem: „*pokud klientka nedorazí, nic se neděje, nemusí se bát přijít jiný den a v jiný čas nebo zavolat a domluvit si jiný termín. Nabízet často asistenci, např. ke gynekologovi, na úřady atd.*“ Ovšem možná nejdůležitější věcí, která je potřeba zmínit může být ta, že je žena v častém kontaktu s odborníkem a není na své těhotenství sama: „*každopádně dá se říct, že díky tomu našemu programu ty klientky mají někoho, kdo jim pomáhá zmapovat, kde všude*

zabrat, lehce se jím zvyšuje motivace to dotáhnout a mají výrazně větší podporu v těch jednotlivých krocích“.

Realita programu na bázi pobídek však také zatím není zcela jedinečná, jeden informant od programu čekal vyšší úspěšnost, ze stran klientek, úřadů apod. *„Možná jsem čekal, že to pro ty holky bude zajímavější, že bude snazší je sem dostat, spolupracovat s nimi, že budou víc chtít chodit, že jich bude víc. To mě možná trochu mrzí. Asi určitě. Měl jsem od toho větší očekávání. Větší očekávání od toho, že nám bude více fungovat spolupráce s OSPODama, že nám je budou více posílat, protože se s nimi prostě potkávají a že to bude nějak lépe propojené“.*

Financování programu

Obě zařízení berou zdroje na financování programu pro těhotné uživatelky z RVKPP a kontaktní centrum si dále vypomáhalo ještě z dalších možných zdrojů: *„financovalo se to z toho, co kdo měl doma, sponzorsky, přátelsky plus nějaké volné peníze, které na káčku byly. Toho co klienti zaplatí za kafe, za čínskou polévku, tak se nějaké malé částky odebíraly a používaly se tady na to. Myslím, že ospravedlnitelně. Že v tom není žádný etický střet, že ty klienti to zafinancovali, což mi přijde naprosto v pořádku“.*

Také docházelo k mediální kampani, která prezentovala nový program pro uživatelky drog, spolu s vyvěšením inzerátu: *„takže chodili lidé a darovali nám plno dětských věcíček pro mimčo. V neposlední řadě jsme také využívali charitní šatník. Největší finanční pomoc však byla od Tříkrálové sbírky, na které jsme museli zažádat s konkrétním projektem“.*

Co pracovníci kontaktního centra považují za nedořešené, je nucené utracení peněz najednou z jednoho grantu: *„vyšla jedna žádost, která byla vázaná na nějakou částku, kterou jsme ale museli utratit. Takže to je o čem jsem mluvil, že nemáme žádné volné peníze, protože to jak ten grant byl nastavený, to jaké byly podmínky čerpání, bylo potřeba ty peníze vyčerpat a použít. Takže jsme museli veškeré věci nakoupit, teď je tady máme schované a čekají na ty klientky. Ale tak to je všude, nefungují tak, tady máte balík peněz a dělejte si s tím, co chcete. To je vlastně logické“.*

Externí terénní program si na konferencích a jiných odborných diskuzích počínal s nejčastěji pokládanými otázkami, co se týče financování programu. Z tohoto hlediska to oba informanty velice pobuřuje: *„Nejčastější dotaz, když jsme my zveřejňovali výstupy tohoto programu, co se*

odborná veřejnost zajímala, tak vlastně byl jediný dotaz, z čeho to platíme,“ „to také samozřejmě nejvíce lidí zajímá a ne to jak to máme s těmi klientkami, co si o tom myslíme, ale kde na to berete a kdo to tedy platí“.

9.2 Cíl 2: Důvody, díky kterým se pracovníci v adiktologických službách rozhodli pracovat s formou incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek

V rámci mapování důvodů, proč se pracovníci rozhodli zavést incentivní metodu u této cílové skupiny, bylo důležité zjistit, kdo přinesl vizi této formy práce a jaké indicie pracovníky přivedly k přemýšlení, jak s těmito klientkami dosáhnout lepší úspěšnosti kontaktů a zároveň dosáhnout ke stabilizaci jejich životních stylů.

Nositel vize

Externí terénní program začal pracovat pomocí pobídek na popud šéfa zařízení, který o tom četl, hlavně ve spojitosti s veterány USA, kteří byli po válce ve Vietnamu. Jednalo se o klienty již životu odevzdaný a traumatizovaný: *„napadlo ho, že se to dá skvěle přenést na ty naše klientky, dělali jsme to tedy jen u těch těhotných, protože vlastně jako platit klientovi, protože maká na zlepšení své sociální situace, to už by bylo jako hodně kontroverzní. Takže jsme to aplikovali jen u těch těhotných“.* Nová metoda byla samozřejmě na poradě týmu prezentována a diskutována. Od začátku na incentivní terapii pracovníci neměli stejný názor, postupem času se objevovaly vhodné prvky, které se hodily v práci s těhotnými uživatelkami: *„Vzhledem k tomu, že ty klientky potom vykazovaly posun, tak samozřejmě to ty pochyby nějak umřtvilo a myslím si, že teď už by nikdo z kolegů nic nenamítal, kdybychom měli nějaké další těhotné klientky. To proč jsme to takhle rozjeli, bylo defacto to, že ty externí jsou také trochu incentiva, protože jim dáváme ty peníze, protože mění ty buchny. Mají s námi ale dvojitý kontrakt“.*

V kontaktním centru to také byla vize jednoho pracovníka, který na tom společně s celým týmem participoval: *„kolega přinesl myšlenku, společně s kolegyní na tom pracovali, byli na stáži a vymýšleli náš vlastní model. Úplně jsme nikoho nekopirovali přesně. Vymýšleli jsme to pro naše zařízení a pro naše zaměstnance, kteří tu aktuálně byli, takže potom se to doladřovalo a byla to potom práce celého týmu“.*

Mnoho těhotných uživatelék

V externím terénním programu bylo potřeba ke změně pracovního kontraktu, jelikož došlo u pár externích terénních pracovníků v relativně krátké době k těhotenství: „*takže v ten moment jsme si říkali, že je to asi nežádoucí, aby měnili stříkačky a protože oni v tom programu dostávají mzdu, jsou normálně zaměstnané, mají dohodu o provedení práce, tak jsme začali přemýšlet o tom, že zůstanou v programu, že je nevyhodíme, protože jsou těhotné, ale naopak chceme, aby to dobře dopadlo jak pro klientku, tak pro to dítě. A začali jsme jim tedy dávat peníze za nějaké úkoly, které o ni plní, proto aby to těhotenství dobře dopadlo. Jako důležitý byl ten moment, kdy se do středu našeho zájmu dostalo blabo a dobro toho dítěte a nejen toho klienta nebo klientky*“. Na to muselo zařízení nějakým způsobem reagovat, ať už ze svého morálního hlediska nebo z důvodu toho, že žena, která je těhotná a bere drogy, určitým způsobem poutá pozornost: „*Ale při tom jsme řešili, co s tím jejich příjmem. Ono to není moc, 600, 700 Kč, ale pro ně byl významný. Z toho vzešla myšlenka při nějaké supervizi, jít do té incentivní formy, tedy platit je za to, co udělají pro sebe, což vzbudilo v tu danou chvíli v týmu docela velký pozdvižení, protože pracovníkům přišlo divné neplatit za práci. Ale kvůli tomu, že šlo o těhotné klientky, tak to nějak bylo snáze v tu danou chvíli zkousnutelnější*“.

Kontaktní centrum přivedlo k nápadu začít se věnovat specifické cílové skupině pomocí pobídek v době, kdy se jim také objevovalo několik těhotných uživatelék: „*takže to navazovalo na naši aktuální potřebu nějak s nimi cíleně pracovat, někam je posouvat anebo je posouvat jinými nástroji, než doposud, který jsme měli*“.

Potřeba práce se specifickou cílovou skupinou

Všichni respondenti zmínili, že životní styl, který žena uživatelka žije, už není jen její, ale už je také dítěte, které nosí: „*Já myslím, že to je úplně jasné. Že ten princip je takový, že dokud ten člověk fetuje, v uvozovkách sám za sebe, tak je to prostě jeho byznys a ať si se svým tělem a se svým životem nakládá, jak chce do té míry, dokud to neomezuje někoho jiného. Ale v okamžiku, kdy ta holka je těhotná, tak už to není jenom o tom, že hraje sama na sebe a právě svým životem a svým životním stylem začíná omezovat někoho jiného, začíná omezovat toho malého člověka, kterého nosí s sebou, a který to nemůže nijak ovlivnit a nemůže se nijak bránit*“. Začaly tedy v zařízeních mezi pracovníky debaty, jak pracovat s touto specifickou cílovou skupinou. Informanti již měli mnoho zkušeností, že se klientky ze služeb ztrácí a neuměly s tím nijak nakládat. „*Já myslím, že je to o tom, že těhotné uživatelky jsou obtížně*

podchytitelná skupina. Moje zkušenost z tohoto zařízení je taková, že ty holky, které berou a když otěhotní, tak se z té služby ztrácí, chodí sem míň nebo sem přestanou chodit úplně, jsou někde zalezlé, takže to je velký problém. To je nějaký fenomén, kterého jsem si všiml nebo který byl v tomhle zařízení vidět“.

