

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2013–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Šenková

Děti drogově závislých matek v Terapeutické komunitě Karlov

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2013-2016

BACHELOR THESIS

Lucie Šenková

Children of drugs addicted mothers in Therapy community Karlov

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PaedDr. Eva Šotolová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne.....

Lucie Šenková

Poděkování

Tímto způsobem bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Doc. PaedDr. Evě Šotolové Ph.D. za cenné rady, ochotu a připomínky, které mi v průběhu zpracování bakalářské práce poskytla.

Dále také děkuji všem respondentkám a pracovníkům v Terapeutické komunitě Karlov za ochotu a vstřícnost.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá drogově závislými ženami – matkami v Terapeutické komunitě Karlov. Zabývá se tím, jak se ženy léčí se svými dětmi, jak funguje vztah mezi matkou která, užívala drogy a mezi jejím dítětem/děťmi. Praktická část se snaží potvrdit, že léčení drogově závislých matek se svými dětmi je úspěšnější především pro vztah matka – dítě, než kdyby se matky léčily samy, a odpovídá na otázku: Zda je pobyt matek se svými dětmi v terapeutické komunitě Karlov pod vedením terapeutů 80% přínosem zlepšení jejich vzájemného vztahu.

Klíčová slova

Cíle komunity, drogově závislé matky, drogy, práce komunity, terapeutická komunita, vztah matka-dítě

Annotation

This Bachelor's work is applying to drug-addicted women – mothers in Therapist community Karlov. It's dealing with how they are treated with their children and how does their relationship work. The practical part is trying to confirm that treatment of drug-addicted mothers is more succesful especially for the relationship mother – child, than if these mothers would treat without them. This work is also answering the question whether the stay of mothers with their children under the leadership of the Karlov community Therapists is a 80% beneficiary.

Key words

Community goals, community work, drug-addicted mothers, drugs, relationship mother – child, therapeutic community

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	10
1.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti.....	12
1.2 Odvykací vztah	15
2 ŽENY A DROGY	16
2.1 Partneři drogově závislých žen.....	17
2.2 Těhotenství drogově závislých žen.....	18
2.2.1 Účinky návykových látek na plod a novorozence.....	19
3 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	21
3.1 Terapeutické komunity pro drogově závislé v ČR	22
PRAKTICKÁ ČÁST	24
4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV	24
4.1 Program matek s dětmi	28
4.2 Fáze léčby	30
4.3 Funkce fází	32
4.4 Videotréning	33
4.5 Drogy užívané klientkami v Terapeutické komunitě Karlov	33
5 METODY VÝZKUMU	35
5.1 Výzkumná otázka	36
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	37
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	49
8 ZÁVĚR VÝZKUMU	53
9 ZÁVĚR	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
SEZNAM ZKRATEK.....	59
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	60

ÚVOD

Návykové látky představují velkou životní zátěž každého jedince, který je jejich uživatelem. Zpočátku se většinou jedná pouze o jakési uvolnění ze stresu, strachu, problémů, či krátkodobého úniku z těžké životní situace. Postupem času se návykové látky stávají nedílnou součástí uživatele. Začátky užívání drog navozují uživateli dobrou náladu, představují svět, ve kterém není nic nemožné a všechny starosti a životní úskalí mizí do neznáma. Drogy ovšem nenavozují jen pozitivní myšlení, ale později se dostávají jak deprese tak špatně zvladatelné, psychické stavy. Pro eliminaci uživatelů drog byly vybudovány různá doléčovací centra, komunity, kontaktní centra apod., kde se zkušení pracovníci a terapeuti snaží drogově závislým pomoci. Zvláště problematickou je skupina drogově závislých matek s dětmi. Cílem této bakalářské práce je dokázat úspěšnost léčby drogově závislých matek s jejich dítětem/děťmi v Terapeutické komunitě Karlov, především zda se zlepšuje a vytváří vazba mezi matkou a dítětem.

V první kapitole bakalářské práce je předloženo vymezení základní terminologie a dále je zde charakterizován bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti. Další kapitola je věnována drogově závislým ženám, jejich partnerům a vlivu drog na těhotenství a samotný plod, či novorozence. Třetí kapitola popisuje funkce terapeutických komunit.

Stěžejní částí čtvrté kapitoly je praktická část, která je zaměřena na léčbu drogově závislých matek s jejich dítětem/děťmi v konkrétní Terapeutické komunitě Karlov, která umožnila absolvování týdenní stáže pro vykonání tohoto výzkumu. Zjišťována byla výzkumná otázka: zda je pobyt matek se svými dětmi pod vedením terapeutů komunity Karlov 80% přínosem. Následující kapitoly jsou zaměřeny na charakteristiku sledovaného souboru, kde byla použita metoda strukturovaného rozhovoru, který byl veden s osmi matkami v Terapeutické komunitě Karlov. Čerpáno bylo i ze závěrečných zpráv daných klientek. Poslední kapitoly jsou zaměřeny na interpretaci získaných výsledků a jejich vyhodnocení.

Celkové shrnutí všech dosažených výsledků je poté uvedeno v kapitolách závěr výzkumu a závěr.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

Do vymezení základní terminologie byly zahrnuty níže uvedené pojmy, které jsou dále stručně charakterizovány.

„**Abstinence** – jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodu zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních, či jiných. Kdokoliv v současné době abstínuje, může být nazýván „abstinent“ (current abstainer) je někdy používán pro výzkumné účely a definován jako osoba, která neužívá žádnou látku po určité období, např. 3,6, nebo 12 měsíců.“ (Kalina a kol. 2001, s. 11)

„**Abst'ák** – obvykle používaný slangový termín pro proces náhlého odvykacího stavu při závislosti na alkoholových i nealkoholových drogách – „Cold Turkey“, odvykací syndrom.“ (Kalina a kol. 2001, s. 11)

„**Abusus** (zneužívání) – termín široce používaný v různém významu. V úmluvách OSN se „abusus“ týká jakékoliv spotřeby kontrolované látky bez ohledu na řídkost jejího užití. V diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-IV) je abusus psychoaktivních látek definován jako „maladaptivní vzorec“ užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození, nebo psychické úzkosti, projevených jednou (či vícekrát) v následujících 12 měsících.“ (Kalina a kol. 2001, s. 11)

„**Ambulantní léčba** – léčba prováděna bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je individualizovaná, přizpůsobená jeho potřebám a zakotvená v jeho ústní či písemné dohodě (kontaktu) s terapeutem nebo se zařízením.“ (Kalina a kol. 2001, s. 14)

„**Detoxifikace** – léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxikačním centrem či jednotkou.“ (Kalina a kol. 2001, s. 28)

*„**Droga** – termín má mnoho významů. V úmluvách OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ označuje látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejítí nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné. Kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně, pro svůj psychoaktivní efekt.“ (Kalina a kol. 2001, s. 32,33)*

*„**Komunitní péče** – péče probíhající v souvislosti s místním společenstvím, odpovídající jeho potřebám, využívající jeho podpůrných faktorů a usilující o začlenění klientů do života v normálních podmínkách. Je protikladem péče v uzavřených institucích (institucionální péče). V okruhu drogových závislostí patří do komunitní péče například terénní práce, výměnné programy, nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře, různé formy následné ambulantní péče včetně chráněného bydlení apod.“ (Kalina a kol. 2001, s. 54,55)*

*„**Relaps** – návrat k pití nebo užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti.“ (Kalina a kol. 2001, s. 91)*

*„**Substituce** – substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařským předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga. (např. heroin je nahrazen metadonem).“ (Kalina a kol. 2001, s. 104,105)*

*„**Tolerance** – snižování účinku drogy při opakovaném podávání či užívání. Tolerance se zvyšuje nejrychleji, pokud je droga podávána často a ve zvyšujících se dávkách.“ (Kalina a kol. 2001, s. 110)*

1.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Do skupiny závislostí řadíme behaviorální, kognitivní a fyziologické úkazy, což znamená, že u člověka užívajícího látku převládá jiné jednání a činy. (Nešpor, Csémy, 2004) Drogovou závislost je nutné brát jako bio-psycho-sociální onemocnění, ve kterém se různé faktory doplňují. V CNS se vyskytují změny téměř na všech stupních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám a podporují se adaptační změny. (Kalina, 2003) Charakteristikou závislostí je touha. Závislost můžeme diagnostikovat, pokud se v průběhu jednoho roku staly následující události: (Nešpor, 2007)

- *„Silná touha nebo pocit puzení užívat látku*
- *Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky*
- *Tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.*
- *Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)*
- *Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku*
- *Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlenek.“ (Nešpor, 2007, s. 10)*

Droga je základem ke vzniku závislosti, která vede k následnému užívání drogy. Droga silně ovlivňuje psychiku uživatele a může též navodit nepříjemné pocity, které přichází po vysazení drogy. Spektrem příčiny vzniku závislosti je i prostředí. Mezi sociální faktory patří prostředí uživatelů drog do které se chce jedinec začlenit, dále

nefungující rodiny, osamělost, nedostatek lásky od rodičů a kriminalita. (Vavřínková, Binder, 2006)

Původ alkoholismu a drogové závislosti je souhrnný. Prozatím nebylo dokázáno nic, co by potvrdilo predispozice pro počátek závislosti. U některých jedinců se tedy závislost rozvíjí kvůli psychologickým problémům, někde převládají genetické faktory nebo vrozené dispozice a sociální vztahy. (Kudrle In: Kalina, 2003)

„Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebezsilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.“ (Kudrle In: Kalina, 2003, s. 91)

Bio – psycho – sociálně – spirituální model závislosti rozdělujeme na:

- **Biologický:** do tohoto modelu patří zájem o výživu, o fyzické zdraví, prevenci po rehabilitaci a léky na léčbu nemocí. V biologickém modelu je v mnoha případech jasné, že jde o užívání analgetik. Můžeme sem zařadit příklad mladého sportovce, který utrpěl zranění a náhlou ztrátu „cíle“, kdy se v této situaci snažil uniknout k braní drogy. Dále také například obezita a porucha příjmu potravy se mohou zmírňovat pomocí braní amfetaminů
- **Psychologický:** faktorem počátku užívání drogy v psychologickém modelu může být: nuda, poznávání nových prožitků a malé sebehodnocení. Jedinec nezná samostatnost, nebyl jí naučen a tak si samostatnost vydobývá v zóně, kam za ním nemají rodiče přístup.
- **Sociální:** specifikem této skupiny jsou lidé, kteří bývají vyčleněni z nějaké komunity, jsou rasově odlišní nebo mají touhu začlenit se do silné skupiny.
- **Spirituální:** do spirituálního modelu patří aspekty, jako absence smyslu či duchovní hodnoty. Především se jedná se o lidi, kteří nemají zaměření na materialismus. (Kudrle In: Kalina, 2003)

Dimenze Biologická – *„Význačné výzkumy tohoto století ukázaly, že mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Podařilo se identifikovat důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony, do značné míry byly prozkoumány také procesy, které se účastní presynaptické a postsynaptické neurotransmise informací.“* (Rotgers a kol.,1999, s. 19)

Alkohol a jiné drogy zasahují mozek a způsobují v něm spoustu negativních i pozitivních změn kognitivních funkcí. Záleží na hodnotě drogy, ta totiž dokáže vyvolat změny v mechanismu mozku. Například Kokain navozuje pocit euforizace, vzrušení, bdělost a dodává energii. Dlouhodobým užíváním Kokainu se sníží hladina Dopaminu a díky tomu přichází negativní změna nálady. Euforie se mění v deprese, bdělost se ztrácí a dostává se porucha pozornosti. Při této závislosti se mohou dostavovat halucinace a iluze, jedinec stále drogu užívá a je uzavřen v bludném kruhu. Ze začátku pocítuje jedinec pozitivní nálady a chronickým užíváním se dostávají deprese a špatné nálady. Jedinec si pamatuje stav na začátku, který byl pozitivní. (Rotgers a kol., 1999)

Dimenze Psychologická – Uvedené symptomy, které zasahují mozek, se sdružují s poruchami nálad a emocí. Například u lidí závislých na alkoholu jsou značně vnímány deprese a úzkosti, kdy lidé přijatí k léčbě alkoholismu nemají žádnou sebeúctu ke svému tělu. Požíváním alkoholu jsou nepříjemné stavy způsobeny, ale zároveň zmírňovány. Tyto negativní psychologické stavy jsou vyvolány špatným životním stylem závislých jedinců. Nejedná se pouze o alkohol, ale i o jiné drogy. Negativní psychologické změny alkoholismu nebo jiné drogové závislosti způsobují nízké sebehodnocení. Chronické užívání alkoholu a jiných drog způsobuje stavy, které vedou k psychologickým problémům. (Rotgers a kol., 1999)

