

PREHLADOVÝ ČLÁNOK / REVIEW ARTICLE

**VÝZNAM DĚTSKÉHO CENTRA OVLIVŇUJÍCÍ
AKTIVNÍ ZAPOJENÍ RODINY
A POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ DO PROCESU SANACE***THE IMPORTANCE OF THE CHILDREN'S CENTER,
AFFECTING THE ACTIVE INVOLVEMENT OF THE FAMILY
AND HELPING PROFESSIONS IN THE REHABILITATION PROCESS*^{1,2}Martin Karas, ²David Urban*Mgr. Martin Karas**doc. PhDr. David Urban, Ph.D.*¹*Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s., Strakonice*²*Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce*

Souhrn: Stabilní a podnětné rodinné prostředí je základem zdárného a prosperujícího vývoje každého jedince. Se zřetelem na potřebu zajištění ochrany a bezpečí dětí, je v některých případech potřeba přistoupit k jejich odebrání z rodiny s jejich dočasným umístěním do některého z možných typů zařízení v rámci ČR. Pobyt dítěte v zařízení by měl být dočasný, krátkodobý a pokud možno na dobu nezbytně nutnou. Cílem sanace je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku (Bechyňová, 2008). Z pohledu dětského centra je nezbytné včas navázat úzkou spoluprací s rodinou. Dětské centrum hraje klíčovou roli v procesu sanace rodiny. Jeho významná úloha spočívá v roli koordinátora mezi rodinou, dítětem a institucí. Cílem výzkumu, realizovaného v rámci disertační práce Mgr. Martina Karase (školicel doc. PhDr. David Urban, Ph.D.) na téma: Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sanace rodiny, je provádění rozboru dílčích individuálních plánů podpory s identifikací jednotlivých složek, jenž se podílí na sanaci rodiny. Sledujeme, jaké složky sanace jsou do procesu začleňovány, v jaké míře a jejich vzájemné vztahy. Na základě dostupné dokumentace provádíme detailní rodinou, zdravotní a sociální anamnézu, která slouží k porovnávání, pochopení a vyhledávání společných znaků jednotlivých ohrožených rodin. Pozorujeme, jak jednotlivé složky sanace ovlivňují chování a jednání rodiny. Klíčovým momentem je „okamžik“, ve kterém dochází k aktivizaci rodiče do procesu sanace. Cílem předkládaného článku je upozornit na problematiku ohrožených rodin, jejichž děti jsou umístěni mimo vlastní rodinu. Záměrem je především poukázat na

možnosti, jak rodině v jejich nelehké situaci pomoci. Z dosavadních zkušeností víme, že existuje celá řada úspěšných metod, jak zdárně rodinu podporovat. Jednou z možností je sanace rodiny, která se neobejde bez vzájemné multidisciplinární spolupráce. Jednou ze složek zainteresovaných stran je právě dětské centrum, které díky umisťovaným dětem velice úzce spolupracuje s ohroženou rodinou. Článek je doplněn o statistické údaje, které jasně vypovídají o skutečnosti umisťovaných dětí a o počtu umisťovaných rodičů v rámci sociální rehabilitace. Získaná data nám jasně ukazují, jak se situace ohrožených rodin za určité časové období proměňuje. Patrné změny nastávají například v celkovém počtu umístěných klientů, délce a úspěšnosti sanace rodiny, důvody přijetí a východiska propuštění.

Klíčová slova: sanace, ohrožená rodina, ohrožené dítě, multidisciplinární péče s rodinou, sociální práce s rodinou, individuální plán péče.

Summary: Stable and stimulating family environment is the foundation of a successful and prosperous development of each individual. In the Czech Republic, based on the need of children's protection and safety, there are also situations when it is necessary to remove children from their families and place them temporarily into available types of institutional care. The replacement should be used for the shortest possible time. Its aim is to prevent, reduce, or eliminate causes of child endangerment and to provide help and support for parents and children to keep the family together as a unit (Bechyňová, 2008). The children's centre has to co-operate necessarily with the family. The Centre plays a key role in improving the family environment. The coordinator is the liaison person among the family, the child and the institutions. The goal of the research, conducted in the context of the thesis by Mgr. Martin Karas (supervisor assoc.prof. PhDr. David Urban, Ph.D.) on the topic: The Importance of the Children's Centre affecting the active involvement of the family in the process of rehabilitation, is to analyse particular individual plans identifying components that have beneficial impact on the family environment. The parents' participation in this process is identified. The aim of the present article is to highlight the problems of vulnerable families whose children are placed outside their own families. The intention is to point out the ways how to support families in their difficult situation. There are a number of methods how to successfully support the family. Social rehabilitation is one of possible ways how to help the family – it requires multidisciplinary cooperation. The children's centre is part of the multidisciplinary team. The data show that the situation of vulnerable families is changing over time. Noticeable changes are seen in the total number of placements, in the length and success of family remediation, admission reasons and starting points for dismissal.

