

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Veronika Růžičková

Služby pro matky - uživatelky návykových látek a jejich děti se specifickými poruchami

Service for drug using mothers and their children with specific disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.

Praha, 10.8.2011

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, 10.8.20011

Podpis

Identifikační záznam:

RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Služby pro matky – uživatelky návykových látek a jejich děti se specifickými poruchami. [Service for drug using mothers and their children with specific disorders]*. Praha, 2011. 55 s., 3 příl., 1 graf. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky 1.LF UK 2011. PhDr. Josef Radimecký Ph.D., MSc.

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřena na programy, které nabízí Centrum pro rodinu Drop In, o. p. s. pro matky uživatelky návykových látek a jejich děti s vývojovými poruchami. První část práce popisuje vznik Centra na základě programu Integrace rodiny, který poskytuje strukturovanou léčbu matkám a dalším rodinným příslušníkům a charakterizuje ženy jako specifickou cílovou skupinu. Druhý program nazvaný Slunečnicová zahrada se věnuje dětem, jejichž matky užívaly během těhotenství návykové látky, dále rodičům těchto dětí a pedagogům pracujícími s těmito dětmi. Praktická část bakalářské práce hodnotí služby realizované v Centru pro rodinu.

Abstract:

Bachelor thesis is aimed to Family Center programs for drug using mothers and their children with developing disorders. First part of thesis describes formation of Family Center based on Family Integration program providing structured treatment for mothers and other family members. This part of theses characterizes women as a specific target group. Second program called Sunflower Garden pays attention to children of drug using mothers during pregnancy and to parents and pedagogues of that children. Services realized by Family Center are evaluated in practical part of theses.

Klíčová slova:

drogové služby - matky užívající návykové látky - děti - specifické poruchy

Key terms:

drug services – drug using mothers – children – specific disorders

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Josefu Radimeckému Ph.D., MSc za odborné vedení, za cenné rady, připomínky a lidský přístup. Dále můj vděk patří Bc. Simoně Sedláčkové, vedoucí Centra pro rodinu, která mi umožnila napsat tuto práci. Děkuji ji za předání jejich cenných znalostí a zkušeností.

Obsah	
1. Úvod	7
2. Centrum pro rodinu.....	8
2.1. Historie Drop In a vznik Centra pro rodinu.....	8
2.2. Služby poskytované Centrem pro rodinu	9
2.2.1. Ambulantní léčba.....	10
2.2.2. Odborné sociální poradenství	12
2.3. Tým Centra pro rodinu	12
3. Integrace rodiny	15
3.1. Ženy jako specifická cílová skupina.....	16
3.2. Podmínky a kontrakt.....	19
3.3. Struktura programu.....	19
3.3.1. Nízkoprahová fáze	19
3.3.2. Tematická fáze.....	21
3.3.3. Růstová fáze.....	23
3.3.4. Fáze doléčování	24
4. Slunečnicová zahrada	26
4.1. Cílová populace	27
4.1.1. Děti a žáci	27
4.1.2. Rodiče	28
4.1.3. Pedagogové.....	29
5. Praktická část	30
5.1 Metodologie.....	30
5.1.1. Cíle výzkumu.....	30
5.1.2. Zdroje dat.....	31
5.1.3. Etické aspekty výzkumu	31
5.1.4. Výhody a nevýhody použitého postupu	32
5.2. Výsledky	32
5.2.1. Počet klientů léčby a její úspěšnost	32
5.2.2. Spolupráce klientů ve skupinách	34
5.2.3. Vytvoření navazujícího programu	35
5.3. Zavádějící terminologie	36
6. Závěr	42
7. Literatura.....	45
8. Seznam příloh	49

1. Úvod

Cílem této bakalářské práce je popsat a zhodnotit služby pro matky užívající návykové látky a jejich děti realizované v Centru pro rodinu při Drop In, o. p. s. S tímto Centrem jsem přišla poprvé do kontaktu v roce 2008, kdy jsem studovala prvním rokem obor adiktologie a do zařízení jsem nastoupila na povinnou praxi. Péče o závislé matky pro mě bylo zajímavé téma, protože jsem žena a asi logicky to ve mně vyvolávalo a stále vyvolává vnitřní konflikt a nesouhlas s jejich jednáním. Protože v porovnání se závislými muži, závislé ženy v tomto případě selhávají v roli ženy, ale zároveň také v roli rodiče. Dalším motivem vedoucím mně k psaní o Centru je skutečnost, že je to jediné ambulantní zařízení v České republice poskytující adiktologické služby matkám uživatelkám návykových látek a jejich dětem.

Data pro moji práci budu čerpat z odborné literatury, z interních dokumentů Centra a z osobních rozhovorů se zaměstnanci.

Budu vycházet ze dvou na sebe navazujících programů Centra – Integrace rodiny zaměřeného na řešení problematiky závislých rodičů a umožnění jejich dětem vyrůstat v biologické rodině a program Slunečnicová zahrada, který se soustředí na prevenci specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí.

V první části práce představím Centrum pro rodinu a služby, které nabízí. Popíši vznik zařízení při obecně prospěšné společnosti Drop In a faktory, které vedly k jeho zrodu, dále představím tým Centra, který zajišťuje jeho chod.

V druhé části popíšu samotné programy, zejména jejich zaměření a cíle. Jak už jsem zmínila, program Slunečnicová zahrada volně navazuje na program Integrace rodiny. Pokusím se tedy zmapovat důvody, které k vytvoření tohoto navazujícího programu vedly.

V závěrečné části práce posoudím a srovnám získané poznatky. Programy podrobím kritické analýze, pokusím se zdůraznit jejich výhody a nevýhody a následně zhodnotím cíle práce s dětmi, jež si Centrum pro rodinu stanovilo v navazujícím programu.

2. Centrum pro rodinu

2.1. Historie Drop In a vznik Centra pro rodinu

Centrum pro rodinu je jednou ze služeb poskytovaných Střediskem prevence a léčby drogových závislostí DROP IN, o. p. s. Toto sdružení bylo založeno PhDr. Ivanem Doudou a MUDr. Jiřím Preslem jako nadace v roce 1991. Nadace postupně otevírala a nabízela drogově závislým lidem nové, v té době v ČR neexistující služby. V roce 1992 otevřela první nestátní zařízení věnující poskytující uživatelům drog služby harm reduction, a to nízkoprahové středisko. Toto středisko pokračovalo v činnosti zaniklého Střediska drogových závislostí při VFN II u Apolináře, které založil MUDr. Rubeš roku 1978 (Bém, 2003).

DROP IN dále otevřel v roce 1993 první substituční program v České republice, v jehož rámci byla užívaná ilegální droga nahrazována podávaným Diolanem, obsahujícím ethylmorfin (Drop In, 2010). V roce 1996 to byl program streetwork a v roce 1997 program mobilního streetworku, který působil i mimo hlavní město Prahu. V roce 1999, po osmi letech působení na drogové scéně, zřídila nadace Drop In Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s. Ve stejném roce byl otevřen program Centra následné péče, který měl za úkol poskytovat služby bývalým uživatelům drog, kteří již prošli léčbou.

Centrum pro rodinu vzniklo 1. 1. 2000 při nízkoprahovém programu jako projekt nazvaný Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech.

U vzniku Centra pro rodinu stála Bc. Simona Sedláčková, která od roku 1998 působila v nízkoprahovém zařízení na pozici vedoucí centra. Zde se setkávala s těhotnými uživatelkami nebo matkami uživatelkami, které si do „nízkoprahu“ chodily měnit použité stříkačky a jehly. O těchto klientkách měli v centru informace už od pracovníků z terénního programu.

V roce 1999 bylo zaznamenáno několik případů těhotných uživatelék, jevících se ošetřujícím porodníkům jako spolupracující, které byly s odvoláním na PhDr. Doudu odkázány na služby Drop Inu. Dále se množily dotazy ze strany lékařů na další vývoj dětí a jejich závislých matek. Tyto důvody vedly ke vzniku programu věnujícího se problematice těhotných uživatelék a závislých matek s dětmi. Program nejdříve působil ve Středisku Drop In, ale po necelých třech letech od založení, začaly do programu docházet matky již se svými dětmi a bylo tedy nutné pro ně oddělit prostory od ostatních uživatelů drog. Úvahy o přestěhování programu Resocializace matek do Vršovické ulice také zapříčinily povodně v srpnu 2002, které Středisko zasáhly. Tak tedy došlo k oddělení programu od nízkoprahového centra Drop In a vzniku samostatného projektu Centra pro rodinu (dále CPR). Později došlo ještě k jednomu stěhování a to do ulice Přípotoční, kde má dnes CPR hlavní administrativní pracoviště a poskytuje zde sociální poradenství. Druhé nové pracoviště se nachází v ulici Litevská, zde jsou realizovány ambulantní služby a služby spojené s výše uvedenými dvěma hlavními programy CPR.

2.2. Služby poskytované Centrem pro rodinu

Centrum pro rodinu je ambulantní zařízení certifikované podle Standardů odborné způsobilosti vydanými Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Kalina et al., 2003) a poskytuje služby drogově závislým lidem a lidem ohroženým návykovými látkami. Program služeb, které centrum nabízí, se dělí na ambulantní léčbu a služby poskytované v programech Integrace rodiny a Slunečnicová zahrada. V rámci ambulantních služeb je poskytováno odborné sociální poradenství, které mohou využít i klienti zařazení do strukturovaných programů.

Pomoc klientům je tedy rozvržena do různých směrů, záleží jen na klientovi a jeho zakázce, s kterou do Centra přichází. Klient může využít jednorázové

poradenství, vstoupit do ambulantní léčby nebo se zařadit do jednoho z již výše zmiňovaných programů.

Nyní popíší strukturu ambulantní léčby a služeb sociálního poradenství CPR. Programům Integrace rodiny a Slunečnicová zahrada budou věnovány samostatné kapitoly.

2.2.1. Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je poskytována osobám, které jsou závislé na užívání návykových látek a osobám které jsou užíváním těchto látek ohrožené. Hlavním cílem ambulantní léčby je dovést klienta k abstinenci od drog, stabilizovat jeho sociální situaci, zdravotní a psychický stav a pomoci mu se tak začlenit zpět do společnosti.

Léčba a poradenství je určeno pro:

- osoby závislé na drogách, alkoholu a jiných návykových látkách;
- osoby mající problém s gamblingem;
- těhotným uživatelkám a ženám pečujícím o dítě s anamnézou užívání návykových látek;
- matkám a otcům, kterým v důsledku užívání návykových látek bylo dítě odebráno;
- dětem a rodinným příslušníkům těchto osob.

Podporou, poskytováním informací a cílenou terapií pomáhá léčebný program klientům nalézt nejvhodnější řešení jejich problémů.

Na základě dohody, která je před započatím léčby uzavřena mezi klientem a Centrem, probíhá léčba 1x až 3x týdně formou individuálních nebo skupinových sezení.