Dimenze Sociální – Závislí jedinci se potýkají se sociálními problémy. Nejdříve vyústí problémy v rodině a partnerských vztazích. Bývají narušovány zlostí, strachem, frustrací, pocitem viny a lítostí. Jedinci proto dále užívají alkohol nebo jinou drogu, utíkají tím od opravdového problému. Užívání alkoholu nebo drog často vede ke ztrátě zaměstnání, finančním problémům a problémům se zákonem. (Rotgers a kol., 1999)

Dimenze Spirituální – Toto je poslední model bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Požíváním alkoholu a drog způsobuje narušení duchovního života a mění se morální hodnoty. Spousta alkoholiků a drogově závislých cítí prázdnotu a zoufalství, proto opět vyhledávají alkohol nebo drogy. (Rotgers a kol., 1999)

Kořeny závislosti se hledají těžce a je třeba se zajímat o protiklady, které život nabízí, jako je zrození – smrt, světlo – tma atd. Tyto duality jsou faktem, který vyvolává napětí u všech jedinců, kteří poté vyhledávají dynamiku. Jsou to potřeby vyhnout se špatným věcem, najít sebehodnocení, ulevit si od fyzické a psychické bolesti, potřebu

cítit více energie, být svobodný, odstranit vnitřní zábrany, spojit se s bohem a se sebou samým. (Kalina, 2008)

1.2 Odvykací vztah

Odvykací vztah je kategorie různých příznaků. Dochází k nim po vysazení látky nebo zmírnění užívání látek. Doba trvání po vysazení látky je časově omezena, záleží na typu a množství užívané látky. Odvykací vztah může být pronásledován různými somatickými projevy, jako jsou např. křečovitě záchvaty a další somatické problémy lišící se podle typu drogy. Odvykací vztah je hlavní diagnóza závislosti. Pokud je diagnostikován, je stav klienta vážný a měl by být pod dozorem lékařské péče. Psychické poruchy procházejí fází odvykacího vztahu, kde se jedná např. o deprese, úzkost, poruchy spánku apod. Odvykací příznaky jsou zmírněny po dalším požití drogy. Je třeba rozlišit odvykací příznak, který je navozený tzn., že jedinec nemusel ani pozřít látku, tento stav se navozuje především podmíněnými, naučenými stimuly. (Psychiatrické centrum Praha, 2006)

2 ŽENY A DROGY

Možná by se zdálo, že to, co činí ženskou skupinu rozdílnou od skupiny mužské je především těhotenství a mateřství, tedy rozdíl daný především biologickými činiteli. Tato perspektiva je samozřejmě legitimní a je nutné ji rozebírat a mluvit o potřebách specifických úkonů pro ženskou část. „*Takto byla také v EU, z pochopitelných důvodů, tato otázka nahlížena v osmdesátých letech, zvláště ve spojení s epidemií AIDS, a to jak v odborné literatuře a výzkumných pracích, tak i následně v tvorbě drogové politiky mnohých států a z toho vyplývající nabídky a design služeb.*“ (Vobořil In: Kalina², 2003, s. 238) Zpráva o epidemii AIDS a užívání drog varuje na nezbytnost odborné pomoci pro těhotné ženy užívající drogy. (Vobořil In: Kalina, 2003)

Výzkumy dokazují, že vznik závislostí u žen je jiný než vznik závislostí u mužů. Závislost postupuje u žen rychleji a po nižších dávkách. U žen je menší riziko problému se zákonem, ale současně jsou přijímány do terapeutických programů méně často než-li muži a opouštějí programy dříve než muži. Dle několika studií bylo prokázáno, že jsou vytvářeny programy pro muže. U žen se setkáváme s problémem zneužívání, ale i s prostitucí. U drogově závislých žen je tento problém velmi častý, ovšem ženy o tom nedokáží ihned mluvit, mají nechutenství ke svému tělu, stydí se a neuvědomují si, co se stalo a jak s nimi bylo zacházeno. Problém začnou řešit až v průběhu léčby anebo pokud zjistí, že jsou těhotné. Ženy si vydělávají na drogy a jiné věci i prostitucí. Častým problémem jsou pohlavní choroby, jelikož mnoho drogově závislých žen ani neví jak se chránit. Mnohé z nich také neznají antikoncepci. (Preslová, Maxová a kol., 2009) Jsou prokázány dispozice k braní drog a to jak u žen, tak u mužů, s tím, že ženy jsou k drogám mnohem více citlivější, než muži. Zejména je jejich citlivost kolísavá v průběhu menstruačního cyklu, jelikož se závislost dostavuje mnohem rychleji. Narozdíl od mužů přijímají rychleji léčbu, ale v období abstinence jsou více náchylnější a je u nich větší výskyt relapsů. (Binder In: Hájek., 2004) K charakteristice drogově závislých žen patří především jejich skrývání problémů, o kterých nechtějí anebo se bojí mluvit. Ve společnosti je taková žena, která užívá drogy považována jako „dvojitá deviance“, a to nejen kvůli tomu, že užívá drogy ale i proto, že zklamala v roli ženy. Těhotné ženy a matky jsou ve společnosti ještě více odsuzovány, proto se bojí o

problémech mluvit a nechtějí vystoupit z anonymity. (Kalina,2008) „*Heller a Pecinovská (2007) uvádějí, že v posledních desetiletích se sice zvýšila společenská tolerance ke konzumaci návykových látek ženami, ale odmítavý postoj k závislé ženě se ve své kritičnosti změnil jen velmi málo.*“ (Kalina, 2008, s. 265)

2.1 Partneři drogově závislých žen

Ženy bývají ovlivňovány muži, respektive svými partnery, kvůli kterým mohou začít užívat drogy a tím se dostat do závislosti. Drogu mají ženy jako uvolnění, když jsou sexuálně a emocionálně zneužívány, je pro ně droga vysvozením. U žen se prokázala větší závislost na sedativech a hypnotikách. Tato závislost se nazývá iatrogenní, tím je myšlena závislost, kterou způsobili lékaři. (Kalina, 2008) „*Vobořil ve své práci cituje studie, které dokládají, že existují disproporce v předepisování těchto léků ženské a mužské populaci: například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát než mužům, přičemž nejčastější důvody pro předepsání těchto léků jsou potíže spojené s krizí v manželství a rodinnými problémy.*“ (Kalina, 2008, s. 266) K charakteru drogově závislých žen patří i více duševních problémů, deprese, smutek a porucha příjmu potravy. Bylo prokázáno, že ženy, které vyhledají léčbu, často nemají zaměstnání nebo mají minimální příjem a naopak mají starost o partnera - uživatele. Tyto dva aspekty, jako iatrogenní a psychologický, vytvářejí u žen horší stavy, které ohrožují jejich životy. (Kalina, 2008) Závislost žen na partnerovi je mnohdy velmi psychická a existenciální, práce s drogově závislými ženami je pak mnohdy ovlivňována právě jejich partnery. Když žena otěhotní, je to většinou nechtěné a neplánované dítě, během těhotenství občas získává žena ke svému dítěti vztah a proto se chce léčit a opouští tak svého partnera. Méně často se stává, že partneři mají také tuto motivaci k léčbě a naopak je pro ně léčba partnerky ohrožující. Partneři jsou si vědomi, že nástup partnerky do léčby znamená, že ženy abstinují a je tu riziko, že partnera, který užívá drogy, opustí. Partneři zachází s ženami manipulativně, dokáží vyvinout takový tlak, kdy se žena vzdává svého dítěte a pokračuje dále se svým partnerem na drogové scéně. Pokud byla žena ve své minulosti zneužívána nějakým mužem ve svém okolí, je poté dobře zmanipulovatelná svým partnerem. (Preslová, Maxová a kol., 2009)

2.2 Těhotenství drogově závislých žen

Rizikové těhotenství přináší problémy matce i plodu a následně po porodu se ocitá v nebezpečí i novorozenec. Těhotenství je fyziologický děj, kdy při jakékoliv situaci, může nastat komplikace. Většinou jsou tyto komplikace způsobeny právě matkou. Tyto ženy podceňují péči doktorů a nenavštěvují je. Většinou se jedná o ženy, které se nacházejí ve špatné sociální situaci, nebo o ženy, které trpí jakoukoliv chorobou a bojí se o samotné těhotenství. Jedná se i o ženy závislé na drogách, které ohrožují sebe, těhotenství, plod a po porodu i novorozence. K ohrožení dochází zejména kvůli abstinčním příznakům, které může novorozenec mít. Toto riziko lze zmírnit, pokud žena, která je závislá na drogách, navštěvuje lékaře pravidelně. Zmírnění rizika tak lze docílit např. metadonovým programem. (Hájek a kol., 2004)

Drogou myslíme takovou látku, která je způsobila k navození nutkavého pocitu užívání této látky, především kvůli psychickým účinkům a také kvůli předcházení abstinčního syndromu, který přichází, když není droga přítomna. Těhotenství, při kterém přetrvává drogová závislost je závažný sociální a zdravotní problém. (Hájek a kol., 2004)

Nejzávažnější je skupina uživatelék závislých na pervitinu a heroinu. Těhotenství těchto žen z porodnického hlediska bývá nechtěné a neplánované. Kvůli nepravidelnému cyklu dochází k diagnóze těhotenství pozdě a žena promešká čas, kdy může požádat o interrupci. (Hájek a kol., 2004)

Postupující závislost vede k asociálnímu chování, kdy si žena potřebuje sehnat drogu za každé situace. Těhotenství drogově závislých žen znázorňuje vážný životní problém. Stoupá riziko pohlavně přenosných chorob včetně HIV. HIV není naštěstí u českých drogově závislých žen tak často se vyskytující. Drogově závislé ženy vnímají svou závislost při těhotenství jako problém, ale není to pro ně dostatečný podnět k tomu, aby změnila styl života. U žen závislých na pervitinu se objevuje situace, kdy si žena myslí, že má vše pod kontrolou a vše zvládá. U drogově závislých na opiátech se vyskytuje u žen podnět k léčbě a substituci v těhotenství. Narkomanka zpravidla nebývá závislá jen na jedné droze, doprovází jej závislost na alkoholu a cigaretách. (Hájek a kol., 2004)

2.2.1 Účinky návykových látek na plod a novorozence

Heroin prochází placentou rychle a účinkuje na fetální tkáň už od 1 hodiny po aplikaci. Užívání heroinu působí na plod tlumivě, to může zapříčinit snížení pohybu daného plodu. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Novorozenec – abstinční syndrom novorozence se vyjadřuje rozmanitou intenzitou a počátkem nástupu symptomů, který je charakteristický vadami CNS a vadami respiračních a metabolických vegetativních procesů. (Binder In: Hájek a kol., 2004) „*Abstinční syndrom se objevuje u 50 – 80 % dětí narozených matkám – heroinistkám, obvykle 48 až 72 hodin po porodu. Pozdní abstinční syndrom se může projevit až po 6 dnech po porodu a je velmi pravděpodobně způsoben zvýšenou hladinou drogy v tukové tkáni, který svědčí pro trvalý abúzus matky.* (Binder In: Hájek a kol., 2004, s. 225) Děti narozené matkám, které braly heroin, mají, ve věku od 3 do 6 let nižší hmotnost a menší výšku, organizační, behaviorální a percepční schopnosti. U těchto dětí se vyskytuje nižší IQ a problémy s jazykovými testy. Tyto problémy s věkem rostou. Aplikace kokainu způsobuje u plodu snížení průtoku krve, zvyšuje tlak a tepovou frekvenci a snižuje oxygenaci plodu. Důsledek užívání kokainu může mít na svědomí problémy kardiovaskulární. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Novorozenec – děti vystavené užívání kokainu mívají nižší porodní váhu, kratší dolní končetiny a menší obvod hlavy. U dětí se také může projevit krvácení do mozku nebo anomálie srdce. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Pervitin je velmi užívaná droga v ČR, působí na plod hypoxitickými atakami a vede ke snížení průtoku krve „*Chronická hypoxie vyvolaná zvýšenou placentární rezistencí vyústí v intrauterinní růstovou retardaci plodu. Zvyšuje se i riziko abrupce placenty a předčasného porodu.*“ (Binder In: Hájek a kol., 2004, s. 227)