Key words: improvement, endangered family, endangered child, multidisciplinary care with family, family social work, individual care plan.

Úvod

Stabilní a podnětné rodinné prostředí je základem zdárného a prosperujícího vývoje každého jedince. Pracovníci zabývající se péčí a výchovou dítěte jsou velice prozíraví k případům, kdy se právě pro nejmladší členy rodiny stává jejich vlastní rodinné prostředí jakkoliv ohrožující. Jedná se o případy, kdy vlivem prostředí dochází k zanedbávání dítěte, fyzickému a psychickému týrání, k sexuálnímu obtěžování či zneužívání. Stále častěji zaznamenáváme situace, kdy se dítě ocitá v přímém ohrožení života. Se zřetelem na potřebu zajištění přímé ochrany a bezpečí dítěte je v určitých případech naléhavé přistoupit k neústupnému řešení a to k jejich dočasnému umístění do některého z možných typů zařízení v rámci ČR – ať už do zařízení poskytující podporu na bázi kojeneckého ústavu, dětského domova do tří let (rodinného typu) anebo do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dětského centra). Na základě vlastní zkušenosti s ohroženou rodinou je primárním hlediskem v péči o děti nutné směřovat pečlivou pozornost k jejich individuálním potřebám a zájmům. V kontextu k naplnění základních povinností zařízení je s ohledem na zájem a blaho dítěte nezbytné navázat včasnou a velmi těsnou spolupráci s rodinou. Systematickým působením je možné ovlivňovat změny postoje rodiče nejen k dítěti, ale i k sobě samému, jak podobně uvádí Bechyňová (2008) ve své odborné literatuře. Raná a trvalá spolupráce s rodinou je příležitostí k řešení mnoha problémů. Sanace rodiny je jednou z možností, jak lze tohoto úspěchu dosáhnout. Jedná se o soubor činností, jenž umožňuje předcházet, zmírnit či eliminovat příčiny ohrožené rodiny.

Dětské centrum ve Strakoniciích se již řadu let významně podílí na pomoci a podpoře rodiny. Participace centra ve spolupráci s rodinou a dalšími odborníky bohužel ne vždy vykazuje takové výsledky, jaké bychom očekávali. Z praxe již víme, že úspěšnost procesu je bezprostředně ovlivňována celou řadou vnitřních i vnějších činitelů. A to, jak na straně rodiny, tak na straně institucí. Zcela zásadním ovlivňujícím faktorem úspěšného procesu se jeví ochota a vůle rodiny navázat trvalou spolupráci.

Důležitou úlohou dětského centra je sestavovat pro rodiny individuální plán podpory a pomoci na základě rodinné, sociální a zdravotní anamnézy, která je rozhodná pro všechny složky multidisciplinárního týmu. Významem dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sanace se Mgr. Martin Karas zabývá ve své disertační práci. Zde upozorňuje na jeden z několika problémů, kterým je nedostatečná a nesystematická podpora rodině ze strany pomáhajících institucí. Nedostačující pomoc může zabránit včasnému navrácení

dítěte zpět do biologické rodiny. Pečlivě sleduje, co rodiči brání jejich problému věnovat přiměřenou pozornost.

