



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Život rodičů a dětí v terapeutické komunitě

Vypracovala: Kateřina Trejlová
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Bílková, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Bílkové, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad a připomínek, a především její čas a trpělivost při vypracování této práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich čas a ochotu při poskytování rozhovorů.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou závislosti u rodičů s dětmi, kteří se léčí v terapeutické komunitě. Jde se o jednu z mála možností, kde mohou mít rodiče během léčby své děti u sebe. Cílem práce je zjistit, jak možnost léčby spolu se svým dítětem/děťmi vnímají samy klientky. Cílem práce je rovněž zjistit, jak vnímají přizpůsobení programu terapeutické komunity pro rodiče s dětmi a jak jsou spokojené s nabídkou aktivit pro rozvoj dětí. Teoretická část se zabývá charakteristikou terapeutické komunity, užíváním návykových látek v průběhu těhotenství a rodičovstvím v kombinaci se závislostí. Pro praktickou část byl zvolen kvalitativní výzkum realizovaný pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zúčastněného pozorování a písemného dotazování. Data byla zpracována pomocí tematické obsahové analýzy. Z výzkumného šetření vyplývá, že za možnost léčby spolu se svým dítětem jsou respondentky velmi rády a bez této možnosti by do komunity nenastoupily. Děti jsou jejich hlavní motivací. Přizpůsobení programu i nabídka aktivit se ukázaly jako dostačující a téměř všechny respondentky jsou s tímto chodem spokojené.

Klíčová slova

Terapeutická komunita; závislost; návykové látky; rodičovství.

Abstract

This bachelor thesis deals with the problematic of children parents' addiction, who are cured in therapeutic community. It is one of few possibilities, where parents can have their children by their side. The aim of this thesis is to discover how the clients perceive the treatment possibilities with their child/children. The aim is also to discover how they perceive adapting to programs of communities for parents and children and how satisfied they are with offered activities for the child's development. The theoretical part deals with the characteristics of therapeutic community, use of addictive substances during pregnancy, and parenthood combined to addiction. Qualitative research was used for the practical part realized by semi-structured dialogue, present observation and written questioning. Data was processed by theme content analysis. Research investigation shows that respondents are very thankful for the treatment option and that they wouldn't join the community without it. Children are their main motivation. Adapting to the program and activity offer showed as sufficient and almost all respondents are satisfied with the current service.

Keywords

Therapeutic community; addiction; addictive substances; parenthood

Obsah

Úvod.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	9
1.1.1 Vznik a vývoj.....	9
1.1.2 Definice terapeutické komunity	9
1.1.3 Cíle léčby	10
1.1.4 Řád a struktura.....	11
1.1.5 Průběh léčby	12
1.1.6 Terapeutické programy.....	13
1.2 NÁVYKOVÉ LÁTKY V TĚHOTENSTVÍ	15
1.2.1 Návykové látky	15
1.2.2 Průběh těhotenství	18
1.2.3 Možnosti léčby v těhotenství.....	19
1.3 ZÁVISLOST A RODIČOVSTVÍ.....	21
1.3.1 Pobyť matky s dítětem v TK	22
1.3.2 Motivace k léčbě.....	23
1.3.3 Práce s rodinou klientky.....	24
1.3.4 Úprava programu v TK	24
1.3.5 Volnočasové aktivity	25
1.3.6 Následná péče.....	25
2 PRAKTICKÁ ČÁST	28
2.1 CÍL PRÁCE	28
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.3 METODOLOGIE VÝZKUMU	28

2.3.1	Polostrukturovaný rozhovor	29
2.3.2	Pozorování	29
2.3.3	Etické zásady výzkumu.....	30
2.3.4	Realizace výzkumu	30
2.3.5	Analýza dat.....	32
2.4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
2.4.1	Shrnutí poznatků, získaných z písemného dotazování s vychovatelkou: .	38
2.4.2	Shrnutí zúčastněného pozorování	38
2.5	DISKUZE	42
2.6	ZÁVĚR	44

ÚVOD

Závislost na návykových látkách nebývá příliš diskutovaným problémem, ačkoliv se s ním potýká nemalé množství lidí. Možností, jak svou závislost řešit, je mnoho. Existují ale také specifické skupiny, jako jsou např. závislí rodiče s dětmi, pro které je množství těchto možností o mnoho menší. Jednou z těchto možností je terapeutická komunita, kde je možnost mít v průběhu léčby své dítě/děti u sebe. Vzhledem k nutnosti přizpůsobení programu či vybavení komunity tuto možnost nemohou nabízet veškeré terapeutické komunity u nás. Jedná se proto opět spíše o výjimku.

Děti, které přicházejí do komunity spolu se svým rodičem, kterým bývá ve většině případů matka, neprožívají zcela ideální dětství. Ovšem jejich život před nástupem do komunity bývá ještě o poznání horší. Komunita se snaží dělat maximum pro to, aby dětem alespoň částečně vynahradila rodinné prostředí, které postrádají. Rodiče z důvodu závislosti často své děti odsouvají a dostatečně se jim nevěnují. V komunitě mají možnost se vše potřebné naučit a vynahradit tím svým dětem to, co doposud zanedbávali.

Cílem práce je přiblížit okolnosti života rodičů trpících závislostí a jejich dětí, žijících spolu se svými rodiči v terapeutické komunitě. Dále jsem se snažila nalézt odpovědi na otázky: Jak vnímají klientky možnost léčby spolu se svým dítětem/děti? Jak klientky vnímají přizpůsobení programu terapeutické komunity pro rodiče s dětmi a jak jsou spokojené s nabídkou aktivit pro rozvoj jejich dětí?

V teoretické části jsem vymezila základní pojmy a informace, týkající se této problematiky. Výzkumná část byla provedena v nejmenované terapeutické komunitě prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s přítomnými klientkami, zúčastněným pozorováním a písemným dotazováním s vychovatelkou.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

1.1.1 Vznik a vývoj

Dle Hartla (1997) vznikla terapeutická komunita (dále TK) v době druhé světové války ve Velké Británii. Důvodem vzniku byly psychické problémy, které se začaly objevovat u vojáků následkem válečných traumat. Ve snaze rychlé pomoci a návratu vojáků zpět do boje se začala používat skupinová psychoterapie. Dle Kratochvíla (1979, in Hartl 1997) ale pojem terapeutická komunita jako první použil ředitel psychiatrické nemocnice T. F. Main v roce 1946.

Adameček a Radimecký (in Kalina, 2015) rozdělují vznik TK ve 20. století na dva směry. První typ komunity, tzv. demokratické, vznikl pro klienty s poruchami duševního zdraví. Druhým typem je komunita hierarchická, určená pro drogově závislé klienty. U obou typů komunit platí, že se klient aktivně podílí na své léčbě a rozhodovacích procesech v komunitě.

1.1.2 Definice terapeutické komunity

Kratochvíl (1979, in Kalina 2008) definuje TJK jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kdy spolu určitou dobu žijí klienti většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, a kromě skupinových sezení spolu sdílejí další společný program s pracovními a jinými různorodými činnostmi, což umožňuje promítání problémů ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Terapeutickou je komunita proto, že kromě uvedené projekce umožňuje také zpětné informace o maladaptivním chování, podporuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů. Má za úkol umožnit korektivní zkušenost a podporovat nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.

TK můžeme chápat ve dvojitým pojetí. V prvním, širším smyslu, znamená TK určitou formu organizace léčebné instituce. Očekává se otevřená komunikace všech členů komunity a jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě. Pacient zde není pouhým pasivním „spotřebitelem“ léčby, ale stává se z něj aktivní síla spolupodílející se na vlastní

léčbě. Naopak TK v užším slova smyslu vnímáme především jako metodu léčby. Je využíváno dynamiky malé skupiny i většího společenství a na přestavbě pacientovy osobnosti pracuje nejen on sám, ale také malá skupina lidí, tvořena členy komunity. Prostředí i vztahy v komunitě jsou velmi blízké běžnému životu, včetně každodenních problémů a konfliktů, které se zde učí řešit a zvládat, což se stává jednou z nejvýznamnějších složek léčby (Hartl, 1997).

Hartl (1997) uvádí hlavní zásady fungování TK:

1. **Hrát aktivní roli** – což umožňuje projevení skrytých schopností a napomáhá k vlastnímu procesu uzdravení.
2. **Spoluúčast** – členové komunity se aktivně podílejí na své vlastní léčbě, ale i léčbě ostatních členů. Přebírají za svou léčbu a chod komunity odpovědnost. K tomu je potřeba ochota k soužití v komunitě a naprosté přijetí odlišností.
3. **Vzájemná komunikace** – probíhá bez jakéhokoli ohledu na hierarchii rolí, takže i personál musí dokázat přijmout kritiku od členů. Vede to k větší otevřenosti, vstřícnosti i porozumění.
4. **Rovnoprávnost v rozhodování** – členové se podílejí na řízení komunity a dochází k výměnám rolí. Ve skupině, kde k výměnám rolí nedochází, nastává stagnace.
5. **Pospolitost** – spočívá v podporování vztahů a kontaktů mezi členy komunity. Každá skupina, včetně terapeutické, má svůj úkol, který může spočívat v touze po uzdravení, nebo touze po vytvoření bezpečné a akceptující atmosféry, v níž k uzdravení může dojít.
6. **Permisivnost** – znamená postoj, kdy se člověk snaží vyhýbat kritizování druhých osob, respektuje a akceptuje chování druhých, i když vybočuje z běžné normy.

1.1.3 Cíle léčby

Mezi hlavní cíle léčby v TK patří umožnit závislému žít život bez užívání drog či jiného destruktivního chování. Nejde ale pouze o odstranění negativního symptomatického chování. Léčba se také snaží rozšířit u klienta pozitivní životní styl, zvládnání stresových

situací, nebo naučit se vytvářet uspokojivé blízké vztahy s druhými lidmi a užívat si života (Kooyman, 2004).

Adameček a Radimecký (in Kalina, 2015) uvádějí, že léčba v TK se označuje jako „léčba vedoucí k abstinenci“ či „léčba orientovaná k abstinenci“. Abstinence ovšem není cílem léčby, ale pouhým prostředkem, který je k uzdravení nezbytný. Klient také musí pochopit a přijmout, že se abstinence stane důležitou součástí jeho dalšího života. Z toho vyplývá, že cílem TK je změna životního stylu. Léčba je orientovaná tak, aby klient dosáhl osobního růstu a nový životní styl si udržel i po návratu do běžného života. Prostředkem, jak tohoto cíle dosáhnout, je samotný pobyt v komunitě, se všemi jeho aspekty.

