

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Následná péče o matky se závislostí

Diplomová práce

Autor: Bc. Fučíková Žaneta
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce (SPN)
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

| | |
|-------------------------------|--|
| Autor: | Bc. Žaneta Fučíková |
| Studium: | U2026 |
| Studijní program: | N6731 Sociální politika a sociální práce |
| Studijní obor: | Sociální práce |
| Název diplomové práce: | Následná péče o matky se závislostí |
| Název diplomové práce AJ: | Aftercare for mothers with addictions |

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce bude zaměřena na následnou péči o matky se závislostí na omamných a psychotropních látkách po úspěšně absolvované ústavní léčbě. V teoretické části bude obecně popsána problematika závislostí na omamných a psychotropních látkách a nejfrekventovanější typy závislostí u zvolené cílové skupiny. V další části se bude práce zaměřovat na vhodné přístupy, metody léčby a psychosociální podpory. Cílem práce bude zjistit specifika práce se závislými matkami v doléčovacích centrech. Ve výzkumné části bude použita kvalitativní výzkumná strategie pomocí semistrukturovaného rozhovoru. Respondenty budou pracovníci doléčovacích center a další odborníci zabývající se problematikou zvolené cílové skupiny.

NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7. KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8. PRESLOVÁ, Ilona. Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů: komplexní program péče o dítě závislých matek o.s. SANANIM. Praha: Sananim, 2011. ISBN isbn978-80-904536-1-6

| | |
|-------------------------------|--|
| Zadávací pracoviště: | Ústav sociální práce, Filozofická fakulta |
| Vedoucí práce: | Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D. |
| Oponent: | doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D. |
| Datum zadání závěrečné práce: | 30.4.2020 |

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 29.06. 2022

.....

Žaneta Fučíková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D., za její profesionální a odborné vedení práce, za její cenné doporučení a připomínky, které velice napomohly k vypracování mé diplomové práci. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří mi poskytli drahocenné zkušenosti, na kterých je postavena výzkumná část práce a bez jejich spolupráce a ochoty věnovat mi velké množství času by práce nemohla vzniknout.

Anotace

FUČÍKOVÁ, Žaneta. *Následná péče o matky se závislostí*. Diplomová práce. Hradec Králové, 2022, 77 s. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Tato diplomová práce je zaměřená na specializované pracoviště následné péče doléčovacího centra, na koncept programu a jeho úspěšnost při léčbě závislosti u cílové skupiny matky s dětmi. V teoretické části práce byly vymezeny základní pojmy tématu pro identifikaci souvislostí výzkumné části a celkového vhledu do problematiky. Hlavním cílem práce je zjistit, jak pracovníci tohoto zařízení vnímají dle jejich pohledu a zkušeností úspěšnost programu na základě hlavních složek programu při společné léčbě matky s dětmi závislé na omamných a psychotropních látkách. Cíl byl zjišťován rozdělením do oblastí, které byly zároveň cíli Doléčovacího centra pro matky s dětmi Sananim, kde byl výzkumný proces prováděn. Jednalo se o oblast či cíle řádného dokončení programu, zaměstnání, získání dětí zpět do péče, trávení volného času s dětmi, udržení abstinence a osamostatnění se vždy z pohledu procentuální úspěšnosti, hlavních složek programu a bariér. K dosažení hlavního cíle byla použita kvalitativní výzkumný strategie s technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: následná péče, doléčovací program, hlavní složky programu, úspěšnost, bariéry.

Annotation

FUČÍKOVÁ, Žaneta. *Aftercare for mothers with addictions*. Diploma Dissertation. Hradec Králové, 2022, 77 s. University of Hradec Králové, The Institute of Social Work. Leader of the Diploma thesis Thesis: Mgr. Et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

This diploma thesis is focused on a specialized workplace of aftercare of the aftercare center, on the concept of the program and its success in the treatment of addiction in the target group of mothers with children. In the theoretical part of the work, the basic concepts of the topic were defined to identify the context of the research part and the overall insight into the issue. The main goal of the work is to find out how the workers of this facility perceive according to their point of view and experience the success of the program based on the main components of the program in the joint treatment of mothers with children addicted to narcotics and psychotropic substances. The goal was determined by dividing it into areas, which were also the goals of the Aftercare Center for Mothers with Children Sananim where the research process was carried out. These were the area or goals of proper completion of the program, employment, getting children back into care, spending free time with children, maintaining abstinence and independence, always in terms of percentage of success, the main components of the program and barriers. To achieve the main goal, a qualitative research strategy with the technique of semi-structured interview was used.

Keywords: aftercare, aftercare program, main components of the program, success, barriers.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 11 |
| 1. Cíl práce a nástin metodiky zpracování | 13 |
| 2. Teoretická část | 14 |
| 2.1 Drogy a závislost..... | 14 |
| 2.1.1 Relaps, laps | 17 |
| 2.2 Úspěšnost léčby závislosti | 18 |
| 2.2.1 Faktory, které mohou mít kladný přínos pro úspěšnost klienta v léčbě..... | 20 |
| 2.3 Následná péče, doléčování..... | 21 |
| 2.3.1 Tým následné péče..... | 22 |
| 2.4 Hlavní složky doléčovacího programu | 22 |
| 2.4.1 Psychoterapie | 23 |
| 2.4.2 Individuální psychoterapie..... | 23 |
| 2.4.3 Prevence relapsu | 25 |
| 2.4.4 Sociální práce..... | 26 |
| 2.4.5 Práce s rodinnými příslušníky..... | 27 |
| 2.4.6 Práce, rekvalifikace, chráněná pracovní místa..... | 28 |
| 2.5 Specifikace žen matek jako uživatelék a jejich léčba | 29 |
| 2.6 Doléčovací centrum pro matky s dětmi SANANIM | 31 |
| 2.6.1 Poslání..... | 31 |
| 2.6.2 Popis realizace služby | 31 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.6.3 | Metody práce..... | 32 |
| 2.6.4 | Cílová skupina..... | 33 |
| 2.6.5 | Program doléčovacího centra pro matky s dětmi | 33 |
| | Shrnutí teoretické části | 37 |
| 3. | Výzkumná část | 37 |
| 3.1 | Formulace hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu | 37 |
| 3.2 | Odůvodnění volby výzkumné strategie | 38 |
| 3.3 | Interpretativní fenomenologická analýza..... | 40 |
| 3.4 | Technika získaných údajů..... | 41 |
| 3.5 | Transformace cílů do tazatelských otázek | 42 |
| 3.6 | Zdůvodnění vybraného výzkumného vzorku a jeho charakteristika | 45 |
| 3.7 | Průběh výzkumu | 47 |
| 3.8 | Způsob zpracování získaných údajů | 48 |
| 3.9 | Etická a jiná rizika výzkumu | 50 |
| 4. | Analýza a interpretace dosažených výsledků..... | 51 |
| 4.1 | Zjistit, jak se z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientkám v programu daří dokončovat program, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro dokončení programu..... | 51 |
| 4.2 | Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra při hledání zaměstnání, jaké způsoby sociální či jiné hlavní složky doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro nalezení zaměstnání... .. | 55 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra získat zpět děti do vlastní péče, jaké způsoby sociální či jiné ze složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro získání dětí zpět do péče. | 57 |
| 4.4 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra „naučit se“ trávit volný čas s dětmi, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při „učení se“ trávení volného času s dětmi. | 61 |
| 4.5 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra udržovat svoji abstinenci, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při udržení abstinence. | 64 |
| 4.6 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra v osamostatnění se, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry u osamostatnění se. | 67 |
| Shrnutí výzkumné části..... | 69 |
| Závěr | 72 |
| Seznam použité literatury | 74 |
| Seznam tabulek..... | 77 |
| Seznam obrázků..... | 77 |
| Seznam grafů | 77 |
| Seznam příloh | 77 |
| Příloha 1: přepis rozhovoru s terapeutem | I |

Seznam použitých zkratk:

aj. = a jiné

atd. = a tak dále

tzv. = takzvaný

např. = například

cca = přibližně

min. = minimální

OSPOD = Oddělení sociálně-právní ochrany dětí

DC = Doléčovací centrum

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

ČR = Česká republika

OPL=omamně psychotropní látky

T=terapeut

SP=sociální pracovnice

Úvod

Téma diplomové práce je následná péče o matky se závislostí konkrétně vy smyslu specializovaného pracoviště doléčovacího centra. Doléčovací centra v léčbě závislosti je jednou z posledních složek systému ČR po střednědobé ústavní léčbě či rezidenční léčbě v terapeutických komunitách. Je návaznou a velmi podstatnou součástí celého systému léčby závislosti, která může být posledním článkem před integrací lidí do běžného života. Konkrétně doléčovací centrum pro matky se závislostí, abstraktně řečeno je důležité nejen pro celkovou integraci, ale i k pomoci zajištění stabilního prostředí sebe, své dítě a pomoci při zvládnání mateřské role. Konkrétní obsah tohoto tématu a prospěšnosti následné péče doléčovacích center je vymezen v diplomové práci.

Téma diplomové práce vychází z konceptu sociální práce. Pro tento obor není však jednotná definice skrze její rozmanitost. Jestliže mám koncept práce objasnit alespoň jednou z mnoha definic sociální práce, zmínila bych tu, která dle mého názoru nejvíce vystihující pro problematiku tohoto tématu. „*Intervence sociální práce směřují právě tam, kde nastávají nějaké problémy v interakcích mezi klientem a jeho prostředím.*“ (Musil, Navrátil dle Hanková, et. al., 2017:10).

Téma následné péče o matky se závislostí a jeho důvod volby souvisí s rozšířením cílové skupiny Následné péče Jihlava, doléčovacího centra, ve kterém pracuji. Na tomto základě jsem se tématu začala více věnovat ve spolupráci s PhDr. Ilonou Preslovou, která působí v Sananimu a je jednou z prvních pracujících s touto cílovou skupinou, matek s dětmi, kdy závislosti jako takové se věnuje už řadu let. Motivací mi byla i jistá návaznost na Terapeutickou komunitu v Podcestném Mlýně, kde s touto cílovou skupinou začali pracovat teprve cca před rokem, a po absolvování tohoto programu by klientky měly takto možnost pokračovat v doléčování v Jihlavě, která je pro ně nejbližší v dosahu. Což souvisí i s umístěním centra, kdy v kraji Vysočina není zatím žádné doléčovací centrum, které by umožňovalo matkám se společně doléčovat se svým dítětem. Tohle jsou důvody pro volbu tématu mé diplomové práce.

Jak popisuje Kuda, program doléčovacího centra, které chce pracovat nejen s touto specifickou skupinou matek s dětmi, ale i s jednotlivci, kteří jsou závislí na omamných a psychotropních látkách si každé zařízení vytváří samo individuálně. Převážně na základě

zkušeností a přesvědčení, vyjma základních složek, které jsou obsaženy ve Standardech odborné způsobilosti (Kuda dle Kalina et al., 2015:474). Domnívám se tedy, že tato práce, může pomoci zařízením či jednotlivcům pro teoretické pojetí tématu nebo při vytváření programu pro tuto specifickou cílovou skupinu, u které je program tvořen na základě složek programu, které jsou důležité v určitých oblastech či obecných cílech doléčovacích center, vymezení bariér z pohledu pracovníků, které se mohou objevit a v neposlední řadě procentuální podíl úspěšnosti fungování konkrétně sestaveného programu. Kde konkrétně mohou čerpat data v závěru práce, uvedených v analýze a interpretaci dosažených výsledků.

1. Cíl práce a nástin metodiky zpracování

V úvodu bych ráda vymezila hlavní cíl, na kterém se postavená celá diplomová práce a to tedy, zjistit, jak pracovníci specializovaných pracovišť následné péče doléčovacích center vnímají úspěšnost programu na základě hlavních složek doléčovacího programu u matek se závislostí na omamných a psychotropních látkách. K naplnění tohoto cíle, jsem zvolila volbu kvalitativní výzkumnou strategii, která mi umožňuje dané téma zkoumat do hloubky a získávat data pomocí zkušeností respondentů. Tomu již naznačuje i technika získávání dat, která je v tomto případě zvolena formou polostrukturovaného rozhovoru. Před započítím výzkumného procesu jsem celou práci podložila teorií, která je implicitním předpokladem pro kvalitativní výzkum.

Dále k naplnění hlavní cíle jsem si jej rozdělila do šesti kategorií, který jsem si přetrafovala do dílčích cílů prvního řádu, na jejichž základě, jsem hlavní cíl, tedy úspěšnost programu léčby závislosti mohla zjišťovat. V rámci výzkumu bylo důležité, aby kategorizace dílčích cílů prvního řádu zároveň odpovídala cílům doléčovacího centra, kde byl výzkumný proces prováděn, kdy odborný rámec oblastí byl zpracován v teoretické části práce. Následně při kategorizaci dílčích cílů prvního řádu jsem tyto cíle rozšířila do dílčích cílů druhého řádu. Na jejichž základě jsem mohla tvořit tazatelské otázky, kterými cíle naplním. Další fázi již byla samotná realizace rozhovorů, kdy na základě analýzy zpracování získaných údajů jsem v využila kontext interpretativní fenomenologické analýzy, která mi umožnila využít flexibilitu analýzy a každý soubor analyzovat zvlášť s následnou identifikací témat. Poté jsem interpretovala dosažené výsledky.

Dosažené výsledky výzkumného procesu mohou být využitelné jako teoretický vhled veřejnosti či pracovníky, kteří mají zájem o tuto cílovou skupinu. Nebo pro pracovníky, kteří stejně jako mé pracoviště mají zájem o rozšíření cílové skupiny společného doléčování matky s dětmi. Díky dlouholetým zkušenostem respondentů nahlédnou do specifičnosti cílové skupiny, sestavení programu a možných bariér, které se mohou při léčbě objevovat. Přidanou hodnotu má popis respondentů, kteří se nebáli otevřít i témata, které nejsou zatím známé v souvislosti ve vztahu matky a dítěte. Podrobnější metodika a dosažené výsledky jsou uvedeny již ve výzkumné části práce.

2. Teoretická část

V teoretické části diplomové práce se nejprve zaměřuji na základní pojmy jako jsou drogy neboli návykové látky, závislost a z toho vyplývající pojem relaps a laps. Následně popisuji téma úspěšnost léčby závislosti a faktory s nimiž spojené. Dále se věnuji tématu následné péče a samotnému doléčování, pracovnímu týmu a hlavním složkám tohoto programu. A nadále popisuji cílovou skupinu matky jako uživatelku, jejich specifikace a léčbu. A v neposlední řadě se věnuji popisu Doléčovacího centra pro matky s dětmi Sananim, včetně poslání, popisu služby, metod práce a fází programu, kde jsou uvedeny konkrétní cíle, které se posléze prolínají do výzkumné části.

2.1 Drogy a závislost

Drogy a závislost jsou pojmy, které jsou základem a zároveň mají provázanost v celé diplomové práci včetně všech výzkumných cílů. Níže popisuji určitou spjitost mezi těmito dvěma pojmy z pohledu více autorů. Také se věnuji každému pojmu zvlášť, jejich definici a chápání mezi společnostmi.

Drogu lze definovat jako látku s vlastnostmi psychotropního efektu, který pozměňuje prožívání a mění to, jak svět prožíváme a vidíme. A také jako potenciální závislost, kdy pravidelné a dlouhodobé užívání může vést ke ztrátě kontroly a vyvolat tak závislost (Kalina et al., 2015:49).

Pavel Nepustil ve své knize zmiňuje, že široce přijímaná odpověď na otázku, jak spolu souvisí závislost a drogy zní tak, že drogy způsobují závislost. Nicméně je názoru, že závislost a užívání drog jsou dva fenomény, které toho příliš společného nemají (Nepustil, Geregová, 2020:19).

Velká rozpolcenost ve vědecké komunitě ohledně konceptualizace závislosti odráží fakt, že definovat závislost a zabránit tak zjednodušení je téměř nemožné. Skrze definice oborů, které se zabývají závislostí, není takřka možné najít dostatečně specifické a jasně objasňující kritéria pro závislost v její komplexnosti (Anderson et al. dle Nepustil, Geregová, 2020:23).

Může být vnímána jako metafora „nemoci“, která se oficiálně používá od konce 18. století, kdy průkopníkem byl Benjamin Rush, jako důležitá postava amerického hnutí za střízlivost. Charakterizoval závislost jako nemoc vůle, kdy nastává dobrovolnou konzumací alkoholu a postupně přechází k mimo kontrolu pijáka a jediné možné východisko je abstinence (Weinberg dle Nepustil, Geregová, 2020:25).

Závislost jako nemoc byla od počátku postavena především na sledování projevů lidí, kteří pravidelně a dlouhodobě pili alkohol. Ve 30. letech 20. století se koncept závislosti jako nemoci dočkal velké popularity, kdy si jej osvojilo hnutí Anonymních alkoholiků a další takzvaně dvanácti krokové skupiny. Pojetí závislosti se usilovně snažili opřít o teorii „alergie na alkohol“, kdy však po vědecké stránce byla hypotéza zpochybněna, ale pojetí nemoci i nadále zůstalo (Silkworth dle Nepustil, Geregová, 2020:25). Je známo, že lidé se závislostí jsou vystavováni velké míře stigmatizace oproti jiným skupinám s diagnostikovaným onemocněním. Vychází z toho, že široká veřejnost patrně odmítá přijmout fakt, že závislost je nemoc jako každá jiná (Nepustil, Geregová, 2020:25).

Definici „syndromu závislosti“ popisuje MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) jako *„soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“* (Ústav, 2018:200).

Další fenomén chápání závislosti je „závislost jako naučené chování“. Je dokázáno, že mozek člověka se mění téměř neustále, kdy důležitým prvkem změn je učení či utváření návyků. Pokud objevíme něco, co má pro nás velkou hodnotu, máme tendenci toto chování opakovat. Je podloženo, že se mozek se závislostí mění, ale má to víc co dočinění s rozvojem a učením, nikoliv s nemocí. Následně tento konkrétní způsob uvažování o závislosti mění postoj, že není příliš relevantní zabývat se tím, jak „léčit poruchu závislosti“, ale raději, jak nejlépe podpořit učení, které závislého vede k jinému způsobu života a bytí ve světě a chování s ním spojené (Nepustil, Geregová, 2020:27).

Ze zahraniční publikace *American Society of Addiction Medicine* je závislost popisována jako léčitelné chronické onemocnění zahrnující komplexní interakce mezi

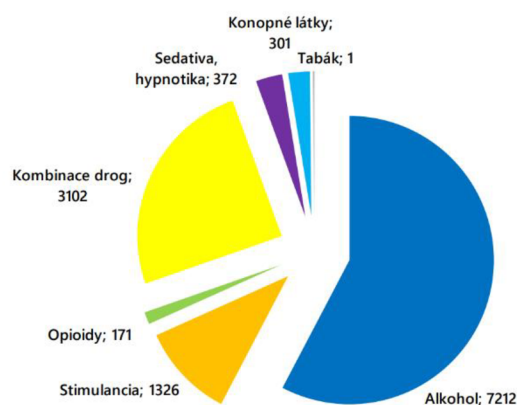
mozkovými okruhy, životními zkušenostmi závislých, prostředím a genetikou. Jedinci se závislostí užívající látky, které se stávají obsedantními a mnohdy pokračují navzdory škodlivým následkům. Přístupy k léčbě závislosti a prevence jako takové jsou stejně úspěšné jako i dalších chronických onemocnění. Nicméně genetické faktory představují asi polovinu pravděpodobnosti, kdy se u jedince může vyvinout závislost (American, 2021:1).

Navzdory tomu odborníci v závislosti Marilyn Herie and W. J. Wayne Skinner v knize *Fundamentals of Addiction: A Practical Guide for Counsellors*, jsou toho názoru, že pohlížet na závislosti, jako na chronické onemocnění znamená ignorovat skutečnost předchozího fyzického či psychického „zranění“ jedince. Především psychické zranění jedince vede k dlouhodobým neurobiologickým následkům, které jsou predisponující k závislosti. Vyházejí ze studií, kdy zvláště vysoké procento závislých si s sebou neslo trauma z dětství, včetně psychického, fyzického a sexuálního zneužívání (Herie, Skinner, 2014:6). Výzkumy v sociálně-vědním oboru v závislosti a užívání drog nás učí, že k nim nemůžeme přistupovat jako k individuálním problémům. Samotné užívání drog či závislost se odvíjí od kontextu, kde závislý vyrůstá, žije a kde vyrůstali a žili rodiče jedince a rodiče rodičů. Nemůžeme k tomuto kontextu přistupovat jako k danému a neměnitelnému (Nepustil, Geregová, 2020:32).

Mezi faktory, které mohou přispívat na vzniku závislosti jsou (Kalina et al. 2008, s. 26) :

- a) Deficit odměny, kdy závislý silně preferuje užívání návykových látek před přirozenými zdroji odměny
- b) Opakované užívání drog, které způsobuje neuroadaptaci vedoucí ke zhoršené či úplné ztrátě kontroly nad užíváním (American, 2021: 2).
- c) Problémy v mezilidských vztazích a narušení sociálních vazeb
- d) Genetické faktory
- e) Vystavení se stresorům či traumatům
- f) Zkreslení smyslu a hodnot, které řídí myšlení a chování
- g) Přítomnost souběžně se objevující psychiatrických onemocnění u osob v kombinaci užívání návykových látek

Graf 1 Složení klientů adiktologických programů léčby závislosti podle typu užívané látky v roce 2020



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021

V novodobé historii, to je 19. a 20. století, se zneužívání a šíření drog rozlišuje do třech období. První bylo do roku 1960, kdy se drogy braly jako „odborný problém“ a týkalo se to poměrně úzké skupiny lidí vysoce kvalifikovaných specialistů. Například psychiatrů a lékařů na straně léčení závislosti. Druhé období bylo v letech 1960-1990, kdy se již drogy stávají „problémem společenským“ zejména ve vyspělých zemích, kdy se to dotýká mnoha sociálních skupin a vrstev a stejně tak i mnoha profesí. V tomto konkrétním období docházelo v západní Evropě a USA k enormnímu příbytku lidí užívající drogy s vážnými zdravotními problémy spojené se sociálními důsledky. To vedlo ke kvantitativní změně přístupu drogových politik. Třetí období přišlo po daném roce 1990, kdy se fenomén užívání drog charakterizoval jako „problém globální“ (Kalina et al., 2003:15).