Zároveň si také informanti uvědomují specifčnost této cílové skupiny. V počátku své práce si pracovníci v zařízení nejdříve zamýšleli nad tím, co těhotná uživatelka potřebuje: *„Nejdříve jsme si museli sami zjistit, co vlastně těhotná žena potřebuje a dost důkladně jsme zpracovali situaci klientek, to znamená, jak jsou na to z hlediska dokladů, příjmů, bydlení a všech těch dalších věcí a pak jsme se vždycky snažili vytyčit nějakou věc priority, aby ty priority byly např. získání dokladů, první gynekologická prohlídka a začít užívat kyselinu listovou a další takovéto věci“.*

Informanti z externího terénního programu proměnili svůj přístup k pracovní náplni ve chvíli, kdy jim klientka otěhotněla: *„V danou chvíli jsme u těch obou dvou externaček byli v situaci, kdy jsme si říkali, že teďka, když je žena těhotná, tak by měla řešit něco jiného, než pro nás jen měnit stříkačky“.*

IT jako vhodná metoda u těhotných uživatelék

Informanti se shodují na účinnosti IT zvláště u specifické skupiny, jako jsou těhotné uživatelky drog: *„Každopádně těhotné uživatelky drog se uvádějí jako jedna ze skupin, u které se to používá. Každopádně je to eticky míň sporné, než když bych platil klienta za to, že si vyřídí občanku nebo že si udělá něco pro sebe a není těhotný. Tak to samozřejmě budí výrazně větší rozpaky. Ale u toho, když jde o dva klienty, vlastně o budoucí klientku a to nenarozené dítě, tak je to vlastně eticky více průchozí pro lidi, kteří by měli s incentivní terapií problém“.*

Opět si jeden z informantů domnívá, že aby incentivní terapie mohla kvalitně a s pozitivními výsledky fungovat, je důležité, aby se s klientkou začalo pracovat co nejdříve po zjištění těhotenství: *„čím dřív se klientka chytí a začne spolupracovat, tím větší účinnost tam je. Ideálně kdyby to bylo 8, 9 měsíců, tak by to bylo skvělý. Dá se potom udělat hodně práce, je to v podstatě hodně intenzivní“.* Pokud dojde k navázání kontaktu a utvoření vztahu mezi pracovníkem a klientkou, mohou spolu intenzivně pracovat, klientku motivovat k další spolupráci a v jejím životním stylu ji co možno nejvíce stabilizovat. V tom právě informanti vidí formu pobídek u této cílové skupiny jako vhodnou: *„co říká jedna odbornice, je obecně*

nějaká představa, když žena bere drogy a je těhotná, tak má o to větší motivaci přestat, což na jednu stranu může být pravda, na druhou stranu se jím tím spousta věcí ještě více zkomplikuje a tím pádem má sice motivaci přestat, ale nabaluje se to na ní, kupí a ty holky dost často to nejsou schopné zvládnout. Takže ve chvíli, kdyby na ní nečekaly ty peníze, tak šance, že nám vydrží, pokud není něčím v pravidelném kontaktu, tak je výrazně menší“.

Jako výraznou komplikaci v životě klientky informant také vnímá právě to těhotenství a to že tak klientka má v někom podporu nebo určitý příjem, je pro ni velice důležité: *„z těch klientek jsem cítila, jak je to vlastně ještě o to těžší se s tím vypořádat, jak s tím bojují, že vidí, že jim v tom těle něco roste nový život, že to je její dítě. A jelikož byli dost závislé na pervitinu, takže když někdo bere 10 let a někdo jim to vysadí ze dne na den, tak není schopen vůbec ničeho, takže to je brutální složitý úkol a to že za to dostaneš peníze nebo že se o tebe někdo stará je důležitý bod v takřka denním kontaktu, nebo alespoň 3-4 x do týdne“.*

Morální hledisko

„Vždycky dlouhodobě skupina těhotných uživatelék vzbuzovala a vzbuzuje v pracovnících spoustu emocí, ve chvíli kdy jsme se s těhotnými uživatelkami setkávali na otevřené drogové scéně“. To považují pracovníci nízkoprahového zařízení za velice aktuální téma. Z morálního hlediska tato situace postupem času byla více o tom s ženami navazovat kontakty a edukovat je: *„je třeba s tou holkou začít nějak pracovat, aby se ona někam pohnula a něco dělala a je to ten moment, ve kterém si říkám, to je ten čas, ve kterém být aktivnější ještě mnohem více než normálně. Ten moment, ve kterém se to pro mě láme, je právě to těhotenství a toho malého člověka, který je poškozován svým chováním své šílené matky a nemůže s tím nic dělat. Je to velmi specifické“.*

Jelikož docházelo k setkávání s těmito klientkami dlouhodobě, a také k setkávání s uživateli nebo uživatelkami, kteří si na otevřenou drogovou scénu vodili malé děti, vzbuzovalo to u pracovníků jistou nesmělost a nevěděli, jak s tou situací nakládat: *„myslím si, že pracovníci měli takovou tendenci naznačit jí, že toto není dobrá situace. V průběhu těch sedmi let, co jsem tady, tak jsme vlastně získali pocit, že spíš by bylo vhodnější, co nejvíc to téma otvírat, takže teď už se jakoby ten náš postup mění spíš, že těhotným gratulujeme, že jsou těhotné a snažíme se spíš jít do navázání kontaktu“.* Postupem času se tedy pracovníci naučili s těmito podmínkami pracovat: *„takže si říkáme, že my nejsme ti, co soudí, jsme v přirozeném prostředí klientů a snažíme se navázat důvěru a dát možnosti, co dál. Takže takhle se*

postupně mění náš přístup, že jsme smělejší, snažíme se s uživatelkami, které jsou těhotné kontraktovat: hele, když si u nás měníš, tak my se tě budeme vyptávat, jak se máš, kde jsi byla, ale zároveň tě s tím nechceme prudit“.

9.3 Cíl 3: Náhledy pracovníků ve vybraných adiktologických službách na incentivní terapii i co se týče snižování motivace u klientek

Dalším cílem práce bylo objasnění názorů pracovníků na incentivní terapii jako takovou, jakou má účinnost, výhody či nedostatky a zda může docházet k destrukci motivace u těhotných uživatelek návykových látek při použití incentivních prvků práce s nimi.

Účinnost IT

Jeden z informantů si celkově o incentivní terapii myslí, že o ní odborníci málo ví a málo ji zkouší, hlavně v České republice: *„já myslím, že bychom to měli více zkoušet a kromě klasické incentivní terapie si myslím, že bychom ji měli třeba více používat, například u substituční léčby, v kontraktování, jako například u uživatelů drog s duální diagnózou, kteří bývají psychotičtí. Takže jako podmínku bych u nich chtěl, když budou dostávat Metadon nebo Buprenorfin, že budou brát antipsychotika nebo že si pro sebe něco zařídí. Myslím, že ten model něco za něco, a nemusí to být čistě peníze, může to být i ta substituční léčba, relativně málo využíváme“.* K tomuto stanovisku se také vyjadřuje jiný informant, který má podobný názor na používání pobídek u určitých cílových skupin: *„Já si myslím, že to je účinná technika, je to účinná metoda. Ne pro všechny, ne vždycky. Stejně jako žádná jiná z těch všech, co mi tady využíváme. Ale pro specifickou klientelu, pro specifické případy hodně umístěná, dobře indikovaná a tak“.* A i ostatní informanti jsou přesvědčení o účinnosti metody incentivní terapie. Dávají zřetel primárnímu zamyšlení se nad tím, co pracovníci svým klientům v těchto zařízeních, věnující se určité cílové skupině, umí či mohou nabídnout: *„Není to metoda, která by byla obecně dobrá pro všechny. Myslím se, že fakt je potřeba se nejprve zamyslet nad tím, pro koho tu incentivu, ten program vytvářím v rámci té incentivní terapie a co tím chci dosáhnout. Co je cílem incentivní terapie“.* Výstupy z této práce mohou poté navazovat na rozšíření služeb pro klienty, neboť čím budou mít pracovníci větší rejstřík toho, co mohou klientům nabídnout, tím je větší šance, že se každého svého potenciálního klienta něčím osloví.

Výhody pobídek

Informanti z kontaktního centra definují výhody pobídek jako nejsnazší metodu, jak klientky v dobrém slova smyslu normalizovat: *Já to vidím tak, že ty pobídky jsou výhodné, nebo ten prostředek pobídek je výhodný pro to, že ačkoliv jsou těhotné, tak jsou pořád toxí a to že ty lidi jsou toxí, je pro mě jeden z těch charakteristických rysů že chtějí všechno hned, chtějí ty rychlé zisky, rychlé odměny, rychlé a snadné výdělky, všechno a chtějí to hned. Prostě sem přijdeš a dostaneš polévku, je něco, na co podle mého názoru oni slyší. Ten moment toho, že přijdu a hned něco dostanu“.*

Pobídky jsou vhodné i pro klientky externího terénního programu zvláště z důvodu: *Vhodné to je tím, že to vychází z přístupu zaměřeného na výsledek, tím pádem jsou to termínované úkoly, které jdou běžně dobře kontrolovat“.* A to dále může pro klientku znamenat více motivace: *„Pro toho klienta je to energizující, jednak to je časově, tím že jsme plánovali na každý týden, a tak se ty věci i dobře monitorují“.*

Nedostatky IT

Co hodnotí jeden z informantů jako zpětný zádrhel v programu pobídkové terapie je návazná péče: *„Pokud ta máma se nerozhodně jít do léčby, je potřeba zajistit, kam může chodit řešit svojí situaci, řešit svoje případné užívání. Nemyslím si, že je vždycky úplně dobrý pro tu mámu chodit do toho káčka. Je to známe prostředí, má tam ty známí, má tam ty známé uživatele. Takže myslet na tu následnou péči ještě teďka“.*

Další z informantů kontaktního centra definuje za nedostatky programu málo volných peněz, které by mohli využít. To znamená, že tento nedostatek vylučuje těhotné uživatelky z terénního programu mimo oblast působení kontaktního centra: *„ty to v podstatě diskvalifikuje, vyřazuje je ze hry, protože jim nemohu zaplatit ten autobus, nemůžu říct, hele to je úplně v pohodě, ty sem prostě dojedeš, já ti zaplatím lístek, dojedeš zpátky, není to problém“.* To navazuje na určitý model, který byl na začátku tohoto programu definován z potřeb těhotné uživatelky: *„ale vlastně nejsme schopný v reálném čase uspokojit to, co tak holka teď potřebuje. Což je škoda“.*

Motivace u těhotných uživatelek

Informanti si o snižování motivace u těhotných uživatelek nemyslí, že by nějakým způsobem destruovala motivaci ke změně životního stylu. Naopak spíše podporují ten názor, že to má

opačný účinek. Spíše tu motivaci pomocí pobídek podporují: „*My je používáme u i netěhotných klientů a nemyslím si, že by to tu motivaci destruovalo*“.

