

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra Sociální práce

Ivana Fabianová

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti: jejich vztahové potřeby
a mateřské kompetence

Mothers in drug addiction treatment and after treatment period: their
relationship needs and parental competences

Bakalářská práce

2012

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. O. Matoušek

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Doc. PhDr. Oldřichovi Matouškovi za cenné rady, připomínky a inspiraci při psaní mé bakalářské práce, paní Mgr. Kamile Havlové za nápady a hlavně teoretické podklady mé práce. Dále celému terapeutickému týmu Doléčovacího centra a Terapeutické komunity Karlov za to, že mi umožnili provést rozhovory s jejich klientkami a v neposlední řadě všem matkám, které se účastnily mého výzkumu, bez nichž by moje práce neměla empirické podklady.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti: jejich vztahové potřeby a rodičovské kompetence jsem vypracovala samostatně, s použitím uvedených zdrojů. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 20.07.2012

Ivana Fabianová

Bibliografický záznam

FABIANOVÁ, Ivana. Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti: jejich vztahové potřeby a rodičovské kompetence. Praha, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Doc. PhDr. Oldřich Matoušek.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá ženami, matkami, které se léčí a doléčují z drogové závislosti. Charakterizuje občanské sdružení SANANIM, které se specializuje na léčbu závislosti, všechna jeho jednotlivá oddělení a historii. Popisuje ženy- uživatelky, jako specifickou skupinu drogově závislých, jejich charakteristiky, partnerské vztahy a s tím spojené zneužívání a prostituci, následné těhotenství a rozhodnutí abstinovat a léčit se. Dále se práce zabývá dětmi matek v léčbě a jejich vlivem na léčbu. Empirická část práce zahrnuje zjišťování vztahových potřeb a rodičovských kompetencí klientek Terapeutické komunity Karlov a Doléčovacího centra SANANIM.

Klíčová slova

o.s.SANANIM, ženy- uživatelky psychoaktivních látek, matky v léčbě, matky v doléčování, vztahové a sociální potřeby

Annotation

In my thesis I am writing about women, mothers, who are recovering from drug addiction. I am describing non-profit social organization SANANIM, which is specialized in treatment of all kinds of addictions. The thesis describes also about its parts and history. I am characterizing women - the specific group of a drug addicted people, their features, partner relationships and the connection with abuse and prostitution, subsequent pregnancy and decision to abstain and cure themselves. Then describes the influence of children in process of medical treatment. The empiric part consist of research, based on relationship needs and parental competences of clients from Therapeutic community Karlov and Rehab centre SANANIM.

Keywords

SANANIM, women- users of psychoactive substances, mothers in treatment, mothers in after treatment period, relationship needs, parental competences

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Občanské sdružení SANANIM.....	11
2.1	Charakteristika	11
2.2	Klíčové cíle o.s. SANANIM.....	11
2.3	Finanční zabezpečení SANANIMu	12
2.4	Registrace sociálních služeb	12
2.5	Zařízení spadající pod o.s. SANANIM- stručná charakteristika	12
2.5.1	Terénní programy	12
2.5.2	Romský terénní program	13
2.5.3	Kontaktní centrum	13
2.5.4	CADAS.....	13
2.5.5	Denní stacionář	13
2.5.6	Terapeutická komunita Karlov	14
2.5.7	Terapeutická komunita Němčice	14
2.5.8	Doléčovací centrum.....	14
2.5.9	Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem.....	15
2.5.10	Pracovní a sociální agentura	15
2.5.11	Poradna pro rodiče.....	15
2.5.12	Drogové informační centrum.....	16
2.6	Historie o.s. SANANIM	16
3	Matky nezletilých dětí jako klientky o.s. SANANIM.....	18
3.1	Specifika závislosti u žen.....	18
3.2	Kontakt s těhotnou ženou, matkou	18
3.2.1	První kontakt- terénní práce a kontaktní centrum	18
3.2.2	Detoxifikační program.....	19
3.2.3	Motivace matek k abstinenci a léčbě.....	19
3.2.4	Selhání klientky v léčbě- relapsy.....	20
3.2.5	Důvody selhání matky	21
3.2.6	Zneužívání a prostituce.....	21
3.2.7	Partnerské vztahy závislých žen	22
3.3	Matky v terapeutické komunitě Karlov	22
3.4	Matky v denním stacionáři	23
3.5	Možnosti dalšího fungování.....	23

3.6	Práce s matkami v Doléčovacím centru.....	24
3.7	Sociálně-právní aspekty práce s uživatelkami drog-matkami	25
4	Vztahové a sociální potřeby matek a jejich dětí v léčbě a doléčování z drogové závislosti ...	28
4.1	Specifika otcovské role	28
4.2	Prarodiče	29
4.3	Sociální podpora	29
4.4	Sociální okolí matky v léčbě.....	30
4.5	Kojení.....	30
4.6	Služby nabízené matkám v léčbě a doléčování z drogové závislosti.....	31
5	Metodologie	32
5.1	Metoda zkoumání	32
5.2	Strategie výzkumu	32
5.3	Jednotka zkoumání, jednotka zjišťování a jejich výběr.....	32
5.4	Etika výzkumu	33
5.5	Výzkumné hypotézy	34
5.5.1	Hypotéza 1.....	34
5.5.2	Hypotéza 2.....	34
5.5.3	Hypotéza 3.....	34
5.5.4	Hypotéza 4.....	34
5.5.5	Hypotéza 5.....	34
5.5.6	Hypotéza 6.....	34
5.5.7	Hypotéza 7.....	35
5.5.8	Hypotéza 8.....	35
5.5.9	Hypotéza 9.....	35
5.5.10	Hypotéza 10.....	35
5.5.11	Hypotéza 11.....	35
6	Zpracování rozhovorů do tabulek	36
7	Kazuistiky jednotlivých klientek Terapeutické komunity a Doléčovacího centra.....	44
7.1	Klientka Táňa.....	44
7.1.1	Okolnosti léčby.....	44
7.1.2	Sociální okolí.....	44
7.1.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	45
7.1.4	Popis grafu.....	45
7.2	Klientka Dita.....	46

7.2.1	Okolnosti léčby.....	46
7.2.2	Sociální okolí.....	46
7.2.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	46
7.2.4	Popis grafu.....	47
7.3	Klientka Pavla.....	47
7.3.1	Okolnosti léčby.....	47
7.3.2	Sociální okolí.....	47
7.3.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	48
7.3.4	Popis grafu.....	48
7.4	Klientka Soňa.....	48
7.4.1	Okolnosti léčby.....	48
7.4.2	Sociální okolí.....	49
7.4.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	49
7.4.4	Popis grafu.....	50
7.5	Klientka Veronika.....	50
7.5.1	Okolnosti léčby.....	50
7.5.2	Sociální okolí.....	50
7.5.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	51
7.5.4	Popis grafu.....	51
7.6	Klientka Pavla.....	51
7.6.1	Okolnosti léčby.....	51
7.6.2	Sociální okolí.....	52
7.6.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	52
7.6.4	Popis grafu.....	52
7.7	Klientka Simona	53
7.7.1	Okolnosti léčby.....	53
7.7.2	Sociální okolí.....	53
7.7.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	54
7.7.4	Popis grafu.....	54
7.8	Klientka Jana.....	54
7.8.1	Okolnosti léčby.....	54
7.8.2	Sociální okolí.....	55
7.8.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	55
7.8.4	Popis grafu.....	55

7.9	Klientka Simona	55
7.9.1	Okolnosti léčby.....	55
7.9.2	Sociální okolí.....	56
7.9.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	56
7.9.4	Popis grafu.....	56
7.10	Klientka Dana	57
7.10.1	Okolnosti léčby.....	57
7.10.2	Sociální okolí.....	57
7.10.3	Hodnocení jednotlivých činností s dítětem	57
7.10.4	Popis grafu.....	58
8	Vyhodnocení výsledků výzkumu	59
8.1	Hypotéza 1.	59
8.2	Hypotéza 2	59
8.3	Hypotéza 3.	59
8.4	Hypotéza 4.	60
8.5	Hypotéza 5.	60
8.6	Hypotéza 6.	61
8.7	Hypotéza 7.	61
8.8	Hypotéza 8.	62
8.9	Hypotéza 9.	62
8.10	Hypotéza 10.	62
8.11	Hypotéza 11.	63
9	Závěr.....	64
	Bibliografie.....	66

Seznam použitých skratek

COKUZ- Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem

DC- Doléčovací centrum

DIC- Drogové informační centrum

DST- Denní stacionář

KC- Kontaktní centrum

PPR- Poradna pro rodiče

PSA- Pracovní a sociální agentura

TK- Terapeutická komunita

TKK- Terapeutická komunita Karlov

TKN- Terapeutická komunita Němčice

TP- Terénní programy

1 Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá ženami, matkami, které se léčí a doléčují ze závislosti na psychoaktivních látkách. Jejím cílem je zmapovat okolnosti léčby a vztahové a sociální potřeby klientek občanského sdružení SANANIM.

Hlavním důvodem zpracování tématu léčby a doléčování z drogové závislosti je moje dlouhodobější působení v Doléčovacím centru v Praze a následné praxe v několika odděleních o.s. SANANIM. V původním plánu mé bakalářské práce bylo zabývat se čistě vztahovými potřebami. V Doléčovacím centru mi ale s odvoláním na svůj etický kodex nepovolili zabývat se tématy, které bych s matkami pro svoji empirickou část potřebovala přebrat. Jednalo se zejména o jejich vlastní dětství, jejich partnerství, zneužívání a drogové závislosti v rodině a okolí. Tyto témata někdy podle slov vedoucího Doléčovacího centra klientky sami neotevrou ani v průběhu doléčování, nebo je dokonce vytěsňují a tak mi dotazování na ně nebylo povoleno. Obsah výzkumné části jsem teda změnila a spolu s terapeutkou Doléčovacího centra jsme zadefinovaly zaměření výzkumu na vztahové a sociální potřeby a mateřské kompetence žen v doléčování a léčbě z drogové závislosti.

Moje výzkumná studie o deseti respondentkách je těžištěm práce a předchází jí obecná část zabývající se občanským sdružením SANANIM, jeho strukturou, členěním na jednotlivá pracoviště, finančním zabezpečením a historií. Teorie dále pokračuje popisem specifík při léčbě závislých žen, matek, celý proces drogové kariéry klientky SANANIMu od zjištění, že je těhotná, přes rozhodnutí abstinovat a léčit se až po doléčování. Dále v mé práci rozebírám sociální aspekty tohoto procesu, včetně všech procesů spojených se zaopatřením dítěte a péčí o něj. Poslední kapitolou obecné části je kapitola vztahových a sociálních potřeb a mateřských kompetencí, kde popisují specifika otcovské role a role prarodičů při výchově dětí, sociální okolí matky v léčbě, význam kojení pro utváření vztahu matka- dítě a terapeutické služby nabízené speciálně pro matky v léčbě.

Následně uvádím empirickou část, kde po kapitole metodologii výzkumu zpracovávám kazuistiky jednotlivých klientek, pro přehlednost údajů je posléze převádím do tabulky a v poslední části přijímám, nebo zamítám stanovené hypotézy.

2 Občanské sdružení SANANIM

Charakteristiku občanského sdružení SANANIM včetně podkapitol finančního zabezpečení, registrace sociálních služeb a popisu jednotlivých zařízení zpracovávám podle Výroční zprávy 2009 (2010).

2.1 Charakteristika

Občanské sdružení SANANIM je v Česku jedním z nejstarších a dnes i největších nestátních poskytovatelů služeb v oblasti prevence, péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách .

V současné době provozuje jedenáct hlavních zařízení- Terénní programy, Kontaktní centrum, Specializované ambulantní služby CADAS, Denní stacionář, terapeutické komunity Karlov a Němčice, Doléčovací centrum s chráněným bydlením, Drogové informační centrum, Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, Pracovní a sociální agenturu, Poradnu pro rodiče a realizuje řadu rozšiřujících a doplňujících programů a projektů.

Mezi nejvýznamnější patří telematické poradenské a informační služby (Drogová poradna, Promile INFO, Alkotest, aj.) Romský terénní program a Program pro matky s dětmi. Další projekty se zaměřují především na vzdělávání, primární prevenci, publikační činnost a zahraniční spolupráci.

2.2 Klíčové cíle o.s. SANANIM

- Poskytování efektivní, profesionální pomoci osobám ohroženým drogovou závislostí v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace
- Rozvoj systému v oblasti poskytování specifických služeb
- Spolupráce na místní i centrální úrovni při plánování a realizace protidrogové politiky, včetně zahraniční spolupráce a změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí
- Vzdělávání laiků, profesionálů a paraprofesionálů v oblasti drogových závislostí

2.3 Finanční zabezpečení SANANIMu

Realizace všech programů a provoz zařízení jsou z přibližně 55% finančně podporovány státními dotacemi a z 35% dotacemi krajů či obcí. Ostatní prostředky, teda asi 10% sdružení získává od soukromých subjektů, vlastní činností a v neposlední řadě také od českých a zahraničních nadací, fondů a programů.

2.4 Registrace sociálních služeb

Smyslem zákona č. 108/2006 Sb. je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečné podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a pod. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je rovněž upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

Na základě povinností vyplývajících ze zákona o sociálních službách jsou všechna zařízení poskytující zákonem vyjmenované služby registrována a mají oprávnění k poskytování sociálních služeb.

2.5 Zařízení spadající pod o.s. SANANIM- stručná charakteristika

2.5.1 Terénní programy

Terénní programy (TP) jsou nízkoprahové zařízení, které se zaměřuje především na práci s uživateli drog na otevřené drogové scéně na frekventovaných místech v centru Prahy. Hlavním úkolem TP je snižovat zdravotní a sociální poškození klientů v důsledku užívání drog a motivovat je ke změně životního stylu. Klienty TP jsou především intravenózní uživatelé drog z majoritní společnosti i menšin, pohybující se na otevřené drogové scéně. Práce na otevřené drogové scéně je mimořádně náročná- velkou zátěž představují klienti, exponovanost míst i možnost vzniku nebezpečných situací.

2.5.2 Romský terénní program

Romský terénní program se soustřeďuje na práci s romskou klientelou, které poskytuje služby zaměřené na snižování zdravotního a sociálního poškození uživatelů návykových látek. Dále poskytuje romským rodinám poradenství v jejich přirozeném prostředí a asistenční služby. Cílem práce s rodinami v jejich přirozeném prostředí je navázat vztah s klientem a získat podporu rodinných příslušníků, aby následné intervence byly co nejefektivnější.

2.5.3 Kontaktní centrum

Kontaktní centrum (KC) je nízkoprahové zdravotnické zařízení, které uživatelům návykových látek (experimentátorům, problémovým uživatelům či osobám se střední až těžkou závislostí) a jejich blízkým (rodičům, příbuzným, přátelům, partnerům a známým) poskytuje především zdravotní, sociální a právní pomoc a uživatele motivuje ke změně životního stylu a k léčbě.

2.5.4 CADAS

Specializované ambulantní služby CADAS jsou nestátní zdravotnické zařízení, které uživatelům návykových látek poskytuje ambulantní psychiatrickou léčbu a ambulantní substituci a detoxifikaci. Jako jediné ze zařízení o.s. SANANIM má uzavřenou smlouvu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Klienti tohto programu mají v diagnóze kromě užívání psychotropních látek ještě jiné duševní onemocnění (nejčastěji depresivní poruchu). Vážným problémem je také časté nadužívání benzodiazepinů. Těhotné uživatelky opioidů a uživatelky a uživatelé drog s malými dětmi jsou do programů přijímány přednostně.

2.5.5 Denní stacionář

Denní stacionář- ambulantní psychoterapeutické centrum (DST) je nestátní zdravotnické zařízení určené klientům starším 16 let s diagnózou zneužívání především nealkoholových drog, nebo závislosti na nich. Poskytuje ambulantní služby, intenzivní stacionární program v délce tří měsíců a specifický program pro matky s dětmi. Profil klientů v intenzivní léčbě v denním stacionáři bývá různý. Jsou přijímány klienti na počátku drogové kariéry, dále klienti, kteří předčasně odcházejí z ústavné či pobytové léčby, ale také ty, kteří z nějakých důvodů nechtějí, nebo nemohou být hospitalizováni. Specifickou skupinou jsou klienti s duálními diagnózami, kteří vedle závislosti na návykových látkách mají další, často psychiatrickou diagnózu.