1.1.4 Řád a struktura

Fungování TK zajišťuje řád, který je tvořen souborem pravidel. Pravidla musí být formulována tak, aby byla snadno srozumitelná pro všechny. Jejich množství by nemělo být příliš velké, aby jejich srozumitelnost neklesala. Pokud je množství pravidel adekvátní, pomáhají klientům zajišťovat ochranu a pocit bezpečí. Jejich dodržování je od klientů vyžadováno od prvního dne po nástupu do komunity, bez možnosti si vše promyslet, nebo si přijít k lepšímu chování samostatně. Klient se tak často této změně chování brání. Podpory se mu dostává ze strany týmu i od starších členů komunity (Adameček a Radimecký in Kalina, 2015).

Řád obsahuje:

- Časovou strukturu dne a týdne
- Povinnosti klientů a požadavky na jeho chování v programu
- Způsoby hodnocení požadovaného chování
- Sankce za režimové přestupky
- Odměny za dodržování režimu

Časová struktura dne a týdne se velmi podobá běžnému životu. Pracovní dny jsou rozděleny na tři přibližně stejné díly, které tvoří spánek, volný čas a jednotlivé aktivity, včetně pracovní terapie. O víkendu je více volného času. Mezi základní povinnosti

každého klienta patří dodržování několika základních pravidel, kdy jejich porušení může vést až k vyloučení z komunity (Adameček a Radimecký in Kalina, 2015).

Broža (in Kooyman, 2007) rozděluje pravidla na čtyři základní druhy:

1. Klíčová pravidla – jedná se právě o pravidla, při jejichž porušení hrozí vyloučení, nebo přeřazení do jiné komunity. Zařadit sem můžeme např. zákaz užívání drog a manipulace s nimi, nebo zákaz sexuálních vztahů.
2. Další psaná pravidla – je to celá řada dalších pravidel, které má každá TK. Měla by být srozumitelná a měla by odpovídat specifikům klientů.
3. Nepsané pravidla – předávají se ústně, nebo neverbálně mezi klienty. Nemusejí být ale vždy užitečná, pokud se dostanou do rozporu s oficiálními pravidly.
4. Nevědomá pravidla – zde se jedná o pravidla, která si klient přináší ze svého minulého života. Bývají ovlivněna především rodinou a výchovou.

1.1.5 Průběh léčby

Nástup do komunity probíhá různými způsoby podle zvyků jednotlivých TK. Asistují při tom starší členové komunity, nebo mohou celý nástup sami zajišťovat. Nově nastupujícího klienta čeká např. vstupní rozhovor, toxikologická a dechová zkouška, nebo prohlídka osobních věcí (Kalina, 2008). Průběh léčby v TK je rozdělen do 4 fází (viz tabulka č. 1), přičemž každá z nich se vyznačuje svými pravidly a povinnostmi klienta. Pro přestup do další fáze tedy klient musí splnit povinnosti, jež jsou součástí jednotlivých fází, ale také určitý časový úsek, který je pro fázi určen. Následně musí klient o přestup požádat komunitu a o jeho přestupu se hlasuje. Přestup probíhá formou slavnostního rituálu a potvrzuje posun klienta v léčbě (Adameček a Radimecký, in Kalina, 2015).

Tabulka č. 1: Rozdělení léčby na jednotlivé fáze

Charakteristika	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze
Možný název	rozhodovací	mapovací	nácviková	odpoutávací
Cíl	poznat program a rozhodnout se, zda jej klient chce absolvovat	identifikace problémů klienta, plánování kroků k jejich řešení	nácvik nových vzorců chování a jejich internalizace	příprava přechodu z chráněného prostředí terapeutické komunity do podmínek běžného života
Délka u programu trvajících 12 měsíců	2–4 týdny	cca 3 měsíce	cca 6 měsíců	2–3 měsíce
Omezení kontaktu	bez kontaktů se „světem mimo terapeutickou komunitu“ – soustředit se na život v terapeutické komunitě; bez hlasovacího práva	písemný, telefonický a mailový kontakt cenzurován – žádá skupinu	kontakty bez cenzury, skupinu o nich pouze informuje	„jednou nohou“ mimo terapeutickou komunitu (práce, hledání bydlení) – volný pohyb
Pohyb mimo terapeutickou komunitu	Terapeutickou komunitu neopouští (jen výjimečně – soud, lékař apod.)	Terapeutickou komunitu opouští jen s doprovodem (rodiny, klientů ve vyšších fázích)	Terapeutickou komunitu opouští samostatně	Terapeutickou komunitu opouští samostatně, pravidelné výjezdy
Funkce v samosprávě	Bez funkcí	Méně odpovědné pozice – kuchař, topič apod.	Odpovědné funkce – šéf domu, šéf dílny apod.	Od funkcí v terapeutické komunitě osvobozen

(Zdroj: Kalina, 2015)

1.1.6 Terapeutické programy

Součástí léčby je několik základních aktivit, které vymezují Adameček a Radimecký (in Kalina, 2015):

Jako klíčové je považováno **setkání komunity**, které se koná každý den, někdy dokonce ráno i večer. Dochází zde k řešení důležitých problémů, sdílení informací a přijímání rozhodnutí. **Skupinové terapie** už mohou být rozděleny pro menší skupiny klientů, např. pro klienty ve druhé fázi. Každý klient má právo na svolání mimořádné skupiny, kde diskutuje o svém aktuálním problému s ostatními členy. Další formou terapie je **individuální terapie**. Probíhá formou individuální podpory a vedení ze strany garanta, kterého má každý klient určeného. Dále je využíváno **práce s rodinou klienta**.

S rodinou se pracuje vždy, kdy je to možné. Nejčastěji tak bývá při jejich návštěvách v TK. **Pracovní terapie** je důležitou složkou léčby. Pracovní pozice jsou rozděleny podle zodpovědnosti od nejjednodušších pro klienty v nižších fázích, po ty složitější, které jsou určeny klientům starším. Každý klient nese za svou funkci zodpovědnost. Formou přednášek, seminářů, nebo nácviků, probíhá v komunitě také **vzdělávání**. K některým tématům mohou vzdělávání vést i sami klienti. Další složkou jsou **volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity**. Jejich hlavním cílem je stmelování komunity, zážitky, zábava, či uvolnění. Jedná se především o aktivity, kterými mohou klienti vyplnit svůj volný čas. Poslední složkou je **sociální práce**. Pomáhá klientům s řešením sociálních problémů tak, aby se je klient naučil zvládat sám.

1.2 NÁVYKOVÉ LÁTKY V TĚHOTENSTVÍ

1.2.1 Návykové látky

Návyková látka je dle Fischera a Škody (2009, str. 88) „každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost“.

Za závislost je považován soubor příznaků, kdy má pro člověka větší hodnotu látka či činnost, která vytvořila závislost, než činnosti a hodnoty, které pro něj byly důležité před vznikem závislosti (Křížová, 2021).

Preslová (2012) uvádí, že užívání jakékoliv návykové látky, včetně alkoholu může být pro vývoj plodu ohrožující. Přestože drogy představují velké zdravotní a sociální riziko, z hlediska dlouhodobé prognózy jsou ohroženy více děti alkoholiků než uživatelů drog.

Alkohol

U alkoholových závislostí v kombinaci s těhotenstvím je největším rizikem orgánové poškození, zejména poškození jater. Matce často chybí dostatečná výživa, vitamíny apod. S alkoholismem se také velmi zvyšuje riziko potratu. Těhotenství bývá zakončeno předčasným porodem, nebo nízkou porodní hmotností. Negativní vliv alkoholu na dítě nazýváme fetální alkoholový syndrom (FAS), jehož typické projevy ukazuje tabulka č. 2. Setkat se můžeme také se závažnějšími vývojovými abnormalitami, které ale nebývají příliš časté (viz. tabulka č. 3) Alkohol se ale může projevit i méně výrazně, např. sníženými mentálními schopnostmi dítěte, přičemž jsou tyto poruchy častější, než samotný FAS (Vavřínková, in Binder, 2020).

Tabulka č. 2: Projevy FAS

- prenatální a postnatální růstová restrikce
- mentální retardace
- mikrocefalie
- zúžené oční štěrby
- stlačený kořen nosu s krátkými nosními křídly
- široce posazené očníce
- dlouhé filtrum
- nízká porodní hmotnost

Zdroj: (Binder, 2020, s. 236)

Tabulka č. 3: Závažnější vývojové abnormality FAS

- okulární abnormality a poruchy sítnice
- sluchové poruchy
- jaterní abnormality
- nezralost
- vývojové vady srdce a ledvin

Zdroj: (Binder, 2020, s. 236)

Opioidy

Nejvýznamnější drogou z této skupiny je heroin, který má tlumivý účinek a napomáhá např. k odstranění každodenních problémů života. Při užívání opiátů vzniká velmi rychlá tolerance k droze a je potřeba stále zvyšovat dávky. Po odeznění účinků nastává abstinenci syndrom (Vavřínková, in Roztočil, 2008). Vliv samotných opiátů na těhotenství je ale mírný a projevuje se především v produkci hormonů. Větším rizikem jsou následky nitrožilního podávání drogy, infekční choroby a sexuálně přenosné choroby (Vavřínková a Binder, 2006). U dětí narozených závislé matce na heroinu se velmi často setkáváme s novorozeneckým abstinenci syndromem (NAS), jehož projevy uvádí tabulka č. 4. Objevuje se u 50-80 % těchto dětí, nejčastěji 48-72 hodin po porodu. U metadonu se mohou příznaky objevit až po 2-4 týdnech po porodu, v důsledku postupného uvolňování drogy v organismu plodu (Binder, 2020).

Tabulka č. 4: Projevy NAS

CNS	Metabolické a respirační poruchy	Gastrointestinální dysfunkce
<ul style="list-style-type: none"> • vysoko laděný pláč • trvání spánku méně než 1–3 hodiny po nakrmení • neklid • hyperaktivní reflexy • zvýšený svalový tonus • tremor • myoklonické záškuby • generalizované křeče • Moorův reflex 	<ul style="list-style-type: none"> • pocení • mramorovaná kůže • horečka • časté zívání • kýchání • zarudnutí sliznice nosu • exkoriace • alární souhyby • frekvence dýchání > 60/min s nebo bez vtahování 	<ul style="list-style-type: none"> • excesivní sání • špatná výživa • regurgitace nebo zvracení • řídká nebo vodnatá stolice

Zdroj: (Binder, 2020, s. 237)

Stimulační drogy

Jedná se o drogy, které mají za úkol člověka celkově stimulovat. „Zrychlují psychomotoriku, dochází k odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii, ale i k uvolnění zábran“ (Vavřínková a Binder, 2006. str. 45). Ve světě je nejoblíbenější drogou z této skupiny kokain, v ČR je to metamfetamin neboli pervitin. Plod matky závislé na stimulačních drogách trpí nedostatkem kyslíku v těle, což se projevuje nízkou porodní hmotností. Hrozí opět vyšší riziko předčasného porodu, abrupce placenty, nebo syndromu náhlého úmrtí dítěte. Po narození se u dětí objevuje akutní abstinenční syndrom, který má ale menší intenzitu a trvání než po opiátech. Projevuje se např. křečemi, průjmy, poruchami spánku apod (Binder, 2020).