V rámci ambulantní léčby jsou poskytovány tyto služby:

- krizová intervence, telefonická a internetová krizová intervence;

- psychoterapie individuální, skupinová a rodinná;
- základní zdravotní ošetření a sjednání lékařské péče: gynekologicko-porodnické, hepatologické, neurologické, rehabilitační, doporučení do léčebných zařízení;
- HIV testy, Gravitesty, testy na přítomnost metabolitů drog v moči a alkoholu v krvi;
- doporučení a odeslání do terapeutických komunit, substituční léčby a dalších zařízení návazné péče věnujících se péči o závislé;
- tematické společenské akce;
- nácvik rodičovských kompetencí;
- vzdělávání (brožura CPR).

Jako každá léčba v systému péče o závislé, i ambulantní léčba v CPR se řídí určitými pravidly, se kterými je klient před zahájením léčby seznámen a, chce-li nabízené služby využívat, musí je akceptovat. Pokud je ale nepřijme nebo je přijme a následně porušuje, není do programu přijat nebo mu hrozí vyloučení z léčby. Pravidla jsou vždy součástí kontraktu, který je před zahájením léčby mezi zástupcem CPR a zájemcem o poskytované služby uzavřen.

Pravidla upravují práva a povinnosti obou zúčastněných stran. Jedná se o podmínky objednávání se na konzultace, které zahrnují formu objednání a určují ordinační hodiny ambulance. Dále upravují formu omluvy z objednané konzultace a postupy např. v případě pozdního příchodu klientky na ni. Za samozřejmé a v pravidlech taktéž uvedené jsou považována pravidla dodržování abstinence od jakýchkoli návykových látek před konzultací a zákaz verbální i fyzické agrese.

Podle pravidel je také požadován klientův souhlas s vedením záznamů o jeho případě. Veškerá data jsou chráněna zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. Podrobný přehled pravidel určený klientům ambulantní léčby je uveden v příloze č. 1.

2.2.2. Odborné sociální poradenství

Centrum je rovněž, podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách, registrováno jako zařízení poskytující odborné sociální poradenství. To je poskytováno v rámci ambulantních služeb. Je určeno jak klientům, zařazeným do strukturovaných programů, tak pro klienty, kteří mají zájem jen o tento druh služby.

Odborné sociální poradenství nabízí pomoc při jednání s úřady a asistenci při vyřizování dluhů. CPR navíc spolupracuje s Právní poradnou Asociace nestátních organizací (A.N.O.), do níž jsou klientky referovány v případě potřeby řešení různých typů sociálně-právních otázek. CPR dále spolupracuje s Orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, což je odbor péče pro děti a mládež příslušného městského úřadu, a s organizací Střep, o. s., věnující se problematice dětí svěřených do ústavní péče.

I odborné sociální poradenství se řídí pravidly, která jsou téměř totožná s těmi pro ambulantní léčbu. Ale je nutné, aby s nimi byl klient seznámen. Tato pravidla jsou podrobně uvedena v příloze č. 2.

2.3. Tým Centra pro rodinu

V souladu s požadavky již zmíněných standardů RVKPP pro adiktologické služby, je personální zajištění poskytovaných služeb multidisciplinární. Tým CPR sestává z odborných pracovníků z různých profesních oborů – tvoří ho lékař, psycholog, speciální pedagog a psychoterapeut. Jak uvádí Bartošíková (2003), drogové závislosti jsou vždy problémem multifaktoriálním, proto v péči o drogově závislé nestačí využívat odbornosti jen jedné profese a je vždy výhodou, pokud se může utvořit tým složený z lidí různého zaměření.

Podrobnější informace o jednotlivých členech týmu nabízí následující řádky.

MUDr. Jiří Presl - vedoucí lékař

Je absolventem všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze. V PL Havlíčkův Brod pracoval dva roky jako psychiatr. Roku 1983 nastoupil na pozici vedoucího lékaře na oddělení diagnostiky a léčby závislostí na návykových látkách do Střediska drogových závislostí VFN v Praze. Spolu s PhDr. Ivanem Doudou založil roku 1991 Nadaci Drop In, kde působí jako vedoucí lékař a lékař metadonového centra dodnes.

PhDr. Ivan Douda - vedoucí psycholog, interní supervizor

Vystudoval obor Psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Byl lektorem skupinového výcviku a výcviku v psychoterapii v systému SUR. Od roku 1983 působil jako vedoucí psycholog ve Středisku drogových závislostí VFN. Je spoluzakladatelem Nadace Drop In, kde působí dodnes jako vedoucí psycholog.

Bc. Simona Sedláčková - autorka a vedoucí projektu, speciální pedagog

Původním zaměstnáním je rehabilitační sestra. V Drop In, o. p. s. vedla od roku 1998 nízkoprahové centrum a od roku 2000 pracuje na pozici vedoucí Centra pro rodinu. Je absolventkou bakalářského studia speciální pedagogiky a psychologie na Univerzitě J. A. Komenského v Praze a momentálně pokračuje v navazujícím magisterském studiu. Absolvovala výcvik v psychoanalýze, Eriksonovské hypnotické psychoterapii, Body terapii, výcvik v systemické a dynamické psychoterapii, neverbálních technikách, relaxačních a reflexních masážích aj. Absolvovala stáže na detoxifikační jednotce FN 2, v PL Bohnice, na psychosomatické klinice Denního sanatoria Horní Palata aj.

Mgr. Hana Bulvová - vedoucí ambulantních služeb, psycholog

Začínala jako kontaktní pracovník v Drop In, od roku 2001 působí v CPR. Vystudovala Pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy obor Psychologie a Speciální pedagogika. Absolvovala výcvik v telefonické krizové intervenci, systemické psychoterapii, rodinné terapii aj.

Bc. Kateřina Hošková - zástupce vedoucí centra, speciální pedagog

Ukončila bakalářský obor Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze a zde i pokračuje v magisterském studiu. Absolvovala kurz Vyšetření psychické způsobilosti pedagogických pracovníků, Metody sociální práce, Personální řízení, Kurz základní krizové intervence, kurz Novinky v resuscitaci a neodkladné péči a kurz Časná diagnostika a krátká intervence v rodinách zasažených alkoholismem rodičů aj.

Ivana Stejskalová Farah - asistentka pedagoga, bodyterapeut

Vystudovala Janáčkovu konzervatoř v Ostravě obor Hudebně-dramatické umění. Je lektorkou Zumby, což je cvičení kombinující prvky latinskoamerických tanců a aerobiku. V Centru se věnuje pohybovým aktivitám určeným maminkám i dětem.

Zaměstnanci CPR absolvovali kromě formálního akademického vzdělání i další kurzy a semináře za účelem zkvalitnění jejich pracovního výkonu. Další vzdělávání je podle mého názoru důležité nejen v adiktologickém oboru, ale i v oborech jiných. Člověk se totiž celý život něčemu učí, díky čemuž se rozvíjí a zdokonaluje. Další vzdělávání v tomto oboru je doporučováno již zmíněnými Standardy odborné způsobilosti (Kalina et al., 2003). Motivace

k dalšímu studiu a vzdělávání se však může být založená i na bázi osobního růstu.

V následujících dvou kapitolách 3. a 4. podrobněji popíšu služby Integrace rodiny a Slunečnicová zahrada, jejichž popisem a hodnocením se tato práce zabývá.

3. Integrace rodiny

Program vznikl v roce 2001 pod názvem Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech. Cílem služeb poskytovaných v programu je dosažení abstinence matek od návykových látek a stabilizace jejich stavu po stránce zdravotní, psychologické a sociální, aby jim bylo umožněno pečovat o své děti. Děti tak mohou vyrůstat se svojí matkou, případně ve své biologické rodině, což je vnímáno jako významný faktor v rámci výchovy dětí. Protože rodina má rozhodující význam pro vývoj jedince v oblasti duševní, tělesné i sociální. Dítě vytváří obraz světa podle toho, jak je mu rodinou realita interpretována, s jakými postoji je konfrontováno. Osvojuje si základní návyky, strategie, dovednosti – základní vzorce chování, které později jedinec dále uplatňuje. Rodina by měla být schopna uspokojit základní potřeby dítěte (Zelená, Klégrová, 2006).

Pokud je výchova dětí zajišťována jinak, snaží se program připravit matku na získání dítěte zpět do vlastní péče.

Původně byl tento projekt zamýšlen jako pomoc a péči pouze pro závislé matky a jejich děti. Ale v průběhu vývoje projektu projeví zájem o poskytované služby i otcové těchto dětí, kteří se závislou matkou žijí, a/nebo kteří sami užívají návykové látky a také ostatní rodinní příslušníci.

Cílovou skupinou tohoto programu jsou (Sedláčková, 2007):

- těhotné uživatelky návykových látek;
- drogově závislé ženy pečující o dítě;
- ženy s anamnézou užívání návykových látek, kterým bylo dítě odebráno a které chtějí dítě získat zpět, nebo kterým byl soudně určen dohled nad péčí o dítě;
- otcové dětí a partneři klientek;
- muži s anamnézou užívání návykových látek, kteří chtějí pečovat o dítě;
- rodiče a rodinní příslušníci těchto žen a mužů.

Z důvodu rozšíření cílové populace na muže a další členy rodiny byl projekt v roce 2005 přejmenován na „Integrace rodiny“. Z názvu programu je tedy více jasné, že se snaží o udržení výchovy dětí v původní rodině a svoji pomoc nabízí všem rodinným příslušníkům.

V rámci projektu jsou klientům nabízeny služby, které se překrývají se službami poskytovanými v ambulantní léčbě, včetně sociálního poradenství. Jsou doplněny o specifické služby zaměřené na péči o dítě a jeho rodiče. Jedná se například o přednášky s tematikou průběhu porodu a přípravy na něj, přípravy na rodičovství, poradenství v oblasti mateřství, besedy s odborníky na téma péče o dítě a pohybové a relaxační techniky. Na žádost klientek jsou dále zařazovány přednášky na témata jako je vývojová psychologie, zdravý způsob života, prevence obezity aj.

3.1. Ženy jako specifická cílová skupina

Cílovou populací CPR jsou ženy, muži a děti, jak již bylo uvedeno výše. Nejpočetnější skupinou, která využívá služby Centra, ale stále zůstávají ženy a matky uživatelky návykových látek, pro které tento program vznikl primárně. Je tedy na místě zde uvést specifické problémy, které se týkají právě této skupiny.

Gendrové studie dokazující biologické, sociální a psychologické rozdíly mezi ženami a muži také poukazují na rozdíly v užívání návykových látek a jejich vlivu na obě pohlaví. Ženy zkusí poprvé drogu v mladším věku a většinou za asistence staršího muže, partnera. Vobořil (2003) upozorňuje na problémy vyskytující se častěji u ženské populace než u mužské a na problémy specifické pro ženskou populaci. Jedná se o:

- poruchy příjmu potravy;
- problém vysokého výskytu užívání léků, zejména benzodiazepinů v ženské populaci;
- téma prevence užívání drog zaměřené na velmi mladé dívky;
- téma rozdílnosti diagnostikování žen a mužů;
- specifčnost problémů z pohledu duševního zdraví u žen (rozdíly v komorbiditě, specifika v psychosexuální traumatizaci jako je znásilnění nebo zneužívání);
- prevence v oblasti bezpečného sexu;
- specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím u uživatelék drog.

