

**Univerzita Karlova v Praze  
Evangelická teologická fakulta**

**Bakalářská práce**

**Markéta Hřebačková**

**Centrum pro rodinu**

**Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky**

**Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jan Dočkal CSc.**

**2006**

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucímu práce Ing. Mgr. Janu Dočkalovi CSc. za velmi cenné podněty, rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji pracovníkům Centra pro rodinu za umožnění praxe, ochotné poskytování informací a za možnost načerpat odborné znalosti.

## PROHLÁŠENÍ

1. Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci **Centrum pro rodinu - Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky** zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.
2. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.
3. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.
4. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách Jaboku.

V Praze dne 10. 05. 2006

Markéta Hřebačková

*Markéta Hřebačková*

podpis autora bakalářské práce

## OBSAH

1. Úvod .....	5
2. Centrum pro rodinu a jeho program.....	7
2. 1. Potřebnost programu.....	8
2. 2. Cíle programu.....	10
2. 3. Personální a organizační zabezpečení programu .....	12
2. 4. Jak program funguje.....	16
2. 5. Metody a formy spolupráce s klientkou.....	18
2. 6. Stav programu k 31. 12. 2005.....	22
3. Centrum metadonové substituce.....	24
3. 1. Opiáty.....	24
3. 1. 1. Těhotenství a opiáty.....	25
3. 2. Metadon.....	27
3. 3. Nejobecnější podmínky přijaté do programu metadonové substituční terapie.....	27
3. 3. 1. Cíle programu.....	28
3. 4. Novorozenci s opiátovým abstinčním syndromem.....	29
3. 5. Smysl substituční terapie .....	31
4. Analýza resocializačního programu Centra pro rodinu.....	33
4. 1. Kazuistika.....	33
4. 2. Anketa.....	39
4. 2. 1. Výsledky ankety.....	41
4. 2. 2. Diskuze.....	54
4. 2. 3. Vyhodnocení.....	57
5. Závěr.....	58
6. Resumé.....	61
7. Bibliografie.....	62
8. Přílohy.....	64

## 1. ÚVOD

Problematika zneužívání psychotropních látek je u nás velmi diskutovaným tématem a názory k přístupu řešení drogové otázky se často liší. Zvláště, je-li tento problém spojen s mateřstvím. Výzkum v této oblasti je obtížný. Není zde nic černé, nebo bílé. Některé klientky dokáží po absolvování léčby abstinovat, jiné zůstávají dlouhodobě v substitučním programu. Řešení otázek týkajících se resocializace matek je obtížné, a potřebné.

Cílem této práce je přiblížit funkci a náplň činnosti Centra pro rodinu, jež se zabývá resocializací matek a gravidních žen, užívajících psychotropní návykové látky. Práce se zaměřuje také na vyhodnocení potřebnosti a prospěšnosti tohoto centra. Seznamuje s praktickou činností Centra pro rodinu, kterou demonstruje na konkrétním případě jedné z klientek, která prošla celým programem. Na popisu jednotlivých sezení je nejlépe vidět, jak konzultace probíhají a jaká je terapie. Také představuji konkrétní výsledky Centra pro rodinu, a to formou ankety. Dotazovala jsem se na počátku a na konci resocializačního programu vzorku padesáti klientek na jedenáct otázek. Otázky jsem sestavila na základě cílů, kterých má být v průběhu resocializace dosaženo. Kritérium pro volbu otázek jsem zvolila tak, aby bylo z odpovědí jasně patrné, zda došlo v průběhu terapie ke změnám v životě klientek či nikoli.

Z celé škály institucí, které poskytují pomoc problémovým uživatelům nealkoholových psychotropních látek, jsem si zvolila toto centrum díky klientele, na kterou je zaměřeno. Resocializační program je zaměřen na specifickou skupinu mezi uživateli drog. Podmínkou programu je abstinence či řízená substituce klientek. Proto je nutné, aby došlo k oddělení klientky s dětmi nebo těhotné ženy od ostatních uživatelů, a aby zde byla terapie zaměřená na její potřeby, která je poskytována odborníky vyškolenými speciálně pro tuto klientelu. Z těchto důvodů jsem si pro práci zvolila část populace, která je nejvíce ohrožena. Je zde nebezpečí přenosu problémového chování na další generace. Důležité je pokusit se od základu napravit to, co se pokazilo, aby problémové chování matky nezanechalo na dítěti následky.

V první části práce se zaměřuji na popis resocializačního programu Centra pro rodinu, což je jedna z institucí pracujících s problémovými uživateli psychotropních návykových látek. Toto centrum se specializuje na matky a gravidní ženy. Zabývám se zde jeho charakteristikou, činností, náplní práce a cíli.

Protože většina klientek Centra zneužívá heroin, zaměřuji se dále podrobněji na léčbu substituční metadonovou terapií. Všímám si také dopadu heroínu na těhotné ženy.

Konkrétní činnost a jednotlivé kroky terapie blíže přibližuji v části práce zabývající se analýzou resocializačního programu Centra pro rodinu.

V závěrečné části hodnotím pomocí ankety prospěšnost Centra pro rodinu, jeho význam a dosažené výsledky v závislosti na předem vytyčených cílech.

Vycházím z vlastní zkušenosti. Měla jsem možnost v Centru pro rodinu absolvovat praxi, byla jsem přítomna jednotlivým konzultacím s klientkami a tato problematika mě natolik zaujala a je tak podstatná, že byla motivací k psaní práce o této instituci a jejím resocializačním programu.

## 2. CENTRUM PRO RODINU A JEHO PROGRAM

Historie vzniku Centra pro rodinu

Podle průběžné zprávy o realizaci programu Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky za rok 2004, středisko DROP IN (obecně prospěšná společnost, jehož zřizovatelem je stejnojmenná nadace, nabízí své služby od r. 1992. Svoji činností, a částečně i personálním obsazením a metodami práce, navazuje na zaniklé Středisko drogových závislostí, které fungovalo už od r. 1971. Tehdy to bylo jediné zařízení specializované na oblast nealkoholových drog při Všeobecné fakultní nemocnici II. Středisko DROP IN převzalo od Všeobecné fakultní nemocnice II. všechny drogově závislé pacienty.

Centrum pro rodinu je poradenské centrum zabývající se zejména sekundární prevencí v oblasti návykových látek. Cílovou populací jsou jak gravidní ženy, tak matky nezletilých dětí, i matky, kterým byly děti odebrány. Toto nízkoprahové středisko působí v lokalitě nejvíce zasažené drogovou problematikou, tedy v centru Prahy. Protože se jedná o hlavní město, je zde také nejvyšší koncentrace uživatelů návykových látek. „Díky této situaci jsme zaznamenali mnohem častější frekvenci těhotných uživatelů, které se na nás obracely se svými potřebami, a to od služeb harm reduction počínaje, přes služby zdravotnické, až po praktické poradenství v rozsahu sociální práce, péče o dítě a toto bylo provázáno drogovým abúzem uživatelů.“<sup>1</sup>

Protože tady v této době ještě nefungoval specifický program pouze pro tyto klientky, musely se zařadit do běžného programu i když byly gravidní, nebo byly nuceny zajistit péči o své narozené dítě, což v případě plně rozvinutého drogové závislosti, šlo jen obtížně. Často tedy děti těchto klientek byly matkám odebrány a končily v dětských domovech, či kojeneckých ústavech, nebo byly svěřeny do péče rodičů klientky. Tato situace však v některých případech paradoxně nevedla k abstinenci klientky od drog, nýbrž vzhledem k tomu, že často byla zbavena rodičovských práv, naopak k trvalému drogovému způsobu života. Důvodem bylo, že klientky získaly pocit, že opět zklamaly, začali se obviňovat za nesplnění svých mateřských povinností, a tudíž jejich sebehodnocení bylo negativní. Ženy se dostávaly do depresivních stavů, které vedly k opakovanému relapsu.

Z tohoto důvodu se ukázalo jako velmi potřebné zaměřit se na klientky matky, jako na samostatnou cílovou skupinu, a provádět je od samého počátku jejich resocializace již

---

<sup>1</sup> Závěrečná zpráva o realizaci programu za rok 2004

v nízkoprahovém středisku až po celý proces jejich plného začlenění do společnosti. Je nutné, aby tento projekt probíhal odděleně od ostatních uživatelů vzhledem k nutnosti oddělit tyto klientky již od počátku od pouličních uživatelů návykových látek. Proto je nutné, aby nízkoprahové středisko navštěvovaly jen po nezbytně nutnou dobu, a to v přesně stanovených časech, a tím se zkrátí i pobyt v místě 1. kontaktu. U těchto uživatelek je jednoznačně cílem úplná abstinence, jen v případech, kdy jí nelze docílit, substitute. Je velmi důležité, aby klientky k terapeutům získaly důvěru. Důvěra je potřebná pro celou další spolupráci. Je důležité mít kladný, nepovýšený přístup. Zdravý přístup je potřebný pro získávání úplných a pravdivých informací. Je důležité, aby klient chápal, že jsme tu pro něj a že ho nechceme soudit. Teprve v okamžiku navázání důvěryhodného vztahu s terapeuty je možné a nutné cíleně se zaměřovat na další postupy v řešení klientčiny situace. Podle průběžné zprávy o realizaci programu za r. 2004 byl program resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky zahájen 1. 1. 2000, jako dlouhodobý program.

## **2. 1. Potřebnost programu**

Pokud by těhotné uživatelky drog, nebo matky, které již dítě mají docházely jen do zařízení, která jsou určena pro pouliční uživatele drog, není plně v možnosti těchto center, což je vzhledem k počtu uživatelů logické, aby se zcela a po všech stránkách věnovala speciálně matkám. Toto prostředí také matky nemotivuje k abstinenci. Je tedy potřebné takové centrum, které bude mít jako cílovou klientelu pouze tyto gravidní ženy a ženy, které již dítě mají. Pokud se centrum bude specializovat jen na takovýto úzký okruh klientek, bude možné s nimi lépe a kvalitněji pracovat, věnovat se jim kontinuálně, zaměřit se na specifické problémy této ohrožené skupiny.

Prvním krokem je, aby byl v kontaktním centru navázán důvěryhodný vztah s takovouto klientkou. Dále je potřebné zajistit cílenou péči a to např. zajištění gynekologické péče, zdravotní péče. Zároveň je nutné při celém procesu resocializace pamatovat na nezbytnost klientčiny abstinence. Terapeut musí jasně a důrazně vysvětlit klientce, že pokud chce pečovat o své dítě sama, nemůže se čekat až dozraje ke svému rozhodnutí nutnosti abstinence, nýbrž musí okamžitě začít měnit svou situaci. Klientku je často nutné seznámit s faktem, že pokud by užívání drog trvalo, bude jí pravděpodobně dítě odebráno. Otázka



odebrání dítěte je otázkou velmi choulostivou, proto často vyžaduje odlišnější terapeutický přístup, než jaký je běžný a typický pro harm reduction.

U cílové klientely matek - uživatelék nestačí výměnný program, ale je třeba cíleně na tyto ženy působit. Pokud by klientky neměly specializovanou péči, často by mohlo docházet k situaci: kdy je pacientka pod tlakem, má strach z nové situace, z těhotenství, chce změnit svůj život a přestat zneužívat drogy. Ústavní léčba je pro ni ale nepřijatelná, odmítne ji a raději se bude snažit zvládnout svůj návyk sama. Touto cestou ale dospěje k více selháním. V důsledku obavy klientky z léčby ústavní formou a vyhýbání se jí, může dojít k poškození plodu, neboť pouliční užívání drog je pro plod velmi rizikové. Tato situace má mnohdy za důsledek, že k prvnímu kontaktu pacientky s nějakou institucí dochází až v porodnici (většinou v osobě sociální pracovnice), která je často nucena navrhnout soudu předběžné opatření a tímto odejmou klientkám dítě již u porodu. Dítě je umístěno do kojeneckého ústavu a později do dětského domova.

Je potřeba se zamyslet nad otázkou bariér, které brání uživatelkám ilegálních drog vyhledat včasnou pomoc. Tento problém souvisí s rolí ženy ve společnosti. Jedním z důvodů, proč matky a gravidní ženy zneužívající psychotropní látky zpravidla vyhledávají odbornou pomoc až ve stádiu rozvinuté závislosti, je obava ze společenské stigmatizace. Pokud se léčí muž, společností je tento fakt lépe přijímán a tolerován. Pokud se jedná o ženu, či dokonce matku, je většinou společností odsuzována. Uživatelky se obávají navštívit instituci, kde by mohly žádat o pomoc. Zdá se jim jistější udržet si svou anonymitu i za cenu neustále se prohlubující závislosti. V praktickém životě, pokud žena jedná s úřady má jednodušší pozici, než je tomu v momentě, kdy získá určité stigma, které vychází ze spolupráce s určitou institucí. Touha po možnosti vychovávat své dítě nakonec uživatelkám pomůže překonat tuto obavu a snaží se nalézt pomoc. Takovýmto situacím by se dalo předcházet, pokud by zde byla specializovaná péče, centrum, které by se zaměřilo výhradně na takovéto klientky, právě na jejich problémy, kde by bylo příjemné prostředí, prostředí vhodné pro děti.

Podle průběžné zprávy o realizaci programu za r. 2004 je tedy patrné, že uživatelky a experimentátorky s návykovými látkami často právě v tomto období potřebují intenzivní podporu, která by je cíleně vedla k resocializaci a zároveň jim a jejich dětem umožnila nástup do plnohodnotného života. Tyto děti by nemusely zůstat v péči státu, což je i z hlediska ekonomického nepřehlédnutelný fakt.

Z důvodů popsaných výše bylo v roce 2000 vytvořeno středisko, Centrum pro rodinu, jehož **cílovou klientelou** jsou:

- 1) ženy které užívají, či užívaly návykové a alkoholové látky a mají v péči děti
- 2) gravidní ženy spadající do výše uvedené skupiny
- 3) ženy této cílové skupiny, kterým bylo dítě odebráno soudem
- 4) ženy, které mají v anamnése návykové látky a mají určen soudní dohled nad péčí o dítě
- 5) partneři klientek
- 6) rodinní příslušníci a rodina klientky

Pracovníci centra pro rodinu se zaměřili na tuto úzkou a velmi potřebnou skupinu uživatelů návykových látek. Cílem tohoto centra je resocializovat matky natolik, aby byly schopné postarat se o sebe a o své dítě, zapojit se znovu do společnosti, pomoci vytvořit uspokojivé podmínky pro život matky a dítěte a pomoci učit klientky zodpovědnosti.

## **2. 2. Cíle programu**

Posláním programu je poskytování zdravotnických a psychosociálních služeb s udržení co možná nejširšího kontaktu se všemi gravidními ženami - matkami užívajícími psychotropní návykové látky a s přístupností pro všechny typy zájemkyň o pomoc. Uvedené aktivity směřují zejména k abstinenci od drog a k resocializaci těchto žen, a to buď s cílem trvalé abstinence nebo, v případě kdy toho nelze docílit, substituční léčby. Velice důležitým krokem je motivovat klientku a směřovat k abstinenci od návykových látek. Potřebný k úspěšné resocializaci je následný podpůrný kontakt, který vede k osvojení návyků a začlenění zpět do společnosti. Klientky si potřebují vypěstovat pocit odpovědnosti, naučit se spolehlivosti.

Tento kontakt se stává základnou pro pozdější terapeutickou, či jinou intervenci. Zároveň takovéto kontakty umožní vytvořit kartotéku klientek a jejich dětí a sledovat tak jejich vývoj do budoucna jak po stránce zdravotní a sociální, tak po stránce psychomotorické. Projekt poskytuje klientkám konzultace a motivuje je k další psychoterapii, a k jiným produktivním způsobům života.

Pracovníci Centra pro rodinu také pomáhají a asistují při stabilizaci tíživé sociální situace, např. zajištění bydlení a vyřízení a získávání sociálních dávek. Důraz je kladen na práci s celou rodinou uživatelky. V Centru pro rodinu probíhají také rodinné terapie a individuální konzultace s rodiči a příbuznými. U motivační práce s klientkami je kladen důraz na rozvoj introspekce klientek, na reflexi jejich vlastních motivů. Klientky se učí

orientovat ve svém duševním životě, učí se přemýšlet o sobě o dítěti, o partnerovi, o všem co je potřeba zařídit a zlepšit, učí se přijímat i stinné stránky své osobnosti, učí se neodsuzovat se, ale snažit se docílit změny. Toto vše vede k tomu, že poznávají své meze a postupně nahlíží samy sebe realističtější způsobem, který jim umožňuje získat potřebnou sebeúctu.

V závěrečné zprávě o realizaci programu za rok 2004 je popsán cíl programu. Posláním Centra pro rodinu je docílit toho, aby děti klientek mohly zůstat v přirozeném prostředí v péči své matky, pokud je takového cíle matka schopna dosáhnout.

K tomu je nutno klientku stabilizovat, pomoci jí obnovit si potřebné návyky, pomoci klientce se plnohodnotně zařadit do společnosti, učit matku rozvíjet sociální dovednosti a orientaci v mezilidských vztazích.