Zkušenosti potvrzují, že i oni za předpokladu, že jim je poskytnuta individuální psychiatrická péče, tuto léčbu úspěšně zvládnou.

2.5.6 Terapeutická komunita Karlov

Terapeutická komunita Karlov (TKK) je určena pro mladistvé a mladé dospělé a pro matky s dětmi. Činnost zahájila v roce 1998, první matky s dětmi byli přijaty o tři roky později. V současné době nabízí 12 míst pro mladistvé, 9 míst pro matky + 10 míst pro děti. Mladiství v důsledku drogové závislosti zaostávají v psychosociálním vývoji a mají i problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost). Většina mladistvých klientů má pouze základní vzdělání. Část jich přichází přímo z výchovných ústavů a poměrně dlouho trvá, než přijmou otevřenost komunitního přístupu. Matky k léčbě přivedlo především rozhodnutí zůstat s dítětem, kterému by jinak hrozilo odebrání z péče matky. Drogová závislost a s ní související značné sociální poškození způsobují, že terapeutický proces je u matek dlouhodobou záležitostí a nároky, které na ně léčba klade, jsou velké. Primární zneužívanou drogou je intravenózně aplikovaný pervitin. Pouze minimum klientek má ukončené středoškolské vzdělání, většina má jen základní. Děti v TKK prošli základními somatickými, případně psychologickými vyšetřeními. Matky se postupně učí získat si vztah k dítěti, vychovávat je apod. Děti udělají během pobytu v TKK velké pokroky.

2.5.7 Terapeutická komunita Němčice

Terapeutická komunita Němčice (TKN) se zaměřuje na dlouhodobou léčbu starších klientů s dlouhou drogovou kariérou. Vznikla s roce 1991 jako vůbec první zařízení tohoto druhu u nás.

2.5.8 Doléčovací centrum

Doléčovací centrum s chráněnými byty a chráněnou dílnou (DC) je nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje následnou péči především klientům po léčbě drogové závislosti s cílem podpořit je v návratu do běžného života a usnadnit jim ho. Má tři programy, a to ambulantní, chráněné bydlení a chráněné dílny.

Doléčovací centrum pro matky s dětmi je od roku 2003 samostatným zařízením, které navazuje na motivační a léčebnou péči zajišťovanou DST a TKK. Matkám s dětmi poskytuje tři základní

typy služeb: ambulantní doléčovací program, program chráněného bydlení a program chráněných pracovních míst.

2.5.9 Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem

Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem (COKUZ) poskytuje podporu, poradenství, asistenci a léčbu uživatelům drog ve všech fázích trestního řízení, pro které je běžná síť služeb těžko dostupná. Činnost zahájilo na podzim v roce 2006 a navázalo na dřívější program Práce s uživateli drog ve vazbách. Práce ve věznicích řeší potřeby uživatelů ve vazbě nebo ve výkonu trestu před propuštěním na svobodu. Postpenitenciární péče se zaměřuje na sociální a poradenskou činnost pro klienty po výkonu vazby nebo trestu a ve výkonu podmíněného trestu, kteří jsou silně ohroženi recidivou.

2.5.10 Pracovní a sociální agentura

Pracovní a sociální agentura (PSA) pomáhá bývalým uživatelům návykových látek uplatnit se na trhu práce, a propojuje tak léčbu s úspěšným přechodem do normálního života. Vznikla na podzim 2005 jako první projekt o.s. SANANIM podpořený z Evropského sociálního fondu, rozpočtu hlavního města Prahy a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Většina klientů má zájem zaměstnat se tzv. netransparentní cestou, tj. zaměstnavateli se o své drogové minulosti nezmiňují. Mají možnost využít pracovního poradenství a získat základní orientaci v pracovně-právních vztazích, pomoc při hledání místa, sepsání strukturovaného životopisu, přípravě na přijímací pohovor, vyjednávání pracovní smlouvy a pod. PSA jim dále nabízí pomoc při řešení sociálních problémů a při doplňování vzdělání a rekvalifikaci.

2.5.11 Poradna pro rodiče

Poradna pro rodiče (PPR) nabízí pomoc nejen rodičům uživatelů drog, ale i partnerům a dalším blízkým uživatelů drog. Klienty jsou především rodiče a partneři uživatelů drog v různém stupni rozvoje závislosti, kteří se s problémem potýkají měsíce či léta a dále rodiče, kteří se obávají, že jejich děti užívají drogy, případně užívání právě zjistili.

2.5.12 Drogové informační centrum

Drogové informační centrum (DCI) shromáždňuje, třídí a zveřejňuje informace z oblasti drogové problematiky. Provozuje internetové stránky o.s. SANANIM- Drogový informační server, internetovou Drogovou poradnu a stránky občanského sdružení.

2.6 Historie o.s. SANANIM

Kapitolu historie o.s. SANANIM zpracovávám podle www.sananim.cz. Občanské sdružení SANANIM funguje v České republice od roku 1990, kdy vzniklo ve spolupráci se střediskem pro mládež Klíčov. Bylo prvním nestátním neziskovým sdružením zaměřeným na léčbu návykových látek. V roce 1991 otevřel Terapeutickou komunitu v Němčicích určenou pro dlouhodobou léčbu drogově závislých v České republice. Na základě poptávky a nedostatku odborníků v drogové oblasti byl v roce 1992 program rozšířen o primární prevenci. V roce 1993 bylo vzhledem k dramatickému vývoji drogové scény na území hlavního města Prahy otevřeno Kontaktní centrum. Na něj pak o rok později navázal samostatný projekt terénních programů zejména jako reakce na potřebu navázání kontaktu se skrytou drogovou scénou v Praze. V roce 1995 vzniká další nový projekt- Terapeutická komunita Karlov. Zahajují se stavební práce na první obytné části. O rok později SANANIM otvírá dva nové programy, co značí další krok rozšiřující systém péče a léčby. Byla zahájena činnost doléčovacího centra s chráněným bydlením a vznikl Denní stacionář, který slouží jako ambulantní zařízení pro léčbu drogových závislostí. V roce 1997 probíhalo koncepční a profesionalizační řízení. Kontaktní centrum zahajuje realizaci programu ve Vazební věznici Praha. V roce 1998 SANANIM zahajuje provoz Terapeutické komunity Karlov, zpřístupňuje léčbu pro mladistvé a mladé dospělé, otevírá chráněné dílny a přináší nové možnosti v oblasti integrace. Dalším rokem SANANIM zahajuje provoz Drogového informačního centra, které s využitím nových technologií, tj. internetu informuje v oblasti poradenství a prevence. Efektivitu léčby se podařilo zvýšit rozšířením kapacity TK Němčice. TK Karlov o rok později přijímá první klientky s dětmi. Vzniká první anonymní internetová poradna. V roce 2001 TK Karlov rozbíhá samostatný program pro matky s dětmi. Rok 2002 přináší rozšíření služeb o program pro romské uživatele. Dalším rokem zahajuje svojí činnost centrum Specilizované ambulantní služby CADAS. Začíná fungovat program chráněného bydlení pro matky s dětmi. Rok na to SANANIM otevírá poradnu pro rodiče. Terénní programy se rozšiřují o program pro ruský mluvící cizince. Denní stacionář přináší program pro matky s dětmi. V roce 2005 zahajuje činnost pracovní a sociální agentura a dalším rokem vzniká centrum pro osoby v konfliktu se

zákonem. V roce 2007 SANANIM sprovodňuje nové služby v rámci projektu Promile INFO a spustila se webová aplikace Alkotest.

3 Matky nezletilých dětí jako klientky o.s. SANANIM

Program občanského sdružení SANANIM se za 22 let své existence rozšiřoval, obměňoval, zlepšoval a profesionalizoval vzhledem k potřebám svých klientů. Jedními z nich jsou právě matky nezletilých dětí- uživatelky návykových látek.

Podle Havlové (2012) byly ženy vždycky zastoupeny ve vzorku uživatelů návykových látek zhruba třetinovým podílem. Od 90. let tento počet stoupl a dnes je opět kolem třetiny uživatelů. Po několikaleté práci s lidmi drogově závislými se časem ukázalo, že k ženám- uživatelkám je třeba přeci jenom přistupovat ještě jinými metodami, protože se mezi nimi objevily matky uživatelky, nebo uživatelky s dětmi a taky gravidní uživatelky. Zde se nejednalo jenom o život matčin, ale také o život jejich narozených i nenarozených dětí. Vyvinula se specifická léčba pro tuto skupinu uživatelů a vznikly také samostatné specifické programy. Především terapeutická komunita Karlov- oddělení pro matky s dětmi. Realizuje dva specifické programy, avšak ve stejném čase a na stejném místě. Jednu část tvoří komunita pro mladší uživatele drog (do 25 let) jejich léčba trvá jen 6-9 měsíců, protože vzhledem k jejich věku, nebyla doba užívání tak dlouhá. Druhý program otevřený v roce 2000 tvoří komunita pro matky s dětmi, v níž pobyt trvá minimálně jeden rok. Program pro matky s dětmi je tak rozsáhlý a náročný, že jsou v něm propojena téměř všechna oddělení SANANIMU.

3.1 Specifika závislosti u žen

Podle výzkumů je zřetelné, že závislost u žen a u mužů probíhá zcela odlišným způsobem, který není vázaný jen na mateřskou roli. Závislost u žen vzniká rychleji, po nižších dávkách, mají méně problémů se zákonem, ale zároveň jsou méně často přijímány do terapeutických programů, ze kterých častěji předčasně odcházejí. (Preslová, 2009)

3.2 Kontakt s těhotnou ženou, matkou

3.2.1 První kontakt- terénní práce a kontaktní centrum

Terénní práce a kontaktní centrum- tato dvě zařízení stojí podle Havlové (2012) úplně na začátku celé péče. Jsou to zařízení nízkoprahová a terénní pracovníci jsou každodenně v osobním styku s uživateli drog. Terénní pracovníci a pracovníci kontaktního centra tak jako první zachytí, že je dívka těhotná. Ovšem ani tato diagnostika nebývá jednoduchá, protože mnohé dívky až do

vysokého stupně těhotenství nevědí, že jsou gravidní. Menstruace často vymizí v důsledku užívání drog. Jiné zase nedorazí ani na domluvenou miniinterupci o kterou původně žádaly. Optimální průběh je takový, že uživatelka přijde včas, o svém těhotenství v K- centru promluví, rozhodne se podle okolností zda si dítě chce ponechat, či nikoliv a pokud ano, jak je ochotná nastoupit do abstinčního programu.

3.2.2 Detoxifikační program

Do detoxifikační fáze u nejčastěji pervitinových závislostí může podle Havlové (2012) budoucí matka nastoupit na detox okamžitě a skutečně v průběhu pobytu dojít k úplné abstinenci. Totéž je žádoucí u alkoholových závislostí, které jsou vůči plodu ještě mnohem agresivnější, protože hrozí fetální alkoholový syndrom. Jiný průběh nastává u opiátových závislostí, kdy je s matkou závislé i dítě a prudké a úplné vysazení drogy, které by matka mohla vydržet je pro dítě nezvládnutelné. Volí se tedy ta cesta, že matka podle lékaře snižuje dávky postupně a tak, aby to bylo únosné i pro dítě.

Podle Lukešové (2009) dítě narozené závislé matce může vykazovat krátkodobé i dlouhodobé zdravotní potíže. Pod krátkodobými si můžeme představit těžké odvykací stavy s křečemi, dlouhodobé se pak můžou projevovat jako hyperaktivita, nesoustředěnost, dráždivost, poruchy řeči, pomalejší tempo, ADHD. Odolnost, respektive tolerance k droze je u těhotné ženy i plodu individuální. Klinické projevy u novorozenců a malých kojenců, včetně následného psychomotorického vývoje, nemusejí odpovídat délce doby, kdy matka drogy užívala. Na rozdíl od uživatelů drog u nich nepozorujeme lineární závislost. Děti drogově závislých rodičů vykazují významně lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků. Stejně zkušenosti popisují ve svých studiích Německo a Kanada. Nelze však zpochybnit, že drogy představují zdravotní a sociální riziko.

3.2.3 Motivace matek k abstinenci a léčbě

Uživatelé drog jsou při nástupu do léčby často v počátečním stádiu motivace, kdy nebývají ochotni se užívání úplně vzdát, ale zároveň jim současný stav věcí zcela nevyhovuje. (Preslová, 2009)

V současné době se v první fázi léčby závislých matek v komunitě hledají a objevují pozitivní zdroje. Mezi ty, které posilují přesvědčení matek, že je abstinence výhodná, patří především pouhý fakt možného soužití s dítětem. Podle Preslové (2009) je pro matky naděje na získání dítěte zpátky do péče, případně hrozba jeho odebrání největší motivací. Dalším důležitým

stimulem je tlak ze strany rodiny. Mezi další motivy patří hrozící nástup do výkonu trestu, potřeba sociálně právní ochrany a podpory nebo prosté zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro péči o dítě a dále také selhání v ambulantním léčebném programu. Vliv partnera se ukazuje jako velice malý, TK to může doložit nízkým počtem mužů ochotných spolupracovat při léčbě partnerky za jediné podmínky neuzívání návykových látek. Další významnou složkou motivace u matek je touha změnit životní realitu a začít pečovat o dítě. (Preslová, 2009)

Důležitá je podpora navázání úzkého vztahu s dítětem, kdy matka dokáže výchovně stimulovat jeho chování a může sledovat pokroky v jeho vývoji. Dítě postupně získává elementární jistoty, lépe reaguje na matku, na prostředí komunity a matka může srovnávat pozitiva a negativa života na drogách a bez drog. Připojí-li se k tomu podpora rodiny, popřípadě partnera, motivace matky se zvnitřňuje, a má tak předpoklady projít léčbou úspěšně. Pro terapii samotnou to v praktické rovině znamená především prodloužit léčbu v počáteční fázi. (Preslová, 2009)

3.2.4 Selhání klientky v léčbě- relapsy

Terapeuti musejí být připraveni na případná selhání matky umocněná nízkou vnitřní motivací. Selháním Hanzal (2009) myslí především porušování pravidel v komunitě, nedůvěru v léčebný proces, porušení slibů, nespolehlivost, racionalizaci a popírání problémů. Ve výchově se zdůrazňují pozitivní události a pokroky v rodičovství a mateřství klientky. Dalším stimulem k léčbě pak může být právě relaps klientky, který je brán jako chyba, se kterou je nutno pracovat a u vícero matek znamená opravdové odhodlání k abstinenci. Analyzují se příčiny a pracuje se na jejich odstranění.

Mezi nejčastější příčiny relapsu patří podle Hanzala (2009) to, že dítě nevrací matce jen pocity libosti, vyžaduje pozornost, je neklidné, někdy i agresivní a často nemocné. Matka pak podlehne nakonec pocitu, že ho nedokáže vychovávat a tíživou situaci řeší drogami. Další situací může být, že matka propadne dojmu, že není schopna dítě plně finančně zabezpečit a vyhledává maligní způsob řešení (vrací se k partnerovi-uživateli, začne opět být závislá na okolí, například na primární rodině). Nuda může být také nebezpečným stimulem relapsu. Matka se nezapojuje do společnosti vrstevníků, nehledá si nové zájmy a vrací se k bývalému životnímu stylu, zábavu dokáže přijímat jen pasivním způsobem.

Matka se po léčbě vrátí ke starému modelu vztahu s rodiči. Ti přebírají její kompetence a zodpovědnost. Ztrácí možnost zvyšovat si sebevědomí a zažívat pocit kompetence a dostává se do častějších hádek s rodinou. (Hanzal, 2009)

3.2.5 Důvody selhání matky

Důvody matčina selhání mají podle Lukešové (2009) většinou vícero zdrojů. Jedním z nich je selhání biologické matčiny rodiny (nezájem rodičů, rodiny, patologický vzorec biologické rodiny). Dalším, neméně častým je odchod jednoho z rodičů, především ve věku dítěte 10–14 let (rozchod, rozvod, úmrtí), hyperprotektivní výchova rodičů a celkově nezvládnutí rodičovství.