Další rozdíly oproti mužské populaci přináší Heller a Pecinová (1996):

- zdravotní škody se u žen projevují rychleji výrazněji;
- riziko psychické poruchy a odchylky předcházející závislosti je vyšší u žen;
- ženy jsou více úzkostné, méně agresivní;
- ženy častěji reagují na životní nezdary spojené se zneužíváním psychoaktivních látek;
- ženy častěji ztrácejí dobré rodinné zázemí;
- u žen je častější kombinace užívání alkoholu a léků.

Pro ženy je nezdárka obtížné vystoupit z anonymity, oprostit se od pocitů studu a viny, přiznat drogovou závislost a odhodlat se k léčbě. Jedním z hlavních důvodů je větší společenská stigmatizace ženské části populace uživatelů drog, než je tomu u její mužské části (Vobořil, 2003). Kalina (2008) uvádí, že zvláště těhotné ženy a mladé matky, které užívají drogy, čelí sociálnímu odsouzení. Na ženu se hledí jako na „dvojího devianta“. Společnost ji odsuzuje za užívání návykových látek a zároveň za to, že selhává ve své ženské roli, tj. v roli matky a manželky, které ji stereotypní

genderová reprodukce udržovaná systémem sociální kontroly předepisuje jako její hlavní životní roli.

Významné rozdíly jsou patrné v procesu léčby, které uvádí Heller a Pecinovská (1996):

- v počátku léčby jsou ženy méně ochotné spolupracovat;
- více žen než mužů akceptuje v průběhu léčby nutnost dodržování abstinence;
- ženy více spolupracují při individuální psychoterapii;
- více žen je ochotno se zapojovat do doléčovacích programů a jejich výsledky dosažené v léčbě jsou stabilnější.

Zvláštní skupinou žen jsou pak těhotné uživatelky a matky uživatelky. Nenarozené dítě je ohroženo fetálním alkoholovým syndromem v případě matčiny závislosti na alkoholu nebo jiným poškozením v případě závislosti na nealkoholových návykových látkách. Častěji dochází k předčasným porodům a děti se rodí s nízkou porodní váhou.

Těhotné ženy bojují s obavami ze ztráty nároku péče o dítě a je tedy nutné brát v potaz, že vhodné řešení jejich závažné situace není zaměřené pouze na matku, ale i na dítě. Drogově závislá matka s dítětem se pak setkává s mnoha předsudky, nejen ze strany laické veřejnosti, ale i ze strany odborníků z řady blízkých profesí. Jedná se např. o názor, že těhotná závislá klientka automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivovaná k léčbě, nemá žádný vztah k dítěti, že tato žena nebude schopná starat se o dítě ani v případě abstinence, že děti drogově závislých matek jsou vždy postižené a další (Preslová, 2003). V souvislosti se skupinou závislých matek je nutné uvést opomíjenou skupinu žen a to jsou matky těchto klientek, které často odhodlaně přebírají zodpovědnost místo svých dětí a ujímají se výchovy vnoučat. Preslová (2009) upozorňuje, že tyto ženy jsou nejvíce zastoupeny mezi návštěvníky rodičovských skupin. Při zjištění závislosti svých dětí prožívají velké trauma, pocity prohry, vzteku a zoufalství. Je tedy na místě odpovědná terapeutická práce i s touto cílovou skupinou žen.

3.2. Podmínky a kontrakt

Před zahájením léčby je nutné s klientkou uzavřít kontrakt. Je to dohoda mezi ní a centrem o poskytnutí služeb programu na základě klientčiny zakázky. Obsahuje pravidla, kterými je nutné se řídit a záměr spolupráce. Pravidla platí stejná jako pro ambulantní léčbu (viz příloha č. 1). Navíc kontrakt obsahuje informaci o seznámení klientky se skutečností, že užívání návykových látek včetně alkoholu a cigaret v době těhotenství je škodlivé pro dítě i matku. Přesné znění dohody o poskytování služeb v rámci programu Integrace rodiny je uvedeno v příloze č. 3.

Smlouva má písemnou formu, ale může mít i formu ústní. V takovém případě musí terapeut písemně zaznamenat body této ústní dohody do dokumentace klientky. Dokumentace je vedena po celou dobu léčby a klientka uděluje souhlas s jejím vedením, přičemž je informována o zabezpečení a o možnosti kdykoli nahlédnout do těchto záznamů.

3.3. Struktura programu

Program Integrace rodiny je rozvržen na čtyři fáze v průběhu dvou let. Jsou to fáze nízkoprahová, tématická, růstová a doléčovací. Podrobně budou popsány v následujícím textu.

3.3.1. Nízkoprahová fáze

Prvním krokem v léčbě je dostat se do kontaktu s klientkami. Podle Sedláčkové a Žižkové (2007) se klientky do péče Centra dostávají z různých důvodů:

- klientka kontaktního centra otěhotní a je pracovníky směřována do CRP;

- závislá žena porodí dítě, v jehož smolce je zachycena návyková látka, porodnice kontaktuje příslušný OSPOD a ten CRP;
- na závislou ženu pečující o dítě upozorní někdo z okolí;
- gravidní žena závislá na návykových látkách se o CRP může dozvědět od svých známých či drogově závislých přátel.

Tato fáze předpokládá, že je klientka k léčbě motivovaná. Motivace, jak uvádí Kalina a kol (2001), je proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Významnou roli v tomto procesu hraje odborný pracovník, který usiluje o to, aby vnitřní motivace klienta pro léčbu byla co nejvyšší.

Proto by klientka měla nejdříve absolvovat 1 až 3 motivační rozhovory (Miller, Rollnick a kol., 2004.), během nichž by měla dostat všechny dostupné informace o léčbě a o rizicích spojených s užíváním návykových látek tak, aby se utvrdila v rozhodnutí k léčbě

V praxi se terapeuti setkávají i s gravidními ženami, které jsou rozhodnuté k umělému přerušení těhotenství. V tomto případě je důležité vzít v potaz svobodné rozhodnutí matky a podpořit ji, případně klientku motivovat k dalšímu zvážení dané situace a společně s ní hledat optimální řešení. Pokud se žena rozhodne dítě si neponechat, zvažuje se možnost adopce a žena se dále do strukturovaného programu nezařazuje. Centrum primárně pracuje s ženami, které mají zájem o své dítě pečovat a jsou motivované ke změně životního stylu.

Žena nemusí být tedy dostatečně motivovaná nebo se ukáže, že není schopná dodržovat pravidla a absolvovat léčbu ambulantní formou. V takovém případě je jí doporučena a případně zprostředkována jiná forma léčby, například substituční léčba, ústavní či komunitní léčba. S ohledem na to CRP spolupracuje s dalšími centry péče o závislé, jako je Centrum metadonové substituce nebo Centrum následné péče, dále s terapeutickou komunitou Karlov při o.s. Sananim, která je určena matkám s dětmi.

Pokud se klientka k léčbě rozhodne, je léčba v nízkoprahové fázi směřována k abstinenci od drog, případně k substituční léčbě, k stabilizaci zdravotního stavu a zprostředkování gynekologicko-porodnické péče.

Než jsou klientce nabídnuty potřebné služby, je seznámena s pravidly a podmínkami spolupráce a podepíše kontrakt, jehož podstata je popsána výše. Délka této fáze je 1 až 3 měsíce, během kterých klientka dochází do Centra 2x až 3x týdně na konzultace o délce 40 – 50 minut.

V rámci nízkoprahové fáze dochází hlavně u gravidních klientek k šetření v domácím prostředí, aby se zjistila jejich celková situace a připravenost na narození dítěte. Dalším cílem této fáze je tedy pomoci klientce zajistit uspokojivé sociální zázemí.

Podle Sedláčkové a Žižkové (2007) jsou pro postup klientky do další fáze léčby rozhodující následující kritéria:

- abstinence od návykových látek nebo dobrá spolupráce se substitučním programem;
- dobrá spolupráce s Centrem v nízkoprahové fázi;
- láskyplný a bezpečný vztah k dítěti;
- uspokojivé sociální a bytové podmínky.

Pokud klientka tyto aspekty naplňuje, může přestoupit do další fáze léčby.

3.3.2. Tematická fáze

Podmínkou pro vstup do tematické fáze je splnění všech povinností ve fázi předchozí. Sedláčková (2007) říká, že v této fázi je zpravidla jasné, zda je klientka v kontextu pravidel a nabídky služeb v ambulantním programu schopna spolupracovat. U klientek méně přizpůsobivých se preferuje spíše pobyt v psychiatrické léčebně do porodu a po porodu pobyt v terapeutické komunitě.

V této fázi dochází klientka do Centra 1x týdně nebo podle potřeby i častěji. Celková délka léčby v tomto období je 5 měsíců, může se však protáhnout až na 12 měsíců. Záleží hlavně na klientce, jak prospívá.

Klientka je v této fázi víceméně stabilizovaná a pravidelná spolupráce s Centrem je založena na sestavování krátkodobých a dlouhodobých individuálních plánů. Každá klientka má svého garanta a ten plány – ve spolupráci s klientkou - reviduje 1x za 14 dnů. Mimo to klientka navštěvuje otevřenou tematickou skupinu, kde se řeší různá témata na základě zakázek klientek, které skupinu tvoří. Jsou to témata, která jsou pro ně z nějakého důvodu důležitá. Skupina se řídí svými pravidly jako je neotevírání osobních témat, přijímání a tolerování druhých, aktivita ve skupinové diskuzi (Kratochvíl, 2001). Také platí zákaz intoxikace a agrese. Problematika tematických skupin je dále diskutována v kapitole 5.2.2.

Tematická fáze léčby klade důraz na abstinenci či na pravidelné docházení do substitučního programu a pracuje na prevenci relapsu. Kuda (2003) uvádí, že v prevenci relapsu (PR) hrají stěžejní roli dovednosti a schopnosti klientů zvládat rizikové situace. Dalšími základními prvky PR je zvyšování náhledu (uvědomění) a stabilizace životního stylu. Klientka je proto v tematické fázi podporována v řešení její sociální, finanční a bytové situace a je jí nabízena asistence při jednání s úřady a soudy.

Těhotným klientkám je zajištěna lékařská gynekologicko-porodnická péče a v Centru probíhá příprava k porodu. Teoretickou a fyzioterapeutickou přípravu provádí porodní asistentka, která ženy seznámí s průběhem těhotenství, životosprávou, hygienou, péčí o dítě a kojením.

Nesmíme opomenout zmínit klientky, kterým bylo dítě odebráno a nemají ho ve vlastní péči. Tyto ženy jsou podporovány ve snažení o získání dítěte zpět nebo alespoň o upravení styku s ním.