Na druhou stranu se pracovníci externího terénního programu setkali i s odbornou veřejností, která zastává názor snižování motivace u klientů, kterým se platí za něco, za co by se nemělo. První taková zkušenost proběhla v rámci externích terénních pracovníků a představování programu pro těhotné uživatelky podobnou formou finančních pobídek: „*Setkali jsme se s tím v tom stacionáři a pak také když jsme o tom mluvili v rámci nějaké adiktologické konference, kde jsme hlavně představovali externáky a pak vlastně to, že jsme to ještě vygradovali do této formy (pobídková terapie pro těhotné uživatelky), tak to tedy sálem šumělo, že klienty platíme za to, že dělají něco pro sebe*“.

Informant z kontaktního centra je při práci s těhotnými uživatelkami stejně tak opatrný, jako s kterýmkoli jiným klientem a o destrukci motivace si myslí: „*Ano může být. Já si myslím, že musí být na zřeteli, že to jsou pořád uživatelky drog a jako takový ten program chtějí primárně zneužít. Myslím, že část jejich motivace, proč vstupují do programu je ta, že jsou to pro ně easy money. To že ten program chtějí zneužít nebo ho v jistém smyslu vykrást, v uvozovkách je nějaká taková věc, se kterou do toho vstupují a kterou chtějí. A pokud dostanou příležitost toho zneužít, tak ji prostě využijí. Na druhou stranu je to riziko, kterého jsme si byli vědomí, když jsme ten program zaváděli a trochu s ním pracujeme. Je to vědomé riziko, my ho víme a podstupujeme ho zcela záměrně*“. Na druhou stranu si ale pracovníci jsou vědomi tohoto rizika, ale také s tím rizikem počítají a spoléhají se na to, že to těhotné uživatelky může také nějakým způsobem nalákat ke vstupu do programu: „*A potom už je to trochu o tom s nimi pracovat tak, aby ta šance na to zneužití byla minimalizovaná a ten výsledek pokud možno byl pozitivní a jakoby je odvedl od toho, že to chtěli zneužít a pustili se toho modelu, zneužít program. Zároveň ale jejich stoprocentní motivaci nikdy znát nebudeme. I kdyby to znamenalo, že jenom na tu dobu, co bude chodit do toho programu, ji to nějak stabilizuje, a bude pracovat jen kvůli tomu, že si sem chodí jenom pro tu odměnu, ale zároveň, protože tu odměnu chce, tak pro to udělá nějaké ty věci, tak je to vlastně dobré. Protože vnitřní motivace klienta k tomu, aby dosáhl nějakého zlepšení, pro mě je neznámá, může být jakákoliv*“. To následně také informant argumentuje tím, že v podmínkách nízkoprahových služeb neexistuje špatná motivace: „*Takže pokud tu holku, to že tady dostane najíst, dostane nějaké věci a může tady hodinu být, motivuje dostatečně k tomu, aby plnila podmínky toho programu. Aby v něm byla a fungovala, tak je to vlastně skvělý. A to jestli to dělá, aby dostala ty věci, nebo protože miluje své dítě, s tím už já nic nenadělám. Může se s ní o tom bavit, že*

ok, chodíš sem teda proč. Ale hlavně, že chodí“. To dále doplňuje podobný názor dalšího informanta: „Jako ty peníze jsou silná motivace, jako samozřejmě, že ony si za to pak kupují drogy nebo subutex, ale už jen minimálně, což je super posun“.

Jiný informant popisuje svůj názor na motivaci klientek v těhotenství z hlediska nízkoprahových služeb, ve kterých se pohybuje a které zná nejlépe. A to tak, že nejvíce se setkal a zná spíše takové tendence, že těhotenství není motivací pro ženu přestat užívat návykové látky: *„ono to prostě nejde, zjistíš, že jsi těhotná a řekneš si, ježíš, jsem těhotná, už nebudu brát i když jsem před tím brala 15 let. Jako fakt 70-80 % klientek, když otěhotní, není to pro ně motivace přestat brát a můžu ti říct, že máme hodně těch klientek, co jsou matky a jsou to i matky opakovaně. Ve fertilním věku kolem třicítky a rodí jedno za druhým. Máme klientky, které porodili páté dítě, na potraty jít nechtějí, takže ty děti putují do kojenečku nebo těchto ústavů“.*

9.4 Cíl 4: Demonstrovat incentivní terapii na případové práci

Abych mohla odpovědět na poslední výzkumný cíl, byly důležité zjistit anamnestické údaje, které byly uspořádány z IN-COME dotazníku při první návštěvě kontaktního centra a při samotném rozhovoru s klientkou. Pro dokreslení celé práce o programech na bázi incentivní terapie jsem se pokusila zjistit pomocí zpětné vazby klientky, která právě prošla jedním z popisovaných programů pro těhotné uživatelky návykových látek v kontaktním centru, jaké má na program vzpomínky, jak hodnotí tehdejší motivaci či jaké měla důvody do programu vstoupit či nevstoupit. V neposlední řadě bylo zjišťováno, co od programu očekávala, zda měla nějaké obavy a či zda měl podle jejího názoru program nějaké nedostatky.

Anamnestické údaje

Klientka: Dominika, 24 let, problémová uživatelka pervitinu, která dlouhodobě využívá služeb kontaktního centra.

Osobní a sociální anamnéza

Dominika začala užívat návykové látky již v 15. letech. Po rozvodu rodičů měla mnoho volného času sama pro sebe a doma ji nikdo moc nehledal. Tři roky kouřila marihuanu a postupně, nejprve o víkendech užívala pervitin sniff. V 18 letech se seznámila s klukem, který

ji nabídl možnost odstěhovat se do Německa. Pod záminkou dobře placené práce a toho, že tam bude s ním, se odstěhovala. Ze začátku to pro Dominiku byl výlet a úžasný zážitek jiného světa. Přítel se o ni staral, nosil ji dávku a společně si Německo velice užívali. Postupem času byla doma stále častěji sama. On se nevracel, Dominika neměla na jídlo ani na svou obvyklou dávku, kterou už v té době mnohem častěji vyžadovala. Dostala se až do situace, kdy vycházela ven z bytu a byla nucena krást. Když jí ale přítel ukázal variantu, která byla za mnohem větší obnos, neváhala a začala se řídit jeho radami. Dostala pár čísel na muže, se kterými se scházela a prostituovala. Tento byznys byl pro ni lepší variantou, jak získat finance na drogy. Jelikož měla více prostředků, naučila si pervitin píchnout. Od té doby si již neaplikovala jinak než i.v. V době těhotenství klientka abstinovala.

Zdravotní stav u Dominiky není nijak závažný vzhledem ke svému věku. V těhotenství ji byla zjištěna hepatitida typu C. V minulosti prodělala pouze zánět slepého střeva.

Klientka má ukončený učňovský obor kadeřnice. Zpětně nechápe, jak ji to mohlo někdy bavit. Nikde se střihání nevěnovala a věnovat prý nebude. Nikdy také nebyla zaměstnaná. Záliby nedokáže identifikovat ani v minulosti.

Klientka má dluhy pouze u zdravotní pojišťovny. Jinak v tomto směru se o sebe postarala jinou činností, často nelegální. Byla ale vždy pod ochrannými křídly nějakého muže. Ať již to byl přítel, nebo muž, kterého jmenovala strýc, ve skutečnosti ale ne biologický strýc. Nikdy nevysvětlila tento vztah, zda nebyl také založený na poskytování svého těla za účelem platby.