Novorozenec – akutní abstinční syndrom mají děti po porodu, jejichž matky užívaly pervitin v těhotenství, není ale tak intenzivní jako u Heroinu. Novorozenci jsou spíše ohroženi náhlým úmrtím. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Abstinční syndrom se nevyskytuje u dětí, jejichž matky užívaly MDMA. Uživatelky tuto drogu moc nevyhledávají, stejně je tomu u drogy PCP, která není u nás moc známa. Děti matek, které užívaly LSD, mají abstinční syndromy velmi malé. Stejně je tomu u látek Kanabinoidů. Toluén patří mezi skupinu těkavých látek a jeho užívání způsobuje plodu silné zdravotní komplikace. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Alkohol je nejrozšířenější a nejtolerantnější drogou v ČR. Alkohol taktéž prochází placentou a působí na plod, tím vzniká FAS, neboli (fetální alkoholový syndrom). Alkohol v těhotenství způsobuje novorozenci defekty, jako jsou zúžené oční štěrbin, srdeční defekty a způsobuje mentální retardaci. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Nikotin patří mezi nejrozšířenější závislosti u spousty jedinců. Matky, které v těhotenství kouří, mohou způsobit plodu hypoxii. Děti se rodí s nižší porodní hmotností. V pozdějším vývoji mohou děti kuřáček trpět lehkou mozkovou dysfunkcí a poruchami pozornosti. Opět může u těchto dětí nastat náhlé úmrtí. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Detoxifikace je pro těhotnou ženu velmi náročná, musí se přestat stýkat se společnostmi, ve které užívala drogy s partnerem, který je převážně také závislý na droze a začít abstinovat. K detoxifikaci napomáhá ženám kontaktní centrum, léčba na psychiatrickém zařízení nebo léčba v komunitě pro drogově závislé. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Jako substituční léčba, při užívání opiátů byl vyvinut Metadon neboli syntetický opiát. Užívání Metadonu se rozmohlo především v Evropě. V Americe bylo poté schváleno užití Metadonu i gravidními ženami závislých na droze. Zabraňuje dostavujícím se abstinčním příznakům a pozastavuje touhu po droze, avšak při dlouhodobém užívání se Metadon může stát návykovou látkou. Často řeší problém drogově závislých žen, u kterých nefungují jiné způsoby abstinence, jelikož přestat s užíváním látky u drogově závislých žen s sebou přináší velká rizika. Substituční léčba musí být pod lékařským dohledem. Metadonový program, který vznikl v ČR v roce 1997, nařizuje jednu dávku denně, gravidní narkomanka tak musí navštěvovat Metadonové centrum. Matky jsou pod kontrolou, jejich léčba zajišťuje lepší podmínky pro plod jako například vyšší porodní hmotnost. Každá denní dávka je individuální a neměla by se překračovat. Čím vyšší dávky Metadonu jsou, tím vzniká u novorozence silnější abstinční syndrom. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

Buprenorphin je nazýván také jako Subutex, Temgesic a Buprenex. U těchto látek bývá novorozenecký abstinční syndrom klidnější a mírnější. Léčba Buprenorphinem je finančně náročnější a mohou jí podstupovat jen uživatelky, které braly 1 gram heroinu denně. Naopak oproti Metadonové léčbě se může u Buprenorphinu rychleji snižovat dávkování. (Binder In: Hájek a kol., 2004)

3 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

„Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita (TK) zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.“ (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008, s. 199.)

Komunity se dle citovaného autora rozlišují na komunity v širším slova smyslu (systém) a komunity v užším slova smyslu (metoda). Komunita v širším slova smyslu je systém, kde se vytváří otevřená komunikace a rozhodují zde stejným způsobem terapeuti i klienti TK v užším slova smyslu, je metoda, kde se využívá model malé skupiny, který pracuje s malými skupinami zaměřující se na korekci nepřizpůsobivého a mezilidského chování.. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

Terapeutické komunity byly v ČR jediné ve zdravotnictví. Vůbec první oddělení s metodami terapeutické komunity vzniklo v roce 1949, které založil Jaroslav Skála v nemocnici U Apolináře. Toto oddělení s těmito principy vzniklo jako jedno z prvních na světě. První Terapeutická komunita jako taková vznikla v roce 1954 v Lobči, kde se léčili pacienti s neurózami. Další komunity se objevily v letech 60. a 70. v Sadské, Brně, Opavě, Kroměříži atd. Jaroslav Skála se snažil zařídit postupy a metody terapeutických komunit pro léčbu u lidí závislých na alkoholu. Tato metoda dosahovala chvályhodných výsledků. Programem terapeutické komunity bylo navození fyzických a psychických dovedností, režim byl nastaven přísnými pravidly a program měl vést k podpoře vůle, navozovat potřebné stavy a euforii. Pacienti se měli naučit, jak se vypořádat s kritickými stavy, aniž by utíkali k alkoholu. Tento systém přijala spousta léčebných zařízení v ČR, avšak pro lidi, kteří byli závislí na drogách, nebyl tento systém vhodný, jelikož by v tomto programu léčby neobstáli. Proto byla v roce 1991 založena Terapeutická komunita Němčice, kterou založila PaedDr. Martina Richterová Těmínová a kol. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

Terapeutické komunity mají společné součásti. Především se jedná o to, že všechny komunity musí splňovat stejná pravidla, ale ne každá komunita musí mít stejné povinnosti a práva. Komunita má podobu hierarchickou tzn., že o věcech, jako je vyloučení z komunity, přestup z fáze do fáze, znovu přijetí člena do komunity a o přidělených sankcích rozhodují sami klienti. Klienti a terapeuti mají rovnocenný počet hlasů. Tým komunity má určité omezené pravomoce, především ty, které se týkají odborné stránky. Právo veta má jediné vedoucí komunity. Klienti mají různá práva podle toho, v jaké fázi léčby se nachází a dle toho, jakou funkci plní. Nezbytnou součástí komunity je odpovědnost, kterou nemá jen terapeutický tým, ale i klienti, kteří mají odpovědnost k celému zařízení. Ve chvíli, kdy je odpovědnost uplatňována, stává se komunita opravdovou komunitou. Kalina považuje za podmínky plnění komunity především prostředí bez drog, oddělení komunity od vnějších vlivů, organizační autonomii, klienty, kteří využívají svépomoc v léčbě, kvalifikovaný tým, který se skládá z profesionálů nebo bývalých uživatelů, důraz na pravidla a chování, braní drogové závislosti jako celkovou poruchu, ne jako dílčí článek, sociální učení, určité fáze a funkce, které klienti plní v průběhu léčby a účel pracovních a vzdělávacích programů. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

Pro přijetí do terapeutických komunit je abstinence jednoznačnou podmínkou, ta je důležitá i během celé léčby a následně i zapojení do běžného života, není však úplným cílem léčby. Abstinenci by měl klient brát jako nedílnou součást svého života. Cílem jako takovým je kompletní změna životního stylu. Životní styl ovlivňuje osobnostní růst člověka. Proto se klienti v komunitách učí sebepojetí, prožitku a chování ve vztazích. Dosažením tohoto cíle je samotný život v komunitě, která nabízí rozhodování, upřímnou komunikaci a řešení konfliktů. Proto se komunita snaží přizpůsobovat reálnému životu. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

3.1 Terapeutické komunity pro drogově závislé v ČR

Terapeutická komunita je střednědobé rezidenční zařízení, které se orientuje na vyléčení abstinence a sociální integrace. Doba léčby trvá v rozpětí šesti až osmnácti měsíců. Klienti jsou lidé závislí na nealkoholových drogách, které doprovází kriminální podtext a psychosociální poškození, v některých případech jde i o somatické poškození, jako je Hepatitida B a C. Věk přijímaných klientů je okolo 18 až 35 let. Existují

komunity, které se zaměřují na léčbu mladistvých a naopak komunity, kde přijímají starší klienty. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

Pracovní tým terapeutických komunit se skládá z profesionálů s různým vzděláním. Můžeme se setkat s pracovníky se vzděláním ze speciální pedagogiky, z lékařské oblasti a ze sociální práce. Terapeuti by měli mít vlastnosti jako např. osobnostní vlohy, umění přiznat svoji chybu, jistotu, důvěryhodnost, tvořivost a měli by být pozitivním vzorem pro klienty. Vedoucí komunity by měl mít kvalifikovanou praxi ve skupinové terapii, rodinné terapii a léčení závislostí. U vedoucího komunity záleží na jeho osobnosti, jelikož vést terapeutickou komunitu je pro člověka velmi náročné a tato pozice klade velké nároky. Důležitým prvkem je i vztah klienta k pracovníkovi, stejně tak jako vztah klienta ke skupině a ke komunitě. Vztahy v komunitě bývají opravdovější nežli v ambulantní léčbě. Je však stanovena hranice, která se musí respektovat. V zahraničních komunitách jsou i pracovníci, kteří byli dříve uživateli drog. V České republice jich tolik nenajdeme. Pro pracovníka, který byl bývalý uživatel, ale platí kvalifikované vzdělání. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

Důležitým prvkem pro chod komunity je platný řád, který má každá komunita. Řád zahrnuje plán na celý den, možnosti, povinnosti, chování a sankce klienta. Komunita předpokládá, že klient po příchodu změní svoje chování. Klient dostává podporu od terapeutů a od starších klientů. Ze začátku je chování klientů nucené, tím se vyplavují klientovy emoce a on jedná svým vlastním způsobem. Dříve by všechno řešil přisunem drogy, ale v komunitě to není možné. Proto se u nich objevují pocity, které v komunitě řeší a učí se je zvládat a vyjadřovat se verbálně. Týden v komunitě připomíná běžný týden člověka v reálném životě, kdy je den rozdělen na spánek, práci a volný čas a stejně jako je tomu v běžném životě, mají klienti o víkendu více volného času. V programu léčby jsou i povinné aktivity, jako pracovní, individuální, skupinové terapie, práce s rodinou, setkávání komunity během dne, vzdělávání, volnočasové a sociální práce. K úspěšnému dokončení léčby musí projít klient stanovenými fázemi léčby. (Těmínová, Kalina, Adameček, 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV

Cílem této praktické části je prokázat, zda léčba v terapeutické komunitě Karlov pomáhá drogově závislým ženám, které mají s sebou v léčbě i své dítě/děti. Jestli je utvořena vazba mezi matkou a dítětem a jak s tím obě skupiny pracují.

Terapeutická komunita Karlov je pod záštitou O.S. Sananim - nestátní nezisková organizace pro drogově závislé, která vznikla v roce 1990 a již hned v tomto roce vznikla první komunita pro drogově závislé a to Terapeutická komunita Němčice. Drogová problematika v oblasti drogově závislých matek začala v ČR stoupat, a proto byla také založena Terapeutická komunita Karlov. Vznikla v roce 1998, kde byl zrealizován program pro mladistvé a následně v roce 2000 byl vytvořen program pro matky s dětmi, který je jako jediný v České republice. (Sananim. z.ú. (online). (cit.2015-12-11). Dostupné z: <http://sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>

Objekt je rozdělen na dvě budovy, kde v budově A sídlí skupina mladistvých klientů a její kapacita je 12 lůžek. Najdeme tu sociální zařízení, společenskou místnost a kancelář terapeuta. Budova B je zařízena pro drogově závislé matky s jejich dětmi. Kapacita této usedlosti je 9 matek a 12 dětí. V budově B se nachází sociální zařízení, jídelna, relaxační místnost, která je součástí jídelny ve které je menší posilovna a malá knihovna, rovněž zde sídlí kancelář terapeutů. Terapeutická komunita Karlov nabízí způsob léčby, který prostřednictvím osobního růstu působí a vyléčení z drogové závislosti. Cílem projektu je zajištění péče, rehabilitace a zařazení se do společnosti. Komunita je zařízení pro střednědobou residenční léčbu. Komunita se snaží maximálně přizpůsobit normálnímu stylu života. Obrázek 1 a 2 znázorňuje jednotlivé budovy Terapeutické komunity Karlov.

Obrázek 1: Budova A



Zdroj: Terapeutická komunita Karlov, (online) 2007 (cit. 2016-01-18). Dostupné z:
[http://sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\)/lecba-mladistvych.html](http://sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk)/lecba-mladistvych.html)

Obrázek 2: Budova B



Zdroj: Terapeutická komunita Karlov, (online) 2007 (cit. 2016-01-18). Dostupné z:
[http://sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-\(tkk\)/lecba-matek-s-detmi.html](http://sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-(tkk)/lecba-matek-s-detmi.html)

Komunita nabízí dvě specifika léčby, kde první specifikum je program pro mladistvé ve věku 16 - 25 let. Jak je již výše uvedeno, tato skupina byla založena v Komunitě jako první a sídlí v objektu A. Léčba trvá 6 až 8 měsíců. Tento program je založen tak, aby se klient dokázal orientovat v běžném životě po léčbě, aby nabral fyzickou zdatnost, uměl si poradit v řešení sociálních a finančních problémů. Nejdůležitější je samozřejmě abstinence. Pokud to jde, je zde zapojena rodina, která je velmi důležitá pro kvalitní léčbu mladistvých. Byť se věková hranice pohybuje velmi nízko, mají tito klienti za sebou poměrně dlouhou drogovou kariéru. Druhý program je určený pro matky se svými dětmi a těhotné ženy, kde léčba trvá 7 až 10 měsíců. Věková hranice matek není omezena. Každá matka může mít s sebou maximálně dvě děti. Terapeutická komunita Karlov je jediná v ČR, která umožňuje léčbu pro matky s dětmi.

Léčba obou programů, jak pro mladistvé, tak pro matky s dětmi, zahrnuje povinné skupiny (komunity). Pro oba programy jsou tyto skupiny stejné.