3.3.3. Růstová fáze

V této fázi je již klientka stabilizovaná, jak po stránce zdravotní, tak i po stránce sociální. Klientka abstinuje od návykových látek a často v této fázi končí substituční léčbu. Avšak u žen, které pokračují v substitučním programu nebo které mají nařízený soudní dohled, je tato růstová fáze nepovinná a lze je ponechat ve fázi tematické a pracovat spíše na podpůrném kontaktu a dalším upevňování postojů k abstinenci pomocí vhodné sociální práce (Sedláčková & Žižková, 2007).

Některé klientky se do této fáze vůbec nedostanou z důvodu struktury jejich osobnosti, kterou tvoří jednotlivé vlastnosti, vědomosti a životní postoje klientky. Protože se zde pracuje na změně dalších postojů a na pozitivním vývoji osobnosti a je proto vhodné, je ponechat v tematické fázi.

Růstová fáze léčby trvá 6 měsíců a klientka dochází na individuální konzultace 1x týdně nebo 1x za 14 dní podle potřeby. Pracuje se na dalším růstu osobnosti ženy, jsou např. řešeny partnerské a rodinné vztahy, vztah k sobě samotné a k dítěti. Sedláčková (2007) uvádí, že nastává příležitost věnovat se terapeutické práci na osobnostním růstu klientky a v řadě případů lze použít nejen metody poradenství, ale i psychoterapie. Jedná se o kognitivně-behaviorální terapii, systemickou terapii a rodinou terapii, ale často je používán eklektický přístup.

Mimo individuálních konzultací může klientka navštěvovat růstovou skupinu, která je na rozdíl od skupiny tematické uzavřená. To znamená, že celý léčebný proces prodělávají stejní lidé a noví nemohou být během léčby přijímáni (Vymětal, 2003). Růstová skupina je vedena terapeutem s psychoterapeutickým výcvikem. Více o tomto tématu pojednává kapitola 5.2.2.

Z pohledu sociální práce se klientka postupně začleňuje do společnosti, končí již většinou mateřskou dovolenou a hledá si práci (Sedláčková, 2007).

3.3.4. Fáze doléčování

Po ukončení léčby ve fázích zmíněných výše, v délce minimálně jednoho roku, je klientkám nabídnuto a doporučeno doléčování. Doléčování se zaměřuje především na poskytování podpory potřebné pro udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě (Kalina et al., 2001).

Doléčování, v délce trvání minimálně 6 měsíců, tedy pokračuje formou podpůrných procesů, které byly aplikovány již během léčby. Kuda (2003a) uvádí tyto hlavní složky následné péče:

- psychoterapie: často se objevují nová témata, která nebyla během léčby klientem řešena, nebo je považoval za vyřešená. Psychoterapie této fáze je zaměřená na stabilizaci klientovy emotivity.
- prevence relapsu: je považována za klíčovou složku následné péče a opírá se o tři základní pilíře - kognitivní intervence, dovednosti zvládání a stabilizace životního stylu.
- sociální práce: u klientů se lze setkat s velmi pestrou škálou sociálně-právních problémů jako jsou dluhy, sociální dávky, trestní stíhání apod. a proto sociální práce hraje důležitou roli v ustálení životního stylu.
- práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace: je třeba intenzivní pomoci při hledání vhodného zaměstnání, které je základním ukazatelem integrace do normálního života.
- lékařská péče: po ukončení základní léčby nejsou klienti po stránce fyzické stoprocentně zdraví, proto je nutné jim pomoci nalézt odpovídající lékařskou péči a podpořit je v rekonvalescenci, která trvá mnohdy několik let.
- práce s rodinnými příslušníky: výsledná efektivita údravy se zvyšuje, pokud je do léčebného procesu zapojena celá rodina. Je nutné mít na paměti patologickou symptomatologii rodiny.

- nabídka volnočasových aktivit: v rámci doléčování je dobré nabízet různé možnosti trávení volného času a ukázat klientům, že není dobré se zabývat pouze denními povinnostmi.

Matky jsou informovány o možnostech doléčování v CPR, které bylo zavedeno v roce 2005. Podmínkou je abstinence, absolvovaná a ukončená léčba v psychiatrické léčebně, terapeutické komunitě nebo absolvovaný strukturovaný program v CPR (Sedláčková, 2007). Klientce je nabídnuta následná péče v doléčovací uzavřené skupině s frekvencí docházení 1x týdně.

Pokud klientka neguje skupinu nebo nemá dostatek času z pracovních či rodinných důvodů, je jí nabídnuta spolupráce na bázi individuálních pohovorů. Může se také stát, že soukromí klientky je ve skupině ohroženo, například z důvodu, že se zná s jinou maminkou nebo bydlí vedle sebe. V takovém případě jí je opět nabídnuta individuální forma doléčování nebo program nabízený Doléčovacím centrem o. s. Sananim či jiným zařízením. CPR spolupracuje s Doléčovacím centrem o. s. Sananim na léčbě závislých matek a umožňuje těmto ženám navazující péči v jejich zařízení. Podle Kaliny et al. (2008) patří Česká republika k nemnoha zemím v Evropě, které nabízejí léčbu drogově závislých matek s dětmi.

Dokončí-li klientka léčbu, je tím myšleno dokončení růstové fáze, protože doléčování je pouze doporučováno, dostává klientka diplom o absolvování programu. Klientky, které do růstové fáze nepostoupí z důvodů uvedených výše a zakončí léčbu ve fázi tematické, obdrží kandidátku na diplom. V obou případech se jedná o potvrzení dokončení léčby, které má dvě funkce. Za prvé je to formální dokument, který klientka může využít v budoucím životě. Za druhé je to předmět rituálu, ohodnocení, díky kterému si klientka uvědomí, že dosáhla cíle, který si předem stanovila.

Toto udílení se koná jednou za rok na komunitním setkání CPR. Absolventky programu jsou dále zařazeny do poradny v rámci ambulance a v případě potřeb mohou využít poradenských služeb.

4. Slunečnicová zahrada

Projekt Slunečnicová zahrada se orientuje na prevenci specifických vývojových poruch u dětí pocházejících z nepříznivého sociálního prostředí, jejichž matky mají v anamnéze zneužívání návykových látek v průběhu těhotenství. Podle Preslové (2008) je těžké odhadnout dlouhodobý vliv návykových látek na další psychický vývoj dítěte, na výchovné a školní problémy. Pokud rodiče dále užívají návykové látky, dochází k nestabilitě péče, rodina se dostává do sociální izolace. V případě neřešení tohoto problému může hrozit riziko, že se děti vydají ve stopách svých rodičů.

Projekt navazuje na program Integrace rodiny a vznikl na základě toho, že matky, které se účastnily léčby ve strukturovaném programu, docházely na konzultace s dětmi a bylo tak možné pozorovat jejich vývoj. Důvody pro vznik navazujícího programu jsou dále uvedeny v kapitole 5.2.3.

Za počáteční fázi tohoto projektu lze pokládat úspěšnou žádost o grant v letech 2007 a 2008, který byl Centru poskytnut Nadací O2 ve spolupráci s Nadací Terezy Maxové. CPR si kladlo za úkol navázat s rodiči prostřednictvím programu Integrace rodiny kontakt a využít tak dobré vztahy v souvislosti s předchozími zkušenostmi a sběr dat do zdravotnické dokumentace jejich dětí. Cílem pak bylo z těchto dat zjistit, jaké jsou účinky zneužívání návykových látek během těhotenství na vývoj dítěte a pokud možno tyto následky zmírnit, případně úplně odstranit.

Centrum navázalo spolupráci s pediatry, neurology, rehabilitačními pracovníky, ortopedy a dalšími specialisty. Díky sběru a analýze zdravotnických informací mohly být navrženy postupy práce s dětmi, které se zaměřovaly spíše na rehabilitaci a práci s tělem vzhledem k věku dětí. Ten se v této fázi projektu pohyboval do 3 let věku.

Centrum začalo spolupracovat s o. s. Meta se sídlem v Jindřichově Hradci a projekt tak rozšířil svoje pole působnosti na Středočeský a Jihočeský kraj. V roce 2010 získal podporu z Evropského sociálního fondu Ministerstva

školení, mládeže a tělovýchovy a zaměřil se dále na vzdělávací činnost dětí a žáků ze znevýhodněného prostředí a vzdělávací činnost pedagogů.

4.1. Cílová populace

Cílovou populací pokračujícího projektu Slunečnicová zahrada jsou tedy:

- děti a žáci ohrožené nepříznivými důsledky užívání návykových látek jejich rodiči;
- rodiče těchto dětí;
- pedagogové, kteří se v běžných školách setkávají s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami.

Podle cílové populace se určuje způsob práce, můžeme ji rozdělit na práci s dětmi podle věkových skupin, na práci s rodiči, na společnou práci s rodiči a dětmi, na práci pedagogů s dětmi a na vzdělávání pedagogů.

4.1.1. Děti a žáci

V programu je nadále monitorován a diagnostikován motorický a psychický vývoj dětí s rodinou anamnézou užívání návykových látek. Dále se pokračuje v navrhování individuálních plánů rozvoje oslabených funkcí dítěte.

Sedláčková (2009) uvádí, že důkladnou analýzou neurologického vyšetření bylo zjištěno, že u 90 % dětí byl pozitivní nález zvýšeného napětí svalového tonu. U této skupiny je nejčastěji indikována Vojtova metoda zaměřená na správný vývoj motoriky. Nejúčinnější aplikace metody je do 3 měsíců věku dítěte, ale využít se dá až do 3 let věku.

Pracuje se se skupinou dětí od novorozenců do asi 15 let. Monitoring je zaměřen na zdravotní stav dítěte, ale také na vývojové poruchy. Jednotlivá období vývojových etap dítěte jsou charakteristická různými vlastnosti a

schopnostmi, které dítě zvládá nebo se učí zvládat. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí, že je možné sledovat vývoj motorických, percepčních, kognitivních, řečových a sociálních funkcí. V praxi to znamená, že se u dítěte hodnotí např. znalost řeči, schopnost pohybových dovedností, způsob komunikace a hry nebo udržování tělesné čistoty. Problematice vývojových poruch je dále věnována kapitola 5.3. v praktické části této práce.

Pokud shrneme vyšetření, která se u dětí a žáků v rámci diskutovaného programu provádějí za účelem sběru dat, jsou to:

- psychologická a pedagogicko-psychologická vyšetření;
- audiologická vyšetření;
- oftalmologická vyšetření;
- kompletní interní vyšetření;
- vyšetření ve spolupráci s odborníky na výživu a prevenci obezity.

4.1.2. Rodiče

Jak už bylo zmíněno, v programu jsou zařazeny matky, z nichž 99 % zneužívalo v těhotenství návykové látky. V průběhu trvání tohoto projektu bylo zjištěno, že tyto ženy trpí pocity viny spojené s drogovou minulostí (Sedláčková, 2009). Je tedy dobré s nimi pracovat na vývoji jejich dětí prostřednictvím podpory a vysvětlování prospěšnosti, který tento program může jejich dětem přinést. Jelikož se z větší části jedná o klientky strukturovaného programu Integrace rodiny, dostávají informace již v průběhu terapeutické skupiny a tak se dozví, jaké jsou výhody cvičení s dětmi a další spolupráce s lékaři.