Rodinná anamnéza

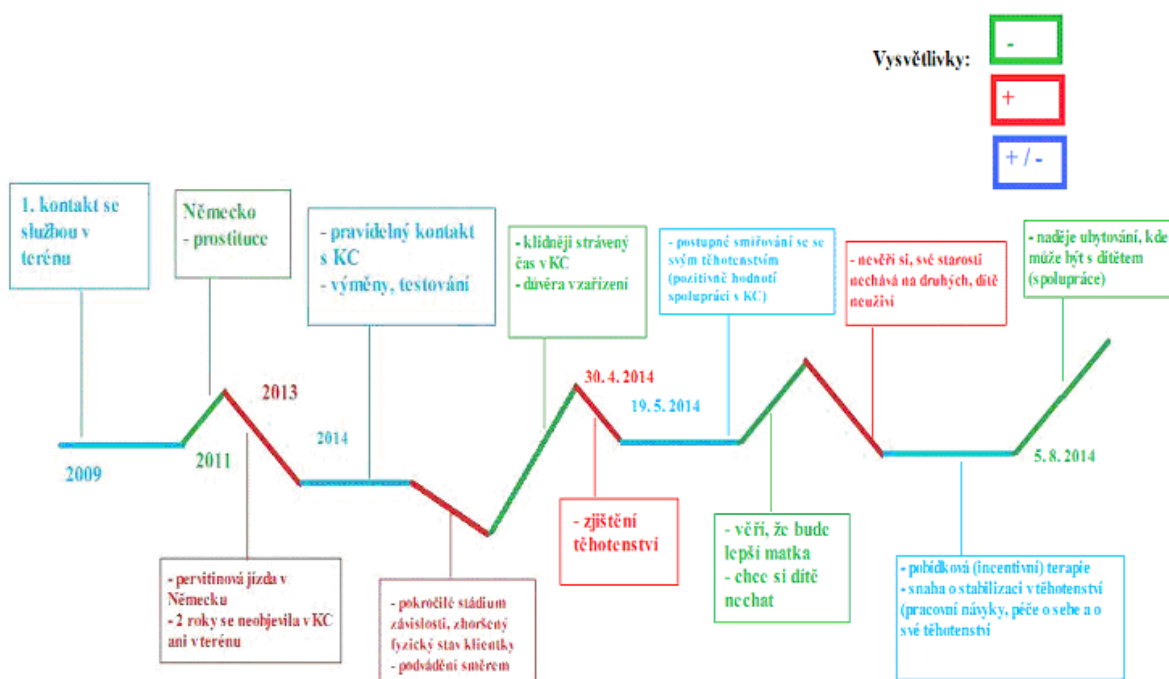
Časté hádky rodičů a rozvod Dominiku v jisté míře poznamenal. Vztah s matkou nebyl nikdy dobrý. Nerozuměli si, i jak sama udává, každá byla z jiného těsta. V těhotenství několikrát opakuje, že chce být lepší matka, než byla ta její. Biologického otce od rozvodu neviděla a rok po té měl autonehodu a zemřel. Otcem jmenuje svého otčíma. Má také bratra, který je o 7 let starší, již se s ním moc nevidá, protože několik let žije v Americe. Mají k sobě ale i tak blízko, často si alespoň volají či skypují. Dominika se bratrovi chtěla celé dětství vyrovnat, v minulosti to nejspíše nebylo jinak, a proto možná bylo Německo pro ni v tomto případě vhodný vyrovnávací signál.

Současná situace

V současné době je klientka spolu se svým narozeným synem v péči anonymního zařízení (domu na půl cesty). Tam byla předána díky péči v KC. Aktuálně je 6 měsíců po porodu. KC je s ní v kontaktu přes Facebook, kde si s ní pracovníci pravidelně chatují. V současnosti užívá návykové látky pouze sporadicky. Péče o syna jí vyčerpává a stýská se jí po „kamarádech“, se kterými se stýkala. Očividně se z prvotního štěstí oklepala a již má choutky po starém životě, který na ni nekladal takové nároky.

Pro větší přehled klientčina života během šesti let, kdy docházela do kontaktního centra, jsem se pokusila shrnout v časové křivce (viz obrázek 1)

Obrázek 1: Časová křivka dle kasuistiky „Dominika“



Popis časové křivky

Křivka začíná prvním kontaktem s pracovníky v terénu. Poté křivka zobrazuje život klientky v Německu, který byl jako na houpačce. Škodlivé užívání a postupná závislost na pervitinu klientku doprovázely i po návratu z Německa. Častější návštěvy KC jsou na křivce patrné jako kladnější a dochází tak i k vyrovnání klientčina životního stylu. Po zjištění těhotenství se klientka opět nachází pod úrovní své životní křivky. V roli nastávající matky se klientka dostává do pozice, kde se musí umět rozhodnout. Tato vlastnost je ale pro klientku cizí a snaží

se všechny svoje povinnosti házet na druhé a opět se ocitá jako na horské dráze, dítě si nechat nebo nenechat. V KC se pracovníci snažili vyrovnat klientčinu křivku života pomocí pobídkové terapie.

Vzpomínky

V určitých věcech klientce dělá problém zavzpomínat na dobu těhotenství. To bylo období velkých změn, starostí a obav. V současné době se však klientce tyto starosti sice změnily, už se nejedná o těhotenství, ale o starosti z mateřství. Její myšlenky se spíše odehrávají v přítomnosti a hlavně v budoucnosti. Její životní situace se sice mírně stabilizovala, co se týče drog, ale její starosti mnohem více nabyli dalších aspektů, které jí zatím překáží v dívání se do minulosti.

Klientka popisuje tehdejší spolupráci velice pozitivně, je ráda že měla příležitost do programu vstoupit. Co neustále v těhotenství řešila a řeší i v přítomnosti je vztah s rodiči, kteří o ni v době těhotenství neměli moc zájem, a ona jejich podporu velice vyžadovala. *„Jo, díkybohu dobře. Jsem ráda, že jsem o malého nepřišla. Já třeba ani nechci, aby si to naši uvědomovali, že mě s malým odmítali. Ale nemohu na to zapomenout. Tak to mi jako vadilo. Já jsem v tu dobu potřebovala větší podporu. To mě jako trochu mrzí, ale teď jsou jako v pohodě, ale nevím, jestli si to uvědomují“.*

Motivace

O situaci, kterou prožívala v těhotenství, klientka nechtěla nebo neuměla moc mluvit. Pouze z jejich slov vyplynulo, že si to v té době asi ani neuvědomovala a teď zpětně nad tím nemá náhled. Jediné co může nyní říct, že celkově ta motivace u ní byla, neboť by jinak dopadla zcela jinak a umí si to asi moc dobře představit jak: *„Jako že mi to hodně pomohlo, motivovalo mě to určitě. Uvědomila jsem si, že bych třeba za pět až deset let mohla skončit fakt špatně, pokud bych se nezačala léčit. Jako třeba fetuju už pět let a jsem pořád stejná, ale stačilo by třeba rok nebo pár měsíců a už by to se mnou mohlo být horší. A to člověk takhle nikdy neví. A ještě třeba když jsem měla tu žloutenku, když na to přišli a ani nevím, kde jsem to vzala“.*

Klientka si ještě v době porodu nebyla zcela jista svou závislostí a nebyla nijak zvlášť motivovaná k léčbě. V době naše rozhovoru však již měla jiný názor: *„jako já teď už vím, že mám problémy. Chci do komunity.“*

Obava z programu

V této oblasti si klientka není jistá svých odpovědí a sama nad nimi přemýšlí a dochází k závěrům, které si možná dříve neuvědomovala. Obavu z programu hodnotí takto: „*Já nevím, jakože jo i ne. Jakože měla i neměla. Jako když pro to dítě nemám nic dopředu, nejsem zajištěná, nebudu mít co pro něj, co malej, jak se o něj postarám nebo se o něj nepostarám. Jako ono je to těžký, takhle ze začátku. Oni ti řeknou, jsi těhotná a jako co. Já jsem asi ani nestihla mít obavy do toho jít s nimi. Já byla ráda, že někdo tu je. A je tu pro mě*“.

Co by bylo jinak

Z anamnézy a zvláště z rozhovoru je patrné, že klientka neměla v době těhotenství žádnou rodinnou či partnerskou podporu. Na otázku, co by bylo jinak, kdyby nespolečně pracovala s pracovníky kontaktního centra, volila pouze jednu a tu samou větu: „*Malej by byl asi pryč, buď v kojeňáku, nebo v děcáku a já bych to snášela hodně těžce, hodně těžce bych to snášela. A vím, že bych na něj musela pořád myslet a fakt nevím, co bych dělala. Jestli bych se ufetovala nebo byla na blázinci, nebo odjela, nevím, fakt nevím. Ne, nejhorší by bylo, kdyby se malej dostal do kojeňáku*“. Toto přemýšlení ji však často, a zvláště u této oblasti otázek, táhlo znovu k rodině. Přemýšlela opět nad tím, proč ji ty rodiče nevezmou k sobě domů: „*Zpětně pořád nepochopím, proč mě nevzali zpátky domů, jestli to bylo skrz otce mého malého, že ho třeba nemají rádi, že je třeba zavřený nebo že to je kriminálník nebo tak*“.

Práce, úkoly, odměňování

O jednotlivých pracích v rámci kontaktního centra klientka hovoří kladně a nikdy prý se splňováním úkolů neměla žádný problém: „*Doplňování balíčku bylo asi nejlepší, takový nejrychlejší. Nejsložitější bylo asi to přežívání v tom těhotenství. Pro mě bylo nejhorší ty doktoři, prostě že jsem neměla možnost k nim chodit v pohodě a hlavně od nich odcházet v pohodě. Bylo to absolutně vše bez podpory*“. Nejsložitější a nejvíce neplněný úkol z klientčiny strany bylo vždy dodržování termínů schůzek. To klientka zpětně takto hodnotí a nemá odpověď na důvody tohoto počínání. Klientka také popisuje svoje pozdní zjištění těhotenství, což mělo za následek méně vyšetření, než je obvyklé. Jako problém v průběhu celého těhotenství vidí klientka nedostatek peněz, což bylo důležitým bodem, proč kontaktní centrum navštěvovat a mít tak i jiné možnosti, jako bylo upuštění od regulačního poplatku a jiné: „*Já jsem měla jen pár vyšetření s malým, neměla jsem úplně všechny. A měla jsem chodit*“.

na léčení k jednomu panu doktorovi, ale tam jsem nechodila. Neměla jsem peníze, protože se ještě platil regulační poplatek“.