Současný stav

Selhávající biologické rodiny jsou tématem značně kontroverzním. Na jedné straně jsou v České republice legalizovány porody s utajenou totožností matky a odložení dítěte do baby-boxu, na druhou stranu vyhledáváme biologické rodiče, aby se setkali s vlastními dětmi, které žijí v náhradní rodinné či ústavní péči. Velký vliv na veřejné mínění mají média, která prezentují problematiku náhradní rodinné péče a ústavní výchovy ne vždy seriózně (Sobotková, 2010). Gjuričová a Kubička (2003) poukazují na to, že většina z nás se v rodičovství opírá o zkušenosti z původní rodiny. S tím, s čím jsme v dětství nebyli spokojeni, se snažíme při výchově korigovat. Autoři uvádí, že zpravidla čerpáme z více zdrojů zkušeností, nejen od rodičů, ale i širšího okruhu příbuzných a přátel. Ti, kteří byli sami svými rodiči zanedbáváni, mají ten handicap, že jako rodiče se budou pravděpodobně dopouštět podobných chyb. Procento rizikovosti tohoto chování vůči dítěti je vyšší. Navíc se toto procento umocňuje v případě, že rodič nemá podporu dalších osob (Gjuričová, Kubička, 2003). Ještě do nedávné doby se pozornost pomáhajících profesí upínala na to, co v rodině „nefunguje“. V souvislosti s nefunkční rodinou se v praxi stále užívá termín sociální patologie, jenž přesně popisuje tuto perspektivu. Přestože pojem mnohoproblémová rodina má v řadách odborníků odpůrce, v oblasti péče o rodinu je to pojem výstižný a užitečný. Vystihuje rodinu, která má těžkosti ve více oblastech fungování (bydlení, finance, výchova, partnerské vztahy, konflikty se zákonem, závislosti apod.) (Matoušek, Pazlarová, 2010).

V současné době se naše společnost nachází v situaci, kdy je ČR kritizována nadnárodními institucemi za vysoký počet dětí, umístěných v zařízeních ústavního typu. Řada ohrožených rodin potvrdila, že systematická pomoc a podpora rodině je cestou, která přispívá ke snižování počtů dětí v zařízeních ústavního typu nebo alespoň ke zkracování doby jejich pobytu v nich (Bechyňová, Konvičková, 2011). Bechyňová (2011) též uvádí, že existují děti, jejichž potřebám žádná forma náhradní péče z různých důvodů nevyhovuje (např. dochází k navazování velmi silných citových pout mezi dětmi a profesionálními pěstouny, která dětem působí těžkosti v kontaktu s vlastními rodiči apod.). Některé zahraniční zkušenosti (např. z francouzského departmentu Horní Vinna) potvrzují, že nízkokapacitní instituce pro děti, které nemohou žít se svými rodiči, mají své místo v síti institucí. Pomáhají nejen dítěti, ale též rodině. Při sanaci rodiny je potřeba mít na mysli, že vždy budou existovat situace, kdy bude nejlepším způsobem pomoci dítěti jeho alespoň dočasné oddělení od rodičů. Odborníci zabývající se péčí o ohrožené

děti (Bechyňová, 2011; Dunovský, Ditrich, Matějček, 1995; Dubowitz, DePanfilis, 2000; Kim Berg, 1994; Matoušek, Pazlarová, 2010; Sameroff, 1998; Sobotková, 2010; Říčan, 2004; Chipungu et al., 2014) se shodují na tom, že je nutno v zájmu dítěte zajistit, aby doba, po kterou bude dítě v instituci nebo v jiné přechodné formě institucionální péče, nebyla prázdným časem v životě dítěte a jeho rodiny.

Metodika

Jedním z cílů výzkumu disertační práce Mgr. Martina Karase, je provádění rozboru dílčích individuálních plánů s identifikací jednotlivých složek, jenž se podílí na pomoci a podpoře rodiny. Na základě těchto zjištění identifikuji důvody (aspekty), v čem stávající způsob multidisciplinární pomoci napomáhá a v čem brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Sleduji, jak jednotlivé složky sanace ovlivňují chování a jednání rodiny. Klíčovým momentem je vystihnout „okamžik“, ve kterém dochází k aktivizaci rodiče do procesu sanace. Důkladným sledováním jsme došli k závěru, že moment, kdy se rodič aktivně podílí na spolupráci lze uznat tehdy, pokud sám spontánně alespoň třikrát v období šesti týdnů navštíví příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí s konkrétním námětem a cílem další podpory a pomoci. Je to stav, kdy rodič ve většině případů vydrží se zařízením spolupracovat.