Pokud je dítě odejmuto předběžným opatřením soudu, je nutné pracovat s matkou, a to do takové míry, aby jí dítě mohlo být svěřeno do vlastní péče. V běžné praxi dochází často k tomu, že pokud není matka schopna se dostatečně postarat o své dítě, jsou děti svěřovány do péče babiček, a to i pokud je otec v pořádku. Toto řešení ale pracovníci Centra pro rodinu pokládají za krajní řešení situace. Je to z toho důvodu, že babičky jsou někdy až hyperprotektivní - přílišně ochranné, nebo ve snaze dítěti vše vynahradiť dochází k jeho rozmazlování, dítě je nezdravě zahrnováno péčí, která mu neumožňuje zdravý vývoj. Dalším faktorem je pracovní produktivita dnešních babiček, kdy tuto péči nemohou plně přijmout z důvodů možné ztráty zaměstnání, bojí se péči odmítnout v domnění, že toto je nejlepší východisko. Chtějí pomoci, ale kumuluje se vysoký pracovní nápor a povinnosti o dítě. Toto má za následek veliké vyčerpání, psychický i fyzický nápor na babičku. Tato situace není dobrá ani pro samotnou matku dítěte. Matka je demotivována, v rodině je často v roli druhého dítěte. Mnohdy se dostávají výčitky a sebeobviňování a snižování sebe sama, kdy matka hledá východisko opět v drogách.

Vhodné svěřit dítě do péče babičky je v případě, pokud matka odmítá abstinovat, nebo z jiného důvodu není přínosné, aby měla dítě ve své péči. Zde je důležité klientku motivovat k ústavní léčbě nebo alespoň k pobytu mimo společnou domácnost, kde je její dítě. Druhou a vhodnější variantou je prozatímní svěřením dítěte do péče biologické matky, se soudním dohledem.

Třetí možností je situace, kdy je dítě svěřeno do péče kojeneckého ústavu nebo do dětského domova. V tomto případě se Centrum pro rodinu snaží motivovat klientku ke změně způsobu života, aby bylo možné dítě navštěvovat. Snaží se klientce pomoci zvládnout její situaci natolik, aby mohlo být dítě svěřeno do péče biologické matky. O toto se pracovníci Centra pro rodinu snaží pouze v těch případech, kdy tyto návštěvy nejsou pro dítě traumatizující.

„Cíle tohoto projektu vidíme převážně, možnost návratu dětí, které byly odejmuty matkám, aby se po jejich resocializaci mohly navrátit do již funkční rodiny a nezůstávaly v dětských domovech.

Dále se snažíme rozšířit poradenskou činnost pro širší spektrum populace, a to i v rámci anonymního kontaktu osobně, či po telefonu na tzv. skrytou populaci mladých uživatelék drog, které zatím nemají nízkoprahový standard, ale mohou svým počínáním ohrozit do budoucna vývoj svých dětí.“<sup>2</sup>

### **2. 3. Personální a organizační zabezpečení programu**<sup>3</sup>

Aby resocializační program mohl řádně fungovat, je třeba sestavit multidisciplinární tým. V Centru pro rodinu probíhají každý týden porady, kterých se účastní všichni členové tohoto týmu. Projednávají se zde organizační záležitosti na příští týden. Terapeuti na jednotlivých schůzkách vypracovávají individuální terapeutický plán pro každého klienta. Je nutná spolupráce mezi jednotlivými členy týmu.

V Centru pro rodinu spolupracuje speciální pedagog, psychiatrická sestra, psycholog, sociální pracovník, porodní asistentka, supervizor. Každý má svou specifickou funkci, která je důležitá pro poskytování komplexních kvalitních služeb a pro pomoc klientkám.

**Psycholog** nabízí psychologické poradenství. Vypracovává metodiku práce pro každou klientku individuálně. V praxi tuto metodiku aplikuje při jednotlivých konzultacích s klientkou. Ta je zvolena dle osobnostního nastavení klientky.

Psycholog je zároveň vedoucím Centra pro rodinu a stará se o management.

Vedoucí terapeutka dokončila v roce 2003 psychologické a právní vzdělání na úrovni tříletého studia. V současné době studuje obor ošetrovatelství na vysoké zdravotnické škole a zahajuje účast v pětiletém výcviku skupinové terapie.

**Speciální pedagog** poskytuje klientkám speciální pedagogické poradenství, psychoterapii a systemickou terapii. Speciální pedagog pracuje s klientkami na prohlubování zdravých návyků a dovedností, které resocializující se matky potřebují znovu obnovit. Toto je třeba pro

---

<sup>2</sup> Popis projektu, str 7

<sup>3</sup> Závěrečná zpráva o realizaci programu za rok 2004

snadnější zapojení se do okolní společnosti. V Centru pro rodinu je současně zástupcem vedoucího.

Terapeutka vystudovala psychologii, speciální pedagogiku a dokončila tříletý výcvik v systemické terapii.

**Psychiatrická sestra** udržuje hygienicko epidemiologický režim. Provádí testy na přítomnost drog v organismu klientky. Dále zakládá nově příchozím klientkám karty, do kterých po dobu vzájemné spolupráce zapisuje jednotlivé konzultace. Provádí také vstupní anamnesu, která je zaměřená na získání osobních údajů a podstatných informací ze současnosti a minulosti klientky. Jedná se o informace, které přibližují současnou životní situaci a problém, s kterým je třeba pracovat.

Také dbá na čistotu prostředí přímo v prostorech Centra pro rodinu, protože jsou při konzultacích často přítomny i děti.

Je diplomovanou sestrou pro psychiatrii. Absolvovala výcvik krizové intervence.

**Sociální pracovník** zprostředkovává kontakt s probační a mediační službou, s příslušnými odděleními péče o dítě úřadů příslušných městských částí, s Centrem metadonové substituce, s porodní asistentkou a gynekologickou poradnou. Dále pomáhá klientkám při komunikaci s příslušným úřadem, vyřizováním sociálních dávek, s žádostmi o byt atd.

**Porodní asistentka** provádí teoretickou a fyzioterapeutickou část přípravy k porodu. Vede pravidelná předporodní cvičení. Snaží se klientky obeznámit se vším potřebným, co je v době těhotenství i po porodu třeba zvládat (životospráva, co je potřeba zakoupit, nácvik porodu, otázka přítomnosti otce při porodu).

**Supervizor** je externím pracovníkem, který pracuje s multidisciplinárním týmem. Poskytuje případovou a týmovou supervizi. Probíhá v rozmezí jednou měsíčně dvě hodiny a třicet minut. Supervize je důležitá zpětná vazba pro každého člena týmu. Pomáhá také předcházet syndromu vyhoření, ke kterému, při práci s resocializujícími se matkami užívající psychotropní návykové látky jako s cílovou skupinou, může dojít.

Supervizor Centra pro rodinu má psychoterapeutický výcvik v rodinné terapii, supervizní výcvik, je odborníkem v oboru závislostí, sexuologii a psychiatrii.

X údaje v tabulce

Tabulka<sup>4</sup>

Kmenoví zaměstnanci Odbornost	Počet osob	Vzdělání	Zastávaná funkce	Úvazek	Obsah, Náplň práce			
					Primární prevence (úvazek)	Služby Harm Reduction (úvazek)	Léčba resocial. (úvazek)	Jiná činnost (úvazek)
Speciální pedagog	1	VŠ	Terapeut, zástupce vedoucího	1,0	0,6	0,3	0	0,1/administrativa
Speciální pedagog	1	VŠ	Vedoucí terapeut	1,0	0,1		0,8	0,1
Psycholog	1	VŠ	Terapeut Metodik	1,0			0,7	0,3
Ved. Psycholog	1	VŠ	Terapeut	0,3			0,3	
Psychiatrická sestra	1	VZŠ	Terapeut	0,5			0,4	0,1
<b>Celkem</b>	<b>5</b>	-----	-----	<b>2,9</b>	<b>0,7</b>		<b>2,2</b>	<b>0,6</b>
Externí pracovníci Odbornost	Počet Osob	Vzdělání	Zastávaná Funkce	Počet Hodin/rok	Obsah, náplň práce			
					Primární prvence (počet hodin/rok)	Služby Harm reduction (počet hodin/rok)	Léčba resocial. (počet hodin/rok)	Jiná činnost (počet hodin/rok) <sup>5</sup>
Sociální pracovník, psycholog	1	VŠ	Supervize	30				Supervize

Současná struktura pracovníků Centra je vyhovující a osvědčila se v praxi. V případě specifických potřeb klientek jsou služby zajištěny externími pracovníky jako je fzioterapeut, rehabilitační sestra. Terapeuti jsou schopni zprostředkovat klientce v případě potřeby právní poradenství.

<sup>4</sup> Personální a organizační zabezpečení programu

<sup>5</sup> Např. administrativa. Ekonom. apod.

Ve vzájemné propojenosti pracovníků jednotlivých institucí vidím veliký přínos. Díky těmto možnostem jsou klientům zajištěny kvalitní služby.

## **2. 4. Jak program funguje**

Projekt Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky je koncipován tak, aby bylo možné od základu zmapovat pouliční uživatelky drog. Právě tyto ženy jsou cílovou skupinou projektu.

Tyto ženy jsou většinou vyhledávány streetworkery Drop in a pracovníky nízkoprahového střediska, kde je s nimi navázán důvěryhodný kontakt a je jim doporučena možnost řešení jejich problematické situace. Pro oddělení aktuálních uživatelky drog a již resocializovaných žen probíhají vstupní pohovory. Těhotným klientkám je nabídnuta možnost spolupráce s Centrem pro rodinu. Pohovory probíhají v následném pořadí:

### **1. Vstupní pohovor**

Účelem vstupního pohovoru je navázání kontaktu s klientkou a zjištění, zda je klientka gravidní a pokud ano, v jaké je fázi těhotenství. K tomuto účelu je možné použít orientačně gravitest a následně je klientce doporučena gynekologická poradna při Gynekologicko porodnické klinice v Apolinářské 18, Praha 2 a gynekologická poradna fakultní nemocnice Motol.

Centrum pro rodinu svým klientkám zajišťuje možnost čerpat zdravotnickou a gynekologickou pomoc i přesto, že je všem občanům České republiky ze zákona běžně dostupná. Je to proto, že je důležité pokud má odborník, gynekolog či porodník povědomí o drogové problematice. Centrum pro rodinu spolupracuje pouze s těmi lékaři, kteří se v této problematice orientují. Výhodou je možnost vzájemné spolupráce. Pracovníci Centra pro rodinu mohou se svolením klientky zdravotníkům podávat informace o jejím stavu. Většina žen, které se účastní resocializačního programu v Centru pro rodinu, současně navštěvuje Centrum metadonové substituce. Pro ženy, které docházejí na metadonovou substituci, je dobré, pokud porod proběhne ve fakultní nemocnici Motol. Pakliže matky užívají metadon až do porodu, znamená to, že měly značně rozvinutou závislost na opiátech. Většina dětí narozených těmto matkám má novorozenecký abstinenční syndrom „NAS“. Novorozenec potřebuje speciální péči. Většinou je mu



podávána opiátová tinktura, která minimalizuje křeče. Ve fakultní nemocnici Motol je takto specializovaná péče zajištěna.

Dále je nutné vytvořit anamnesu, kde se pracovníci Centra pro rodinu zaměřují na množství a druh návykových látek, které klientka užívá. Při zjišťování anamnesy je dalším krokem nabídnout klientce, dle rozsahu drogového návyku a jejího aktuálního stavu, adekvátní možnosti a to ústavní pobyt v terapeutické komunitě, detoxikaci, či substituční program. Pracovníci centra dále zdůrazňují, že program je převážně zaměřen k abstinenci. Pouze v případě, že by náhlou abstinencí a možnými relapsy byl ohrožen plod matky, jsou ženy směřovány ke spolupráci s Centrem metadonové substituce.

K dalšímu pohovoru je klientka objednána již do Centra pro rodinu a je poučena o nutnosti zdržet se intoxikace.

## **2. Motivační pohovor**

Motivační pohovory bývají zpravidla 3 setkání, kde by měl být ujasněn další postup resocializace pacientek.

Při tomto pohovoru se vychází z informací, které pracovníci získají u vstupního pohovoru. Pracovník Centra pro rodinu zhodnotí situaci a hledá společně s klientkou schůdné a pro klientku co možná nejlepší možnost řešení její situace.

V počáteční fázi spolupráce s klientkou je třeba podrobně zmapovat drogovou stránku. Pracovníci Centra zjišťují jaké má klientka zázemí, zda je schopna udržet základní pravidla, přijmout terapeutickou intervenci. Pokud toto nezvládá je jí v případě zneužívání simulačních drog doporučena ústavní léčba po dobu zhruba tří měsíců a následný pobyt v terapeutické komunitě i s dítětem.

Dalším krokem je zaměřit se na způsob léčby, a to v případě stimulačních drog, či dalších jevů, které směřují pacientku spíše k ústavnímu pobytu. (např. dlouhodobý pobyt pacientky na ulici, nedostatečné sociální zázemí a možnost relativní úspěšnosti ústavního léčení). Pro takovéto klientky je možný pobyt v terapeutické komunitě Karlov a to již před porodem nebo v době po porodu. Pacientka je nasměrována objednána ke vstupnímu pohovoru do denního centra Sananim, kde proběhnou další návaznosti, pro další zpětnou vazbu je klientka ještě objednána k informativnímu pohovoru, kde jí jsou nabídnuty možnosti další spolupráce po návratu z terapeutické komunity Karlov, jako je pokračování v programu Resocializace matek a spolupráce s občanským sdružením Střep. Pacientka je rovněž poučena o možnosti pokračování v denním centru Sananim a poučena o možnosti

výběru a také o tom, že jí nehrozí žádné sankce pokud se rozhodne pro doléčování v jiném programu.

U drog opiátového typu hodnotí terapeuti dobu a množství zneužívané drogy. U množství více jak 200 mg denně a zneužívání více jak jeden rok je klientkám nabídnuta možnost spolupráce s Centrem metadonové substituce.<sup>6</sup>

Zpravidla je nezbytné dokončit vazbu na gynekologicko – porodnickou poradnu. Ve většině případů ženy, které navštěvují Centrum pro rodinu, nemají finanční prostředky na to, aby si mohly samy hradit předporodní přípravu. Pokud by docházely do běžných kurzů, mohou nastat problémy s okolní společností. Klientky Centra pro rodinu často nemají vyvinuty hygienické návyky, což vyplývá z jejich předchozího způsobu života. V Centru pro rodinu se porodní asistentka věnuje každé klientce individuálně. Je obeznámena s její situací a tedy snadněji mezi nimi může být navázán důvěrný vztah. Porodní asistenta má také možnost monitorovat vztah matky k ještě nenarozenému dítěti. Toto sleduje podle toho, zda je matka ochotna docházet mimo běžné konzultace v Centru pro rodinu také jednou týdně na předporodní přípravu. Pokud se pro kurz rozhodne, zda dochází pravidelně na domluvené schůzky a také, zda procvičuje to, co se naučí i sama doma.

## **2. 5. Metody a formy spolupráce s klientkou**

Jako metoda práce s klientkami je nejčastěji používán přístup kognitivně behaviorální terapie, a to zejména u vstupních a motivačních pohovorů, dále při sociální práci a socioterapii. Vedle kognitivně behaviorální terapie pracují také s pozitivní vizualizací či dynamicky orientovanou terapií.

Kromě individuálních konzultací probíhají v Centru pro rodinu také klientské skupiny, které jsou zaměřeny vždy na konkrétní téma a terapeut při nich používá přístup kognitivně behaviorální terapie. Dlouhodobé individuální konzultace trvají dva roky. Jde o oboustranný kontakt, kde klientka po celkové stabilizaci má zájem docházet ke svému terapeutovi dlouhodoběji a hodlá tak pracovat i nadále na růstu své osobnosti.<sup>7</sup>

Resocializační program je rozdělen do tří fází: *nizkoprahová fáze* (od 1 do 6 měsíců), *tematická fáze* (od 6 do 12 měsíců), *růstová fáze* (od 12 měsíců do 2 let). Přičemž *fáze růstová* není povinná. Délka setrvání v jednotlivých fázích je doporučena a orientační.

---

<sup>6</sup> Manuál Centra pro rodinu

<sup>7</sup> Manuál Centra pro rodinu

Postup do další fáze ukazuje na dosažené úspěchy a vývoj klientek. Pokud klientka splnila doporučenou dobu setrvání a požadavky určité fáze a nadále spolupracuje, může přejít do další fáze. Toto je spojeno s určitým ceremoniálem. Klientka dostává diplom v podobě kopretiny. Do jednotlivých lístků kopretiny zapisuje svá očekávání, se kterými vstupuje do následující fáze. Toto je orientací pro terapeuta, který vidí, zda a jak se změnily klientčiny potřeby. Na daná témata potom mohou být vedeny následující konzultace.

Po absolvování dvouleté terapie klientka s docházením do resocializačního programu končí. Je už natolik stabilizována, že je schopná postavit se na vlastní nohy.

Dále může využít nabídky následné péče. Jedná se o možnost domluvit si další individuální konzultace v případě její potřeby.

Práce s klientkami je rozdělena do 3 fází:

### 1. Fáze – Nízkoprahová – motivační pohovory

Jedná se o základní, prvotní práci s klientkou, při které je nezbytné ji stabilizovat a pomoci jí začlenit se zpět do společnosti. Zároveň se učí respektovat své okolí. Klientky, vzhledem k dlouhodobému užívání drog, si musí znovu osvojit sebereflexi svého chování. Tyto ženy mívají ztíženu schopnost rozlišovat, co je a co již není společensky únosné.