Nedostatky programu

Klientka často popisuje neshody s rodinou, ale zároveň její potřebnost. Na otázku, zda mohli pracovníci kontaktního centra pro ni udělat ještě o něco více, než udělali, klientka popisuje pouze: *„Já myslím, že určitě ne. Ale třeba nějaké větší spojení s rodinou. Ale to je moje chyba, to jsem měla přemýšlet dřív a to už je jedno. Ono to našim snad do hlavy přijde, jinak by to byla katastrofa.“*

10 DOPORUČENÍ

Na základě toho, co jsem mohla nastudovat o incentivní terapii a její uplatňování u různých cílových skupin, zvláště pak u těhotných uživatelů návykových látek, navrhuji určitá doporučení práce s touto specifickou cílovou skupinou:

1. Rozšíření incentivní terapie v rámci adiktologických služeb

- Nejen v nízkoprahových zařízeních, ale i v léčbě.
- Místní a časová dostupnost v rámci ČR.

2. Rozvoj spolupráce se zdravotnickými institucemi a úřady

- Návazná spolupráce mezi adiktologickým zařízením a gynekologem.
- Návazná spolupráce mezi adiktologickým zařízením s OSPODem, sociálním úřadem, úřadem práce apod.

3. Rozvoj spolupráce mezi adiktologickými službami

- V rezidenčních adiktologických programech.
- Ve stacionárních denních programech.
- V následné péči.
- Substituční (metadonové) léčbě.
- V poradnách pro odvykání kouření.

4. Zlepšení informovanosti mezi pracovníky v adiktologii, co se týče incentivní terapie

- Více diskusí na téma incentivní terapie.
- Více pokusů o zavedení této formy do systému služeb péče.

5. Zlepšení informovanosti o cílové skupině těhotných uživatelů návykových látek

- V ordinacích gynekologů, zubařů.
- Na úřadech, OSPODech, sociálních úřadech.

11 DISKUZE

Dalšímu zhodnocení je třeba podrobit využitý výběr sběru dat. Jak je patrné z výše uvedeného, primárním zájmem tohoto výzkumu nebylo vyhodnocení kvantitativních veličin či statické rozvrstvení odpovědí, ale naopak nastínění možných témat, která souvisí s uplatňováním metody incentivní terapie, tak aby bylo možné s těmito poznatky nadále pracovat v rámci dalšího výzkumu. Jistou nevýhodou či potenciální riziko lze spatřovat v samotné povaze rozhovorů, které mají obecnou nevýhodu v tom, že pozornost informanta je upoutána na určitá témata a ostatní témata mohou zůstat opomenuta. Tato nevýhoda byla ve výzkumu částečně eliminována tím, že byl informantům poskytnut prostor pro vlastní vyjádření.

Jak již bylo uvedeno, výběr informantů probíhal formou záměrného (účelového) výběru a popř. záměrného účelového výběru přes instituce. Můžeme tedy předpokládat, že výsledky nerepresentují všechny názory a přístupy odborníků v adiktologických službách. Uvedené okolnosti mohou představovat limity v prezentovaných poznacích výzkumu ve smyslu jejich úplnosti, komplexnosti či kritičnosti v souvislosti se zkoumanou problematikou. Smyslem studie je tedy spíše přinést nové podněty k přemýšlení či k diskuzi, jelikož je toto téma v poslední době velice aktuální.

V rámci vyhodnocení samotných výsledků výzkumu je možné uvést dvě zásadní zjištění. Pracovníci nízkoprahového zařízení začali pracovat s těhotnými uživatelkami návykových látek na bázi incentivní terapie z důvodu vyššího počtu kontaktů s těhotnými uživatelkami. Na otevřené drogové scéně to bylo v rámci kontaktního centra a u externího terénního programu mezi samotnými externími terénními pracovníci. To patřilo mezi základní důvody, proč se zabývat formou incentivní terapie. Vždy jeden pracovník z týmu věděl něco víc o incentivní terapii, přinesl to na poradu, kde se o této formě práce hovořilo a bylo to postupně ze strany celého týmu vnímáno jako účinná intervence, která se v průběhu práce s klientkou ještě utvrzovala. Tyto dva aspekty popisované nízkoprahové zařízení spojuje. Základní rozdíly v definovaném procesu práce s těhotnou klientkou v těchto zařízeních, se týkají v procesu odměňování, kde klientky kontaktního centra jsou odměňovány materiálně, v externím terénním programu finančně.

Nyní se pokusím srovnávat odborné články s výsledky, které přinesla studie. Vzhledem k povaze výzkumu není možné srovnávat jiný program, který pracuje s incentivní terapií, jelikož v České Republice jde o první snahy pracovat s komplexnějším využitím incentivní

terapie, zejména u těhotných uživatelů návykových látek. Mezi běžné využívání pobídek u nás můžeme nalézt v sociálně-zdravotní práci se skupinami sociálně vyloučenými. Nesmíme ale zapomínat, že i v dalších nízkoprahových zařízeních se používají odměny za určitý druh spolupráce, či služby, jak už jde o poukázky do šatníku nebo např. jídlo. Tento postup však není definovaný jako incentivní terapie.

Jones, Haug, Stitzer & Svikis (2000) ve svém výzkumu zjistili, že 5,8 % žen, které byly hlášeny v metropolitních oblastech, užily alespoň jednu z nelegálních návykových látek během těhotenství a poukázali na fakt důležitosti s touto cílovou skupinou více pracovat. Tím si byli pracovníci obou zařízení vědomi a na začátku práce s těhotnými uživatelkami nejdříve potřebovali vědět, jaké má tato klientka své potřeby. Za potřebné jsou pokládány účinné intervence ke snížení užívání a zneužívání návykových látek v prenatálním období a optimalizovat tak výsledky matky a kojence (Tuten, Svikis, Keyser-Marcus, O'Grady, & Jones, 2012). V první řadě by se dle Vobořila (2003) měl zájem obrátit ke specifickým problémům těchto žen, které byly spojeny s těhotenstvím a mateřstvím. Začaly tedy v zařízeních mezi pracovníky debaty, jak pracovat s touto specifickou cílovou skupinou. Informanti již měli mnoho zkušeností, že se klientky ze služeb ztrácí a neuměli s tím nijak nakládat. Pružně na tyto potřeby reagovali, zejména pak externí terénní program, které měnil v případě těhotenství klientce dohodu či kontrakt.

Aby mohli pracovníci efektivně pracovat s metodou IT/CM, je důležité, aby byli proškoleni a dostatečně se v této problematice vzdělávali. I když se spíše ukázalo, že s hmotnými pobídkami má zkušenosti velice málo pracovníků, ale je s tím spojeno mnohem více pozitivních postojů. Pracovníci byli ovlivněni řadou faktorů. Byli měřeni podle vzdělání a let zaměstnání v oboru léčby závislostí (Ducharme, Knudsen, Abraham a Roman, 2010). Jak jsem již předeštila, střetla jsem se v mém výzkumu při popisu výzkumného souboru s relativně nízkým věkem informantů, z čehož usuzuji, že přinášení nových forem práce do svého zařízení s nízkoprahovými uživateli, může mít za následek právě tento demografický ukazatel. Ducharme, Knudsen, Abraham a Roman (2010) také zjistili, že pracovníci s vyšším vzděláním byli více nakloněni hmotným odměnám, a to i po kontrole opatření expozice. Toto zjištění naznačuje, že vzdělání může zvýšit vnímavost pracovníka pro behaviorální intervence. Jeden z informantů si celkově o incentivní terapii myslí, že o ní odborníci málo ví a málo ji zkouší, zvláště pak v České republice.

Mezi důležitý aspekt spolupráce považuje jeden z informantů, aby mohla incentivní terapie kvalitně a s pozitivními výsledky fungovat, je důležité, aby se s klientkou začalo pracovat co nejdříve po zjištění těhotenství. Ženy užívající drogy dle Olofssona (2008) věnují nedostatečnou péči těhotenství. O tom, že jsou těhotné, se dozví většinou náhodně a pozdě, také o sebe moc nedbají a nedochází řádně na lékařské prohlídky. S tímto tvrzení souhlasí i dva z informantů z kontaktního centra. Ti považují za velkou překážku, když se žena dostane do adiktologické péče pozdě, to znamená déle jak v půlce těhotenství. Poté uvádějí, že je velice malý prostor pro individuální návaznou péči. Co považují za obrovský problém právě u této specifické cílové skupiny je právě to, že ty ženy nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky. V tomto aspektu uvádějí pracovníci kontaktního centra za nejvhodnější zvolit právě metodu incentivní terapie, která s tímto problémem pracuje. I Trávníčková (2002) vidí největší problém právě v chaotickém životním stylu, kdy ženy nespolupracují s doktory a poradnami pro těhotné. Pokud podle informantů dojde k navázání kontaktu a utvoření vztahu mezi pracovníkem a klientkou, mohou spolu intenzivně pracovat, klientku motivovat k další spolupráci a v jejím životním stylu ji co možno nejvíce stabilizovat. Poté považují formu pobídek u této cílové skupiny jako vhodnou metodu.

