

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: NADI18



Obnova kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi v prostředí služeb zajišťující asistované kontakty.

Contact restoration between mothers, former substance users, and their children in an environment of assisted contact services.

Diplomová práce

Autor: Bc. Adéla Černá

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Praha, 2022

Prohlášení

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

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

V Praze 28.4.2022

Adéla Černá

Poděkování

Mé největší poděkování patří vedoucí této diplomové práce Mgr. Haně Fidesové, Ph.D. za její trpělivost, pomoc a rady při psaní diplomové práce.

Dále bych také ráda poděkovala svým respondentům za spolupráci a své rodině za podporu.

Bibliografický záznam

ČERNÁ, Adéla. *Obnova kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi v prostředí služeb zajišťující asistované kontakty. (Contact restoration between mothers, former substance users, and their children in an environment of assisted contact services.).* 64 s 4 přílohy. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Klinika Adiktologie LF1 UK. 2021. Vedoucí diplomové práce Mgr. Hana Fidesová, Ph.D..

Abstrakt

Východiska: Ženy se při užívání návykových látek setkávají s problémy jako jsou stigmatizace, diskriminace, nebo menší sociální podpora. Když se žena stane matkou, její negativní vnímání okolím se stupňuje. Praxe ukazuje, že selhání ženy – uživatelky návykových látek v roli matky, vede k odebrání dítěte z její péče a v době její léčby závislosti dochází k přerušení kontaktu s dítětem. Opětovný zájem matky o dítě je zatížen komplikovanou minulostí spojenou s odebráním dítěte z péče matky, konfliktem rozvádějících se rodičů, obavou pečujících osob o dítěte, nebo nedůvěrou dítěte k matce. V tento moment je možné se obrátit na organizace, které jsou kompetentní problematiku řešit a zajišťují asistenci při kontaktu dítěte s rodičem.

Cíle: Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem probíhá navazování kontaktu mezi matkami, které úspěšně absolvovaly léčbu závislosti a jejich dětmi za využití služeb zajišťující asistované kontakty. Výzkumné otázky cílí na samotný proces opětovného navázání kontaktu mezi matkou – bývalou uživatelkou návykových látek a jejím dítětem za přítomnosti služeb zajišťujících asistované kontakty. V procesu asistovaného kontaktu se výzkum zaměřuje na přítomnost překážek, které by mohly průběh kontaktu komplikovat a jejich následný popis.

Metodika: Celý výzkum byl proveden kvalitativní metodou ve snaze o hloubkovou interpretaci a vysvětlení určitého fenoménu. Pro získání dat byl využit polostrukturovaný rozhovor a analýza dokumentace. Výzkumný soubor tvoří 10 respondentů ze dvou oddělených skupin. První skupinu výzkumného souboru, tedy 5 respondentů, tvoří matky, které za sebou mají úspěšnou léčbu závislosti a které mají zájem o opětovné navázání kontaktu se svým dítětem. Druhou skupinu, 5 respondentů, tvoří pracovníci, kteří zmíněné asistované kontakty zajišťují a mají přímý vhled do procesu asistovaných kontaktů se zmíněnou skupinou matek s adiktologickou minulostí.

Výsledky: Z výpovědi respondentů bylo zjištěno, že asistovaný kontakt mezi matkami s adiktologickou minulostí a jejich dětmi probíhá na žádost osob, které mají děti ve své péči, jelikož převládá vysoká míra nedůvěry v matčinu abstinenci, rodičovské kompetence a matky jsou zatížené stigmatizací z jejich okolí. Samotný asistovaný kontakt není právně ukotvený a ze strany státních orgánů nebyla vydána metodika, která by tuto službu definovala. Bylo zjištěno, že absence metodik způsobuje nepochopení této služby a její následné negativní vnímání nejen samotných uživatelů služeb, ale i těch, kdo služby doporučují. Z výzkumu také vyplývá, že existují překážky, které navazování kontaktu komplikují – konfliktní vztah mezi matkou a opatrovníkem, manipulace dítěte opatrovníkem, stigmatizace matky kvůli její adiktologické minulosti.

Doporučení: Na základě výsledků výzkumu a rešerše odborné literatury byla navržena následující doporučení: vytvoření jednotné metodiky a propojení služeb poskytující asistované kontakty pro sdílení dobré praxe, legislativní ukotvení služeb zajišťující asistované kontakty, integrace Cochemského modelu do běžné praxe, edukace pracovníků a zúčastněných osob v adiktologické problematice, v rodinném právu, ale také v sociálně právní ochraně dětí.

Klíčová slova: Kontakt rodiče s dítětem, matka, bývalý uživatel návykových látek, dítě, asistovaný kontakt

Abstract

Background: Substance addicted women face many problems such as stigmatization, discrimination or lesser social support. When addicted woman become a mother, this social-perception usually escalates. It is common that addicted women lose their status as a mother and are deprived of custody of their child, which furthermore leads to estrangement and decrease in mother–child relationship intensity. Mothers effort to regain her status tends to be more complicated in spite of her history, conflicts originating from marriage annulment, concern from childs guardians or lack of trust from the child itself. In situations like this, there are organizations that provide unbiased insight and are able to arrange assisted and monitored parent–child contact.

Aims: Intent of this diploma thesis is to explore and describe the process of contact restoration of mothers, that successfully finished their addiction treatment, with their child using services of assisted contacts. Research questions aim to describe mainly the process of mother–child relationship restoration with mentioned services as a provider of environment for their meetings. Secondly the aim focuses on exploring and describing barriers that might interfere in the process.

Methods: Research was accomplished using qualitative methods with attempt of in depth interpretation and explanation of a certain phenomenon. Data gathering was executed by semi-structured interviews and documentation analysis. Research sample is consisted of 10 respondents from 2 separated groups. First group of 5 respondents were mothers that successfully finished their addiction treatment and that were in the process of renewing relationship with their child. Second group of 5 were social workers and employees in services that provide assisted contact. Second group was selected because of their direct insight and experience in working with mothers, former substance users.

Results: Interview results provided data that indicate following findings – assisted contact of mothers, former substance users, and their children is taking place mostly due to request of children guardians since there tends to be mistrust in mothers abstinence and her addiction treatment. Also the results indicate lack of trust in mothers parental competence and stigmatization. Assisted contact is not covered in Czech legal system and there was no methodology issued by the public authorities of Czechia. Absence of general knowledge about mentioned services leads to misunderstanding the main purpose and negative perception by people involved. Data also provides information on barriers that complicates parent–child relationship restoration such as disagreement between childs guardians and mother of the child, child manipulation by the guardian, mother stigmatization in spite of her addiction history.

Recommendation: Based on study results and related literature research, following recommendations were suggested: establishing methodology and interconnecting policies for services providing assisted contact that leads to unifications of services and know–how sharing, implementing assisted contact services into Czech legal system, integration of Cochem model into practice, education of social workers in addictology, family law and Authority for Social and Legal Protection of Children.

Keywords: Parent–child contact, mother, former substance user, child, assisted contact

Obsah

1 Úvod	8
2 Návykové látky	10
3 Užívání návykových látek v kontextu genderu	11
3.1 Specifika užívání návykových látek u žen	11
3.2 Matky uživatelky návykových látek	12
3.3 Systém léčebné péče pro matky užívající návykové látky	14
4 Rozpad rodiny v důsledku užívání návykových látek	16
4.1 Rodina	16
4.1.1 Funkce rodiny	17
4.1.2 Typy rodiny	17
4.1.3 Užívání návykových látek v rodinném systému	18
4.2 Rozpad rodiny	19
4.2.1 Současná právní úprava	20
4.2.2 Užívání návykových látek jako příčina rozvodu/rozchodu rodičů	22
4.2.3 Dítě v době rozvodu	22
4.2.4 Cochemský model	24
4.3 Odebrání dítěte z péče matky v důsledku užívání návykových látek	24
5 Obnova kontaktu mezi matkou a dítětem	26
5.1 Kontakt	26
5.1.1 Možnosti navázání kontaktu	26
5.2 Asistovaný kontakt	27
5.3 Role asistujícího u kontaktu rodiče s dítětem	29
5.4 Organizace zajišťující asistovaný kontakt	29
6 Výzkumná část	31
6.1 Design a cíle	31
6.2 Výzkumné otázky	31
6.3 Výzkumný soubor	31
6.4 Etika	32
6.5 Metody tvorby a analýzy dat	33
6.5.1 Analýza dokumentů	33
6.5.2 Polostrukturovaný rozhovor	34
6.5.3 Analýza získaných dat	35
7 Výsledky	36
7.1 Příčiny přerušení kontaktu matky s dítětem	36
7.2 Důvody využití služby asistovaného kontaktu	37
7.3 Průběh asistovaného kontaktu	38
7.4 Vnímání asistence při kontaktu s dítětem	41
7.5 Překážky v navazování kontaktu matky, bývalé uživatelky návykových látek, se svým dítětem	44
7.5.1 Konfliktní vztah mezi opatrovníkem dítěte/dětí a matkou	44
7.5.2 Manipulace dítěte/dětí opatrovníkem	45
7.5.3 Stigma bývalých uživatelů návykových látek v kontextu mateřství	46
7.6 Práce s překážkami, a především se stigmatem v kontextu služeb zajišťujících asistované kontakty	48
8. Diskuze	50
9. Závěr	54
Seznam použité literatury	56
Přílohy	62
Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce	65

1 Úvod

Těhotenství a mateřství může být pro ženu silnou motivací na cestě k abstinenci od návykových látek (Preslová in Kalina, 2015). Nicméně stigma, zahanbení, pocit viny a strach z odebrání dítěte mohou některým matkám bránit ve vyhledání odborné pomoci nebo v udržení již dosažených změn v oblasti abstinence (Kubištová, Jandáč, 2020). Ženy se při užívání návykových látek všeobecně setkávají s problémy, jako jsou stigmatizace, diskriminace, nebo menší sociální podpora. To vše se ještě stupňuje ve chvíli, kdy se žena stane matkou a okolí ji začne odsuzovat, že selhala i v této životní roli (Cataldo, Azhari, Coppola, 2019).

Existuje několik možností, jak pracovat s matkou – uživatelkou návykových látek a jak ji podpořit v léčbě závislosti i s dítětem, které má ve vlastní péči. Nejčastěji se jedná o vzor převzatý ze Severských států Evropy, kde se objevuje větší tendence ke komplexnější podpoře drogově závislých matek, s cílem ponechat jim dítě ve své péči, aby s nimi mohly i nadále upevňovat svůj vztah a ujasnit si životní priority. U nás se situace v posledních 20 letech stále zlepšuje, a to především kvůli nově vznikajícím programům zaměřujících se na tuto problematiku. Často se bohužel stává, že tyto ženy nemají dostatečné sociální zázemí a chybí jim adekvátní rodičovské kompetence (Hošková, 2012). To může být jedním z důvodů k odebrání dítěte z jejich péče nebo k omezení jejich kontaktu.

Ženy – uživatelky návykových látek musí čelit řadě bariér, které rozdělujeme do několika kategorií: systémové, strukturální, sociální, kulturní a osobní (UNODC, 2004). V případě matek, které úspěšně absolvovaly léčbu a abstinují, dochází k tomu, že se potýkají se ztrátou důvěry svého okolí a jsou zatíženy stigmatizací (Kubištová, Jandáč, 2020). Je těžké neodsuzovat matku za její dřívější kompulzivní chování k návykové látce, které vedlo k zanedbání péče o vlastní dítě. Pokud ale žena změnila přístup, absolvuje léčbu a dlouhodobě abstínuje, neměl by jí být upírán nárok na rovnocenný přístup ve věci obnovení kontaktu s jejím dítětem.

Kontaktem mezi matkou a dítětem je v této práci míněna především technická stránka věci – pravidelný osobní styk dítěte s rodičem, se kterým ho pojí rodinné pouto. V rámci kontaktu může docházet ke zlepšení vzájemného vztahu, komunikace, navázání důvěry, posílení kompetencí matky a společně strávenému času. Cílem tohoto kontaktu je celkově podpora zdravého vývoje dítěte (Foltýnová, 2018).

Problém nastává ve chvíli, kdy je opětovný zájem matky o dítě zatížen komplikovanou minulostí spojenou s odebráním dítěte z péče matky, konfliktem rozcházejících/rozvádějících se rodičů, či vychází čistě z obavy opatrovníků dítěte nebo nedůvěry dítěte k matce. V tuto chvíli se matka, otec,

či opatrovník dítěte může obrátit na organizace, které jsou kompetentní problematiku řešit a zajišťují asistenci při kontaktu dítěte s rodičem nebo u předávání dítěte mezi rodiči.

Organizace, které asistovaný kontakt mohou realizovat jej zahrnují do sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi nebo jako odborné sociální poradenství. Pokud je tedy organizace vykonává, jedná se o vedlejší činnost nezávislou na pověření výkonu sociálně-právní ochrany. Většinou se tak jedná o nestátní organizace, které se na tuto problematiku zaměřují nebo ji řadí do mediační práce s rodinou. Ve výjimečných případech je tato služba realizována i některými orgány sociálně právní ochrany dětí.

Poskytovanou službou těchto organizací je asistovaný kontakt, který je definován jako styk dítěte s rodičem pod dohledem třetí osoby na domluveném místě. Jedná se o nástroj, který pomáhá rodině v obtížné situaci zajistit, aby vzájemné setkání probíhalo přirozenou cestou, a to především bezpečně a ve stabilním prostředí. To zajišťuje přítomnost odborného pracovníka. Pracovníci tak mají přímý vhled do problematiky a mohou být svědky průběhu kontaktu, ale také celého procesu navazování vztahu matky s jejím dítětem (Butulová, 2013). Role pracovníka se tak stává klíčovou pro realizaci celého kontaktu. Jelikož právě pracovníci jsou ti, kdo píší zprávy z asistovaných kontaktů, tvoří dokumentaci, vedou konzultace, volí vhodné intervence, ale především jsou v přímém kontaktu s institucemi, které mají výkonnou, čili rozhodovací funkci. Jejich zapojení do procesu navazování kontaktu mezi matkou a dítětem přináší specifický pohled na celou problematiku (Butulová, 2013).

K výběru tématu práce autorku inspirovala vlastní zkušenost s asistencí u kontaktů rodičů s dětmi. Dále také velký zájem o matky po léčbě závislosti, kterým jsou jejich děti primární motivací pro abstinenci.

Předpoklad autorky pro tento výzkum spočívá v náročnosti opětovného navázání kontaktu mezi matkou a dítětem po absolvování léčby závislosti matky. Práce se zaměřuje na proces opětovného navázání kontaktu – co musí matka udělat a podstoupit, zda je tento průběh stejný pro matku – bývalou uživatelku návykových látek (legálních i nelegálních), jako pro matku bez drogové minulosti. Dále autorku zajímalo, zda se jedná o postupný, ničím nenarušený proces nebo zda existují překážky, které musí matka zatížená stigmatizací bývalé uživatelky návykových látek překonávat. Za předpokladu prokázání zmíněných překážek autorku také zajímalo v čem spočívají a jak je vnímají pracovníci služeb zajišťující asistenci při navazování kontaktu matky s dítětem. Dále také jak vypadá vzájemná spolupráce matek a pracovníků těchto služeb.

Diplomová práce je členěna do dvou částí – teoretické a výzkumné.

Teoretická část je věnována specifikám užívání návykových látek u žen a blíže sleduje fenomén matky užívající návykové látky. Dále se zabývá rozpadem rodiny a odebráním dítěte z péče matky. V této návaznosti pak právně ukotvuje asistované kontakty s dítětem, vymezuje pojem asistovaného kontaktu a přibližuje průběh setkání matky s dítětem za přítomnosti osoby, která asistovaný kontakt zajišťuje.

Výzkumná část představuje samotný proces sběru dat, metody zpracování a prezentuje výsledky výzkumu. Zkoumá jakým způsobem probíhá navazování kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, které úspěšně absolvovaly léčbu závislosti a jejich dětmi za využití služeb zajišťujících asistované kontakty. Blíže sleduje překážky, které by opětovné navazování kontaktu mohly komplikovat.

2 Návykové látky

Pojem návykové látky se často zaměňuje za pojmenování psychoaktivní látka, nebo droga. Všechny tyto pojmy jsou ale souhrnným názvem pro chemické látky, které působí na centrální nervovou soustavu. Po požití této látky dochází ke změně mozkových funkcí. Projevem může být změna vnímání reality, nálady, vědomí a následně tedy i chování (Kalina et al., 2001).

Psychoaktivní látky nachází své využití v mnoha oblastech. Rozšířené jsou pro rekreační užívání, rituální a duchovní účely jako tzv. entheogen nebo dále jako léčivo.

Návykové látky jsou úzce spjaty s riziky a rizikovým chováním, které v důsledku jejich užívání může způsobit nárůst problémů ve zdravotní, sociální, ale i například výchovné oblasti. Jak již ze samotného názvu vyplývá, jedním z hlavních rizik návykových látek může být právě návykové, neboli závislostní chování. To má přímý dopad na psychický i fyzický stav daného jedince (Mravčík a kol., 2015).

Návykovými látkami v textu diplomové práce autorka míní jakékoliv tzv. legální i nelegální návykové látky vyjma tabáku ve smyslu § 2 písm. a) zákona č. 65/2017 Sb., ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek v platném znění, kde je návyková látka definována jako *“alkohol, tabák, omamné a psychotropní látky a jiné látky s psychoaktivními účinky, jejichž užívání může vést nebo se podílet na vzniku a rozvoji duševních poruch a poruch chování”*, pro potřeby této diplomové práce však závislost na tabáku nebyla relevantní.

Výčet jednotlivých omamných a psychotropních látek je uveden v nařízení vlády č. 463/2013 Sb. o seznamech návykových látek, dle § 44c odst. 1. zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých zákonů, který mění zákon č. 273/2013 Sb.

3 Užívání návykových látek v kontextu genderu

Existují značné rozdíly mezi ženou a mužem v aspektech problematiky užívání návykových látek. Mezi uživateli drog ve všech zemích Evropské unie je stále více mužů než žen a to především v intenzitě, četnosti a problémovém užívání. Tato tvrzení vycházejí z přehledu uživatelů návykových látek, kteří navštěvují služby pro léčbu drogové závislosti (EMCDDA, 2005).

Ačkoliv se může zdát, že jsou pojmem gender míněny pouze biologické vlastnosti člověka, ve skutečnosti tento pojem skrývá širší charakteristiku. Genderem je totiž míněn způsob projevu ve společnosti, chování jedince, ale i osobnostní postoj. Velice jednoduše řečeno jde o předpoklad toho, jak má vypadat „maskulinní“ muž a jak „femininní“ žena. Jedná se tak o tzv. genderové stereotypy, které tvoří seznam vlastností běžných pro dané pohlaví (Renzetti & Curran, 2003).

V kontextu návykových látek a závislosti se gender odvrací od zmíněného biologického pojetí a zaměřuje se spíše na sociální, sociologický a kulturní kontext daného jedince. Právě užívání návykových látek a následná závislost byla poměrně dlouhou dobu považována za mužský problém, který nejčastěji vycházel z touhy po větším množství energie, zkvalitnění sexuálního prožitku, nebo čistě po rozptýlení (Brecht, O'Brien, Mayrhauser, & Anglin, 2004). V posledních letech se tento předpoklad mění a více se zaobírá i ženskou problematikou nadužívání návykových látek.

I přes to, že prevalence závislosti na alkoholu, konopí a nikotinu je stále vyšší u mužů než u žen, zdá se, že rozdíly mezi zneužíváním opiátů a stimulantů mezi pohlavími vymizely. Dále se zdá, že jsou ženy více náchylnější k rozvoji drogové závislosti, trpí vážnějšími fyzickými a psychickými následky z užívání drog a mají větší potíže s odvykáním. To vychází z tvrzení, že dopaminový systém jakožto neurobiologický faktor je sexuálně dimorfní. Prokazuje to rozdílnost v počtu dopaminergních neuronů, v hustotě dopaminergních zakončení a také v citlivosti dopaminergního systému, který je ovlivněn pohlavními steroidními hormony, zejména estrogenem. I to by se mělo brát v potaz při hodnocení a léčbě jedinců při závislosti na návykových látkách (Mendrek, 2014).

3.1 Specifika užívání návykových látek u žen

Ze všech osob v Evropě, které mají vážný problém související s užíváním návykových látek, tvoří ženy přibližně jednu čtvrtinu (EMCDDA, 2016). Specifikem této skupiny je především celkové zatížení stigmatem a tabuizace jejich problému. Tato kulturní tabuizace zapříčiňuje to, že si ženy svůj problém nechtějí připustit a nabídku pomoci odmítají s pocitem selhání. Často si míru problému ani neuvědomují a jejich okolí tomu také nepřikládá patřičnou váhu.

Ze souhrnné zprávy o závislostech v České republice (2022) je patrné, že výskyt škodlivého užívání návykových látek je 2–3 krát vyšší u mužů než u žen. Výjimku tvoří psychoaktivní léky, kde ženy tvoří přibližně 2/3 pacientů léčených pro závislost na sedativech a hypnotikách.

Od počátku 90. let 20. století se objevuje potřeba věnovat více pozornosti tzv. „ženské otázce“, kterou je míněna rozdílnost mezi problematikou užívání návykových látek u žen a u mužů (Vobořil in Kalina, 2003). K zaměření pozornosti k ženské populaci užívající návykové látky vedla mimo jiné i zjištění, že věk prvního experimentu s návykovou látkou je nižší u děvčat než u chlapců. To následně vedlo ke vzniku teorie, že žena může být velice snadno ovlivňována starším partnerem nebo rodinným prostředím, které ji vede k užívání návykových látek. Dále to však mohou být i další předpoklady, o kterých autorka pojednává dále v textu.

Hlavní genderové odlišnosti v kontextu drogové problematiky jsou podmíněny jak na biologické, tak i na sociální úrovni.

První odlišností, které by se autorka ráda více věnovala vychází z biologické, především tedy fyziologické rozdílnosti mezi mužem a ženou. Závislost na návykových látkách má totiž u žen jiné charakteristiky, než u mužů. Rozdílnost je již v počáteční volbě návykové látky, přes množství dávky až po průběh užívání nebo tendence k relapsu. Určujícím faktorem je, že závislost na návykových látkách postihuje u žen jiné mozkové oblasti než u mužů a vliv návykových látek může být silnější i při nižších dávkách drogy. Dále je také potřeba brát v potaz rozdílnost v hladině pohlavních hormonů, které ovlivňují systém odměny a stresu a jsou tak hlavními důvody přijímání drogy. U žen je však míra eskalace, potíže s užíváním, ale i frekvence relapsů a abstinence vyšší v návaznosti na pohlavní hormony. U žen také hrozí vyšší riziko vzniku závislosti po akutní aplikaci drogy v souvislosti s fluktuující hladinou hormonů, která má přímou spojitost s menstruačním cyklem (Amchová, Kučerová, 2015). Biologické predispozice žen jim také umožňují zažít stejnou úroveň intoxikace při menším množství užití látky než například u mužů. Proto se i dlouhodobější užívání návykových látek u žen projevuje fyzicky viditelnějšími zdravotní problémy, které jsou patrné například na kůži či v dutině ústní.

Ze socio-kulturní roviny je s tématem žen, uživatelů návykových látek, často spojovaný pojem stigmatizace. Stigma, jakožto rys osobnosti, který se jeví ve společnosti jako nežádoucí a společností nepřijímaný, a na jehož základě je jedinec ze společnosti vylučován. U uživatelů návykových látek je stigmatizace velkou součástí jejich drogového života a je doprovázena pocitem viny a hanby, které ústí v nepřijetí okolí a obavu z vyhledání pomoci. Zatíženost stigmatem je u žen vyšší než u mužů hlavně z důvodu problematiky spojené s biologickými faktory jako je těhotenství a mateřství (Preslová in Kalina, 2003).

Když zůstaneme v socio-kulturní rovině, dozvíme se, že se ženy rovněž setkávají s další překážkou, kterou je socio-ekonomická zátěž, která vyplývá z nižší zaměstnanosti žen a jejich inklinací k sexuálnímu průmyslu jakožto zdroji finančních prostředků. V Evropské unii si tímto způsobem obstarává finanční prostředky na návykové látky až 60 % žen (EMCDDA, 2000). EMCDDA dále informuje, že ženy užívající návykové látky páchají méně trestných činů a přestupků než muži. Paradoxní je, že finanční prostředky získané formou prostituce s sebou také přináší rizika včetně případné kriminality.