Vedle cvičení s dětmi, které probíhá jednou týdně v tanečním studiu Na skok, se uskutečňuje cvičení i pro maminky. Je to aerobní druh cvičení a v této době velice populární Zumba, která v sobě spojuje prvky aerobiku a latinskoamerických tanců.

Projekt Slunečnicová zahrada nabízí rodičům práci na zvyšování jejich rodičovských kompetencí a na posílení vztahu s jejich dětmi. Jak je již uvedeno výše, většina klientek zároveň navštěvuje program Integrace rodiny, pokud v něm ale klientka zařazena není, jsou jí v rámci Slunečnicové zahrady nabídnuty tyto služby:

- odborné sociální poradenství;
- poradenství pro rodiče;
- psychologické poradenství;
- terapie a rodinná terapie;
- spolupráce s programem Integrace rodiny.

4.1.3. Pedagogové

Práce s pedagogy je zaměřena na vzdělávání v oblasti práce s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami, které jsou zařazeny do běžných škol.

Vzdělávání probíhá formou:

- teoretickou: semináře a akreditované kurzy MŠMT;
- praktickou: workshopy.

Díky dotaci z ESF MŠMT a spolupráci s o. s. Meta je zmíněné vzdělávání určené pro pedagogické pracovníky Středočeského a Jihočeského kraje. V rámci projektu, který byl zahájen v květnu roku 2010, již probíhají semináře na téma Práce s dětmi ze znevýhodněného prostředí a Práce s žáky – sociální komunikace, vztahy s vrstevníky, prevence. Vzhledem ke krátké době trvání celého projektu, nejsou zatím známé výstupy z práce s touto cílovou skupinou.

Projekt Slunečnicová zahrada využívá mezioborový přístup – psychologický, sociální, pedagogický a zdravotnický pro sběr a následnou evaluaci dat o vlivech návykových látek na vývoj dítěte během těhotenství. Centrum pro

rodinu chce prostřednictvím takto získávaných poznatků navrhnout postupy, jak snížit nebo úplně odstranit důsledky rizikového chování těhotných žen. V současné době je CPR schopno nabídnout rodičům podporu v jejich péči, která může ovlivnit výskyt a/nebo rozsah vývojových poruch učení a chování jejich dětí.

Sedláčková (2009) uvádí, že zatím nebyla provedena podobná srovnávací studie. Na Dětské klinice Ke Karlovu 3, Praha 2 sice dochází ke sledování některých dětských pacientů, avšak nejsou naplněna všechna kritéria výzkumu. Pro důkladnější hodnocení výzkumného záměru je důležité zapojení dalšího zařízení.

5. Praktická část

5.1 Metodologie

V této části popíšu cíle uskutečněného výzkumu, zdroje dat, které jsem pro jeho realizaci použila, etické aspekty mého šetření stejně jako výhody a nevýhody použitého postupu.

5.1.1. Cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo popsat a zhodnotit služby pro matky - uživatelky návykových látek a jejich děti realizované CPR.

V teoretické části jsem popsala hlavní dva programy CPR. V praktické části jsem porovnávala koncept těchto programů s realitou. Praktická část práce je tedy zaměřena na výzkum, který staví na kombinaci kvalitativního a kvantitativního přístupu.

5.1.2. Zdroje dat

Zdroji dat byla provozní dokumentace programů, jeho statistické přehledy o práci s klienty a polostrukturovaný rozhovor. Ferjenčík (2000) uvádí, že v polostrukturovaném rozhovoru je aktivita tazatele větší, má předem připravený seznam otázek. Způsob a forma vedení rozhovoru a získávání odpovědí od respondenta je víceméně volná. Respondentem byla vedoucí CPR, Simona Sedláčková. Její profesní příprava a úloha v CPR je popsána v kapitole 2.3.

Nejprve jsem tedy nastudovala náplň programů Integrace rodiny a Slunečnicová zahrada. Podklady pro teoretickou část jsem čerpala z interních dat CPR, z publikovaných článků vedoucí CPR a odborné literatury. Statistické údaje jsem získala z lékařského software Turbo asistent, který CPR používá od založení programu pro matky. Na základě takto získaných poznatků jsem si připravila otázky pro polostrukturovaný rozhovor, z nějž jsem získala data pro praktickou část této práce.

V ní jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

1. Kolik klientů nastoupilo do léčby a kolik jich léčbu úspěšně zakončilo?
2. Jaká je spolupráce klientů ve skupinách probíhající v tematické a růstové fázi léčby?
3. Jaké důvody vedly k vytvoření navazujícího programu Slunečnicová zahrada?

5.1.3. Etické aspekty výzkumu

CPR mi poskytlo informace o jejich zařízení, programech a klientkách a souhlasí s jejich použitím pro studijní účely v mé bakalářské práci. Během sběru dat jsem neměla prostor pro setkání s klientkami, proto CPR řeší poskytnutí informací pro účely bakalářských prací s přímo s klientkami.

Některé údaje jsem pozměnila tak, aby nedošlo k identifikaci klientek, ale zároveň aby nedošlo ke ztrátě smyslu popisovaného případu.

5.1.4. Výhody a nevýhody použitého postupu

Výhodou použité metody, rozhovoru, je osobní kontakt s dotazovanou osobou, který vedl ke spontánní a přirozené komunikaci. Měla jsem tak větší možnost se lépe zorientovat v dané problematice. Jako vnější pozorovatel jsem nebyla ovlivněna chodem zařízení, ani osobně zainteresována v příbězích klientek a mohla se tak plně soustředit na služby poskytované CPR, které jsou předmětem této práce. Na druhou stranu tím, že nejsem stálý zaměstnanec zařízení, ale pouze vnější pozorovatel, nemohu program a služby CPR dostatečně poznat, protože získané informace jsou zprostředkované a tudíž mohou být zkreslené.

5.2. Výsledky

V následujícím textu se budu věnovat hledání odpovědí na výše uvedené výzkumné otázky.

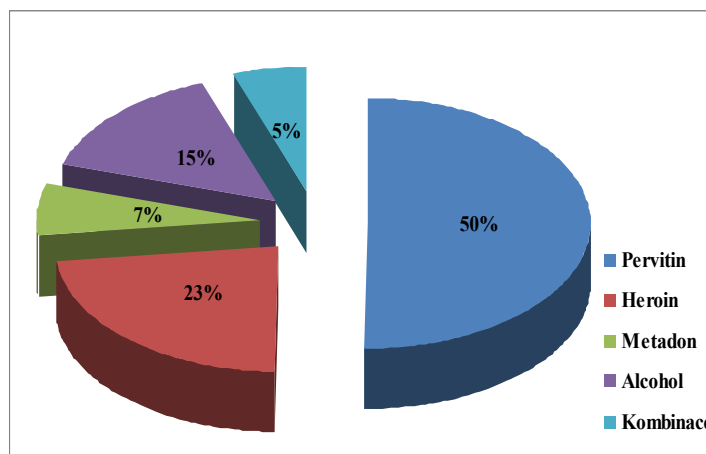
5.2.1. Počet klientů léčby a její úspěšnost

V této části jsem se pokusila najít odpověď na otázku: Kolik klientů se zúčastnilo léčby a kolik jich léčbu úspěšně zakončilo?

Za dobu působení projektu od roku 2000 prošlo zařízením celkově 494 klientů (Drop In, 2010). Následující statistické údaje jsem získala

z lékařského software Turbo asistent, který CPR používá od založení programu pro matky. Jednalo se o klienty ambulantní léčby, sociálního poradenství a obou dvou programů. Do strukturovaného programu pro ženy bylo přijato 305 klientek. Z toho 60 % žen úspěšně prošlo a ukončilo léčbu. Znamená to, že dodržely pravidla programu a po ukončení léčby se začlenily zpět do společnosti (Sedláčková, 2007).

Díky zmiňovanému software jsem mohla zjistit, jaké drogy nejčastěji klientky před nástupem do léčby užívaly. Nejpočetněji bylo zastoupeno zneužívání pervitinu, poté heroinu, následoval metadon a poté alkohol. Pro větší přehlednost uvádím grafické znázornění vyjadřující zastoupení zneužívaných drog v procentech (graf. č. 1). Zjistila jsem, že 5 % žen z celkového počtu zneužívalo kombinaci dvou či více látek. Nejčastěji se jednalo o kombinaci alkoholu s další psychotropní látkou.



Graf č. 1 Typ drogy zneužívané klientkami CPR

Průměrný věk klientek koreluje s druhem drogy, kterou užívaly. Nejmladší jsou uživatelky pervitinu jejichž věk se pohybuje do cca 20 roků. Uživatelky opiátových drog jsou starší, průměrně jim je 28 let (statistika CPR).

Dále jsem se zajímala o statistiku dětí. Klientkám, které úspěšně ukončily léčbu, bylo od roku 2000, kdy program vznikl, ponecháno 96 dětí ve vlastní péči. Přičemž jsem byla upozorněna na skutečnost, že jedna matka má až tři děti.

Od počátku programu Slunečnicové zahrady (bráno od počátku pilotní fáze z roku 2007) je v kartotéce evidováno 40 dětí, z toho 18 se jich aktivně účastní programu. Jelikož má tento program krátké trvání a dá se říct, že je teprve v počátku, nemůžeme z těchto čísel vyvodit zatím žádné relevantní poznatky.

5.2.2. Spolupráce klientů ve skupinách

V této části nabídnu odpovědi na výzkumnou otázku: Jaká je spolupráce klientů ve skupinách probíhající v tematické a růstové fázi léčby?

Tematické skupiny jsou prvkem tematické fáze léčby v programu Integrace rodiny. Jedná se o skupiny, na nichž klientky neřeší osobní témata, ale témata společná celé skupině účastnících se žen. Popis skupiny jsem uvedla již v kapitole 3.3.2. a zde bych dále uvedla problematiku, která se tohoto tématu týká.

Při rozhovorech s vedoucí CPR o zmiňovaných fázích léčby jsem zjistila, že se Centru nedaří sestavit klasickou tematickou skupinu. Klientky jsou špatně zařaditelné do skupiny z toho důvodu, že jim CPR umožňuje, aby přicházely s dětmi a s kočárky, samozřejmě také těhotné, před porodem. To jsou faktory, které ženám znemožňují se plně soustředit na dění probíhající skupiny. Tematickou fází také navštěvují ženy v substituční léčbě, které ale mají možnost se účastnit skupiny přímo v metadonovém programu. Z pohledu CPR by tedy nastalo zbytečné zdvojování skupin a docházelo by k tomu, že klientky na skupinu stejně nepřijdou. Což se často stává, protože se jedná o matky, které se nejdříve musí postarat o děti a rodinu.

CPR se sice nedaří sestavení tematické skupiny, ale co vnímám velice pozitivně, je, že se snaží najít alternativní řešení. Řešení je to v podobě socioterapeutické skupiny, zaměřené na praktický nácvik různých dovedností, jako je například komunikace s orgány státní správy. Dále jsou to skupiny, kterých se účastní matky i s dětmi a které jsou zaměřené na různé pohybové aktivity. Během konání těchto skupin může dojít k otevření některých témat,

kteřá by byla jinak určena do tematické skupiny a klientky je tak mohou prodiskutovat.