Ukazuje se, že služby pro ženy by neměly být časově náročné a měly by respektovat ženinu potřebu starat se o děti. Dalším poznatkem je skutečnost, že by služby měly být zacíleny na jejich specifické problémy, plynoucí z jejich společenské a biologické role (Vobořil, 2003). I to informanti z obou zařízení uvádějí za velice důležitý poznatek, který se pojí právě se zacílenou individuální prací s klientkou. Považují to za důležitý bod spolupráce mezi zařízením a klientkou. Setkání si domlouvají buď na týden dopředu, nebo ze setkání na setkání. Rozlišují tak individuální potřebu té ženy. Pokud je něčeho více schopná, nepokládají za důležité lpět na této věci, ale podporují klientkou v oblastech, které jí nejsou dosud osvědčené a pro klientku neznámé.

Obě zařízení má pro klientky pouze základní dva vstupní požadavky do programu. Musí být těhotné a užívat návykové látky. To je podle mého názoru, ať už ze zmíněné nízkoprahovosti služby, vhodná volba. To znamená, že každá klientka má možnost do programu vstoupit a je s ní možnost nadále pracovat, neboť pobídkové schéma většinou nepředstavuje „léčbu samo o sobě“, ale začleňuje se do jiných programů standardních psychosociálních intervencí, jako jsou např. motivační rozhovory nebo skupinové či rodinné formy práce (Kalina, 2013).

V současné společnosti se vychází z předpokladu, že těhotenství a mateřství by mělo být ženinou motivací pro zanechání takového rizikového chování, jako je zneužívání drog a

alkoholu, které může negativně ovlivňovat život dětí (Fulcher, 2009). Z výzkumu je však patrné, že informanti, kteří popisují svůj názor na motivaci klientek v těhotenství z hlediska nízkoprahových služeb, ve kterých se pohybují a které znají nejlépe. Jeden z informantů dokonce vyvrací toto tvrzení a myslí si, že pro ženu uživatelku, se kterou se na otevřené drogové scéně potkává, těhotenství není dobrou motivací ke změně svého životního stylu. Naopak udává, že je to pro ženu mnohem větší zátěž, stres a to má za následek opačné jednání, než se v této situaci předpokládá.

Co se týče snižování motivace u těhotných uživatelek, si informanti nemyslí, že by nějakým způsobem destruovala motivaci ke změně životního stylu. Naopak spíše podporují ten názor, že to má opačný účinek. Spíše uvádějí, že pomocí pobídek posilují motivaci ke změně přestat užívat návykové látky, více se starat o sebe a o své těhotenství. To následně také informant argumentuje tím, že v podmínkách nízkoprahových služeb neexistuje špatná motivace. Naopak Fulcher (2009) uvádí, že může být důležitá zohledňovaná role dětí v motivaci matky k omezení či zanechání zneužívání návykových látek a k jejímu vstupu do léčby. Některé studie ukazují, že těhotenství a mateřství motivuje ženy k zanechání či snížení užívání látek nebo ke vstupu do léčby, je ale jasné, že řada žen pokračuje v užívání návykových látek navzdory těhotenství a rodičovským povinnostem. Je zřejmé, že v této oblasti je třeba mnohých výzkumů, než bude možné s jistotou stanovit, zda těhotenství a děti motivuje ženy ke změně k chování a ke vstupu do léčby.

Preslová (2007) situaci hodnotí následovně: „*Není naším úkolem rozhodovat, jaký motiv je ten správný a jaký ne. Ale pokud se klientka rozhodne dítě si nechat, měla by vědět, že je třeba udělat zásadní změnu v jejím dosavadním životě a že my jí v tom budeme pomáhat.*“ (Preslová, 2007, s 391). Tímto se řídí také pracovníci nízkoprahového zařízení. Na druhou stranu jsou si pracovníci vědomi rizika zneužití programu ze strany klientky, ale také s tím rizikem počítají a spoléhají se na to, že to těhotné uživatelky může také nějakým způsobem nalákat ke vstupu do programu.

Cílem metody je dle Shearera (2007) zapojení jedinců závislých na psychostimulanciích do léčby a jejich podpora v počátečních fázích abstinence. S tímto tvrzením se ztotožňují všichni informanti výzkumu. Pro specifickou skupinu těhotných uživatelek je nejdůležitější právě podpora v začátcích těhotenství, což ne vždy ale může představovat počáteční fázi abstinence.

Důležitým bodem incentivní terapie, což jeden z informantů také potvrdil, se shoduje s názory Kaliny (2013), který pokládá za důležitou takovou odměnu, která by měla být poskytnuta neprodleně po evidenci pozitivního chování. Informanti se tedy snaží pracovat s klientkou takovou formou, která je nejdůležitější v závěru pobídkového schématu. Odměnou za toto chování může být dle Bayera (2010) např. finanční obnos, poukázky na jídlo, zboží či oblečení, volba času terapie apod.

Obě zařízení pokládají za svůj cíl programu určitou stabilizaci životního stylu klientky. Jejich dlouhodobým cílem je právě neustálá práce na individuálním plánu péče o těhotnou uživatelku. Podle autorů Petry, Martin, Cooney a Kranzler (2000) je předpokladem incentivní terapie systematická změna chování drogově závislého pozitivním a podpurným způsobem. To znamená, že ani pracovníci v nízkoprahovém zařízení nepracují s faktem, zda si klientka dítě nechá či nikoliv, ale spíše směřuje primárně ke stabilizaci jejich sociální a zdravotní situace, v ideálním případě ke změně životního stylu, jehož součástí by byl zájem o dítě, abstinence od OPL a nastoupení do léčebného zařízení.

Podle studií publikovaných v období od ledna 1991 do března 2004 byla pobídková terapie v léčbě poruch užívání návykových látek vypočítána na 95% interval spolehlivosti (Lussier, Heil, Mongeon, Badger & Higgins, 2006). V mnoha výše zmíněných studiích ((Volpp a spol., 2009; Higgins, Alessi, & Dantona, 2002) byla incentivní terapie ohodnocena jako účinná. Všichni uvedení informanti se zcela ztotožňují s názory zahraničních autorů a odborníků. Nepokládají ji však za účinnou pro všechny cílové skupiny. Záleží na specifiku případu a kvalitní indikaci. Dávají zřetel primárnímu zamyšlení se nad tím, co pracovníci svým klientům v těchto zařízeních, věnující se určité cílové skupině, umí či mohou nabídnout. Podle Kaliny (2013, s. 316) jsou „*mnohé výzkumné studie, podniknuté na různé klientele a v různých podmínkách i výzkumných designech, zjišťují její účinnost na snížení nelegálního užívání drog, udržení v léčbě, zvýšení dochvilnosti a docházky na konzultační sezení. Uvádí se mimo jiné, že metoda je prokazatelně účinná u různých typů klientů užívající návykové látky (včetně klientů s psychiatrickou komorbiditou)*“. Výstupy z této práce mohou poté navazovat na rozšíření služeb pro klienty, neboť čím budou mít pracovníci větší rejstřík toho, co mohou klientům nabídnout, tím je větší šance, že se každého svého potenciálního klienta něčím osloví.

Kontaktní centrum má jasně definovaný pobídkový program pro těhotné uživatelky v operačním manuálu. Mají také určený výkon pro tuto práci a nashromážděné odměny pro klientky. Pracují na větší informovanosti o této službě v odborné veřejnosti, na OSPODu atd.

Externí terénní program nemá čistě definovaný jednotlivý výkon ani službu jako takovou. Mají ale více zkušeností s prací s touto cílovou skupinou. Jsou jako zařízení připraveni na práci s klientkou stejnou formou jako doposud. Jejich primární cílová skupina jsou externí terénní pracovníci a kontrakt na základě pobídkové terapie nabízejí primárně svým klientkám, popř. partnerkám externích terénních pracovníků.

Na konci sběru dat jsem se potýkala s potížemi získat rozhovor s klientkou, která prošla programem pro těhotné uživatelky na bázi incentivní terapie. Trvalo měsíc, než jsem klientku nekontaktovala a domluvila jsem si termín naší schůzky. Nakonec došlo k rozhovoru zcela náhodou, kdy klientka přišla do kontaktního centra, chtěla otestovat na infekční nemoci. Sice klientka souhlasila s rozhovorem a účastí ve výzkumu, ale nebyl takový prostor pro plnohodnotný rozhovor, který by zjistil všechny odpovědi, na které byly připraveny konkrétní otázky.

Případová práce klientky pomohla dokreslit téma incentivní terapie také z pohledu klientky. Bohužel ale nebyl větší prostor pro širší rozhovor. Umožnila nám ucelenou představu o jednotlivých krocích spolupráce mezi zařízením a klientkou. Dále pomohla znázornit, jak bylo důležité s klientkou pracovat jinou formou, než doposud se pracovalo. Jak je z kasuistiky zřejmé, pobídková terapie představovala pro klientku významný mezník během jejího těhotenství. V jistém smyslu došlo u klientky ke stabilizaci životního stylu. Tato kasuistika tedy pomohla ověřit postupy incentivní terapie jako jednu z možností, jak při práci s nemotivovanými klienty pracovat. Jelikož se jednalo o první klientku, se kterou bylo na této bázi pomocí pobídek pracováno, je nutné v budoucnu i pomocí této kasuistiky podniknuté intervence posuzovat v další práci s budoucími klientkami, těhotnými uživatelkami návykových látek a pracovat tak na zlepšování této služby v kontaktním centru.