Klientelou jsou ženy, které většinou přijdou z ulice a nemají vypěstovaný smysl pro povinnost, pro respektování a plnění domluv, přesných schůzek, chybí jim zodpovědnost. Pro jejich resocializaci je nezbytné, toto v nich opět vypěstovat. V této fázi se pracuje na směřování ke klientčině abstinenci, eventuálně substituci. V praxi to vypadá tak, že je nezbytné splňovat podmínky resocializačního programu, jako jsou: pravidelné gynekologické kontroly u rodiček, schopnost zajištění si sociálních dávek, alespoň s asistencí.

V této fázi terapeuti mapují sociální zázemí. Pokud nemá bydlení je směřována do terapeutické komunity Karlov. Při abstinenci je nutné vyhledat náhradní bydlení v Azylovém domě. V případech těsně před porodem, či po porodu, lze v určitých případech umístit matku do kojeneckého ústavu v Krči. A mezitím shánět následné bydlení.

*Nízkoprahová fáze* probíhá zejména formou motivačních pohovorů a individuálních konzultací s terapeutem a sociální pracovnící. Pokud klientka nespolupracuje s týmem, ze strany Centra nehrozí žádné sankce. Pracovníci se snaží navázat a prohloubit vzájemný vztah a nabídnout další kontakty.

*Definovat podmínky*

## 2. Fáze – Tematická

Do této fáze přicházejí klientky zhruba po šesti měsících zdárného fungování v programu a po splnění podmínek *fáze nízkoprahové*. To znamená, že klientky už vědí, čeho chtějí v životě dosáhnout, v těhotenství dochází ke gynekologovi, abstinují od nelegálních látek, zvládají sociální dovednosti (například dochází na úřad, zařizují si sociální dávky). Jsou schopné respektovat pravidla a snaží se pracovat na celkovém rozvoji sebe sama.

Vzhledem ke struktuře osobnosti pacientek se stává, že tyto 2 fáze se z počátku mohou v některých případech prolínat. Některé pacientky ještě nejsou dostatečně odolné, aby byly schopny po takto krátké době již dostatečně ovládat dovednosti v oblasti sociální stability. Nejsou si v této fázi ještě jisté svou abstinencí, dokáží například abstinovat od nelegálních drog, ale mohou se dostavit problémy s alkoholem. Ve většině případů ještě nemají zcela přijatelné podmínky pro bydlení. Tyto podmínky často nejsou vhodné k výchově dítěte. Většina problémových uživatelék začala s „drogovou kariérou“ poměrně brzy, odešly z domova, ale v době, když se rozhodnou změnit svůj život, vrací se domů. Bydlí tedy u svých rodičů, či rodičů partnera. Dostávají různé sociální podpory a dávky v mateřství a začínají si uvědomovat svůj dyskomfort. Po období, kdy došlo k uspokojení základních potřeb, dochází k uvědomování si své vlastní osobnosti a klientky cítí potřebu se osamostatnit, začínají vnímat partnerské problémy. Často se jedná o klientky, které jsou bez partnera, partner je nevyhovující, či sám dochází do Centra pro rodinu, nebo potřebuje upevnit své postoje a náhledy.

„Zde pracujeme s klientkami na upevnění jejich sebevědomí a orientaci v jejich situaci a jsou směřovány k reálnému vnímání situace a postupnému řešení svých potřeb a potřeb svého dítěte. Dochází k upevňování sociálních dovedností, dovedností v péči o dítě a upevňování volní složky v oblasti abstinence od drog“.<sup>8</sup>

S klientkami jsou vedeny na toto téma individuální konzultace a jsou zařazovány do tematické skupiny, kde se zdokonalují vždy v jedné konkrétní dovednosti, která je zrovna nejaktuálnější, a to zejména z oblasti sociální práce. Klientky se učí orientovat v čase, například v pravidelnosti docházkách. Je nutné dodržovat přesnou hodinu a termín schůzky.

Pokud vzájemná spolupráce založená na pravidlech stanovených pracovníky Centra pro rodinu nefunguje, může být program na určitou dobu přerušen. Ze strany terapeutického

---

<sup>8</sup> Koncepce projektu Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky

týmu je snaha, aby ke krajnímu řešení nedocházelo. Je třeba mít neustále na paměti, že rozhodnutí o přerušení spolupráce, bude mít vliv na další život klientky. Pokud k přerušení spolupráce ze závažných důvodů dojde (například jestliže klientka nespolupracuje, nedochází do programu, nebo závažným způsobem porušuje pravidla<sup>9</sup>), dbají pracovníci na to, aby ani v tomto případě nezůstala bezprizorní. Je vždy informována o důvodu tohoto rozhodnutí a je jí nabídnuto alternativní řešení její situace. Většinou dochází i nadále do Centra metadonové substituce přičemž spolupráce s Centrem pro rodinu může být kdykoli obnovena.<sup>10</sup>

Klientky jsou již aktivizovány i po stránce fyzické a součástí programu jsou rehabilitační prvky jako Bodyterapie, Aerobic, Tha – ji aj.

Dvakrát do roka se účastní neformálního výletu s dětmi či besídky apod.

### 3. Fáze – Růstová

Do *růstové fáze* přecházejí klientky zhruba po 12 měsíční spolupráci a po celkově úspěšném zvládnutí *fáze tématické*. Nejedná se o fázi povinnou. Kritériem pro vstup je „zralost klientky“. O tom, zda klientka vstoupí do *růstové fáze*, rozhoduje terapeut. Je nutno říci, že do této fáze se dostává menší část klientek Centra pro rodinu a toto je dáno již osobnostním nastavením, schopností a vůlí klientek pracovat na růstu své osobnosti.

Klientky absolvují sice resocializační program po celou jeho délku, tedy 2 roky. Některé z nich, ale nejsou schopny dojít až do fáze závěrečné, tedy *růstové*. Tyto klientky po ukončení dvouletého programu jsou schopny zajistit bazální potřeby, jsou v abstinenci či substituci, avšak nejsou schopny větší introspekce. Proto zůstávají po celou dobu programu, ve *fázi tématické*.

Ženy, které dojdou až do *fáze růstové* se již na svou osobu a situaci dívají realističtější pohledem jsou sociálně stabilizovány, mají zájem budovat svou domácnost, pracovat na samostatném bydlení, osamostatňují se od původní rodiny.

Klientky se v *růstové fázi* zabývají spíše partnerskými problémy a celkově se snaží zvýšit pro sebe a své dítě svou životní úroveň. Nastává ovšem nové období jejich života. Ženám většinou končí mateřská dovolená a tudíž si hledají zaměstnání, dokončují studia apod.

Z hlediska sociální práce je nezbytné nabídnout jim pomoc v této oblasti a uplatňuje se zde spíše forma poradenství. Pracovníci Centra pro rodinu pomáhají, při hledání

<sup>9</sup> viz. Příloha č. 3

<sup>10</sup> Manuál Centra pro rodinu

zaměstnání, nebo jiné sociální práci. Podporují klientku v začátcích její nové situace, důležité je také vedení k samostatnosti.

V *růstové fázi* již klientka sama nejlépe ví, v které oblasti cítí potřebu změny a to je náplní individuálních konzultací. Zde se uplatňují formy poradenství a individuálních konzultací, a to formou kognitivně behaviorální psychoterapie, dynamicky orientované psychoterapie, eventuálně Ericksonovské hypnoterapie. V této fázi je možné klientce rovněž nabídnout možnost pokračování v Centru následné péče, kde může být klientka zařazena do růstové skupiny.

Po absolvování dvouletého resocializačního programu je nutné zprostředkovat klientce nový kontakt, kdy je nabídnuta adekvátní možnost její následné terapie. Je nutné brát ohled na osobnost klientky i terapeuta. Je využíváno široké spektrum nabídky psychoterapeutických služeb i mimo zařízení Drop in. Klientce je nabídnuta možnost následné spolupráce přímo s Centrem pro rodinu. V případě potřeby může kontaktovat svého terapeuta z Centra a domluvit si individuální schůzku. Nejedná se však o pravidelnou spolupráci.

## **2. 6. Stav programu k 30. 6. 2005<sup>11</sup>**

V Centru pro rodinu probíhá hodnocení úspěšnosti programu. Ten je hodnocen kvantitativně za určité časové období: jednou za týden, jednou za měsíc a dvakrát za rok. Je vedena evidence o počtu klientů, počtu nových klientů, sleduje se počet konzultací, sociální práce, odeslání do zdravotnických zařízení, odeslání do léčby či zprostředkování a zajištění další péče.

Dále se jedná zejména o to, kolik žen úspěšně prošlo programem<sup>12</sup> a dokázalo se začlenit zpět do společnosti, či zda některá z klientek selhala. Jedním z nejvýznamnějších kritérií je počet dětí zůstávajících u vlastní matky, která je natolik stabilizována, že je schopna jim poskytnout zcela kvalitní péči.

<sup>11</sup> Průběžná zpráva o realizaci programu k 30. 6. 2005

<sup>12</sup> Úspěšně projít programem znamená dokončit ho v celé jeho délce, tedy za dva roky. Některé klientky jsou schopny během této doby absolvovat všechny tři fáze programu, jiné opouští program již ve *fázi tématické*. Jedná se o případ, kdy klientka nedosahuje určitých kvalitativních změn, tedy pokud se neresocializuje natolik, aby mohla přejít do závěrečné fáze. Přičemž žena, která dokončí program v celé jeho délce, je i v případě, že nedojde do závěrečné fáze programu, stabilizována, zcela abstinuje, či dochází na metadonovou léčbu, má bydlení a práci a je schopna se postarat o své dítě.

Výsledky práce se hodnotí dle uvedených kritérií:

Celkový počet osob úspěšně prošlých programem od roku 2000: 227

Z tohoto počtu ve spolupráci v daném období (1. 1. 04 - 30. 6. 04): 67<sup>13</sup>

Počet nově evidovaných: 22

Počet žen v substitučním programu: 26

Počet žen které dosáhly abstinence: 20

Odesláno do ústavní péče: 2

Gravidní (které si rozhodly dítě ponechat): 5

Děti ve vlastní péči matky: 33

Počet odebraných dětí z péče: 1<sup>14</sup>

Počet výkonů:

Celkový počet kontaktů: 593

Sociální práce: 127

Rodinné poradenství: 205

Primární prevence: 9

Průvodní asistenční služby: 7

Výchovně vzdělávací služby (předporodní příprava): 97

Motivační pohovor, psychoterapie: 174

Krizová intervence: 32

Potravinový servis: 38

Poradenství: 202

Zprostředkování kontaktu: 89

Zdravotnický servis (ošetření, HIV testy, vitamíny, pleny): 144

Telefonický kontakt: 567

---

<sup>13</sup> V tomto počtu nejsou zahrnuty pouze klientky, které pravidelně docházejí na jednotlivé konzultace vedené pracovníky Centra pro rodinu, ale také někteří partneři klientek, kteří též aktivně spolupracují.

<sup>14</sup> Položka, která vykazuje počet odebraných dětí z péče, se týká pouze dětí, které byly klientkám odebrány v době jejich spolupráce s Centrem pro rodinu.

Dále v této statistice chybí samostatná položka vykazující, kolika matkám bylo dítě odebráno před příchodem do centra. Tato položka je též zahrnuta v celkovém počtu klientů, kteří jsou nyní ve spolupráci s Centrem.

### **3. CENTRUM METADONOVÉ SUBSTITUCE**

V případě dlouhodobého užívání opiátů, a to převážně pokud toto přetrvává v období těhotenství, pracovníci Centra pro rodinu uvažují společně s pacientkou o možnosti substituční terapie v některém ze substitučních programů.

#### **3. 1. Opiáty**

Závislost na opiátech je chronický stav s mnoha relapsy a proces léčby představuje dlouhý proces. Existuje celá řada možností léčby závislosti na opiátech, od psychologických intervencí v pobytových zařízeních přes ambulantní léčbu až po léčbu pod lékařským dohledem, kam patří substituční terapie, nebo detoxikační režimy v ambulantních zařízeních v rámci specializovaných center nebo primární péče. Různé typy léčby se mohou navzájem doplňovat.

„Vůbec nejúčinnější ze všech dostupných typů léčby závislosti na opiátech je s nejvyšší pravděpodobností substituční terapie – a z ní zejména udržovací metadonová terapie doplněná příslušnými sociálními, lékařskými a psychologickými službami.“<sup>15</sup>

Substituční metadonová terapie je standardní, ve světě uznávanou a účinnou metodou léčby heroinové závislosti. Heroin se řadí do skupiny psychotropních návykových látek zvaných opiáty. Opiáty jsou nejnebezpečnější skupinou drog z důvodu vzniku brzké fyzické závislosti.

Některé ženy ve snaze obstát, zvládat všechny nároky, které jsou na ně společností kladeny, začnou experimentovat s drogami. Ty jim nejprve umožňují cítit se příjemně, potlačit každodenní starosti. Stávají se náhradou za pocity, kterých se v tomto období nedostává. Tyto ženy se pozvolna mohou stávat uživatelkami. Přestože zbavení se fyzické závislosti na heroinu je poměrně rutinním a krátkodobým procesem, odstranění psychické závislosti je záležitost dlouhodobá, celoživotní, vyžadující pevnou vůli. A právě v tomto celoživotním boji toxikomané často podléhají a vrací se do starého způsobu života.

Klientky Centra pro rodinu zneužívají převážně společensky netolerovanou skupinu návykových látek a to psychotropní návykové látky, zejména heroin.

Kamil Kalina popisuje ve své knize „Drogy v ordinaci praktického lékaře“ vývoj zneužívání heroinu. Takzvaný vznik heroinismu je datován od r. 1898, kdy se nově připravený derivát

---

<sup>15</sup> A. Verster, E. Buning, Informace pro tvůrce drogové politiky, str. 15



morfia začal používat k léčení závislosti na morfinu.<sup>16</sup> Byl nazván heroin protože se od něj očekávalo, že bude „heroickou léčbou“, ale došlo pouze k výměně jedné závislosti za druhou a k jejímu šíření. Přesto se v první polovině 20. století zneužívání heroinu udržovalo na relativně nízké úrovni a k eruptivnímu vzestupu dochází až v 60. a 70. letech, kdy heroinová epidemie zachvátila USA i vyspělé evropské země.

V České republice byla situace značně odlišná. Před rokem 1990 byl heroin u nás téměř neznámý. Bylo to kvůli mnoha okolnostem. Nejen kvůli obtížím s cestováním, ale především kvůli bezcenné měně, o kterou mezinárodní obchod neměl zájem. K získání na významu došlo během občanské války v bývalé Jugoslávii. Rokem obratu, kdy se Česká republika za země tranzitní stává zemí cílovou, můžeme označit rok 1994, kdy se v Praze a v jiných velkých městech objevuje množství levného a kvalitního heroinu jako strategie směřující k získání zákazníků perspektivního trhu. Od té doby je heroin, což je opium upravené laboratorně, na trhu stále. Pomalu, ale jistě vytlačuje dříve rozšířený domácí opiát, jímž je braun.

Heroin v současnosti představuje jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroinu je obecně považována za nejrizikovější závislost. Než se ze země, kde je produkován, dostane ke svému uživateli, získává řadu přísad, které do něj vmíchávají jednotliví překupníci, aby tak zvýšili objem látky, a tedy svůj zisk. (Těmito přísadami jsou například jedlá soda, cukr, paracetamol, kofein, ale také seškrábaná omítka.)<sup>17</sup>

### **3. 1. 1 Těhotenství a opiáty**

Návykové užívání drogy obvykle zastaví ovulační cyklus a ženy po dobu několika měsíců nebo let, pokud v braní drog pokračují, nemají vůbec menstruaci. Menstruační cyklus se obvykle obnoví, pokud ženy přestanou drogu zneužívat. U některých žen dojde ke ztrátě menstruace, ale k ovulaci občas dojde. Takové poruchy menstruačního cyklu mnohou snadno vést k nechtěnému těhotenství. U těhotných narkomanek vždy existuje nebezpečí, že se jim narodí děti s malou tělesnou váhou, což je způsobeno buď zpomaleným růstem v děloze nebo předčasným porodem. V těchto případech může docházet k novorozenecké úmrtnosti (úmrtí novorozence během prvního týdnu po porodu) či k předčasnému porodu, které ještě pravděpodobnost těchto úmrtí zvyšuje.

<sup>16</sup> K. Kalina, Drogy v ordinaci praktického lékaře, str.20

<sup>17</sup> J. Presl, V Polanecký, Drogy : Poznej svého nepřítele, str 11

Mnoho z těchto následků nelze připsat účinkům určité drogy, ale spíše jejich kombinování, svůj podíl také nese nedostatečná výživa a chaotický životní styl, nepravidelný spánek a strava.

Je ale nutné brát vážně statistiky, které dávají do spojitosti užívání opiátů a nízkou váhu novorozence, předčasné porody a narození mrtvého dítěte. Ve své knize „Drogy v ulicích“ Andrew Tyler poukazuje na tvrzení některých odborníků, že droga sama nepředstavuje „mechanismus“, který tyto komplikace spouští, ale že pokud žena nepravidelně a střídavě bere drogy, vyvíjející se plod užívá opakovaná období abstinčních příznaků, a proto bývá často přiveden na svět předčasně. Ačkoli se mnoho žen přeje přestat brát drogy, v momentě kdy zjistí, že jsou v jiném stavu a chtějí ochránit své dítě a kvůli němu začít znovu, měly by se i přesto vyhnout náhlé abstinenci. Některým ženám lze pomoci postupným vysazováním drogy. Pro jiné je lepší, když zůstanou na stálé dávce metadonu (substituční metadonová terapie), u kterého lze zaručit dostupnost, kontrolu nad klientkou a nutnost učit se zodpovědnosti. Substituční metadonová terapie je u nás celkem novým a nepříliš známým pojmem. Z toho důvodu je dobré si metadonovou substituci blíže vysvětlit.