Právě například prostituce, emoční a sexuální zneužívání, ale i jiná traumata (např. z fyzického násilí) mohou být příčinou užívání návykových látek nebo způsob vypořádávání se s nepříznivou životní situací. Tím se autorka dostává k tomu, že jedním ze specifických faktorů uživatelů návykových látek jsou psychické problémy, které ke vzniklé závislosti vytváří tzv. komorbiditu, neboli současný výskyt více nemocí. Studie ukazují, že přibližně polovina všech uživatelů návykových látek trpí souběžně nějakou duševní poruchou (EMCDDA, 2015a). U žen to jsou nejčastěji úzkosti, depresivní stavy, nebo post-traumatické stresové poruchy (UNODC, 2016). Dále to také mohou být různé formy poruch příjmu potravy, které jsou s návykovými látkami úzce spjaty a fungují jako prostředek regulace váhy a jídelních návyků.

Jedním z posledních faktorů, které by autorka chtěla zmínit je přebírání vzoru užívání návykových látek z rodinného prostředí, která má na ženu velký vliv. Rodinným prostředím může být míněna jak primární, tak i například sekundární rodina, a to konkrétně partner, nebo manžel (Brecht et al., 2004).

3.2 Matky uživatelky návykových látek

Samostatnou kapitolu tématu žen užívacích návykové látky tvoří ženy, které jsou souběžně v roli matky. Pojetí matky je pro každého poměrně citlivou záležitostí. Každý má svá očekávání, osobní

prožitky a zkušenosti. Jak na vědomé, tak i nevědomé úrovni (Preslová, 2009). Společnost je proto vůči matkám, které propadly závislosti na návykových látkách mnohdy nekompromisní a odsuzující. Objevuje se zde i pojem tzv. „dvojí deviace“. Významem odkazuje na předchozí kapitoly, kde autorka pojednává o genderové problematice. Dvojí deviace ve své podstatě znamená dvojí selhání. Jedním selháním ženy je, že začala užívat návykové látky a nenaplnila představy společnosti o tom, jak by se „správná“ a „feminní“ žena měla chovat. Druhým selháním je, že zklamává i v roli manželky a matky (Vobořil in Kalina, 2003).

Důsledkem výše zmíněné dvojí deviace je velký společenský tlak, který umocňuje strach vystoupit z anonymity a své problémové užívání řešit. Ztráta anonymity by reálně mohla znamenat, že žena přijde o své děti i přes to, že by nevykazovaly známky zanedbání.

Kubištová a Jandáč (2020) se ve své studii zabývají pocitem viny vůči dětem u žen léčících se ze závislosti na návykových látkách. Výsledky studie ukazují, že všechny zúčastněné ženy, které byly v průběhu života odloučené od svých dětí, se nyní potýkají s jistou formou pocitu viny. Shodují se také v tom, že litují svého užívání návykových látek v období těhotenství. To totiž vedlo k objevujícím se vývojovým vadám u jejich dětí nebo se mezi matkou a dítětem nevytvořilo mateřské pouto. Dále také popisují obavu ze zpětného navázání důvěry, což zapříčiňuje právě pocit viny.

Matky, uživatelky návykových látek, jsou charakteristické svou nejistou citovou vazbou, která nedokáže udržet trvalé emoční pouto. Je to jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik závislosti na návykových látkách. Bowlby (2010) o tomto emočním poutě hovoří jako o attachmentu, který je specifický svou potřebou udržovat si vztah s blízkou osobou, a to hlavně ve stresových podmínkách.

Dítě má po narození tendenci vazbu navázat a hledá proto svou vazebnou osobu. Nejčastěji je touto osobou právě matka, která dokáže uspokojit základní potřeby dítěte a upevňuje tak attachmentový systém, který je pro dítě klíčový primárně ve stresovém období (Pešek, Vejrych, 2016). Později se dítě od vazebné osoby (matky) začne separovat a utváří svou vlastní identitu. I to je však proces attachmentu, který prohlubuje pouto matky a dítěte a vzájemně dochází k interakcím na bázi bezpečí, jistoty a zpětné vazby.

Pokud se zmíněný vztah na bázi attachmentu nevyvine, nemůže být logicky ani pro jednu stranu uspokojivý. Často se tomu tak děje právě u uživatelek návykových látek a jejich dětí, například z důvodu změny pečující osoby, nedostatečné péče a pozornosti ze strany matky nebo z důvodu přenosu traumatu ze své původní rodiny. Narušená vazba se může projevit nezaujetím dítěte o matku, absencí pláče při odchodu matky a radosti při jejím příchodu (Vondráčková, 2012).

V případě, že žena během těhotenství nebo po porodu dítěte setrvává ve svém životním stylu jakožto uživatelka návykových látek, je pravděpodobné, že se situace odrazí v nedostatečné péči o dítě, popřípadě v narušených vztazích a nevyhovujícím soužití. Rizikem je pak sociální izolace, dohled sociálních orgánů na rodinu nebo i to, že děti budou vést svůj život ve stejné podobě jako rodiče (Preslová in Kalina, 2003). Je proto potřeba problém podchytit co nejdříve a motivovat ženy k léčbě.

Motivace je u takto specifické skupiny velké téma. Představuje jí totiž většinou hrozba z odebrání dítěte z péče, nebo naopak, možnost získání dítěte zpět do své péče. Dále také ale tlak rodiny, partnera, hrozící výkon trestu, nebo například snaha změnit svůj život, začít znovu i s dítětem a bez užívání návykových látek (Nevšimal et al., 2007). Znamená to, že motivace přichází z vnějšího prostředí a je podmíněna dopady abúzu návykových látek. Jedná se o takzvanou pasivní motivaci, která postrádá důležité odhodlání, které je potřeba k udržení dlouhodobé abstinence. Nátlak okolí, nejčastěji tedy rodiny klientky, situaci nepomáhá, jelikož přístup klientky pak není upřímný a otevřený. Tlak okolí je, dle Preslové (2003), na místě ve chvíli, kdy je matka prvorodičkou a dítě představuje naději a nový začátek (Preslová in Kalina, 2003). I s vnější a pasivní motivací se dá

pracovat a to formou posilování vnitřní motivace, podporou a zvědomováním tématu péče o dítě a jeho navrácení zpět do péče matky (Nevšimal et al., 2007).

3.3 Systém léčebné péče pro matky užívající návykové látky

Systém léčebné péče pro uživatele návykových látek, neboli specializované adiktologické služby v České republice vycházejí ze zdravotnických a sociálních služeb. Je vybudován poměrně rozsáhlý systém těchto služeb, které odpovídají předem nastaveným kritériím a standardům odborné způsobilosti. Cílem těchto služeb je prevence a léčba uživatelů návykových látek. Kalina (2003) tento systém představuje skrze kritéria, která jsou pro chod těchto služeb podstatná. Jedná se kvalitativní a kvantitativní oblasti. Kvalitativní oblast se zaměřuje především na strukturu a provázanost sítě a kvantitativní oblast na rozsah a její dostupnost. To pomáhá zachycení klienta a jeho vhodné zařazení do léčebného programu, který bude naplňovat jeho potřeby a tím se zvýší efektivita a účinnost léčby (Kalina, 2003).

V rámci adiktologických služeb se vytvářejí menší celky – programy, které pracují se specifickou cílovou skupinou uživatelů návykových látek nebo se zaměřují na určitý cíl. Služby zahrnují různé formy intervencí, jako je například diagnostika, poradenství, individuální a skupinová psychoterapie, socioterapie, rodinná terapie, farmakoterapie a poradenství pro rodinu a osoby blízké (Miovský, 2013).

Síť adiktologických služeb v České republice tvoří přibližně 250–300 programů různých typů. Odhadované počty jednotlivých služeb k roku 2021 jsou uvedeny v následující tabulce, která byla vytvořena na základě dat ze Souhrnné zprávy o závislostech v České republice (2022).

Tab. 1 – Síť adiktologických služeb v České republice k roku 2021.

Služby	Odhadovaný počet
Nízkoprahová kontaktní centra	50–60
Terénní programy	50
Ambulantní léčebné programy	90–100 (z toho 10 programů pro děti a dorost)
Detoxifikační jednotky	10–15
Lůžková zdravotní péče	25–30
Terapeutické komunity	15–20
Ambulantní doléčovací programy	35–45
Domovy se zvláštním režimem	5–7
Substituční léčba	60 (léčbu poskytuje odhadem také 600–700 praktických lékařů)

Zdroj: Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021

Odborná zařízení, které se problematikou užívání návykových látek zabývají, hlásí postupný nárůst těhotných žen a matek. Důvody, proč s nimi přijdou do kontaktu jsou nejčastěji tři. Prvním důvodem je, když je žena evidovanou klientkou adiktologických služeb a otěhotní. Jedná se o nejvhodnější model, protože žena má v zařízení jistou důvěru a je tak i většinou otevřená spolupráci. Je možné s ní i nadále pracovat a indikovat další možnou péči a léčbu, popřípadě předcházet rizikům spojených s užíváním návykových látek. Častým tématem je v tomto případě substituční péče, možnost potratu, či adopce a další sociální otázky (Preslová in Kalina, 2003).

Druhým častým důvodem je situace, kdy aktivní uživatelka návykových látek porodí dítě s abstinenčním syndromem. Porodnice je nucena kontaktovat příslušné zařízení, nejčastěji odbor

sociálně právní ochrany dítěte, který jedná v zájmech dítěte a umístí jej do kojeneckého ústavu, nebo jej svěří do péče jiné blízké osoby na základě předběžného opatření. Vyhrocení situace do takového extrému vychází z přístupu matky a její ochotě podstoupit léčbu (Preslová in Kalina, 2003).

Třetím, nejčastějším a nejméně nadějným důvodem je, když na nefunkční rodinné zázemí, které je způsobeno užíváním návykových látek matkou, upozorní okolí. Bývá to nejčastěji širší rodina matky, instituce, do kterých děti závislé matky docházejí (praktický lékař, škola, zájmové kroužky,...) nebo například lidé žijící v okolí rodiny (sousedé, kamarádi, zaměstnavatel,...). Jedná se o dlouhodobě trvající problém, na který je rodina zvyklá a náhlá změna je pro dítě velice náročná i přes to, že mohlo například docházet k zanedbávání péče. Řešení je potřeba zajistit mezioborově a za aktivní spolupráce všech zúčastněných, kteří budou jednat v zájmu dítěte (Preslová in Kalina, 2003).

Matkám s dětmi je proto potřeba věnovat specifický přístup, který si žádá vyhledat řešení minimálně pro dvě osoby – pro ni a její dítě. Genderový problém v léčbě závislostí tak dostává nový rozměr doplněný o potřebu zahrnout do něj ještě specifické potřeby dětí uživatelů návykových látek a zahrnout je péče.

Dnešní doba však nabízí genderově vstřícné léčebné programy, které zahrnují do léčby i děti uživatelek návykových látek. Jedná se o komplexnější programy, které reagují na specifické problémy žen, jako je například právě mateřství, těhotenství, ale i stigma, pocit viny, nebo traumata spojená se životem v závislosti. Tyto programy nalezneme jak ve službách prvního kontaktu, tedy nízkoprahových a ambulantních programech, tak i ve zdravotnických službách, substitučních programech, tak i pobytových službách, jako je například terapeutické komunita. Dále existují i specializované následné péče zaměřující se na období po léčbě matky a podporuje ji v návratu do běžného života.

Většina těchto programů je takzvanou koedukovanou léčebnou službou. To znamená, že terapeutická péče je stejná jak pro muže, tak i ženy. Zakládá si však na rovném přístupu, vzájemné toleranci a individuálním přístupu ke všem klientům. Tudíž v ní i ženy a matky dětí naleznou potřebnou podporu a zaměření na jejich problematiku.

V České republice se nachází Terapeutická komunita SANANIM – Karlov, která nabízí léčbu pro drogově závislé ženy společně s jejich dětmi. Je podmíněna absolvováním detoxifikace, dobrovolností vstupu, věkem a přijetím řádu, režimu a pravidel života v komunitě. Z údajů uvedených na jejich webových stránkách vyplývá, že ročně se v terapeutické komunitě léčí přibližně 75 klientů a s matkami zde bývá okolo 25 dětí. Dle uvedených statistických dat téměř 80 % matek, které do léčby v terapeutické komunitě nastoupí, dokončí úspěšně celý program (Terapeutická komunita Karlov, 2022).

4 Rozpad rodiny v důsledku užívání návykových látek

Není přirozenější prostředí pro vývoj dítěte, než jeho rodina. Dítě si prostřednictvím rodiny dokáže uspokojovat řadu svých potřeb a zcela přirozeně se v ní formovat. Rodina sice není zcela jedinou takovou možností pro osobnost dítěte, ale v nejranějším věku se v ní dítě nachází většinu svého života, tudíž je potřeba klást na ni patřičný důraz. Z raného dětství až do adolescence se vyvíjí ty nejhlubší a nejdéle trvající citové vazby mezi dítětem a osobou, která ho vychovává, nejčastěji tedy rodičem (Matějček, 2005).

Pojem rodina tak nezastřešuje pouze děti, ale i jejich rodiče, které ze vzájemné vazby také čerpají. Rodiče do vazby přinášejí bezpečí, jistotu, sounáležitost, a měli by svým dětem být vzorem. Není tomu tak ale vždy a to přináší do společného soužití problémy, které mohou poškozovat vzájemné vazby a následně i vztahy. Příčinou problému mohou být rozdílné názory, potřeby, ale i očekávání od druhých. Nejčastěji to však bývají hádky rodičů, problémy s novým partnerem jednoho z rodičů, problémy mezi sourozenci, domácí násilí (tělesné či psychické týrání), nebo problém s návykovými látkami jednoho nebo obou rodičů (Hartl, Hartlová, 2010).

4.1 Rodina

V tématu rodiny existují dva na sebe volně navazující pojmy, u kterých je patrný vývoj v čase a kultuře. Jedná se o pojmy tradiční a moderní rodina. Tradiční rodina je definována pokrevním příbuzenským vztahem a svazkem dvou nebo více lidí. Pojem zahrnuje i širší rodinu, tedy více generací žijících pospolu (Murdock, 1949). Později však tato definice začala být kritizována většinovou společností a začal být prosazován modernější a více industrializovaný pohled na rodinu. Ten do rodiny zahrnuje i například jen jednoho rodiče, pěstounské rodiny, páry stejného pohlaví, rodiny bez dětí a mnoho dalších variant, které se liší od tradičních norem (Muraco, 2022).

Obě tyto pojetí spojuje závazek, který mezi jedinci vzniká a propojuje osoby bez ohledu na genetické spojení. Dalším pojítkem v rodinném prostředí jsou citové vazby. Ty nejvíce určují charakteristiku rodiny, jelikož skrze city dokáží komunikovat všichni jedinci, bez ohledu na věk, pohlaví či vzdělání. V poslední řadě je to i péče, která je v rodinných vazbách přítomna, bez ohledu na přístupy a pojetí (Benokraitis, 2015).

Jak již autorka zmínila, změna pojetí definice rodiny se mění vlivem celkového vývoje společnosti. Nicméně hlavními faktory, které podnítily změnu pohledu na rodinu, je uvolněnější přístup k manželskému a rodinnému svazku. Například rozvod nebo opětovné uzavření manželství zapříčiňují, že děti nevyrůstají ve své původní rodině, ale stávají se součástí nevlastní nebo smíšené rodiny. Dítě si pak tento neúplný kontext nebo milnou představu o vztazích, může přenášet do své dospělosti a tento vzorec opakovat. Znamená to tedy, že to, co se v rodině naučíme, tvoří základ do našeho života a nejvíce se to projeví až v rodině, kterou si sami založíme (Muraco, 2022).

Definice rodiny může být různá a může se lišit v různých specifikách. Záleží na jaký jev se zaměříme a co je pro nás podstatné. Dle definice z Psychologického slovníku je rodina založena na vzájemné pomoci a vychází ze vztahů mezi jedinci (Hartl, Hartlová, 2010). Také na rodinu můžeme nahlížet skrze vzájemné interakce a společenské vazby, které jsou však plně nahraditelné jinou institucí (Kvapilová, 2001). Možný (1990) na rodinu zase nahlíží skrze skupinové spojení, které může vzniknout jak pokrevním spojením, manželským sňatkem, adoptivním vztahem nebo například neformálním soužitím malé sociální skupiny (Možný, 1990).

4.1.1 Funkce rodiny

Pohledy na definici rodiny se mohou lišit, nicméně samotné základní funkce rodiny zůstávají neměnné, a to jak v malém sociálním okruhu dané rodiny, tak i ve společnosti. První funkce je biologicko-reprodukční. Ze samotného názvu vyplývá, že jde o zakládání rodiny a pokračování v rodinné linii, tedy o zachování lidského druhu. Nejde však pouze o zplození a přivedení dítěte na svět, ale také o to mu zabezpečit potřebné podmínky pro vývoj a následný život (Smutková, 2007).

Rodina je také brána jako důležitý prvek pro rozvoj ekonomického systému společnosti. Druhá funkce rodiny je proto zaměřena na sociálně-ekonomickou sféru. Uspokojení základních životních potřeb jako je například bydlení, vybavení domácnosti, zdravotní péče, ale i jiné materiální vybavení vychází z dostatečného finančního příjmu rodiny. Rodina tak není pouze producentem, ale také významným spotřebitelem, na kterém je ekonomika státu závislá (Smutková, 2007).

Téma finančního zabezpečení rodiny je dle autorčina názoru čím dál tím více aktuálnější. Především z pohledu mladých lidí, kteří se chtějí uplatnit na trhu práce a proto věnují čas především studiu a získávání praxe. To se však neslučuje s finančním zajištěním daného jedince, které se posouvá do pozdějšího věku a tím se odkládá i samotné založení rodiny kvůli nedostatečnému finančnímu zabezpečení v mládí.

Jak již autorku zmínila v úvodu této kapitoly, rodina by měla být pro dítě tím nejpřirozenějším prostředím, které tvoří bezpečí a důvěru. S tím souvisí i třetí funkce rodiny a tou je ochranná, neboli zaopatřovací a pečovatelská funkce. Tyto funkce zahrnují naplnění základních životních potřeb členů rodiny, ale také stabilitu, která přináší do rodinného prostředí jistotu a důvěru. Naplnění této funkce rodiny funguje jako prevence rizikových faktorů a negativních vlivů, jako je například užívání návykových látek, kriminalita a další (Smutková, 2007).

Nejdůležitější a nepřenositelnou funkcí rodiny je emocionální podpora. Vychází z potřeby lásky, úcty a bezpečí. Všechny tyto potřeby by rodina měla dokázat saturovat a vytvářet tak potřebný vztah mezi jednotlivými členy rodiny. Jedná se především o pozitivní emoce, které jedinci v rámci rodinného systému prožívají. Zároveň i negativní emoce a přiměřená frustrace nám pomáhají ve vývoji osobnosti a podpoře vztahů (Smutková, 2007).

Jako poslední funkci rodiny uvádí Kraus (2008) socializačně-výchovnou složku. V tomto případě je rodina primárním výchovným činitelem, které dítě učí základní návyky a způsoby chování ve společnosti. Naučené chování si dítě pak zkouší v institucích, jako jsou školy a školky, kde si již naučené chování utvrzuje a prohlubuje jej na úrovni společnosti (Kraus, 2008).

4.1.2 Typy rodiny

Mnoho věcí na světě nelze ovlivnit a jednou z těchto věcí je to, do jaké rodiny se člověk narodí. Rodina může mít různé podoby, předávat nám rozdílné hodnoty a naplňovat rozdílné potřeby. Především záleží na tom, jaké funkce je rodina schopna plnit a kterým příkládá potřebný důraz. Z toho vycházejí i různé typy rodin, které se rozdělují na funkční, problematické, dysfunkční a afunkční. Jedná se o výsledek užití diagnostického nástroje navrženého Dunovským (1986), který sleduje složení rodiny, stabilitu rodinného prostředí, sociální a ekonomickou situaci (věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav...) a osobnost jednotlivých členů, tedy rodičů, dítěte i sourozenců (zdravotní a psychický stav, úroveň společenské adaptace, schopnost přizpůsobení...). Fischer a Škoda (2014) se popisem typů rodin dle Dunovského (1986) více zabývali a dali jednotlivým typům stručnější a aktuálnější podobu, ze které autorka této práce vycházela.

S prvním typem, tedy funkční rodinou, se setkáváme ve většinové společnosti. Uvádí se orientační odhad a to 85 % všech rodin v běžné populaci, kteří jsou považováno za funkční typ (Fejsková, 2015). Tento typ lze definovat jako takový, kde jsou zastoupeny všechny potřebné základní funkce. Plnou zodpovědnost za jejich plnění nese sama rodina a stát jí je podporou.

Problematická rodina skýtá porušení jedné z funkcí. Jedná se o problém, který má krátkodobý charakter a členové rodiny se jej snaží řešit a tak mu věnují dostatek potřebné pozornosti. Ostatní funkce rodiny tímto problémem nejsou ohroženy a rodina má dostatek prostředků a možností problém řešit sama nebo s jednorázovou pomocí zvenčí. Fejsková (2015) ve svém výzkumu uvádí možnost výskytu okolo 12 % problémových rodin. Pokud by selhala i některá z dalších funkcí rodiny, jednalo by se už o další typ, tedy dysfunkční rodinu.

U dysfunkčního typu rodiny je velké riziko poškození rodiny jako celku a především narušení mravního vývoje dítěte. V této situaci je již nutná podpora a pomoc zvenčí. Nejčastěji zasahuje stát, který saturuje některé funkce rodiny a hájí především zájmy samotného dítěte (Fisher, Škoda, 2014). V dysfunkční rodině se setkáváme s otázkou odebrání dítěte/dětí z péče rodičů. Procentuální zastoupení tohoto typu rodin je cca 2 % (Fejsková, 2015).

Odebrání dítěte z péče rodičů je běžným postupem u rodin afunkčního typu. Rodina v tomto případě selhává na všech úrovních a neplní žádnou z uvedených základních funkcí. Dítě tak nemá vzor a kladný příklad. Dochází k riziku poškození dítěte, či jeho ohrožení na životě. V běžné populaci se jedná asi o 0,5 % rodin (Fejsková, 2015).

Součástí rozdělení typů rodin by autorka pro kontext celé diplomové práce ráda zařadil i rozdělení rodiny na úplnou a neúplnou.

Pro účely této práce pracuje autorka s pojmem úplné rodiny dle Matějčka (1994), který říká, že „*dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají – a je pro ně zcela nepodstatné, zdali tihle „jeho“ lidé na to mají či nemají potvrzení z porodnice.*“ (Matějček, 1994, s. 16). Úplnou rodinu tak tvoří osoby, které s dítětem, nebo dětmi sdílí svůj volný čas a dávají mu otcovskou a mateřskou lásku a také děti, které tento vřelý vztah dospělým osobám opětují.

Pokud jeden z partnerů rodinu opustí a děti zůstanou pouze s matkou nebo otcem, považujeme tento stav za neúplnou rodinu. Nemusí se vždy jednat pouze o rozdělení rodičovského vztahu, tedy rozvod nebo rozchod rodičů. Do těchto statistik se zahrnuje i úmrtí, uvěznění nebo emigrace. Dle statistik Českého statistického úřadu tvoří neúplnou rodinu nejčastěji rozvedené ženy pečující o děti a to téměř v 90 % případů (ČSÚ, 2013b, online). Dle stejných statistik je známo, že pětina dětí z jejich celkového počtu vyrůstá pouze s jedním z rodičů, což je cca 400 000 dětí (ČSÚ, 2013b, online).

Neúplná rodina a výchova dětí v ní je považována poměrně za problematickou. Poukazuje se především na absenci vzoru jednoho z rodičů (mužského/ženského), absence citové pohody a podpory, nedostatečnosti finančních prostředků a možný stresor v podobě konfliktu mezi rodiči. Naopak je potřeba zmínit, že i neúplná rodina může být pozitivním modelem a to ve chvíli, kdy například docházelo k problematickému soužití rodičů, které mělo přesah a přímý vliv na děti ve stejné domácnosti. Rozdělení rodičů tak bylo primárně žádoucí (Možný, 2002).

Jednotlivé typy rodiny autorka práce uvádí především pro představu, kdy a z jakého důvodu v rodině dochází k rozpadu a jaký vliv to má na děti.

4.1.3 Užívání návykových látek v rodinném systému

Užívání návykových látek má primárně největší vliv na daného jedince, který ji užívá. Dále je ale potřeba vzít v potaz, jak se užívání promítá do jeho okolí a především do rodinného systému. Návyková látka mění psychický stav uživatele, který následně svým chováním mění homeostázu

rodinného prostředí. Dochází ke změně dynamiky, hierarchie a pohody rodiny, ale i ke změně vztahů obecně. Rodinné prostředí je vystavováno opakovanému testování vzájemné důvěry a vlivem měnících se vztahů může být rodina ohrožena například domácím násilím, emoční absencí, nebo traumatem (Supriyanto et al., 2021).