Kanabinoidy

Zde je oproti jiným druhům drog výhodou, že marihuana je ve většině případů užívána nepravidelně a rekreačně. Pro ženy proto často není problémem užívání z důvodu těhotenství přerušit. Aplikace drogy s sebou nepřináší žádná větší rizika. Při chronickém užívání matky u dítěte pomaleji přibývá hmotnost. Po narození nehrozí závažný abstinenční syndrom, spíše se můžeme setkat s neklidem, nebo nespavostí (Binder, 2020).

Halucinogeny

Tyto látky mají za úkol změnu vnímání člověka. Těhotné ženy je ale užívají spíše výjimečně. Na halucinogenech se nevytváří typická závislost a neobjevuje se ani abstinenční syndrom, nebo poškození organismu (Vavřínková a Binder, 2006). Negativní vliv na dítě užíváním halucinogenů nebyl přímo prokázán, vzhledem k tomu, že matka často požívá ještě jiný druh drogy. Po narození mohou mít děti podobné potíže jako u uživatelů kokainu, tedy nezralost, nebo růstové restrikce (Binder, 2020).

Benzodiazepiny

„Benzodiazepiny vyvolávají tzv. floppy infant syndrom (syndrom chabého dítěte) s útlumem dýchání, hypotermií, sníženým svalovým tonem, arytmiemi, abnormálním EEG, problémy s přijímáním potravy a abstinenčním syndromem“ (Binder, 2020, str. 239). Z těla novorozence se tyto látky odbourávají 7-14 dní, ojediněle se mohou abstinenční příznaky z důvodu špatného odbourávání objevovat až rok (Binder, 2020).

Skupina těkavých látek

Těkavé látky jsou rozpouštědla, která se užívají inhalací. V ČR je nejužívanější látkou z této skupiny toluen. Poškozuje všechny tkáně, s kterými přijde do styku, tedy dýchací cesty, játra a mozek. Hrozí zde velké riziko předávkování i smrti, jelikož při čichání nelze dobře odhadnout přesná dávka. U těhotných se tato závislost naštěstí téměř nevyskytuje. V opačném případě by hrozily závažné zdravotní problémy pro matku i plod (Hájek, 2004).

Nikotin

Se závislostí na nikotinu bojuje v České republice až 1/5 těhotných a kojících žen. Jedná se tak o nejpočetnější skupinu ze všech závislostí. Z tohoto důvodu se velmi často setkáváme s následky, které kouření způsobí. Nejčastěji se jedná o nízkou porodní hmotnost, která postihuje až 25 % dětí. Dále dochází k předčasným porodům, nebo dokonce úmrtí plodu v děloze v průběhu těhotenství, či během porodu. Po narození jsou děti více ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence. V dalším vývoji se můžeme setkat se zhoršeným prospěchem ve škole, poruchou soustředění, nebo dokonce lehkými mozkovými dysfunkcemi. Negativní vliv má přitom i pouhý pobyt v zakouřeném prostředí u jinak nekouřící matky. (Vavřínková a Binder, 2006)

1.2.2 Průběh těhotenství

Ze skupiny závislých těhotných žen jsou nejohroženější skupinou uživatelky pervitinu a heroinu, které jsou bohužel nejužívanějšími drogami u nás. U těchto žen se často

setkáváme s tím, že těhotenství je neplánované, nebo nechtěné. S touto skutečností nepomáhá ani fakt, že vzhledem k nepravidelnému cyklu se často přijde na těhotenství až v pozdějším týdnu těhotenství a je tak promeškána možnost interrupce, či čas na screeningová vyšetření. Závislost na drogách ovšem sama o sobě není důvodem k ukončení těhotenství (Binder, in Hájek, 2004).

U drogově závislých žen se ovšem často setkáváme s dřívějším porodem, zpravidla 2-3 týdny před termínem. Podílejí se na tom infekce, špatná výživa matky a nevyhovující sociální, hygienické a ekonomické podmínky (Roztočil, 2008).

U závislosti na návykových látkách hovoříme především o onemocnění CNS (centrálního nervového systému), kdy bývá závislost doprovázena dalšími komplikacemi, které jsou určeny nebezpečností jednotlivých závislostí. Dopad také závisí na pravidelnosti užívání drog. Pokud se jedná o pouhé experimentování, nebo nepravidelné užívání, velké množství žen si škodlivost uvědomuje a pokusí se o abstinenci. Při pravidelném užívání má ale droga přednost před osobními potřebami a ani těhotenství proto není věnována větší pozornost (Vavřínková, in Binder, 2020).

1.2.3 Možnosti léčby v těhotenství

Celkový průběh léčby i případná úspěšnost závisí především na vůli těhotné ženy a chuti změnit svůj životní styl. K tomu je potřeba omezit kontakty s lidmi i prostředím, kde k užívání drog docházelo. Ve většině případů ale těhotná nemá podporu od nikoho z blízkých, jelikož i partneři bývají často závislí. Pro ni samotnou je tedy velmi obtížné těchto cílů dosáhnout, proto je možné využít pomoci protidrogových kontaktních center, ústavní léčby, nebo protidrogových komunit. I přesto bývá úspěšnost léčby pouze přechodná a žena se často k drogám později vrací (Hájek, 2004).

Jelikož žena v průběhu těhotenství není schopna podstoupit abstinenci orientovanou léčbu, je využíváno tzv. substituční terapie. Jedná se o udržovací léčbu, odkládající trvalou abstinenci na dobu, kdy ji bude moci žena zahájit. Princip léčby spočívá v podávání substitučních látek nenitrožilním způsobem v takovém množství, které potlačuje abstinenci příznaky a umožňuje lepší kvalitu života (Binder, 2020).

Příkladem substitučních látek, které se u nás používají, je metadon a buprenorfin. **Metadon** je syntetický opiát a jeho výhodou je, že jeho užíváním nedochází ke zvyšování tolerance a je možné stejnou dávku užívat až několik let. Slouží k odstranění touhy po droze, nepřináší uživateli euforii a zamezuje vzniku abstinenčních příznaků. Dávkování je nastaveno individuálně tak, aby potlačovalo abstinenční příznaky (Vavřínková a Binder, 2006). Žena si musí pro svou denní dávku docházet denně do metadonového centra, což umožňuje její pravidelné sledování a alespoň částečnou kontrolu. To nejen zvyšuje šanci přežití dítěte, ale zajišťuje také větší stabilitu růstu plodu (Hájek, 2004). **Buprenorfin** byl vyvinut k léčbě bolesti a později začal být využíván k detoxikační a odvykací léčbě. Využívá se především jeho schopnosti vyvolání euforie, ačkoliv je ve významně menší formě než u běžné drogy (Vavřínková a Binder, 2006). Oproti metadonu je zde výhodou možnost rychlého snižování dávek (Hájek, 2004).

Kromě farmakologických složek substituční léčby je využíváno také:

- Poradenství
- Psychoterapie nejrůznějších forem
- Psychosociálního poradenství
- Poradenství, týkajícího se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod.
- Ošetrovatelské služby
- Terapie somatických onemocnění
- Fyzioterapie, arteterapie, pracovní terapie apod. (Vavřínková a Binder, 2006, str. 68)

Důsledky užívání drog v těhotenství na dítě

U dětí závislých matek se můžeme setkat s neklidem, hyperaktivitou, obtížným soustředěním, či s případnými poruchami chování. Častější tělesná, nebo duševní onemocnění se oproti běžné populaci neprokázala. Zásadní vliv má ale na dítě především prostředí, ve kterém vyrůstá. Předem se ale nedá říct, zda dítě bude či nebude drogami ohroženo, jelikož záleží především na rodičích a jejich výchově (Preslová, 2012).

1.3 ZÁVISLOST A RODIČOVSTVÍ

Vztah dítěte a závislého rodiče

Preslová (2012) uvádí, že pokud mluvíme o rodičích, jakožto uživatelích, hovoříme téměř výlučně o matkách. Otec často ani nebývá uveden v rodném listě dítěte a sám bývá uživatelem drog. Pro ženy může být jejich partner důležitou motivací k léčbě a péči o dítě, v praxi ale bohužel spíše negativní. Dítě často přichází na svět jako neplánované, nechtěné a do špatných sociálně-ekonomických podmínek. Rodiče obvykle věnují více času a energie shánění návykové látky, či prostředků na ně, místo pečování o dítě.

Pro děti jsou jejich rodiče středem světa a neberou ohledy na to, kdo jsou a co dělají. Díky nim se učí poznávat svět kolem sebe, hledají u nich bezpečí, klid a jistotu (Howe 2005, in Barnard 2011).

Barnard (2011) se svým výzkumem snažila zjistit, jak své rodiče vnímají děti, kterým nebyla poskytována důsledná péče, bezpečí a jistota z důvodu užívání drog a jaké dopady to může mít na jejich život. Z výpovědí dětí vyplývá, že se nejčastěji setkávaly s těmito problémy:

- Rodiče na ně neměli čas a bylo těžké upoutat jejich pozornost.
- Děti často nevěděly, kdy budou jíst či spát, měly nepravidelnou školní docházku a nedostatek rodičovského dohledu.
- Z důvodu utrácení peněz za drogy často nezbývalo na jídlo či ošacení.
- Časté stěhování z důvodu neplacení nájmu.
- Nepřítomnost rodičů, kteří sháněli drogy či peníze.
- Přebírání odpovědnosti za domácnost a mladší sourozence apod.

Dle Preslové (2012) nejčastěji vztah mezi rodičem a dítětem narušuje nestabilní prostředí, menší zájem a časté střídání nálad rodičů, přičemž rodič ve změněném stavu vědomí může dítě zneklidňovat a vyvolat úzkost a strach.

Jakmile se u rodičů dostane droga na první místo, děti jsou odsunuty a jsou zanedbávány jejich materiální, zdravotní i sociální potřeby. Z jejich pocitu, že jsou méně důležitější než drogy pramení skrytá újma v podobě negativního dopadu na jejich

emoční a sociální vývoj. Bezprostřední blízkost drog v rodině ať už od rodičů, či starších sourozenců navíc zvyšuje riziko zahájení vlastní drogové kariéry (Barnard, 2011).