V rámci disertační práce je použit kvantitativní sběr dat - sekundární analýza dat. Pro sběr dat doktorand vychází z dostupné zdravotní dokumentace (ze zdravotnických zařízení), sociální dokumentace (poskytované orgány sociálně-právní ochrany dětí), z psychologických zpráv a posudků a další dokumentace, která je vedena a archivována v Dětském centru. Dalším zdrojem dat jsou též rozhovory s rodinami, se kterými se v době výzkumu aktivně pracovalo či pracuje. Dále pak rozhovory s rodinami, u kterých již sanace v minulosti proběhla, a byly ochotni tento rozhovor poskytnout. Cílovým souborem vlastního výzkumného šetření jsou ty rodiny, jejichž děti byly v období od roku 2006 (v tomto roce vzniklo Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonici) umístěny do shora uvedeného zařízení a následně se po úspěšné sanaci vrátily zpět do péče rodičů. Jedná se zhruba o 150 dětí, jejichž dokumentace je podrobená výše popsané analýze (jedná se o cca poloviční klientelu za dobu existence Dětského centra).

Jak již bylo uvedeno výše, v předkládaném článku se zabýváme významem dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu rodinu a prezentujeme dílčí data z vlastního výzkumného šetření.

Dětské centrum

Dětské centrum vzniklo na bázi kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Součástí dětského centra je lůžková část (pro děti, pro rodiče s dětmi), ambulantní část, kojenecký ústav (resp. dětský domov) rodinného typu, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, denní zařízení, ubytovací zařízení pro matky (rodiče), včetně cvičných místností, s možností přijetí matky před porodem, rodinná poradna, výjezdní tým pro péči přímo v rodině, příprava žadatelů o NRP, setkávání rodin (pěstounů, osvojitelů) a jiné (Schneiberg, F., 2009).

Významná úloha dětského centra spočívá v sestavení individuálního plánu podpory a pomoci na základě rodinné a sociální anamnézy, která je rozhodná pro ostatní složky sanačního týmu a pro celý průběh sanace. Základní struktura sanačního týmu se vždy skládá z rodiče, pracovníka dětského centra, OSPOD, pediatra a dětského psychologa. Sanační tým může být dále doplněn o další potřebné odborníky dle individuálních potřeb rodiny. Sanací se rozumí nepřetržitá multidisciplinární spolupráce zainteresovaných institucí, jež systematicky spolupracují s rodinou, kterou příznivě ovlivňují v rodinných a sociálních poměrech a postojích. V podmínkách dětského centra je sanace úspěšně dokončena propuštěním dítěte do péče rodiče (Bechyňová, 2008).

Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonicih je nestátní zdravotnické zařízení poskytující komplexní interdisciplinární péči dětem, jakkoliv ohroženým ve svém vývoji, včetně pomoci jejich rodinám. Jedná se o obecně prospěšnou společnost, která poskytuje:

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – s pověřením k výkonu sociálně-právní ochrany dětí poskytuje komplexní služby dětem od 0 – 18 let (zejména však kojencům a batolatům). Poskytuje především péči: zdravotní, zdravotně-sociální, sociální, fyzioterapeutickou, výchovnou, pedagogickou, psychologickou, speciálně-pedagogickou, poradenskou, krizová lůžka pro matky s dětmi.

Činnost Dětského centra Jihočeského kraje, o.p.s. byla zahájena v prosinci 2005. Statut zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc dětské centrum získalo v roce 2007. První dítě bylo přijato v průběhu ledna 2006. Počet přijatých dětí se od roku 2006 do roku 2013 výrazně nelišil. V posledním sledovaném období tj. 2014 (viz. Tabulka č. 1 ZVDOP statistika umístovaných dětí) došlo k výraznému nárůstu celkově přijatých dětí a to o 28 dětí, což činí téměř o 66 %. Zvýšil se též poměr umístovaných dětí na základě žádosti MěÚ a na základě žádosti zákonného zástupce oproti umístění dětí na základě předběžného opatření. Nárůst umístění dítěte na základě žádosti MěÚ je sledován o 77 %. Nárůst na základě žádosti zákonného zástupce činí 77 %. Nejčastějším důvodem přijetí byl do roku 2013 důvod zdravotní a to ve 20 případech ze 41 dětí. V roce 2014