Jednou z mála možností, kterou lze člověku závislému na heroinu a opakovaně selhávajícímu při pokusech o abstinenci nabídnout, je metadonová substituční léčba. Mnoho klientek Centra pro rodinu využívá této léčby. Programy metadonové substituce v zahraničí ověřily, že tato metoda umožňuje na jedné straně klientům žít důstojný a plnohodnotný život a současně nezatěžuje státní rozpočet tolik jako člověk závislý na nelegálních drogách, jakou je i heroin.

K substituci se takřka výhradně používá metadonu. Někteří autoři upozorňují na to, že metadon je zálučnější drogou než sám heroin a doporučují aplikovat přímo původní substanci – pak se ovšem nehovoří o substituci, ale o kontrolovaném podávání heroinu. Tento postup se v praxi uplatňuje ve Velké Británii a ve Švýcarsku, ale zatím spíše okrajově, neboť substituce metadonem je společností lépe akceptována a tolerována než podávání heroinu.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> K. Kalina, Drogy v ordinaci praktického lékaře, str 53

### **3. 2. Metadon**

Metadon - účinnou látkou je metadonum hydrochloridum a účinnou protilátkou je naloxon.

Metadonový program se v České republice realizuje ve zdravotnickém zařízení. Je provozně zabezpečen jedním lékařem a 4 členy středně zdravotního personálu.

Od 1.3.1999 se v České republice začalo postupně přecházet na novou metadonovou substanci, jejíž průměrná denní dávka vychází cenově v rozmezí 10,- až 12,- Kč na jednoho klienta.

Snášlivost substituční látky je výborná, nevyskytly se žádné alergické reakce ani zažívací potíže.

Vstupní dávka se pohybuje v rozmezí od 30 do 40 mg/den, dávkování se postupně individuálně zvyšuje až do optimální hladiny.

Průměrná udržovací dávka je 80 – 100mg/den. Průměr programu metadon, který byl zahájen vstupem prvních klientů 28. 7. 1997 je 93,5 mg/den.

Látka se podává ve formě roztoku. Klient ji pije pouze pod dohledem lékaře, nebo prověřeného člena personálu. Tato opatření jsou proto, aby klient látku nevynesl a nedocházelo k prodeji na černém trhu.

### **3. 3. Nejobecnější podmínky přijetí do programu metadonové substituční terapie**

- nutný je věk klienta nad 18 let.
- prokázaná opiátová závislost
- specifický průkaz přítomnosti metabolitů opiátů v moči před zahájením substituce
- absolvované dlouhodobé odvykací léčby s cílem abstinence v anamneze
- nutnost každodenního kontaktu
- odpovídající zdravotní stav s vyloučením závažného poškození jaterních a ledvinných funkcí
- upřednostnění gravidních žen
- podepsání terapeutické smlouvy
- pozitivní motivace
- prokázání základních sociálních dovedností a návyků
- individuální přístup

### **3. 3. 1. Cíle programu**

- odstranit kriminální aktivitu klientů pro obstarávání ilegální drogy
- postupná abstinence i od ostatních drog kromě megafonu
- v souvislosti s pravidelným životním rytmem upravení zdravotního stavu.
- Postupná celková resocializace klientů včetně možnosti získání pracovního poměru a návratem k rodinnému životu
- Získání nové životní perspektivy a přehodnocení hierarchie hodnot
- Šíření protidrogové osvěty v nejširších sociálně společenských a věkových vrstvách obyvatelstva

Co se týče možnosti léčby metadonovou substitucí, jsou upřednostňovány gravidní ženy. Těhotná žena užívající opiáty by měla být vyšetřena nejen lékařem a porodní asistentkou, ale také drogovým specialistou. Spolupráce těchto pracovišť by měla zajistit, aby se těhotné – pokud je to třeba – dostalo nejlepší možné léčby a péče.

Pokud těhotná klientka dochází na metadonovou substituci, je jí také nabídnuta možnost zařazení se do resocializačního programu, který zajišťuje Centrum pro rodinu. Jelikož je resocializační program zaměřen cíleně na konkrétní skupinu klientů, uživatelky – matky, má možnost se jejich problematice plně věnovat.

Projekt je zaměřen na resocializaci žen, které mají děti, nebo jsou gravidní a mají ve své anamneze návykové látky a tato skutečnost jim neumožňuje bezpečně pečovat o jejich děti a rozvíjet plnohodnotný rodinný život. Projekt je zaměřen především na takovou resocializaci, aby se matka stabilizovala a vytvořila si zdravé návyky tak, aby dítě mohlo být ponecháno v její péči.

Centrum pro rodinu je zaměřeno na totální abstinenci klientky od nelegálních návykových látek. Pro dítě ale často úplná abstinence není dobrá, mohou se potom dostavit abstinenci příznaky, což vyvolá šok. Léčbou u těhotných žen se často myslí výhradně detoxikace. Tak tomu ale nutně nemusí být vždy. Zejména v prvních třech měsících těhotenství je třeba kvůli zvýšenému riziku potratu předcházet abstinenci syndromu. V posledních třech měsících těhotenství může abstinenci syndrom vyvolat předčasný porod.

Těhotenství je pro ženu velmi významným obdobím. Mnoho žen těhotenství motivuje ke změně, ke snaze o nový začátek, být dobrou matkou a zejména zabránit odebrání dítěte.

Kdykoliv je tedy možné, měli by je pracovníci služeb v takovémto rozhodnutí povzbuzovat a podporovat je v něm. V praxi to znamená podchycení klientky v nízkoprahovém zařízení a poskytnutí informací a zprostředkování kontaktu s Centrem pro rodinu.

Ženy jsou ale na druhou stranu pod obrovským tlakem, zažívají nárůst stresu, tlaku ze strany rodiny, přátel, uživatelů drog i poskytovatelů péče, pocitu neschopnosti zvládnout a kontrolovat svůj život. Je tedy nezbytné provést odborné, pečlivé a nesoudící zhodnocení situace ještě před tím, než je sestaven léčebný plán. Pokud je zvolena detoxikace, je důležité vytvořit případný plán pro prevenci a zvládnutí relapsu po porodu.

Optimální dobou pro detoxifikaci je druhý trimesestr těhotenství. Maximální snížení dávky normálně představuje 10 mg týdně. Závěrečná, pomalejší část detoxikace často probíhá v posledním trimesestru, aniž by to pro dítě představovalo riziko.<sup>19</sup>

V důsledku relapsů nebo komplikací v těhotenství je abstinence schopna dosáhnout jen část těhotných žen. Většina z nich si vybere krátkodobé nebo dlouhodobé udržování na metadonu. Vzhledem k zásadě „co je dobré pro matku je dobré i pro plod“ by výše dávky měla splňovat předpoklad, že umožní matce zdržet se nelegálního a nekontrolovatelného užívání heroinu.

### **3. 4. Novorozenci s opiátovým abstinenčním syndromem**

Některé děti matek, které byly problémovými užívatelkami heroinu či metadonu, prožívají abstinenční příznaky. Pokud jsou ale lékaři dobře vyškoleni a připraveni, potom se tyto abstinenční příznaky dají zmírnit. Příznaky se liší u každého jedince. Dítě je obvykle hyperaktivní a neklidné. Nespí dobře, špatně přijímá potravu a vydává hlasitý křik. Ve výjimečných případech mohou záškuby vyvolat křečovitě stavy. Při zjišťování toho, jak jsou abstinenční příznaky vážné, hraje důležitou roli celkový stav matky a dítěte.

Podle Andrew Tylera, bylo v minulosti matkám doporučováno, aby svým dětem vdechovali do úst kouř z opia a tak zmírnily jejich abstinenční příznaky. Dále ve své knize „Drogy v ulicích“ poukazuje na to, že dnes lékaři dávají přednost benzodiazepanu a k opiátům se uchylují až v poslední řadě.

Těhotné narkomanky se někdy zdráhají přiznat návyk, protože se logicky obávají, že zasáhne sociální úřad a dítě jim odebere. Ale i když nejsou zdravotnická zařízení předem varována, lze ve velké míře zmírnit potíže novorozenců, pokud jsou lékaři řádně proškoleni.

---

<sup>19</sup> A. Preston, Drogy na předpis II, str 147

Andre W. Preston se ve své knize „Drogy na předpis“ zmiňuje o tom, že při péči o odvykajícího novorozence je dobré ho umístit do tiché, šeré místnosti a pevně ho zabalit, což může dítě zklidnit a odstranit potřebu farmakologické léčby. Za předpokladu, že děti lze v případě nutnosti přemístit na speciální jednotku, mohou být ošetřovány na běžném porodnickém oddělení.

Co se týče problematiky, jestli matky, které užívají metadon mohou **kojit**, neexistují žádné průkazné údaje o tom, kolik metadonu – a zda vůbec – se dítěti dostává s mateřským mlékem. Pokud v něm nějaký obsah metadonu je, jedná se pouze o velmi malé množství. Vzhledem k tomu, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší stravou, a vzhledem k tomu, že takto (případně) dítěti podaný metadon může pomoci kompenzovat abstinenci syndrom, je tedy kojení i u těchto matek prospěšné a lékaři ho doporučují.

Velká většina drog nepronikne do mateřského mléka v takovém množství, které by mohlo vážně ohrozit novorozence. I přesto se kojení nedoporučuje matkám, které berou pravidelně metadon v dávce vyšší než 80 miligramů.<sup>20</sup>

Velice důležité je také poskytovat co nejkvalitnější **péči** nejen dítěti, ale i **rodičům odvykajícího dítěte**. Většina matek dětí, které trpí opiátovým abstinenci syndromem, se cítí velmi provinile. Uvědomují si svou zodpovědnost za stav, ve kterém se jejich dítě bez vlastního přičinění ocitá. Je tedy důležité ze strany pracovníků nehodnotícího přístupu, přístupu, kdy je dobré zdržet se zbytečných výčitek a moralizování. Potřebné je vytvořit důvěrnou atmosféru a rovnocenný přístup. Pracovníci by měli ukázat zájem o klienty.

Je nezbytné, aby se pracovníci vyrovnali se svými pocity ohledně matčina užívání drog a nesměšovali je s péčí o ni a její dítě – zejména pokud matka potřebuje zvláštní pomoc při učení, jak o své dítě pečovat. Personál služeb pro uživatele drog může pracovníkům porodnice často významně pomoci porozumět tématům souvisejícím s drogami i vlastním pocitům ve vztahu k matkám, užívajícím drogy. Je také velice důležité jim zdůraznit, že nikdy nesmí dítěti podat opiát, a to ani když se u něj projevují potíže, podobné abstinenci syndromu.

---

<sup>20</sup> A. Tyler, Drogy v ulicích

### 3. 5. Smysl substituční terapie <sup>21</sup>

Vzhledem ke zkušenostem porodníků, kteří mají na starosti ženy, které absolvovaly řízenou substituci (za poslední 2 roky jich bylo zhruba kolem 65), je současný trend zaměřen spíše k substitučním programům než k detoxikaci, a to vzhledem k větší životnosti a nižším zdravotním komplikacím plodu.

Z pohledu Centra pro rodinu má substituční terapie tyto významy:

Pacientka není vzhledem ke svému dlouhodobému návyku neustále detoxifikována a vystavena opětným relapsům pouličního užívání drog opiátového typu, což jednoznačně zmírňuje rizika pro plod i pro klientky.

(Zdůrazňujeme, že se jedná o ty případy, kdy by v případě detoxikace hrozilo úmrtí plodu, či jiné poškození na životě či zdraví klientky, či jejího nenarozeného dítěte, a kdy pacientka trvá na svém mateřství, či není již časová možnost interrupce)

Je v každodenním kontaktu s odborným zdravotnickým personálem Centra metadonové substituce, a to i v případě, pokud se z nějakého důvodu nedostaví do Centra pro rodinu.

Klientka má pravidelné kontroly moči na přítomnost psychotropních látek v moči a je povinna podřídit se pravidlům a sankcím Centra metadonové substituce.

Je to i jedna z možností, pokud klientka odmítá docházet do jakéhokoliv resocializačního programu, ať z důvodů nedostatečné schopnosti zařazení se, nebo tehdy, kdy je nutné počkat, aby vnější pravidla společnosti postupně vstřebávala a z indikovaných důvodů zatím není vhodná ústavní léčba.

I v případě zařazení do substitučního programu je možné po postupné stabilizaci a po porodu a následné detoxifikaci, obzvláště, pokud si to klientka přeje, odeslat do terapeutické komunity.

---

<sup>21</sup> Koncepce projektu Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky

V případě negativních toxikologických vyšetření může být pacientka převedena , substitučního programu, kde mají klienti možnost výdejů substituce na několik dnů a mají tak větší časovou možnost se nesocializovat (hledání zaměstnání a docházka do zaměstnání, studium, péče o dítě, zajištění bytové situace.)

Díky možnosti substituční terapie, která v podstatě nahrazuje ústavní léčbu, Centrum pro rodinu navštěvuje více „opiátových“ klientek, kterým je tato forma léčby určena. Jedna droga je nahrazena kontrolovaným užíváním drogy jiné s cílem postupným snižováním její dávky dosáhnout úplné abstinence. Z tohoto důvodu nedochází k takovému množství relapsů, pokud klientka zůstává ve svém běžném prostředí, jako je tomu u klientek „pervitinových“.

Co se týče klientek zneužívajících pervitin možnost substituce není. U „pervitinových“ klientek se jedná o léčbu ambulantní. Není zde žádná náhrada za drogu. Z tohoto důvodu je pro tyto klientky mnohem obtížnější resocializační program dokončit. Často dochází k relapsům. Je velmi obtížné abstinovat ve svém přirozeném prostředí bez selhání. Pro tyto klientky je vhodnější ústavní léčba či léčba v komunitě. Klientky jsou odděleny od svého drogového prostředí, přátel, způsobu života., díky čemu je pro ně snadnější návyk zvládnout.

Co se tedy úspěšného dokončení programu resocializace týče, mnohem větší procento úspěšnosti je u „opiátových“ klientek. Klientky musí respektovat určená pravidla léčby. Díky substituční terapii pro „opiátové“ uživatelky není natolik obtížné splňovat podmínky Centra pro rodinu, a to především nutnost abstinence, po celou dobu resocializačního programu.

Úkolem pracovníků Centra pro rodinu je motivovat klientku ke spolupráci a společně s ní pracovat na zajištění bazálních potřeb její nové rodiny. Jedná se zde o praktické rady a pomoc klientce při zajištění potřebných věcí pro její rodinu. (jde například o asistenci při shánění bydlení, eventuálně Chráněné bydlení, asistence při zajišťování sociálních dávek, podpory v mateřství apod.).

Pokud při porodu bylo dítě již matce odejmuto na základě předběžného opatření, je zde snaha ze strany pracovníků klientku resocializovat natolik, aby se dítě mohlo matce opět vrátit. Avšak i v tomto období je klientka zařazena do dlouhodobého terapeutického programu, znovu dle jejích schopností a ovlivnitelnosti, aby byla dlouhodobě v kontaktu, a tak byla umožněna kontrola její péče o dítě.



## 4. ANALÝZA RESOCIALIZAČNÍHO PROGRAMU CENTRA PRO RODINU

### 4. 1. Kazuistika

Pro možnost zhodnocení úspěšnosti projektu resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky jsem se rozhodla ukázat na konkrétním případě klientky jednotlivé kroky tak, jak následovaly v průběhu terapie.

Nejdříve charakterizují, co předcházelo příchodu do Centra pro rodinu. Potom stručně popíší některé konzultace a jednotlivé kroky a výsledky, kterých bylo dosaženo. Díky přiblížení jednotlivých konzultací a cílů na nich vytyčených, můžeme sledovat, zda došlo k posunu v klientčině životě, zda má projekt, zabývající se resocializací matek, projekt snažící se pomoci vytvořit fungující rodinu, význam i v praxi.

Petra<sup>22</sup>, klientka Centra pro rodinu začala v 17-ti letech kouřit pervitin. Později přešla s přítelem na heroin, který aplikovala od začátku intravenózně. Odešla z domu bydlet k příteli, občasná abstinence. Její matka nic nevěděla až do první léčby klientky. V té době ještě stihla dokončit gymnázium. Vztah s přítelem trval sedm let. Dvakrát podstoupila detoxikace v Bohnicích, kde zůstala maximálně 2 měsíce. Klientka byla 2 měsíce ve vazbě za krádeže a ve vězení 9 měsíců za krádeže spojené s opilstvím. Naposledy, dříve než Petra přišla do Centra pro rodinu, se léčila v terapeutické komunitě Podcesný Mlýn. Z programu byla vyloučena za partnerský vztah, což pravidla komunity zakazují. Nicméně vztah navázaný v terapeutické komunitě trvá dodnes. Klientka se nastěhovala k novému příteli, otěhotněla. Oba byli ale z bytu vystěhováni, začali opět užívat drogy, klientka byla ve čtvrtém měsíci těhotenství. V té době se vrátila zpět k matce. 22. 10. nastoupila na léčbu subutexem a 8. 11. porodila holčičku. Dceru soud svěřil nejprve do péče matky klientky. Nyní je ale dítě podle rozhodnutí soudu svěřeno do péče biologické matky.