Co se týče růstové fáze a její skupiny, potýká se její sestavení s podobnými problémy. Důležitým faktorem, který znemožňuje konání skupiny je, že se klientky mezi sebou často znají z minulosti z drogového prostředí. To znamená, že spolu „braly“, žily na jednom bytě nebo měly stejného partnera. Nebo spolu žijí nyní v jednom azylovém domě, na jednom sídlišti, nezdřídka se stává, že si „vyměnily“ partnery apod. Z důvodu zde popsaných je uskutečnění skupin problematické, a i když se Centrum o ně opakovaně pokoušelo, skupiny nejsou vytvořeny.

5.2.3. Vytvoření navazujícího programu

Zde jsem se zaměřila na snahu odpovědět na poslední výzkumnou otázku: Důvody, které vedly k vytvoření navazujícího programu?

Zde bych ráda zmínila Bc. Kateřinu Hoškovou, která se o problematiku dětí zajímala z důvodu nejen terapeutického, ale i studijního, protože v té době studovala obor speciální pedagogiky. Kateřina stála při zrodu programu Slunéčko na cestě, což byla pilotní fáze Slunečnicové zahrady, spuštěná v roce 2007.

Program Slunečnicová zahrada volně navazuje na program Integrace rodiny. Klientky strukturovaného programu, byly ženy, které většinou začaly léčbu v době svého těhotenství. Je tedy logické, že v průběhu léčby se jim narodily děti a ty s nimi poté docházely do CPR na konzultace. Bylo tedy možné sledovat růst a vývoj jejich dětí, protože pokud mělo dítě nějaké neduhy, většinou se maminky obrátily na terapeuty o radu. V této souvislosti se tedy dětem začala zakládat dokumentace.

Z mého pohledu je to významný posun ve vývoji celého CPR. Vnímám ji jako adekvátní a flexibilní reakci, která vznikla na základě potřeb klientek a jejich dětí.

Při hledání odpovědí na třetí otázku týkající se důvodů vzniku navazujícího programu, jsem zjistila, že CPR používá nesprávnou terminologii, která může vést k mylnému pochopení konceptu celého programu. Rozebrání tohoto tématu věnuji další podkapitolu.

5.3. Zavádějící terminologie

Sedláčková (2009) uvádí v popisu programu Slunečnicová zahrada, že se tento program zaměřuje na zjištění specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly návykové látky během těhotenství.

Specifické vývojové poruchy popisuje Řičan, Krejčířová a kol. (2006, s.156) jako poruchy učení a chování. Specifické poruchy učení jsou dílčí oslabení ve schopnostech a funkcích primárně potřebných k získání výukových dovedností. Tato oslabení se týkají především některých funkcí kognitivních (zrakové, sluchové vnímání), motorických, paměťových (ať už jde o paměť zrakovou, sluchovou či motorickou) a řečových (zvláštnosti tvoření řeči, specifické poruchy výslovnosti aj.) a jejich součinnosti a integrace, jako je např. převádění dat z jedné smyslové modalitě do druhé. Jmenovitě se v praxi setkáváme s:

- dyslexií: porucha schopnosti čtení;
- dyskalkulií: porucha schopnosti počítání;
- dysortografií: porucha pravopisu;
- dysmúzií: porucha hudebních schopností;
- dyspinxii: porucha kreslení;
- dyspraxií: porucha motorické obratnosti v různých specifických oblastech.

Specifické poruchy chování jsou spjaty s oslabením ve funkcích a schopnostech, které jsou zodpovědné za řízení, regulaci a integraci chování. Patří sem psychické funkce a vlastnosti zakotvené v centrálním nervovém systému, jako je pozornost reaktivita, úroveň aktivace, cílesměrnost,

sebekontrola, ale též řeč jak důležitý činitel autoregulace (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s.156).

Z mého pohledu je použití slovního spojení specifické vývojové poruchy v souvislosti se Slunečnicovou zahradou zavádějící. Protože jednou z náplní programu je monitoring vývojových poruch u dětí ve smyslu odchylek od normálního vývoje v jednotlivých stádiích, kterými každé dítě přirozeně prochází. Jedná se tedy např. o poruchy řeči, poruchy myšlení nebo motoriky. Neznamená to ale, že u dětí nemohou být specifické vývojové poruchy týkající se učení a chování, diagnostikovány.

Pro názornou ukázkou, jaké vývojové dovednosti jsou diagnostikovány, zde uvádím tři krátké kazuistiky matek a jejich dětí navštěvujících Slunečnicovou zahradu. Jedná se o ženy, které prošly programem Integrace rodiny a následně se zapojily do navazujícího programu se svými dětmi. U každé klientky krátce zmiňuji její anamnézu a u dítěte diagnostikované skutečnosti. Na závěr uvádím konkrétní doporučení, která stanovil a navrhl matce speciální pedagog.

Příklad č. 1

Klientka

- narozena 1974, má 4leté dítě, soudně stanoven dohled nad výchovou dítěte, který vykonává matka klientky;
- do CPR přichází těhotná a strukturovaný program navštěvuje od roku 2006;
- závislá na opiátech, v těhotenství převedena na substituční léčbu, kterou dodržuje dodnes;
- nyní je zdravotně stabilizovaná;
- partner je ve výkonu trestu za výrobu a distribuci OPL, od 16 let užívá OPL, klientka není přesvědčena o trvání vztahu s partnerem po jeho návratu z výkonu trestu;

- absolvovala střední školu s maturitou, společně s matkou vlastní firmu, která poskytuje vedení účetnictví;
- i přes sociální stabilitu, žije i s dítětem stále u své matky;
- v roce 2009 se zapojuje se synem do projektu Slunéčko na cestě.

Dítě

Do projektu přichází ve věku 3 let. Speciální pedagog zhodnotil jeho vývoj s následujícími výsledky. Jeho řeč vykazuje poruchy ve výslovnosti některých hlásek. Z pohledu hrubé motoriky má vadné držení těla, je vyklenutá břišní část. Občas chodí po špičkách a má obtíže s rovnováhou. Jemná motorika je dobrá, správně drží pastelku a postavu maluje s hlavními částmi těla.

V rámci individuálního plánu pro dítě a matku bylo doporučeno podněcovat zvědavost dítěte vyprávěním příběhů, pojmenovávat obrázky a denní realitu. Dále pedagog navrhl zkoušet chůzi po patách, trénovat rovnováhu, lezení a skákání pro zlepšení pohybové aktivity.

V tomto případě spatřuji význam programu v podpoře klientky, aby sama rozvíjela schopnosti svého dítěte, zajímala se o potřeby, které její dítě má a snažila se přebírat zodpovědnost za jeho péči. Klientka se snažila o přesouvání zodpovědnosti za své chování i za výchovu dítěte na svoji matku. Program ji umožňuje rozpoznávat potřeby jejího dítěte, podporuje ji v samostatném jednání. Dále uvedená klientka (i všechny ostatní) mají možnost získat větší pocit jistoty, že se dítě s výjimkou vyjmenovaných odchylek správně vyvíjí. Matce je umožněno, aby s pomocí odborníků o své dítě pečovala v přirozených podmínkách, zároveň probíhá nepřímou kontrolou nezávislou osobou, zda matka své povinnosti plní, zda nedochází k zanedbávání péče o dítě.

Příklad č. 2

Klientka

- narozena 1977, dítě porodila v roce 2008;
- léčbu v CPR zahájila v roce 2000;
- na střední škole kombinovala pervitin a opiáty, poté heroin několikrát týdně až denně, návykové látky užívala i v těhotenství, zpravidla kouřila heroin 1x týdně až 1x za 14 dní, po porodu absolvovala substituční léčbu;
- nyní je léčena interferonem pro VHC, užívá antidepresiva;
- partnera nemá, v rodném listě otec dítěte není uveden;
- studium gymnázia nedokončila, nikdy nepracovala na hlavní pracovní poměr, přivydělávala si na brigádách a příležitostně prostitucí;
- bydlí v podnájmu společně se setrou a jejím partnerem, ani jeden z nich neužívá návykové látky;
- rodiče podnikají, o klientku a její sestru příliš neprojevují zájem, navštěvují je 1x za měsíc;
- soudně trestaná za krádeže pod vlivem návykových látek, těhotenství zjistila ve výkonu trestu, byla propuštěna podmíněčně po 1. polovině trestu, nyní podmínka ukončena;
- zatížena dluhy.

Dítě

Navštěvuje Slunečnicovou zahradu od roku 2010. Samo pije z hrnečku, šroubuje víčko PET láhve, staví věž z kostek, používá bublifuk a chytí kutálející se míč. Běhá a hází míčem. Při hodnocení mentálního vývoje bylo zjištěno, že rozpozná tři barvy, vyjadřuje radost z her, pozná a ukáže části lidského těla. Negativismus projevuje nezájmem o plnění pokynu. Jeho řeč je zkreslená, na úrovni asi 12 měsíců vývoje. Používá žargon, srozumitelný pouze jemu a matce, a jednoduchá označení, která zastupují větu. Chápe význam jednotlivých vět, mluvené řeči rozumí na úrovni svého

věku. Úroveň ostatních sledovaných dovedností je v mírném vývojovém skluzu.

Speciální pedagog doporučil matce, aby nepřistupovala na dítětem používaný žargon a aby slova vyjadřovala správným výrazem s použitím jednoduchých slov. Dále doporučil rozšíření her o práci s plastelínou k rozvoji mentálních činností.

V případě uvedené klientky může význam spočívat v její podpoře. Klientka neměla nikdy možnost péči o dítě konzultovat s rodinou. Vzhledem k tomu, že sestra je starší a bezdětná, neměla prostor pro sledování péče o ni ani o její děti. Klientka se snažila dítěti vynahrazovat péči, kterou postrádá u svých rodičů. Což bylo zřejmé zejména v tom, že po dítěti nepožadovala žádné úkoly, nesnažila se ho nutit k žádným aktivitám, které by dítě v určitém věku mělo zvládat. Klientka si upevňuje postoj k výchově, co je přirozené požadovat po dítěti. Stejně jako v případě první klientky má program význam v průběžném ujišťování, že péči o dítě zvládá.

Příklad č. 3

Klientka

- narozena 1983, dítě narozené v roce 2008;
- podstoupila léčbu v TK Karlov a poté se v roce 2008 zapojila do programu Integrace rodiny;
- ve 14 letech poprvé užila THC, v 17 letech si poprvé šnupla pervitin, který užívala o víkendech, od 20 let ho užívala denně intravenózně po dobu 5 let;
- užívala drogy i v těhotenství, v menší míře (1x za 4 dny – týden), porod proběhl přirozenou formou v termínu, ukončena ½ roční léčba interferonem – VHC;
- otec dítěte (taktéž uživatel drog) není zapsán v rodném listě, klientka je s ním v občasném kontaktu, ale dítě mu nedává, pouze ukazuje;

- klientka se vyučila servírkou, pak pracovala před nástupem do TK asi ve 4 restauracích, nejdelší délka zaměstnání byla 6 měsíců., v současné době využívá systému dávek;
- žije se svojí matkou (50 let, prodavačka, uklízečka) a dítětem v bytě 3+1, který patří matce, ta celé dny pracuje, s klientkou se spíš v bytě setkávají. Otec klientky pracoval jako číšník, zemřel v 48 letech (před 10 lety) na selhání organismu, denně užíval alkohol asi 12 let, nikdy se neléčil.