výrazně stoupl počet dětí přijatých z důvodu zdravotně-sociálního a to o více jak 200 %. Přijetí dětí z důvodu sociálního se oproti minulým letům nemění. Jedná se o 5 případů z celkového počtu 68. V roce 2014 zaznamenáváme i výrazně vyšší počet propuštěných dětí zpět do biologické rodiny a to zhruba o 52 %. Počet dětí umístěných do náhradní rodinné péče (osvojení) klesl o 133 %, z průměrného počtu 14 dětí na 6 dětí. Naopak stoupl počet umístěných dětí do pěstounské péče a to o 125 %, z průměrného počtu 4 děti na 9 dětí. Umisťování dětí do ústavního zařízení vykazuje stejné hodnoty jako v předešlých letech. Z celkové počtu přijatých dětí jsou průměrně každý rok do ústavního zařízení umístěny 3 děti. Drtivá většina dětí je české národnosti. V roce 2014 bylo pouze jedno dítě příslušníkem slovenské národnosti. Počet dětí menšinového etnika vzrostl téměř o 143 %, z průměrného počtu 7 dětí na 17 dětí. Etnická příslušnost je relevantní pouze tehdy, zda se rodič k etnické příslušnosti dobrovolně hlásí. Stejně tak stoupl počet přijatých dětí se specifickými potřebami a to o více než 333 %, děti se syndromem CAN vzrostl o 316%. U rodičů zaznamenáváme také velký nárůst užívání návykových látek o téměř 150 %, stejně tak to vnímáme u projevů domácího násilí. Trestná činnost u rodičů taktéž stoupla o 225 %.

Tabulka 1 ZDVOP - statistika umisťovaných dětí

2014														
Celkový počet přijatých dětí	Přijati na základě			Důvod přijetí			Propuštěné děti							
	Žádost MěÚ se souhlasem rodičů	Předběžné opatření	Žádost zákonného zástupce	Zdravotní	Zdravotně sociální	Sociální	do péče vlastní rodiny	NRP				do Dětského domova	ÚSP	Jinam
								Osvojení						
								pro nezájem	se souhlasem rodičů	Zbavení rodič. práv	Jiná forma NRP			
68	32	29	7	7	49	5	35	1	5	0	9	3	0	1
Státní občanství		Děti					Rodiče							
české	jiné	děti se spec. potřebami	rómské	CAN		Návykové látky	Domácí násilí	Trestná činnost		Ve výkonu trestu				
60	1	13	17	25		18	17	13		1				

Sociální rehabilitace – (služby sociální prevence) – jedná se o záchvatové centrum pro matky a rodinné příslušníky, kteří potřebují pomoci s osvojením si dovedností spojených

s péčí o dítě. Jedná se soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem výkonu běžných pro samostatný život nezbytných činností. Dětské centrum jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc ve vztahu k novele zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí i nadále poskytuje veškeré sociální služby jako před schválením této novely. Cílem podpory je rodině nabídnout takový souhrn služeb, který bude vycházet z její individuality v návaznosti na přirozené prostředí.

Tabulka 2 Celkový počet umístěných klientů v rámci sociální rehabilitace za období 2008 - 2014

Rok	Pobytové služby v rámci Sociální rehabilitaci
2008	7 dospělých osob + 7 nezletilých dětí
2009	7 dospělých osob a 1 nezletilá matka + 5 nezletilých dětí
2010	12 dospělých osob + 5 nezletilých dětí
2011	22 dospělých osob + 7 nezletilých dětí
2012	19 dospělých osob + 2 nezletilé děti
2013	28 dospělých osob + 1 nezletilé dítě
2014	47 dospělých osob + 11 nezletilých dětí

Tabulka č. 2 ilustruje celkový počet klientů, kterým byla v rámci pobytové služby sociální rehabilitace poskytnuta sanace rodiny. Sanace rodiny v rámci dětského centra může z různých důvodů probíhat i jako ambulantní pomoc a podpora. Tito klienti nejsou do statistiky zahrnuti.

Z výsledků vidět velký nárůst přijatých klientů v roce 2014. V roce 2014 se zvýšil počet přijatých klientů o téměř 68 %. Podrobná data o přijatých klientech vykazuje tabulka č. 3.