Cílem léčby je úzdrava, nebo-li sanace. Úspěch lze předpokládat v situaci, je-li zaručen primární kontakt matky a dítěte, dítě je u matky na prvním místě, teprve poté následuje partner. Je vždy dobře, má-li klientka širší rodinné zázemí a členové rodiny jsou připraveni do sanace vstoupit. Úspěch lze očekávat u matek, které jsou schopné komunikace, spolupracují, dokážou plnit výchovná doporučení a jsou schopné sebereflexe. Pokud matka v primárním kontaktu upřednostňuje partnera před dítětem, jeví se sanace nejistá. Výsledek je nejistý také tehdy, jestliže matka nemá podporu rodiny, není schopna otevřené komunikace a sebereflexe, nerespektuje jakákoli pravidla a doporučení, odmítá spolupráci a nemá zajištěné materiální zázemí. Lukešová (2009)

3.2.6 Zneužívání a prostituce

Podle Havlové (2012) se u klientek léčících se z drogové závislosti ve srovnání s ostatní populací pracovníci setkávají ve zvýšené míře se zneužíváním a prostitucí, a to v přímém i přeneseném slova smyslu. Sexuální zneužívání je uváděno v anamnéze závislých žen poměrně často, ale mnohem častěji se objeví jako téma teprve v průběhu delší psychoterapeutické léčby nebo až ve fázi doléčování, kdy klientka najde odvahu k „přiznání“ tabuizovaných témat či si vlastně díky terapeutickému procesu uvědomí, že určité chování bylo vůči ní násilné a nepřijatelné. Tato jakási neschopnost určení hranic a cítění osobního teritoria je pro tyto ženy charakteristická. Klientka přináší téma zneužívání jako otázku, zda to vůbec bylo tak špatné, nebo jako dosud utajené téma, které v sobě nosí celá léta a které začne řešit s těhotenstvím a porodem, kdy jako každá žena začíná více uvažovat o věcech spojených s výchovou dítěte a jeho psychikou. Ke zneužívání však nedochází pouze v klientčině dětství a dospívání, ale velmi často se s ním setkává i na drogové scéně. Sám fakt, že si dívky vydělávají na drogy mimo jiné i prostitucí, přináší mnoho problémů, které při pozdější léčbě musejí řešit. Potvrzuje se, že klientky s často velmi bohatou sexuální zkušeností spojenou s drogami se při terapii o sexu stydí mluvit, mají problematický či negativní vztah ke svému tělu, malé ženské sebevědomí, neujasněnou ženskou roli, nejsou schopny navazovat normální vztahy, najít hranice ve vztahu k druhému pohlaví. Tyto ženy mají velice omezené informace o antikoncepci, možnosti otěhotnění, rizika pohlavně přenosných chorob apod.

3.2.7 Partnerské vztahy závislých žen

Ve vztazích je velmi častý model ženy, která žije s mužem jen proto, že se jí ujal a už od něj nedokáže odejít. Do tohoto stavu se dostávají většinou až v průběhu braní drog, kdy nad nimi muži drží moc. Velká psychická či existenciální závislost na partnerovi, často jediné blízké osobě, se objevuje mimo jiné i na všech úrovních práce se závislými matkami, při níž muži užívající drogy významně zasahují do léčby svých partnerek. Těhotenství závislých matek bývají neplánovaná a většinou nechtěná, část těchto žen však v určité fázi nachází k dítěti vztah a jsou ochotné se kvůli němu léčit a tomuto dlouhodobému procesu se podrobit. U dívek, které byly v dětství nějakým způsobem manipulovány, zneužívány či ponižovány dominantním mužem v rodině a okolí, se jejich partnerům daří, často úspěšně zmanipulovat ženu proti léčbě. Žena se ocitá v uzavřeném kruhu minulosti a současnosti, což vede k tomu, že se opakuje stejný model jako v její původní rodině. (Preslová, 2009)

Důležitými osobami, které do procesu léčby a integrace matky dítěte a případně otce vstupují jsou jejich rodiče, babičky a dědečkové, kteří se odhodlají přebrat výchovu a péči o vnuky a vnučky. (Preslová, 2009)

3.3 Matky v terapeutické komunitě Karlov

Do Terapeutické komunity Karlov přicházejí matky v různých fázích těhotenství a mateřství. Optimální je případ, kdy se těhotná žena do Karlova dostane co nejdříve, celé těhotenství prožije v abstinčním a chráněném prostředí, během pobytu v TK porodí a také se s novorozencem do TK vrátí. Dalším případem jsou matky s malým dítětem, jedním nebo dvěma, popřípadě matky s novorozencem, které porodily v období závislosti. Těmto matkám, které u porodu řekly že jsou závislé je podle našich zákonů dítě běžně odebráno a svěřeno do péče kojeneckého ústavu-takové matky se o dítě nedokážou postarat a často utečou z porodnice, nebo se dítěte zbaví jiným způsobem. Pokud má matka již domluven pobyt na Karlově, lékař je o tom informován a kojenecký ústav, který má za dítě stále právní zodpovědnost dovolí takové matce, aby měla své dítě ihned u sebe. (Havlová, 2012)

Léčba na Karlově není založena pouze protidrogově, ale také se zde matky, alespoň některé, učí matkami být. V terapeutickém týmu jsou zastoupeny také dvě vychovatelky, jejichž úlohou je pomáhat matkám s běžnými mateřskými činnostmi a s péčí o dítě. Vzhledem k složitosti této problematiky a také vzhledem k tomu, že je nutno se postarat o dvě osoby, nastupují matky pravidelne po léčbě do doléčovacího centra. Zde opět mohou v cháněných bytech pobývat devět

měsíců až rok a v té době se snaží jednat, změnit právní statut dítěte a dostat ho do své péče, sehnat bydlení a také práci, aby bylo dítě sociálně zajištěno. (Havlová, 2012)

3.4 Matky v denním stacionáři

Protože matek majících zájem podstoupit léčbu přibývá, nedostanou se vždy z K-centra do komunity, nýbrž je přijme denní stacionář, kde se v posledních dvou letech také specifikoval program pro matky posílený ještě o sociální pomoc. Zde matky nemají dítě u sebe, ale jsou vedeny k tomu, aby po skončení programu v denním stacionáři navštěvovaly své dítě v kojeneckém ústavu denně. Po denním stacionáři opět nejčastěji nastupují do komunity, anebo také do doléčovacího centra. Vedle všech vyjmenovaných specifik je nutné, aby se do léčebného procesu zapojily také sociální pracovnice, pod které matky spadají. SANANIM se snaží o co nejtěsnější spolupráci mezi touto složkou a chráněným místem, kde matka pobývá a společně se podílejí na tom, aby návrat matky s dítětem do běžného života proběhl hladce. (Havlová, 2012)

3.5 Možnosti dalšího fungování

V uplynulých třech letech se bohužel snížily možnosti sociálního bydlení pro případy matek s malými dětmi. Takzvaný dům tréninkového bydlení na Rajske zahradě v Praze, kde bylo několik bytů pro matky s dětmi se proměnil v penzion. Z nedostatku financí skončily i jiné projekty. Například projekt pepermint, který vyhledával vhodné pronájmy u jakýchkoliv volných bytů, uzavřel s majitelem smlouvu, matce hradil první rok nájemné v plné výši, druhý rok pak polovinu a potom se matka sama osamostatnila. Výrazně se také snížila možnost dostat sociální byt, protože je vázána na pobyt v Praze a je otázkou, jestli matka i před léčbou bydlela v takové městské čtvrti, která vůbec sociální byty má. (Havlová, 2012)

Hlavní možností, kam se maminka může po ukončení doléčování odstěhovat zůstávají pouze azylové domy, které byly původně vnímány jako spíše nouzová možnost. Vedle výchovatelských a pedagogických aktivit potřebuje program pro matky s dětmi oproti ostatním mnohem větší míru sociální práce ať už se jedná o zdlouhavý proces vrácení dítěte do péče matky, o možnosti čerpání všech sociálních dávek, o pomoc při získání jakékoliv práce na poloviční úvazek, nebo o další věci jako například dluhy. Je tedy zřejmé, že program pro matky s dětmi se stává téměř

samostatným programem, i když je zahrnut pod nějaký širší terapeutické zařízení. (Havlová, 2012)

3.6 Práce s matkami v Doléčovacím centru

K léčbě a doléčování maminek patří také to, že jejich děti žijí pokud možno jako ostatní děti a neocitají se na nějakém sociálním okraji. K práci terapeutů a sociálních pracovníků patří i hledání možnosti trávení volného času, plavání s kojenci, sjednaná možnost týdenního pobytu v přírodě, knihy a hračky, spolupráce s neziskovými organizacemi. (Havlová, 2012)

Výchovná práce s matkami, je velmi důležitá podle Havlové (2012) mimo jiné také proto, že u většiny dívek zcela chybí pozitivní rodičovský vzor, takže vzniká situace, kdy matky, které nic nedostaly coby děti, nemají co nabídnout ani svým dětem. Jedná se třeba o úplně základní hry, hrani, povídání, básničky, říkadla, zpívání.

V průběhu léčby a doléčování je podle Havlové (2012) samozřejmé, že se pracovníci nesoustředí pouze na mateřskou roli těchto žen, ale mají na zřeteli, že jsou stejně závislé jako kterýkoliv další klient. Problém se nijak zvlášť neodděluje, ale přesto mají děvčata zajištěn program, ve kterém jsou pouze samy, bez dětí. Tento poskytuje terapii, poskytuje také obvykle hlídání dětí v této době, aby se mohly matky věnovat také svým osobním problémům. Na Karlově mají 2-3 skupiny týdně. V doléčovacím centru mají jednu skupinu týdně v čase, který nenarušuje rozvrh dětí. Vedle toho má každá maminka svého garanta jako ostatní klienti a účastní se vlastního života jak v komunitě, tak v doléčování. Zachovat rovnováhu mezi těmito dvěma složkami je někdy velice těžké, protože mateřství je v lidech zakodováno tak silně, že přibližně tři čtvrtiny matek se cítí ve své životní roli. Dokonce poté, když se jim narodí dítě, dokážou se s drogami vyrovnat téměř ze dne na den. Ti, kdo se léčbou zabývají mají tendenci se s tím rovněž ztotožnit a v uživatelce vidí jen matku. Bylo by to však velké vzjednodušení, které by nebylo ke prospěchu ani matce, ani dítěti. Matky s dětmi v léčbě a doléčování jsou vždy nejpozitivnější skupinou, protože většinou nebývají už drogami tolik přitahovány. Tvoří tedy zdravou skupinu. Nicméně přesto ani tento program nemá stoprocentní úspěšnost a neúspěch v této skupině, je mnohem tragičtější, protože znamená pro dítě buď institucionální péči, nebo výchovu v širší rodině, rozhodně však bez matky. (Havlová, 2012)

3.7 Sociálně-právní aspekty práce s uživatelkami drog-matkami

Motyčková Pětrošová a Putnová (2009) uvádějí průběh léčby drogově závislé ženy- matky z hlediska sociálně- právních aspektů. Jako příklad popisují situaci, kdy do péče ve stacionáři vstoupila klientka po narození dítěte, syna, který byl rovnou z porodnice umístěn předběžným opatřením do ústavní péče Dětského centra. Na první kontakt do stacionáře přišla s tím, že chce pracovat na řešení své situace, léčit se a získat dítě zpět do vlastní péče. Po společné úvaze se stacionářem se rozhoduje pro léčbu v Terapeutické komunitě Karlov, kde se léčí matky za přítomnosti dítěte. V tomto tzv. přednástupním období se práce s klientkou zaměřuje především na její motivaci, stabilizaci životní situace a přípravu na nástup do léčby.

Podle Motyčkové Pětrošové a Putnové (2009) klíčovým krokem, který je třeba uskutečnit paralelně, je se souhlasem klientky navázat fungující spolupráci se všemi zainteresovanými institucemi především je to příslušný OSPOD a kojenecký ústav (dětské centrum). Při včasném kontaktu jednájí pracovníci také přímo s porodnicí, kde je matka s dítětem po porodu hospitalizována. Ideálně se podaří vytvořit také prostor pro komunikaci s klientčinou rodinou. Ve spolupráci všech zainteresovaných je třeba dojednat společný plán práce s klientkou, získat souhlas s jejím nástupem do léčby společně s dítětem a podpořit ji. K tomu, aby matka mohla být s dítětem v TK Karlov není třeba, aby ho měla svěřené do vlastní péče. Většina matek v TK Karlov dokonce děti ve vlastní péči nemá. O změnu rozhodnutí o svěřením dítěte žádají klientky většinou až po ukončení rezidenční léčby a úspěšném absolvování prvních měsíců v doléčovacím programu. Dítě tedy zůstane formálně i nadále v ústavní péči (předběžné opatření bude posléze změněno na výkon ústavní výchovy) a jeho pobyt v Terapeutické komunitě Karlov umožní Dětské centrum, jež mu ve spolupráci s OSPODem vydá propustku, kterou bude prodlužovat.

V rámci řešení sociálně-právní problematiky se podle Motyčkové Pětrošové a Putnové (2009) pracovníci v přednástupní fázi zabývají pouze tím nejnnutnějším, co je k nástupu do léčby třeba. Klientka musí mít všechny doklady- své i dítěte (občanský průkaz, rodný list, kartičky zdravotní pojišťovny). Protože nikdy nepracovala, nemá nárok na dávku peněžité pomoci v mateřství a vzhledem k odebrání obou dětí z péče nemůže být ani příjemcem rodičovského příspěvku. Je tedy třeba, aby se přihlásila do evidence úřadu práce a poté požádala o dávky hmotné nouze. Z dávek státní sociální podpory má nárok pouze na porodné. Příjemcem přídatku na dítě je Dětské centrum, které ho klientce po nástupu do TK Karlov přeposílá. Podmínku celodenní řádné péče o dítě klientka naplní až s nástupem na zácvik k synovi do Dětského centra a teprve pak může požádat o rodičovský příspěvek. Podle kontextu sociální situace může posléze v TK Karlov, kde bude mít dítě v celodenní řádné péči, požádat o další sociální dávky .

Po potřebné stabilizaci v ambulantní formě péče v Denním stacionáři a vyřízení všech sociálně-právních i dalších náležitostí, musí klientka absolvovat ústavní detoxifikaci. Následně je přijata do Dětského centra na zácvik k synovi, kde zůstane až do jejich společného nástupu do komunity, minimálně do doby, než skončí šestinedělí. Po celou dobu pobytu v Dětském centru zůstává klientka nadále v pravidelné ambulantní péči Denního stacionáře. V okamžiku nástupu do TK Karlov by klientka měla mít alespoň základní vybavení pro dítě i pro sebe včetně náhradní kojenecké výživy a plen na prvních 14 dní pobytu. Potřebuje také mít k dispozici startovací finanční obnos, dokud neobdrží dávky státní sociální podpory. (Motyčková Pětrošová, Putnová, 2009)

V denním stacionáři matku vzhledem k osobně náročné životní situaci maximálně podporují a motivují. Práce probíhá pod časovým tlakem. Jde jim o to, aby pobyt dítěte v ústavním zařízení byl co nejkratší a jeho kontakt s matkou se co nejdříve obnovil. Vedení klientky je proto direktivnější, s důrazem na rychlé vyřízení všeho potřebného. Postup je rozfázován do malých reálných kroků/úkolů a klientka zařizuje vše co nejvíc samostatně. Práce s klientkou v terapeutické komunitě navazuje na práci započatou ve stacionáři. Léčba obvykle trvá 6 až 10 měsíců. Po nástupu klientky se synem zjišťují aktuální informace o jejich sociálně-právních problémech a domlouvají s ní první nezbytné kroky. Protože syn není v její péči a je v TK s matkou na propustce (stále je veden v Dětském centru/kojeneckém ústavu), kontaktují pracovníci OSPOD a domlouvají se s ním na další spolupráci. Velkým přínosem je, když pracovníci OSPODu v průběhu léčby navštíví klientku s dítětem přímo v TK Karlov. Klientce pomáhají vyjednat převod zasílání rodičovského příspěvku do TK Karlov. Pokud by o něj nepožádala, získá od pracovníků TK potřebné formuláře a požádá si o něj písemně. Také si požádá o přeposílání dětského přídatku z kojeneckého ústavu do TK Karlov. Ze svých prostředků si bude muset hradit veškeré potřeby pro dítě (pleny, hygienické potřeby, náhradní kojenecké mléko apod.). V TK Karlov má zajištěnou stravu, ale přispívá na ni a na ubytování 15 % ze všech svých příjmů. 10 % příjmů si ukládá na tzv. zdravotní konto jako rezervu pro různé výdaje na léky a ošetření pro sebe nebo dítě. 25 % příjmů si ukládá na tzv. konto spoření, které během pobytu v komunitě nemůže používat a slouží jí pak při odchodu z Karlova k tomu, aby si z něj pořídila chybějící vybavení pro dítě (dětskou postýlku, vaničku apod., které má v TK k dispozici), mohla zaplatit zálohu na budoucí bydlení apod. Peníze nemá během léčby u sebe, jsou uloženy v kanceláři a klientka musí vypracovat plán, jak s nimi bude hospodařit. (Motyčková Pětrošová, Putnová, 2009)

Protože hodně klientek má bydliště na městském úřadě, kde si poštu nevyzvedávaly a teď ani vyzvedávat nemůžou, je podle Motyčkové Pětrošové a Putnové (2009) často důležité dojednat

dosílku pošty do komunity. Mnohé klientky se obvykle teprve teď, když jim začne chodit pošta, dozvídají, jaké potíže mají s dluhy nebo v trestněprávní oblasti, protože dříve se snažily úřední poště spíš vyhnout a problémy neřešit. Vzhledem k tomu, že klientka má dluhů mnoho, sociální pracovníci se jí snaží naučit, jak situaci řešit. Zpočátku je přesvědčena, že dluhy není třeba se zabývat, protože je má už delší dobu a zatím se nic nestalo. Společně tedy s pracovníky probírají varianty toho, co se stát může, když se jim věnovat nebude, zda není lepší zjistit, kolik dluží, a začít pomalu splácet. Nejprve se domlouvají, jak by se dal zastavit růst dluhů. Klientka je vedena k tomu, aby si například u mobilního operátora pozastavila paušál, postupně si zmapovala aktuální výši dluhů u dopravního podniku, zdravotní pojišťovny i u společnosti, od které má půjčku. S pomocí sociálních pracovníků zjišťuje, kde je nutné urgentně splácet, domlouvá si splátky a snaží se vyjednat si jejich realistickou podobu, případně odklad splátek na pozdější dobu. Klientka se učí vést si doklady týkající se dluhů, mít pohromadě kontakty na důležité instituce apod. Také se musí naučit základním dovednostem při zacházení s dluhy a s penězi (co dělat, když nemá na splátky apod.).