Petra vstoupila do programu Centra pro rodinu 29. 11. 2002. Na první schůzce se jeví vstřícná, komunikativní.

---

<sup>22</sup> Křestní jméno klientky Centra pro rodinu není autentické

V počátečním stádiu spolupráce s Centrem, klientka nechodila na konzultace, byla nespolehlivá, omluvila se telefonicky a uvedla důvod zrušení předem pevně stanoveného termínu.

31. 1. 2003 Není vůbec v kontaktu, má vypnutý telefon a na metadon také nedochází.

19. 2. 2003 Probíhá soud o svěřeni dítěte do péče matky klientky. Soud odročen pro nepřítomnost otce dítěte.

Pracovníci Centra pro rodinu řeší na jednotlivých terapeutických setkáních konkrétní situace, které jsou aktuální a důležité. V této chvíli se v popředí nacházejí 2 hlavní problémy:

1) Řeší se otázka toho, že soud vůbec nekomunikuje s Petrou, která nebyla k soudnímu jednání předvolána. Nicméně podle předběžného opatření bylo dítě svěřeno do péče matky klientky.

V Centru pro rodinu se snaží o to, aby dítě pokud to stav Petry dovolí, bylo svěřeno do péče matky. Rodinná situace v tomto konkrétním případě byla taková, že holčička byla soudně svěřena do péče matky klientky, nicméně o dceru se starala biologická matka. Babička chodila do práce a s vnučkou by nechtěla zůstat doma. Toto by ale pro stávající situaci nebylo dobré sdělovat u soudu, hrozilo by odebrání holčičky. Tímto vznikl problém, že rodina na dítě nepobírá sociální dávky, protože babička má vysoký plat. Z toho důvodu je nezbytné, aby Petra zažádala o svěřeni holčičky do vlastní péče, nebo alespoň o úpravu rodinných vztahů. V Centru pro rodinu byla s Petrou sepsána předběžná žádost o svěřeni dítěte do vlastní péče.

2) Další situace, která nesnese odkladu je otázka abstinence. Petra je bez známek intoxikace, ale cítí se špatně. Je to dáno také celkovou situací okolo dítěte. Proto by bylo dobré uvažovat o substituční léčbě.

Petra je pracovníky z Centra pro rodinu vyslána pro zprávy z psychiatrické léčebny a je doporučena do Centra metadonové substituce na metadon. Tím se léčba zlegalizuje a klientka bude kontrolována. Pracovníci Centra pro rodinu poukazují na nutnost směřovat partnera k substituci.

11. 4. 2003 Petra přinesla na konzultaci rozsudek soudu - dcera svěřena do péče babičky.

Na konzultaci se zabývají manželovým laxním přístupem k práci. Petře vadí, že žádá o peníze rodiče, ráda by byla finančně samostatnější.

15. 4. 2003 Petra byla na oddělení péče o dítě navázat kontakt se sociální pracovnící, aby věděla, jak se ta postaví ke svěření dítěte do péče matky. Sociální pracovnice si vyžádá zprávy z center a vyjádřila se, že tyto zprávy podpoří.

Další věcí, kterou je nutno se zabývat, je vydat klientce zprávu pro bytový odbor a podpořit žádost o byt.

Důležitým tématem rozhovoru je partner a vzájemné vztahy mezi manželi, vztah k dítěti.

U manžela se poprvé projevuje zájem o léčbu. Pracovníci nabízejí metadonovou skupinu v Centru následné pomoci či individuální léčbu. Petra chce, aby také v Centru pro rodinu probíhaly jednou za čas společné konzultace i s manželem. Návrh je terapeuty podpořen.

Domlouvá se tedy, že jednou za měsíc se bude v centru spolupracovat s nimi jako s rodinou.

Dále se konzultace zaměřuje na téma ideální partner, co od něj očekáváme, co by měl splňovat jako manžel, co jako otec dítěte. Petra projevuje přání, zda by toto sezení mohl podstoupit i manžel, aby bylo možné porovnat, zda očekávají to samé. Toto je signálem, že klientka přemýšlí o dobrém fungování rodiny, o tom, že si všímá toho, co je důležité.

2. 5. 2003 Petra přichází s manželem i dcerkou. Je sepsána zpráva pro oddělení péče o dítě P-7, je podán návrh pro svěření dcerky do péče matky se soudním dohledem.

Tématem je problém s bydlením. Petra je nervózní, neboť s manželem žijí u jeho rodičů. Necítí se tam dobře. Začíná se pracovat na žádosti o byt.

1. 6. 2003 Přihlásila se na vyšší odbornou školu na obor psychiatrická sestra. Je v kontaktu se sociální pracovnící.

16. 6. 2003 Petra byla za sociální pracovnící s žádostí, aby jí byla svěřena holčička do péče. Společná schůzka s otcem. Náplní konzultace je budoucnost. Rodiče mají jasné plány.

24. 6. 2003 Probíhá společná konzultace s matkou klientky – nejprve je přítomen pouze terapeut a matka. Podle jejích slov ji dcera nijak nezatěžuje, roli matky plní více než dobře. Babička chce, aby bylo dítě svěřeno do péče dcery a to z finančních důvodů. Babička má vysoký příjem, proto nedostává přídavky na dítě. Chce dceři pomoci s otázkou bydlení a v dohlednu dvou let vyměnit byt za dva.

Dále se do konzultace přidává i Petra. Řeší se problém s manželovým negativním postojem k práci.

11. 7. 2003 Rodinná schůzka. Tématem je potřeba vlastního bydlení. Žádost o byt byla zamítnuta, hlavním důvodem pro toto stanovisko bylo to, že nemá dítě ve vlastní péči. Po svěření dítěte se podá nová žádost.

Následujícím tématem je manželova práce. Domlouvají se na termínu další konzultace, kdy už by měl mít jasno, kdy a kam nastoupí. Je vidět pozitivní přístup.

8. 8. 2003 Přichází dotaz na klientku od soudu kvůli soudnímu jednání o svěřeni dítěte do péče matky.
1. 9. 2003 Petra je spokojená, manžel má práci. Na druhou stranu se ale bojí samoty. Má obavu z toho, jak úplně sama zvládne starost o dcerku.
24. 10. 2003 Dcerka svěřena do péče klientky.
9. 1. 2004 Petra abstinuje, výsledky testu moči jsou negativní. Je přerazena do *růstové fáze*.
29. 3. 2004 Rozhovor s Petrou o těžkostech spojených s bydlením. Potřeba vlastního bydlení je stále akutnější. Peníze na byt mají i hledají, vyřizování ale trvá dlouho.

Petra přišla do Centra pro rodinu ve velmi složité situaci. Hlavním důvodem pro zapojení se do resocializačního programu je obava z možnosti odebrání holčičky. Nejdříve nespolupracuje tak, jak by bylo potřeba, nedochází na domluvené konzultace, telefon má vypnutý. Klientka i její manžel se chovají nezodpovědně. Centrum pro rodinu jí však dává opakovaně šanci a klientka začíná dodržovat daná pravidla programu. Na jednotlivých schůzkách se řeší konkrétní a aktuální životní i vztahové situace. Dále se jedná o klientčinu abstinenci, je domluvena terapie metadonem, klientka abstinuje. Dochází na všechny domluvené schůzky. Díky zájmu terapeutů a kladného posudku na matku je dítě svěřeno do péče babičky. Zde je problém v tom, že matka klientky má vysoký příjem, proto nedostává sociální dávky na dítě. I na manželovi jsou patrné změny, společně s klientkou jednou za měsíc dochází na společné konzultace do Centra pro rodinu. Také dochází na metadon a abstinuje. Klientka vidí problém v manželově pasivním přístupu k práci a ve společném bydlení s rodiči, což je spolu úzce spjato. Pokud manžel nezačne vydělávat, samostatné bydlení není možné.

Nyní je situace taková, že je dítě soudním rozhodnutím svěřeno do péče biologické matky. Manžel pracuje a je finančně schopen zabezpečit rodinu. Oba abstinují. Petra pobírá sociální dávky na dítě. Hledají samostatné bydlení a na byt mají i peníze. Problémem je, že tato vyřizování obecně dlouho trvají.

Z výše popsaných konkrétních kroků při jednotlivých konzultacích klientky a terapeuta je patrné, že Centrum pro rodinu má velký význam pro cílovou skupinu gravidních žen a matek užívajících psychotropní návykové látky na kterou je zaměřeno. Je jasně vidět, že Centrum pro rodinu pomáhá klientkám řešit jak problémy v osobním životě,

opoda

tak praktické záležitosti nutné pro spokojený život matky i dítěte. Jedná se o věci ohledně vyřízení bydlení, sociálních dávek, zprostředkování kontaktů se sociální pracovníci, gynekologické péče, vyřízení metadonové léčby, předporodní přípravy, pomoci při jednání s úřady, poskytování antikoncepce.

Tento zájem o klientku, o její život, o ni jako o plnohodnotnou bytost, která je schopná se o sebe a své dítě postarat, schopná o sobě rozhodovat, klientku směřuje a motivuje ke změně. Díky nutnosti pravidelného docházení a domluvě konkrétních termínů na jednotlivé kroky, které jsou potřeba vykonat, je klientka nucena snažit se ve své situaci o změnu. Jednotlivými termíny je tlačena k činům a k zodpovědnému jednání.

Případ Petry není výjimkou. Co se týče celkové úspěšnosti klientek, které se zařadily do resocializačního programu pohybuje se mezi 50% až 60%. Kolem 40% z celkového počtu klientek nepřekročí *nízkoprahovou fázi*. Je to z toho důvodu, že nezvládnou nápor zodpovědnosti, který je na ně terapeuty kladen. Od klientek se vyžaduje změna postojů k životu i životního stylu. Musí si osvojit mnoho věcí, potřebných pro dobré fungování rodiny a zejména pro kvalitní výchovu dítěte. Pro některé ženy je tato celková změna přístupu, chování i životních stereotypů obtížná natolik, že problémové uživatelky psychotropních návykových látek ukončí spolupráci a přeruší kontakty s pracovníky Centra pro rodinu.

Úspěšnost klientek, které projdou *fází tématickou* a dojdou až do *závěrečné fáze růstové*, je 80%. Nejtěžší pro resocializující se matky a gravidní ženy je zvládnout počáteční nápor změny životního stylu a plné přijímání odpovědnosti za své jednání i za své dítě. Ženy, které toto zvládnou, z velké části program dokončí.

Všem klientkám, které se zapojí do resocializačního programu je dána otázka, na kterou odpovídají ve *fázi nízkoprahové, fázi tématické i fázi růstové*. Otázka je stejná a podle odpovědí je možno sledovat případný růst klientky. Potřeby a přání jednotlivých žen jsou odlišná. To je dáno jejich konkrétní situací, ve které se nacházejí.

Otázka: Co Vás trápí, co chcete změnit, co od terapie očekáváte, co už se během terapie podařilo.

Postoje klientky xy se měnily takto:

*fáze nízkoprahová:*

Chci dosáhnout: nezávislost  
vzdělání

samostatnost  
úctu  
odpuštění  
peníze pro sebe/nás

fáze tématická:

V této fázi klientka považuje za nejdůležitější otázky, které jsou potřeba řešit tyto:

manžel nepracuje  
soud o svěřeni dítěte do péče matky  
spory s rodiči

fáze růstová:

pomoci matce, problémy s rukou  
vztah s manželem  
jít na přijímací zkoušky na vyšší odbornou školu

Klientka v *nizkoprahové fázi* mluví o tom, čeho by chtěla dosáhnout pro sebe. Jako prioritu vidí svou vlastní osobu. O dítěti, vztazích, manželovi se příliš nezmiňuje.

Ve *fázi tématické* si stanovuje za hlavní cíle jednak, získat dítě do své péče, řeší rodinné vztahy a vidí problém v manželově pasivním vztahu k práci. Klientka se chce osamostatnit od rodičů a chápe nutnost vlastního bydlení a uvědomuje si, že pokud manžel nezačne pracovat, není tohoto možno dosáhnout. Zde je vidět, že klientka uvažuje o spokojeném životě se svou dcerkou a mužem. Neklade zde již za prioritu svou vlastní osobu.

Ve *fázi růstové* se už splnily hlavní cíle, které si klientka vytyčila v předchozí fázi. Manžel si našel práci, dítě bylo soudem svěřeno do péče biologické matky. Nyní vidí klientka prioritu v zaměření se na zlepšování vztahů v rodině, pracovat na sobě, uvědomuje si své špatné vlastnosti a chce se změnit, aby byla dobrou ženou i matkou. Vidí jako důležité pokračovat ve studiu. Klientka má zatím maturitu a nyní se rozhodla specializovat na určitý obor z toho důvodu, aby měla možnost lepšího pracovního uplatnění.

I na potřebách a přáních klientky je patrné, jak se v průběhu terapie formuje klientčina osobnost, jak se mění priority.

## 4. 2. Anketa

Kvalitu činnosti Centra pro rodinu jsem se rozhodla představit na dosavadních výsledcích programu Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky. Zvolila jsem si formu dotazování se vzorku klientek na jedenáct otázek. Tyto otázky ilustrují situaci klientek v době, kdy vstoupily do resocializačního programu a těsně před jeho ukončením. Kritérium pro výběr otázek jsem volila podle cílů resocializačního programu. Hlavním cílem, který si vytyčili pracovníci Centra pro rodinu, je resocializovat klientku natolik, aby byla schopná vzdát se nelegálního užívání psychotropních návykových látek, začlenit se do okolní společnosti a dobře se postarat o své dítě.

Zvolila jsem dotazy, na nichž lze nejlépe ilustrovat případné dosažení změny. Anketu jsem postavila na otázkách, které se týkají klientčiny abstinence od nelegálních látek, materiálního zabezpečení, psychického stavu a změny postojů v životě. Cílem ankety je prokázat, zda došlo v průběhu resocializačního programu k výrazným změnám v životě klientek či nikoli.

Pro účely mé práce jsem sestavila dotazník. Tento dotazník byl anonymní a dobrovolný. Informace pomocí něho získané byly určeny pouze jako materiál k průzkumu, který je součástí této práce. Dotazník jsem nechala k dispozici přímo v Centru pro rodinu. Klientky ho po vyplnění vhodily do zapečetěné krabice, kterou jsem zvolila pro tento účel. Po měsíci jsem vybrala odpovědi a následně je zpracovala. Návratnost dotazníku byla zhruba 85%. Vzhledem k tomu, že dotazník nevyplňovaly všechny klientky, které spolupracují s Centrem pro rodinu, je možné, že nebudou některé hodnoty získané výzkumem zcela přesně vypovídat o činnosti Centra.

Dotazovala jsem se padesáti klientek na jedenáct otázek. Stejná otázka se týká období počáteční spolupráce s Centrem pro rodinu a konce resocializačního programu. Sledovala jsem, jak a u kolika procent klientek se odpovědi v těchto dvou obdobích liší. Z tohoto porovnávání je možné usuzovat, kam se klientky po době dvouleté spolupráce s Centrem pro rodinu posunuly a jak aktivní je tato spolupráce.

## **Dotazník:**

Otázka č. 1:

Užíváte nelegální návykové látky?

Otázka č. 2:

Jste v řízené substituční léčbě?

Otázka č. 3:

Máte dítě ve vlastní péči?

Otázka č. 4:

Je soudně určen dohled sociální pracovnice nad péčí o vaše dítě?

Otázka č. 5:

Považujete svůj partnerský vztah za hodnotný?

Otázka č.6:

Jste finančně zajištěna?

Otázka č.7:

Máte neřešené dluhy?

Otázka č.8:

Máte bydlení odpovídající potřebám pro řádnou výchovu dítěte?

Otázka č.9:

Stýkáte se s primární rodinou?

Otázka č.10:

Stýkáte se s lidmi, kteří vedou rizikový způsob života?

Otázka č.11:

Myslíte si, že Vaše představy o životě jsou realistické?



## 4. 2. 1. Výsledky ankety

### 1. Užíváte nelegální návykové látky?

Začátek Programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
49	1	6	44
98%	2%	12%	88%

Program Centra pro rodinu je zaměřen na resocializaci matek užívající psychotropní návykové látky. Cílovou klientelou jsou matky – uživatelky. Naprostá většina žen při prvním kontaktu s Centrem pro rodinu vedou rizikový způsob života a nacházejí se již ve stádiu pokročilé závislosti. Odbornou pomoc vyhledávají až v momentě, kdy se stávají gravidními, či pokud je jim dítě odebráno. Jen jedna klientka z 50-ti dotazovaných na počátku spolupráce měla již drogovou kariéru za sebou. Z tohoto období však u ní přetrvaly psychosociální problémy, které chtěla kvůli dítěti vyřešit.

Ke konci programu z původních 98% klientek zneužívajících návykové látky je jich 88% buď v řízené substituci, nebo abstinuje a 12% má neustále problém s recidivou. Z výsledků je patrný přínos resocializačního programu.



## 2. Jste v řízené substituční léčbě?

Začátek Programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
3	47	26	24
6%	94%	52%	48%

Jelikož 98% klientek zneužívá heroin, je potřebné přistoupit k substituční léčbě. Náhlé vysazení heroínu a úplná abstinence a následná recidiva může vést k poškození plodu. Při řízené substituci mají ženy jistotu čistoty užívané látky.

Na počátku programu docházelo do Centra metadonové substituce 6% klientek. Ke konci programu je v řízené substituční léčbě 52% klientek. Zbývajících 48% již dokončilo metadonovou substituci či zcela abstinuje, 12% z nich občas porušuje abstinenci.



### 3. Máte dítě ve vlastní péči?

Začátek Programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
30	20	33	17
60%	40%	66%	34%

Většina klientek v okamžiku rozhodnutí se pro spolupráci s Centrem pro rodinu je gravidní. Při stávajícím způsobu života jim ale po porodu hrozí odebrání dítěte Odborem sociálně právní ochrany dítěte. Z důvodu, aby tomuto zabránily, vstoupí do resocializačního programu. Pracovnice OSPOD<sup>23</sup> při svém rozhodování zpravidla hodnotí kladně spolupráci klientky s resocializačním programem.

Aby mohlo dítě po porodu zůstat v péči matky, je třeba mít zcela vyřešenou otázku nekontrolovaného pouličního užívání psychotropních návykových látek. Pracovníci, po vzájemné dohodě s klientkou, zprostředkují spolupráci s Centrem metadonové substituce. Dále probíhají každý týden konzultace v Centru pro rodinu. Prvotně se řeší otázky vztahující se k dítěti. Je třeba mít vyřešenou problematiku stálého bydlení a finančního zabezpečení.

Některé matky - uživatelky přijdou do Centra pro rodinu až v momentě, kdy je jim dítě odebráno Odborem sociálně právní ochrany dítěte. V praxi tomuto rozhodnutí předchází, že sociální pracovnice, která je u porodu<sup>24</sup> informuje o stavu matky sociální pracovníci v místě bydliště. Po vzájemné domluvě napíše tato sociální pracovnice, pokud matka zneužívá nelegální psychotropní návykové látky, zprávu v zájmu ochrany dítěte.

V těchto případech se pracuje na vyřešení klientčiny situace natolik, aby byla schopná začlenit se do většinové společnosti, zařídit vše potřebné pro možnost navrácení dítěte do vlastní péče.

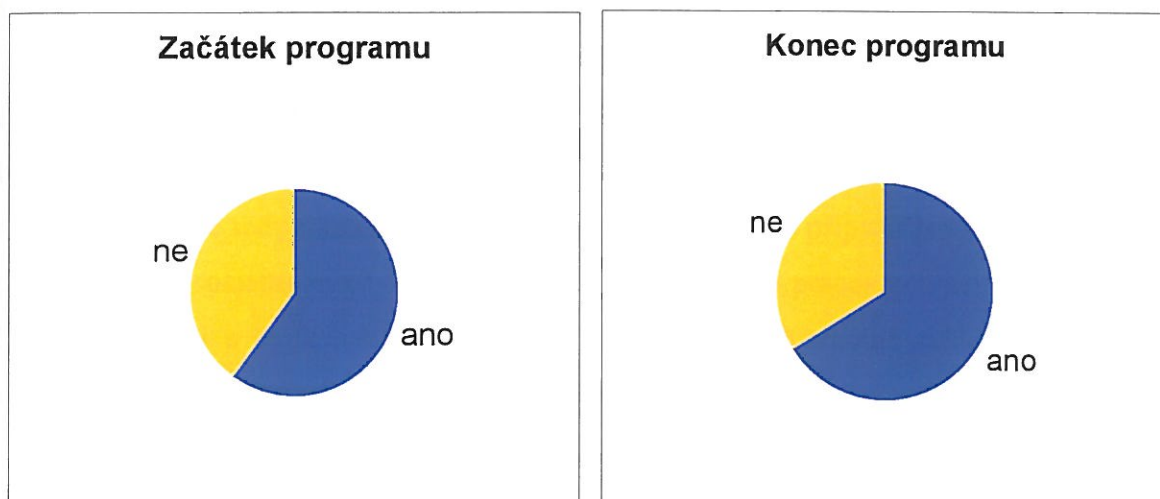
V první polovině programu mělo 60% klientek dítě ve vlastní péči. Mezi těmito třiceti ženami je převážná většina těch, kterým bylo dítě po porodu ponecháno na základě soudního rozhodnutí s dohledem sociální pracovnice. Při vstupu do Centra pro rodinu se jednalo o gravidní ženy. V průběhu těhotenství se pracovalo na vyřešení základních otázek jako je: abstinence, či řízená substituce, vyhovující bydlení, finanční zajištění, psychická stabilita, osvojení hygienických návyků, učení se zodpovědnosti a předporodní příprava.

<sup>23</sup> Odbor sociálně právní ochrany dítěte

<sup>24</sup> V každé porodnici je sociální pracovnice.

Impulesem ke spolupráci s Centrem pro zbývající 40% procent klientek bylo odebrání dítěte. Děti byly umístěny do kojeneckých ústavů, nebo svěřeny do péče rodinných příslušníků (zpravidla se jedná o matku klientky). V těchto případech je cílem resocializačního programu navrácení dítěte zpět do péče matky.

Na konci programu má dítě v péči 66% maminek. To znamená, že tři z odebraných dětí byly během resocializačního programu vráceny do péče biologické matky.<sup>25</sup>



<sup>25</sup> Podle statistiky Centra pro rodinu (viz str. 22) bylo jedno dítě odebráno klientce až v období spolupráce s Centrem. Tato klientka, mi ale na dobrovolný dotazník neodpověděla. Proto tato hodnota ve výsledcích ankety chybí. Je pravděpodobné, že mezi 15-ti% žen, které na můj dotazník neodpověděly, jsou spíše ty, které plně s Centrem nespolupracují. Tuto domněnku nemohu nijak potvrdit. Při hodnocení činnosti Centra, je ale třeba počítat i s touto možností.

#### 4. Je soudně určen dohled sociální pracovnice nad péčí o Vaše dítě?

Začátek Programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
27	23	13	37
54%	46%	26%	74%

Jelikož některé z žen, které v době kdy vstoupily do resocializačního programu byly gravidní, zjišťovala jsem odpověď na tuto otázku až v období, kdy začala být aktuální. Jedná se tedy o období po porodu.

Většinou je v první polovině programu, i při dobré spolupráci s Centrem, potřebný dohled sociální pracovnice. Ženy začínají abstinovat, či docházet na metadonovou substituci, hledají si vhodnější bydlení. Začínají pečovat o své dítě. Jsou ve stádiu, kdy je na ně kladen obrovský tlak. Je tedy možné, že dojde k relapsu. Ve většině případů jsou matky po porodu pod dohledem sociální pracovnice. V době, kdy má sociální pracovnice jistotu, že je situace klientky stabilní a že je schopna se o dítě postarat a plnohodnotně zvládat roli matky, je dohled postupně omezován, až je zcela ukončen.

Ve výjimečných případech, kdy je gravidní žena plně stabilizovaná a spolupracuje s Centrem pro rodinu není určen dohled sociální pracovnice vůbec. Tento případ se týká 6-ti% klientek.

V první polovině programu bylo pod dohledem sociální pracovnice 54% klientek. Na konci se jedná již jen o 26% z nich.



### 5. Považujete svůj partnerský vztah za hodnotný?

Začátek programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
14	36	36	14
28%	72%	72%	28%

Ženy v období, kdy užívají nelegální návykové látky, mají zpravidla partnery, kteří žijí rizikovým způsobem života. S příchodem do Centra pro rodinu jsou klientky nuceny přehodnotit priority. Podstatné je zaměřit se na zvládnutí drogové závislosti a na své dítě.

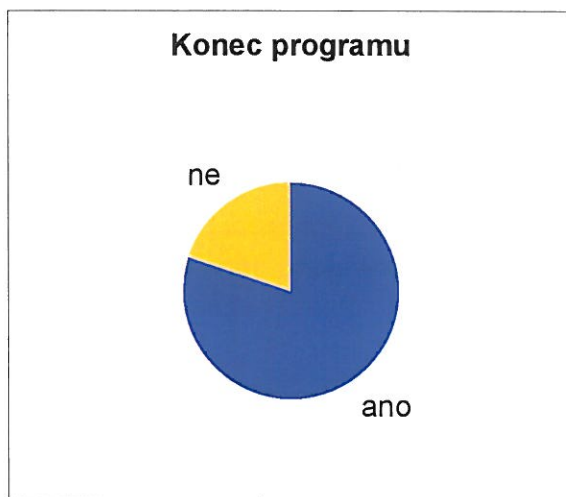
Na počátku programu považuje svůj partnerský vztah za hodnotný pouze 28% klientek. Na konci programu se jedná již o 72% klientek. Z hodnot uvedených v tabulce je patrné, že ženy v průběhu terapie přehodnocují otázku toho, co je v životě podstatné. Zaměřují se na to, co je dobré pro dítě. Klientky postupně zjišťují, že pro kvalitní život není závislý partner vhodný. Hledají si tedy partnery nové. U těch vyžadují úplnou abstinenci od nelegálních látek, či řízenou substituci. Vysoké procento spokojenosti se svým partnerským vztahem na konci programu většinou pramení ze vztahu s novým partnerem.



## 6. Jste finančně zajištěna?

Začátek programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
9	41	40	10
18%	82%	80%	20%

Pod pojmem finančně zajištěna mám na mysli ženy se stálým finančním příjmem. Na začátku programu bylo finančně zajištěno pouze 18% klientek. Jednalo se o ženy, které pracovaly, docházely na pracovní úřad nebo žily u svých rodičů. Měly tedy zadarmo bydlení a stravu a v některých případech jim rodiče i finančně vypomáhali. Převážná většina, to je 82% klientek žilo mimo domov. V době, kdy vstoupily do resocializačního programu, nebyly tyto ženy ve většině případů hlášené na pracovním úřadě. Na konci programu má již stálý finanční příjem 80% klientek. Tyto ženy se buď zaregistrovaly na pracovním úřadě, pracují, nebo pobírají příplatek na dítě.



## 7. Máte neřešené dluhy?

Začátek programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
40	10	9	41
80%	20%	18%	82%

Ženy v době kdy užívají psychotropní návykové látky, většinou nemají dostatek financí. Drogová závislost je totiž velmi nákladná a každodenní potřeba.

Ženy v období rozvinuté závislosti nemají ani zaměstnání. Potřebují ale dostatek peněz na financování svého způsobu života. Nadělaly si mnohdy velké dluhy. Většinou neplatily sociální a zdravotní pojištění. Neplatily pokuty na dopravním podniku. Polovina klientek má na začátku programu dluhy o kterých ví, ale nijak tuto situaci neřeší. Nemají stálý příjem, nemají tedy z čeho dluhy splácet. Důležitým krokem je tedy zabezpečit otázku stálého příjmu. V okamžiku, kdy ženy začnou dluhy splácet, eliminují se penále a dále již nenaskakují.

Jeden z hlavních úkolů resocializačního programu je tedy finanční zajištění klientky. Pracovníci Centra pro rodinu pomáhají matkám – uživatelkám, které jsou zpravidla na mateřské dovolené, vyřídit si otázku sociálních dávek.

Na konci programu má neřešené dluhy 18% klientek. V 82% klientek s vyřešenou dluhovou otázkou jsou zahrnuty jak ty, které dluhy neměly na začátku programu a nemají je ani nyní, tak také ty které byly zadluženy. Většina z druhé skupiny klientek má ještě dluhy z minulosti, které nyní splácí ze stálého příjmu. Nedělají již ale dluhy nové a podnikají kroky nutné k rychlému vyřešení všech pohledávek.



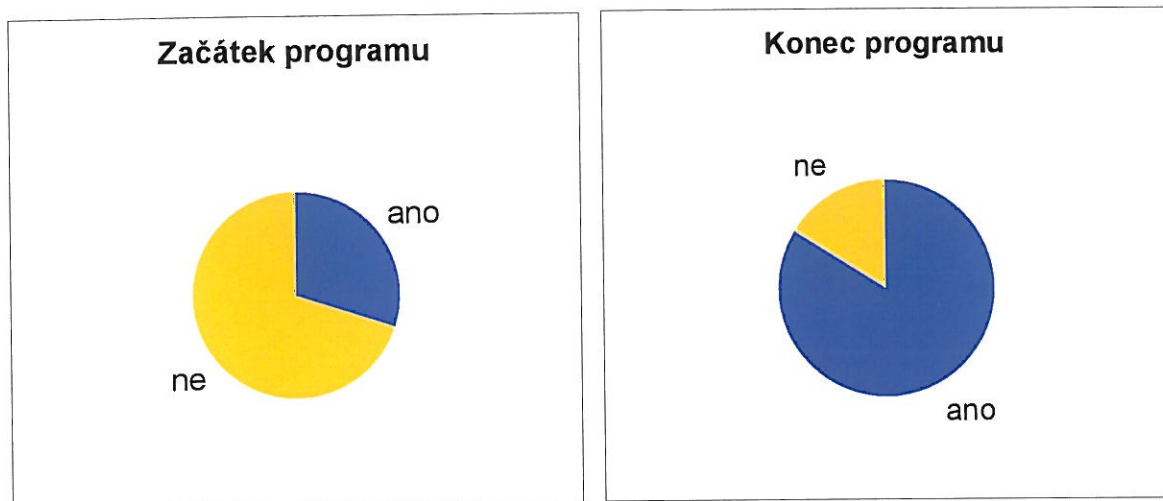


## 8. Máte bydlení odpovídající potřebám pro řádnou výchovu dítěte?

Začátek programu		Konec programu	
ANO	NE	ANO	NE
15	35	42	8
30%	70%	84%	16%

Klientky v době kdy zahajují spolupráci s Centrem pro rodinu většinou žijí u svého přítele, nebo s větší skupinou lidí žijících rizikovým způsobem života. Toto prostředí není vhodné pro ženu, která se rozhodne pro abstinenci od nelegálních látek a rozhodně zde není možné vychovávat dítě. Jednou z prvních věcí, kterou je nutno dále zabezpečit, je nové bydlení. Tomu předchází vyřízení sociálních dávek, aby klientky měly stálý příjem a mohly financovat bydlení. Terapie je zaměřena na osamostatnění se. Musí být schopna řešit samostatně situace, které život přináší. Důležité je naučit klientku samostatnosti a odpovědnosti za svá rozhodnutí. Z tohoto důvodu je pro zdravý rozvoj klientky dobré, učit se budovat svou vlastní domácnost bez závislosti na primární rodině.

V období příchodu do Centra pro rodinu žilo v nevyhovujících bytových podmínkách 70% klientek. Na konci programu se jedná pouze jen o 16% žen. Z hodnot uvedených v grafu vidíme velký posun v průběhu resocializačního programu. Žena v momentě, kdy je schopna samostatně žít v podmínkách, které splňují veškerá kritéria, která jsou potřebná pro kvalitní rozvoj dítěte, je finančně zaopatřena. Je také schopna odpovědnému jednání a učí se hospodařit s financemi.



## 9. Stýkáte se s původní rodinou?

Začátek programu		Konec Programu	
ANO	NE	ANO	NE
23	27	37	13
46%	54%	74%	26%

Rodiče se k závislosti svých dětí zpravidla staví dvěma způsoby. Buď se od nich distancují, nebo jim naopak ve všem pomáhají. Na začátku resocializace se se svými rodiči stýkalo 46% klientek, na konci již 74% klientek. Je dobré, aby se ženy navštěvovaly se svou primární rodinou. Smyslem terapie ale je, aby klientky měly vlastní domácnost. Důraz je kladen na vlastní odpovědnost za své jednání. Je vidět, že po tom, kdy si ženy s pomocí podpůrné terapie, která je orientovaná na osamostatnění a samostatnost, vyřešily základní problémy a potřeby, našly si zpět cestu ke své původní rodině.

Jen minimum, to je 8% dotazovaných, se nestýká s původní rodinou z důvodu rizikového způsobu života rodičů. Rodiče těchto žen zneužívají nelegální návykové látky. V tomto případě je pro klientku lepší, pokud přeruší styky s původní rodinou. Ženy bojují se svou závislostí a není tedy pro ně, ani pro jejich dítě bezpečné, pokud se stýkají s lidmi, kteří zneužívají drogy. Zde se jedná o obtížnější rozhodnutí o přerušení kontaktu z hlediska silné citové vazby, která je zpravidla vytvořena mezi rodiči a dětmi.



## 10. Stýkáte se s lidmi, kteří vedou rizikový způsob života?<sup>26</sup>

Začátek programu		Konec Programu	
ANO	NE	ANO	NE
50	0	12	38
100%	0%	24%	76%

Z hodnot v tabulce je jednoznačné, že v období příchodu do Centra se všechny klientky obklopovaly lidmi žijícími podobným způsobem života. Opustit staré přátele žijící rizikovým způsobem života a obklopit se novými je pro zdar resocializačního programu však zcela nezbytné. Jedná se ovšem o velice těžké rozhodnutí. Klientky si často připadají osamělé. Odejdu od starých přátel, ale nejsou schopny si okamžitě navázat vztahy nové. Na konci programu tento problém vyřešilo již 76% dotazovaných.



<sup>26</sup> V této otázce se jedná o stýkání s lidmi vedoucími rizikový způsob života v rámci přátelského vztahu. Není myšleno náhodné setkání.

## 11. Myslíte, že máte realistické představy o svém životě?

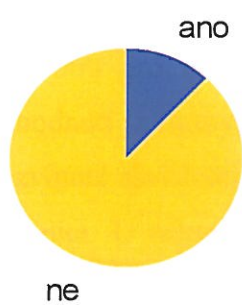
Začátek programu		Konec Programu	
ANO	NE	ANO	NE
6	44	39	11
12%	88%	78%	22%

Vzhledem k tomu, že klientky odpovídají na otázky týkající se začátku programu zpětně, tedy v období, kdy již získaly náhled na svůj život, má jen 12% klientek na začátku programu realistické představy o budoucnosti a převážná většina 88% klientek není schopna odhadnout co je možné a co ne. Mají nereálné představy o zaměstnání, o tom co je potřeba ve výchově dítěte, o svých schopnostech a možnostech. Pokud by na tuto otázku klientky odpovídaly na začátku programu, byly by hodnoty v tabulce odlišné. Ženy v období příchodu do Centra pro rodinu nemají často náhled na svou situaci a hodnotí své nereálné představy jako realistické.

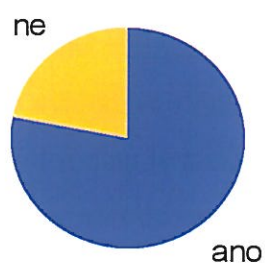
Na začátku, v prostředku a ke konci spolupráce s Centrem pro rodinu odpovídají klientky na otázku: Co očekáváte od resocializačního programu?, Čeho chcete dosáhnout? Z odpovědí klientek jsou patrné jejich měnící se priority. S klientkami se pracuje na realističtější pohledu na svět. O jejich představách se diskutuje na jednotlivých individuálních konzultacích. Společně s terapeutem se sestaví žebříček přání podle důležitosti. Snahou terapeuta je pomoci klientce získat realistický náhled na životní hodnoty a potřeby. Terapie je zaměřena na rozlišení podstatné od méně podstatného a zaměření se na cíle podle důležitosti.

Na konci programu má realistické představy o životě již většina 78% klientek. Z hodnot v tabulce vidíme, že terapie zaměřená na získání reálných představ o sobě a o světě je úspěšná.

**Začátek programu**



**Konec programu**



## 4. 2. 2. DISKUZE

Z hodnot získaných anketou je znatelně viditelná změna přístupu k životu klientek po příchodu do Centra pro rodinu. Nejpodstatnější je samostatné rozhodnutí se ke změně. Svobodné rozhodnutí je nezbytné pro zdar programu. Ženy vyhledávají odbornou pomoc až v momentě rozvinuté závislosti. V případě klientek Centra pro rodinu je hnací silou ke změně počínající gravidita. U některých je prvotním impulsem však až odebrání dítěte Odborem sociálně právní ochrany dítěte.

Úkolem resocializačního programu je za období dvou let resocializovat klientku natolik, aby byla schopná se plnohodnotně začlenit do reálného života. Klientka se musí změnit natolik, aby jí mohlo být svěřeno dítě do péče. Starost o dítě vyžaduje obrovskou zodpovědnost. V tomto rozhodnutí proto nelze nijak hazardovat s jeho zdravím. Žena musí radikálně změnit svůj život. K tomu je třeba dosáhnout abstinence, posílit sebedůvěru a odpovědnost za svá rozhodnutí. Finančně se zaopatřit, obstarat si odpovídající bydlení pro výchovu svého dítěte. Nezbytné pro ni je také přerušit kontakty s uživateli drog.

Z počátečních 49-ti matek – uživatelék na konci programu abstínuje nebo je v řízené substituci již 44 žen. Vzhledem k nárokům kladeným na osobnost klientky, považují tento výsledek za ukázkou velmi dobré práce Centra pro rodinu.

Rovněž pozitivně hodnotím spolupráci Centra pro rodinu s Centrem metadonové substituce. Pro prenatální vývoj dítěte je náhlé vysazení drogy nebezpečné. Dalším důvodem, proč se nedoporučuje okamžitá abstinence těhotným ženám závislých na heroinu, je vysoká pravděpodobnost recidivy. Pro cílovou klientelu matky – uživatelky je vhodnější nahrazování heroinu metadonovou substitucí. Metadon je postupně vysazován až do úplné abstinence.

Z výsledků je jasně vidět, že naprostá většina, to je 47 z dotazovaných klientek, před příchodem do Centra pro rodinu nemělo o substituční program zájem. Až po získání odborných informací od pracovníků Centra se většina rozhodla pro řízenou substituci. Šest klientek však i nadále porušuje abstinenci.

Otázka o ponechání či navrácení dítěte do péče matky je pro klientky klíčovou. Vlastní dítě je důvodem jejich rozhodnutí o změně. Pokud ženy začnou spolupracovat s Centrem pro rodinu v období těhotenství a vykazují znatelné pokroky, je velká šance, že jim bude dítě s dohledem sociální pracovnice ponecháno v péči. Toto lze vyčíst z grafu odpovědí na třetí otázku ankety.

Z výsledku 30 na začátku a 33 dětí v péči matky na konci programu je patrné, že maminky, které byly v době počátku spolupráce gravidní, se resocializovaly natolik, aby jim mohlo být dítě po porodu ponecháno v péči. Na počátku programu nemělo dítě ve vlastní péči 20 klientek z celého sledovaného souboru. Na konci programu mohly být třem maminkám, díky zdárné spolupráci s Centrem pro rodinu, jejich dříve odebrané děti navraceny.

Velký rozdíl je vidět v odpovědi na otázku dohledu sociální pracovnice nad péčí o dítě. Naprostá většina klientek, kterým bylo dítě po porodu ponecháno, nebo jim bylo dítě v průběhu resocializačního programu navraceno do péče, je zároveň pod dohledem sociální pracovnice. Vyskytují se však i výjimky. V případě, že se žena v období gravidity zcela stabilizuje a spolupracuje s Centrem pro rodinu, může se stát, že je dítě po porodu ponecháno matce bez dohledu sociální pracovnice. Tento případ se týká tří klientek Centra pro rodinu.

Pod dohledem neustále setrvává 13 žen. U 17-ti matek shledala i sociální pracovnice, že se resocializace u těchto žen zcela zdařila. Jedná se o 14 klientek, kterým byl dohled na základě soudního rozhodnutí zrušen a třech klientek, kterým nebyl dohled, díky dobrým výsledkům v resocializačním programu, vůbec nařízen. Tyto dotazované se zcela plnohodnotně začlenily do většinové společnosti. Dokáží dobře pečovat o své dítě, a to je u nich v bezpečí. Dohled pracovníka Oddělení sociálně právní ochrany dítěte byl tedy ukončen.

Také v otázce orientované na partnerský život je vidět markantní rozdíl. O 22 klientek více má na konci programu vhodnějšího partnera, tedy partnera, který nemá žádnou drogovou minulost, nebo takového, který je v substituční léčbě. Jedná se o přítele, či manžela, který nemá problém s nelegálními návykovými látkami a je schopen zaopatřit partnerku a dítě. V naprosté většině případů se však nejedná o otce dítěte.

Stálý příjem má o 31 klientek více na konci programu, než na jeho počátku. Z těchto hodnot vidíme, že klientky jsou mnohem schopnější žít samostatný život, což vyplývá z jejich ekonomického zajištění.

Z původních 40-ti klientek, které měly neřešené dluhy, jich zůstalo na konci programu pouze 9. Toto souvisí s otázkou šestou týkající se finančního zajištění. Převážná většina žen na konci spolupráce s Centrem pro rodinu splácí své dluhy a nevytvářejí si již dluhy nové.

V otázce kvalitního bydlení se úspěšnost zvýšila z počátečních 15-ti dotazovaných na 42 žen. Tedy o 27 klientek více bylo schopných opustit dosavadní nevyhovující bydlení a postarat se o prostředí vhodné pro výchovu dítěte.

O 14 více z dotazovaných se stýká se svou původní rodinou. Tyto klientky se po změně vlastní situace zaměřily též na urovnání pokřivených vztahů ve své původní rodině.

Veliký posun směrem k lepšímu vidíme také v otázce týkající se styku s lidmi žijícími rizikovým způsobem života. 38 žen si uvědomilo nutnost přerušit vztahy s bývalým okruhem přátel. Tímto rozhodnutím ukázaly, že se nechtějí vracet k minulosti, že žijí zcela nový a odlišný život - **život bez drog**.

O 33 dotazovaných více má na konci resocializačního programu realističtější představy o světě. V Centru pro rodinu se učí rozpoznávat nereálné představy od reálných. Pracovníci pomocí terapie pomáhají klientkám získat náhled na nadhodnocená přání a představy.

\*

\*

\*

Ve snaze předejít zkreslení informací získaných formou dotazníku, jsem zkonzultovala shromážděná data s vedoucí Centra pro rodinu paní Simonou Sedláčkovou. Provedla jsem srovnání pravdivosti dat získaných anketou a informacemi, které jsem získala od terapeutů. Pracovníci Centra pro rodinu klientky dobře znají, vědí o jejich současné situaci i o vývoji, kterým prošly během absolvování resocializačního programu. Pro možnost hodnocení prospěšnosti Centra pro rodinu je nutné vycházet z pravdivých informací.

Položila jsem tedy terapeutům otázku:

Vypovídají hodnoty získané pomocí dotazníku realisticky o činnosti Centra pro rodinu?

„K anketě bakalářské práce *Centrum pro rodinu - Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky* z hlediska přesnosti nemáme žádných připomínek. Výzkum odpovídá údajům uvedených ve statistikách Centra pro rodinu.“<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Vyjádření vedoucí Centra pro rodinu k hodnotám získaným výzkumem



### 4. 2. 3. VYHODNOCENÍ

Po sběru dat a jejich vyhodnocení jsem dospěla k závěru, že je značný rozdíl mezi klientkami v období počátku dvouleté spolupráce s týmem Centra pro rodinu a při jejím ukončení.

Z výzkumu jasně vyplývá, že se klientky na začátku resocializačního programu nacházejí ve velmi tíživé životní situaci. Bojují se závislostí na psychotropních návykových látkách. Existuje reálná možnost, že jim bude odebráno dítě. V případě, že se tak již stalo, bojují o navrácení dítěte do vlastní péče. Z většiny případů nemají kvalitní bydlení ani stálé příjmy. Často nákladný způsob života vede k jejich zadlužení. Pokud tento problém neřeší, dluhy stále narůstají. Tyto ženy žijí ve vlastním světě s jeho pokřivenými pravidly a hodnotami. Jejich představy o životě nejsou mnohdy realistické. Mají převrácené priority hodnot.

Na klientky je vyvíjen veliký tlak, ze strany pracovníků Centra pro rodinu, k rychlé a zásadní změně. Důvodem je, že jsou matkami a mají tudíž odpovědnost i za své dítě. Z ohledem na náročnost resocializačního programu jsou vidět velké změny, kterými klientky prošly v průběhu resocializace. Mění se osobnostní rysy klientek.

V době ukončení vzájemné spolupráce je naprostá většina klientek již vyzrálějších. Z pravidla opustily zcela svůj starý život a zaměřily se na budoucnost bez drog. Dokázaly se vzdát pouličního užívání psychotropních návykových látek. Vyřešily si otázku stálého finančního příjmu. Splácejí dluhy z minulosti. Mají nové bydlení. Přerušily kontakty s rizikovými uživateli a hlavně pečují o své dítě. Také znatelně v průběhu programu ubývá žen s nařízeným dohledem nad péčí o dítě. Největším důkazem úspěšné resocializace je dítě v péči matky bez dohledu sociální pracovníce. Tohoto úspěchu se podařilo dosáhnout u 17 –ti žen ze 33 klientek, které na konci programu mají dítě ve vlastní péči.

**Existenci resocializačního programu považují za nezbytnou vzhledem k cílové klientele, na kterou je zaměřen. Potřebnost cílené odborné pomoci pro matky – uživatelky je neoddiskutovatelná. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že pracovníci Centra pro rodinu podávají dobré výsledky. Resocializační program považují za velice přínosný a úspěšný.**

## 5. ZÁVĚR

Projekt resocializace matek má neoddiskutovatelnou hodnotu a význam pro cílovou klientelu, a to jak pro matky - uživatelky, tak pro jejich děti i pro rozvíjení spokojeného rodinného života.

Velice důležité a přínosné je oddělení této klientely od ostatních problémových uživatelů drog. Vytvořením Centra pro rodinu vznikla jedinečná možnost pro ženy a jejich děti řešit stávající situaci v klidném prostředí, zařízeném a vybaveném výhradně pro jejich potřeby. Pracuje zde tým vyškolený speciálně pro tuto problematiku. Je zde čas, prostor i profesní dispozice jednotlivých členů týmu Centra pro rodinu. Toto jsou základní předpoklady pro možnost řádného a důkladného poskytování pomoci a rozvíjení vzájemného vztahu založeného na důvěře. Díky zaměření na určitou skupinu problémových uživatelů, mají pracovníci možnost se věnovat jen problémům s tímto spojeným, a to do hloubky. Na každou klientku je vyhrazena individuální konzultace, kde je zájem upřen jen na konkrétní klientčinu situaci a potřebu. Pro úspěšnost terapie je nutné si vypěstovat vzájemnou důvěru, což není při takto zvoleném postupu, kdy je klientka přijímána rovnocenně a s úctou a je jí věnován čas, obtížné. Veškerá práce v centru je založena na komunikaci, pochopení na jedné straně, ale nutnosti respektování pravidel a dodržování stanovených časů a schůzek na straně druhé. Klientkám pracovníci Centra pro rodinu pomáhají v zařizování potřebných věcí pro spokojený život, nicméně jen na nich je vše dotáhnout do konce a pracovat samostatně.

V téměř šestiletém období činnosti Centrem pro rodinu prošlo 227 klientek. V současné době je v aktivní spolupráci 58 žen. 45 žen, z celkového počtu úspěšně prošlých dvouletým programem, došlo až do koncové růstové fáze. Ostatní ukončily program sice v celé jeho délce, ale opustily ho ve fázi tematické.

Větší procento zdárného ukončení programu se podařilo u „opiátových“ klientek. K tomuto značnou měrou přispívá možnost metadonové substituční terapie. Pro tyto klientky je snazší se vyvarovat relapsů a splňovat podmínku abstinence nekontrolovaného užívání psychotropních návykových látek danou Centrem pro rodinu.

Stále se zlepšující výsledky resocializačního projektu jsou dány zejména větší propojeností a budováním komunikační sítě pomoci mezi jednotlivými zařízeními v síti péče o uživatele drog a jejich vzájemnou spoluprací, ale i větší zkušeností terapeutů.

V současné době je spolupráce se zařízeními v síti péče o uživatele rozšířená. Z hlediska referencí směrem do Centra pro rodinu se jedná převážně o odbory sociálně právní

ochrany dítěte, hepatologickou poradnu Fakultní nemocnice Motol, protidrogové koordinátory, terénní pracovníky streetwork, substituční centra, porodnická oddělení, nízkoprahové středisko Drop In o.p.s., občanské sdružení Střep. aj.

Reference od pracovníků Centra pro rodinu jsou poskytována zařízeními: terapeutická komunita Karlov, denní centrum Sananim, občanské sdružení Střep, Fakultní nemocnice Motol oddělení hepatologické, gynekologicko – porodnické, Metadonový program Apolinářská 4a, psychiatrická léčebna Bohnice a další.

I přes dobrou komunikaci mezi jednotlivými zařízeními poskytující pomoc problémovým uživatelům, vidím v této oblasti nedostatky, se kterými se pracovníci Centra pro rodinu potýkají. Je zde nedostačující množství pobytových center pro matky s dětmi. Velkým problémem je absence záchytného pracoviště s pohotovostními lůžky pro gravidní ženy alespoň v období, kdy čekají (než se jim podaří splnit pravidla vstupu) na přijetí do terapeutické komunity, či v případě abstinence do azylového domu. Díky absenci takového pracoviště mají terapeuti Centra pro rodinu omezené a nedostačující možnosti, jak postupovat v praxi. Problémem je, že žádné azylové domy pro matky s dětmi nepřijímají ženy, které jsou v řízené substituci. Toto vidím jako diskriminaci těchto žen. V případě, že žena zcela abstínuje déle než dva měsíce, nemůže být zase umístěna do terapeutické komunity, a to ani dočasně. Buď tedy pracovníci gravidní ženy odešlou do nemocnice, kde ale jako bezdomovkyně mívají klientky problémy a mohou zde být jen po velmi omezenou dobu, nebo je mohou odeslat z ambulantního pracoviště „domů“ ,i když vědí, že mnohé nemají kam jít. Realizátoři resocializačního programu mají snahu zřídit druh takového pracoviště přímo při Centru pro rodinu. Zde ale vyvstává problém v možnosti získání vhodných větších prostor, na němž se podílí malá vstřícnost ze strany zastupitelstva, což je někdy dáno snad i malým pochopením pro cílovou skupinu a především nedostatkem finančních prostředků. Jako obecně prospěšná společnost nemůže Centrum pro rodinu žádat o prostředky z více státních zdrojů. Celý projekt je financován z grantů, o které se žádá vždy rok předem a tudíž Centrum pro rodinu nemůže flexibilně reagovat na své finanční požadavky. Není možné projekt potřebně personálně zabezpečit. Rovněž nelze pružně zavádět inovace projektu, protože přidělené dotace mohou být čerpány pouze tak, jak byly schváleny v grantu. Zde existuje trhlina v síti institucí zaměřujících se na gravidní ženy a matky, kterou pracovníci vnímají v praxi, ale zatím se nezdařilo tuto nekontinuitu zacetit.

Z mého pohledu by nejlepším řešením problémů byla úprava způsobu financování projektu. Toto však není vzhledem k dosavadní státní legislativě možné. Myslím, že je nutné hledat nové finanční zdroje, obracet se na nadace a grantové organizace v rámci Evropské

unie i na sponzory z komerční sféry. Navrhuji personální zajištění o navýšení jednoho terapeutického úvazku. Manažer by měl takto větší časový prostor pro navazování kontaktu se sponzory. Před telefonickým nebo písemným kontaktováním nadací a sponzorů bych upřednostnila spíše formu osobního setkání. V průběhu přímého kontaktu je možné lépe situaci vysvětlit, zodpovídat na případné dotazy, zdůraznit význam a potřebnost resocializačního programu.

Je tedy potřebné zajistit dostatečnou personální kapacitu. Veškerou práci v Centru pro rodinu zajišťují jako stálá pracovní síla pouze tři terapeuti, což je vzhledem k počtu klientů a jejich potřebám časově náročné. Toto má za následek přetíženost členů terapeutického týmu, což se může negativně promítnout v jejich práci. Za nedostatek také považuji zcela chybějící mužský element v multidisciplinárním terapeutickém týmu.

Dalším problémem pro úspěšnou činnost jsou nedostatečné prostory. V Centru pro rodinu jsou dvě místnosti, ve kterých probíhají konzultace často se dvěma klientkami zároveň. Chybí zde tedy samostatná místnost pro děti. Dobré by bylo mít zaměstnance, který by se staral o dětský program v průběhu konzultace. Vzhledem k nedostatku financí by se mohlo jednat o neplacenou sílu, tedy o stážistku.

Myslím si, že by bylo dobré zajistit větší veřejnou informovanost o Centru pro rodinu a jeho resocializačním programu. Využila bych sdělovacích prostředků. Jednou z možností by také bylo popsat činnost Centra v časopise „Nový prostor“.

**Centrum pro rodinu za pětileté období své existence bezesporu prokázalo svou prospěšnost, a pokud by se podařilo odstranit zmíněné nedostatky, bude ještě účinnější v pomoci drogami ohrožené skupině matek a dětí.**

## **6. RESUMÉ**

### **The Centre for Family – resocialization of mothers on psychotropic addictive drugs**

**The Charles University of Prague**

**Evangelical faculty**

**Bachelor's work**

The work is monitoring activities and usefulness of Centre for family dealing with mothers on psychotropic addictive drugs and their re-socialization. For the possibility of examination of the programme usefulness for the target group, the single steps of the therapy are shown in a particular client case as followed during the three stages of the project.

I also asked fifty clients about eleven questions. The aims of the Centre for family were the criterions for my choice of questions. The inquiry is monitoring the achieved level of re-socialization of clients. The contribution and reasonability of this project has been shown as based on the followed case, figures obtained in the inquiry and the Centre for Family results. The clients who got through the whole programme are stabilized, re-socialized and able to be a part of the society which is very significant for the growth and development of their children.

This work is focused on the Centre for Family because of its uniqueness among the other institutions dealing with the drug problems. The mother and the child as an only aim is a contribution to the topic.

## 7. BIBLIOGRAFIE

Buning, Ernst; Verster, Annette *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Přel. E. Bejčková. 2. vyd. Praha : Úřad vlády ČR, 2004. 40s. ISBN 80-86734-32-3

Kalina, Kamil. *Drogy v ordinaci praktického lékaře : Příručka o drogách, jejich zneužívání a komplikacích pro všeobecnou medicínskou praxi*. 2. vydání. Praha : Institut Filia, 1999. 95 s. ISBN 80-238-4088-6

Polanecký, Vladimír; Presl, Jiří. *Drogy : Poznej svého nepřítele*. 1. vyd. Praha : Medea kultur, "cca 2005", 28 s

Preston, Andrew. *Drogy na předpis II. : Vše o metadonu*. Přel. T. Zábranský a D. Syslová. „b.m.“ Olomouc : Votobia, 1999. 166 s. ISBN 80-7198-383-7

Tyler, Andrew. *Drogy v ulicích. : Mýty – fakta – rady*. Přel. K. Mlíková a P. Pokorný. „b.m.“ Praha : IŽ, s.r.o., 2000. 427 s. ISBN 80-237-3606-X

Interní materiály Centra pro rodinu

*Koncepce projektu : Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky*, 2003. interní materiál CPR

*Popis projektu : Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky*, 2004. interní materiál CPR

*Průběžná zpráva o realizaci programu : Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech*, 2004. interní materiál CPR

*Závěrečná zpráva o realizaci programu : Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech, 2003. interní materiál CPR*

*Průběžná zpráva o realizaci programu : Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky, 2005. interní materiál CPR*

*Manuál CPR, 2005*

## **8. PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 Etický kodex pracovníků Centra pro rodinu

Příloha č. 2 Kontrakt

Příloha č. 3 Pravidla pro klienty Centra pro rodinu

Příloha č. 4 Terapeutická smlouva



## ETICKÝ KODEX PRO ČLENY TÝMU

Základní povinností členů týmu je zabezpečení kvality léčebných služeb a péče. Vztah mezi členem týmu a klientem je čistě profesionální a je podstatné, aby tým byl dostatečně vyzrálý a schopný naložit se zodpovědností, které je jim svěřena.

Všichni členové týmu si musí být vědomi, že jejich profese vyžaduje jasné odlišení rolí týmu a klientů. Tento etický kodex je platný pro členy týmu jak v době služby, tak mimo ni.

### **Členové týmu jsou povinni:**

1. Chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor.
2. Zachovávat všechny informace o klientovi v tajnosti s ohledem na platné zákony a nařízení.
3. Vybavit každého klienta kopií „Práv klientů“ a ubezpečit se, že všechny aspekty tohoto prohlášení jsou srozumitelné a dodržované jak ze strany klienta, tak týmu.
4. Respektovat všechny klienty a zachovávat s nimi profesionální vztah.
5. Vykouávat službu bez ohledu na rasu, víru, náboženství, pohlaví, původ, sexuální orientaci, věk, vady, polickou příslušnost, předešlou kriminální činnost nebo majetkové postavení a respektovat postavení klienta v případě specifických okolností.
6. Rozpoznat, kdy je pro klienta nejlepší péče v jiném zařízení.
7. Zakázat sexuální vztah mezi členy týmu a klienty (a členy klientovy rodiny).
8. Zabránit využívání klienta pro osobní zisk.

*Zdroj: Světová federace terapeutických komunit (WFTC)*

**Dohoda o poskytování služeb Centra pro rodinu v programu „Integrace matek a rodiny s handicapem 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 riziku přerušování účasti programu a to po dobu 2 – 3 měsíců.
- 4) Pokud se dostaví na konzultaci později, bude Vám poskytnut pouze zbývající čas, který Vám zbývá do konce konzultace, pokud není dohodnuto jinak.
- 5) Souhlasí tímto s vedením mé dokumentace v CPR – Drop In,o.p.s.
- 6) V případě porušení pravidel se klient vystavuje vyřazení 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 po té nebude možné dávat klientovi zprávy o spolupráci a účasti v programu.

Program Centra pro rodinu 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 toto 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.

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 pacientů.

Kdykoliv po ukončení programu a nastane nová situace, má právo klient se do programu opět vrátit s výjimkou přerušování programu za 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 ukončení spolupráce a průběhu spolupráce v programu.

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

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

Podpis klienta:

Podpis terapeuta:

V Praze dne 1.11. 2004

Simona Sedláčková  
Ved. terapeut CPR – Drop In,o.p.s.  
603 291 593

## Pravidla pro klienty CPR

Vážené a milé klientky a Vaši blízcí nacházíte se v Centru pro rodinu, kam dochází naše klientky se svými malými dětmi, partnery a rodiči z tohoto důvodu jsme vytvořili tato **pravidla**. Je důležité abychom dbali o Vaší bezpečnost a bezpečnost Vašich blízkých a zároveň vytvořili příjemné prostředí pro poskytování co nejlepších služeb pro Váš osobní růst. Z tohoto důvodu má personál Centra při nedodržení pravidel právo požádat Vás o opuštění Centra, či ukončit Vám účast v programu. Děkujeme za pochopení terapeuti CPR.

1. Zákaz intoxikace, či konzumace psychotropními látkami a alkoholem  
V případě, že do CPR přijdete intoxikováni má terapeut CPR právo Vás přebjdnat na jiný termín, nebo do Nízkoprahového střediska DROP IN.
2. Pokud není dohodnuto jinak, Váš doprovod bude odeslán mimo CPR s výjimkou Vašeho dítěte.
3. Zákaz jakékoliv agrese a to i verbální ze strany Vaší event. Vašeho doprovodu  
Možné ukončení účasti v programu, nebo odeslání do NS DROP IN o.p.s.
4. V případě 3 neúčastech po sobě v programu, ačkoliv se obě strany dohodly na spolupráci /máme na mysli klient a terapeut/ se uděluje upomínka a pokud se situace bude opakovat ještě 2x následuje přerušeni účasti v programu na 2 –3 měsíce. Bude nabídnuto alternativní řešení.
5. V případě neúčasti delší než 3 měsíce, ačkoliv bylo dohodnuto jinak, přeruší se účast na 3 měsíce, či možné vyloučení z programu. Opět bude nabídnuto náhradní řešení.
6. Účast na konzultaci je třeba předem telefonicky domluvit na telefonu 271 726 565 a 603 291 593 a dodržet její čas, v případě že nemůžete smluvený termín dodržet, je možné se přebjdnat, či terapeut Vám nabídne termín náhradní.  
Když přijdete bez objednání, budeme se Vám samozřejmě rádi věnovat 10-20 min., ale z časových důvodů Vás objednáme na další setkání, kdy budeme mít na sebe více času.
7. Pracovní doba CPR je Po – Pá 10.00 – 18.00
8. Horká linka  
V akutních případech je možné telefonovat po dobu 24 hodin denně na telefon:  
603 291 593

9. SMS pokud nám smskujete prosíme Vás, dělejte tak jen v nejnútnejších případech. Naše finanční možnosti jsou omezené a tudíž nemůžeme na SMS odpovídat a rovněž Vám nemůžeme volat zpět na váš mobil pokud nás prozváníte a také proto, že se právě terapeut věnuje některé z Vašich kolegyň.
10. Relaps v případě že se Vám stalo, že jste porušili abstinenci, není to důvod k ukončení, ale téma ke konzultaci, v případě že nepřijdete intoxikováni.
11. Pokud se Vám daří abstinence po dobu 2 let je možné program ukončit. Po této době lze samozřejmě dle potřeby v konzultacích pokračovat. Z programu můžete kdykoliv dobrovolně odejít a libovolně se do něj dle potřeby vrátit.
12. Vzhledem k tomu, že často jednáme se soudy v souvislosti s Vaší péčí o Vaše dítě, je naší povinností odpovědět soudu či odboru péče o dítě jak probíhá vzájemná spolupráce. To co bude obsahem konzultací, však nesdělujeme.
13. Vaše data jsou chráněna zákonem a lékařským tajemstvím, tudíž s výjimkou soudu na ně nemá nikdo právo a z tohoto důvodu nesmí být nikde a nikomu sdělována, či uvedena.

Pokud s námi nejste spokojeni, sdělte nám to, či vedoucí centra Simoně Sedláčkové, příp. našemu vedení Mgr. Jiřímu Chárovi

*Děkujeme Vaši terapeuti*

*Simona Sedláčková , Hanka Bulvová,  
Robert Stuchlík, Helena Špírková  
A Katka Gibasová*

V Praze dne 1.1.2003

Za Centrum pro rodinu DROP IN o.p.s.  
Simona Sedláčková Dis.

CENTRUM PRO RODINU  
Vršovická 41, Praha 10  
DROP IN o.p.s. 271726565  
mobil: 603 291 593

## Terapeutická smlouva

Tato smlouva , týkající se podmínek a průběhu programu metadonové substituce , se uzavírá mezi jeho provozovatelem , kterým je Centrum metadonové substituce DROP IN o.p.s. zastoupené ..... a jeho účastníkem , který je pan / paní .....

### *Souhlas s poskytnutím osobních údajů*

Souhlasím s poskytnutím ve formuláři uvedených údajů pro účely provozování informačního systému nakládajícího s informacemi o průběhu metadonové substituční a detoxifikační léčby - ÚZIS. S těmito údaji bude nakládáno v souladu se zákonem č. 256/1992 Sb. o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Údaje z informačního systému mohou být poskytnuty pouze předepisujícímu lékaři předepisujícího zařízení , které je pověřeno Ministerstvem zdravotnictví k provozování programu metadonové substituční a detoxifikační léčby. Tento souhlas poskytuji ze své svobodné vůle s tím , že souhlas zaniká doručením písemného odvolání k souhlasu předepisujícímu lékaři .

Provozovatel programu se zavazuje v rámci daných možností vést program co nejlépe a ku prospěchu jeho účastníků , zejména :  
Poskytovat dojednané služby / konsultace / a případně poskytovat i konsultace mimo interval , bude li pacientem požadována .

Účastník zařazený do substitučního programu se zavazuje k plnění podmínek programu a svým podpisem stvrzuje , že :

- 1- byl dostatečně poučen a plně porozuměl tomu , že podstatou substituce je náhrada ilegální drogy legálním opiátem , v tomto případě metadonem, s cílem zmírnit a případně i odstranit problémy plynoucí z drogové závislosti , zlepšení celkové životní situace a v ideálním případě pak postupné dosažení úplné abstinence od drog .
- 2 – se u něho jedná o problémy v oblasti zdravotní i sociální , které vyplývají ze závislosti na drogách opiátového typu , zneužívání těchto drog , resp. závislost na nich je u něho již dlouhodobou záležitostí .
- 3 – během své drogové anamnézy se již opakovaně pokusil o abstinenci , vždy bez déletrvajícího úspěchu , a je evidován v některém z protidrogových zařízení .
- 4 – rozumí tomu , že zařazení do substitučního programu je pro něho šancí zmírnit , nebo i odstranit sociální problémy , plynoucí z drogové závislosti . Tedy odpoutat se od drogového prostředí , vymanit se ze závislosti na dodavatelích drog a postupně zlepšit svoji životní situaci .
- 5 – bude dodržovat pravidelnou docházku , která je v zásadě každodenní.
- 6 – užití jiné / jiných návykových látek (např. alkoholu , sedativ , anxiolytik a jiných psychotropních látek ) , než předepsaného metadonu mne ohrožuje na životě.
- 7 – souhlasí s tím , že ve chvíli , kdy se bude cítit připraven , bude ve spolupráci s terapeutem redukovat dávky metadonu a pokud to bude možné , usilovat o konečný stav abstinence od všech psychotropních látek .
- 8 – souhlasí s odběry biologického materiálu a kontrolou zdravotního stavu .
- 9 – zdrží se řízení motorových vozidel , manipulace se stroji , zbraněmi apod. .
- 10 – bude usilovat o dosažení specifických cílů individuálně stanovených .

- 11 – je mu jasné , že neplnění výše uvedených podmínek povede k přerušení substitučního programu .
- 12 - do substitučního programu Centra metadonové substituce DROP IN vstupuje dobrovolně , na základě důvěry v terapeutický kontakt a jeho výsledky .
- 13 .- že se nebude snažit o podvody či zatajování reality .
- 14 – přebírá plnou odpovědnost za všechna rizika vyplývající z porušení pravidel programu metadonové substituce DROP IN. .
- 15 – souhlasí s tím , že informace týkající se jeho osoby budou k dispozici lékařům a dalším odborníkům pro vědecké účely. Současně byl /a poučen /a , že s osobními a zdravotními daty bude nakládáno , jako s důvěrnými , a že všichni pracovníci zdravotnického zařízení provádějícího substituční program , jsou vázáni povinnou mlčenlivostí .
- 16 - svým podpisem potvrzuje , že obdržel kopii této smlouvy.
- 17 – při projevu jakékoliv agrese, či hrozbě agresí, může terapeut rozhodnout o okamžitém ukončení substitučního programu .
- 18 – řádně nezdůvodněná absence může mít za následek dočasné přerušeni , či ukončení substitučního programu .
- 19 – při zjevných klinických projevech intoxikace nebude vydána příslušná dávka metadonu.
- 20 - svým podpisem potvrzuje , že není účastníkem jiného substitučního programu.
- 21 – souhlasí s poskytnutím svých osobních údajů pro účely hlášení substituční léčby při zachování důvěrnosti těchto dat.
- 22 – bude jiné lékaře , kteří mu poskytují či budou poskytovat terapii , informovat o skutečnosti , že prodělává substituční léčbu. Naopak bude lékaře , který mu poskytuje substituční léčbu, informovat o terapii , kterou mu poskytují, nebo poskytli jiní lékaři.
- 23 – substituční látku bude užívat sám a nebude ji distribuovat , ani se o ni dělit.

- **Specifické , individuálně dohodnuté body substitučního programu**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Obě strany znají obsah této smlouvy a plně s ním souhlasí . Podepisují ji při plném vědomí , dobrovolně , po úvaze a s úmyslem dosáhnout jejího naplnění .

Účastník.....  
 Datum a podpis

Za provozovatele .....  
 Datum a podpis

Svědék.....  
 Datum a podpis