2.1.1 Relaps, laps

Wanigaratne (1990) říká, že: „Přestat kouřit je snadné, já sám jsem už přestal snad stokrát“ (Kuda dle Kalina et al., 2003:117).

Podle tohoto výroku lze snadněji pochopit relaps, při které se u léčbě závislosti často setkáváme (Kuda dle Kalina et al., 2003:117). Relaps je návrat k užívání drog či pití po následné abstinenci včetně doprovázených příznaků závislosti (Glosář, 2015). Odborníci rozdělili do tří skupin vysoce rizikové situace, které mohou zapříčinit relaps.

Jsou to **negativní emoční stavy**, jako je například vztek, deprese, frustrace, úzkost nebo nuda, které jsou kvalifikovány jako nejčastější. Dále **interpersonální konflikty**, kdy se převážně jedná o negativní konflikty mezi rodinnou, partnery, v zaměstnání či s přáteli. A poslední ze tří skupin situací je **sociální tlak**, buď nepřímý, kdy je klient vystaven např. skupině, která užívá drogy či alkohol nebo přímý sociální tlak, který je v momentě, kdy se klient setká s dealerem či známým člověkem, se kterým předtím užíval a droga mu je nabídnuta (Kalina, 2013:339).

Většina autorů nevnímá relaps jako jednorázovou příhodu, nýbrž jako proces, ve kterém se vzájemně podmiňují behaviorální, kognitivní a afektivní složky. Určitý proces ve většině případů začíná až několik týdnů před samotným relapsem. Základem je nerovnováha životního stylu, na kterou se vážou právě výše zmiňované tzv. vysoce rizikové situace, které jsou ohrožující pro závislého klienta. Veškeré situace jsou velmi různorodé a specifické pro daného klienta (Kamil Kalina, 2008:212). Wanigaratne (1990) jako jednorázovou příhodu neboli „uklouznutí“ po období abstinence někteří autoři nazývají jako **laps**. Je tedy definováno jako jednorázové porušení abstinence, vztahující se k typu chování nebo četosti, které si závislý sám stanovil (Kuda dle Kamil Kalina et al., 2003:118).

2.2 Úspěšnost léčby závislosti

Úspěšnost léčby je další návazné téma ke kapitole drogy a závislosti. Úspěšnost samotné léčby závislosti se těžko zjišťuje a každá ze služeb si úspěšnost a efektivitu služby zjišťuje pomocí stanovených cílů. V této kapitole popisují úspěšnost léčby spíše v obecnější rovině, ale tato kapitola je úzce spojena s výzkumnou částí, kde na základě stanovených cílů, které jsou zformulovány v transformační tabulce zjišťují úspěšnost léčby závislosti v Doléčovacím centru Sananim pomocí hlavních složek doléčovacího programu.

Cílem léčby závislosti je určitá změna zlepšení kvality života a zdraví jedince na co nejvyšší možnou míru. Podle WHO (1998) jsou definovány tři hlavní cíle v léčbě závislosti uživatelů drog a to je: 1. snížení závislosti, 2. celkové snížení nemocnosti

a úmrtnosti ve spojitosti neboli přímo jako důsledek užíváním drog, 3. duševní, tělesná a sociální podpora uživatelů a dosažení celkové sociální integrace (Kalina et al., 2008:293).

U závislosti na alkoholu se jedná o chronické recidivující onemocnění, které zasáhne pacienta včetně oblasti zdravotní postupně i v dalších důležitých oblastech jeho života. U jiných závislostí existuje například možnost substituční léčby (např. metadon, subutex), kdežto u závislosti na alkoholu je jediná možná cesta abstinence, z důvodu, že není možné u této závislosti dosáhnout kontrolovaného pití či užívání. Odborníci zabývající se problematikou závislostí stále hledají co možná nejúčinnější způsob léčby (Popov dle Kalina et al., 2003:153).

Efektivním a smysluplným řešením jsou léčebné strategie, které vedou k abstinenci, ta je prostředkem vedoucí ke zdravému životu jedince. Z velké části léčených jedinců nedochází však k doživotní abstinenci po prvotní léčbě. Tento fakt je často zdrojem mylného dojmu, že léčba na závislostech je paušálně neúspěšná a tedy zbytečná. Pravda je však taková, že minimálně jednoroční abstinence je u 50-70 % jedinců, kteří absolvovali léčbu závislostí a po třech letech úplné abstinence je zaznamenáno u 30-40 % jedinců. Trvalá abstinence není pouze jedním kritériem úspěšnosti, ale také celková doba abstinence, kdy je závislý stabilizován a schopen normálního života, tak i maximální délka nepřerušené abstinence. Takového značného zlepšení kvality života jedince je možno léčbou závislosti dosáhnout u 40-50 % závislých (Popov dle Kalina et al., 2003:153–154).

V Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV v září 2021 bylo evidováno 34 služeb následné péče, které provozovaly 53 programů, z nichž 30 bylo pobytových. V roce 2020 byla celková kapacita programů 403 míst a konkrétně kapacita chráněného bydlení byla 211 míst (Chomynová, 2022:41).

Určité služby následné péče z 20 programů, které jsou dotované RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) evidují přibližně 1 000 klientů. Jedná se nejčastěji o uživatele závislé na nelegálních návykových látkách, alkoholu a o klienty s nelátkovou závislostí. Rodinní příslušníci a blízké osoby jsou s těmito službami v kontaktu také (Chomynová, 2022:41).

Za rok 2020 léčbu závislosti úspěšně ukončilo 191 klientů a předčasně ukončilo léčbu 216 klientů. Průměrná délka léčebného programu byla 210 dnů. Kdežto průměrná délka úspěšného dokončeného léčebného programu činila 383 dnů (Chomynová, 2022:41).

2.2.1 Faktory, které mohou mít kladný přínos pro úspěšnost klienta v léčbě

Nida (2002) a Galanter a Kleber (1999) popisují charakteristiku klientů, kteří se nachází v léčbě závislosti tak, že převážná část jsou klienti z rozpadlých rodin a zázemím s nedostatkem sociální podpory z čehož větší část může být i v konfliktu se zákonem a další část má problémy s duševním zdravím či v předešlé době neměli žádné stabilní zaměstnání (Kalina et al., 2008:293). Zkrátka ne všechny zmíněné charakteristiky se vážou na předpokládanou úspěšnost léčby, k nejvíce významným prediktorům patří (EMCDDA, 1999; Tims et al., 1997; De Leon, 2004 dle Kalina et al., 2008:293-302):

Integrita programu – důležité je, aby byl program pro klienta odpovídající, je podstatná jeho konzistence a poctivost programu, ale také čestnost a důvěryhodnost personálu i ostatních klientů, které se společně doléčují.

Vhodný výběr programu – párování potřeb, přístupu a intervencí klienta je klíčové pro jeho závěrečný úspěch v programu a integritu v rodině, ve vztazích, společnosti a zaměstnání. Jedním z poznatků, o který se nynější léčba závislosti opírá, je, že není určitá léčba, která by byla přijatelná pro všechny klienty, a naopak není klient, který by byl hodící se pro jakýkoliv typ léčby.

Zapojení do programu klienta a jeho udržení v něm – pokud se klientovi nedaří zapojit se do programu a předčasně tak ukončí léčbu, lze to často chápat jako chybu personálu a zařízení. Může se stát, že se například zanedbá spolupráce zařízení s klientovou rodinou, která je pro klientovu úzdravu významná. Motivující, podpůrný a individualizovaný přístup je vyžadován při zapojení se klienta do programu tak, aby byl pro něj prospěšný k jeho udržení v programu.

Obsah programu – léčba závislosti musí nabízet dostačující podněty pro komplexní změnu pojetí v abstinenci, sociální integraci, zlepšení zdravotní stránky klienta, řešení osobních problémů a jiné. Kombinace psychoterapeutického působení skupiny, přístupy

podporující zvládnání rizikových situací, trénink sociálních dovedností se předpokládají jako intenzivní a strukturovaný program.

Délka programu – léčba v kratší době, jak tři měsíce se nepředpokládá jako účinná. Z tohoto důvodu se jako účinný faktor jeví přiměřená délka léčby (3-6 měsíců léčby).

Terapeutický přístup – stejně jako klient sám, tak i samotný terapeut včetně týmu může být motivován, uskutečňovat změny nebo je blokovat a klást odpor, proto se tak může stát rozhodujícím pro samotnou léčbu klienta.

2.3 Následná péče, doléčování

V této kapitole jsou vysvětleny pojmy následné péče a doléčování a zároveň je základem pro vysvětlení podstaty a celkového cíle léčby závislosti v daném zařízení, ve kterém je provedena výzkumná část diplomové práce.

Poslední fází procesu závislého je následná péče. Veškeré intervence, které byly navozeny za cílem změny se tedy snaží udržet. Následná péče je definována pro osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách, které abstínují a absolvovaly minimální dobu léčby tři měsíce. S preferencí osob, které dokončily detoxifikaci a minimálně nejkratší možnou dobu léčby (residenční nebo ambulantní) s pohledem na svoji motivaci k trvalé či dlouhodobé abstinenci (Kuda dle Kalina et al., 2003:208).

Jednoduše řečeno úkolem následné péče je pomoci závislému jedinci navrátit se do „normálního života“ a pomoci tak vytvořit podmínky pro abstinenci. Klíčový faktor, který ovlivňuje efektivitu léčby závislosti, je právě stabilizace životního stylu závislého. Spektrum klientů pro tento daný typ léčby je velmi rozmanité, to však klade vysoký nárok na flexibilitu programu. Následná péče se v ostatních zemích nazývá „aftercare“ či „postcare“ nebo „re-entry“. V České republice se tradičně používá pojem „doléčování“. To však způsobuje, že jsou tyto pojmy používány jako synonyma. Pojem doléčování je také v praxi často spojován s posilování abstinence, sociální integrací a stabilizací života závislého a určuje pouze část následné péče (Kuda dle Kalina et. al., 2003:208).

Nerad (1998) tvrdí, že integrace závislého do normálního života a společnosti prostřednictvím znovu získaných profesních a sociálních dovedností, vztahů a podpůrného prostředí se označuje i pod pojmem „sociální rehabilitace“. Doléčování

společně se sociální rehabilitací tvoří podle Kudy (2001) služby následné péče, kdy tento termín je více výstižný pro širší spektrum služeb v této fázi léčby (Kalina et al. 2015:471).

2.3.1 Tým následné péče

V následné péči je opravdu nezbytný multidisciplinární tým s minimálně vyšším odborným vzděláním v oboru zdravotnictví, psychologie, sociálním, pedagogickým, popřípadě v příbuzných oborech (Standardy, 2021:173). Měl by být sestaven na základě potřeb klientů. Je důležité mít vytyčený hlavní cíl následné péče, není-li však potřeba uspokojit veškeré potřeby klienta v daném programu, měl by však na problémové okruhy klientů mít sestaven kvalitní síť odborníků. Například ne každé zařízení má zajištěnou lékařskou péči ve svém zařízení (psychiatr, lékař), je ale nezbytně nutné mít tyto odborníky smluveny aspoň externě (Kuda dle Kalina et al., 2003:208).

Program následné péče by měl mít tým odborníků, mezi které patří psycholog, sociální pracovník a speciální pedagog. Pracovníci by měli mít kvalitní výcvik v psychoterapii či případně v poradenství a dovednosti v prevenci relapsu. V programu následné péče vzniká i prostor pro ex-usera, kteří mohou po odborném vzdělávání ve spojitosti s kvalitní supervizí působit v oblasti socioterapie (Kamil Kalina et al., 2003:209). Služby by měly cíleně plánovat a průběžně reflektovat, tímto se udržuje kvalita služby, dosahuje se efektivity a zajistí se bezpečné poskytování léčby (Standardy, 2021:173).

2.4 Hlavní složky doléčovacího programu

Hlavní složky doléčovacího programu neboli program doléčovacího centra je důležitou součástí každé služby poskytující léčbu pro lidi se závislostí. V každém zařízení je tvořen individuálně a v této kapitole je jim věnována pozornost. Tato kapitola se z velké části odráží do výzkumné části, kde se na ně všemi dílčími cíli dotazují.

Program doléčování si každé zařízení vytváří individuálně dle vlastních přesvědčení a zkušeností, každopádně podle základních složek, které jsou vymezeny ve Standardu odborné způsobilosti. Program následné péče by měl obsahovat veškeré prvky odborné péče (Kuda dle Kalina et al., 2015:474).

2.4.1 Psychoterapie

Psychoterapie má mnoho definic, ale lze ji popsat i jednoduše jako péči o duši. Protože se setkáváme s pestrými škálami klientů následné péče, kteří mají různorodé traumatické zážitky z dětství či z dob užívání, drogové problémy, které následovaly do poruch osobnosti a v době abstinence se projevují v plném rozsahu. Jsou tu i témata klientů, které se nově objevují nebo se jim v přechodné léčbě nevěnovali. Nicméně práce psychoterapeuta v daném programu je správně diagnostikovat nezbytná témata a v aktuálním čase řešitelná s cílem stabilizovat klienta od primární drogy. V následné péči nemůžeme tedy hovořit o „hlubší“ psychoterapii (Kalina K., et al. 2003, s. 209).

2.4.2 Individuální psychoterapie

V individuální terapii jde o sezení terapeuta a jednoho klienta. Převážná část psychoterapeutických přístupů probíhá v sedě a v tváři v tvář. Je to jedno ze základních a historických původních setkání přímé práce terapeuta s klientem (Kalina 2013:31).

Lze ji také považovat za nejefektivnější formu psychoterapie, všechna pozornost a čas je věnována klientovi z hlediska emocí, obtíží a prožívání. Terapeutovi to dává možnost porozumět hlouběji klientovým obavám, zdrojům problému a opakujícím se vzorům chování, kdy již samotné porozumění dává klientovi částečnou úlevu. Jedná se o důvěrný a bezpečný prostor k nahlížení do vztahů, myšlenek, tělesných prožitků a pocitů bez jakýchkoli předsudků, soudů či hodnocení ze strany terapeuta (Doubková, 2020).

Lze to nazvat „hojivý proces“ vlastních bolestí a zklamání. Klient si může uvědomit a pojmenovat své pocity a dosáhnout hlubšího sebeuvědomění. Lze tak vidět a porozumět tomu, proč klient sám přispívá ke svým potížím, strádání a nespokojenosti. Na závěr setkávání mezi terapeutem a klientem by mělo vždy dojít k postupnému odpoutávání (Dagmar Doubková, 2020).

U **skupinové psychoterapie** je běžné, že ji vedou dva terapeuti, kdy jeden z dvojice terapeutů má možnost se zaměřit na skupinovou dynamiku a neverbální komunikaci a druhý na výpovědi či příběhy a na verbální komunikaci (Kalina, 2013:31).

Za podpory terapeutů je u skupinové terapie možnost přispívat vlastní zkušeností, hledat nové postupy při obtížích a reflektovat druhé. Kdy klient má možnost inspirovat se

od skupiny a učit se jimi. Stejně jako v individuální psychoterapii je to místo pro podporu a bezpečí. Zároveň vytváří prostor učit se změny například v nefunkčních vzorcích chování, zkoušet a objevovat různorodé způsoby komunikace, rozvíjet vnímání, tvořit si hranice, potřeby a naučit se vyjadřovat vlastní pocity (Doubková, 2020).

Ve skupinové psychoterapii je běžný počet 6-12 členů a dvěma terapeuty, kdy je nejlepší kombinace ženy a muže. Přínosy této psychoterapie mohou být v učení se fungujících vztahů a nejistot, zvládání strachu a úzkosti, agrese a vzteku, budovat vyšší sebevědomí, otevřeně mluvit před skupinou, řešit konflikty a vztahové nezdary a v neposlední řadě poznat lidi s podobnými životními příběhy (Doubková, 2020).

V **párové terapii** je veškerá pozornost směřována na vztah, nikoliv na potřeby jednoho z klientů. Terapeut je v pozici prostředníka a pomáhá zjišťovat a pojmenovávat příčiny konfliktu při komunikaci mezi partnery. Následně jim dává možnost hledat způsoby řešení konfliktů a nahlédnout na vztah z jiného pohledu (Doubková, 2020).

Je možnost při párové psychoterapii přítomnost i dvou terapeutů, kdy je opět vhodnější kombinace ženy a muže. V tomto případě by při běžné terapii v sedě měly být křesla uspořádaná tak, aby jakkoliv nenaznačovali převahu dvou versus dvěma. Ideální tedy je sezení do čtverce (Kalina, 2013:32).

Jednotlivé sezení poskytují prostor pro vyřčení přání či obav obou partnerů, které jsou poněkud obtížná sdělit v každodenním soužití. Pomáhá tak při přijetí potřeb toho druhého i společných a v porozumět fungování vztahů. Je nápomocná při odlišení konfliktů, které vznikly již v páru a které si s sebou nese jednotlivý partner. Soužití partnerů mohou znepríjemňovat prožitky, zkušenosti, ale i očekávání z původních vztahů nebo rodiny, které si, byť nevědomky promítají do stávajícího vztahu. To může být právě zdrojem zklamání z toho druhého, nepochopení a zraňování. V případě rozchodu páru, může terapie pomoci při zpracování silných emocí. Jsou-li přítomné děti, terapeut pomáhá ve zmírňování dopadů rozchodu (Doubková, 2020).

Při **rodinné psychoterapii** je přítomna celá rodina, v případě, že to z nějakého důvodu není možné, tak aspoň část rodiny a jeden až dva terapeuti. S rodinami určité směry práce aplikují za pomoci takzvaného reflexního týmu. Reflexní tým sedí při psychoterapii opodál nebo je schován za jednocestným zrcadlem (Kalina, 2013:32).

V mnoha případech se v rodině objevují problémy převážně jednoho člena, které významně ovlivňují celou rodinu. Cílem je rodinu motivovat a podpořit ke stabilizaci, mapovat různá situace a pomáhat odstraňovat překážky (Doubková, 2020).

2.4.3 Prevence relapsu

Podle Millerové (2011) není samo o sobě tak obtížné ukončit návykové chování, oproti tomu skončit s ním napořád. Re/laps zkrátka zůstává součástí závislosti. A v adiktologických službách by toto téma nemělo být podceňováno a hlavně tabuizováno. Mělo by se pracovat na prevenci relapsu a směřovat klienty k nabytí mechanismů, které mohou využít ve vysoce rizikových situacích. Prevence relapsu můžeme brát jako metodu či cíl práce s klientem v souvislosti s kompetencemi a schopnostmi jednotlivého klienta (Kuda dle Kalina et al., 2015:480).

Obrázek 1 Kognitivně behaviorální model relapsu



Zdroj: Kuda (2008), Marlatt a Gordon, 1985, in Kalina, K., (2013)

Reakce a chování závislého na požití drogy je poslední bod ve schématu, který je obecně nazýván „syndrom porušení abstinence. Mohou to být konkrétně pocity viny ze selhání, hněv, hanba, zklamání ze ztráty kontroly a sebe samého. Klient často vidí tzv. černobíle, „selhal jsem“ versus „mám to pod kontrolou“ takové to „vše nebo nic“. Naopak v léčbě může relaps vést i k příležitosti učení se klienta, jak tomu lze se vyhnout a čelit. Předvídat rizika a naučit se aplikovat adekvátní model, který klientovi pomáhá v dané rizikové situaci. Na tomto spočívá účinnost prevence relapsu (Kalina, 2013:341).

2.4.4 Sociální práce

Sociální práce má jistou nezastupitelnou roli pro stabilizaci života závislého jedince v programu doléčování. Jedná se o značně pestrou škálu témat a sociální-právních věcí. Na začátku byla sociální práce často podceňována, nicméně zkušenosti ukazují, že klíčovým pracovníkem v programu následné péče a v doléčování je právě pozice sociálního pracovníka (Kuda dle Kamil Kalina et al. 2003:209).

Klient z pohledu sociální práce je také především vnímán i jako součást nějakého prostředí, ve kterém žije, tedy interakcím mezi osobami či institucemi (Musil, Navrátil dle Hanková et. al., 2017:10). Problémy často nastávají právě v interakci mezi klientem a jeho prostředím. Respektive samotné prostředí, ve kterém se klient nachází má na klienta určité očekávání, které nemá zájem či není schopen je naplnit, a naopak i klient může mít očekávání na jeho prostředí, které nemusí být naplňováno (např. klient přestane chodit do práce, neudrží nebo úplně přetrhne vztahy se svými blízkými aj.). Pozice sociálního pracovníka v tomto případě může svým působením usilovat o zabezpečení vhodné podpory pro klienta, díky ní může klient i jeho prostředí lépe naplňovat svá očekávání. Podpora sociálního pracovníka může pomoci klientovi zamezit prohlubující se zdravotní a sociální problémy. Klientovi mnohdy závislost jako taková neumožňuje porozumět a získat náhled na to, co se děje v jeho sociálním prostředí. Mnohdy nedostatek informací v určité roli (rodiče, zaměstnanec, studenta) nebo nedostatek kompetencí, se může jevit jako například špatná péče o děti atd (Hanková et. al., 2017:10–11).

Převážná část intervencí se v programu následné péče mezi klientem a sociálním pracovníkem odehrává v rámci individuálních setkávání. Často je sociální pracovník

společností staven do role odborníka v systému dávek, která pomáhá klientovi je vyřídit, mapuje jejich dluhy a sestavuje splátkové kalendáře nebo pomáhá při zprostředkování návazné služby. To vše tvoří podstatnou část práce s klientem v určitých případech a je to pouze část práce, ale tyto tvrzení mají podstatně daleko k roli sociálního pracovníka, odborníka na komplexní posouzení klientovi životní situace. Často tak role sociálního pracovníka může působit jako role administrátora či byrokrata, která má určitou zodpovědnost za vyřízení záležitostí dávek aj. (Hanková et. al., 2017:13–15).

Konkrétněji činností, kterou vykonává sociální pracovník společně s klientem je výše zmiňované **očekávání prostředí na klienta** jako je např. splácení dluhů a finančních závazků, doprovázení a posílání dětí pravidelně do školy, vykonávání zaměstnání, plnění si určitých závazků jako je dokládání dokumentů na úřady atd. K tomu se váže i následující činnost, kterou je **řešení a informování, jaké zdroje podpory klientovi jeho prostředí nabízí** např. spolupráce sociálních služeb, zajištění zdravotní péče, určitá finanční podpora a instituce, které pomáhají s řešením dluhů aj. A v případě, že **klient požadavky okolí neplní, můžou v konkrétních situacích nastat důsledky** jako jsou např. ukončení spolupráce se sociálními službami či jinými institucemi, odebrání dětí z klientovi péče, veřejně prospěšné práce nebo výkon trestu odnětí svobody) (Hanková et. al., 2017:15)

2.4.5 Práce s rodinnými příslušníky

Efektivita léčby závislosti se poměrně zvyšuje, jestliže jde do léčby přizvat rodinu. Při užívání klienta dochází ke ztrátě důvěry i rodičů a celé rodiny. Mohou cítit pocity naštvání, zklamání, vinu a v neposlední řadě mohou vnímat povinnost tuto skutečnost tajit před okolím. Dále přicházejí opakovaná zklamání z úspěšné zvládnutí léčby závislého dítěte a následného relapsu. Veškeré negativní pocity přecházejí do nedůvěry a mění značně situaci mezi rodiči a dítětem. Při úspěšné léčbě dochází u závislého k určité osobnostní změně, která je očekávána i u jeho rodiny. To je okamžik, kdy se objevují rizikové faktory v rodině, které mohou značně přispět k užívání závislého. Z těchto zmíněných důvodů je zřejmé, že práce s rodinou je v programu následné péče důležitý prvek (Kalina K., et al. 2003, s. 210).

Rodiče by měly být informovány, že jsou ve středu celého procesu léčby závislosti, u které se mohou objevit relapsy a dočasně tak zhoršit zdravotní či sociální situaci závislého dítěte. Je důležité, aby rodiče závislého na něj nekladli vysoké nároky a dávali mu tak pocit, že nesmí udělat chybu. Velký tlak je jedno z rizik vzniku relapsu. Podílení se rodičů na léčbě jim dodá více informací a možnost pochopení závislosti (Kuda dle Kalina et al., 2003:210).

2.4.6 Práce, rekvalifikace, chráněná pracovní místa

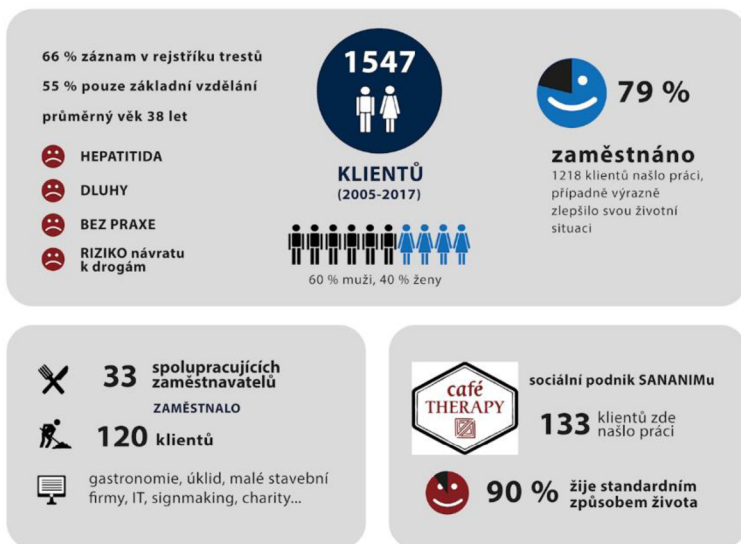
Jestliže získají klienti zaměstnání, je to první a základní faktor pro integraci do normálního života. Najít si zaměstnání je hlavní úkol pro klienta v programu následné péče. Bariéry při hledání zaměstnání u závislých klientů mohou být např. chybějící potřebná kvalifikace na trhu práce či chybějící pracovní návyky. V těchto případech je zapotřebí intenzivní práce s klientem. Chráněné dílny dávají možnost klientovi pomoci v prvních krocích naučit se, či obnovit si pracovní návyky nebo rekvalifikaci. Aby se v takovýchto případech zamezilo „invalidizování“ klienta, je potřeba zvážit fakt, zda je u klienta výrazný handicap, aby nemohl být úspěšný na „veřejném trhu práce“. Následné péče by tak měla spolupracovat s úřady práce a firmami aj. (Kuda dle Kalina et al., 2003:209).

Co se týče **úspěšnosti při hledání zaměstnání**, určité skupiny ve společnosti, včetně bývalých uživatelů, jsou vystaveny diskriminaci při hledání zaměstnání, a tak potřebují více podpory než jen pomoc s novými zručnostmi či dovednostmi. Více podpory může spočívat jak v osvojování si nových daných dovedností, ale i provázení procesem náborem při hledání zaměstnání a spolupráce dané organizace se zaměstnavateli. Aktivní začleňování v České republice realizují například projekty *Evropského sociálního fondu* (ESF, 2016).

Pro bývalé uživatele návykových látek je např. Pracovní a sociální agentura od Sananimu, která v souvislosti s léčbou se snaží propojit úspěšný přechod do tzv. „normálního života“. Pracovní a sociální agentura má každý rok ve spolupráci okolo 100 až 150 klientů, z nichž si více než tři čtvrtiny uživatelů za určité podpory najde zaměstnání. A ze zmíněných $\frac{3}{4}$ uživatelů si jich 80 % drží nalezené zaměstnání dlouhodobě. Tímto

faktem tak značně klesá riziko k návratu do předešlého života užívání návykových látek (Sananim, nedatováno).

Obrázek 2 Podpora pracovní a sociální agentury v číslech



Zdroj: Sananim, nedatováno

2.5 Specifikace žen matek jako uživatelék a jejich léčba

Tato kapitola obsahuje popis cílové skupiny výzkumné části a jejich specifika v závislosti a jejich léčbě.

Na rozdíly mezi uživateli žen a mužů upozornila až EMCDDA (2000) (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost*), kdy poukázala na fakt nižšího věku dívek prvního experimentu s drogou než u chlapců (EMCDDA dle Kalina et al., 2003:238).

Specifikum žen jako uživatelék návykových látek není pouze spojené s těhotenstvím a mateřstvím, ale je již dokázáno, že se vznik a průběh závislosti značně liší (Preslová dle Kalina et al., 2015:560). Kotková (2009) je toho názoru, že na rozdíl od mužů je u žen až 2krát více diagnostikována **deprese**. Zároveň u žen mnohem rychleji vzniká závislost jako taková, a i přesto jsou méně do léčby přijímány. Podle výzkumu, jsou

v České republice léčebné programy více orientovány na muže, nicméně jich stále více přibývá (např. přímo určené Doléčovací centrum pro matky s dětmi Sananim aj.) (Preslová dle Kalina et al., 2015:560).

Ženy mají zpravidla méně problému se zákonem, nicméně poměrně často se setkáváme s tématem **prostituce a zneužíváním**, které si většinou ženy uvědomí až v průběhu léčby, že toto jednání vůči nim bylo nepřijatelné a násilné. Neschopnost určení si hranic je pro ženy se závislostí typické. Zneužívání se neobjevuje pouze v dětství či v dospívání, ale také v době „drogové kariéry“ klientky. Tímto se čím dál více potvrzuje, že není závislosti bez nějakého traumatu. U žen uživatelék se poměrně často stává, že v období jejich „drogové kariéry“ se spojí s dominantním a násilnickým mužem a ženy tak začnou vydělávat na drogy a jiné prostituci nepřímou (úcelově s násilnickým mužem žijí) nebo přímou (Preslová dle Kalina et al., 2015:560–561).

Naopak druhý fenomén prostituce u žen je, že drogy začaly brát úcelově aby ji mohly dále snášet a vykonávat. Specifika těchto žen, které mají bohatou sexuální zkušenost ve spojitosti s užíváním návykových látek jsou převážně typické nízké sebevědomí, stydlivost, neschopnost určit si hranice vůči mužům, problematický vztah ke svému tělu a většinou neschopnost navazovat „zdravé“ vztahy. V léčebném procesu se paradoxně obě skupiny vnímají odlišně a distancují se (Preslové dle Kalina et al. 2015:561).

V průběhu léčby se soustředí v nalezení ideálního řešení nejen pro matku, ale i pro dítě. Nabízí se tedy otázka priorit, na koho se máme zaměřit a k jakému spějeme cíli. Proto při práci se závislými matkami je doporučeno, ujasnit si cíle terapie neboli cíle hranic pomoci např. zaměříme se na léčbu abstinence klientky nebo pomocí terapie budeme chtít pro dítě zajistit dobrou matku? Je potřeba dbát a mít na mysli, že v doléčovacích centrech je klientkou matka, nikoliv dítě. Dítě je klientem jiné instituce, která chrání jeho práva a posuzuje jeho životní situaci. V případě, že je u matky značný zájem o dítě a jeho výchovu, pomáháme klientce, jakkoliv usnadnit a přizpůsobit léčbu společného pobytu a upevnění vztahu s dítětem. Bez spolupráce s ostatními zainteresovanými institucemi nelze dojít k uspokojivému cíli (Preslová dle Kamil Kalina et al., 2003:245–246).

Přizpůsobení léčby pro matky s dětmi je z důvodu snadnějšího přístupu k léčbě. Nelze totiž zapomínat, že se klientka potýká nejen se závislostí na návykových látkách, ale

také se ocitá v těžké životní situaci (zodpovědnost za dítě, těhotenství atd.) Někdy určité těžkosti špatně sama vnímá, protože se ocitá v situacích, které předtím nezažila a představuje to pro ni zátěž, která jí může vést zpátky k drogám (Preslová dle Kamil Kalina et al., 2003:246).

2.6 Doléčovací centrum pro matky s dětmi SANANIM

Tato kapitola je celá věnována konkrétní službě a to, Doléčovacímu centru pro matky s dětmi Sananim, ve kterém je výzkum prováděn. Podrobnější popis této služby jako je, fungování, cílová skupina a v neposlední řadě fáze doléčování bude přínosem pro výzkumnou část a vytvoří tak určitý celek všech informací o fungování této služby.

Doléčovací centrum Sananim je nestátní zdravotnické zařízení určené pro léčbu v oblasti závislosti na návykových látkách zajišťující následnou péči. Tato služba je poskytována od 1.1. 2003. Vedoucí tohoto zařízení je Mgr. Pavla Makovská – Dolanská (iregistr MPSV, 2019:1).

2.6.1 Poslání

Posláním tohoto centra přímo určeném pro matky s dětmi je poskytovat takové služby, aby klientky docílily sociální stabilizace a našly uplatnění a svoje místo ve společnosti v podobě např. nalezení zaměstnání, důstojného bydlení, trávení volného času, přátelé, navázání vztahů s blízkými, přáteli či partnerských vztahů, ale také určitou formu odpočinku a naučení se žít život bez návykových látek. Každá klientka má vlastní potřeby a nároky, je na ně tedy nahlíženo jako na osobnost s individuálním přístupem a vlastní odpovědností za svoji budoucnost. V DC je poskytována odborná pomoc, zázemí a podpora k osobnímu rozvoji klientek. S cílem přijetí abstinence jako podstatnou část vlastního života s vidinou výhod abstinence, ale také její omezením. Abstinence je nezbytnou součástí v programu a celého průběhu doléčování (Sananim z.ú., 2021:1).

2.6.2 Popis realizace služby

V DC pro matky s dětmi je k dispozici strukturovaný program doléčování, a to jak v ambulantní, tak v pobytové formě. Ambulantní forma má kapacitu dvaceti míst a pobytová forma neboli program chráněného bydlení má kapacitu dvanácti míst (tzn. 6 klientů plus 6 dětí). Tato služba je návazným programem léčebných zařízení

a na léčbu matek s dětmi Terapeutická komunita Karlov Sananim a na předléčbu a motivační péči, kterou zajišťuje Denní stacionář Sananim. Po léčbě klientky, která přichází z jiných léčebných zařízení a nejsou zde určeny pro tuto cílovou skupinu, nemá v tomto případě bezpečné zázemí, kde by mohla společně se svými dětmi či dítětem přebývat po dokončení léčebného procesu. To je hlavním důvodem poskytování klientkám léčbu, kde je součástí chráněné bydlení, a díky stabilnímu a bezpečnému zázemí včetně intenzivního doléčovacího programu tak stoupá efektivita resocializační změny a sociální či psychické stability klientky (Makovská-Dolanská, 2022:4). Tato služba je hrazena částečně, respektive ambulantní služby jsou poskytovány bezplatně a pobytová forma služby chráněného bydlení je za 100Kč/den plus 10Kč/den za každé ubytované dítě (Sananim z.ú.).

Přesto, že klientkou je samotná matka, nelze přehlížet společnost dítěte v samotné léčbě a proto, je i neméně důležitá pozornost přímo na dítě. Starost a péči o dítě má celý den na starost matka dítěte. Pracovníci společně s ní však konzultují vše ohledně dítěte, např. zdravotní stav dítěte, výchovu, jak si hrát s dětmi, informujeme o doporučených výchovných postupech, o učení se s dětmi, o komunikaci s dětmi, starání se o domácnost atd. Součástí doléčovacího programu s péčí o dítě, mají matky možnost využívat dětskou psycholožku, která do zařízení dochází (Makovská-Dolanská, 2022:4).

2.6.3 Metody práce

Mezi základní využívané metody práce v DC patří skupinová a podpůrná terapie, terapie a individuální poradenství, krizová intervence, volnočasové a klubové aktivity, socioterapie, skupiny prevence relapsu, sociální práce včetně poskytované asistence, odborné psychiatrické vyšetření a chráněná pracovní místa (Makovská-Dolanská, 2022:3).

Mezi specifické metody práce v programu DC pro matky s dětmi jsou zařazeny programy pro děti, společně s ubytováním jsou dítěti poskytovány rozvojové aktivity, výchovné a psychologické poradenství a klub určený pro matky s dětmi. Dále sociální práce, která je zaměřená i na dítě a jedná se např. o spolupráci zařízení s OSPOD, lékaři, soudy a další specifické sociální sítě. Je zajišťována i výchova k rodičovství a pomoc při ukončení léčby matky v chráněném bydlení při zajištění nového bydlení a zázemí. A v neposlední řadě je k dispozici klientce v rámci programu poskytování zdravotního a sociálního minima, které spočívá v podpoře vyřízení dávek ze systému státní sociální

podpory, povinný kontakt klientky s institucemi (probační a mediační služba, OSPOD aj.), pravidelně poskytována lékařská péče včetně speciální lékařské péče (Makovská-Dolanská, 2022:4).

2.6.4 Cílová skupina

Cílovou skupinu DC tvoří klienti, kteří mají diagnostikovanou primární závislost na alkoholu, drogách, lécích a gamblingu včetně jejich kombinace. Zájemce o službu do **ambulantní formy** musí splňovat věkovou hranici, která je 15 let a mít za sebou úspěšně ukončenou ambulantní či pobytovou formu léčby v minimální délce tří měsíců.

Jak se výše zmíněno, DC je možno absolvovat jak v programu ambulantním, tak v pobytové formě, kdy pro vstup do chráněného bydlení neboli **pobytové formy** musí zájemce splňovat odlišnější podmínky. Rozdíl je především ve věkové hranici, kdy je zapotřebí, aby zájemce měl nad 18 let věku a v době řádně ukončené léčby, která by měla být v rozsahu v min. délce tří měsíců střednědobé či dlouhodobé ústavní léčbě nebo mít řádně dokončenou ambulantní léčbu Denního stacionáře Sananim. Nástup do chráněného bydlení musí plynule navazovat na předešlou léčbu (Sananim z.ú.).

Důvodem pro nepřijetí zájemce do služby mohou být určité psychiatrické či somatické obtíže, které zamezují zájemci v účasti na programu doléčování nebo zájemce nesplňuje indikační kritéria (Informace, 2021:1).

2.6.5 Program doléčovacího centra pro matky s dětmi

V DC mají klientky povinnost plnit program v níže uvedeném rozsahu, nicméně mají možnost účastnit se i programu v plném rozsahu, pokud je to v zájmu a potřeba klientky. Celý program je strukturovaný do tří léčebných fází, kterými klientka musí projít pro úspěšné absolvování programu doléčování, jak v **pobytové formě programu**, tak v **ambulantní formě programu** (Průvodce, 2021:1).

Klientky pobytové formy v 1. fázi doléčování mají povinný obsah programu účastnit se jedenkrát týdně **individuálních sezení** se svým garantem, **volnočasového klubu a skupin**, které jsou přímo určený pro matky s dětmi a skupiny chráněného bydlení. Jestliže klientce rozvržení pracovní doby brání v účasti na skupině určené pro matky s dětmi, musí svou účast doplnit např. na jedné ze skupiny (dynamické či tematické).

Minimální rozsah v 1. fázi doléčování je pro klientky účast v každém týdnu na jedné ze skupin a účast na individuálním sezení se svým garantem. Včetně účasti na **výchovném poradenství**, které je v min. frekvenci 1x měsíčně a **psychologického poradenství**, které by měla klientka absolvovat do dvou měsíců od jejího nástupu. Základem 1. fáze je do měsíce od nástupu mít anamnestické sezení se sociální pracovníci a vstupní psychiatrické vyšetření (Průvodce, 2021:1-2).

První fáze doléčování je zaměřena na stabilizaci jak v programu, tak v novém životě klientky po léčbě, kdy jedna ze základních oblastí je **zvládnutí běžných situací v životě** jako je např. plnění si povinností, běžná komunikace s lidmi, ale i úřady aj., také rozvržení si denního režimu a zmapování si rizikových situací, které klientce mohou působit stres a vyvolávat tak chuť na alkohol, drogy či léky. Veškeré kroky jsou naplánované společně s garantem v rámci osobního plánu doléčování klientky, který v závěru první fáze poslouží k vyhodnocení efektivity léčebného procesu. K běžným krokům 1. fáze patří také zajištění finančního příjmu, kterého dosáhnou nalezením si zaměstnání, práce na splátkovém kalendáři a vytvoření si finančního plánu, řešení pohledávek, právních problémů z předchozího období života a v neposlední řadě i vytvoření si pravidel komunikace mezi např. přáteli, rodiči, blízkými, dětmi atd (Informace, 2021:7).

Při splnění osobního plánu klientky včetně jejího přesvědčení v **upevnění se a udržení v abstinenci a úspěšné zvládnutí běžných situací**, může požádat garanta do přechodu do 2. fáze. Postup do druhé fáze se oznamuje na skupinové aktivitě, kde hodnotí celý průběh první fáze, co se dařilo nebo nedařilo a jaké má klientka plány ve druhé fázi programu (Informace, 2021:7–8).

Povinným programem **2. fáze** klientky je opět jedenkrát týdně sezení se svým garantem, kdy je možnost snížení po určité dohodě, dále skupina bydlení, volnočasový klub a skupina a pro matky s dětmi. Rozdílem v této fázi je v minimálním rozsahu účastnit se každý týden jedné ze skupin a individuálního sezení se svým garantem již ve frekvenci 1x za 14 dní. Psychologické poradenství musí klientka absolvovat min. 1x po dobu druhé fáze a poté dle potřeby po dohodě klientky a dětské psychologičky. Účast musí mít klientka i 1x měsíčně na výchovném poradenství (Průvodce, 2021:2).

Ve druhé fázi by si měla být již klientka jistější ve zvládnání běžných situacích bez návykové látky a v udržení abstinence. Druhá fáze je postavená na **vztazích s dětmi a jinými lidmi a udržení si zdravých vztahů v sociálním okolí klientky, na smysluplném trávení volného času s dětmi a skloubení práce či studia, případně získání zpět dětí do péče, ale také na zvládnání života bez návykových látek, zvládnání soužití s rodinou a vycházení s penězi**. Jestliže klientka nabyde pocitu úspěšného zvládnání úkolů v osobním plánu a je ve svém životě více schopná jednat zodpovědně a samostatně pouze s malou oporou DC a případně ví, jak rozumně situace řešit a je schopná říct si o pomoc, může zažádat o přeřazení do již poslední 3. fáze programu (Informace, 2021:8).

3. fáze doléčovacího programu klientky je především o domluvě mezi klientkou a týmem DC a není však ani daný minimální povinný rozsah programu. Jestliže je klientka v pobytové formě, je prvního půl roku povinností účastnit se 1x týdně jakéhokoliv programu (Průvodce, 2021:2). Po řádném dokončení programu, tedy ukončení 2. fáze programu, může klientka docházet i nadále. Ukončit účast na programu ji lze kdykoliv po společné domluvě se svým garantem. S ním si volí i program dle jejich individuálních potřeb, kde je počítáno a postupným ubýváním aktivit, a tak následným odpoutáním se od DC. Při ukončení tohoto programu by to pro klientku mělo znamenat, že **je osamostatněná** ve svých rozhodnutích a životě. S tím, že stále platí nabídka znovu navázání kontaktu s garantem či jiným členem týmu, v případě těžké životní situace nebo pokud se klientka dostane do situace, ve které si nebude vědět rady (Informace, 2021:8).

Tabulka 1 Grafický přehled programu DC Sananim určený pro matky s dětmi

| den | čas | aktivita | určena pro |
|--------------------------|---|--------------------------------------|--|
| Pondělí | 19 ⁰⁰ - 19 ³⁰ | Provozní skupina chráněného bydlení | klientky chráněného bydlení |
| | 19 ³⁰ - 21 ⁰⁰ | Skupina chráněného bydlení | |
| Úterý | 19 ⁰⁰ - 20 ³⁰ | Dynamická skupina | klientky ambulantní a kl. chráněného bydlení I. a II. fáze (v případě indikace i klienty III. fáze) |
| | 18 ⁰⁰ - 19 ³⁰ | Růstová skupina | klientky III. fáze |
| Středa | 15 ³⁰ - 17 ⁰⁰ | Skupiny pro matky s dětmi | klientky ambulantní a kl. chráněného bydlení I. a II. fáze (v případě indikace i klientky III. fáze) |
| | 19 ⁰⁰ - 20 ³⁰ | Tematická skupina – prevence relapsu | |
| Čtvrtek | 19 ⁰⁰ - 20 ³⁰ | Dynamická skupina | klientky ambulantní a kl. chráněného bydlení I. a II. fáze (v případě indikace i klientky III. fáze) |
| Dle domluvy mezi klienty | 1x měsíčně (obvykle v rozsahu 2-3 hodiny) | Volnočasový klub pro matky s dětmi | všechny klientky I. a II. fáze |

Zdroj: Průvodce programem DC, 2021 Sananim

Ambulantní program klientky v 1. fázi je povinný v rozsahu účasti 1x týdně na sezení se svým garantem, skupině a volnočasovém klubu určeného pro matky s dětmi, společně s anamnézou dítěte ve spolupráci s výchovnou poradkyní, která je pak nadále dle potřeby a psychologického poradenství (Průvodce, 2021:3).

2. fáze programu pro matky s dětmi je obdobná jako u pobytové formy, tudíž je důležitá účast klientky 1x týdně na individuálním sezení se svým garantem, které lze po dohodě snížit na frekvenci 1x za 14 dní a taktéž na skupině a volnočasovém klubu přímo určeném pro matky s dětmi. Včetně výchovného poradenství dle potřeby klientky a psychologického poradenství, které musí proběhnout min. 1x v průběhu programu druhé fáze a nadále dle dohody (Průvodce, 2021:3).

Ve **3. fázi** programu ambulantní formy není daný minimální rozsah programu, vše je tak na individuální potřebě klientky, dohoda vzniká na základě domluvy (Průvodce, 2021:3).

Shrnutí teoretické části

Teoretická část diplomové práce je kompilace odborné publikace a jiných zdrojů a je tak podkladem pro koncepci výzkumné části. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, drogy a závislosti, úspěšnost léčby závislosti, následná péče a doléčování v návaznosti hlavních složek doléčovacího programu a specifikace žen jako matek uživatelů, které jsou v principu proporcionalitou pro výzkumnou část. Veškeré kompilace zmíněných pojmů společně s cíli Doléčovacího centra pro matky s dětmi Sananim sloužily k navržení dílčích cílů, se kterými ve výzkumné části pracuji. Logický princip pro konstrukci teorie je implicitním předpokladem pro kvalitativní výzkum.

3. Výzkumná část

Výzkumnou část jsem volila na základě předmětu mého zájmu a je zaměřená na metodiku výzkumu. V úvodu výzkumné části je vymezená formulace hlavního cíle spolu s dílčími cíli, které jsou zpracovány do transformační tabulky společně s tazatelskými otázkami pro výzkumný vzorek. Pro naplnění cílů a získání dat bude odůvodněna a popsána hlavní výzkumná strategie, která je návaznou pro zdůvodnění výzkumného vzorku. Dále je popsán průběh výzkumu a způsobu zpracovaných údajů. Závěr je věnován etickým a jiným rizikům, která mohou vzniknout při výzkumném procesu a samotné analýze a interpretaci dosažených výsledků.

3.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu

Výzkumnou část jsem tvořila na základě hlavního výzkumného cíle této diplomové práce, který se poté rozvíjí do dalších dílčích cílů. Hlavní cíl této práce je: **Zjistit, jak pracovníci specializovaných pracovišť následné péče doléčovacích center vnímají úspěšnost programu na základě hlavních složek doléčovacího programu u matek se závislostí na omamných a psychotropních látkách.** V logické návaznosti na hlavní cíl práce, teoretickou kompilaci společně s cíli výzkumného vzorku vznikly dílčí cíle.

DC1: Zjistit, jak se z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientkám v programu daří dokončovat program, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro dokončení programu.

DC2: Zjistit, jak se z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientkám v programu daří při hledání zaměstnání, jaké sociální či jiné hlavní složky doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro nalezení zaměstnání.

DC3: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra získat zpět děti do vlastní péče, jaké způsoby sociální či jiné ze složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro získání dětí zpět do péče.

DC4: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra „naučit se“ trávit volný čas s dětmi, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při trávení volného času s dětmi.

DC5: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra udržovat svoji abstinenci, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při udržení její abstinence.

DC6: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra v osamostatnění se, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry u osamostatnění se.

3.2 Odůvodnění volby výzkumné strategie

Cíl této práce, tedy zjistit, jak jednotliví pracovníci doléčovacího centra vnímají úspěšnost doléčování na základě vybraných hlavních složek programu, ovlivnil můj výběr výzkumné strategie. Pro proniknutí hlouběji pod povrch zkoumaného fenoménu a naplnění cílů práce jsem se rozhodla pro **kvalitativní výzkumnou strategii**, ve kterém se díky této strategii zaměřím na vnímání a zkušenosti respondentů v rámci zkoumaného prostředí.

Kvalitativní výzkum v sociálně vědních oborech si však postupně získával stejnou váhu mezi kvantitativním výzkumem a dalšími formami výzkumu, byl totiž brán jako doplněk kvantitativního výzkumu. Creswell (1998) definoval kvalitativní výzkumnou strategii jako „*Proces, hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell dle Hendl, 2005:49–50). Neboli kvalitativní výzkum lze vnímat jako přístup se subjektivností a významem, které určitým zkoumaným cílům dávají právě lidé, kteří např. pracují v daném prostředí, kde se výzkum provádí. Pro výzkumníka je v tomto výzkumu důležitá schopnost, a tou je strukturované myšlení, které pomáhá výzkumníkovi vyznat se v množství informací a efektivně jej ve svém výzkumu použít (Výzkumné, 2014:23).

Jedním z důvodů, proč jít cestou kvalitativního rozhovoru může být i jisté přesvědčení, že je výzkumná strategie založená na celkové podstatě zkoumaného tématu, konkrétně tedy v případě, kdy se výzkumník zaměřuje na podstatu zkušeností respondenta a na to, co je podstatou jevů. V neposlední řadě nám tato výzkumná strategie může posloužit k získání nových názorů a dostat o tématu detailnější informace, které by se v kvantitativní metodě těžko získávaly (Strauss, Corbinová, 1999:11).

Primárními přednostmi kvalitativního výzkumu je především podrobný a hloubkový popis od respondenta jako jedince, skupiny, fenoménu či události v přirozeném prostředí. Umožňuje nahlédnout do zkoumaných procesů a dobře reagovat na místní podmínky a situace např. při hledání idiografických neboli lokálních souvislostí výpovědí. Naproti tomu nevýhody, které mohou nastat při kvalitativním výzkumu je, že získaná data od respondentů nemusí být zobecnitelná na společnost nebo na jiné prostředí a mohou být snadno ovlivněna samotným výzkumníkem a jeho preferencemi. Obtížnější je i testování teorie a samotný výzkum při sběru dat je časově náročnější (Hendl, 2012:50).

Při již samotném sběru dat obecně ve výzkumné části práce jsem využila metodu vyprávění, naslouchání, pokládání otázek, rozvíjení tématu s cílem získávání odpovědí, a to formou polostrukturovaného dotazování, kde jsem předem stanovila osnovu a cíl rozhovoru. Polostrukturované dotazování je typické svou flexibilitou při sběru dat (Hendl, 2005:164).

3.3 Interpretativní fenomenologická analýza

Na základě stanovených cílů diplomové práce, které jsou postaveny na zkušenosti pracovníků a jejich perspektivě, jsem využila *interpretative phenomenological analysis* neboli interpretativní fenomenologickou analýzu (dále jen IPA), jejíž cílem je v rámci výzkumu analyzovat a popsat prožitou zkušenost, kterou má skupina nebo jedinec, kde se data získávají pomocí kvalitativního rozhovoru. Respondent je vyzván, aby popsal svoji zkušenost a zároveň reflektoval, jaký význam to pro něj má (např. úspěšnost programu na základě hlavních složek doléčovacího programu u matek se závislostí) (Hendl, 2012:126).

Od konce 19. století se jako alternativa kvantitativních metod považovala právě fenomenologie ještě s hermeneutikou. Edmund Husserl je spojován s filozofií pojmu fenomenologie jako přístupu, který definici základu objasnil jako deskripci „fenoménu“, nikoliv jako konstruování obecných principů výzkumu. Naopak tento přístup si žádá nepředpojatý přístup ve zkoumané věci a zachytit věci či názory od respondentů tak, jak opravdu jsou a ne jak na ně bylo nebo stále je pohlíženo (Hendl, 2005:73).

IPA je přístup kvalitativního výzkumu tzv. zážitkový, který se používá právě v sociálních vědách, psychologii, zdravotnictví a dalších jiných humanitních vědách. Byl vytvořen Jonathanem Smithem, který je profesorem psychologie na londýnské univerzitě zvané *Birkbeck University of London* (Birkbeck University of London).

Willig (2001) uvádí, že je to přístup, který dává více prostoru kreativitě a svobodě při výzkumném procesu v porovnání s jinými kvalitativními přístupy. Je vhodná také v případech, kdy respondentem je neobvyklá skupina nebo situace (např. zkušenosti pečujících o lidi po mozkové mrtvici atd.) (Kostínková, Čermák dle Řiháček, Čermák, Hytych, et. al. 2013:9). Z pohledu teorie je IPA zakotvena ve 3 zdrojích, a to fenomenologii, ideografii a hermeneutice. Fenomenologie je klíčová v hledání jedinečné zkušenosti respondenta, jeho individualitě a žité zkušenosti konkrétního člověka v konkrétním čase (Smith dle Řiháček, Čermák, Hytych et. al., 2013:10).

3.4 Technika získaných údajů

Pro detailní a obsahově bohatý vzorek zkušeností od respondenta, jsem použila jednu z nejpoužívanějších metod pro sběr dat, a to **polostrukturované interview neboli rozhovor podle návodu**. V této metodě jde tedy o jistou flexibilitu respondenta v daném tématu a dává mu dostatečný prostor rozvíjet své myšlenky a reflektovat svůj postoj k tématu. Flexibilita v daném tématu může být výhodou pro tzv. neočekávané obraty v rozhovoru. Ty mohou poukazovat na cenné aspekty fenoménu, o kterých jsme při tvorbě otázek a celkové přípravě rozhovoru nepřemýšleli (Smith dle Řiháček, Čermák, Hytych et. al., 2013:15). Protože vybraní respondenti u daného tématu jsou považováni za experty vzhledem ke svým zkušenostem, je v tomto případě flexibilita rozhovoru vhodná (Smith, Flowers, Larkin dle Řiháček, Čermák, Hytych et. al., 2013:15).

Při této metodě rozhovoru je předem vytvořen seznam otázek, na které je nutné se v rámci rozhovoru zeptat. Nicméně je na tazatelovi, v jakém pořadí a způsobem sesbírá informace. Je zde vhodná tedy určitá přizpůsobivost ve formulaci a pořadí kladených otázek podle situace (Hendl, 2005:174). Předem vytvořený seznam otázek zaručuje to, že se respondent vyjádří k určitým tématům důležitým pro výzkum a neméně důležitý je i pro lepší identifikaci sdílených způsobů a jevů, které jsou středem našeho zájmu při vyhodnocování (Potter a Wetherell dle Řiháček, Čermák, Hytych et. al. 2013:109).

Obecně u vedení rozhovoru jsou důležité dovednosti koncentrace, citlivost, porozumění, a určitá disciplína. Kdy na samotném začátku rozhovoru je třeba odstranit případné psychické bariéry a vyžádat si souhlas se záznamem. Způsob formulace otázky určují samotné odpovědi respondenta, a proto je důležité, aby otázky byly neutrální, otevřené a jasné. Je nutné se vyhnout tomu, aby u volby a formulaci otázek výzkumník vnucoval určité odpovědi nebo kladl při samotném rozhovoru více otázek najednou. To, že výzkumník vede správně rozhovor může vnímat i v průběhu rozhovoru tak, že vnímá rovnocenný rozhovor z obou stran. Neméně důležitá je i zpětná vazba pro respondenta, během i po rozhovoru, která může pomoci při udržení důvěry a v motivaci respondenta (Hendl, 2012:167–170).

3.5 Transformace cílů do tazatelských otázek

Níže jsou obsaženy konkrétní dílčí výzkumné otázky, ve zkoumaných oblastech. Transformační tabulka je vytvořena pro přehlednost dílčích cílů, dílčích cílů 2. řádu, indikátorů a následně tazatelských otázek.

Tabulka 2 Transformační tabulka

| Dílčí cíl | Dílčí cíle 2. řádu | Indikátory | Tazatelské otázky |
|--|--|--|---|
| DC 1. Zjistit, jak se z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientkám v programu daří dokončovat program, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro dokončení programu. | DC 1.1.: Zjistit, jak z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientky dokončí řádně program v průběhu jednoho roku? | Řádně dokončený program doléčování | TO 1: Jaký procentuální podíl klientek dle Vašeho vnímání řádně dokončí program v průběhu jednoho roku? |
| | DC 1.2.: Zjistit, jaké z hlavních složek doléčovacího programu z perspektivy pracovníků pomáhají klientkám k řádnému dokončení programu? | Hlavní složky doléčovacího programu k řádnému ukončení programu klientek | TO 2: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání pomáhají klientkám k řádnému dokončení vašeho programu? |
| | DC 1.3.: Zjistit, jaké bariéry v doléčování vnímají pracovníci, které mohou bránit při dokončení programu u klientek? | Bariéry v dokončení programu | TO 3: Jaké bariéry naopak vnímáte při řádném dokončení programu u klientek? |
| DC 2: Zjistit, jak se z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientkám v programu daří při hledání zaměstnání, jaké sociální či jiné hlavní složky doléčovacího programu | DC 2.1.: Zjistit, jak jsou klientky z perspektivy pracovníků úspěšné v průběhu programu při hledání zaměstnání? | Úspěšnost při hledání zaměstnání | TO 4: Jaký procentuální podíl klientek je dle Vašeho vnímání úspěšných v průběhu programu při hledání zaměstnání? |
| | DC 2.2.: Zjistit, jaké hlavní složky doléčovacího programu v perspektivě pracovníků pomáhají klientkám při hledání zaměstnání? | Hlavní složky doléčovacího programu při pomoci hledání zaměstnání klientek | TO 5: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání pomáhají klientkám při hledání zaměstnání? |

| | | | |
|---|--|---|---|
| tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro nalezení zaměstnání. | DC 2.3.: Zjistit, jaké bariéry v průběhu programu vnímají pracovníci při hledání zaměstnání u klientek? | Bariéry při hledání zaměstnání | TO 6: Jaké bariéry naopak vnímáte v průběhu programu při hledání zaměstnání u klientek? |
| DC 3: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra získat zpět děti do vlastní péče, jaké způsoby sociální či jiné ze složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro získání dětí zpět do péče. | DC 3.1.: Zjistit, jak se klientkám z perspektivy pracovníků daří v průběhu programu získat děti zpět do vlastní péče? | Získání dětí zpět do péče | TO 7: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání podařilo v průběhu programu získat děti zpět do vlastní péče? |
| | DC 3.2.: Zjistit, jaké hlavní složky doléčovacího programu pomáhají klientce z perspektivy pracovníků při snaze získání zpět dětí do vlastní péče? | Hlavní složky doléčovacího programu při snaze klientky získání zpět dětí do péče | TO 8: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání pomáhají klientkám při snaze získání zpět dětí do péče? |
| | DC 3.3.: Zjistit, jaké bariéry v průběhu programu vnímají pracovníci u klientky při snaze získávání dětí zpět do vlastní péče? | Bariéry získávání zpět dětí do vlastní péče | TO 9: Jaké bariéry naopak vnímáte v průběhu programu u klientky ve snaze získání zpět dětí do vlastní péče? |
| DC 4: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra „naučit se“ trávit volný čas s dětmi, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu | DC 4.1.: Zjistit, jak se klientkám z perspektivy pracovníků daří v průběhu programu „naučit se“ trávit volný čas s jejich dětmi? | Trávení volného času s dětmi | TO 10: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání daří „naučit se“ trávit volný čas se svými dětmi? |
| | DC 4.2.: Zjistit, jaké hlavní složky doléčovacího programu z perspektivy pracovníků mohou pomoci „naučit se“ klientce trávit volný čas se svými dětmi? | Hlavní složky doléčovacího programu při „učení se“ trávit volný čas klientky se svými dětmi | TO 11: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání v průběhu pomáhají klientce se „naučit“ trávit volný čas se svými dětmi? |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při „učení se“ trávení volného času s dětmi.</p> | <p>DC 4.3.: Zjistit, jaké bariéry v průběhu programu vnímají pracovníci u klientky při „učení se“ trávit volný čas se svými dětmi?</p> | <p>Bariéry při „učení se“ trávení volného času s dětmi</p> | <p>TO 12: Jaké bariéry naopak vnímáte v průběhu programu u klientky při „učení se“ trávit volný čas se svými dětmi?</p> |
| <p>DC 5: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra udržovat svoji abstinenci, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při udržení její abstinence.</p> | <p>DC 5.1.: Zjistit, jak se klientkám v průběhu programu z perspektivy pracovníků daří udržovat svoji abstinenci?</p> | <p>Udržení abstinence</p> | <p>TO 13: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání daří v průběhu udržovat svoji abstinenci?</p> |
| | <p>DC 5.2.: Zjistit, jaký procentuální podíl klientek v průběhu programu z perspektivy pracovníků lapsly či relapsovaly?</p> | <p>Laps/Relaps</p> | <p>TO 14: Naopak jaký procentuální podíl klientek dle Vašeho vnímání v průběhu programu lapslo či relapsovalo?</p> |
| | <p>DC 5.3: Zjistit, jaké hlavní složky doléčovacího programu z perspektivy pracovníků v průběhu pomáhají klientce při udržení její abstinence?</p> | <p>Hlavní složky doléčovacího programu při udržení abstinence</p> | <p>TO 15: Jaké hlavní složky doléčovacího programu mohou dle Vašeho vnímání v průběhu programu pomoci klientkám při udržení jejich abstinence?</p> |
| | <p>DC 5.4: Zjistit, jaké bariéry v průběhu programu vnímají pracovníci u klientky při udržení její abstinence?</p> | <p>Bariéry při udržení abstinence</p> | <p>TO 16: Jaké bariéry naopak vnímáte u klientky při udržení abstinence?</p> |
| <p>DC 6: Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků</p> | <p>DC 6.1: Zjistit, jak se klientkám v průběhu programu z perspektivy pracovníků daří „osamostatnit se“?</p> | <p>Osamostatnění klientek</p> | <p>TO 17: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání v průběhu léčby daří osamostatnit se?</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| doléčovacího centra v osamostatnění se, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry u osamostatnění se. | DC 6.2: Zjistit, jaké hlavní složky doléčovacího programu z perspektivy pracovníků v průběhu mohou klientce pomoci k osamostatnění se? | Hlavní složky doléčovacího programu k osamostatnění se klientek | TO 18: Jaké hlavní složky doléčovacího programu mohou dle Vašeho vnímání v průběhu programu pomoci klientkám k osamostatnění se? |
| | DC 6.3: Zjistit, jaké bariéry v průběhu programu vnímají pracovníci u klientky v osamostatnění se? | Bariéry u osamostatnění se klientky | TO 19: Jaké bariéry naopak vnímáte u klientky při osamostatnění se? |

Zdroj: Vlastní

3.6 Zdůvodnění vybraného výzkumného vzorku a jeho charakteristika

U výběru výzkumného vzorku jsem vycházela z celkového výzkumného záměru práce, a proto výběr byl záměrný a přirozeně jsem směřovala k pracovníkům Doléčovacího centra v Sananimu Praha, kteří úzce v DC spolupracují s cílovou skupinou matek s dětmi, protože toto DC je samozřejmě určeno i pro jednotlivce se závislostí, kteří se chtějí doléčovat. Organizace v Sananimu mají už dlouholeté působení v oblasti adiktologie, kde se zkušenosti pracovníků nejprve využívaly v otevření Terapeutické komunity v Karlově, kde v roce 2001 tedy poprvé byla umožněna léčba matky se závislostí a případně i otce se závislostí společně s dítětem. Postupně k tomu přibyl Denní stacionář, kde v tomto zařízení také měly celkový léčebný a poradenský program pro matky s dětmi. A následně se této cílové skupině věnují i v Doléčovacím centru Sananim.

U kvalitativního výzkumu jsou podle Vojtíška (2012) vzorky podstatně menší, ale zároveň poskytující validní informace. Přestože by výzkumný vzorek měl být rozmanitý, z důvodu ideálního posouzení případu z nejrůznějších úhlů pohledů, měl by být zároveň homogenizovaný, tzn., že by je měl výzkumný záměr nějak spojovat (Vojtíšek,

2012:18). V mé práci jsem se konkrétně zaměřila na pracovníky, kteří pracují s cílovou skupinou matek s dětmi v různých oblastech v kombinaci terapie, výchovného poradenství, sociální práce, psychologie a socioterapii tak, aby byla zajištěná komplexní péče pro tuto cílovou skupinu.

Důležitým kritériem při posouzení výzkumného vzorku byla i ochota respondentů podílet se na výzkumném procesu a také na základě stanovených šesti oblastí či indikátorů, se kterými v samotném výzkumu pracuji a zároveň vychází z hlavního cíle práce. První kritérium je *úspěšnost programu*, které se zaměřuje na hlavní složky programu, které pomáhají klientkám při úspěšném ukončení programu v souvislosti s bariérami, které se mohou objevovat. Druhé kritérium je *hledání zaměstnání* matek s dětmi, který se také zaměřuje v souvislosti s hlavními složky programu a bariér, ve vztahu úspěšnosti nalezení zaměstnání přes možná např. časová omezení matky, které je klíčové v rámci integrace do společnosti. *Získání zpět dětí do péče* matky či otce je třetí kritérium, které jsem posuzovala při výběru výzkumného vzorku a opět je v souvislosti s programem a jeho hlavními složkami. Čtvrté posuzované kritérium je *trávení volného času s dětmi*, které se posuzuje opět na základě hlavních složek programu, a hlavně na pracovnících, kteří toto kritérium posuzují. *Udržení abstinence* jako nedílnou součástí doléčování je páté kritérium, které na základě programu a hlavních složek bylo posuzováno při výběru výzkumného vzorku. Posledním šestým kritériem při posouzení byl i posledním krokem v doléčování a to, *osamostatnění se* klientek v samotném životě i od nevázanosti na sociální službu. Veškeré zmíněná kritéria byla posouzena při výběru výzkumného vzorku, kdy na základě zkušeností respondentů mohly být zodpovězeny.

Konkrétní DC jsem si vybrala na základě zkušeností, které zmiňuji na začátku zdůvodnění výběru výzkumného vzorku, a i skrz jistou spolupráci s PhDr. Ilonou Preslovou, která je stěžejní osobou pro konkrétní cílovou skupinu matky s dětmi a pro nestátní neziskovou organizaci Sananim. Po první osobní návštěvě v zařízení jsme se společně dohodli, že mi budou moci poskytnout rozhovory šest pracovníků ze sedmi skrze časovou náročnost rozhovorů, kteří úzce pracují s cílovou skupinou matek s dětmi (viz. tabulka níže). Rozhovory probíhaly v příjemném duchu, ačkoliv některé byly uskutečněny přes online platformu *Skype*. Respondenti měli opravdu nosné a bohaté zkušenosti v rámci své dlouholeté praxe v doléčování a také s konkrétní cílovou skupinou.

Tabulka 3 Seznam respondentů

| Označení respondenta | Pozice |
|----------------------|---|
| T1 | Terapeut, sociální pracovník, zástupce vedoucího zařízení |
| T2 | Terapeut, psycholog, výchovný poradce |
| T3 | Terapeut, psycholog |
| T4 | Terapeut, socioterapeut |
| T5 | Terapeut |
| SP1 | Sociální pracovnice, terapeut |

Zdroj: Vlastní

3.7 Průběh výzkumu

Tzv. předvýzkum, je podle více autorů (Disman, 2002; Jeřábek, 1992; Vojtíšek, 2012) nezbytnou součástí výzkumného procesu, díky kterému lze odhalit „problémy“, které se mohou objevit v průběhu výzkumu (Vojtíšek, 2012:39). V mém případě šlo o posouzení mé vedoucí práce a následné zapracování poznatků a diskuze s určitými pracovníky, se kterými byl výzkum prováděn.

Data pro výzkum jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru v průběhu měsíce, kdy jsme měla s jednotlivými respondenty domluvená setkání. Ještě před samotnými rozhovory jsem měla možnost navštívit DC Sananim Praha, kde jsem se seznámila s respondenty, šlo o příjemnou návštěvu s ústním souhlasem provádění výzkumu. Jak zmiňuje Olecká a Ivanová (2010) nelze při rozhovoru předvídat veškeré okolnosti, které pomůžou respondentovi lépe navazovat kontakt, nicméně seznámení ještě před samotnými rozhovory pomůže výzkumníkovi v lepší orientaci, odhadnutí situace a působí dobrým dojmem (Olecká, Ivanová, 2010:38). V úvodu rozhovoru jsem účastníky neboli respondenty seznámila s cílem práce a rozhovoru, zdůraznila jsem anonymitu u respondentových výpovědí a také to, že žádná z odpovědí nebude hodnocena (špatná/správná odpověď), ale že tazatelské otázky jsou položeny tak, že se ptám na individuální názor zvolených respondentů na základě jejich zkušeností.

Informovala jsem je i o dalších etických aspektech výzkumu, a to tedy o zmíněné anonymitě, ve výzkumné části bude použit pouze název DC, ve kterém jsem výzkum prováděla, nikoliv jména účastníků a délka rozhovoru není přesně stanovena s tím, že jsem se na začátku rozhovoru každého respondenta ptala, kolik času mi může věnovat, aby nedošlo k časového presu a neovlivnilo to tak data. Rozhovor u každého respondenta trval cca 90 minut. Před ukončením rozhovoru jsem se řídila radou od Olecké a Ivanové (2010) a to tak, že jsem na znovu zdůraznila důležitost respondentových výpovědí pro výzkum, ale i pro mě samotnou (Olecká, Ivanová, 2010:38). Z časových a pracovních důvodů se jednalo převážně o rozhovory přes online platformu *Skype* s webkamerami. Přes výhody osobního setkání jsme se na konci rozhovoru shodli, že na straně respondenta nebo na mé straně, nebyly žádné překážky, které by mohly samotný rozhovor či data ovlivnit. Získaná data byla celou dobu nahrávána na diktafon a následně jsem provedla transkripci všech rozhovorů a zpracovala analýzu dat, jejíž postup bude popsán v následujících kapitolách.

3.8 Způsob zpracování získaných údajů

Willig (2001) zdůrazňuje, že zachytit tzv. esenci fenoménu, je cílem analýzy u IPA. U procesu analýzy je začátkem první rozhovor. Podle Pringleho, et. al. (2011) pro zachování individuality je vhodné u analýzy používat způsob, že u každého případu analyzujeme od začátku a samostatně (Řiháček, Čermák, Hytych at. al. 2013:16).

U způsobu zpracování získaných údajů neboli postupu analýzy jsem se rozhodla postupovat podle Smitha, Flowerse a Larkina (2009), kteří tzv. nultou fází celého procesu analýzy popisují jako **výzkumníkovou reflexi**, u které je vhodné si reflektovat výzkumníkův vztah k určitému tématu, které nám dodává a pomáhá si uvědomit motivaci toho, proč s tímto daným tématem pracujeme. Kdy na základě vlastních zkušeností nám dává možnost uvědomění si roli výzkumníka, díky kterému budeme užitečně zpracovávat data, které nám respondent poskytl a zajistíme tak validitu analýzy. Lze to provést například terapeutickou technikou tzv. *prázdné židle*, je to dialog sama se sebou, která vychází z Gestalt terapie (Smith, Flowers, Larkin dle Řiháček, Čermák, Hytych at. al. 2013:16:17).

První krok je **opakované čtení**, kdy dochází k aktivnímu zájmu o výpovědi a opakovaným pouštěním a čtením rozhovoru lze dosáhnout toho, že to výzkumníka vtáhne více do „děje“. Pro výzkumníka je dobré, když díky výpovědím respondenta to vidí jeho očima. Druhý krok jsou marginální detaily dat, které lze zachytit **poznámkami a komentáři**, které si výzkumník zapisuje. Zachycujeme vše, co je pro nás mezi daty zajímavé a významné. Pro zaznamenávání komentářů a poznámek není žádné pravidlo, na co bychom se měli zaměřit. Můžeme se ale zaměřovat na podobnosti a rozdíly mezi výpověďmi, na obsah či jazyk atd. Postup, který můžeme u tohoto druhého kroku analýzy použít je např. podtrhávání toho, co je významné, při již prvním čtení výpovědi. Následně je i nadále důležité, číst výpovědi opakovaně (Smith, Flowers, Larkin dle Řiháček, Čermák, Hytych at. al. 2013:17-18).

U třetího kroku omezujeme naše poznámky do **vznikajících témat**. V tomto kroku pracujeme spíše s vlastními poznámkami, nikoliv s celým rozhovorem. Cílem je poznámky přeformulovat do témat, které by měly zajistit důležitost respondentovy zkušenosti. Dalším čtvrtým návazným krokem je **hledání souvislostí** mezi tématy, tzv. *mapování souvislostí*. Smith (2012b) je přesvědčen o tom, že jednotlivá témata jsou jako magnety, které přitahují témata podobná. Není důležité však použít veškerá získaná data či témata, můžeme vynechat ty, které nejsou v souvislosti s výzkumnou otázkou. Některá témata mohou být nadřazená jiným a na tomto základě je zapotřebí si vytvořit seznam témat, které jsou logicky poskládané podle důležitosti a nadřazenosti. Tyto kroky opakujeme u každé výpovědi respondenta (Smith, Flowers, Larkin dle Řiháček, Čermák, Hytych at. al. 2013:19-21).

Posledním šestým krokem je **hledání vzorců**, kdy hledáme otázku na souvislosti výpovědí od respondentů. V celém souboru výpovědí můžeme vidět to, čeho jsme si předtím při analýze jednotlivých výpovědí nevšimli. Následným krokem u postupu analýzy je určitá **interpretace dat**. Interpretujeme to, co z textu vystupuje a je důležitým obsahem. Ze strany IPA je důvěryhodná interpretace dat ta, která je založena na konkrétních respondentových výpovědích s přímou citací. V samotné interpretaci jde i výpovědi prokládat teorií, ta by měla mít jistě spekulativnější dojem (Smith, Flowers, Larkin dle Řiháček, Čermák, Hytych at. al. 2013:21-22).

3.9 Etická a jiná rizika výzkumu

V samotném kvalitativním výzkumu, zvláště v sociální oblasti platí, že při realizaci je zapotřebí dodržovat zásady etiky, které jsou založeny na etických zásadách v kompetencích, ve vztahu k názorům neboli možné **zranitelnosti respondenta** (Littlechild dle Baum, Gojová, et. al. 2014:121–122).

Je dobré si před samotným výzkumem klást otázku, v jakém rozpětí a smyslu nám pomohou poskytnuté informace od respondentů pro efektivitu v poskytování služby a profesního zlepšení. S důležitostí sladění výzkumných přístupů s kvalitou a cíli sociální práce, které jsou upevněny v *Etickém kodexu Společnosti sociálních pracovníků v ČR*. Část 2 v definici ze zmíněného kodexu zní: „*Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a zmocnění a zrovnoprávnění osob vedoucí ke zlepšení jejich situace. Sociální práce se opírá o teorie o lidském chování a o sociálních systémech a intervemuje tam, kde lidé vstupují do vztahů s okolním prostředím. Principy lidských práv a sociální spravedlnosti jsou pro sociální práci zásadní.*“, kde bychom v procesu výzkumu měli mít tohle na paměti (Littlechild dle Baum, Gojová, et. al. 2014:122). Kdy mezi výzkumníkem a respondentem musí být srozumitelné, jak s citlivými údaji, které nám respondent poskytne, bude naloženo (Littlechild dle Baum, Gojová, et. al. 2014:125).

Převážná část výzkumu je v souvislosti s interpretativistické tradice. Cílem této tradice je shrnout kompetence a názory respondentů s otázkou, jak vidí bariéry nebo problémy u daného tématu a co může přispět k tomu, aby dokázali zlepšit situaci. To však zjistíme kvalitativní metodou, která byla zvolena v záměru práce, a zajistí tak získání odpovědi. Cílem je i nahlédnout do problematiky z perspektivy respondentů, která však nedokáže být **zobecnitelná** (Littlechild dle Baum, Gojová, et. al. 2014:126).

V návaznosti na předchozí odstavec je zapotřebí počítat i s jistou obavou respondentů z **použití výsledků**. Dále by tazatelské otázky měly být položeny tak, aby respondentům bylo **srozumitelné**, na co se ptáme a případně i s jakým cílem. Důležité je, aby respondent věděl o možnosti **odstoupení** v jakémkoliv průběhu procesu výzkumu a o *odmítnutí* použití informací, které nám poskytl. Jestliže pracuji ve stejném specializovaném pracovišti následné péče doléčovacího centra, dokážu vést rozhovor

objektivně bez předpojatosti? To je další z etických rizik výzkumu, kde je zapotřebí hned v úvodu výzkumu si uvědomit své **předsudky** (Littlechild dle Baum, Gojová, et. al. 2014:135-136).

4. Analýza a interpretace dosažených výsledků

V této kapitole diplomové práce jsou analyzovány a interpretovány dosažené výsledky výzkumu. Výzkumná data dílčích cílů jsou předmětem podkapitol, které jsou interpretovány ze získaných dat respondentů, pomocí polostrukturovaných rozhovorů. V analýze a interpretaci jsou použity parafráze a přímé citace od respondentů, které jsou vždy v uvozovkách a psané kurzívou. Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra dokončovat program, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu napomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro řádného dokončení programu. Doslovný přepis rozhovoru bude poskytnut v příloze diplomové práce.

4.1 Zjistit, jak se z perspektivy pracovníků doléčovacího centra klientkám v programu daří dokončovat program, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro dokončení programu.

Jeden z prvních dílčích cílů sloužil ke zjištění řádného dokončení programu klientek, respektive matek s dětmi v doléčovacím centru z pohledu pracovníků. Tento cíl byl zjišťován na základě reflexe zkušeností pracovníků. Dokončení programu bylo zaměřeno i na hlavní složky doléčovacího programu, které pomáhají klientkám program úspěšně dokončit, a naopak na bariéry, které se mohou objevit při dokončení doléčovacího programu v DC pro matky s dětmi Sananim.

Řádné dokončení programu doléčování

Prvním indikátorem je řádně dokončený program doléčování, respektive jaký procentuální podíl klientek dokončí řádně program v průběhu jednoho roku. Přestože se to v každém roce může měnit, tak řádné dokončování programu dle mínění respondentů se daří převážně klientkám, které jsou v pobytové formě chráněného bydlení. Díky pravidelnému kontaktu a bezpečnému prostředí je *procentuální podíl řádně dokončeného*

programu téměř sto procentní: T2: „Z programu v chráněném bydlení nám moc neodchází, myslím si, že to je buď 100 % nebo 99 % procentuální podíl klientek.“ V léčbě závislosti jako takové je dle mínění respondenta u klientek a klientů **velká podpora ve formě chráněného bydlení**. T4: „je rozdíl ambulance a chráněného bydlení, protože matky z chráněného bydlení na ten intenzivní program dosáhnou mnohem pohodlněji, protože i v případě nemoci dítěte, jsou schopny si jej navzájem pohlídat.“ Pro klientky je to především výhodou v **časové dostupnosti účasti na programu**, přestože má v léčbě i přítomné dítě, které v době programu může hlídat jiná klientka nebo spolupracující mateřská škola v rámci DC Sananim. **Ambulantní forma u klientek se liší od formy chráněného bydlení** v rámci procentuálního podílu v rámci řádného dokončení doléčovacího programu. T3: „Tam to není ani 90 % úspěšnosti.“ Důvody proč se úspěšnost ve formě programu liší, jsou následně uvedeny v bariérách, které se objevují při řádném dokončení programu u klientek. I přesto, že procentuální podíl klientek, které řádně dokončí program doléčování je vysoký, lze toto stanovisko brát **pouze za dobu léčeni** a v návaznosti klientky na službu. To zmiňuje i respondentka SP1: „v tomto roce program myslím řádně dokončily všechny, ale myslím si, že některé selžou potom...“ Selhání u klientek převážně spočívá v náročnosti „normálního“ života. Přestože mají klientky v DC možnost po dokončení programu v případě nouze kontaktovat svého garanta či jiného z pracovníků, mnohdy ke kontaktování s prosbou o pomoc ani nedojde. Některé klientky sáhnou po droze či alkoholu dříve, než si řeknou o pomoc. T5: „je to někdy i o tom, že si neumí o pomoc říct ...“

Hlavní složky doléčovacího programu

Druhým indikátorem tohoto dílčího cíle jsou hlavní složky doléčovacího programu k řádnému ukončení programu klientek. Díky multidisciplinárnímu týmu si každé doléčovací centrum vytváří program z hlavních složek doléčovacího programu samo. Na základě pracovního týmu, specifikací klientů, kteří se v daném DC doléčují a také podle toho, v jakém kraji, popřípadě městě se nachází a jaké daná lokalita nabízí možnosti např. zaměstnání aj. Hlavní složky doléčovacího programu, které napomáhají klientkám k řádnému ukončení programu jsou veškeré podpůrné práce, kterou zajišťuje pracovní tým svým profesionálním přístupem. Jako první pomoc k řádnému dokončení programu je **zajištění časové dostupnosti mámy na program** T5: „hlavním významným prvkem, který napomáhá klientce je zajištěné hlídání dítěte ve školce.“ A jestliže tedy

rozlišíme ambulantní program a pobytový program chráněného bydlení, tak v pobytovém programu mají klientky 2-3 **skupiny** týdně. Obvykle se klientky přidávají na skupiny večerní, která je určena pro všechny klientky, a mají tak možnost se tam potkat i s muži. To však ovlivní i témata, které jsou předmětem dané skupiny. Naopak na primárně určené **skupině pro matky s dětmi** mají možnost otvírat témata ryze ženské. Součástí hlavních složek programu pro matky s dětmi jsou i **individuální terapie**, které probíhají převážně jednou za týden, dle vzájemné domluvy mezi garantem a klientkou. **Speciální klub**, je také součástí programu, kde mají mámy možnost rozvíjet své schopnosti spíše praktického hlediska

se svými dětmi dle jejich individuální potřeby. T2: „*Jedná se např. o sportovní hry či výtvarnou činnost, kde je hlavním cílem to, aby máma byla v kontaktu se svým dítětem v určité společné činnosti.*“ Dále min. 1x mají mít mámy **setkání s výchovnou poradkyní** a v neposlední řadě je v rámci hlavních složek programu i min. 2x za pobyt setkání s **dětskou psycholožkou**, kde je sice určena minimální hranice návštěv, ale v praxi je to spíše pravidelnou činností. T4: „*a to je všechno, no... Individuální terapie, výchovné poradenství, kluby, dětská psycholožka, skupiny, a to je všechno v rámci toho programu, pak spolupráce se školkou a tak...*“

Rozdíl mezi formami doléčování je v **intenzitě programu** T2: „*klientky v chráněném bydlení mají větší část programu víceméně bežně, protože na ten intenzivnější program dosáhnou mnohem lépe. Kdežto ty ambulantní, ty můžou, ale nemusejí.*“ V návaznosti na tuto výpověď respondenta je důležité zmínit i **frekvenci** individuální terapie, která je dle dohody garanta a klientky, kdy je poměrně náročné udržet pravidelný kontakt u matky, která je v doléčování v ambulantní formě. Proto ze zkušeností respondentů zanechávají po celou dobu doléčování stejnou frekvenci setkávání se individuální terapií, a to 1x týdně. T1: „*jestliže matky odejdou z chráněného bydlení do ambulantní formy, tak se stává, že mají věčně nemocné dítě, tak to ve většině případů stejně vychází tak, že se s klientkou setkávám cca 1x za 14 dní. Kdybych tuto frekvenci rozvolnil rovnou, tak vím, že tu matku nevidím vůbec.*“ Jak hlavní složky programu, tak **udržení pravidelného kontaktu** s klientkou přispívá k řádnému dokončení programu matek s dětmi.

Bariéry při dokončení programu

Třetím a posledním indikátorem tohoto dílčího cíle jsou bariéry v dokončení programu, které jsou součástí doléčování. Bariéry při řádném dokončení programu mohou být specifické v souvislosti s touto cílovou skupinou. Nejtypičtější bariérou, která klientce zabránila dokončit řádně program doléčování, byla **navázání matek na předchozí vztahy**. Na této bariéře se shodli všichni respondenti v jednotlivých rozhovorech. *T4: bariérou můžou být nedořešené rizikové vztahy s otci jejich dětí, protože tohle ti běžní klienti normálně neřeší.* Také **představa matek o doléčování a koncepci programu a ztotožnění se** s tou představou může být bariérou T1: *„Měly jsme dvě maminky, které nám předčasně odešly, protože úplně od začátku nebyly ztotožněny s tím, že budou na chráněném bydlení a vydržely tady 2-3 měsíce a pak se vrátily domů prostě někam na Moravu...“* To může pramenit z **velké motivace předešlé léčby**, převážně komunit, kde program trvá řádově několik měsíců a vnitřní rozhodnutí klientky, že chce do doléčovacího programu může být spíše zastíněno přílišnou motivací terapeutů nebo i bývalých klientů, kteří komunity následně navštěvují. T1: *„nemusí to být vůbec takové to jejich rozhodnutí... a ty nám pak odchází, no.“* Samotné neudržení abstinence je bariérou pro dokončení programu, kdy si klientky vyberou cestu, kterou dobře znají. A stejně tak i **návraty do prostředí**, které je klientkám blízké T2: *„teď nám bude zrovna odcházet matka z chráněného bydlení, protože se stěhuje zpátky do svého trvalého bydliště ke svému manželovi, i přesto, že je pro ni rizikový.“* Společně s **rizikovými vztahy**, které jsou zmíněné výše, jsou nejčastější bariérou při řádném dokončení doléčovacího programu klientky.

Při analýze výsledků a interpretací dat u rozhovorů je zřejmé, že respondenti se ve výpovědích z velké části shodovali, co se týče základních složek programu. Je evidentní, že v pracovním týmu je již jistá soudržnost. I přesto se u většina z nich objevila důležitost významného prvku v něčem jiném. Většinou to obsahovalo to, v čem se z větší části angažují sami. Nicméně všichni respondenti se shodli na tom, že pro řádné dokončení programu nejen u matek s dětmi, ale i u jednotlivců je důležitá komplexnost a z určité části i individualita programu.

4.2 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra při hledání zaměstnání, jaké způsoby sociální či jiné hlavní složky doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro nalezení zaměstnání.

Druhý dílčí cíl sloužil ke zjištění, jak vnímají pracovníci doléčovacího centra hledání si zaměstnání u matek, které mají ztíženou situaci v tom, že v rámci hledání zaměstnání nehledí jenom na sebe samotné, ale musí brát v potaz své dítě. Přizpůsobit tak např. pracovní dobu vůči dítěti, které se s ní společně doléčuje. Opět je dílčí cíl zjišťován na základě zkušeností respondentů, kde je u nich zjišťováno, jaké konkrétní hlavní složky doléčovacího programu klientce s nalezením zaměstnání pomáhají a naopak, jaké nejčastější bariéry pracovníci vnímají, při snaze nalezení si zaměstnání klientky.

Úspěšnost při hledání zaměstnání

Následující část se bude zaměřovat na vnímání respondentů, jaký procentuální podíl klientek, respektive matek při snaze nalezení si zaměstnání je úspěšných. I přesto, že v DC neplatí pravidlo nalezení si zaměstnání do určité doby, jako tomu může být u jiných doléčovacích center T1: *„my jsem to pravidlo měli, ale zrušili jsme ho, protože jsem si říkali že to, co nás zajímá je, jestli ten klient má z čeho žít a jestli se žije legálně.“*. Je tedy i přesto **maximální úspěšnost klientek** SP1: *„Myslím si, že 100 %.“*. Je také důležité zmínit, že nalezení zaměstnání není pro všechny mámy. T1: *„u nás maminky, který jsou na mateřský dovolený, přestože máme teď dost těch, který mají starší, tak zaměstnání nehledají. Tohle vůbec není jejich téma. Teprve potom když jsou ještě v programu a ty děti trochu vyrostou, tak hledají školku a hledají zaměstnání. Ale není to úplně jednoduchý, vždycky je to složitější, vždycky je to i na dlouho, ale ve finále tu práci vždycky najdou.* I přes veškeré bariéry, které matky mohou mít s nalezením zaměstnání, pracovníci nebyli svědky toho, že by si klientky dané zaměstnání nenašly. T3: *„myslím, že je to 100% úspěšnost, nikdy jsem se neseťkal s tím, že by si klientka práce nenašla.“*

Hlavní složky doléčovacího programu při pomoci hledání zaměstnání

Nejen v případě potřeby nebo při potížích hledání klientky zaměstnání, ale i v celkovém procesu doléčování se z pohledu respondentů, téma zaměstnání objevuje **téměř ve všech složkách doléčovacího programu** krom sezení s extérní dětskou psycholožkou. T5: „*na skupinách, individuálních terapiích, v sociální práci... zkrátka v základním programu všude.*“. Téma zaměstnání je provázeno celým programem v komplexní péči většiny pracovníků s matkami. Nejvýznamnějším prvkem při hledání zaměstnání matky, je návaznost doléčovacího centra na službu, s názvem **Pracovní a sociální agentura**, ve zkratce PSA, která pomáhá klientům závislým na návykových látkách v momentální abstinenci uplatnit se na trhu práce. Je to vlastně plynulé propojení léčby s „normálním“ životem. PSA je samostatná služba Sananimu. SP1: „*když potřebuji pomoc, tak s nimi pracuje sociální pracovnice nebo je posíláme do naší pracovní a sociální agentury, kde s nimi kolegové sepišou životopis, motivační dopis, podívají se na inzeráty a zaměří se na to, kam vlastně se orientovat, kam odepisovat... takže to je velká pomoc.*“ Pracovní agentura má **nasmlouvaná chráněná pracovní místa**, která klienti či klientky mohou využívat a jsou zvláště pro matky velkou výhodou. Tyto pozice jsou různorodého charakteru, např. úklid a práce v kavárně nebo bistro. Pomáhají tak převážně klientkám v rámci integrace do běžného pracovního procesu. T1: „*pracovní místa, co patří pod Cafe Terapii, není to jen ta jedna kavárna, ale ještě mají nějaký bistro na pedagogický fakultě, což je pro ty matky úplně ideální, protože to není jenom ve večerních hodinách. A pak mají ještě v divadle kavárnu, což je už pro ty matky komplikovanější, musí si navzájem hlídat děti třeba.*“ Z pohledu respondentky je důležité pro klientky ať už při hledání zaměstnání či řešení jiné situace poskytnutí v rámci chráněného bydlení **internet**, který jim může být k dispozici dle jejich potřeby. SP1: *většinou samy klientky hledají přes JOBS a jiné portály nabízející práci.*“

Bariéry při hledání zaměstnání

Hledání bariér při snaze nalezení si zaměstnání klientek byl posledním indikátorem v tomto dílčím cíli. Jak už z výše uvedených výpovědí od jednotlivých respondentů může napovídat, zároveň na které se z velké části respondenti shodli, je **pracovní doba klientek**, která je omezená skrz děti. T1: „*jsou to ty děti versus pracovní doba.*“

Je to bariéra, kterou bezpochyby řeší i ostatní mámy, které nejsou klientkami doléčovacího centra a nemají problémy se závislostí. Řešením je například partner či rodina. U těchto klientek je to většinou chybějící článek, který by jim v tomto případě mohl pomoci. Může to být dle respondentů bariéra v odpoledních hodinách skrz *vyzvedávání dětí ve školce* nebo jim může bránit zaměstnání ve večerních hodinách, kdy *pro své děti nemají klientky zajištěné každodenní hlídání*. T3: „*ta pracovní doba, kterou si klientky nemůžou dovolit skrz ty děti...*“

Co se týká oblasti zaměstnání u klientek, je to bezpochyby téma v procesu doléčování a jeden z cílů DC, které je významné v rámci integrace klientek do běžného života. Významnou roli v této oblasti hraje roli PSA, která v doléčovacím programu klientek ve značné míře pomáhá v uplatnění se na trhu práce. Je zde nutné brát v potaz, že téma zaměstnání, není tématem každé klientky, které se doléčují společně s dětmi a jsou zároveň na mateřské dovolené.

4.3 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra získat zpět děti do vlastní péče, jaké způsoby sociální či jiné ze složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry pro získání dětí zpět do péče.

Další z dílčích cílů je kontroverzní téma. Ptala jsem se na názor z pohledu zkušenosti profesionálních pracovníků, jak se klientkám daří v procesu doléčování získávat děti zpět do vlastní péče. Přesto, že výsledek výzkumu může být až překvapující, záleží na plno okolnostech, které danou situaci mohou ovlivnit. Práce při této oblasti je pro pracovníky náročná. Z důvodu určité spolupráce s jinými pracovníky a setkání se někdy i byť negativním pohledem na závislost matky. V návaznosti na bariéry, které mohou ovlivnit či zamezit proces získání dítěte zpět do péče matky.

Získání dětí zpět do péče

Tento dílčí cíl byl zjišťován konkrétně, jaký procentuální podíl matek, se dle mínění respondentů podařilo v procesu doléčování získat děti zpět do vlastní péče. Než přejdu k samotné indikaci základní otázky v tomto dílčím cíle procentuálního podílu, je důležité zmínit okolnosti, které se odrážejí na minulost v procesu samotného systému ústavní péče.

Dříve děti klientek byly **v péči kojeneckého ústavu**, kterou měly nařízenou a máma měla možnost společného bydlení se svým dítětem. Na základě propustky se matka doléčovala s tím, že stále udržovala kontakt s dítětem, tak i s kojeneckým ústavem. V tomto případě postup svěřeni dítěte do péče matky byl rozdílný oproti nynějšímu, z pohledu respondentů i jednodušší. Tomu všemu nasvědčuje odpověď jednoho z pracovníků, který celý proces konkrétně popisuje T1: *„No... v minulosti to bejvalo tak, že ty děti nejčastěji byly v ústavní péči, v péči kojeneckého ústavu Pražského, kde můžou být společně ubytovaný děti s matkami, tak tam měly nařízenou ústavní péči a na základě propustky z toho ústavu šly ty děti k nám i s těma mámami, ale i tak byly stále v kontaktu s kojeňáčekem, kam jezdily na pravidelný kontroly a my jsme s nimi komunikovali a tak... A po nějaký době, dejme tomu po půl roce, kdy tady ta máma byla, tak se pracovalo na tam, aby to dítě bylo svěřeny zpět do péče té matky. V té době to bylo poměrně jednoduchý a asi si nepamatují na jediný případ, kde by se nepovedlo svěřeni dítěte zpět do péče. A v podstatě, kdyby tohle to neproběhlo, tak my bychom tu mámu nemohli nechat odejít, ona by se musela vrátit zpátky do toho kojeňáku po ukončení chráněného bydlení.“* Situaci vysvětluje zdroj na webové stránce, kde se především změnila v rámci určité reformy. Na základě, které by měl počet dětských domovů a centra pro děti do tří let postupně klesat (Zdravotnický deník, 2019). Na to navazuje i odpověď jiné respondentky, která vysvětluje rozdíl mezi nynější situací v tom, že z péče kojeneckého ústavu se stala spíše **péče dítěte v pěstounské péči**. T5: *„nyní jsou ty děti převážně v pěstounské péči, proto je to komplikovanější...“* Vysvětlení pojmu „komplikovanější“ v případě v procesu o snaze získání zpět dítěte do péče matky vysvětluje respondent tak, že zde do toho vstupuje přímo zainteresovaný konkrétní pracovník neboli **pěstoun**. T1: *„už do toho vstupují ty pěstouni, to bývají často rodinní příslušníci anebo úplně cizí pěstouni, ale někdy je to náročný, tím tu klientku nějak provést, nebo minimálně to je takovej můj dojem z toho, ale nevím, jestli to kolegyně vidí jinak ...“* Přestože je dle respondentů situace v porovnání s dřívější tzn. komplikovanější, i přesto se nesetkali s tím, že by se proces získání zpět dětí do péče matky nepodařil. To potvrzuje výpověď respondentky, která uvádí zcela **stoprocentní úspěšnost**. SP1: *„Asi 100 %... já mám v poslední době 2 takovýhle mámy v podvědomí a obě, ne tak ta jedna měla určitou podporu OSPODu. A u té druhé mámy, dítě taky navracené do péče v době, kdy byla u nás OSPOD trochu bojující, ne úplně nakloněný k ní, kvůli minulým zkušenostem s matkou, ale přesto se to taky podařilo.“*

Hlavní složky programu při snaze klientky získání dětí zpět do péče

V rámci hlavních složek, na kterých pracovníci v DC pracují při snaze klientky získat děti zpět do vlastní péče jsou zkrátka všechny. U respondentů panovala shoda v tom, že v rámci týmu se drží pravidla, že čím **komplexnější péče o matku** je, tím lépe. T4: „v týmu, nejen u matek, ale i u jednotlivců se držíme toho, že čím více složitá situace u klienta nebo matky je, snažíme se na tu danou situaci dívat ze všech pohledů, a tak s ní pracuje co nejvíce lidí z týmu.“ Další respondentka jmenovala již konkrétní složky programu, které řeší vzniklou situaci klientky ve snaze získání dítěte zpět do vlastní péče. A to na **individuální terapii, návštěvě s dětskou psycholožkou, sociální práci** a také se výpověď shodovala s respondentem číslo čtyři v tom, že se na doléčování matky podílejí **všichni členové týmu a ve všech složkách doléčovacího programu**. A to například tak, že jistí pracovníci píšou **podrobné zprávy k soudnímu řízení**, které je v rámci svěření dítěte do péče matky nezbytnou součástí a v rámci terapie s klientkou o tom otevřeně s klientkou mluví a motivují ji. T3: „*individuál, garant, který píše zprávy, sociální pracovnice, pak tedka psala zprávu pro klientku a nějaké vyjádření i dětská psycholožka, takže já si myslím, že v tom se angažujeme všichni. Ty mámy mají opravdu většinou takový komfort, že se jim věnuje celý tým, na rozdíl od jiných klientů, protože jsou tu lidi, který já nemusím potkat a pracovat s nimi.*“ Výhodou účasti téměř celého týmu na vzniklé situaci matky, je dle respondenta velkou výhodou v pohledu na situaci z různých úrovních pracovníků, kterým se jim vyplácí. Jako je např. pohled ze strany dětské psycholožky, ze sociálního hlediska, z pohledu terapeuta, psychologa atd.

A v neposlední řadě, podle vnímání jednoho z respondentů v rámci programu doléčování při klientčině situaci ve snaze o navrácení péče dítěte je přímá **účast pracovníka na případových konferencích** s jinými zainteresovanými stranami v rámci péče o klientku (např. OSPOD, pěstoun, klientka samotná, týmu DC aj.) T3: „*my jsme se taky angažovali na případový konferenci, kde jsme byli všichni účastnění a podařilo se to ... těm mámám zůstává akorát to, že mají nařízený dohled OSPODu, vlastně péče matky s dohledem OSPODu.*“

Bariéry získávání zpět dětí do vlastní péče matky

Díky velké péči a angažovanosti pracovníků na situaci klientky je i přes komplikovanější proces maximální úspěšnost v rámci získání dětí zpět do péče matky, na základě výše uvedených výpovědí respondentů. Nicméně jako u jiných oblastí, se objevují bariéry, které klientce mohou bránit ve svěřeni dítěte do vlastní péče. Jednou z bariér dle respondenta může být **matka samotná**. T1: „*ta matka samotná...její nestabilita a nezralost.*“ Takhle výpověď byla sdělena, když jsme se s respondentem bavili o matkách, které již přišly do programu matek s dětmi. Jak je popsáno i v teoretické části a výše ve výzkumné části, doléčovací centru Sananim je i pro klienty jednotlivce. Tudíž zajímavý a nějakým způsobem smutný rozhovor pokračoval, když respondent mluvil i o māmách, které se u nich doléčují a mluví s pracovníky o tom, že si jsou vědomy toho, že jsou mámy, snaží se o obnovení kontaktu s dítětem, které je v pěstounské péči, ale přes svou **nejistotu v abstinenci, pochybnosti o svých schopnostech a někdy i opakované selhání v roli matky**, o svěřeni do vlastní péče nejeví zájem. Respondent to popisoval jako: T1: „*ve chvíli, kdy je ta máme v programu matek, to znamená, že už je má u sebe... nemá je v úplně teda v péči, ale prakticky se o něj stará, tak tam svěřeni do péče obvykle nebývá problém. Problém obvykle je, když tady máme klienta jako rodiče, ať už je to muž nebo žena, kteří už jsou u obnovení kontaktu se svým dítětem, který je někde jinde v pěstounské péči, mnohdy už dlouhou dobu, tak tam to je někdy neprůstředný ...*“ Dále odpověď pokračuje v důvodech, které jsem před touto výpovědí uvedla. V souvislosti s matkou samotnou se vyskytuje dle respondentky bariéra ve **společném bydlení matky s partnerem nebo s otcem dítěte**, který je pro klientku v rámci abstinence rizikový a má na ni velký vliv. Nejen v souvislosti při dokončení programu doléčování, kdy je podle respondentů uveden mezi bariérami, ale také v zájmu samotného procesu svěřeni dítěte do péče matky, vysvětluje pracovnice DC. T4: „*bydlení s partnerem může být bariéra nebo otec dítěte, pokud stále užívá anebo má negativní vliv na klientku v užívání nebo rozhodnutích.*“ Další bariérou v procesu může být na základě odpovědí respondentů **samotný přístup OSPODu a pěstounů**. T5: „*OSPOD může být bariéra, pěstoun může být bariéra, ty pomáhající pěstounské organizace, ve kterých pracují ti pěstouni, to jsme taky zažili...*“ Shodu v tomto názoru v bariéře měl respondent číslo jedna, který v rozhovoru udával dvě polohy chápání situace matky z pohledu OSPODu. T1: „*někdy jsou to ty ospoďačky, který*

jsou přehnaně přísný a v podstatě tu matku by nikdy nepustily z léčby, někdy v ní nenajdou důvěru a tu kompetenci, že by se o to dítě dokázala v budoucnu starat sama, to je jeden extrém... A druhý extrém je, že jsou zase extrémně podporující a spolupracující a my bychom spíš od nich potřebovali, aby tam nastavovaly, nějakou srozumitelnější hranici pro tu mámu a aby ony měly v ruce ten klacek a my bychom mohli být ti, kdo tu mámu podporují.“

V této oblasti bylo vidět zaujetí pracovníků v rámci rozhovoru a šlo z celkového rozhovoru u tohoto tématu cítit, že to je opravdu nelehké. Nicméně stoprocentní úspěšnost jsem v rámci rozhovorů s respondenty vzala za obdiv. Tato oblast je velmi individuální u každé klientky, kdy v ní hraje roli i další zainteresovaná osoba, která v oblasti figuruje. Proto o to větší smysl dává komplexní péče o klientku a práci s klientkou na všech úrovních od pracovníků DC.

4.4 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra „naučit se“ trávit volný čas s dětmi, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při „učení se“ trávení volného času s dětmi.

Tento dílčí cíl byl založen na „naučení se“ trávení volného času s dětmi s tím, že tohle téma bylo na pohledu a opět na zkušenostech pracovníků, nikoliv na daných postupech v DC. Pohled pracovníků v procentuálním pojetí byl trochu odlišný, ale zároveň se shodovali na důvodech a pohledech pracovníků, podle kterých danou situaci posuzují.

Trávení volného času s dětmi

Na to poukazuje i respondentka, které odpověď na otázku zněla takto, SP1: *„to je těžká otázka, je to i otázkou pohledu každého pracovníka...“* Nicméně v téhle oblasti se respondenti trochu rozcházeli, každý na to měl trochu jiný pohled. Jeden z respondentů na otázku, jaký procentuální podíl klientek se dle jeho mínění daří „naučit se“ trávit volný čas se svými dětmi odpověděl pouze ***třicetiprocentním počtem matek***, T5: *„řekl bych tak maximálně 30 % matek, které s dětmi nějak umí trávit volný čas, ale je to opravdu můj*

*pohled... “ Jiný respondent byl o něco více optimistický a dle jeho pohledu je to tak **padesát procent matek**, kdy určité zkušenosti či návyky a tomu dítěti se umí nějak plnohodnotně věnovat a některé ne. Společně vysvětlil i možnou rozdílnost výpovědí, kdy opravdu **záleží na očekáváních pracovníka**. T1: „*velkou roli tam hrajou i naše očekávání, ... já nevím, když řeknu, že to bude 50 % na 50 %, tak si myslím, že to bude optimistický... “* **Očekávání pracovníků** vysvětluje i respondentka SP1: „*to, že se s dítětem dívá společně na televizi, umí všechny, ale pro nás pro pracovníky to je neefektivní.*“ Jeden z respondentů vysvětlovat rozdíl mezi tím, když klientka tráví volný čas se svým dítětem, protože jí to dává smysl a dělá to, protože chce a dělá jí to radost, a naopak když klientka ten volný čas tráví se svým dítětem, **protože to od ní okolí očekává**, a především z důvodu, že se to tak dělá. T4: „*to, že s ním tráví volný čas je od ní hezký, ale je při tom viditelný, že to má pouze naučený, že mezi ní a tím dítětem není ten vztah... takový to přirozený*“. To, že při této otázce je odpověď rozlišná, může vysvětlovat někdy i velký kontrast mezi klientkami, kdy jedna z respondentek sdělila příklad dobré praxe, kdy klientka při opravdovém napojení na to dítě dokázala diagnostikovat u dítěte autismus a naučit se s tím pracovat. T2: „*no nevím... teď mě napadá zase jedna máma, která tady byla jako klientka, ale teď už je to máma a vlastně v jádru je někde hrozně zdravá tím, že když se jí narodil druhý syn, tak díky tomu, že byla schopná, tak jí ve dvou letech toho dítěte napadla myšlenka, že její dítě má autismus jo, a opravdu ho má ... ale spousta těch našich matek a nemyslím si, že to jsou pouze „naše“ matky, takhle v populaci bys asi našla velkou většinu žen, který by to ani nenapadlo. A považovaly by to dítě za „divný... je schopná si najít péči, který to dítě potřebuje, jít si pro to, aby jim bylo oboum hezky.*“*

Hlavní složky programu při „učení se“ trávit volný čas klientky s dětmi

O trávení volného času matky se svými dětmi, se pracovníci baví na **všech složkách doléčovacího programu**, na každé aktivitě trochu z jiné úrovně pracovníka. Toto téma je tedy součástí **individuální terapie, skupinových aktivit, klubu, výchovného poradenství, návštěva dětské psycholožky**. T3: „*opravdu na všech složkách a snažíme se každý z jiného pohledu... takže na individuálu o tom mluví se svým garantem, výchovný poradenství, klub, na skupině to je také téma, a i dětskou psycholožkou.*“ Další odpověď respondenta byla na stejném principu ve shodě všech aktivit, kde se téma volného času s dětmi může objevit, nicméně dodal jednu podstatnou část, která více specifikuje **volnočasové kluby**, které jsou v rámci hlavních složek v různých oblastech zmiňovány. A to ve specifikaci praktických

věcí, na kterých s mámou společně pracují. SP1: „*všechny složky, ...a obohacujeme to tou nabídkou třeba těch volnočasových klubů, který jsou speciálně pro ně, kde se aspoň snažíme ukázat jim ty praktický činnosti.*“ Přes veškeré aktivity doléčovacích složek je dle respondentů důležitá činnost zaštiťující především praktickou stránku trávení volného času matky, a to je spolupráce s jinou organizací, která shromažďuje dobrovolníky. **Dobrovolníci** mohou být nejen na hlídání dětí matky, ale i pro samotnou matku, se kterou mohou jít společně na dětské hřiště a dělají ji tak příjemnou společnost. Jedna z respondentek to popisuje ve své výpovědi: T2: „*Ještě ty máme spolupracují i s HOSTEM, ne jenom přes nás, to většinou přes OSPOD, kteří mají tuto organizaci spřátelenou a poskytnou nejen našim maminkám nebo sociálně slabým maminkám, to je jedno ... dobrovolníky, kteří jsou ochotný s nimi trávit čas, jít na hřiště, může to být i máma dobrovolnice s jiným dítětem, záleží na zakázce, tak bych řekla, že i tohle pomáhá matkám s volným čase s dítětem, že je to fajn, že se na takovou organizaci navážou. Chodí třeba paní a ta s nimi například vaří a jinak si s těma mámama můžou prostě jen povídat nebo jdou vybrat dětský botičky... anebo to může být jako její kámoška...*“

Bariéry při „učení se“ trávení volného času matky s dětmi

Na základě výpovědí respondentů panuje shoda, že jim jedinou známou bariérou v učení se trávení volného času s dítětem je ta samotná **máma**. Každý respondent v průběhu rozhovoru udával různé důvody, proč právě ona. Jeden z respondentů je toho názoru, že T5: „*Ony samy, ...vlastně ty mámy, který měly kde brát, jsou skvěly... zároveň myslím, že ty mámy, které k nám nastoupí do programu a pak se stanou matkama, protože chtějí, a ne že se to stalo náhodou, tak jsou taky dobrý, ale maminky, který neměly kde brát ve své primární rodině, dávají maximum, který můžou, protože ony vlastně... neumí to jinak, no.*“ Respondent mluví o tom, že bariéra spočívá v **rodině a jejím návyky té samotné matky** a následně v **přístupu doléčující se matky k jejímu dítěti**. V návaznosti na tuto výpověď při rozhovoru sdělila jiná respondentka bariéru, vztahující se opět k matce, která tkví v určitém **poutě mezi matkou a dítětem**. SP1: „*můžeme je naučit chodit například s dítětem běhat, ale myslím si, že to je prostě udělá, ale neprožije, není tam přítomná a není na něj napojená.*“ Nevytvoření si pouta mezi matkou a dítětem, jak už bylo řečeno respondentem v jiné oblasti, může pramenit v **nedůvěře samotné matky v sebe sama** spojené i třeba s **výčitkami a pocity viny**. T1: „*v tom hraje roli obrovská spousta věcí jo, hrají tam pocity viny a výčitky ty mámy, další roli v tom hraje nedůvěra mámy v sama sebe, že si nevěří*

v dlouhodobé abstinenci, tak se jí ani nedaří připoutat k tomu dítěti, protože nevěří tomu, že ho vychová do dospělosti, že se vlastně bojí toho selhání, a to dítě jí takhle znova vezmou, tak jí to bude vlastně bolet o to víc a je to většinou pro tu mámu úplně nevědomej proces ...“ Poslední výše uvedené odpovědi naznačují to, co napřímo sdělil v rámci rozhovoru respondent, který na základě zkušeností při práci s matkami vyhodnotil co je pro mámy tzn. **téma tabu**. T4: *„téma taky, o kterým se nemluví je to, že oni jdou do léčby jako mámy, ale říct v léčbě komukoliv, že to vlastně necítí být mámami, že to mají jako nějakou společenskou povinnost nebo povinnost, kterou očekává okolí, to si nedovolí... „Nepřijetí svého dítěte ze strany matky může být z důvodu nepříjemné události, za kterých nynější klientka otěhotnělo, např. znásilnění, popisuje respondentka T2: „no, ... je spousta holek, který k tomu dítěti přišly tak, že byly znásilněny a ono potom přijmou takový dítě, navázat s ním vztah a trávit s ním volným čas, je pro ně strašně složitý...“*

Tohle hořko sladké téma není úplně tak u některých matek o „naučení se“ trávit volný čas se svými dětmi, jak jsem si upřímně myslela. Na základě výpovědí respondentů je někdy mnohem složitější, než se u oblastí z dílčích cílů může zdát. Hraje v tom velkou roli individualismus každé z matek, na který respondenti apelují, a veškeré okolnosti, které jsou mnohdy bariérami při úspěšnosti u jednotlivých oblastí či v samotném doléčovacím programu, které nejde tak úplně „napravit“ (např. výchova samotné matky v primární rodině atd.) Jak popisují respondenti, obzvlášť u matek s dětmi je ta práce s nimi intenzivnější, komplexnější a dlouhodobější.

4.5 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra udržovat svoji abstinenci, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry při udržení abstinence.

Celý doléčovací program a všechny oblasti z výzkumné části provází abstinence, která je součástí podmínky přijetí a při absolvování celého programu, nyní konkrétně u matek s dětmi.

Udržení abstinence

Když respondenti měli na základě zkušeností a svého pohledu říci procentuální podíl klientek, číslo se pohybovalo okolo **80-90%** udržení abstinence u klientek. T4: „80 %...možná 90 % udržení abstinence, no ...“ Dá se říci, že dle respondentů při udržení abstinence u matek je zcela vysoké, to však může souviset i s dílčím cílem číslo 1, řádně dokončení programu doléčování, kde stejné důvody vysokého procentuálního podílu, udávali i nyní. A to dle respondentů **výhodu chráněných bytů** pro mámy s dětmi, kde mohou mít **čisté prostředí** od návykových látek a **pocit bezpečí**. T2: „u toho chráněného bydlení se nám ta úspěšnost zvyšuje tím, že máme ty chráněné byty, kam oni ještě po chráněném bydlení můžou jít a jsou nadále v kontaktu...A když jsme neměly chráněné byty, tak hold od nás ty mámy odcházely do azyláku a tam se abstinence neřeší, nemají to v pravidlech...“ Další z respondentů udával procentuální podíl **90% udržení abstinence** T1: „okolo těch 90 % to je ...“

Laps/Relaps

Na jaký procentuální podíl v průběhu léčby matek odhadují respondenti dle svých zkušeností jsem se v tomto dílčím ptala z důvodu, že v průběhu léčby se s lapsy pracuje a klientka má možnost laps zpracovat a nadále pokračovat v doléčovacím programu za určitých podmínek. Proto udržení abstinence neodpovídá na otázku procentuálního podílu klientek, u kterých se laps či relaps objevil. Stejně jako v jiných oblastech viděl respondent rozdíl mezi chráněným bydlením a ambulantní formou léčby u klientek, když na základě jeho zkušeností sdělil, že **na chráněném bydlení pětiprocentní výskyt lapsů/relapsů**, ve druhé formě léčby bylo procento o něco vyšší, a to **až dvacet procent lapsu/relapsů u klientek ambulantní formy** T1: „Na chráněném bydlení tak, ... 5 %, v ambulanci 20 % třeba ...nevím, těžko říct.“ Následně jeden z respondentů procentuální podíl dle formy léčby nerozlišoval a zmínil **dvacetiprocentní výskyt lapsů/relapsů** u matek v průběhu léčby, nicméně zmiňuje i rozdíl mezi léčbě u jednotlivců a matkami, kdy se **lapsy/relapsy i těch matek vyskytují méně** oproti jednotlivcům. T5: „dokud jsou v programu, tak ani mezi těma matkami rozhodně není tolik lapsů, jako mezi běžnými klienty...řekla bych že to procento je i nižší jak 20 %.“

Hlavní složky doléčovacího centra u matek při udržení abstinence

Jak již bylo výše zmíněno, celý program DC je dle respondentů provázen abstinencí a snaze při její udržení klientek. Při otázce, jaké hlavní složky programu napomáhají klientkám v rámci udržení abstinence respondent odpověděl, že *ve všech složkách DC, na individuálních terapiích, skupinách zaměřených na prevenci relapsu a ostatních sezeních*. T5: „*myslím si, že opět ve všech... téma abstinence je v jakékoliv podobě na individuální terapii, skupinách, některé jsou zaměřeny přímo na prevenci relapsu, a i na jiných sezeních s klientkou.*“ Dále jeden z respondentů zmínil **krizový plán**, který je s matkami vypracováván v průběhu léčby především se svým garantem, na základě výjezdu či rizikové nebo stresové situace matky. T3: „*vypracováváme na individuálním sezení krizový plán...i třeba pokud matka jede na návštěvu za přítelem a je pro ni rizikový nebo v nějaký situaci kdy je sama a je to pro ni stresující. A ty stresující situace ji spouští chuť na alkohol nebo drogu, tak je dobrý, aby ho měla jako prevenci toho relapsu.*“

Bariéry při udržení abstinence u matek

Jedna z bariér, u které panovala z pohledu respondentů většinová shoda byla **vztah s bývalými manželi či přáteli matek**. SP1: „*třeba u jedné klientky, mám trochu strach ve chvíli, kdy jí pustěj chlapa z kriminálu a sestěhují se spolu.*“ Tuto bariéru zmiňovali respondenti nejen u dílčího cíle udržení abstinence, ale i u bariéry při řádném dokončení programu. Další bariérou z pohledu respondentky je **odhodlání matky** v udržení své abstinence od návykových látek. T2: „*ted' je teda rozhodnutá pro abstinenci, že má jasno, že neobětuje svoje dítě, že už to jednou takhle udělala, tak ale to' otázka, co se jí pak bude dít v hlavě, že jo ...*“ A v neposlední řadě se část respondentů shodla na bariéře, která spočívá v **izolaci klientky před lidmi, kteří nemají drogovou minulost**. T1: „*mají tendenci se držet při sobě u bývalých klientů a jsou v izolaci a pak dojíždí na to, když se mají zapojit mezi „normální“ lidi, který nikdy nebrali a nedej bože mají o sobě říct pravdu ... Ať totiž klientky vypadají, jak vypadají, tak jsou přesvědčeny o tom, že jde na nich vidět, že braly a je pro ně problém jít na dětský hřiště... mezi ostatní mámy. A naučit je to anebo je přesvědčit v tom, že to je jedno z klíčových témat doléčování, je velká výzva.*“ To souvisí s dílčím cílem naučení se trávení volného času matek s dětmi, kde stejně jako u tohoto dílčího cíle následně respondenti popisovali důležitou součást programu dobrovolníky,

kteří jim tuto bariéru pomáhají překonat. Například chodit s klientkami na hřiště. Dle pracovníků není možné v rámci týmu DC z časových důvodů.

4.6 Zjistit, jak se klientkám v programu daří z perspektivy pracovníků doléčovacího centra v osamostatnění se, jaké způsoby sociální či jiné z hlavních složek doléčovacího programu tomu pomáhají, a jaké naopak vnímají bariéry u osamostatnění se.

Osamostatnění klientek je taky jeden z hlavních spíše obecnějších cílů doléčovacího centra, na kterém se dle pracovníků pracuje po celou dobu doléčovacího procesu. Osamostatnění se, je myšleno tak, že se matky dokáží odpoutat od sociálních služeb a v případě potřeby jsou schopny si pomoci sami nebo aspoň mají představu, komu a kam si pro pomoc jít.

Osamostatnění se matek v průběhu doléčování

Na otázku, jaký procentuální podíl matek se na základě mínění respondentů v celém procesu doléčování daří se osamostatnit, odpověděl jeden z respondentů, že je to **80 % na 20 %**, respektive převážná část matek se dokáže v průběhu programu osamostatnit, menšinové části matek se to nepodaří z určitého důvodu. T4: *„určitě jsou takový, na který vsázím víc, a na který míň a na některý vůbec (zasmání. Může to být 80 %, kterým se daří se osamostatnit a 20 %, že ne ... když se odpojí, odejdou z chráněného bydlení nebo skončí program, tak jsou teprve ve svém životě, tam to teprve přijde a káže se, zda jakože obstály...“* Jiný respondent na základě zkušeností zmínil pesimističtější postoj, kdy procentuálně by to mohlo být **60 % na 40 %**. Respektive 60 % matek to zvládne a 40 % se také osamostatní, ale ne zcela. Žijí samy, ale stále v nějaké frekvenci mají podporu ze služby. T5: *„myslím, že takových 40 % matek se úplně neosamostatní, i když k nám chodí třeba 1x za měsíc, tak stále mají někoho za zády...zbylých 60 % asi jo...“* Jeden z respondentů na základě zkušeností **nedokázal tuto oblast vyhodnotit v číslech**, udával rozdíl mezi **praktickým osamostatnění klientek**, které zvládají spíše, ale **osamostatnění se v souvislosti se vztahovou problematikou** to zmiňuje, že je horší. T1: *„já se to bojím odhadovat... v čem našem klientkám věřím je to, že po ty technický stránce jsou schopny se osamostatnit, to znamená, žít se, najít si vlastní bydlení, postarat se o dítě a no nějak legálně se uživit ... horší to je ve vztazích, tam často ty holky mají*

tendenci padat do závislosti těch vztazích, do závislosti na partnerech, někdy i na těch dětech, že si z těch dětí dělají partnery, i na sebe navzájem, někdy se nám stává, že ty matky tady jsou na sebe hodně navázaný, tak kolikrát, ..vlastně si pamatuji jeden dost nezdravej vztah, kdy si ty mámy byly navzájem i partnery, byť to nebylo nic sexuálního, ale bylo to tak na blízko, že v podstatě, to byl vyloženě nezdravý vztah... “

Hlavní složky DC pomáhající k osamostatnění se matek

Téměř všichni respondenti z pracovní pozice terapeuta zmínili **individuální terapii**, kde s klientkami pracují v průběhu celého programu doléčování na situacích, které vedou k osamostatnění se klientek. T3: *„na individuální terapii se s těmi matkami probíráme různé situace, na které má klientka určitý pohled, který většinou vede k nějakému navázání se na někoho jiného, většinou přítele a společně se to snažíme změnit a vidět situace nějak jinak...aby to ta matka měla ve svých rukou třeba ...“* Jeden z respondentů na základě svých zkušeností zmínil i spíše prakticky založený **volnočasový klub** pro mámy s dětmi. T4: *„tam se ty mámy můžou naučit i praktický věci... třeba i v péči o to dítě.“* Ke složkám programu, které mohou pomoci k osamostatnění se matek na základě zkušenosti respondentů jsou i **skupiny**, které jsou na podobném principu jako individuální terapii, kde je to běžné téma. SP1: *„i na skupinách určitě je to téma.“* Další z respondentů na tuto otázku odpověděl tak, že shrnul celý program doléčování nejen v této konkrétní oblasti dílčího cíle a je zkrátka názoru, že **program je postavený jako celek, pro splnění všech oblastí**. T1: *„já mám prostě tendenci na ten program koukat jako na celek, který je postavený tak, aby splňoval všechny ty oblasti u toho klienta, ale nejvíc se o tom mluví asi na těch skupinách a individuálech.“*

Bariéry u osamostatnění se klientek

Bariéry při osamostatnění se klientek je s jistotou opět individuální záležitost každé z matek. Dle mínění respondenta je jednou z bariér spíše existencionální zajištění klientky, a to je **nedostatek financí**. T3: *„problém může být to, že nemám tolik financí, abych dlouhodobě hezky žila.“* Další respondentka je toho názoru, že bariéra v osamostatnění se matky může spočívat v **nedostupném bydlení** pro klientku. T2: *„velký průšvih je najít následný bydlení pro klientku, na který by měly a opravdu dlouho, 3-4 roky se čeká na byt od magistrátu, o který mají zažádáno od začátku doléčování, někdy čekají třeba 5 let ...“* V rámci vztahové oblasti, kdy matky tíhnou po kontaktu s DC je

možný důvod **pocit samoty a traumata**, které si sebou klientky nesou. SP1: „*někdy cejtím od ty matky samotu a někdy je i zatím spojené nějaké trauma třeba z minulosti... to jim může dost komplikovat život.*“ Překvapivou odpověď sdělil respondent, který je toho názoru, že bariérou někdy může být samotný garant a zároveň upozornil na to, že by to neměl být samotný program doléčování. T1: „*co by jim bariérou rozhodně být nemělo je ten program samotnej nebo třeba garant, ktorej těm klientkám spíše kompetence bere, než aby jim je dával. To je dobrý, si hlídat, abychom to těm klientům nedělali, byť k tomu všichni máme tendenci...* „

Shrnutí výzkumné části

Výzkumná část diplomové práce byla vytvořena na základě určení si hlavního cíle, a to zjistit, jak pracovníci specializovaných pracovišť následné péče doléčovacího centra vnímají úspěšnost léčby na základě hlavních složek programu, konkrétně u cílové skupiny matky se závislostí na OPL ve společné léčbě se svými dětmi. Tento cíl byl zjišťován v doléčovacím centru Sananim, což bylo první doléčovací centrum, které začalo pracovat s touto cílovou skupinou matek s dětmi a touto cestou bych chtěla poděkovat za přijetí poskytnutí rozhovorů.

Hlavní cíl byl rozdělen do dílčích cílů, které tvořily oblasti a zároveň se shodovaly i s cíli DC, na jejich základě dle zkušeností pracovníků byla zjišťována úspěšnost léčby DC v souvislosti s procentuálním podílem úspěšných klientek, hlavních složek programu a možných bariér, které mohou bránit dané úspěšnosti.

První dílčí cíl byl zaměřený na řádné dokončování programu u matek s dětmi v průběhu jednoho roku. Procentuální podíl klientek je téměř vysoký, někdy až stoprocentní. Nicméně dle pracovníků je nutné rozlišovat chráněné bydlení, respektive pobytovou formu a ambulantní formu, kde v ambulantní formě je procento řádně dokončených klientek poměrně nižší. K řádnému dokončení pomáhají dle pracovníků všechny složky doléčovacího programu, v interpretaci je přesněji popsáno jak. Důležitost při řádném dokončení programu matek, je udržení pravidelného kontaktu s mámou a přizpůsobení programu v intenzitě, frekvenci a časové dostupnosti, díky těmto faktorům může máma řádně program dokončit. Bariéry, které mohou z pohledu pracovníků bránit při nedokončení programu matek, jsou vztahy např. s přítelem či otci dětí,

kteří mají pro matky rizikový potenciál. I jiná představa a očekávání matky od doléčovacího programu a jistá přemotivovanost matky může být určitou bariérou.

Druhý dílčí cíl či zjišťovaná oblast dle mínění respondentů byla u úspěšnosti zaměstnání matek, která byla téměř sto procentní. Nicméně velkou roli hrála spolupráce s pracovní a sociální agenturou, která klientkám nabízela chráněná pracovní místa. Samozřejmě téma zaměstnání bylo propojeno i s ostatními složkami programu. Chráněná pracovní místa nabízela možnosti pracovní doby vyhovující pro matky, které musely přizpůsobit práci svým dětem, což pro ně mohla být určitá bariéra v této oblasti.

Třetí zkoumaná oblast z dílčích cílů byla úspěšnost z perspektivy pracovníků při získání zpět dětí do péče matky. Přes dlouhý a komplikovaný proces je dle pracovníků maximální úspěšnost při získávání dětí zpět do péče matky. Velkou roli hraje komplexní péče o matku v této oblasti a podrobné zprávy pracovníků psané k soudním řízením. V neposlední řadě také samotná účast na případové konferenci ve spolupráci s OSPODem, který může být v některém případě pro matky bariérou při snaze získání dětí zpět do péče. Kdy jednou z hlavních bariér dle pracovníků je však matka samotná, a to z důvodu její nezralosti, nejistoty v abstinenci či z udržování rizikových vztahů.

Trávení volného času matek se svými dětmi je čtvrtým dílčím cílem, který je součástí úspěšnosti léčby DC. Z pohledu respondentů procentuální podíl klientek, které umí trávit volný čas se svými dětmi je maximálně půlka matek, někdy i ještě méně. Volný čas je předmětem všech základních hlavních složek DC, nicméně důležitou součástí jsou dobrovolníci věnující matce samotné. Například jako kamarádka, kdy se nejedná nejen o hlídání pro její dítě. Bariérou v tomto případě může být dle respondentů máma samotná. Nyní je to však z pohledu primární rodiny, která vychovávala klientku/mámu způsobem, díky němuž ji nyní v péči o své dítě něco chybět. Nebo z pocitů viny a strach z vlastního setkání mámy, může vzniknout bariéra v neúplném přijetí vlastního dítěte, kdy už např. jednou bylo mámě dítě odebráno a byť nevědomky se máma na dítě nechce navázat, aby to, co se poté může stát znovu nebylo pro ni tak citově těžké. Nepřijetí dítěte může způsobit i to, jakou cestou máma otěhotněla, zmiňují pracovníci. Jestliže máma byla znásilněna, je pro ni velmi těžké své dítě přijmout.

Pátá oblast výzkumného procesu byla o pohledu pracovníků, jak se daří klientkám v průběhu programu udržovat svoji abstinenci, a naopak co může u klientek způsobit laps

nebo relaps. Úspěšnost matek při udržení abstinence v rámci programu je cca devadesátiprocentní, nicméně i zde je nutnost dle pracovníků rozlišovat matky, které využívají chráněného bydlení a díky pocitu bezpečí a dalších jiných výhod je procento relapsu pouze pětiprocentní. Kdežto u matek v ambulantní formě, je výskyt lapsů/relapsů až dvacetiprocentní. Z hlavních složek programu jsou to téměř všechny, kdy nejvíce při udržení abstinence klientkám mohou pomoci skupiny, které jsou některé z nich zaměřené přímo na prevenci relapsu. Za pomoci pracovníků převážně klientkám může pomoci vypracování si krizového plánu na individuální terapii, podle kterého se v rizikové či stresové situaci mohou klientky zachovat tak, že zabrání požití návykové látky. Důvod neboli bariéra, které může být u udržení abstinence, je v odhodlání matky v abstinenci samotné či udržování vztahu s bývalým přítelem/manželem, který je pro klientku rizikový. Nejčastější bariérou, kterou pracovníci zmínili byla v neschopnosti matky zapojit se do „normálního“ života a mezi lidi, kteří za sebou drogovou kariéru nemají, což způsobuje spíše klientky distanci.

Poslední šestý dílčí cíl tvořící celek hlavního cíle je osamostatnění se klientek. Tohle téma je součástí programu individuálních sezení, skupin a volnočasového klubu, který je zaměřen především na praktické činnosti, které mohou matce pomoci v osamostatnění se. Procentuální podíl klientek, kterým se zadaří se osamostatnit je okolo šedesáti až osmdesáti procent. Bariérou, na které se shodli téměř všichni pracovníci byla nedostatek financí a nedostupnosti vhodného bydlení.

Závěr

Hlavní cíl diplomové práce byl **zjistit, jak pracovníci specializovaných pracovišť následné péče doléčovacích center vnímají úspěšnost programu na základě hlavních složek doléčovacího programu u matek se závislostí na omamných a psychotropních látkách.** K naplnění tohoto cíle jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Výzkumná data jsem konkrétně získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Výzkumná strategie i technika získávání dat byla vhodně zvolená k naplnění hlavního cíle, díky které jsem měla možnost zkoumat téma na podstatě zkušeností respondentů a získat tak nové názory pro detailnější informace ke zvolenému tématu, které bych těžko získávala volbou kvantitativní výzkumnou strategii. Hlavní cíl diplomové práce tedy považuji za naplněný.

Jestliže se budu v naplnění cíle, respektive úspěšnost centra na základě hlavních složek doléčovacího programu dle perspektivy pracovníků u matek se závislostí na OPL, ve společné léčbě s dětmi, jsou podle WHO důležité tři cíle léčby závislosti. Snížení závislosti je prvním důležitým bodem či cílem, kdy pracovníci doléčovacího centra v celém procesu doléčování snižují tendenci užití návykové látky tak, aby mohla fungovat v běžném životě. Pomocí veškerých složek programu, které jsou uvedeny a podrobně definovány jak v teoretické části, tak především v té výzkumné části. Dále tím, že pracovníci doléčovacího centra drží v průběhu léčby klientky v úplné abstinenci, snižují tak riziko nemoci a úmrtnosti ve spojitosti s užíváním drog či jako jejich důsledek. Což je podle WHO druhý důležitý cíl při léčbě závislosti. Následně s klientkou pracují na celkovém zotavením, které může být jak po fyzické, tak po psychické stránce matky, ale i jejího dítěte. A opět všemi hlavními složkami programu, směřují k podpoře a motivaci ke klientčině integraci do běžného života, v souvislosti s péčí o dítě. Což vede k sociální, duševní a tělesné podpoře vedoucí k sociální integraci klientky, kterou uvádí WHO dle profesora Kaliny.

Tudíž veškeré kroky v doléčovacím procesu vedou ke zlepšení kvality života matky a dítěte, a proto lze říci, že program je úspěšný i na základě procentuálního podílu úspěšnosti v dílčích cílech a zároveň cílech DC, kteří respondenti uváděli. Veškeré

výsledky procentuálního podílu ve výzkumné části byli okolo 80-100% úspěšnosti v oblastech řádného dokončení programu klientek, zaměstnání, získání dětí zpět do péče, udržení abstinence a osamostatnění se klientek. Nejméně procentuálního podílu úspěšnosti uváděli respondenti v oblasti „naučení se“ trávení volného času s dětmi, což bylo okolo 30-50 % matek, které uměly nebo se naučily trávit volný čas se svými dětmi smysluplně. Je důležité zmínit, že šlo o pohled respondentů, tudíž nejde tento fakt zobecňovat. Důvody takto nízkého procentuálního podílu úspěšnosti matky v trávení volného času se svými dětmi klienti převážně vysvětlovali primární rodinnou té matky, která byla nějakým způsobem vychovávána, díky němu ji v péči o své dítě může něco chybět. Respektive může předávat svému dítěti sice maximum, ale stále to může být „málo“. Nicméně toto tvrzení může vysvětlovat i charakteristika klientů z pohledu Nida (2002), Galanter a Kleber (1999), kteří jsou názoru, že klienti pochází převážně z rozpadlých rodin a zázemích s nedostatkem sociální podpory (Kalina et al., 2008:293).

Tento výzkumný proces byl realizován v konkrétním doléčovacím centru, bylo by tedy zajímavé obdobný výzkum směřovat na jiný DC, kde by stejně tak jako zde, byly výsledky získávány na základě zkušeností respondentů. Zajímavý a minimálně pro mě z publikace neznámý fenomén byl vztah matky a dítěte, který se týkal převážně bariér, matkám bránící vytvoření si vztahu neboli pouta ke svému dítěti. Bylo by přínosné pojmenovat tyto vztahové situace a následně se o nich dokázat otevřeně bavit.

Seznam použité literatury

- American Society of Addiction Medicine. 2021. *Definition od addiction* [online]. London: ASAM. [17. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- BAUM D., GOJOVÁ A. et. al. 2014. *Výzkumné metody v sociální práci* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita. [14. 6. 2022]. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/vedtym/dok/publikace/vyzkumne-metody-v-soc-praci.pdf>
- BIRKBECK UNIVERSITY OF LONDON. 2011. *Interpretative phenomenological analysis* [online]. London: University of London. [15. 6. 2022]. Dostupné z: www.ipa.bbk.ac.uk.
- DOUBKOVÁ, D. 2020. *Průběh psychoterapie* [online]. Praha: Doubková. [25. 5. 2022]. Dostupné z: <http://psycholog-praha.eu/individualni-psychoterapie/>
- ESF. 2016. *Sociální začleňování* [online]. EU: ESF. [28. 5. 2022]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=53&langId=cs>
- Glosář pojmů. 2015. *Laps/relaps* [online]. ČR: Úřad vlády. [24. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=311>
- HANKOVÁ O. et. al. 2017. *Sociální práce a drogy*. Praha: Sananim.
- HENDL J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Národní knihovna ČR.
- HENDL J. 2012. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál.
- HERIE M., SKINNER, W. J. Wayne. 2014. *Fundamentals of Addiction*. 2014. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- CHOMYNOVÁ P. 2022. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky. [1. 4. 2022]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovalitika/media/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_2021_fin.pdf

DC. 2021. *Informace pro klienty*. Praha DC Sananim 1. 6. 2022.

IREGISTER MPSV. 2019. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online] Praha: MPSV. [1. 6. 2022]. Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?756g=0955400e0a02356b&736c=1565e678c187bd31&SUBSESSION_ID=1654024192540_1

KALINA K. et. al. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.

KALINA K. et. al. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: GRADA Publishing, a.s.

KALINA K. et. al. 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: GRADA Publishing, a.s.

KALINA K. 2008. *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: GRADA Publishing, a.s.

KALINA K. et. al. 2003. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.

KALINA K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s.

NEPUSTIL P., GEREGOVÁ M. 2020. *Bez podmínek – Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Národní knihovna ČR.

OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti* [online]. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. [17. 6. 2022]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/profile/IvanaOlecka/publication/47354706_Metodologie_vedecko_vyzkumne_cinnosti/links/581795c908aeffbed6c33ba7/Metodologie-vedecko-vyzkumne-cinnosti.pdf

MAKOVSKÁ-DOLANSKÁ P. 2022. *Popis realizace poskytování sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV. [1. 6. 2022]. Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?756g=0955400e0a02356b&736c=1565e678c187bd31&SUBSESSION_ID=1656407134957_1

DC. 2021. *Průvodce programem DC matky s dětmi*. Praha DC Sananim 6. 6. 2022.

ŘIHÁČEK T., ČERMÁK I., HYTYCH R. et. al. 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* [online]. Brno: Masarykova univerzita. [14. 6. 2022]. Dostupné z: https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu%281%29.pdf

SANANIM. *Pracovní a sociální agentura* [online]. Praha: Sananim. [28. 5. 2022]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas-1/pracovni-a-socialni-agentura-psa.html>

SANANIM Z.Ú. *Doléčovací centrum pro matky s dětmi* [online]. Praha: Sananim. [1. 6. 2022] Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas-1/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-dc-mat.html>

ADAMEČEK D., ČERNÝ M., DOLÁK J. et. al. 2021. *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb* [online]. Praha: Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

[30. 3. 2022] Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-sluzeb_2021.pdf

STRAUSS A., CORBINOVÁ J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody získané teorie*. 1. vyd. Boskovice: Podané ruce, ALBERT.

MKN – 10. 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [19. 11. 2021] Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf?sequence=20&isAllowed=y>

VOJTÍŠEK P. 2012. *Výzkumné metody* [online]. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní Praha. [16. 6. 2022]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/629195-Vyzkumne-metody-metody-a-techniky-vyzkumu-a-jejich-aplikace-v-absolventskych-pracich-vyssich-odbornych-skol-phdr-petr-vojtisek.html>

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. 2019. *Transformace kojeneckých ústavů* [online]. Praha: Media Network s.r.o. [1. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/06/transformace-kojeneckych-ustavu-ma-zacit-roce-2023-dohodla-se-ministerstva/>

Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Grafický přehled programu DC Sananim určený pro matky s dětmi | 36 |
| Tabulka 2 Transformační tabulka..... | 42 |
| Tabulka 3 Seznam respondentů | 47 |

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Kognitivně behaviorální model relapsu | 25 |
| Obrázek 2 Podpora pracovní a sociální agentury v číslech | 29 |

Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf 1 Složení klientů adiktologických programů léčby závislosti podle typu užívané látky v roce 2020..... | 17 |
|---|----|

Seznam příloh

| | |
|--|---|
| Příloha 1: přepis rozhovoru s terapeutem | I |
|--|---|

Příloha 1: přepis rozhovoru s terapeutem

DOKONČENÍ PROGRAMU

TO 1: Jaký procentuální podíl klientek řádně dokončí program v průběhu jednoho roku?

Sto procent asi ne, občas nějakou maminku v historii jsme museli vyhodit jo, ale moc jich nebylo teda, ale 100 % to není, protože ze všech matek jich to pár nedokončilo. Často to bývá tak, že dokud je máme v programu, tak se jim obvykle daří.

TO 2: Jaké hlavní složky doléčovacího programu pomáhají klientkám k řádnému dokončení vašeho programu?

Eventuálně jsou jim k dispozici ještě další části programy, které jsou pro ostatní klienty a volnočasové akce, pokud jsou schopný, pokud mají někoho na hlídání. A v podstatě tematické skupiny nebo jakýkoliv skupiny, které jsou k dispozici bezdětným klientům, tak jsou k dispozici i těm maminkám.

Já: takže mají své skupiny, které jsou přímo určený jim, ale mohou si vybrat i skupiny, které jsou pro ostatní klienty teda

T: Jo, oni mají vlastně skupinu jenom jednu, ta je přímo pro maminky s dětmi a jinak všechny ty skupiny už jsou kombinovaný ostatními klienty.

T: já ještě doplním jednu věc, když přemýšlím frekvenci individuálu, tak obvykle u těch matek, je poměrně náročný je udržet v pravidelném kontaktu, protože mají ty děti a zvláště, když jsou ambulantní, jestliže matky odejdou z chráněného bydlení do ambulantní formy, tak se stává, že mají věčně nemocné dítě, tak to ve většině případu stejně vychází tak, že se s klientkou setkávám cca 1x za 14 dní. Kdybych tuto frekvenci rozvolnil rovnou, tak vím, že tu matku neuvidím vůbec.

TO 3: Jaké bariéry naopak vnímáte při řádném dokončení programu u klientek?

Měly jsme dvě maminky, které nám předčasně odešly, protože úplně od začátku nebyly ztotožněny s tím, že budou na chráněném bydlení a vydržely tady 2-3 měsíce a pak se vrátily domů prostě někam na Moravu...

Já: a stalo se vám někdy to, že ta maminka do toho šla s tím, že ta její představa o tom doléčování byla vlastně úplně jiná?

T: Jo, určitě... ony jsou vlastně hodně motivovaný z komunit, aby pokračovaly, jak terapeutama, tak i bývalýma klientkama, kteří tam jezdí, ale nemusí to být vůbec takové to jejich rozhodnutí... a ty nám pak odchází, no.

HLEDÁNÍ ZAMĚSTNÁNÍ

TO 4: Jaký procentuální podíl klientek je dle Vašeho vnímání úspěšných v průběhu programu při hledání zaměstnání?

U nás maminky, který jsou na mateřský dovolený, přestože máme teď dost těch, který mají starší, tak zaměstnání nehledají. Tohle vůbec není jejich téma. Teprve potom když jsou ještě v programu a ty děti trochu vyrostou, tak hledají školku a hledají zaměstnání. Ale není to úplně jednoduchý, vždycky je to složitější, vždycky je to i na dlouho, ale ve finále tu práci vždycky najdou. Někdy teda i s naší pomocí, protože my máme nějaký chráněný pracovní místa k dispozici v kavárnách nebo dělají úklidy v Praze a tak, takže někdy jim v tom jako dost pomáháme, ale často si najdou práci normálně.

Já: Ty před domluvený pozice jsou obrovskou výhodou že ano, ty maminky mají i nějak omezenou tu pracovní dobu, nejlépe na ranní směny a tak, aby stihly vyzvedávat děti ..

T: přesně tak ...

TO 5: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání pomáhají klientkám při hledání zaměstnání?

T: Pracovní místa, co patří pod Cafe Terapii, není to jen ta jedna kavárna, ale ještě mají nějaký bistro na pedagogický fakultě, což je pro ty matky úplně ideální, protože to není jenom ve večerních hodinách. A pak mají ještě v divadle kavárnu, což je už pro ty matky komplikovanější, musí si navzájem hlídat děti třeba.

TO 6: Jaké bariéry naopak vnímáte v průběhu programu při hledání zaměstnání u klientek?

T: Jsou to ty děti versus pracovní doba.

Já, to jo... a máte tam i klientky, co nemají chuť pracovat?

T: No to rozhodně ... ale ono jim nic jiného nezbyvá, protože se musí uživit.

Já: A máte tam taky pravidlo, stejně jako my v následné péči Jihlava, že si do určité doby musí nalézt zaměstnání?

T: my jsme to pravidlo měli, ale zrušili jsme ho, protože jsem

si říkali že to, co nás zajímá je, jestli ten klient má z čeho žít a jestli se živí legálně.

Já: Takže na tom společně pracujete, s tím že časově limitovaný nejsou, ale pokud by si to zaměstnání nenašly, tak jim z toho vyvstane nějaká sankce nebo ne?

T: Ne, my jsme to celý zrušili u všech klientů. Říkali jsme si, že kdyby k nám přišel klient, který zdědil majetek po rodičích a rozhodl se, že nebude pracovat, tak že to tak můžeme nechat, že to je volba toho klienta, ale hlavní, co chceme je, aby se zkrátka živil legálně a aby si vydělal na svoje životní potřeby.

ZÍSKÁNÍ DĚTÍ MATEK ZPĚT DO PÉČE

TO 7: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání podařilo v průběhu programu získat děti zpět do vlastní péče?

T: No... v minulosti to bejvalo tak, že ty děti nejčastěji byly v ústavní péči, v péči kojeneckého ústavu Pražského, kde můžou být společně ubytovaný děti s matkami,

tak tam měly nařízenou ústavní péči a na základě propustky z toho ústavy šly ty děti k nám

i s těma mámami, ale i tak byly stále v kontaktu s kojenáčkem, kam jezdily na pravidelné kontroly a my jsme s nimi komunikovali a tak... A po nějaký době, dejme tomu po půl roce, kdy tady ta máma byla, tak se pracovalo na tom, aby to dítě bylo svěřeno zpět do péče

té matky. V té době to bylo poměrně jednoduchý a asi si nepamatuji na jediný případ,

kde by se nepovedlo svěřením dítěte zpět do péče. A v podstatě, kdyby tohle to neproběhlo, tak my bychom tu mámu nemohli nechat odejít, ona by se musela vrátit zpátky do toho kojenáku po ukončení chráněného bydlení

Já: Jo takhle ...

T: A v té době to fungovalo bez problému, nicméně situace se v tom, že teď jsou ty děti daleko častěji v pěstounské péči a já si teda myslím, že se to pořád daří, že ty mámy nějak ty děti do péče získávají jako, že je to téměř pravidlo, ale ten proces už je malinko komplikovanější. Už do toho vstupují ty pěstouni, to bývají často rodinní příslušníci anebo úplně cizí pěstouni, ale někdy je to náročný, tím tu klientku nějak provést, nebo minimálně to je takovej můj dojem z toho, ale nevím, jestli to kolegyně vidí jinak ...

TO 8: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání pomáhají klientkám při snaze získání zpět dětí do péče?

T: Snažíme se o to, aby s ní spolupracovalo co nejvíc lidí na různých úrovních, aby měla garanta jako garanta, jiní terapeuti na skupině, sociální pracovnice, výchovný poradenství a tak dále... a fakt se nám to osvědčuje, ta klientka si taky sahá na to, že různí lidé jí víceméně říkají to samý.

Já: jo a možná i taky každý trochu z jiného pohledu...

T: Ano...

TO 9: Jaké bariéry naopak vnímáte v průběhu programu u klientky ve snaze získání zpět dětí do vlastní péče?

Pěstoun může být bariéra a potom ta matka samotná může být bariéra, její nezralost, nějaká nestabilita,

Někdy jsou to ty ospoďačky, který jsou přehnaně přísný a v podstatě tu matku by nikdy nepustily z léčby, někdy v ní nenajdou důvěru a tu kompetenci, že by se o to dítě dokázala v budoucnu starat sama, to je jeden extrém... A druhý extrém je, že jsou zase extrémně podporující a spolupracující a my bychom spíš od nich potřebovali, aby tam nastavovaly, nějakou srozumitelnější hranici pro tu mámu a aby ony měly v ruce ten klacek a my bychom mohli být ti, kdo tu mámu podporují. Jsou to teda 2 extrémy, ve kterých se ty pracovnice pohybují, občas se najde i některá, která to má nějak zdravě nastavený, a která je schopná s námi dobře spolupracovat a je tam jako částečně podporující, zároveň ty mámě dává srozumitelnou hranici a slyší to, co jim říkáme a důvěřuje nám, když říkáme, že nevidí důvod, proč by nemohlo být dítě svěřeno do péče.

Ve chvíli, kdy je ta máme v programu matek, to znamená, že už je má u sebe... nemá je v úplně teda v péči, ale prakticky se o něj stará, tak tam svěřeni do péče obvykle nebývá, ale problém obvykle je, když tady máme klienta jako rodiče, ať už je to muž nebo žena, který jsou, kteří už jsou u obnovení kontaktu se svým dítětem, který je někde jinde v pěstounský péči, mnohdy už dlouhou dobu, tak tam to je někdy neprůstředný ...Právě z důvodu toho, že dítě v péči už třeba několikrát měla a selhala, nebo si nevěří v abstinenci a celkově ve svých schopnostech uspět jako matky.

Já: takže těch bariér je tam opravdu dost, proto mi čím dál větší smysl dává to, jak jsi říkal, že se na tom snaží spolupracovat co nejvíce lidí z týmu, možná i dokonce celý tým...

T: no někdy to tak je, že s ní pracuje celý tým...

TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU MATEK S DĚTMI

TO 10: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání daří „naučit se“ trávit volný čas se svými dětmi?

To je složitější otázka... jsou to i dvě různé věci, to že ta máma s tím dítětem tráví ten volný čas ještě neznamená, že je na něj skutečně napojena... někdy to ty mámy dělají čistě mechanicky, protože vědí, že se to tak má dělat.

Velkou roli tam hrajou i naše očekávání, ... já nevím, když řeknu, že to bude 50 % na 50 %, tak si myslím, že to bude optimistický...

TO 11: Jaké hlavní složky doléčovacího programu dle Vašeho vnímání v průběhu pomáhají klientce se „naučit“ trávit volný čas se svými dětmi?

Znovu opravdu všichni ...

TO 12: Jaké bariéry naopak vnímáte v průběhu programu u klientky při „učení se“ trávit volný čas se svými dětmi?

V tom hraje roli obrovská spousta věcí jo, hrají tam pocity viny a výčitky té mámy, další roli v tom hraje nedůvěra té mámy v sama sebe, že si nevěří v dlouhodobé abstinenci, tak se jí ani nedaří připoutat k tomu dítěti, protože nevěří tomu, že ho vychová do dospělosti, že se vlastně bojí toho selhání, a to dítě jí takhle znova vemou, tak jí to bude vlastně bolet o to víc a je to většinou pro tu mámu úplně nevědoměj proces ...

Já: Já koukám s velkým údivem, tohle rozhodně není něco, co by se dalo najít v nějaké literatuře a asi by mě to ani nenapadlo ...

Je to opravdu komplikovaný téma, o tom bychom si mohli povídat dlouho a dlouho... ale ještě musím říct důležitou věc, že to je v dlouhodobém procesu jo, že i potom, co od nás ta máma odejde, někdy se stane, že ta máma ukončí doléčování a ona se potom vrátí po roce a je zase úplně někde jinde, my jenom zíráme, jak se zlepšila... někdy se ty mámy tady u nás dají jenom do toho pohybu a ten potom pokračuje i potom, co od nás odejdou

UDRŽENÍ ABSTINENCE

TO 13: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání daří v průběhu udržovat svoji abstinenci?

Okolo těch 90 % to je ...

TO 14: Naopak jaký procentuální podíl klientek dle Vašeho vnímání v průběhu programu lapslo či relapsovalo?

Na chráněném bydlení tak, ...5 %, v ambulanci 20 % třeba ...nevím, těžko říct. Je to fakt hrozně těžký odhadnout.

TO 15: Jaké hlavní složky doléčovacího programu mohou dle Vašeho vnímání v průběhu programu pomoci klientkám při udržení jejich abstinence?

Rozhodně jakýkoliv pravidelný kontakt ... a je jedno, na jaký úrovni. Myslím si, že hrozně důležitý faktor je ta doba, po jakou je ta klientka v péči, to prosazuju strašně dlouho a po zkušenostech tomu hodně věřím, že čím dýl jsou ty klientky v kontaktu, který se samozřejmě postupně rozvolňuje, tím větší šance, že se dlouhodobě udrží, jsem zastávce dlouhodobé péče, u nás jsou ty klienti i několik let a ty matky speciálně

TO 16: Jaké bariéry naopak vnímáte u klientky při udržení abstinence?

Já jako z nejdůležitějších témat vidím schopnost těch klientek nějak se zapojit do „normálního“ života a lidí, kteří nemají vůbec žádnou drogovou minulost ... to je jedno z největších rizik, mají tendenci se držet při sobě u bývalých klientů a jsou v izolaci a pak dojíždí na to, když se mají zapojit mezi „normální“ lidi, který nikdy nebrali a nedej bože mají o sobě říct pravdu ...

Ať totiž klientky vypadají, jak vypadají, tak jsou přesvědčeny o tom, že jde na nich vidět, že braly a je pro ně problém jít na dětský hřiště... mezi ostatní mámy. A naučit je to anebo je přesvědčit v tom, že to je jedno z klíčových témat doléčování, je velká výzva.

Já: a ještě bych se ráda zeptala, když jsme se teď bavili o tom hřišti, máte to tak, že byste vy jako pracovníci šli na to hřiště s nima?

T: neděláme to, ale to spíš z těch časových důvodů, v tomhle jsou super ti dobrovolníci

OSAMOSTATNĚNÍ SE KLIENTEK

TO 17: Jaký procentuální podíl klientek se dle Vašeho vnímání v průběhu léčby daří osamostatnit se?

Myslím, že to hodně souvisí s tím tématem, o kterém jsme teďka mluvili, že to v čem našim klientkám věřím je to, že po ty technický stránce jsou schopny se osamostatnit, to znamená, žít se, najít si vlastní bydlení, postarat se o dítě a no nějak legálně se uživit ... horší to je ve vztazích, tam často ty holky mají tendenci padat do závislosti těch vztazích, do závislosti na partnerech, někdy i na těch dětech, že si z těch dětí dělají partnery, i na sebe navzájem, někdy se nám stává, že ty matky tady jsou na sebe hodně navázaný, tak kolikrát, ..vlastně si pamatuji jeden dost nezdravý vztah, kdy si ty mámy byly navzájem i partnery, byť to nebylo nic sexuálního, ale bylo to tak na blízko, že v podstatě, to byl vyloženě nezdravý vztah...

Já se to bojím odhadovat...

TO 18: Jaké hlavní složky doléčovacího programu mohou dle Vašeho vnímání v průběhu programu pomoci klientkám k osamostatnění se?

No asi ty individuály a skupiny, ... ale já mám prostě tendenci na ten program koukat jako na celek, který je postavený tak, aby splňoval všechny ty oblasti u toho klienta, ale nejvíc se o tom mluví asi na těch skupinách a individuálech.

TO 19: Jaké bariéry naopak vnímáte u klientky při osamostatnění se?

T: Co by jim bariérou rozhodně být nemělo je ten program samotnej nebo třeba garant, kterej těm klientkám spíše kompetence bere, než aby jim je dával.

To je dobrý, si hlídat, abychom to těm klientům nedělali, byť k tomu všichni máme tendenci...