V případě, že byl klientce uložen trest obecně prospěšných prací, který nemůže v TK Karlov vykonávat, je jí doporučeno, aby si u Probační a mediační služby vyjednala odklad roční lhůty, během níž ho musí vykonat, na dobu po léčbě. (Motyčková Pětrošová, Putnová, 2009)

Ve vyšších fázích léčby klientka odjíždí s dítětem i mimo komunitu na návštěvy (obvykle k rodině). Tuto plánovanou návštěvu musí vždy ohlásit OSPODu a počkat, zda jí pro dítě vystaví propustku. Před ukončením pobytu sociální pracovník pomáhá klientce, pokud je to v daném regionu možné, podat žádost o sociální byt nebo hledají jiné možnosti budoucího bydlení.

Ke konci pobytu je klientka sama schopna domlouvat se s OSPODEM a Probační a mediační službou a řešit si svoje dluhy. (Motyčková Pětrošová, Putnová, 2009)

4 Vztahové a sociální potřeby matek a jejich dětí v léčbě a doléčování z drogové závislosti

V následující kapitole se pokusím popsat potřeby matek a jejich dětí, které, jsou-li přítomny ulehčují a zpříjemňují výchovu a tím i celý léčebný proces.

4.1 Specifika otcovské role

Role otce je podle Šulové (2010) komplementární s rolí mateřskou. Otec není jen jakousi méně dokonalou náhražkou či pomocníkem ženy v péči o potomky. V každém období vývoje dítěte přinášejí oba rodiče určité důležité aspekty chování a interakcí do celkové mozaiky dětského repertoáru. Je pravda, že pro raný vývoj dítěte je primární osobou matka, jež je pro svou roli všestranně disponována, ale je-li otec nucen být tzv. prvopečovatelem, přejímá formy mateřského chování zcela lehce. Zatímco u matky převládá snaha získat ničím nerušenou pozornost dítěte, udržovat blízkost, kontakt tělesný či oční, péče o komfort dítěte, u otce převažuje experimentování a explorace s dítětem. Zjišťuje, co už umí a podněcuje jeho aktivitu převažujícími živými interakcemi.

Otec je jakýmsi mostem, který vede do společnosti. Napomáhá socializaci dítěte svým separačním vlivem. Zajišťuje přechod od dyády matka- dítě ke třem matka- otec- dítě. Otec se také projevuje jako významný fenomén pro přijetí pohlavní identity dítěte. (Šulová, 2010)

Donedávna se věda snažila prokázat, že pohlaví rodičů jsou při výchově vzájemně zaměnitelná. Současné empirické studie ale potvrzují spíše jedinečnost rolí, kterou matky a otcové v životě svých dětí hrají. Děti, které vyrůstají pouze s jedním rodičem, mívají častější problém s přijímáním a chápáním komplementarity dvou pohlaví. (Labusová, 2008)

Corneau Guy (in: Labusová, 2008) říká, že problém nastává zejména při soužití s matkou, která žije v ovzduší nevyřešených problémů s otcem dítěte resp. dalšími muži a která vůči mužskému světu, byť třeba jen podvědomě, zastává odmítavá stanoviska. Hlavní roli v utváření pozitivního obrazu muže a ženy, na jehož základě buduje dítě svou identitu, hraje dle tohoto odborníka respektuplná interakce manželů, a to i bývalých. Oba rodiče, ač když žijí odděleně, tvoří totiž v dětské duši i nadále pár. Na jeho základě si dítě vytváří pojmy jednoty, spolupráce a doplňkových rolích obou partnerů, jimiž se bude řídit po celý život. Pro dítě není největší katastrofou rozvod,

nýbrž následné rozporuplné či nenávistné chování rodičů, tvrdí Corneau Guy (in: Labusová, 2008)

4.2 Prarodiče

Podle Šulové (2010) jsou prarodiče významným článkem v sociálních vztazích dětí. Jsou jakousi druhou, alternativní rodičovskou dyádou. Poskytují jiné modely chování, komplementaritu rodičovských rolí, ale v jiné modifikaci. Jejich životní tempo je odlišné, jejich postoje jsou možná tolerantnější a méně vázané na konkrétní aktuální situace. Prarodiče vnášejí do interakce s dítětem tvořivost, uvolněnost, cit nezátížený bezprostřední zodpovědností za vývoj dítěte. Role prarodičů se podle Šulové (2010) projevuje zvláště v takových obdobích dítěte, kdy rodiče často sami neunesou množství explorační energie, a to na konci období batolete a v době předškolního věku. Prarodiče poskytují dítěti další role, které má možnost bezprostředně pozorovat. Někdy mohou prarodiče sloužit jako náhradní identifikační vzor v případě, že je rodina dítěte neúplná, nebo dysfunkční.

4.3 Sociální podpora

Sociální situace matek, které se léčí, nebo doléčují z drogové závislosti je jedním z kritérií při posuzování, zda dítě zůstane v péči matky, či nikoliv. Pro další fungování matky a dítěte je nutné, aby měly zabezpečené bydlení, potřeby pro dítě (plínky, výživa, kočárek, hračky, atd.), prostředky na dopravu a trávení volného času a další. Velkým přínosem z finanční stránky je, když otec alespoň přispívá na výživu dítěte (v případě, že o matku a dítě jiným způsobem nejeví zájem). Opora a finanční pomoc od rodičů matky, případně rodičů otce může být jistotou v případě nepříznivé sociální situace.

Sociální situace rodiny závisí také od toho, jestli se jedná o úplnou, nebo neúplnou rodinu. V ideálním případě se jeden z rodičů může plně věnovat výchově dítěte, resp. dětí a druhý jí zabezpečí z finanční stránky. Pokud je ale matka s dítětem sama, je v jejich vlastních silách zabezpečit výchovu i nutné potřeby. V této situaci je pro matku ideální mít zabezpečené hlídání, mateřskou školu, nebo jesle u mladších dětí tak, aby se ona mohla věnovat výdělečné činnosti.

Podle Nešpora (2010) v rodinách nezaměstnaných se stres, frustrace a negativní emoce rodičů mohou přenášet i na děti. Dlouhodobá nezaměstnanost představuje rizikový faktor s ohledem na zdravotní stav rodičů a následně zvyšuje riziko návykových problémů u dospělých i dospívajících

Podle Hanzala (2009) je nepříznivá sociální situace jednou z nejčastějších příčin relapsu. Situace je ohrožující právě když matka propadne dojmu, že není schopna dítě plně finančně zabezpečit a vyhledává maligní způsob řešení (vrací se k partnerovi- uživateli, začne opět být závislá na okolí).

4.4 Sociální okolí matky v léčbě

Podle Havlové (2012) mají klientky v léčbě jen velmi omezený okruh lidí, se kterými se setkávají. Jsou to převážně pracovníci a klienti daného zařízení. Zejména v počáteční fázi léčby v terapeutické komunitě matky prostory komunity neopouštějí. S postupem léčebného procesu mohou odcházet za svou rodinou, nebo známými mimo Karlov, často ale nemají za kým. Všechny sociální vztahy, které kdysi měly, již nemůžou a ani nechtějí udržovat, protože se jedná o závislé osoby, setkávání s nimiž může být pro klientku rizikové.

Matky ale převážně v komunitě pocít osamocení nepocítují. Situace se mění až když se dostanou do doléčování, kde je program volnější a ony zjišťují, že nemají jak trávit den.

Podle Hanzala (2009) je nuda a pasivní způsob přijímání zábavy rizikovým pro udržení abstinence. Matka pak hledá společnost mezi starými známými, nehledá si nové zájmy a vrací se k bývalému životnímu stylu.

4.5 Kojení

Kojení podporuje a prohlubuje intenzitu vztahu mezi matkou a dítětem a nabízí jedinečnou možnost pro jejich vzájemnost a intimitu. Má ovšem pro dítě i matku také četné výhody zdravotní. U dítěte zvyšuje obranyschopnost proti četným nemocem - mateřským mlékem dostává miminko od matky protilátky. Matkám kojení napomáhá k rychlejšímu zotavení po porodu.

Narozené dítě má jen malý obsah žaludku. Pije často a po malých dávkách. Při pití nerozlišuje den a noc. Mělo by mít možnost pít kdykoliv a libovolně dlouho. Čím častěji a s větší chutí dítě saje, tím více mléka se matce vytvoří. (Labusová, 2008)

Kojení totiž podle Labusové (2008) nepředstavuje jen způsob předávání potravy, nýbrž především také silně intimní emoční sdílení dvou lidských bytostí. To hlavní, co kojící ženy potřebují, je vnitřní klid a v případě dočasných neúspěchů náležité povzbuzování a laskavý individuální přístup.

4.6 Služby nabízené matkám v léčbě a doléčování z drogové závislosti

Klientky terapeutické komunity a doléčovacího centra během léčby absolvují několik typů služeb. Mezi ty, které jsou určeny speciálně pro matky patří mateřské skupiny, konzultace s vychovatelkami a individuální konzultace s garantem klientky.

Podle www.sananim.cz (2007) se terapeuti mateřských skupin, garanti a vychovatelky během sezení s matkou snaží o vytvoření pevného svazku mezi klientkou a jejím dítětem, o přijetí role matky a výchovu k rodičovství a partnerství. Dalšími cíly jsou osvojení si základních dovedností v péči o dítě, nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém a funkčním partnerském vztahu a získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro matku a dítě po návratu z léčby.

5 Metodologie

V této kapitole představuji všechny nástroje a postupy, které použiji a s jejichž pomocí získám a zanalyzuji odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

5.1 Metoda zkoumání

Metoda zkoumání určí celkové pojetí způsobu zjišťování a interpretace dat. Pro svůj výzkum jsem použila metodu strukturovaného rozhvoru. Strukturovaný rozhovor zaručuje opakovatelnost výzkumu a vysokou kontrolu nad otázkami. Čím je ale strukturovanost vyšší, tím menší je šířka a hloubka odpovědí. (Wengraf, 2004)

5.2 Strategie výzkumu

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní strategii charakterizovanou zkoumáním malého množství jedinců do větší hloubky. (Disman, 2000)

5.3 Jednotka zkoumání, jednotka zjišťování a jejich výběr

Výzkumný vzorek k mojí bakalářské práci tvoří 10 žen, matek, které se léčí nebo doléčují z drogové závislosti. Pět z matek jsou klientky Doléčovacího centra SANANIM, dalších pět se léčí v Terapeutické komunitě Karlov. Každá z žen má u sebe minimálně jedno dítě.

Matky z Doléčovacího centra mně vybrali pracovníci na základě jejich souhlasu zúčastnit se výzkumu. Pro stejné rozložení respondentů jsem z Terapeutické komunity Karlov potřebovala taktéž pět jedinců, přičemž k dispozici jsem měla víc matek. Jejich výběr jsem tedy uskutečnila metodou účelového výběru. Tato metoda spočívá v tom, že výzkumník si zvolí jednoho nebo několik málo respondentů a následně tyto osoby požádá, aby vybrali další jedince ze stejné skupiny. (Barker, 1999)

Rozhovory probíhaly individuálně, v některých případech za přítomnosti dítěte, když bylo starší, matka si zařídila hlídání. Doba trvání rozhovoru nebyla omezena, v průměru ale každý rozhovor trval od 20 do 30 minut. Otázky na klientky jsem měla připravené a struktura rozhovoru byla předem daná. Jednotlivé odpovědi jsem zaznamenávala do osnovy. Rozhovor pozůstával ze

čtyřech částí. První se zaměřuje na okolnosti léčby případně doléčování pro klientky doléčovacího centra. Cílem bylo zjistit základní informace o matce a dítěti týkající se především léčby, jejich materiální zajištění a plány do budoucna. Další část se zabývala sociálním okolím matky, péčí ze strany prarodičů a informace o pomoci od kamarádů a ze strany zařízení. Třetí část zkoumala mateřské kompetence a jejich vývoj od začátku léčby až po konec léčby, případně doléčování. Matky měly k dispozici u každé činnosti 4 období a u každého období škálu od 1 do 10, na které měly zhodnotit, jak jim daná dovednost s dítětem šla, jak se v ní cítily, jak tu danou činnost s dítětem zvládaly. Jednička znamenala že jim aktivita šla úplně špatně, s množstvím problémů, které nemohly překonat. Desítka naopak hodnotila činnost jako hravě zvládnutelnou a bez potíží. Některé klientky byly jenom na začátku léčby, některé z nich zase dítě neměly u sebe, nebo danou činnost s dítětem nevykonávaly, nebo již nevykonávají (přebalování, kojení, atd.). Proto ne každá matka ohodnotila všechny činnosti v každém období. Poslední částí rozhovoru byl graf, který měl x-ovou osu rozdělenou na jednotlivé díly po čtvrt rocích věku dítěte a y-ovou osu, která měla kladnou a zápornou část. Požádala jsem klientky, aby pomocí tří pastelek namalovaly do předem připravených os čáru života dítěte, křivku kompetencí a křivku schopnosti porozumět. Jednotlivé body obratu pak popisovaly.

5.4 Etika výzkumu

Jako hlavní kritérium pro dodržení etiky výzkumu jsem zvolila anonymitu respondentek. Ve zpracování výzkumu zveřejňuji pouze jejich křestní jména. Jména dětí mi nejsou známá, označuji je podle pohlaví- syn, nebo dcera. Každá klientka mi před rozhovorem podepsala informovaný souhlas a současně byla obeznámena s účelem rozhovoru, zpracováním údajů a jejich zveřejněním. Před začátkem rozhovoru i během něj dostaly klientky možnost dotazovat se na vše, co je ohledně mého výzkumu zajímalo. K této možnosti byly opětovně vyzvány po skončení rozhovoru. V rámci dodržení všech etických pravidel občanského sdružení SANANIM, pod které matky spadají, jsem podepsala zprávu s jejich obeznámením, součástí které byl i závazek k mlčenlivosti a uveřejňování informací pouze pro potřeby bakalářské práce.

5.5 Výzkumné hypotézy

Výzkumním šetřením mé bakalářské práce jsem zjišťovala 8 hypotéz.

5.5.1 Hypotéza 1.

Matky v léčbě nebo doléčování z drogové závislosti nemají podporu otce dítěte. Otec své povinnosti neplní a s dítětem ani s matkou není v kontaktu.