Komunity se rozdělují na:

- **Otevřená ranní komunita** – na této komunitě se probírá, co se řešilo předešlé dny, zda se klient chce podělit s něčím, co ho trápí. Mohou to být sny, smutek, chuť na drogy atd. Dále se zde rozděluje práce klientů na daný den.
- **Interakční skupina** – je skupina, kde se probírají vztahy mezi klienty. Zde mají klienti možnost říci druhému do očí – co si myslí, co jim vadí a vyjádřit tak svůj názor.
- **Prevence relapsu** – je velmi důležitá skupina, která je založena na základě recidivy klientů. Terapeuti s klienty provádějí speciální cvičení zaměřené na chuť po droze a jak nezrecidivovat po opuštění léčby. Jsou zde i formy relaxačního cvičení.
- **Dynamická skupina** – v této skupině vždy ze začátku mluví jen jeden klient, mluví na téma, které si vybral se svým terapeutem. Jde o téma, které je pro klienta velmi tíživé a vždy je v něm něco společného s užíváním drog, může se jednat o téma rodina, partneři/partnerky v klientově životě apod. Poté mu ostatní klienti dávají reflexe, které jsou pro daného klienta velmi důležité. Tato skupina stmeluje komunitu a uvolňuje pocity klienta.

- **Otevřená skupina** – je skupina, kde každý klient může sdělit, co cítí a reagovat na situaci v komunitě. Může zde mluvit každý klient, který se přihlásí o slovo.
- **Hodnotící skupina** – v této skupině je možné se vyjádřit k věcem, které se klientovi plynule staly, mohou to být třeba telefonáty s rodinnou, návštěvy apod. Ostatní klienti mu opět podávají reflexe. Reflexe- zpětné reakce na klientka, který právě mluvil o svém problému.
- **Tematická skupina** – je skupina, která vytváří nadhled na dané téma, zde se pomáhá klientovi najít způsob, jak aplikovat nově nabyté zkušenosti do praxe.
- **Výjimečná skupina** – tato skupina se už podle názvu odehrává jen výjimečně, kdy jde o nějaký závažný problém, kdy např. má nějaký klient chuť odejít a je o tom silně přesvědčen, nebo nějaký klient závažně porušil pravidlo Komunity.
- **Výjezdová komunita** – každý klient, který už je v určité fázi, ve které může odjet mimo komunitu, musí přesně sdělit celé komunitě, kam jede, proč tam jede, zda si tam potřebuje něco zařídit, v kolik hodin jede MHD, v kolik hodin dojede na místo určení, jaký bude jeho program, v kolik odjíždí MHD zpět do Komunity apod. Klienti se ho potom ptají, jak se zachová v situacích, když potká nějaké své známé nebo někoho drogově závislého. Poté mu celá komunita včetně terapeutů schvaluje, zda může odjet nebo ne. Klient se musí velice pečlivě připravit, když chce odjet mimo komunitu.
- **Oddělená skupina** – je jako jediná rozdělena na muže a ženy. V této skupině se řeší chování k opačnému pohlaví, sexuální styk bez drog, jak se při sexu chránit, řeší se tu i otázka znásilnění některých klientů a jak se postavit znovu k sexuálnímu životu.

K povinným skupinám patří i pracovní blok, který je individuálně rozdělen. Mladistvý v zimě většinou pracují pod dohledem pana hospodáře v lese. V létě je to různé starání se o zahradu a záhonky. Některé matky pracují s mladistvými, ale spíše je jejich prací úklid, nebo starost o zvířata. Když mají matky pracovní blok nebo skupinu, jsou mimořádně vždy dvě matky se všemi dětmi v tzv. „herničce“, kde se musí o děti starat a hlídat je. Mimo to patří k programu i volnočasové aktivity, kdy v letním období klienti hrají kopanou, nohejbal, volejbal a různé míčové hry. Maminky ve volnočasových aktivitách chodí s dětmi na procházky pod dohledem vychovatelky.

V zimě se aktivity zaměřují na domácí prostředí, především na hraní divadla, které je pro klienty velmi důležité. Klienti se naučí zacházet s vlastním tělem jinak, rozvíjí se růst jejich identity, zažívají zde pocit úspěchu. Divadlo hrají při různých příležitostech například na vánočním večírku, který se koná vždy před Vánoci a mohou tam přijet bývalí klienti komunity nebo rodinní příslušníci. Probíhá zde i výtvarná aktivita. (Operační manuál TK Karlov, 2014)

4.1 Program matek s dětmi

Do programu matek s dětmi přicházejí drogově závislé matky se svými dětmi nebo těhotné ženy. Přijímají se i matky se soudně nařízenou léčbou, jsou zde přijímány i matky, kterým bylo na základě předběžného opatření nebo soudního opatření odebráno dítě z péče, což se týká poloviny klientek. V těchto případech je tu nutný souhlas s OSPODem, neboli ochranou sociálně právní ochrany dětí anebo jiného zákonného zástupce. Matky se do komunity dostávají pomocí Denního stacionáře kam docházejí, který spadá pod O.S. Sananim. Matky musí před nástupem do léčby absolvovat detoxifikaci, ona i dítě musí základní dokumenty, jako občanský průkaz, kartičku pojišťovny a rodný list. Jedná se o matky, které nejsou schopny dodržovat ambulantní léčbu. Především se jedná o dlouholeté uživatelky drog a matky, které nemají kde bydlet a jejich finanční možnosti jim to nedovolují. Jsou to matky nezralé, s patologickými návyky, mající problémy v rodině i s partnerem, nebo se jedná o matky, kterým byla soudně nařízena léčba, protože jim hrozí odebrání dítěte. Matkám, které mají jedno a více dětí a jedno dítě jim bylo již odebráno se jejich léčbou, zvyšuje naděje na vrácení odebraného dítěte. Dítě musí před nástupem do léčby, absolvovat pediatrické vyšetření. Jelikož je program velmi náročný, nelze přijímat děti, které mají výrazné postižení. Matky si veškeré náklady, jako jsou pleny, kojenecké příkrmy, hygienické potřeby, léky, zaplacení školky, cestovné atd. hradí samy. Klientky si musí přispívat na svou stravu.

Program matek s dětmi je orientován především na vazbu mezi matkou a dítětem, posilování jejich vztahu, diagnostiku zdravotního stavu dítěte a dle potřeby zajištění odborné péče, zajištění odpovídající výchovy dítěte a tím i vývoj dítěte. Matky se učí o děti starat, učí se s nimi zapojovat do běžného života, který obsahuje sociální a finanční situace. Klientka podstupuje stejný program jako mladiství, jen je speciálně upraven,

protože matky musí do programu zakomponovat starost o děti, která je jedna z primárních. Program maminek je odlišný například v pracovních blocích a ve videotrénincích. Jak již bylo uvedeno výše, tato komunita je jediná v ČR pro matky s dětmi. Jestliže má matka fungující vztah, snaží se komunita zapojovat do léčby i jejího partnera. Spolupráce probíhá s partnerem a OSPODem. Matky jsou prvních 14 dní po nástupu do léčby tzv. „mimo program“, kdy se seznamují s prostředím, s pravidly a děti se seznamují s ostatními dětmi i s ostatními matkami.

Tabulka 1: Denní program matek s dětmi

Čas	Aktivita
6:30	Budíček
6:30 – 7:30	Matky budí své děti, oblékají je, pomáhají s hygienou. V případě kojenců je i krmí
8:00	Konec snídaně
8:00 – 8:15	Matky mají čas si dojít na cigaretu, nebo když ony nebo dítě užívají léky tak si dojít pro léky
8:15 – 9:30	Ranní komunita. Děti jsou odvezeny s vychovatelkou a jednou z matek do školky, v případě prázdnin, jsou dvě matky, které hlídají děti na herně
10:00 - 12:00	Pracovní blok
12:00 – 12:30	Pauza
13:00 – 14:00	Polední pauza, matky si mohou dojít na cigaretu
14:00 – 15:30	Povinná procházka s dětmi
15:30 – 15:45	Pauza, matky si mohou dojít na cigaretu
15:45 – 16:30	Komunita. Jedna matka s vychovatelkou jedou pro děti do školky, nebo dvě matky hlídají děti
16:30 – 16:45	Přestávka. Matky si mohou dojít na cigaretu
16:45 – 18:00	Komunita. Dvě matky hlídají děti
18:00 – 18:30	Přestávka. Matky si mohou dojít na cigaretu
18:30 – 19:00	Večeře
19:00 – 22:45	Večerní klid. Matky se starají o dítě, mohou si chodit na cigarety, plnit sankce a povinnosti
23:00	Zamyká se a zhasíná celá budova, matky jdou spát, všechny děti už dávno spí

Zdroj: autor práce (operační manuál, 2014)

Toto je přesný program matek s dětmi od pondělí do pátku. Sobota se liší jen posunutím budíčku a v neděli je velký úklidový den. Každý den je rozdílný jen v komunitách, kdy každý den je jiná forma komunity a matky, které neplní žádnou funkci, mají každý den jiný pracovní blok. Když si chtějí dojit na cigaretu, mohou jen ve vyhraněných pauzách. V jinou dobu se kouřit nesmí, pokud se chtějí vystřídat na cigaretu, musí se na hlídání domluvit mezi sebou.

4.2 Fáze léčby

Při léčbě v terapeutické komunitě Karlov musí klient podstupovat fáze léčby. Bez splnění všech fází nemůže klient řádně ukončit léčbu. Pravidla fází jsou pro oba programy stejné.

Nultá fáze – do této fáze se klient bezpodmínečně dostává při vstupu do komunity. Tato fáze trvá 14 dní a slouží k tomu, aby se klient adaptoval mezi ostatní klienty, vše si řádně ozkoušel a seznámil se se všemi pravidly, které Komunita má. Tato fáze slouží k tomu, aby si klient dokázal zrekapitulovat svůj život a následně byl zařazen do programu. Týkají se ho všechny podmínky, kromě toho, že klient nemůže dostávat sankce za nedodržené pravidlo a nemůže hlasovat při skupinách, ve kterých klienti hlasují nebo schvalují. V této fázi, si klientka vybírá svou starší sestru, stejně jako si klient vybírá staršího bratra. Starší bratr nebo starší sestra musí být už ve druhé fázi. Tato klientka (sestra) pomáhá nové klientce se vším, co potřebuje. Klientovi je přidělen garant/garantka z řad terapeutů, kteří klientovi pomáhají s dalšími kroky jeho léčby. Klient v této fázi musí seznámit skupinu se svým předchozím životem, informovat o rodině, dětství a drogové „kariéře“.

První fáze – klient se do této fáze dostává podepsáním smlouvy O.S. Sananim o vstupu do Komunity. V této fázi už začíná klientovi řádný program, klient se stává oficiálním členem Komunity. Fáze je zaměřena na budování vztahů s ostatními členy komunity, plné zapojení do koloběhu domu, přijetí všech pravidel, zmapování a otevření všech problémů, srovnávání se se svou minulostí a posilování fyzických aktivit pomocí pracovních bloků. Klient si sestavuje se svým garantem měsíční plán, finanční plán a celkový plán léčby. Omezuje se zde kontakt s vnějším světem, klientovi je umožněno pouze telefonovat nebo psát dopisy. V případě matek může přijet na

návštěvu nejbližší osoba dítěte. Při jakémkoliv výjezdu mimo komunitu musí s klientem jet jeho starší sestra/nebo bratr. V této fázi se klient nachází 3 až 4 měsíce.

Druhá fáze – do této fáze se klient dostane po přestupu z první fáze. K přestupu musí klient splnit všechny předchozí funkce z první fáze. Když má všechny podmínky první fáze splněny, může přijít k samotnému faktu přestupu. Klient dostane od svého garanta otázky a odebírá se na 1 den na tzv. Klauzuru, to znamená, že klient nesmí s nikým z řad klientů mluvit, nesmí s nikým probírat otázky, které dostal od svého garanta a je přestěhován na jiný pokoj. (V případě matky je kromě toho i samozřejmostí péče o dítě). Když přichází přestup klienta, sejde se celá komunita. Klient komunitě prozradí, jaké otázky dostal od svého garanta a odpoví na ně. Kdo má zájem, klade klientovi otázky, zda je připraven na přestup do další fáze. Všichni pak kladou danému klientovi poselství, jenž by měl zanechat v té fázi, ze které přestupuje. Na konec přichází demokratické hlasování. Hlasují všichni klienti i terapeuti, hlasovat nemohou pouze klienti nulté fáze. Klient musí absolvovat dynamickou skupinu a musí se vyjadřovat na komunitách, musí umět sdělovat své pocity, musí reflektovat na dané problémy ostatních klientů, dále by měl přijmout svou závislost a dokázat o ní mluvit. Na klienta ve druhé fázi čeká více odpovědnosti a více funkcí, které musí splnit. Vzniká asimilace klientů a se splněním druhé fáze mají většinou problém, jelikož jsou dané funkce náročnější. Klient se může stát starší sestrou nebo bratrem mladšímu klientovi/klientce a může častěji jezdit na výjezdy. Druhá fáze trvá 2 až 4 měsíce.