Wegscheider-Cruse (1989, in Nešpor, 2011) popsala typické reakce dětí na závislost jednoho z rodičů:

- **Rodinný hrdina**, který přebírá nároky za problémového rodiče, což přesahuje jeho možnosti. V dospělosti ho mohou trápit pocity méněcennosti a nedostačivosti, přestože může být po vnější stránce úspěšný. Nejčastěji se do této role dostává nejstarší ze sourozenců.
- **Ztracené dítě** se projevuje jako uzavřené, stažené do sebe a málo komunikující. Je pro něj důležité překonání drogového problému v rodině a získání více pozornosti.
- **Klaun** se snaží svou veselostí odvádět pozornost od problémů, které rodina prožívá. Smích je pro něj lepší než případné hádky či násilí.
- **Černá ovce** se snaží na sebe upozorňovat zlobením či delikvencí, čímž se snaží taktéž odvést pozornost od problémů v rodině.

1.3.1 Pobyt matky s dítětem v TK

V minulosti bylo často mateřství překážkou pro zahájení léčby a matky si musely zařídit přechodnou péči pro dítě. Proto v roce 1999 vznikl první program u nás, který umožnil matkám pečovat o dítě a zároveň se léčit. Terapeutický tým se tedy musel rozrůst o vychovatelky, které mají na starost péči matek o děti, ale i správný vývoj dětí. Díky možnosti mít s sebou v komunitě své děti si matky osvojují rodičovské dovednosti. Kromě toho podstupují všechny druhy terapií stejně jako ostatní klienti, učí se nekonfliktnímu chování, využívat aktivně svůj volný čas, a především získávají dovednosti, které jim usnadní návrat do jejich životů bez drog (Hanzal in Kooyman, 2007).

„Specifičnost této klientely spočívá v tom, že hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a dítě.“ (Preslová in Kalina a kol., 2003, str. 245)

Autorka proto popisuje potřebu určit si priority, cíle a komu je vlastně pomáháno. Zda se matka léčí z důvodu zbavení se závislosti, nebo chce být dobrou matkou svému dítěti, což může být dobrou motivací k léčbě.

I přes přítomnost dítěte v komunitě je ale potřeba na matku nahlížet především jako na klientku, která se léčí ze své závislosti. Bohužel není možné se dítěti věnovat natolik, jako u běžných matek, ale prioritou je zvládnutí závislosti, což umožní se matce postarat se o samu sebe a následně zvládat i výchovu dítěte (Hanzal in Kooyman, 2007).

Za první úspěch je dle Lukešové (2011) považováno, pokud je dítě pro matku na prvním místě a neupřednostňuje před ním např. partnera. Velkou výhodou je podpora rodiny. Úspěšnější budou také matky, které budou komunikovat, spolupracovat, respektovat a dodržovat výchovná doporučení a zvládat sebereflexi.

Lukešová (2011) vymezuje hlavní důvody, proč tyto matky pravděpodobně selhaly:

- Nezáměr a špatný vzor své biologické rodiny
- Úmrtí, rozchod, nebo rozvod, který způsobil odchod jednoho z rodičů v pubertálním věku
- Přehnaná výchova od rodičů
- Nezvládnutí role rodiče

1.3.2 Motivace k léčbě

Dle Comera (2013) je motivace stav, který vede jedince k aktivitě směřující k určitému cíli. Jedinec přitom cítí určitou touhu, záměr či tlak jednat.

Motivace k léčbě závislé matky může být různá. Častěji dávají matky přednost programům krátkodobým, nebo ambulantním. Léčbu v terapeutické komunitě zvolí pouze malá část klientek a často to není z vlastní vůle (Hanzal in Kooyman, 2007).

Jejich motivací nejčastěji bývá:

- Hrozba odebrání dítěte či naděje na získání dítěte zpět do péče
- Zajištění bydlení, stravy, prostředí vhodného pro péči o dítě
- Tlak rodiny, případně partnera

- Selhání v ambulantním programu
- Snaha změnit život, začít pečovat o dítě
- Soudně nařízená léčba, hrozící výkon trestu (Hanzal in Kooyman, 2007, str. 270).

Samotná motivace matky proto bývá spíše pasivní, bez vnitřního odhodlání. Pobyt v TK často vnímají jako „z donucení“. Primární motivací pro ně nemusí být vyléčení se ze své závislosti, ale pouze napravení aktuálních potíží, jako např. získání dítěte zpět do své péče, nebo uniknout nástupu do výkonu trestu. Jedním z cílů léčby je proto ukázat matce pozitiva a výhody její abstinence. K tomu je potřeba vybudování blízkého vztahu mezi matkou a dítětem, čímž postupně oba získávají jistoty. Postupem času může matka porovnat pozitiva či negativa života s drogami a bez nich (Hanzal in Kooyman, 2007).

1.3.3 Práce s rodinou klientky

Ačkoliv v minulosti tomu tak nebylo, rodina klienta je v dnešní době považována za důležitou součást léčby. Terapeutické komunity se snaží blízké osoby klientů do léčby intenzivně zapojovat. Prospěch by z toho ovšem neměli mít pouze klienti, ale i blízké osoby, pro které situace taktéž nemusí být snadná (Kalina, 2015). Zdravá fungující rodina může léčbě, abstinenci a následnému běžnému životu velmi pomoci. Stejně tak jako může nefungující rodina být důvodem ke vzniku závislosti. Proto je důležitá snaha o opětovné uzdravení rodinného systému a vztahů. V případě léčby matky s dítětem je potřeba brát ohledy také na potřeby a práva dítěte, jeho otce a prarodičů. Pro udržování vzájemných vztahů jsou umožněny návštěvy, či telefonické kontakty. (Hanzal in Kooyman, 2007).

1.3.4 Úprava programu v TK

Léčba matek s dětmi je v mnohém velmi podobná léčbě běžných klientů. Pobyt v komunitě trvá zpravidla 6-10 měsíců, ale může být individuálně prodloužen. K léčbě jsou přijímány všechny matky závislé na návykových látkách bez ohledu na jejich věk, dobu užívání drogy apod. Naopak u dítěte je vítán věk co nejnižší, jelikož ve školním věku již dítě přebírá vzory ze svého okolí a nebyl by proto pro něj pobyt příliš vhodný. Léčba

je rozdělena taktéž do čtyř fází. **Nultá fáze** slouží k zabydlení a rozhodnutí se, zda chce matka v komunitě opravdu zůstat. **V první fázi** si matka se svým dítětem tvoří bližší vztah a učí se o něj pečovat. Během **druhé fáze** již klientky přebírají odpovědnost za chod komunity a plní si své funkce. Prohlubují své zkušenosti, návyky a nadále se vzdělávají. **Třetí fáze** má za úkol připravit matku na návrat zpět do života a trvá individuálně maximálně 6 týdnů (Hanzal in Kooyman, 2007).

Některé aktivity a povinnosti jsou pro matky stejné jako pro ostatní klienty. Jiné naopak mohou být zkráceny či vynechány, z důvodu pečování o dítě. Během toho, co se matka účastní programu a terapií, o děti pečují klientky, které zrovna zastávají funkci pomocné vychovatelky spolu s vychovatelkou, která je v komunitě běžně zaměstnaná. Pro konzultace správného vývoje dětí, výchovy a osvojování si nových dovedností slouží speciální skupinky matek s dětmi (Hanzal in Kooyman, 2007).

1.3.5 Volnočasové aktivity

Léčit se ze závislosti a zároveň pečovat o dítě není pro matky jednoduché. V TK mají možnost se naučit aktivně využívat svůj čas, odpočívat a bezpečně relaxovat jak s dětmi, tak bez nich. Volnočasové aktivity by přitom měly odpovídat možnostem, které bude mít klientka i po odchodu z léčby. V případě, že je pro dítě zajištěno hlídání u některého z členů rodiny, mají matky možnost se zúčastnit také zátěžových programů (Hanzal in Kooyman, 2007).

1.3.6 Následná péče

Po ukončení léčby již klient není členem TK a měl by se integrovat zpět do společnosti. Na komunitu se ovšem může dále obracet pro pomoc či radu a dostává pozvání na absolventská či výroční setkání. Ačkoliv to není povinné, ideální je po ukončení léčby v TK zapojení klienta do programu následné péče. Ten klientům nabízí psychologickou a sociální podporu, pomoc se zajištěním bydlení a práce apod. Rozhodnutí už je ale pouze na klientovi, který se sám rozhodne, jakým způsobem chce podporu a pomoc využívat. Obvykle program následné péče probíhá po dobu 6-12 měsíců (Kalina, 2008).

Následná péče může probíhat individuální či ambulantní formou, nebo s podporou chráněného bydlení (Hanzal in Kooyman, 2007).

Pavlovská a Dolanská (in Kalina 2015, str. 473) rozdělují následnou péči na 3 typy:

- Doléčovací programy
- Chráněné bydlení
- Chráněné/podporované zaměstnání

Doléčovací programy

Na doléčovacích programech se podílí multidisciplinární tým odborníků, přizpůsobený potřebám klientů. Není však nutné naplňovat veškeré klientovi potřeby v rámci programu, jelikož hlavním cílem následné péče je postupné rozvolňování vazeb klienta na daný program.

Doléčovací program se tedy skládá z několika složek. Základní složkou je **psychoterapie**. Slouží především ke stabilizaci klienta v jeho abstinenci a emotivitě. Další klíčovou složkou je **prevence relapsu**. Jedná se o obavu z možného selhání. Následná péče se proto snaží klienta vybavit dostatečnými dovednostmi a vědomostmi, aby se zvýšila jeho sebekontrola a riziko relapsu se tím snížilo. Další složkou je **sociální práce**, která má za úkol pomáhat klientům se sociálně právními problémy. Jedná se např. o dluhy, sociální dávky, nebo trestní stíhání. Svě místo zde nachází také **lékařská péče**. Důsledkem užívání drog dochází k fyzickému poškození organismu a klienty čeká dlouhá rekonvalescence, k čemuž potřebují pomoci najít vhodnou lékařskou péči. Dalším důležitým programem je **práce s rodinnými příslušníky**. Hlavním cílem je znovuzískání důvěry především ze strany rodičů, kteří cítí velké zklamání a zároveň své selhání v rodičovské roli. K dispozici jsou rodičovské skupiny pro rodiče závislých dětí, kde si mohou vyměňovat své zkušenosti a dozvědět se nové informace. Poslední složkou doléčovacích programů je **nabídka volnočasových aktivit**. Pro klienta je těžké se naučit a pochopit, že život je zábavný i bez drog. Proto je důležité mu poskytnout různé možnosti trávení volného času a zabránit tím možnému relapsu (Kuda in Kalina, 2003).