5.5.2 Hypotéza 2.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají podporu ze strany svých rodičů, kteří buď sami mají problémy s návykovými látkami, nebo kvůli narušeným vztahům v rodině nemají zájem věnovat se vnoučatům.

5.5.3 Hypotéza 3.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají podporu prarodičů ze strany otce dítěte.

5.5.4 Hypotéza 4.

Děti byly matkám po zjištění drogové závislosti odebrány z péče. V léčbě mají matky dítě u sebe, ale právně za něj odpovídá ústavní zařízení, nebo je svěřeno do péče širší rodině. V doléčování, tedy po absolvování léčby je dítě opět svěřeno do péče matky.

5.5.5 Hypotéza 5.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti jsou v nepříznivé sociální situaci.

5.5.6 Hypotéza 6.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají finanční oporu od původní rodiny. Tato situace je způsobena narušenými vztahy, nebo finančními problémy v samotné původní rodině klientky.

5.5.7 Hypotéza 7.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají vytvořenou sociální síť přátel mimo okruh léčby s lidmi, kteří nejsou drogově závislí.

5.5.8 Hypotéza 8.

Během léčby rostou kompetence matek v péči o dítě. V doléčování se tyto schopnosti ještě vylepšují.

5.5.9 Hypotéza 9.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti své dítě nekojí, nebo nekojily.

5.5.10 Hypotéza 10.

Mezi tři služby poskytované občanským sdružením SANANIM, které nejvíc pomáhají matkám ve zvyšování mateřských kompetencí patří vychovatelky, skupiny matek a individuální terapie s garantem.

5.5.11 Hypotéza 11.

Sebedůvěra matky v její nové roli je u matek v léčbě a doléčování z drogové závislosti velmi nízká. Během léčby se zvyšuje s nabitými zkušenostmi a absolvovanými programy.

6 Zpracování rozhovorů do tabulek

Pro přehlednější orientaci v kazuistikách jednotlivých klientek, jsem jejich odpovědi z rozhovoru zpracovala do tabulek. V této kapitole uvádím vysvětlivky k jednotlivým tabulkám na stranách 38- 42.

Tabulka 1 uvádí zpracování rozhovorů s klientkami TK Karlov. Tabulka 2 uvádí zpracování rozhovorů s klientkami DC.

V prvním řádku tabulek jsou nadepsaná jména matek a pod každou jsou heslovitě zpracované odpovědi na otázky z rozhovoru, které jsou uvedeny v prvním (levém) sloupci.

Klientkami TK Karlov, se kterými jsem dělala rozhovor byly Pavla, Jana, Simona, Simona a Dana. Respondentkami, které se doléčují v DC byly Táňa, Dita, Pavla, Soňa a Veronika. Údaje o nich, které zpracovávám v tabulce jsou:

- **Dítě** (které má u sebe v léčbě)
- **Doba léčby** (jak dlouho je klientkou TK/DC)
- **Předchozí léčba** (kde probíhala léčba klientky před nástupem do TK/DC)
- **Jiné dítě kromě toho, co má u sebe** (jestli má klientka víc dětí než to, se kterým se léčí/ doléčuje)
- **Statut dítěte** (jestli má klientka dítě ve vlastní péči, nebo je v péči někoho ze širší rodiny, Kojeneckého ústavu, případně jiného ústavního zařízení)
- **Materiální zajištění** (zda klientka pobírá dávky státní sociální podpory, výživné od druhého rodiče, jestli jí finančně pomáhá rodina, případně přívýdělek, který ji materiálně zabezpečuje)
- **Hodnocení finančních poměrů** (jak klientka sama vnímá svou sociální situaci)
- **Plán v budoucnu uplatňovat nárok na výživné** (jestli má klientka v případě, že nepobírá výživné od druhého rodiče, zájem žádat o jeho vyplácení)
- **Opora a finanční pomoc od původní rodiny** (jestli původní rodina klientku může finančně zabezpečit v případě potřeby)
- **Plán do budoucna po odchodu z TK, případně DC** (jak plánuje klientka budoucnost svou a svého dítěte po odchodu z léčby v TK, případně DC)
- **Pocit osamocení** (zda se klientka cítí osamocená v léčbě/ doléčování)

- **Setkávání s otcem dítěte** (zda se matka setkává s otcem dítěte a zda on plní otcovské povinnosti)
- **Péče prarodičů ze strany matky** (zda rodiče klientky jeví zájem o dítě a chovají se k němu jako ke svému vnoučeti)
- **Péče prarodičů ze strany otce** (zda rodiče otce dítěte jeví zájem o dítě a chovají se k němu jako ke svému vnoučeti)
- **Kamarádka mimo TK/ DC** (zda má klientka kamarádku mimo léčebné/ doléčovací zařízení, která není uživatelka návykových látek)
- **Kamarádka maminka, která je bývalá klientka TK, nebo DC** (zda má matka kamarádku, která je taky matkou a léčila se z drogové závislosti v TK, nebo DC)
- **V okolí někdo zkušený, kdo pomůže s dítětem** (zda má matka ve svém okolí osobu, na kterou se může obrátit v případě potíží s dítětem, s prosbou o radu, nebo hlídání)
- **Spokojenost s garantem ve vztahu k dítěti** (zda je klientka spokojená se svým garantem a jeho přístupem k dítěti, s radami a doporučeními, které od něj dostává)
- **Partner v současné době** (zda má klientka momentálně partnerský vztah)
- **Služby pomáhající zvyšovat mateřské kompetence** (jaké služby nabízené TK, případně DC klientka hodnotí jako prospěšné v zlepšování své mateřské role)
- **Sebedůvěra matky** (jak se klientka v roli matky cítila před a po narození dítěte a jak se její sebedůvěra mění)
- **Hodnocení činnosti s dítětem: krmení** (jak matka hodnotí krmení s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení činnosti s dítětem: kojení** (jak matka hodnotí kojení s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení činnosti s dítětem: koupání** (jak matka hodnotí koupání s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení činnosti s dítětem: přebalování** (jak matka hodnotí přebalování s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení činnosti s dítětem: uspávání** (jak matka hodnotí uspávání s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)

- **Hodnocení činnosti s dítětem: mazlení** (jak matka hodnotí mazlení s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení činnosti s dítětem: povídání** (jak matka hodnotí povídání s dítětem na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení porozumění signálům dítěte, když má hlad** (jak matka rozumí signálům dítěte, když má hlad na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení porozumění signálům dítěte, když je nemocné** (jak matka rozumí signálům dítěte, když je nemocné na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)
- **Hodnocení porozumění signálům dítěte, když je unavené** (jak rozumí signálům dítěte když je unavené na škále od 1 do 10 ve třech časových obdobích na začátku léčby, uprostřed léčby a na konci léčby, u klientek DC i v doléčování)

Tabulka 1a Zpracování rozhovorů s matkami Terapeutické komunity

Jméno matky	Pavla	Jana	Simona	Simona	Dana
dítě	syn 3 roky, syn 5 let	dcera, 2 roky	syn, 3 roky	dcera, 4 roky	syn, 4 měsíce
doba léčby	2 měsíce	2 týdny	3 měsíce	4 měsíc	3 měsíce
předchozí léčba	detox	PL Štenberk, Vojenská nemocnice Olomouc	detox Plzeň	PL Bohnice	Jihlava, detox Bílá Voda
jiné dítě kromě toho, co má u sebe	ano	ne	další 2 děti	ne	ne
statut dítěte	vlastní péče	vlastní péče	odebrány z péče	vlastní péče	ústavní péče
materiální zajištění	výživné od otce na jedno dítě, mateřské dávky, sociální dávky	rodičovský příspěvek	mateřské dávky	mateřské dávky	mateřské dávky
hodnocení finančních poměrů	vystačí pouze v programu	vystačí, měla vlastní ušetřené peníze	vystačí pouze v programu	nevystačí	vystačí pouze v programu
plán v budoucnu uplatňovat nárok na výživné	ne	ano	ne	ano	ne
opora a finanční pomoc o d původní rodiny	ano	ne	ano	ano	ano
plány do budoucna po odchodu z DC	doléčovací centrum, školka pro děti, zaměstnání	Doléčovací centrum, školka pro dceru	Doléčovací centrum, školka pro syna	Doléčovací centrum, bydlení u otce, školka po dceru	bydlení u babičky v Krkonoších
pocit osamocení	ano	ne	ne	ne	ne
setkávání s otcem dítěte	ne	ano	ne	ano	ne
péče prarodičů ze strany matky	ano	jak kdy	ano	ano	ano
péče prarodičů ze strany otce	ne	ano	ne	ano	ne
kamarádka mimo DC	ano	ne	ne	ano	ano
kamarádka-maminka, která je bývalá klientka DC	ne	ne	ano	ne	ne
v okolí někdo zkušený, kdo pomůže s dítětem	ano	ano (tchýně)	ne	ano	ano
spokojenost s garantem ve vztahu k dítěti	ano	ano	ano	ano	ano
partner v současné době	ne	ne	ano	ne	ne
služby pomáhající zvyšovat mateřské kompetence	vychovatelky, skupiny matek	zatím neabsolvovala	skupiny matek	skupiny matek	vychovatelky
sebedůvěra matky	dobry pocit, roli zvládá	cítí se dobře v roli matky	hodně špatná, děti jí odebrali, jedno dítě dala do adopce, má výčitky vůči dětem, snaží se s tím vyrovnat	nejdřív nízká sebedůvěra, v léčbě se zlepšuje	božsky, zodpovědně

Tabulka 1b Pokračování zpracování rozhovorů s matkami Terapeutické komunity

Jméno matky	Pavla	Jana	Simona	Simona	Dana
Hodnocení činnosti s dítětem: krmení	syn (3, 5 roku): na počátku: 6 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 8 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 5 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 3 , uprostřed: 7 , na konci: nehodnotila	na počátku: 2 , uprostřed: 6 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Hodnocení činnosti s dítětem: kojení	již nekojí	již nekojí	již nekojí	již nekojí	nekojí
Hodnocení činnosti s dítětem: koupání	syn (3, 5 roku): na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 8 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 4 , uprostřed: 7 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Hodnocení činnosti s dítětem: přebalování	již nepřebaluje	na počátku: 6 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	již nepřebaluje	již nepřebaluje	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Hodnocení činnosti s dítětem: uspávání	syn (3, 5 roku): na počátku: 7 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 7 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 5 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 3 , uprostřed: 8 , na konci: nehodnotila	na počátku: 2 , uprostřed: 5 , na konci: nehodnotila	na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Hodnocení činnosti s dítětem: mazlení	syn (3, 5 roku): na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 7 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Hodnocení činnosti s dítětem: povídání	syn (3, 5 roku): na počátku: 6 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 6 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 3 , uprostřed: 9 , na konci: nehodnotila	na počátku: 6 , uprostřed: 9 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Porozumění signálům dítěte, když má hlad	syn (3, 5 roku): na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Porozumění signálům dítěte, když je nemocné	syn (3, 5 roku): na počátku: 8 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 8 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila
Porozumění signálům dítěte, když je navené	syn (3, 5 roku): na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila syn (5 let) : na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 9 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: 10 , na konci: nehodnotila	na počátku: 10 , uprostřed: nehodnotila , na konci: nehodnotila

Tabulka 2a Zpracování rozhovorů s matkami Doléčovaciho centra

Jméno matky	Táňa	Dita	Pavla	Soňa	Veronika
dítě	dcera, 18 měsíců	dvojčata, syn a dcera, 1 rok	syn, 4 roky	syn, 1 rok	syn, 2 roky
doba léčby	2 měsíce	3 týdny	3 měsíce	1 měsíc	5 měsíců
předchozí léčba	Červený Dvůr	Karlovy	Karlovy	KC, PL Bohnice, Karlovy	Karlovy
jiné dítě kromě toho, co má u sebe	ne	starší syn	ne	starší syn	ne
statut dítěte	kojenecký ústav	vlastní péče	vlastní péče	vlastní péče	vlastní péče
materiální zajištění	mateřské dávky, sociální dávky doplatek na bydlení	rodičovský příspěvek, doplatek na životní minimum	výživné od druhého rodiče, mateřské dávky, sociální dávky v hmotné nouzi	mateřské dávky	mateřské dávky, sociální dávky v hmotné nouzi, práce
hodnocení finančních poměrů	nevystačí	bez pomoci rodičů by nevystačila	nevystačí	musí si přivydělávat	musí si přivydělávat
plán v budoucnu uplatňovat nárok na výživné	ano	ne	ano	ne	ano
opora a finanční pomoc od původní rodiny	ano	ano	ano	ne	ne
plány do budoucna po odchodu z DC	vyřešit dluhy, najít bydlení, školka pro dceru, zaměstnání, rekvalifikační kurz	nastěhovat se do rodného města, školka pro děti, zaměstnání, najít si partnera	bydlet s otcem dítěte, školka pro chlapce, práce	najít bydlení blízko rodiny, práce domů, školka pro dítě	bydlení v azylovém domě, žádost o sociální byt, navýšit úvazek v práci, školka pro dítě
pocit osamocení	ne, ale uvítala by víc sociálních kontaktů	ne	ano	ne	ano
setkávání s otcem dítěte	ne	ne	ano	ne	ano
péče prarodičů ze strany matky	ne	ano	ano	ano	ne
péče prarodičů ze strany otce	ne	ne	ano	ne	ano
kamarádka mimo DC	ano	ano	ano	ano	ano
kamarádka-maminka, která je bývalá klientka DC	ano	ano	ano	ne	ano
v okolí někdo zkušený, kdo pomůže s dítětem	ano (rodina, klientky DC)	ano (sestra, klientky DC)	ano (matka)	ano (klientky DC)	ano (klientky DC)
spokojenost s garantem ve vztahu k dítěti	ano	ano	ano	ano	ano
partner v současné době	ne	ne	ano	ne	ne

Tabulka 2b Pokračování zpracování rozhovorů s matkami Doléčovacího centra

Jméno matky	Táňa	Dita	Pavla	Soňa	Veronika
služby pomáhající zvyšovat mateřské kompetence	individuály, skupiny matek	skupinové terapie, individuály, vychovatelky	videotréning, skupina matek	vychovatelky, garant, individuální terapie	skupiny matek, individuály, vychovatelky
sebedůvěra matky	ze začátku bez sebedůvěry, momentálně na ní pracuje	má předchozí zkušenost, teď se cítí dobře	na začátku si nevěřila, v komunitě zlepšení, momentálně má pocit, že je dobrá matka	chybělo jí první dítě, bála se, že nebude dobrou mámou, momentálně zlepšení	v mateřských kompetencích věřila si až přehnaně, teď se mnohé dovednosti učí
Hodnocení činnosti s dítětem: krmení	na počátku léčby: nehodnotila , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: 5	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10	na počátku léčby: 3 , uprostřed léčby: 5 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10
Hodnocení činnosti s dítětem: kojení	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: nehodnotila	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10	nekojila	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: nehodnotila
Hodnocení činnosti s dítětem: koupání	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: 10	na počátku léčby: 9 , uprostřed léčby: 9 , na konci léčby: 9 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 9 , uprostřed léčby: 9 , na konci léčby: 9 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 4 , uprostřed léčby: 6 , na konci léčby: 8 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 6 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10
Hodnocení činnosti s dítětem: přebalování	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: 10	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: 9 , na konci léčby: 9 , v doléčování: 9	nepřebaluje	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10
Hodnocení činnosti s dítětem: uspávání	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: 8	na počátku léčby: 4 , uprostřed léčby: 6 , na konci léčby: 5 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 4 , uprostřed léčby: 6 , na konci léčby: 8 , v doléčování: 10	na počátku léčby: 9 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 7	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 8 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10
Hodnocení činnosti s dítětem: mazlení	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10	na počátku léčby: 4 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 2 , uprostřed léčby: 4 , na konci léčby: 6 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10

Tabulka 2c Pokračování zpracování rozhovorů s matkami Doléčovacího centra

Jméno matky	Táňa	Dita	Pavla	Soňa	Veronika
Hodnocení činnosti s dítětem: povídání	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 5 , na konci léčby: 5 , v doléčování: 7	na počátku léčby: 6 , uprostřed léčby: 7 , na konci léčby: 8 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 2 , uprostřed léčby: 3 , na konci léčby: 5 , v doléčování: 7	na počátku léčby: 4 , uprostřed léčby: 6 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 7	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10
Porozumění signálům dítěte, když má hlad	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila, na konci léčby: nehodnotila, v doléčování: 5	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: 5 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10
Porozumění signálům dítěte, když je nemocné	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: 10	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: 8 , na konci léčby: 8 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 4 , uprostřed léčby: 5 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 5 , uprostřed léčby: 6 , na konci léčby: 8 , v doléčování: 8	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: 8 , na konci léčby: 8 , v doléčování: 8
Porozumění signálům dítěte, když je unavené	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: nehodnotila , na konci léčby: nehodnotila , v doléčování: 10	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10	na počátku léčby: 3 , uprostřed léčby: 5 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 8 , uprostřed léčby: 5 , na konci léčby: 7 , v doléčování: 9	na počátku léčby: 10 , uprostřed léčby: 10 , na konci léčby: 10 , v doléčování: 10

7 Kazuistiky jednotlivých klientek Terapeutické komunity a Doléčovacího centra

7.1 Klientka Táňa

7.1.1 Okolnosti léčby

Táňa je klientkou doléčovacího centra, v době našeho rozhovoru měla za sebou 2 měsíce doléčování. Bydlí v chráněném bydlení a její dceři je 18 měsíců. Do doléčovacího centra přijela z Červeného Dvora, kde se předtím léčila. Dcera je její první dítě, momentálně je v péči Kojeneckého ústavu, matka má v plánu žádat o předání dítěte do vlastní péče hned po skončení léčby. Matka pobírá mateřské dávky a sociální dávku doplatek na bydlení. Na běžné potřeby si přivydělává, pracuje jako uklízečka. Své finanční poměry hodnotí jako nedostačující, když je v nejhorším pomůže jí sestra. V budoucnu plánuje uplatňovat nárok na výživné od otce dítěte. Otec o dcerce ví, ví i o povinnosti platit výživné, ale nemá na to peníze. Jediný člověk, který jí může poskytnout finanční pomoc v případě potíží je sestra. Matka klientky je sama v tíživé sociální situaci a svého otce nezná. Jako primární plány po skončení doléčování Táňa plánuje vyřešit svoje dluhy, aby sociální pracovníce viděla, že je schopna zabezpečit dítě a sama sebe. Dále by chtěla najít slušné bydlení ve vlastním bytě, ne na ubytovně, najít dcerce mateřskou školku tak, aby ona mohla pracovat a dělat si rekvalifikační kurzy.