12 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá popisem současné podoby incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek.

Závěrem se jeví jako vhodné zhodnotit samotný postup a zejména výběr souboru s ohledem na otázku, nakolik mohl způsob výběru pracovníků k rozhovoru ovlivnit dosažené výsledky. Navzdory tomu, že se jedná o poměrně malý soubor, dosažené výsledky výzkumu poukazují na značnou zajímavost tématu a na množství dalších podnětů pro další výzkum a studium dané problematiky. Do budoucna by bylo zajímavé, jako **další výzkumný záměr**, oslovit větší soubor respondentů, pokud se ovšem cílová skupina, čili výzkumný vzorek informantů rozšíří. To znamená, zda bude více pokusů mezi pracovníky v adiktologických službách, pracovat s incentivní terapií a těhotnými uživatelkami. Poté by bylo zajímavé zjišťovat, jakou formu incentivní terapie zvolili pracovníci v jiném typu adiktologické služby, např. v substituční (metadonové) či rezidenční léčbě. Poté by byl popis metody incentivní terapie zajímavý z hlediska výšky vstupu prahu do služby a byly by možné pozorovat různé možnosti spolupráce s klientkami.

Při porovnání zjištěných dat s výzkumnými studiemi a odbornými zdroji nepřináší studie překvapivé zjištění. Pouze poukazuje na možné pozitivní výsledky incentivní terapie při použití u různých cílových skupin a zvláště pak u cílové skupiny těhotných uživatelék návykových látek. Dává možnost nahlédnout do dvou zařízení, ve kterých se pracovníci potýkali s nárůstem těhotných uživatelék a pomocí incentivní terapie na tuto skutečnost reagovali.

Obě zařízení mají jasně definované vstupní požadavky a formu práce s těhotnými klientkami. Pouze se liší v odměňování klientek za pozitivní chování, externí terénní program ohodnocuje finančně, kontaktní centrum materiálně. Za každé pozitivní chování, práci v rámci zařízení a účast na sezení je určitým způsobem ohodnocena. S klientkami pracují na základě individuálních potřeb, které jsou pružné a v průběhu se mění. I cíl programu velice záleží na individuální stránce klientky. Zkušenost s programem je v každém zařízení podobná. Od programu informantí očekávali možná větší úspěch, na druhou stranu hodnotí jakoukoliv intervenci za intervenci úspěšnou.

Průkopníkem celého programu byl vždy jeden pracovník. Důvody, proč přemýšlet o incentivní terapii u těhotných uživatelék byl vždy stejný. Jednalo se o vysoké počty kontaktů

s klientkami, které otěhotněly. Pracovníci v této specifické skupině uživatelů viděli právě něco jiného, specifického. Hodnotili tuto situaci zcela jinak, již se nejednalo pouze o jednoho člověka, ale o dva, a docházelo k vytváření dalšího života. To pro ně představovalo morální zastavení se nad tímto tématem. Zhodnotili incentivní terapii jako vhodně indikovanou právě pro těhotné uživatelky návykových látek.

Co se týče názorů informantů na incentivní terapii, byl na začátku práce s touto cílovou skupinou trochu nestabilní. V průběhu času a se zvyšováním účinnosti této formy práce, se pracovníci v nízkoprahovém zařízení utvrzovali, že je to vhodná a účinná metoda. Pokládají pobídky za metodu, jak nejlépe klientky motivovat k nějaké práci na sobě samé. Nedostatky programu jsou v návazné péči a v nedostatku volných peněz. Tvrzení, že dochází ke snižování motivace a k její destrukci díky poskytnutým pobídkám, informanti zcela vyvrátili.

V neposlední řadě došlo pomocí případové práce klientky k dokreslení tématu diplomové práce.

Na základě toho, co jsem mohla nastudovat o incentivní terapii a její uplatňování u různých cílových skupin, zvláště pak u těhotných uživatelek návykových látek, navrhuji určitá doporučení práce s touto specifickou cílovou skupinou:

- 1. Rozšíření incentivní terapie v rámci adiktologických služeb.**
- 2. Rozvoj spolupráce se zdravotnickými institucemi a úřady.**
- 3. Rozvoj spolupráce mezi adiktologickými službami.**
- 4. Zlepšení informovanosti mezi pracovníky v adiktologii, co se týče incentivní terapie.**
- 5. Zlepšení informovanosti o cílové skupině těhotných uživatelek návykových látek.**

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

Balcar, K. (1983). Úvod do studia psychologie osobnosti. Praha: SPN.

Bayer, M. (2010). Intervence aplikované v kontextu léčby závislosti na stimulantech. Retrieved February, 25, 2013, from Drugs Info website: http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/127314/541119/file/20101207_Pril%202

Binder, T. (2004). Drogy, alkohol a kouření v těhotenství. In Hájek, Z. (Eds.), *Rizikové a patologické těhotenství* (s. 223 – 229). Praha: Grada Publishing.

Bromberg, S., R., Backam, T., L., Krown, J., & Frankel, A., K. (2010). The haven mother's house modified therapeutic community: Meeting the gap in infant mental health services for pregnant and parenting mothers with drug addiction. *Infant Mental Health Journal*, 31 (3), 255- 276. DOI: 10.1002/imhj.20255.

Budney, A. J., Higgins, S. T., Radonovich, K. J., & Novy, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1051.

Cameron, J. & Richter, A. (2007). Contingency management: perspectives of Australian service providers. *Drug alcohol Rev.*, 26(2), 183-189.

Corbinová, J. & Strauss A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie* (s. 12 – 39). Brno: Sdružení Podané Ruce, Boskovice: Albert.

Corneau, G. (2007). *Anatomie lásky: Vztah otec – dcera, matka – syn a jejich vliv na budoucí partnerské vztahy*. Praha: Portál.

Doležalová, P. (2014). *Uživatelky ohrožené stigmatizací. Zaostřeno na drogy*, 12(1), 2-4.

Drummond, M. B., Astemborski, J., Lambert, A. A., Goldberg, S., Stitzer, M. L., Merlo, C. A., ... & Kirk, G. D. (2014). A randomized study of contingency management and spirometric lung age for motivating smoking cessation among injection drug users. *BMC public health*, 14(1), 761.

- Ducharme, L. J., Knudsen, H. K., Abraham, A. J., & Roman, P. M. (2010). Counselor attitudes toward the use of motivational incentives in addiction treatment. *The American Journal on Addictions, 19*(6), 496-503.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Bassem, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry, 165*(2), 179-87. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/165/2/179>
- Farrell, E. (2001). Women, Children and Drug Use. *with Pike, 153*.
- Frouzová, M. (1996). Ženy a drogy. *Alkoholismus a drogové závislosti, 31*(5), 269-275.
- Fulcher, G. M. (2009). Motherhood and motivation for substance abuse treatment and behavior change: Berkeley. University of Kalifornia Press.
- Gossop, M. (2009). Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., & Wiessing, L. (2009). Drug use and pregnancy—challenges for public health. *Euro Surveill, 14*(9), 33-6.
- Hájek, Z. (2004). Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada Publishing.
- Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In I. Preslová & V. Maxová (Eds.), *Ženy & drogy. Sborník odborné konference* (s. 23-30). Praha: SANANIM.
- Higgins, S. T., Alessi, S. M., & Dantona, R. L. (2002). Voucher-based incentives: A substance abuse treatment innovation. *Addictive behaviors, 27*(6), 887-910.
- Jones, H. E., Haug, N. A., Stitzer, M. L., & Svikis, D. S. (2000). Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives. *Addictive Behaviors, 25*(2), 263-267.
- Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M., & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence, 61*(3), 297-306.
- Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

- Kalina, K. (2008a). Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie* (s. 265-273). Praha: Grada publishing.
- Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2011). Behaviorální přístupy v léčbě závislosti. Rukopis publikace „Psychoterapie a poradenství v adiktologii“ pro nakladatelství Portál.
- Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (Ed). (2003). *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. & Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislosti. In K. Kalina (2008). *Základy klinické adiktologie* (s. 159-180). Praha: Grada.
- Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A., & Belden, M. (2010). Addiction in pregnancy. *Journal Of Addictive Diseases*, 29(2), 175-191. doi: 10.1080/10550881003684723
- Králíková, E., Bajarová, J., Raslová, N., Rames, J. & Himmerová, V. (2005). Smoking and pregnancy: prevalence, knowledge, anthropometry, risk communication. *Prague Med Rep.*, 106(2), 195-200.
- Kukla, L., Hrubá, D. & Tyrlik, M. (1999). Alkohol a drogy v těhotenství. Rozdíly mezi kuřačkami a nekuřačkami. *Alkoholismus a drogové závislosti* (Bratislava), 34(4), 193-202.
- Kuncová, J. (2014). Výroční zpráva 2013. Retrieved February 15, 2015, from Dropin website: <http://www.dropin.cz/index.php/vyrocní-zpravy>
- Lamy, S. & Thibaut, F. (2010). État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. *Encephale*, 36(1), 33-8.
- Lee, N. K. & Rawson, R., A. (2008). A systematic review cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27, 309-317.