Třetí fáze – při vstupu do této fáze, musí klient opět splnit všechny funkce a pravidla z druhé fáze. Pravidla přestupu jsou pro všechny fáze stejné. Základem této fáze, je především osamostatnění. Klient, už nebydlí s ostatními společně. Bydlí sám, v případě matek bydlí klientka se svým dítětem na Hájence. Hájenka je budova určena pro klienty třetí fáze. Matky se zde učí žít se svým dítětem/děťmi. V této fázi bezprostředně nastupuje klient do práce, kterou si najde mimo komunitu. V této práci už dostává klient zapláceno. Jedná se například o práce ve velkém zahradnictví, které se nachází nedaleko komunity. Klient se musí odpoutat od života v komunitě a musí myslet na život mimo ní. Tato funkce se zaměřuje na nalezení svého místa v sobě – identifikaci, přijímání své sexuální role a přemýšlení o budoucím partnerovi. Převzetí zodpovědnosti, komunikace s rodinou. Pokud jde klient na doléčovací centrum, vybírá ho se svým garantem. Třetí fáze je zakončena rituálem. Třetí fáze trvá individuálně.

4.3 Funkce fází

V uvedených fázích musí klient splnit určité funkce. Tyto funkce se hodně liší v počtu, jelikož mladiství mají funkcí mnohem více. Tyto níže rozepsané funkce jsou rozepsány pro matky s dětmi.

Barákovka – funkce pro první fázi trvající 2 týdny, klientka zodpovídá za chod domu. Zalévá květiny, třídí odpad a při pracovních blocích vždy uklízí. Doplňuje mýdla, toaletní papír, mění ručníky. Každé ráno větrá v pokojích, které nejsou obsazené.

Zahrádkářka – funkce pro první fázi trvající 2 týdny. Klientka pleje, sází a okopává zeleninu, kterou následně nosí do kuchyně. Každý večer zalévá zahradu.

Trojka v kuchyni – funkce pro první fázi trvající 2 týdny. Matka je pomocnou silou v kuchyni, její náplní práce je vaření pro děti, vaří polévku, hlavní chod a připravuje svačiny. Jejím úkolem je i umývání nádobí.

Pomocná vychovatelka – funkce pro první fázi a trvající dva týdny. Hlídá v pracovních blocích s vychovatelkou děti, pokud není vychovatelka ve službě, hlídá s další matkou. Je zodpovědná za všechny děti, vymýšlí pro ně program.

Šéfová domu – funkce pro druhou fázi trvající 2 týdny. Klientka každé ráno budí všechny matky v domě. Zvoní na zvon jako ohlášení, že se děje dle programu nějaká aktivita. V pondělí vždy s terapeutem sepisuje týdenní plán práce, určuje tak kdo a jakou práci bude vykonávat. Jinými slovy má na starost celý dům pro matky s dětmi a zodpovídá za úklid. Konzultuje s vychovatelkou plán ohledně dětí. Uvádí ostatním každou skupinu a představuje denní plán. Zadává sankce a kontroluje jejich správnost.

Zdravotník u maminek – funkce pro druhou fázi trvající 2 týdny. Zdravotník má na starosti všechno povlečení v domě a vydává matkám léky, dle jejich potřeby. Všechny instrukce má zdravotník napsané v knize a na jeho výkon dohlíží terapeuti. Když je někdo nemocný, zdravotník se poradí s terapeutem a následně se určí další postup. (Operační manuál TK Karlov, 2014)

4.4 Videotrénink

Terapeutická komunita Karlov nabízí speciální program tzv. Videotrénink interakcí tj. nácvik správných komunikačních a behaviorálních schémat. Tento program je zaměřený na vztah mezi matkou a dítětem. Videotrénink vykonává pracovník komunity, který má patřičné zaměření. Cílem videotréninku je posílit pozitivní interakci mezi matkou a dítětem a to na prohloubení vztahu matka – dítě. Podpořit ji, aby se snažila být dobrou matkou. Důležitá je chvála a snaha ukázat matce, že pro své dítě je nejdůležitějším člověkem. Naučit matku aby si osvojila praktické zkušenosti jako je koupání, spánek, krmení atd. Podporuje cvičení, které umožňuje fyzický kontakt a prohlubuje jejich vztah, k tomu se dítě učí množství podnětů pro jeho psychomotorický vývoj, matka se tím naučí rozpoznat signály dítěte a jeho zpětné reakce. Prostředky, které videotrénink využívá, jsou:

- **edukativní** – předávání informací, návody, využívají se předem připravené materiály, které poskytují návody, jak si hrát s dítětem ve vývojových stádiích
- **sebezkušenostní** – snaha o to, aby se matka zaměřovala na signály dítěte, zaměřuje se na pohyb dítěte, cvičení a hraní
- **zpětná vazba** – je důležitá pro matku a dostavuje se při každodenní péči o dítě. Matka má zde možnost podílet se o zpětnou vazbu s ostatními a vidí, jak na ní reaguje dítě ve skupině. (Operační manuál TK Karlov, 2014)

4.5 Drogy užívané klientkami v Terapeutické komunitě Karlov

Alkohol – chemicky nazýván etylalkohol, vytváří se kvašením cukru a je zařazen mezi legální drogy. Působení alkoholu je závislé na množství. Malé dávky reagují spíše stimulačně a u podání vyšší dávky působí tlumivě. Ze začátku přichází zlepšení nálady, dostavuje se větší sebevědomí a později přichází ztráta zábrán, snížení sebekritičnosti. Postupně přichází útlum, únava a spánek. Odvykací stav nastupuje po dlouhodobém užívání alkoholu, doprovází jej neklid, třes, úzkost, pocení, nevolnost. Dlouhodobé užívání alkoholu doprovází i určitá rizika a to především psychická a tělesná závislost. (Minařík In. Kalina, 2008)

Pervitin – patří k nejužívanější a nejrozšířenější drogu u nás. Produktem, kterým můžeme pervitin vyrobit, je Efedrin, jenž se získává z různých léků. (Vavřínková, Binder, 2006) Zdravotní a sociální rizika pervitinu jsou různorodá. Pervitin se může

užívat nitrožilně, orálně anebo šňupáním. Pervitin vede k euforii, ke snížení motorické a psychické funkce, snižuje únavu a vede ke snížení fyzické hmotnosti. Zvyšuje se tepová a dechová frekvence. U pervitinu se můžeme setkat s urychlením toku myšlenek, které jsou na úkor kvality. Uživatel nemá potřebu spánku. Po odeznění pervitinu v těle se dostavuje celková únava a skleslost. (Minařík in Kalina, 2003) Odvykací stav vzniká po vysazení dávek, projevuje se spavostí a nástupem deprese, mohou nastat paranoidní psychózy. Příčinou smrti u lidí užívající pervitin bývá otok plic. Vhodná léčba je psychoterapie, někdy se mohou podávat i malé dávky antidepresiv. (Csémy, Nešpor, 2004)

Extáze – MDMA byla vyráběna v USA, kde se využívala jako psychofarmakum a byla používána jako vhodný lék v psychiatrii. Na konci 80. let byla výroba zastavena. Tablety a kapsle mají různý design a označení. Užívání extáze vyvolává pocit příjemného tepla, prohlubuje se porozumění a solidarita. Poté přichází zklidnění a příjemné prožívání, což trvá mnohem déle. Užívání vysokých dávek může vést k následnému poškození jater, ledvin a kardiovaskulárního systému. Po skončení účinku přichází únava až deprese, to může trvat až několik dní. (Vavřínková, Binder, 2006)

Tabák – patří spolu s alkoholem mezi nejrozšířenější drogu po celé planetě. V ČR kouří asi 30 % populace lidí nad 15 let. Ročně umírá 40 milionů lidí po celém světě, v ČR je to okolo 23 tisíc lidí. Proto můžeme tabák zařadit mezi jednu z nejrizikovějších drog. Nikotin zvyšuje soustředivost a paměť, klidní při stresových nebo krizových situacích. Nikotin je užíván také, protože snižuje chuť k jídlu a tím pádem i tělesnou hmotnost. (Minařík In: Kalina, 2008)

THC – patří mezi kanabinoidy a je to jedna z často užívaných psychotropních látek. Vliv THC působí na receptory, což způsobuje uvolnění a euforii. Odvykací stav není zpravidla tak vážný. Mohou ho doprovázet poruchy pozornosti a spánku, neklid a další symptomy. U požití THC nevzniká tak velká psychická závislost, tělesná závislost není žádná. (Minařík In: Kalina, 2008)

5 METODY VÝZKUMU

V Praktické části byla použita metoda výzkumu strukturovaného rozhovoru, který byl vytvářen s 8 matkami v Terapeutické komunitě Karlov, které byly v léčbě se svými dětmi. Matky byly rozděleny na dvě dílčí skupiny. Položení otázek se lišilo jen u první otázky, jinak jsou u obou skupin otázky stejné. Kvůli zachování osobních údajů, byly u všech klientek a jejich dětí změněna jména. U každé klientky v závěru rozhovoru je uvedena závěrečná zpráva zpracována vychovateli Terapeutické komunity Karlov.

Strukturovaný rozhovor – (interview) je metoda, která stojí na hraně mezi dotazníkem a strukturovaným rozhovorem. Strukturovaný rozhovor má předem jasně daný systém otázek a postupů, proto se nepřipouští příliš velké změny v průběhu dotazování. Při provádění tohoto rozhovoru, není možnost improvizovat a snažíme se zajistit co nejvíce standardizované podmínky. Může tomu být i podřízen výběr respondentů, tím se myslí, že můžeme vybírat například pouze ženy nebo pouze muže, s určitým věkem apod. Pro rozhovor si můžeme sestavit soubor závazných pravidel, to obsahuje např. trénování gestikulace, mimiky apod. Pro ještě větší přesnost rozhovoru můžeme použít předem připravenou místnost. V přípravě můžeme zacházet až do detailů v podobě připraveného uvítání, úvodu, průběhu a závěru rozhovoru. (Miovský, 2006)

Výhody strukturovaného rozhovoru můžeme sledovat například u dotazovaných z oblasti psychologie. Strukturovaný rozhovor můžeme brát jako vylepšený dotazník, který je obohacen bližším kontaktem s respondentem a zajištění správné odpovědi. Nevýhodou tohoto rozhovoru je omezení, které má tazatel v průběhu rozhovoru. Z odpovědí, může vyplynout zajímavé téma, se kterým ale před samotným průběhem rozhovoru nebylo počítáno. (Miovský, 2006)

K přípravě strukturovaného rozhovoru slouží tyto 4 body:

1. **Přípravná a úvodní část rozhovoru** – zde připravujeme otázky a zavádíme úkony k předem připravenému rozhovoru. Hlavním cílem této přípravné části je navázat kvalitní kontakt s dotazovaným. Musíme respektovat klienta a jeho etické požadavky. Zejména u spousty institucí

musíme rozhovor provádět tak, abychom co nejméně narušili chod instituce a soukromí dotazovaných. Při navazování důvěry s dotazovaným, je nejlepší být v prostředí, kde se dotazovaný nachází. (Miovský, 2006)

2. **Vzestup a upevnění kontaktů** – Pro upevnění kontaktu je jasné, že musíme navázat kvalitní vztah s respondentem, neboť není lehké mluvit o citlivých událostech a intimních věcech. Proto je důležité se s jedincem více seznámit, zjistit o něm méně intimní informace a vytvořit tzv. „zahřívací“ seznámení. Snažíme se vyzjistit komunikační dovednosti respondenta a pomocí zahřívacího seznámení se ujišťujeme, zda je respondent připraven na těžší otázky. Pozvolna bychom se měli dostat až k samotnému jádru otázek (Miovský, 2006)

3. **Jádro rozhovoru** – *„Obecným pravidlem této fáze rozhovoru je intenzivně sledovat účastníka a v případě, že si všimneme únavy, případně příliš velkého napětí, volíme preventivně takový postup, aby bylo možné situaci bez potíží zvládnout, a k danému tématu se například vrátíme později.“* (Miovský, 2006, s.167)

4. **Závěr a ukončení** – závěrečná fáze bývá velmi často podceňována. Je důležité správně ukončit témata a uzavřít kontakt s respondentem. Cílem je, aby se dotazovaný necítil pouze jako „zdroj informací“. Musíme si také zjistit, zda jsme dotazovanému nezpůsobili nějaký stav, který by mu mohl ublížit. Když tento stav nastane, musíme být na něj připraveni, je vhodné si nechat dostatek času na závěr rozhovoru. (Miovský, 2006)

5.1 Výzkumná otázka

Zda je pobyt matek se svými dětmi v Terapeutické komunitě Karlov pod vedením terapeutů 80% přínosem zlepšení jejich vzájemného vztahu.

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Rozhovor č. 1. probíhal s matkou Janou, která má s sebou 5 letou dceru Simonu. Jana má ještě staršího syna Šimona, který s ní v léčbě není. Jana je závislá na pervitinu, THC, alkoholu a tabáku.