Dítě

Ve Slunečnicové zahradě je zařazeno od roku 2010. Vykazuje poruchy ve srozumitelnosti řečového projevu, je patrná absence plynulé řeči, chybí stavba věty a objevují se poruchy ve výslovnosti některých hlásek. Slovní zásoba je vzhledem k věku dítěte omezená.

Úroveň vědomostí je dobrá, zná své i matčino jméno, umí pojmenovat zvířata. Běhá a hraje si s míčem, pohybová pohotovost je tedy na dobré úrovni. Odmítá kreslit pastelkami, vyžaduje pouze fixy, s kterými „čará“, ke kreslení má negativní postoj. Hru s plastelínou také odmítá. Nezná žádné říkanky ani pohádky.

Již nepoužívá pleny, ale stolicí vykonává do trenýrek. O nočník si sám neřekne, potřebu vykonává na pokyn matky.

Obsahem individuálního plánu byla četba z obrázků a názorné ukazování těchto obrázků. Matce bylo zdůrazněno, aby záměrně vyžadovala pozornost dítěte a zaměřila se na nácvik hygienických návyků.

Přínos programu je u klientky v upevňování postojů k výchově dítěte. Klientka se snažila dítěti „vynahradiť“, že muselo projít léčbou v komunitě. Nechtěla ho pak zatěžovat pokyny, požadavky. Klientka zaujala postoj, že se o dítě musí co nejlépe postarat. Začalo však docházet k tomu, že se vývoj dítěte v některých oblastech začal zpoždovat. Klientka se v programu učí, jak k dítěti přistupovat, aby ho příliš nezatěžovala, ale zároveň, aby ho rozvíjela. Má možnost pravidelně hodnotit vývoj dítěte, svoje mateřské povinnosti, ujišťuje se, zda plní individuální plán dítěte v domácím prostředí.

Jak je již uvedeno výše v kapitole o programu Slunečnicová zahrada, prochází dítě kompletním lékařským screeningem, aby se vyloučilo, že je porucha způsobená na fyzické úrovni. Ze statistiky CPR vyplývá, že ve větší míře nebyly zjištěny poruchy závažnějšího charakteru. U jednoho děvčátka byla diagnostikována dětská mozková obrna, byl zaznamenán jeden případ přenosu hepatitidy typu C z matky na plod a dvě děti se narodily s drobnou vrozenou vadou, která byla operativně odstraněna.

Po vyšetření u speciálního pedagoga (příklady uvádím výše), který zhodnotí, co dítě umí a co je ještě třeba rozvíjet, je pak dítěti a matce navržen plán individuální práce na odstranění vývojových nedostatků a rozvíjení dalších dovedností. Zde je důležité zmínit, že ne všechny matky dokážou dovednosti ve svých dětech rozvíjet. Pracovníci CPR zjišťují, že ve většině případů matky nedokážou dovednosti v dětech rozvíjet, protože je s nimi samotnými nikdo nerozvíjel. Dalším příkladem může být matka s vysokým intelektem, která ale dvouletému dítěti předčítá pohádky pro starší děti namísto leporela. Dále musíme počítat se skutečností, že jsou to ženy s drogovou minulostí a pocházejí ze znevýhodněného prostředí. V tomto bodě dochází obrazně k propojení obou programů. Podle mého názoru je velká výhoda, že je umožněna tato návaznost programů. Pro maminky navštěvující Integraci rodiny, je těžké rozpoznat, že jejich dítě má s něčím problémem a proto uvítají nabídnutou pomoc od terapeutů, s kterými již spolupracují. Další výhoda vyplývající pro druhou stranu, pro terapeuty, je, že odpadá „práce“ se získáním důvěry maminek pro zařazení jejich dětí do programu.

6. Závěr

Při zpracování bakalářské práce jsem vycházela z poskytnutých materiálů od vedoucí centra. K projektu Slunečnicová zahrada jsem měla k dispozici 2 články. Mohu tedy říct, že to pro mě byl limitující faktor při zpracování dané problematiky, který se později při pohovorech s vedoucí centra i potvrdil.

Cílem bakalářské práce bylo popsat a zhodnotit služby pro matky - uživatelky návykových látek a jejich děti realizované CPR. Celá práce je rozdělena na dvě části, tematickou a praktickou.

V tematické části práce jsem se věnovala historii vzniku CPR, vývoji jeho služeb a následnému popisu programů. Také jsem zmínila ambulantní léčbu a služby odborného sociálního poradenství, které CPR poskytuje.

Vymezila jsem specifickou cílovou skupinu žen a jejich odlišnost od mužů ve vztahu k užívání a léčbě návykových látek. Tyto odlišnosti se týkají vztahu k zneužívaným drogám, zdravotních problémům, přístupů k léčbě, těhotenství a mateřství.

Dále popisuji program Integrace rodiny, který běží již jedenáctým rokem a program Slunečnicová zahrada. První z programů nabízí strukturovanou léčbu převážně matkám, ale z názvu je patrné, že péče je věnovaná i dalším členům rodiny. Podrobně jsem popsala léčebné fáze, kterými klientka prochází, jaké jsou její povinnosti a možnosti. Dále jsem uvedla, jaké služby jí CPR nabízí. Za desetileté působení prošlo programem 305 klientek, z nichž 60 % ukončilo léčbu a úspěšně se zařadilo zpět do společnosti. To znamená, že si například našly zaměstnání, abstinují od drog, starají se o své děti, dodělávají si třeba vzdělání. CPR se za dobu působení tohoto programu podařilo přispět k tomu, že 96 dětí bylo ponecháno ve vlastní péči matek. A rodiče také podporuje v dalším programu, který nabízí - Slunečnicová zahrada.

CPR se snaží o sestavení terapeutických skupin, nicméně se jim to nedaří z důvodu popsané problematiky klientek. Centrum však usiluje o alternativní řešení v podobě socioterapeutické skupiny.

Počátkem programu Slunečnicová zahrada byl projekt Slunéčko na cestě, který si v roce 2007 začal všimnout také dětí, které přicházely do CPR s matkami z programu. Začal tedy propojovat oba dva programy a spolupracovat s cílovou skupinou matek a jejich dětí zároveň. V těchto počátcích byl projekt orientován na sběr zdravotních záznamů dětí a

vyhodnocování jejich stavu. V roce 2010 projekt rozšířil svůj program ve spolupráci s o. s. Meta a do cílové skupiny zadal také pedagogy, kteří se věnují dětem se zvláštními vzdělávacími potřebami. Program se tedy věnuje rodičům s anamnézou užívání drog a jejich dětem a pedagogům těchto dětí. V současnosti je do programu zařazeno 18 dětí. Z důvodu krátkého trvání programu, mi nejsou známy výsledky, které bych v této práci mohla interpretovat, proto zde uvádím cíle, které si CPR prostřednictvím tohoto programu stanovilo. A to je zjistit, zda mají děti v anamnéze nějaké vývojové poruchy, které by měly souvislost s užíváním návykových látek jejich rodičů, neboť takový monitoring v České republice chybí. Dalším cílem je práce s těmito rodiči na zvyšování jejich rodičovských dovedností a práce s pedagogy, kteří vzdělávají děti ze znevýhodněného prostředí.

Uvědomuji si, že práce s klientelou, jež CPR má, je náročná a velice specifická a proto oceňuji personál CPR, který se neustále vzdělává a hledá nové možnosti, které by u své klientely mohl využít. Určitě je důležité zmínit, že CPR pro nabídnutí kvalitní péče buduje vztahy s dalšími odborníky a to jak s lékaři, sociálními odbory nebo dalšími neziskovými organizacemi, tak i se vzdělávacími institucemi, jako je Centrum Adiktologie při 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a Fakulta zdravotně-sociální Univerzity v Českých Budějovicích.

7. Literatura

Bartošíková, I. (2003) Práce v multidisciplinárním týmu. In K. Kalina & R. Radimecký (Eds.) Drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s.125). Praha: Úřad vlády ČR.
ISBN 80-86734-056

Bém, P. (2003) Složky systému péče v ČR. In K. Kalina & R. Radimecký (Eds.), Drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s.154). Praha: Úřad vlády ČR.
ISBN 80-86734-056

Drop In (2010) Výroční zpráva za rok 2009. Retrieved from
<http://www.dropin.cz/vyrocní-zpravy>

Ferjenčík, J. (2000) Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha. Portál. 1. vydání.
ISBN 80-7178-367-6

Heller, J. & Peckovská, O. (1996) Závislost známá neznámá. Praha. Grada Publishing. 1.vydání.
ISBN80-7169-277-8

Kalina, K. et al. (2001) Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. et al. (2003) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 – 2. revize. Retrieved from
www.cekas.cz

Kalina, K. et al. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha. Grada Publishing. 1. vydání.
ISBN 978-80-247-1411-0

Kratochvíl, S. (2001) *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha. Galén. 2.vydání.
ISBN 80-7262-096-7

Kuda, A. (2003) Relaps a prevence relapsu. In K. Kalina & R. Radimecký (Eds.) *Drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s.117). Praha: Úřad vlády ČR.
ISBN 80-86734-056

Kuda, A. (2003a) Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina & R. Radimecký (Eds.) *Drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s.208). Praha: Úřad vlády ČR.
ISBN 80-86734-056

Langmeier, J & Krejčířová, D. (2006) *Vývojová psychologie*. Praha. Grada Publishing. 2.vydání.
ISBN 80-247-1284-9

Miller, W.R., Rollnick, S. et al. (2004) *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov. Sdružení SCAN. 1. vydání.
ISBN 80-86620-09-3

Preslová, I. (2003) Závislé matky s dětmi. In K. Kalina & R. Radimecký (Eds.) *Drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s.244). Praha. Úřad vlády ČR.
ISBN 80-86734-056

Preslová, I. (2008) Možnosti a meze přípráci s těhotnými uživatelkami drog. In M. Velemínský & B.Žižková (Eds.) Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha. Triton.
ISBN 978-80-7387-095-9

Preslová, I. (2009) Drogy, ženy a my. In Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.) Ženy & drogy, (s. 11) Praha, o. s. Sananim.
ISBN 978-80-254-5133-5

Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (2006) Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing. 4.vydání.
ISBN 80-247-1049-8

Sedláčková, S. (2007) Systém péče o ženy užívající návykové látky v ČR.
Retrieved from
<http://www.dropin.cz/odborne-texty>

Sedláčková, S. (2009) Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky. In Preslová, I. & Maxová, V. (Eds.) Ženy & drogy. (s. 39). Praha. o. s. Sananim.
ISBN 978-80-254-5133-5

Sedláčková, S. & Žižková, B. (2007) Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v České republice. Prevence úrazů, otrav a násilí. Jihočeská univerzita, 3, 45-50.
ISSN 1801-0261

Vobořil, J. (2003) Gender - ženy jako specifická skupina. In K. Kalina & R. Radimecký (Eds.) Drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s.238). Praha: Úřad vlády ČR.
ISBN 80-86734-056

Vymětal, J. (2003) Úvod do psychoterapie. Praha. Grada Publishing.
2.vydání.