Neplánované změny, ke kterým v rodině dochází v důsledku užívání návykových látek jednoho z členů rodiny, mohou v budoucnu ovlivnit i členy další. Situace nutí jednotlivé členy rodiny vžívat se do rolí, na které nemusí být připraveni a nemusí s nimi umět pracovat.

Jedním z důležitých aspektů užívání návykových látek v rodinném systému je již zmíněná změna v hierarchické struktuře rodiny. Osoba, která návykové látky užívá, může často měnit své návyky a vzorce chování. Typický příkladem je opuštění zaměstnání nebo neplnění svých povinností. V širším kontextu tak není schopna plnit svou tradiční roli uvnitř rodinného systému. Změna hierarchie může vést k přetížení jednoho z členů rodiny, který následně vykonává práci za jedince, který užívá návykové látky (Supriyanto et al., 2021).

Účinky zneužívání návykových látek v rodině mají velký vliv na děti, které touto problematikou trpí nejvíce ze všech členů rodinného systému. Užívání návykových látek rodiči má vliv na dítě ve vztahu k samotnému vývoji, ale ovlivňuje i důvěru, disciplínu, motivaci a celkovou schopnost zdravě prožít své dětství. Rodiče mají svým chováním vliv na mezigenerační přenos užívání návykových látek, protože pro děti může být v danou chvíli chování rodičů morální, správné a především běžné. Studie negativních účinků zneužívání návykových látek rodiči na děti přišla s výsledky, že identifikovaly účinky nekonzistentních, neangažovaných nebo drsných rodičovských praktik na vazbu mezi matkou a dítětem. Vystavení násilí a otcova nepřátelství přispívají k externalizaci a internalizaci chování dětí (Straussner et al., 2018). Například i ve fungujících vztazích, kde je rodič závislý na návykových látkách, si děti vyvíjejí složité struktury popírání, nebo kompenzace problému. To v pozdějším věku může vést k opakování vzorce jejich rodičů a začátku s užíváním návykových látek, které jim pomohou vyhnout se emočnímu tlaku, nespokojenosti, nebo pocitu nepřijetí (Supriyanto et al., 2021).

Dalším, poměrně obvyklým jevem, který se v rodině, kde alespoň jeden člen užívá návykové látky, objevuje, je takzvaná spoluzávislost. Jedná se o užívání návykových látek více členy rodiny najednou. To následně vytváří jak psychické, fyzické, tak i finanční problémy. V tomto případě se rodinné prostředí rozšiřuje i o širší rodinu, která přebírá roli členů základní rodiny, kteří neplní své funkce. V horších případech dochází k rozdělení rodiny a například k odebrání dětí z péče rodičů (Straussner et al., 2018).

4.2 Rozpad rodiny

Ukončení vztahu, popřípadě manželství je neplánovanou událostí v rodině, která je velice náročná pro všechny zúčastněné. Jedná se o situaci, která přímo ovlivňuje všechny členy rodiny. Nejde pouze o náročnost spojenou se samotným rozvodem, ale o celý proces, který se s rozvodem pojí. Rozdělením rodiny dochází k narušení její stability, což s sebou přináší emoce spojené se stresem, pocity úzkosti, ale i konkrétní překážky jako je stěhování, ztrátu kontaktu s rodičem, nebo dokonce zapojení se do konfliktu mezi rodiči (Nelson, 2009). V konečném důsledku je snížena psychická pohoda u dětí, která vede k obtížím v přizpůsobení a navazování nových vztahů jak v dospívání, tak i v dospělosti. Rozpad rodičovské vazby nutí děti přehodnotit důvěru ve své vlastní vztahy (Woosley et al., 2009).

V České republice je aktuálně situace taková, že rozvod manželství svých rodičů zažívá přibližně 23 tisíc dětí ročně (Kuchařová et al., 2020). Počet dětí, které si procházejí rozpadem rodiny

nesezdaných párů, není ze statistik znám. Je ale patrné, že uvedené číslo by bylo mnohonásobně vyšší. V posledních 5 letech počet nesezdaných párů se společnými dětmi roste. Vychází to z předpokladu jednoduššího rozchodu, u kterého za předpokladu dohody partnerů nemusí dojít k soudnímu řízení. Snižuje se tak počet sňatků a tím i počet rozvodů (Kuchařová et al., 2020).

Ve chvíli, kdy jeden z rodičů začne mít úmysly, které vedou k ukončení vztahu, dochází k vytváření rozvodových rolí. Tyto role se rozdělují na dva základní typy, které vypovídají o úmyslech daného jedince a o otevřenosti ke spolupráci. Prvním typem je symetrická role, která popisuje vzájemnou synergii obou partnerů. Oba partneři dělají podobné kroky a mají stejný úmysl - ukončit partnerství za cílem uvolnit napětí v zájmu dítěte či dětí. Druhým typem je komplementární role. Jeden z partnerů přejímá roli nezávislého jedince, který se snaží od vzniklé rodiny odpoutat a stát se znovu samostatným jedincem nebo utvořit rodinu někde jinde. Druhý z partnerů podléhá frustraci a za každých okolností se snaží odloučeného rodiče připoutat zpět. To je však pouze obraný mechanismus, který většinou funguje opačným způsobem a tak se prohlubuje frustrace u setrávajícího rodiče. Frustrace je následně vědomě i nevědomě přenášena na děti (Matoušek, Uhlíková, 2010).

Rozvod, rozchod, nebo samotné odloučení následně probíhá v několika na sebe navazujících fázích. V začátku se setkáváme s obdobím ambivalence, kdy se začínají objevovat problémy ve vztahu. Partneři se odlučují z důvodu hádek, rozdílného trávení volného času, vzájemně se vyhýbají a omezují společný čas na minimum. Dochází tak ke krizi vztahu, kdy se oba partneři ještě snaží o záchranu a hledají motivaci ke změně svého chování. Většina těchto pokusů však selže a tím se partneři dostávají do další fáze samotného ukončení vztahu. V této chvíli je situace náročnější pro sezdané páry, jelikož samotný rozvod je soudním procesem zahrnující potřebnou administrativu, učinění rozhodnutí, ale také i finanční prostředky. Vše se odvíjí od toho, zda se byli manželé ochotni domluvit na podmínkách rozvodu a jedná se o smluvný, neboli nesporný rozvod, nebo o rozvod sporný. Rozvod sporný je emočně náročnější jelikož hrozí riziko traumatu v důsledku konfrontace obviňováním jedné či druhé strany. V obou zmíněných případech je ale cíl jasný – rozvod. Tím se autorka dostává k poslední, tedy porozvodové fázi. Jde o období změn a sžívání se s novým životem. Bývalí partneři se vyrovnávají s rozchodem a s rozporuplnými pocity. Rodina má za sebou náročné období jak po emoční, tak i finanční stránce. Zmíněná emoční tíže trvá přibližně 3 roky, po kterých následuje ustálení nálad a přesunu životního pohledu z minulosti do budoucnosti a změně pohledu na bývalého partnera, který byl doposud emočně zabarvený (Matoušek, Uhlíková, 2010).

4.2.1 Současná právní úprava

V úvodu kapitoly autorka hovoří o pojmech, které mají své ukotvení v občanském zákoníku a pro tuto práci je důležitý jak jejich význam, tak i jejich právní ukotvení, zejména co se týče rozhodování opatrovnických soudů o budoucí úpravě poměrů k nezletilým dětem v případě rozchodu či rozvodu rodičů

Manželství, začíná vznikem trvalého svazku mezi mužem a ženou, který je definováno v § 655 - § 670, zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OZ“). Od manželství se očekává založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc. Se založením rodiny se pojí i rodičovská odpovědnost, která se vztahuje jak na manželé, tak i na partnery, kteří zplodí společné dítě. Rodičovskou odpovědnost má každý rodič stejnou, pokud jí nebyl soudně zbaven nebo mu není omezena či pozastavena. Odpovědnost rodičů za dítě vzniká, dle § 856 OZ narozením dítěte a trvá do jeho zletilosti, tedy do 18 let. Rodičovská odpovědnost zahrnuje péči o dítě, jeho zdraví, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, ochranu dítěte, udržování

osobního styku s dítětem, zajištění výchovy a vzdělání dítěte, určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění. Vždy je potřeba jednat v zájmech dítěte (Francová, Dvořák, Závodská, 2018, s19).

Pokud se autorka vrátí zpět k tématu manželství, je nutné právně ukotvit i jeho rozvrat v podobě rozvodu. Rozvod manželství vychází z § 754 - §758 OZ. Právní úprava v § 754 OZ říká, že manželství může zaniknout z různých, zákonem stanovených, důvodů a rozděluje rozvod na dva typy – sporný a nesporný, tak jak bylo zmíněno v předchozí kapitole.

Nesporný, neboli smluvený rozvod, je považován za takzvaný rozvod dohodou. Je při něm potřeba, aby manželé splnili dle § 755 OZ tři základní podmínky. První podmínkou je to, aby byli dohodnuti na budoucí péči o nezletilé děti včetně výživného a soud jejich dohodu schválil, dále aby měli vypořádaný majetek a společné bydlení, příp. vzájemnou vyživovací povinnost. Nezbytnou zákonnou podmínkou je, že manželé spolu nejméně 6 měsíců nežijí a jejich manželství trvalo déle než 1 rok. Nesporný rozvod je definován dohodou a soud se následně zabývá důvody, které vedly k rozvratu manželství. Tento typ rozvodu je pro oba manžele bezesporu rychlejší, méně psychicky náročný a zabývá se celou problematikou komplexně.

Oproti tomu sporný rozvod přichází na řadu ve chvíli, kdy se partneři na rozvodu nedohodnou a návrh na rozvod podává pouze jeden z manželů a manželé se nejsou schopni domluvit na úpravě majetkových poměrů, bydlení a výživného dětí. Definice sporného rozvodu v § 756 OZ zjišťuje nejen samotný rozvrat manželství, ale také jeho příčiny. Tyto zjištění lze získat pouze výsledkem manželů a manželé jsou proto povinni u soudu vypovídat. S tím je spojena i časová náročnost, finanční výlohy a stres.

V případě obou typů rozvodů, kdy mají manželé společné děti, rozpadá se řízení na dvě části. Nejprve musí opatrovnícký soud rozhodnout o péči nezletilých dětí pro dobu po rozvodu manželství (např. i schválením dohody rodičů) a teprve následně může dojít k samotnému rozvodu manželství. Oba rodiče zůstávají zákonnými zástupci, nicméně o svěřením dítěte do péče a o výživném se musí oba rodiče dohodnout a jejich dohodu schválí rozsudkem soud, eventuálně v případě sporu autoritativně rozhodne soud. Obdobně se o péči nezletilých dětí rozhoduje i v případě nesezdaných párů, kde se partneři na další výchově neshodnou a/nebo se spolu rozcházejí (Francová, Dvořák, Závodská, 2018, s19).

Soudy o péči o nezletilých dětí rozhodují ve smyslu § 906-909 OZ jedním z níže uvedených způsobů:

1. **Výlučná péče jednoho z rodičů** - § 906 OZ. Dítě je svěřeno pouze jednomu z rodičů a druhému je stanovena vyživovací povinnost. Dále je stanoven rozsah styku rodiče s dítětem, pokud to alespoň jeden z rodičů navrhne.
2. **Společná péče** - § 907 OZ. Dítě zůstává i nadále v péči obou rodičů, kdy se oba zaměřují na přirozený výkon rodičovské povinnosti, stejně tak, jak tomu bylo před rozvodem manželství. Tento typ rozhodování není v praxi častý.
3. **Střídavá péče** - § 907 OZ. Dítě pobývá v domácnosti u obou rodičů střídavě. Dochází ke stanovení intervalů, po jejichž uplynutí dítě přechází do péče druhého rodiče. Intervaly nemusí být u obou rodičů stejné, ale vždy by měly být uzpůsobeny věku dítěte.
4. **Svěřením do péče jiné osoby** - § 907 OZ. Dítě je svěřeno do péče jiné osobě. Nejčastěji se jedná o příbuznou či jinak blízkou osobu. Jedná se o méně častý způsob, kdy soud neshledá ani jednoho z rodičů způsobilým k péči o dítě.

V České republice došlo v roce 2020, dle dat Českého statistického úřadu, celkem ke 21 734 rozvodům. Nejčastější příčinou rozvratu manželství byl uváděn rozdíl povah, názorů a zájmů. Dalšími častými důvody byla nevěra, ostatní příčiny bez přesného uvedení, nebo soud nezjistil zavinění. U 203 případů se uvádí alkoholismus. Jiné návykové látky, jako příčina rozvodu, se do statiky nezahrnují (ČSÚ, 2020, online).

4.2.2 Užívání návykových látek jako příčina rozvodu/rozchodu rodičů

Jedním z aspektů závislosti na návykových látkách je jejich vliv na vztahy s okolím závislého jedince. Pociťují to především ty nejbližší osoby a rodina. Návykové látky prohlubují již existující problémy a přidávají k nim další fyzické, psychické, ale například i finanční potíže (Kalina, 2003).

Manželství, které je ovlivněno závislostí, nemusí vždy končit rozvodem. Nicméně samotné užívání návykových látek není většinou pouze jediný problém, který rodinu postihuje. S užíváním návykových látek se totiž pojí i určitá finanční zátěž, sklony k emoční manipulaci a částečně i změna osobnosti a na to navazující nedostatek vztahové kompatibility. Veškeré tyto aspekty výrazně ovlivňují soužití více osob v jedné domácnosti a mají velký dopad na děti. Jeden z partnerů je následně vystaven rozhodnutí, jak se situací dále naloží a opakovaně je mu předávána odpovědnost za jednání jeho partnera (Edwards et al., 2018).

Samotná příčina rozvodu v důsledku užívání návykových látek jedním z partnerů vychází ze syndromu závislosti definovaném v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (2020), která jednotlivá onemocnění klasifikuje a popisuje příznaky a příčiny onemocnění. Zahrnuje tak i syndrom závislosti, který se dá diagnostikovat za přítomnosti tří nebo více jevů. Veškeré jevy spojené se syndromem závislosti, které Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2020) uvádí, jsou pouze velice těžce slučitelné s rodinným životem. Především potíže v kontrole užívání návykové látky, přítomnost odvykacích stavů či zvyšující se tolerance dávky. Veškeré uvedené příklady poukazují na samotné užívání, které však není slučitelné s běžným fungováním rodiny, jako jsou běžné domácí činnosti, komunikace s dětmi a péče o ně, popřípadě docházení do zaměstnání. Dále je ve zmíněné klasifikaci zahrnuto postupné zanedbávání zájmů, které nahrazuje užívání návykových látek a pokračování užívání přes patrné škodlivé účinky.

Rozvod manželství je sám o sobě velice náročný. V případě závislosti jednoho z manželů na návykových látkách se toto rozhodnutí může ještě více zkomplikovat. Do rozhodování vstupuje starost o svou osobu, děti, majetek a také starost o partnera. Užívání návykových látek je jako příčina rozvodu poměrně komplikovaná a jeho průběh pak záleží na mnoha proměnných. Vychází to z motivace závislého jedince ke změně, především tedy směrem k léčbě. Dále také na rizikosti užívání návykové látky nebo na chování daného jedince pod vlivem návykové látky.

4.2.3 Dítě v době rozvodu

I přes to, že je rozvod předmětem řešení pouze rodičů, míra stresu dopadá i na samotné děti. Ty jsou dále znevýhodněné, jelikož proces rozvodu nemohou mít pod svou kontrolou (Çaksen, 2021).

Dopady rozvodu, který je pro všechny zúčastněné náročný, se u dětí projeví jak v krátkodobém, tak i dlouhodobém měřítku. Dochází k tomu především v situacích, kdy byl proces vleklý a zatížen neshody rodičů (Roizblatt et al., 2018).

Děti, které prochází rozvodem svých rodičů mají vyšší míru rizik pro rozvinutí psychiatrických onemocnění, které vychází z emočních poruch, poruch chování, úzkostí, suicidálních tendencí nebo zneužívání návykových látek (Auersperg et al., 2019).

Dále také dochází k situaci, kdy dítě postrádá prostředky, dovednosti a informace k tomu, aby zvládlo překonat problémy, které s sebou rozvod rodičů přináší. Konflikty mezi rodiči tak vytváří pomyslnou propast, která dítě zatěžuje a neumožňuje se vypořádat se změnami, ke kterým v rodině vlivem rozvodu dochází (Çaksen, 2021).

Abychom pro dítě vytvořili co nejvíce přirozené prostředí pro zvládnutí náročné životní situace, popisuje Çaksen (2021) následující oblasti na které by se rozvádějící rodina, širší rodina, ale i ostatní zúčastnění měli zaměřit. Zajistit blízký kontakt dítěte s oběma rodiči, pokud tedy důvodem rozvodu není zanedbávání nebo týrání rodinných členů jedním z rodičů. Jedná se způsob, jak se dá minimalizovat psychická újma dětí v průběhu rozvodu. Dále také poskytnou dítěti dostatek informací, rad, ale i vysvětlení, které se týkají rozvodové situace. S tím se pojí i poskytnutí prostoru na případné dotazy ze strany dítěte.

Během rozvodu nebo po jeho ukončení se může dítě dostat do situace, kdy se stane součástí triangulace mezi členy rodiny. Dítě se stává třetí osobou, která nahrazuje přímou komunikaci mezi rodiči a stává se takzvaným prostředníkem. Jeden nebo oba z rodičů najednou utvoří spojení s dítětem proti tomu druhému. Jedná se o způsob rodičovského vyjednávání, tvorbě napětí a k aktivnímu zapojení dítěte do konfliktu (Buchanan, Maccoby a Dornbusch, 1991).

Hlavními faktory, které ovlivňují chování dítěte během rozvodu rodičů jsou: věk, pohlaví, rodinné zázemí a vývojové období, kterým dítě prochází. Dle těchto aspektů dítě volí správný obranný mechanismus chování, který mu pomáhá se s náročnou situací vypořádat. Základní obranné mechanismy chování, které dítě zaujímá jsou:

1. **Racionalizace** – Dítě se fixuje na rodiče, se kterým sdílí domácnost. Je to pro něj snazší, jelikož se jedná o stálejší prostředí, které mu přináší bezpečí a pocit jistoty. V tu chvíli odmítá druhého rodiče, jelikož se snaží zavděčit rodiči, který mu přináší kladné pocity a prožitky. Opakují jeho názory a přejímají jeho sdělení za své.
2. **Projekce** – Dítě promítá do druhého rodiče vlastnosti, které sice nemá, ale které mu vadí a nelíbí se mu. Následně se s ním proto nechce vidět a trávit s ním čas.
3. **Represe** – Dítě si vybírá pro něj jednodušší a méně zatěžující strategii zvládání rozvodové situace. Druhou stranu, tedy v tomto případě druhého rodiče potlačuje a snaží se nepřipouštět si, že by se s ním například chtělo vůbec vidět.
4. **Identifikace** – Dítě se identifikuje s jedním z rodičů, od kterého převezme životní postoje, chování a názory. To mu následně usnadní rozhodování a umožní mu to lépe vycházet s jedním z rodičů.
5. **Regrese** – Dítě se vrací do předchozího vývojového období a přejímá tak názory druhých. Tím potlačuje své pocity, názory a myšlenky, což mu umožňuje neprožívat smutek z rozvodu a odcizení rodičů (Matějček, Dytrychová, 2002).

Rozvodové a porozvodové problémy se často týkají právě svěřením dítěte do péče. Soud následně rozhoduje o styku dítěte s nerezidenčním rodičem, pokud není rozhodnuto jinak. I to má vliv na vztah dítěte s rodičem a obecně nastavuje atmosféru a vývoj vztahů v rozdělené rodině. Hlavním rizikem je nedodržování soudem stanovených pravidel střídavé péče nebo manipulace s dítětem proti druhému rodiči (Matoušek, 2010).

Jedním z možných vyústění dlouhodobého sporu mezi rodiči může být takzvaný syndrom odcizení rodiče, který vzniká na základě psychické manipulace dítěte jedním z rodičů proti tomu druhému. Cílem prvního rodiče je dítěti toho druhého znepřátelit. Dítě se tak nachází ve špatně čitelné situaci, ve které je těžké udržet si nadhled a racionálně vyhodnotit, co je na sdílených informacích pravdivé a co není (Pavlát, Šusta, 2008).

4.2.4 Cochemský model

V návaznosti na těžkou pozici dítěte v době rozvodu rodičů by autorka ráda zmínila Cochemskou praxi, která má hájit práva dítěte a dávat je do popředí před samotné „právo na dítě“ z pohledu rodičů. Jedná se o interdisciplinární spolupráci, kdy se do řešení rodičovského konfliktu v době rozvodu zapojují advokáti, odborné poradny, soudci, orgány péče o děti a soudní znalci. Všichni zmínění by měli tvořit funkční celek, ve kterém je pozice každého z nich rovnocenná a výsledná shoda by měla být všemi respektována a dodržována (Barvíková, 2022).

Cílem Cochemského modelu je podpora rozvádějících se rodičů v jejich společné rodičovské odpovědnosti a tím zdůraznit zájmy dítěte a jeho právo na oba rodiče. Klade se také velký důraz na flexibilitu a rychlost řešení celé situace. Cochemský model vnímá negativní dopad sporu mezi rodiči v nejistotě, napětí a tlaku emocí. Rychlé řešení sporu tak může zamezit eskalaci sporu a doprovodných problémů (Barvíková, 2022).

V České republice Cochemský model zatím není integrován do běžné praxe. Od roku 2016 se o to snaží, po vzoru pracovníků rodinné poradny ve městě Cochem z roku 1992, Okresní soud v Novém Jičíně a od roku 2017 v tomto modelu začal fungovat interdisciplinární tým Okresního soudu v Mostě (Barvíková, 2022).

V odborné literatuře se Cochemský model někdy zaměňuje za tzv. konsensuální model. Změna názvu vychází z primárního úkolu všech zúčastněných profesí, kterým je konsensus mezi rodiči v nejlepším zájmu jejich dítěte. Model by s tímto záměrem nemusel být využíván pouze v době rozvodu rodičů, jak je tomu nyní, ale mohl by být užitečný i v případě jejich pozdějších konfliktů.

4.3 Odebrání dítěte z péče matky v důsledku užívání návykových látek

V životě dítěte může dojít k mnoha situacím, kvůli kterým není vhodné, aby setrvalo v péči jeho rodičů. Příkladem mohou být vážnější činy jako například týrání, sexuální zneužívání, nebo zanedbávání dítěte, popřípadě když dítě žije v nevyhovujících bytových, nebo hygienických podmínkách, je ohrožen jeho zdárný vývoj, nebo rodiče užívají návykové látky. V takových případech je potřeba chránit práva dítěte, což je také jediný legitimní cíl pro zásah zvenčí do rodinného života. Z listiny základních práv a svobod je tento zásah přípustný pouze z rozhodnutí soudu na základě zákona. Oddělení dítěte od rodičů musí být však v zájmu dítěte (Šabatová et al., 2017).

Pokud opravdu dochází k závažným situacím, kdy je dítě ohroženo či je narušena jeho výchova, existuje několik právních norem, které upravují umístění dítěte mimo rodinu. V ideálním případě může soud svěřit dítě do péče jiné příbuzensky blízké osoby. Tím bývá druhý rodič, prarodič či jiný příbuzný, event. nepříbuzná osoba, tedy pěstoun či pěstoun na přechodnou dobu. V jiných případech může soud vydat předběžné opatření, které slouží k ochraně práv dítěte a zajišťuje jeho bezpečí. K využití předběžného opatření by mělo docházet ve výjimečných případech, kdy je ohrožen zájem a zdraví dítěte. Předběžná opatření rozdělujeme na 2 typy.

Prvním typem je tzv. „pomalé“ předběžné opatření, tedy předběžné opatření dle § 76 občanského soudního řádu. Tento typ předběžného opatření může podat jakákoliv fyzická osoba, která má k podání důvod. Soud o předběžném opatření rozhoduje do 7 dnů od jeho řádného podání.

Druhým typem je tzv. „rychlé“ předběžné opatření, tedy předběžné opatření dle § 452 zákona o zvláštních řízeních soudních. „Rychlé“ předběžné opatření mohou podat pouze pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí a to jen v nejzávažnějších případech (týrání, zneužívání...). O tomto předběžném opatření rozhoduje soud do 24 hodin od jeho podání.

V případě, že soud shledá předložený návrh jako důvodný, vydá usnesení o nařízení předběžného opatření. Umožňuje tak svěřit dítě do péče jiné osoby nebo umístit dítě do přechodného zařízení. Mohou to být školní zařízení, jako například diagnostický ústav, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nebo zdravotní zařízení. V nejzávažnějších případech může soud nařídit ústavní výchovu (Presslerová, 2021).