1. **Můžeš nějak porovnat tvůj vztah se Simonou, kterou máš s sebou v léčbě a vztah se Šimonem, kterého v léčbě nemáš?**

J: „No, vztah se Simonou je značně lepší, protože jí mám s sebou ale ani se Šimonem tak špatný vztah nemám.“

2. **Myslíš si, že bys měla se Simonou takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?**

J: „No, já tak špatnej vztah se Simonou neměla, vždy jsem užívala drogy jednou týdně a jinak se celý měsíc o ní starala, jen mi nešlo si uvědomit, že je třeba čas na svačinu nebo spát. Jinak jsme špatný vztah neměly nikdy.“

3. **Jsi se Simonou od narození? Pokud ne, kde byla?**

J: „ Jo, mám jí od narození.“

4. **Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?**

J: „ No, jako jak říkám, já profetovala vždy týden v měsíci, ale jinak jsme se o ní starala dobře, ale jasně, že jo.“

5. **Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah se Simonou?**

J: „Tak určitě je to lepší, ale jak jsem řekla, my neměly nikdy moc problémy ani před léčbou.“

6. **Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Simonu?**

J: „No, tak mohlo by to být lepší, docela mě brzy rozčílí a hloupě na ní vyjedou, v tom si musím ještě udělat pořádek.“

7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?

J: „ No, asi jo, připadá mi to náročnější. “

8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?

J: „Jo, vztah se zlepšil, ale my byly v pohodě i předtím“

9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty Simona a její otec, mělo by to vliv na Váš vztah?

J: „Jako asi jo, vždycky jsou na to lepší dva, ale jelikož se otec o Simonu nezajímá a Simona ho ani nezná, já ani nevím kde je. Tak je to asi dobře. Mám přítele a ten má rád Simonu.“

10. Myslíš si, že tedy společný pobyt se Simonou přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?

J: „ Jojo, to určitě. “

„Péče matky je zde pod dohledem dobrá. Matka se o dítě stará, pokrývá jeho denní potřeby. Simona je docela hodná a poslušná, takže s ní nebyly žádné větší problémy. Obě dvě jsou hodně upovídané, občas se neslyší a nereagují na sebe. Při stresu je matka nervózní, dítěti se nevěnuje. Občas na dítě křičí.“ (Závěrečná zpráva klientky) Jana léčbu nedokončila.

Rozhovor č. 2 probíhal s matkou Hanou, která má s sebou v léčbě 1,5 starého syna Tomáše. Hana má ještě 3 starší dcery. Hana je závislá na pervitinu, Extázi a tabáku.

1. Můžeš nějak porovnat tvůj vztah s Tomášem, kterého máš s sebou v léčbě a vztah s dcerami které v léčbě nemáš?

H: „No, Vztah s Tomáškem je fajn, je moc hodný. Holky jsem naposled viděla před čtyřmi lety, takže vztah skoro nemáme.“

2. Myslíš si, že bys měla s Tomášem takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?

H: „ To asi ne, moc nám to tu svědčí.“

3. Jsi s Tomášem od narození? Pokud ne, kde byl?

H: „ Jsem s ním od narození.“

4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?

H: „ No, tak jako, já tu jsem za jednu čáru, takže to si myslím, že ne.“

5. Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s Tomášem?

H: „ Jo“

6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Tomáše?

H: „ Myslím, že mu dávám všechno, co můžu.“

7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?

H: „Myslím, že to dítě prostě mám a musím se o něj starat, tak na to ani nemyslím.“

8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?

H: „Ano.“

9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty, Tomáš a jeho otec, mělo by to vliv na Váš vztah?

H: „Ale tak jeho tatínek na nás čeká, takže jo, holky mám totiž s jiným partnerem.“

10. Myslíš si, že tedy společný pobyt s Tomášem přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?

H: „Jako jo, ale jak říkám, jak ho mám od narození, tak jsme na sebe zvyklí.“

„Rychle se adaptoval, velmi dobře a rychle se zdokonaloval v motorice, začal opakovat slova. V kolektivu dětí nenáročný, nechal se dobře hlídat, uměl si hrát s dětmi. Na konci pobytu drobné zlobení, více se prosazoval. Péče matky se zdála velmi dobrá, láskyplně se starala o jeho potřeby. Uměla dávat hranice. Odchod z Karlova řešila svérázně, předala dítě švagrové a sama odešla.“ (Závěrečná zpráva klientky) Hana léčbu nedokončila.

Rozhovor č. 3 probíhal s matkou Nikolou, která má s sebou v léčbě 3 měsíční holčičku Ninu. Nikola má ještě staršího syna Michala, kterému jsou 2,5 roku. Nikola je závislá na pervitinu, gamblingu a tabáku.

- 1. Můžeš nějak porovnat tvůj vztah s Ninou, kterou máš s sebou v léčbě a vztah s Michalem, kterého v léčbě nemáš?**

N: „No, jsem tu teprve tři dny a Ninu jsem moc neviděla, jelikož jsem byla v komunitě v Kladně a jen jsem za Ninou chodila. No s Michalem nemám žádnéj vztah.“

- 2. Myslíš si, že bys měla s Ninou takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?**

N: „ No jak říkám, jsem tu 3 dny, ale vidím holky tady, co jsou a jako bude to lepší s Ninou.“

- 3. Jsi s Ninou od narození? Pokud ne, kde byla?**

N: „ Nejsem, byla v dětském centru v Kladně, kde já byla v komunitě, tak jsem za ní docházela.“

- 4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?**

N: „ No tak, u Michala to tak dopadlo no, snad to bude u Niny jiný, chci se léčit.“

- 5. Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s Ninou (respektive bude mít vliv)?**

N: „ No tak snad jo, pomůžou mi tady.“

- 6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Ninu?**

N: „ No, moc to s ní neumím ještě, nevím kdy co chce.“

- 7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?**

N: „Jo zažila jsem to a je.“

- 8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?**

N: „Za ty 3 dny, co tu jsem, to ještě nevím, ale vypadá to, že jo.“

- 9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty, Nina a její otec, mělo by to vliv na Váš vztah?**

N: „Ne, s Michalovým otcem jsem byla a taky nemáme spolu žádný vztah a ani nevím, kde Niny otec je.“

- 10. Myslíš si, že tedy společný pobyt s Ninou přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu (nebo respektive přispěje)?**

N: „Vypadá to, že jo.“

„Péče matky probíhala po celou dobu jejího pobytu na Karlově pod naším zvýšeným dohledem. Matka je nesamostatná, často jí docházelo mléko pro malou nebo pleny. Na péči a chování matky si stěžovaly i sestry a paní doktorka v nemocnici, matka od dítěte odbíhala kouřit, lhala jim, péči zanedbávala. Matka dítě překrmuje, ze začátku měla tendenci dítě krmit nevhodnou stravou. Nechává dítě dost často samo v postýlce, s dítětem si hraje velmi málo. Nina nemá prostor se dále motoricky rozvíjet. Při pobytu na hájence, kdy měla matka možnost se celý den o dceru starat, se situace trochu zlepšila. Vařila pro dítě, byt měla uklizený, ale stále se dítěti nevěnovala úplně.“
(Závěrečná zpráva klientky) Nikola léčbu nedokončila.

Rozhovor č. 4 probíhal s matkou Alicí, která má s sebou v léčbě 8 měsíčního syna Martina. Alice má ještě starší dvě děti, kluka Tomáše (16) a holku Sárú (14). Alice je závislá na pervitinu, alkoholu, tabáku a THC.

- 1. Můžeš nějak porovnat tvůj vztah s Martinem, kterého máš s sebou v léčbě a vztah s Tomášem a Sárú, které v léčbě nemáš?**

A: „No, tak Martinka mám tu jen chvíli, byl v pěstounce ještě, ale jsem s ním defakto od narození, protože jsem se rozhodla léčit, ale s Tomášem a Sárú vztah skoro nemám, žijou u mojí matky.“

- 2. Myslíš si, že bys měla s Martinem takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?**

A: „To ne.“

3. Jsi s Martinem od narození? Pokud ne, kde byl?

A: „*Ne s Martinem jsem byla jeden měsíc, když se narodil a v pěstounce byl do teď no.*“

4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?

A: „*Tak jako ten vztah je jinej, protože jsme tady, ale na Martina to špatný vliv nemá, neví, kde jsme ale na ty starší to jo.*“

5. Myslíš, si že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s Martinem?

A: „*jo, to jo.*“

6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Martina?

A: „*Zatím jo, mohlo by to být lepší, tak doufám, že bude.*“

7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?

A: „*Jo, Martina mi dali až po dvou měsících co jsem tu byla, protože jsem ještě čekala na vyřízení z pěstounky. Já sice byla jako s maminkami v programu, ale teď je to s Martinem složitější.*“

8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?

A: „*No Martina tu mám chvíli, ale hodně jsem se připravovala na jeho příchod, takže jo.*“

9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty, Martin a jeho otec, mělo by to vliv na Váš vztah?

A: „*Ne, Martinův otec byl špatnej člověk.*“

10. Myslíš si, že tedy společný pobyt s Martinem přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?

A: „*Ano.*“

„Péče matky je dobrá, snaží se malému dát všechno. Umí se o dítě postarat, umí vařit, uklízet. Hodně syna chová, mazlí se s Martinem, učí ho nové dovednosti, hodně na něho mluví. I přestože matka nebyla s dítětem od prvopočátku, je nyní mezi nimi utvořen moc pěkný citový vztah.“ (Závěrečná zpráva klientky) Alice úspěšně dokončila léčbu.

Další 4 rozhovory probíhaly s matkami, které měly s sebou v léčbě všechny své děti.

Rozhovor č. 5 probíhal s matkou Martinou, která má s sebou v léčbě dva syny Romana (3) a Jana (1,5). Martina je závislá na pervitinu, tabáku a extázi.

- 1. Jaký si myslíš, že bys měla vztah se svými dětmi, kdybys byla v léčbě bez nich?**

M: „Asi nic moc, protože bych s nima nebyla, ale zase by byly s tátou, kterej jim tu chybí.“

- 2. Myslíš si, že bys měla s Romanem a Honzíkem takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?**

M: „ To ne, protože jsem prostě pořád brala, a nebyla moc schopná skončit.“

- 3. Jsi s Romanem a Honzíkem od narození? Pokud ne, kde byli?**

M: „No, dvakrát mi je vzali na půl roku, jednou jsem s nima byla v dětském centru a pak tam byli sami. Byla jsem jako pod Ospodem sledovaná.“

- 4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?**

M: „ Jo.“

- 5. Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s Romanem a Honzíkem?**

M: „Jo, moc mi tu pomáhají vychovatelky, jak se k nim chovat a jak je vychovávat, je to těžký mít tu obě děti, ale jsem za to ráda, jen jim chybí ten táta.“

- 6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Romana a Honzíka?**

M: „Myslím, že na Romana jsem přísnější, protože je ten mladší teď Honza, ale jinak se snažím na oba být stejně spravedlivá.“

- 7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?**

M: „To nevím teda, vím ale, že by byla snažší s jedním dítětem, když to vidím tady u holek.“

- 8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?**

M: „Ano.“

- 9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty, Roman, Honza a jejich otec, mělo by to vliv na Váš vztah?**

M: „ Jasně, náš taťka na nás doma čeká, kluky má moc rád a já jeho taky. Chybí nám tu.“

- 10. Myslíš si, že tedy společný pobyt s Romanem a Honzou přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?**

M: „To jo, jen nám tu chybí ten táta, škoda, že za náma nemůže víc jezdit a dětem chybí ještě jejich králíček, kterého měli doma.“

„Péči nezanedbává, děti mají vše, co potřebují. Citový vztah velmi pěkný. Děti mají rádi i tatínka, který sem za nimi pravidelně dojížděl. S výchovou je to horší. Nezvládá stresové situace během nemoci dětí, kdy je s nimi zavřená na pokoji, bývá podrážděná, nervózní a na děti křičí. Neumí dětem vytyčit hranice, zlobí-li děti a chce je okřiknout, vždy se při tom směje. Kluci její příkazy naprosto nerespektují a matku ignorují.“
(Závěrečná zpráva klientky) Martina úspěšně dokončila léčbu.

Rozhovor č. 6 probíhal s matkou Petrou, která má s sebou v léčbě 2,5 letou dceru Kláru. Petra je závislá na pervitinu a tabáku.

- 1. Jaký si myslíš, že bys měla vztah s Klárou, kdybys byla v léčbě bez ní?**

P: „ Špatný, Klára byla v péči mojí matky, se kterou nemám úplně dobrý vztah.“

- 2. Myslíš si, že bys měla s Klárou takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?**

P: „ Ne.“

- 3. Jsi s Klárou od narození? Pokud ne, kde byla?**

P: „ Já byla s Klárou od narození, ale byly jsme u mojí matky a to prostě nebylo dobrý. Matka jí chtěla mít jen pro sebe.“

4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?

P: „Určitě.“

5. Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s Klárou?