ISBN 80-247-0253-3

Zelená, M. & Klégrová, A. (2006) Podpora rodiny. Praha. Vzdělávací institut
ochrany dětí.

ISBN 80-86991-67-9

8. Seznam příloh

č. 1. Pravidla ambulantní léčby

č. 2. Pravidla odborného sociálního poradenství

č. 3. Dohoda o poskytování služeb programu Integrace rodiny

č. 1. Pravidla ambulantní léčby

Vážení a milí klienti,

Vítáme Vás v našem ambulantním programu Centra pro rodinu Drop In, o. p. s. Doufáme, že společně s Vámi pomůžeme najít nejlepší možná řešení pro vaši problémovou situaci. V zájmu všeobecné bezpečnosti a vytvoření co nejlepších podmínek pro poskytování našich služeb je potřeba znát a dodržovat následující pravidla.

1. Klient se pokud možno ke konzultaci objednává a zároveň omlouvá z konzultace vždy sám. V případě, že bude objednávat klienta někdo blízký, bude kontakt v našem zařízení umožněn a doporučen volající osobě. Omluvy z konzultací jinou osobou jsou přípustné jen v nezbytných a výjimečných případech (např. hospitalizace).
2. Na konzultaci klient dochází sám, s doprovodem pouze po předchozí domluvě a v zájmu optimálního průběhu léčby.
3. Prosíme o dodržení abstinence od jakýchkoli návykových látek včetně alkoholu před konzultací. V případě, že klient přijde intoxikován, není to důvod k ukončení spolupráce, ale spíše tématem ke konzultaci. Pro správný a efektivní průběh léčby bude však domluvená konzultace zrušena.
4. V Centru je zákaz jakékoli agrese (verbální i fyzické) vůči personálu či jiným klientům, a to jak ze strany Vaší, tak ze strany Vašeho doprovodu. Jakákoliv agrese je důvodem k ukončení spolupráce a k vyloučení z programu.
5. Prosíme laskavě o dodržení smluveného času Vaší konzultace. Péče je poskytována bezplatně, pokud tedy nebudete moci na domluvenou konzultaci přijít, včas se sami omluvte a přeobjednejte na tel. číslech 272 111 704, 271 721 040, nebo 603 291 593, aby mohl být čas věnován jiným klientům.
6. Jako omluva z konzultace či objednání nového termínu není přípustné zasílat sms, proto tak číňte pouze v nevyhnutelných případech. Finanční možnosti Centra jsou omezené, a proto není možné na sms odepisovat.

7. Pokud přijdete na konzultaci pozdě, nemůže Vám být čas konzultace zpravidla prodloužen, a tudíž je Vám poskytnut pouze zbývající čas konzultace. Pokud se zpozdíte o více jak 20 min, je s ohledem na potřebnou dobu psychologické intervence na zvážení terapeuta, zda bude konzultace uskutečněna nebo přeložena na jiný termín.
8. Vaše data jsou chráněna zákonem a lékařským tajemstvím, proto nesmí být nikde a nikomu sdělována. Výjimku tvoří situace vyplývající ze zákona (vražda, týrání dítěte, organizovaný zločin a závažná trestná činnost). Zprávu o spolupráci či výpis z karty lze vydat pouze s písemným souhlasem klienta.
9. V případě, že klient trpí duální diagnózou, je důležité v rámci sestavení optimálního individuálního léčebného plánu poskytnout zprávu či výpis z karty ošetřujícího lékaře.
10. V případě, že klient neguje doporučení Centra (např. nástup do ústavní léčby, nástup k jinému specialistovi), přestože to je v zájmu efektivní léčby, nebo nemá ambulantní léčba očekávané účinky, může být klient odeslán do jiného zařízení, které může uspokojit jeho potřeby nebo mu bude upraven kontrakt na základní poradenství a informační servis.

Váš tým CPR Drop In, o. p. s.

(Zdroj archiv CPR)

č. 2. Pravidla odborného sociálního poradenství

Pravidla odborného sociálního poradenství pro klienty Centra pro rodinu (CPR)

1. Zákaz intoxikace v prostorách Centra pro rodinu či konzumace psychotropních látek a alkoholu. V případě, že do CPR přijdete intoxikováni, má terapeut CPR právo Vás přeobjednat na jiný termín, nebo odeslat do Nízkoprahového střediska Drop In.
2. Zákaz jakékoli agrese a to i slovní.
3. V případě, že jste byli zařazeni do strukturovaného programu, tento program má svá specifická pravidla a máte právo být s nimi seznámen/a.
4. Účast na konzultaci je třeba předem telefonicky domluvit na telefonu 272 111 704, 271 721 040. V případě, že nemůžete smluvený termín dodržet, je možné se přeobjednat, nebo Vám terapeut nabídne termín náhradní. Bez obav nás však můžete navštívit i bez objednání, budeme se Vám samozřejmě rádi věnovat.
5. Služby CPR jsou poskytovány:
Po 10.00 – 17.00
St 10.00 – 17.00
Pá 10.00 – 17.00
6. SMS. Pokud nám smskujete, dělejte tak jen v nejnnutnějších případech. Naše finanční možnosti jsou omezené, a tudíž nemůžeme na SMS odpovídat a rovněž Vám nemůžeme volat zpět na Váš mobil, pokud nás prozváníte. Také proto, že se právě terapeut věnuje někomu z našich klientů.
7. Služby Centra pro rodinu jsou dobrovolné a můžete je přestat kdykoliv využívat, nebo dle potřeby zahájit nový kontakt.

8. Vzhledem k tomu, že často jednáme se soudy v souvislosti s péčí o Vaše dítě, je naší povinností odpovědět soudu či odboru péče o dítě, jak probíhá vzájemná spolupráce a to výhradně s Vaším souhlasem. To, co bude obsahem konzultací, však nesdělujeme.
9. Vaše data jsou chráněna zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., tudíž s výjimkou soudu na ně nemá nikdo právo a z toho důvodu nesmí být nikde a nikomu sdělována, či uvedena.
10. Pro využití dalších služeb je možné vybrat si z programů Centra následné péče, TK Karlov, DS Sananim, a dalších zařízení, kam Vám dáme kontakt a doporučení v případě potřeby.
11. Pokud s námi nejste spokojeni, sdělte nám to, či vedoucí Centra Bc. Simoně Sedláčkové, nebo našemu vedení PhDr. Ivanu Doudovi.

Děkujeme, Vaši terapeuti

Ivan Douda, Simona Sedláčková, Hanka Bulvová, Kateřina Hošková

V Praze dne 26.1.2011

o. p. s.

Za Centrum pro rodinu Drop In,

Bc. Simona Sedláčková

(Zdroj archiv CPR)

č. 3. Dohoda o poskytování služeb programu Integrace rodiny

Dohoda o poskytování služeb Centra pro rodinu v programu „Integrace matek a rodiny s fenoménem užívání návykových látek v anamnéze“.

Klient:

Jméno, příjmení:

Adresa:

Datum narození:

- 1) Klient se zavazuje docházet do programu Centra pro rodinu (dále jen CPR) pravidelně dle dohodnutých termínů.
- 2) Každou nepřítomnost je třeba telefonicky omluvit minimálně 2 dny předem.
- 3) Pokud je nepřítomnost omluvena týž den, či později a stane se tak častěji než 3x, vystavuje se klient riziku přerušení na účasti v programu, a to po dobu 1-3 měsíců.
- 4) Pokud se dostaví klient na konzultaci později, bude mu poskytnut pouze čas, který zbývá do konce konzultace, pokud není dohodnuto jinak.
- 5) Klient tímto souhlasí s vedením jeho dokumentace v CPR, Drop In, o. p. s.
- 6) V případě porušení pravidel se klient vystavuje vyřazení z programu na dobu 2-3 měsíců.
- 7) Klient má právo kdykoli i bez udání důvodu z programu odejít, doporučuje se však tuto situaci důkladně zvážit, jelikož poté nebude možné dávat klientovy zprávy o spolupráci a účasti v programu.

Jako základní informaci, kterou by klientka programu měla znát, je fakt, že užívání návykových látek v těhotenství, včetně alkoholu a cigaret, je ohrožující jak pro miminko, tak pro uživatelky přímo.

Zařazení do substitučního programu je se souhlasem klienta na základě smlouvy s příslušným substitučním pracovištěm. U gravidních žen je tato indikace v případě, že nelze docílit abstinence, či by nebyla z lékařského hlediska indikována detoxifikace. Je však důležité vědět, že se jedná o specifickou oblast porodnictví a jako taková má i svá rizika.

Program Centra má 3 fáze. Nízkoprahovou, tématickou a růstovou a v každé fázi dostane klient informaci i doklad o svém přestupu do další fáze.

Informace o klientech nepodáváme a to ani rodinným příslušníkům, pokud si to klient výslovně nepřeje.

Všichni terapeuti programu jsou povinni dodržovat etický kodex a zásady mlčenlivosti.

Klient má právo si stěžovat u vedoucího terapeuta programu, či statutárního zástupce organizace, jejich jméno je uvedeno v závěru tohoto kontraktu.

Pokud bude stížnost podána ústní formou, bude vyřízena okamžitě. V případě písemné stížnosti bude zodpovězena do 30 dnů po podání. Samozřejmě naše práce směřuje k tomu, aby služby pro naše klienty byly co nejefektivnější a současně pro klienty přínosné. Vaše připomínky jsou pro nás tedy velmi cenné.

Terapeut má právo klienta přeobjednat na jiný termín, pokud je tato situace nezbytná, nebo to vyžaduje provoz CPR.

Klient má být seznámen s pravidly CPR a s kodexem práv klientů.

Kdykoliv po ukončení programu nastane nová situace, má klient právo se do programu opět vrátit s výjimkou přerušení programu z důvodu porušení pravidel. V tomto případě obdrží kontakt na další zařízení, jehož služeb může využívat po dobu vyřazení z programu.

Klient má právo na zprávu o průběhu a o ukončení spolupráce v programu.

Klient může na požádání obdržet seznam dalších zařízení poskytující služby uživatelům návykových látek.

Věříme, že se v našem programu budete cítit dobře a že tímto přispějeme k Vaší integraci.

Na základě oboustranné dohody bude setkávání probíhat v intervalu.....

Podpis klienta:

Podpis terapeuta:

V Praze dne... ..

Bc. Simona Sedláčková

Vedoucí terapeut CPR, Drop In, o. p. s.
272 111 704, 603 291 593, 271 721 040

(Zdroj archiv CPR)