V této práci by se autorka ráda věnovala převážně matkám, které přišly o dítě v důsledku užívání návykových látek. Mají to totiž, na rozdíl od otců, užívajících návykové látky, poměrně složitější. Muži, kteří užívají návykové látky a zplodí dítě často nebyvají uvedeni v rodném listu dítěte, o dítě nejvíce zájem, nebo odchází do léčby. Matky při již vytvořené závislosti na návykových látkách nejsou většinou situaci schopny řešit a tak dítě vychovávají při aktivním užívání návykových látek (Preslová, 2009).

Rozdílná sociální podpora mezi rodiči je poměrně známým rizikovým faktorem při odebrání dítěte z péče. Sociální přijetí a podpora matky, která užívá, nebo užívala návykové látky a kvůli tomu jí bylo odebráno dítě, je mizivá. Absence podpory a přijetí matky prohlubuje její vyloučení ze společnosti a celkovou stigmatizaci. Tím se zvyšuje traumatická povaha ztráty dítěte a posiluje pocit viny matek (Kenny, Barrington, 2018). Docházíme tak k již zmíněnému dvojímu stigma. Žena dle společnosti selhává jak v roli „dobré ženy“, tak následně i v roli matky. Vnější stigma si pak žena přejímá za své a negativně to ovlivňuje její sebevědomí, důvěru a kapacitu na řešení problému. Pokud žena již dosáhla abstinence od návykových látek, může být vnější i vnitřní stigmatizace důvodem relapsu, tedy opětovné užití návykové látky (Morrison et al., 2020).

Dalším aspektem této tematiky je to, že projev užívání návykových látek je velice individuální záležitost, která může být ovlivněna mnoha faktory (psychické a fyzické zdraví, druh návykové látky, způsob aplikace návykové látky, stres, sociální situace, osobnostní predispozice). Vypovídajícím faktorem zhodnocení kvality péče o dítě by proto měly být faktory jiné. Například to, jaký matka vede způsob života, jak je dítě vázáno na matku, zda je dítě spokojené, zda matka s dítětem pravidelně navštěvuje pediatra nebo jak je matka celkově ochotna spolupracovat se školským zařízením, jinými institucemi, nebo svým okolím (Kenny, Barrington, 2018).

Autorka tím podněcuje k zamyšlení oproštěného od subjektivního postoje, který nezahrnuje projevy a interpretace situací, ale zaměřuje se na to, co se kolem dítěte děje a jaký má reálný vztah se svou matkou. V neposlední řadě je potřeba zohlednit přístup matky k léčbě své závislosti a její motivaci směrem k abstinenci.

Studie ukazují, že ženy, které užívají návykové látky a jsou zároveň v rodičovské roli, se bojí se svým návykovým chováním pracovat, protože mají strach, že jejich užívání je jasným předpokladem selhání ve všech svých rolích a jejich dítě jim bude odebráno. Tento předpoklad tak vytváří bariéru pro nástup do léčby a pro léčbu své závislosti. Toto stigma matky, uživatelky návykových látek, tlačí ke strategiím, kdy se vyhýbají řešení svého problému. To však není vhodné řešení ani pro matku ani pro její dítě (Stringler, Baker, 2015).

5 Obnova kontaktu mezi matkou a dítětem

Ve chvíli, kdy dojde k odebrání dítěte z péče matky, ať už z jakéhokoliv důvodu, záleží především na ní, jak nastalou situaci bude řešit. U matek, kterým bylo dítě odebráno z péče v důsledku jejich užívání návykových látek, je na místě absolvovat léčbu. Po úspěšně absolvované léčbě a s motivací si abstinenci nadále udržet by neměl být problém opětovně navázat kontakt se svým dítětem. To však bývá v praxi mnohem komplikovanější, protože dřívější užívání návykových látek zasahuje do přítomného okamžiku a může ovlivnit pohled zúčastněných jedinců směrem k obavám a stigmatizaci. Popřípadě může rozhodování o opětovném navázání kontaktu mezi matkou a dítětem zastřít dříve vzniklý spor, zhrzení nebo tendence k směrem k pomstě.

5.1 Kontakt

Každé dítě má dle zákona právo na to znát své rodiče nebo příbuzné a být s nimi v kontaktu. Jestliže dítě nemůže vyrůstat se svým rodičem nebo rodiči, měli by mít možnost je alespoň znát nebo s nimi být v kontaktu.

Autorka zde hovoří o kontaktu, který vychází z osobního styku, jeho pravidelnosti a kvality společně stráveného času. Dále by měl sledovat zájem dítěte a vycházet z jeho potřeb a být mu ku prospěchu (Foltýnová, 2018).

Cílem tohoto kontaktu mezi rodičem, v případě této práce matkou, a jejím dítětem by měla být podpora vzájemného vztahu, kde dochází k přirozenému navázání vzájemné důvěry a přijetí. Při dlouhodobějším odloučení těchto osob je cílem obnovení vzájemného emocionálního pouta, neboli attachmentu. Dále také samozřejmě podpora komunikace a schopnosti vzájemně sdílet pocity a prožitky (Kocourková, Černá, 2018).

Důležitost kontaktu s rodiči je pro dítě klíčová i v oblasti budování vlastní identity. Jedná se o složitý psychologický proces, který zahrnuje otázky typu kdo daný jedinec je, co znamená pro druhé, jaké místo zaujímá v rodině, jaké vztahy může navazovat. Zahrnuje to i znalost vlastního původu. Jde o pochopení celistvosti a propojení mezi identitou a komunitou (Butulová, 2013).

Vztah mezi matkou a dítětem se může rozvíjet pouze za předpokladu vzájemné blízkosti a kontaktu. Vzájemný kontakt je pro matku a její dítě jeden ze základních prvků rodinného života a to i v situaci, kdy došlo k dlouhodobějšímu odloučení jak v důsledku léčby závislosti matky, tak například v důsledku rozvodového řízení. V případě matky, která má za sebou léčbu závislosti na návykových látkách a došlo k jejímu odloučení od dítěte, jsou možnosti opětovného navázání kontaktu popsány v následující podkapitole.

5.1.1 Možnosti navázání kontaktu

V rámci této podkapitoly by autorka ráda popsala, jak matka, po léčbě své závislosti na návykových látkách, může opět navázat kontakt se svým dítětem. Spíše tedy jaké jsou její možnosti a způsoby, jak znovu aktivně vídat své dítě.

V ideálním případě dochází k domluvě mezi rodiči, nebo zákonnými zástupci o možnosti styku matky a dítěte. Tento předpoklad vychází z rodičovské odpovědnosti, kterou mají oba rodiče a měla by být ve vzájemné shodě v zájmu dítěte (§ 875, § 876 OZ). Vzájemná domluva vede k dohodě, která se dá upravovat dle potřeb a věku dítěte. Pokud se jedná o rozvedené rodiče, je potřeba, aby vzájemnou dohodu schválil soud.

Pokud k výše zmíněné dohodě nedojde z jakéhokoliv důvodu, rozhoduje soud o péči dítěte. Soud v první řadě doporučí domluvu mezi rodiči, kterou navrhne za spolupráce mediátora, rodinného terapeuta, nebo orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Pokud ani tento návrh nedopomůže ke společné domluvě, přistupuje soud k rozhodnutí situace (Kancelář veřejného ochránce práv, 2021).

Poměrně častým řešením, při zájmu obou rodičů, je střídavá péče. Při absenci jednoho rodiče, v tomto případě matky, která absolvuje svou léčbu závislosti, soud svěřuje dítě do péče druhého rodiče.

Pokud však rodiče dítěte nedojdou ke společné shodě na rodičovském styku a to ani za případné součinnosti orgánu sociálně právní ochrany dětí, nezbývá než podat návrh soudu na úpravu rodičovského styku. S ohledem na délku řízení lze podat i návrh na přechodnou úpravu rodičovského styku předběžným opatřením.

Předběžné opatření může matka využít právě ve chvíli, kdy ji druhá osoba, která má její dítě v péči, brání v kontaktu s dítětem a hrozí riziko, že dítě k matce ztratí vztah.

Při stanovování styku dítěte s druhým, vzdáleným rodičem přihlíží soud opět k zájmům a přáním dítěte. Rodič má však obecně právo na styk se svým dítětem a jen zájem dítěte může soud přesvědčit ve prospěch omezení času styku, nebo omezení styku obecně (§ 888, § 891 OZ).

Pokud soud určil podmínky pro styk, je nutné je respektovat. Může jít o takzvaný nepřímý styk, který je speciálně upraven pro lidi žijící ve velké vzdálenosti, pro rodiče ve vězení, popřípadě dlouhodobě nemocné. Jedná se o nepřímý styk, který má soudem přesně stanovenou podobu. Nejčastějším příkladem nepřímého styku jsou telefonáty, e-maily, nebo kontakt skrze internet a sociální síť (Kancelář veřejného ochránce práv, 2021).

Dále soud může dovolit osobní kontakt na základě vymezení rozsahu styku, ale určit pro něj specifické podmínky. Podmínky styku jsou například místo setkání lidí, kteří u kontaktu budou přítomni, nebo například přítomni být nesmí (širší rodina, prarodiče, nový partner rodiče). Další z podmínek pro styk rodiče s dítětem je asistovaný styk, nebo asistované předávání.

5.2 Asistovaný kontakt

Asistovaný styk, neboli asistovaný kontakt lze definovat jako styk dítěte s druhým rodičem pod dohledem třetí osoby na domluveném místě. Dochází k němu v situacích, kdy dítěti není umožněno pravidelně se stýkat s rodičem nebo dalšími osobami, které s dítětem pojí rodinný svazek (Jedináková, 2020).

Takto specifická služba vznikla ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska jako přirozený proces rozrůstající se sítě služeb zaměřující se na pomoc rodinám v tíživých životních situacích. Asistované kontakty se také realizují ve Skotsku, Belgii a Francii. Princip poskytování služeb se nijak zásadně neliší od České republiky, nicméně patrný rozdíl je v lepší zahraniční právní ukotvenosti těchto služeb (Hladíková, 2017).

V České republice je asistovaný kontakt součástí služeb v rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v rámci zákona č. 359/1999 Sb., sociálně-právní ochrany dětí, ve znění pozdějších předpisů. Ani v jednom z uvedených zákonů není služba přesně specifikována (Matoušek a kol., 2015). Asistovaný kontakt není nikde konkrétně ukotven, což přináší otázku samotné realizace. Ta je zajištěna odborným pracovníkem, který zajišťuje bezpečné a neutrální prostředí pro kontakt rodiče s dítětem buď v prostorách organizace, které jsou na asistované kontakty zaměřené, v terénu, tedy neutrálním prostředí (park, herna, kino), nebo v přirozeném prostředí dítěte. Přizpůsobením času a místa realizace kontaktu dítěti se organizace snaží snížit nápor situace na psychiku dítěte (Matoušek a kol., 2015). Spornou otázkou zůstává to, že tyto služby nejsou

systémově ukotvené a nejsou upraveny v právních předpisech, takže nespadají do působnosti některého z rezortů, tudíž nemají stanovená kritéria kvality poskytovaných služeb a nemají systémově nastavené financování. To může být v praxi poměrně problém, jelikož každá služba si ceny nastavuje dle svého uvážení (Jedináková, 2020).

Aktéři, kteří se asistovaných kontaktů účastní, mohou být zastoupeni z různých sfér. Hlavním aktérem je dítě a jeho rodina. Poté soud, soudní znalci a případně i advokáti rodičů. Dále to může být orgán sociálně-právní ochrany dětí, mediátoři, pracovníci neziskových organizací, nebo pracovníci specializovaných pracovišť zajišťující asistované kontakty (Jedináková, 2020).

Asistovaný kontakt je realizován na základě dohody mezi zákonnými zástupci dítěte, nebo na doporučení orgánu sociálně-právní ochrany dětí, popřípadě dle rozhodnutí soudu. Ve všech případech se sepisuje smlouva o realizaci setkávání, kde jsou představena pravidla služeb, přesný čas, místo a harmonogram asistovaných kontaktů. V rámci pravidel je zmíněna povinnost rodiče, který má dítě v péči, motivovat dítě k odchodu s druhým rodičem. Dále i to, že jsou rodiči povinni vzájemně sdílet vše potřebné ohledně dítěte a jeho potřeb (zdravotní stav dítěte, medikace dítěte, školní prospěch). V poslední řadě se asistence nesmí uskutečnit, pokud je jeden z rodičů pod vlivem návykových látek (Jedináková, 2020).

Cílem asistovaných kontaktů je zaměřit se na narušené vztahy v rodinách v důsledku rozvodu nebo rozpadu partnerství rodičů dítěte, popřípadě vlivem dlouhodobého odloučení jednoho z rodičů od dítěte. V narušených vztazích se v rámci asistence zaměřují na jejich obnovu, nápravu a upevnění. Dále také na předcházení rizik, které by mohli vzniknout v důsledku nevhodného chování rodiče – násilí, manipulace nebo jednání pod vlivem návykové látky. V těchto případech je cílem asistence především kontrola a dohled. Vždy je potřeba zohlednit dobu odloučení mezi rodičem a dítětem a okolnosti, které k odloučení vedly. Hlavním cílem je podpora kompetencí rodiče a důvěry dítěte v rodiče do takové míry, že není potřeba přítomnost pracovníka, který vykonává funkci dohledu a kontroly. Tím dojde k prodloužení doby, kdy u styku není nutná asistence (Matoušek a kol., 2015).

Realizace asistovaného kontaktu, nebo předávání probíhá v několika po sobě navazujících fázích. Každá organizace má své konkrétní postupy, které má ukotvené ve svých metodikách, nicméně základ je vždy podobný a vychází ze seznámení, získávání anamnestických informací a tvorby zakázky v rámci přípravných setkání, které postupně přechází v realizaci asistovaného kontaktu. V začátku tedy dochází k mapování problematiky a formování zakázky spolupráce. Všichni zúčastnění jsou seznámeni s pravidly a postupy spolupráce. V rámci úvodních setkávání dochází k seznámení pracovníka s rodiči, ale především i s dítětem. Tomu je forma spolupráce představena zvlášť a úměrně jeho věku. Poté se přistupuje k asistovaným setkáváním, která se postupem času, při dobré spolupráci, mohou vyvinout v asistovaná předávání. Jako závěr spolupráce se považuje její ukončení, které je doprovázeno vyhodnocením spolupráce, vyhotovením zprávy o spolupráci a případným předáním informací příslušným orgánům (Jedináková, 2020).

V případě matek, které využívají asistovaného kontaktu z důvodu své minulosti spojené s užíváním návykových látek, je cílem posílit jejich kompetence a pomoc s opětovným navázáním vzájemného vztahu a důvěry. Odpovědnost a péče o dítě je po dobu kontaktu na straně matky. Pracovník pouze dohlíží na průběh a podporuje komunikaci mezi matkou a dítětem. Při vyhodnocení nevhodnosti jednání má pracovník právo na ukončení kontaktu a kontaktování zákonného zástupce dítěte, tedy nejčastěji druhého rodiče. Po konci kontaktu pracovník vypracovává zprávu o průběhu setkání a vyhodnocuje rodičovské kompetence matky, atmosféru setkání a jiné důležité aspekty, které dítě po dobu kontaktu mohou ovlivnit (Jedináková, 2020). Některé organizace nabízejí možnost orientačního testování rodičů na přítomnost návykových látek. Výsledek testu může být následně zahrnut do zprávy o průběhu setkání.

5.3 Role asistujícího u kontaktu rodiče s dítětem

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, hlavním cílem asistence u kontaktu mezi rodičem a dítětem je bezpečí. Bezpečí se dosahuje pomocí vzájemného poznání a důvěry. Jelikož rodina vyhledávající služby asistovaného kontaktu tyto aspekty postrádá, asistent vykonává roli „ochránce“ a „podporovatele“.

Primárním úkolem asistenta je pozorování situace. Asistent by se v průběhu kontaktu měl zaměřit na verbální i neverbální komunikaci mezi zúčastněnými. Nevztahuje se to pouze na komunikaci mezi dítětem a rodičem, ale také na komunikaci mezi rodiči, které si dítě předávají. Dále by měl asistent pozorovat celkový průběh a dynamiku kontaktu. Především by se měl zaměřit na rodičovské kompetence, dodržování předem nastavených pravidel, či empatii ve vztahu k dítěti (Brzobohatý, 2015).

Jako dalším úkolem asistenta je disponovat schopnostmi, které rodině v komplikované situaci mohou ulehčit nebo pomoci s problémem. Těmito schopnostmi je dle Brzobohatého (2015) například umění práce s rodinným systémem, orientace v rozvodové situaci po právní, sociální i psychologické stránce, vedení rozhovoru s dospělými v konfliktu a vedení rozhovoru s dítětem. Dále také osobnostní vlastnosti jako je schopnost empatie, umění vyhodnocovat situaci a zasáhnout kdykoliv je ohrožen zájem dítěte nebo například zachování nestrannosti a neutrality.

Z toho vychází, že nároky na asistenta jsou relativně vysoké a vyžadují si jeho psychickou odolnost a zodpovědnost. Dále také mezioborové znalosti, které musí znát jak po teoretické, tak i praktické stránce (Brzobohatý, 2015).

Tím, že služby asistovaného kontaktu nejsou ukotvené v zákoně, nejsou tak nikde stanovené specifické požadavky na vzdělání a odbornost pracovníků, kteří službu zajišťují. Každá služba disponuje odlišným standardem kvality i přes to, že vzdělání pracovníků vychází vždy ze sociální sféry nebo psychologie. I přes to jejich multidisciplinární zaměření není vždy dostačující a například u adiktologické problematiky mohou vznikat rezervy v přístupu ke klientům.

5.4 Organizace zajišťující asistovaný kontakt

Autorka se v této kapitole zaměřuje na mapování a popis organizací poskytující asistované služby v hlavním městě České republiky – Praze, jelikož se jedná o oblast, se kterou koresponduje praktická část této práce.

Do roku 2017 bylo v České republice patnáct organizací, které se na službu asistence u kontaktu mezi rodiči a dětmi zaměřovalo a z toho šest z nich sídlí v hlavním městě (Hladíková, 2017). Od té doby došlo k rozšíření těchto služeb a dle rešerše autorky se zvýšil počet těchto organizací v Praze na osm.

Jak již bylo opakovaně zmíněno, každá organizace své služby poskytuje s drobnými rozdíly, které mohou vycházet ze zaměření dané organizace. Některé mají asistovaný kontakt zahrnutý do aktivizačních služeb pro rodinu s dětmi a provozují tak sociální službu. Jiné organizace poskytují asistenci u kontaktu rodičů s dětmi jako pověřené osoby k výkonu sociálně právní ochrany dětí.

Organizace poskytující tyto služby na území hlavního města Prahy jsou: Area fausta, HoSt, Pro Dialog, z.s., Pexeso, z.s., Magdala, Sdružení na ochranu ohrožených dětí, z.s. - Koala, Služba pro rodinu a dítě – Diakonie a Dům tří přání, z.ú..

Pro demonstraci fungování těchto služeb autorka přibližuje fungování několika z nich.

Area fausta: Specializované pracoviště pro asistovaný styk rodičů s dětmi, které poskytuje i poradenství v náročných rodinných situacích. Nejedná se o sociální ani zdravotní službu, tudíž nedisponuje pověřením sociálně právní ochrany dětí. Služby jsou plně hrazeny klienty i přes to, že může být doporučena orgánem sociálně právní ochrany dětí nebo nařízena soudem.

Spolupráce je vždy zahájena úvodní konzultací. Následné asistované služby jsou realizovány v místě sídla služby nebo v terénu. Časy asistence je možné operativně domlouvat dle volné kapacity a není předem stanovena délka trvání kontaktu. Tím je služba poměrně flexibilní. Z každého setkání, či předávání se vyhotovuje zpráva o průběhu, která je k dispozici nejpozději sedm dní od realizace výkonu. Zajímavé je složení týmu pracoviště, které obsahuje například i adiktologa, sociálního pracovníka, ale i psychologa (<https://www.areafausta.cz/poskytovane-sluzby/>).

HoSt: Organizace s pověřením sociálně právní ochrany dětí, která se zaměřuje na odbornou pomoc rodině v nepříznivém období. Poskytuje mnoho služeb včetně asistovaných kontaktů a terapeutické podpory pro rodiny.

Asistované kontakty probíhají vždy za přítomnosti minimálně dvou pracovníků, kteří mají odborné vzdělání a dostatečnou praxi. Spolupráce je zahájena úvodní konzultací, po které následuje 5 asistovaných setkání, které jsou realizovány zdarma. V případě potřeby se v asistenci pokračuje i nadále, nebo se rodina odkazuje do rodinné terapie (<https://www.hostcz.org/prace-s-rodinou/asistovane-kontakty>).

Magdala: Poradna poskytuje odborné sociální poradenství ambulantní i terénní formou. Je pověřena sociálně právní ochranou dětí k vykonávání služby. Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi, které jsou zatíženy problémy rodinného systému. Primární pozornost zaměřují na děti a jejich potřeby a práva. Služby jsou poskytovány bezplatně díky podpoře Ministerstva práce a sociálních věcí a Magistrátu hlavního města Prahy. Dále pak také díky soukromým dárcům. Spolupráci lze zahájit z vlastní iniciativy jednoho z rodičů nebo na doporučení orgánu sociálně právní ochrany dětí.

Asistované kontakty probíhají pouze v prostorách poradny a jsou uzpůsobeny pro děti různých věkových kategorií. Zahájení spolupráce začíná úvodní konzultací se všemi zúčastněnými. Asistované kontakty jsou časově omezeny na 60 minut. Asistenci standardně poskytují 5x a poté se vyhodnocuje dosavadní pokrok ve spolupráci (<https://praha.charita.cz/sluzby/poradna-magdala-sluzby-v-gesci-socialne-pravni-ochrany-deti/>).

Pro Dialog, zs.: Nezisková organizace, která se zaměřuje na pomoc rodinám v konfliktu. Poskytují odborné poradenství, asistované kontakty a mediační služby. S pověřením k výkonu sociálně právní ochrany dětí mohou být jejich služby poskytovány zdarma. Podmínkou je doporučení orgánu sociálně právní ochrany dětí nebo nařízení soudu. Primární oblast jejich zájmu je komunikace v rodině.

Spolupráce je také zahájena úvodní konzultací se všemi zúčastněnými. Nabízené služby probíhají v bezpečném prostředí jejich pracoviště. Frekvence vychází z doporučení orgánu sociálně právní ochrany dětí, nebo nařízení soudu. Délka trvání kontaktu je však omezena na maximálně jednu hodinu. Dle webových stránek je tým pracovníků multidisciplinární a zahrnuje psychologa, sociálního pracovníka, speciálního pedagoga a další konzultanty (<https://www.prodialogforum.cz/o-nas/>).

6 Výzkumná část

6.1 Design a cíle

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jakým způsobem probíhá navazování kontaktu mezi matkami – bývalými uživatelkami návykových látek, které absolvovaly úspěšnou léčbu závislosti a jejich dětmi za využití služeb zajišťující asistované kontakty. Dílčími cíli jsou zjištění, zda při navazování kontaktu vznikají překážky, které mohou celý průběh kontaktu komplikovat. Pokud tyto překážky existují, tak cílí autorka na jejich zmapování a charakteristiku.

Tímto výzkumem by autorka také ráda objasnila význam pozice asistující služby, která je přímým svědkem obnovení kontaktu mezi matkou a jejím dítětem a její svědectví je poměrně klíčovým materiálem pro další postup ve svěření dítěte zpět do péče matky nebo jen ve frekvenci osobního kontaktu. Dále by práce měla nastínit širší kontext problematiky opětovného navázání kontaktu mezi matkou, která má adiktologickou minulost a jejím dítětem, jelikož dle provedené podrobné rešerše autorky práce není toto téma dostatečně zpracováno v naší odborné literatuře.

6.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vychází z výzkumného cíle a snaží se zmapovat proces navazování kontaktu mezi matkou – bývalou uživatelkou návykových látek a jejím dítětem z obou pohledů. Jak z pohledu samotné matky, která autenticky prožívá svůj příběh, tak i z pohledu pracovníka, který celému kontaktu přihlíží.

1. Jak vypadá proces opětovného navázání kontaktu mezi matkou – bývalou uživatelkou návykových látek a jejím dítětem?
2. Existují překážky v navázání kontaktu mezi matkou – bývalou uživatelkou návykových látek a jejím dítětem, které jí bylo odebráno z péče?
3. Pokud překážky existují, v čem spočívají?
4. Jak vypadá vzájemná spolupráce matek – bývalých uživatelek návykových látek s organizacemi zajišťující asistované kontakty.
5. Jak o možné existenci překážek pro bývalé uživatelky návykových látek, které chtějí navázat kontakt se svým dítětem uvažují pracovníci participující při asistovaných kontaktech?