Liberman, R.P. (2000). The token economy. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1398. Retrieved February 10, 2015, from Wikipedia website: http://en.wikipedia.org/wiki/Token_economy - cite_ref-5

Litovová, M. & Čermáková, M. (2009). Zkušenost s pobytem závislých matek v Dětském centru. In I. Prestová & V. Maxová (Eds.) *Ženy & drogy. Sborník odborné konference* (s. 75-82). Praha: SANANIM.

Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Society for the Study of Addiction, Addiction*, 101, 192–203.

Lynagh, M., Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Symonds, I., Scott, A., Hall, A., & Oldmeadow, C. (2012). An RCT protocol of varying financial incentive amounts for smoking cessation among pregnant women. *BMC Public Health*, 12(1), 1032-1039. doi:10.1186/1471-2458-12-1032

Maierová, E. (2010). Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, 10(4), 236-245.

Matějček, Z. (2007). *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál.

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

Mounteney, J., Groshkova, T., Thanki, D., Cunningham, A. & Rychert, M. (2014). Mapování trendů v užívání, výrobě a distribuci metamfetaminu v Evropě. *Zaostřeno na drogy*, 12(3), 7.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grohmannová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L. & Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grohmannová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sobko, B., Fidesová, H., Vopravil, J. & Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál

- Nešpor, K. & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Nešpor, K. & Csémy, L. (1996). Problémy působené alkoholem a jinými návykovými látkami u žen. In K. Nešpor & L. Csémy. *Léčba a prevence závislosti* (s.153–154). Praha: Psychiatrické centrum.
- Nevšímal, P. (Ed). (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Krajský úřad středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna.
- Northrupová, Ch. (2008). *Od prvního početí po stáří*. 2. vydání, Praha: Columbus.
- Olofsson, M. (2008). Péče o těhotné ženy užívající omamné látky a o rodiny s drogovými problémy. In M. Velemínský, M. Žižková. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství* (s. 13 – 149). Praha: Triton.
- Pětrošová Motyčková, V. (2009). Sociálněprávní aspekty práce s uživatelkami drog. In Preslová, I. & Maxová, V. (Eds). (2009). *Ženy & Drogy: Sborník odborné konference* (s. 89-94). Praha: SANANIM.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L., & Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 250.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Society for the Study of Addiction, *Addiction*, 101, 1546–1560.
- Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.). (2009). *Ženy & Drogy: Sborník odborné konference* (s. 11-55). Praha: Sananim.
- Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 244 – 248). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Preslová, I. (2007). Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. *Adiktologie*, 7(3), 386-391.
- Preslová, I. (2011). *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů*. Praha: Sananim.

Radley, A., Ballard, P., Eadie, D., MacAskill, S., Donnelly, L., & Tappin, D. (2013). Give It Up For Baby: outcomes and factors influencing uptake of a pilot smoking cessation incentive scheme for pregnant women. *BMC Public Health*, 13(1), 1-13. doi:10.1186/1471-2458-13-343

Richterová Těminová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina et al. (Eds.). *Základy klinické adiktologie* (s. 369-384). Praha: Grada Publishing.

Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96(1), 103-114.

Robles, E., Silverman, K., Stitzer, M. (1999). Contingency management therapies. In, E. Strain and M. Stitzer (eds.) *Methadone Treatment for Opioid Dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Roll, J. M., Huber, A., Sodano, R., Chudzynski, J., Moynier, E., & Shoptaw, S. (2006). A comparison of five reinforcement schedules for use in contingency management-based treatment of methamphetamine abuse. *Psychological Record*, 56, 67–81.

Sananim (2014). Výroční zpráva za rok 2013 [online]. Praha: Sananim. Dostupné z: <http://sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>

Sananim a kol. (ned.) *Doléčovací centrum pro matky s dětmi (DC MAT) SANANIM o.s.* Praha: SANANIM.

Sedláčková, S. & Žižková B. (2007). Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. Retrieved February 15, 2015, from <http://www.google.cz/url?source=transpromo&rs=rssf&q=//translate.google.com/community?source=all> Preventing Accidents, Poisoning and Violence website: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/1~2007/94-jeden-ze-systemu-pece-o-tehotne-uzivatelky-drog-drogove-zavisle-zeny-a-jejich-deti-v-ceske-republice>

Sedláčková, S. (2009). Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky. In I. Preslová, & V. Maxová (Eds.) *Ženy & drogy. Sborník odborné konference* (s. 39-41). Praha: SANANIM.

Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 41-52.

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., ... & Haasen, Ch. (2010). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Sigmon, S. C. & Higgins, S. T. (2006). Voucher-based contingent reinforcement of marijuana abstinence among individuals with serious mental illness. *J Subst Abuse Treat*, 30(4), 291-5.

Slunečnicová zahrada (nedat). Získáno 1. srpna, 2004 na <http://www.slunecnicovazahrada.cz/>

Šefránek, M. (2013). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: výsledky po jednom roce od ukončené léčby. *Adiktologie*, 13(2), 106-128.

Šídová, M., Šťastná, L. (2014). Kouření tabáku a motivace ke změně v souvislosti s těhotenstvím. *Psychologie a její kontexty* 5(2), 2014, 47-62.

Šulcová, I. (2013). Dítě jako motivace k abstinenci u drogově závislých matek. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

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

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

Tuten, M., Svikis, D. S., Keyser-Marcus, L., O'Grady, K. E., & Jones, H. E. (2012). Lessons learned from a randomized trial of fixed and escalating contingency management schedules in opioid-dependent pregnant women. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(4), 286-292.

Tyler, A. (2000). *Drogy v ulicích. Mýty- fakta- rady*. Praha: Nakladatelství Ivo Železný.

VA Pittsburgh Healthcare System. (2012). (online) Dostupné z: www.pittsburgh.va.gov/Vocational/Incentive.asp.

Vavřínková, B. (2003). Prenatální péče o drogově závislé a jiné sociálně problémové skupiny. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 12(2), 345-350.

Vavřínková, B. & Binder, T. (2001). Péče o drogově závislou ženu v těhotenství. *Medicína v praxi*, 3, 60.

Vklop, K.G., Trosek, A.B., Pauly, M.V., Glick, H.A., Puky, A., Asch, D.A., Galvin, R., Zhu, J., Wan, F., DeGuzman, J., Corbett, E., Werner, J., Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med.*, 360(7), 699-709.

Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In K., Kalina & J., Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 238 – 243). Praha: Úřad vlády ČR.

Volkow, N. D. (2011). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. DIANE Publishing.

Zlomke, L. (2003). Token Economies. *The Behavior Analyst Today*, 4 (2), 177-184.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam okruhů otázek do semistrukturovaného interview

Otázky k rozhovoru s informanty

1. Souhlasíte s účastí ve výzkumu?
2. Jak dlouho pracujete v oboru? Kolik je Vám let?
3. Co vás přivedlo k nápadu, začít se věnovat specifické skupině žen těhotných uživatelék drog?
4. Proč jste zvolili metodu IT právě u této skupiny lidí?
5. Jak probíhá váš program IT pro těhotné uživatelky NL?
6. Myslíte si, že je účinná IT jako taková?
7. V čem právě vidíte použití IT jako vhodnou metodu u těhotných uživatelék NL?
8. Jaké máte zkušenosti (kladné, či záporné) s IT u těhotných uživatelék NL?
9. Setkali jste se, že při použití IT dochází k destrukci motivace u klientek?
10. Kde jste získali prostředky na financování programu?

Otázky k rozhovoru s klientkou

1. Co ti přinesl program pro těhotné na káčku?
2. Měla jsi strach do programu vstoupit?
3. Měla jsi problém dodržovat nějaká pravidla?
4. Jak hodnotíš práci pracovníků na káčku?
5. Myslíš si, že by se tvoje situace v těhotenství vyvíjela jinak, pokud by jsi nebyla v programu pro těhotné na káčku?
6. Jaké vzpomínky máš na jednotlivé práce, úkoly?
7. Co ti v programu chybělo? (i ve spolupráci s pracovníky)
- Co by si na programu ocenila?
8. Měl jsi problém dodržovat určitá pravidla a úkoly?
- Jaké byly hlavní důvody nesplnění úkoly či nedoražení na schůzku?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Název projektu: Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek ve vybraných zařízeních

Hlavní řešitel a tazatel: Bc. Tereza Meruňková

Kontakt:

Informace o studii:

Výzkum se týká současné podoby incentivní terapie v ČR. První pokusy spojit incentivní terapii (IT) a specifickou skupinu těhotných uživatelék návykových látek přichází z nízkoprahových zařízení, jako XTP Sananim a Centrum U Větrníku v Jihlavě. Cílem výzkumu je popis programu na bázi incentivní terapie pro těhotné uživatelky návykových látek a zmapování současné podoby incentivní terapie v oboru adiktologie v zařízeních, které se věnují programu pro těhotné uživatelky návykových látek na bázi incentivní terapie. Výzkum bude probíhat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Účast na výzkumu znamená časovou zátěž cca. 30 min, kde účastníci výzkumu nehrozí žádná fyzická či psychická zátěž.

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu - Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelék návykových látek ve vybraných zařízeních, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byla jsem informována o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s:

- účastí ve výzkumu
- nahrávkou interview
- poskytnutím těchto písemných dokumentů

Obdržela jsem ústní informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli, budou v budoucnu uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž 1 obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlavním řešitelem.

V _____ dne _____

_____ podpis účastníka výzkumu