Tabulka 3 Sociální rehabilitace – podrobný přehled přijatých a propuštěných klientů (r. 2014)

Celkový počet přijatých klientů	Přijetí na základě			Pohlaví		Věk		Důvod přijetí			Děti		Propuštění			
	dobrovolný pobyt	doporučený pobyt MěÚ	nařízený pobyt MěÚ	žena	muž	zletilý	nezletilý	Zdravotní	Zdravotně sociální	Sociální	přijaty společně s rodičem	přijaty na základě PO	zpět do vlastní rodiny	v rámci širší rodiny	v rámci sociálních služeb	jinam
58	14	6	6	25	1	26	0	1	12	13	11	21	15	2	2	1
Délka pobytu						Sanace rodiny						Rodiče				
0 - 1 týden	2 - 3 týdny	3 - 4 týdny	2 - 3 měsíce	3 - 6 měsíců	7 měsíců a více	délka procesu sanace			sanace ukončena			Návykové látky	Domácí násilí	Trestná činnost	Ve výkonu trestu	
						0 - 1 měsíc	2 - 3 měsíce	3 - 5 měsíců	6 a více měsíců	úspěšně	neúspěšně					
6	5	5	7	3	0	6	12	6	2	20	6	6	4	4	4	0

Tabulka č. 3 ukazuje na to, že v roce 2014 došlo k mírnému navýšení přijatých klientů a to o 18 %. Celkový počet činil 58 klientů. Do tohoto součtu jsou zahrnuti i děti společně přijaté s rodiči. Dospělých klientů (matek) bylo přijato celkem 26. Převážnou klientelou sociální rehabilitace jsou zletilé ženy. Ve velké většině se jedná o matky samoživitelky, které nemají otce dítěte uvedeného v rodném listě, případně otcové nejeví o své potomky žádný zájem. Matky velice často nežijí s partnerem ve společné domácnosti. Z celkového počtu přijatých klientů téměř 60 % bylo v procesu sanace úspěšných. Jedná se o 20 případů. V roce 2014 výrazně narostl počet dobrovolných pobytů. Oproti rokům minulým, kdy průměrně na sociální rehabilitaci dobrovolně nastoupila 1 klientka, v roce 2014 vykazujeme celkem 14 klientek. O 100 % se navýšil počet doporučených pobytů. Z průměrného počtu 3 klientek na 6 klientek. Převažují zde důvody zdravotně-sociální, zde se hodnoty téměř nemění, obrovské navýšení vnímáme z důvodů sociálních a to o více jak 300 %. 6 klientek vykazuje neúspěch v procesu sanace, všech 6 klientek na vlastní žádost předčasně ukončilo proces sanace, dítě opustily a zanechaly v dětském centru. 17 klientů se vrátilo zpět do vlastní, nebo širší rodiny. Tato skutečnost vypovídá o stejných hodnotách, jako v letech předešlých. 2 klienti byli umístěni prostřednictvím jiných sociálních služeb, pouze 1 klient byl umístěn jinam. Hodnota umístění „jinam“ v roce 2014 výrazně klesla o více než 700 %. Průměrná délka pobytu činila 1,7 měsíce, průměrná délka sanace rodiny činila 3 měsíce. Oproti minulým rokům se u rodičů mírně

zvýšilo užívání návykových látek, stejně tak se více objevují známky domácího násilí a trestná činnost.

Závěr

Úspěšná pomoc a podpora ohrožené rodině je ovlivňována mnoha faktory, a to jak na straně rodiny, zařízení poskytující sociálně právní ochranu dětí, orgánu sociálně-právní ochrany dětí, tak i ostatních zainteresovaných institucí. Domníváme se, že na základě osobních zkušeností je nezbytné sledovat, jaké postoje, představy, názory, předsudky a zájmy brání uvedeným subjektům věnovat patřičnou pozornost faktickému problému. Spolehlivé ověření všech těchto domněnek je předmětem výzkumu mé disertační práce. Za žádoucí považujeme, aby se účelně, cíleně a systematicky sjednotil systém péče o ohrožené rodiny s nabídkou dostatečného množství podpůrných služeb. Na základě těchto zjištění budeme schopni identifikovat důvody (aspekty), v čem stávající způsob multidisciplinární pomoci napomáhá a v čem brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Provedený výzkum ukazuje na velké navýšení poměru umístěvaných dětí na základě žádosti MěÚ a na základě žádosti zákonného zástupce. Tento fakt přičítáme skutečnosti, jenž je dána zřejmě novelou zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kdy se více klade důraz na biologickou rodinu a práci s ní. Snahou novely je minimalizovat umístování dětí do ústavního zařízení prostřednictvím předběžného opatření. V roce 2014 výrazně klesl poměr umístění dítěte z důvodu zdravotního. Příčinou je skutečnost, že v dětském centru ubylo novorozenců, kteří byli vhodní do náhradní rodinné péče (osvojení). Zdravotní důvod byl dle Věstníku u těchto dětí uváděn za účelem vyhotovení diagnostiky pro náhradní rodinnou péči. V současné době umístování novorozenců supluje pěstounská péče na přechodnou dobu. Naopak se výrazně zvýšilo přijetí dítěte ze zdravotně-sociálního důvodu. Jedná se o děti, které vykazují nejrůznější zdravotní komplikace, jako je pozitivní skrining na amfetaminy, těžká nezralost dítěte způsobená předčasným porodem, přenesené protilátky na hepatitidu typu C, přenesené protilátky na pohlavní choroby, atd. Přijetí dětí z důvodu sociálního se oproti minulým letům nikterak nemění, což je známkou toho, že často prezentované důvody umístování dětí do ústavního zařízení z těchto příčin jsou dlouhodobě potlačeny a vyvrací fakt, že by byly děti odebírány z rodiny z důvodu nedostatečných finančních či bytových podmínek. Výzkum též vykazuje vyšší počet dětí propuštěných zpět do biologické rodiny, což může prokazovat systematictější práci s rodinou a všech zainteresovaných stran do procesu sanace. Taktéž se zvýšil počet dětí umístěných do pěstounské péče. Ve sledovaném roce se extrémně zvýšil počet dětí se specifickými potřebami, se syndromem CAN. Taktéž vnímáme zvýšené procento uživatelů návykových látek a domácího násilí. Příčiny nejsme schopni z těchto dat objektivně posoudit. Důvodem může být kupříkladu

horší socio-ekonomická situace těchto rodin. Tuto skutečnost však nelze hodnotit, jelikož nebyla předmětem šetření.

U klientů sociální rehabilitace sledujeme větší polovinu jako úspěšnou v procesu sanace. Tato skutečnost je zřejmě způsobena větší podporou a využíváním nově vzniklých sociálních služeb, které se snaží rodině s ohledem na zájem dítěte pomoci. Práce multidisciplinárního týmu je více systematická se zaměřením na individuální potřeby klienta. Výsledky šetření ukazují, že v práci s rodinou dochází k určitému pozitivnímu posunu. Proto, abychom mohli relevantně ověřit všechny skutečnosti, je zapotřebí provést další podrobná šetření.

Literatura

- BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ M. 2011. Sanace rodiny. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
- CHIPUNGU, S.S., BENT-GOODLEY, T.B. 2004. Meeting the Challenges of Contemporary Foster Care. Children, Families, and Foster Care, Volume 14 Number 1, Winter 2004, pp. 75-93. ISSN 1054-8289.
- DUNOVSKÝ, J. a kol. 1999. Sociální pediatrie. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
- DUBOWITZ, H., DEPANFILIS, D. 2000. Handbook for Child Protection Praktice. Sage Publication, Inc. Thousand Oaks, 2000. 683 s. ISBN 0-7619-1370-8.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2003. Rodinná terapie systemické a narativní přístupy. Praha: Grada, 2003. 177 s. ISBN 80-247-0415-3.
- BERG, I. K. 1994. Family Based Services. Solution- Focused Aproach. New York: Norton, 1994. 240 s. ISBN-13: 978-0393701623.
- MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. 2010. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. Praha: Portál, 2010. 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. 1997. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
- SAMEROFF, A., J. 1998. Environmental Risk Factor in Infant. Pediatrics, 102 (5) Suppl., 1998. ISSN 0031-4005.
- SOBOTKOVÁ, I. 2010. Biologické rodiny dětí, které jsou navrhovány do náhradní rodinné péče. E-psychologie [online]. 4 (1), 51-57 [cit. 2010]. Dostupný z: [www:<http://epsycholg.eu/pdf/sobotkova.pdf>](http://epsycholg.eu/pdf/sobotkova.pdf). ISSN 1802-8853.

VĚSTNÍK, *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let*, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, částka 9, metodické opatření č. 7, Zn. 24039/2009, 2005.

Kontaktní adresa autorů:

Recenzované/Reviewed: 18.4.2015

Mgr. Martin Karas
Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s.
Radomyšlská 336
386 29 Strakonice
e-mail: martin.karas.strakonice@seznam.cz

a

Katedra Sociální práce
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce
e-mail: durban@zsf.jcu.cz