Ve výzkumu se kombinuje metoda sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dokumentace, která má za účelem porovnat sdělení respondentů se záznamy pracovníků zajišťující asistované kontakty.

6.3 Výzkumný soubor

Základní soubor tvořily organizace zajišťující asistované kontakty na území hlavního města Prahy. Výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů, kteří byli vybráni metodou prostého záměrného výběru skrze organizace zajišťující asistované kontakty mezi rodiči a dětmi. Respondenty tak tvořili dvě skupiny.

První skupinu výzkumného souboru, tedy 5 respondentů, tvořily matky, bývalé uživatelky návykových látek, které za sebou měly úspěšnou léčbu závislosti a které vykazovaly zájem o opětovné navázání kontaktu se svým dítětem nebo o jeho svěření zpět do péče.

Druhou skupinu, 5 respondentů, tvořili pracovníci, kteří zmíněné asistované kontakty zajišťují, poskytují intervence, tvoří dokumentaci, píší zprávy z asistovaných kontaktů a především jsou v přímém kontaktu s ostatními institucemi, které mají výkonnou, čili rozhodovací funkci. Zde autorku zajímal jejich úhel pohledu na danou tematiku a jejich reflexe.

V obou zmíněných skupinách byla využita metoda prostého záměrného výběru. Cíleně autorka vyhledávala a oslovovala účastníky výzkumu, a to na základě předem stanovených kritérií. Tyto kritéria inkluze vycházela především z následujících podmínek:

1. Být matkou, která má za sebou úspěšnou léčbu závislosti na návykových látkách a úspěšně abstínuje alespoň 6 měsíců.
2. Chtít opětovně navázat kontakt se svým dítětem, které bylo kvůli adiktologické minulosti svěřeno do péče jiné osobě.
3. Využívat služby zařízení, které zajišťuje asistovaná předávání nebo asistovaný kontakt v Praze.
4. Organizace zajišťující asistovaný kontakt musí souhlasit s participací ve výzkumu.
5. Respondenti se musí aktivně podílet na asistovaném kontaktu – buďto jako klient, nebo jako pracovník zajišťující službu.

S ohledem na počet respondentů a jejich specifika by uvedení bližších charakteristik souboru a základních demografických údajů mohlo narušit jejich anonymitu. Autorka se proto rozhodla tyto informace využít pouze pro kontrolu toho, zda respondenti odpovídají kritériím výběru.

V rámci triangulace metod sběru dat byl výzkumný soubor doplněn i o dokumentaci klientek využívající služby asistovaného kontaktu, které souhlasily s účastí ve výzkumu a účastnily se rozhovoru. Dokumentace obsahovala anamnestické informace ze vstupních konzultací, zprávy z jednotlivých asistovaných kontaktů a korespondenci s jinými institucemi.

6.4 Etika

Při realizaci výzkumu byly zohledněny etické principy, které slouží k ochraně osob a jejich osobních údajů při podílení se na výzkumu.

Celému výzkumu předcházela emailová komunikace tazatelky s vedením organizací, které zajišťují asistované kontakty a které splňovali autorkou daná kritéria. Prostřednictvím emailové komunikace ji byl udělen souhlas pro vstup do organizace. V rámci tohoto emailu bylo vedení srozuměno s účelem a plánem výzkumu. Následně již záleželo na jednotlivých pracovnících, zda poskytnou souhlas pro účast ve výzkumu.

Před začátkem rozhovoru byli všichni respondenti ústně seznámeni se základními informacemi o výzkumu a byla jim také předána písemná informace, která obsahuje veškeré souhrnné informace o výzkumu (příloha č. 1). Dále jim byly objasněny podmínky jejich účasti ve výzkumu, včetně dobrovolnosti jejich účasti a možnost rozhovor kdykoliv ukončit. Respondentům výzkumu byla zajištěna anonymita a k veškerým získaným datům nebyl umožněn přístup nikomu dalšímu. Na získané informace se vztahuje autorčina mlčenlivost. Z toho důvodu došlo k přiřazení smyšlených jmen k respondentům a byly vynechány veškeré informace, které by mohly vést k identifikaci participantů.

Po seznámí s výzkumem došlo k podpisu souhlasu pro účastníky výzkumu tazatelem, který za své respondenty potvrdil udělený souhlas s účastí ve výzkumu a s pořízením audionahrávky. Dále prohlásil, že byli poučeni o účelu výzkumu a rozumí mu (příloha č. 2). Souhlas respondenta byl i součástí audionahrávky.

Po přepsání a analýze získaných dat došlo k trvalému smazání audionahrávky.

Jako limitující faktory autorka této práce shledává vztah s respondenty, který vychází z jejich otevřenosti pro spolupráci a ochoty sdělení intimních údajů. S tím mohou souviset i jejich obavy s vyjádřením jakékoliv kritiky vůči systému, orgánům, či organizacím. Před každým rozhovorem proto byly opakovaně zdůrazňovány etické aspekty práce.

Na to navazuje i fakt, že dalším zkreslujícím faktorem mohou být odpovědi pracovníků zajišťující asistované kontakty. I přes to, že pracovníci odpovídali anonymně, stále reprezentovali určitou profesi, a tak autorka zvažuje, zda některé odpovědi nepodlehli určité korektuře dle úsudku daného respondenta.

Vzhledem k výběru výzkumného souboru rovněž není možné získané výstupy generalizovat na celý základní soubor, jelikož získaná data nejsou pro tento soubor reprezentativní. Autorka je však přesvědčena, že toto úskalí může být kompenzováno kombinací dvou strategií výzkumu (analýza dokumentů a polostrukturované rozhovory), které mohou validitu získaných dat zvýšit, jelikož se vzájemně doplňují.

Zároveň bylo zohledněno i riziko střetu zájmů výzkumníka. Bylo třeba, aby se autorka a zároveň tazatelka vyvarovala podsouvání a zkreslení dat či jejich milné interpretace směrem k očekávaným výsledkům výzkumu. Do výzkumu byla zahrnuta i ochrana výzkumníka před poškozením a vlastní újmou. Výzkum proto probíhal ve chráněném prostředí organizací poskytujících asistovaný kontakt. Stejně tak byla maximalizována snaha chránit vztahy mezi účastníky výzkumu a výzkumníkem samotným (Miovský, 2010).

6.5 Metody tvorby a analýzy dat

Pro zvolení vhodné metody sběru dat zvolila autorka kombinaci dvou kvalitativních strategií – analýza dokumentů a polostrukturovaný rozhovor.

6.5.1 Analýza dokumentů

Metoda analýzy dokumentů byla zvolena s ohledem na vysokou dostupnost dat. Jedná se o práci s materiály poskytující cenný zdroj informací, které přesně popisují anamnestické údaje klientky, konzultace s klientkou, zprávy z jednotlivých asistovaných kontaktů, zvolené intervence, a především postupný vývoj spolupráce. K těmto informacím mi byl poskytnut přístup ve specializovaném pracovišti pro asistované kontakty rodičů s dětmi a v odborném pracovišti zajišťující mediační práce s rodinou.

V rámci metodologického ukotvení zdroje informací se jedná o prostý a záměrný výběr dokumentů. Konkrétně autorka vybírala dokumenty respondentek, které splňovaly předem stanovená kritéria pro účast ve výzkumu, poskytly autorce rozhovor a souhlasily se zpřístupněním své dokumentace pro účely výzkumu.

Textové dokumenty, jejichž části popisují práci s klientkou v tématu navazování kontaktu s jejím dítětem, autorka podrobila analýze a výsledná data použila jako doplňující informace

k polostrukturovanému rozhovoru. V případě analýzy dokumentů šlo autorce především o dokreslující kontext a podložení dat získaných formou rozhovoru.

6.5.2 Polostrukturovaný rozhovor

Jelikož analýza dokumentů by tvořila spíše statictější a popisnější část práce, rozhodla se ji autorka doplnit o polostrukturované interview. Tato metoda se podle Miovského (2010) vyznačuje svou náročností, ale zároveň je i nejvhodnější pro získání kvalitativních dat. Hlavní výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost pružně reagovat na nově objevená témata a zajímavosti v průběhu rozhovoru a zároveň možnost ověření správného pochopení odpovědi respondenta. To následně umožní lépe zodpovědět výzkumné otázky. Nevýhodou pak může být to, jak informátor filtruje nepřímé informace v přítomnosti výzkumníka. Další nevýhodou může být i vliv umělého prostředí nebo podmínek na respondenta (Hendl, 2005). Jedná se tak spíše o autentický pohled na problematiku ze strany respondentů a získání potřebných informací.

Pro výzkum autorka vytvořila dva druhy otázek – pro matky, které se snaží o obnovení kontaktu se svými dětmi, a pro pracovníky, kteří se touto problematikou zabývají a zprostředkovávají asistované kontakty mezi matkou a dítětem. Otázky vycházejí z výzkumných otázek a jejich zaměření vzájemně koresponduje s otázkami, které autorka připravila pro pracovníky služeb participujících při opětovném navázání kontaktu mezi matkou a dítětem. Rozdíly mezi nimi jsou jen kvůli přehlednosti, kompetencím a zaměření respondenta.

U respondentek z řad matek, bývalých uživatelék návykových látek, které za sebou mají úspěšnou léčbu a abstinují se autorka zaměřila především na navazování kontaktu s dítětem – tedy jak a proč o dítě přišly, jak se kontakt snaží navázat či udržet, jak vypadá spolupráce s organizací zajišťující asistované kontakty, zda jim v kontaktu někdo/něco brání a jaký vliv mají tyto okolnosti na jejich osobní kontakt s dítětem. Celkově autorka cílila na zkušenosti a problémy týkající se jejich kontaktu s dítětem (příloha č. 3). U pracovníků se autorka naopak zaměřila především na jejich práci s klientkou, kompetence a vliv na setkání matky a dítěte, popřípadě jejich vzhled do problematiky (příloha č. 4).

Autorka připravila 9 otázek pro obě skupiny respondentů, které tvořily kostru rozhovoru (osnovy rozhovorů v příloze č. 3 a 4). Otázky jsou otevřené, aby měl respondent prostor pro své vyjádření. Autorka se chtěla vyhnout uzavřeným otázkám, nebo otázkám, které mohly respondenta předem navádět k zaujaté odpovědi (např. tím, že by odpověď zazněla již v otázce). Připravované schéma tazatelských otázek pokládal tazatel bez pořadí a to proměnlivě dle vhodnosti a vývoje rozhovoru.

Délka rozhovoru trvala v rozmezí 30 až 60 minut. Rozhovor trval déle vždy s matkami, které byly emočně zatížené svým příběhem a proto hovořily více podrobně.

Polostrukturované interview autorka zvolila i z toho důvodu, že chtěla zachovat alespoň částečnou jednotnost otázek, jelikož na zkoumanou problematiku může být nahlíženo různě. Částečná struktura ji pomohla zabránit odklonu od tématu.

Hlavním přínosem této metody jsou kvalitativně získaná data ze dvou zdrojů, která přímo ovlivňují výzkumný výsledek.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon. Tím vznikla možnost zachytit veškerá sdělení a tazatel zároveň mohl věnovat svou plnou pozornost komunikaci s respondenty.

Autorka ve své práci cituje vybrané nejreprezentativnější útržky z rozhovorů pro autentičnost celého výzkumu.

6.5.3 Analýza získaných dat

Analýza získaných dat probíhala v několika na sebe navazujících fázích. Nejprve došlo k přepisu získaných rozhovorů z audionahrávky do textové podoby v Microsoft Word, v rámci kterého došlo k redukci prvního řádu, neboli odstranění částí, které nesdělovaly podstatné informace pro výzkum. Následně si autorka práce barevně vyznačila důležité pasáže rozhovoru, které vyhodnotila jako relevantní pro výzkum. To pomohlo získaná data zpřehlednit a následně kódovat dle kategorií, které odpovídali jednotlivým otázkám.

Na očištěná data byla použita metoda vytváření trsů, dle jejich tematické podobnosti. Vytvořené trsy byly zaznamenány do tabulky v Microsoft Excel. Do takto vytvořených skupin na základě trsů autorka připisovala informace, které získala v rámci analýzy dokumentace.

Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy pak došlo k vyhodnocení výsledků.

7 Výsledky

Výsledky výzkumu vycházejí z informací, které byly získány triangulací dat ze tří zdrojů – matky s adiktologickou minulostí po ústavní léčbě závislosti, pracovníci služeb zajišťující asistovaný kontakt a dokumentace klientek využívajících služeb asistovaných kontaktů. Data získaná z těchto zdrojů autorka v rámci analýzy tematicky propojila a uceleně je prezentuje v následujících okruzích. Okruhy reagují na výzkumné otázky nebo doplňují kontext, který je potřebný pro pochopení problematiky a umožňuje více nahlédnout do tématu asistovaných kontaktů.

7.1 Příčiny přerušení kontaktu matky s dítětem

Otázky z tohoto okruhu byly primárně adresovány matkám z definované cílové skupiny. Tazatelka se respondentek doptávala na příčiny přerušení kontaktu s jejich dětmi, jak odloučení probíhalo a jak se kontakt poté snažily obnovit.

Všechny respondentky se v odpovědích shodovaly na primární příčině odloučení, kterou bylo užívání návykových látek. Ve dvou případech se jednalo o alkohol, dále po jednom případě o pervitin, THC a nadužívání psychiatrické medicíny v kombinaci s alkoholem. Ženy, které se nacházely v partnerském či manželském vztahu avizovaly, že nadužívání návykových látek předcházely problémy ve vztahu, které vedly ke snížení psychické pohody (deprese, posttraumatická stresová porucha, nespavost) a následnému uchýlení se k návykové látce ve snaze vytěšnit svou tíživou životní situaci.

V přímém důsledku nadužívání návykových látek všechny respondentky zmínily, že došlo alespoň k jednomu incidentu, kdy zanedbaly péči o své dítě nebo se chovaly neuměřeně pod vlivem návykové látky. Ve všech případech následně došlo k řešení vzniklé situace skrze policii nebo orgán sociálně právní ochrany dětí. To poté vedlo k odebrání dětí z péče matek.

Ze získaných rozhovorů a po jejich doplnění o informace z dokumentace však vyplývá, že klíčovým momentem pro odloučení matek od dětí bylo období léčby. U všech respondentek se jednalo o dobu minimálně 3 měsíců úplného odloučení od svých dětí. Všechny toto období popisují jako náročné a dále také zmiňují, že jejich děti byly velkou motivací pro léčbu své závislosti.

Kateřina: „Po incidentu, který se stal předešlé noci, kdy jsem měla být vůči manželovi agresivní pod vlivem alkoholu, jsme se oba setkali s pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí. Vše proběhlo klidně a důstojně. Já byla otevřená tomu jít se léčit a manžel mě v tom podporoval. Pracovnice navrhla ústavní léčbu a já s tím souhlasila a otec samozřejmě taky. Jediné čeho jsem se bála bylo to, že když nastoupím do léčby, tak že pak děti už nikdy neuvidím. Což se vlastně pak i stalo. Své obavy jsem samozřejmě vyjádřila. Z celého setkání byl vypracovaný protokol přímo pracovníci daného orgánu, kde je zaznamenán slib otce, že mi děti bude vozit. To se ale nestalo a ani po léčbě otec děti nepodporuje v kontaktu se mnou.“

Klára: „Bývalý manžel mě našel spící v obýváku, když obě děti byly vzhůru. Lekl se a zavolal záchranou službu. Ta přijela a odvezla mě. Z té doby je vypracovaná lékařská zpráva, která mě do dnes doprovází všude. A to i přes to, že byla podkladem pro mou ústavní léčbu, která trvala půl roku. Po léčbě jsem navštěvovala doléčovací program, ale ani to otce nepřesvědčilo o tom, aby dětem dovolil se semnou vidět. Nástupem do léčby jsem si zavřela k dětem cestu. Poměrně paradoxní situace, ale bývalému manželovi to poskytlo prostor pro vysvětlení celé situace dětem dle svého úsudku a udělal ze mě blázna.“

7.2 Důvody využití služby asistovaného kontaktu

Ve třech z pěti případů došlo k vyhledání služby asistovaného kontaktu opatrovníkem dítěte, kterému bylo dítě svěřeno do péče na základě problematického užívání návykových látek matkou. I přes to, že respondentky tohoto výzkumu absolvovaly léčbu své závislosti a v době konání výzkumu abstinovaly, byla vůči nim nedůvěra opatrovníků dětí natolik významná, že na asistenci při kontaktu matky s dítětem nadále trvají. Ve všech případech byla asistence podpořena i ze strany soudu. Respondentky z řad matek také zmiňují, že skrze služby zajišťující asistenci u kontaktů rodičů s dětmi je jediná možnost, jak své děti mohou vidět.

Kateřina: *“Hned po léčbě jsem si zařídila doléčovací program a kontaktovala otce, zda by bylo možné se s dětmi sejít. Na to otec nejprve nereagoval a až po nějaké době mi skrze rozvodové právníky vzkázal, že pokud chci vidět děti, tak že jediné skrze služby zajišťující asistenci. Já s tím po poradě s právníkem také souhlasila a soud to podpořil. Původně to měl být pouze postupný navykací plán na dobu jednoho roku. Já s tím souhlasila, jelikož po léčbě to bylo přes 4 měsíce absence společného kontaktu s dětmi. Jenže nyní již uběhl déle jak rok a já se dětem odcizuji čím dál tím víc, protože asistence stále pokračuje a já děti vidím jednou za čtrnáct dní.”*

Karolína: *“Má matka si myslí, že stále něco беру a tak se mi dceru bojí svěřit. Orgán sociálně právní ochrany dětí je na její straně a tak pravděpodobně vždy napíše jakékoliv doporučení, které jim ona nadiktuje. Hlavní výmluvou je to, že se má matka bojí, že budu dceři špatným příkladem.”*

Karla: *„Otec má syny ve výhradní péči a já se s nimi smím vidět párkrát za měsíc. Služby zajišťující asistované kontakty jsou mojí jedinou cestou, protože na nich otec trvá. V rámci kontaktů s dětmi se na to snažím nemyslet a užít si to, že je mám ve své blízkosti. Jinak jsem ale hodně smutná a bezmocná. Mám děti, které jsou moje, já jsem jejich máma, ale ostatní mi říkají, že je smím vidět jen v omezeném čase.“*

Ve zbylých dvou případech je asistovaný kontakt vyústěním dlouhodobého soudního konfliktu mezi matkou a jejím bývalým partnerem/manželem. V jednom z těchto případů to navrhl soud v reakci na předběžné opatření podané matkou.

Klára: *„Po léčbě jsem zkoušela kontaktovat manžela, ale ten si mě všude zablokoval a děti přede mnou schovával. Ve škole a školce učitelkám všechno řekl a ty se mnou vůbec nechtěly komunikovat. Začala jsem to tedy řešit skrze právníka. Podali jsme předběžné opatření k soudu a soud navrhl asistované kontakty, prý kvůli bezpečí dětí. I přes to, že jsem absolvovala léčbu a více jak rok abstinovala. Nechápu, jak můžu být svým dětem nebezpečná. Nezbylo mi tedy nic jiného, než s tím souhlasit. Nikdy by mě nenapadlo, že asistence bude trvat tak dlouho.“*

V druhém případě to navrhla matka sama, jelikož neměla jinou možnost jak okolí, především svého bývalého manžela a soud, přesvědčit o tom, že abstínuje. Ráda by odčinila své předchozí pochybení, které vyústilo v odebrání dítěte z její péče.

Kamila: *Otec syna si myslel, že po léčbě mám stále problém a proto mi syna nechtěl půjčit. Až po spolupráci s právníkem mi byl doporučen asistovaný kontakt. Na to otec slyšel, protože věděl, že budu já za tu špatnou a on mě skrze tu službu nějak dosvědčí. Naštěstí mi teď syna musí dávat 1x za čtrnáct dní. Již jednou se nám styk za pomoci asistenční služby podařilo rozšířit ze dvou hodin*

asistovaného kontaktu na čtyři. A taky si ho již mohu brát domů a nemusím s ním být v dětské herně. I přes to mi otec ale stále nevěří a potřebuje svědka o tom, že syna neohrožuji.”

Služby zajišťující asistované kontakty se ve svých odpovědích shodují na tom, že důvodem pro zahájení spolupráce formou asistovaného kontaktu jsou primárně partnerské neshody. To potvrzují i výše uvedené odpovědi respondentek z řad matek.

Partnerské neshody vyúsťují ve sporný rozvod, kde převažuje spor o děti a nutí soud přihlížet k okolnostem, které rozvod zapříčinily. Dřívější užívání návykových látek matkou strhává pozornost a asistovaný kontakt se může zdát jako vhodnou kontrolní formou matčiny abstinence. To však není účelem asistence u kontaktu a může tak dojít k nepochopení služby.

Jako dalším důvodem pro využívání služeb asistovaného kontaktu byla uvedena nestrannost pracovníků, kteří by na kontakt neměli nahlížet zaujatě a s nestranností vyhotovovat zprávy o průběhu kontaktu. Dále také podporovat rodičovské kompetence odcizených rodičů nebo motivovat ke kontaktu samotné dítě.

Důvody pro zahájení asistence u kontaktu rodiče s dítětem také vycházejí od samotného navrhovatele. Orgán sociálně právní ochrany dětí vyžaduje podrobné zprávy o průběhu kontaktu, jelikož chce mít bližší vhled do situace, na jejíž základě může vydat doporučení. Podobně tomu tak je i u soudního doporučení. Tam se však spíše přihlíží doporučením od samotných pracovníků zajišťujících asistované kontakty. Ne vždy musí být rodina do služeb zajišťujících asistované kontakty doporučena. Rodina službu může vyhledat sama a mít své důvody pro asistenci bez ohledu na rozvodové neshody a jiné konflikty.

7.3 Průběh asistovaného kontaktu

Průběh asistovaného kontaktu se liší u každého zařízení, která tuto službu poskytuje a účastnilo se výzkumu v rámci této diplomové práce. Jak již vyplývá z teoretické části, záleží na tom, jaké má dané zařízení zaměření a v jakém kontextu služby asistence u kontaktu rodičů s dětmi poskytují.

Nejpatrnější rozdíl je ve financování těchto služeb. Neodráží se to na kvalitě těchto služeb ale na možnostech, které služby poskytují – délka trvání kontaktu, čas konání kontaktu, průběh kontaktu, nebo například místo konání kontaktu. Služby placené samotným klientem dokáží flexibilněji plnit požadavky klientů. Neziskové a státní organizace takové možnosti nemají a kapacita je proto omezenější. Konání kontaktu může být pouze v místě sídla organizace a po časově omezenou dobu, která je pro všechny klienty stejná.

Průběh spolupráce se dle výpovědí respondentů dá rozdělit do 6 fází, které jsou pro celou spolupráci důležité a jejich zajištění je pro celou spolupráci klíčové.

1) Zahájení spolupráce: Všechna zařízení účastníci se výzkumu sdělila, že zahájení spolupráce začíná ve chvíli, kdy zařízení kontaktuje zájemce o službu. Nejčastěji to jsou zákonní zástupci dětí (rodiče, opatrovníci) nebo orgán sociálně právní ochrany dětí s pověřením soudu. V méně častějších případech to jsou jiné organizace, které se dotazují na volnou kapacitu. Nejčastěji to jsou mediační služby, služby rodinné terapie a další.

Pokud indikace do služby odpovídá možnostem služby, domlouvá se termín vstupní/úvodní konzultace.

2) Vstupní konzultace: Úvodní konzultace je ve všech zařízeních podmínkou pro zahájení asistence u kontaktu. Čtyři z pěti organizací úvodní konzultaci rozdělují mezi jednotlivé zúčastněné

členy – zvlášť konzultace probíhá s jednou stranou, zvlášť s druhou stranou a zvlášť s dítětem/děťmi. Jedna z organizací preferuje úvodní konzultaci za přítomnosti všech zúčastněných.

V rámci vstupní konzultace se formuluje zakázka, požadavky a cíle spolupráce. Podstatnou částí tohoto setkání je představení pravidel, které dané zařízení má a dle jakých probíhá i samotný asistovaný kontakt. Pravidla vychází z motivace klientů pro vzájemnou spolupráci a jednání v zájmu dítěte. Všechna zařízení si tak vyhrazují právo na ukončení setkání, pokud dojde k porušení předem stanovených pravidel. Do toho spadá i například nátlak směrem k dítěti, výčitky, nebo zapojování dítěte do konfliktní situace mezi dospělými.

Dále se v rámci úvodní konzultace přibližuje průběh asistovaného kontaktu a vysvětluje se i pozice pracovníka, který asistenci u kontaktu realizuje. Všem zúčastněným je vysvětleno, že pracovník je pouze nestranným pozorovatelem, který do setkání zasahuje pouze při překročení stanovených pravidel nebo ve snaze motivovat dítě v kontaktu s rodičem, popřípadě podpořit rodiče v jeho kompetencích.