P: „No jasně, já se tu léčím a jsem hlavně s Klárou sama, bez mámy.“

6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Kláru?

P: „Tak to se asi takhle nedá posoudit, Klárka měla trochu problémy, snažila se ubližovat dětem ve školce a chtěla být středem pozornosti, tak na tom pracujeme.“

7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?

P: „Nechci o tom přemýšlet, jednou Kláru mám a tak to tak je.“

8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?

P: „Ano a stále pracujeme na dalších nedostatcích.“

9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty Klára a její otec, mělo by to vliv na Váš vztah?

P: „Tak pro dítě je vždy dobré mít celou rodinu, ale otec Kláry se jako i docela zajímá, jen je také uživatel, tak ho moc nechci do toho zatahovat. Platí alimenty, když to jde a občas se vidíme.“

10. Myslíš si, že tedy společný pobyt s Klárou přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?

P: „Určitě.“

„Do kolektivu dětí i celkově programu se zapojovala déle, byla plačtivá, později začala dětem ubližovat (prala se, brala jim hračky, chtěla být středem pozornosti), během několika měsíců se uklidnila, byla komunikativní, chování k ostatním dětem v normě, režim jí velmi prospíval.“ (Závěrečná zpráva klientky) Petra úspěšně dokončila léčbu.

Rozhovor č. 7 probíhal s matkou Lucií a její 4 letou dcerou Veronikou. Lucie je závislá na pervitinu, tabáku, alkoholu a na lécích.

- 1. Jaký si myslíš, že bys měla vztah s Veronikou, kdybys byla v léčbě bez ní?**

L: „ Špatnej, už takhle máme s Verčou problémy. “

- 2. Myslíš si, že bys měla s Veronikou takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?**

L: „Ne protože, prostě ten vztah nebyl dobrej, mě tu hodně pomohly vychovatelky. Verča mě nebrala jako mámu. Bylo to těžký. “

- 3. Jsi s Veronikou od narození? Pokud ne, kde byla?**

L: „No od narození jsme s ní byla, pak byla 6 měsíců v Dětském domově v Hodoníně a potom jeden měsíc u mojí ségry v pěstounce. “

- 4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?**

L: „ Jo. “

- 5. Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s Veronikou?**

L: „ Jo, jak říkám, náš vztah nebyl dobrej, Verča mě nebere jako mámu, dělá si ze mě srandu a já se pak začnu všemu smát. Na Začátku to tady bylo blbý, využily jsme i ten videotrénink, ale teď po těch 4 měsících co jsme tu, je to lepší. “

- 6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Veroniku?**

L: „ Ne, ale hodně na tom pracuju. “

- 7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?**

L: „ Nevím, asi jo. “

- 8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?**

L: „ Jo 100%, ale pořád máme nějaký problémy. “

9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty Veronika a její otec, mělo by to vliv na Váš vztah?

L: „ Asi ne, jako on Verči otec se o ní občas zajímá, ale nemá peníze, taky bere a neplatí alimenty. Ani nevím kde teď je, asi někde bez přístřeší.“

10. Myslíš si, že tedy společný pobyt s Veronikou přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?

L: „ Na sto procent ano.“

„Veronika se zapojovala do kolektivu postupně, zprvu plakala, držela se v ústraní od ostatních dětí. Později se uklidnila, poslouchala vychovatelku i ostatní matky. Ve vztahu s matkou problémy, byla v odporu, odmlouvala, neposlouchala, ignorovala ji. Postupně se citový vztah upravil, přijala matku. Matka hodně spolupracovala s vychovatelkami, naučila se vytyčovat dceři přiměřeně hranice, zvládala u toho vlastní emoce. Veronika měla znalosti a dovednosti odpovídající věku. Po dobu pobytu navštěvovala MŠ, kde byla chválená, bez problémů.“ (Závěrečná zpráva klientky) Veronika úspěšně dokončila léčbu.

Rozhovor č. 8 probíhal s matkou Vendulou, která má s sebou v léčbě 1,5 roku starou dceru Sofii. Vendula je závislá na pervitinu, THC, alkoholu a tabáku.

1. Jaký si myslíš, že bys měla vztah se Sofií, kdybys byla v léčbě bez ní?

V: „Sofie, je strašně šikovná, v pěstounce jí fakt dobře naučili, ale ten vztah by asi takovej mezi námi nebyl, kdybych jí tu neměla.“

2. Myslíš si, že bys měla se Sofií takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?

V: „ Ne, neměla bych s ní žádný vztah, protože jsem s ní nebyla.“

3. Jsi se Sofií od narození? Pokud ne, kde byla?

V: „ Se Sofií, jsem byla do jejích 6 měsíců, pak byla v pěstounce.“

4. Myslíš si, že to, že jsi užívala drogy, může mít špatný vliv na Váš vztah?

V: „Jako jo, ale já se o ní dobře starala i tak, Sofie měla velkou rodinu.“

5. Myslíš, si že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah se Sofií?

V: *„Určitě ale hodně mi pomohli i z té pěstounky, naučili jí hrozně moc.“*

6. Jsi spokojená s tím, jak vychováváš Sofii?

V: *„Asi jo, jen se přiznám, že mě nebaví si s ní hrát, tak tady na tom pracujeme.“*

7. Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?

V: *„Asi jo.“*

8. Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?

V: *„Jojo, protože Sofie byla v pěstounce.“*

9. Kdybyste byla jako rodina kompletní, myslím tím ty, Sofie a její otec, mělo by to vliv na Váš vztah?

V: *„No my spolu žili, jenže teď je otec ve výkonu trestu, ale já na něj počkám, on Sofii miluje, měli jsme strašně hezký vztah, všichni jsme byli jako rodina.“*

10. Myslíš si, že tedy společný pobyt se Sofií přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?

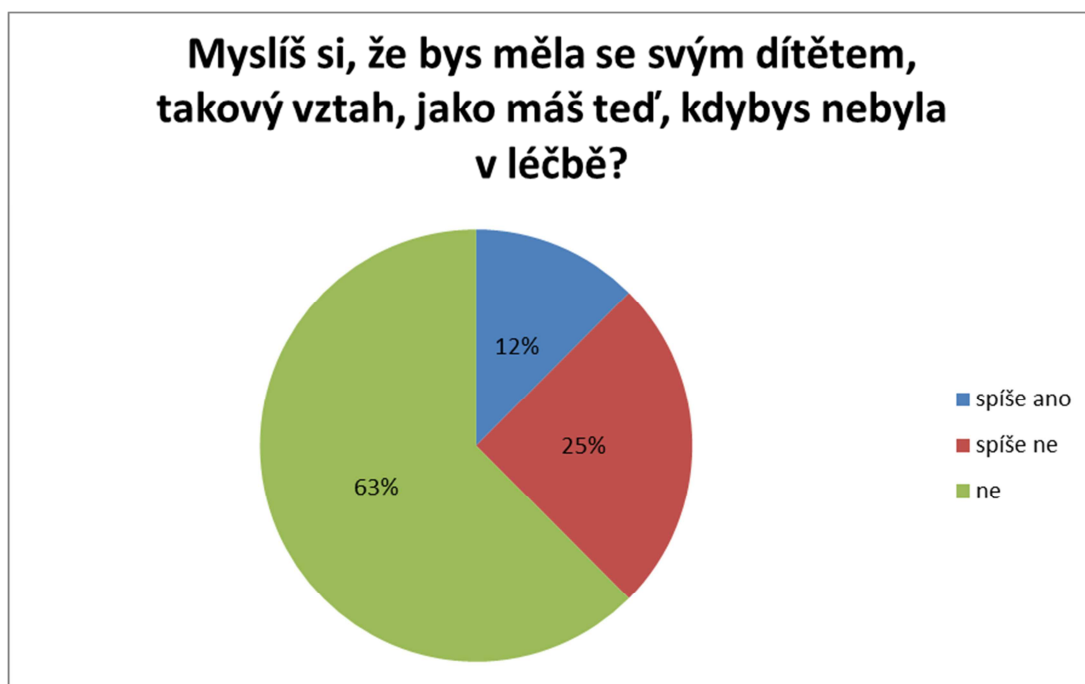
V: *„Ano.“*

„Péče matky je dobrá. Mají mezi sebou utvořen moc hezký citový vztah, jsou neustále spolu, matka od dítěte neodbíhá. Umějí se pomazlit. Hodně si spolu povídají. Poslední dobou nastává u malé období vzdoru, což zatím matka sama zvládá. Matka pokrývá všechny potřeby dítěte, vaří, uklízí. Jediné co matce nejde a sama o tom často mluví je to, že jí nebaví si s malou hrát.“ (Závěrečná zpráva klientky) Vendula úspěšně dokončila léčbu.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Z výše uvedených rozhovorů bylo vybráno 5 nejdůležitějších otázek, které souvisí s cílem této bakalářské práce. Těchto 5 otázek bylo vypracováno do dílčích grafů. A to konkrétně otázka č. 2: **Myslíš si, že bys měla se svým dítětem takový vztah, jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?** Otázka č. 5: **Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s tvým dítětem?** Otázka č. 7: **Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?** Otázka č. 8: **Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?** A otázka č. 10: **Myslíš si, že tedy společný pobyt s tvým dítětem přispívá ke zlepšení vašeho vztahu?** Šestý graf byl utvořen na základě závěrečných zpráv klientek, zda dokončily léčbu nebo ne.

Graf 1: Procentuální vyhodnocení otázky č. 2



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Legenda: Procentuální vyjádření otázky č. 2 od klientek z Terapeutické komunity Karlov, se kterými byl veden strukturovaný rozhovor.

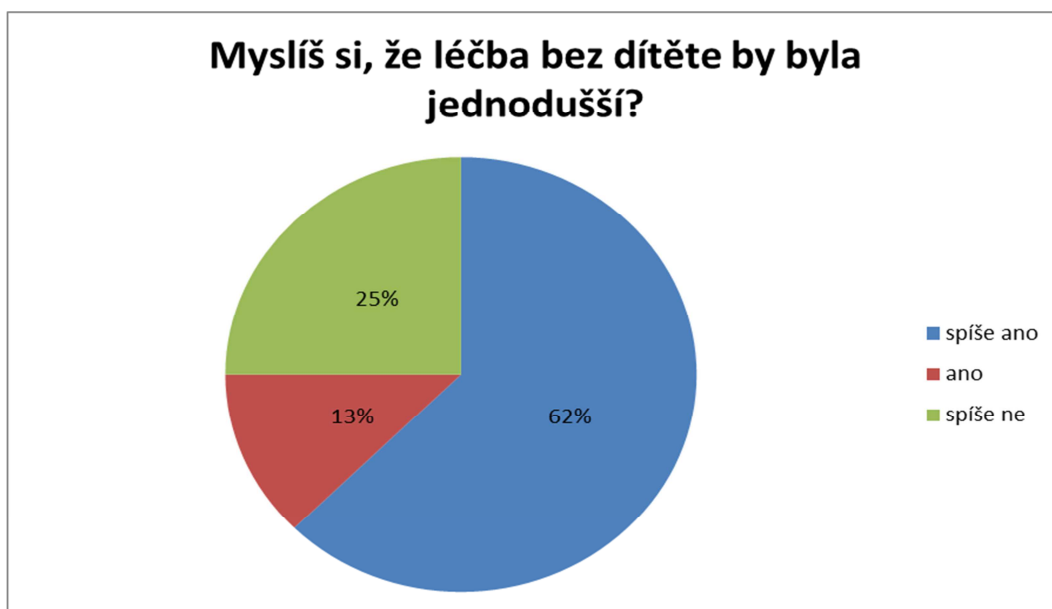
Graf 2: Procentuální vyhodnocení otázky č. 5



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Legenda: Procentuální vyjádření otázky č. 5 od klientek z Terapeutické komunity Karlov, se kterými byl veden strukturovaný rozhovor.