7.1.2 Sociální okolí

Co se týče sociálního okolí, Táňa se necítí osamocená, i když by někdy uvítala víc sociálních kontaktů, jinak má pocit, že má čas celkem zaplněný. S otcem dítěte se nestýká, on neplní svoje otcovské povinnosti a matka si nepřeje, aby se někdy stýkali. Matka Táni bere její dcerku jako vnučku, viděla ji, má z ní radost a ráda by jí pomohla, ale Táňa nemá možnost odejít ze zařízení. Rodiče otce holčičku neznají, neviděli ji a ani o ní pravděpodobně neví. Mimo okruh známých z léčby a doléčování má Táňa několik kamarádek. Další přítelkyně má mezi matkami, které absolvovaly léčbu před ní. Jsou pro ní především psychologickou podporou. S dítětem jí pomáhají většinou maminky z doléčovacího centra a sestra hlídáním. Svého garanta ve vztahu k dcerce vnímá velmi pozitivně, oceňuje hlavně to, že sám garant má děti a ví jak s nimi pracovat, je informovaný a má děti rád. Se starostmi a problémy jejího dítěte se může obrátit hlavně na svého garanta a ostatní matky v DC. Táňa v současné době nemá partnera.

7.1.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

V části hodnocení jednotlivých činností s dítětem Táňa u krmení hodnotila počátek soužití a léčby a následně doléčování, protože během léčby, ani před odchodem holčičku neměla u sebe. Hodnocení krmení se během jejich odloučení nezměnilo a je pořád na stupnici od 1 do 10 na pětce. Holčičku kojila první měsíc a půl a hodnotí tuto činnost nejlepším hodnocením desítkou. Koupání taktéž hodnotí desítkou pro období na počátku soužití a taky teď v doléčování. Stejně tak hodnotí přebalování holčičky, i když se zmínila, že před narozením měla z této společné činnosti obavy. Uspávání hodnotí osmičkou. Problémy jí dělalo v doléčování hlavně to, že holčička měla jistý režim z kojeneckého ústavu a teď hledá způsob, jak uspávání zvládnout. Mazlení s dcerkou hodnotí na desítku ve všech fázích léčby. Středními hodnotami posuzuje povídání, které bylo od počátku léčby až po konec na pětce, teď ho vnímá trochu lépe, na sedmičku. Dodává, že by si chtěla s malou víc povídat, ale někdy neví jak. Co se týče porozumění signálům dítěte má pocit, že na počátku soužití jim rozuměla lépe, protože jí dávala jídlo pravidelně. Po návratu z Kojeneckého ústavu je krmení i vzhledem k tomu, že holčička vyrostla stále větší problém a z hodnocení na desítku to teďka hodnotí jenom pětkou. Nemoci dcerky rozumí na desítku a tak tomu bylo i na začátku léčby. S porozuměním únavy taky nemá problém.

Sebedůvěra matky byla podle ní na začátku téměř žádná. Nevěděla, jaké to bude až budou spolu, měla strach z toho jaké to bude, až začne být pro ní opravdovou mámou. Mateřské kompetence jí pomáhaly zvyšovat hlavně individuální skupiny a skupiny matek.

7.1.4 Popis grafu

Graf jejich spolužití klientka namalovala těsně nad kladnou osu v jedné rovině, ta se pak zvedala od jednoho roku, kdy začaly s holčičkou žít společně. Čára mateřských kompetencí kopíruje čáru života dítěte a stejně tak čára schopnosti porozumět.

Táňa potřeby svého dítěte vnímá jako běžné. Největší pohodu cítí když je dcerka spokojená, po jídle, když jí nic neschází, když si zpívá, nebo když ji koupe. Jako obtížně zvládnutelné situace vnímá matka hlavně, když holčička odmítá jídlo, když odporuje a nechce dělat to, co máma a když dětem bere hračky.

7.2 Klientka Dita

7.2.1 Okolnosti léčby

Dita je klientkou DC 3 týdny, u sebe má v péči dvojčátka- holku a kluka. Do doléčování přijela z Karlova. Kromě dvojčat má ještě syna. Děti má ve vlastní péči. Od státu dostává mateřské dávky a doplatek na životní minimum. S materiálním vyžitím jí pomáhají rodiče. S jejich pomocí může počítat i v budoucnu. Nárok na výživné od otce dětí nechce uplatňovat. Budoucnost svojí a svých dětí plánuje Dita tak, že se přestěhuje do jejího rodného města, děti dá do školky a najde si zaměstnání a partnera.

7.2.2 Sociální okolí

Co se týče sociálního kontaktu má pocit, že má dostatek společenských styků. Každý víkend taky jezdí za mámou. S otcem dítěte se nestýká a on povinnosti otce taky neplní. Jeho rodiče o dětech neví. Rodiče matky povinnosti prarodičů plní a k vnoučatům se podle toho chovají. Dita má kamarádky mimo okruh známých z léčby a doléčování a taky přítelkyni mezi maminkami, které absolvovaly léčbu před ní. S dětmi jí radou a hlídáním nejvíc pomáhá matka. Se svým garantem je velice spokojená a taky ho bere jako osobu, na kterou se může v průběhu doléčování s čímkoli obrátit. V současné době nemá partnera.

7.2.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Dita se rozhodla hodnotit svoje děti v jednotlivých činnostech společně, protože říká, že jsou oba stejní. Navíc má předchozí zkušenost, protože již má syna. Krmení a kojení hodnotí desítkou ve všech fázích léčby i teď v doléčování. Koupání se taky nezměnilo od jejich narození je pořád hodnoceno devítkou. Přebalování bylo na počátku léčby na osmičce, ale od prostředku léčby až po doléčování ho Dita vnímá na devítku. Uspávání se od počátku měnilo, na začátku léčby ho hodnotí čtyřkou, pak se uprostřed léčby změnilo na šestku, před odchodem ho vnímá na pětku a teď jako skoro ideální, na osmičku. Mazlení na počátku léčby hodnotila spíše negativně, pak to postupně stoupalo a dneska ho vnímá na devítku. Podobně se vyvíjelo i povídání od šestky až po devítku, zvyšovalo se to vždy v každé fázi léčby. Signálům hladu a únavy rozuměla vždycky na desítku, s nemocí měla taky jenom občasné problémy, vždy ho hodnotí osmičkou.

V roli matky se cítí dobře, přispívá k tomu i předchozí zkušenost. Mateřské kompetence jí pomáhá zvyšovat skupinové terapie, názory ostatních klientek, individuální skupiny a vychovatelky.

7.2.4 Popis grafu

Čáru života dětí začala Dita hluboko pod nulou, protože děti byli v dětském domově, pak se ale čára prudce zvedá nahoru a do prvního čtvrtletí pokračuje nad nulou a roste. Tam už začali bydlet s matkou v TK Karlov. Čára mateřských kompetencí začíná na nule pořád roste, stejně jako čára schopnosti porozumět signálům dítěte.

Největší pohodu cítí s dětmi venku na písku, když si hrají na chodbě a když si společně povídají. Pocit, že jim to vážně má hlavně když se vztekají a ona neví proč. Celkově ale dvojčata vnímá jako děti s běžnými potřebami.

7.3 Klientka Pavla

7.3.1 Okolnosti léčby

Pavla je v doléčování 3 měsíce, má u sebe čtyřletého syna. Do DC přijela z TK Karlov a chlapec je její první dítě. Má ho ve vlastní péči. Materiálně jí zajišťují mateřské dávky, sociální dávky hmotné nouze a výživné od otce dítěte. Své finanční poměry ale hodnotí jako nedostačující. Od své původní rodiny jí finanční pomoc poskytuje matka a může s ní počítat i do budoucna. Po odchodu z DC by chtěla bydlet s otcem dítěte v podnájmu, najít si práci a školku pro chlapce.

7.3.2 Sociální okolí

V DC se cítí osamocená. S otcem dítěte se stýká a on plní svoje otcovské povinnosti. Její rodiče i rodiče otce berou chlapce jako své vnouče a chovají se podle toho k němu. Mimo okruh známých z léčby a doléčování má Pavla jednu kamarádku, ta taky absolvovala léčbu před ní. S dítětem jí nejvíc pomáhá radou a hlídáním matka. Svého garanta vůči jejímu dítěti vnímá spokojeně. V průběhu doléčování se se starostmi svého dítěte může obrátit právě na svoji garantku. V současné době má Pavla partnera, je jím otec chlapce.

7.3.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Pavla svého syna nekojila, krmení hodnotí na počátku léčby na trojku, uprostřed léčby na pětku, před odchodem na sedmičku a teď jim to jde na devítku. Koupání hodnotí devítkou od počátku soužití až po dnešní dobu. Uspávání bylo pro Pavlu na začátku léčby obtížnější, hodnoceno čtyřkou, pak se vylepšilo na šestku uprostřed léčby, před odchodem bylo na osmičku a teď je úplně bezproblémově na desítku. Mazlení bylo taky na začátku složitější, na dvojku, pak se uprostřed léčby zlepšilo a čtyřku, před odchodem z léčby mazlení Pavla hodnotila na šestku a teď mu dává osmičku. Povídání mělo podobný vývoj, začalo na dvojce, pokračovalo trojkou, pětku a teď povídání matka hodnotí sedmičkou. S porozuměním signálu hladu nemá problém, chlapec si o něj řekne. Porozumění signálům nemoci se taky v průběhu léčby zlepšovalo, začínalo na čtyřce, pak stoupalo na pětku, sedmičku a posléze devítku. Podobný vývoj mělo i porozumění signálům únavy, na počátku léčby bylo na trojku, potom uprostřed léčby na pětku, ke konci na sedmičku a v doléčování na devítku.

Svoji sebedůvěru v mateřské schopnosti Pavla popisuje tak, že si nejdříve vůbec nevěřila, v komunitě se situace zlepšila a teď si myslí, že už je dobrá máma. Mateřské kompetence jí pomáhá zvyšovat video trénink, když sama vidí, co dělá špatně a co dobře a skupina pro matky.

7.3.4 Popis grafu

Křivka života dítěte od narození klesá pod nulu, matka brala heroin až do jednoho roku dítěte, kdy ji zavřeli spolu s chlapcem do vězení, křivka stoupá a od jednoho a tři čtvrtě roku do dvou a čtvrt let je Pavla se synem v TK Karlov, křivka pak znova klesá, protože začala brát drogy a od tří let chlapce se matka znovu léčí a křivka stoupá. Mateřské kompetence a schopnost porozumět dítěti tuto křivku života chlapce kopírují.

7.4 Klientka Soňa

7.4.1 Okolnosti léčby

Soňa byla v DC novou klientkou má u sebe téměř ročního chlapečka. Nejdřív byla klientkou kontaktního centra, detoxifikaci absolvovala v Psychiatrické léčebně Bohnice, léčila se v Karlově a odtud přijela do DC. Syn je jejím druhým dítětem, ještě má v péči starší dceru. Materiálně jí zajišťují mateřské dávky, o sociální dávky si bude žádat. Na živobytí si přivydělává úklidem. Otce dítěte nezná, proto si ani nebude nárokovat na výživné. Od své původní rodiny má jenom

materiální výpomoc pro dítě. Soňa si po odchodu z DC plánuje najít bydlení, podnájem blízko Litoměřic, aby byla blízko dcery, práci, kterou lze vykonávat i z domova, aby mohla být s dítětem.

7.4.2 Sociální okolí

V DC se necítí být osamocená, má kamarádku i rodinu. S otcem dítěte se nestýká a on povinnosti otce neplní. Její rodiče na rozdíl od rodičů otce povinnosti prarodičů plní, jezdí k nim na víkend za dcerou. Soňa má dvě kamarádky, které se neléčí a dopisují si spolu. Kamarádku mezi maminkami, které absolvovaly léčbu před ní nemá, kromě maminky kamarádky z Karlova. S dítětem jí nejčastěji pomáhají maminky v DC a občas známá z porodnice. Svého garanta popisuje jako perfektního ve vztahu k dítěti, může se na něj obrátit a s radostí jí poradí.

7.4.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Soňa má již druhé dítě a jeho krmení hodnotí na začátku soužití a léčby na pětku, uprostřed léčby a na konci na sedmičku a momentálně v doléčování zase o něco lepší na osmičku. Úplně stejně ohodnotila i kojení. Koupání na počátku soužití a léčby hodnotí na čtyřku, uprostřed pobytu v léčbě na šestku, ke konci na osmičku a teď ho vnímá na devítku. Na přebalování si taky společně zvykali déle, od pětky přes sedmičku až k devítce, kdy se už chlapec dokáže sám v klidu udržet na místě a nevztekat se. Uspávání bylo lepší na začátku léčby, pak z devítky kleslo na sedmičku. Mazlení bylo pro matku náročný, těžko se jí k němu hledala cesta, především proto, že se špatně nesla oddělení od prvního dítěte. Na počátku soužití ho hodnotí na pětku, pak se v léčbě zlepšilo na sedmičku a teď ho vnímá na osmičku. Povídání se vyvíjelo od čtyřky po sedmičku. Porozumění signálům syna, když má hlad, matka hodnotí na počátku soužití na osmičku, uprostřed pobytu v léčbě kleslo na pětku, pak se znova začalo zlepšovat a momentálně ho hodnotí osmičkou. Porozumění signálům nemoci se taky vyvíjelo od pětky až po osmičku k lepšímu. Únava dítěte byla pro matku nejdřív velice srozumitelná, pak hodnocení kleslo, před ukončením léčby zase stoupl na sedmičku a teď ho matka vidí na devítku.

Sebedůvěru matky vnímala Soňa nejdřív jako velmi malou, těžce hledala cestu k narozenému miminku po tom, jak jí odebrali z péče dceru. Bála se, že mu nebude umět dát lásku. Teď říká, že je situace mnohem lepší. Zvyšovat mateřské kompetence jí pomáhali především vychovatelky z Karlova a v DC hlavně dětská psychologka, sociální pracovnice, garant a terapeutka přes plán dítěte.