Pracovník Karel: „Celá spolupráce s klientem začíná tím, že naši organizaci kontaktují různé instituce nebo zákonný zástupce. Na základě této informace je domluvena vstupní konzultace s každou stranou a bez přítomnosti dětí. Nejčastěji jde tedy o rozhovor s každým z rodičů zvlášť. Obě strany tak dostanou možnost představit svůj pohled na věc a při té příležitosti se formuluje i zakázka. Následně se domluví i přípravné setkání pro dítě, kterému se také představí, jak to u nás chodí a to úměrně jeho věku. Poté se již přistupuje k asistovaným kontaktům.“

Pracovník Kryštof: „Klient mě kontaktuje osobně, buď si naše telefonní číslo vyhledá na internetu nebo jsme jim doporučení orgánem sociálně právní ochrany dětí či soudem, případně jiným pracovištěm. Při úvodním pohovoru klienty seznámím s pravidly naší služby. Pokud je nařízeno testování na přítomnost alkoholu v dechu nebo jiné orientační testování, stanovíme i způsob, jakým bude probíhat. Někdy bývá testování na přítomnost alkoholu dohodnuto jen mezi rodiči, ale i tak probíhá jako by bylo nařízeno.“

Pracovnice Kristýna: „Naše organizace vychází z dobrovolnosti. O využití našich služeb musí tedy požádat jeden z rodičů a druhý se musí také zapojit. Zapojení spočívá ve spolupráci s naší organizací a absolvování úvodního pohovoru. Klienty doporučené orgánem sociálně právní ochrany dětí přijímáme přednostně, ale nejsme schopni vymáhat jejich docházení, takže to necháváme plně v jejich rukou. Dle naší filozofie musí rodina chtít na věcech pracovat, jinak jim s tím nikdo nemůže pomoci. V rámci úvodního pohovoru si pozveme oba zákonné zástupce zvlášť. Zvlášť přichází i dítě, popřípadě sourozenci dohromady. V rámci úvodní konzultace zjišťujeme míru motivace rodičů, jejich zájem o dítě a také to, jak nahlízejí na vzniklou situaci. U dětí se zaměřujeme především na jejich obavy a očekávání, se kterými následně pracujeme v rámci asistovaných kontaktů. Úvodní konzultace spadá do takzvané přípravné fáze, kde mapujeme zakázku a zahajujeme spolupráci.“

3) Asistovaný kontakt: Asistence u kontaktu rodiče s dítětem probíhá ve frekvencích, které jsou stanoveny při úvodní konzultaci. Neziskové organizace a jiná zařízení, která mají asistovaný kontakt přidružený k dalším činnostem, mají kapacitu na asistovaný kontakt maximálně 1x za čtrnáct dní v časovém rozsahu maximálně dvou hodin. U specializovaných pracovišť, která jsou hrazená samotnými klienty jsou časové možnosti flexibilnější a kontakt lze realizovat i několikrát do týdne.

Průběh kontaktu záleží již na účastnících a možnostech daných zařízením. Respondenti z řad pracovníků se shodují s pravidly zařízení poskytujících asistované kontakty a ve svých odpovědích

se popisují jako nestranní pozorovatelé situací, které se odehrávají v rámci kontaktu odloučeného rodiče a jeho dítěte. Do kontaktu prý vstupují pouze při porušování stanovených pravidel, nebo ve chvílích, které se jeví nekomfortní minimálně pro jednoho ze zúčastněných. Vyhodnocení těchto situací podléhá sociální empatii a znalostem pracovníků, což se jeví jako neobjektivní měřítko.

Pracovník Kristián: „S klienty se setkáváme pouze v místě našeho pracoviště. Zde máme těmto kontaktům plně uzpůsobené prostředí, kde si najde zábavu dítě jakéhokoliv věku. V ideálním případě do kontaktu rodiče a dítě nezasahují, ale pokud je to nezbytné, tak pouze v rámci motivace, či v rámci korigování konfliktní situace. Po kontaktu zjišťuji, zda je rodič i dítě v psychickém pořádku a následně se loučíme.“

Pracovník Kryštof: „Asistované kontakty se odehrávají buď v domácnosti klientů, nebo u nás na pracovišti, ale fakticky se příliš neliší. Iniciativa při kontaktu s dětmi je převážně na rodiči, já se účastním v případě, že si to přeje dítě nebo že se tak domluvíme s rodičem.“

Vnímání asistovaných kontaktů matkami, které se výzkumu účastnily, se lehce liší od popisu pracovníků. Nejde přímo o vnímání asistující osoby, ale o představení služeb. Respondentky z řad matek ve svých odpovědích hovoří o asistovaných kontaktech jako o prostředku kontroly a nutnosti dokazování svých rodičovských kompetencí druhým osobám. Dále se také čtyři respondentky shodují na tom, že mají subjektivní pocit, že druhá strana využívá přítomnosti asistující osoby při kontaktu s dítětem jako prostředek pro ponížení matky a snížení jejích rodičovských kompetencí. To se jeví jako nepochopení nebo jako nedostatečně vysvětlené poslání služby a neshoduje se s popisem služby pracovníky, kteří tyto služby poskytují.

Karla: „Začátek je vždy stejný, přijdu do místnosti, kam mě zavede pracovník a společně čekáme na příchod synů. Pracovníci se snaží být milí, ale já vím, že jsou tam od toho aby posoudili mé schopnosti. Když pak přivedou děti tak si přijdu jak zvíře v zoologické zahradě. Po celou dobu se bojím, abych syna třeba špatně nechytla, nebo mu neřekla něco, co by si přítomný pracovník mohl špatně vyložit a já syny už nikdy nemusela vidět.“

Kamila: „Přijede většinou nějaký pracovník, který nás po celou dobu pozoruje. Já nemám problém vyloženě s tím pracovníkem, co tam s námi je, ale jde mi o princip. Jsem normální matka, která se o dítě zvládla postarat i v nejhrošších stavech, proč bych to nezvládla teď. Jsem ochotna otci klidně pokaždé ukazovat negativní výsledky testu. Jen abych se synem mohla být sama.“

4) Orientační testování na přítomnost návykových látek: Ne všechna zařízení nabízí možnost orientačního testování na přítomnost návykových látek a ne všechny respondentky z řad matek se s tím setkaly. Nicméně všechna zařízení poskytují možnost kontroly potvrzení o absenci návykové látky v těle od lékaře nebo z adiktologické ambulance. To se následně objevuje ve zprávě z asistovaného kontaktu.

Karla: „Bývalý partner si vyžaduje, abych před každým setkáním s dětmi dýchala do alkohol testeru. Neumíte si představit, jak je to potupné. Jedinou výhodou je, že organizace zajišťující asistované kontakty má lidské cítění a dovoluje mi přijít dřív a já mohu nadýchat do přístroje pouze před pracovníci a ne před bývalým partnerem a dětmi.“

Kamila: „Pracovník se mě vždy ptá, jestli mu chci ukázat potvrzení z adiktologické ambulance o tom, že nemám v těle THC, což se jim vždy ráda pochlubím a oni to dají do zprávy.”

5) Zpráva z asistovaného kontaktu: Psaní zprávy o průběhu asistovaného kontaktu jsou nezbytnou součástí celého procesu. Jedná se o svědectví asistující osoby a podklad pro další postup. Každé zařízení má své metody, nicméně společným bodem je souhrnná zpráva, která se vyhotovuje na konci spolupráce s rodinou. Ve zprávě se zhodnocuje průběh spolupráce, komunikace se zúčastněnými osobami, důležité momenty kontaktů, projevy zúčastněných osob a také závěrečné doporučení. Tři zařízení účastníci se výzkumu tímto způsobem postupují i po jednotlivých setkáních.

Respondentky z řad matek mají se zprávami z asistovaných kontaktů dobrou zkušenost a vyhotovování zpráv si všechny chválí. Jedná se prý o přínosnou část asistence, kdy mají důkazní materiál o svých rodičovských schopnostech a snaze opětovně navázat kontakt se svým dítětem. Jako negativní faktor hodnotí respondentky nedostatečný význam těchto zpráv při soudním procesu, jelikož na čtení zpráv u soudu není čas a respondentky pak mají dojem, že je tak celý proces asistence zbytečný.

6) Ukončení spolupráce: Zařízení zajišťující asistované kontakty byla ve svých odpovědích jednotná a shodla se na následujících důvodech, které vedou k ukončení spolupráce: dohoda mezi rodiči, nové soudní rozhodnutí, zákaz styku rodiče s dítětem/děťmi, opakované porušování pravidel zařízení, nebo přestup do jiné služby.

Respondentky z řad matek o ukončení spolupráce v rámci výzkumu hovoří jako o nedosažitelném cíli. V rámci spolupráce se zařízeními zajišťující asistované kontakty se jim podařilo asistovaný kontakt pouze rozšířit, ale žádná z nich zatím nemá možnost své děti vidět o samotě.

Kateřina: „Chodím na kontrolní setkání v rámci doléčovacího programu a o děti mám obrovský zájem. Služeb asistence využíváme s dětmi déle jak rok. V rámci asistence mi tak služby již nemají co nabídnout. Jsem plně kompetentní matka, která jen musí vyčkat, až si to uvědomí i ostatní. Teď se čeká na rozhodnutí soudu, který se již 3x přesunul. Zároveň jeho rozhodnutí také není jisté a já vlastně ani sama nevím, co mám čekat. Máme s právníkem připravený navýkací plán, který postupně bude odstraňovat služby zajišťující asistované kontakty. Nejprve to tedy půjde přes asistovaná předávání až k předávání pouze mezi rodiči. To ale může trvat ještě roky a není jisté, zda s tím otec bude souhlasit.“

Respondentky v souvislosti s tématem ukončením služby asistovaného kontaktu popisují svou beznaděj a bezmoc. Postupují podle domluvených pravidel, respektují požadavky druhé strany, naplňují soudní rozhodnutí, ale situace je stále bez znatelného vývoje.

7.4 Vnímání asistence při kontaktu s dítětem

Vnímání asistující osoby u kontaktu matky, bývalé uživatelky návykových látek a jejího dítěte je u respondentek zatíženo pocitem nutnosti a povinností. Opět respondentky popisují pocit kontroly a znehodnocování jejich abstinence tím, že se musí prokazovat potvrzením z adiktologické ambulance nebo podstupovat orientační testování na přítomnost návykových látek.

Přes tyto zmíněné skutečnosti však respondentky hodnotí asistované kontakty a osoby asistující u kontaktu s jejich dětmi neurčitě. Tabulka níže v textu (tabulka č.1) znázorňuje nejčastěji se opakující pozitiva a negativa ve vnímání asistovaného kontaktu jako takového. I přes to, že pozitiva

převažují nad negativy, celkový dojem je neurčitý a respondentky asistovaný kontakt nedokáží ocenit především pro délku trvání spolupráce se zařízeními zajišťující asistované kontakty.

Kateřina: „Já jejich přítomnost vnímám dost pozitivně. Vždy mi z jejich strany byl poskytnut prostor pro jednání s dětmi, ale i po skončení asistovaného kontaktu mi vždy dají nějakou zpětnou vazbu nebo lehkou podporu, když jsem zhroucená (smích). Zároveň mi ale nepřijde, že by jejich přítomnost byla stále potřeba. Už mi nemají co předat a nabídnout.“

Karla: „Upřímně mi to přijde celé úplně zbytečné. Vnímám i to, že děti se před pracovníkem daných služeb předvádějí a musejí si neustále dávat pozor na to co říkají. Mám pocit, že musíme hrát nějakou hru. Jak já, tak děti, tak i ten pracovník, co tam s námi je, protože vidí, že si s dětmi normálně rozumíme.“

Karolína: „Co Vám budu povídat, asistence mi není úplně příjemná, ale zvykla jsem si. Bez ní by to bylo možná ještě horší. Chovají se ke mně mile. Shovívavě kontrolují mé potvrzení z adiktologické ambulance a nijak více se k tomu nevyjadřují. Vnímám to jako trest za to, že jsem dělala věci, které jsem dělat neměla. Já o nich teď vlastně moc nevím. Sedí tam a přes roušku, kterou mají na obličeji, ani nevidím, jak se tváří. Takže je mi to jedno. Nepřipadám si při jejich přítomnosti blbě, ale zároveň ani jako plně schopná matka.“

Klára: „Nic špatného mi nedělají, to už teď chápu. Zároveň mám ale pocit, že asistence k ničemu není. Ničemu to zatím nepomohlo. I když možná vlastně ty zprávy byly nápomocné k tomu, že se styk s dětmi mohl rozšířit o dvě hodiny. Tak alespoň něco. Pracovníci jsou vždy milí a ochotní. Asi to k něčemu bude, ale zatím co jsem toho součástí, tak nedokážu přesně říct k čemu, protože je to nekonečné.“

Tab. 2 – Vnímání pozitiv a negativ asistence při kontaktu matky s dítětem/děťmi.

Pozitiva	Negativa
1) možnost být v kontaktu s dítětem	1) nepřirozené prostředí
2) podpora matky ze strany asistenta/ky	2) bez vývoje situace
3) zprávy z asistovaných kontaktů	3) služba již nemá co nabídnout
4) mediace komunikace mezi rodiči	4) děti se před pracovníkem předvádějí
5) zpětná vazba	5) pocit kontroly
6) prostor pro individuální konzultace	

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze získaných dat je také patrné, že respondentky vnímají služby asistovaného kontaktu jako nedostatečné v časové dotaci pro jejich kontakt s dětmi. Vzniká tak jejich požadavek na rozšíření styku s dětmi i za podmínky přítomnosti asistence. To však není z kapacitních důvodů většiny zařízení možné a pokud to možné je, tak je to finančně velice náročné (orientačně se ceny dle informací z webových stránek pohybují okolo 450,- za 1 hodinu asistovaného kontaktu, zpráva z kontaktu se hradí zvlášť a to cenou 350,- za 1 stranu textu).

Kontakt mezi matkou a dítětem, který se uskutečňuje v řádu hodin a maximálně jednou týdně je nedostačující a pro vývoj dítěte nepříznivý.

Dalším významným výsledkem, který vyplynul z rozhovorů s respondenty bylo vnímání osoby asistující u kontaktu jako takové. Respondenti z řad pracovníků o sobě hovořili jako o pracovnících,

kterí asistují u kontaktu a následně dle toho co viděli piší nezaújaté zprávy, které se odesílají tomu, kdo si o ni zažádá a má na ni právo. Nejčastěji tedy soudu, orgánu sociálně právní ochrany dětí, nebo zákonným zástupcům. Tento pohled však nesdílí respondenti z řad matek, které osobu asistující u kontaktu považují za klíčového svědka celé situace a zprávy, které daný asistující člověk vyhotoví ji mohou buď zlepšit nebo výrazně zkomplikovat celý proces opětovného navazování kontaktu se svým dítětem. Celkově tak dochází k situaci, že asistující osoba a zařízení zajišťující asistované kontakty představují zásadní roli ve vývoji situace matky ve vztahu k jejímu dítěti/dětem. Opět tím práce naráží na nedostatečné vysvětlení a pochopení služeb a také na chybějící ukotvenost těchto služeb v zákoně, který by svým jednotným výkladem mohl být nápomocný pro pochopení služeb. V tomto aktuálním pojetí se zdá, že asistent, který je součástí asistovaného kontaktu má velký význam pro celý kontakt i přes to, že se nenachází v pozici, která by pro to byla kompetentní.

Při rozhovorech se tazatelka také zaměřila na zkušenost respondentů se vstupem asistujících osob do kontaktu matky s dítětem. Odpovědi se z řad obou skupin respondentů jednotně shodují, že asistující pracovník do kontaktu vstupuje jen v případě nutnosti a při snaze motivovat dítě ke kontaktu s přítomným rodičem.

Karolína: „*Ted' už do kontaktu s dcerou moc nevstupují. Na začátku se dceru snažili motivovat, aby semnou mluvila, ale ted' to dělají jen v úvodu kontaktu a pak to nechávají na mně. Já jsem ráda že už to nechávají na mně, přijdu si jinak totiž úplně neschopná.*“

Pracovník Kryštof: „*Iniciativa při kontaktu s dětmi je převážně na rodiči, já se účastním v případě, že si to přejí děti nebo že se tak domluvíme s rodičem. Pokud se kontakt odehrává v bytě rodičů, jsem v místnosti, ve které je rodič s dětmi. V případě, že se kontakt odehrává v terénu, jsem vždy přítomen tak blízko, abych slyšel, o čem rodiče s dětmi hovoří. Kontakty u nás na pracovišti se odehrávají převážně v jedné místnosti, která je vybavena jako herna. Já jsem opticky vzdálen od rodičů, připravených aktivit se účastním v případě, že si to rodiče nebo děti přejí.*“

Součástí asistence u kontaktu matky s dítětem je i kontrola abstinence matky, která má dle výsledků výzkumu vliv na celkový dojem a vnímání asistence matkou. Matky jsou, dle slov respondentů z řad pracovníků, ze své léčby zvyklé na pravidla a otevřenost ke spolupráci. Mnohdy jsou ještě navázané na jiná zařízení, kde si svou adiktologickou minulost paralelně řeší, například v rámci doléčovacího programu nebo jiné psychoterapie. Tím vzniká otázka, zda je testování na přítomnost návykových látek a kontrola potvrzení o abstinování potřebná v rámci služeb zajišťujících asistované kontakty. Tato prokázání autorka nezpochybňuje při podezření asistující osoby na porušení matky abstinence, jelikož tím by došlo k porušení pravidel služeb, které zakazují užívání návykových látek během kontaktu nebo realizace kontaktu pod jejich vlivem. Zároveň ale není zřejmá potřebnost této informace pokud v rámci kontaktu matky s dítětem asistující osoba nenabyde tohoto podezření.

Respondenti z řad pracovníků služeb zajišťujících asistované kontakty v této problematice rozpor nezaznamenávají a shodují se na tom, že potvrzení o abstinenci nebo negativní výsledek orientačního testu na přítomnost návykových látek může být ve zprávě kladným bodem pro dokázání potřebných kompetencí matky.

Respondentky z řad matek s prokázáním své abstinence nemají problém, ale zároveň se vyjadřují k tomu, že je adiktologické problematice z minulosti věnována velká míra pozornosti i přes to, že se nejedná o aktuální problém. Zároveň sdělují, že testování musí být důstojné a předem domluvené za souhlasu obou stran, tedy obou zákonných zástupců.

7.5 Překážky v navazování kontaktu matky, bývalé uživatelky návykových látek, se svým dítětem

Na přítomnost překážek, které by mohly komplikovat opětovnému navazování kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek a jejich dětmi se autorka práce zaměřila jak v rámci polostrukturovaných rozhovorů s oběma skupinami respondentů, tak i v rámci analýzy dokumentace.

Ze všech zmíněných zdrojů vyšly dohromady 3 okruhy možných překážek, které komplikují a ztěžují celý proces navazování kontaktu matky a dítěte po odloučení, které vzniklo v důsledku léčby závislosti matky. Překážek může být samozřejmě více, ale v rámci této práce se autorka zaměřuje primárně na prostředí asistovaných kontaktů, které přináší přímý vhled do procesu opětovného navazování kontaktu.

7.5.1 Konfliktní vztah mezi opatrovníkem dítěte/děti a matkou

Jednotnou odpovědí všech respondentek z řad matek na otázku „Co komplikuje Vaše opětovné navázání kontaktu s dítětem?“ bylo, že komplikací je opatrovník dítěte. Ve čtyřech z pěti případů tedy otec. V jednom případě matka respondentky, která má dítě v péči.

Překážka vzniká z důvodu konfliktu mezi dospělými jedinci, který začal sporem o dítě/děti nebo rozvodovým řízením.

Kamila: „*Nerada to říkám, ale největší překážkou je aktuálně otec a jeho chování. Nerozumím tomu proč to dělá, ale veškeré jeho jednání poukazuje na to, že nechce, abych naše dítě vidala a byla s ním v kontaktu. Také mi o synovi nesděluje žádné informace, nespolupracuje a stále se mě ptá „proč tě to zajímá“. Jeho pohled na situaci pak ovlivňuje ostatní, kteří mají možnost do našeho případu zasahovat.*“

Konflikt má v každém případě jiný původ, ale následně se projevuje stejně a to skrze zařízení zajišťující asistovaný kontakt. Druhá strana nesouhlasí s návrhy matky i když jsou například v zájmu dítěte. Nefunguje možnost dohody ani vzájemné vstřícnosti. Opatrovník dítěte mnohdy nesouhlasí ani s přesunem nebo náhradou kontaktu v době nepřítomnosti matky. Asistovaný kontakt se pak jeví jako prostředek vzdoru, trestu pro matku, nebo jako určitá forma manipulace.

V jednom případě je z dokumentace patrné, že otec nerespektuje služby zajišťující asistenci u kontaktu matky s dětmi a je přítomen po celou dobu kontaktu. Jeho přítomnost ovlivňuje děti, které se před matkou nedokáží uvolnit a má to vliv na celý průběh kontaktu.

Kateřina: „*Otec nevěří asistentům, kteří asistované kontakty zajišťují, takže většinou neodjíždí z místa předávání a kontroluje, co se na místě děje. Jenže to pak vidí i kluci, tak semnou nechťejí být a kontakt ukončujeme po 10 minutách.*“

Nástrojem kontroly může být také podmínka testování. Dva pracovníci služeb zajišťující asistované kontakty ve svých odpovědích popisují, že se opakovaně setkali s tím, že kontrolu matky abstinence nepožaduje ani orgán sociálně právní ochrany dětí, ani soud, ale osoba pečující o dítě.

Pracovnice Klaudie: „*Pokud s podmínkou testování nepřijde soud nebo jiné instituce, přichází s tím opatrovník dítěte. Druhé straně většinou nezbyvá nic jiného než souhlasit. Říkám to*

s nadsázkou, ale v praxi to tak je. Stalo se mi, že matka byla již 10 let po léčbě a měla již nového partnera a s ním další dítě. Její bývalý partner stále vyžadoval testování. Bez něj matce dceru předat nechtěl.“

Jako další příklady konfliktního jednání, které zabraňuje navázání vztahu mezi matkou a dítětem respondenti uvedli absenci komunikace ze strany opatrovníka. Nepředávání základních informací (např. o zdravotním stavu, školní docházce, zájmových aktivitách) a využívání těchto neznalostí proti matce.

7.5.2 Manipulace dítěte/děti opatrovníkem

Další překážkou, která brání matce a dítěti opětovně navázat kontakt je odpor samotného dítěte, který není dle slov respondentů postaven na reálném konfliktu, který by vznikl přímo mezi matkou a dítětem. Z dokumentace a především ze zpráv z asistovaných kontaktů je patrný konflikt na základě rozepří mezi matkou a opatrovníkem dítěte.

Překážka zde vzniká v důsledku zavržení matky dítětem, které je ve svém jednání orientovaném proti matce utvrzováno opatrovníkem a jeho nedůvěra je posilována a živena. Tento problém může vést až k syndromu zavrženého rodiče.

Klára: „*Dcera si na asistované kontakty nosí sluchátka a knihu a odmítá se semnou bavit. Ted’ už je to tedy lepší, ale dříve to byla katastrofa. Jediné co mi byla schopná říct, ve svých 10 letech bylo to, že jsem si vybrala drogy místo ní. Když jsem se ji to snažila vysvětlit, tak odpověděla, že táta říká něco jiného.*“

Opakujícím jevem při analýze dokumentů bylo chybné vnímání asistovaného kontaktu dětmi. Děti respondentek vnímají asistovaný kontakt jako povinnost nebo jako další odpolední aktivitu, kterou musí splnit (jako například volnočasový kroužek). Děti si pak stěžují matkám, že mohly trávit čas jinak a povinné setkání s matkou jim to překazilo. To potvrzují i respondentky z řad matek. Chybné vysvětlení styku s matkou většinou pochází od opatrovníků dětí, což může být právě cílený způsob manipulace dítětem proti matce.

Karla: „*Otec často bojkotuje domluvená setkání. Například synům vymýšlí alternativní programy, nebo nechce, abychom se syny šli někam ven, protože by kluci za mnou jinak nepřišli. Nebo když pro ně mám vymyšlený program, tak mi skrze asistentku sdělí, že to nejde, protože jsou kluci po nemoci a tentokrát ven nesmí. Při loučení se syny jim pak řekne, že je na program vezme on o víkendu.*“

Dále se objevuje i manipulace dětí skrze adiktologickou minulost matky. Opatrovníci s nimi cíleně mohou komunikovat situace, které se matkám stali pod vlivem návykových látek nebo popisovat dětem matčinu závislost. Dítěti pak může vznikat mylná představa o matce a může v něm vzbuzovat strach o ni a otočit si tak role. Dítě se tedy vžívá do pozice pečovatele a má tendenci mít o matku starost a vnímat ji jako nemocnou.