Chráněné bydlení

Původně vznikalo chráněné bydlení pro osoby s mentálním či fyzickým postižením, postupně se ale okruh uživatelů rozšířil. Klienty se dnes mohou stát např. osoby s duševním onemocněním, senioři, nebo osoby opouštějící ústavní zařízení (Matoušek, 2013).

Návrat klienta po léčbě zpět do původního prostředí bývá obtížný. Klient se často nemá kam vrátit a nedokáže si sám zajistit nové bydlení. Chráněné bydlení poskytuje přechodné ubytování v samostatném bytě, či soustavě bytů nebo pokojů v objektu určeném pro více osob. Obvykle je možné službu využívat po dobu jednoho roku, přičemž si klient bydlení sám hradí, nebo na něj alespoň přispívá (Dvořák in Kalina, 2003). Cílem chráněného bydlení je dle Matouška (2013) jeho obyvatele vést a motivovat k maximální samostatnosti.

Formou chráněného bydlení mohou být také azylové domy pro matky s dětmi, které zde nacházejí dočasné útočiště během jejich těžké životní situace spojené se ztrátou bydlení (Matoušek, 2013).

Chráněná práce

Stejně jako u chráněného bydlení vznikla také chráněná pracoviště primárně pro osoby se zdravotním postižením. Dnes se ale mohou na chráněných pracovištích uplatnit také osoby, které mají sníženou konkurenceschopnost na trhu práce a nemohou si najít práci na běžném pracovním trhu (Matoušek, 2013).

Cílem chráněných dílen je obnovení či vytvoření pracovních návyků, získání nových pracovních dovedností a finančního příjmu. Klienti zde tedy pracují za mzdu a mají uzavřenou pracovní smlouvu. Služba je poskytována na přechodnou dobu a pomáhá klientovi zvýšit jeho schopnost obstat v běžném prostředí. (Dvořák in Kalina, 2003)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je přiblížit okolnosti života rodičů trpících závislostí a jejich dětí, žijících spolu se svými rodiči v terapeutické komunitě.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní výzkumné otázky směřují k prožívání situace ze strany matek i dětí a možnostem edukace a programu, který je dětem v rámci terapeutické komunity nabízen. Na základě dané problematiky byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jak vnímají klientky možnost léčby spolu se svým dítětem/děťmi?
- 2) Jak klientky vnímají přizpůsobení programu terapeutické komunity pro rodiče s dětmi a jak jsou spokojené s nabídkou aktivit pro rozvoj jejich dětí?

2.3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Sběr dat pro zpracování bakalářské práce byl proveden kvalitativním výzkumem, který jsem prováděla prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klientkami přítomnými v komunitě, které byly vyhodnoceny metodou tematické analýzy. Další metodou bylo písemné dotazování pracovníků komunity a přímé zúčastněné pozorování během mé týdenní stáže v komunitě.

Kvalitativní výzkum je dle Švaříčka a Šedové (2007) proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat jejich komplexní obraz založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníky výzkumu. Cílem výzkumníka využívajícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod zjistit a popsat, jak lidé chápou, prožívají a vytváření sociální realitu.

Hendl (2005) definuje kvalitativní výzkum jako delší, intenzivní kontakt s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců v přirozených podmínkách. Výzkumník se během výzkumu snaží proniknout do dané problematiky, což mu umožní vyhledávat

a analyzovat informace. Jednou z předností kvalitativního výzkumu je dobré reagování na místní situaci a podmínky.

2.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor je nejpoužívanější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Jedná se o nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí otevřených otázek. Pro polostrukturovaný rozhovor vycházíme z předem připraveného seznamu otázek a témat, ke kterým můžeme přidat doplňující otázky v průběhu rozhovoru (Švaříček, 2007). Oproti jiným výzkumným metodám je velkou výhodou rozhovoru navázání osobního kontaktu, který nám umožní hlubší proniknutí do motivů a postojů respondenta. Můžeme sledovat, jak respondent reaguje na kladené otázky a případně upravovat další průběh rozhovoru. Celkový úspěch rozhovoru závisí z velké části na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah a vytvořit otevřenou atmosféru (Chráska, 2016).

2.3.2 Pozorování

Další metodou pro sběr dat bylo zúčastněné pozorování. Švaříček (2007, str. 143) definuje zúčastněné pozorování jako „dlouhodobé, systematické sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces“. Průcha (2013) pozorování konkretizuje na sledování smyslově vnímatelných jevů, jako např. chování osob či průběh konfliktů. Předmětem pozorování jsou zpravidla jiní lidé, objekty, jevy, či pozorovatel sám.

Během mé stáže jsem v komunitě působila jako „účastník pozorovatel“. Ten se dle Hendla (2005) stává rovnoprávným členem skupiny a se skupinou tráví většinu času, přičemž účastníci znají jeho totožnost. Autor uvádí, že zúčastněným pozorováním můžeme popsat co se děje, kdo nebo co se dění účastní, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč.

2.3.3 Etické zásady výzkumu

Celý výzkum je anonymní dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Aby nemohlo dojít k identifikaci respondentů, nebyla zmíněna jejich jména ani polohové údaje. Od všech respondentů jsem získala informovaný souhlas k provedení rozhovorů a jeho zaznamenání na hlasový záznamník v mobilním telefonu. (Informovaný souhlas viz. příloha). Respondenti byli pečlivě seznámeni s daným výzkumem i jeho průběhem. Také byli seznámeni s tím, že souhlas mohou kdykoliv odvolat, s důslednou anonymitou dat, s možností rozhovor kdykoliv ukončit, neodpovídat na některou z otázek a s použitím získaných dat pouze k účelům výzkumu.

2.3.4 Realizace výzkumu

V květnu 2021 jsem oslovila nejmenovanou terapeutickou komunitu s prosbou o uskutečnění výzkumu. Bylo mi nabídnuto absolvování týdenní stáže v roli klienta v první fázi léčby se všemi okolnostmi, co tato pozice obnáší. Samotná stáž proběhla v září 2021. Po mém příjezdu jsem musela v kanceláři odevzdat některé z osobních věcí, jako např. léky či mobilní telefon. Jedna z klientek mi prolustrovala zbytek mých věcí a tašek. Poté jsem byla ubytována v samostatném pokoji na patře s ostatními klientkami. V průběhu týdne jsem se účastnila veškerého programu komunity včetně pracovních bloků. Abych měla možnost lépe poznat děti i jednotlivé klientky, byla mi nabídnuta pozice pomocné vychovatelky. Spolu s dalšími dvěma klientkami jsem tedy pečovala o děti v průběhu pracovních bloků, kdy musely zbylé klientky plnit své povinnosti.

S rozhovory souhlasily všechny přítomné klientky, kterých bylo šest a sedmá nastupovala v průběhu mé stáže. Přestože ještě neměla takové zkušenosti s TK a nemohla tak odpovědět na všechny předem připravené otázky, i ona se chtěla výzkumu zúčastnit. Rozhovory probíhaly ve společenské místnosti s každou z klientek individuálně pouze za mé přítomnosti. K rozhovorům jsem měla předem připravené okruhy a otázky, které jsem přizpůsobovala či měnila dle potřeby, případně pokládala doplňující otázky. Rozhovory jsem nahrávala na hlasový záznamník v mobilním telefonu a následně doslovně přepsala do elektronické podoby a vyhodnotila.

Soubor připravených otázek pro rozhovory s klientkami:

- Mohla bys mi říct krátce o svém životě a o tom, co tě sem přivedlo?
- Co byl pro tebe ten impuls, že jsi se pokusila dostat sem do komunity a chtěla jsi změnit svůj život?
- Je tohle tvůj první terapeutický pobyt?
- Jak vnímáš to, že tady s sebou můžeš mít své dítě/děti?
- Odhodlala by ses jít léčit i bez možnosti tady mít dítě/děti s sebou?
- Jak jsi zvládala péči o dítě před nástupem do komunity?
- Jsi v kontaktu se svojí rodinou a blízkými? Pomáhali ti před nástupem do komunity např. s péčí o dítě/děti?
- Myslíš si, že jsou tady děti spokojené a že jim tady nic nechybí? Dalo by se případně něco zlepšit?
- Jaké možnosti zábavy a vzdělávání jsou tady dětem nabízeny?
- Jak bys sama sebe popsala jako mámu?
- Jak bys popsala např. svůj výchovný styl?
- Co je pro tebe jako pro mámu momentálně nejdůležitější?
- Kdyby ses měla aktuálně ohodnotit jako ve škole 1-5 jaká jsi máma, jakou by sis dala známku?
- Čeho v životě nejvíc lituješ?
- Máš představu o tom, jak bude vypadat tvůj život po ukončení léčby tady?
- Máš nějaké sny a přání, která si chceš v životě ještě splnit?
- Chceš se na něco zeptat ty mě, nebo mi říct něco, na co jsme zapomněli?

Písenné dotazování s vychovatelkou

Pro získání bližších informací o fungování terapeutické komunity jsem využila písenného dotazování s jednou z vychovatelek, která mi odpověděla na následující otázky:

- Jak rozvíjíte u klientek jejich rodičovské dovednosti?
- Jaké aktivity/program můžete dětem v komunitě nabídnout pro jejich rozvoj?
- Věnujete se dětem individuálně i bez přítomnosti matky? Popř. jak?
- Mají matky možnost naučit se správně pracovat se svým dítětem, které je v emoční nepohodě (pláče, zlobí, je nešťastné)? Kdo a jak jim s tím může pomoci?
- Pokus by měla matka pocít neustálého selhávání a nezvládnutí své role matky, jaké pomoci se jí může v komunitě dostat?
- Setkáváte se s tím, že by na vás matky ve vaší přítomnosti přenášely svou odpovědnost za péči o děti, případně jejich povinnosti apod.? Jak se to projevuje?

Ohledně přenášení odpovědnosti mi bylo sděleno pouze to, že komunita za děti odpovědnost nenesou a jedná se tedy pouze o kompetence každé z matek.

2.3.5 Analýza dat

Pro analýzu získaných dat byla použita metoda obsahové tematické analýzy. Braun a Clarke (2006) popisují tematickou analýzu dat jako metodu, která slouží k identifikaci, analýze a odkazování ke vzorům (tématům) v datech. Její použití je možné, pokud vycházíme z nějaké teorie a máme předem stanovenou výzkumnou otázku. Za její přednost je považována její flexibilita. Autorky vytvořily postup, sestavený z několika kroků, které by měly být při analýze dodržovány:

1. **Seznámení se s daty** – Vyžaduje minimálně jedno přečtení celého souboru pokladů pro analýzu, ve kterých výzkumník hledá významy a vzorce.

2. **Generování prvotních kódů** – Hledání opakujících se vzorců, zajímavých rysů, či konkrétních kódů v datech.
3. **Hledání témat** – Zahrnuje hledání vhodných dat k potenciálnímu výzkumu a třídění různých kódů do potenciálních témat.
4. **Přezkoumání témat** – Jedná se o fázi kontroly, ujasňování si hranic mezi tématy a zjišťování, zda jsou stanovená témata funkční. Podklady musí být znovu přečteny, zda nebyl opomenut některý důležitý aspekt.
5. **Definování a pojmenování témat** – Jde o fázi definování témat a vytvoření jednotlivých názvů pro každé z témat.
6. **Vypracování zprávy** – Vypracování finální analýzy a napsání závěrečné zprávy na základě konečných témat.

2.4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Po přepsání rozhovorů do písemné podoby jsem provedla analýzu dat pomocí obsahové analýzy. Rozhovory jsem si nejdříve několikrát přečetla a vyhledávala jsem témata, která se v odpovědích opakovala.

Zde jsou nalezená témata, která se v odpovědích často opakovala a souvisí se zaměřením práce.

Motivace k léčbě

Téměř všechny respondentky nastoupily do komunity z vlastní vůle a motivované k léčbě. Jako hlavní motivaci uváděly nejčastěji své dítě/děti. Respondentky č. 1, 3, 6 a 7 uvedly, že chtějí být lepšími matkami pro své děti a chtějí jim zajistit lepší život. Respondentka č. 2 nastoupila do komunity z důvodu nezvládnutí péče o dítě pod vlivem návykových látek. Respondentka č. 6 uvádí jako jeden z důvodů nástupu do komunity fakt, že neměla jako těhotná kde bydlet a byla jí venku zima. Pro klientku č. 3 bylo motivací také to, že užíváním návykových látek postupně přicházela o svou rodinu i partnera.

Pouze respondentka č. 4 uvedla, že do léčby nastoupit nechtěla: *„Já jsem si myslela, že na tom nejsem pořád tak špatně, že nejsem závislá.“* Do komunity nastoupila kvůli svým rodičům a dětem. Později ale uvádí: *„Ale jsem za to ráda, i když jsem s tím nesouhlasila, jako že tady musím být.“*

Dítě/děti jako součást léčby

Respondentky č. 1, 3, 4, 5 a 6 uvedly, že by do komunity nenastoupily, kdyby u sebe nemohly mít své dítě/děti. Jako nejčastější důvod uvedly, že potřebují mít své dítě/děti u sebe.

Naopak respondentka č. 2 by byla ochotná do komunity nastoupit i bez svého dítěte: *„Určitě bych se k té léčbě odhodlala s tím, že to vlastně dělám pro malého, pro oba, ale bylo by to hrozně složité, nemít ho tady. Kdyby mi ho nemohli přivést ani na návštěvu, bylo by to hrozný, nedokážu si to představit.“*

Respondentka č. 7 si svými odpověďmi během rozhovoru odporovala. Nejdříve řekla: „Byla to taková moje podmínka, že bych ho prostě chtěla mít u sebe.“ Později ale uvedla, že by byla ochotná do komunity nastoupit i bez svého dítěte, které by nechala u rodičů, kdyby jí nezbyla jiná možnost.

Péče o děti před nástupem do komunity

Respondentky č. 1 a 3 přiznaly, že před nástupem do komunity péči o děti nezvládaly. U respondentky č. 1 byl hlavním důvodem pobyt ve výkonu trestu, během nějž pobývala její dcera u prarodičů. Přiznává, že i „v době na drogách“ byla péče horší.

Respondentka č. 3 uvedla, že v době, kdy užívala drogy, si myslela, že péči zvládá dobře. Později si ale uvědomila, že se dětem málo věnovala a celkově jejich výchovu zanedbala: „Zanedbala jsem to a hrozně těžko se mi o tom mluví, jakože fakt mě to dost trápí.“

Respondentky č. 4 a 5 uvedly, že o děti vždy pečovaly dobře a bylo o ně postaráno.

Podobný názor měly také respondentky č. 2 a 7, které ale přiznaly, že péče nebyla vždy stoprocentní z důvodu pečování o děti pod vlivem návykových látek. Dokázaly obstarat základní potřeby dítěte, ale nedokázaly jim věnovat svou pozornost.

Respondentce č. 6 se narodil syn až během pobytu v komunitě, tudíž na tuto otázku nemohla odpovědět.

Kontakt s rodinou

Všechny respondentky uvedly, že jsou v kontaktu alespoň s některým z členů rodiny a dostává se jim jejich podpory a pomoci. Respondentka č. 5 říká: „Drží mi palce, komunita se jim zdála s dětma úplně výborná věc, takže mě sem v podstatě i odvezli, nejstarší dcera mě šla doprovodit, podívat se, kde maminka bude žít, takže mám podporu, plnou podporu“.

Respondentky č. 2 a 6 před nástupem do komunity dokonce u svých rodičů i s dětmi bydlely.

Respondentka č. 3 nemá na dětství dobré vzpomínky, jelikož byla fyzicky a psychicky týraná svým otcem, což trvalo až do rozvodu rodičů. Ostatní členové rodiny ji ale podporují a pomáhají jí.

Jsem dobrá máma

Spojení „dobrá máma“ se objevilo u všech respondentek, ať už v pozitivním či negativním slova smyslu.

Respondentky č. 1, 3 a 4 uvedly, že před nástupem do komunity dobrými matkami nebyly. Odůvodnily to tím, že dávaly přednost drogám či alkoholu, nebo se dětem dostatečně nevěnovaly.

Respondentka č. 3 říká: *„Když jsem byla venku, tak prostě máma jsem byla na h****, s**** jsem na to prostě“*. Ačkoliv respondentka několikrát uvedla, že má své děti ráda a je pro ni důležité, že mohou být v komunitě s ní, dodala: *„Někdy toho mám plný zuby a nejradši si přehrávám v palici co bych mu nejradši udělala, jak bych ho nejradši vyhodila ven z toho okna prostě, ale myslím si, že tady je to dobrý krok na to, že až vylezu ven, tak abych byla nějak ready na ty děti prostě“*.

U respondentek č. 1, 2, 3, 4 a 6 se objevuje touha být lepší matkou a doufají, že jim v tom pomůže právě léčba v komunitě. Např. respondentka č. 2 uvádí: *„Na léčbě jsem právě proto, abych dobrou mámou byla.“*

Naopak respondentky č. 5 a 7 svou roli matky nezpochybňují a myslí si, že byly dobrými matkami i před léčbou. Respondentka č. 7 uvádí: *„Myslím si, že jsem dobrá máma, jsem taková laxní, že prostě nemám o to dítě přehnanou péči si myslím, prostě miluju ho a myslím si, že se starám dobře“*.

Spokojenost dětí v komunitě

Všechny respondentky se shodly, že jejich děti jsou v komunitě spokojené. U všech se objevovalo kladné hodnocení celkového nastavení i programu. Nejčastěji zmiňovaly jako výhody možnost umístit dítě do mateřské i základní školy, výlety, zahrádku, hřiště,

hernu, zvířata a pomoc vychovatelek. Respondentka č. 2 uvedla, že jí v komunitě chybí zájmové kroužky pro děti a aktivity, které by mohli dělat společně.

Téměř u všech respondentek se také objevovala vděčnost paním vychovatelkám, nejčastěji si cení jejich individuálního přístupu, plánů, co mají s dětmi dělat, nebo pomoci v situacích, kdy si neví se svými dětmi rady.

Respondentky č. 3 a 6 si myslí, že jsou v komunitě děti rozhodně spokojenější, než kdyby žily „venku“. Respondentka č. 6 říká: *"Já myslím, že jsou tady spokojený rozhodně víc, než kdyby byly s jakoukoliv matkou tady venku. To stoprocentně. Že jim tady nic nechybí"*.

Následná péče

Respondentky č. 1, 2, 6 a 7 uvedly, že po ukončení léčby chtějí pokračovat v doléčovacím centru. Respondentka č. 5 by chtěla nastoupit do chráněného bydlení.

Naopak respondentky č. 3 a 4 se v rozhovorech o žádné z těchto služeb vůbec nezmínily a těší se na to, až budou žít běžným způsobem života. Např. respondentka č. 3 si svůj budoucí život představuje takto: *„Budu v pronájmu, děti budou chodit do školky, já budu chodit do práce a bude nám prostě fajn“*.

Sny a přání

U všech respondentek se objevuje velká touha po úspěšném dokončení programu v terapeutické komunitě. Jejich životní sny a přání jsou ale různorodá.

Pro respondentku č. 4 je důležité po ukončení léčby získat syna zpět do své péče, aby nemusela mít střídavou péči. S podobným problémem se potýká také respondentka č. 7, jejíž syn byl svěřen do péče jejím rodičům a přála by si ho získat zpět do své péče.

Respondentky č. 2 a 7 se zmínily o svém snu navštívit s dítětem/děti moře či u moře dokonce žít. Pro respondentku č. 3 je velkým snem dokončit si vzdělání.

Často se také objevuje touha po „normálním, hodném, krásném, nádherném či pečujícím“ partnerovi, jelikož ani jedna z respondentek momentálně nemá žádný vztah.

2.4.1 Shrnutí poznatků, získaných z písemného dotazování s vychovatelkou:

Rodičovské dovednosti jsou u klientek rozvíjeny názorným nácvikem běžných každodenních činností, jako např.:

- Společné stolování
- Hra s dítětem
- Vyplnění volného času
- Hygienické návyky
- Úklid a hygiena apod.

Dětem jsou pro jejich rozvoj nabízeny následující aktivity:

- Zimní sporty (lyžování, sáňkování, hra na sněhu)
- Procházky
- Jízda na kole
- Rozvoj hrubé motoriky (míč, překážková dráha...)

Na otázku, zda se věnují dětem individuálně i bez přítomnosti matky vychovatelka odpověděla, že se dětem věnují při skupinových terapiích.

Pokud mají klientky nějaké otázky, vychovatelky s nimi individuálně spolupracují a tvoří pro děti individuální plány.

Pro klientky, které si neví s dětmi rady provádí vychovatelky nácvik pomocí video tréninku interakcí, kde společně vyhodnocují jednotlivé situace a případně opět vytvoří konkrétní plány.

Ohledně přenesení odpovědnosti mi bylo sděleno pouze to, že komunita za děti odpovědnost nenesou a jedná se tedy pouze o kompetence každé z matek.

2.4.2 Shrnutí zúčastněného pozorování

V rámci mého zúčastněného pozorování během stáže jsem došla k následujícím poznatkům, rozdělených do několika kategorií:

Individuální přístup

Fungování terapeutické komunity zajišťuje nemalé množství odborných pracovníků, pro které je důležitá především individualita každého z klientů. Léčba matek spolu s dětmi nebývá příliš typická, komunita je ale této klientele skvěle přizpůsobena. Individuální přístup provází klientku po celou dobu léčby, stejně tak jako její dítě/děti.

Aktivity

Kromě již zmíněných možností aktivit nabízených matkám a dětem bych ráda zmínila „maminkovskou skupinku“, které jsem měla možnost se zúčastnit. Probíhá pravidelně jedenkrát týdně ve společenské místnosti. Klientky se zde sejdou spolu s vychovatelkami a sdělují jim jejich trable, či nové poznatky týkající se jejich dětí. Od vychovatelek se jim dostává názorných ukázek, vysvětlení situací i nových informací. Jedná se o aktivitu, která probíhá spíše neformálním způsobem, v porovnání s ostatními skupinami v komunitě. Probíhá v době odpoledního spánku dětí, aby se mohly klientky plně soustředit. K povídání bylo možné si uvařit kávu a vše probíhalo v přátelské atmosféře. Klientky se na skupinku celý den těšily, a i po jejím skončení vypadaly velmi spokojeně.

Přenášení odpovědnosti

Dalším mým poznatkem je zkušenost s přenášením odpovědnosti, které je pro závislé osoby typické. Ačkoliv jsem byla v roli pouze pomocné vychovatelky, již v průběhu prvního dne jsem se setkala s tím, že klientky, které zrovna měly funkci vychovatelky, odešly kouřit a nechaly mi na starost všechny děti, přestože mě ještě vůbec neznaly. Opakovalo se to během mé stáže několikrát. Jednalo se např. o situaci u rybníka, kdy si klientky opět sedly a kouřily, zatímco si děti hrály na schodech vedoucích do rybníka a bez mé přítomnosti by alespoň jedno z dětí skončilo ve vodě. Paní vychovatelka mi ale bohužel můj poznatek nepotvrdila a sdělila mi pouze fakt, že odpovědnost za děti mají vždy pouze jejich matky.

Komunikace s dětmi

Dalším důležitým poznatkem je komunikace matek s dětmi a zvládání krizových situací. V prvních dnech bylo na dětech i klientkách znát, že se v mé přítomnosti snaží chovat jinak, než by tomu bylo běžně. Zhruba od poloviny týdne jsem ale začala poznávat běžný režim a chování klientek i dětí. U několika klientek bylo zřejmé, že si neví rady se svými dětmi, které zlobí, nebo něco provedly. Proto se často objevoval křik, nebo plácnutí dítěte přes zadek. Obzvláště jedna z klientek měla velmi bouřlivé emoce. Vždy, když se vrátila z pracovního bloku pro své děti jí bylo sděleno, co provedly. Její reakce byla vždy stejná, velký křik, plácnutí a zavření dítěte do oddělené místnosti. Na jejím synovi bylo znát, že se tyto situace dějí pravidelně a již preventivně se schovával pod postel. Opakované konflikty probíhaly také při jídle. Děti, které zlobily většinou jejich matky odvedly na pokoj.

K největším komunikačním problémům docházelo při odchodu matek do práce. Ke komunikaci totiž téměř nedocházelo. Jejich odchod probíhal tak, že počkaly, až je děti neuvidí a bez rozloučení zmizely. Když děti zjistily, že je maminka pryč, následoval dlouhý pláč. Takto se to opakovalo každý den.

Velkým překvapením pro mě, ale i pro klientky byla naopak komunikace dětí se mnou. Děti téměř vůbec s nikým z dospělých lidí nekomunikovaly. Proto jsem se snažila navazovat s nimi komunikaci a ochotně odpovídala na všechny jejich otázky. Zhruba od poloviny týdne za mnou děti začaly chodit, vyžadovat mou pozornost a samy komunikovat.

Zanedbání dětí

Stejně jako se téma zanedbání objevovalo v odpovědích klientek, i já jsem během svého zúčastněného pozorování zaznamenala několik odchylek, které mohou souviset se zanedbáním péče o dítě. U dvou nejstarších dětí přítomných v komunitě, kterým byly 3 roky, se objevoval problém s řečí. Jedna z klientek uvedla, že dle psychologa odpovídá řeč jejího dítěte mnohem mladšímu věku. V komunitě má ale klientka čas se dítěti více věnovat a na řečových potížích již intenzivně pracovali.

O něco závažnější byl stav jiného z dětí, kterému bylo 14 měsíců. Jeho matka ho většinu dne nechávala ve vajíčku, kde téměř nehybně leželo. Při položení dítěte na zem se začínala objevovat snaha o lezení. Podobný problém řešila jedna z vychovatelek s nejmladším dítětem v komunitě, kde ale docházelo pouze k poučení matky, jak by měla motoriku svého dítěte podporovat.

2.5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou rodičů trpících závislostí, kteří žijí se svými dětmi v terapeutické komunitě. Cílem práce je přiblížit okolnosti jejich života v komunitě, zejména prožívání ze strany matek i dětí a nabídku aktivit pro rozvoj dětí.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že klientky jsou za možnost léčby spolu se svým dítětem/děti velmi vděčné. Většina klientek uvedla, že dítě je jejich hlavní motivací k léčbě. Hanzal (in Kooyman, 2007) též uvádí, že snaha změnit svůj život a snaha začít pečovat o dítě bývá pro klientky jednou z nejsilnějších motivací k léčbě. Autor uvádí, že většina klientek dává přednost ambulantním, nebo krátkodobým programům a pouze malá část klientek zvolí léčbu v terapeutické komunitě, kam většinou nenastupují z vlastní vůle. Klientky zapojené do mého výzkumu ale toto tvrzení vyvracejí. Pouze jedna z respondentek uvedla, že do komunity nenastoupila z vlastní vůle. Všechny ostatní respondentky uvedly, že jsou v komunitě dobrovolně a rády. Dítě bylo pro mé respondentky natolik důležitou součástí života, že pouze jedna z nich uvedla, že by byla ochotná podstoupit léčbu i bez přítomnosti svého dítěte, ostatní respondentky by bez dítěte do komunity nenastoupily.

Přizpůsobení programu terapeutické komunity pro rodiče s dětmi se ukázalo být jako vhodné a téměř všechny respondentky jsou s ním spokojené. Pouze jedna respondentka uvedla, že by si přála trávit se svým dítětem více času, což jí ale její povinnosti v komunitě nedovolují. Hanzal (in Kooyman, 2007) uvádí, že některé aktivity a povinnosti jsou rodičům s dětmi zkráceny či úplně vynechány z důvodu pečování o dítě, což se shoduje s mými poznatky získanými zúčastněným pozorováním. S nabídkou aktivit pro rozvoj dětí jsou klientky též spokojené. Stejně jako uvádí Howe (2005, in Barnard, 2011), že rodič je pro dítě středem světa bez jakýchkoliv ohledů, uvedly také respondentky, že děti jsou s nimi v komunitě rozhodně spokojené, už jen pro jejich přítomnost a věnování pozornosti, což nebylo před nástupem do komunity zcela běžné.

Komunita se snaží dětem i jejich matkám vytvořit vhodné podmínky pro život a nahradit dětem rodinné prostředí, které je dle Krause (2008) nenahraditelnou a nepostradatelnou institucí i pro dospělého člověka, natož pro dítě.

Za úskalí výzkumného šetření by se dalo považovat zaměření se pouze na jednu organizaci, nabízející léčbu pro rodiče s dětmi, což přináší úzce zaměřené odpovědi. Pro rozsáhlejší zpracování by bylo vhodné např. porovnat poznatky z více zařízení, což ale Česká republika počtem těchto zařízení příliš neumožňuje. Další možností by mohlo být oslovení bývalých klientů komunity, čímž by se výzkumný vzorek rozšířil.

Dle mého názoru se jedná o nepříliš prozkoumanou problematiku, což dokazuje i obtížnost dohledání odborné literatury, která by se léčbou rodičů s dětmi zabývala.

2.6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jak vypadá život rodičů trpících závislostí, kteří se svými dětmi žijí v terapeutické komunitě. Cílem práce bylo získat informace o prožívání celé situace ze strany matek i dětí a zjistit, jaké možnosti aktivit jsou zde nabízeny dětem pro jejich edukaci i zábavu.

Teoretická část byla rozdělena do 3 kapitol. První kapitola se věnuje terapeutické komunitě, kde jsem se zabývala stručným popisem základních informací a fungováním komunity. Druhá kapitola je zaměřená na užívání návykových látek v těhotenství. Poslední kapitola se věnuje závislosti v kombinaci s rodičovstvím. Je zde představen program pro rodiče s dětmi v terapeutické komunitě, motivace k léčbě či následná péče po odchodu z komunity.

V praktické části jsem nejdříve definovala cíl své bakalářské práce, objasnila metodiku a techniky sběru dat. Poté jsem se věnovala především analýze polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými respondentkami a shrnutím dat získaných zúčastněným pozorováním a písemným dotazováním s jednou z vychovatelek.

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, jak klientky vnímají možnost léčby spolu se svým dítětem. Výzkumem bylo zjištěno, že jsou všechny respondentky za tuto možnost léčby velmi rády a možnost mít své dítě u sebe pro ně byla k nástupu do komunity rozhodujícím prvkem. Bez možnosti mít své dítě u sebe by 6 ze 7 respondentek do komunity vůbec nenastoupilo.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak klientky vnímají přizpůsobení programu pro rodiče s dětmi a jak jsou spokojené s nabídkou aktivit pro rozvoj jejich dětí. Zde bylo výzkumem zjištěno, že úprava programu je vyhovující, což potvrdily všechny respondentky. Aktivity jsou pro rodiče s dětmi přizpůsobeny tak, aby mohli pečovat o své děti a dostatečně se jim věnovat. Nabídka aktivit je taktéž vyhovující věku i potřebám dětí, což dokládají všechny 3 použité metody sběru dat. Kromě zajištění základních potřeb dítěte je zde brán ohled také na správný vývoj a edukaci dětí. Dětem je zajištěna docházka do mateřské i základní školy, nebo např. pediatrická péče v blízkém okolí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literární zdroje:

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

BINDER, Tomáš, 2020. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2009-3.

COMER, Ronald, Elizabeth GOULD a Adrian FURNHAM, 2013. *Psychology*. Chichester, West Sussex: Wiley. ISBN 978-1-119-94126-2.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

HARTL, Pavel, 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

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

KOOYMAN, Martien, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 2007. Praha: Magdaléna. ISBN 978-80-7106-937-9.

KOOYMAN, Martien, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL, 2004. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj. ISBN 80-7106-876-4.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

KŘÍŽOVÁ, Ivana, 2021. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-1754-3.

NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

PRESLOVÁ, Ilona a Veronika MAXOVÁ, ed., 2009. *Ženy & drogy: sborník odborné konference : Praha 15.-16. dubna 2009*. Praha: Sananim. ISBN 978-80-254-5133-5.

PRESLOVÁ, Ilona. *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů: komplexní program péče o dítě závislých matek o.s. SANANIM*. Praha: Sananim, 2011. ISBN 978-80-904536-1-6.

PRESTON, Andrew a Andy MALINOWSKI, ŠEFRÁNEK, Martin, ed., 2007. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogově závislosti. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-28-4.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník. 7., aktualiz. a rozš. vyd.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.

Elektronické zdroje:

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE, 2006. *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology* [online]. [cit. 2022-07-07]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

LUKEŠOVÁ, Jaroslava, 2011. Zjednání RVPPK - Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Praha [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/z-jednani-rvppk-drogove-zavisle-matky-jejich-charakteristika-a-jejich-deti.aspx>

PRESLOVÁ, Ilona, 2012. Děti rodičů se závislostí. *Šance dětem* [online]. [cit. 2022-07-07]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/deti-rodicu-se-zavislosti>

SEZNAM PŘÍLOH

Informovaný souhlas účastníka výzkumu



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci mé bakalářské práce.

Název projektu: Život rodičů a dětí v terapeutické komunitě

Řešitel projektu: Kateřina Trejlová, tel. 723 754 461, e-mail: trejlk00@jcu.cz

Název pracoviště: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí práce: Bílková Zuzana, Mgr. Ph.D.

Cíl výzkumu: Cílem výzkumu bude přiblížit okolnosti života dětí a rodičů žijících v terapeutické komunitě.

Popis výzkumu: Data budou sbírána prostřednictvím zúčastněného pozorování a rozhovorů. Budou zpracovávána kvalitativními postupy.

Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno. Nikde také nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné Vás identifikovat.

Vaše účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoliv během rozhovoru můžete odmítnout odpovědět na otázky, na které nechcete odpovědět.

Máte také právo rozhovor kdykoliv ukončit a svůj souhlas odvolat.

Datum a podpis řešitele projektu:

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat. Zároveň souhlasím s pořízením hlasového záznamu rozhovoru, který bude použit pouze pro výzkumný účel.

Jméno a příjmení účastníka:

Podpis účastníka: Dne:

Ukázka doslovné transkripce polostrukturovaného rozhovoru

R = respondent

V = výzkumník

V: Mohla bys mi prosím říct krátce o svém životě a co tě sem přivedlo?

R: Krátce o svém životě, začala jsem vlastně v 17 jsem měla první čáru, pak jsem poznala kluka, do kterého jsem se zamilovala, to byl vaříč a táta tenkrát málem zemřel naaa, po transplantaci srdce a ten klučina mi takhle podal psaníčko s tím že „ná, to ti pomůže“, jakoby nemyslet na to, no tak takhle jsem začala fetovat. Pak jsem vlastně v 25 jsem chtěla přestat, to jsem teda přestala i sama na tu dobu co, ještě než jsem otěhotněla, tak po dobu těhotenství, to je vlastně rozmezí nějakých 6 let, co jsem byla dejme tomu čistá. Pak jsem otěhotněla, po dobu těhotenství nemůžu říct, že bych byla úplně čistá, jako stejně dala jsem si jo, a vlastně po těhotenství jsem začala pít. No a teď ke konci jsem už kombinovala alkohol s pervitinem.

V: Co byl pro tebe ten impulz, že jsi se pokusila dostat sem do komunity a že jsi chtěla změnit svůj život?

R: Ten hlavní impulz byl to, když jsem se nějak v březnu, asi v březnu, když jsem si dala svojí obvyklou dávku a bylo to moc, bylo to moc, že jsem musela vlastně dojít za maminou a poprosit jí, prostě jí říct co se stalo, poprosit jí, aby mi pohlídala K., protože prostě jsem to nedala ten den. A ještě ten hlavní impulz bylo to, že když jsem došla na Káčko že jo, což je výměnej program, tak vlastně jsem jim řekla, že nemít K., tak bych nejradši nebyla. A ty mě vlastně přiměli k tomuhle, protože já jsem se i pod vlivem pervitinu sebepoškozovala.

V: Je tohle tvůj první terapeutický pobyt?

R: První pobyt v komunitě jo, ale jinak jsem se léčila už před 13 lety v Č. D. A byla jsem, potom jsem byla ještě na detoxu v K., ale tam jsem byla jenom tejden.

V: Jak vnímáš to, že tady s sebou můžeš mít svoje dítě?

R: No tak to vnímám úplně suprově, protože já jsem vlastně od jeho narození s ním nebyla jenom jeden den a pak než mi ho sem přivezli ten měsíc a půl byl úplně neskutečnej, to jako byly muka pekelný. Takže já jsem strašně ráda, že ho tady můžu mít.

V: Odhodlala by ses k léčbě i bez možnosti mít ho tady s sebou?

R: No, určitě bych se k té léčbě odhodlala s tím, že vlastně dělám pro malého, pro oba, ale bylo by to hrozně složitý jako nemít ho tady třeba, kdyby mi ho sem nemohli přivést ani na návštěvu, no tak jako, bylo by to hrozný, nedokážu si to představit

V: Jak jsi zvládala péči o dítě před nástupem do komunity?

R: No víceméně jsem to zvládala jako mamina mi ho sice pohlídala, ale pohlídala mi ho, protože prostě já jsem si buďto šla pro flašku, nebo jsem si jela pro dávku, jako zvládala jsem to, ale většinou pod vlivem. Jo, ale prostě nebyly tam nějaký extrémní výkyvy, jakože bych třeba 3-4 dni nebyla doma...

V: Jsi v kontaktu se svojí rodinou a blízkými? Pomáhali ti předtím třeba s malým a tak?

R: Jsem, jsem s nima v kontaktu a vlastně i ten měsíc a půl byl malej byl u mojí mámy, u babičky. Takže tam byl v těch nejlepších rukách. My vlastně jsme bydleli spolu v jednou baráku, takže...

V: Myslíš, že jsou tady děti spokojené a že jim tady nic nechybí?

R: Tak to si myslím určitě, tady je to pro ně využitý taky maximálně, ale komunita dělá vlastně všechno pro nás i pro ty děti, abychom se tady cejtli. I ty vychovatelky všechny se nás snaží poradit, když si s nima vlastně nevíme rady, prostě jak bysme se měli zachovat, jo, co s nima, a takovýhle, tím že je tady vlastně zajištěná školka v Č., což si jako myslím že je taky dobrý, protože kdo ti dneska jako vědomě veme do školky dítě, když vědí, že je to, že jeho máma je smažka, alkoholička a tak. To zas tady to je dobrý.

V: A myslíš, že by se tady dalo něco zlepšit?

R: Možná nějaký jako třeba, jako zájmový kroužky, takový jako společný něco dělat, takový ty hry, ale ono to dost dobře nejde, protože tady jsou že jo děti různých věkových kategorií, takže to dost dobře nejde.

V: Jaké možnosti zábavy a vzdělávání jsou tady dětem nabízeny?

R: Je tady dobrý, že je tady to dětský hřiště, je tady kousek rybník, je to všechno v lesích. Tím že tady jsou i ty zvířata, což je taky supr jo, prostě jako jo, mě se to tady prostě jako pro ně líbí.

V: Jak bys popsala sama sebe jako mámu a jak bys popsala např. svůj výchovný styl.

R: Sama sebe jako mámu. Netroufnu si o sobě říct, že jsem dobrá máma, protože jsem na léčbě, ale na tý léčbě jsem právě proto, abych byla dobrá máma. A já můžu říct jediné to, co o mě řekly holky, že prostě se dobře chovám k dětem, že se o ně starám, snažím se jich jako zvládnout i víc najednou prostě a mám takovou zásadu, že když prostě nemusím, já na ně nekřičím, nekřičím, ale zase jako nemám problém s tím jako jim výchovně všem jako dát na zadek, to s tím problém nemám, protože někdy je to fakt potřeba a dost akutní, když jinak neposlechnou.

V: Co je pro tebe jako pro mámu momentálně nejdůležitější?

R: no, to je otázka... Pro mě je nejdůležitější, aby můj syn byl šťastnej.

V: Kdyby ses měla aktuálně ohodnotit na stupnici 1-5 jako ve škole, jaká jsi máma, tak jakou by sis dala známku?

R: Já bych si dala takovou lepší trojku, lepší trojku, tři plus.

V: A jak myslíš, že by to mělo vypadat, aby sis mohla dát jedničku?

R: No to bych nikdy nesměla fetovat a nikdy nesměla, to bych byla máma na jedničku (smích).

V: A myslíš že to někdy bylo i horší, že by sis dala i horší známku?

R: Určitě, protože když jsem chodila třeba se svým synem na dětský hřiště a chodili jsme okolo Vietnamce a většinou jsem měla tu placatku v kapse, tak to by bylo určitě za 5 jako jo, no. Nebo jsem počkala až usne a prostě jsem si šlehla že jo.

V: Čeho v životě nejvíc lituješ?

R: No, určitě toho že jsem se kdy potkala s drogou, s tím že jsem někdy přišla na chuť, že jsem to kdy zkusila, prostě to že vlastně do smrti budu mít chuť že jo. Jednou feťák, furt

feťák, i když prostě teď si připadám jako, jako máma prostě že jo, né jako smažka, alkoholička, ale jako máma.

V: Máš představu o tom, jak bude vypadat tvůj život po ukončení léčby?

R: Absolutně ne. Ale jako jo, mám nějaký obrázek. Chci jít určitě, chci to tady dokončit s rituálem, chci jít na doléčovák. Buďto do B., anebo do P., protože to je pod sananymen a vlastně tím, že jsem kousek od P., abych to měla domů kousek. A, no určitě si najít nějakou práci, K. do školky a pak K. najít nějakýho toho tatínka.

V: Máš nějaké sny a přání, který si chceš v životě ještě splnit?

R: Přání a sen? Můj životní sen je určitě prostě tady udělat ten rituál, to je můj největší sen. A pak jako přání, až to půjde potom rituálu prostě, až budeme já s K. sami, chci s nim jet k moři

V: Tak to je všechno. Chceš se mě na něco zeptat ty?

R: Hmm, ani nějak nemám potřebu se zeptat, já o tobě tak nějak dost vim, jak jsme se bavili.

V: Nebo jestli mi chceš říct ještě něco na co jsme zapomněli?

R: Jedině to prostě, kdo nemusí ať to nezkouší prostě jo, je to cesta do pekla akorát.

V: Tak ti moc děkuju.

R: No nemáš za co.