7.4.4 Popis grafu

Čáru života syna namalovala po narození prudce klesající dolů, protože dítě bylo v inkubátoru, od čtvrt roku pak zase stoupající nahoru, protože byli spolu a zvykali si na sebe. Od půl roku začalo pro matku těžké období, protože chlapec v noci nespí a křivka zase od tříčtvrtě roku stoupá, protože dítě projevuje denní aktivitu a dobře se učí. Nyní křivku namalovala zase směrem dolů, čistě ze subjektivního pocitu. Křivka kompetencí kopíruje křivku života a křivka schopnosti porozumět dítěti má do půl roku úplně obrácený tvar. Matka mi tuto skutečnost neuměla vysvětlit, říkala, že s dítětem nebyla sesynchronizovaná tak, jak by potřebovala. Situace, kdy cítí pohodu s dítětem jsou procházky, když si hrají a nebo když je přisátý u prsa. Vážne to mezi nimi především v noci, když dělá hluk. Svého syna vnímá jako dítě se zvláštními potřebami, hlavně když vyžaduje moc pozornosti a musí k němu v noci vstávat.

7.5 Klientka Veronika

7.5.1 Okolnosti léčby

Veronika je matkou dvouletého chlapečka, v DC se doléčuje pět měsíců. Do doléčování přijela z TK Karlov a syn je jejím prvním dítětem. Momentálně ho má ve vlastní péči, po narození byl měsíc v Kojeneckém ústavu. Materiálně jí zajišťují mateřské dávky, sociální dávky v hmotné nouzi a přivýdělek na 0,25 úvazku. V budoucnu plánuje uplatňovat nárok na výživné od druhého rodiče, konkrétně částku 1500 Kč měsíčně. Od své původní rodiny oporu a finanční pomoc nemá, snaží se narovnat vztahy a o pomoc si zatím nedovolí žádat. Po odchodu z DC plánuje jít bydlet do azylového domu, případně dát si žádost o sociální byt, udržet si práci a navýšit úvazek, zajistit školu pro dítě.

7.5.2 Sociální okolí

S dítětem se cítí osamocená, má málo společenských styků s pár známými. S otcem dítěte se stýká a on plní otcovské povinnosti. Rodiče matky zatím dítě jako své vnouče neberou, narozdíl od rodičů otce, kteří jsou mu především emocionální podporou. Veronika obnovila kontakt se známými se kterými se vídala než začala brát drogy. Také má přítelkyni mezi maminkami, které absolvovaly léčbu před ní. V DC má matka několik zkušených lidí, kteří jí pomůžou s dítětem hlídání i radou. Svou garantku vnímá ve vztahu k synovi velice dobře, hlavně proto, že je taky

matka. Lidi, na které se může v průběhu doléčování obrátit se starostmi nebo problémem jejího dítěte jsou hlavně dětská psychologka a vychovatelka dětí.

7.5.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Veronika se podle výsledků dotazníku cítí ve svých mateřských kompetencích velice dobře. Krmení a kojení hodnotila ve všech obdobích desítkou. Koupání způsobovalo na počátku jisté potíže, hodnotila ho šestkou, ale pak uprostřed léčby až doposud stoupl na desítku. Přebalování se taky děje bez problémů. Uspávání bylo na počátku soužití a léčby náročnější, uprostřed léčby ho matka hodnotí osmičkou a následně v dalším období soužití desítkou. Desítkou ve všech periodách hodnotí také mazlení a povídání. Porozumění signálům dítěte, když má hlad, viděla matka na počátku soužití na osmičku, pak hodnocení stoupl na desítku. Osmičkou ve všech obdobích hodnotí matka taky porozumění signálům nemoci. Únavě chlapce rozumí Veronika vždycky bez problémů.

Veronika říká, že měla na začátku velkou sebedůvěru, pak zjistila, že byla přehnaná a pracuje na ní. Jako nejúčinnější druhy služeb v léčbě a doléčování vidí skupiny matek, vychovatelky a individuální terapie.

7.5.4 Popis grafu

Čáru života dvouletého chlapce namalovala na začátku od minusových hodnot, která postupně stoupá, ve tři čtvrtě roku se dostává nad nulu a dále nabírá plusové hodnoty. Mateřské kompetence začíná znázorňovat nad nulou a postupně se zvyšují s věkem dítěte. Čára schopnosti porozumět začíná mezi čarou života a čarou schopnosti porozumět dítěti a taky stoupá.

Situace, kdy to mezi matkou a synem vážně jsou když jsou ve stresu a když je nemocný. Pohodové situace jsou všechny ostatní. Svoje dítě Veronika vnímá jako bezproblémové.

7.6 Klientka Pavla

7.6.1 Okolnosti léčby

Pavla je klientkou TK Karlov 2 měsíce, přijela z detoxifikačního oddělení a má u sebe dvě děti. Prvnímu chlapci je pět let, druhému jsou tři roky. Oba kluky má ve vlastní péči. Na jedno dítě dostává výživné od otce, materiálně jí zajišťují i mateřské dávky a je evidována na úřadu práce.

S finančními prostředky si vystačí pouze v programu. V budoucnu nechce uplatňovat nárok na výživné od otce druhého dítěte. Od své původní rodiny má oporu a i omezenou finanční pomoc. Svou budoucnost po skončení léčby plánuje v doléčovacím centru, chtěla by si najít práci a dát děti do mateřské školy.

7.6.2 Sociální okolí

S dětmi se cítí osamocená. S otcem jednoho ani druhého dítěte se nestýká a oni otcovské povinnosti (kromě vzpomínaného výživného) neplní. Stejně tak jejich rodiče o děti nejeví zájem, narozdíl od rodičů matky, kteří plní roli prarodičů. Klientka uváděla pouze stručné informace o svém sociálním okolí a to, že má kamarádku mimo okruh známých z léčby, ale kamarádku, která by absolvovala léčbu před ní nemá. Stejně tak nemá ve svém okolí někoho zkušeného, kdo jí pomůže s hlídáním dětí a radou. Svého garanta ve vztahu k dětem vnímá dobře. Se starostmi svých dětí se nejčastěji obrací na vychovatelky.

7.6.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Pavla má své děti v péči až od nástupu do léčby. Nekojí je, ani nepřebaluje a hodnotí své dovednosti pouze na počátku soužití a léčby. Hodnoty u jednotlivých aktivit, které uvádí jsou téměř totožné. Krmení u 3,5letého chlapce hodnotí matka osmičkou, u pětiletého šestkou. Koupání je u obou dvou synů na devítku. Uspávání se také u obou shoduje na sedmičku. S mladším se jí mazlí na desítku, se starším o trochu hůř, na osmičku. Povídá se jí s oběma stejně, na šestku. Signálům hladu rozumí u obou na desítku, kluci si většinou řeknou, když mají na něco chuť. Jejich nemoci rozumí u tří a půlletého na osmičku, u staršího na devítku. Únava je u obou synů pro matku srozumitelná na devítku.

Matka má ze sebe dobrý pocit, tuto roli zvládá. V léčbě jí pomáhají při zvyšování mateřských kompetencí především vychovatelky a skupiny matek.

7.6.4 Popis grafu

Čáru života mladšího dítěte matka namalovala prudce stoupající, protože kluk byl klidný, nepotřeboval pozornost. Od jednoho a tři čtvrtě roku pak začaly rozbroje mezi sourozenci a čára klesá dolů, matka nebyla se synem a teď je čára ještě níž, protože i když jsou spolu, pro matku je synovo období vzdoru velmi vyčerpávající. Starší kluk má čáru života od začátku velice vysoko,

byl vymodleným dítětem, rodina byla pospolu a podle slov matky měli všechno. Pak čára klesá, protože se museli několikrát stěhovat, což přinášelo změny a nutnost adaptace. U pětiletého chlapce se matce jeho čára života vybavovala těžce, protože je už starší a jeho jednotlivá období života si už nepamatuje. Své mateřské kompetence mi i po opakovaném vysvětlení zadání matka nebyla schopna namalovat. Čára schopnosti porozumět začala u mladšího kluka vysoko, matka říkala, že s tím nikdy neměla problém, asi od dvou let čára postupně klesá, matka to vysvětluje věkem dítěte. U staršího chlapce čára schopnosti porozumět začíná kousek pod čarou života a postupně klesá s událostmi, které se v jejich životech udály. I když čára života od dvou let pozvolna stoupá, čára schopnosti porozumět pořád klesá. Pohodu s dětmi cítí Pavla když je s nimi sama. Naopak to mezi nimi vážne když je na ní tlak z okolí. Kluky vnímá jako děti se zvláštními potřebami, protože potřebují víc pozornosti.

7.7 Klientka Simona

7.7.1 Okolnosti léčby

Simona je klientkou TK Karlov tři měsíce. U sebe má tříletého syna. Před nástupem do terapeutické komunity se nikdy neléčila. Kluk je její první dítě, které má ve vlastní péči. Na dítě jí otec výživným nepřispívá. Dostává sociální dávky- příspěvek na bydlení, je evidovaná na úřadě práce a jsou jí vypláceny mateřské dávky. Se svými finančními možnostmi si vystačí pouze v programu. V budoucnu plánuje uplatňovat nárok na výživné od druhého rodiče. S podporou a finanční pomocí může počítat od své původní rodiny, ale neví, jestli má tuto možnost i v budoucnu. Po odchodu z K plánuje pokračovat v doléčování, dát děti do školky, najít si práci a bydlení.

7.7.2 Sociální okolí

Co se týče sociálních styků v doléčování, cítí se spokojená. S otcem dětí je v kontaktu, pracují na výživném a stýkají se i s klukem. Prarodiče z otcovy i matčiny strany berou dítě jako své vnouče a podle toho se k němu i chovají. Kamarádku mimo okruh známých z léčby matka nemá. Nazná ani jinou matku, která by absolvovala léčby před ní. Ve svém okolí má ale lidi, kteří jí pomůžou s dítětem radou, nebo hlídáním. Svého garanta ve vztahu k dítěti vnímá dobře. Se starostmi svého dítěte se v průběhu léčby může obrátit především na kamarádky z komunity a vychovatelky.

7.7.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Své mateřské kompetence hodnotí na počátku léčby a uprostřed pobytu v léčbě. Matka nekojí ani nepřebaluje. Krmení a koupání na začátku i v průběhu léčby hodnotí desítkou. Na počátku léčby se jí syn uspával na čtyřku, teď uspávání hodnotí bezproblémově. Mazlení jim šlo na začátku na pětku, teď ho Simona vnímá na sedmičku. Povídání hodnotí matka na začátku pobytu na pětku, teď na osmičku. Signálům hladu, nemoci a únavy rozumí a vždycky rozuměla na desítku.

Její sebedůvěra matky se od narození syna dynamicky vyvíjela. Nejdřív měla pocit, že to zvládá, teď ten pocit přestává mít, říká, že se snaží, ale není spokojená. V léčbě jí při zvyšování mateřských kompetencí pomáhají mateřské skupiny a vychovatelky.

7.7.4 Popis grafu

Čára života chlapce od narození stoupá, matka nebrala drogy, miminko kojila do tři čtvrtě roku. Potom od jednoho roku čára klesá, protože matka začala znovu užívat návykové látky a chlapec to všechno vnímal. Od té doby to bylo stále horší, protože syn na matce všechno poznal. Čára života má klesající tendenci až do třetího roku života. Čáry kompetencí a schopnosti porozumět jsou úplně totožné a pozvolna stoupají do dvou let, pak v souvislosti s potížemi způsobenými braním obě křivky klesají.

Svoje dítě vnímá Simona jako dítě s běžnými potřebami. Největší pohodu cítí když si společně hrají, malují a nebo čtou pohádku. Situace, kdy to mezi nimi vážně jsou téměř pořád když si chlapec dělá co chce a neposlouchá matku.

7.8 Klientka Jana

7.8.1 Okolnosti léčby

Jana je novou klientkou terapeutické komunity, v léčbě byla teprve 14 dní. Před Karlovem se léčila v Psychiatrické léčebně v Šternberku a ve vojenské nemocnici v Olomouci. Má u sebe dvouletou dceru, která je jejím prvním dítětem, je ve vlastní péči matky, ale až do nástupu matky do léčby se o ní starala tchýně na základě slovní domluvy. Matka dostává rodičovský příspěvek a zatím si vystačí s financemi, které má, protože si před odchodem do léčby našetřila. V budoucnu plánuje uplatňovat nárok na výživné od druhého rodiče. Oporu a finanční pomoc od své původní rodiny nemá a neví, jestli ji někdy v budoucnu bude mít. Svou budoucnost po odchodu z TK zatím plánuje v DC v Praze. Také by dala ráda dceru do školky.

7.8.2 Sociální okolí

Jana měla hodně společenských styků v okolí, kde brala. Momentálně se jim ale rozhodla vyhýbat. V léčbě je se společenskými styky spokojená. S otcem dítěte se stýká a on povinnosti otce plní. Matka klientky má problémy s alkoholem a povinnosti prarodiče se jí zatím nedaří plnit. Od rodičů ze strany otce je zájem o vnučku a pomoc matce nabízena. Kamarády mimo okruh známých z léčby Jana nemá, všechno jsou to lidi závislí na návykových látkách. Nemá ani kamarádku mezi maminkami, které absolvovaly léčbu před ní. Tchýně je také osoba, která jí pomůže s dítětem radou a hlídáním. V komunitě se může se starostmi obrátit na kohokoliv.

7.8.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Jana hodnotí jednotlivé situace vždycky jenom na začátku léčby. Krmení ohodnotila pětkou, koupání osmičkou, přebalování šestkou, uspávání osmičkou, mazlení sedmičkou, povídání vidí na desítku. Signálům hladu rozumí na desítku, dcera si o to vždycky řekne. Nemoci rozumí na osmičku a únavě na devítku. V roli matky se cítí dobře. V léčbě a doléčování zatím neměla možnost absolvovat žádnou skupinovou terapii.

7.8.4 Popis grafu

Křivka života dcery po narození mírně stoupá, pak po 3 měsících klesá, protože matka odchází na měsíční detoxifikaci. Pak čára stoupá, matka drogy nebrala a když bylo dceři 15 měsíců klientka se k užívání vrátila a dcera byla v péči tchýně. Křivka schopnosti porozumět a křivka mateřských kompetencí kopírují vývoj holčičky a to, jak se měnila drogové kariéra matky.

Největší pohodu cítí matka s dítětem při mazlení, hraní a usínání. Vázne to mezi nimi hlavně když neposlouchá a odporuje, vzteká se. Dceru vnímá jako dítě s běžnými potřebami.

7.9 Klientka Simona

7.9.1 Okolnosti léčby

Simona je klientkou TK čtyři měsíce, u sebe má čtyřletou dceru. Před Karlovem se klientka léčila dva měsíce v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Dcera je jejím prvním dítětem, má ji ve vlastní péči. Na zaopatření dostává mateřské dávky, ale s financemi nevystačí. V budoucnu

plánuje žádat o výživné od otce dítěte. Finanční pomoc jí poskytuje otec klientky, s jeho pomocí může počítat i v budoucnu. Po skončení léčby plánuje bydlet u svého otce, ambulantně absolvovat doléčovací program a zajistit pro dceru mateřskou školku.

7.9.2 Sociální okolí

V léčbě má dostatek společenských styků. S otcem dcery se stýkali, momentálně o něm týden neslyšela. Prarodiče z jedné i z druhé strany rodičů o dítě jeví zájem a plní povinnosti prarodičů. Klientka má kamarádku mimo okruh známých z léčby, ale nezná maminku, která by absolvovala léčbu před ní. Ve svém okolí má osobu, která je zkušená a která jí s dítětem pomůže. Svého garanta ve vztahu k dceři vnímá velice dobře. V léčbě se se starostmi se svým dítětem obrací hlavně na vychovatelky.

7.9.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Krmení své dcery hodnotí klientka na počátku léčby na dvojku, momentálně se zlepšilo na šestku. Koupání vnímala matka na čtyřku, teď se vylepšilo na sedmičku. Uspávání bylo taky pro matku složitější na počátku soužití na dvojku, uprostřed léčby na pětku. S mazlením nemají problém, vždycky jim šlo na desítku. Povídání hodnotí klientka šestkou na začátku léčby a momentálně uprostřed pobytu v léčbě na devítku. Signálům hladu, nemoci a únavy rozuměla od počátku léčby na desítku. Dcera si většinou o nějakou potřebu řekne.

Sebedůvěra matky se v průběhu léčby zlepšuje. Mateřské kompetence jí pomáhají zvyšovat hlavně skupiny matek.

7.9.4 Popis grafu

Na grafu vidíme křivku od narození až do 9 měsíců věku stoupat, dcera byla hodné dítě, pak začíná zlobit a matka křivku směřuje dolů. Od dvou let bydlely spolu u rodičů půl roku. Pak od dvou a půl do tří let věku dcery byla celá rodina pohromadě. Od tří let se s matkou přestěhovaly zpátky k rodičům. Od tří do tři a půl roku matka byla bez dcery a pak společně nastoupily do TK Karlov. Mateřské kompetence a křivka schopnosti porozumět jsou vysoko nad nulovou osou až do dvou let. V období, kdy bydlela u rodičů prudce klesly obě křivky dolů. Následně v období, kdy byla matka, dcera i otec pohromadě křivka mateřských kompetencí stoupá vysoko nad

nulovou osu. Čára znova klesá dolů v době, kdy nebyla matka s dcerou. V současné době znova pozvolna stoupá.

Pohodu s dítětem cítí když dělají něco, co dcera chce, když si společně hrají, povídají, zpívají a čtou si pohádky. Situace, kdy to mezi nimi vážně jsou především ty, když si dcera něco vynucuje. Potřeby svého dítěte matka vnímá jako běžné.

7.10 Klientka Dana

7.10.1 Okolnosti léčby

Dana je klientkou TK Karlov 3 měsíce. U sebe má čtyřměsíčního chlapečka. Její předchozí léčba probíhala 2 měsíce v Jihlavě v roce 2008 a jeden týden v Bílé Vodě. Dítě, které má u sebe je její první dítě, je v ústavní péči. Finančně jí zajišťují mateřské dávky, se kterými si vystačí pouze v programu. Výživné od druhého rodiče nedostává a ani si neplánuje tento nárok uplatňovat. Finanční pomoc dostává od své rodiny a může s ní počítat i v budoucnu. Po skončení léčebného programu v Karlově plánuje odjet bydlet k babičce do Krkonoš.

7.10.2 Sociální okolí

V terapeutické komunitě má dostatek společenských styků. S otcem dítěte se nestýká a ani jeho rodiče svoje povinnosti vůči vnoučeti neplní. Rodiče matky plní role prarodičů. Kamaráda nebo kamarádku mimo okruh známých z léčby má, nemá ale kamarádku mezi maminkami, která by absolvovala léčbu před ní. Se svým garantem je klientka spokojená. V průběhu léčby má hodně lidí, na které se může v průběhu léčby obrátit, nejlépe na svého garanta, na ostatní maminky a vychovatelky.

7.10.3 Hodnocení jednotlivých činností s dítětem

Matka hodnotila u svého syna jenom počátek soužití a léčby, vzhledem k věku chlapce. V roli matky se cítí božsky a zodpovědně, z čeho vyplývá asi i její hodnocení jednotlivých činností. Desítkou hodnotila krmení, koupání, přebalování, mazlení a povídání. Devítkou pak uspávání. Signálům hladu a únavy rozumí matka na desítku, signálům nemoci pak na devítku.

7.10.4 Popis grafu

Křivka života syna do čtvrt roku klesá, protože dítě nebylo s matkou. Od této doby stoupá prudce nahoru. V souvislosti s tím klesají a následně stoupají i mateřské kompetence a schopnost porozumět. Největší pohodu cítí když chlapec nebrečí, je po jídle, mazlí se spolu a povídají si. Vážne to mezi nimi když je unavený a pláče a nedaří se jí ho uklidnit. Potřeby svého dítěte vnímá jako běžné.

8 Vyhodnocení výsledků výzkumu

V následující kapitole uvádím hypotézy, které jsem si pro své výzkumné šetření vytýčila a jejich vyhodnocení. Každá hypotéza je podložena fakty z teoretické části a vyhodnocení sestaveno na základě zjištěných údajů z rozhovorů.

8.1 Hypotéza 1.

Matky v léčbě nebo doléčování z drogové závislosti nemají podporu otce dítěte. Otec své povinnosti neplní a s dítětem ani s matkou není v kontaktu.

Vyhodnocení hypotézy 1

S otcem dítěte se podle mého výzkumného šetření setkávají dvě z pěti matek z Doléčovacího centra a stejně tak dvě z pěti matek z Karlova. Z Terapeutické komunity má jedna matka oporu partnera, který není otcem dítěte.

8.2 Hypotéza 2

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají podporu ze strany svých rodičů, kteří buď sami mají problémy s návykovými látkami, nebo kvůli narušeným vztahům v rodině nemají zájem věnovat se vnoučatům.

Vyhodnocení hypotézy 2

Z klientek Doléčovacího centra tři matky z pěti mají podporu svých rodičů. Z pěti klientek Terapeutické komunity mají plnou podporu čtyři, jedna má jejich podporu jen v některých situacích.

8.3 Hypotéza 3.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají podporu prarodičů ze strany otce dítěte.

Vyhodnocení hypotézy 3

Z klientek Doléčovacího centra se můžou na péči a podporu prarodičů ze strany otce spolehnout dvě matky. Z klientek Terapeutické komunity tuto možnost mají také dvě matky z pěti.

Vyhodnocení hypotézy 2 a 3

Podporu z obou stran prarodičů má z Terapeutické komunity jedna matka, druhá uvádí částečnou podporu z jedné strany a úplnou podporu ze strany druhé. Z Doléčovacího centra má podporu z obou stran rodiny jenom jedna matka.

Z Terapeutické komunity má plnou podporu otce dítěte i obou stran rodičů partnerů jedna matka, druhá má plnou podporu otce, jedné strany prarodičů a částečnou podporu druhé strany prarodičů.

Z Doléčovacího centra má možnost plné podpory ze strany otce i obou stran prarodičů pouze jedna klientka.

8.4 Hypotéza 4.

Děti byly matkám po zjištění drogové závislosti odebrány z péče. V léčbě mají matky dítě u sebe, ale právně za něj odpovídá ústavní zařízení, nebo je svěřeno do péče širší rodině. V doléčování, tedy po absolvování léčby je dítě opět svěřeno do péče matky.

Vyhodnocení hypotézy 4.

V Terapeutické komunitě mají dítě ve vlastní péči tři matky z pěti. V doléčovacím centru za dítě plně odpovídají čtyři z pěti matek.

8.5 Hypotéza 5.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti jsou v nepříznivé sociální situaci.

Vyhodnocení hypotézy 5.

Z matek terapeutické komunity si tři vystačí z financemi pouze v programu, jedna si nevystačí vůbec a jedna si vystačí díky ušetřené hotovosti.

Z matek Doléčovacího centra hodnotí tři z pěti svou finanční situaci jako nedostačující, zbylé dvě si na živobytí přivydělávají.

8.6 Hypotéza 6.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají finanční oporu od původní rodiny. Tato situace je způsobena narušenými vztahy, nebo finančními problémy v samotné původní rodině klientky.

Vyhodnocení hypotézy 6.

Z matek doléčovacího centra mají finanční podporu od původní rodiny tři matky z pěti. V Terapeutické komunitě čtyři matky z pěti.

8.7 Hypotéza 7.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti nemají vytvořenou sociální síť přátel mimo okruh léčby s lidmi, kteří nejsou drogově závislí.

Vyhodnocení hypotézy 7.

Dvě matky v doléčování z pěti se cítí být osamocené. V léčbě se osamocená cítí jedna matka z pěti. Všechny klientky z doléčování mají kamaráda nebo kamarádku mimo okruh známých ze zařízení. V léčbě mají přátelské vztahy s neuživateli tři matky z pěti.

Z klientek doléčovacího centra mají čtyři z pěti mezi známými matku, která absolvovala léčbu v Doléčovacím centru před nimi. Z klientek terapeutické komunity v Karlově má takovou známost jenom jedna.

Čtyři matky z Karlova mají v okolí někoho zkušeného, kdo jim pomůže s dítětem radou, hlídáním a pod. Z doléčovacího centra tuto možnost mají všechny matky.

Všechny matky jsou se svým garantem spokojeny a můžou se na něj obrátit se vším, co se týče jejich dítěte. Hodně matek oceňuje hlavně fakt, že garant sám je rodičem a poskytuje klientce rady z vlastních laických zkušeností.

Jedna matka z doléčovacího centra a jedna matka z terapeutické komunity má v současné době partnera.

8.8 Hypotéza 8.

Během léčby rostou kompetence matek v péči o dítě. V doléčování se tyto schopnosti ještě vylepšují.

Vyhodnocení hypotézy 8.

Obecně se kompetence matek v Terapeutické komunitě vždy s postupem času v léčbě zlepšovaly, nebo zůstaly hodnoceny stejným číslem.

V doléčovacím centru se mateřské kompetence ve většině případů zlepšovaly, jedna klientka zaznamenala zhoršení při uspávání syna, další pak zhoršení u porozumění signálům hladu.

8.9 Hypotéza 9.

Matky v léčbě a doléčování z drogové závislosti své dítě nekojí, nebo nekojily.

Vyhodnocení hypotézy 9.

Z matek doléčovacího centra i z matek terapeutické komunity své dítě nekojila jedna matka z pěti.

8.10 Hypotéza 10.

Mezi tři služby poskytované občanským sdružením SANANIM, které nejvíc pomáhají matkám ve zvyšování mateřských kompetencí patří vychovatelky, skupiny matek a individuální terapie s garantem.

Klientky uváděly víc druhů služeb, než jenom jednu. Šest matek z deseti uvádí vychovatelky jako jednu ze služeb, které jim pomáhají zvyšovat mateřské kompetence. Skupinu matek volí sedm matek z deseti a individuální terapie s garantem pět matek z deseti.

8.11 Hypotéza 11.

Sebedůvěra matky v její nové roli je u matek v léčbě a doléčování z drogové závislosti velmi nízká. Během léčby se zvyšuje s nabitými zkušenostmi a absolvovanými programy.

Vyhodnocení hypotézy 11.

Z matek v doléčování začínali tři matky z pěti s úplně nízkou sebedůvěrou ve své dovednosti v roli matky. S postupující léčbou jejich sebevědomí roste. Jedna matka již má starší dítě a to jí dodalo sebedůvěru a další si věřila přehnaně a v průběhu léčby se mnohým dovednostem musí učit.

Z matek v terapeutické komunitě se tři matky z pěti cítí ve své roli dobře. Dvě mají nízký stupeň sebedůvěry a obě na něm postupně pracují.

9 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit situaci matek závislých na psychoaktivních látkách a přijmout, resp. zamítnout stanovené hypotézy. Rozhovor jsem provedla s deseti matkami, které byly ochotny rozebrat se mnou své vztahové a sociální potřeby a mateřské kompetence. V Terapeutické komunitě byly matky přítomny a tak jsem rozhovory s nimi udělala během jednoho nedělního odpoledne. Složitější pro mně bylo domlouvat se a zastihnout pracující klientky doléčovacího centra. Kvůli malému vzorku mého šetření není možno vyvozovat ze sesbíraných dat jakékoliv závěry. Povedlo se mi ale kvalitativně zmapovat vztahové a sociální potřeby a mateřské kompetence každé z klientek a díky tomu přijmout nebo zamítnout stanovené hypotézy.

Z výsledků lze hodnotit následující:

- Méně než polovina matek v léčbě a doléčování z drogové závislosti se setkává s otcem dítěte, který plní otcovské povinnosti.
- Osm matek má podporu od svých rodičů, prarodičů dítěte. Podporu prarodičů ze strany otce má méně než polovina respondentek.
- Celkové má teda plnou podporu od otce dítěte i obou stran prarodičů jedna matka z Doléčovacího centra a dvě matky z Terapeutické komunity.
- Většina matek z Terapeutické komunity i z Doléčovacího centra již má dítě ve své péči.
- Většina matek v léčbě a doléčování hodnotí svou finanční situaci jako nedostačující, nebo jako zvládnutelnou pouze v podmínkách léčebného programu. Dvě matky z Doléčovacího centra si přivydělávají a jedna klientka Terapeutické komunity s financemi vystačí díky ušetřené hotovosti. Většina matek se ale může spolehnout na finanční pomoc od své původní rodiny.
- Tři matky z deseti se cítí být osamocené v léčbě a doléčování. Většina má kamaráda, nebo kamarádku, kteří nejsou uživatelé. Polovina matek má ve svém okolí jinou matku, která absolvovala léčbu před ní.
- Téměř všechny matky mají ve svém okolí osobu, na kterou se můžou obrátit s problémem ohledně výchovy dítěte.
- Partnera mají jenom dvě klientky z deseti.

- U všech matek v léčbě i doléčování v téměř všech činnostech dochází ke zlepšení ve vnímání svých mateřských kompetencí.
- Nejvíce prospěšným programem pro rozvoj mateřských kompetencí je pro klientky skupina matek, pak pomoc vychovatelek a následně individuální sezení s garantem.
- Většina matek si ve své roli nevěří, všechny ale pracují na zlepšení sebepojetí ve vztahu k mateřské roli.

Vzhledem k malému počtu respondentek, si nedovoluji vyvozovat z výsledků výzkumu jakékoliv závěry. Skutečnost, že se matka vyléčí a následně bude schopna zabezpečit sobě i dítěti důstojné životní podmínky závisí na množství faktorů vnitřních i vnějších. Ty vnější jsem ve svém šetření prozkoumala u každé matky tak hluboko, jak mi to dovolila. Podle Havlové (2012) z nich lze soudit, že čím větší podporu okolí matka má, čím má kolem sebe víc lidí, kteří neberou návykové látky, tím větší je šance úzdravy. Šanci zvyšuje také příznivá finanční situace, přítomnost pomoci od rodiny a hlavně vztah matky s dítětem, který si mezi sebou vytvoří. Druhou velkou kategorií faktorů ovlivňujících léčbu tvoří vnitřní motivace, odhodlání matky léčit se a to, jak sama svoji situaci vnímá. K tomu se navíc přidávají další činitele jako terapeutický proces a naděje, kterou pracovníci do klientky vkládají.

Bibliografie

BARKER, Gary. *Použití kvalitativních metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Brno: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80- 85834- 78- 2

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246- 0139- 7

HANZAL, Pavel. Po porodu neberu . In *Ženy a drogy*. Praha : SANANIM, 2009, s. 23- 30.

HAVLOVÁ, Kamila. SANANIM o.s., Ovčí hájek 2549/64 A, 15800 Praha 13, 25.3.2012.

LABUSOVÁ, E. Vychovávají otcové jinak?. *Miminko*, 2008, vol. 6., no. 5., p. 19–20.

LUKEŠOVÁ, Jaroslava. Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti. In *Ženy a drogy*. Praha : SANANIM, 2009, s. 45- 49.

MOTYČKOVÁ PETROŠOVÁ, Veronika. Sociálně právní aspekty práce s uživatelkami drogomatkami. In *Ženy a drogy*. Praha : SANANIM, 2009, s. 89- 93.

NEŠPOR, K. nešpor(n)oviny. *Psychologie dnes*, 2010, vol. 16., no. 1., p. 41–41.

PRESLOVÁ, Ilona. Drogy, ženy a my . In *Ženy a drogy*. Praha : SANANIM, 2009, s. 11- 14.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1820-3.

Výroční zpráva 2009 SANANIM. Praha: o.s. SANANIM, 2010.

WENGRAF, Tom. 2004. *Qualitative research interviewing: Biographic Narrative and Semi-Structured Methods*. London: SAGE Publications, 2004. ISBN 0-8039- 7501- 5

Seznam citovaných elektornických zdrojů:

Historie o.s. SANANIM. *O.s. SANANIM* [online]. 2007 [cit. 2012-05-04]. Dostupné z: http://sananim.cz/o_nas/historie.html

LABUSOVA, Eva. Eva Labusova.cz: rodičovství psychologie zdraví. *Eva Labusová* [online]. 2008 [cit. 2012-06-30]. Dostupné z:[http:// evalabusova.cz/clanky/vychovavaji.php](http://evalabusova.cz/clanky/vychovavaji.php)

LABUSOVÁ, Eva. Eva Labusová.cz: rodičovství psychologie zdraví. *Eva Labusová* [online]. 2008 [cit. 2012-06-30]. Dostupné z: http://evalabusova.cz/clanky/zalezi_kojeni.php

Léčba mladistvých a mladých dospělých- Naše cíle. *O.s.SANANIM* [online]. 2007 [cit. 2012-07-01]. Dostupné z [http://sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\)/lecba-matek-s-detmi/nase-cile.html](http://sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk)/lecba-matek-s-detmi/nase-cile.html)