Kateřina: „*Oba synové vědí o mém problému s alkoholem. Prvně se o tom dozvěděli od otce a jeho rodiny. Já jsem to s nimi ale také řešila a myslím, že to chápou. Na druhou stranu se ale děje,*

že ten starší syn kontroluje veškeré pití, které jim přinesu. Naposledy jsem jim přinesla domácí sirupy ve skleněných lahvích a mladší syn se rozplakal, že je to alkohol a že jsem opět nemocná.“

7.5.3 Stigma bývalých uživatelů návykových látek v kontextu mateřství

Třetí a nejobsáhlejší překážkou komplikující kontakt matky s dítětem je stigmatizace, která je s užíváním jakýchkoliv návykových látek úzce spjata. V případě matek, bývalých uživatelů návykových látek jde o domněnku společnosti, že užitím návykové látky matka popírá veškeré mateřské kompetence a odporuje to její sociální roli ženy a především matky.

Všechny respondentky z řad matek hovoří o své adiktologické minulosti jako největší překážce, která jim komplikuje kontakt s dítětem/děťmi. Adiktologická minulost se respondentkám skrze okolí projektuje jako nedůvěra v jejich osobu, nerespektování již dokončené léčby, nedůstojné jednání a podceňování jejich abstinence. Jde tak obecně o stigmatizaci jejich osoby ze stran bývalých partnerů, opatrovníků jejich dětí, ale i pracovníků institucí, kteří by měli mít alespoň základní informace o adiktologické problematice a nezaujatě přistupovat ke každé osobě, se kterou spolupracují.

Karolína: „Hlavní překážkou je nepochopení a jednostranný pohled orgánu sociálně právní ochrany dětí na situaci. Nikdo se tam semnou nechce bavit a automaticky jsme já ta špatná. Myslím si, že bych si zasloužila prostor.“

Kamila: „O syna jsem kvůli trávě přišla a teď se mi ta minulost stále vrací a opakovaně připomíná. Paní doktorka mi řekla, že je to rizikový faktor pro relaps. To já už nikdy nedopustím.“

Karla: „Stále musím někoho přesvědčovat o tom, že nepiju. Ale tak já to budu dělat, nemám co skrývat. Mám strach, že ve vztahu ke konfliktní situaci s otcem nemám moc na výběr.“

Karolína: „U soudu jsem opakovaně já ta špatná, jen kvůli mé adiktologické minulosti. Na setkání s orgánem sociálně právní ochrany dětí mi pracovnice jednou řekla, že se nemám čemu divit. Nedá se mi prý kvůli mé minulosti věřit.“

Dalším opakujícím se předpokladem, který autorka práce zařadila do skupiny stigmatizace je opakované upozorňování na adiktologickou minulost matky a tendenci tuto skutečnost používat během sporů o děti jako argument proti matce. Tato tvrzení se opakovaně objevovala jak u respondentek z řad matek, tak u respondentů z řad pracovníků. Zmínky o tomto jednání se objevují i v dokumentaci klientek.

Karla: „Moje alkoholická minulost je klíčovou věcí celé této záležitosti. Teda ne pro mě, ale pro otce. Otec to říká dětem, vykládá to našim společným známým a hlavně tedy na orgánu sociální právní ochrany dětí a u soudu. Opakovaně vytahuje u soudu zápisy od policie a mé nahrávky, kde jsem pod vlivem alkoholu.“

Na téma stigmatizace matek, bývalých uživatelů návykových látek, se tazatelka zaměřila i u respondentů z řad pracovníků a to skrze otázky na podobu spolupráce s matkami s adiktologickou minulostí a s matkami bez adiktologické minulosti. Zda se spolupráce liší a pokud ano, tak v čem a zda je to potřeba.

Pracovníci služeb zajišťujících asistované kontakty se většinou shodují, že se spolupráce dle jejich úsudku nijak neliší. Jediný rozdíl spatřují v tom, že matkám s adiktologickou minulostí musí v rámci spolupráce kontrolovat jejich abstinenci. Jeden z respondentů to ještě doplňuje o to, že matky s adiktologickou minulostí si častěji žádají o konzultace po asistovaných kontaktech z důvodu velké náročnosti kontaktu na jejich psychický stav.

Dále pracovníci hovoří o potřebě empatii pro práci s takto specifickou klientelou, jelikož spolupráce bývají křehčí a matky s adiktologickou minulostí si žádají větší podporu a motivaci od pracovníků.

Pracovník Kristián: *„Pokud mám být ale upřímný, tak mám dojem, že spolupráce s matkou, která má adiktologickou minulost je možná jednodušší, než spolupráce s matkou, která má konfliktní vztah ke svému dítěti, nebo bývalému partnerovi, který má dítě v péči. V rámci adiktologického tématu máme definovanou příčinu. V druhém případě se těžko příčina nachází a pracuje se s ní. Spolupráce se liší asi v tom, že se pracuje více se stigmatem. Nejčastěji je to o velké nedůvěře ze strany toho, kdo má aktuálně dítě v péči.“*

Pracovnice Kristýna: *„Snažím se více pochopit jejich situaci a dopřát jim čas si o tom s někým pohovořit. V kontextu s dětmi jim mohu po asistovaném kontaktu poskytnout podporu a třeba i motivaci.“*

V průběhu rozhovorů s pracovníky služeb zajišťujících asistované kontakty vyvstávalo sdělení, že matky zatížené adiktologickou minulostí mají výchozí bod pro navázání kontaktu se svým dítětem těžší, než matky bez adiktologické minulosti. Opět byla hlavní příčina ve stigmatizaci z okolí matky.

Pracovník Karel: *„Je mi líto, že to musím říct, ale vnímám, že to matky s adiktologickou minulostí mají těžší. Veškerým záznamům, zprávám a doporučením se věnuje zvýšená pozornost a já sám si u jejich psaní musím dávat velký pozor. Na každé jedno slovo je kladen velký důraz.“*

Pracovnice Klaudie: *„U těchto matek je většinou situace složitější zejména ve vztahu k dítěti i manželovi. Důvěra je narušená a je zde dlouhodobě patrné „znekompetentňování“ matky, hlídání matky ze strany manžela a pro matku je mnohem náročnější dokázat, že její užívání návykových látek byla minulost a nyní je již zdravá. Musí více prokazovat schopnost se o dítě postarat a čelit stigmatizujícím osočením.“*

Pracovnice Kristýna: *„Matky s adiktologickou minulostí to mají určitě náročnější. Je tam neustálá kontrola z druhé strany a často se čeká na matčino selhání.“*

Stigmatizace matek s adiktologickou minulostí se objevuje od ukončení léčby a provází matky po celou dobu jejich snahy o navázání kontaktu s dětmi nebo ve snaze o jejich opětovného svěřeni do péče. Prostředí zajišťující asistované kontakty se jeví jako podpůrné a pro matku s adiktologickou minulostí jako prostředek získání potřebných kompetencí. Ve srovnání se zmiňovaným orgánem sociálně právní ochrany dětí nebo jinými institucemi se rozdíl objevuje ve znalosti adiktologické problematiky a s tím spojené práci s předsudky vůči takto specifické skupině.

7.6 Práce s překážkami, a především se stigmatem v kontextu služeb zajišťujících asistované kontakty

Posledním okruhem otázek a celkově i zakončením polostrukturovaného rozhovoru s oběma skupinami respondentů bylo zmapování toho, jak se s překážkami, které brání opětovnému navázání kontaktu mezi matkou, bývalou uživatelkou návykových látek, a jejím dítětem/děťmi, dá pracovat a popřípadě jak je eliminovat.

Výsledky analýzy dokumentace, kde autorka této práce pracovala především s odstavcem „doporučení“, který byl součástí některých zpráv z asistovaných kontaktů a také s odpověďmi respondentů, lze rozdělit do 5 okruhů.

1) Základní znalost adiktologické problematiky: Jedním z možných řešení, které se obecně u stigmatizace nabízí, je edukace o problematice a rozšíření znalostí o daném problému. V ideálním případě v celé populaci, ale v kontextu této práce především mezi pracovníky služeb a institucí, které s ženami s adiktologickou minulostí přichází do kontaktu. Konkrétně rozšířit povědomí o problematice závislosti, systému léčebné péče a riziku relapsu by mohlo vnést do spolupráce větší pochopení a empatii pro matky po léčbě závislosti, ale také snížit množství předsudků a následné stigmatizace.

Pracovník Karel: „*Se souhlasem klientů spolupracuje i s jinými zařízeními a organizacemi. Jsme rádi, když to funguje a společně klientce můžeme pomoc. Stejně, ale složitější, je to i s orgánem sociálně právní ochrany dětí, kde mají o adiktologické problematice málo znalosti a pak to kvůli tomu moc nefunguje. Pokud se tam najde sociální pracovnice, která je podporující a má pro klientku pochopení, tak je to naprosto krásná práce. To se ale bohužel moc často neděje.*“

2) Propojenost služeb: Dalším možným řešením, převážně dle pracovníků služeb zajišťujících asistovaný kontakt je multidisciplinarita a propojenost služeb. Dle získaných dat je spolupráce zařízení poskytující asistované kontakty s jinými organizacemi a institucemi na vzestupu. Nicméně tento proces je pomalý a otevřenost spolupráce závisí na ochotě ke spolupráci jednotlivce z řad pracovníků. Nejedná se tedy o systémové nastavení a poskytovatelé péče nejsou schopni pružně reagovat na specifické potřeby žen s adiktologickou minulostí a brát například v potaz potenciál bariér, které mohou bránit těmto ženám v kontaktu se svými dětmi.

Pracovník Kryštof: „*Spolupracujeme se všemi, kteří pomáhají řešit situaci klientky a dětí, tzn. soud, orgán sociálně právní ochrany dětí, někdy probační a mediační služba, ale i další organizace. Pokud vidím, že klientka nemá dostatek informací a překvapivě je nedostala ani na orgánu sociálně právní ochrany dětí, od kterého se to očekává, pomáhám jí navázat se na další pomáhající organizace – potravinovou banku, dluhovou poradnu atd., toto je ovšem zcela mimo asistovaný kontakt.*“

Pracovník Karel: „*Eliminace těchto překážek by přišla ve chvíli, když by se zacelila díra v systému. Dírou v systému je míněna provázanost služeb a multidisciplinarita týkající se takto specifické klientely.*“

3) Individuální podpora matky: Z předchozího bodu, tedy z propojenosti služeb, vyplývá potřeba pracovat s klientkou na více úrovních. Všechny zúčastněné respondentky z řad matek

zmiňují podporu v abstinenci nebo individuální psychologické poradenství jako klíčový prvek pro jejich udržení motivace a odhodlání o kontakt se svými dětmi nadále bojovat.

Spolupráce s adiktologickými službami, například s doléčovacím programem, by mohla ulehčit práci asistujícím službám a celkově ulevit matce od pocitu neustálé kontroly ze všech zařízení, se kterými spolupracuje. Kontrola by probíhala pouze v adiktologickém zařízení a informace a služba zajišťující asistenci by se zaměřila pouze na asistenci u kontaktu matky s dítětem.

Služby zajišťující asistované kontakty poskytují v rámci asistence u kontaktu i podporu a možnost individuálních konzultací. Možnost komplexnější a časově rozsáhlejší práce s matkou by mohla být přínosem pro její psychický stav a motivaci. Jak formou individuálních konzultací, tak například i formou skupinových podpůrných sezení.

Pracovnice Klaudie: *„Eliminace překážek je u každého případu individuální, ale obecně lze říct: důsledná abstinence, dostatek času, komunikace s dítětem, pomalé navázání vztahu a pravidelná, ale důstojná, kontrola. Je prostě potřeba s matkou komunikovat a vysvětlovat jí, proč je to dobré. Pokud nemám co skrývat, tak se můžu negativními výsledky orientačních testů přeci pochlubit.“*

Kamila: *„Musím chodit na podpůrnou terapii, abych byla v pohodě a nezbláznila se z toho a nedej bože zase něčemu nepropadla.“*

Klára: *„Celý proces navázání kontaktu s dětmi si žádá velké úsilí a bez podpory v doléčování bych se asi zhroutila a vyžadovala bych medikaci, což by v mém případě nebylo úplně vhodné.“*

4) Práce s rodinným systémem: Na individuální a skupinovou práci s matkou s adiktologickou minulostí navazuje i práce s celým rodinným systémem. I přes to, že rodiče dětí nemusí tvořit dohromady rodinu nebo mohou mít již nové partnery, pro společné děti budou rodinou stále. Je proto potřeba najít společný prostor, kde je možné ošetřit vzniklá zranění v podobě nedůvěry a zklamání, vyjasnit si situace ke kterým došlo a pracovat na plánu do budoucna a na možnosti fungování v roli rodičů odděleně. Docházení rodiny do rodinné terapie nebo mediační služby opět odkazuje na bod číslo 1 – propojenost služeb.

5) Pochopení služeb asistence u kontaktů rodičů s dětmi: Jako posledním možným způsobem práce s překážkami, které vznikají při obnově kontaktu mezi matkami s adiktologickou minulostí a jejich dětmi, se v rámci výzkumu objevovalo systémové sjednocení a ukotvení služby asistovaného kontaktu. Z výsledků vyplývá, že většina účastníků asistovaného kontaktu nerozumí přítomnosti pracovnice a považují ji především jako kontrolní složku. Toto nepochopení služby není jen na straně uživatelů těchto služeb, ale i na straně těch, které tyto služby doporučují. Dochází pak k nedorozumění a nekončící asistenci u kontaktů, kde matky vykazují dostatečný náhled na vzniklou situaci a prokazují potřebné rodičovské kompetence pro trávení času se svými dětmi o samotě.

Právní ukotvenost služby asistovaného kontaktu by definovala službu asistovaného kontaktu a tím by trvale vysvětlila i její účel, kterým je primárně provázet rodiče a jejich děti opětovným navázáním kontaktu a podpořit jejich vztah. Nejde o kontrolu a dlouhodobé hlídání. Ukotvení v zákoně by mohlo vést k lepšímu pochopení služeb institucemi, které asistovaný kontakt doporučují, ale i lidmi, kteří tyto služby využívají.

8. Diskuze

Diplomová práce přináší popis průběhu asistovaného kontaktu a vzhled do spolupráce mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek a zařízeními poskytujícími asistované kontakty. Výsledky výzkumu korespondují s cíli práce, které autorka zaměřila na přítomnost bariér komplikující navazování kontaktu mezi matkou, která má za sebou úspěšnou léčbu své závislosti a jejím dítětem. Z výzkumu vyplývá, že hlavními bariérami jsou konfliktní vztahy mezi matkou a opatrovníkem dítěte, manipulace dítěte opatrovníkem a stigmatizace matek s adiktologickou minulostí.

Výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů, což byl i jejich předpokládaný počet. Autorka práce počítala s možností navýšení výzkumného souboru, ale jelikož se výpovědi respondentů opakovali a došlo k nasycení souboru z hlediska výpovědní hodnoty, nebylo to v konečném hledisku potřeba.

Jako nevýhodu spatřuje autorka práce ve výběru respondentů z řad matek, jelikož podmínky pro účast ve výzkumu byly velice specifické a v zařízeních zajišťujících asistované kontakty takto specifická skupina tvoří menšinu. I přes nízký počet respondentů z řad matek se podařilo získat pestrý vzorek, který je doplněn o výpovědi respondentů z řad pracovníků zajišťujících asistované kontakty a o práci s dokumentací respondentek z řad matek.

Stejně tak tomu bylo i s nízkou účastí zařízení, které zajišťují služby asistovaného kontaktu. Skrze emailovou komunikaci bylo osloveno všech 8 zařízení na území Prahy a 2 ve Středočeském kraji. Odpověď autorka práce obdržela pouze od 6 zařízení a pouze 5 z nich souhlasilo s účastí ve výzkumu.

Dalším limitujícím faktorem této práce může být předem předpokládaná obava respondentů z otevřeného a upřímného sdílení svého názoru. Autorka práce se tomu snažila předejít opakovaným zdůrazňováním etických aspektů práce a dbala na anonymitu všech zúčastněných. To však nemuselo být dostačující, jelikož respondenti z řad pracovníků stále reprezentovali určitou profesi, která ze své podstaty odporuje projevu osobního názoru respondenta. U respondentů z řad matek to mohla být obava podrobit kritice stále využívající služby, nebo jejich emoční zatížení, které nedovoluje matce odpovídat s náhledem na svou situaci. Kvůli zmíněným obavám autorky a limitujícím faktorům této práce došlo k porovnání výsledků výzkumu s jinými odbornými pracemi, což je zahrnuto v následující interpretaci výsledků výzkumu.

Primárním cílem výzkumné práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá navazování kontaktu mezi matkami – bývalými uživatelkami návykových látek, které absolvovaly úspěšnou léčbu závislosti a jejich dětmi za využití služeb zajišťujících asistované kontakty. Tento cíl zahrnuje dílčí cíle výzkumu, které se zaměřují na přítomnost a popis překážek komplikujících opětovné navázání kontaktu mezi matkou a dítětem. V návaznosti na cíle výzkumu byly vytvořeny výzkumné otázky, které pracují i s myšlenkou eliminace možných bariér.

Během sběru dat se ukázalo, že poměrně důležitou částí pro kontext celého výzkumu jsou příčiny přerušení kontaktu mezi matkou a dítětem. Jedná se totiž o nástup do léčby závislosti na návykových látkách, který představuje minimálně tříměsíční odloučení matky od dítěte/děti. Což vytváří klíčové prostředí pro vznik citové propasti mezi matkou a dítětem a následné nutnosti zaměření se na obnovu kontaktu. Toto zjištění potvrzuje systematický přehled celosvětově recenzované vědecké literatury o stigmatu souvisejícího s uživateli návykových látek. Přináší výsledky o tom, že mateřství tvoří překážku pro vstup do léčby závislosti, a to především kvůli obavám ze ztráty péče o dítě, vzniku odloučení a stigmatu z absolvování léčby (Meyers a kol., 2021).

Obnova kontaktu mezi matkou po léčbě závislosti a jejím dítětem je zatížená nedůvěrou opatrovníků dětí vůči matce a jejím rodičovským kompetencím. Tím vzniká obava opatrovníků o

samotné dítě a nesouhlas s trávením času dítěte s matkou o samotě. Asistované kontakty jsou jediným způsobem, jak matka může být v kontaktu se svým dítětem a navázat s ním potřebný vztah.

Průběh opětovného navázání kontaktu prostřednictvím služeb zajišťujících asistované kontakty probíhá v šesti fázích. Zahájení spolupráce ve většině případech požaduje opatrovník dítěte nebo jej nařizuje soud či orgán sociálně právní ochrany dětí. Jedná se o první fázi.

Druhou fází je úvodní konzultace, která je podmínkou pro zahájení asistovaných kontaktů. V rámci této fáze se formuluje zakázka spolupráce, představují se pravidla služby a domlouvá se forma spolupráce. Zde také dochází k popisu služby a definuje se pozice pracovníka jako nestranného pozorovatele a průvodce složitou rodinnou situací. Výzkumná práce však odhaluje, že v této fázi dochází ke špatnému pochopení služby a tak i k chybnému očekávání. To se odráží i na průběhu asistovaných kontaktů, což je třetí fázi průběhu navázání kontaktu mezi matkou a dítětem. Zde respondenti z řad matek popisují svou neschopnost se v průběhu asistence uvolnit a užít si kontakt s dítětem, jelikož asistenci vnímají jako kontrolní složku, která čeká na matčino selhání a následné usvědčení ve zprávě o průběhu asistovaného kontaktu.

Vnímání asistence u kontaktu matky s dítětem bylo jedním z okruhů výzkumu. Bylo zjištěno, že vnímání asistence matkami je neurčité, především pro délku trvání spolupráce. Pozitiva asistence totiž převládají nad negativy, nicméně celkový dojem je zatížen nekončící spoluprací, která je opakovaně prodlužována a matka je stále kontrolována pro svou abstinenci, což mnohdy znehodnocuje její dosavadní progres v léčbě.

Respondentky z řad matek vnímají asistenci jako kontrolní složku i kvůli kontrole adiktologických potvrzení, nebo orientačnímu testování na přítomnost návykových látek, což je i čtvrtou fází obnovy kontaktu.

Jako pátou fází obnovy kontaktu mezi matkou a dítětem v prostředí služeb zajišťujících asistovaný kontakt je vyhotovení zprávy z asistovaného kontaktu. Dle slov respondentů jde o důležitý dokument, který je pozitivním bodem celé spolupráce se zařízením poskytujícím asistované kontakty. Jedná se o důkaz matčiny kompetence a snahy opětovně navázat kontakt se svým dítětem.

Poslední fází navázání kontaktu je ukončení spolupráce, ke kterému dochází v následujících případech: dohoda mezi matkou a opatrovníkem dítěte, soudním rozhodnutím, zákazem styku s dítětem, při porušení pravidel zařízení, v případě přestupu do jiných služeb. Nikdo z respondentů z řad matek se do této fáze zatím nedostal a hodnotí to jako nedosažitelný cíl. Ve spolupráci se zařízeními jsou déle jak rok.

Během mapování průběhu asistovaného kontaktu a způsobu obnovy kontaktu matky s dítětem v rámci služeb zajišťujících asistované kontakty samovolně vyvstávaly překážky, který tento proces komplikují. Autorka tyto překážky rozdělila do 3 kategorií, které mají výpovědní hodnotu daných překážek. Prvním okruhem je konfliktní vztah mezi matkou a opatrovníkem dítěte. Asistovaný kontakt se stává nástrojem kontroly matky opatrovníkem a způsobem vzdorů a msty. Opatrovník vyžaduje asistenci u kontaktu na základě osobních preferencí a předpojatosti, bez objektivního posouzení. V rámci služby asistovaného kontaktu opatrovník nedochází ke shodě s matkou, komplikuje průběh asistence a jednání opatrovníka působí jako úmyslné jednání se záměrem (např. cílené nepředávání základních informací).

S konfliktním vztahem mezi matkou a opatrovníkem je úzce spjat i druhý okruh překážek, který je toho přímým důsledkem a tím je manipulace dítěte opatrovníkem. Manipulace vytváří umělý konflikt mezi matkou a dítětem a vede k nepřijetí matky dítětem. Dítě je v této pozici opatrovníkem upevňováno a imaginární problém je živen. Rizikem může být syndrom zavrženého rodiče, nebo úplná ztráta zájmu dítěte o kontakt s matkou. Dále také změna rolí, kde se dítě staví do role

pečovatele a má tendence se o matku starat a vnímat ji jako nemocnou. Stejně výsledky přináší studie zabývající se ztrátou vztahu mezi rodičem a dítětem v důsledku konfliktního rozvodu, kde dítě přejímá konflikt mezi opatrovníkem a odloučeným rodičem a tak odloučeného rodiče odmítá z neopodstatněných důvodů (Harman a kol., 2021).

Posledním okruhem je stigmatizace matky kvůli její adiktologické minulosti. V rámci výzkumu se stigmatizace projevovala jako nedůvěra vůči matce a jejím rodičovským kompetencím, podceňování matky, nerespektování její úspěšně dokončené léčby závislosti a opakované upozorňování a připomínání její adiktologické minulosti. Respondenti z řad pracovníků zajišťujících asistované kontakty se shodli na ztížené výchozí pozici pro matky s adiktologickou minulostí oproti matkám bez adiktologické minulosti. Důvodem je, že užívání návykových látek strhává pozornost a je nosným argumentem pro stranu opatrovníka, jelikož pro orgán sociálně právní ochrany dětí a soud je toto téma jedno z těch, se kterým neumějí objektivně pracovat.

Z výsledku výzkumu této diplomové práce vyplývá, že problematika opětovného navázání kontaktu mezi matkou s adiktologickou minulostí a jejím dítětem je zatížena stigmatem v důsledku neznalosti adiktologické problematiky, neznalostí významu služeb zajišťujících asistované kontakty a jejich ukotvení v zákoně. Dále také jednostranným zaměřením těchto služeb a absencí propojenosti s dalšími komplexnějšími službami, které by dokázali zacelit pomyslné díry v mezioborové komunikaci.

Služby zajišťující asistované kontakty se dle výsledků komplexně jeví jako podpůrné prostředí pro matky s adiktologickou minulostí, nicméně jim chybí ukotvení a striktní hranice. Metodické postupy má každé zařízení své vlastní a není v nich patrná jednotnost jako tomu je v zahraničí (Velká Británie, Irsko), kde existuje síť provázaných organizací (Hladíková, 2017). Potvrzuje se i významnost pozice osoby zajišťující asistující služby jelikož je přímým svědkem obnovení kontaktu mezi matkou a jejím dítětem a její svědectví je poměrně klíčovým materiálem pro další postup ve svěřeni dítěte zpět do péče matky nebo pouhého zvýšení frekvence osobního kontaktu.