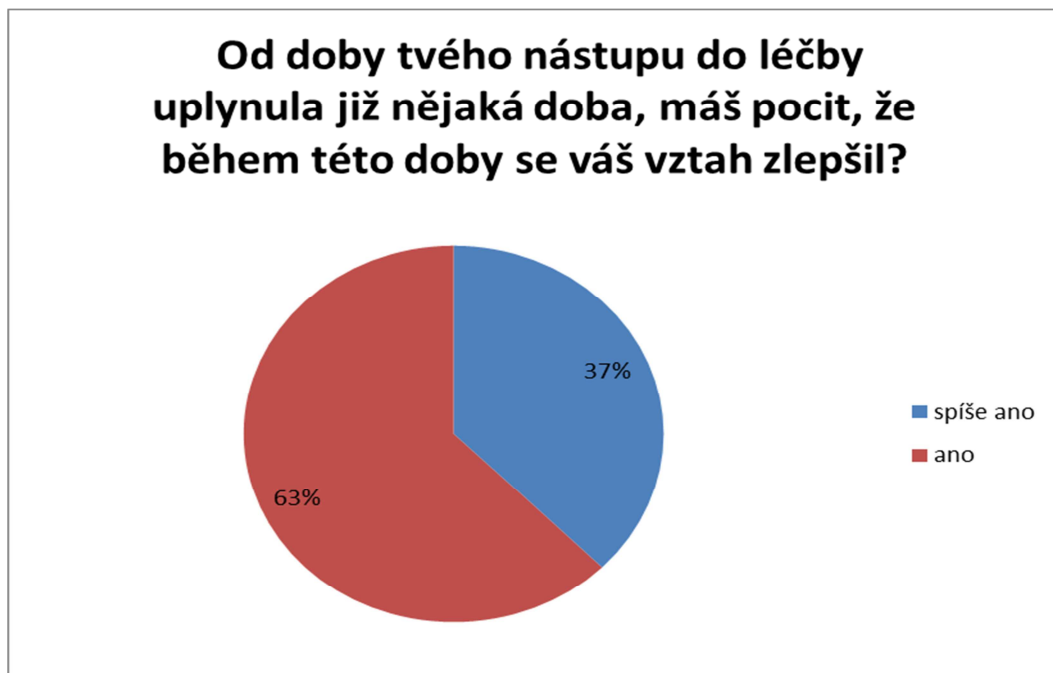
Graf 3: Procentuální vyhodnocení otázky č. 7



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Legenda: Procentuální vyjádření otázky č. 7: od klientek z Terapeutické komunity Karlov, se kterými byl veden strukturovaný rozhovor

Graf 4: Procentuální vyhodnocení otázky č. 8



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Legenda: procentuální vyjádření otázky č. 8: Od klientek z Terapeutické komunity Karlov, se kterými byl vedej strukturovaný rozhovor

Graf 5: Procentuální vyhodnocení otázky č. 10



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Legenda: Procentuální vyjádření otázky č. 10: Od klientek z Terapeutické komunity Karlov, se kterými byl veden strukturovaný rozhovor.

Graf 6: Procentuální vyhodnocení dokončení léčby tázaných klientek



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Legenda: Procentuální šetření úspěšnosti dokončené léčby. Graf byl tvořen na základě anamnézy osmi klientek, se kterými byl tvořen rozhovor, zda klientky dokončily, nebo nedokončily léčbu.

8 ZÁVĚR VÝZKUMU

Z interpretace výsledků bylo vybráno 5 nejdůležitějších otázek, ze kterých vyplývá, že z otázky číslo 2: „*Myslíš si, že bys měla se svým dítětem takový vztah jako máš teď, kdybys nebyla v léčbě?*“ odpovědělo 63 % klientek, že by neměly takový vztah, jako mají teď se svým dítětem, kdyby se neléčily a dále užívaly drogy. 25 % klientek si myslí, že spíše by neměly takový vztah se svým dítětem a pouze 12 % si myslí, že by s dítětem mohly mít takový vztah i bez léčení a odpověděly spíše ano. Jasnou odpověď ano, neodpověděla žádná klientka.

Z otázky č. 5: „*Myslíš si, že délka léčby na Karlově má vliv na tvůj vztah s tvým dítětem?*“ vyplývá, že 63 % klientek si myslí, že délka léčby má vliv na vztah s jejich dítětem, které mají s sebou v léčbě a 37 % klientek, odpovědělo spíše ano. Odpověď spíše ne a ne neodpověděla žádná klientka.

Na otázku č. 7: „*Myslíš si, že léčba bez dítěte by byla jednodušší?*“ odpovědělo 62 % klientek, že spíše ano, 13% klientek odpovědělo, že ano a 25 % klientek odpovědělo, že spíše ne.

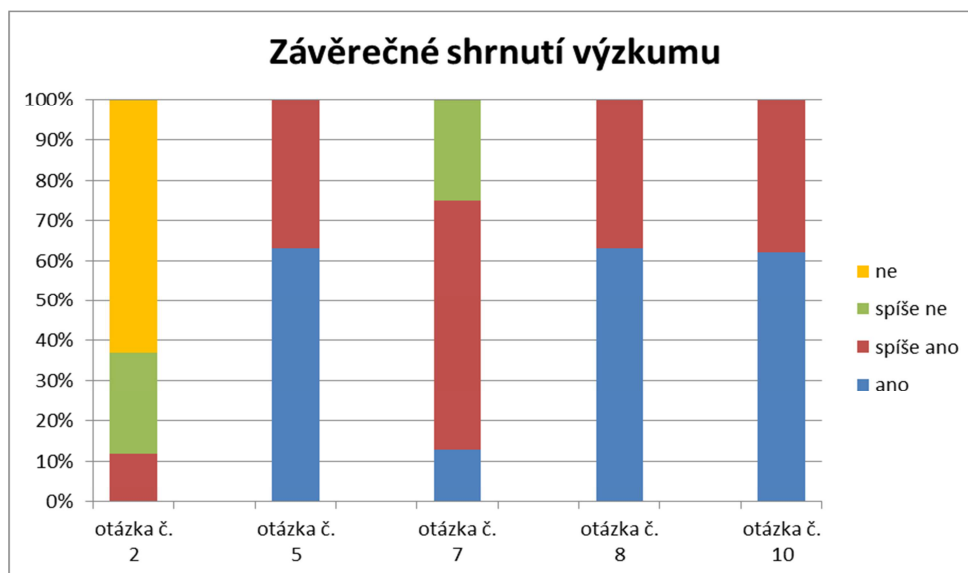
Na otázku č. 8: „*Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?*“ odpovědělo 63 % klientek ano a spíše ano odpovědělo 37 % klientek.

Na otázku č. 10 „*Myslíš si, že tedy společný pobyt s tvým dítětem přispívá ke zlepšení Vašeho vztahu?*“ odpovědělo 62 % klientek ano a 38 % klientek spíše ano. Spíše ne a ne neodpověděla žádná klientka.

63 % klientek, se kterými byl tvořen rozhovor, léčbu úspěšně dokončily v terapeutické komunitě na Karlově. 37 % léčených klientek léčbu nedokončily.

Následující graf představuje grafické zobrazení závěrečného shrnutí provedeného výzkumu.

Graf 7: Závěrečné shrnutí výzkumu



Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Pro zjišťování výzkumné otázky, zda je pobyt matky s dítětem v terapeutické komunitě Karlov 80% přínosem, byly použity výsledné odpovědi dotázaných klientek z otázky č. 8, položené v metodě strukturovaného rozhovoru. Přesné znění otázky bylo: ***Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil?*** Odpovědi se pohybovaly v rozmezí: ano/spíše ano. Nelze určit přesné vymezení úspěšnosti, jelikož je tato forma vyhodnocení řazena mezi velmi subjektivní hodnocení. Z odpovědí výše určené otázky bylo zjištěno, že u 63 % z dotázaných klientek došlo ke zlepšení jejich vztahu s dítětem/děťmi, které mají s sebou v léčbě v Terapeutické komunitě Karlov. Zbylých 37 % se vztahovalo k odpovědi „spíše ano“. Celkově lze tedy průměrně mluvit o 50% úspěšnosti.

9 ZÁVĚR

V teoretické části této bakalářské práce byla zpracována rešeršní část, která se zabývala důležitým bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem závislosti, který je důležitý pro pochopení osob, které jsou závislé na návykových látkách. Jako druhá velká kapitola byla zpracována o ženách, které užívaly drogy, v čem se liší od užívání drog u mužů a jak všeobecně zvládají drogovou situaci. Na kapitolu ženy a drogy navazovala kapitola o partnerech drogově závislých, ve které bylo pojednáno, proč jsou partneři důležitým aspektem k léčbě drogově závislé ženy. V další rešeršní části bylo zpracováno těhotenství drogově závislých žen a abstinenční syndromy novorozenců, které se narodily ženám, užívající drogy. V další části této práce byla zpracována kapitola o terapeutických komunitách. Část se zabývala především vznikem komunit, co je jejich cílem a co to vlastně komunita je. Tato část nám navázala na praktickou část bakalářské práce, kde byla zpracována kapitola o terapeutické komunitě Karlov.

V praktické části byla do detailů rozepsána Terapeutická komunita Karlov, jako jediná komunita, která nabízí léčbu drogově závislým matkám se svými dětmi. V první části praktické práce byly uvedeny obecné věci o Terapeutické komunitě Karlov, její poloha, vznik TK, cíle komunity a jednotlivé skupiny, které v komunitě probíhají. Důležitým prvkem v terapeutické komunitě Karlov je program matek s dětmi, kterému bylo v této práci hodně věnováno. Stejně tak jsou důležité fáze léčby, bez kterých by komunita všeobecně nemohla fungovat.

V charakteristice sledovaného souboru byla použita metoda strukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny s 8 klientkami – matkami, které byly v léčbě se svým dítětem/děti v terapeutické komunitě Karlov. Bylo pokládáno deset otázek a rozhovory byly vedeny individuálně. V interpretaci výsledku šetření byly zpracovány výsečové grafy z 5 nejdůležitějších otázek z rozhovoru. Vyjádření bylo uvedeno v procentech. Šestý graf byl utvořen na základě závěrečných zpráv klientek, zda osm dotazovaných matek léčbu dokončilo nebo ne. V závěru výzkumu bylo vytvořeno slovní hodnocení grafů a závěrečné shrnutí provedeného výzkumu, který zobrazuje graf č. 7.

V bakalářské práci byla uvedena výzkumná otázka: Zda je pobyt matek se svými dětmi v terapeutické komunitě Karlov pod vedením terapeutů 80% přínosem zlepšení jejich vzájemného vztahu. K odpovědi na tuto výzkumnou otázku byla použita otázka č. 8, která přesně zní: ***Od doby tvého nástupu do léčby uplynula již nějaká doba, máš pocit, že během této doby se váš vztah zlepšil.*** Na základě odpovědí klientek, bylo vyhodnoceno, že jde o 50% úspěšnost.

Cílem bakalářské práce bylo dokázat, zda se pobytem drogově závislé matky s jejím dítětem/děti zlepšuje jejich vztah. Z interpretace výsledků bylo zjištěno, že vztah mezi matkou a dítětem je díky společnému léčení v terapeutické komunitě Karlov, zlepšen. Matky na otázku, zda si myslí, že je jejich vztah zlepšen, odpověděly jasné ano nebo spíše ano, odpověď ne a ani spíše ne, se neobjevila ani jednou. Úspěšnost léčby byla 67 %. To je výsledek, který vypovídá o tom, že matky se chtěly léčit a chtěly, aby jejich vztah s dítětem/děti byl posílen.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BINDER T. Drogy, alkohol a kouření v těhotenství In Hájek, Z. a kol.: Rizikové a patologické těhotenství, Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8

HÁJEK Z. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: FILIA NOVA, 2001. ISBN 80-238-8014-4

KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

KUDRLE, S. Úvod do Bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. IBSN 80-85121-11-5

MINAŘÍK J. Přehled psychotropních látek a jejich účinků In Kalina a kol. : Základy klinické adiktologie, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

MIOVSKÝ M., Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4

NEŠPOR, K. CSÉMY L. Léčba a prevence závislostí – příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum, 2004. ISBN 80-85121-52-27

NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-64

Operační manuál TK Karlov, 2014

PRESLOVÁ I., MAXOVÁ V. Ženy a drogy: sborník odborné konference, Praha: Sananim, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5

ROTGERS, F. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-8369-9

TĚMÍNOVÁ M., KALINA K., ADAMEČEK D. Terapeutická komunita a její aplikace
In Kalina K. a kol. : Základy klinické adiktologie, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.

VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina In Kalina, K. a kol. : Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80- 86734-05-6

Seznam použitých internetových zdrojů

SANANIM z. ú., 2007 O nás/ kdo jsme, [online]. Praha : Sananim z. ú. [cit. 15.11.2015]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>

SEZNAM ZKRATEK

DSM – IV	-	Diagnostický a statický manuál duševních poruch
OSN	-	Organizace spojených národů
CNS	-	Centrální nervová soustava
ČR	-	Česká republika
TK	-	Terapeutická komunita
FAS	-	Fetální alkoholový syndrom
MHD	-	Městská hromadná doprava
OSPOD	-	Orgán sociálně právní ochrany dětí
O.S.	-	Občanské sdružení

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Budova A	25
Obrázek 2: Budova B.....	25

Seznam tabulek

Tabulka 1: Denní program matek s dětmi	29
--	----

Seznam grafů

Graf 1: Procentuální vyhodnocení otázky č. 2.....	49
Graf 2: Procentuální vyhodnocení otázky č. 5.....	50
Graf 3: Procentuální vyhodnocení otázky č. 7.....	50
Graf 4: Procentuální vyhodnocení otázky č. 8.....	51
Graf 5: Procentuální vyhodnocení otázky č. 10.....	51
Graf 6: Procentuální vyhodnocení dokončení léčby tázaných klientek.....	52
Graf 7: Závěrečné shrnutí výzkumu	54

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Šenková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: prezenční studium

Název práce: Děti drogově závislých matek v Terapeutické komunitě Karlov

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 50

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová Ph.D.