Teoretická část diplomové práce je nezbytnou součástí pro část praktickou. Seznamuje čtenáře s problematikou a vysvětluje základní pojmy důležité pro část praktickou. Také funguje jako příprava pro rozhovor s respondenty, jelikož některé otázky vychází přímo z teoretické části, která byla inspirací pro sestavení celého polostrukturovaného rozhovoru. Teoretická část také tvoří plynulý přechod k prezentaci výsledků výzkumu a nevyvolává ve čtenáři pocit neznalosti tématu.

V teoretické části se objevuje poměrně velká část zastaralých zdrojů, kterých si je autorka práce vědoma. Poukazuje to především na systematickou zastaralost a neukotvenost problematiky tématu této diplomové práce.

Silné stránky této práce spatřuje autorka v získaných datech, která vzešla z kombinace více metod sběru, konkrétně z triangulace. Polostrukturované rozhovory přinesly autentické výpovědi respondentů společně s neverbálními projevy jak ze strany uživatelů, tak i poskytovatelů služeb asistovaných kontaktů. Práce s dokumentací zase přinesla podložená fakta.

Slabé stránky vycházejí z výzkumných otázek, které mohly být rozšířené o více otázek a tím zahrnout širší kontext zkoumané problematiky a zjistit více proměnných, které by se daly lépe systematizovat. Dále také již zmíněný nízký počet respondentů, kvůli kterému se nedají výsledky výzkumu generalizovat. Nízký počet respondentů zároveň nese výhodu možnosti věnovat více pozornosti tazatele jednotlivcům a tím zaznamenat více detailů jako například neverbální projevy či emoce.

Asistovaný kontakt mezi rodiči a dětmi není momentálně samostatně upraven zákonem a není tak ukotvena jeho podoba, způsob realizace, metodika, ani financování. Chybí tak celkově jednotný charakter těchto služeb, což způsobuje jejich chybné chápání a služba tak nemůže dostát svému

záměru, kdy se primárně snaží provázet rodinu v těžkých životních situacích spojených rozpadem rodinného systému a nemá za cíl kontrolovat rodiče v dodržování abstinence, či hodnotit jeho zájem o dítě.

Možným doporučením pro rozvoj zkoumaných služeb by bylo vytvoření společné metodiky a propojení služeb poskytující asistované kontakty pro sdílení dobré praxe. Dále provázet služby asistovaného kontaktu v kontextu multidisciplinarity – adiktologické služby, case management, rodinné a individuální poradenství. V neposlední řadě vzdělávat pracovníky a zúčastněné osoby v adiktologické problematice, což by mohlo vést ke snížení stigmatizace bývalých uživatelů návykových látek. Celková úprava zastaralých služeb nebo tvorba nových, které by zohledňovaly více zmíněné nedostatky, by mohla zlepšit kvalitu péče a usnadnit proces navázání kontaktu mezi rodiči s adiktologickou minulostí a jejich dětmi.

Jako závěrečné doporučení a výzvu do budoucna by autorka práce ráda uvedla integraci Cochemského modelu do běžné praxe. Do modelu by mohly být zapojeny právě služby asistovaného kontaktu a tím by mohlo dojít k minimalizaci překážek, které tento výzkum zmapoval. Prvky modelu by se daly použít k odstranění konfliktu a napětí mezi rodiči a podpořily by tak obnovu a rozvoj samotného kontaktu mezi odloučeným rodičem a jeho dítětem.

9. Závěr

Diplomová práce s názvem „Obnova kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi v prostředí služeb zajišťující asistované kontakty.“ se zaměřuje na popis opětovného navazování kontaktu v rámci v názvu zmíněných služeb. Hlavním cílem bylo zjistit jakým způsobem probíhá navazování kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi za přítomnosti osob zajišťujících asistenci. Práce také cílila na zjištění existence překážek, které by tento proces mohly komplikovat. V případě jejich existence je chtěla autorka definovat, popsat v čem spočívají a zjistit, jak se dají eliminovat.

Práce je členěna dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část diplomové práce slouží jako úvod pro část praktickou a seznamuje čtenáře s problematikou daného tématu. Skrze téma návykových látek v kontextu genderu seznamuje práce čtenáře s problematikou návykových látek v rodinném systému. Přibližuje také rozpad rodiny v důsledku užívání návykových látek a proces samotného rozvodu, který může vést k odloučení matky od dítěte. Následně se teoretická část také zaměřuje na proces opětovného navázání kontaktu a na popis služeb, které tímto procesem provázejí a zajišťují služby asistovaného kontaktu.

Praktická část se zaměřuje na prezentaci výsledků výzkumu, které tvoří stěžejní část této práce.

Z výpovědi 10 respondentů a z analýzy dokumentace bylo zjištěno, jak probíhá proces opětovného navázání kontaktu mezi matkou s adiktologickou minulostí a jejím dítětem v prostředí služeb zajišťujících asistované kontakty. Tento proces byl rozdělen do 6 fází, které se vzájemně prolínají a jsou klíčové pro komplexní vnímání takto specifické služby.

Dále bylo zjištěno, že asistovaný kontakt mezi matkami s adiktologickou minulostí a jejich dětmi probíhá nejčastěji na žádost opatrovníků dětí, jelikož převládá vysoká míra jejich nedůvěry v matčinu abstinenci, její rodičovské kompetence a matky jsou celkově zatíženy stigmatizací z jejich okolí.

Samotný asistovaný kontakt není právně ukotvený a nemá sjednocenou metodiku mezi zařízeními, které tuto službu nabízejí, což způsobuje nepochopení této služby a její následné negativní vnímání.

Z výzkumu dále vyplývá, že existují překážky, které komplikují navazování kontaktu mezi matkou, bývalou uživatelkou návykových látek a jejím dítětem. Překážky spočívají v konfliktním vztahu mezi matkou a opatrovníkem, v manipulaci dítěte opatrovníkem a stigmatizaci matky kvůli její adiktologické minulosti.

Výzkum potvrdil původně zamýšlené předpoklady a tím naplnil cíl práce. Potvrdili se bohužel i nepříznivé předpoklady týkající se malého množství respondentů, a tak i nemožnost generalizovat získaná data. Dále se potvrdil předpoklad o významnosti pozice osoby zajišťující asistované kontakty, která má přímý vhlad do problematiky a může zásadně ovlivnit celý proces navazování kontaktu mezi matkou a dítětem.

Na základě výsledků výzkumu a nastudování odborné literatury, která se týká problematiky obnovení kontaktu mezi matkou, bývalou uživatelkou návykových látek a jejím dítětem, byla navržena následující doporučení. Vytvořit společnou metodiku pro všechny služby, které zajišťují asistované kontakty, která by v ideálním případě vycházela z legislativního ukotvení těchto služeb. Společná metodika služeb by propojila její poskytovatele a vzájemné sdílení dobré praxe by mohlo vést ke zkvalitnění služeb.

V rámci tvorby metodik by se měla zohlednit cílová skupina využívající tyto služby a reagovat na její potřeby. Například více zohlednit věk dětí, které se asistovaného kontaktu účastní a přizpůsobit program jejich zájmům, délku trvání kontaktu jejich možnostem a v případě potřeby možnost práce s oběma rodiči najednou. Dále také edukace pracovníků a zúčastněných osob

v adiktologické problematice, v rodinném právu, ale také v sociálně právní ochraně dětí. Posledním doporučením je integrace Cochemského modelu do běžné praxe. Například v rámci pilotní studie s využitím Cochemské praxe, která by odpovídala principům mezioborové spolupráce se zaměřením na obnovu kontaktu mezi odloučeným rodičem a jeho dítětem.

Seznam použité literatury

Amchová, P., Kučerová, J. (2015). *Pohlaví a drogová závislost: od animálních modelů ke klinické praxi*. Souborný článek. Česká a Slovenská Psychiatrie. Retrieved 18.1.2022 from: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_2_72_78.pdf

Asistované kontakty. HoSt. Retrieved 3.3.2022 from: <https://www.hostcz.org/prace-s-rodinou/asistovane-kontakty>.

Auersperg, F., Vlasák, T., Ponocný, I., Barth, A. (2019). *Long-term effects of parental divorce on mental health - A meta-analysis*. Journal of psychiatric research. Retrieved 20.2.2022 from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>

Baker, A. (2008). *Divorce and separation can breed bad blood between parents and children when one partner uses the children to target the other partner*. Retrieved 30.5.2021 from: <https://www.socialworktoday.com/archive/102708p26.shtml>

Barvíková, J. (2022). *Cochemská praxe*. Retrieved 12.4.2022 from: <https://sancedetem.cz/cochemska-praxe>

Benokraitis, N. V. (2015). *Marriages & families: Changes, choices, and constraints* (8th Edition). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.

Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Brecht, M.L., O'Brien, A., von Mayrhauser, C. and Anglin, M.D. (2004) Methamphetamine Use Behaviors and Gender Differences. Addictive Behaviors, Elsevier.

Brzobohatý, R. (2015). Role mediace a mediátora v rodinném konfliktu. In O. Matoušek a kol. *Děti a rodiče v rozvodu: Manuál pro zúčastněné profesionály a rodiny*. Praha: Portál.

Buchanan, C. M., Maccoby, E. E., Dornbusch, S. M. (1991). *Caught between parents: Adolescent's experience in divorced homes*. Child Development. Retrieved 23.2.2022 from: <https://doi.org/10.2307/1131149>

Butulová, B. (2013). *Manuál služby Asistovaný kontakt*. Výkumná práce. Nadace Sirius. Retrieved 12.7.2021 from: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Manual-sluzby-Asistovany-kontakt.pdf>

Çaksen H. (2021). *The effects of parental divorce on children*. Psychiatrike. Advance online publication. Retrieved 22.2.2022 from: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.040>

Cataldo, I., Azhari, A., Coppola, A., Bornstein, M. H., Esposito, G. (2019). *The Influences of Drug Abuse on Mother-Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness*. Review. Retrieved 12.7.2021 from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00045/full#B10>

ČSÚ (Český statistický úřad) (2013b), *Analýza: Téměř v pětině rodinných domácností žijí závislé děti jen s jedním rodičem*. Retrieved 31.1.2022 from:
<https://www.czso.cz/documents/10180/20568791/czam020113analyza.pdf/b8a85309-30f2-4bb0-8c82-b8cccbcd548?version=1.0>

ČSÚ (Český statistický úřad) (2020), *Demografická ročenka České republiky, Rozvody*. Retrieved 22.2.2022 from:
<https://www.czso.cz/documents/10180/142755456/13006721c10.pdf/4cd744dc-01cf-4c88-a447-2326382c576b?version=1.1>

Doležalová, P. (2014). *Uživatelky drog ohrožené stigmatizací*. Retrieved 10.7.2021 from:
https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4550/537/Zaostreno_14_01_web.pdf

Dunovský, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum.

Edwards, A. C., Larsson Lönn, S., Sundquist, J., Kendler, K. S., Sundquist, K. (2018). *Associations Between Divorce and Onset of Drug Abuse in a Swedish National Sample*. American journal of epidemiology. Retrieved 22.2.2022 from:
<https://doi.org/10.1093/aje/kwx321>

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2000). *Annual report on drugs in the EU*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men*. Technical datasheets. Publications Office of the European Union, Lisabon.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2015a). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*, EMCDDA Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2016a). *European drug report 2016: trends and developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Fejksová, Z. (2015). *Typologie rodin, které mohou vést ke vzniku delikventního jednání*. [Diplomová práce, Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové].

Fisher, S., Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4750-460.

Foltýnová, P. (2018). *Kult mateřství, čili upřednostňování matek při svěřování dítěte do péče*. [Diplomová práce. Právnická fakulta Masarykovy univerzity].

Francová, M., Dvořáková, Závodská, J. (2018), *Rozvody, rozchody a zánik partnerství*. Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-121-9.

Harman, J. J., Matthewson, M. L., Baker, A. (2022). *Losses experienced by children alienated from a parent*. Current opinion in psychology. Retrieved 31.3.2022 from:
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.05.002>

Hartl, P., Hártlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Hladíková, H. (2017). *Asistovaný styk rodičů s dětmi v České republice*. [Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce]. Retrieved 29.2.2022 from:
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/92966/120278745.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hošková, K. (2013). *Následná péče pro drogově závislé matky a jejich děti*. [Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky].

Jedináková, H. (2020). *Asistované kontakty*. Metodický průvodce. Ostrava: Vzájemné soužití o.p.s. Retrieved 28.2.2022 from:
<https://www.vzajemnesouziti.cz/file.php?nid=15768&oid=7996308>

Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K., a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kancelář veřejného ochránce práv (2021). *Děti mezi rodiči (kontakt dětí s rodiči)*. Ombudsman. Retrieved 28.2.2022 from: <https://www.ochrance.cz/letaky/uprava-styku/uprava-styku.pdf>

Kenny, K. S., Barrington, C. (2018). *People just don't look at you the same way": Public stigma, private suffering and unmet social support needs among mothers who use drugs in the aftermath of child removal*. Children and Youth Services Review. Elsevier.

Kocourková, J., Černá, R. (2018). *Kontakt dětí v náhradní rodinné péči s biologickou rodinou*. Formulář pro vyhodnocení rizik kontaktu. Praktické rady pro nastavení kontaktu. Chrudim: Amalthea. Retrieved 23.2.2022 from:
https://kontaktdetivnrp.cz/downloads/manual_kontakt_deti_v_NRP_s_biologickou_rodinou.pdf

Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.

Kubištová, N., Jandáč, T. (2020). *Význam pocitu viny a studu ve výchově dětí u klientek léčících se ze závislosti*. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi. Retrieved 7.7.2021 from: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/11/02kubistova.pdf>

Kuchařová, V., Barvíková, J., Höhne, S., Nešporová, O., Paloncyová, J., Vidovičová, L. (2020). *Zpráva o rodině 2020*. VÚPSV.

Kvapilová, S. (2001). *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Olomouc, Univerzita Palackého.

Lander, L., Howsare, J., Byrne, M. (2013). *The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice*. Retrieved 8.6.2021 from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725219/>

Matějček, Z., Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing.

Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Matoušek, O., Uhlíková, Š. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2015). *Děti a rodiče v rozvodu: manuál pro zúčastněné profesionály a rodiny*. Praha: Portál.

Mendrek, A. (2014). *Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie? [Are there any sex/gender differences in drug use and drug addiction?]*. Sante Ment Que. French. PMID: 25590544.

Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Meyers, S. A., Earnshaw, V. A., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D., & Smith, L. R. (2021). *The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature*. Drug and alcohol dependence. Retrieved 31.3.2022 from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>

Miovský, M. (Ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020.

Morrison, K., Wolfson, L., Harding, K., Poole, N. (2020). *Mothers' Experiences of Stigma: Multi-Level Ideas for Action*. Canada FASD research network. Retrieved 23.2.2022 from: <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/publications/Mothers-Experiences-of-Stigma-final.pdf>

Možný, I. (1990). *Moderní rodina: (mýty a skutečnosti)*. Brno: Blok.

Možný, I. (2002). *Sociologie rodiny*. Praha: Slon.

Mravčík, V., Běláčková, V., a kol. (2015). *Nové psychoaktivní látky v České republice: výskyt, rizika a související opatření: odborná monografie*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Retrieved 24.1.2022 from: <https://www.adiktologie.cz/file/344/nsd-publikace-final-interaktivni.pdf>

Murdock, G. P. (1949). *Social structure*. Oxford, England: Macmillan.

Napp-Peters, A. (1987). *Socialization durch den Vater - Rollenwandel oder Diversifikation familialer Lebensformen?* Neue Praxis.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Retrieved 12.4.2022 from: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33592/1131/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_2021_fin.pdf

Nelson, L. (2009). *A Review of Literature on the Impact of Parental Divorce on Relationships in Adolescents*. University of Wisconsin – Stout Menomonie. Retrieved 7.2.2022 from: <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2009/2009nelsonl.pdf>

Nevšímal, P. (Ed.). (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna.

O nás. Pro Dialog, z.ú. Retrieved 3.3.2022 from: <https://www.prodialogforum.cz/o-nas/>

Pavlát, J., Šusta, M. (2008). *Děti v rodičovských soudních sporech*. Československá psychologie.

Pešek, D., Vejrych, T. (2016). *Snizování škod a drogy*. Sborník odborné konference. Retrieved 19.1.2022 from: http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1547048636_snizovani-skod-a-drogy2016-pdf.pdf

Poradna Magdala – služby v gesci sociálně právní ochrany dětí. Retrieved 3.3.2022 from: <https://praha.charita.cz/sluzby/poradna-magdala-sluzby-v-gesci-socialne-pravni-ochrany-deti/>

Poskytované služby Area fausta. Retrieved 3.3.2022 from: <https://www.areafausta.cz/poskytovane-sluzby/>

Preslová, I. (2009). *Drogy, ženy a my*. In I. Preslová and V. Maxová (Eds.), Sborník odborné konference Ženy and Drogy 2009. Praha: Sananim.

Preslová, I. (2009). *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. Praha: Sananim.

Presslerová, P. (2021). *Odebrání dítěte*. Retrieved 23.2.2022 from: <https://sancedetem.cz/odebrani-ditete>

Renzetti, M. C., Curran, J. D. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.

Roizblatt S., Arturo, Leiva F., Valentina M., Maida S., Ana Margarita. (2018). *Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras*. Revista chilena de pediatría. Retrieved 20.2.2022 from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000200166>

Smutková, L. (2007). *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Straussner, S., Fewell, C. H. (2018). *A review of recent literature on the impact of parental substance use disorders on children and the provision of effective services*. Current opinion in psychiatry. Retrieved 21.2.2022 from: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000421>

Stringler, K. L., Baker, E. H. (2015). *Stigma as a Barrier to Substance Abuse Treatment Among Those With Unmet Need: An Analysis of Parenthood and Marital Status*. Retrieved 23.2.2022 from: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/10.1177/0192513X15581659#>

Supriyanto, A., Hendiani, N., Hartini, S., Sabri, F. (2021). *Addiction Counselor Profession: Perception of Family Support for Recovering from Drug Abuse Addiction*. Retrieved 21.2.2022 from: <http://e-journal.unipma.ac.id/index.php/JBK/article/view/8585/3329>

Šabatová, A., Šuplerová, P., Ille, K. (2017). *Rodina a dítě II.: Sborník stanovisek veřejného ochránce práv*. Praha: Kancelář veřejného ochránce práv. Retrieved 23.2.2022 from: https://www.ochrance.cz/vystupy/edice-stanoviska/Sbornik_Rodina_a_dite-2.pdf

Terapeutická komunita Karlov. Retrieved 19.1.2022 from: <http://www.sananim.cz/o-nas-1/terapeuticka-komunita-karlov-tkk.html>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004). *Substance abuse treatment and care for women*. Retrieved 29.5.2021 from: https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_summary.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016). *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. Vienna: UNODC.

Vondráčková, P. (2012). *Citová vazba a závislost*. Retrieved 19.1.2022 from: <https://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3465/Citova-vazba-a-zavislost>

Woosley, J., Dennis, C., Robertson, K., Goldstein, J. (2009). *Perceived Psychological Well-Being of Children from divorce and nondivorced families*. Journal of Undergraduate Research.

Právní předpisy:

Zákon č. 40/2009 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů.

Judikatura:

Nález ÚS ze dne 12.3.2002 sp. zn. III. 394/01, Sb. nál. a usn., svazek 10, s. 379.

Přílohy

Příloha 1 – Informace pro účastníka výzkumu

Informace pro účastníka výzkumu

Název projektu:

Obnova kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi v prostředí služeb zajišťujících asistované kontakty.

Hlavní řešitel: Bc. Adéla Černá

Vedoucí výzkumu: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu: Obnova kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi v prostředí služeb zajišťujících asistované kontakty. Prečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Co je cílem a očekávaným přínosem výzkumu?

Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem probíhá navazování kontaktu mezi matkami – bývalými uživatelkami návykových látek, které absolvovaly úspěšnou léčbu závislosti a jejich dětmi za využití služeb zajišťujících asistované kontakty. Dílčími cíli jsou zjištění, zda při navazování kontaktu vznikají překážky, které mohou celý průběh kontaktu komplikovat. Pokud tyto překážky existují, tak cílím na jejich zmapování a charakteristiku.

Jak bude výzkum probíhat?

S ohledem na cíl diplomové práce byl zvolen kvalitativní přístup sběru dat, jelikož se výzkum zaměřuje na hloubkovou interpretaci a vysvětlení určitého fenoménu. Základní výzkumný soubor tvoří 10–12 respondentů, kteří budou vybráni metodou prostého záměrného výběru skrze organizace zajišťující asistované kontakty mezi rodiči a dětmi.

Vaše zapojení do projektu:

Sběr dat do projektu vychází z polostrukturovaného rozhovoru složeného z 10 předem připravených otázek. Na otázky se budu ptát postupně a v případě nedostatečné odpovědi respondenta se doptám na více podrobností. Celý rozhovor nepřesáhne časovou dotaci 50 minut. Celý rozhovor bude nahráván na audiozáznam. Po přepsání dat bude tato nahrávka smazána.

Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu:

Pokud se výzkumu zúčastníte, bude v něm vystupovat pouze anonymně pod přezdívkou, nebo se zaměněným jménem. V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohl být identifikován, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje. Publikace výsledků výzkumu v odborném tisku bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky studie identifikovat.

Dobrovolná účast ve výzkumu a podmínky k odstoupení:

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu.

Další informace o studii můžete získat od řešitele výzkumu Bc. Adély Černé (e-mail: adelaa.cerna@mail.com), nebo od vedoucí výzkumu Mgr. Hany Fidesové, Ph.D. (e-mail: hana.fidesova@lf1.cuni.cz).

V Praze dne 12.9.2021

Příloha 2 – Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Název projektu:

Obnova kontaktu mezi matkami, bývalými uživatelkami návykových látek, a jejich dětmi v prostředí služeb zajišťujících asistované kontakty.

Hlavní řešitel: Bc. Adéla Černá

Tazatel: Bc. Adéla Černá

Prohlášení tazatele:

Já, Adéla Černá, jsem popsal/a výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____

Podpis tazatele: _____

Příloha 3 – Osnova rozhovoru s matkami – bývalými uživatelkami návykových látek

1. Popište prosím jak a proč jste s svým dítětem přerušila osobní kontakt?
2. Jak se kontakt snažíte navázat a udržet?
3. Proč probíhá navázání kontaktu s Vaším dítětem skrze služby zajišťující asistovaný kontakt?
4. Jakým způsobem probíhá navazování osobního kontaktu skrze služby zajišťující asistované kontakty? Prosím, popište průběh.
5. Jak do asistovaného kontaktu vstupuje pracovník/pracovnice zajišťující službu asistovaného kontaktu?
6. Co si o pracovnících těchto služeb myslíte, jak se k Vám chovají, jak vnímáte jejich práci?
7. Jakou roli, v navazování kontaktu s Vaším dítětem, hraje vaše minulost spojená s užíváním návykových látek?
8. Existují nějaké překážky, které by komplikovaly opětovné navázání kontaktu s Vaším dítětem? V čem spočívají? Jak Vám v kontaktu brání?
9. Pokud nějaké překážky existují, jak s nimi pracujete? Je možné je překonat? Pokud ano, tak jak?

Příloha 4 – Osnova rozhovoru s pracovníky zajišťující asistované kontakty

1. Popište prosím Vaši práci s klientem od začátku vašeho pracovního kontraktu po jeho ukončení?
2. Jak funguje služba asistovaného kontaktu?
3. Jaké jsou Vaše kompetence při asistovaném kontaktu? Jak do asistovaného kontaktu vstupujete?
4. Jaké zdroje Vás informují o nepříznivé sociální situaci matky, zvláště o její drogové minulosti?
5. Liší se spolupráce s matkou, bývalou uživatelkou návykových látek od matky bez drogové minulosti?

6. Je potřeba se k těmto klientkám vztahovat nějak jinak? Popřípadě jak? Zajímáte se o jejich situaci více? Spolupracujete s jinými orgány?
7. Pokud ne, myslíte si, že by se s nimi mělo spolupracovat nějak specificky? Popřípadě jak?
8. Vnímáte jejich situaci jako náročnější oproti matka bez drogové minulosti? V čem?
9. Myslíte si, že existují nějaké bariéry, které by komplikovaly opětovné navázání kontaktu matky, bývalé uživatelky návykových látek s jejím dítěte? Je možné je nějak eliminovat? Pokud ano, tak jak?

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis