

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Rigorózní práce

Mgr. Terezie Taušek

Identifikace rizikových faktorů ovlivňující návrat zanedbaných dětí do dětského centra

Identification of risk factors affecting the return of neglected children to the
children's center

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala několika lidem, kteří mě při psaní této práce doprovázeli. V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. za jeho trpělivý přístup, cenné rady a postřehy a za to, že si na mě vždy vyznamenočil potřebný čas, aby se mnou probral dosavadní průběh a další postupy.

Dále bych ráda poděkovala Dětskému centru Plzeň a zejména paní ředitelce MUDr. Janě Tytlové za umožnění uskutečnit výzkum ve své organizaci a poskytnutí podpory a odborného dohledu. Rovněž bych touto cestou ráda poděkovala všem pracovníkům Dětského centra, kteří se zúčastnili rozhovorů a poskytli pro účely této práce své vjemy a zkušenosti. Zvláště bych chtěla poděkovat PhDr. Štěpánce Lodrové za její odborný dohled, diskuse a celkovou spolupráci, bez které by práce nemohla dosáhnout nynější, finální formy.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, zejména manželovi, za poskytnutí emocionální podpory, která mi dodala energii k psaní práce i v těžkých chvílích.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 23. července 2024

Mgr. Terezie Taušek

Klíčová slova (česky)

Nástroje pro hodnocení rizik, Ohrožené děti, Pobytové zařízení pro děti, Rizikové faktory, Sociální práce, Zanedbávání, Zanedbávané děti, Protektivní faktory, Sociální práce s rodinou

Klíčová slova (anglicky)

Risk assessment tools, Children at risk, Residential facilities for children, Risk factors, Social work, Neglect, Neglected children, Protective factors, Family social work

Abstrakt (česky)

Tato rigorózní práce se zabývá problematikou zanedbaných dětí a rizikovými faktory, které vedou k jejich umístění do Dětského centra Plzeň (DC). Cílem práce je identifikovat tyto faktory a zjistit, jak ovlivňují návrat dětí do DC po jejich přechodném návratu do biologické rodiny. Na základě identifikace faktorů bude vytvořený nástroj pro hodnocení rizik opakovaného návratu.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část poskytuje kontext pro pochopení zanedbávání dětí, popisuje rizikové faktory a sociální práci v této oblasti. Empirická část představuje Dětské centrum Plzeň a zahrnuje vlastní výzkum využívající kvalitativní a kvantitativní metody. Kvalitativní výzkum byl proveden metodou zakotvené teorie pomocí polostrukturovaných rozhovorů s multidisciplinárním týmem dětského centra. Kvantitativní výzkum pak doplnil a potvrdil závěry kvalitativního výzkumu pomocí popisné statistiky.

Výsledky ukazují klíčové rizikové faktory, jako je rizikové chování rodičů, zázemí rodiny, osoba matky a transgenerační přenosy. Identifikovány byly také protektivní faktory napomáhající návratu dětí zpět do rodiny a jejich udržení se v rodině. Na základě těchto zjištění byl vytvořen nástroj hodnocení rizik, který umožňuje sociálním pracovníkům systematicky hodnotit riziko opakovaného návratu dítěte do Dětského centra. Nástroj zahrnuje klíčové rizikové faktory a poskytuje strukturovaný rámec pro hodnocení jednotlivých případů. Součástí práce je i SWOT analýza Dětského centra Plzeň, která poskytuje přehled situace v centru na základě rozhovorů s jeho pracovníky.

Výzkum přináší cenné poznatky o rizikových faktorech ovlivňujících umístění a návrat dětí do Dětského centra Plzeň, což může pomoci při zlepšování praxe a intervencí sociálních pracovníků.

Abstract (in English)

This rigorous thesis addresses the issue of neglected children and the risk factors leading to their placement in the Children's Center Pilsen. The aim of the thesis is to identify these factors and determine how they influence the return of children to Children's center after their temporary return to their biological families. Based on the identification of these factors, a tool for assessing the risk of repeated returns will be developed.

The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part provides context for understanding child neglect, describing risk factors and social work in this area. The empirical part introduces the Children's Center Pilsen and includes original research using qualitative and quantitative methods. Qualitative research was conducted using the grounded theory method with semi-structured interviews with the center's multidisciplinary team. The quantitative research supplemented and confirmed the conclusions of the qualitative research through descriptive statistics.

The results reveal key risk factors such as parents' risky behavior, family background, the mother's role, and transgenerational transmissions. Protective factors facilitating the return of children to their families and their retention in the family were also identified. Based on these findings, a risk assessment tool was developed, enabling social workers to systematically evaluate the risk of a child's repeated return to Children's Center. The tool includes key risk factors and provides a structured framework for assessing individual cases. The thesis also includes a SWOT analysis of Children's Center Pilsen, offering an overview of the center's situation based on interviews with its staff.

The research provides valuable insights into the risk factors influencing the placement and return of children to Children's Center Pilsen, which can help improve the practice and interventions of social workers.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 RODINA JAKO VÝZNAMNÝ FAKTOR V PÉČI O DÍTĚ.....	14
1.1 Charakteristika rodinného prostředí a potřeb dítěte	14
1.2 Funkce a typy rodiny.....	15
1.2.1 Vymezení dysfunkčních rodin.....	16
2 PROBLEMATIKA ZANEDBANÉHO DÍTĚTE.....	19
2.1 Klinická a právní definice pojmu „zanedbané dítě“	19
2.2 Modely zanedbávání	21
2.3 Rizikové faktory jako ukazatelé příčin zanedbávání dětí	21
2.3.1 Vnější rizikové faktory	23
2.3.2 Vnitřní (rodinné) rizikové faktory	24
2.3.3 Rizikové faktory na straně rodiče	25
2.3.4 Rizikové faktory na straně dítěte	25
2.3.5 Protektivní faktory	26
2.4 Formy zanedbávání	27
2.4.1 Fyzické zanedbávání.....	28
2.4.2 Zanedbávání vzdělávání a vývoje.....	29
2.4.3 Emoční zanedbávání	29
2.5 Důsledky zanedbávání	30
2.5.1 Fyzické důsledky	30
2.5.2 Psychické důsledky	31
2.5.3 Sociální důsledky	31
2.5.4 Společenské a ekonomické důsledky.....	31
3 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE U ZANEDBANÝCH DĚTÍ.....	33
3.1 Identifikace zanedbávaného dítěte	34
3.2 Diagnostika zanedbávaného dítěte.....	35
3.3 Hodnocení zanedbávání	37
3.4 Řešení zanedbávání.....	39
3.4.1 Zákon v ČR o sociálně právní ochraně dětí.....	41

3.4.2	Význam pobytových zařízení v péči o zanedbané děti.....	43
3.4.3	Sociální práce s rodinou v rámci ústavní péče.....	44
4	DĚTSKÉ CENTRUM PLZEŇ	47
4.1	Multidisciplinární tým.....	49
5	VÝZKUM RIZIKOVÝCH FAKTORŮ	51
5.1	Metodologie výzkumu	51
5.2	Cíl a výzkumná otázka	52
5.3	Osnova rozhovoru	53
5.4	Způsob sběru dat	54
5.4.1	Zdroje validity.....	55
5.4.2	Etické aspekty	55
5.5	Analýza rozhovorů a vlastní interpretace.....	56
5.5.1	Respondent A.....	57
5.5.2	Respondent B.....	64
5.5.3	Respondent C.....	70
5.5.4	Respondent D.....	75
5.5.5	Respondent E.....	80
5.5.6	Respondent F.....	84
5.5.7	Respondent G.....	90
5.5.8	Respondent H.....	95
5.5.9	Respondent I.....	99
5.5.10	Respondent J.....	102
5.5.11	Shrnutí kvalitativního šetření.....	107
5.5.11.1	Pilíře ovlivňující příchod dítěte do DC.....	107
5.5.11.2	Práce pracovníků DC s rizikovými faktory	111
5.5.11.3	Další zjištění	112
5.6	Analýza kvantitativního sběru dat a vlastní interpretace	113
5.6.1	Opakované návraty do DC.....	113
5.6.2	Ojedinelý příchod do DC	118

5.6.3	Shrnutí kvantitativního šetření a vyhodnocení hypotéz.....	120
6	SHRnutí VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	122
7	NÁSTROJ HODNOCENÍ RIZIK	126
7.1	SWOT analýza DC.....	127
8	DISKUSE.....	130
	ZÁVĚR	134
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	137
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	146
	SEZNAM ZKRATEK	147
	SEZNAM PŘÍLOH.....	148

Předmluva

Problematika zanedbaných dětí je rozsáhlým tématem, které je probíráno ve spoustě studií z různých zemí a úhlů pohledu. Každoročně je z rodin odebráno tisíce dětí, které najdou nový domov v dětských centrech či jiných institucích. Vyskytují se případy, kdy rodiny usilují o návrat svých dětí zpět z ústavní péče. Ani to však není zárukou, že se dítě do centra opět nevrátí.

Právě na daný fenomén je zaměřena tato rigorózní práce. Hlavním záměrem je identifikace rizikových faktorů, které se objevují u rodin, které využijí služeb Dětského centra Plzeň, a zda zjištěné faktory ovlivňují návrat zanedbaných dětí zpět do centra i po tom, co se dítě již jednou vrátilo zpět do biologické rodiny.

Problematika zanedbávání dětí je závažným sociálním problémem, který má dalekosáhlé dopady na vývoj a životní dráhu dítěte. Cílem této práce je analyzovat různé aspekty tohoto fenoménu a identifikovat klíčové faktory, které mohou přispívat k opětovnému umístění dětí do dětského centra. Na základě identifikace rizikových faktorů by měl vzniknout nástroj hodnocení rizik, který by v budoucnu mohl být využíván sociálními pracovníky k vyhodnocení rizika opětovného návratu dítěte do Dětského centra Plzeň.

K tématu mě přivedla má terapeutická práce s dětmi ve zmíněném centru, kde jsem si jako zaměstnanec začala všimnout, že některé děti se opět vrací zpátky do ústavní péče i přes to, že již odcházeli zpátky do péče rodičů. Začala jsem přemýšlet nad důvody jejich návratu a diskutovat danou problematiku s pracovníky centra. Při výběru tématu práce jsem se k těmto diskusím stále vracela a rozhodla jsem se, že daný fenomén stojí za bližší prozkoumání.

Rigorózní práce je rozdělena do osmi hlavních kapitol, které tvoří nejdříve teoretickou a následně empirickou část práce. Teoretická část blíže představí témata zanedbávání dětí a rizikových faktorů, jejichž znalost je esenciální k pochopení empirické části práce. Citování je tvořeno na základě metody APA (American Psychological Association), se kterou již mám předchozí zkušenosti a jedná se o jednu z nejčastěji používaných citačních metod, a to zejména pro svou jasnost a přehlednost, tudíž je pro čtenáře srozumitelná.

Věřím, že tato práce přispěje k hlubšímu porozumění a přidá nový vhled do zkoumané problematiky. Velmi děkuji všem, kteří k realizaci práce přispěli svými cennými radami a děkuji také Dětskému centru Plzeň a jednotlivcům, kteří umožnili provedení rozhovorů a poskytli potřebné informace.

ÚVOD

Rigorózní práce na téma Identifikace rizikových faktorů ovlivňující návrat zanedbaných dětí do dětského centra je zaměřena na **závažný sociální fenomén**, který má krátkodobé i dlouhodobé dopady na zdravý vývoj dětí. Zanedbávání však není jediným důvodem přijetí dítěte do dětského centra. Existuje celá řada rizikových faktorů, které mají vliv na život dítěte a jeho vývoj. Rizikové faktory mohou mít i takový negativní vliv, že dítě dále nemůže v rodině zůstat, a tak se často dostává do ústavní péče, jako jsou například dětská centra.

Problematikou rizikových faktorů se přímo či nepřímo zabývá celá řada tuzemských i zahraničních autorů, kteří problematiku zkoumají v různých zemích a z různých úhlů pohledu. Zaměření většinou bývá zejména na příčiny vzniku těchto faktorů, které tak zásadně ovlivňují každodenní život rodiny. Tato rigorózní práce se zaměřuje na **identifikaci rizikových faktorů**, které se objevují u rodin, jejichž dítě se dostane do péče Dětského centra Plzeň, a které případně ovlivňují opětovný příchod dětí zpět do dětského centra i přes předešlý návrat do biologické rodiny. Identifikace faktorů bude základem pro vytvoření **nástroje pro hodnocení rizika** opětovného návratu dítěte do Dětského centra Plzeň, který budou moci sociální pracovníci využívat pro vyhodnocení situace dítěte a podpoření odhadu, zda se dítě opět navrátí do péče dětského centra.

Práce se dělí do dvou základních částí, a to teoretické a empirické. Teoretická část se zabývá obecnými koncepty a poskytuje kontext pro pochopení problematiky zanedbávání dětí, rizikových faktorů a sociální práce s těmito případy. Empirická část obsahuje představení Dětského centra Plzeň a vlastní výzkum, který využívá kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod. Obě části se rozprostírají napříč osmi kapitolami.

První kapitola představuje rodinu jako významný faktor v péči o dítě. Tato kapitola se zaměřuje na charakterizaci **rodinného prostředí**, jeho funkce a typy. Zvláštní pozornost je věnována vymezení dysfunkční rodiny, která často přispívá k zanedbávání dětí. Představení rodinného prostředí je důležité k pochopení důležitosti rodiny při vývoji dítěte.

Klíčovou kapitolou teoretické části práce je kapitola 2 zabývající se problematikou **zanedbaného dítěte**. Tato část práce poskytuje definici pojmu zanedbané dítě a představuje různé modely zanedbávání. V této kapitole jsou také identifikovány rizikové faktory, které jsou zmiňovány napříč tuzemskou i zahraniční literaturou, a to rizikové faktory vnější, vnitřní, na straně rodiče, na straně dítěte a protektivní faktory. Porozumění těmto pojmům je esenciální k

pochopení empirické části práce. Dále jsou popsány formy a důsledky zanedbávání na fungování rodiny a zejména na vývoj dítěte, ale i jeho následné postavení ve společnosti.

Třetí kapitola je zaměřena na **možnosti sociální práce** u zanedbaných dětí. V této kapitole je popsána identifikace a diagnostika zanedbaného dítěte, hodnocení zanedbávání a možnosti jeho řešení. Kapitola zahrnuje také právní rámec této problematiky v České republice a sociální práci a možnosti řešení situace zasažených rodin. Jedná se o poslední kapitolu teoretické části rigorózní práce, ale také o kapitolu přechodovou, jelikož je na ní možné volně navázat kapitolou čtvrtou, která se zabývá popsáním Dětského centra Plzeň.

Text pro teoretickou část práce je čerpán z tuzemské i zahraniční literatury, které se zabývají problematikou zanedbávání a rizikovými faktory, případně sociální práci v této problematice. Pro práci je využita řada výzkumů, které daný fenomén zkoumají z různých pohledů a v několika zemích, což dává možnost porovnat poměry v zahraničí a v České republice. Čerpaný text je řádně očitován pomocí metody **APA** a využití zdroje je možné následně nalézt v seznamu literatury.

První kapitolou empirické části, ale celkově čtvrtou kapitolou práce je představení Dětského centra Plzeň, ve kterém je problematika rizikových faktorů zkoumána. Kapitola poskytuje podrobný popis Dětského centra Plzeň, jeho poskytovaných služeb a multidisciplinárního týmu, který se stará o děti. Představení multidisciplinárního týmu, který se skládá ze zdravotnického i sociálního personálu, je důležité i z hlediska toho, že se jedná o **respondenty** polostrukturovaného rozhovoru, který je prostředkem získání dat pro kvalitativní výzkum.

Výzkum rizikových faktorů je obsahem kapitoly 5. Ta nejdříve seznamuje s metodologií výzkumu, který je zpracován pomocí kvalitativních i kvantitativních metod. Pro **kvalitativní výzkum** byla vybrána metoda **zakotvené teorie** a doplňkový **kvantitativní výzkum**, kterému nejdříve kvalitativní výzkum dává základ, je analyzován za pomoci **popisné statistiky**. Následuje představení cíle práce a výzkumných otázek, které z cíle vyplývají. Dále je popsán způsob sběru dat pro obě výzkumné metody, osnova polostrukturovaného rozhovoru, ale také zdroje validity dat a etické aspekty.

Součástí páté kapitoly je také analýza dat získaných pro kvalitativní i kvantitativní výzkum a jejich následná interpretace. Podkapitola 5.5 je zaměřena na **kvalitativní výzkum**, v jednotlivých částech této kapitoly jsou analyzovány rozhovory 10 respondentů a následně jsou výsledky shrnuty. Následující podkapitola 5.6 je zaměřena na **kvantitativní výzkum**, ve kterém jsou porovnávány dvě zkoumané skupiny, a to rodiny s dětmi, které přišly do dětského centra ojedinele a rodiny, kde děti přišly do centra opakovaně. Výsledky jsou následně shrnuty

a dojde k vyhodnocení hypotéz, které byly předem stanoveny na základě výsledků kvalitativního výzkumu.

Kapitola 6 obsahuje konečné **shrnutí** výzkumného šetření. Kapitola shrnuje výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu a poskytuje ucelený přehled získaných poznatků a vyhodnocení výzkumných otázek. Tato kapitola dává základ kapitole následující, která se zaměřuje na nástroj hodnocení rizik. Na základě výsledků výzkumu je zde představen nový nástroj pro hodnocení rizika opakovaného návratu dítěte do Dětského centra Plzeň. Součástí kapitoly je také SWOT analýza Dětského centra Plzeň, která vznikla na základě rozhovorů s multidisciplinárním týmem.

Závěrečná kapitola je zaměřena na **diskusi**, kde se autorka zamýšlí nad tématem a výsledky práce, nabízí kritické zhodnocení a návrhy na další výzkum a praktická doporučení.

Tato rigorózní práce si klade za cíl přispět k hlubšímu porozumění problematice zanedbávání dětí a zejména rizikových faktorů, které se s tímto fenoménem objevují, a rozvoji efektivních nástrojů a intervencí, které mohou snížit riziko opětovného návratu dětí do dětských center. Výsledky této práce mohou být užitečné pro odborníky v oblasti sociální péče a pomoci zlepšit kvalitu života ohrožených dětí.

1 RODINA JAKO VÝZNAMNÝ FAKTOR V PÉČI O DÍTĚ

První kapitola je zaměřena na rodinu, která hraje významný při péči o dítě a slouží jako základ pro jeho růst, vývoj a celkovou pohodu. Je základním kamenem sociálního, emocionálního a kognitivního vývoje, tvorby hodnot a chování.

Jako jeden ze základních prvků formujících vývoj dítěte slouží rodinná jednotka jako primární prostředí, kde se děti učí, rostou a prospívají. V této kapitole budou prozkoumány mnohostranné způsoby, kterými rodinná dynamika, struktury a interakce ovlivňují pohodu a vývoj dětí.

Základem výchovy každého dítěte je rodinná jednotka, která slouží jako základní kámen jeho raných zkušeností. Od dětství až po dospívání jsou děti hluboce ovlivněny vztahy, hodnotami a praktikami pěstovanými v jejich rodinném prostředí. Výzkum důsledně zdůrazňuje hluboký dopad rodinné dynamiky na různé aspekty vývoje dítěte, zahrnující kognitivní, emocionální, sociální a behaviorální domény.

V dnešní společnosti je mnoho různých rodinných struktur, od nukleárních rodin po rozšířené příbuzenské sítě, domácnosti s jedním rodičem, smíšené rodiny a další. Každá konfigurace přináší svůj vlastní jedinečný soubor výzev a příležitostí pro péči o děti. V rodinném kontextu se také probírají výchovné styly a praktiky, které se objevují jako vlivné determinanty výchovy dětí. Bez ohledu na to, zda se vyznačují vřelostí a vnímavostí nebo přísností a kontrolou, rodičovské přístupy významně ovlivňují sociálně-emocionální vývoj dětí, akademické výsledky a celkovou pohodu. V této kapitole budou jednotlivé typy rodin a styly výchovy představeny.

Vymezení pojmu rodina, včetně typů a funkcí se zaměřením na dysfunkční rodinu, je důležité pro pochopení problematiky rizikových faktorů u zanedbávaných dětí.

1.1 Charakteristika rodinného prostředí a potřeb dítěte

Rodina byla již od počátku věků **základem společenského soužití**, a to i když se funkce v různých obdobích lišila. Ať už se jednalo o zakládání měst, udržování rodů či rozšiřování majetku, základní funkce zůstala stejná, a to i přes kulturní rozdíly napříč kontinenty či zeměmi (Matoušek & kol., 2003). Pro vznik rodiny je důležitá podmínka dvou generací. Za rodinu se tedy považuje partnerské soužití dvou lidí, kteří se starají o **dítě**. Celá skupina, pokrevně či právně spojená, se pak může nazývat rodinou (Giddens, 1999; Matoušek, 2008).

Je nutno podotknout, že se nemusí jednat pouze o „tradiční“ rodinu se sezdaným mužem a ženou, kteří vychovávají vlastní dítě. Za alternativy tradičního rodinného soužití se dle

Thelenové (2013) považuje například registrované partnerství (páry stejného pohlaví), osamělé rodičovství či komuny (sdílená výchova dítěte v komunitě).

Pro **zdravý vývoj dítěte** se právě rodina a rodinné prostředí stávají jedním z nejdůležitějších faktorů, který dítěti napomáhá k vytvoření osobnosti prostřednictvím výchovy. Tu ovlivňuje věk, vzdělání, postavení rodičů ve společnosti či vlastní zkušenosti rodičů (Vítek, 1989).

Působení rodičů má na dítě výrazný vliv, který může být jak pozitivní, tak negativní. Do rodiny se dítě rodí a je to jeho **základní sociální prostředí**, se kterým se dítě identifikuje a získává návyky. Při špatné výchově tak dítě získává špatný hodnotový standard a normy, které pak jedinec může přenést na své vlastní dítě (Cimlerová, 2005).

Aby rodina dítěti zajistila zdravý vývoj, je nutné naplňovat jeho **potřeby**, které Matoušek (2003) dělí na biologické a psychické. Biologické neboli tělesné, potřeby, mohou být například čistá voda, odpovídající strava, přístřeší apod. Jsou to potřeby nutné k životu. Psychické potřeby zahrnují například potřebu stimulace, attachmentu, osobní identity či životní perspektivy.

1.2 Funkce a typy rodiny

Za základní funkce rodiny se dle Dunovského a Kovaříka (1999) považují funkce **ekonomická** (uspokojení materiální potřeby), **výchovná** (výchova a péče o děti), biologická (sexuální uspokojení partnerů) a **emocionální** (vztah a komunikace v rodině).

Právě na základě naplnění jednotlivých funkcí v rodině se dle Dunovského a Kovaříka (1999) rozlišují čtyři typy rodin, a to:

- **Funkční** – Takové rodiny zajišťují zdravý vývoj dítěte. Pokud v rodině nastane nějaký problém (rozvod, úmrtí), jednotliví členové jsou schopni jej **sami vyřešit** bez pomoci státních systémů pomoci a služeb.
- **Problémové** – Zdravý vývoj dítěte v těchto rodinách není nijak ohrožen, avšak vyskytují se zde určité **nedostatky** v plnění funkcí. Může se jednat například o problémy s nezaměstnaností či zdravotními obtížemi některého člena rodiny. Rodinní příslušníci problémy řeší jak sami, tak za pomoci státních systémů pomoci a služeb.
- **Dysfunkční** – V rodině dysfunkční se vyskytuje **závažnějších** problémů v několika či ve všech rodinných funkcích, což ohrožuje zdravý vývoj dítěte. Jednotliví členové se potýkají například s dlouhodobou nezaměstnaností, závislostí na návykových látkách apod. Pro ochranu dítěte a pomoc rodině je nezbytná přítomnost systému pomoci a služeb.

- **Afunkční** – Rodina popírá existenci rodinného života, čímž je znemožněn zdravý vývoj dítěte.

Za další typologie rodin můžeme považovat například rodiny **nukleární** (dvougenerační) a **rozšířené** (vícegenerační) či **orientační** (rodina narození) a **prokreační** (námi založená). Toto rozdělení je často autory vnímáno jako základní (Matoušek, 1997). Dle vývoje ve společnosti pak rozlišujeme rodinu tradiční (vícegenerační, patriarchální, autoritativní), moderní (nukleární, demokratická) a postmoderní, kde struktura je individuální a autorita velmi nízká (Možný, 2008). V neposlední řadě je možné zmínit rodinu úplnou, neúplnou a doplněnou (Chrenková, 2015).

Ve funkční rodině, kde je zajištěn zdravý vývoj dítěte, je velmi minimální šance vzniku zanedbávání dítěte. Z tohoto důvodu bude obsahem práce zejména rodina dysfunkční, kde je zdravý vývoj ohrožen, a tedy je velká pravděpodobnost vzniku zanedbávání v rodině. Je třeba podotknout, že funkční rodina se může stát rodinou dysfunkční, a naopak. Nejedná se tedy o označení, které by si rodina udržovala po dobu svého trvání.

1.2.1 Vymezení dysfunkčních rodin

Pomoc státních služeb je zpravidla výrazná u dysfunkčních a afunkčních rodin. Takové rodiny si totiž nejsou schopny vyřešit své problémy samy, což se poté odráží i na dítěti, které po rodičích **přebírá vzorce chování**.

Pojem dysfunkce byl zavedený R. K. Mertonem, který tímto slovem označuje cokoliv, co má vědomé či nevědomé **negativní důsledky na sociální systém**. Naopak slovo afunkce označuje jev, kdy na sociální systém něco nemá žádný vliv (Maříková, Petrušek & Vodáková, 1996). Z této definice tedy vyplývá, že v dysfunkční rodině působí rodič či jiný člen rodiny na dítě negativním způsobem, což má neblahé důsledky na jeho zdravý vývoj. V rodině jsou narušeny základní funkce.

Dysfunkční rodiny se dle Mlčáka (1996) řadí do několika typů, které vykazují určité identifikační rysy. Zdůrazňuje však, že ne vždy se při výskytu těchto rysů musí jednat o dysfunkční rodinu. Je třeba si všimnout také intenzity a trvání faktorů.

- **Nezralé rodiny** – Nezralost rodiny se většinou (avšak ne výhradně) týká **věku rodičů**, kdy se může jednat například o matku v adolescentním věku. Nezralost způsobuje problémy již v těhotenství a po narození dítěte tyto problémy přetrvávají. Týkají se mnohdy rozčarováním z reality péče o dítě, finančních problémů, nedostatku spánku

apod. Děti pak mohou mít pocity nechtěnosti, nejasné hranice, zmatky z nejednotné péče a výchovy rodičů a prarodičů či zažívají nenaplnění svých základních potřeb.

- **Neodseparované rodiny** – Tento typ dysfunkční rodiny se nepřímou váží k nezralosti. Jedná se o situaci, kdy mladá rodina zůstává i s dítětem bydlet u prarodičů dítěte (mnohdy z finančních důvodů), aby si „ulehčili“. Prarodiče nabízí velkorysou pomoc (finance, hlídání dítěte apod.), avšak s těmito „výhodami“ se váží i **neustálá kontrola**. Dítě se dostává do napjaté atmosféry a série ovlivňování z obou stran a nemá jednotou péči a výchovu.
- **Generačně smíšené rodiny** – V rodině se nachází různě staří rodiče. Mnohdy se jedná spíše o staršího muže a mladší ženu (rozdíl cca 15 let). Starší z partnerů si do vztahu může přinést již své děti z minulého vztahu, což přináší konflikty v rámci „nové a staré“ rodiny. Dalším problémem je, že si mladší z partnerů bere toho druhého na vrcholu sil. Tento status se však při dospívání dítěte mění v důchodce/staršího člověka, což může mít negativní vliv na fungování vztahu. Dítě může čelit posměškům ze strany vrstevníků kvůli staršímu rodiči, může být srovnáváno s dětmi z předchozího vztahu, ale taky se můžou vyskytnout **nejasnosti ohledně rolí a nejednotná výchova** z důvodu generačních rozdílů.
- **Přetížené rodiny** – Rodina čelí **více problémům naráz** (finanční, pracovní, zdravotní), které se snaží zvládnout. Rodiče se pak mohou chovat jinak vůči dítěti, atmosféra je hustší, což dítě pociťuje. Zároveň jsou z důvodu problémů odsunuty jeho potřeby.
- **Materialistické rodiny** – Rodiče se soustředí spíše na své **kariéry** než na děti. Těm kupují drahé dárky a materiálně je zajišťují, avšak děti citově strádají, nemají náplň volného času. Rodiče mají navíc na děti nepřiměřené **nároky** a očekávají vděk za vše, co pro ně rodiče „dělají“.
- **Perfekcionistické rodiny** – Rodiče kladou příliš **vysoké nároky** na děti, a to ve všech směrech (domácí povinnosti, škola, sport, kroužky). Děti mají dělat rodičům dobré jméno a „reprezentovat“. Po dítěti často chtějí naplnit své vlastní cíle, které se jim nepodařily. Může docházet i k ponižování a vyzdvihování nedostatků dítěte. Vztah s rodiči je podmíněný **výkony**, děti jsou přetížené a čelí tlaku.
- **Autoritářské rodiny** – Rodič využívá svou autoritu a pomocí příkazů a zákazů vychovává dítě k **poslušnosti**. Vlastní názor a svobodné rozhodování je omezeno a podřízeno autoritativnímu rodiči. Mnohdy rodič využívá výchovu, ve které sám vyrostl. Dítě čelí neustálému napětí a problémům v kolektivu (šikana – obě strany).

- **Protektionistické rodiny** – Dítě má **přehnanou péči a ochranu** před okolním světem. To pak nemá jasnou představu o fungování reálného světa, neumí si samo poradit, je bázlivé, nesamostatné, bývají obětmi šikany.
- **Liberální rodiny** – V rodině chybí jasný **řád a hranice**, rodiče nemají o výchovu příliš zájem, věnují se vlastním zálibám. Dítě se má zabavit samo, má minimum povinností a úkolů, čímž se u něj pěstuje egocentrismus (myslí si, že se kolem nich točí svět).
- **Odkládající rodiny** – Rodiče přenášejí povinnosti výchovy dítěte na ostatní (prarodiče, sourozence, stát), a to z různých důvodů (nezralost, sebestřednost, kariéra). Dítě ztrácí kontakt s rodiči, má zmatek ve vztazích a ve výchově, prožívá citovou deprivaci.
- **Rozvodové rodiny** – Vztah rodičů je v rozpadu, dítě nemá představu o budoucnosti, může si rozvod dávat za vinu, což se podepisuje na jeho psychickém zdraví. V rodině je negativní atmosféra, dítě je prostředníkem mezi rodiči. Velmi záleží na tom, jak rodiče dítěti situaci vysvětlí.

Veškeré typy dysfunkčních rodin mají, v menší či větší míře, nepříznivý dopad na zdravý vývoj dítěte. Velmi záleží na **intenzitě** problémů, kterým rodina čelí. Nižší míra ohrožení nemusí být ani pozorovatelná na první pohled. Pokud jsou však v rodině vážné problémy, které již neumí členové rodiny sami řešit, neměli by váhat nad pomocí odborníky. Oddalování hledání pomoci akorát prohlubuje negativní dopad na dítě.

Právě ve výše zmíněných rodinách dochází k tomu, že dítě nemá uspokojeny své základní potřeby. Dochází k bezprostřednímu ohrožení jeho zdravého vývoje, který je ohrožen rizikovými jevy dysfunkčních rodin. V takovém případě, kdy nedochází v rodinách k nápravě a eliminaci rizikových jevů, se můžou rozvinout různé formy ohrožení dítěte.

2 PROBLEMATIKA ZANEDBANÉHO DÍTĚTE

V následující kapitole bude pozornost zaměřena na kritický a často přehlížený problém zanedbávaných dětí. Zanedbávání, charakterizované neuspokojením základních potřeb dítěte v oblasti péče a dohledu, představuje významné riziko pro jeho fyzický, emocionální a kognitivní vývoj. Prostřednictvím komplexního zkoumání základních příčin, forem a důsledků souvisejících se zanedbáváním dítěte tato kapitola prohlubuje porozumění tomuto složitému fenoménu a dává základ pro identifikaci strategie prevence a intervence.

Problematika zanedbávaného dítěte je stěžejní pro teoretickou část, a to zejména z důvodu obsažení rizikových faktorů, které jsou předmětem této rigorózní práce. Krom vymezení rizikových faktorů jsou představeny také formy a důsledky zanedbávání, které napomáhá s pochopením situace dítěte a předpokladu pro návrat do rodiny.

Zanedbávání dítěte je komplexní pojem, který v sobě zahrnuje **negativní zkušenosti dítěte** z rodinného prostředí. Může se jednat například o špatný dohled rodiče, nedostatečný přísun potravy, nedodržování školní docházky, nezajištění lékařského dohledu pro dítě. V podstatě se jedná o zanedbání dětských **potřeb**, které jsou nutné k jejich **zdravému rozvoji** (Mennen, Kim & Trickett, 2010).

Ve společnosti bývá závažnost zanedbávání spíše upozadována oproti sexuálnímu obtěžování a fyzickému týrání, avšak ty nejvážnější následky se velmi často týkají právě zanedbávání. Například až 30% dětských úmrtí z důvodu špatné péče je způsobeno zanedbáváním, 22% je způsobeno fyzickým týráním a zbytek kombinací více příčin (Child Welfare Information Gateway, 2012 in Hornor, 2014).

Následující kapitola se detailně věnuje problematice zanedbávání, které je předmětem této práce, jelikož je nutné, aby čtenář problematice porozuměl a měl dostatek informací.

2.1 Klinická a právní definice pojmu „zanedbané dítě“

Přesné vymezení tohoto pojmu je velice obtížné, jelikož mnohé pohledy mají tendence směřovat zanedbávání a týrání jako jednotný pojem. Mnozí autoři však kladou důraz na to, aby právě tyto odlišné formy byly rozdělovány a společnost se na ně dívala z jiných stanovisek, především z důvodů rozlišnosti práce s těmito skupinami. Lze říci, že zanedbávání dětí je **nejběžnější a nejhůře detekovatelný** jev problematiky ohrožených dětí a je zapotřebí věnovat mu v dnešní době stále větší pozornost a snažit se o eliminaci dětských případů (Wilson & Horner, 2005; Sullivan, 2000).

Tato forma ohrožení dítěte mnohem vyšší procento vyskytnutých případů než například fyzické a sexuální zneužívání (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink & van Ijzendoorn, 2015).

Autoři se zabývají dvěma stanovisky, která se týkají pojmu zanedbávání, a to klinické a právní.

Klinické stanovisko stanovující fakt, že na rozdíl od jiných forem ohrožených dětí se klade větší důraz na kontext právních a kulturních norem, a to ve smyslu špatného zacházení s dětmi, především z hlediska neadekvátní péče o ně. Dalším rozdílem je také to, že dítě nebývá vystaveno do role oběti, které čelí agresorovi, ale vyplývá to především z neaktivního postoje dospělé, dítěti blízké osoby, která neplní pro dětský vývoj důležité funkce a tím dochází u dítěte k omezování jeho potřeb. Na zanedbávání je velice důležité hledět z pohledu sociálních, ekonomických, právních a kulturních možností každé země, kde jsou pokaždé jiné rodinné hodnoty, vztahy a celková životní situace. Obecně zde lze uvést, že zanedbávání z pohledu tohoto stanoviska je to, co dítě bezprostředně ohrožuje na životě z důvodu **selhání poskytovatele péče**, kde dítě vyrůstá (Horwath, 2007; Dunovský & kol., 1995; Collins, 2006; Kovařík, 1993; Burke & kol., 1998; Trocmé, 1996).

Druhé stanovisko, **právní**, se zabývá pravomocí státu zasáhnout do práv rodičů a jejich trestněprávní odpovědností. Zanedbávání z právního hlediska se zabývá zejména ochranou dětí a zlepšením jejich života. Tento cíl napomáhá ke klasifikování každého případu, kdy se posuzuje, zda a případně v jaké míře (závažnost, doba trvání) dochází k zanedbávání dítěte. Zároveň je zkoumáno, zda péče rodičů/pečovatelů o dítě, byla adekvátní a zda případná neadekvátnost péče měla identifikovatelné následky (fyzické, emoční) na dítě. Cílem sociálněprávní ochrany dětí je tedy **striktní vymezení soudně prokazatelného nežádoucího chování** při péči o dítě. Postupem let se kromě ochrany dítěte při neadekvátní péči začali odborníci zabývat i podporou rodin, aby se zanedbávání předcházelo (Pemová & Ptáček, 2016; Howarth, 2007; DePanfilis & Dubowitz, 2006; Gaudin, 1993).

Mezinárodní zdravotnická organizace za zanedbávání dítěte považuje neposkytnutí péče nebo služeb nezbytných pro jeho rozvoj v následujících oblastech: zdraví, vzdělávání, emoční vývoj, výživa, přístřeší a bezpečné životní podmínky. Důsledkem tohoto chování nebo nečinnosti je vysoká pravděpodobnost způsobení škod na zdraví dítěte nebo jeho tělesném, duševním, duchovním, morálním či společenském rozvoji. Za zanedbávání lze rovněž označit chování, kdy rodiče nedokážou řádně dohlížet a chránit děti před zrněním nebo jiným poškozením. Chování je nutné hodnotit v kontextu možnosti a zdrojů rodiny nebo jiné pečující osoby (Pemová & Ptáček, 2016).

Přesná definice se liší dle země, avšak základní pojetí zůstává stejné. V České republice je zanedbávání dítěte chápáno jako jakýkoliv **nedostatek péče**, který vede k vážnému poškození vývoje dítěte. Nepečování o dítě může být jak úmyslné, tak i neúmyslné. Zanedbávání může také vycházet z nepochopení rodičovské role. Do této problematiky se pak řadí zanedbávání tělesné, emocionální a zanedbávání výchovy a vzdělávání (Hoferková & Švrčinová, 2009).

2.2 Modely zanedbávání

Modely zanedbávání popisují a vysvětlují příčiny důvody neadekvátní péče o dítě od rodičů/pečovatelů. Většinou není pozornost zaměřena pouze na zanedbávání, ale na všechny formy problematiky CAN (Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte).

Medicínsko-diagnostický přístup pohlíží na syndrom CAN jako na důsledek jednání nemocného rodiče/pečovatele o dítě a zanedbávání bere jako nemoc. Dle tohoto přístupu mají takoví jedinci problém se sebekontrolou, tolerancí či emočními bariérami a je nutné je léčit. S postupem času se od tohoto přístupu odborníci více vzdalují, jelikož již nedokáže zanedbávání dítěte dostatečně řešit (Lutzer & kol., 1984; Sullivan, 2000).

Na druhou stranu **sociologický přístup** přikládá příčiny syndromu CAN sociálním problémům (nezaměstnanost, chudoba, rozvodovost apod.), které mají za následek nevhodné kulturní normy a výchovné způsoby rodičů. Ty vedou k zanedbání dítěte. Sociologický přístup je zaměřen právě na činy rodičů, které jsou ve společnosti vnímány jako nepřijatelné a způsobují fyzickou či emoční újmu dítěti (Rose & Meezan, 1993; Barnett, Mandy & Cicchetti, 1993). I tento přístup byl shledán za nedostačující, jelikož se zaměřuje pouze na příčiny a následek (Pemová & Ptáček, 2016).

Pro správné pochopení problematiky zanedbávání dítěte, je potřeba sledovat vývoj jednotlivých faktorů (rodič, dítě, prostředí), které mají na zanedbávání vliv. Z tohoto důvodu bylo do moderních přístupů přiřazeno ekologické hledisko, které faktory zohledňuje, což dalo vzniknout moderním přístupům zabývajících se sociokulturním kontextem zanedbávání, které se shodně řadí do skupiny multikauzálních interaktivních modelů. Jedná se například o vývojově ekologický model, bio-ekologický model, sociálně ekologický model či ekobehaviorální model (Sullivan, 2000; Panel on Research on Child Abuse and Neglect, 1993 in Pemová & Ptáček, 2016).

2.3 Rizikové faktory jako ukazatelé příčin zanedbávání dětí

Oproti dalším formám syndromu CAN (zneužívání a týrání), je pro zanedbávání složitější zjistit příčinu, jelikož není zkoumáno, co se dítěti stalo, ale spíše, čeho se mu nedostalo. Příčinami

pak bývá určitý soubor rizikových faktorů, které se vzájemně prolínají a „doplňují“. Může se jednat například o věk rodičů, velikost rodiny či postavení rodiny ve společnosti (Pallone & Malkemers, 1984; Watson, 2005). Právě rizikové faktory a jejich efekty bývají klíčové pro úspěšné předcházení a zmírňování zanedbávání dětí (Mulder, Kuiper, van der Put, Stams & Assink, 2018).

Velmi častým důvodem zanedbávání bývá nevědomost a nedostatečná informovanost rodičů, kteří na svém chování nespátřují nic zvláštního, či problémy bagatelizují ze strachu ze zásahu státních orgánů (DePanfilis, 2006; Cooney, 1998; Bruce & kol., 2002).

Zanedbávání vzniká z kombinace rizikových faktorů na straně rodičů, dětí, ale i prostředí, ve kterém se rodina nachází (kulturní, společenské, ekonomické). Dle DePanfilise (2006) existují následující typy rizikových faktorů:

- **Situační** (akutní) rizikové faktory – partnerské problémy, stres, duševní onemocnění.
- **Trvalé** rizikové faktory – tělesné nebo duševní onemocnění dítěte či rodiče, chronické problémy v rodině, návykové látky, domácí násilí.
- **Výchozí** rizikové faktory – chudoba, rasová nenávisť, problémy v komunitě.

Se zmíněnými faktory pak souvisí i ochranné faktory, které se dělí na **trvalé** (stabilita rodinného systému, podpůrný vztah rodič-dítě, připravenost ke změně) a **výchozí** (kulturní zázemí, ekonomická stabilita, sociální začlenění). Ochranné faktory zmírňují ty rizikové (DePanfilis, 2006).

Blumenthal (2015) pak rizikové faktory zanedbávání rozděluje na tři modely:

- **Rodičovský deficit** – za zanedbávání je zodpovědný rodič či jiný zákonný zástupce (nebere v úvahu prostředí).
- **Model prostředí** – zohledňuje zejména chudobu, která se projevuje na výchově dítěte rodiči (nebere v úvahu charakteristiky rodičů).
- **Ekologicko-transakční model** – spojuje předchozí dva modely do jednoho a například zkoumá, jak velký stres v rodině způsobuje chudoba a jak si s tím rodiče na základě vlastní charakteristiky poradí.

Autoři dělí rizikové faktory nejčastěji na vnější, vnitřní (rodinné), na straně rodičů a na straně dítěte. Nejrizikovějšími faktory bývají ty na straně rodiče, kterým by měla být věnována zvýšená pozornost (Van der Put, Stams & Assink, 2018).

Kvalifikovaný personál sociálních pracovníků, zdravotního personálu či dobrovolníků by měl rizikovým faktorům v rodinách věnovat řádnou pozornost, aby se předešlo případným škodám na zdraví dítěte a jeho zdravém vývoji.

2.3.1 Vnější rizikové faktory

Vnější faktory nemůže rodina příliš ovlivnit, jelikož se jedná o problémy, které ovlivňují celou **komunitu**. Mezi tyto faktory můžeme řadit například chudobu, sociální izolaci či vyloučení a sociální prostředí (Pemová & Ptáček, 2016).

Za nejvýznamnější vnější rizikový faktor je považována **chudoba**. Například při historických studiích v USA a Velké Británii bylo zjištěno, že 100%, respektive 98% domácností registrovaných v systému sociálněprávní ochrany pro zanedbávání dětí žilo pod hranicí chudoby (Sullivan, 2000; Watson, 2005). Je třeba mít na paměti, že ne vždy je chudoba hlavním důvodem zanedbávání dětí, ale je pouze jedním z rizikových faktorů. V rodinách, které žijí pod hranicí chudoby, se tak zanedbávání vůbec nemusí vyskytnout (Sullivan, 2000; Pemová & Ptáček, 2016). Například Brazílský výzkum od Pasianové, Beniteze a Lacharita (2020) potvrdil, že chudoba není rozhodujícím faktorem pro zanedbávání, avšak je také jedním z důvodů. K vyššímu počtu nízkopříjmových rodin se zanedbávaným dítětem může docházet také z důvodu, že takové rodiny bývají pod dohledem státních orgánů, tudíž je snazší zanedbání odhalit (Ovwigo & kol., 2003).

Chudoba se častěji vyskytuje v neúplných rodinách. U úplných rodin je nižší riziko vzniku chudoby, avšak ani zde není riziko nulové. Největšímu ohrožení čelí rodiče samoživitelé (Šťastná, 2009). Kromě důsledků ekonomických má chudoba také vliv na psychiku rodin, kdy chudoba působí jako výrazný **stresor**, který se projevuje na péči o dítě. Rodiče mají úzkosti, deprese, ale zažívají i pocity strachu (z budoucnosti), jelikož mají problémy zajistit denní potřeby dítěte (Pemová & Ptáček, 2016; Duva & Metzger, 2010). Takové rodiny pak mají problémy s hledáním sociální podpory od rodiny, státu apod., což problémy dále prohlubuje (Ethier, Couture & Lacharité, 2004).

Mezi další významné vnější rizikové faktory patří **sociální vyloučení komunity**, ve které se rodina nachází. Sociální vyloučení se projevuje zejména nedostupností veřejných služeb, jako je vzdělání, zdravotní péče či sociální služby. I kvůli tomu se pak v takových komunitách vyskytuje vyšší míra kriminality či jiných jevů, které ohrožují zdravý vývoj dítěte, kterým se od rodičů nedostává dostatečné podpory (Reis, 1993). Děti ze sociálně vyloučených komunit získávají návyky, které vidí ve svém okolí, a to například sociální či komunikační. Takové návyky jsou většinou špatné či nedostatečné a dítě ani nemůže získat pozitivnější návyky,

protože jiné prostředí než to ze své komunity, nepoznalo. Děti jsou pak často znevýhodněné, a to zejména ve školách, ke kterým si pak vytvářejí negativní zkušenost (Švec, 2010).

Na sociální vyloučení se váže i další rizikový faktor, a to **sociální izolace**. Ta je způsobená nedostatečným kontaktem rodiny, a to nejen z hlediska kvantity, ale také kvality kontaktů. Rodiny kolem sebe nemají dostatečný počet vzorů, nemají podklad správného chování, což se projevuje na jejich životech, tudíž i péči o děti. Děti pak považují péči rodičů o tu jedinou správnou, jelikož nemají jiný vzor (DePanfilis, 2006; Thomson, 2000).

2.3.2 Vnitřní (rodinné) rizikové faktory

Vnitřní, autory také nazývané rodinné, rizikové faktory se týkají samotné rodiny, tedy složení rodiny, věk rodičů a další demografické faktory, které se liší od těch, které vykazují funkční rodiny (Connell-Carrick, 2003). Avdibegovićová a Brkićová (2020) zmiňují také vztahy v rodině, domácí násilí a status rodiny ve společnosti.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, výrazným vnitřním rizikovým faktorem, je **věk rodičů**. V souvislosti se zanedbáváním dítěte se zmiňuje zejména nízký věk matky, ale i otce. Mladí otcové jsou často zaskočeni neplánovaným těhotenstvím, nedokážou ekonomicky zajistit rodinu (nedokončené vzdělání, žádné pracovní zkušenosti), riziko závislosti na návykových látkách (Lee & George, 1999). Mladé rodičky, které zatím nemají zkušenosti s péčí o dítě, zase mohou být vyčerpané a stresované každodenním staráním se o dítě (Taylor & kol., 2009).

Z předešlého odstavce vyplývá, že i **pohlaví rodičů** je vnitřním rizikovým faktorem. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (2010 in Pemová & Ptáček, 2016) je v případech týrání a zneužívání dítěte ve většině případů (83%, resp. 91%) pachatelem muž. Naopak u zanedbávání je až v 85% případů viníkem žena.

Neméně důležitým faktorem je pak **složení rodiny**. Ve většině případů se syndrom CAN vyskytne spíše v rodině, kde je otcovská role zastoupena jiným mužem, otčímem (Rosengerg & Wilcox, 2006). Rizikovým prostředím je pak také neúplná rodina. Osamělý rodič nemá takové finanční prostředky, jako kdyby se jednalo o úplnou rodinu. Zároveň však ani nemá na dítě tolik času a tento čas nemá kdo (druhý rodič) nahradit. Dítěti se pak nedostává tolik dohledu a péče (Waldfogel & kol., 2010).

Velký počet zanedbávaných dětí (až 40%) také pochází z rodiny, kde je přítomné domácí násilí, což má vliv zejména na emoční stav dítěte, které se situaci snaží pochopit. V takových rodinách nemají zákonní zástupci čas či chuť řešit potřeby dítěte (Akehurst, 2015 in Avdibegović & Brkić, 2020).

2.3.3 Rizikové faktory na straně rodiče

Velmi výraznými faktory jsou ty, které se objevují na straně rodiče. Může se jednat buď o **osobnostní faktory** (užívání návykových látek, psychické či duševní onemocnění, mentální úroveň), nebo o **historickou anamnézu** (zkušenosti se syndromem CAN, prožitá traumata) a jiné osobnostní problémy (Hartley, 2004). Zmíněné faktory ovlivňují schopnost rodičů porozumět potřebám dítěte (Avdibegović & Brkić, 2020).

Mezi společné osobnostní rysy zanedbávajících rodičů patří například infantilní chování, které vyplývá z jejich vlastních neuspokojených potřeb, když byli dětmi. Takoví rodiče se chovají nezrale, upřednostňují vlastní potřeby, postrádají empatii a nedokáží uchovat mezilidské vztahy (Sullivan, 2000).

Dalším rizikovým faktorem na straně rodičů je historie se syndromem CAN. Pokud si sám rodič prožil ve své primární rodině týrání či zanedbávání, je pravděpodobné, že patologické chování předá i svému dítěti, nebude schopen plnit svou rodičovskou roli a plně naplňovat potřeby dítěte. Tato problematika je výrazná zejména ve vztahu matka-dítě (Lounds & kol., 2006; Main & Hesse, 1990 in Ethier, Couture & Lacharité, 2004).

Neméně důležité je duševní a mentální zdraví rodičů, či jejich potenciální závislost na návykových látkách. S tímto rizikovým faktorem souvisí například intelektuální úroveň (nižší úroveň intelektu u matek spíše vede k zanedbávání), gramotnost či schopnost řešit problémy (Connell-Carrick, 2003; Azar & Soysa, 2000). Dle Keltnera (1994, in Ethier, Couture & Lacharité, 2004) se však role nižšího intelektu projeví na výchově dítěte až při IQ nižším než 60 bodů.

Zhoršené emoční schopnosti a zvládání každodenních činností vykazují i rodiče s psychiatrickými obtížemi a závislostí na návykových látkách. Tyto problémy pocítují zejména malé či handicapované děti (Stewart & kol., 2006).

2.3.4 Rizikové faktory na straně dítěte

U některých dětí je větší předpoklad možného zanedbávání. Takové rizikové faktory jsou vnímány spíše jako možné ohrožení dítěte a je v takových případech nutná preventivní péče a programy. Mezi rizikové faktory na straně dítěte se řadí věk, pohlaví, etnicita dítěte, osobnostní a zdravotní charakteristiky (Bugental & Happaney, 2004; Avdibegović & Brkić, 2020).

Věk dítěte, jako rizikový faktor, v sobě zahrnuje zejména prevenci. Již v prenatálním a perinatálním období je možné identifikovat potenciální zanedbávání dítěte. K identifikaci se dle Wu (2004, in Pemová & Ptáček, 2016) sleduje rodinný stav, věk, vzdělání a zdravotní pojištění

matky, počet sourozenců dítěte, adekvátnost prenatální péče, délka těhotenství (zda je kratší než 37 týdnů) a porodní váha dítěte (zda je nižší než 2500 gramů).

Nejvíce ohroženy jsou většinou ty nejmenší děti (dle autora do 4 či do 6-7 let), jelikož na ně mnohem více než na starší děti působí riziko pozdě poskytnuté zdravotní péče, nekvalita jídla či samota, a to zejména z důvodu vysoké závislosti na jiné osobě, většinou rodiče (Connell-Carrick, 2006). Ohroženy jsou však i děti dospívající, které mají trochu jiné potřeby než menší děti, které potřebují uspokojit. V opačném případě vzniká riziko selhání ve škole, vzniku **sociálněpatologického chování** (kriminalita, násilí, závislost na psychotropních látkách apod.) či **ohrožení zdraví** (Pemová & Ptáček, 2016). Někteří autoři jako Stith (2009) či Parkinson (2017) však dle Avdibegovićové a Brkićové (2020) se zařazením věku mezi rizikové faktory nesouhlasí a na zanedbávání to dle nich vliv nemá.

Dalším rizikovým faktorem je osobnost a chování dítěte, kdy za zejména rizikové jsou považovány takové rysy, které rodiče provokují či zatěžují (fyzicky a psychicky). Rodiče v takových situacích dětem nerozumí, což zhoršuje vztah dítě-rodič a vede k zanedbávání (Dunovský & kol., 1995).

Za velmi rizikovou skupinu se považují děti se **specifickými potřebami**. Do této skupiny lze zařadit děti nedonošené, s dlouhodobou nemocí, handicapované či mentálně retardované. Takové děti mají specifické potřeby, což klade vysoké nároky na rodiče, kteří o dítě pečují. U rodičů pak vznikají stresující faktory, které souvisí s nepřipraveností na nastalou situaci (péče o dítě), zhoršenou ekonomickou situací, časovou náročností na péči či možným sociálním odloučením (Prevent Child Abuse America, 2011 in Pemová & Ptáček, 2016). Dle Jonese (2012 in Avdibegović & Brkić, 2020) je u takových dětí až 4.6x větší pravděpodobnost zanedbávání než u jiných dětí.

2.3.5 Protektivní faktory

Opakem rizikových faktorů jsou faktory protektivní, které naopak dávají předpoklad, že se riziko, pravděpodobnost a důsledek zanedbávání sníží. Dle Centres for Diseases Control and Prevention (2011 in Pemová & Ptáček, 2016) jsou právě protektivní faktory možným důvodem, proč v některých rodinách s určitými rizikovými faktory dochází k zanedbávání, zatímco v jiných rodinách se stejnými rizikovými faktory k němu nedojde.

Jak uvádí Dixon a kolektiv (2009), pro prevenci zanedbávání jsou důležité zejména protektivní faktory na straně rodičů, jelikož faktory na straně dítěte jsou spíše jen podpůrné a zmírňují

následky zanedbáváním způsobené či poskytují lepší předpoklady pro úspěšnou terapii a vyrovnání se se situací.

Mezi protektivní faktory na straně rodiče patří:

- znalost a schopnost uspokojit základní potřeby dítěte,
- pečující chování,
- schopnost zvládat zátěžové situace,
- ekonomická stabilita,
- sociální začlenění (National Resource Center for Communitybased Child Abuse Prevention, 2011 in Pemová & Ptáček, 2016).

Na straně dítěte se pak jedná zejména o:

- zvědavost a fantazie,
- zájem o sociální interakci,
- rozhodnost,
- pocit odpovědnosti,
- sebekontrola,
- kognitivní předpoklady,
- dobrý zdravotní stav (Sargent, 1998 in Pemová & Ptáček, 2016).

Blumenthalová (2015) dále zmiňuje podporu okolí, a to emoční, peněžní, pomoc s rozhodováním a sebevědomím či prostým děláním společnosti v takových rodinách.

2.4 Formy zanedbávání

Jednotlivé formy zanedbávání vycházejí z neuspokojení základních dětských potřeb, jako je poskytnutí stravy a vody, zdravotní péče, vzdělání, střecha nad hlavou, láska, podpora a péče, bezpečí, hygienické podmínky či vhodné oblečení. Veškeré formy zanedbávání mají vliv na vztah rodič-dítě, ale i na budoucí život dítěte (Pemová & Ptáček, 2016). Zároveň je u zanedbávaného dítěte mnohem vyšší riziko fyzického, sexuálního a emočního týrání (Hornor, 2014).

Paradoxně při vážnějších případech je mnohdy snadnější zanedbávání odhalit a provést správnou intervenci. Rodiny jsou po kritickém incidentu více pod kontrolu, což může pro děti znamenat zlom a změnu k lepšímu. Naopak „lehčí“, avšak hluboké, formy zanedbávání, které nejsou odhaleny včas, prohlubují negativní následky u dítěte (Pemová & Ptáček, 2016).

Právě v tomto hledisku se rozlišuje zanedbávání **akutní** a **chronické**. Akutní zanedbávání může mít velmi závažné následky, a to zejména na zdravotní stav dítěte. Na druhou stranu chronické zanedbávání bývá opakované, v méně závažné formě, tudíž v některých případech i nerozpoznatelné. To má častější důsledky na psychický stav a vývoj dítěte, což se projevuje také na jeho budoucí socializaci (Fluke & kol., 1999 in Pemová & Ptáček, 2016).

Za nejčastější formy zanedbávání se považuje fyzické, vzdělávání a vývoje či emoční. Jednotlivé formy budou představeny v následujících kapitolách. Dle Pemové a Ptáčka (2016) se však do forem zanedbávání řadí i rizikové chování matky v těhotenství (zejména návykové látky).

2.4.1 Fyzické zanedbávání

Fyzické zanedbávání se projevuje fyzickými následky na straně dítěte (ohrožení života, zranění, nemoc), které jsou způsobeny nedostatečnou či nevhodnou péčí ze strany rodičů. Tyto následky bývají způsobeny nezájmem, nedostatečnými schopnostmi či omezenými finančními zdroji rodičů a intenzitu musí ve většině případů posoudit pediatr či jiný odborník. Příčiny lze zmírnit systematickou prací s rodinou, avšak v případě nezájmu o dítě bývá náprava velmi náročná (Pemová & Ptáček, 2016).

Následující text představuje příklady fyzického zanedbávání dítěte.

Závažnou formou zanedbávání je **zanedbání zdravotní péče**, které může vyústit v ohrožení života dítěte. V této souvislosti se rozlišuje opožděně poskytnuté a úplně odmítnuté poskytnutí zdravotní péče dítěti. Při vyhodnocování případů se pak bere na vědomí informovanost rodičů, tedy zda dostali od ošetřujícího lékaře dostatečné informace o zdravotním stavu dítěte a postupu léčby a jak s nimi nakládali (Pemová & Ptáček, 2016; Hornor, 2014).

Další závažnou formou zanedbávání je **opuštění** dítěte. V případech, kdy dojde k ohrožení života dítěte či ublížení na zdraví, se ten, kdo dítě opustil a měl o něj povinnost pečovat (z pravidla rodič), dopouští v ČR trestného činu dle § 195 trestního zákoníku č. 40/2009, hlava IV – Trestný čin opuštění dítěte nebo svěřené osoby (Pemová & Ptáček, 2016). V takových případech se posuzuje délka opuštění, věk, zdravotní stav, prostředí a následky opuštění dítěte (Pemová & Ptáček, 2016; Hornor, 2014). Také se zohledňuje, zda se mohlo jednat o nehodu či zda se dalo ublížení na zdraví zabránit (Hornor, 2014).

Do stejné kategorie, jako opuštění dítěte, patří i **odmítnutí dítěte** z domácnosti. Dítě není v domácnosti vítáno, a to nejčastěji z důvodu závislosti rodičů na návykových látkách či z příchodu nového partnera jednoho z rodičů do domácnosti. Dále se pak jedná o nedostatečný

dohled nad dítětem či nezajištění stabilní domácnosti (dítě stále žije na jiném místě, např. u příbuzných či vychovatelů) (Pemová & Ptáček, 2016).

Za další fyzické formy zanedbávání Pemová & Ptáček (2016) označují **nutriční** zanedbávání (dítěti není poskytována strava v dostatečném množství a kvalitě, a to například i v závislosti na předepsané dietě lékařem), zanedbávání **oblékání** (oblečení nemá správnou velikost či neodpovídá klimatickým podmínkám) a ochrana před rizikovým prostředím (prevence, zabezpečení domácnosti a prostředí dítěte).

2.4.2 Zanedbávání vzdělávání a vývoje

Jak vzdělávací, tak vývojové zanedbávání dítěte sice neohrožuje dítě na životě, jako je to v případě fyzického zanedbávání, avšak obě formy mají kritické důsledky na budoucí fungování dítěte ve společnosti. Zatímco v případě zanedbávání vzdělávání, které postihuje děti v povinné školní docházce, může ovlivnit sociální začlenění a budoucí uplatnění na trhu práce, při zanedbání vývoje (zejména u mladších dětí) se může u dítěte projevit závažná vývojová porucha (Besharow, 1990 in Pemová & Ptáček, 2016).

Zanedbávání vzdělávání se dle Pemové a Ptáčka (2016) a Scottové (2014) rozděluje na tři typy. Prvním typem je, že dítě bez závažného důvodu není vůbec zapsáno do žádné školy či školu nenavštěvuje. Další typ se vyznačuje tím, že dítě má vysokou absenci, kterou nemohou rodiče patřičně zdůvodnit. Posledním typem vzdělávacího zanedbávání je, když rodiče nevěnují pozornost či nenaplňují speciální vzdělávací potřeby dítěte. Za školní docházku zodpovídá zákonný zástupce, avšak každý případ se posuzuje individuálně, hledá se příčina problému a zohledňuje se zda, a případně v jaké míře, se rodiče snažili problém řešit.

2.4.3 Emoční zanedbávání

Dle Dubowitz a DePanfilise (2000) je emoční zanedbávání velmi závažné, avšak obtížně odhalitelné. Nedostatek psychické podpory (láska, zájem apod.) může mít velmi závažné důsledky na dětskou osobnost. Zároveň projevy nejsou jednoznačné. Jedno dítě se může projevovat apaticky a bezemočně, druhé zase hyperaktivně či agresivně (paradoxní reakce). U dětí se projevuje deprivace či subdeprivace.

Emoční zanedbávání má také výrazný vliv na kognitivní vývoj dítěte a také se u takových dětí častěji vyskytují problémy s chováním, zejména ve škole (Dubowitz, Papas, Black & Starr, 2002).

Kromě přímého emočního zanedbání dítěte (nedostatek podpory, lásky apod.) může být dle Pemové a Ptáčka (2016) dítě vystaveno i dalším formám psychického zanedbávání, jako je

přítomnost dítěte v rodině, kde se vyskytuje domácí násilí a dítě není přímou obětí, dále přehlížení či podpora v užívání drog či alkoholu dítětem, neposkytnutí psychologické/psychiatrické péče (nebo nedodržení doporučení a pokynů odborníka) a v neposlední řadě se jedná o přetěžování dítěte (přehnaná očekávání neodpovídající jeho predispozicím) či přehnaná ochrana rodičem (neumožňuje dítěti dospět).

2.5 Důsledky zanedbávání

Důsledky zanedbávání mohou být i krátkodobé, avšak bývají spíše dlouhodobého charakteru. Právě ve velmi dlouhodobém měřítku mohou ovlivňovat i celou společnost (ekonomické důsledky). Individuální důsledky se pak dělí, stejně jako formy zanedbávání, na fyzické, psychické a sociální.

Každá kategorie vyvolává nějaké následky na dětskou osobnost, nelze na ně však pohlížet individuálně, jelikož jednotlivé důsledky jsou vzájemně provázány napříč rodinnou kazuistikou (Pemová & Ptáček, 2016) a mohou vést k vážným zdravotním problémům či smrti dítěte (Avdibegović & Brkić, 2020).

Zanedbávání všeho druhu má velmi vážný vliv na rozvoj, zdraví a celkový život dítěte. Ovlivňuje akademické výsledky, sociální interakci, přijetí vrstevníky a další oblasti života (Hildyad & Wolfe, 2002).

2.5.1 Fyzické důsledky

Důsledky fyzické je mnohdy snadnější rozpoznat díky speciálním diagnostickým vyšetřením, jelikož se jedná o zanedbání výživy či zdravotní péče. Nelze však přesně určit a spojit si určitou událost zanedbávání s pozdějším důsledkem, jelikož například nekvalitní výživa během druhého a třetího roku života dítěte nemusí mít pouze okamžitý důsledek, ale může se později projevit i v dalších oblastech života daného jedince (Perry & Pollard, 1997 in Pemová & Ptáček, 2016).

Mezi nejčastější důsledky fyzického zanedbávání patří poruchy příjmu potravy, chronické kožní či dýchací problémy, zhoršený vývoj svalů a kostí, zvýšený výskyt vad a kazů chrupu či infekčních onemocnění, které nejsou dostatečně léčeny (Pemová & Ptáček, 2016).

V extrémních případech se může jednat až o **fatální** důsledky, tedy úmrtí dítěte z důvodu zanedbání péče rodiči. Pro příklad se může jednat o ponechání dětí bez dozoru na rizikových místech (vana, nevhodné prostředí pro hraní – nádraží, střechy apod.) či zanedbání lékařské péče při úrazu, kterému dítě nakonec podlehně. Příčiny fatálních důsledků se liší dle věku dítěte,

odpovědnou osobu se také liší, v počátcích života dítěte to může být kromě rodiče (či zákonného zástupce) třeba zdravotní sestra, později pak zase pedagog (Pemová & Ptáček, 2016). Míra úmrtnosti opakovaně zanedbávaných dětí je vyšší než míra fyzicky zneužitých dětí (Smith & Fong, 2004 in Avdibegović & Brkić, 2020).

2.5.2 Psychické důsledky

Psychické důsledky jsou hůře rozpoznatelné než důsledky fyzické a je složité jednotlivé důsledky přiřadit k události, kdy dítě bylo zanedbávané. Projevy dítěte mohou být různorodé (apatie, podrážděnost, únava), avšak u těchto projevů nelze přímo říct, že jsou důsledkem zanedbávání (Pemová & Ptáček, 2016). Ty lze dle Hildyarda a Wolfa (2001) identifikovat při hodnocení naplnění psychických potřeb dítěte. Rozeznávají se kognitivní/verbální (pro dítě je obtížná socializace a má špatné školní výsledky) a emoční důsledky zanedbávání.

Při emočním zanedbávání se rodiče dostatečně (či vůbec) nevěnují psychickým potřebám dítěte, zejména se projevují nízkou mírou empatie. Děti se pak stávají zaostalými v rozpoznávání emocí druhých, což u nich vyústí ve špatné reagování na životní situace (Gilbert & kol., 2008; Lounds & kol., 2006).

2.5.3 Sociální důsledky

Není jednoduché přesně určit sociální důsledky zanedbávání, a to zejména z důvodu, že zanedbávání ovlivňuje celkové zařazení se do společnosti. Dle Pemové a Ptáčka (2016) se však většinou zohledňuje úspěšnost ve škole (absence ve škole, opakování ročníku), sociálněpatologické chování či vztahy s vrstevníky (pasivnost, agresivita, konfliktnost). Zároveň se u zanedbávaných dětí projevuje neadekvátní reakce na sociální situace, dítě se v nich není schopno orientovat. Dle Bradleyho a Corwyna (2002) sociální postavení dítěte a jeho zařazení do společnosti výrazně ovlivňuje i hygiena, kdy dítě hygienicky zanedbávané bývá vrstevníky odstrkováno a nepřijímáno.

Mezi nejčastější důsledky sociálního zanedbávání patří násilné chování, které je posilováno i komunitou, ve které dítě žije (Lynam & kol., 2000), páchaní trestné činnosti (Kingree & kol., 2002), útoky z domova (Tyler & Johnson, 2006) či závislost na drogách nebo alkoholu (Wan-Yi & kol., 2011 in Pemová & Ptáček, 2016).

2.5.4 Společenské a ekonomické důsledky

Důsledky zanedbávání nejsou znatelné pouze na konkrétním dítěti/rodině, avšak negativně ovlivňují celou společnost, a to zejména ekonomicky. Jedná se například o zvýšené náklady na

prevenci, ochranu, identifikaci a léčebné výlohy u dětí. Dále je pak ale možnost, že zanedbávané dítě nebude schopno najít uplatnění v dospělosti, což vyústí v další dlouhodobou zátěž pro sociální systém státu (Pemová & Ptáček, 2016).

Náklady spojené se zanedbáváním dětí se dle Zielinskiho (2010) dělí na **přímé** a **nepřímé**. Mezi přímé se řadí zejména náklady na identifikaci, prevenci, diagnostiku a případné řešení zjištěných problémů. Nepřímé jsou pak takové náklady, které se objevují dlouhodobě při řešení dopadů zanedbávání dětí (špatné uplatnění dítěte ve společnosti, vandalismus apod.).

3 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE U ZANEDBANÝCH DĚTÍ

V závěrečné kapitole teoretické části bude zkoumána role sociální práce při řešení komplexních potřeb zanedbávaných dětí. Zanedbávání představuje hluboké selhání péče, které může mít zničující důsledky pro pohodu a vývoj dětí. Prostřednictvím komplexního zkoumání intervencí sociální práce zaměřených na identifikaci, diagnostiku, hodnocení a hledání řešení pro zanedbávané děti bude představena klíčová role sociálních pracovníků při ochraně práv a blaha ohrožených dětí.

Kromě možností sociální práce u zanedbaných dětí je kapitola zaměřena i na práci multidisciplinárního týmu, který bude tvořit respondenty v kvalitativním výzkumu v praktické části rigorózní práce.

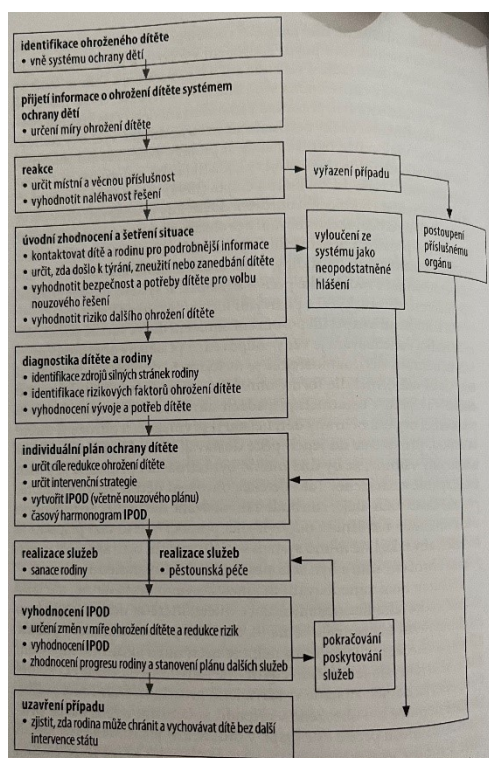
Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, zanedbávání je oproti dalším formám syndromu CAN obtížně identifikovatelné, tudíž i hodnotitelné. Zatím tak v České republice nefunguje nějaké obecné označení, vymezení pojmu, kterého by se dalo při hodnocení případů držet, a tak hodnocení a následné rozhodnutí často záleží na subjektivním pohledu přiděleného sociálního pracovníka. Jeho hodnotící proces však poté nelze aplikovat na další případ (Pemová & Ptáček, 2016).

Ve Velké Británii se dle Department of Health (2000 in Pemová & Ptáček) jako pomocný nástroj pro hodnocení individuálních případů vytvořil tzv. **hodnotící rámec**. Ten pro zkoumání případů posuzuje **rodičovskou způsobilost** (péče, bezpečnost, emoční vřelost apod.), **vývojové potřeby** dítěte (zdraví, vzdělání, emoční vývoj apod.) a **faktory rodiny a okolí** (bydlení, příjem, zaměstnání apod.).

Několik autorů však zmiňuje, že hodnotící rámec by neměl být rozhodující, avšak měl by pouze napomáhat sociálním pracovníkům v rozhodnutí.

Práce s ohroženým dítětem je dlouhodobějšího charakteru, který zahrnuje více činností od identifikace daného případu, přes diagnostiku, vyhodnocení, až po řešení daného problému. Základní model procesu diagnostiky (Pemová & Ptáček, 2011) je znázorněný na *Obrázku 1*.

Obrázek 1 - Základní model procesu diagnostiky dítěte



Zdroj: Pemová & Ptáček, 2011, s. 182

Identifikace, diagnostika, hodnocení a řešení zanedbávání, které jsou obsahem následujících podkapitol, jsou esenciální pro pochopení práce sociálních pracovníků s rodinami, kde se vyskytuje zanedbávání, a tedy i pro tuhle práci. Seznámení se s tímto procesem nastíní také kroky sociálních pracovníků při návratu dětí z pobytového zařízení do rodiny. V takovém případě se musí velká část procesu opakovat, aby bylo zajištěno, že předešlé problémy byly napraveny a je tedy možné navrátit dítě do domácího prostředí, aniž by byl ohrožen jeho zdravý vývoj.

3.1 Identifikace zanedbávaného dítěte

Prvním klíčovým krokem při pomoci zanedbávanému dítěti je jeho samotná identifikace. Ta je součástí kompetencí OSPOD, tudíž probíhá v rámci sociálních, zdravotnických a školských zařízeních. Právě zdravotníci či učitelé bývají v každodenním kontaktu s dětmi, měli by v rámci svých kompetencí poznat, že s dítětem není něco v pořádku a adekvátně na to reagovat (poskytnout rodičům informace, snažit se zanedbávání zabránit).

Identifikovat zanedbávané dítě však může i člen rodiny či běžný občan, který situaci nahlásí příslušným úřadům. Dle Government of Western Australia (2006 in Pemová & Ptáček, 2016) by se takoví lidé měli zaměřit na to, zda je dítě zraněné (také kde a jak vážně), pravděpodobnost

opakování zranění, pravděpodobnost rodiče v roli agresora, věk dítěte, situaci v rodině a další podobné faktory.

Nespecifické ukazatele zanedbávání pak vymezilo například Kansas Department for Children and Families (2016):

- **Fyzické ukazatele:**
 - Trvalý hlad či nevyhovující strava,
 - nedostatečný dohled,
 - nedostatečné/nevhodné oblékání a špatná hygiena,
 - špatná zdravotní péče,
 - fyzická, emocionální a kognitivní zaostalost.
- Ukazatele **chování:**
 - Žebrání či krádeže jídla,
 - útěky z domova či delikventní sklony,
 - agresivní chování,
 - extrémní apatie či naopak hyperaktivita.

DePanfilis (2006) dále přidává špatný vztah s rodiči a okolím, nízké sebevědomí a sebeúcta, lhaní, záškoláctví, sebepoškozování, užívání návykových látek či zanedbání školních povinností.

3.2 Diagnostika zanedbávaného dítěte

Dle Dunovského (1995) je diagnostika zanedbávaného dítěte procesem, při kterém interdisciplinární tým zkoumá příčiny a následky nežádoucího chování v rodině. Nejedná se o ucelený proces, který by byl ve všech případech stejný. Rozdíl spočívá zejména v počátcích identifikace, kdy záleží na tom, kde bylo potenciální zanedbávání poprvé zpozorováno (škola, zdravotnické zařízení atd.). Odborníci pak využívají různé diagnostické techniky na základě svého zaměření za podpory sociálního pracovníka.

Sociální pracovník musí jako první, ještě před osobním setkáním s rodinou či dítětem, zhodnotit aktuální situaci dítěte, a to pouze na základě dostupných, neúplných informací, které získá od odborníka, který potenciální zanedbávání nahlásil. Pomocí standardizovaného postupu tak pracovník zkoumá veškeré známé faktory, na jejichž základě plánuje další kroky, které je třeba podniknout (Pemová & Ptáček, 2016).

Výsledkem úvodního hodnocení je pak míra ohrožení dítěte:

- **Akutní** ohrožení – Dítě je okamžitě odebráno rodiči/opatrovníkovi, jelikož je v **přímém ohrožení**. Například může jeho rodič být zatčený policií z důvodu trestného činu či odvezený do nemocnice po předávkování apod. V takovém případě je dítě v rámci předběžného opatření předáno nejbližším příbuzným či do odpovídajícího zařízení a jeho situace je dále zkoumána.
- **Závažné** ohrožení – V rodině je vysoké riziko ohrožení dítěte, avšak není možné (zatím) dítě z právního hlediska odebrat. Jsou tedy vydána opatření a kroky za podpory sociálních služeb či soudního dohledu, které musí rodina splnit. Pokud se jí bude dařit, může být přesunuta do středního ohrožení dítěte, v opačném případě je nutné podstoupit alternativní řešení.
- **Střední** ohrožení – V rodinách se středním ohrožením je vytvořený individuální plán za podpory služeb sociálních terénních pracovníků, kteří se snaží rodinu pozitivně motivovat ke zlepšení stavu pro dobro dítěte. Závažnost ohrožení se pak dále zkoumá, při zvýšení jsou podniknuty další kroky.
- **Minimální** ohrožení – V rodině došlo k rizikové situaci ojedinele vlivem nenadálých okolností, avšak dítě nevykazuje známky syndromu CAN. Rodina je spíše jen poučena sociálními pracovníky a jsou jí nabídnuta určitá preventivní opatření. Po nějaké době je situace v rodině přezkoumána, a pokud nejsou zjištěny další problémy, nejsou podniknuty žádné dodatečné kroky (Pemová & Ptáček, 2016).

Úvodní hodnocení je spíše **okrajové** a nejde plně do hloubky daného případu. K tomu je třeba komplexní hodnocení zanedbávání.

Realizace diagnostiky dítěte probíhá dle Pemové a Ptáčka (2016, s. 133) nejčastěji následujícími způsoby:

- **„zhodnocení stavu** dítěte formou rozhovoru s dítětem/děťmi (s možností využití standardizovaných dotazníků),
- posouzení **kvality a kompetencí** rodičů prostřednictvím rozhovoru s rodiči (s možností využití standardizovaných dotazníků),
- **analýzy** expertních posudků dalších odborníků hodnotících dítě, případně jeho rodinu (lékař, školské zařízení, volnočasové aktivity, intervenční sociální služby),

- **zhodnocení prostředí**, ve kterém dítě žije, formou sociálního šetření a pozorování v přirozeném prostředí (s možností využití standardizovaných nástrojů hodnocení domácího prostředí).“

3.3 Hodnocení zanedbávání

Hodnocení zanedbávání zahrnuje celkové zhodnocení situace dítěte v jeho rodině. Ať už se jedná o kompetence rodičů, naplňování potřeb či prostředí, ve kterém rodina žije. Tento proces se zabývá celou situací do hloubky, jelikož následně slouží k vytvoření plánu pro ochranu dítěte.

Ke správnému vytvoření plánu je nutné, aby byly všechny zainteresované osoby k sociálnímu pracovníkovi upřímné a nezatajily žádnou událost, a to i negativní, které by je mohla poškodit. K tomu je důležitá i samotná osobnost sociálního pracovníka, který by měl být empatický, avšak zároveň si udržovat osobní odstup od případu. Měl by v rodině vzbuzovat důvěru, aby mohl dojít k tomu nejlepšímu řešení (Pemová & Ptáček, 2016).

Při hodnocení by se měl sociální pracovník zaměřit na délku trvání zanedbávání, odpovědnou osobu za zanedbávání, důsledky, projevy zanedbávání a názor, případně vysvětlení rodiny (DePanfilis, 2006). Child Protective Services Virginia Department of Social Services (2007 in Pemová & Ptáček, 2016) dále zmiňují míru ohrožení dítěte, vztahy, potřeby a zdroje rodiny, komunitní vliv a životní prostředí rodiny a vývojové potřeby dítěte včetně kapacity rodičů tyto potřeby chápat a naplnit je.

Jelikož hodnocení zanedbávání má za cíl ochranu dítěte, a ne trestněprávní stíhání zodpovědné osoby, je velmi důležitá spolupráce rodiny se sociálními pracovníky, kteří by měli vzbuzovat důvěru a snažit se o navázání kontaktu, což může být u některých rodin problematické. Může se u nich totiž objevit nejen strach z trestněprávního stíhání, ale také stud či pocit neúspěchu, kvůli čemuž nemusí s pracovníky řádně spolupracovat (Hoskin & White, 2010).

Celý proces hodnocení by měl dle Pemové a Ptáčka (2016, s. 139) probíhat:

- **„efektivně** – to znamená, že sociální pracovník zjišťuje jen ty informace, které skutečně ke své práci potřebuje,
- **systematicky** – sociální pracovník zjištěné údaje transparentně zaznamenává, aby je mohl účinně vyhodnotit,
- **objektivně** – sociální pracovník získaná data objektivně vyhodnocuje, nejlépe s využitím standardizovaných nástrojů,

- **transparentně** – rodina je seznamována s výsledky sociálního šetření; její členové mají možnost se k zjištěným faktům vyjadřovat, až na naprosté výjimky by sociální šetření nemělo být prováděno bez předchozího oznámení,
- **důstojně** – veškeré informace, které sociální pracovník o klientech získává, by si měl opatřovat s respektem ke klientům a zachováním jejich lidské důstojnosti a intimity,
- **důvěrně** – veškeré informace, které sociální pracovník shromáždí formou sociálního šetření, jsou považovány za důvěrné, a tak s nimi sociální pracovník zachází.“

V jednotlivých krocích se pak sociální pracovník soustředí na hodnocení dítěte, posouzení péče ze strany rodičů, prošetření hodnocení případu ze strany ostatních odborníků (pedagogický pracovník, lékař apod.) a posouzení prostředí, ve kterém dítě žije. Jedná se tedy o delší a komplexní proces zahrnující již zmíněnou identifikaci a diagnostiku, který nakonec dá vzniknout plánu pro ochranu dítěte (Pemová & Ptáček, 2016).

Při **hodnocení dítěte** se sociální pracovník soustředí zejména na základní fakta o něm, jako je jeho fyzický a psychický stav či zda jeho věk odpovídá zdravému vývoji. Následně pomocí rozhovoru či standardizovaného dotazníku (který u získaných dat zamezuje subjektivním pocitům či špatné interpretaci) zjišťuje, jak samotné dítě hodnotí svůj nynější stav a události v rodině či její funkčnost (Stowman & Donahue, 2005).

Rozhovor či standardizovaný dotazník se používá i u rodičů pro posouzení **kompetencí a kvality jejich péče**. Při tomto šetření je pozornost sociálních pracovníků soustředěna předně na způsob péče, materiální a ekonomickou situaci rodiny, rodinné vztahy a vzájemnou komunikaci (Pemová & Ptáček, 2016). Při prvním dotazování by měli být přítomní oba rodiče/opatrovníci. Další setkání již mohou probíhat odděleně či s dalšími osobami, které by rodina ráda začlenila (DePanfilis & Salus, 2003).

Jelikož je rodina či opatrovník nejčastějším „pachatelem“ při zanedbávání dítěte, je důležité po celou dobu sbírání dat zaujímat neutrální postoj založený na objektivitě, důkazech a systematickém / standardizovaném postupu. V opačném případě by mohlo dojít k nesprávnému sběru dat, a tudíž i špatnému vyhodnocení případu. I přesto je však velmi důležité pozorování ze strany sociálního pracovníka, které může odhalit dodatečné informace, které „pouhá data“ neukážou (Tanner & Turney, 2000).

Pro hodnocení případu je důležitá i pomoc multidisciplinárního týmu v podobě **odborných posudků** ve standardizované podobě, které poté sociální pracovník, který některé skutečnosti

nemůže sám identifikovat, analyzuje. Do hodnocení se zahrnuje například školní úspěšnost dítěte, jeho zdravotní stav, kognitivní vývoj, psychický stav a další (Pemová & Ptáček, 2016).

Poslední oblastí hodnocení je **zkoumání rodinného a širšího prostředí**, které bývá problematické zejména z důvodu, že to může rodina brát jako velký zásah do soukromí, a tudíž nemusí se sociálními pracovníky spolupracovat (Pemová & Ptáček, 2016). Sociální pracovník může při šetření prostředí narazit na závažné hygienické nedostatky či nebezpečné předměty. Na druhou stranu nemusí neuklizené a nedokonalé prostředí znamenat, být důvodem, zanedbávání. Záleží pak na osobě sociálního pracovníka, jak velkou důležitost hodnocení prostředí udá, a co během něj zjistí (Scourfield, 2000).

3.4 Řešení zanedbávání

Jak již vyplývá z předešlých kapitol, zanedbávání dítěte je závažnou problematikou, která má jak krátkodobý, tak dlouhodobý dopad nejen na fyzické, emoční či psychické zdraví dítěte. Sociální pracovník se vždy snaží vybrat takové řešení, které nejlépe odpovídá dané situaci, a které je v tom nejlepším zájmu správného vývoje daného dítěte.

Právě hledání takového řešení vyžaduje spolupráci a zapojení **multidisciplinárního týmu**, a to vládních institucí, komunitních organizací a profesionalitě / znalostech sociálních pracovníků (Berry & kol., 2003). Cílem této spolupráce by mělo být vytvoření bezpečnějšího prostředí pro dítě, které **předchází situacím**, které mají vliv na zdraví dítěte, případně dává podklady pro správné **řešení**, pokud situace nastane.

Tyler a kolektiv (2006) uvádí, že jedním ze základních nástrojů řešení problematiky zanedbaného dítěte jsou právní normy zanesené v legislativě dané země, jelikož zanedbávání se často projevuje tam, kde existují závažnější **sociálně-ekonomické podmínky** pro rodiny. I z tohoto důvodu se dané normy snaží o prevenci chudoby a sociálního vyloučení, či zahrnují poskytování finanční a hmotné pomoci rodinám, které (nejen) tato situace postihla. Dalšími nástroji jsou poté rodinná politika, politika zaměstnanosti, bytová politika či podpora ve zdravotnictví a vzdělání. Významným faktorem je také vytváření a podpora azylových domů, krizových center a služby sociální intervence.

Autoři (Pemová & Ptáček, 2016; Lawrence, 2004; Braithwaite, Ivec & Harris, 2009; Waites & kol., 2004; Jones & kol., 2002; DePanfilis, 2006) se shodují, že pro ochranu dětí před zanedbáváním je důležité postavit systém na základních principech:

- **Systematizace** – Proces ochrany dětí by měl být systematický a transparentní, podléhat předem daným standardům.

- **Diagnostika a intervence** – Mělo by být založeno na komunitním principu, kdy většina aktivit probíhá v místě bydliště dítěte, tudíž má terénní pracovník k dispozici formální i neformální zdroje z dané lokality. Komunitní formy pomoci napomáhají i rodičům s rekvalifikací či komunitním bydlením.
- **Důraz na dítě i rodiče** – Komplexní sociální služby jsou poskytovány jak dětem (v případě více dětí v rodině každému dítěti individuálně), tak rodičům, aby bylo docíleno žádoucího výsledku.
- **Spolupráce multidisciplinárních týmů** – Zajišťuje komplexní, kvalifikované a odpovědné zhodnocení aktuální situace v rodině a následné vyhodnocení, a to i nejednoznačných či obtížných případů.
- **Profesionalita** – Metody práce musí být aktuální, reflektující nynější problémy a situace, čehož je dosaženo neustálým vzděláváním pracovníků a aktualizací metodik práce.
- **Stanovování cílů s průběžným vyhodnocováním** – Krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle řídicí se pravidlem SMART (specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické, časově ohraničené). Cíle se stanovují na straně dětí, rodičů, komunity či životní úrovně u postihnutých rodin.

U řešení či prevenci zanedbávání jsou autory (Lewin & Herron, 2007; DePanfilis & Dubowitz, 2005; Pemová & Ptáček, 2016) zmiňovány zejména služby **terénního charakteru** v domácím prostředí rodiny. Tyto služby však nejsou předmětem této práce, tudíž budou v následujícím textu zmíněny, avšak nebude jim věnována samostatná kapitola, jako pobytovým zařízením.

Efektivním způsobem řešení a prevence zanedbávání je tzv. **Home visiting** (práce s rodinou v domácím prostředí), které se zaměřuje na komplexní řešení situace v rodině a jejích funkcí. Jedná se o různorodé programy, které poskytují rozdílné části multidisciplinárního týmu (sociální pracovníci, zdravotní sestry, dobrovolníci) dle cílů a cílové skupiny. Společným mechanismem těchto programů je psychosociální intervence v rodině se zaměřením na zlepšení funkcí, která probíhá v přirozeném prostředí, tedy doma. Může se jednat o dohled, podporu či edukaci rodin (Bull & kol., 2004; Kitzman, 2001).

Při **rané intervenci** (u dětí do 3 let), které se zaměřují spíše na práci s rodiči a změnu jejich chování, edukaci a podporu. Jedná se o včasnou identifikaci potenciálně ohrožených rodin, navázání spolupráce s danou rodinou (zejména matkou) a její podpoření ke spolupráci v home visiting programu, které naváže na zdravotní péči, provází a učí rodiče pro prevenci zanedbávání (Olds & kol., 2004; Guterman, 1997).

Dalšími skupinami jsou rodiny v **rizikových** či **obtížných** situacích, u kterých se sociální pracovníci zaměřují zejména na riziko syndromu CAN, který by měli být schopni diagnostikovat, umět rodině poskytnout psychosociální služby a vědět, kdy je nutné situaci nahlásit příslušným orgánům. U této skupiny je tedy nutné, aby byl personál více vyškolený než u rané intervence (Pemová & Ptáček, 2016).

3.4.1 Zákon v ČR o sociálně právní ochraně dětí

Sociálně-právní ochrana dětí, jeden z **hlavních pilířů ochrany dítěte**, má zaručit právo dítěte na život, nezbytný rozvoj, rodičovskou péči a rodinnou pohodu, svobodu identity, názoru, psychologie a náboženství, vzdělání a práci. Obsahuje také fyzické a psychické násilí, zanedbávání či zneužívání. Ochrana dítěte, širší pojem než občanskoprávní ochrana, zahrnuje ochranu široké škály práv a oprávněných zájmů dítěte, a proto je upravena právními opatřeními v různých právních oblastech a účincích. Proto podléhá činnosti mnoha úřadů, právnických i fyzických osob, na základě jejich práv.

Ochranu dítěte a garanci práv dítěte najdeme v legislativě v oblastech rodinného práva, sociálního práva, školství, zdravotnictví, daní, občanského práva, trestního práva atd. Tato skutečnost objasňuje, že zákony o péči o děti nemohou být obsaženy v jediném zákoně. Deklarace práv dítěte, ratifikovaná Valným shromážděním Organizace spojených národů (OSN) dne 20. listopadu 1959, a Úmluva o právech dítěte, ratifikovaná v roce 1989, stanoví, že rodina je základní jednotkou společnosti a přirozeného prostředí pro dítě. Všichni členové, zejména děti, by měli mít nárok na péči a pomoc, kterou potřebují k plnění svých rolí a zajištění jejich růstu a blaha. Děti proto v kontextu těchto mezinárodních nástrojů potřebují zvláštní záruky a přiměřenou právní ochranu před narozením i po narození vzhledem ke své fyzické a duševní vyspělosti.

Listina základních práv a svobod, součást právního řádu České republiky, obsahuje v čl. 32 starost o děti a rodinu. Stanovuje zákony a zaručuje ochranu speciální pro děti a rodiny. Zákon také respektuje jeden z hlavních principů rodiny, a to práva a povinnosti rodičů společně vychovávat a pečovat o své děti a právo požádat v případě potřeby o pomoc. Zasahování do raného a rodinného života je možné pouze v případě, že rodič nebo jiná osoba požádá o svěřeni dítěte do péče nebo není schopen se o dítě postarat (Legislativa a systém sociálně-právní ochrany, 2023).

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí je možné najít pod číslem **359/1999 Sb.** (2023) a je platný od 30.12.1999 s účinností od 1.4.2000. K 1.1.2023 obsahuje dvanáct částí a sedmašedesát paragrafů:

- Část první – Úvodní ustanovení (§ 1 - § 4)
- Část druhá – Základní ustanovení sociálně-právní ochrany (§ 5 - § 9a)
- Část třetí – Opatření sociálně-právní ochrany (§ 10 - § 38b)
- Část čtvrtá – Zařízení sociálně-právní ochrany (§ 39 - § 43)
- Část pátá – Pěstounská péče (§ 47a - § 47za)
- Část šestá – Poskytování sociálně-právní ochrany pověřenými osobami (§ 48 - § 50)
- Část sedmá – Inspekce poskytování sociálně-právní ochrany (§ 50a)
- Část osmá – Zaopatřovací příspěvek (§ 50b - § 50u)
- Část devátá – Společná ustanovení (§ 51 - § 58b)
- Část desátá – Přestupky (§ 59 - § 59h)
- Část jedenáctá – Řízení a místní příslušnost (§ 60 - § 64)
- Část dvanáctá – Přejícná a závěrečná ustanovení (§ 65 - § 67)

Ze zákona vyplývá, že sociálně-právní ochrana dětí je **bezplatná** péče poskytována státem zaměřena na nejlepší zájem dítěte, a to bez rozdílu (rasa, náboženství apod.). Důraz je kladen zejména na zajištění prevence a sanaci rodin.

Za dítě zákon považuje lidskou bytost, která nenabyla zletilosti (dovršení 18 věku, nebo uzavření manželství od 16 let), zároveň má právo na sociálně-právní ochranu každé dítě, které se nachází na území ČR. Rozsah služeb se liší dle daných ustanovení, vždy je však nutné poskytnout službu v nezbytné míře pro individuálně případ.

Poskytování sociálně-právní ochrany dětí je v jurisdikci obecních úřadů, obecních úřadů s rozšířenou působností, krajské úřady, úřad práce ČR, MPSV a úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, obce a kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně-právní ochranu dětí a další FO či PO, které jsou tímto výkonem pověřeny. Zmíněné subjekty jsou povinny vést spisovou dokumentaci dětí, kterým je ochrana poskytována. V dokumentaci jsou uvedeny osobní údaje dítěte, důvod a výsledky šetření a veškerá komunikace s úřady. Nahlédnutí do spisů je umožněno pouze osobám, které údaje potřebují ve správním řízení v zájmu dítěte, nebo rodičům (či jiné osobě odpovědné za dítě).

Pro všechny zainteresované osoby platí zachování **mlčenlivosti** o všech skutečnostech, které se o případu dozví, a to i po skončení jejich pracovního poměru či spolupráce na případu, v

opačném případě mohou být sankcionováni (Legislativa a systém sociálně-právní ochrany, 2023)

3.4.2 Význam pobytových zařízení v péči o zanedbané děti

Dle Matouška (2010) pravomoc k tomu, aby dítě bylo přemístěno do ústavní péče, spadá **soudům**. Soudci však, až na výjimky, dávají na rady sociálních pracovníků, kteří mají o případu nejvíce informací a znají tedy situaci rodiny nejlépe. Finální rozhodnutí, zda má dítě rodinu opustit, padá nejen po zhodnocení nynější situace v rodině, ale i po vyřešení otázky, zda stav dítěte nezhorší ztráta domova. V některých případech je však odchod dítěte (či zanedbávajícího) jediným způsobem, jak dítě ochránit.

V ČR mezi nejčastější řešení patří pobyt v azylovém době dítěte a jednoho rodiče a umístění dítěte do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále jen “ZDVOP”) či jiného ústavního zařízení, ve kterém zůstává do nabytí dospělosti, nebo se vrací do vlastní rodiny či odchází do náhradní rodinné péče.

ZDVOP je definované v zákoně č. 359/1999 Sb. (2023), který uvádí, že zařízení poskytuje pomoc a ochranu dítěti, jehož život nebo vývoj je vážně ohrožen, a to z důvodu týrání, zneužívání, zanedbávání či se dítě ocitlo bez pečovatele. Ochranou se rozumí zejména poskytnutí ubytování a stravy, pomoc s hygienou, poskytnutí potřebné péče (zdravotnické, psychologické atd.) a zprostředkování výchovných a vzdělávacích činností. V ZDVOP může být dítě ubytováno po dobu až 6 měsíců, avšak s možností opakovaného umístění.

Význam pobytových zařízení pro dítě tak přímo navazuje na cíl sociálně-právní ochrany dětí, a to zajištění zdravého vývoje dětí, pro které jej nedokázala zajistit jejich dosavadní, nejčastěji biologická, rodina. Pobytová zařízení jsou zásadní pro zajištění bezpečí, pohody a zdravého vývoje dětí. Poskytují řadu služeb a podpůrných systémů zaměřených na uspokojení jedinečných potřeb každého dítěte a pomáhají mu prospívat navzdory náročným okolnostem.

Pobytová zařízení tak dítěti poskytují zejména:

- **Bezpečí** – Dítě má bezpečné místo k životu mimo nebezpečné životní podmínky, jako je týrání, zneužívání či zanedbávání.
- **Stabilita a konzistence** – Pro dítě nabízí stabilní a konzistentní životní prostředí a poskytují dětem rutinu, strukturu a předvídatelnost, které jsou nezbytné pro jejich emocionální pohodu a rozvoj.
- **Emoční podpora** – Vyškolení zaměstnanci v pobytových zařízeních nabízejí emocionální podporu a vedení dětem, které mohly zažít trauma nebo obtížné okolnosti.

Poskytují podpůrné a pečující prostředí, kde se děti mohou naučit důvěřovat dospělým a rozvíjet zdravé vztahy.

- **Vzdělávání a rozvoj dovedností** – Pobytová zařízení často poskytují vzdělávací podporu a příležitosti pro rozvoj dovedností a pomáhají dětem dosáhnout jejich plného potenciálu akademicky, sociálně a emocionálně. To může zahrnovat doučování, trénink životních dovedností a mimoškolní aktivity.
- **Přístup ke zdravotní péči a uspokojení základních potřeb** – Pobytová zařízení zajišťují dětem přístup ke zdravotnickým službám, výživným jídlům, oblečení a dalším nutnostem k uspokojení základních potřeb, čímž podporují jejich celkové zdraví a pohodu.
- **Příprava na samostatnost** – Starším dětem a dospívajícím mohou pobytová zařízení sloužit jako přechodné životní prostředí, kde se učí základním životním dovednostem a připravují se na samostatný život. To může zahrnovat pomoc při hledání zaměstnání, správě financí a přístupu ke zdrojům komunity.
- **Návrat do rodiny nebo alternativní trvalé plány** – Pobytová zařízení často usilují o návrat dítěte do původní rodiny, poskytují podporu a zdroje, které rodinám pomáhají řešit problémy, které vedly k odloučení. Když toto řešení není možné, pomáhají sociální pracovníci při hledání alternativního trvalého bydlení, jako je adopce nebo dlouhodobá pěstounská péče.
- **Prevence bezdomovectví a kriminality mladistvých** – Poskytnutím stabilního a podpůrného prostředí mohou pobytová zařízení zabránit tomu, aby se děti staly bezdomovci nebo se zapojily do kriminality mladistvých.

Zejména z materiálního hlediska jsou děti v pobytových zařízeních velmi dobře zabezpečeny, často daleko lépe, než by kdy byly v biologické rodině. Je však nutné podotknout, že i přes veškerou snahu a podporu, nemohou pracovníci v pobytových zařízeních nahradit zdravě fungující a stabilní rodinné prostředí, a to zejména z emočního hlediska.

3.4.3 Sociální práce s rodinou v rámci ústavní péče

Služby sociální práce by ideálně měly obsahovat i ochranné programy pro oběti i jejich rodiny (Matoušek, 2010). Není účelem ústavní péče, aby byla trvalá. Cílem sociálních pracovníků je dostat děti zpět do “normálního” života, a to za pomoci náhradní rodinné péče či speciálních nápravných programů s biologickou rodinnou dítěte, aby bylo možné jim dítě opět svěřit.

Sociální pracovníci hrají zásadní roli při práci s rodinou dítěte, aby podpořili návrat dítěte do rodiny, řešili základní problémy a zajistili blaho dítěte tím, že rodiny budou schopny svým

dětem zajistit bezpečné, stabilní a výchovné prostředí. Využívaný je zejména přístup založený na spolupráci a uznávání jedinečných potřeb a okolností každé rodiny.

Zásadní úkony sociálních pracovníků při práci s případy zanedbávaných dětí již byly představeny v předešlém textu, není tedy nutné je znovu podrobně opakovat. V této kapitole jsou navíc obsaženy také poznatky sociální pracovnice z Dětského centra v Plzni (dále jen "DC"), na které se tato práce zaměřuje. Dochází tak k přímému propojení teoretické a empirické části.

Mezi hlavní úkony sociálních pracovníků při práci s rodinou dítěte patří:

- **Hodnocení a identifikace** – Sociální pracovníci provádějí důkladné posouzení poměrů v rodině, včetně důvodů umístění dítěte do pobytového zařízení, problémů rodiny a případných rizikových faktorů, které je třeba řešit. Při opětovném návratu dětí do DC sociální pracovník zkoumá, zda se vyskytuje stejný rizikový faktor, jako když dítě přišlo do DC poprvé,
- **Komunikace a spolupráce** – Sociální pracovníci udržují otevřenou a nepřetržitou komunikaci s rodinou, aby ji informovali o pokroku dítěte, diskutovali o dalších plánech a řešili jakékoli obavy nebo otázky, které mohou mít. Pro dosažení pozitivních výsledků je nezbytná spolupráce mezi sociálním pracovníkem, rodinou a dalšími odborníky zapojenými do péče o dítě.
- **Poradenství a podpora** – Sociální pracovníci poskytují rodině poradenství a emocionální podporu, pomáhají jim orientovat se v problémech, kterým mohou čelit, a vyvíjejí strategie zvládnání s cílem řešit základní problémy, jako je zneužívání návykových látek, problémy s duševním zdravím nebo rodinný konflikt. Sociální pracovníci DC také analyzují místo pobytu rodiny z důvodu zjištění, zda je v oblasti dostatečná dostupnost sociálních služeb.
- **Rodičovská výchova** – Sociální pracovníci nabízejí rodičovskou výchovu a podporu, aby pomohli rodičům rozvíjet dovednosti, které potřebují k tomu, aby jejich dítěti poskytovali bezpečné, stabilní a výchovné prostředí. To může zahrnovat výuku efektivních komunikačních technik, pozitivních disciplinárních strategií a technik zvládnání stresu.
- **Rodinná terapie** – Sezení rodinná terapie mohou být vedena s cílem zlepšit komunikaci, posílit rodinné vztahy a řešit základní problémy, které mohly přispět k umístění dítěte do rezidenčního zařízení. Rodinná terapeutická sezení poskytují rodinám

bezpečný a podpůrný prostor, kde mohou překonat konflikty, léčit traumata z minulosti a rozvíjet zdravější vzorce interakce.

- **Case Management** – Sociální pracovníci koordinují služby a zdroje na podporu úsilí o návrat dítěte do rodiny, včetně jejich propojení s komunitními programy, službami pro duševní zdraví, léčbou zneužívání návykových látek (u DC například adiktologická poradna Point 14), asistencí v oblasti bydlení a dalšími podpůrnými službami podle potřeby. V případě opakované finanční tísně dává sociální pracovnice DC kontakt na Člověka v tísní, kde pomáhají řešit exekuce, dluhy či osobní bankrot, ale také poskytují programy pro zlepšení finanční gramotnosti).
- **Plánování návratu dítěte do rodiny** – Sociální pracovníci spolupracují s rodinou a dalšími zapojenými profesionály na vypracování plánu návratu dítěte do rodiny, který nastiňuje konkrétní cíle, časové osy a kroky potřebné pro bezpečný návrat dítěte domů. To může zahrnovat řešení jakýchkoliv bezpečnostních problémů, poskytování průběžné podpory a dohledu a zajištění toho, aby byly k dispozici potřebné zdroje na podporu pokračujícího pokroku rodiny. Při plánování je sociální pracovník DC v úzkém kontaktu s pracovníky OSPOD, kteří se podílejí na individuálním plánu ochrany dítěte.
- **Advokacie** – Sociální pracovníci hájí nejlepší zájmy dítěte a rodiny a zajišťují, aby jejich hlas byl vyslyšen a jejich práva byla chráněna během celého procesu. To může zahrnovat obhajobu přístupu ke službám, řešení systémových bariér a usnadnění komunikace mezi rodinou a institucemi sociální péče o děti.

Jak již bylo zmíněno v předešlém textu, velmi důležitá je strukturalizace procesů sociálních pracovníků napříč sociálně-právním systémem ochrany dítěte s určitými výjimkami dle individuálních potřeb rodin. Sociální pracovníci DC tento princip následují a postupují dle strukturalizovaného procesu, který odpovídá teoretickým předpokladům, jež jsou v této práci představeny.

4 DĚTSKÉ CENTRUM PLZEŇ

Dětské centrum Plzeň (DC) je příspěvkovou organizací Statutárního města Plzně. Jedná se o zdravotnické zařízení (dle §43 a §44 zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování), jež poskytuje odbornou péči dětem ve v raném věku až po předškolní věk. Centrum se těší bohaté historii, kdy již v roce 1927 bylo založeno jako Ústav pro děti slabomyslné na Lochotíně "DOMOV". V průběhu let se pak postupně měnilo až do nynější podoby, od roku 2012 se rozšířily služby také na celou rodinu a název se změnil na Dětské centrum. Posláním organizace je poskytovat komplexní péči ohroženým dětem a rodinám.

Často se jedná o děti se specifickými potřebami, jako je:

- Postižení,
- Chronické onemocnění (doléčovací a hospicová péče),
- Syndrom CAN, riziková anamnéza rodiny (závislost rodičů na návykových látkách, HIV pozitivita rodičů apod.)
- Ohrožení rizikovým sociálním prostředím, opuštění,
- Dlouhodobá intenzivní rehabilitační péče,
- Děti vyžadující okamžitou pomoc (centrum Šneček od roku 2006 dle zákona č. 359/1999 Sb., Zákon o sociálně-právní ochraně dětí).

Těmto dětem a rodinám poskytuje centrum odbornou pomoc a podporu se zaměřením na včasné vyřešení situace dětí, a to včetně terénních služeb. To znamená snahu o zajištění správných životních podmínek pro dítě, kde může prospívat, ať už v biologické rodině či po umístění do rodiny náhradní. DC zajišťuje dětem práva, jako je možnost společného umístění se sourozenci (pokud to povoluje zdravotní stav dětí), udržování kontaktu s blízkými osobami a rozvíjení tělesných, duševních, sociálních a citových schopností.

Do centra jsou děti přijímány buď na základě žádosti zákonných zástupců nebo dle soudního rozhodnutí. DC spolupracuje s orgány sociálně právní ochrany dětí, praktickými lékaři, zdravotnickými zařízeními, soudy, školami či neziskovými organizacemi. Děti přicházejí často z nepříznivého sociálního prostředí, což ohrožuje jejich zdravotní stav a vývoj. Jedná se o dočasný pobyt do vyřešení situace dítěte, nejedná se o trvalé či dlouhodobé řešení osudu dítěte.

V DC se poskytuje jak pobytová, tak ambulantní péče. Pobytová péče zahrnuje:

- Plné zaopatření dítěte s odbornou péčí v případě, že děti nemohou pobývat ve vlastní rodině.
- Okamžitá pomoc dětem v tísni.
 - Závislost matek na návykových látkách, syndrom CAN, psychiatrická diagnóza,
 - důvody výchovné,
 - nezletilost matky,
 - utajený porod.
- Diagnosticko-terapeutický pobyt pro matku s dítětem s možností zácviků.
- Odlehčovací služby pro rodiny.
- Ozdravné pobyty dětí v horském prostředí.

Ambulantní péče se zaměřuje na:

- Poradenskou činnost a podporu biologických i náhradních rodin.
- Zácvik v péči o dítě či rehabilitaci.
- Přípravu žadatele o osvojení dítěte včetně pěstounské péče.
- Diagnostiku dětí v přechodné pěstounské péči.
- Doprovození pěstounských rodin.
 - Zprostředkování a podpora pěstounské rodiny při kontaktu s biologickou rodinou dítěte,
 - zajištění konzultací s odborníky,
 - vzdělávání pěstounů v oblasti péče o dítě.

DC se v Plzni nachází ve dvou lokacích, které mají dohromady kapacitu 70 lůžek. Služby jsou poskytovány pro děti zejména z Plzeňského kraje a DC je jediné zařízení, které poskytuje zmíněnou péči pro děti v jeho cílové věkové skupině.

Lokalita Na Chmelnicích, která je také sídlem organizace. Poskytuje komplexní služby dětem do věku kolem dvou let dle individuálního vývoje. Zejména se jedná o diagnostickou, ošetrovatelskou, výchovnou, sociální a psychologickou péči. DC také poskytuje místnost pro pobyt matek s možností zácviků v péči o dítě. Zájemkyně jsou většinou matky z rizikového prostředí, s různými typy závislostí, s chronickým onemocněním či se jedná o matky nezletilé bez rodinné podpory. V budově se také nachází oddělení kojenců a batolat a speciální oddělení s odbornou péčí o děti vyžadující náročnou ošetrovatelskou péči a trvalý lékařský dohled, mnohdy se jedná o paliativní péči.

Druhým pracovištěm DC je budova na Doubravce, která je více zaměřena na starší děti do předškolního věku. I v této budově DC je poskytována preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, výchovná, psychologická a sociální péče, avšak denní režim dětí se blíží péči v předškolním zařízení z důvodu věku dětí.

Nalézá se zde však i část, ve kterém je Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc Šneček. Tam jsou děti přijímány zejména na základě soudního rozhodnutí či žádosti OSPOD, ale i na žádost matky. Důvodem bývá syndrom CAN, špatné bytové a finanční podmínky, hospitalizace matky či opuštění dítěte matkou (Dětské centrum Plzeň, 2019; detskecentrumplzen.cz, 2020).

4.1 Multidisciplinární tým

V rámci DC pracuje multidisciplinární tým, který se stará o blaho dětí, které má na starost. I přes to, že se jedná o zdravotnické zařízení, služby zasahují i do sociální sféry, a to zejména od roku 2012, kdy centrum rozšířilo své služby o služby pro rodiny.

Zaměstnanci jsou rozdělení do několika kategorií, jež odpovídá i jejich pracovní náplni. Kromě stálých zaměstnanců do DC na pozvání docházejí i externí pracovníci s odborným zaměřením. Ředitelem či ředitelkou centra bývá lékař, který tak plní jak funkci lékařskou, tak technicko-hospodářskou.

Pilířem DC je **zdravotnický personál**, kam patří lékaři, psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut, výchovná sestra a zdravotní sestry, které plní funkci dětských sester a tzv. Tetiček. Tety mají děti na starost čtyřicet hodin denně, což je podobné systému v dětských domovech. Avšak v DC mohou tuto roli vykonávat pouze vystudované zdravotní sestry, jelikož jsou v centru děti se speciálními potřebami. Zpravidla má jedna teta na starost čtyři děti, skupiny se nemění (pouze v případě návratu dítěte do biologické rodiny či při osvojení do pěstounské péče). Dítě má tak v životě stabilitu, nemění se kolem něj personál, čímž se buduje důvěrnější vztah, jež se snaží nahradit rodinné prostředí. Zbytek personálu pak dítě navštěvuje dle individuálního plánu a potřeb.

Sociální personál se skládá ze sociálních pracovníků a terapeutů (rodinný a dětský). Tento vyškolený tým je v užším kontaktu také s biologickou rodinou dítěte, kde pracuje na preventivních opatřeních, zprostředkovávají kontakt se službami a dítětem. Jsou však v kontaktu také s pěstounskými rodinami. Dětský terapeut pak pracuje individuálně s dětmi.

Práci s dětmi mají na starost i **pedagogičtí pracovníci**, kam patří například i speciální pedagog. Tito pracovníci zajišťují pro děti speciální aktivity na rozvoj jejich znalostí, dovedností a schopností.

Zbytek personálu tvoří **technicko-hospodářský personál** (účetní, provozní), **provozní personál** (kuchařky, pradlenky, řidič a pomocný personál) a **externí zaměstnanci**, kteří se mohou měnit dle aktuálních potřeb DC a dětí. Jedná se například o logopedy, muzikoterapeuty, lektorku kojeneckých masáží, canisterapeuty, hippoterapeuty či jiné cvičitelky. Do centra také docházejí studenti na odborné stáže z různorodých studijních oborů či dobrovolníci z neziskových organizací.

DC se snaží o neustálý růst služeb pro děti a rodiny, což se odráží i na multidisciplinárním týmu, který stále roste, aby bylo zajištěno, co nejlepší zázemí pro děti. Právě zdravotnický a sociální personál tvoří respondenty v kvalitativním výzkumu této práce.

5 VÝZKUM RIZIKOVÝCH FAKTORŮ

Následující text obsahuje výzkumnou část této rigorózní práce, jež se zaměřuje na rizikové faktory, které byly probrány v teoretické části práce. Pro účely této práce byl vybrán jak kvalitativní, tak kvantitativní přístup, jež se vzájemně propojí a prohloubí tak získané poznatky, čímž zároveň i zvýší validitu dat.

5.1 Metodologie výzkumu

Kvalitativní výzkum má svá specifika, jako je jedinečnost, kontextuálnost, proesualnost, dynamika a neopakovatelnost (Miovský, 2006) a je protipólem kvantitativního výzkumu. Při sběru dat, které nejsou analyzovány za pomoci statistických metod, je výzkumník zaměřen na intenzivní a déle trvající kontakt se zkoumaným jedincem či skupinou jedinců a trémem. Odpovědi na otázky jsou zkoumány více do hloubky. Vyhledaná data se induktivně analyzují a interpretují, což vede k závěrům výzkumu, ale záměrem není najít pouze samotnou odpověď, ale také okolnosti, které ji mohly ovlivnit (Hendl, 2012).

Data plynoucí z rozhovoru budou nestrukturalizovaná a bude potřeba s nimi dále pracovat, aby nám poskytla žádoucí informace. Zpracování proběhne prostřednictvím metody **zakotvené teorie** (grounded theory method, **GTM**), jež je nejrozšířeněji využívanou metodou v rámci kvalitativních výzkumů (Brant & Charmaz, 2007). Cílem této metody, je vybudovat teorii zkoumané problematiky, což následně umožňuje ji porozumět v různých souvislostech a tím ji i v budoucnu předvídat a ovlivňovat (Glaser & Strauss, 1967).

Data pro kvalitativní výzkum budou sbírána za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s multidisciplinárním týmem z DC Plzeň, a to zdravotnického a sociálního personálu. Tento způsob rozhovoru má předem daná určitá témata a okruh otázek, kterými se bude zabírat, ale pořadí a způsob kladení otázek není předem daný a vyplývá i ze situace v daném rozhovoru. Je navíc možné se doptávat na zajímavé postřehy, které z rozhovoru vzniknou, což nám dává určitou volnost a možnost adaptovat se na dynamiku rozhovoru.

Následný **kvantitativní výzkum**, který doplní a obohatí informace získané kvalitativním výzkumem, se zakládá na sběru dat, jež jsou následně analyzována různými statistickými metodami. Zahrnuje proces formulace hypotézy, sběr a analýzu dat a následné přijetí či odmítnutí hypotézy (Weaver & Lawton, 2002).

Statistickou metodou zvolenou k vyhodnocení dat je popisná (deskriptivní) statistika. Ta je vhodná pro stručné vystižení podstatných informací o získaných datech pomocí čísel a grafů (Popisná statistika, 2021).

5.2 Cíl a výzkumná otázka

Cílem výzkumné části práce je **identifikace rizikových faktorů**, které ovlivňují opakovaný návrat zanedbaných dětí od rodiny do DC v Plzni, na základě vlastního výzkumného šetření. Rizikové faktory byly již vymezeny v rámci teoretické části práce a výzkumná část získané poznatky porovná s realitou v DC Plzeň. Respondenty jsou zdravotnický a sociální personál centra, který má nejbližší přístup k rodinám, kde se rizikové faktory vyskytují.

Pro dosažení cíle bude využita jak **kvalitativní**, tak **kvantitativní** metoda sběru dat. Pro kvalitativní výzkum bude využita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který bude vyhodnocen na základě metody zakotvené teorie. Ze šetření vyplynou hlavní témata týkající se rizikových faktorů. Doplnující pak bude kvantitativní výzkum, jež se bude zakládat na informacích získaných ze spisů o dětech DC Plzeň. Ten podpoří data získaná pomocí rozhovoru.

Při hledání těchto faktorů je mým cílem zejména zjistit, jaké faktory by mohly být nejdůležitější pro práci sociálních pracovníků, kteří by poté mohli s vyšší pravděpodobností určit, zda se dítě do rodinného prostředí opět začlení či se vrátí zpět do dětského centra.

Každá výzkumná studie musí správně formulovat výzkumnou otázku, která se týká výzkumného problému, který chceme řešit a věnovat se mu. O problému máme určité znalosti z předběžného průzkumu, tudíž víme, kam naše práce směřuje. Právě díky tomuto průzkumu můžeme postupovat kriticky a tím zmírnit riziko nedostatečné formulace otázky (Miovský, 2006). Při využití zakotvené teorie je obvyklé, že se nejdříve výzkumná otázka formuluje spíše široce a postupně se zužuje a zpřesňuje, jelikož vzrůstá porozumění zkoumanému jevu při identifikaci klíčových kategorií (Řiháček & Hytych, 2013).

Výzkumné otázky této rigorózní práce vycházejí z cíle práce.

Výzkumné otázky:

- *Jaké rizikové faktory se objevují u rodin využívající služeb Dětského centra Plzeň?*
- *V čem se liší rizikové faktory u rodin, odkud dítě přišlo pouze jednou a u rodin, ze kterých se vrátilo vícekrát?*

5.3 Osnova rozhovoru

Data pro kvalitativní výzkum budou sbírána za pomoci **polostrukurovaného rozhovoru** a jeho předem připravených okruhů, které budou zaměřeny na rizikové faktory, jež byly probrány v teoretické části této práce. Okruhy budou během rozhovoru probrány a zaznamenány na **audionahrávku**.

Polostrukurovaný rozhovor se skládá z pěti okruhů a jedenácti hlavních otázek, které pak doplňují dodatečné otázky k jasnějšímu pochopení odpovědí respondentů a rozvedení tématu, které může vést ke zjištění dalších rizikových faktorů.

Okruhy i otázky nebyly zaměřeny na konkrétní případy, ale mají spíše obecný charakter, aby bylo docíleno širšího záběru na daná témata.

Připravené okruhy a otázky mají následující podobu:

a) Okruh zaměřený na vnější faktory

- a. Z jaké komunity či lokace se do DC děti nejčastěji dostávají?
- b. Jaká je finanční a sociální situace v rodinách, ze kterých se děti do DC dostávají – finance, práce, etnikum, náboženství?

b) Okruh zaměřený na vnitřní faktory

- a. V jaké rodinné situaci se rodina dítěte nachází?
- b. Jaká je anamnéza rodiny z hlediska pohlaví, věku, úplnosti?

c) Okruh zaměřený na faktory u rodičů

- a. Mají rodiče dětí podobnou zkušenost, jako jejich dítě? Dá se mluvit o transgeneračním přenosu?
- b. Vyskytuje se v rodině užívání návykových látek?
- c. Mají rodiče diagnostikované nějaké duševní onemocnění?

d) Okruh zaměřený na faktory u dětí

- a. Jaký je zdravotní stav dětí přijatých do DC v době přijetí?
- b. Jaký je charakter dětí při přijetí do DC? Liší se jejich chování od toho, jak se chovaly v rodině?

e) Okruh zaměřený na protektivní faktory

- a. Jak pracujete na tom, aby se zmírnily či dokonce odstranily rizikové faktory, jež zde byly zmíněny?
- b. Při opětovném návratu dítěte do DC, je vidět nějaká změna v rizikových faktorech?

5.4 Způsob sběru dat

Polostrukturovaný rozhovor probíhal během dvou týdnů v budovách DC Plzeň, tedy v budově Na Chmelnicích a na Doubravce, dle přiřazeného pracoviště daného respondenta. Každý z rozhovorů byl předem naplánován, takže respondent si na to vymezil čas, aby nebyl ničím a nikým vyrušován.

Rozhovory byly vedeny v kancelářích každého z respondentů, tudíž v jejich velmi dobře známém prostředí. Pokud daný respondent nemá přidělenou kancelář, byla k rozhovoru využita jedna z prázdných místností v DC. V každé z místností bylo soukromí a rozhovor nebyl rušen okolními vlivy. Doba rozhovoru závisela na sdílnosti respondentů, odhadovaný čas, který si měli respondenti vyhradit, byl 60 minut. Nejdelší rozhovor nakonec trval 102 minut, nejkratší 41 minut.

V úvodu sezení byl respondentům představen důvod výzkumného šetření a téma rigorózní práce. Následně byli obeznámeni s ochranou osobních údajů a informováni, že rozhovor je pro účely analýzy dat nahráván, s čímž všichni verbálně souhlasili. Respondenti byli ubezpečeni, že veškerá data získaná rozhovorem budou anonymizována a pokud by cítili, že je jim jakékoliv téma nepříjemné nebo o něm nechtějí ze své pozice mluvit, mohou od tématu upustit a navázat na jiné.

Všechny rozhovory probíhaly bez přestávky za pozitivní atmosféry, respondenti byli vstřícní a s chutí odpovídali na kladené otázky. Ve chvíli, kdy jejich odpověď nebyla příliš zřejmá, nezdráhali se zodpovědět doplňující dotazy. V případě, že dané otázky úplně neporozuměli, byla jim otázka zopakována nebo vysvětlena, aby nedošlo k nedorozumění při odpovědi. Ve chvíli, kdy se respondenti příliš vzdalovali okruhům a tématu práce, byli tazatelem jemně usměrněni doplňující otázkou, aby se rozhovor příliš nevzdálil zkoumané problematice.

Na konci rozhovoru bylo respondentům poděkováno za účast v rozhovoru, jež přinesl cenná data, a za jejich ochotu a sdílnost k probíraným tématům. Bylo jim také připomenuto, že v případě doplňujících dotazů k šetření mohou tazatele kontaktovat.

Pro doplňující **kvantitativní výzkum** byl sběr dat prováděn přepisováním spisové dokumentace, jež byly poskytnuty z interní dokumentace DC Plzeň sociální pracovníci. Spisy nebyly z DC vynášeny, tudíž zkoumání i přepis probíhal přímo v budově DC, aby bylo zamezeno ztrátě či odcizení. Při zkoumání spisů došlo k opakovanému čtení a poté vybrání informací o rizikových faktorech, jež jsou předmětem této rigorózní práce.

Sběr dat probíhal v pěti etapách z důvodu množství informací, které ve spisech jsou a které musely být filtrovány. Nakonec bylo vybráno 40 spisů s nejstarším datem z roku 2016 a nejmladším z roku 2023. V případě nesrovnalostí či jiných problémů nabídla sociální pracovnice svou odbornou pomoc.

Po dokončení sběru dat byly všechny spisy vráceny sociální pracovníci, která je navrátila do archivu DC.

5.4.1 Zdroje validity

Validity dat je docíleno adekvátním množstvím získaných dat a doslovným přepisem proběhlých rozhovorů, který je autentický. Jediný zásah do rozhovoru je vynechání citlivých údajů o dětech z DC, jako je jméno, které je v rozhovoru buď úplně vynecháno, nebo nahrazeno slovem “dítě”. Mezi proběhnutím rozhovoru a jeho následným zpracováním je krátký časový rozestup, aby nedocházelo ke zkreslení dojmů při pozdější analýze. Zároveň bylo validity dosaženo opakovaným posloucháním nahrávek, čtením napsaného textu a psaním poznámek.

Pro kvantitativní výzkum byly pro sběr dat vybrány spisy dětí, jejichž působení v DC není příliš starého charakteru (nejstarší záznam z roku 2016), bylo získáno dostatečné množství dat a jedná se o přesný přepis z interních dokumentů DC, které jsou kvalitně uchovávány v archivu DC.

5.4.2 Etické aspekty

K poskytnutí rozhovorů zaměstnanci DC byl dán souhlas ředitelkou DC, které byl dán k podpisu **informovaný souhlas** (*Příloha I*), aby mohly být informace získané rozhovory a čtením spisů použity v této rigorózní práci. Všichni respondenti dali pak k nahrávání rozhovorů verbální souhlas.

Byli také seznámeni s nárokem na odstoupení od rozhovoru bez udání důvodu. Všem bylo vysvětleno téma rigorózní práce, ve které budou informace z rozhovoru výhradně použity. Pro diskrétnost je všech deset respondentů označeno písmeny A, B, C, D, E, F, G, H, I, J a jejich jména jsou anonymizována. Pro anonymizaci respondentů není uvedena ani jejich role v DC, jelikož by tato informace mohla vést k jejich přesnému označení, je tak vždy pouze upřesněno,

zda se jedná o zdravotnický nebo sociální personál. Přesné místo rozhovoru není uvedeno ze stejného důvodu.

V kvantitativním výzkumu jsou jména dětí zaměněna za čísla, aby nemohla být identifikována. Není uvedeno ani přesné datum narození dítěte, pouze věk v době příchodu do DC. Datum přijetí a odchodu z DC je ponecháno, jelikož se jedná o informaci, která není dohledatelná jinak než za pomoci interní spisové dokumentace DC, jež není veřejně dostupná.

5.5 Analýza rozhovorů a vlastní interpretace

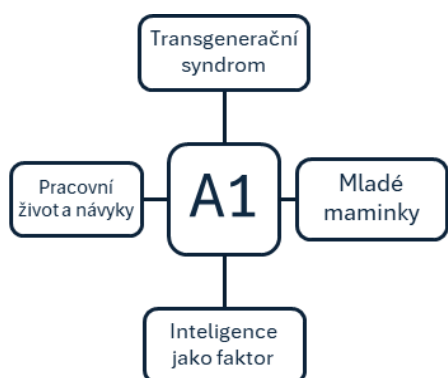
Následující kapitola je věnována analýze rozhovorů a vlastní interpretaci dat z nich získaných. Rozhovoru se účastnilo deset respondentů zdravotnického (D, F, J) a sociálního (A, B, C, E, G, H, I) zaměření.

Postup analýzy začínal u přepsání rozhovorů do písemné podoby. K tomu posloužily audionahrávky rozhovorů. Následně byly v rozhovoru hledány klíčové informace, které byly zaznamenány za pomoci otevřeného kódování. Kódy se pohybují v konkrétní rovině a zůstávají co nejbližší v rozhovoru zmíněným datům.

Získané kódy z otevřeného kódování se následně kategorizují. Do kategorií jsou zaneseny kódy, které mají nějakou souvislost. Nakonec bylo vytvořeno 60 kategorií, které zastřešují informace získané otevřeným kódováním. Přehled a popis kategorií je možné vidět v *Příloze II*.

Získané kategorie nakonec daly vzniknout konečným kódům pro každého z respondentů za pomoci hledání souvislostí mezi jednotlivými kategoriemi. Příklad hledání souvislostí je zobrazen na *Obrázku 2*. Počet kódů je pro každého z respondentů rozdílný, záleželo na tématech probraných v rozhovoru a získaných datech pomocí otevřeného kódování a kategorizování. Celý proces byl zpracován za pomoci nástrojů MS Word (přepis rozhovorů a otevřené kódování) a MS Excel (kategorizace a získání hlavních kódů).

Obrázek 2 - Příklad souvislostí k získání kódu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Kódy jsou představeny v následujících podkapitolách. Pro každý kód je vypsán kontext (shrnutí či označení kódu), obsažené kategorie, popis a příklady z rozhovoru s přesným umístěním a odkazem na rozhovor v příloze ve formě **stránka.řádek** (např. 5.1 znamená stránku číslo 5 a řádek číslo 1). Řádky jsou v příloze číslovány, pro každou přílohu začíná číslování řádků od čísla 1. Celkově se jedná o deset příloh od čísla III, až po číslo XII s abecední posloupností. Prvnímu respondentovi A tak patří *příloha III* a poslednímu respondentovi J náleží *příloha XII*.

5.5.1 Respondent A

Kód A1 – Rodič neprojevuje odpovídající předpoklady pro výchovu dítěte

Někteří rodiče neprojevuji odpovídající předpoklady pro výchovu svého dítěte, a to zejména z dědičných či získaných vlastností.

Z důvodu transgeneračního přenosu přejímají rodiče chování svých rodičů, tedy prarodičů dítěte, kteří mnohdy nežijí odpovídajícím životem. Děti to však vnímají jako standard a podobnému stylu života se učí a dále jej šíří na další generace.

5.11-5.12 „rodiče dětí sami si prošli dětským domovem anebo nevyrostali v běžné rodině z běžné sociální vrstvy“, **5.20-5.22** „...transgenerační přenos, který způsobil to, že rodiče našich dětí nevyrostali ve fungující rodině, a pak se sami nedokázali zapojit do běžného života.“, **8.112-8.113** „..., které sami nevyrostali, jako v podnětných rodinných prostředích a podmínkách. Nezažili si správný způsob výchovy...“

Kromě jiného se jedná o pracovní návyky, které se nemají od koho naučit.

6.35-6.36 „...mimo systém, pohybují se na pracovním trhu bez pracovních smluv.“

S dědičností souvisí také inteligence, která se u většiny rodičů pohybuje spíše v průměrných či podprůměrných hodnotách, což se projevuje v péči o dítě, stejně jako častá nezkušenost a nevyzrálost spojená s mládím matek, které mohou být i nezletilé či lehce po nabytí zletilosti.

5.22 „...studováním víc než povinnou základní školní docházku...“, **7.71-7.72** „Bývají velmi mladé, první dítě se jim většinou narodí ještě když jsou nezletilé, anebo velmi krátce po nabytí zletilosti...“, **8.119** „...to pásmo není určitě nadprůměrné.“

Kategorie:

- Transgenerační syndrom v rodině
- Pracovní život a návyky v rodině
- Inteligence rodičů
- Matky jsou v mladém věku

Kód A2 – Rodič nedokáže zajistit dítěti odpovídající zázemí pro zdravý vývoj

Pro rodiče je náročné zajistit odpovídající podmínky pro zdravý vývoj dítěte, což je zapříčiněno zejména jejich finanční schopností.

6.39-6.40 „...díky nízkým finančním prostředkům nemají prostředky na to, aby dětem koupili vhodnou stravu, vhodnou obuv hlavně, oblečení to ještě není takový problém, ale botičky často.“

Rodiče často žijí zejména ze sociálních dávek a nemohou tak zajistit výbavu pro dítě, jako je oblečení či dostatek kvalitních potravin.

6.34-6.35 „...finančně špatně, rodiče dětí, kteří umisťují děti do dětského centra v naprosté většině pobírají sociální dávky.“, **6.37-6.38** „...na hranici životního minima.“

Problematické jsou dále i bytové podmínky, které jsou buď velmi proměnlivé (rodina se často stěhuje), nebo neodpovídající velikosti a potřebám rodiny. Kvůli svému životnímu stylu má však rodina problém odpovídající bydlení najít.

7.87-7.88 „...a bytové podmínky jsou pro ně těsnější a těsnější.“, **8.103-8.104** „...maminka si dítě převezme zpět do péče, ale není schopná si dlouhodobě hlavně z finančního hlediska si udržet odpovídající bydlení.“

Kategorie:

- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině

- Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem

Kód A3 – Rodič je podporován širší rodinou, aby mohlo dítě vyrůstat v biologické rodině

Matka na výchovu dítěte nezůstává sama a hledá podporu u širší rodiny, zejména své matky. Ta jí pomáhá s výchovou dítěte a často na počátku přebírá onu mateřskou roli, jelikož matka je na ni příliš nevyzrálá.

7.78 „Mají možnost třeba, když se o ně začne zajímat někdo z širší biologické rodiny.“ 7.79 „...bývá to zpravidla babička ze strany matky.“

V některých případech otec zůstává u rodiny a je matce oporou, což vede ke snadnějšímu návratu dítěte z DC do biologické rodiny.

7.84-7.85 „Někdy otec dětí pracuje, podle toho, co sděluje maminka, ale velmi sporadicky přichází tatínek za dětmi také na návštěvu.“

Kategorie:

- Širší rodina dodává podporu
- Otec dítěte rodinu podporuje

Kód A4 – Dětské centrum poskytuje svou expertízu pro podporu zdravého vývoje dítěte a vyřešení jeho životní situace

Dětské centrum spolupracuje s orgány sociálně-právního systému, aby mohlo zajistit podporu zdravého vývoje dítěte a následně také řešit jeho životní situaci a budoucnost. Získávají od sociálních pracovníků informace o rodině, ale za jejich pomoci zprostředkovávají kontakt mezi rodiči a podpůrnými orgány (např. neziskové organizace) a úřady, soudy.

11.187-11.188 „...snažíme je kompenzovat po všech stránkách, samozřejmě i po té zdravotní.“, 11.208 „...děti k nám přicházející a mají první kontakt právě s kolegyněmi z OSPOD.“, 11.213-11.214 „...je úžasný, když se můžu na tu pracovníci obrátit a ona je třeba v kontaktu s rodiči a zprostředkuje mi ty podpisy.“, 12.215-12.217 „...se snažím s rodiči hlavně s maminkou pracovat na tom dotazovat se jí, jakým způsobem řeší svojí bytovou situaci, jestli už kontaktovala azylové domy, jestli má vyhlídku nějakého bydlení.“, 12.228-12.229 „...je skvělý, když kolegyně z OSPODu mohou komunikovat s rodiči jednotným stylem. Posíláme je na stejný úřad. Je super, když se zapojí do celého procesu nezisková organizace...“

Rodičům, zejména matkám, je poskytnuta plná péče, která by měla vést k tomu, že si rodina vyřeší své problémy a dítě se k ní bude moct vrátit. Ne vždy je to jednoduché, jelikož například bytová situace často nemá jednoduché řešení.

8.98-8.100 „Je v podstatě štěstí a velká náhoda, že azylový dům, nejenom v Plzni, ale v rámci Plzeňského kraje má volnou kapacitu, anebo různé ubytovny, které ale ne vždycky jsou vhodné i pro rodinu s dětmi.“, **12.218** „azylové domy jsou plné, tam není volná kapacita, ale že už třeba obešly některé ubytovny...“

V případě selhání pokusu o nápravu rodičů či jiné události zamezující návratu dítěte do biologické rodiny se sociální pracovníci musí uchýlit k hledání náhradního řešení a umístění dítěte do náhradní, pěstounské rodiny.

7.81 „...se děti dostanou úplně do náhradní rodiny...“, **10.166** „...nevrátil, zatím vyrůstá v náhradní rodině.“, **10.176-10.177** „Ale chlapec je opět v ústavním zařízení už ne v dětském centru ale v dětském domově školského typu, protože už dochází do první třídy.“

Matky často nepečují o více svých dětí, problémy se tak neustále opakují.

10.171-10.172 „...už starší dítě té maminky bylo umístěno do náhradní rodinné péče...“

Kategorie:

- Náhradní rodina je řešením situace dítěte
- Práce s rodinou ze strany DC
- DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi
- Systém pomoci není dostatečný
- Matka nepečuje o více svých dětí

Kód A5 – Rodič prokazuje rizikové chování, které je nebezpečné pro vývoj dítěte

Rodič prokazuje rizikové chování, které by mohlo ohrozit zdravý vývoj dítěte a není možné dítě umístit do jeho péče, aniž by toto chování bylo vyřešeno.

9.123-9.124 „ona sáhne po droze, aby si ulevila.“, **10.182-11.184** „...přicházejí, jsou špinavé, někdy mají vši, setkali jsme se i s blechami, bývají vyhladovělé a po několik týdnů u nás mají pořád tendenci přijímat větší porci potravy, než kolik by potřebovali, mají potřebu se zajíst nebo dojíst.“

Největším problémem jsou návykové látky, které rodič požívá, a to často již v době těhotenství. Požívání psychotropních látek v průběhu těhotenství může vést k abstinčním příznakům u dítěte, které je pak matce odebráno hned po porodu. Na dětský mozek však působí ještě hůře alkohol, který u plodu může způsobit trvalé poškození mozku.

9.132-9.133 „*důvodem pro umístění dětí nebo jedním z důvodů pro umístění dětí do dětského centra i užívání rodičů návykových látek.*“, **9.147-9.148** „*...nejčastěji se jedná o užívání THC, metanfetaminu, amfetamin, alkoholu, ten je horší jak předešlý, více poškozený mozek a hůře se dítě psychicky vyvíjí.*“

Nemenším problémem jsou duševní choroby, které ovlivňují chování rodičů, jež pak mohou i v nevědomosti (stejně jako u návykových látek) dítěti ublížit.

9.152-10.154 „*...maminka má diagnostikovanou schizofrenii, a protože jsem s maminkou v kontaktu stále, tak mě přitom jednom našem rozhovoru řekla, že tu schizofrenii má díky předchozímu užívání drog.*“, **10.159-10.161** „*...ale umístění chlapce do našeho centra, když chlapci byl rok, předcházelo to, že matka v dekompenzovaném stavu schizofrenie napadla svoji babičku...*“

Rodič musí projít odvykací kúrou či ošetřením v psychiatrické nemocnici, aby prokázal, že mu dítě může být svěřeno do péče.

10.162-10.164 „*...maminky na psychiatrickém oddělení, umístění chlapce dětského centra a maminka několik měsíců pobývala v psychiatrické nemocnici.*“

Kategorie:

- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Zanedbání základních potřeb dítěte

Kód A6 – V rodině se množí či prohlubují již stávající problémy, což může vést k opakovanému návratu do DC

Rodina si nedokáže poradit s problémy, které již má, což vede k jejich prohloubení či kumulaci dalších, přidružených problémů.

8.107-8.108 „*...stejný faktor, to znamená nedostatek finančních prostředků a neodpovídající bytové zázemí. Někdy se k tomu přidá i faktor nějaký závislosti.*“, **9.136-9.139** „*...ale s tím související další problémy, které rodiče potom řeší a nebo naopak vlastně způsobí užíváním návykových látek, jako třeba nedostatečné finanční podmínky, naprosto nevhodné bytové podmínky, neodpovídající péče o děti.*“

Vyústit to může i v opakovaný návrat dítěte do DC, kde se potvrzuje, že rodina se s předešlými problémy nedokázala dlouhodobě vypořádat, tudíž se objevují stejné rizikové faktory, jako při prvním příchodu dítěte.

11.192-11.193 „...byli po zdravotní stránce na tom ještě hůř, než při prvním příchodu.“
12.242-12.244 „...opět nedostatečně bytové podmínky, nedostatečné finanční zajištění rodiny a přetrvávající někdy i prohlubující se závislost rodičům na omamných a psychotropních látkách.“

Tyhle okolnosti ovlivňují i charakter dětí, které se projevují jinak při prvním a následném příchodu do DC.

11.199-11.201 „přichází poprvé, nemají žádnou zkušenost s ústavním zařízením, tak bývají jako psychicky schoulený, prostě někdy se moc neprojeví a chvíli trvá, než začnou komunikovat.“

11.197-11.199 „třeba přichází opakovaně, tak někdy už je to takový trošku jako kápo, který ví, jak to tady chodí, a na kterou tetu, protože si třeba pamatuje, na kterou tetu, jak může, která teta povolí víc, která povolí míň.“

Kategorie:

- Prohlubující se a množící se problémy v rodině
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC

Kód A7 – Požadavky pro výchovu dítěte mohou být překážkou na straně biologické rodiny, která se o něj není schopna postarat

Některé děti přicházejí do centra ze zdravotních důvodů, kvůli kterým nelze předvídat, zda se o ně rodič bude moci postarat.

10.172-10.174 „...dostal do pěstounské péče mimo plzeňský kraj, když mu bylo třičtvrtě roku a zhruba za dva roky se k nám vrátil, protože mu byla diagnostikována porucha autistického spektra.“

Někdy musí dojít k odebrání dítěte hned po porodu z důvodu abstinenčních příznaků, které se u dítěte projevují. Jindy vyhledá DC sám rodič či opatrovník, a to z důvodu diagnostikovaného onemocnění, na které (často finančně) rodiče nestačí.

9.142-9.143 „maminka byla pozitivní na THC nebo amfetamin, metamfetamin a i děti potom měly díky tomu abstinenční příznaky.“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC

Kód A8 – Zakořeněné předsudky nejsou vždy potvrzeny, vliv na vývoj dítěte však mají

Děti, které se objeví v DC, pocházejí z různých etnických vrstev. Ačkoliv se tak nepotvrzují některé předsudky zakořeněné ve společnosti v oblasti výchovy dítěte, život menšin je těmito předsudky ovlivněn. Rodiče tak nejsou schopni si například najít zaměstnání odpovídající jejich vzdělání.

5.9 „...romské rodiny, anebo rodiny jakoby majoritního etnika, kde se vyskytuje závadové chování.“, **5.10** „Ale nepřichází jenom děti romského etnika, ale přichází i děti majoritního etnika...“, **5.28-5.30** „...od útlého kojeneckého věku vyrůstala v běžné hodině, tak se stejně jako nedokázala zařadit do společnosti tak, aby vychovávala svoje děti.“, **6.48-6.50** „dospělí teda romského etnika problém sehnat práci. Myslím si, že i když mají odpovídající vzdělání, tak že předsudky prostě jsou. I kdyby chtěli si najít odpovídající práci svému vzděláním, když nějaký mají, tak to mají hrozně těžký, aby je někde přijali.“

Podobně je na tom otázka lokality, ze které rodiny do DC přicházejí. I když jsou v rámci DC známé určité problémové lokality, nemusí to naznačovat, že daná lokalita je pouze problémová, ale i možnost, že v dané lokalitě je jediná příležitost rodiny k nalezení bydlení.

5.4-5.5 „...vyloučené lokality, to znamená ty, kde se jako koncentruje více lidí s nějakým jako závadovým nebo asociálním chováním.“

Kategorie:

- Etnikum rodiny
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu
- Církevní hodnoty a tradice

Kód A9 – Matka je hlavním a spojujícím bodem dítěte s biologickou rodinou

Matka je pro dítě v naprosté většině případů pojítkem s biologickou rodinou, tudíž pokud není v zájmu matky, aby se dítě k ní vrátilo, tak se často již do biologické rodiny nevrátí, jelikož ostatní členové ten zájem také nemají. Například otec se k dítěti nepřihlásí a jeho zájem o něj netrvá, matku opouští.

6.62-7.64 „...často ta rodina je neúplná buď od počátku, že matka je na výchovu dětí sama, protože otec buď odešel, anebo v té rodině je přítomný, ale nechce, nechce vůbec řešit nějaké problémy.“

V mnoha případech matka není schopna se o dítě sama postarat, zejména finančně, a tak si hledá jiného partnera, se kterým má následně další dítě a dítě z předešlého vztahu se upozaduje.

7.65-7.66 „*Takže tatínek přišel, odešel, matka potkala dalšího muže a další dítě, znovu tatínek odešel a takhle se jakoby řetězí různí otcové v rámci jedné rodiny.*“, **7.68-7.69** „*Děti mají z pravidla víc, přibývají jim do rodiny.*“

V případech, kdy se matka snaží, aby se dítě z DC vrátilo do jejího opatrovnictví, jí tento proces emocionálně vyčerpává, jelikož jí na dítěti záleží.

12.238-12.239 „*...emocionálně vyčerpávající a má strach, že by po celou dobu plakala.*“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Matka zakládá další rodinu
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou emocionálně vyčerpané z procesu a situace

5.5.2 Respondent B

Kód B1 – Původ dětí není při umístění do DC rozhodující

Původ dětí není rozhodující při umístění do DC. Klienty centra jsou jak rodiny z majoritní, tak i romské populace.

14.11-14.12 „*...dostávají se k nám děti jak z majoritního etnika, tak i třeba z romské populace.*“

Z hlediska lokality je to podobné, přicházejí děti jak z většího města, tak okolních vesnic.

14.4-14.5 „*...z Plzně, to znamená z většího města, tak i z okolních vesnic, takže tam asi velký rozdíl bych neviděla.*“

Nepřicházejí pouze matky samoživitelky, ale klienty centra mohou být i úplné rodiny, a to i z vyšších sociálních vrstev.

16.69 „*...funguje v rámci běžné sociální vrstvy.*“, **16.65** „*...maminka pocházela z úplné rodiny.*“

Kategorie:

- Etnikum rodiny
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu
- Problémy se objevují i v úplné rodině
- Sociální postavení rodiny

Kód B2 – Charakter dětí je ovlivněný jejich zkušeností

Charakter dětí je závislý na více faktorech, a to zejména věku a prostředí, ze kterého přicházejí. Traumatizované děti se déle aklimatizují, a to samé platí u starších dětí, které již mají více návyků z rodiny.

18.144 „*Jsou to děti specifické, jsou to děti, které si vlastně prošly nejrůznějšími traumaty.*“, **18.147-18.148** „*Jsou to děti často jako neklidné. Nebo takovej jakoby výchovně náročnější.*“, **18.152-18.153** „*Protože z té rodiny nejsou, nejsou zvyklé na nebo nebývají zvyklé na nějaký režim a pravidelnost.*“, **18.157-19.158** „*A přitom ale neměli ty podněty, které by potřebovaly, tak o to je složitější a možná trvá i dýl, než než si zvyknou, že tady je nějaký režim.*“

Při opakovaných návratech je také vidět změna charakteru, jelikož děti se zkušeností s DC již vědí, jak to chodí.

18.151-18.152 „*Některé děti s tím mají, ti mají větší problém, některé menší, zvlášť když třeba přijdou opětovně a už jsou jim tři, čtyři, pět let.*“

Kategorie:

- Charakter dětí z pohledu DC
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
- Dítě do DC přichází traumatizované
- Dítě si zvyká na chod v DC

Kód B3 – Omezení péče z důvodu zdraví dětí či rodičů

Zdraví dětí je často zásadním faktorem při příjmu dítěte do DC. Může se jednat o zranění z biologické rodiny, kvůli kterému se dítě dostane do DC přímo z nemocnice. Avšak jednat se může i o diagnostiku závažného onemocnění, kvůli kterému není rodina schopna se o dítě postarat.

17.120-17.121 „*...třeba děti nějak jako výrazně zdravotně handicapované, kdy ta péče je nejenom denodenní...*“, **17.124-17.125** „*...s poruchou autistického spektra, které maminka už nezvládala péči o ně...*“, **18.126-18.127** „*dochází k příjmům dětí, které mají takový zdravotní handicap, a tak ten černej petr je na jejich straně.*“

Zdraví může být ale překážkou i na straně rodičů, a to zejména u mentálně postižených matek. Ty jsou speciálním příkladem, jelikož o dítě by se chtěly starat, ale nemají na to mentální kapacitu, a tak je celé snažení často zbytečné.

17.108-17.110 „...předávají děti maminkám, které mají jako mentální handicap, ale vždycky je potřeba, aby tam třeba tatínek byl, byl natolik natolik schopný, aby vlastně tak trochu dohlíželi na tu maminku.“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Mentálně postižené matky jako speciální případ

B4 – Pomoc rodinám v plné míře, avšak s nejistým výsledkem

Pomoc rodinám je od pracovníků DC poskytnuta v plné míře. Jedná se zejména o vedení rodičů a edukaci, často ve spolupráci se sociálně právním orgánem či neziskovými organizacemi, které poskytují služby, které DC poskytnout nemůže.

16.74-16.76 „...se jí snažím motivovat k tomu, aby prostě vyřídila dávky, aby on to ani jako nastoupila někam do zaměstnání, aby o to bydlení nepřišla.“, **19.165-19.166** „A snažím se být jako v úzké spolupráci s kolegyněmi z ospodu abysme těm rodičům podávali jako jednotné informace...“, **19.168-19.169** „...snažím, aby děti, které nebo snažím, musím, aby děti, které už musí chodit do školky, aby měly zajištěnou předškolní výuku.“

Některé služby však nejsou dostatečně poskytovány, například azylové domy mají často plnou kapacitu. Zároveň jsou děti vraceny i do rodin, které nemají ideální podmínky pro výchovu dítěte, čehož si jsou sociální pracovníci vědomí. Jiné orgány však mohou mít rozdílný názor a dítě do rodiny pouští. To se pak často vrací zpátky do DC.

15.40-15.42 „...I když jsme třeba věděli, že ta situace není úplně tak, jak bysme byli rádi, aby se dítě vrátilo, ale ostatní instituce včetně soudu tu situaci vyhodnotili jako návrat dítěte jako vhodnou.“

O osudech dětí, které se nevrátí do DC či nejdou do náhradní rodinné péče, často také chybí informace. Sociální pracovníci pak neví, zda skutečně došlo k napravení rodiny, která se o dítě stará, či dítě skončilo v jiném zařízení.

15.39-15.40 „My se třeba potom už nedostaneme k tomu, jestli ten zdařilý návrat měl jako dlouhé trvání.“, **16.87-16.88** „...já si zase tu informaci nemůžu nijak ověřit.“

Kategorie:

- Práce s rodinou ze strany DC
- DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi

- DC má omezené informace o osudu dětí
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
- Systém pomoci není dostatečný

Kód B5 – Zkušenosti a činnosti rodičů ovlivňují život jejich dítěte

Životní styl se v rodině často předává z generace na generaci a rodiče žijí stejným způsobem, jako žijí jejich prarodiče. Tento životní styl často není pozitivní a vede k zanedbávání dítěte. Rodiče však díky vlastní zkušenosti považují své jednání za normální.

14.28-15.31 „...není neobvyklé, že maminka si sama prošla dětským domovem, že tam dochází k tomu transgeneračnímu přenosu... děti umístí do dětského domova, nevnímá jako něco zvláštního nebo neobvyklého... sama tu zkušenost má a bere ji jako téměř běžnou.“

Při kritické situaci pak záleží zejména na dvou věcech, a to na aktivitě rodičů se situací něco dělat a na podpoře širší rodiny. Když širší rodina podporu poskytuje, tak se dítě do rodiny mnohdy vrací, jelikož pomáhají s péčí a poskytují bytové a finanční zázemí.

15.33-15.34 „...musí ta ta rodina vyvinout jako velkou velké množství energie, aby byla schopná se se jakoby zmobilizovat a ty svoje podmínky si zlepšit.“, **15.44-15.45** „...přesunulo k otci a nebo v rámci širší rodiny a nebo do náhradní rodinné péče formou pěstounské péče.“, **16.83-16.85** „...jestli vůbec rodič potom je taky ochotný a schopný ty komunity sám kontaktovat, protože nejde o to za ty rodiče všechno vyřešit, ale jde o to je nasměrovat a motivovat k tomu, aby oni tu aktivitu vyvinuli sami.“

V případě absence této podpory je pro rodiče těžší se vypořádat se svou životní situací, Výrazným faktorem je i však samotná aktivita rodičů, kteří vyvinout snahu, aby jim bylo dítě opět svěřeno. Podpora rodiny a aktivita rodičů bývá, když už, z počátků, nebývá však pravidlem, že by přetrvala po delší časový úsek a spíše postupně uvažá, až zmizí úplně. U takových rodin je pak prakticky nulová šance návratu do biologické rodiny.

15.47-15.48 „...ta maminka jako taková nemá, nemá zázemí, nemá jako širší rodinou stabilitu, která by jí pomohla.“

Kategorie:

- Transgenerační syndrom v rodině
- Širší rodina dodává podporu
- Náhradní rodina je řešením situace dítěte
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě

- Rodiče považují své problémové chování za standardní
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace
- Širší rodina neposkytuje podporu
- Rodiče byli sami v ústavní péči a mají pozitivní zkušenost
- Rodiče dítěte byli sami v DC jako děti

Kód B6 – Podmínky pro výchovu dítěte nejsou ideální, někdy jsou dokonce kritické

Dítě nemá naplněny základní potřeby, jelikož rodiče nemají prostředky, aby se postarali sami o sebe, natož o dítě, chybí jim i pracovní návyky.

14.10-14.11 „...registrováni na úřadu práce jako uchazeči o zaměstnání. Málokterý rodič pracuje.“, **18.145-18.147** „...jedná o nedostatek jídla, nedostatek tepla, nedostatek oblečení, nedostatek lásky, nedostatek péče, zájmu hraček, podpory...“

Nejsou zajištěné bytové podmínky, což jde ruku k ruce s nízkým finančním zabezpečením.

14.3 „Jsou to chudší, chudší rodiny.“, **14.3-14.4** „pobírají všechny možné dávky ze systému státní sociální podpory.“

Rodiče místo řešení situace přidávají další problémy, a to například v podobě drog, kterým propadají (nebo již dávno propadli) a dítě se tak může ocitát i v ohrožení života. Do centra pak děti přicházejí zanedbané, a to materiálně i mentálně.

15.36-15.37 „...větší problém zařídit si nové bydlení, stabilizovat svoje podmínky a ještě k tomu zahájit léčbu, aby se zbavila závislosti...“, **16.76-16.77** „maminka má dlouhodobě problém s užíváním omamných a psychotropních látek.“

Problémy se často opakují i při návratu dítěte do biologické rodiny a k již probíhajícím problémům se přidávají další. Děti se pak následně vrací do DC.

19.175-19.176 „Jo, buď jsou to faktory jako totožný a nebo k nim jako přibyde jako jako negativní bonus něco dalšího.“, **19.179-19.181** „mají problém s bydlením se zajištěním stabilního bydlení a mají nedostatek financí. A k tomu k tomu všemu třeba se přidruží ještě drogová závislost rodičů.“, **19.183-19.185** „ten rizikový faktor se opakuje, nebo vždycky se opakuje. Většinou se opakuje a navíc k tomu přibyly další, protože to tu rodinu jako pošle ještě hloubš.“

Ve výjimečných případech přichází dobře zabezpečené dítě z vyhovujících podmínek. V takových případech však děti přichází spíše ze zdravotních důvodů.

16.93 „...děti k nám přišly a nebyly žádným způsobem zanedbané.“, **17.95-17.96** „...měli doma dostatek hraček a na zahradě měli bazén, který užívali. Maminka si s nimi hrála.“

Kategorie:

- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině
- Prohlubující se a množící se problémy v rodině
- Rodiče užívají návykové látky
- Zanedbání základních potřeb dítěte
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
- Dítě do DC přichází s uspokojenými potřebami

Kód B7 – Matka je často hlavním aktérem ve spojitosti s DC

Do centra přichází často matka sama, otec se buď o dítě nezajímá či není vůbec známý.

14.25 „...třeba nejsou v rodném listě uvedení tatínkové...“

Mnohdy jsou to mladé matky, které v budoucnu střídají partnery a mají více dětí, o které také nepečuje a končí v ústavní péči.

14.20 „...bývají poměrně mladí rodiče, že první dítě těsně kolem 18 roku.“, **14.21** „...maminka potom víc často často to bývají rodiny, kde jsou 3, 4 i 5 dětí.“, **14.22-14.23** „...narodí se další dítě, které třeba není umístěno hned k nám, nebo je umístěno časem do nějaké jiné náhradní rodinné péče.“, **15.52-15.53** „...tak ani jedno nemá u sebe, takže ta otázka je hrozně těžká.“, **16.69-16.71** „...přesto maminka má už vlastně 4 děti a teď ty 2 poslední, které jsou v našem centru krátce, tak ani ty 2 starší neměla ve své péči, o toho nejstaršího se staral tatínek.“

Kategorie:

- Matka zakládá další rodinu
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Matka nepečuje o více svých dětí

5.5.3 Respondent C

Kód C1 – Životní předpoklady jsou přebrány od rodičů

Z biologické rodiny přebírá dítě atributy, které jej provází celým nebo notnou část života. Komunita a etnikum v lokalitě, ve které rodina žije, značně určuje sociální začlenění rodiny.

20.5-20.6 „*V dětském centru mám zkušenost spíše s bílýma maminkama, ty romský se vždycky nějak postaraj mezi sebou o sebe.*“, **20.11** „*Spíš centrum určitě.*“, **20.19** „*...byly romky z romských rodin...*“, **20.26-20.27** „*...tady pracuju šestnáct let a nějaký rodiny znám osobně dlouho, třeba i ty maminky znám od malička.*“, **21.59-21.60** „*...u těch romských rodin se furt rozchází, nerozchází, chvíli se perou a pak je to hrozná láska.*“

Sami rodiče často aplikují výchovné prostředky a chování, které viděli u svých rodičů. Pokud tedy už selže primární rodina, nastolený trend pokračuje a předává se na další generace. Rodiče tak již mohou mít zkušenost s ústavní výchovou a berou to jako standard.

21.54-21.57 „*...většinou žijou v jedné domácnosti třeba tři generace, prarodiče jsou pak na dávkách nebo pracujou, ti mladší právě třeba kradou a holky se jim staraj o děti, tam třeba rodí od sedmnácti, tam je to pak každé rok další dítě.*“, **23.94-23.95** „*ta její maminka špatně pečovala o obě své děti, byl tam i alkohol, nejspíš tam měla i zkušenost s nějakým zneužíváním...*“, **23.98-23.100** „*...nebylo v jejich možnostech, buď finančně nebo inteligenčně, nebo je to nikdo nenaučil, takže jsou pak špatné návyky.*“, **25.156-25.157** „*...transgeneračních přenosech, ty problémy se tam vždycky přenášejí z babiček na maminky a pak na ty děti.*“

Výrazným faktorem je také inteligence rodičů, kterou ve většině případů dítě podědí. Sociální pracovníci mají zkušenost, že rodiče s vyšší inteligencí mají tendenci své problémy spíše vyřešit a lépe spolupracovat s orgány.

22.88 „*Tam je vlastně matka omezenější a oba jsou inteligenčně na hranici.*“, **23.110-23.111** „*U těch chytřejších se ta náprava většinou podaří, ti hloupější pak končí třeba ve vězení nebo na ulici.*“

Kategorie:

- Etnikum rodiny
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu
- Transgenerační syndrom v rodině
- Inteligence rodičů
- Církevní hodnoty a tradice

- Rodiče dítěte byli sami v DC jako děti

Kód C2 – Zajištění rodin není dostatečné

Rodiny nemají zajištěné bezpečné zázemí pro život s dítětem. Z důvodu špatných pracovních návyků si nejsou schopni najít a udržet práci, což vede ke špatné finanční situaci a nestabilní bytové situaci.

21.36-21.37 „...romský rodiny, který živoří z dávek celej život, ale nemají žádnou finanční morálku, ani ke studiu nebo k práci.“, **21.45-21.46** „Většinou třeba tatínek pracuje někde na černo, nějaký výkupový práce, taková ta klasika, ale jinak jsem nezažila, že by měli.“

Rodiny žijí v nevyhovujících podmínkách či se velmi často stěhují.

20.2-20.3 „Ubytovny, azyláky, nebo pendlujou, furt se stěhujou.“, **20.18-20.19** „kterým jsme děti rovnou odebíraly, což se vždycky snažím, aby se nestalo, tak jsou to většinou maminky ulice.“

Kategorie:

- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině

Kód C3 – Matky životní styl je esenciální v životě dítěte

V životě dítěte pobývajícího v dětském centru je matka často jediným pojítkem s biologickou rodinou. Často mladá matka zůstává sama, otec o rodinu nejeví zájem či je úplně neznámý.

20.20-20.21 „...že do školy jednou chodí, nechodí, pak v osmičce vylezou a skoro hned otěhotní...“, **21.60-22.61** „...v sedmnácti v tom lepším případě otěhotní a ve dvaadvaceti mají čtyři až pět dětí...“, **22.78** „Určitě bych řekla do třiceti let.“

Matky si v následujících letech hledají nové partnery, u kterých věří v dobrou budoucnost, ale často se vzorec opakuje, matka má více dětí a nemá je ve své péči. Čím starší matka je, tím nižší šance je, že se její chování změní.

22.63 „matky rády začnou trajdat, utečou s jiným.“, **22.67-22.68** „...matka má několik dětí a chlapa vlastně odhání, že ho nepotřebuje a vychová si dítě sama.“, **24.148** „...starších maminek se vrací víc, tam už se ty maminky nemění.“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Matka zakládá další rodinu
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Matky jsou emocionálně vyčerpané z procesu a situace
- Matka nepečuje o více svých dětí
- Starší matky své chování již nezmění

Kód C4 – Rodinné vztahy jsou jeden z pilířů úspěšné péče o dítě

Rodinné zázemí a podpora v rodině jsou velmi často esenciální k napravení problémového chování. Rodičům s péčí o dítě pomáhá širší rodina, zejména prarodiče, kteří poskytnou zázemí. V některých případech matku podporuje otec dítěte, který má zájem.

V případě absence této podpory či problémového vztahu rodičů je návrat dítěte do biologické rodiny složitější.

20.22 „...maminky a v rodině nebyl nikdo, kdo by pomohl.“, **22.69-22.71** „U nějakých těch rodin z vyšší třídy je to třeba úplná rodina, ale nefungující, takže se jim to manželství rozpadne.“, **22.72-22.73** „...nemají ani čas na ty děti, maminka samoživitelka pracuje a tatínci si je berou třeba jen na víkend.“, **23.98** „Většinou nemají podporu ve svojí rodině.“

Kategorie:

- Širší rodina dodává podporu
- Otec dítěte rodinu podporuje
- Širší rodina neposkytuje podporu
- Rodiče mají problémový vztah
- Rodiče nemají na péči o dítě čas

Kód C5 – Rizikové chování na straně rodičů ohrožuje zdravý vývoj dítěte

Rodiče prokazují rizikové chování, které má vliv nejen na jejich vlastní život, ale i na život jejich dítěte, pokud je v jejich péči. Pokud je již v péči dětského centra, tak je rizikové chování na straně rodičů překážkou v návratu dítěte k biologické rodině.

Mezi takové chování se řadí zejména užívání návykových látek či duševní onemocnění, které může vzniknout právě i na základě užívání drog. Takoví rodiče se pak spíše uchylují také ke kriminalitě.

21.54 „...i sedí za nějaký drogy nebo krádeže.“, **23.107** „Většinou se začíná na THC, ale je tam hodně pervitin, ten je asi nejčastější.“

Rizikové chování se může projevit i v úplných rodinách, což má za následek rozpad rodiny.

21.30-21.31 „...u těch bílejších maminek, že byly z normálních, dobře zajištěnějších rodin, jedináčci, ty rodiče neměli čas, byli v práci, holky byly samy...“

Sociální pracovníci se snaží rodičům pomoci s nápravou, avšak ne zřídkakdy dochází k nezvládnutí situace ze strany rodičů či ztrátě zájmu. V takovém případě dítě buď zůstává v DC nebo je z rodiny opět odebráno.

22.83-22.84 „Maminka, která o dítě přijde, tak je to většinou hned z kojení po vytipování na základě nějakého předběžného průzkumu.“, **23.116-23.117** „...ty matky jsou třeba rok namotivovaný, a jakmile je nějaký průšvih, tak to zase musíme řešit.“, **24.146** „i přes to, že jim rostou dluhy a vše je dražší, tak stejně utrácí za ty drogy.“

Kategorie:

- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácejí zájem o dítě
- Odebrání dítěte z biologické rodiny
- Problémy se objevují i v úplné rodině
- Rodiče dělají kriminální činnost

Kód C6 – Sociální podpora ze strany dětského centra

Dětské centrum podporuje rodiny zejména z pohledu poradenství a zprostředkování kontaktu s neziskovými organizacemi, které pak cíleně pomáhají rodičům s jejich životní situací.

24.137-24.138 „...hodně sanace rodiny, která pomáhá s finanční situací, dávkama, učí ty rodiče být finančně gramotnější a oni jsou pak na tom líp...“, **24.136** „Určitě hodně spolupráce s těma neziskovkama.“

Oproti historii se však podmínky pro návrat dítěte do rodiny rozvolnily a nejsou již tak striktní, s čímž ne každý sociální pracovník souhlasí a dochází tak k rozporu mezi legislativou a cítěním pracovníků.

23.113-23.114 „Třeba teď i matky, co berou pervitin, ale mají zázemí, připravenou výbavičku pro dítě, tak ty pouštíme.“

Kategorie:

- Práce s rodinou ze strany DC
- DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
- Vnímání situace rodiny se historicky mění

Kód C7 – Děti přicházejí do dětského centra z různých důvodů

Důvod pro umístění dětí do DC může být jak zdravotní, tak sociální. Ze zdravotních důvodů se objevují děti zejména s diagnostikovaným vážným onemocněním. Může se však jednat i o úraz, který byl způsoben zanedbáním péče. Charakter dětí se pak také liší dle důvodu jejich přijetí do centra.

24.129-24.130 „*Většinou nemají žádný řád, stabilitu, dělají si, co chtějí, ale pak vlastně v centru rozkvetou, užívají si tam tu pozornost a má to tam hrozně velký úspěchy...*“, **24.132-24.133** „*...respirační onemocnění, protože přichází ze zakouřeného prostředí...*“,

Někteří rodiče (zejména duševně postižené matky) jsou schopni se o dítě postarat pouze do určitého věku. S rostoucími požadavky na péči a výchovu však nejsou schopni se o dítě postarat a dochází k zanedbání péče. S péčí souvisí také roční období, kdy v určitých měsících spíše dochází k odebrání dítěte.

21.40-21.41 „*...celou dobu je dítě bezproblémové, ale pak je třeba v životě dítěte nějaká změna a už se to veze.*“, **24.149-24.150** „*Třeba na jaře dají dítě k babičce, pendlujou a pak na zimu se vrací.*“, **24.152-24.155** „*Na jaře a kolem Vánoc jsou takový veselý, ale pak nejvíc odebíráme děti kolem toho dubna, května a června... nejvíc odebíráme na jaře...*“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Rodiče nezvládají rostoucí potřeby dítěte
- Roční období ovlivňuje situaci v rodině

5.5.4 Respondent D

Kód D1 – Předpoklady pro péči o dítě nejsou optimální

Rodiny nemají finanční zabezpečení a pochází ze slabého sociálního prostředí, žijí na dávkách, avšak nejedná se o hlavní příčinu pro příchod dítěte do DC, souvisí však s dalšími problémy.

27.32-27.33 „...ve valné většině nejenom důvodem chudoba jako taková nebo nedostatek materiálních podmínek...“, 27.36-27.37 „...nikdy to není, že by tam maminka se ocitla nějaký hmotný nouzi a z toho důvodu jí byly děti odebrány.“

Například s bydlením, které u rodin není stálé, rodiče či matka sama si nejsou schopni bydlení udržet.

27.42-27.43 „...matka je vyhozená třeba z ubytovny s dětma na ulici.“

Toto chování rodiče často přebírají již od svých vlastních rodičů, kteří žijí stejným způsobem, a to včetně dalšího rizikového chování.

27.56-27.57 „s maminkama, které samy vyrostly v ústavní péči.“, 27.62-28.65 „máme generaci, generaci dětí, jejichž rodiče a eventuelně prarodiče trpěli nějakou formou závislosti, ale většinou nebo dost často víme a říkáme si, jak mohla se ta maminka něco naučit a postavit se na nohy a být dobrou mámou, když sama zažila v dětství to, co zažila, je to transgenerační jednoznačně.“

Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, si všímá i okolí, jež je nejčastějším důvodem, že je rodina sledována a dítě může být odebráno.

Kategorie:

- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině
- Transgenerační syndrom v rodině
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu
- Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí

Kód D2 – Vztah rodičů je problémový či neexistující

Rodiče mají mezi sebou problémový vztah, který následně doléhá na dítě. Vztah často nevydrží a matka zůstává sama. V těchto případech může otec ztratit zájem nejen o matku, ale i o dítě.

Otec také není často známý a matka již od těhotenství zůstává sama.

26.24-26.25 „...v podstatě vůbec není uveden otec v té rodině.“

Nejčastěji se jedná o mladé matky s nižším vzděláním, které si následně hledají další partnery, se kterými mají další děti. Není však pravidlem, že by i o tyto děti pečovala. Vzorec problémového chování se tak často opakuje.

27.46 „...vzdělání, většinou je velmi nízké. Samozřejmě nedostatečné.“, **27.50** „Mohou to být vlastně prvorodičky, to znamená v mladé matky...“, **27.51-27.52** „...že i předcházející děti byly nějakým způsobem v péči státu...“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Inteligence rodičů
- Matka nepečuje o více svých dětí
- Rodiče mají problémový vztah

Kód D3 – Sociální pracovníci rodiny podporují

Sociální pracovníci v rámci svých pravomocí rodiny podporují, edukují a snaží se docílit zlepšení jejich podmínek, aby se dítě mohlo vrátit do biologické rodiny, což je hlavním cílem DC.

29.110-29.111 „...abychom maximálně vycházeli těm rodičům vstříc, abychom se snažili tu rodinu nějakým způsobem vést, eventuelně sanovat.“, **31.168-31.169** „...přijímáme matku jako doprovod dítěti na zpravidla nejčastěji na edukaci.“, **35.313-35.315** „...tu matku nejčastěji edukovat, podporovat, pomáhat jí, pomáhá sociálky, pomáhají cosi, kde má vyřídit, aby měla všechny doklady v pořádku, aby ta sáhla na sociální dávky a podobně.“

Nejčastěji se jedná o spolupráci mezi DC a dalšími orgány sociálně právní podpory a neziskovými organizacemi. Na situaci pak často upozorní i další instituce, jako například škola.

30.155-30.156 „Druhá věc je škola, která může zachytit, já nevím, modřiny na dítěti nebo změny chování dítěte.“, **30.158** „...třeba eventuelně sousedi, že kteří vidí, jak jakým způsobem ta rodina žije.“, **31.173-31.175** „...to umí zase neziskové organizace, které jsou na to založeny, takže maminka od nás odchází tedy do té neziskové organizace a pak se vrací k nám k dítěti.“

Kategorie:

- Práce s rodinou ze strany DC
- DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi
- Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí

Kód D4 – Sociálně právní systém není neprůstředný

Cílem sociálních pracovníků je návrat dítěte do biologické rodiny, ve které jsou všechny problémy vyřešeny a dítě má tak dokonalé prostředí pro zdravý vývoj. Bohužel, ne vždy je to možné, a tak je řešením náhradní rodinná péče.

30.142-30.143 „Byla mu poskytnuta logopedická péče stomatologická péče a sourozenci byli umístěni do pěstounské rodiny.“

V dnešní době se však ČR potýká s nedostatkem pěstounských rodin a dalších služeb a platí to i pro DC.

34.260 „...protože opravdu my ty pěstouny nemáme no...“, **32.201-32.202** „Chybí jednoznačně sociální bydlení a chybí místa v azylových domech.“, **35.300-35.301** „...jako v tom pěstounství zastavilo a my tady momentálně třeba v plzeňském kraji fakt ty pěstouny nemáme, ale oni údajně nejsou celorepublikově...“

Možná i to je jeden z důvodů, proč děti jsou často vráceny do biologické rodiny, i když podmínky pro péči o dítě nejsou ideální, často dokonce rizikové (například užívání drog rodiči). Dochází pak k rozporu mezi názorem soudu a sociálních pracovníků.

27.38-27.40 „...musí mít systém, takové metody, aby tu maminku podpořil, ať už dávky, že jo různé typy, potravinové pomoci a podobně, eventuelně i azylový dům.“, **29.97-29.98** „...tak se tam dočtete, že v podstatě užívání drog rodiči není důvodem odebrání dítěte z rodiny a v podstatě pouze v případech, že tam dojde k nějakému excesu.“, **29.102-29.103** „v České republice jednoznačně jsou práva rodičů upřednostňována před právy dětí. Není to v rovnováze.“, **29.117** „...ne vždy to blaho dítěte je je upřednostňováno...“, **30.130-30.131** „...děti nechávají v těch rizikových biologických rodinách příliš dlouho příliš dlouho.“

Tento přístup je velkou změnou oproti minulosti, kdy naopak sociální systém zasahoval do života rodičů mnohem více.

26.4-26.5 „...trošku jinak, než to bylo v letech předcházejících a musíte si uvědomit...“, **29.103-29.104** „...za minulého režimu na tu ústavní výchovu, na to, že stát hodně zasahoval do rodinného života...“

Kategorie:

- Náhradní rodina je řešením situace dítěte
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
- Systém pomoci není dostatečný
- Vnímání situace rodiny se historicky mění

Kód D5 – Děti přichází do DC i z velmi závažných podmínek, ne však výhradně

Děti přichází do centra z různých důvodů. Na Chmelnice přichází děti nejčastěji ze zdravotních důvodů, kdy jim je diagnostikováno závažné onemocnění.

26.8-26.9 „...dítě, který vyžaduje lůžkovou zdravotní péči...“, **26.16-26.17** „...zdravotní stav toho dítěte neumožňuje, aby o to dítě bylo pečováno v rodině, nebo ta rodina si netroufne na péči, nebo je potřeba edukace pečující osobě.“, **28.80-28.82** „...alkohol je droga, která je teda teratogenní Výrazně, která ovlivňuje vlastně vývoj už toho plodu a vytváří takovou takovou genetickou malformaci, že se všeobecně mluví o fetálním alkoholovým syndromem...“, **30.134-30.135** „...chlapec měl rozštěp tvrdého patra rozštěp, kterej nikdo neřešil, byl ohrožen na vývoj chrupu, byl ohrožen vývoj řeči.“, **32.224-33.225** „...děti, které skutečně mají závažný zdravotní problém a přichází samozřejmě i děti, které jsou trvale upoutané na lůžko...“

Na Doubravku spíše děti zanedbávané či týrané. Zanedbávané děti mají velmi tristní podmínky pro život, jejich potřeby nejsou naplněny a jejich vývoj je ohrožen. Mohou být také oběťmi nebo svědky domácího násilí, což u nich vyvolává trauma.

33.231-33.233 „děti, které mnohdy často bývají netečné, mají nedostatečnou výživu, nedostatečnou hygienu. Samozřejmě nejsou očkovány. Nemají žádnou preventivní lékařskou péči.“, **34.274-34.275** „...byly nějakou dobu v tom patologickém prostředí té své biologické rodiny, tak už leccos v sobě mají.“

Podmínky se často nezlepší, ani když se dítě do rodiny z DC vrací, a pak dochází k opakovaným návratům do DC.

28.66-28.67 „...v podstatě pečujeme o některé děti, s jejichž vlastně rodinou jsme byli konfrontováni v minulosti.“, **28.92** „...vracela se zpátky do biologické rodiny, se nám může za několik měsíců objevit znova.“

Děti tento proces vnímají a v závislosti na věku a důvodu příchodu se pak chovají v prostředí DC rozdílně.

28.84 „...tam potom spíš problém vývojovej ve smyslu ADHD ve smyslu poruch.“, **34.267**

„Některý dítě samozřejmě bude zakřiknutý, bude traumatizovaný změnou prostředí...“, **34.273**

„...přijde nešťastný dítě, zanedbaný, hladový a tou naší péčí to dítě rozkveté.“

Kategorie:

- Charakter dětí z pohledu DC
- Věk dětí jako faktor
- Zdravotní stav dítěte
- Zanedbání základních potřeb dítěte
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
- Dítě do DC přichází traumatizované
- Odebrání dítěte z biologické rodiny

Kód D6 – Podpora rodiny a zájem rodičů o dítě jsou nutnosti, ale ne pravidlem

Pro návrat dítěte (a udržení) do péče biologické rodiny je důležitá aktivita a zájem rodičů, kteří musí napravit své životní podmínky, aby mohli o dítě pečovat. Případně mít podporu širší rodiny, aby jim s péčí pomohla.

37.359-37.360 „...prarodiče, pokud jim dítě bylo svěřeno do péče, tak do poradny chodili velmi rádi, protože měli z naší strany tu podporu.“

Není to však samozřejmostí. Rodiče postupně z důvodu dlouhého procesu ztrácí zájem a motivaci své podmínky napravit. Nápravu tak nezvládají a dítě zůstává v DC.

32.195-32.196 „...po nějaké době jí ten režim, který tady samozřejmě se musí nějakým způsobem dodržovat, tak jí před začne vadit a preferuje partnera uteče za partnerem.“

Kategorie:

- Širší rodina dodává podporu
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě

Kód D7 – Rizikové chování rodičů brání péči o dítě

Rodiče se prokazují rizikovým chováním, které činí prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, nevhodným. Nejčastěji se jedná o návykové látky, jako jsou drogy a alkohol. S tím mohou být

spojené i duševní onemocnění, které mohou být diagnostikovány již dříve nebo následkem užívání návykových látek.

27.33-27.34 „...základem a příčinou závislost. Alkohol, drogy, psychiatrický onemocnění.“, **28.73** „...pervitinová záležitost, že jo, ale v poslední době se sem dostávají drogy, který jsou nový...“, **31.180** „...závislost potom je rizikem, že tam vzplane nějaký psychiatrický onemocnění...“, **31.183-31.184** „...ta maminka má nějakou poruchu osobnosti, nebo samozřejmě měli jsme i maminky, který měli diagnostikovanou schizofrenii.“

Rodiče se také uchylují ke kriminalitě a může docházet i k domácímu násilí v rodině. V takových případech dochází k odebrání dítěte sociálními pracovníky.

27.60-27.61 „Mohli to bejt rozvod rodičů, násilí v rodině a zase a alkoholismus, že jo ta drogová závislost...“, **30.137-30.138** „...že rodiče někde něco ukradli, tak je zavřeli, čímž se děti ocitly bez jakékoliv péče.“, **31.160-31.161** „...když je násilí v rodině tak velmi často mezi partnery dochází i k násilí na dětech.“

Kategorie:

- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Odebrání dítěte z biologické rodiny
- Rodiče dělají kriminální činnost
- Domácí násilí a týrání dítěte v rodině

5.5.5 Respondent E

Kód E1 – Matky jsou mladé a vystresované

Do DC většinou přicházejí s dětmi matky samoživitelky, které celá situace stresuje a má vliv na jejich mentální pohodu.

40.30-40.31 „...většinou neúplný, že ty matky jsou na to samy a ten otec nefunguje, tomu pak odpovídá i ta finanční situace.“, **40.33** „...většinou mladý maminy, třeba kolem třiceti let.“

Často ani nemají podporu širší rodiny, jelikož v dnešní době i babičky stále pracují, a tak nemohou pomoci s péčí o dítě.

40.46-40.47 „Dneska je totiž taky zkušenost, že babičky chodí do práce a nemají možnost se starat o děti, hlavně ty nejmenší.“, **42.117-43.118** „...třeba matka musela na operaci a neměla kam to dítě dát, tak se to řešilo dobrovolným předáním do dětského centra.“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Matky jsou v mladém věku
- Matky jsou emocionálně vyčerpané z procesu a situace
- Širší rodina neposkytuje podporu

Kód E2 – Rodiče následují naučený vzorec

Rodiče následují naučených vzorec chování, který přebrali od svých rodičů. Tento transgenerační syndrom pak ovlivňuje vícero aspektů jejich života.

39.24-39.26 „... , tak mají už těžký dětství, nebo se to opakuje, že zanedbávání už bylo v tý předchozí rodině a ty děti to vlastně kopírujou...“

Kromě jiného ovlivňují také přístup k penězům. Rodiče často žijí na dávkách, které jsou dostatečné, avšak z důvodu finanční gramotnosti rodina neumí hospodařit a není tak finančně zajištěná.

39.20-39.21 „...mají dávky, ale když se to sečte, tak na tom tak špatně nejsou, ale neumí hospodařit s těma penězma.“

Kategorie:

- Transgenerační syndrom v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině

Kód E3 – Sociální pracovníci rodiny podporují, ale podpora není neomezená

Sociální pracovníci rodinám pomáhají, zejména jim zprostředkovávají kontakty s institucemi, které jim pomohou s nápravou jejich životní situace. Některé prostředky pomoci, jako třeba možnost pobytu matek v azylových domech, je omezená.

40.56-40.57 „...dávají se jim kontakty na nějaký organizace. To dítě má u sebe, ale musí spolupracovat.“, **41.60-41.61** „My bysme měli intenzivně spolupracovat s tou rodinou, aby se tam to dítě mohlo vrátit. Dáváme kontakty těm matkám na organizace, které pomůžou.“, **42.92-42.93** „...jsou dobrý i ty terapeutický komunity, do některých můžou i maminy s dětma...“

Zároveň pohled na situaci rodin není jednotný a děti jsou pouštěny zpátky i do rodin, které dle sociálních pracovníků nemají podmínky pro péči o dítě.

40.51 „...problém celé společnosti, že se začínají více tolerovat ty návykové látky.“, **43.125** „...rozhodnutí soudu, zda ty děti pustí zpátky do rodiny, a to pouští třeba i přes náš nesouhlas.“

Kategorie:

- Práce s rodinou ze strany DC
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
- Systém pomoci není dostatečný

Kód E4 – Děti jsou mentálně i fyzicky vyprahlé

Děti se projevují citovou vyprahlostí, jelikož rodiče nemají zvládnutý ani vlastní život, natož aby se postarali o své dítě.

42.107-42.108 „...jsou citově vyprahlý. Některý jsou otupělí, třeba ve spojení s téma drogama...“

Výjimkou nejsou ani zdravotní problémy spojené s rizikovým chováním rodičů.

42.99-42.100 „...třeba alkohol má devastační účinky na to dítě, jak mentálně, tak tělesně. Měli jsme chlapečka s fetálním alkoholovým syndromem.“

Navíc čím jsou děti starší, tím je pro rodiče těžší se o ně postarat, jelikož jejich potřeby stoupají a rodiče na to nemají kapacitu či výchovné prostředky.

43.123-43.124 „Třeba v nějakém tom zařízení se ty děti naučí nějakému režimu, ale ty rodiče v té původní rodině to neudrží a sklouzne to zpátky.“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Rodiče nezvládají rostoucí potřeby dítěte

Kód E5 – Rizikové chování rodičů v podobě užívání návykových látek zamezuje péči o dítě

Rodiče užívají návykové látky, které ovlivňují jejich schopnost pečovat o dítě. Často navíc návykové látky způsobují fyzickou ujmu dětem, jelikož matky užívají drogy i v průběhu těhotenství. Zejména alkohol může mít pro dítě devastující následky.

39.3 „...rodiny, který nefungují, užívají alkohol a drogy.“, **40.35** „...hodně na vzestupu matky užívající návykový látky.“, **40.53-40.54** „...spousta mladých maminek, který rekreačně užívají, třeba pervitin, trávu a je to taková věc, která se ví a vlastně se toleruje.“, **41.67-41.68** „...ukáže se, že třeba nějaký rodič prokáže nějaké příznaky duševní poruchy.“, **41.75** „Většinou to jsou nějaký poruchy osobnosti.“

Na problémové chování rodin často upozorní okolí, díky čemuž se o takových rodinách sociální pracovníci dozvědí.

39.12-39.14 „...je obtížné se tam dostat a vůbec přijít na ty lidi, že potřebují nějakou pomoc. Bez nějakého ohlášení třeba ani nepřijedeme na to, že potřebují pomoc.“, **39.16** „...pokud na ně někdo neupozorní, tak by tam mohly ty děti živořit ještě teď.“

Kategorie:

- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí
- Zdravotní stav dítěte

Kód E6 – Pro návrat dítěte do rodiny je nutné spolupracovat, ale ne každý to zvládne

Aby se dítě vrátilo z DC do biologické rodiny, musí matky spolupracovat se sociálními pracovníci, aby si upravili své stávající životní podmínky. Někdy se to podaří pouze krátkodobě, aby se dítě vrátilo, ale po nějaké době se rizikové chování opět objeví a dítě se opakovaně vrací do DC ze stejných důvodů, jako předtím.

41.80-41.81 „...do třeba těch drog spadne rodič znova, tak se proces opakuje a ty děti třeba zase putujou, což se stává často.“, **41.81-41.82** „...je jen sedmítýdenní odvykací program na fakultce, to ty matky vydrží, ale potom do toho zase spadnou.“, **41.84-41.85** „je tam stanovený dohled nad tou rodinou a my tam pravidelně chodíme a kontrolujeme, jaký je stav a při neuspokojení jdou ty děti zase pryč.“, **43.134** „Většinou se to opakuje, bývá to stejný a řeší se to pořád do kolečka.“

Kategorie:

- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace

Kód E7 – Na lokalitě a komunitě nezáleží

Lokalita ani komunita nemá vliv na chování rodičů, případy přicházejí z různorodých lokalit, komunit a etnických skupin.

39.5-39.6 „Ono to úplně nezáleží podle mě. Jestli myslíte třeba komunita romská, tak to vůbec. Opravdu tady nemáme přímo danou komunitu, máme tu i hodně bílých.“

Kategorie:

- Etnikum rodiny
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu

5.5.6 Respondent F

Kód F1 – U dětí trpí tělo i duše

Děti do centra přicházejí ze zdravotních i sociálních důvodů. Buď rodina nedokáže zajistit potřebnou péči u těžce nemocných dětí, nebo na dítě doléhá rizikové chování rodičů.

49.186-49.187 „...velký abstinenční příznaky kolikrát, a většinou to bývá z nikotinu jakoby jo, prostě ty mámy strašně kouří i během toho těhotenství.“, 49.189-49.190 „...ty děti jsou hrozně neklidný jakoby, asi jako kdyby prostě silnej kuřák ze dne na den přestal kouřit.“, 50.196-50.197 „...hodně pláčou, škrábou se a cítí se velmi nekomfortně.“, 52.275-52.279 „Například downův syndrom, to je jasná věc. To dítě je tu, protože se narodilo takový, jaký je. Ta rodina není schopna se s tím smířit. Pak třeba myopatie, kdy rodina odloží takový dítě. Potom třeba cystická fibróza, která má fatální konec. Ty děti vyžadují náročnou péči a se životem je to těžko slučitelný.“

V takovém případě záleží na zkušenosti dítěte, které se buď uzavře do sebe nebo si chce vše "vybojovat".

53.290-53.294 „...při příchodu jsou vyplašený, vystrašený. Následně se snaží zavděčit, dolézají, sápu se. Nejsou uspokojení jejich základní potřeby... jsou zvyklý si něco stále vybojovávat, vykřičet, vyvrískat, chtějí si to urvat a vše vykřičet.“

Některé děti také chování rodičů napodobují a už od velmi mladého věku inklinují k rizikovému chování.

44.5-44.6 „...je to potom už jako vícegenerační problém...“, 49.177-49.178 „...v těch rodinách piju alkohol opravdu i malý děti no a nebo silný kouření, to jako opravdu droga, že jo.“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Děti se uchylují k rizikovému chování, které vidí v rodině
- Transgenerační syndrom v rodině

Kód F2 – Rodina nemá předpoklady pro správnou péči o dítě

Rodina neprokazuje správné předpoklady pro výchovu dítěte. Není finančně zabezpečena, pracovní návyky jsou podprůměrné a rodiče si nedokáží udržet / zajistit stálé pracovní místo.

45.33-45.34 „...většinou jsou to rodiny na hranici sociálního přežití. Někdy ti lidi žijou opravdu v chudobě a běžný člověk si to nedokáže představit v čem ti lidé existují...“, **45.39** „...už opravdu většinou žijou na hranici reálné chudoby...“

Rodina si nedokáže zajistit bezpečné a stálé místo k bydlení.

45.41-45.43 „...nemají bezpečný domov, třeba bydlí někde v pronájmu, v podnájmu, na ubytovně, u kamarádky, v nevyhovujících prostorách, spousta rodičů opravdu jsou bezdomovci, takže bydlí v nějakých stanech, maringotkách.“, **45.49-45.51** „...není výjimka, že tam bydlí třeba v malém bytě relativně 10 i víc jakoby dospělých osob a v tom tam jakoby žijou ty děti. Jo, takže opravdu ani to sociální zázemí naprosto nemají.“, **47.111-47.112** „Bud' přišli o bydlení z nějakýho důvodu, že se tam nechovali dobře, neplatili nájem, nedodržovali nějaký pravidla.“

Vzdělání je většinou pouze základní, a tak mají nízké uplatnění na pracovním trhu. Z tohoto důvodu si také nedokáží zajistit odpovídající bydlení.

46.91-46.93 „Nemají vzdělání, nedosáhnou na svoje bydlení, nemají na trhu práce, co nabídnout. Postupně začne ta spirála, oni nemůžou od těch dětí odejít a najít si nějakou práci a pokud mají partnera, tak ten bývá z úplně stejných poměrů.“, **47.97-47.98** „Nesnaží se, nemají motivaci pracovat, chodit do práci. Nemají ani finanční gramotnost, takže vše hned utratí.“

Rodiče jsou však na takové podmínky a životní styl zvyklí již od svých rodičů, kteří žili stejně, a tak vše považují za normální. Až upozornění okolím se případ dostane i k sociálním pracovníkům.

46.67-46.68 „...kde je to opravdu transgenerační, kde jako už rodiče těch současných rodičů žili stejně.“, **46.68-46.71** „...jim to nepřijde vůbec nic divného, jakoby stěhovat se po ubytovnách, stěhovat se po podnájmech, žít ve velkých komunitách jakoby ve sdílení a jako poměrně dost často se tam ty děti vracejí do toho nevyhovující prostředí.“

Kategorie:

- Transgenerační syndrom v rodině
- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině

- Inteligence rodičů
- Bytové zázemí v rodině
- Rodiče považují své problémové chování za standardní
- Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí

Kód F3 – Pro matky je situace velmi náročná

Matky často zůstávají na péči o dítě samy, otec zájem nemá.

44.8 „...je tam ta mamina s nimi sama...“, **44.22** „...otec nebyl uveden a byl neznámý...“

Jelikož se velmi často jedná o mladé matky, partneři postupně přibývají, a to stejné platí o dětech. Matka se však mnohdy nestará ani o další děti a vzorec chování se opakuje.

46.81-46.82 „...můžou to být hodně mladé matky...“, **47.101-47.103** „...i ženy ve středním věku, kde by člověk čekal, že už by mohly mít rozum, ale vidíte, že třeba mají dospělé děti, který jsou furt v dětských domovech, u matky, u babičky, u partnerových rodičů.“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Matka zakládá další rodinu
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Matka nepečuje o více svých dětí

Kód F4 – Na původu rodin nezáleží

Do centra přicházejí děti spíše z majoritní populace, není to však rozhodující. Na lokalitě také nezáleží a děti přicházejí z různého prostředí a sociálních vrstev.

44.3-44.5 „Jakoby teď už tady těch romských dětí moc není a v podstatě jakoby jsou to děti z běžných majoritních rodin, ale teda ty rodiny nejsou běžný teda, pochopitelně.“, **44.19-44.20** „ta vietnamská komunita vždycky to nějak zařídí, že to dítě se prostě vrací zpátky.“ **44.24-44.25** „v současné době bych tam vůbec neviděla rozdíly, jestli je to dítě z romské komunity nebo s majoritní.“

Kategorie:

- Etnikum rodiny
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu
- Sociální postavení rodiny

Kód F5 – Zájem a podpora jsou pro svěřeni dítěte do péče rodiny klíčové

Rodiče musí projevit zájem a vyvinout aktivitu pro zlepšení jejich životních podmínek, aby bylo možné vrátit dítě zpátky do jejich péče. Někdy se to podaří pouze díky podpoře širší rodiny, která se zaručí a s péčí pomůže.

44.11-44.12 „*Někdy tam funguje třeba nějaká babička té dívky, takže prababička těch dětí, někdy dokonce i prababičku jsme měli...*“, **46.65-46.66** „*jsou to i maminy samoživitelky, kterým opravdu stačí je trochu podpořit, trochu jim pomoci jakoby a oni mají vůli a jako snahu se z toho vybrat, z té nepěkné situace.*“, **48.142** „*Ze začátku se snaží rodina dceři pomoci...*“

Pokud rodiče situaci nezvládnou či ztratí zájem a nemají ani podporu širší rodiny, tak je návrat dítěte velmi náročný až nemožný. Celý proces matky velmi vyčerpává, a to zejména, pokud trvá delší dobu.

48.144-48.145 „*...jiné to nezvládnou, a i za cenu toho, že o dítě přijdou se dále drží té své komunity.*“, **48.151-48.152** „*Některé matky nedokázaly ani těch šest týdnů být bez toho rizikového okolí, partnera. Prostě utekly, a to dítě tam nechaly.*“, **48.158-48,159** „*Pod tlakem tohoto kolikrát se ti prarodiče toho dítěte vzdali jo, že prostě někdy museli opravdu i zrušit třeba trvalý bydlíště té dcery, kvůli exekucím a podobně.*“

Speciálním případem jsou matky s mentálním onemocněním. Ty mají zájem téměř vždy a o dítě pečovat skutečně chtějí. Bohužel nemají mentální kapacitu a bez podpory rodiny je svěřeni dítěte do jejich péče nemožné.

51.234-51.236 „*...opravdu mentální retardace té matky. Opravdu je tam velká snaha se o ty děti starat, mají strašně moc rádi ty děti, ale prostě duševní schopnosti jsou natolik omezené.*“, **51.247-51.249** „*V okamžiku, kdy je to mentální retardace, tak je někdy i životu nebezpečný, aby se k mamince vrátilo, ač ho má ráda, ale prostě nedovede se o něj opravdu postarat.*“

Kategorie:

- Širší rodina dodává podporu
- Matky jsou emocionálně vyčerpané z procesu a situace
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácejí zájem o dítě
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace
- Širší rodina neposkytuje podporu
- Mentálně postižené matky jako speciální případ

Kód F6 – O dítě není materiálně postaráno

Rodiče nejsou připravení pečovat o dítě a chybí jim základní potřeby. Dochází tak k zanedbávání základních potřeb dítěte, které nemá odpovídající potravu či oblečení.

45.36-45.38 „...řada těch dětí přichází z poměrů chudoby, mají nedostatek jídla, nemají místo na spaní, prostor na běžný aktivity, nemají kočárek, nebo vhodné obutí, pleny, oblečení.“, **45.40** „...se potýkáme s hladověním, nemají vůbec jídlo, nemají základní životní potřeby.“, **45.53-45.54** „nemají ani postýlky kolikrát, jakoby svoje nebo prostě spí, kde se zrovna dá.“, **52.267-52.269** „...řada těch dětí se sem dostane, že má třeba úplně zkažený zuby, některý jsou zavšivený, mají svrab a jiné parazity, některý jsou podvyživený nebo naopak přecpaný a obézní.“

Ke stejné situaci dochází i při opakovaném návratu.

46.74-46.75 „...jedny děti se vrátily asi třikrát jo, stalo se nám to opakovaně.“, **46.77-46.78** „V podstatě to bylo vždycky stejně, jakoby neměli kde bydlet, neměli co jíst, rodiče byli pod vlivem návykových látek.“, **54.333-54.334** „jsou ovlivněný jen na krátkou dobu. Nějaké ty podmínky, aby se jim dítě vrátilo, splní, ale další týden už jedou zase znovu.“

Kategorie:

- Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem
- Zanedbání základních potřeb dítěte
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC

Kód F7 – Podpora rodin od sociálních pracovníků

DC podporuje rodiny, a to zejména zprostředkováním kontaktů na organizace, které mohou rodičům pomoc s jejich specifickými potřebami. Ne vždy je však možné vyhovět požadavkům rodičů.

53.305-53.307 „...zase ve spolupráci s OSPODem, organizacemi, s policií, s lékaři těch rodičů třeba anebo i těch dětí pokud je tam nějaká predispozice nebo důvod.“, **53.309-53.310** „Dáváme jim čas se s tím smířit, odžít si to, zjistit si informace, vyhledat pomoc, doma si to zařídit, vytvořit finanční rezervu nebo zajistit hlídání...“, **54.326-54.327** „Můžeme je navést i na další odborníky, odkázat je na stacionáře, můžeme jim takto pomáhat.“

Oproti minulosti podmínky pro návrat dítěte nejsou tak striktní a děti se vrací i do ne zcela fungujících rodin. K tomu dochází i přes nesouhlas pracovníků, kteří mají o dění v rodině přehled.

45.57-45.58 „...tenkrát bylo strašně snadný, aby ta rodina o to dítě přišla.“, 46.64 „...ted' v podstatě se ty rodiny tak jako až do nekonečna sondujou.“, 47.127-48.128 „...někdy není ta sanace úplně efektivní, jak bysme si představovali, a naopak ty děti zůstávají déle a déle v tom patologickém prostředí...“, 50.202-50.203 „Ted' už je to prostě takový opravdu jako volnější a pokud užívají drogy, ale jsou schopni nějak normálně fungovat.“, 50.211-50.212 „...vracejí zpátky k rodičům, i k těm, který prokazatelně drogy využívají, pokud to mají takzvaně pod kontrolou.“

Kategorie:

- Práce s rodinou ze strany DC
- DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
- Systém pomoci není dostatečný
- Vnímání situace rodiny se historicky mění

Kód F8 – Rodiče prokazují rizikové chování nevhodné pro péči o dítě

Rodiče vytvářejí nevhodné prostředí pro péči o dítě svým rizikovým chováním. Rodiče užívají návykové látky, zejména drogy a alkohol. Na základě užívání, ne však výhradně, dochází také ke vzniku duševního onemocnění.

45.46-45.47 „Může být pod vlivem drog a alkoholu, návykových látek anebo naopak mít abstinenční příznaky.“, 49.175 „...návykové látky v tom hrajou téměř vždycky roli...“, 51.226 „Častější jsou třeba deprese. Úzkosti, deprese, to je řekla bych dneska standard.“, 51.230-51.231 „...i poporodní deprese jako jo, že opravdu ten porod je tak náročný a normálně fungující dívka se z toho sesype jako.“

V některých rodinách dochází také ke kriminalitě rodičů či domácímu násilí. I přes rozvolněnější pravidla oproti minulosti jsou toto důvody k odebrání dítěte z péče rodičů.

47.106-47.107 „...takže jdou krást, vařit drogy, dýlovat drogy, prostituovat, ty ženský cokoliv v podstatě.“, 48.128-48.130 „...jim jde až o život, a to ať tím zanedbáváním a nebo prostě nějakým ubližováním, že opravdu je tam někdo, kdo těm dětem cíleně ubližuje...“

Kategorie:

- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou

- Odebrání dítěte z biologické rodiny
- Rodiče dělají kriminální činnost
- Domácí násilí a týrání dítěte v rodině

5.5.7 Respondent G

Kód G1 – Mladé matky zůstávají samy

Do DC často přicházejí mladé matky, pro které je to v té době první dítě. Otec je většinou neznámý, takže matka je na péči sama.

56.35-56.36 „...jsou to neúplné rodiny, že prostě ty děti vyrůstají jenom s maminkou. Ten táta tam vůbec nefiguruje anebo prostě velmi sporadicky dochází.“, **56.36-56.37** „...hodně mladý matky...“ **56.38-56.39** „většinou je to opravdu ta máma, ale jako tam jako otec úplně absentuje.“, **59.133-59.134** „...předešlého vztahu má matka dceru a spolu mají tříletýho chlapečka...“

Z důvodu věku je pro ni celá situace stresující a následný proces získávání dítěte zpět do péče je pro ně velmi vysilující.

60.181-60.182 „...máma je mladá, že jí to vyčerpává...“

Jeden z důvodů, proč matka péči o dítě nezvládá může být nižší intelekt, kterým se matky prokazují.

56.49-56.51 „...i intelektem. Ten je někdy opravdu na hranici normy a neumí si s tím poradit. Obtížněji hledají práci, nebo tam nevydrží.“, **56.53-56.54** „Ty maminky někdy přichází ze zvláštní školy a mají opravdu nízký intelekt.“

Kategorie:

- Inteligence rodičů
- Matka zůstává s dítětem sama
- Matka zakládá další rodinu
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Matky jsou emocionálně vyčerpané z procesu a situace
- Charakter rodičů z pohledu DC

Kód G2 – V rodině chybí zázemí

Rodina pro péči o dítě nemá zázemí. Rodiče si neumí udržet či sehnat dlouhodobou pracovní pozici, a tak se i často stěhují. Nedokáží si tak zajistit stabilní příjem a spoléhají se na sociální dávky, které z důvodu špatné finanční gramotnosti nedokáží zužítkovat.

55.5 „...ty rodiny bývají často na hmotné nouzi, na dávkách jo...“, **55.22-55.23** „...finanční situace rodin je opravdu nepříznivá...“, **56.39-56.41** „...zabezpečení, který je minimální nebo nedostačující. Je tam častý stěhování po ubytovnách, nebo migrují po příbuzných.“, **57.88-57.90** „...nemají práci, takže tam pak se dostávají i do nějaký dluhový pasti. Je tam špatná finanční gramotnost, nějaká životospráva nebo prostě péče o zdraví prostě tam je taky jako na bodu nula...“

Jelikož nedokáží zajistit ani sebe samé, chybí i příprava na život s dítětem, pro které nemají základní vybavu a zázemí.

Kategorie:

- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině
- Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem

Kód G3 – Rodina má sociální předpoklady, které je těžké překonat

Do DC často přicházejí rodiny romského etnika, které jsou sociálně izolovanější. I přesto, že nemusí vždy žít v sociálně vyloučených lokalitách, jedná se často o rodiny s nepříznivou sociální situací.

55.3 „Nemusí to být jako typická sociálně vyloučena lokalita nebo komunita...“, **55.6-55.7** „Izolovaný jsou třeba jako z hlediska etnika nebo právě tím, že nedosahují té požadované životní úrovně, a tak jsou v té místní komunitě nějak vylučování...“, **55.18** „Nejčastěji se nám sem dostávají děti romského etnika.“

Problémy se nevyhýbají ani úplným rodinám, kde figuruje matka i otec.

58.105-58.106 „...tatínek z normální rodiny a maminka vlastně taky...“

Kategorie:

- Etnikum rodiny
- Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu

- Církevní hodnoty a tradice
- Problémy se objevují i v úplné rodině
- Sociální postavení rodiny

Kód G4 – Sociální pracovníci mohou rodiče nasměrovat, ale vyřešit problémy za ně nemohou

Sociální pracovníci pomáhají rodinám zprostředkovat kontakty na organizace, které jim pomohou s nepříznivou situací. Poskytují taky edukaci nejen ohledně péče o dítě, ale i celkového životního stylu.

56.47-56.49 „našli zaměstnání i s bydlením, a i díky sanaci rodiny a OSPODU se jim podařilo, že se ty děti vrátily do rodiny.“, **57.72** „...mluvím i o antikoncepci, ale ty mámy to většinou neberou.“, **61.202-61.203** „Hodně pracuju třeba s tím právě jaký mají okruh známých, jaký sami mají zajmy, co je baví nebo na čem se dá prostě jako stavět.“

Bez motivace rodičů k nápravě však nemůže dojít ke zdárnému konci. Rodiče musí vyvinout aktivitu, aby se dítě do rodiny vrátilo. Lépe zabezpečené rodiny situaci zvažují, ale není to pravidlem.

58.98-58.99 „...nejsou schopni vůbec jako nahlídnout jak. Nechtějí si třeba nechat pomoci, jako říct o pomoc a to taky s tím souvisí.“, **60.177-60.178** „Tam jsou to ale fungující rodiny, které to promýšlejí, zvažují možnosti a to dítě pak zůstane v rodině.“, **61.213** „...často nechtějí slyšet, že tady jsou nějaký neziskový organizace, který můžou taky pomoci.“

Někteří rodiče situaci nezvládnou a dítě opustí. Rodičům pomáhá, pokud jim s péčí pomáhá širší rodina, pokud takovou podporu nemají, je pro ně složitější své problémy vyřešit.

55.25 „...nefunuje širší rodina.“, **56.57-56.60** „...takže někdy to bývá širší rodina, jako babička nebo její maminka... pomáhají pak s výchovou.“, **60.174-60.175** „...tatínek si chlapečka vzal do své péče, měl další, zdravý děti a dopadlo to dobře.“

Kategorie:

- Práce s rodinou ze strany DC
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
- Širší rodina neposkytuje podporu
- Širší rodina dodává podporu
- Náhradní rodina je řešením situace dítěte

- Otec dítěte rodinu podporuje

Kód G5 – Děti jsou si situace v rodině vědomy

Do centra přicházejí děti se zdravotním postižením, o které se rodina nemá jak postarat. Přicházejí však i děti zanedbávané, na které rodiče neměli čas, což se projevuje také v jejich chování, když přijdou do DC.

55.12-55.14 „...máma to dítě opustí než se najde pěstounka na přechodnou dobu nebo někdy prostě je ten zdravotní stav dětí takový, že zůstávají v péči dětského centra.“, **60.161-60.163** „...dostávají opravdu děti hodně těžce ZP, anebo úplně ne těžce zdravotně postižený, protože myslím že downův syndrom není těžké zdravotní postižení, ale že ta rodina není schopná se o to dítě prostě postarat.“, **60.185** „...o to dítě nepečuje a to dítě se potom chová, jak se chová...“, **61.187-61.189** „...dráždivost, hyperaktivitu, pak se řekne že jako to dítě má ADHD, ale třeba je to něco jiného, třeba prožitýho traumatu, nebo toho zanedbání...“

Některé děti si jsou situace v rodině vědomi a nechtějí z DC, kde mají naplněné životní potřeby, odcházet.

62.231-62.233 „...opravdu i samy ty děti vidí tu situaci v rodině a nechtějí se od nás domů vrátit, protože se tady cítí v bezpečí, váží si toho, že se o ně někdo stará.“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Rodiče nemají na péči o dítě čas
- Děti doma problémy vidí
- Dítě do DC přichází s uspokojenými potřebami

Kód G6 – Na svém životním stylu nevidí rodiče nic špatného

Rodiče dětí žijí často stejným životním stylem, jako jejich rodiče a transgeneračně to přesouvají i na své dítě. Na svém životním stylu nevidí nic špatného a považují ho za normální, jelikož vyrůstali ve stejných podmínkách.

57.73-57.74 „...zažily zanedbávání, ale né nějaký jako týrání nebo prostě něco v širší normě...“, **57.86-57.88** „...vyrostly buď v dětském domově a nebo vyrostly třeba u babičky nebo prostě zažily něco jako něco takovýho už sami v dětství takže si vlastně neumí jako poradit.“

Někteří rodiče mají s ústavní péčí pozitivní zkušenosti a berou je za dobrý restart jejich života.

55.30-55.31 „...otec taky vyrůstal v dětském domově, ale v takovém, který mu umožnil se vyučit, vzpomínal na to hrozně rád.“

Kategorie:

- Transgenerační syndrom v rodině
- Rodiče považují své problémové chování za standardní
- Rodiče byli sami v ústavní péči a mají pozitivní zkušenost

Kód G7 – Dítě žije v neadekvátních podmínkách

Rodiče nedokážou zajistit pro dítě adekvátní podmínky k životu a nejsou schopni o něj pečovat. Zanedbané jsou základní potřeby dítěte, jelikož rodiče mají problém postarat se i o ty své.

55.23-55.24 „...dětem chybí úplně základní potřeby...“

Uchylují se k návykovým látkám, jako jsou drogy a alkohol, přibývá však i rodičů s duševním onemocněním, které není nijak řešeno. Výjimkou není ani uchýlení se ke kriminální činnosti.

57.91 „...nám dostávají i děti drogově závislých matek, které užívaly drogy i po celou dobu těhotenství.“, **58.107** „...tam maminka kradla...“, **58.110-58.111** „...maminka tam prostě ukradla něco v obchodě, takže se to řešilo a byla potrestána...“, **59.145** „Přibývá tam prostě rodičů s duševním onemocněním, hlavně poruchou osobnosti.“

Dítě poté přichází do DC traumatizované z celé situace a je možné, že by v podmínkách dále žilo, kdyby na situaci neupozornilo okolí dítěte a dítě nebylo rodičům odebráno.

55.8 „...někdo všimne a na základě toho upozorní OSPOD...“

V dnešní době je zákon již benevolentnější k návykovým látkám a pokud je rodič schopen alespoň trochu fungovat, dítě je mu svěřeno zpátky do péče.

59.131-59.132 „...ta tolerance k návykovým látkám se dost zvyšuje a bohužel se vrací i do rodin, kde ty rodiče užívají, pokud pracují a mají ošetřenou bytovou situaci.“, **59.138-59.139** „V tom terénu zůstává spousta dětí, kde ty rodiče užívají návykové látky. Zvětšuje se to pole těch návykových látek, bohužel se tam ty děti vrací.“

Po čase ve většině případů však dochází k opakovanému návratu, kdy problémy přetrvávaly nebo se přidávaly další a dítě přišlo z ještě horších podmínek.

59.154-60.155 „Jenže naši rodiče často nejsou disciplinovaní, v tom je problém.“, **62.227-62.228** „Ano, ten stejný faktor, nebo se k tomu něco ještě přidá. Třeba kromě toho, že ztratí

práci, ztratí i bydlení.“, 62.230-62.231 „...často si to rodiče nevezmou k srdci, někdy se třeba přidají i drogy, tak to potom už je opravdu těžký.“

Kategorie:

- Zanedbání základních potřeb dítěte
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Dítě do DC přichází traumatizované
- Odebrání dítěte z biologické rodiny
- Rodiče dělají kriminální činnost
- Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí
- Prohlubující se a množící se problémy v rodině
- Vnímání situace rodiny se historicky mění

5.5.8 Respondent H

Kód H1 – Inteligence matek ovlivňuje vzájemnou spolupráci

Rodiče musí ve spolupráci se sociálními pracovníky vyvinout aktivitu, aby napravili problémy, které v rodině mají. Pokud situaci nezvládnou či ztratí zájem není možné, aby se dítě do biologické rodiny vrátilo.

65.69-65.70 „...maminky mají schopnosti mít ty rodičovské kompetence, ale není zájem o dítě.“, 68.182-68.183 „Pokud nám maminky neřeknou svou minulost, tak je těžké se posunout dál.“

Sociální pracovníci mají zkušenost, že lepší spolupráce je s více inteligentními matkami, které dokáží aktivitu vyvinout, aby zajistily dítěti lepší budoucnost. Rovněž často více spolupracují rodiče z vyšších sociálních vrstev.

64.30-64.31 „...u těch výše postavených lidí to manželství a společný život je.“, 64.40-64.41 „těhle více vzdělaných, na rovinu řekly, že dítě nechtějí a splnily si ty své podmínky, aby dítě mohlo, co nejdříve do osvojení.“

Speciálním případem jsou matky s mentálním postižením. Ty zájem mají a chtěly by spolupracovat, ovšem kvůli mentální kapacitě toho nejsou schopny.

65.70-65.72 „maminky s mentálním hendikepem, které by chtěly, ale nemůžou, neumí to. ... měla jsem tu maminku s mentálním hendikepem, ale nebylo jí dáno, měla snahu, ale nešlo to.“,
67.133 „...s mentální retardací, tam ty matky chtějí, ale nedokáží to, nebylo jim dáno.“

Kategorie:

- Inteligence rodičů
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě
- Mentálně postižené matky jako speciální případ
- Sociální postavení rodiny

Kód H2 – Předpoklady pro život s dítětem jsou minimální

Rodina nemá základní předpoklady pro péči o dítě. Rodiče nepracují nebo pracují na nestálých pracovních pozicích.

63.19-63.20 „...spíše střídají nebo chodí po brigádách.“

Z tohoto důvodu se nedokážou finančně zabezpečit a zajistit si adekvátní bytové podmínky.

63.9-63.10 „...většina naší klientely jsou lidé žijící ze sociálních dávek. Jsou to teda nízkopříjmové rodiny žijící ze sociálních dávek.“, **64.57-64.58** „...přichází o bydlení, neplatí nájem, nežádají si o sociální dávky nebo si o ně žádají pozdě a nedoloží potřebné dokumenty.“

Kategorie:

- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině

Kód H3 – Matky následují naučený vzorec chování

Do DC přicházejí matky mladšího věku, které jsou většinou samy, jelikož otec není známý.

63.28-64.30 „...minimum je sezdáný pár, to opravdu moc není. Potom jsou maminky a neuvedení otcové... většinou otec neuveden v rodném listě.“, **64.49** „Kolem těch 30, to je tak nejčastější. Pak kolem 20 let.“

O dítě se nedokáží postarat, jelikož tomu nebyly naučeny. Jejich rodiče jim nedokázali předat tyto dovednosti, nedali jim lásku a péči, tudíž matky nyní následují stejný vzorec chování.

65.75 „u nich doma taky nefungovalo nic.“, **65.80-65.81** „Transgeneračně už z nějakého důvodu nefunguje ta prvotní rodina.“, **66.94-66.95** „přenášejí transgeneračně si ty své prožitky

na své dítě.“, **66.104-66.105** „...když někdo řekne, že byl v dětství týraný, tak je to naučený vzorec chování...“

Kategorie:

- Transgenerační syndrom v rodině
- Matka zůstává s dítětem sama
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Širší rodina neposkytuje podporu

Kód H4 – Některé sociální služby nejsou dostatečné

Sociální pracovníci pracují s rodinami na nápravě jejich životního stylu, aby mohli pečovat o své dítě. Edukují je a zprostředkovávají kontakty na místa, která jim mohou poskytnout dodatečnou péči.

68.180-68.182 „S těmi spolupracujeme na zdravotních, ale i sociálních záležitostech. Pomáháme jim, aby si našly nějakou neziskovou organizaci a řešily svou závislost...“

Ne vždy je však tato cesta úspěšná, jelikož například azylové domy jsou plné, a tak není možné vyřešit bytovou situaci rodičů. Stává se tak, že se děti vracejí i do rodin, kde situace není kompletně vyřešena.

64.37 „Vracíme teď spíše děti do dysfunkčních rodin než do osvojení nebo pěstounské péče.“,

65.89 „Nejsou tady preventivní programy, co by učili o návykových látkách a alkoholu.“,

67.122-67.123 „...ty maminky, co dlouhodobě užívají návykové látky, by potřebovaly určitou komunitu, co tady chybí.“, **68.155-68.158** „Máme dva azylové domy, jako krajské město, ale tady by se uživila psychologická komunita pro matky s dětmi, chráněné bydlení pro maminky s hendikepem, kde by se naučily pečovat o to dítě pod celodenním dohledem, nějaké centrum se službami...“

Kategorie:

- Náhradní rodina je řešením situace dítěte
- Práce s rodinou ze strany DC
- Systém pomoci není dostatečný

Kód H5 – Rizikové chování rodičů zamezuje správné péči o dítě

Rodiče se prokazují rizikovým chováním, kvůli kterému se nejsou schopni správně postarat o své dítě. Inklinují k návykovým látkám, jako jsou drogy a alkohol.

65.59-65.61 „Potom návykové látky, protože OSPOD si netroufne maminkám, co užívají návykové látky, alkohol svěřit miminko do péče.“, **66.110-66.111** „...pervitin, extázi, to je tady asi nejčastější, výjimečně kokain s heroinem, protože to je dražší.“

Na základě braní drog se u nich může projevit také duševní onemocnění, jako je schizofrenie (někdy diagnostikováno dříve). Tyto problémy se mohou projevit také ve fungujících rodinách, kde se nynější matka ubere k braní drog.

63.4-63.5 „...skupina, maminky s psychiatrickou nemocí, maminky uživatelky návykových látek...“, **65.61-65.62** „...psychiatrické onemocnění matky, kde se musí ověřit rodičovské kompetence.“, **67.128-67.130** „...skupina maminek se schizofrenií a tady rozlišujeme, jestli je to schizofrenie způsobená návykovými látkami a ta, která se spustila předtím...“

V některých případech může dojít v rodině i k domácímu násilí a týrání dítěte.

62.62-65.64 „...matky týraly své předešlé dítě, takže měly takovou minulost a pak se musely ověřit jejich rodičovské kompetence.“, **67.151** „...ve schizofrenickém záchvatu dítě zabila.“

Problémy se postupně množí, až se z toho stane spirála, ze které se rodiče těžko dostávají. Situace si pak všímá i okolí, které na problém upozorní sociální pracovníky.

Kategorie:

- Prohlubující se a množící se problémy v rodině
- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Dítě do DC přichází traumatizované
- Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí
- Domácí násilí a týrání dítěte v rodině
- Problémy se objevují i v úplné rodině

Kód H6 – Zanedbání se podepisuje na charakteru dětí

Do DC přicházejí zanedbané děti z důsledku rizikového chování rodičů. Některé děti jsou z tohoto důvodu dráždivější a plačtivější. Svůj díl na tom má i abstinční syndrom, který se projevuje u dětí narozených matkám, které i v těhotenství užívaly návykové látky.

66.115-66.117 „...má dítě abstinční příznaky. V tom případě je to zdravotní důvod, se kterým sem to dítě jde, aby se vyléčilo a pak se řeší jeho osud.“, **68.160** „...hlavně novorozenci s abstinčním syndromem...“, **68.164-68.165** „Ale myslím si, že se už hodně ta povaha mění tím přijetím dítěte.“

Při opětovných návratech jsou děti opět zanedbané a příčiny se velmi často opakují.

68.171-68.172 „*pokud se k nám vrátí znovu, třeba i starší, tak jsou zanedbané.*“, **69.188-69.190** „*Ještě horší. Pokud se nám to dítě vrátí od rodičů, tak je to zhoršené, je v regresi, a to i vývojově... Když už máme třeba třetí příjem stejného dítěte, tak vidíte, že je to špatně, jen čekáte, kdy ten terén zavolá zpátky.*“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC

5.5.9 Respondent I

Kód I1 – Rodina se nachází v dysfunkčním stavu

Rodina se nachází v dysfunkčním stavu, kdy partneři mají problémový vztah či spolu nežijí. Matka tak přichází do centra sama a otec zájem o dítě nemá.

71.43-71.44 „*...otec se nechce starat. Jsou to hlavně neúplné rodiny, otec v rodném listě neuveden.*“

Nejčastěji se jedná o mladé matky, které si posléze hledají další partnery a vzorec se opakuje. Mnohdy matka nepečuje o více dětí.

70.16 „*...několikátý dítě v rodině, ani nemají ty předchozí v péči...*“, **71.46-71.47** „*...hodně matky kolem těch dvaceti let, pak několik po třiceti a docela se nám i rozmohlo teď mít i patnáctiletý matky.*“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Otec o dítě nemá zájem
- Matky jsou v mladém věku
- Matka nepečuje o více svých dětí
- Rodiče mají problémový vztah

Kód I2 – Zájem, motivace a podpora jsou důležité aspekty práce s rodinou

Sociální pracovníci edukují a podporují rodiny v rámci svých kompetencí. Pomáhají jim s jejich těžkou životní situací. Pokud však rodina nemá zájem se o dítě postarat či situaci nezvládá, nemůže sociální pracovník vyřešit situaci za ně.

72.71-72.72 „...se snaží směřovat tu matku k tomu, aby tady byla s tím dítětem a tím i abstinovala.“, **72.74-72.75** „Bud' tam zvítězí ty drogy, nebo zvítězí partner nějaký ne úplně vhodnej, to je častá věc.“, **74.127-74.130** „...snažíme pracovat na vyřízení dávek, nasměrování, pracuje s nimi třeba doktorka, kolegyně se je snaží poučit o antikoncepci... po všech stránkách, jako psychologické, zdravotní a tak, se je snažíme vést.“, **75.155-75.158** „směřujeme ty mámy, aby se postavily na vlastní nohy... Snažíme se tak alespoň najít si to bydlení, práci.“, **75.163-75.164** „...matkou to byla asi zbytečná práce, protože to nepomohlo, neměla tu vůli.“

V takovém případě je nutné, aby fungoval například partner matky či širší rodina, kterým je možné svěřit péči o dítě. Takové případy bývají u romské populace, kde se rodina o sebe postará, není to však pravidlem.

70.4-70.6 „Jedná se spíše o světlé děti. Romských dětí je minimum, protože, co se týče péče, tak jsou na tom líp, protože pro ně rodina znamená něco víc. Máme tu opravdu spíše matky majoritního etnika...“, **71.31** „Někdy jsou ochotné pomoc, ale ne si vzít to dítě kompletně do péče.“, **71.34-71.35** „...babička tam řekla, že je to jejich dítě a mají se postarat. Ona, že jim pomůže, ale postarat by se měli rodiče...“, **75.163** „...se vzpamatoval otec...“

Speciálním případem jsou mentálně postižené matky, kterým bez podpory širší rodiny není možné svěřit dítě do péče, jelikož by ji i přes svou motivaci a zájem nezvládly.

70.26-70.27 „...u těch mentálně postižených matek, tam je velký problém, oni chtějí, ale nemají na to mentální kapacitu.“, **74.142-74.143** „...mentálně postižené matky, ony jsou schopny se postarat do nějakého věku, ale pak nebudou schopny.“

Kategorie:

- Širší rodina dodává podporu
- Náhradní rodina je řešením situace dítěte
- Otec dítěte rodinu podporuje
- Práce s rodinou ze strany DC
- Širší rodina neposkytuje podporu
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě
- Etnikum rodiny
- Mentálně postižené matky jako speciální případ

Kód I3 – Rodina není životně zabezpečená

Rodina není finančně zabezpečena, jelikož si rodiče nejsou schopni zajistit stálou pracovní pozici, a to i z důvodu nedostatečného vzdělání, které jim nedovoluje uplatnit se na pracovním trhu.

70.11-70.12 „Většinou jsou to nezaměstnaní nebo v nižších dělnických pozicích. Často jsou finančně nezajištěný nebo na dávkách.“, **70.16-70.17** „...nedostatek peněz a vzdělání rodičů.“

Stejné chování se objevuje už i primární rodiny a nynější rodiče jej napodobují.

70.21-70.22 „...většinou spíš nemají prarodiče nebo jsou ti prarodiče ve stejný rovině. Že se tam ty alkoholový nebo drogový problém táhnou po té rodinné linii.“, **71.50-71.51** „matky přebírají chování těch rodičů. Málodky se stane, že by ta matka byla z běžný, spořádaný rodiny.“, **71.55** „...neměly ten vzor v tý svojí rodině, takže neví, jak se o to dítě starat.“

Kategorie:

- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Transgenerační syndrom v rodině

Kód I4 – Dítě si přináší zkušenosti z biologické rodiny

Děti do DC přicházejí se špatnou zkušeností z biologické rodiny. Ze zdravotních důvodů hned po narození přichází děti s abstinčním syndromem.

72.69-72.71 „...teď je to trochu jiný a to, že je matka pozitivní se bere trochu jinak. Ale ty OSPODY se furt snaží, pokud to jde, dostat ty děti k nám, protože často mají ten abstinční syndrom.“, **73.89** „Pokud je třeba to dítě hendikepovaný a ty rodiče to nezvládaj...“, **73.96-73.97** „...ty děti drogově závislých matek, tak je tam abstinční syndrom, nebo i alkoholově závislý matky.“

Z terénu pak většinou přicházejí starší děti. Ty nemají uspokojeny základní potřeby.

72.60-72.62 „...až to dítě bude mít vyšší nároky, protože teď je malý a jenom leží, ale jakmile začne mít nějaký ty nároky, tak pak se stává, že tam jsou nějaký problémy.“, **73.97-73.98** „...špinavý, opruzený, takový spíš sociálně zanedbaný.“, **73.100** „Z terénu jsou to většinou větší děti.“

Dle zkušenosti se pak děti i projevují, některé jsou více ostýchavé, jiné zase více společenské, jelikož potřebují nahradit lásku, kterou jim neposkytly matky, kterým chyběly mateřské city.

71.58 „Nemá ty mateřský city, pochovat, poňuňat.“, **74.117-74.118** „Některý jsou hodně společenský, jiné jsou ostýchavé, mají problém s navazováním vztahů, i třeba s pěstouny.“, **74.120-74.124** „Jsou tady i ostýchavé děti, co nejdou s každým. Hlavně u těch dětí do dvou let... U dětí od tří let plus jsou už více socializované.“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Zanedbání základních potřeb dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Dítě si zvyká na chod v DC
- Vnímání situace rodiny se historicky mění
- Matka nemá k dítěti vztah

Kód I5 – U matek je indikováno rizikové chování

V rodině se projevuje rizikové chování, jako je užívání návykových látek.

71.49 „Většinou je tam nějaká drogová nebo alkoholová anabáze tý rodiny.“, **72.64-72.65** „Tipla bych víc jak 50% jsou drogově závislí. Bud' tady máme drogově závislý matky nebo s mentálním postižením. Občas je to ještě nějaká psychóza.“

Přibývá však i psychiatricky nemocných matek, které nejsou zamedikovány. Toto chování matkám zamezuje pečovat správně o své dítě.

72.81 „Většinou jsou to poruchy osobnosti...“

Kategorie:

- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou

5.5.10 Respondent J

Kód J1 – Matky poprvé přicházejí do DC mladé a nezkušené, své chování však opakují

Poprvé do DC přicházejí mladé matky s prvním dítětem. Přicházejí bez partnera, tudíž jsou na péči samy.

77.55-77.58 „Většinou matky, jak jsme si říkaly už předtím, jsou to nejčastěji matky svobodné nebo osamělé... Jsou velmi mladé, nezkušené a ten věk je opravdu od mladého věku, kdy jsme měli i dvanáctiletou maminku, která měla holčičku a vyrůstala v osvojení.“

V následujících letech si hledají nové partnery, se kterými mají další děti. Problematické chování se však vyskytne i v této nové rodině.

76.22-76.23 „...to svobodné matky nebo jsou rozvedené a nebo to dítě mají s jiným partnerem než než je třeba manžel...“, **82.197-82.198** „...často už jsou těhotné a čekají často i s novým partnerem nové dítě.“

Kategorie:

- Matka zůstává s dítětem sama
- Matka zakládá další rodinu
- Matky jsou v mladém věku
- Rodiče mají problémový vztah

Kód J2 – Předpoklady pro péči o dítě nejsou adekvátní

Rodina nemá předpoklady pro péči o dítě, jelikož si rodiče nejsou schopni najít odpovídající zaměstnání. Chybí jim pracovní návyky, a i kvůli vzdělání nejsou uplatnitelní na pracovním trhu. To ovlivňuje jejich finanční situaci, které nepomáhá ani finanční negramotnost rodičů.

76.3 „...většinou soc. ekonomické taková slabší vrstva.“ **76.11-76.13** „...finančně negramotnost, mají často veliký dluhy, ale z takových jako nerozumných věcí, že třeba jezdí načerno a neplatí to a tak, takže to jsou takové ty situace, kdy se to jakože vrství a kumuluje a tak je to dohání.“

76.14-76.15 „...většinou se často už ani třeba nedoučí, vlastně na trhu práce jsou velmi málo uplatnitelní...“, **81.159-81.160** „...byli vědomi toho že to nezvládají, že se nezvládali postarat sami o sebe a ty děti vlastně zanedbávali třeba ne cíleně, ale jen proto, že byli nekompetentní.“, **81.187-81.189** „Jenže, jak nemají ty návyky, tak oni jdou do práce 2-3 dny, pak jsou unavený, tak už ve čtvrtek a v pátek nejdu.“

Z těchto důvodů si nejsou rodiče schopni zajistit odpovídající a stále bydlení, kde by mohli dítě vychovávat.

76.8-76.9 „...nemají schopnost zajistit si dostačující bydlení...“, **78.78-78.79** „...maminky popisují, že nemají žádné zázemí, že putovaly po kamarádkách...“, **81.164-81.165** „...rodiče mají ztížený životní prostředí. Třeba bydlí v nějakém domě, kde se netopí a musí chodit třeba pro dříví...“

Nemají tak odpovídající výbavu pro dítě, tudíž nemohou uspokojit jeho potřeby. Jelikož však v podobných podmínkách sami vyrůstali, nebyli schopni se naučit jinému životnímu stylu a kopírují ten z prvotní rodiny.

76.17-76.19 „...ti lidé už dlouhodobě třeba dvě generace nežijí prostě jakoby v pracovním poměru, jsou na úřadech práce, už třeba vlastně tyhle ty maminky našich dětí vyrostly sami v azylových domech se svými rodiči.“, **82.191-82.192** „...mají omezené výchovné prostředky z jejich vlastní zkušenosti.“

Etnikum často na toto chování nemá vliv a do DC přicházejí děti z rozdílné populace.

76.16 „Etnikum není úplně jako že by to bylo romské...“

Kategorie:

- Pracovní život a návyky v rodině
- Finanční síla a gramotnost v rodině
- Bytové zázemí v rodině
- Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem
- Transgenerační syndrom v rodině
- Etnikum rodiny

Kód J3 – Rizikové chování rodičů zamezuje péči o dítě

Rodiče indikují k rizikovému chování, jako je užívání návykových látek.

76.2 „No určitě nejvíc drogově závislí a komunity, kteří užívají většinou teda drogy, někdy alkohol...“, **79.97-79.98** „Nicméně ta droga ty rodiče může takzvaně na chvíli úplně vypnout a je tam otázka bezpečnosti těch dětí...“, **82.205** „...maminky pak začnou užívat drogy, například pervitin...“

Během užívání se může také vyskytnout duševní onemocnění, jako je schizofrenie. Postupně se problémy množí a rodina není schopna dále fungovat, tudíž dojde k odebrání dítěte.

79.109-79.111 „...u těch maminek již diagnostikována psychiatrická diagnóza. Často to bývá schizofrenie a je to vlastně následek nadužívání drog v tom gravidním věku.“

Do rodiny se dítě však velmi často vrací, jelikož užívání návykových látek již v dnešní době není striktně hlídáno a dítě se může vrátit i do rodiny, kde se návykové látky vyskytují, ale existuje určité zázemí pro dítě.

78.91-78.93 „...vlastně trošku razí trend, že vlastně užívání návykových látek rodiči je jistá forma jejich životního způsobu, takže se vlastně někdy neobírají děti rodičům, kteří občas jdou na oslavu a opijí alkohol...“

Kategorie:

- Prohlubující se a množící se problémy v rodině
- Rodiče užívají návykové látky
- Rodiče trpí duševní poruchou
- Odebrání dítěte z biologické rodiny
- Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný

Kód J4 – Rodiče proces nezvládají

Rodiče si neuvědomují, že jsou to oni, kdo způsobil kritickou situaci dítěte, jsou nekompetentní a často ztrácí zájem o dítě.

81.165-81.169 „...mají dráždivé dítě, které bylo nedonošené a mají k němu vlastně ještě nevytvořenou vazbu, tak často se tam stává, že oni vnímají to dítě jako prostředek těch obtíží... bývá to přenesení, že si ten rodič neuvědomuje, že on to způsobil a on do toho to dítě přivedl.“

Následný proces návratu dítěte do rodiny nezvládají, a i ve chráněných podmínkách selhávají. Nakonec se rodičům uleví, že o dítě přijdou.

77.34-77.35 „...vnitřním nastavení té maminky, že je to pro ně třeba často velmi náročné a nehodlají to prostě podstoupit...“, **77.49-77.50** „Tak i v těchto případech, těchhle těch jakoby chráněných podmínkách selhává...“, **78.86-78.87** „...ženy nemají dostatek, jak už jsem říkala předtím, dostatek ochoty se toho stylu života zbavit i jako pro to dítě.“, **80.158** „zdá, že když jim někdo to dítě odebere, že se jim jakoby uleví.“

Kategorie:

- Charakter rodičů z pohledu DC
- Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě

Kód J5 – Sociální pracovníci rodičům se situací pomáhají, ale klíčová je i motivace a podpora

Sociální pracovníci rodiny podporují a v rámci svých kompetencí poskytují edukaci a podporu v různých problematikách.

77.32-77.34 „...snažíme vlastně všichni pomoci a vlastně dostane se jí veškerá sociální podpora vyřízení dávek podpory, možnosti vyřízení dávek, náhradní bydlení nebo nějaké následné pomoci.“, **77.41-77.42** „...snažíme i tou prací předtím s tím orgánem sociálně právní ochrany vlastně detekovat ta slabá místa, kdyby se to mohlo stát.“, **81.180-81.183** „...ve spolupráci se sociálním pracovníkem, aby se jako jim usnadnil ten návrat do rodiny, pokud ti

rodiče opravdu o to dítě mají zájem a snaží se vlastně nějakým způsobem pro ně něco udělat. Takže tam jsou možné navázání třeba na dluhovou poradnu, Člověk v tísni...“

Je však nutné, aby rodiče měli motivaci a zájem o dítě, aby mohli napravit své životní problémy a opět se o dítě postarat.

79.103-79.104 „*Ty maminky to vlastně jakoby vlastně vybojovaly...“*

Do některých rodin je pak možné dítě svěřit pouze v případě, že existuje i podpora širší rodiny, bez které by rodiče péči nezvládli.

79.119-79.121 „*...když tam ta matka nemá pak podporu a sociální zázemí, tak je to pro ty matky téměř nemožné se o to dítě postarat, jelikož mají problém se i postarat samy o sebe.“*

Kategorie:

- Širší rodina dodává podporu
- Práce s rodinou ze strany DC
- DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi
- Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace

Kód J6 – Do DC děti přichází z různých příčin, což se projevuje na jejich chování

Děti přichází do centra ze zdravotních nebo sociálních důvodů. Až třetina dětí přichází ze zdravotních příčin, kdy jim byla diagnostikováno vážné onemocnění. Zbytek dětí přichází z důvodu zanedbávání péče, neměly uspokojeny základní potřeby. Takové děti pak přicházejí dráždivé, roztěkané a někdy i bázlivé.

80.133-80.135 „*...to dítě přijde k nám a často jsou velmi zanedbané, protože vlastně opravdu žijou ve velmi tristních podmínkách, jak fyzicky, že jsou často hladové, špinavé, opruzené, mají svrab nebo jsou často nemocné, mají nějaký infekty, kašel, dlouhodobou rýmu.“*, **80.146-80.148** „*...často vykazují známky nízké koncentrace, pozornosti, vlastně nedostatečnost jako běžných hygienických dovednostech, ty děti neznají druhy jídla, neví, že je ráno snídaně, v poledne oběd, večere že se jí každý den.“*, **81.174-81.175** „*...stěhují se, tak ty děti vlastně vykazují jednoznačně známky deprivace a vlastně ty děti potom jsou i obtížně vychovatelné...“*

Podobné je to pak i při dalších návratech dítěte, jelikož přichází ve stejném stavu, i když se v DC stabilizovalo. V nejhorším stavu přicházejí kvůli klimatickým podmínkám děti v zimě.

80.136-80.138 „*...se to i od ročního období. V daleko horším stavu děti přicházejí v zimě, než v létě, protože vlastně přece jenom jsou to klimatické podmínky a tomu dítěti bývá v*

nevytopeném bytě lépe v létě než v zimě.“, 82.195-82.196 „...moc k velké změně nedošlo, nebo se tam dostane další sourozenec a situace se ještě zhoršuje...“

Kategorie:

- Zdravotní stav dítěte
- Zanedbání základních potřeb dítěte
- Charakter dětí z pohledu DC
- Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
- Roční období ovlivňuje situaci v rodině

5.5.11 Shrnutí kvalitativního šetření

Kvalitativní výzkum poskytl cenná data a poznatky, se kterými bylo dále pracováno pomocí kódování. Napříč respondenty bylo nakonec zjištěno 69 kódů, které reflektují informace získané z rozhovorů. Jednotlivé kódy představené v podkapitolách 5.5.1 až 5.5.10 poskytují lepší přehled a povědomí o rizikových faktorech, které se v rodinách vyskytují, a to z pohledu a vnímání pracovníků DC.

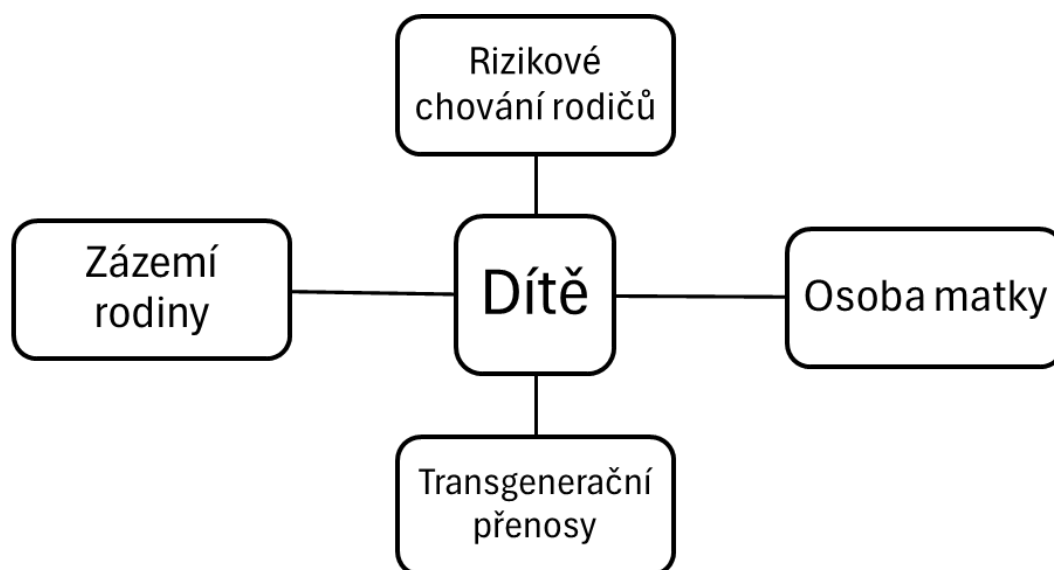
Shrnutí bude rozděleno do tří částí. První část je zaměřena na čtyři základní pilíře ovlivňující příchod dítěte do DC, jež vyplývají ze získaných kódů. Druhá část představí shrnutí práce DC s těmito rizikovými faktory a poslední část je zaměřena na zbylé zjištěné informace.

5.5.11.1 Pilíře ovlivňující příchod dítěte do DC

Z analýzy dat vyplývají čtyři “pilíře”, které mají významný vliv na příchod dítěte do DC. Tyto pilíře představuje *obrázek 3*. Jako nejvýznamnější faktory byly zjištěny transgenerační přenosy, rizikové chování rodičů, zázemí rodiny a osoba matky. Jednotlivé pilíře pak mají vliv na dítě, které následně končí v péči DC.

Pilíře byly sestaveny na základě analýzy rozhovorů, kdy informace o popsanych jevech byly zmíněny vícero respondenty a jsou obsaženy v několika kódech. Všechny pilíře spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se.

Obrázek 3 - Čtyři pilíře ovlivňující příchod dítěte do DC



Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Prvním pilířem (P1) je **rizikové chování rodičů**, které se může projevit ve více formách, kdy však každá z těchto forem je nějakým způsobem riziková pro dítě a jeho zdravý vývoj. Nejčastěji se jedná o užívání návykových látek, a to jak během těhotenství, tak později při péčování o dítě. Návykové látky mohou mít na dítě při těhotenství velmi negativní účinky, a to zejména alkohol. Při větším užitém množství rodiče nejsou o dítě schopni pečovat a dítě je z pravidla odebráno, a to i přes větší benevolenci k lehkým drogám v dnešní době. Rodiče nejčastěji užívají kromě marihuany i pervitin a heroin.

S užíváním návykových látek souvisí, ne však výhradně, také duševní onemocnění, kterým matky mohou trpět. Duševní onemocnění se může projevit u matek, které užívají návykové látky, nejčastěji se jedná o schizofrenii. Onemocnění mohou mít však i matky, které návykové látky neužívají. Při absenci medikace pak matky nejsou schopny o děti pečovat, byly zaznamenány i případy, kdy matky s tímto onemocněním dětem ublížily.

Někteří rodiče se uchylují také ke kriminalitě, jelikož nemají jiný přísun finančních prostředků. Pokud jsou pak rodiče odsouzeni a musí nastoupit do výkonu trestu, nemá se o dítě kdo postarat. Výjimkou není ani domácí násilí v rodině či dokonce týrání dítěte, které se v rodině může objevit.

Jak vyplývá z popisu prvního pilíře, rodiny často nejsou schopny o dítě pečovat a kvůli rizikovému chování je často nutné dítě z rodiny odebrat, jelikož by mohlo být ohroženo nejen zdravím, ale i životem dítěte, které by v takových podmínkách zůstalo.

Kódy (P1): A5, C5, D7, E5, F8, H5, J3

Dalším pilířem (P2) je **zázemí rodiny**, které bývalo respondenty popisováno, jako nejdůležitějším aspektem při příchodu dítěte do DC. Pokud v rodině chybí zázemí, není možné naplnit základní potřeby dítěte a adekvátně o něj pečovat.

Základem pro péči o dítě je mít bydlení, což většinou rodiny nesplňují. Kvůli špatnému finančnímu zabezpečení, kdy rodiny žijí ze sociálních dávek či krátkodobých příjmů, nejsou schopni si zajistit bytové podmínky. Často se stěhují, jelikož nemají na splacení nájmu, bydlí po ubytovnách, které nejsou vhodné pro život s dítětem či pendlují po známých, kdy s dítětem žijí také cizí osoby. Prostory také nejsou adekvátní, a i velmi početné rodiny žijí na malém prostoru. Dítě tak nemá vlastní prostor, který by potřebovalo.

Z tohoto důvodu rodině chybí i vybavení pro život s dítětem. Dítě má dle věku určité požadavky na vybavení, které rodině chybí, a tak není možné o něj adekvátně pečovat. S rostoucím věkem rostou i požadavky dítěte, se kterými se rodiče nejsou schopni vypořádat.

Za nejvýznamnější důvod příchodu dítěte do DC byla označována ztráta bydlení. Pokud rodina zůstane bez domova, je dítě odebráno a umístěno do DC. Pokud si rodina bydlení opět najde, je možné o návrat dítěte do péče požádat.

Kódy (P2): A2, B6, C2, D1, D5, F2, F6, G2, G7, H2, I3, J2

Třetím pilířem (P3) jsou **transgenerační přenosy**, které se objevují napříč rodinou. Chování, návyky a další aspekty života se v rodině přenášejí z generace na generaci a je velmi obtížné tuhle pomyslnou spirálu přetrhnout. Rodiče žijí stejným způsobem života, jako jejich rodiče, mají naučený vzorec chování, který považují za standardní a nevidí na něm nic zvláštního, či dokonce problémového.

Generačně se tak přenášejí například problematické pracovní návyky, kdy pro dané osoby není možné či žádoucí najít si dlouhodobou pracovní pozici, která by jim zajistila živobytí. Spoléhají se na sociální podporu, avšak nejsou schopni finance správně utratit kvůli nedostatečné finanční gramotnosti. Děti v rodinách vnímají i problematické vztahy, které mají za následek stejné problémy i v budoucích vztazích dítěte.

Kromě těchto “základních” znalostí a dovedností se generačně přebírá také rizikové chování, jako je braní návykových látek, kriminalita a podobně. Pokud se takové chování považuje v primární rodině za standardní a podporuje se, dítě bude stejného vzorce následovat také.

Kódy (P3): A1, B5, C1, E2, G6, H3

Osoba Matky je čtvrtým pilířem (P4), který byl z analýzy zjištěn. Matky jsou často jediným pojítkem dítěte mezi DC a biologickou rodinou. Otec matku často opouští a o dítě nejeví zájem, v mnoha případech je otec dokonce neznámý. Matka tak zůstává s dítětem sama a nedokáže zajistit uspokojení jeho základních potřeb a zázemí, proto se obrací na pomoc DC.

Velmi často se jedná o mladé matky, prvorodičky, které nemají s péčí o dítě žádné zkušenosti a pokud nemají základy ze své rodiny, či dokonce podporu, je pro ně velmi náročné se se situací vypořádat. Pokud o dítě matky ztratí zájem, tak dítě končí v pěstounské péči, jelikož pak nezbývá nikdo z biologické rodiny, kdo by se o něj postaral.

Mladší matky si v budoucnu hledají dalšího partnera, se kterým zakládají novou rodinu a má další děti. Nebývá výjimkou, že se proces opakuje, a i další děti končí v ústavní péči. Velmi záleží na povaze, ale i inteligenci matky. Některé se v DC naučí správným postupům a péči o dítě, a i s podporou širší rodiny situaci zvládnou a dítě se k ní vrací do péče. Čím je však matka starší, tím je pro ni těžší své chování napravit.

Pokud se pak drží svého rizikového chování, a i rizikového okolí, je velmi těžké situaci zvládnout.

Kódy (P4): A9, B7, C3, D2, E1, F3, G1, H1, I5, J1

Dítě přejímá všechny pilíře a z jejich přičinění je umístěno do DC, a to mnohdy ve velmi zanedbaném stavu. Děti přicházejí hladové, se špatnou hygienou a nedostatečným oblékáním. Jejich základní potřeby nejsou naplněny. Nemají základní návyky a dovednosti, které by měly mít. Některé děti nemají zajištěnou ani lékařskou péči, a tak mají neřešený zdravotní problém, což by mohlo mít velmi vážné následky v budoucnosti. Jiné děti se dostanou do DC hned po narození s abstinenčním syndromem, jelikož matky užívaly při těhotenství návykové látky.

Charakter dětí je kromě životní zkušenosti spojený i s věkem dítěte. Mladší děti bývají více zamlklé, nevědí, co se děje a co mají od nového prostředí očekávat. Pomaleji navazují vztahy. Starší děti jsou více komunikativní, chtějí se prosadit, jelikož k tomu neměly možnost v biologické rodině. Pokud se dítě do DC vrací vícekrát, často již zná prostředí a ví, jak se chovat. Naopak při prvních příchodech bývá složitější dítě aklimatizovat na pobyt v centru, naučit ho pravidlům a celkovému chodu DC, jelikož v biologické rodině výchova absentovala.

Z rizikového prostředí mohou děti přicházet i traumatizované a velmi pomalu se poté otevírá. Některé děti si jsou po pobytu v centru vědomy, že v jejich rodině není něco v pořádku, centrum se jim líbí, mají naplněné své potřeby a do biologické rodiny se nechtějí vrátit.

O děti je v DC velmi kvalitně postaráno, základní potřeby mají naplněné, materiálně se mají velmi dobře a mají přístup k množství služeb, zejména zdravotnických. Není však možné nahradit kompletně péči a lásku fungující biologické rodiny.

Kódy (Dítě): A7, B2, C7, E4, F1, G5, H6, I4, J6

5.5.11.2 Práce pracovníků DC s rizikovými faktory

Pracovníci DC shodně uvedli, že na rizikových faktorech pracují zejména edukací a nasměrováním matek na cestu, která jim pomůže zmírnit či vymýtit rizikové chování, ke kterému se rodina ubírá. Nasměrování většinou znamená, že sociální pracovnice předají matkám kontakty na organizace, které by jim mohly pomoci s jejich problémem a napravit tak svou životní situaci.

DC je v úzké spolupráci zejména s OSPOD, se kterým řeší jednotlivé případy dětí. Díky dlouhotrvající spolupráci je výsledek velmi kladný a sociální pracovníci se na sebe mohou vzájemně spolehnout. Stále častější se stává i spolupráce s neziskovými organizacemi, které se zaměřují na určitou problematiku, která rodinou postihuje.

Pracovníky bylo uvedeno, že oproti historii je nyní mnoho změn, a to zejména při pohledu na návykové látky. Zkušenější pracovníci pamatují doby, kdy byla pravidla velmi striktní, a i sebemenší odchylka vedla k odebrání dítěte z rodiny. Nyní je však znát větší benevolence a pokud je rodina schopna v určité míře fungovat, odchylky od standardu se striktně neřeší.

Tato situace však vede také k rozporům mezi platnou legislativou a vnímáním pracovníků. Dítě je posláno z DC zpět do biologické rodiny, i když se v rodině stále objevuje problémové chování, které není vyřešeno. Dle sociálních pracovníků je pak jen otázka času, kdy se dítě do DC vrátí zpátky.

I přes to, že DC poskytuje svou expertízu a pomáhá rodinám se z problémové situace dostat, sociální pracovníci nemohou za rodinu vyřešit problémy, které má. Je důležitý zájem rodičů dítě do péče dostat, a s tím spojená i aktivita své problémy napravit. Pokud tento přístup v rodině není, je prakticky nemožné dítě do rodiny navrátit. Rodiče musí k procesu přistoupit aktivně, obeznámit se o podmínkách návratu dítěte, kontaktovat doporučené organizace a následně pracovat na plánech, které jsou pro ně připraveny.

Pokud je v rodině příliš mnoho problémů, může se stát, že i přes počáteční zájem se situací něco udělat rodina situaci nezvládne. Záleží často i na podpoře širší rodiny, která může se situací pomoci. Nejčastěji rodiče matky mohou s péčí o dítě pomoci, poskytnout zázemí. Není to však pravidlem a pokud matka dá přednost rizikovému okolí, například partnerovi, i širší rodina

zájem o pomoc ztratí, jelikož je pro ně situace příliš stresová. Navíc se stále prodlužuje věk, kdy jde český občan do důchodu, a tak prarodiče nemohou pečovat o dítě, jelikož sami stále pracují.

Je tedy nutné zdůraznit, že i přes velkou zkušenost multidisciplinárního týmu a jejich kreativnímu přístupu není možné situaci rodiny vyřešit bez aktivity hlavních aktérů a často i podpory širší rodiny. Všechny tři aspekty by ideálně měly být ve vzájemné rovnováze, aby došlo k rychlému a trvalému návratu dítěte do péče biologické rodiny.

Kódy: A3, A4, B4, C4, C6, D3, D4, D6, E3, E6, F5, F7, G4, H4, J4, J5

5.5.11.3 Další zjištění

Faktory jako komunita, lokalita a etnikum, ke kterému rodina patří nebyly zjištěny jako významné při ovlivnění příchodu dítěte do DC. I přes to, že někteří respondenti uvedli, že romské etnikum bývá častějším klientem DC a že existují lokality, ze kterých děti přicházejí častěji (centrum města), ostatní respondenti takové informace vyvrátili.

Ve většině případů bylo zmíněno, že na etniku a lokalitě nezáleží a jedná se spíše o individuální případy z různých prostředí. Takové informace by musely být datově prozkoumány, aby mohly být potvrzeny či vyvráceny.

Dle vnímání respondentů však tyto faktory nejsou při příjmu dítěte do DC rozhodující a významné.

Kódy: A8, B1, E7, F4

Speciálními případy jsou rodiny, kdy dítě přichází do DC ze zdravotních důvodů. Prvním takovým případem jsou děti, kterým bylo diagnostikováno vážné onemocnění a rodiny nejsou schopny zajistit o takové dítě adekvátní péči. V takových případech často přichází i dobře zajištěná rodina, která by jinak s péčí o dítě neměla problém. Situace jim však nedovoluje o dítě pečovat, a tak končí v DC, někdy i v paliativní péči.

Druhou skupinou jsou děti, které do DC přijdou s mentálně postiženými matkami, které se v DC učí, jak o dítě pečovat. Takové matky mají vysokou motivaci a chuť, avšak jejich mentální kapacita jim nedovoluje se o dítě postarat bez podpory partnera či širší rodiny. Pokud taková podpora není, je až nemožné dítě do péče matce dát. I když matky zvládnou péči o menší děti, s jejich růstem a rostoucími potřebami je šance na adekvátní péči menší.

Kódy: B3

5.6 Analýza kvantitativního sběru dat a vlastní interpretace

Pro kvantitativní analýzu bylo vybráno celkem 40 dětí, jejichž spisová dokumentace byla poskytnuta k nahlédnutí pro účely této rigorózní práce. Polovina dětí přišla do DC a následně se vrátila do biologické rodiny. Druhá polovina se také vrátila do biologické rodiny, ale poté se znovu navrátily do DC. Mají tedy zkušenost s návratem do ústavní péče. Do výzkumu nebyly zahrnuty děti, které do DC přišly z důvodu diagnostikování vážného onemocnění.

Informace ze spisové dokumentace byly přepsány do tabulkové formy a bylo zjišťováno, jaké rizikové faktory se v rodině objevily. K tomu byly využity kategorie z kvalitativního výzkumu (viz *Příloha II*). Pokud se daná kategorie v případě dítěte vyskytla, bylo vyznačeno číslo 1, v opačném případě číslo 0. U případů, kde byl opakovaný návrat do DC vznikly tabulky dvě, aby mohlo být provedeno další šetření.

Byla využita pouze data získaná ze spisové dokumentace DC, tudíž i přes předpoklad, že rizikových faktorů mohlo být více, nebyly žádné domněnky zrealizovány a byla vložena pouze skutečná data, která byla zarchivována.

Pro účely kvantitativního výzkumu byly vytvořeny následující hypotézy, které vznikly na základě informací z rozhovorů v kvalitativním šetření:

- 1. Při opakovaných návratech se vybrané rizikové faktory z prvního příchodu do DC ve více jak 50% opakovaly (pokud se vyskytly už při prvním příchodu) či přibýly další faktory.*
- 2. U dětí ze skupiny ojedinělých příchodů bude zjištěna vyšší četnost podpory širší rodiny a motivace rodičů než u dětí s opakovaným návratem.*
- 3. U rodin je při příchodu dítěte zjištěn více než 1 rizikový faktor ovlivňující příchod dítěte do DC.*

Následující podkapitoly se věnují analýze dat získaných z kvantitativního šetření. Na začátku jsou vždy představeny zkoumané případy a informace o dětech (anamnéza rodičů nebyla v danou chvíli dostupná). Jsou popsány základní informace potřebné k šetření, a to je věk dítěte (pokud je věk 0, bylo dítě umístěno do DC krátce po narození či před dosažením roku věku), datum přijetí do DC a datum odchodu z DC a doba trvání pobytu v měsících.

5.6.1 Opakované návraty do DC

První zkoumaná skupina vybraných případů má zkušenost s návratem do DC i přes to, že již jednou se děti v DC objevily. Jejich cesta se tak dá znázornit jako Biologická rodina -> Dětské

centrum -> Biologická rodina -> Dětské centrum. U těchto dětí budou zkoumány faktory v obou obdobích, kdy se do DC dostaly. *Tabulka 1* představuje základní informace o dětech při prvním příchodu.

Tabulka 1 - Základní informace o případech při prvním přijetí do DC

Pořadí přijetí do DC	ID případu	Věk (v letech)	Datum přijetí do DC	Datum odchodu z DC	Trvání (v měsících)
1	1	0	01.06.2018	15.06.2018	0,47
1	2	2	23.05.2016	30.08.2016	3,30
1	3	5	13.09.2018	22.12.2018	3,33
1	4	0	09.12.2019	24.01.2020	1,53
1	5	1	13.09.2018	22.12.2018	3,33
1	6	4	25.01.2019	01.03.2019	1,17
1	7	1	04.01.2019	06.04.2019	3,07
1	8	0	13.10.2016	11.12.2016	1,97
1	9	0	04.04.2016	16.10.2016	6,50
1	10	0	03.05.2016	01.08.2016	3,00
1	11	0	27.05.2016	13.09.2016	3,63
1	12	0	02.04.2016	14.05.2016	1,40
1	13	0	16.08.2016	21.08.2016	0,17
1	14	0	07.09.2016	13.06.2017	9,30
1	15	0	25.04.2016	12.05.2016	0,57
1	16	2	28.01.2016	09.04.2019	38,90
1	17	1	03.07.2018	14.12.2018	5,47
1	18	3	25.02.2019	12.04.2019	1,53
1	19	0	02.02.2017	01.04.2019	26,27
1	20	1	30.03.2017	12.11.2018	19,73

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Při prvním přijetí byly ve většině případů děti novorozenci, a to až v 55% případů, nejstaršímu dítěti bylo pět let. V průměru se tak poprvé do DC dítě dostane v roce. Délka trvání pobytu dítěte byla v průměru 6,73 měsíců s nejdelším pobytem 3 roky a 3 měsíce a nejkratším pouhých 5 dní.

Informace o dítěti při druhém přijetí do DC je možné vidět na následující *tabulce 2*.

Tabulka 2 - Základní informace o případech při druhém přijetí do DC

Pořadí přijetí do DC	ID případu	Věk (v letech)	Datum přijetí do DC	Datum odchodu z DC	Trvání (v měsících)
2	1	5	03.02.2023	12.12.2023	10,40
2	2	3	31.07.2017	13.06.2018	10,57
2	3	6	03.03.2019	14.06.2019	3,43
2	4	2	28.01.2021	24.02.2021	0,90
2	5	2	03.03.2019	14.06.2019	3,43
2	6	4	02.08.2019	24.06.2022	35,23
2	7	1	27.07.2019	20.05.2022	34,27
2	8	1	24.04.2017	06.06.2017	1,43
2	9	1	20.02.2017	16.06.2017	3,87
2	10	1	05.04.2017	30.04.2017	0,83
2	11	1	02.03.2017	10.06.2017	3,33
2	12	0	01.11.2016	06.11.2017	12,33
2	13	0	29.09.2016	18.04.2019	31,03
2	14	3	27.08.2019	30.12.2019	4,17
2	15	1	11.07.2017	16.07.2018	12,33
2	16	5	10.06.2019	24.06.2019	0,47
2	17	1	21.12.2018	18.01.2019	0,93
2	18	3	01.06.2019	20.12.2019	6,73
2	19	3	07.06.2020	20.12.2023	43,03
2	20	3	02.02.2019	20.05.2022	40,10

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Při druhém příchodu do DC se průměrná doba pobytu zvýšila až dvojnásobně na 12,94 měsíců. Nejdelší pobyt trval 3 a půl roku, zatímco nejkratší dva týdny.

V následující *tabulce 3.* je možné vidět také dobu trvání mezidobí mezi prvním a druhým příchodem do DC. Díky délce mezidobí se při druhém přijetí dětí do DC zvýšil průměrný věk dětí na 2,3 roku.

Tabulka 3 - Mezidobí mezi prvním a druhým přijetím do DC

ID případu	Mezidobí (v měsících)
1	56,47
2	11,17
3	2,37
4	12,33
5	2,37
6	5,13
7	3,73
8	4,47
9	4,23
10	9,07
11	5,67
12	5,70
13	1,30
14	26,83
15	14,17
16	2,07
17	0,23
18	1,67
19	14,43
20	2,73

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Jak vyplývá z *tabulky 3*, mezidobí mezi prvním a druhým přijetím dítěte do DC nebylo příliš dlouhé. Ve většině případů bylo v řádu pár měsíců s průměrem 9 měsíců, přičemž při odstranění dvou extrémů je průměr 7 měsíců mezi obdobími. Nejdelší rozestup trval necelých 5 let, nejkratší pouhý 1 týden. Toto zjištění napovídá, že rodiny jsou schopny napravit své problémy pouze krátkodobě, než je nutné dítě znovu umístit do DC.

Zjištěné faktory a jejich porovnání je možné vidět v tabulce v *Příloze XIII*.

Tabulka nám ukazuje údaje z obou období, a to pomocí dvou čísel (0 a 1). První číslo ukazuje, zda se faktor objevil při prvním přijetí, druhé, zda se objevil při následném přijetí dítěte do DC. Některé obecnější faktory se mohly objevit i při druhém přijetí (například transgenerační přenos), avšak nebylo to přesně stanoveno ve spisové dokumentaci, a tak nebyl faktor

zaznamenán. Pozornost je tak zaměřena zejména na přímé faktory, zmíněné ve spisové dokumentaci.

Při prvním přijetí je průměrný počet zjištěných faktorů 5,25 s nejčastější hodnotou (modus) 5. Minimální počet zjištěných faktorů je 3, maximální 8. Při druhém přijetí klesl průměrný počet faktorů na 4,25 s nejčastější hodnotou 2. Minimální počet klesl na 2 faktory, maximální naopak vzrostl na 9. Pokles faktorů může být ovlivněn již zmíněným nezapsáním obecnějších faktorů, které se však mohly objevit. Zároveň tato analýza nebere v potaz intenzitu problému, a tak i nižší počet zjištěných faktorů může být závažnějšího charakteru.

Při prvním přijetí byly nejčastějším faktorem (14x) nedostačující bytové podmínky rodiny. Ve vyšším počtu se objevila také špatná finanční situace (7x), nedostatečná vybavenost pro život s dítětem (7x), užívání návykových látek a s tím spojený abstinenční syndrom u dítěte (oba 6x), ale také zanedbání základních potřeb dítěte (9x). V osmi případech se jednalo o matky samoživitelky. Protektivní faktory byly spíše omezené, pouze 3x byla zmíněna podpora širší rodiny. Stejný počet byl zaznamenán u zájmu rodičů s problémy něco udělat. I přes nízký počet zmíněných faktorů se však všechny děti dostaly zpět do biologické rodiny.

Při druhém přijetí došlo k nárustu nedostačujících bytových podmínek (18x), špatná finanční situace byla zaznamenána 8x a zanedbání základních potřeb dítěte zůstalo při stejném počtu (9x). Ze 2 na 9 případů došlo k nárustu rodičů, kteří nezvládli situaci a ztratili zájem o dítě. Naopak protektivní faktory klesly, podpora širší rodiny a zájem rodičů byl zmíněn pouze 1x.

Tabulka 4 - Zjištěné faktory u zkoumaných dětí z DC při prvním a druhém přijetí

ID Případu	Faktor zaznamenan při prvním příchodu (10)	Faktor zaznamenan při druhém příchodu (01)	Faktor zaznamenan v obou případech (11)	% opakování / nárůstu faktorů
1	4	7	1	67%
2	2	5	1	75%
3	5	0	2	29%
4	2	1	5	75%
5	3	2	3	63%
6	2	1	3	67%
7	2	6	3	82%
8	2	1	1	50%
9	3	1	1	40%
10	3	1	1	40%
11	2	3	2	71%
12	7	3	1	36%
13	5	6	1	58%
14	2	2	2	67%
15	5	3	1	44%
16	6	1	1	25%
17	4	2	3	56%
18	3	1	2	50%
19	5	1	1	29%
20	1	1	2	75%

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Z tabulky 4 vyplývá, že u jednotlivých případů se faktory průměrně v 55% opakovaly či přibýly nové faktory, které ovlivnily příchod dítěte do DC. Ve zbylých 35% se tak rodině buď povedlo faktor odstranit, nebo daný faktor nebyl zaznamenan ve spisové dokumentaci. Zejména případy č. 3 a 19 mají pouze 29% opakování či nárůstu faktorů, naopak nejvyšší hodnoty zaznamenaly případy č. 7 (82%), 2, 4 a 20 (všichni 75%).

5.6.2 Ojedinělý příchod do DC

Následující případy byly vybrány pro porovnání s první skupinou. Jedná se o 20 dětí, které přišly do dětského centra, ale následně se vrátily do biologické rodiny. Předpokládá se, že situace byla vyřešena, jelikož dítě nebylo vráceno do DC a sociální pracovníce nemají o dítěti

zprávy, že by bylo předáno do jiné ústavní péče. V *tabulce 5* jsou vypsány základní informace o případech.

Tabulka 5 - Základní informace o případech s ojedinělým příchodem do DC

ID případu	Věk (v letech)	Datum přijetí do DC	Datum odchodu z DC	Trvání (v měsících)
21	4	29.01.2023	10.12.2023	10,50
22	1	13.01.2023	10.11.2023	10,03
23	1	25.09.2017	04.01.2018	3,37
24	2	03.08.2020	04.07.2023	35,50
25	1	02.09.2020	14.08.2023	35,87
26	3	02.03.2022	07.10.2022	7,30
27	2	22.05.2022	24.11.2022	6,20
28	0	24.09.2018	20.07.2022	46,50
29	1	26.01.2019	29.05.2023	52,80
30	0	07.02.2017	07.11.2022	69,97
31	3	26.03.2019	12.08.2021	29,00
32	2	29.01.2024	09.02.2024	0,37
33	1	26.01.2024	29.02.2024	1,13
34	1	20.01.2017	27.10.2017	9,33
35	5	19.02.2016	31.07.2017	17,60
36	1	19.09.2017	29.05.2020	32,77
37	3	30.05.2016	13.07.2020	50,17
38	4	31.07.2017	05.02.2018	6,30
39	0	23.01.2018	03.07.2020	29,73
40	1	23.08.2016	10.10.2017	13,77

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Do výzkumu bylo zahrnuto 20 dětí s číslem 21-40. Nejmladší dítě se v centru objevilo hned po narození, bylo odebráno matce, nejstaršímu bylo v době příchodu 5 let. V centru průměrně dítě pobýlo 23 měsíců (nejméně 2 týdny, nejdéle necelých 6 let).

Zjištěné faktory u této skupiny a jejich porovnání je možné vidět v tabulce v *Příloze XIV*.

Z tabulky v *Příloze XV* vyplývá, že zjištěno bylo 26 faktorů ze spisové dokumentace. Průměrně měl každý subjekt 5 zjištěných rizikových faktorů (při nepočítání protektivních faktorů). Nejčastější hodnota (modus) bylo 6 zjištěných faktorů s minimálním počtem 3 a maximálním 8. U každého případu se tedy objevilo více faktorů, které ovlivnily příchod dítěte do DC.

Nejpočetnějšími rizikovými faktory byly špatné bytové podmínky (11x), užívání návykových látek rodiči (9x), duševní choroba u rodiče (9x) a nemoc či zranění dítěte (8x). Další faktory, které se objevily častěji (5x či 6x) byly finanční schopnost rodiny, zanedbání základních potřeb dítěte, nezájem rodičů a domácí násilí v rodině.

Na druhou stranu se objevily také protektivní faktory. V 10 případech měli rodiče podporu širší rodiny a 5x byla zmíněna aktivita ze strany rodičů s problémy něco udělat.

5.6.3 Shrnutí kvantitativního šetření a vyhodnocení hypotéz

Před zahájením kvantitativního šetření byly stanoveny tři hypotézy, které budou v následujícím textu vyhodnoceny na základě výsledků v podkapitol 5.6.1 a 5.6.2.

Při porovnání základních informací o případě dítěte bylo zjištěno, že průměrný věk dětí při prvním příchodu je 1 rok, v ojedinělých případech jsou to 2 roky. Dítě tedy přichází v ojedinělých případech starší, zvyklejší na rodinu, která tak může mít vyšší zájem na tom, aby se dítě do rodiny vrátilo. Průměrná doba trvání pobytu je při prvním příchodu dítěte pouhých 7 měsíců, naproti tomu v ojedinělých případech je to 23 měsíců. Více jak 3x delší doba trvání pobytu může znamenat, že se rodina více snaží vyřešit si svou problémovou životní situaci, což dává větší šanci na dlouhotrvající až trvalý návrat dítěte do biologické rodiny. U opakovaných návratů se ukazuje, že i přes krátké průměrné trvání pobytu, se dítě do DC následně vrací, a to průměrně po 9 měsících, což ukazuje pouze krátkodobé vyřešení situace v rodině. Výsledky ukazuje *tabulka 6*.

Tabulka 6 - Porovnání základních informací vybraných případů

Typ případu	ø věk (v letech)	ø trvání pobytu (v měsících)	ø trvání mezidobí (v měsících)
První příchod do DC	1	7	9
Druhý příchod do DC	2	13	
Ojedinělý příchod do DC	2	23	-

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

První hypotéza předpokládala, že při opakovaných návratech se vybrané rizikové faktory z prvního příchodu do DC ve více jak 50% opakovaly (pokud se vyskytly už při prvním příchodu) či přibýly další faktory. Při druhém příchodu dítěte do DC se faktory opakovaly nebo přibýly další faktory v **55%** případů. **Platnost stanovené hypotézy tak byla potvrzena.**

U **druhé hypotézy** bylo stanoveno, že u dětí ze skupiny ojedinělých příchodů bude zjištěna vyšší četnost podpory širší rodiny a motivace rodičů. Dle výsledků zobrazených v *tabulce 7*

byla **hypotéza přijata**. Podpora širší rodiny byla u případů s ojedinělým příchodem zjištěna v 10 případech, naopak při opakovaných návratech do DC byla podpora širší rodiny zjištěna ve 3, následně pouze v 1 případě. Motivace a aktivita rodičů k řešení situace byla také zjištěna ve více případech (5x) při ojedinělém příchodu do DC. Ukazuje se, že podpora širší rodiny a motivace a aktivita rodičů jsou důležitým faktorem pro trvalý návrat dítěte do biologické rodiny.

Tabulka 7 - Porovnání podpůrných faktorů u vybraných případů

Typ případu	Podpora širší rodiny	Motivace a aktivita rodičů k řešení situace
První příchod do DC	3	3
Druhý příchod do DC	1	1
Ojedinělý příchod do DC	10	5

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Třetí hypotéza stanovila, že u rodin je při příchodu dítěte zjištěn více než 1 rizikový faktor ovlivňující příchod dítěte do DC. U případů s ojedinělým příchodem do DC bylo zjištěno průměrně 5 rizikových faktorů u rodiny s minimálně 3 faktory. U opakovaných návratů bylo při prvním příchodu zjištěno průměrných 5 rizikových faktorů (minimálně 3) a při druhém příchodu průměrně 4 rizikové faktory (minimálně 2). U opakovaných návratů pak v některých případech mohly chybět obecnější rizikové faktory, které nebyly při opakovaném návratu zmíněny ve spisové dokumentaci, jak již bylo zmíněno v kapitole 5.6.1.1. I přes to však dle uvedených výsledků může být **hypotéza přijata**.

Všechny stanovené hypotézy byly na základě získaných výsledků kvantitativního šetření přijaty. Potvrdila se tak zjištění z rozhovorů s pracovníky DC, které byly představeny v kapitole 5.5.

6 SHRnutí VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky kvalitativního šetření přinesla kvalitní data, se kterými bylo možné dále pracovat a analyzovat je. Z analýzy bylo přijato několik tvrzení, která následně byla obohacena o výsledky kvantitativního výzkumu. Společně výsledky z obou šetření dávají jasnější představu o rizikových faktorech, které se u rodin objevují. Tato kapitola je určena ke shrnutí poznatků zjištěných z kapitol 5.5 a 5.6.

Před zahájením výzkumného šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky, na které výsledky šetření odpovídají. Jednalo se o:

- *Jaké rizikové faktory se objevují u rodin využívající služeb Dětského centra Plzeň?*
- *V čem se liší rizikové faktory u rodin, odkud dítě přišlo pouze jednou a u rodin, ze kterých se vrátilo vícekrát?*

Rizikové faktory zjištěné kvalitativním šetřením byly shrnuty v kapitole 5.5.11, a to do čtyř základních pilířů:

- Rizikové chování rodičů,
- zázemí rodiny,
- transgenerační přenosy,
- osoba matky.

Jak již vyplývá z názvů jednotlivých pilířů, nejčastějšími faktory, které mají za následek přijetí dítěte do DC, byly **faktory vnitřní (rodinné)** a **faktory na straně rodičů**. Vnější faktory, kterými jsou například chudoba či sociální izolace jsou spíše doplňkové, a i když se v rodině mohou objevit, **nejedná se o zásadní faktory**. Podpůrné kvantitativní šetření tyto výsledky potvrdilo a za nejvýznamnější faktor bylo označeno **zázemí dítěte**, které se objevilo u většiny zkoumaných případů.

Z výsledků vyplývá, že právě zázemí pro dítě, které se z většiny řadí mezi vnitřní faktory, je **nejrizikovějším faktorem**, který ohrožuje zdravý vývoj dítěte. Rodiče mají problémový vztah a v mnoha případech není otec dítěte vůbec známý. Rodina dítěte je tak dysfunkční, což se projevuje i na dalších vnitřních faktorech, a to zejména finanční síly rodiny a bytových podmínkách. Právě problematické bydlení či přímo jeho ztráta je nejčastějším důvodem příchodu dítěte do DC.

Faktory na straně rodičů jsou neméně důležitým aspektem. Zejména **užívání návykových látek** bylo prokázáno za velmi časté u rodin využívající služeb DC, a to i přes v dnešní době

uvolněnější pravidla, co se užívání drog týče, kdy i do rodin, kde bylo zjištěno užívání drog, může být dítě vráceno po rozhodnutí soudu. Poslední roky je pracovníky DC vnímáno i více duševních onemocnění u rodičů, které však mnohdy bývá následkem právě užívání drog.

Velkým problémem u rodin je **transgenerační syndrom**. Veškeré negativní aspekty svých životů rodiče dětí přebírají již od svých vlastních rodičů. Rizikové chování se předává z generace na generaci a rodiny to berou za standard, své problémy nepovažují za problémové. Předávají se tak například prostředky výchovy dětí, pracovní návyky, finanční gramotnost a další. Pokud se dítě do rodiny vrací, je velmi pravděpodobné, že v nastolených zvycích rodiny bude pokračovat.

Za faktory na straně dítěte byl označen zejména věk dítěte, kdy dle rozhovorů rodiče s tím, jak dítě roste, postupně ztrácí schopnost uspokojit jeho potřeby. Toto tvrzení však nepotvrdil kvantitativní výzkum, kde průměrný věk dětí byl 1-2 roky, tudíž spíše mladší věk dítěte. Rizikovost na straně dětí tedy není hlavním příčiněním při příjmu do DC.

Speciálním případem jsou zdravotní problémy dítěte, které mohlo být diagnostikováno vážným onemocněním a rodina se není schopna o dítě postarat a zajistit mu adekvátní zdravotní péči bez podpory DC. Tyto děti však ve většině pocházejí z dobře zajištěných rodin, které by se o dítě za jiné situace byly schopné postarat. Nejedná se tedy o zanedbané děti, ale o děti s těžkým zdravotním onemocněním, na jejichž péči se specializuje zejména DC Na Chmelnicích.

Stručný přehled nejdůležitějších zjištěných rizikových faktorů poskytuje *tabulka 8*.

Tabulka 8 - Zjištěné rizikové faktory

Vnější faktory	Vnitřní faktory
<ul style="list-style-type: none"> • Chudoba 	<ul style="list-style-type: none"> • Matka zůstává sama • Mladé matky • Problémový vztah rodičů • Neznámý otec • Domácí násilí v rodině • Nedostatečné bydlení • Špatná finanční situace • Etnikum rodiny • Zanedbávání dítěte
Faktory na straně rodičů	Faktory na straně dítěte
<ul style="list-style-type: none"> • Užívání návykových látek • Duševní onemocnění • Inteligence rodičů • Transgenerační syndrom • Zkušenost s ústavní výchovou • Pracovní návyky • Kriminalita • Špatná finanční gramotnost 	<ul style="list-style-type: none"> • Věk dítěte • Zdravotní stav dítěte

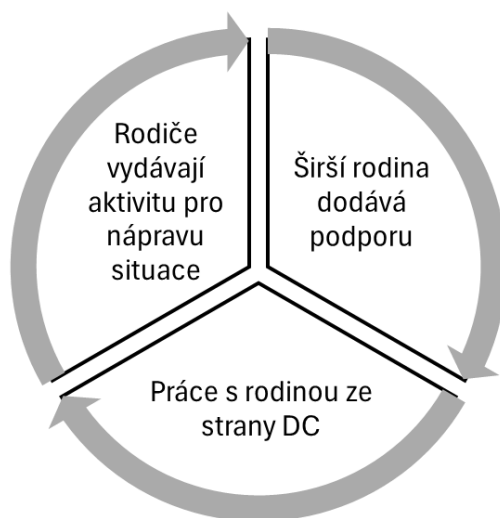
Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Odlišnost v rizikových faktorech u ojedinělých a opětovných návratů dítěte do DC **nebyla zásadně zjištěna**. Rizikové faktory se objevily ve velmi podobném rozložení v obou zkoumaných skupinách s nejvýznamnějším faktorem v podobě nedostatečného zázemí rodiny. Stejně informace vyplynuly i z rozhovorů s pracovníky centra, kteří uvedli, že dítě po návratu do DC přichází se stejnými rizikovými faktory, případně dalšími přidanými, jelikož rodina situaci nezvládne. Toto tvrzení se potvrdilo i v kvantitativním výzkumu (viz kapitola 5.6.3).

Za významnou odlišnost byly však zjištěny **protektivní faktory** v podobě aktivity rodičů pro nápravu situace a podpory od širší rodiny. Právě tyto faktory se zdají být rozhodujícími v tom, zda dítě zůstane v péči biologické rodiny či se vrátí zpět do DC, jak uvádí výsledek kvantitativního výzkumu v kapitole 5.6.3.

Pro správnou a dlouhodobou nápravu situace v rodině a zmírnění, v nejlepším případě odstranění, rizikových faktorů, je důležitá sounáležitost **tří základních protektivních aspektů**. Jedná se o práci s rodinou ze strany pracovníků DC, aktivitu rodičů a podporu širší rodiny. Práce s rodinou je dělána zejména formou edukace a nasměrování ze strany sociálních pracovníků. Ve spolupráci s neziskovými organizacemi a sociálně-právním systémem ochrany dítěte pomáhá DC rodinám vyřešit problémovou situaci. Pokud však není zájem a motivace ze strany rodičů se situací něco udělat, nemůže být ani sebelepší edukační systém úspěšný. Se situací rodiny může pomoci i širší rodina, která může pomoci nejen s péčí o dítě, ale může poskytnout chybějící zázemí, ve kterém mohou rodiče dítě vychovávat. V některých případech se může dítě ocitnout přímo v péči širší rodiny, když rodiče ztratí zájem či nezvládnou situaci. Sounáležitost faktorů ukazuje *obrázek 4*. Pokud se jednotlivé aspekty vzájemně nedoplňují, dítě může zůstat v péči DC, případně se do biologické rodiny vrací pouze krátkodobě. Jedná se tedy o **zásadní rozdíl mezi ojedinělým a opakovaným návratem do DC**.

Obrázek 4 - Faktory podporující návrat dítěte do biologické rodiny



Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

7 NÁSTROJ HODNOCENÍ RIZIK

Výzkum přinesl zajímavé poznatky ohledně rizikových faktorů, které se vyskytují u rodin, jejichž dítě musí být umístěno do DC. Výsledky výzkumu byly již shrnuty v kapitole 6 a na jejich základě bude vytvořený nástroj pro hodnocení rizik.

Tento nástroj může posloužit sociálním pracovníkům z DC **vyhodnotit situaci dítěte**. Nástroj by měl sloužit k předpovězení či odhadu, zda dítě i přes návrat do biologické rodiny opět přijde do DC.

Sociální pracovníci by takový odhad mohli využít k přípravě na opětovný příchod dítěte. Zajištění prostředků pro opětovné napravení situace v rodině či dotázání se na budoucí pěstounské rodiny, do kterých by dítě mohlo být případně přesunuto, kdyby intervence u rodiny nebyla účinná.

Nástroj hodnocení rizik bude mít podobu matice pro hodnocení rizik (**Risk Assessment Matrix**), která se nejčastěji využívá pro zhodnocení pravděpodobnosti a dopadu rizika (aptien.com, 2023). Matice vytvořena pro účely této práce má klasickou podobu 4x4 s osou X, která ukazuje závažnost faktoru pro dítě, a osou Y, která udává pravděpodobnost výskytu daného faktoru v rodině.

Tabulka 9 - Matice pro hodnocení rizik

Pravděpodobnost opětovného výskytu	Závažnost situace pro dítě			
	Nízká	Střední	Těžká	Kritická
Vysoká	4	8	12	16
Spíše vysoká	3	6	9	12
Spíše nízká	2	4	6	8
Nízká	1	2	3	4

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Matice (viz *tabulka 9*) ukládá riziko návratu dítěte do DC. Sestavena byla na základě osy X a Y, kdy obě osy obsahují škály od nejmenší po nejvyšší pravděpodobnost či závažnost.

Pravděpodobnost opětovného výskytu faktoru zobrazena dle škály Nízká-Vysoká. Mezi vyšší pravděpodobnost se řadí například problematické bydlení, které se dle kvantitativního šetření velmi často opakuje.

Závažnost situace pro dítě je na škále Nízká-Kritická. Při kritické situaci musí dojít k odebrání dítěte z rodiny, naopak při nízké závažnosti je možné zůstat u pozorování situace bez nutnosti zásahu.

Čísla udávající obsah matice vznikla na základě záměny slovního označení za čísla, kdy 1 představuje nejnižší pravděpodobnost / závažnost a 4 naopak nejvyšší. Násobením pak bylo docíleno zaplnění matice:

- 1-2 (bílá): Nízká pravděpodobnost návratu dítěte do DC (M1)
- 3-4 (žlutá): Střední pravděpodobnost návratu dítěte do DC (M2)
- 6-9 (oranžová): Vyšší pravděpodobnost návratu dítěte do DC (M3)
- 12-16 (červená): Velmi vysoká pravděpodobnost návratu dítěte do DC (M4)

Oblast **M1** znamená, že je spíše nízká pravděpodobnost návratu dítěte do DC. Takové děti by se měly krátkodobě sledovat, avšak nemusí se podstupovat žádná další opatření. Děti v oblasti **M2** mají o něco vyšší pravděpodobnost návratu do DC, problémy rodiny však nejsou tak závažné či časté, tudíž by se mělo přistoupit k dlouhodobějšímu pozorování rodiny a případné sanaci ve spolupráci s neziskovými organizacemi či OSPOD.

Oblasti **M3** a **M4** se značí vysokou, respektive velmi vysokou pravděpodobností návratu dětí do DC. Problémy v rodině jsou dlouhodobého charakteru a pro zdravý vývoj dítěte jsou velmi rizikové. Rodiny v těchto skupinách by měli být dlouhodobě pod dohledem státních orgánů s opakovanou sanací rodiny, aby se riziko pro dítě co nejvíce snížilo. Pracovníci DC by na takové děti měli být připraveni a mít naplánovanou dostatečnou kapacitu, jelikož je pravděpodobné, že dítě se během pár měsíců navrátí do péče DC. Zejména děti z oblasti **M4** by měly být z rodiny odebrány a měla by se zvážit možnost náhradní rodinné péče.

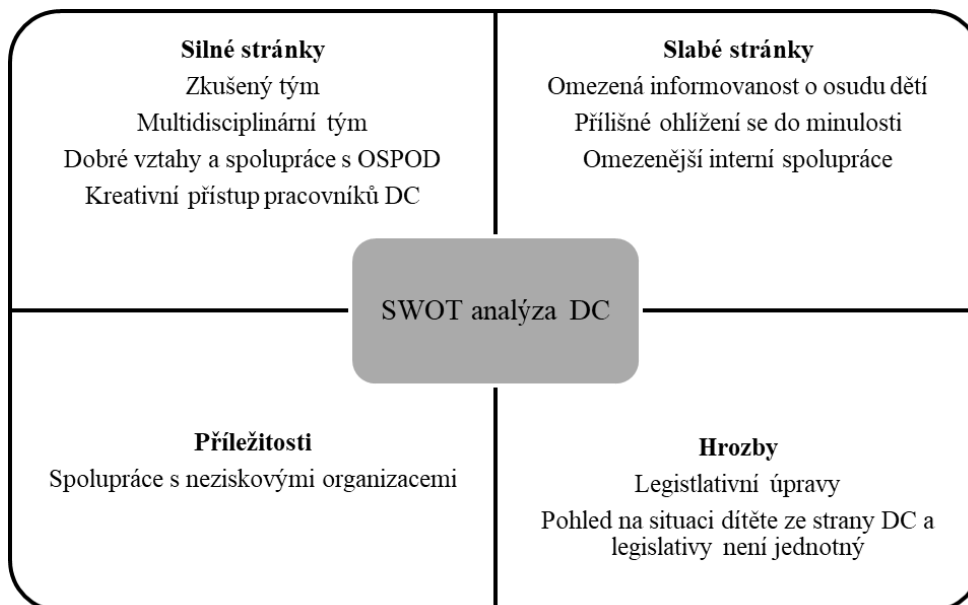
7.1 SWOT analýza DC

Jak vyplynulo z rozhovorů se sociálními pracovníky DC, již nyní aktivně pracují na zajištění nejlepších podmínek pro děti, a to jak v rámci biologické rodiny, tak pěstounské rodiny či přímo v budovách DC. Nynější stav je zhodnocen v rámci SWOT analýzy na *obrázku 5*. Ta vznikla právě na základě rozhovorů s pracovníky DC a dostupných informací, které byly popsány v kapitole 4.

SWOT analýza (**Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats**) je analytická technika pomocí níž je zhodnotit vnitřní a vnější faktory zkoumaného jevu. Je to velmi univerzální a jedna z nejpoužívanějších analytických technik, která zhodnocuje silné a slabé stránky (interní

jevy) a příležitosti a hrozby (externí jevy). Autorem je Albert Humphrey (managementmania.com, 2020).

Obrázek 5 - SWOT analýza Dětského centra Plzeň



Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Silnou stránkou DC má velmi zkušený tým různorodého zaměření, tudíž je dětem poskytnuta odpovídající péče. Zejména multidisciplinárnost týmu zajišťuje, že je dítě zaopatřené po všech stránkách, a to jak zdravotních, tak sociálních. Všichni pracovníci mají v DC jediný cíl, a to postarat se o blaho dětí v takové míře, v jaké jim jejich pravomoci dovolí. Pracovníci se umí také uchýlit ke kreativnímu přístupu, aby mohli rodinám dodat potřebnou podporu.

Další silnou stránkou jsou dobré vztahy a dlouholetá spolupráce s OSPOD, kdy se sociální pracovníci navzájem znají, vědí, co od sebe očekávat, což jim umožňuje rychleji a efektivněji řešit případy rodin. Mezi **příležitostmi** byla zařazena spolupráce s neziskovými organizacemi, které získávají v DC v posledních letech větší popularity, jelikož dokážou pomoci s různorodými problémy.

Naopak za **slabší stránky** považují omezenou informovanost o osudech dětí, kdy bylo respondenty zmíněno, že často neví, jak se dítěti daří, zda v rodině zůstalo či se nedostalo do jiného ústavního zařízení, než je DC. Taková informace je rozhodně důležitá pro budoucí plánování a přehled o situaci dítěte, které bylo v DC, i když se nejedná o hlavní kompetenci sociálních pracovníků DC. Nižší informovanost byla zjištěna i napříč odděleními v DC, kdy spolupráce ohledně některých případů by mohla být ve vyšší frekvenci. Tento problém je dán i

tím, že tým v DC je různorodého zaměření, a tak ne vždy jsou diskutovány všechny problematiky.

Další slabou stránkou je “žití v minulosti” některých pracovníků. Jelikož je v DC zkušený tým, někteří pracovníci pamatují i desítky let stará pravidla, se kterými porovnávají nynější stav. Někdy považují starší fungování za lepší, někdy horší. Negativita ohledně některých nynějších pravidel zamezuje pracovníkům dívat se do budoucnosti a pracovat s nynějšími prostředky a pravidly, která jsou platná.

Hrozbou pro DC je nejednotný pohled na situaci dítěte z pohledu sociálních pracovníků a systému. Sociální pracovníci vidí detailněji do života rodiny a vědí, zda je situace stále problémová, legislativa si však situaci může vyložit jinak. Pokud taková nejednotnost existuje, není možné efektivně vyřešit dané případy. Sociální pracovník bude stále čekat, kdy dítě bude muset být opět odebráno, což vede k neefektivnímu řešení situace.

Další hrozbou jsou legislativní úpravy, a to zejména novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kvůli které bude muset od roku 2025 projít DC celkovou transformací a služby budou pozměněny. Je nejisté, jak tuhle transformaci DC zvládne a jak to ovlivní kvalitu poskytovaných služeb.

Pozitiva však převládají nad negativy a zejména silné stránky jsou zárukou kvalitních služeb i v budoucích letech fungování DC. Zejména zkušený tým a vedení již menší transformace služeb zažili.

8 DISKUSE

Závěrečná kapitola této práce je věnována diskusi, která by měla sloužit jako reflexe nad celým tématem a jeho zpracováním. Nabízí možnost **kriticky a objektivně** zhodnotit výzkum a jeho výsledky. Důležité je také zachování otevřenosti při sdílení osobních pocitů a dojmů. Celkově by diskuse měla poskytovat čtenářům jasný přehled o významu a dopadu práce, stejně jako o případných limitech a možnostech pro další výzkum.

Rodina hraje **zásadní roli** v životě dítěte a její funkčnost je klíčová pro jeho zdravý vývoj. Dysfunkční rodina, která není schopna plnit své základní funkce, představuje významné riziko pro dítě. Taková rodina může být zdrojem různých forem zanedbávání, od fyzického a emocionálního až po sociální. Je důležité rozpoznat charakteristiky dysfunkční rodiny, aby bylo možné včas zasáhnout a poskytnout potřebnou podporu. Podpora rodiny a posilování jejích funkcí by měly být prioritou sociálních služeb a celého sociálního systému, protože zdravé rodinné prostředí je klíčem k **prevenci** zanedbávání dětí.

Zanedbávání dětí je **komplexním** problémem, který má závažné důsledky pro fyzický, mentální, emocionální a sociální vývoj dítěte. Zanedbávání není jen otázkou nedostatku fyzické péče, ale zahrnuje také emoční a psychologické aspekty, které mohou být méně viditelné, ale stejně destruktivní. Je důležité si uvědomit, že zanedbávání může mít jak krátkodobé, tak dlouhodobé dopady, které ovlivňují dítě po celý život, a proto je nezbytné věnovat této problematice dostatečnou pozornost a všimnout si svého okolí, jelikož ne vždy je zanedbávání patrné na první pohled. Prevence a včasná intervence jsou klíčovými faktory, které mohou pomoci minimalizovat negativní dopady zanedbávání a podpořit zdravý vývoj dítěte.

Identifikace rizikových faktorů, které přispívají k zanedbávání dětí, je klíčová pro efektivní prevenci a intervenci. Rizikové faktory mohou být vnější (např. socioekonomické podmínky), vnitřní (rodinné), nebo mohou být na straně rodiče či dítěte. Je nezbytné, aby sociální pracovníci a další odborníci byli schopni tyto faktory **rozpoznat** a adekvátně na ně **reagovat**. Výzkum provedený v této práci poskytuje cenné poznatky o konkrétních rizikových faktorech, které mohou být použity k rozvoji preventivních a intervenčních strategií.

Výzkum potvrdil, že nejzásadnějšími rizikovými faktory jsou faktory **rodinné** a faktory **na straně rodičů**, které bývají nejčastější příčinou příchodu dítěte do DC. Právě rodiče a rodinné prostředí a podmínky mají přímý vliv na život dítěte, ovlivňují každodenní život dítěte, chod domácnosti, sociální postavení a celkovou připravenost dítěte na život. Pokud tyto aspekty nefungují, nemůže dítě projít zdravým vývojem. Pokud nepočítáme vážné zdravotní

onemocnění a podobné životní situace, bývají i rizikové faktory na straně dětí důsledkem rodinného prostředí, ve kterém vyrůstají. Vnější faktory mohou rodinu ovlivňovat, ale nejsou následně hlavní příčinou selhání v péči o dítě, a to zejména v podmínkách ČR, ve které jsou podmínky k životu, i přes některé nedostatky, kvalitní, oproti některým jiným státům s vysokou chudobou či nezaměstnaností. I sociálně-právní systém v ČR funguje, tudíž se daří i jistá prevence rizikového chování.

Sociálně právní ochrana dítěte je klíčovým nástrojem k zajištění **bezpečí a blahobytu** dětí, které jsou ohroženy zanedbáváním nebo jinými formami zneužívání. Tento systém má za cíl chránit práva dítěte a poskytovat mu potřebnou podporu a péči. V ČR existuje legislativní rámec, který stanovuje postupy a opatření pro ochranu dětí, ale je důležité zajistit, aby tyto zákony byly efektivně implementovány v praxi. K tomu je nezbytné, aby všichni zapojení aktéři, od sociálních pracovníků po právníky a zdravotníky, spolupracovali a koordinovali své úsilí. Je také důležité zohlednit individuální potřeby každého dítěte a poskytovat mu péči na míru, která respektuje jeho specifické situace a potřeby. Právě blaho dítěte by mělo být na prvním místě při řešení problémů v rodině. Dle pracovníků DC to ne vždy tak v praxi bývá a často se do popředí dávají spíše zájmy rodičů, kteří jsou v procesu zvyhodňování. Takto by to však fungovat nemělo, jelikož děti jsou v pozici, kdy se nemohou adekvátně bránit a neví “co je správné”, proto by měl nastoupit stát a hájit **zájmy dítěte**.

Kvalitativní výzkum jasně ukázal, že existují **čtyři základní pilíře**, které významně ovlivňují příchod dítěte do DC. Těmito pilíři jsou rizikové chování rodičů, zázemí rodiny, transgenerační přenosy a osoba matky. Tyto faktory mají přímý vliv na život dítěte a jsou klíčovými prvky, které je třeba brát v úvahu při zkoumání příčin a důsledků umístění dětí do DC. Tato zjištění byla potvrzena i kvantitativním výzkumem, což poskytuje silnou evidenci pro jejich důležitost. Právě dvojí zkoumání této problematiky dodává vyšší **validitu dat**, které tak poskytují validní a cenné výsledky.

Mezi nejzásadnější rizikové faktory byly zařazeny špatné bytové podmínky rodiny, která buď pendluje, často se stěhuje, velikost bytu či domu není dostatečná vzhledem k početnosti rodiny, nebo rodina bydlení přímo ztrácí a zůstává bez domova. Problém posléze přetrvává i při řešení této situace, jelikož azylové domy či ubytovny, kam je rodina sociálními pracovníky odkazována, také nemá kapacitu pro ubytování matek s dětmi. Tento rizikový faktor reflektuje i nynější bytovou situaci v ČR, kdy i dobře zabezpečené rodiny mají někdy problém si adekvátní bydlení obstarat z důvodu nedostatku bytů či jejich vysoké pořizovací ceně či výše nájmu.

Uvidíme, jak se tato situace bude vyvíjet v budoucích letech a zda se jí podaří alespoň částečně vyřešit.

Jedním z nejvýraznějších rozdílů mezi dětmi, které měly pouze jednorázový příchod do DC, a těmi, které byly umístěny opakovaně, byly **protektivní faktory**. Tyto faktory zahrnovaly efektivní sociální práci sociálních pracovníků, aktivitu rodičů při snaze o napravení situace a podporu širší rodiny. Tyto aspekty musejí být ve vzájemné rovnováze, aby byla minimalizována pravděpodobnost opakovaného umístění dítěte do DC. Efektivní intervence v těchto oblastech může hrát zásadní roli při stabilizaci rodinného prostředí a zlepšení životních podmínek dětí. Rovnováha mezi těmito aspekty se ukazuje být tím hlavním rozdílem mezi krátkodobým návratem dítěte do biologické rodiny a tím dlouhodobým, až trvalým, což je hlavním cílem sociálních pracovníků, jelikož fungující rodinné prostředí je pro dítě tím nejlepším možným řešením pro jeho zdravý vývoj.

Unáhlený návrat dítěte, který může být způsobený jak aktivitou rodičů či podporou širší rodiny, tak i rozhodnutím soudu, bývá často pouze **dočasným řešením**, které může být v životě dítěte na škodu, jelikož nemá ve svém životě stálost a nemůže se na svět okolo sebe spolehnout. Sociálně-právní systém by se tak měl soustředit na zajištění toho, že podmínky v rodině budou adekvátní a až poté umožnit návrat dítěte do biologické rodiny. Avšak vzhledem k trendu, který byl zmíněn respondenty v kvalitativním výzkumu, to vypadá spíše tak, že systém se stává benevolentnějším. Tento trend může mít za následek **více opakovaných návratů** dětí do ústavní péče.

Výzkum měl i své **limity**. Jedním z nich je chybějící údaje o intenzitě rizikových faktorů, které nejsou uvedeny ve spisové dokumentaci vybraných případů a práce s nimi tak ani nepracovala. Nebyla vytvořena žádná škála pro intenzitu, tudíž při dalším zkoumání by možná bylo vhodné tento aspekt do výzkumu přidat. Některé faktory mohly být při odběru dítěte přehlédnuty nebo nezaznamenány ve spisové dokumentaci dítěte, také některé souvislosti mezi faktory nebyly explicitně uvedeny, což komplikuje jejich přesné vyhodnocení. Například špatné bytové podmínky mohou být důsledkem špatné finanční situace, ale bez přesných údajů ve spisové dokumentaci nelze tuto souvislost jednoznačně potvrdit, a tak tyto odhady ve výzkumu nebyly zohledněny. Tato skutečnost by mohla mít jistý vliv na výsledky kvantitativního výzkumu, avšak dle předpokladů by to hlavní vyznění výsledků neovlivnilo. V budoucnu by však mohlo být zajímavé bližší a rozsáhlejší zkoumání napříč vícero ústavními zařízeními, jelikož menší velikost výzkumné skupiny (40 případů) může omezovat generalizovatelnost výsledků.

I přes zmíněné limity lze konstatovat, že výsledky tohoto výzkumu poskytují cenné poznatky o faktorech ovlivňujících příchod dětí do DC a zdůrazňují důležitost rovnováhy mezi rizikovými a protektivními faktory. Tyto poznatky mohou sloužit jako základ pro další výzkumy a pro zlepšení praxe sociálních pracovníků a podpory rodin. Bude zajímavé sledovat, zda se problematika rizikových faktorů bude dále zkoumat v rámci tuzemských podmínek, což by poskytlo další cenné informace pro sociální systém ČR.

ZÁVĚR

Práce zaměřená na identifikaci rizikových faktorů u zanedbaných dětí, které přišly do Dětského centra Plzeň, byla rozdělena na teoretickou a empirickou část, přičemž teoretická část poskytla nezbytný kontext a základní pojmy související s problematikou zanedbávání dětí, funkcí rodiny a zejména představila rizikové a protektivní faktory. Empirická část následně realizovala výzkumné šetření, které mělo za cíl odpovědět na zadanou výzkumnou otázku a ověřit vytvořené hypotézy.

V teoretické části byla nejprve popsána rodina jako významný faktor v péči o dítě, včetně charakteristiky rodinného prostředí, funkcí a typů rodin. Důraz byl kladen na vymezení dysfunkční rodiny, která je často zdrojem rizik pro zanedbávání dětí. Dále byla podrobně rozebrána problematika zanedbávání dětí, včetně definice, modelů, rizikových a protektivních faktorů, forem a důsledků zanedbávání.

Právě druhá kapitola poskytla esenciální poznatky pro celou práci, a hlavně empirickou část práce, k jejímuž pochopení je porozumění rizikovým faktorům velmi důležité. Poskytnuty byly pohledy několika autorů z **tuzemské i zahraniční literatury**, což přidává na validitě informací a dodává širší pohled na zvolenou problematiku.

Následně byly představeny **možnosti sociální práce** se zanedbanými dětmi, kde bylo diskutováno, jak identifikovat a diagnostikovat zanedbané dítě, jak hodnotit zanedbávání a jaké jsou možnosti řešení této problematiky z právního hlediska v České republice.

V kapitole 4 o Dětském centru Plzeň byla popsána tato instituce, její poskytované **služby a multidisciplinární tým**, který zde působí. Právě členové tohoto týmu byli i respondenty polostrukturovaného rozhovoru, a tak bylo pochopení jejich pracovní náplně důležité k získání povědomí o jejich zkušenostech a přínosu, které si následně přinesli do rozhovoru.

V empirické části byl realizován výzkum rizikových faktorů, který se skládal z **kvalitativního výzkumu** pomocí polostrukturovaných rozhovorů s multidisciplinárním týmem a následné analýzy dat pomocí metody zakotvené teorie. Tento kvalitativní výzkum byl doplněn **kvantitativním výzkumem**, který využíval popisnou statistiku a data byla sbírána za pomoci přepisu interních spisů, které DC poskytlo pro účely této práce.

Výsledky kvalitativního výzkumu odhalily klíčové rizikové faktory, které se objevují u rodin, kde dítě přichází do DC. Tyto faktory byly shrnuty v **kapitole 5.6.11**, kde byly zmíněny zejména **čtyři pilíře ovlivňující příchod dítěte do DC**. Mezi nejvýznamnější skutečnosti patřilo rizikové chování rodičů, zázemí rodiny, osoba matky a transgenerační přenosy. Zjištěny

však byly také protektivní faktory, které napomáhají návratu dítěte z DC zpět do rodiny. Celkově analýza poskytla cenné informace o vnímání situace pracovníky DC, kteří jsou s rodinami v každodenním kontaktu. Zajímavé bylo také **srovnání s historií**, kdy několik respondentů poskytlo informace o tom, jak vnímají nynější situaci v rodinách v porovnání s minulostí, jelikož v DC pracuje několik zkušených pracovníků.

Zjištěné kategorie v kvalitativním výzkumu daly základ pro vytvoření hypotéz a uskutečnění kvantitativního výzkumu. Ten zjištěné závěry z kvalitativního výzkumu **podpořil** a poskytl statistický přehled o frekvenci a rozložení těchto faktorů ve zkoumané populaci, která se skládala ze 20 případů, kdy dítě přišlo do DC pouze ojedinele a následně zůstalo v biologické rodině a dalších 20 případů, kde dítě do DC přišlo opakovaně. Porovnání těchto dvou skupin poskytlo pochopení, jaké rizikové faktory způsobují příchod dítěte do DC a jaké faktory napomáhají návratu dětí do biologické rodiny.

V kapitole 6 došlo ke shrnutí výzkumného šetření a porovnání výsledků z kvalitativního i kvantitativního šetření, které se vzájemně doplňovalo, a tak mohlo dojít k větší validitě získaných informací. Kvantitativní výzkum **potvrdil skutečnosti** zmíněné respondenty v rozhovorech a přidal další pohled na problematiku. Právě tato kapitola dává odpověď na výzkumné otázky a shrnuje celkové výsledky zjištěné výzkumem.

Na základě výsledků výzkumného šetření byl vytvořen nástroj hodnocení rizik, který umožňuje sociálním pracovníkům a dalším odborníkům systematicky hodnotit riziko opakovaného návratu dítěte do DC. Tento nástroj zahrnuje klíčové rizikové faktory identifikované ve výzkumu a poskytuje strukturovaný rámec pro hodnocení jednotlivých případů. Nástroj má formu **matice pro hodnocení rizik**, která ukazuje jednotlivé stupně rizika. Součástí kapitoly je také **SWOT analýza DC**, která vznikla na základě rozhovorů s pracovníky DC, a která poskytuje stručný přehled situace v centru.

Závěrečná kapitola byla zaměřena na diskusi a zamyšlení se nad problematikou zanedbávaného dítěte, rizikovými faktory a sociální prací s touto rizikovou skupinou. Zároveň došlo k ohlédnutí se za výzkumným šetřením a jeho kritickým zhodnocením.

Práce **dosáhla** svého hlavního cíle, kterým byla identifikace rizikových faktorů a vytvoření nástroje hodnocení rizik. Výsledky výzkumu poskytují cenné poznatky pro odborníky v oblasti sociální péče a mohou přispět k efektivnějším intervencím a prevenci opakovaného návratu dětí do Dětského centra Plzeň.

Závěrem lze říct, že tato práce přináší významný přínos pro pochopení a řešení problematiky zanedbávání dětí a s tím spojenými rizikovými faktory, ale také **nový pohled** na tento fenomén, který se v literatuře zatím příliš neobjevuje a pozornost je zaměřena spíše na příčiny těchto faktorů. V budoucnu by bylo vhodné pokračovat ve výzkumu této oblasti v tuzemských podmínkách a dále rozvíjet nástroje a strategie, které mohou pomoci zlepšit situaci ohrožených dětí a jejich rodin.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aptien. (n.d.). *Co je matice rizik | Řízení rizik*. <https://aptien.com/cs/kb/articles/what-is-risk-matrix>
- Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32 (3), 337-342.
- Azar, S. T., & Soysa, C. K. (2000). How do I assess a caregiver's parenting attitudes, knowledge, and level of functioning. *Handbook for child protection practice*, 310-315.
- Barnett, D., Mandy, W., & Cicchetti, D. (1993). Maltreatment, the developing brain, and neural plasticity. *Child Abuse & Neglect*, 17(3), 243-255. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- Berry, M., Charlson, R., & Dawson, K. (2003). Promising practices in understanding and treating child neglect. *Child & Family Social Work*, 8(1), 13-24.
- Besharow, D. J. (1990). *Recognizing child abuse: A guide for the concerned*. The Free Press.
- Blumenthal, A. (2015). *Child Neglect I: Scope, Consequences, and Risk and Protective Factors*. Canadian Child Welfare Research Portal. <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/141E.pdf>
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 371-399. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Braithwaite, V., Harris, N., & Ivec, M. (2009). Seeking to clarify child protection's regulatory principles. *Communities, Children and Families Australia*, 4(1), 7-23.
- Brant, J., & Charmaz, K. (2007). Grounded theory in medical education research: AMEE Guide No. 70. *Medical Teacher*, 29(6), 467-480. <https://doi.org/10.1080/01421590701351352>
- Bruce, D., Perry, B. D., Colwell, K., & Schick, S. (2002) Child neglect. *Encyclopedia of crime and punishment*. https://www.childtrauma.org/ctamaterials/neglect_in_childhood.asp
- Bugental, D. B., & Happaney, K. (2004). Predicting infant maltreatment in low-income families: the interactive effects of maternal attributions and child status at birth. *Developmental psychology*, 40(2), 234.
- Bull, J., McCormick, G., Swann, C., & Mulvihill, C. (2004). *Ante-and post-natal homevisiting programmes: a review of reviews*. London: Health Development Agency.

- Burke, P. J., & kol. (1998). The context of childhood adversity and school performance. *Developmental Psychology*, 34(4), 791-814. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.4.791>
- Cimlerová, V. (2005). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Collins, M. E. (2006). Transition to adulthood for vulnerable youths: A review of research and implications for policy. *Social Service Review*, 80(2), 271-293. <https://doi.org/10.1086/503191>
- Connell-Carrick, K. (2003). A critical review of the empirical Literature: Identifying correlates of child neglect. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30(5), 389-425. <https://doi.org/10.1023/A:1026099913845>
- Connell-Carrick, K. (2006). Trends in popular parenting books and the need for parental critical thinking. *Child Welfare*, 819-836.
- Coohey, C. (1998). Home alone and other inadequately supervised children. *PubMed*, 77(3), 291–310. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9599422>
- DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: A guide for assessment, prevention, and intervention*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office on Child Abuse and Neglect.
- DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2005). Family connections: A preventive intervention for neglect. *Child Maltreatment*, 10(1), 108-123. <https://doi.org/10.1177/1077559504273691>
- DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2006). Family Connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 11(4), 382-391. <https://doi.org/10.1177/1077559506291959>
- DePanfilis, D., & Salus, M. K. (2003). *Child protective services: A guide for caseworkers*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office on Child Abuse and Neglect.
- Dětské centrum Na Chmelnicích 6 | Dětské centrum Plzeň. (n.d.). *Dětské centrum Na Chmelnicích 6*. <https://detskecentrumplzen.cz/detske-centrum-na-chmelnicich-6/>
- Dětské centrum Partyzánská 55 | Dětské centrum Plzeň. (n.d.). *Dětské centrum Partyzánská 55*. <https://detskecentrumplzen.cz/detske-centrum-partyzanska-55/>
- Dětské centrum Plzeň | příspěvková organizace statutárního města Plzně. (n.d.)*. <https://detskecentrumplzen.cz/>
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2009). Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment. *Journal of family violence*, 24, 111-122.

- Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M. M., & Starr, R. H. (2002). Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 109(6), 1100-1107. <https://doi.org/10.1542/peds.109.6.1100>
- Dunovský, J., & kol. (1995). *Sociální a právní ochrana dětí*. Praha: Codex Bohemia.
- Dunovský, J., & Kovařík, J. (1999). *Děti a my*. Praha: Karolinum.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada Publishing, spol. sro.
- Duva, J., & Metzger, S. (2010). Addressing poverty as a major risk factor in child neglect: Promising policy and practice. *Protecting Children*, 25 (1), 63-74. <https://mytraumainformedschool.com/wp-content/uploads/2018/04/addressing-poverty-as-a-major-risk-factor-in-child.pdf>
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L. A., Henderson Jr, C. R., Kitzman, H., & Olds, D. L. (2001). Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link?. *Development and psychopathology*, 13(4), 873-890.
- Ethier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13-24. <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000011573.51459.0f>
- Fluke, J. D., Yuan, Y. Y. T., & Edwards, M. (1999). Recurrence of maltreatment: An application of the national child abuse and neglect data system (NCANDS). *Child abuse & neglect*, 23(7), 633-650. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00039-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00039-3)
- Gaudin, J. M. (1993). *Child neglect: A guide for intervention*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England)*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing.
- Guterman, N. B. (1997). Early prevention of physical child abuse and neglect: Existing evidence and future directions. *Child Maltreatment*, 2(1), 12-34.

- Hartley, C. C. (2004). Severe domestic violence and child maltreatment: Considering child physical abuse, neglect, and failure to protect. *Children and Youth Services Review*, 26(4), 373-392. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.01.001>
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2001). Emotional neglect and its impact on child development: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 797-810. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00269-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00269-7)
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 679-695. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00341-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00341-1)
- Hoferková, S., & Švrčinová, E. (2009). *Sociální práce s rodinou*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Honor, G. (2014). Child maltreatment: Screening and anticipatory guidance. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.05.006>
- Horwath, J. (2007). The missing assessment domain: Personal, professional, and organizational factors influencing professional judgments when identifying and referring child neglect. *British Journal of Social Work*, 37(8), 1285-1303. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl029>
- Hoskin, A. W., & White, M. D. (2010). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Family Violence*, 25(2), 155-162. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9274-5>
- Howarth, J. (2007). *Child neglect: Identification and assessment*. London: Palgrave Macmillan.
- Chrenková, J. (2015). *Sociální práce s rodinou*. Praha: Grada.
- Interní spisová dokumentace Dětského centra Plzeň*
- Jones, L., Packard, T., & Nahrstedt, K. (2002). Evaluation of a training curriculum for inter-agency collaboration. *Journal of Community Practice*, 10(3), 23-40.
- Kansas Department for Children and Families. (2016). *A Guide to Reporting Child Abuse and Neglect*. <https://www.dcf.ks.gov/services/pps/documents/guidetoreportingabuseandneglect.pdf>
- Kingree, J. B., Phan, D., & Thompson, M. (2002). Child maltreatment and recidivism among adolescent detainees. *Criminal Justice and Behavior*, 29(6), 725-741. <https://doi.org/10.1177/009385402236734>
- Kovařík, J. (1993). *Komunikace v psychoterapii*. Praha: Grada.

- Lawrence, R., & Irvine, P. (2004). *Redefining fatal child neglect*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Lee, B. J., & George, R. M. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(99\)00047-5](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(99)00047-5)
- Lékařská fakulta v Plzni Univerzity Karlovy. (18.12.2019). *16.12.2019 Dětské centrum Plzeň - MUDr. Jana Tytlová, PhDr. Irena Plzáková [Video]*. <https://www.youtube.com/watch?v=JX4ymbyf5tE>
- Lewin, D., & Herron, H. (2007). Signs, symptoms and risk factors: health visitors' perspectives of child neglect. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 16(2), 93-107.
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child maltreatment*, 11(3), 281-294. <https://doi.org/10.1177/1077559506289864>
- Lutzer, K., & kol. (1984). *Rodinné terapie*. Praha: Avicenum.
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffit, T. E., Wikström, P. O., Loeber, R., & Novak, S. (2000). The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending: the effects of impulsivity are stronger in poorer neighborhoods. *Journal of abnormal psychology*, 109(4), 563.
- ManagementMania. (2020). *SWOT analýza*. ManagementMania.com. <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>
- Maříková, H., Petrusek, M., & Vodáková, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

- Mefanet, S. L. F. Č. A., Sr. (n.d.). *Popisná statistika - WikiSkripta*. https://www.wikiskripta.eu/w/Popisn%C3%A1_statistika#:~:text=Popisn%C3%A1%20statistika%20je%20discipl%C3%ADna%20kvantitativn%C4%9B,podstatn%C3%A9%20informace%20o%20dan%C3%BDch%20datech.
- Mennen, F. E., Kim, K., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(8), 647-658. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.007>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (n.d.). *Legislativa a systém sociálně-právní ochrany*. <https://www.mpsv.cz/legislativa-a-system-socialne-pravni-ochrany>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčák, Z. (1996). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Možný, I. (2008). *Česká rodina na prahu nového tisíciletí*. Praha: SLON.
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
- Ovwigbo, P. C., Leavitt, K. L., & Born, C. E. (2003). Risk factors for child abuse and neglect among former TANF families: Do later leavers experience greater risk? *Children and Youth Services Review*, 25(1-2), 139-163. [https://doi.org/10.1016/s0190-7409\(02\)00269-4](https://doi.org/10.1016/s0190-7409(02)00269-4)
- Pallone, S. R., & Malkemes, L. C. (1984). *Helping Parents who Abuse Their Children: A Comprehensive Approach for Intervention*. Charles C. Thomas Publisher.
- Parkinson, P. (2017). *Child Protection and the Family Court*. Sydney: Thomson Reuters.
- Pasian, M. S., Benitez, P., & Lacharité, C. (2020). Child neglect and poverty: A Brazilian study. *Children and Youth Services Review*, 108, 104655. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104655>
- Pemová, M., & Ptáček, R. (2016). *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada.
- Pemová, T., & Ptáček, R. (2011). *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada.

- Reis, D. (1993). *Children and Violence*. Guilford Press.
- Rose, S. J., & Meezan, W. (1993). Child neglect: A study of the dynamics and dimensions. *Child Welfare*, 72(3), 212-232.
- Rosenberg, J., & Wilcox, W. B. (2006). *Importance of Fathers in the Healthy Development of Children*. Child Abuse and Neglect User Manual Series.
- Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). *Metoda zakotvené teorie*. Brno.
- Sargent, J. (1998). *Psychosocial protection/risk factor. Regional Conference Pediatric Role in Managing Child Abuse and Neglect*. The Soros Foundation NY, Estonia.
- Scott, D. (2014). *Understanding child neglect*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Scourfield, J. B. (2018). *Gender and child protection*. Bloomsbury Publishing.
- Stewart, A., Dennison, S., & Waterson, E. (2002). Pathways from Child Maltreatment to Juvenile Offending. *Trends & Issues in Crime & Criminal Justice*, (241).
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stowman, S. A., & Donohue, B. (2005). Assessing child neglect: A review of standardized measures. *Aggression and violent behavior*, 10(4), 491-512.
- Sullivan, P. M. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- Šťastná, A. (2009). *Neúplné rodiny v České republice a ve vybraných evropských zemích*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Švec, J. (2009). *Příručka pro sociální integraci*. Praha: Úřad vlády ČR

- Tanner, K., & Turney, D. (2000). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child & Family Social Work*, 8(1), 25-34.
- Taylor, C., Guterman, B. G., Lee, J. S., Rathouz, P. J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*, 99 (1), 175-183.
- Thelen, E. (2013). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. MIT Press.
- Thomson, R. A. (2000). How should I assess a child's social support system? In Dobowitz, H., DePanfilis, D., eds. *Handbook for child protection practice*, 297-299. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Troc  , N. (1996). Risk factors for reported child abuse and neglect. *Journal of Public Health*, 86(9), 1292-1297. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.9.1292>
- Tyler, K. A., & Johnson, K. A. (2006). Pathways in and out of substance use among homeless-emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, 21(2), 133-157. <https://doi.org/10.1177/0743558405285492>
- Tyler, K., & Johnson, K. A. (2006). A longitudinal study of the effects of early abuse on later victimization among high-risk adolescents. *Sociology Department, Faculty Publications*, 44.
- Van der Put, C. E., Stams, G. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- V  tek, L. (1989). *Komunikace v sociální práci*. Praha: SPN.
- Waites, C., Macgowan, M. J., Pennell, J., Carlton-LaNey, I., & Weil, M. (2004). Increasing the cultural responsiveness of family group conferencing. *Social Work*, 49(2), 291-300.
- Waldfogel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 20(2), 87.
- Watson, J. (2005). *Child neglect: Literature review*. http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/321636/research_child_neglect.pdf

Weaver, D. B., & Lawton, L. J. (2002). Overnight ecotourist market segmentation in the Gold Coast hinterland of Australia. *Journal of travel research*, 40(3), 270-280.

Wilson, K., & Horner, J. (2005). Developing a knowledge base for children in care. *Child & Family Social Work*, 10(2), 125-135. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2005.00358.x>

Wu, S. S., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. E., Resnick, M. B., & Roth, J. (2004). Risk Factor for infant maltreatment a popilation based study. *Child Abuse and Neglect*, 28 (12), 1253-1264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.005>

Zákon 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Zielinski, D. S. (2010). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.001>

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

<i>Obrázek 1 - Základní model procesu diagnostiky dítěte.....</i>	<i>34</i>
<i>Obrázek 2 - Příklad souvislostí k získání kódu.....</i>	<i>57</i>
<i>Obrázek 3 - Čtyři pilíře ovlivňující příchod dítěte do DC.....</i>	<i>108</i>
<i>Obrázek 4 - Faktory podporující návrat dítěte do biologické rodiny.....</i>	<i>125</i>
<i>Obrázek 5 - SWOT analýza Dětského centra Plzeň.....</i>	<i>128</i>
<i>Tabulka 1 - Základní informace o případech při prvním přijetí do DC.....</i>	<i>114</i>
<i>Tabulka 2 - Základní informace o případech při druhém přijetí do DC.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabulka 3 - Mezdobí mezi prvním a druhým přijetím do DC.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabulka 4 - Zjištěné faktory u zkoumaných dětí z DC při prvním a druhém přijetí.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabulka 5 - Základní informace o případech s ojedinělým příchodem do DC.....</i>	<i>119</i>
<i>Tabulka 6 - Porovnání základních informací vybraných případů.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabulka 7 - Porovnání podpůrných faktorů u vybraných případů.....</i>	<i>121</i>
<i>Tabulka 8 - Zjištěné rizikové faktory.....</i>	<i>124</i>
<i>Tabulka 9 - Matice pro hodnocení rizik.....</i>	<i>126</i>

SEZNAM ZKRATEK

CAN	Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
DC	Dětské centrum Plzeň
FO	Fyzická osoba
GTM	Metoda zakotvené teorie
MPSV	Ministerstvo Práce a Sociálních věcí
OSN	Organizace Spojených Národů
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PO	Právnícká osoba
SMART	Specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické, časově ohraničené cíle
SWOT	Silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha I – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.....</i>	<i>1</i>
<i>Příloha II – Seznam zjištěných kategorií.....</i>	<i>3</i>
<i>Příloha III – Přepis rozhovoru s respondentem A.....</i>	<i>5</i>
<i>Příloha IV – Přepis rozhovoru s respondentem B.....</i>	<i>14</i>
<i>Příloha V – Přepis rozhovoru s respondentem C.....</i>	<i>20</i>
<i>Příloha VI – Přepis rozhovoru s respondentem D.....</i>	<i>26</i>
<i>Příloha XII – Přepis rozhovoru s respondentem E.....</i>	<i>39</i>
<i>Příloha XIII – Přepis rozhovoru s respondentem F.....</i>	<i>44</i>
<i>Příloha XIV – Přepis rozhovoru s respondentem G.....</i>	<i>55</i>
<i>Příloha X – Přepis rozhovoru s respondentem H.....</i>	<i>63</i>
<i>Příloha XI – Přepis rozhovoru s respondentem I.....</i>	<i>70</i>
<i>Příloha XII – Přepis rozhovoru s respondentem J.....</i>	<i>76</i>
<i>Příloha XIII – Tabulka zjištěných faktorů u skupiny opakovaných příchodů do DC.....</i>	<i>83</i>
<i>Příloha XIV – Tabulka zjištěných faktorů u skupiny ojedinělých příchodů do DC.....</i>	<i>85</i>

Příloha I – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu:

Rigorózní práce na téma „Identifikace rizikových faktorů ovlivňující návrat zanedbaných dětí do dětského centra“ je zpracovávána studentkou Filozofické fakulty UK, Mgr. Terezií Taušek. Výzkum práce bude probíhat kvantitativní i kvalitativní metodou. Kvalitativní výzkum bude probíhat metodou polostrukturovaného rozhovoru s odbornými zaměstnanci dětského centra, na jehož základě budou zjištěny rizikové faktory (vnější, vnitřní, na straně rodiče, na straně dítěte) a protektivní faktory. Pro kvantitativní výzkum budou zkoumány spisy vybraných dětí z dětského centra, které podpoří výsledky kvalitativního výzkumu. Veškerá data zjištěná jak rozhovorem, tak zkoumáním spisů, budou anonymizována, aby nemohli být účastníci výzkumu, ani zmíněné rodiny a děti, nijak konkrétně identifikováni. Veškerá data vzešlá z výzkumu mohou být použita výhradně pro potřeby zmíněné rigorózní práce. Všichni účastníci rozhovorů se účastní dobrovolně.

Informace o účastníkovi výzkumu:

Organizace: Dětské centrum Plzeň (dále jen „DC“)
IČO: 40526666
Adresa 1: Na Chmelnicích 6, 323 00 Plzeň
Adresa 2: Partyzánská 55, 312 05 Plzeň
Jméno a příjmení pověřené osoby: MUDr. Jana Tytlová
telefon: 378 037 820
e-mail: tytlova@plzen.eu

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby a zaměstnanců DC v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;

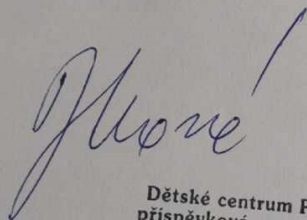
c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazují se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností. Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne: 30.6.2024

Podpis:



Dětské centrum Plzeň
příspěvková organizace
Na Chmelnicích 6, 323 00 Plzeň
řed. MUDr. Jana TYTLOVÁ
IČO: 40526666 DIČ: CZ40526666

Příloha II – Seznam zjištěných kategorií

Číslo Kategorie	Název Kategorie
1	Etnikum rodiny
2	Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu
3	Transgenerační syndrom v rodině
4	Pracovní život a návyky v rodině
5	Finanční síla a gramotnost v rodině
6	Intelligence rodičů
7	Bytové zázemí v rodině
8	Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem
9	Církevní hodnoty a tradice
10	Matka zůstává s dítětem sama
11	Matka zakládá další rodinu
12	Otec o dítě nemá zájem
13	Matky jsou v mladém věku
14	Širší rodina dodává podporu
15	Náhradní rodina je řešením situace dítěte
16	Otec dítěte rodinu podporuje
17	Práce s rodinou ze strany DC
18	Prohlubující se a množící se problémy v rodině
19	Rodiče užívají návykové látky
20	Zdravotní stav dítěte
21	Rodiče trpí duševní poruchou
22	Zanedbání základních potřeb dítěte
23	Charakter dětí z pohledu DC
24	DC spolupracuje se sociálně-právním systémem ochrany dítěte a neziskovými organizacemi
25	Matky jsou emocionálně vyčerpané z procesu a situace
26	Změny při opakovaných návratech dítěte do DC
27	Matka nepečuje o více svých dětí
28	Rodiče situaci nezvládají a ztrácí zájem o dítě
29	Rodiče považují své problémové chování za standardní
30	Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace
31	DC má omezené informace o osudu dětí
32	Pohled na situaci dítěte ze strany DC a legislativy není jednotný
33	Širší rodina neposkytuje podporu
34	Rodiče byli sami v ústavní péči a mají pozitivní zkušenost
35	Rodiče dítěte byli sami v DC jako děti
36	Problémy se objevují i v úplné rodině
37	Sociální postavení rodiny
38	Systém pomoci není dostatečný
39	Dítě do DC přichází s uspokojenými potřebami
40	Mentálně postižené matky jako speciální případ
41	Dítě do DC přichází traumatizované
42	Dítě si zvyká na chod v DC

43	Odebrání dítěte z biologické rodiny
44	Rodiče mají problémový vztah
45	Rodiče nemají na péči o dítě čas
46	Rodiče nezvládají rostoucí potřeby dítěte
47	Rodiče dělají kriminální činnost
48	Vnímání situace rodiny se historicky mění
49	Starší matky své chování již nezmění
50	Roční období ovlivňuje situaci v rodině
51	Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí
52	Domácí násilí a týrání dítěte v rodině
53	Věk dětí jako faktor
54	Děti se uchylují k rizikovému chování, které vidí v rodině
55	Charakter rodičů z pohledu DC
56	Děti doma problémy vidí
57	Matka nemá k dítěti vztah
58	Jeden z rodičů umírá
59	Rodiče jsou vůči sociálním pracovníkům agresivní
60	Rodiče propadli hazardu

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Příloha III – Přepis rozhovoru s respondentem A

1 T: První teda otázku máme ohledně vnějších faktorů, takže já se zeptám vlastně, z jaký
2 komunity nebo lokace se děti k nám do dětského centra nejčastěji dostávají?

3 R: Přichází děti, které jsou často romského etnika, přicházejí z lokací třeba v rámci Plzně, tak
4 jsou to takové spíše vyloučené lokality, to znamená ty, kde se jako koncentruje více lidí s
5 nějakým jako závadovým nebo asociálním chováním.

6 T: Takže spíše ty okrajový části.

7 R: Nemusejí to být vždycky okrajový části, třeba v rámci vnitřní Plzně to bývá často Plachého
8 ulice, kde je jeden jakoby blok domů, kde se jakoby koncentrují nebo kde hodně žijí buď
9 romské rodiny, anebo rodiny jakoby majoritního etnika, kde se vyskytuje závadové chování.
10 Ale nepřichází jenom děti romského etnika, ale přichází i děti majoritního etnika a tam je často
11 jako rodinná zátěž v tom smyslu že rodiče dětí sami si prošli dětským domovem, anebo
12 nevyrůstali v běžné rodině z běžné sociální vrstvy.

13 T: Takže tam je ten transgenerační přenos.

14 R: Přesně tak.

15 T: A co vnímáte že je víc?

16 R: No já si já si myslí, že tam probíhá ten transgenerační přenos, že už u prarodičů dětí, které
17 přichází do centra tak už prarodiče nežili jako běžným způsobem života, že už prarodiče
18 nepracovali nebo pracovali na nižších pozicích, neměli dostatek finančních prostředků, a proto
19 třeba už rodiče dětí, které přichází do dětského centra, se dostali z toho důvodu do dětského
20 domova, když byli nezletilí. Takže myslím si, že to je transgenerační přenos, který způsobil to,
21 že rodiče našich dětí nevyrůstali ve fungující rodině, a pak se sami nedokázali zapojit do do
22 běžného života, ať už studováním víc než povinnou základní školní docházku nebo najít si
23 odpovídající pracovní podmínky, vydělávat dostatek peněz, bydlet někde jinde, než tam kde
24 vyrůstali už jejich rodiče.

25 T: A jsou jako třeba i případy, že se jako nejedná o minoritní jako etnikum ani o transgenerační
26 přenosy, ale vyloženě o děti, když to řeknu jako z normálních rodin?

27 R: Ano ano taky, měli jsme tady třeba několik několik sourozenců, jejichž maminka byla možná
28 polo romského etnika a jako miminko byla osvojená do majoritní rodiny. Přestože od útlého
29 kojeneckého věku vyrůstala v běžné hodině, tak se stejně jako nedokázala zařadit do společnosti
30 tak, aby vychovala svoje děti.

31 T: Hm, fajn.

32 T: Ke vnějším faktorům teda teď je otázka, jaká je finanční a sociální situace v rodinách
33 nejčastěji?

34 R: Rodiny jsou často na tom finančně špatně, rodiče dětí, kteří umisťují děti do dětského centra
35 v naprosté většině pobírají sociální dávky, pokud pracují tak mimo systém, pohybují se na
36 pracovním trhu bez pracovních smluv. Měli jsme tady i maminky které si vydělávaly na
37 živobytí prostitucí, takže ta finanční situace obecně velmi špatná. Pohybují se na hranici
38 životního minima. Sociální situace v rodinách tak trochu odpovídá té finanční situaci. Rodiče
39 často nemají díky nízkým finančním prostředkům nemají prostředky na to, aby dětem koupili
40 vhodnou stravu, vhodnou obuv hlavně, oblečení to ještě není takový problém, ale botičky často.
41 Když děti přichází a mají na sobě oblečení, které mají z rodiny tak často vidíme, že botičky
42 nejsou ortopedické, prostě takové, jaké by měly pro správný vývoj chůze a vůbec plosky nohou,
43 které mají děti mít.

44 T: Dostává se tam nějak jako ten faktor třeba toho, jaký jsou jako ty rodiny sociální situaci na
45 základě třeba toho etnika nebo náboženství a takhle?

46 R: Co se týká náboženství, to nedokážu posoudit. Nikdy jsem nezaznamenala, že by rodiče
47 předem se hlásili k nějakému jakoby tomu náboženství. Samozřejmě v naší společnosti v České
48 republice mají dospělí teda romského etnika problém sehnat práci. Myslím si, že i když mají
49 odpovídající vzdělání, tak že předsudky prostě jsou. I kdyby chtěli si najít odpovídající práci
50 svému vzděláním, když nějaký mají, tak to mají hrozně těžký, aby je někde přijali. Takže pokud
51 pracují, tak většinou na těch pomocných pozicích.

52 T: Pracovní úvazky se tady nepečou moc.

53 R: Moc asi ne. Úplně jako opravdu nejsem schopná posoudit, ale řekla bych, že když už jako
54 někde vidíme romské etnikum nebo příslušníky romského etnika pracovat, tak jsou to takové
55 ty pomocné výkopové práce tady i v okolí. Často pracují na těchletých pozicích, anebo pomáhají
56 s úklidem města, ale tam si zase nejsem jistá, jestli to není náhodou plnění obecně prospěšných
57 prací v rámci jako výkonu trestu.

58 T: Ke vnitřním faktorům, jestli bychom si mohly říct, jaký jsou nejčastější jako anamnézy
59 vlastně rodin, co se týče jako toho pohlaví, věku rodičů a jakou jde rodinu, jestli je úplná nebo
60 neúplná.

61 R: Moje zkušenost je taková, že když už se dostanou děti do dětského centra, tak v naprosté
62 většině spolupracuju s jejich maminkami, často ta rodina je neúplná buď od počátku, že matka

63 je na výchovu dětí sama, protože otec buď odešel, anebo v té rodině je přítomný, ale nechce,
64 nechce vůbec řešit nějaké problémy. Někdy ta maminka je na to úplně sama, že má několik dětí
65 a děti mají různé tatínky. Takže tatínek přišel, odešel, matka potkala dalšího muže a další dítě,
66 znovu tatínek odešel a takhle se jakoby řetězí různí otcové v rámci jedné rodiny. Často taky
67 děti nemívají v rodných listech otce vůbec uvedeného, že nedojde... rodiče nejsou manželé, aby
68 byl otec uvedený v rodném listě ze zákona a potom nedojde k tomu souhlasnému prohlášení
69 rodičů na matrice, aby mohl být uvedený i otec do rodného listu dítěte.

70 T: Jaký bývá jako nejčastější věk třeba těch maminek?

71 R: Bývají velmi mladé, první dítě se jim většinou narodí ještě když jsou nezletilé, anebo velmi
72 krátce po nabytí zletilosti. Děti mají z pravidla víc, přibývají jim do rodiny.

73 T: Mě tak napadá, jestli tenhle faktor, co se týče pohlaví a věku souvisí s tím, jestli se dítě vrátí
74 nebo nevrátí do své rodiny?

75 R: No, asi ano. A myslím si, že čím je ta maminka mladší a má možnost mít další děti, tak se
76 návrat dětí zpátky do rodiny mamince, tak ta šance na návrat je nižší.

77 T: Takže se potom vracejí zpět do dětského centra?

78 R: Ano, ano. Mají možnost třeba, když se o ně začne zajímat někdo z širší biologické rodiny.
79 Že třeba děti potom převezme do péče babička a bývá to zpravidla babička ze strany matky.

80 T: Takže takovýchle situace se taky dějou.

81 R: Nebo se děti dostanou úplně do náhradní rodiny, nepřibuzné.

82 T: A v jaké rodinné situaci se rodina dítěte nachází?

83 R: Často se o děti stará maminka sama. Když už v domácnosti žije otec dětí, tak do výchovy
84 nijak nezasahuje. Někdy otec dětí pracuje, podle toho, co sděluje maminka, ale velmi
85 sporadicky přichází tatínek za dětmi také na návštěvu. Většinou chodí pouze maminka. Stává
86 se, že žijí, podle toho, co říká maminka, že žijí v bytě o menších rozměrech. To znamená, že
87 pak s každým dalším přibývajícím dítětem jich je tam víc, ale to prostředí a bytové podmínky
88 jsou pro ně těsnější a těsnější a tím asi dochází k nějakým neshodám v rámci toho bydlení a
89 potom si stěžují ostatní obyvatelé toho domu, anebo třeba i ubytovny na hluk a křik a hádky,
90 které vychází z té domácnosti.

91 T: A když jako je tam tenhle faktor sociální, je jako možný, že se dítě vrátí zpátky? Nedělají s
92 tím něco ty rodiče?

93 R: Někteří ano, někteří ne. Tam přichází ten problém, že pokud maminka by se chtěla
94 osamostatnit a odejít od toho otce dětí, tak si musí najít ona samostatné bydlení, a to je finančně
95 náročné a v případě, kdy děti má umístěna v dětském centru, tak na ně nepobírá žádné sociální
96 dávky tzn. že se ocitá ještě jakoby v hlubší finanční krizi, a když potom má zaplatit si nějakou
97 kauci na to, aby mohla začít bydlet někde samostatně, tak z logiky věci ona vůbec nemá šanci
98 si na to našetřit. Takže jí zbývají akorát azylové domy, které mají plnou kapacitu. Je v podstatě
99 šťěstí a velká náhoda, že azylový dům, nejenom v Plzni, ale v rámci Plzeňského kraje má volnou
100 kapacitu, anebo různé ubytovny, které ale ne vždycky jsou vhodné i pro rodinu s dětmi.

101 T: Mě tak napadá, jestli se potom jako z hlediska tohoto faktoru stává, že se dítě dostane zpátky
102 do dětského centra?

103 R: No stává, protože maminka si dítě převezme zpět do péče, ale není schopná si dlouhodobě
104 hlavně z finančního hlediska si udržet odpovídající bydlení.

105 T: Takže se dá teda chápat tak, že se znovu objeví jako ten stejný faktor nebo třeba že se objeví
106 ještě nějaký další?

107 R: Myslím si, že nejčastěji se objeví stejný faktor, to znamená nedostatek finančních prostředků
108 a neodpovídající bytové zázemí. Někdy se k tomu přidá i faktor nějaký závislosti.

109 T: To jsem se teď chtěla zeptat ohledně té osobnosti těch rodičů. Vy jste jako zmiňovala
110 nejčastěji ty mladé maminky a kdybychom si něco říct o těch jako osobnostních rysech těch
111 maminek.

112 R: Myslím si, že jsou to často osoby, kteří sami nevyrůstali, jako v podnětných rodinných
113 prostředích a podmínkách. Nezažili si správný způsob výchovy, sami neměli možná dostatečné
114 množství podnětů, které by stimulovaly k tomu, aby se vyvíjeli jiným způsobem, anebo víc,
115 než se jim to podařilo.

116 T: Hraje tam třeba roli i nějaká jako duševní problematika.

117 R: No, nejsem schopná posoudit, jestli se třeba maminky dětí, které jsou v dětském centru, jako
118 třeba jejich IQ, jak se jakoby pohybuje v průměru nebo v lehkém podprůměru, to úplně nevím,
119 ale jako z komunikace s nimi, to pásmo není určitě nadprůměrné.

120 T: Stává se taky, že to jsou třeba uživatelé nějakých drogových, omamných látek?

121 R: To se stává poměrně často. Buď děti přichází z rodiny, kde už nějaké jako závislostní chování
122 probíhá, anebo se že dojde k eskalaci toho problému u rodičů. Pokud třeba abstinovala, tak tím

123 že přijde o děti, tak ta situace, myslím si, pro ní je tak náročná, že ona sáhne po droze, aby si
124 ulevila.

125 T: Mají ty rodiče dětí, co se tady vyskytují, podobnou zkušenost vlastně jako jejich dítě?
126 Myslím jako s ústavní výchovou, situací v rodině...

127 R: Určitě, často rodiče dětí si prošli sami ústavní výchovou, stalo se nám, že jsme přijali děti a
128 když jsme potom měli k dispozici rodný list dítěte, tak v archivech jsme vyhledali, že maminka
129 nebo otec dětí byli přímo v našem zařízení od raného kojeneckého věku, takže ten
130 transgenerační přenos, který se týká pobytu v ústavní výchově, probíhá.

131 T: Jestli se vyskytuje v rodině užívání návykových látek?

132 R: Někdy je důvodem pro umístění dětí nebo jedním z důvodů pro umístění děti do dětského
133 centra i užívání rodičů návykových látek. Z dnešního pohledu nebo z metodiky ministerstva
134 práce a sociálních věcí, samotné užívání návykových látek rodičů není a nemá být důvodem
135 pro to, aby dítě vyrůstalo v ústavu a rodiče se o ně nepostarali, ale pokud se dítě dostane do
136 ústavního zařízení, tak důvodem není jen užívání návykových látek rodičů, ale s tím související
137 další problémy, které rodiče potom řeší a nebo naopak vlastně způsobí užíváním návykových
138 látek, jako třeba nedostatečné finanční podmínky, naprosto nevhodné bytové podmínky,
139 neodpovídající péče o děti v době, kdy rodič má čerstvě požitá návykové látky.

140 T: Setkali jste se někdy jako konkrétně s tím, jaké přímo návykové látky to jsou?

141 R: Někdy přichází děti, které mají v rámci porodu, anebo porodní anamnézy záznamy že
142 maminka byla pozitivní na THC nebo amfetamin, metamfetamin a i děti potom měly díky tomu
143 abstinenční příznaky.

144 T: A jak se to projevovalo?

145 R: Když se ty děti dostaly do péče našeho centra, tak děti byly plačtivé, byly dráždivé, špatně
146 přijímali potravu, špatně sály a postupně v řádu dnů až týdnů ty abstinenční příznaky postupně
147 vymizely. Takže ano, nejčastěji se jedná o užívání THC, metanfetaminu, amfetamin, alkoholu,
148 ten je horší jak předešlý, více poškozený mozek a hůře se dítě psychicky vyvíjí.

149 T: Ohledně duševního onemocnění, jak jsou na tom třeba rodiče?

150 R: Já se nedostanu k úplně tvrdým datum ohledně nějakých psychiatrických diagnostik rodičů,
151 ale vybavuju si jednu maminku, která měla u nás chlapečka, který se nakonec dostal náhradní
152 rodiny a maminka má diagnostikovanou schizofrenii a protože jsem s maminkou v kontaktu

153 stále, tak mě přitom jednom našem rozhovoru řekla, že tu schizofrenii má díky předchozímu
154 užívání drog.

155 T: A ovlivnilo to jako nějak to, že to dítě se tady vyskytovalo? To duševní onemocnění.

156 R: Určitě, maminka se starala o syna první rok po jeho narození. Během toho prvního roku
157 vystřídal několik míst, kde s chlapcem pobývala. Úplně prvním místem po porodu bylo naše
158 centrum, protože u nás byla umístěna krátce po porodu, pak se přesunula do jiného centra na
159 edukační pobyt matky s dítětem. Netuším, jestli tam byla měsíc anebo delší dobu, ale umístění
160 chlapce do našeho centra, když chlapci byl rok, předcházelo to, že matka v dekompenzovaném
161 stavu schizofrenie napadla svojí babičku, u které v té době se synem žila a napadla babičku
162 fyzicky poměrně brutálně masivně, takže to vyústilo vlastně v hospitalizaci maminky na
163 psychiatrickém oddělení, umístění chlapce dětského centra a maminka několik měsíců
164 pobývala v psychiatrické nemocnici.

165 T: Vrátil se ten chlapeček potom k ní?

166 R: Ne, nevrátil, zatím vyrůstá v náhradní rodině. Chlapec vyrůstá v náhradní rodině více jak 4
167 roky a maminka po celou dobu není schopná se o chlapce postarat. Jednak díky svojí
168 psychiatrické diagnóze a zároveň také díky tomu že není schopná si vytvořit stabilní bytové
169 podmínky, ani najít si stabilního partnera. Další maminka, která má diagnostikovanou
170 schizofrenii u nás měla chlapce, který se dostal do péče dětského centra hned po narození z
171 důvodu maminčiny jako neschopnosti převzít a postarat se o syna s tím, že už starší dítě té
172 maminky bylo umístěno do náhradní rodinné péče. Chlapec se potom dostal do pěstounské péče
173 mimo plzeňský kraj, když mu bylo třičtvrtě roku a zhruba za dva roky se k nám vrátil, protože
174 mu byla diagnostikována porucha autistického spektra a pěstouni měli svoje dvě vlastní děti a
175 už nezvládali péči tohoto chlapce, takže se vrátil zpátky do dětského centra, kde byl následující
176 dva a půl roku a převzala si ho do péče babička. Ale chlapec je opět v ústavním zařízení už né
177 v dětském centru ale v dětském domově školského typu, protože už dochází do první třídy.
178 Takže ano, u dvou maminek dětí, které byly u nás, byla diagnostikována schizofrenie.

179 T: V jakém zdravotním stavu jsou děti přijatá do dětského centra?

180 R: Ke zdravotnímu stavu jako sociální pracovnice nemám úplně kompetentní informace, ale
181 obecně se dá říct, že některým dětem, možná většině dětí, chybí klasické povinné očkování. O
182 tom ví víc ošetřujících lékařka. Často přicházejí, jsou špinavé, někdy mají vši, setkali jsme se i
183 s blechami, bývají vyhladovělé a po několik týdnů u nás mají pořád tendenci přijímat větší porci

184 potravy, než kolik by potřebovali, mají potřebu se zajíst nebo dojíst, Někdy byli poštipané od
185 komárů a přijímali jsme děti, které měly svrab.

186 T: Dostávají se potom tyhle děti v tomto zdravotním stavu zpátky do těch rodin?

187 R: Někdy ano, my se tady snažíme je kompenzovat po všech stránkách, samozřejmě i po té
188 zdravotní, sociální a emocionální a ano, pokud si rodiče upravili podmínky, tak se dostat
189 zpátky.

190 T: A stává se jako, že když se třeba vrátí, že se vrátí třeba v podobném stavu?

191 R: Ano, vybavuju si sourozeneckou skupinu dvou chlapců, kteří podruhé, první i druhý pobyt
192 u nás, byl do několika měsíců, a přitom druhém příjmu byli po zdravotní stránce na tom ještě
193 hůř, než při prvním příchodu.

194 T: Kdybychom si měli říct o charakteru těch dětí, jako kdo jsou vlastně jako ty děti, který sem
195 jako přichází, jak byste je popsala jako osobnostně?

196 R: Je to široká škála a také závisí na věku dětí. Když přicházejí starší děti, starší předškoláci a
197 třeba přichází opakovaně, tak někdy už je to takový trošku jako kápo, který ví, jak to tady chodí,
198 a na kterou tetu, protože si třeba pamatuje, na kterou tetu, jak může, která teta povolí víc, která
199 povolí méně. Když přichází poprvé, nemají žádnou zkušenost s ústavním zařízením, tak bývají
200 jako psychicky schoulený, prostě někdy se moc neprojeví a chvíli trvá, než začnou
201 komunikovat.

202 T: Takže se liší od toho, v jaké vyrůstaly rodině ty děti.

203 R: Ano, ano, to rozhodně.

204 T: Jak konkrétně vy nebo jako dětský centrum pracujete na tom, aby se jako zmírnily ty rizikový
205 faktory u těch rodin?

206 R: Je to o jako intenzivní spolupráci s ostatními institucemi. Za mě je to především s orgány
207 sociálně právní ochrany dětí na jednotlivých městských úřadech města Plzně a městských
208 obvodech. protože děti k nám přicházející a mají první kontakt právě s kolegyněmi z ospod.
209 Takže kolegyně z ospod už ví často o té rodině spoustu informací, proto také když děti přichází
210 tak moje první žádost je o poskytnutí sociální anamnézy rodiny. Za mne ideálně, když ta
211 konkrétní pracovnice spolupracuje s naším zařízením, když potřebuju nějaké podpisy od rodičů,
212 ať už se to týká nástupu dětí do školky nebo do školy, nebo možných ozdravných pobytu nebo
213 zájmových kroužků, tak pro mě je úžasný, když se můžu na tu pracovníci obrátit a ona je třeba
214 v kontaktu s rodiči a zprostředkuje mi ty podpisy. Potom, když rodiče chodí za dětmi na

215 návštěvu tak, a já vím důvody pro které děti přicházejí, tak se snažím s rodiči hlavně s
216 maminkou pracovat na tom dotazovat se jí, jakým způsobem řeší svojí bytovou situaci, jestli
217 už kontaktovala azylové domy, jestli má vyhlídku nějakého bydlení? Maminky často tvrdí, že
218 azylové domy jsou plné, tam není volná kapacita, ale že už třeba obešly některé ubytovny a
219 informují se o tom, jestli je ubytovna vhodná pro pobyt rodičů s dětmi, protože né každá
220 ubytovna umožňuje ubytování malých dětí. Snažím se maminku motivovat k tomu, aby si
221 vyřídila dávky sociální, často maminky, které nám dávají děti, tak jsou s těmi dětmi na mateřské
222 dovolené. To znamená, že nemusí být hlášeny na úřadu práce. Proto maminku motivuju k tomu,
223 aby se dostavila na úřad práce, nechala se tam zaevidovat, měla státem hrazené zdravotní
224 pojištění, nevznikal jí tedy dluh na zdravotním pojištění, pokud by čerpala nějakou péči
225 zdravotní.

226 T: Takže vnímám, že tam je nějaká motivace z vaší strany pro ty rodiče, doprovázení, podpora
227 a spolupráce s dalšími institucemi.

228 R: Ano, je skvělý, když kolegyně z OSPODu mohou komunikovat s rodiči jednotným stylem.
229 Posíláme je na stejný úřad. Je super, když se zapojí do celého procesu nezisková organizace.
230 Teď mám čerstvou zkušenost, která stále probíhá s organizací Člověk v tísni, kde pracovnice
231 intenzivně spolupracuje a motivuje maminku. Maminka je ukrajinské národnosti, pracovnice z
232 neziskové organizace je také ukrajinské národnosti, takže o to víc chápe maminku a její
233 nesnáze, jak se zapojit, etablovat v České republice. A ta pracovnice z neziskové organizace
234 spolupracuje do takové míry, že je schopná prostřednictvím Facebooku maminku vyhledat a
235 kontaktovat jí, vyhledat jí v současném bydlišti a doprovodit jí na soudní jednání. Stejně tak
236 jsem v kontaktu s pracovnící, která motivuje a doprovodí maminku na setkání s jejími dětmi,
237 kteřé jsou současné době v našem zařízení a maminka děti je neviděla téměř dva měsíce, protože
238 tvrdí že není schopná za dětmi přijít sama, protože je to emocionálně vyčerpávající a má strach,
239 že by po celou dobu plakala.

240 T: Když se ty děti vrátí po té vaší preventivní intervenci tý rodiny a takhle, je nějaká změna v
241 těch rizikových faktorech?

242 R: Bohužel vůbec žádná změna není. Nejčastějšími důvody jsou opět nedostatečně bytové
243 podmínky, nedostatečné finanční zajištění rodiny a přetrvávající někdy i prohlubující se
244 závislost rodičům na omamných a psychotropních látkách.

245 T: Stalo se někdy, že třeba ti rodiče si to vzali k srdci ta preventivní opatření a došlo k nápravě?

246 R: Asi ano, protože né každé dítě se vrátí do dětského centra, takže to je takové nadějeplné, že
247 to vyjde a děti se mají po návratu k biologické rodině dobře, nebo lépe než předtím, co přišly k
248 nám.

Příloha IV – Přepis rozhovoru s respondentem B

1 T: Tak z jaký komunity nebo lokace se děti do dětského centra nejčastěji dostávají?

2 R: Často to často jsou to děti, které vyrůstají v rodinách, kde nemají jako příliš příliš dostatek
3 peněz. Jsou to chudší, chudší rodiny. Jsou to rodiny, které pobírají všechny možné dávky ze
4 systemu státní sociální podpory. Přicházejí děti jak z Plzně, to znamená z většího města, tak i z
5 okolních vesnic, takže tam asi velký rozdíl bych neviděla.

6 T: Jaká je finanční a potom i sociální situace v rodina?

7 R: Jak už jsme si řekli, tak ta finanční situace není dobrá. Málokterá maminka pracuje, i když
8 je třeba, nemusel by pracovat, protože je třeba na mateřské rodičovské dovolené s nejmladším
9 dítětem, ale často ani nepracuje partner nebo manžel, nebo otec dětí. Prostě většinou jsou to
10 rodiny, které jsou závislé na příjmu sociálních dávek. Jsou registrováni na úřadu práce jako
11 uchazeči o zaměstnání. Málokterý rodič pracuje. Co se týká etnika, tak dostávají se k nám děti
12 jak z majoritního etnika, tak i třeba z romské populace.

13 T: Je to takový mix?

14 R: Ano, je to mix.

15 T: Dovedla byste říct, co převažuje, jestli menšina nebo většina?

16 R: Většinově si myslím, že romská populace.

17 T: Z hlediska těch vnitřních, tak v jaké rodinné situaci, to už jsme si nějak tak přiblížili, a hlavně
18 třeba jaká je anamnéza tý rodiny, jak jsou starý ty rodiče, kolik jim je let, jestli se jedná o otce
19 matky, jestli je to úplná rodina?

20 R: Většinou to bývají poměrně mladí rodiče, že první dítě těsně kolem 18 roku a těch dětí má
21 ta maminka potom víc často často to bývají rodiny, kde jsou 3, 4 i 5 dětí, protože přijdou k nám
22 děti a maminka, potom po čase přijde do jiného stavu a vlastně narodí se další dítě, které třeba
23 není umístěno hned k nám, nebo je umístěno časem do nějaké jiné náhradní rodinné péče, takže
24 věkově se jedná spíš o mladší rodiče. Často se setkáváme s tím, že ta maminka je na to sama,
25 že třeba nejsou v rodném listě uvedení tatínkové, i když třeba tatínek s tou s tou matkou žije,
26 ale nějak nemají dostatek energie na to, aby, když nejsou manželé, což často nebývají, aby zašli
27 spolu na matriku a tam prohlásili souhlasně, že otec je otcem a mohl být zapsaný do matriky,
28 do rodného listu v matrice. Také není neobvyklé, že maminka si sama prošla dětským
29 domovem, že tam dochází k tomu transgeneračnímu přenosu. A vlastně to, že své dítě děti

30 umístí do dětského domova, nevnímá jako něco zvláštního nebo neobvyklého, protože sama tu
31 zkušenost má a bere jí jako téměř běžnou.

32 T: A jakou máte zkušenost s návratností dětí do těchto rodin?

33 R: No, to je to je děsně složitý, tam musí, musí ta ta rodina vyvinout jako velkou velké množství
34 energie, aby byla schopná se se jakoby zmobilizovat a ty svoje podmínky si zlepšit. Často do
35 toho taky vstupuje závislost na omamných a psychotropních látkách a to je pro tu pro tu
36 maminku jako ještě ještě větší problém zařídit si nové bydlení, stabilizovat svoje podmínky a
37 ještě k tomu zahájit léčbu, aby se zbavila závislosti.

38 T: Máte zkušenost s nějakým fakt takovým, zdařilým návratem do biologický rodiny?

39 R: Ano. My se třeba potom už nedostaneme k tomu, jestli ten zdařilý návrat měl jako dlouhé
40 trvání, vraceli se děti do biologické rodiny. I když jsme třeba věděli, že ta situace není úplně
41 tak, jak bysme byli rádi, aby se dítě vrátilo, ale ostatní instituce včetně soudu tu situaci
42 vyhodnotili jako návrat dítěte jako vhodnou. A víme, že třeba nějakou nějakou dobu to dítě v
43 rodině bylo, ale s odstupem času jsme se třeba pak dozvěděli od kolegyň, že to dítě v rodině
44 stejně nezůstalo a pak se buď přesunulo k otci a nebo v rámci širší rodiny a nebo do náhradní
45 rodinné péče formou pěstounské péče.

46 T: A čím to je, že se prostě ta rodina není schopná jako napravit?

47 R: No to je otázka. Já si myslím, že to je, no, může to být také tím, že ta maminka jako taková
48 nemá, nemá zázemí, nemá jako širší rodinou stabilitu, která by jí pomohla. Na druhou stranu si
49 vybavuju maminku, která sama byla osvojená, konkrétně s odešla do osvojitelské rodiny z
50 našeho centra. A přestože se rodiče snažili té svojí dceři, osvojené dceři pomoci, jak nejlíp
51 mohli, tak maminka, rychle si vybavuju nejméně čtyři děti, které měla u nás, byly ty dvě
52 holčičky nejstarší, pak následovala ještě holčička a chlapeček, tak ani jedno nemá u sebe, takže
53 ta otázka je hrozně těžká. Já neznám, neznám odpověď, ale myslím si, že je to jednak osobnostní
54 nastavení té maminky, jednak jaké má zázemí. Víc mě nenapadá.

55 T: Tak tady vlastně ze strany rodičů, no už jsme nakousli to podobnou zkušenost. Máte třeba i
56 zkušenost, že ty rodiče byli tady taky tam dětským centru a mají tady potom svoje děti?

57 R: Ano to se bohužel stává. A vždycky, když se objeví dítě ještě s nějakým jako typičtější tím
58 příjmením, se kterým jsme se tady v průběhu let setkávali tak a pak vidíme rodný list a rodiče.
59 Tak vzhledem k tomu, že tady je personál, který tady u nás pracuje třeba kontinuálně 20, 25 let,
60 někdy i 30 let, tak si pamatuji, že se vlastně starali o otce nebo o maminku. Takže ano.

61 T: A jsou jako i možnosti, že třeba ty rodiče to zkušenost neměli a je to jakoby nové jako
62 fenomén, jakoby vlastně až u nich?

63 R: Jakože u nich začíná to, že sami vyrostli, no je to tak, je to tak. Někteří, rodiče to tak mají,
64 když si třeba teď uvědomím maminku dětí, které máme v současné době v dětském centru, tak
65 maminka pocházela z úplné rodiny. Sice přiznala, že se jakoby v rodině vždycky nebo jako
66 pilo, alkohol užíval hlavně tatínek, ale že jí to, že z toho, jakoby nemá žádné trauma a nebo že
67 by jako nedocházelo v rodině k nějakému násilí z důvodu třeba opilosti tatínka. A ona pochází
68 z majoritního etnika. Přišla na návštěvu se svým bratrancem, který působil jako naprosto bez
69 jakýchkoliv problémů. Řekla bych, že funguje v rámci běžné sociální vrstvy, a přesto maminka
70 má už vlastně 4 děti a teď ty 2 poslední, které jsou v našem centru krátce, tak ani ty 2 starší
71 neměla ve své péči, o toho nejstaršího se staral tatínek. Ten vyrůstal vyrost u otce už je plnoletý
72 a chlapec, kterému je 11, vyrůstá v pěstounské náhradní rodině, nepříbuzenské zprostředkované
73 a maminka tedy má zázemí. Co se týká bydlení, ona je spolumajitelkou rodinného domu v Plzni.
74 Tvrdí, že ho zatím neprozradí, že ho nemá zatížený exekucemi, tak se jí snažím motivovat k
75 tomu, aby prostě vyřídila dávky, aby on to ani jako nastoupila někam do zaměstnání, aby o to
76 bydlení nepřišla. Ale maminka má dlouhodobě problém s užíváním omamných a
77 psychotropních látek.

78 T: To je právě hned na to navazuje ta otázka, jak vlastně ty rodiče a uživatelé návykových
79 látek?

80 R: No to je to je jako obrovský problém a strašně záleží na tom, jak ten rodič se k tomu postaví,
81 jestli si to přizná, jestli vyvíjí nějakou aktivitu, jestli je schopen spolupracovat s kolegyní s
82 pracovnicí z ospodu, do jaké míry ta pracovnice je jako aktivní v tom vyhledávání těch různých
83 komunit a nebo center pomoci. A jestli vůbec rodič potom je taky ochotný a schopný ty
84 komunity sám kontaktovat, protože nejde o to za ty rodiče všechno vyřešit, ale jde o to je
85 nasměrovat a motivovat k tomu, aby oni tu aktivitu vyvinuli sami. A tady maminka, já když se
86 jí zeptám, tak mi při každé návštěvě, která je dvakrát třikrát do týdne říká, že znovu obvolala
87 různá kontaktní protidrogová centra, ale že nebyla nijak úspěšná. Ale já si zase tu informaci
88 nemůžu nijak ověřit, takže v podstatě nevím, jak to je ve skutečnosti.

89 T: A když je čistě jako faktorem ta návyková látka, vracejí se ty děti vlastně do takovýchle
90 rodin?

91 R: No taky můžou, pokud třeba my jsme, nebo konkrétně tady u té maminky bysme společně s
92 kolegyní z ospodu byli moc rádi, kdyby nastoupila do nějaké komunity, kde může být i s dětmi,
93 protože děti k nám přišly a nebyly žádným způsobem zanedbané. A byli bez plenek oba dva,

94 což u té holčičky by třeba mohla mít ještě plenky, ale nemá. Děti ví, že se jí u stolečku ví, že se
95 čistí zoubky, umí si hezky hrát. To znamená, měli doma dostatek hraček a na zahradě měli
96 bazén, který užívali. Maminka si s nimi hrála, protože to dělá, i když za nima přijde na návštěvu,
97 takže teď záleží na tom, jak jak se k tomu postaví ta maminka, ale za mě by bylo nejlepší, kdyby
98 měla možnost se léčit právě už s dětmi, protože se zatím jeví, že děti jsou pro ně pro ní jako
99 hodně důležité, což jako nejsou ne každý rodič, který má děti umístěné v dětském domově, tak
100 se tak chová.

101 T: Takže je možný i úspěšný návrat dětí do těchto rodin?

102 R: Je možný, ale je to je to běh na dlouhou trať a zase musí musí chtít hlavně ten rodič, ale je
103 třeba ho podpořit.

104 T: A co rodič z hlediska nějakýho diagnostikovaného duševního onemocnění?

105 R: No to je jako taková druhá velká kapitola. Zase asi záleží na tom o jaké o jaké onemocnění
106 se jedná, do jaké míry rodič dodržuje léčbu, jestli užívá léky a nebo prostě dochází na ty depotní
107 injekce. Tam je asi potřeba, aby měli jako zázemí a vlastně podporu v širší rodině. Také se
108 propouštějí děti nebo předávají děti maminkám, které mají jako mentální handicap, ale vždycky
109 je potřeba, aby tam třeba tatínek byl, byl natolik natolik schopný, aby vlastně tak trochu
110 dohlíželi na tu maminku. Jak se stará o miminko a nebo třeba babička toho dítěte je potřeba,
111 aby tam jako fungovala širší rodina.

112 T: Takže to vnímáte jako velký rizikový faktor? To duševní onemocnění. V rámci návratnosti
113 dítěte do biologické rodiny.

114 R: Zase záleží na tom, jak které duševně nemocní, pokud se jedná jenom o nějaký snížený
115 intelekt a věděla bych, že tam jako funguje ta širší rodina, tak bych se toho asi bála míň než u
116 maminky, která trpí třeba schizofrenií a má za sebou drogovou minulost. A přitom ne vždy
117 třeba úplně pravidelně dochází na kontroly na psychiatrii, tam bych se bála.

118 T: A co faktory z hlediska dětí? Bývají tady děti i z důvodu, jako že je ten faktor na jejich
119 straně? Ty rodiče třeba nezvládají jejich péči.

120 R: Ano, můžu se stát, když jsou to třeba děti nějak jako výrazně zdravotně handicapované, kdy
121 ta péče je nejenom denodenní, ale i během jednoho dne je třeba zajistit takovou určité postupy,
122 aby dítě mělo jako svůj komfort a pak záleží na tom, jestli rodič na to má. Vlastně, jestli je
123 ochoten si udělat čas a je tak jako natolik jako mentálně zdatný, aby si uvědomoval, že je
124 potřeba takové úkony konat. No a nebo máme tady teď dva chlapce s poruchou autistického
125 spektra, které maminka už nezvládala péči o ně v souvislosti s péčí o nejmladšího jejich

126 sourozence. Rok a kousek starého chlapce. Takže ano, i jako dochází k příjmům dětí, které mají
127 takový zdravotní handicap, a tak ten černej petr je na jejich straně.

128 T: A ten zdravotní stav už jsme tady třeba teď zmínili ty poruchy autistického spektra. Bývá to
129 ještě třeba něco, ale z hlediska třeba v nějaké psychiatrické diagnózy těch dětí, nebo naopak
130 jako somatického onemocnění?

131 R: Bývá to třeba v somatické onemocnění, které se potom, na které je navázáno nějaké jakoby
132 psychiatrická potřeba péče, třeba děti s downovým syndromem ano, tak ty zase jako dostávají
133 do našeho centra, ale staráme se o ně.

134 T: Mají šanci se dostat zpátky do té rodiny?

135 R: Tam je, pokud se třeba týká o děti nebo týká, mluvíme o dětech s Downovým syndromem.
136 Myslím si, že ano, ale ta šance dostat se zpátky do biologické rodiny je, nejsem schopná říct,
137 jestli, když by vlastně rodině to dítě zůstalo rovnou, tak zůstává v rodině a v momentě, kdy
138 dojde vzhledem k těm okolnostem k tomu postižení toho dítěte a je to všechno pochopitelné,
139 kdy dojde k tomu jako odtržení anebo rozhodnutí rodičů, že tedy dítě dají do dětského centra.
140 Myslím si, že ten návrat do biologické rodiny je o to složitější, protože tam jako chybí ta
141 průběžná péče. Ta kontinuita, došlo k tomu oddělení, ale není neobvyklé, že se děti, s
142 downovým syndromem dostanou do náhradní rodinné péče formou pěstounské péče.

143 T: A jaký bývá charakter těch dětí tady dětským centru? Co to je vlastně za děti?

144 R: Jsou to děti specifické, jsou to děti, které si vlastně prošly nejrůznějšími traumaty. Myslím
145 si, že si ani jako nedokážeme představit, co všechno si museli zažít, ať už se jedná o nedostatek
146 jídla, nedostatek tepla, nedostatek oblečení, nedostatek lásky, nedostatek péče, zájmu hraček,
147 podpory. A z toho potom vyplývají ty specifika. Jsou to děti často jako neklidné. Nebo takovej
148 jakoby výchovně náročnější. Potřebují jakoby trpělivý a důsledný a přeláskyplný přístup, aby
149 pochopili, že je třeba a je dobře poslechnout. Jak to říct? Že prostě ta pohoda v té skupině v té
150 jakože rodině naší půjde, bude větší, když když oni oni budou jako respektovat pravidla.
151 Některé děti s tím mají, ti mají větší problém, některé menší, zvlášť když třeba přijdou a už jsou
152 jim tři, čtyři, pět let. Protože z té rodiny nejsou, nejsou zvyklé na nebo nebývají zvyklé na
153 nějaký režim a pravidelnost.

154 T: Takže tam je i faktor toho věku?

155 R: Ne za mě určitě ne. Nejsem pečující personál, ne nejsem teta, ale myslím si, že když jako
156 větší dítě přijde z rodiny, kde nebyl žádný režim, v podstatě fungovala anarchie, i ti si dělali,
157 co chtěli v rámci těch možností. A přitom ale neměli ty podněty, které by potřebovaly, tak o to

158 je složitější a možná trvá i dýl, než než si zvyknou, že tady je nějaký režim. Že ty jednotlivé
159 denní činnosti následují po sobě, že po obědě se odpočívá v postýlce. O co to trvá dýl, čím ty
160 podmínky byly složitější. Domnívám se, ale nejsem teta.

161 T: A jak konkrétně třeba vy pracujete na tom, aby se eliminovaly ty rizikové faktory, který jsme
162 tady zmiňovali?

163 R: Já můžu, já můžu pracovat s rodiči, když přichází k nám na návštěvu. Takže vždycky se
164 ptám, jak se jak se rodič má, co co je nového, co se mu podařilo třeba jako zařídit, jestli
165 kontaktoval ty instituce, které kontaktovat měl? A snažím se být jako v úzké spolupráci s
166 kolegyněmi z ospodu abysme těm rodičům podávali jako jednotné informace, aby od ospodu
167 nedostaly informace, že mají do komunity a já, abych jim neřekla, že komunity jsou plné. Já
168 můžu, já můžu hodně s těmi rodiči komunikovat. Potom se snažím, aby děti, které nebo snažím,
169 musím, aby děti, které už musí chodit do školky, aby měly zajištěnou předškolní výuku.
170 Pomáhám kolegyním, které řeší nejrůznější jako aktivity třeba o prázdninách příměstské tábory,
171 tak jim pomáhám zajistit ty přihlášky a komunikovat s těmi s těmi organizátory těch táborů.

172 T: A když se jako to povede rodinku rodičů, dojde k nějaký nápravě a jde to dítě do biologické
173 rodiny. Ale stane se to, že z nějakýho důvodu se vrátí. Bývají ty faktory stejných důvodů toho,
174 že se opakovaně ty děti vrací, nebo tam jsou nějaký jinakosti v těch faktorech?

175 R: Jo, buď jsou to faktory jako totožný a nebo k nim jako přibude jako jako negativní bonus
176 něco dalšího.

177 T: Takže tam jako dojde k nabytí faktoru, naopak. Jakože neodezní ten faktor, na kterým se
178 pracovalo, ale ještě se naopak přidruží.

179 R: Jo ano. Ano ano bývá to třeba často, ty rodiny mají, mají problém s bydlením se zajištěním
180 stabilního bydlení a mají nedostatek financí. A k tomu k tomu všemu třeba se přidruží ještě
181 drogová závislost rodičů.

182 T: Takže nezpracuju, nevemou si k srdci ty rodiče naopak tu třeba vaší snahu o tu nápravu.

183 R: Ano ano stane se, že to tak dopadne, že ten rizikový faktor se opakuje, nebo vždycky se
184 opakuje. Většinou se opakuje a navíc k tomu přibýly další, protože to tu rodinu jako pošle ještě
185 hloubš.

Příloha V – Přepis rozhovoru s respondentem C

- 1 T: Z jaké komunity nebo lokace se k nám do dětského centra děti dostávají?
- 2 R: Jsou to matky, co jsou nějak tak celej život po ubytovnách. Ubytovny, azyláky, nebo
3 pendlujou, furt se stěhujou.
- 4 T: Hrajou tam třeba roli i nějak většiny a menšiny?
- 5 R: Určitě, určitě. V dětském centru mám zkušenost spíše s bílýma maminkama, ty romský se
6 vždycky nějak postaraj mezi sebou o sebe, ty tolik ty ubytovny neřeší, ale je to fakt no, tady
7 jsou třeba bílý maminky, co pendlujou a mají třeba romského partnera, nebo nějakého
8 alkoholika či uživatele drog.
- 9 T: A z těch lokací, myslíte, že tam třeba hraje roli, jestli je to centrum tý Plzně, nebo spíš
10 venkovský části?
- 11 R: Spíš centrum určitě.
- 12 T: A v jakých třeba azylových domech máte zkušenost, že pobývaj?
- 13 R: Azyláky pro matky dětma, kde je to asi nejhorší, tak tady na Slovanéch, tam jsou i drogy,
14 pak na Rokycanský.
- 15 T: Nejčastěji jsou to teda ubytovny a azyláky?
- 16 R: Ano, nejčastěji ubytovny, maminky jsou i na azyláku, ale většinou je nějaký průšvih a nedaj
17 to. Pak většinou, když mají miminka, tak jdou do dětskýho centra na nějaký zacvík, tam s nima
18 i mluvím. Ty, kterým jsme děti rovnou odebíraly, což se vždycky snažím, aby se nestalo, tak
19 jsou to většinou maminky ulice. Buď to byly romky z romských rodin, kde právě od malička
20 pendlovaly po ubytovnách, rodiče se staraly, nestaraly, byly vždycky takový, že do školy
21 jednou chodí, nechodí, pak v osmičce vylezou a skoro hned otěhotní. Jsou to pak mladý
22 maminky a v rodině nebyl nikdo, kdo by pomohl. Pak jsem měla bílou paní, docela inteligentní,
23 ale propadla alkoholu. Tam nevím přesně, jaký byl problém, ale otec myslím nebyl, byl s ním
24 nějaký problém a ta její matka začala pít a ona taky pak hned od puberty. Hodně teď máme i
25 děti z jiných měst v Plzni, třeba z Chomutova, Chebu, Sokolova a Teplic, takový naše stálice.
26 Už tady pracuju šestnáct let a nějaký rodiny znám osobně dlouho, třeba i ty maminky znám od
27 malička, takže sranda, že znám ty dětičky.
- 28 T: Ahá, pak tu mám ještě k těm vnějším faktorům, jaká je finanční a sociální situace v těch
29 rodinách?

30 R: Tak u mě zkušenost u těch bílejších maminek, že byly z normálních, dobře zajištěnejch rodin,
31 jedináčci, ty rodiče neměli čas, byli v práci, holky byly samy, měly penízky, kupovaly si
32 kamarády, začaly takový ty luxusnější, kokainový, večírky a pak končí na ulici. Jedna mi už
33 ani nežije. Taky je problém, že vždycky utečou z domova, třeba za tím přítelem. Pak třeba je
34 problém u dělnických rodin, když pracují na směny, taky pak nemají na to dítě čas. Utáhnou
35 základní potřeby, ale ne moc na víc, takže je pak u těch dětí třeba kriminalita, aby měli na ty
36 drogy. Třetí skupinou jsou pak romský rodiny, který živoří z dávek celej život, ale nemají
37 žádnou finanční morálku, ani ke studiu nebo k práci.

38 T: Takže koukám, že je to nějak tak namíchaný, že to nejsou jen sociálně slabí.

39 R: Ano, já nad tím taky často přemýšlím, ale třeba právě u těch rodin, kde jsou jedináčci to ti
40 rodiče nevychytají, celou dobu je dítě bezproblémový, ale pak je třeba v životě dítěte nějaká
41 změna a už se to veze. Většinou se jim nikdo nevěnuje, mají školu, mají kroužky, pak jdou
42 třeba na střední, mají problém se začlenit do nového kolektivu, hlavně holky, tak se předvádí,
43 že mají ty peníze, to je taky hodně případů.

44 T: A když jsou to třeba ti sociálně slabší, mají třeba práci?

45 R: Většinou třeba tatínek pracuje někde na černo, nějaký výkupový práce, taková ta klasika, ale
46 jinak jsem nezažila, že by měli. Jednu rodinu, co jsem zažila, tam pracovala babička a dědeček,
47 všechny děti jim fetujou a všechny vnoučata jsou v děcácích a oni si je berou na prázdniny. A
48 ty pracujou v nějaký bramborárně, asi už dvacet let. Většinou spíš makaj chlapi, někde na stavbě
49 nebo tak.

50 T: A hraje nějakou roli náboženství třeba?

51 R: U těch romských jsou věřící všichni, nebo to alespoň tvrdí. Tam ti, co to tvrdí, se pak
52 většinou nejvíc uchylujou ke kriminalitě.

53 T: Takový paradox.

54 R: Často pak i sedí za nějaký drogy nebo krádeže. U těch romských rodin většinou žijou v jedné
55 domácnosti třeba tři generace, prarodiče jsou pak na dávkách nebo pracujou, ti mladší právě
56 třeba kradou a holky se jim staraj o děti, tam třeba rodí od sedmnácti, tam je to pak každé rok
57 další dítě.

58 T: To jsem se právě chtěla zeptat, jaká je ta anamnéza té rodiny? Věk, pohlaví, úplnost.

59 R: Tak u těch romských rodin se furt rozchází, nerozchází, chvíli se perou a pak je to hrozná
60 láska. Oni se takhle chovají třeba od čtrnácti let. To spolu začnou chodit, v sedmnácti v tom

61 lepší případě otěhotní a ve dvaadvaceti mají čtyři až pět dětí, začnou jim ty starosti se
62 školka a školama, chlapi utečou do práce a matky se starají, takže začnou hádky. Pak, když
63 děti chodí do školy, tak matky rády začnou trajdat, utečou s jiným. Pak jim je třeba třicet a už
64 jsou babičky. V tý historii těhle romských rodin, kdybychom se na ni podívali, tak je to furt
65 stejný, furt se to opakuje.

66 T: A u těch bílých rodin?

67 R: Tam jsou to většinou rodiny rozvedený. Nebo teď mám jeden případ, že matka má několik
68 dětí a chlapa vlastně odhání, že ho nepotřebuje a vychová si dítě sama. Většinou jsou to ale
69 rozvedený rodiny, fakt jsem snad měla jen jeden právě případ z normální, plný rodiny. U
70 nějakých těch rodin z vyšší třídy je to třeba úplná rodina, ale nefungující, takže se jim to
71 manželství rozpadne, protože nekomunikují, nebo se hádají, a to i před dětma a ty děti to pak
72 vnímají. Pak nemají ani čas na ty děti, maminka samoživitelka pracuje a tatínci si je berou třeba
73 jen na víkend. Často tam jsou ošklivý rozvody, což dopadá na ty děti, které se pak
74 sebepoškozují, nebo tak něco. Hlavně pubertáci na to trpí, mají zkušenosti s drogami. Chtějí
75 ublížit rodičům, ale ubližují hlavně sobě. Se děsíme, co bude za pět let, až tyhle děti dospějou
76 a nejspíš začnou rodit.

77 T: A z hlediska třeba věku, jak starý ty rodiče jsou, když dávají to dítě do centra?

78 R: Určitě bych řekla do třiceti let, nad třicet snad jen jednou, ale to i bylo několikáté dítě a i ty
79 předtím šly do centra.

80 T: A bývá to třeba i hodně nízké věk?

81 R: Nestalo se mi, že by byl hodně nízké věk. Pokud je to hodně nízký věk maminky, tak tam
82 řešíme nějaký příbuzný, to vždycky musíme tuhle primární rodinu. Takže, když máme třeba i
83 romky mladý, tak se zaručí babička třeba a to dítě se neodebírá. Maminka, která o dítě přijde,
84 tak je to většinou hned z kojenáku po vytipování na základě nějakého předběžného průzkumu.

85 T: A myslíte si, že třeba jako děti, které se dostanou do dětského centra, mají šanci se k těmhle
86 rizikovejm rodičům vracet?

87 R: Bohužel jo, teď zrovna mám rodinu, které se vracelo dítě z dětského centra a která je hodně
88 riziková. A teď čekají další. Tam je vlastně matka omezenější a oba jsou inteligenčně na hranici,
89 dítě je teda svěřeno do péče otci a ten byl teď zrovna i na zácvičku v centru. Oni teda splnili vše,
90 co jsem jim dala, komunikují, ale furt vlastně musí být pod dohledem, furt se kontrolovat.
91 Tam u toho dítěte bude celý život neziskovka, která je bude učit. Vlastně ta maminka byla v
92 dětském centru i jako dítě, to bylo zdravé dítě, ale nejspíš jí matka upustila na hlavičku a od té

93 doby je vlastně takto postižená. Takže byla jako dítě v centru a pak se vrátila jako maminka.
94 Tam ta její maminka špatně pečovala o obě své děti, byl tam i alkohol, nejspíš tam měla i
95 zkušenost s nějakým zneužíváním, manžela měla alkoholika, který je teď ve vězení.

96 T: A kdybychom si měli zopakovat, v jaké rodinné situaci se ty rodiny nachází, když dávají dítě
97 do dětského centra? Asi jsme o tom už mluvili, ale není na škodu to zopakovat.

98 R: Většinou nemají podporu ve svojí rodině, buď rodiče na ně nemají čas, nebo to nebylo v
99 jejich možnostech, buď finančně nebo inteligenčně, nebo je to nikdo nenaučil, takže jsou pak
100 špatné návyky.

101 T: To mi právě tady i navazuje otázka na faktory rodičů. Zda mají ty rodiče stejnou zkušenost,
102 jako to jejich dítě, co je v dětském centru. Jestli taky pochází z disfunkční rodiny a tak.

103 R: Řekla bych, že z 90% jo. Ty, co opravdu končí v dětském centru, tak jo. Něco podobného si
104 zažili, bylo tam třeba zanedbávání, návykové látky, kriminalita.

105 T: A když jste zmínila ty návykové látky, zkusila byste to trochu přiblížit? Jak návykové látky
106 se vyskytují v té rodině a jaký to má vliv na ty děti, co jdou do dětského centra?

107 R: Většinou se začíná na THC, ale je tam hodně pervitin, ten je asi nejčastější. Je tam třeba
108 kouření od deseti let, někdy i od osmi, ve dvanácti začínají s trávou a v šestnácti pak začínají s
109 pervitinem. Tam pak třeba udělají nějakou blbost a my to včas zarazíme, nebo se to rozjede. U
110 těch chytřejších se ta náprava většinou podaří, ti hloupější pak končí třeba ve vězení nebo na
111 ulici.

112 T: A je možnost, že se ty děti z těchto rodin, vrátí do té rodiny zpátky?

113 R: Možnost tam je. Dřív to tak nějak nebylo, ale teď je to čím dál častější. Třeba teď i matky,
114 co berou pervitin, ale mají zázemí, připravenou výbavičku pro dítě, tak ty pouštíme. Sice
115 nespíme z toho, monitorujeme pořád, ale jde to. Ty matky jdou třeba na detox, odchodí si to,
116 my to dítě pouštíme, je tam nějaký dohled, ty matky jsou třeba rok namotivovaný, a jakmile je
117 nějakej průšvih, tak to zase musíme řešit.

118 T: A co rodiče a nějaký duševní onemocnění? Stává se to, že se odebírají děti i od těchto do
119 dětského centra?

120 R: Většinou u těchto rodin ani žádná diagnostika není, u Rosmejch třeba vůbec, pokud už nějaká
121 je, tak se posuzuje druhý rodič, jakou má diagnózu.

122 T: A vy tedy máte nějakou zkušenost, že by přímo kvůli tomu duševnímu onemocnění byly děti
123 vzaty a daný do dětského centra?

124 R: Já osobně tu zkušenost nemám, ale třeba u té matky, co je omezená, tak tam v té době ještě
125 otec nebyl v rodném listě a vlastně jsme odebírali dítě z tohoto důvodu, to je pravda. Ale to
126 bylo hlavně i tím, že předtím měla i chlapečka a toho jsme taky brali hned.

127 T: A kdybyste si měla nějak vybavit, jaký charakter mají děti, které jdou do dětského centra,
128 jak se projevují, chovají?

129 R: Většinou nemají žádný řád, stabilitu, dělají si, co chtějí, ale pak vlastně v centru rozkvetou,
130 užívají si tam tu pozornost a má to tam hrozně velký úspěchy.

131 T: A třeba jakej je zdravotní stav těch dětí?

132 R: V docela dobrým, mají hodně dobrou imunitu. Ale bývají tam respirační onemocnění,
133 protože přichází ze zakouřeného prostředí. Pak ještě vši, ale jinak jsou zdraví.

134 T: A vlastně tady mám poslední otázku, jak konkrétně vy pracujete na tom, aby se zmírnili nebo
135 odstranili ty rizikový faktory?

136 R: Určitě hodně spolupráce s těma neziskovkama. Mám s nima hodně dobrou zkušenost. Ona
137 je to hodně sanace rodiny, která pomáhá s finanční situací, dávkama, učí ty rodiče být finančně
138 gramotnější a oni jsou pak na tom líp, jsou samostatnější. Pomáhají pak i se zápisem dětí do
139 školy a školky.

140 T: A máte třeba zkušenost, že po téhle nápravě, že rodina splnila ty podmínky a zlepšila se, že
141 se to dítě do centra zase vrátí?

142 R: Většinou máme tu zkušenost, že jakmile jednou to dítě už v centru bylo, tak pak trneme, kdy
143 se zase vrátí, stává se to často.

144 T: A je tam třeba změna v rizikových faktorech, nebo je to furt stejný?

145 R: Myslím, že furt stejný. Teď to souvisí i s celkovou situací, jak je všechno dražší. Zajímavý
146 je, že i přes to, že jim rostou dluhy a vše je dražší, tak stejně utrácí za ty drogy. U těch mladších
147 a bílejších maminek mám zkušenost, že ty se víc snaží, aby se to dítě nevrátilo, hlavně, pokud je
148 to první dítě. U těch starších maminek se vrací víc, tam už se ty maminky nemění. Pak tu mám
149 i maminky, které to mají sezónní. Třeba na jaře dají dítě k babičce, pendlujou a pak na zimu se
150 vrací.

151 T: Takže s tou návratností souvisí i roční období a klima?

152 R: Taky, určitě. Z toho už si v práci děláme i srandu už. Na jaře a kolem Vánoc jsou takový
153 veselý, ale pak nejvíc odebíráme děti kolem toho dubna, května a června. Tam jsou takový
154 recidivy. V zimě to jsou většinou nějaký akce, že se něco v rodině stalo, že třeba museli na

155 pohotovost, nejvíc odebíráme na jaře. Jinak největší problém tam vidím vždy y
156 transgeneračních přenosech, ty problémy se tam vždycky přenášejí z babiček na maminky a
157 pak na ty děti.

Příloha VI – Přepis rozhovoru s respondentem D

1 T: Vlastně, jestli si projedeme jenom tady ty okruhy s těma otázkama ohledně vlastně těch
2 faktorů, jenom fakt stručně, co se týká třeba vnějších faktorů, vlastně našeho centra, třeba z jaké
3 komunity se děti k nám nejčastěji dostávají?

4 R: No v dnešní době už je to trošku jinak, než to bylo v letech předcházejících a musíte si
5 uvědomit, že jinak se dostávají děti z komunity z jiné komunity sem na chmelnice a jinak z jiné
6 komunity na doubravku, kde je zařízení pro okamžitou pomoc. To je nutný, aby se tam v tý
7 práci objevilo, protože spektrum těch dětí se výrazně liší. V dnešní době už sem na chmelnice
8 přichází děti. Pouze se zdravotními důvody to znamená dítě, který vyžaduje lůžkovou zdravotní
9 péči, což dříve nebylo, že dříve převažovala ta problematika sociální a vlastně my už nemůžeme
10 přijímat dítě do péče pouze ze sociálních důvodů. Jo, zatímco na doubravce do zařízení pro
11 okamžitou pomoc se dostávají děti převážně ze sociálních důvodů.

12 T: Enhm. A je tedy rozdíl nějak v té komunitě?

13 R: Tak ono to odpovídá, co se týče komunity, takže na doubravku jsou to samozřejmě děti ze
14 sociálně velmi slabého prostředí, zatímco zde na chmelnicích to mohou být děti z rizikového
15 sociálního prostředí, ale mohlo to být i děti s vlastně z běžného prostředí. Kde tedy
16 zdravotní stav toho dítěte neumožňuje, aby o to dítě bylo pečováno v rodině, nebo ta rodina si
17 netroufne na péči, nebo je potřeba edukace pečující osobě.

18 T: A jak je to vlastně teď jako z hlediska menšiny a většiny s těma dětma?

19 R: Já si myslím, že to je celý léta stejný, to bylo celý léta stejný. Co se týče menšiny, tak děti
20 romského etnika tvořily zhruba tak třetinu dětí v naší péči. A to se určitě nemění.

21 T: Fajn, tak přejdeme už na to béčko. Jaká je finanční a sociální, tu už jsme trošku natukli,
22 situace v rodině? Děti, co sem přicházejí.

23 R: No velmi špatná, samozřejmě, v téměř ve všech případech, kdy dítě přichází ze sociální
24 indikace, je tam dysfunkční rodina. Velmi často jsou to děti matek, kde v podstatě vůbec není
25 vedený otec v té rodině. To když se podíváte do statistiky, tak u převážné většiny dětí
26 přijímaných ze sociálních důvodů není uveden otec.

27 T: Ano četla jsem ty spisy veškerý.

28 R: Ty maminky pochází z různého typu prostředí. Neznamená to, když ta maminka je sociálně
29 slabá, je tam riziko drogový závislosti, je tam riziko alkoholu, tak třeba kmenová rodina této
30 maminky mohla fungovat normálně. Ta maminka se pak dostala na nějakou šikmou plochu a

31 ocitla se v té situaci, v jaké je. V každém případě u těch sociálních indikací je ve velké většině
32 ve valné většině nejenom důvodem chudoba jako taková nebo nedostatek materiálních
33 podmínek, ale vždycky je tam základem a příčinou závislost. Alkohol, drogy, psychiatrický
34 onemocnění.

35 T: Se potom ráda ještě na to zeptám, ono se vlastně tak nějak docela navazuje.

36 R: Jo to jde ruku v ruce, jo nikdy to není, že by tam maminka se ocitla nějaký hmotný nouzi a
37 z toho důvodu jí byly děti odebrány. To si veřejnost myslí, ale ono to není pravda. Ta maminka
38 se ocitne v té nouzi, pokud se takováto maminka ocitne v nouzi musí mít systém, takové
39 metody, aby tu maminku podpořil, ať už dávky, že jo různé typy, potravinové pomoci a
40 podobně, eventuelně i azylový dům. Když ta maminka nebude mít kde bydlet, ale v těch našich
41 případech v převážné většině tam hrajou roli. násilí v rodině, drogová závislost matky nebo
42 rodičů, alkohol, rukou v ruce. A to vede k tomu, že ta matka je vyhozená třeba z ubytovny s
43 děťma na ulici, a pak není jiné řešení, než třeba umí odloučení dětí od od matky a umístění dětí
44 k nám. Jakmile jdete do té anamnézy, tak tam ve většině případů něco takového najdete.

45 T: Ano, tam jsem se ještě chtěla zeptat třeba na věk těch maminek, vzdělání?

46 R: No tak vzdělání, většinou je velmi nízké. Samozřejmě nedostatečné. I když u těch drogových
47 maminek se může vyskytnout středoškolské vzdělání, s tím se setkáváme taky, že čas od času,
48 i když je to spíš výjimečně. Ta maminka má maturitu. Jo, ale je to výjimka ve valný většině.
49 Ty maminky jsou nízkého vzdělání a co se týče věku těch maminek, to je velmi individuální.
50 Mohou to být vlastně prvorodičky, to znamená v mladé matky, ale současně to můžou být
51 maminky, který už za sebou mají opravdu anamnézu historii toho, že i předcházející děti byly
52 nějakým způsobem v péči státu eventuelně svěřeny potom do náhradní rodinné péče. To je
53 široké spektrum.

54 T: Jo. A z hlediska faktorů těch rodičů, už jsme to taky trošku nakousli, ale jestli ty rodiče těch
55 dětí, co jsou tady, mají nějakou podobnou zkušenost, jestli tam je ten transgenerační přenos?

56 R: No samozřejmě, samozřejmě dost často. Setkáte se s maminkama, které samy vyrostly v
57 ústavní péči, ale není to zase úplně jako pravidlem, aby se řeklo, matka vyrůstala v ústavní péči,
58 to znamená, bude špatná matka a to to ne. Ale setkáváme se s tím samozřejmě, ale velmi často
59 je tam takovej faktor, že opravdu víme, že to dítě v té rodině nebylo spokojený, nebylo
60 ukotvený, že tam byl nějaký problém. Mohli to být rozvod rodičů, násilí v rodině a zase a
61 alkoholismus, že jo ta drogová závislost to zase záležitost posledních let, že jo, co si budem
62 povídat, ale už máme generaci, generaci dětí, jejichž rodiče a eventuelně prarodiče trpěli

63 nějakou formou závislosti , ale většinou nebo dost často víme a říkáme si, jak mohla se ta
64 maminka něco naučit a postavit se na nohy a být dobrou mámou, když sama zažila v dětství to,
65 co zažila, je to transgenerační jednoznačně. Tak to je důležitý faktor. My ty rodiny známe. My
66 máme, v podstatě pečujeme o některé děti, s jejichž vlastně rodinou jsme byli konfrontováni v
67 minulosti.

68 T: Že sem jdou vlastně v různém období.

69 R: No to víte, že jo.

70 T: Aha a kdybysme si více něco řekli o těch návykových látkách, o uživatelkách a uživatelích.
71 Jaký látky nejčastěji? Jak to ohrožuje ty děti?

72 R: No ohrožuje děti. Tady v podstatě jako česká republika a zvlášť teda ten západ čech. To je
73 pervitinová záležitost, že jo, ale v poslední době se sem dostávají drogy, který jsou nový a
74 musím říct sama, že už, že se v tom už tolik jako začínám ztrácet, protože protože vynálezavost
75 těch lidí je veliká, ale my nejčastěji tady máme matky na pervitinu, heroin je často, to je tlumicí
76 droga, to znamená, že ty maminky tolik neotěhotní, a tak často se heroinový děti nerodí, zatímco
77 pervitin je stimulační droga. To znamená, že ty maminky, nám vesele těhotní a rodí děti, takže
78 tady úplně nejčastěji to pervitin, ale většinou v té škále my vidíme THC, pervitin jo, takže to
79 jsou úplně nejčastější drogy, který se u nás tady takhle vyskytují. A co se týče týče následků na
80 dítěti, alkohol je droga, která je teda teratogenní Výrazně, která ovlivňuje vlastně vývoj už toho
81 plodu a vytváří takovou takovou genetickou malformaci, že se všeobecně mluví o fetálním
82 alkoholovým syndromem u toho drog je to trochu jinak. My víme, že tam není tak četná četný
83 výskyt třeba různých vrozených vývojových vad, že jsem v tom miminko může narodit opravdu
84 zdravé, ale je tam potom spíš problém vývojovej ve smyslu ADHD ve smyslu poruch.
85 Soustředění jako takových a jestli tam bude i zvýšená. vůbec rezistence toho jedince na
86 návykové látky i s tím se počítá. Jo, že to dítě může bejt náchylnější, až vyroste zase, k užívání
87 drog. Jsou na to nějaký zahraniční studie, u nás české republice se v podstatě tohle všechno
88 teprve víceméně jakoby sleduje a mapuje.

89 T: A stává se třeba, že se dětičky, který se sem dostanou kvůli jako návykovým rodičům,
90 dostávají zpět do těch biologických rodin?

91 R: No tak to je klasická problematika doubravky, že jo, že sourozenecká skupina, která byla v
92 naší péči, vracela se zpátky do biologické rodiny, se nám může za několik měsíců objevit znova.
93 Někdy to byly 2-3 pobyty, takže i s tímto jsme se setkávali poměrně často, teď snad za tu
94 poslední dobu už asi tolik ne, ale bylo období, kdy skutečně se ten se nám tam ty děti točily.

95 T: Takže jsou šance, že se dostávají děti i do takovýchle rodin zpátky?

96 R: No samozřejmě. To když si přečtete nějaký vyjádření ministerstva práce a sociálních věcí,
97 tak se tam dočtete, že v podstatě užívání drog rodiči není důvodem odebrání dítěte z rodiny a v
98 podstatě pouze v případech, že tam dojde k nějakému excesu, něco se stane, může do toho
99 zasáhnout stát, jinak samotná závislost rodičů by neměla být důvodem odebrání dítěte. To je
100 záležitost, se kterou já jako pediatr úplně nejsem ztotožněná.

101 T: Já jsem se chtěla právě zeptat, jako čím, čím to je, jako že to je právě vážný rizikový faktor?

102 R: Protože v české republice jednoznačně jsou práva rodičů upřednostňována před právy
103 děti. Není to v rovnováze. A tím, jak jsme asi v minulosti byli hodně nastavený za minulého
104 režimu na tu ústavní výchovu, na to, že stát hodně zasahoval do rodinného života, tak jsme to
105 přetočili a v rámci toho jakéhosi pangejtismu jsme na druhé straně a práva rodičů my skutečně
106 upřednostňujeme před právy dětí a vidíme to de facto v každodenním životě. Protože je z
107 hlediska některých státních orgánů, já nevím, jestli to tam do té práce dáte, nebo nedáte, to už
108 je vaše věc, ale já si za tím stojím. My vidíme, že my jsme neustále k tomu tlačeni, abychom
109 rodičům umožňovali samozřejmě všechno, aby ten rodič, který má tady dítě u nás umístěno,
110 měl možnost návštěv bez ohledu na denní dobu, abychom maximálně vycházeli těm rodičům
111 vstříc, abychom se snažili tu rodinu nějakým způsobem vést, eventuelně sanovat. V něčem
112 můžeme a v něčem nemůžeme, ale my musíme přece především vidět situaci toho dítěte. Já
113 nepochybuji o tom, že pro dítě je nejlepší, pokud je vychovááno svými biologickými rodiči.
114 Pokud zkrátka je ve své rodině. Nicméně pokud ta jeho rodina to dítě ohrožuje na zdraví, na
115 vývoji, Tak přece v tu chvíli tam ten stát musí zasáhnout. Jo, ale některý někdy mám pocit, že
116 se to blaho dítěte, o kterém se mluví v každých literatuře, kterou si vezmete, tak neustále čteme
117 blaho dítěte blaho dítěte tak v praxi, ne vždy to blaho dítěte je je upřednostňováno. Bohužel tak
118 to je.

119 T: Takže jako jsou fakt upřednostňovaný spíše práva těch rodičů?

120 R: Jednoznačně jednoznačně jednoznačně, to si to jako vám řekne každej, kdo se v této
121 problematice pohybuje, že bohužel práva rodičů jsou silně upřednostňována před právy dětí
122 jako takových.

123 T: To jsem překvapená.

124 R: A my jsme tady od toho, protože jsme pediatři, a protože jsme zařízení, který má pečovat o
125 děti, který dostává děti svěřeny soudem, tak jsme tady právě od toho, abychom vlastně ty
126 potřeby dítěte uspokojovali a abychom se vyjadřovali i k tomu, jak vidíme, do jaký míry vlastně

127 ta biologická rodina je pro to dítě vlastně, nechci říct vhodná, to je špatně říct jako vždycky je
128 dobře, když dítě má svoji mámu a svého tátu, ale musí se vzít v úvahu to riziko jo, zda dítě v té
129 rodině je či není ohroženo. A v poslední době samozřejmě dle mě a dle mého tedy názoru, ale
130 názoru i ostatních kolegyn se děti nechávají v těch rizikových biologických rodinách příliš
131 dlouho příliš dlouho. Jsou to ty děti poškozovány a vy si možná můžete vzpomenout na některý
132 děti, který přišly z biologické rodiny. Nejčastěji jsou to sourozenecké skupiny a vidíte, že tam
133 třeba byly neřešeny vrozené vývojové vady. Já nevím, jestli vy jste zažila, třeba, když jsme
134 měli sourozeneckou skupinu, kde tříletý chlapec měl rozštěp tvrdého patra rozštěp, kterej nikdo
135 neřešil, byl ohrožen na vývoj chrupu, byl ohrožen vývoj řeči. A do té doby to nikdo neřešil a
136 děti se k nám dostaly, ne na základě toho, že neměly základní zdravotní péči, ale dostaly se k
137 nám až na základě toho, že rodiče někde něco ukradli, tak je zavřeli, čímž se děti ocitly bez
138 jakékoliv péče a následně se ocitly v našem zařízení. A to je to je trestuhodný, protože ty děti
139 měly, tam měl zasáhnout stát proto, že nebyla těm dětem poskytována zdravotní péče. Ty rodiče
140 jí nevyhledávali a byl ohrožen zdravý vývoj toho nejstaršího chlapce. Tuhletu skupinu
141 nezažila, to je ta ten příběh dopad spokojeně šťastně, protože my jsme toho chlapce nechali
142 samozřejmě okamžitě ho to operovat, aby se to všechno spravilo. Byla mu poskytnuta
143 logopedická péče stomatologická péče a sourozenci byli umístěni do pěstounské rodiny. Takže
144 jo tady jde hlavně o to, že ano, stát by neměl vstupovat nějak extrémně do rodinného života, ale
145 najít někde tu rovnováhu, kdy už je vlastně ohrožen zdravý vývoj toho dítěte. Kde a kdy
146 skutečně ta rodina svým konáním ač to dítě poškozuje v těchto případech by do toho opravdu
147 ten stát vstoupit měl. Já nešel jste po počtu týraných dětí my na statistiku minulého rozkolu v
148 české republice téměř 10000 dětí.

149 T: Ne, ne, ne, ne.

150 R: To je šílený číslo. A to se děje, ale v biologických převážně v biologických rodinách.

151 T: No a jak se na to třeba přijde, když už fakt jsou ty děti odebrané a rodiče nejdou vyloženě k
152 nám do centra potřebují pomoc? Jak třeba ten stát na to přijde, že tam něco takového dochází
153 třeba týrání a takhle skrz koho?

154 R: No tak musí na to upozornit buď pediatr, kterej vidí známky týrání na dítěti. Minulej rok
155 pediatrická společnost vydala velmi pěknou brožurku, jak rozeznat známky týrání dítěte. Druhá
156 věc je škola, která může zachytit, já nevím, modřiny na dítěti nebo změny chování dítěte. Jo ta
157 škola může opravdu taky ledacos odchytil a myslím, že od odchyťává, takže to jsou úplně
158 takový, nebo třeba eventuálně sousedi, že kteří vidí, jak jakým způsobem ta rodina žije. Čili
159 tohle všechno a mělo by dojít k upozornění k ohlášení na ospod a ospod by pak měl konat konat

160 dál. Druhá věc je, když je násilí v rodině tak velmi často mezi partnery dochází i k násilí na
161 dětech a na to do toho, na když je násilí v rodině, tak dost často je tam potom volaná, že jo
162 policie, tak pokud jsou tam přítomny nezletilé děti, tak tam přichází i ospod a tam se může taky
163 vyhodnotit, že to dítě dítě je týraný minimálně svědkem třeba násilí jo, takže i těch 10000
164 evidovaných případů nebo téměř 10000 evidovaných případů to samozřejmě není konečné
165 číslo, že jo, to jsou ty evidovaný.

166 T: No a z hlediska toho diagnostikovaného duševního onemocnění. Jak jsou na tom ty
167 maminky?

168 R: No tak, někdy samozřejmě my to vidíme tady, když přijímáme matku jako doprovod dítěti
169 na zpravidla nejčastěji na edukaci. Velmi často se to jedná maminek, který jsou právě závislý
170 na návykových látkách, ale po porodu se rozhodnou, že o to dítě budou pečovat a že teda změní
171 způsob života. Tak takové to maminky mají šanci přijít k nám a my vlastně podporujeme ty
172 mateřský dovednosti, ty kompetence rodičovský a na druhé straně s maminkou se pracuje po
173 stránce té její závislosti. To my neumíme, to umí zase neziskové organizace, které jsou na to
174 založeny, takže maminka od nás odchází tedy do té neziskové organizace a pak se vrací k nám
175 k dítěti. To je v podstatě taková služba, která je strašně vítaná a strašně ospody žádaná, ale
176 bohužel nevím do jaký míry tuto službu budeme moci poskytovat v dalších letech, protože pak
177 bychom museli mít registraci sociální rehabilitace a je otázka, jestli na to budeme mít tady
178 prostory, ale to už je jedno. To už je asi další věc. A my tady můžeme v některých případech ta
179 maminka přichází a ví se, že ve sledování psychiatra a že už tam byly nějaký problémy, protože
180 samozřejmě ta závislost potom je rizikem, že tam vzplane nějaký psychiatrický onemocnění,
181 že jo.

182 T: No a nejčastější?

183 R: Takže my se s tím občas jako setkáme, že ta maminka má nějakou poruchu osobnosti, nebo
184 samozřejmě měli jsme i maminky, který měli diagnostikovanou schizofrenii. U některých těch
185 maminek mi třeba už ty známky toho, že ta maminka se nechová adekvátně, vidíme až tady, a
186 v dokumentaci nic není. Tak samozřejmě se snažíme zajistit malým se psychiatrických
187 vyšetření, protože tady jde i o bezpečnost, že jo matka je tady peče o dítě a čili my si musíme
188 zajistit, že ta maminka je schopná o to dítě pečovat a neublížit mu. Takže pak spolupracujeme
189 s psychiatrickou klinikou.

190 T: No a tady je taky návratnost stejná jako u těch návykových látek těch dětí? Nebo je to horší?
191 S tou psychiatrickou diagnózou.

192 R: No tak jako to asi nedokážu vůbec posoudit. Těch maminek s tou psychiatrickou diagnózou
193 tolik není, ale ono, velmi často si musíme uvědomit, že pokud je tady ta maminka s dítětem na
194 tom edukačním pobytu, tak pokud se nedaří tu situaci jakoby vyřešit a to se stává v případech,
195 že ta maminka preferuje partnera a po nějaké době jí ten režim, který tady samozřejmě se musí
196 nějakým způsobem dodržovat, tak ji před začne vadit a preferuje partnera uteče za partnerem.
197 Dítě tady zůstává a pak je svěřeno do přechodné pěstounské péče, takže ono je to tak 50 na 50
198 jo. 50% maminek odchází od nás buď do rodinného prostředí, třeba vlastního bytu nebo nějak
199 častěji bohužel do azylových teda bytů azylové péče, ale druhá polovina maminek nám selhává,
200 přestože se maximálně snažíme. Jo, protože my jsme schopni edukovat matku, ale nejsme
201 schopni mamince zajistit byt a nejsme schopní tyhle věci udělat. Chybí jednoznačně sociální
202 bydlení a chybí místa v azylových domech a jsme zase tam, kde všichni vědí, že to v té
203 společnosti je špatně no.

204 T: Si říkám, když je to taková potřeba, třeba i ty azylové domy, proč se nás tam nezahrnou?

205 R: Je to složitý financování. Samozřejmě ten azylový dům musí někdo zřizovat. Tady nejčastěji
206 zřizuje třeba azylové domy, zřizuje charita. Že jo, tady u nás v Plzni a vůbec teda tady na v tom
207 plzeňském regionu. Ano nevím jaká je situace azylových domů třeba na Moravě, ale celkově
208 ta ty moravské kraje jsou po stránce takový ty sociálního zajištění na tom lépe než ten západ
209 čech. To víme, víme dobře, tady to je industriální zóna, je tady, střídá se tady i řada vlastně
210 různých pracovních agentur, že jo, přijíždí sem pracovníci nejenom naší národnosti, ale jinejch
211 národností a samozřejmě že ta sociální situace je tady mnohem složitější. To je vždycky v
212 každém v každém takovýmhle regionu.

213 T: A z hlediska faktoru u dětí, třeba jaký je zdravotní stav dětí, když sem přijdou, když jsou
214 přijímaný?

215 R: No, my musíme říkám na chmelnice do režimu dětského centra již musíme přijímat pouze
216 děti, jejichž zdravotní stav vyžaduje lůžkovou zdravotní péči, takže z toho jasně vyplývá, že ty
217 děti mohou mít různé typy zdravotních problémů. Mohou to být zdravotní problémy velmi
218 závažné. Dítě s krvácením do mozku v novorozeneckém věku, které bylo způsobeno cizím
219 zaviněním. Může to být dítě s vrozenou vývojovou vadou závažnou. Může to být dítě, které má
220 těžkou třeba srdeční vadu vyžaduje urgentní operaci. Ta rodina je ne zcela funkční, třeba
221 konkrétně matka nezletilá ze širšího dění není schopna, nikdo se postarat. Vždycky je to
222 kombinace zdravotního stavu, pak ten zdravotní stav je samozřejmě velmi rizikový a sociální
223 situace té rodiny a tam je spousta různých, teda variant, takže ty děti, které přichází do režimu
224 dětského centra, dnes do jsou děti, které skutečně mají závažný zdravotní problém a přichází

225 samozřejmě i děti, které jsou trvale upoutané na lůžko díky svému postižení, protože zařízení
226 do budoucna, do blízkého budoucna se stane zařízením poskytujícím dlouhodobou a následnou
227 lůžkovou péči právě pro tyto děti. Jo, protože ústavní péče v těchto našich zařízeních od 1. 1.
228 2025 nebude moct být. Jo zařízení budou čistě zdravotnická zařízení pečující o děti vyžadující
229 lůžkovou péči. Takže to jsem odpověděla na vaši otázku a do toho zařízení pro děti vyžadující
230 okamžitou pomoc, kde jsme řekli, že by měli přicházet děti ze sociálních důvodů, přichází děti,
231 jejichž zdravotní stav taky není zdaleka uspokojivý. Jsou to děti, které mnohdy často bývají
232 netečné, mají nedostatečnou výživu, nedostatečnou hygienu. Samozřejmě nejsou očkovány.
233 Nemají žádnou preventivní lékařskou péči. Mnohé ty děti vůbec pediatr neviděl. Jo, takže u
234 těhle těch dětí, potom si můžou mít i ty skryté vrozené vývojové vady. Zmiňovala jsem už ten
235 odštěp, který samozřejmě byl viditelný, ale mohou to být i další zdravotní problémy, který
236 potom diagnostikujeme až během pobytu u nás. Takže tam ruku v ruce jde vždycky ta
237 problematika sociální a zdravotní. To od sebe nelze oddělit.

238 T: A ta sociální problematika od toho 1. 1. bude tady ještě fungovat u nás?

239 R: Tam budou chodit děti do swapu, budou chodit děti ze sociálních důvodů, proto je teda ta ta
240 ten předpoklad takovej, že do režimu dětského centra od 1. 1 by to mělo být v podstatě zařízení
241 zdravotnické, které se nebude jmenovat, teda dětský domov 0 a až 3. Ale mělo by to být
242 centrum komplexní péče.

243 T: Takže se budeme přejmenovávat?

244 R: Změna názvu není nikdy jako podstatná, podstatná je jak je to zařízení zakotvený v zákoně
245 o zdravotních službách. Jo, takže pokud schválí poslanci centra komplexní péče transformaci
246 těch našich zařízení na centra komplexní péče, tak my budeme centrum komplexní péče,
247 který bude poskytovat péči dětem, které vyžadují dlouhodobou lůžkovou péči. A v našem
248 případě bych byla velmi ráda i za registraci následné lůžkové péče, protože některé ty děti
249 přichází jako novorozenci v situaci, kdy je tam závažná zdravotní problematika a lze
250 předpokládat, že ten stav toho dítě se nějakým způsobem stabilizuje. A potom bude moci to
251 děcko jít do rodiny a to je ta následná péče, že jo dlouhodobá lůžková péče přece jenom taková
252 stabilní záležitost, kdy asi nelze předpokládat, že ten zdravotní stav toho dítěte se nějakým
253 způsobem výraznělepší. Zatímco následná péče je typ péče, kdy třeba intenzivní rehabilitací
254 můžeme to dítě potom stabilizovat. Jo, takže zákon o zdravotních službách zná vlastně pojem
255 následná a dlouhodobá lůžková péče. Takže tyto děti budou v režimu toho centra komplexní
256 péče to nebude nařízení ústavní výchovy. Tady se nebude vykonávat ústavní výchova a na
257 doubravce bychom velmi rádi, aby zůstal zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. A to

258 z toho důvodu, aby právě ty děti, který potřebujou pomoct ze sociální indikace, bylo kam
259 umístit, protože ideální situace mít dostatek pěstounských rodin, které se o tyto děti postarají,
260 je dle mého soudu velmi naivní, protože opravdu my ty pěstouny nemáme no. Takže asi tak.

261 T: Jaký pak bývá charakter těch dětí tady? Co to je za děti z hlediska povahy nejčastěji?

262 R: Tak já si myslím, že ty děti jsou tam je takový široký spektrum, že jo, který jako je běžně
263 běžně v populaci. Samozřejmě když přijde ta sourozenecká skupina na doubravku do toho
264 zdvopu a už jsou tam děti trošku starší od toho předškolního věku až třeba po batole nebo jako
265 třeba předškoláka 3+ že jo tak to už je celkem jedno, tak ty děti už jsou nějakým způsobem
266 ovlivněny. Tím prostředím, ze kterého přišli, to určitě vidíte vy. To dítě se může chovat úplně
267 jinak. Některý dítě samozřejmě bude zakřiknutý, bude traumatizovaný změnou prostředí bude.

268 T: Ano.

269 R: Když se o to dítě totiž postaráte a uspokojíte ty ale základní potřeby, má co jíst je v teple.
270 Tety se k němu slušně chovají tak to dítě si samozřejmě zvykne a my vidíme, že se nám začíná
271 i po té stránce psychické, docela dobře rozvíjet. Není úplně pravda to, že když dítě dáte do
272 ústavní péče, že zkrátka to dítě bude citově deprivovaný, my se naopak setkáváme s tím, že
273 přijde nešťastný dítě, zanedbaný, hladový a tou naší péčí to dítě rozkvetne. Ale samozřejmě jako
274 druhá věc je, že ty děti, který byly nějakou dobu v tom patologickém prostředí té své biologické
275 rodiny, tak už leccos v sobě mají. To víte sama líp než já, že vlastně, co se do toho dítěte
276 nainvestuje v tom raném věku, tak to v tom dítěti zůstává. Takže kolikrát vidíte, že ty starší děti
277 už jsou trošku manipulátoři, že už vědí, jako jakým způsobem se zachovat v tom prostředí, aby
278 byly oblíbený, aby zkrátka byli třeba jedničky v rámci toho dětského kolektivu, takže já si
279 myslím, že to spektrum těch dětí je skutečně velmi, velice různé a já furt stejně jsem
280 přesvědčená o tom, že v těchto případech se to biologické rodičovství zbytečně nadhodnocuje,
281 protože já myslím, že pan profesor Matějček měl strašně velkou pravdu, když říkal, že máma
282 táta jsou ty, který se mateřsky otcovsky chovají. Jo, protože to tohle je záležitost a to není z mé
283 strany nějaký klišé, že bych tady jako chtěla nějak citovat, teda naše naše velikány. Ale vemte
284 si, že to tak je a to musí slyšet i třeba i ty pěstouni, když bude výborná pěstounská rodina, ty
285 lidi to dítě přijmou bez jakýchkoliv výhrad, budou ho milovat, to dítě to cítí, to dítě to cítí a je
286 velká šance na to, že v té rodině vyroste a že bude spokojenej, že bude dobře postavenej do
287 života a my tyhle případy vidíme. Já jsem v kontaktu s rodinou třicetiletého chlapce, který šel
288 od nás ve třech letech věku a je teda na Moravě. Vystudoval obrovská podpora pěstounských
289 rodiny v podstatě je dobře postavenej na nohy, píšu si s tou jeho pěstounkou. Sama jsem v
290 kontaktu i s ním a on si je tam, zkrátka byl si jistej, byl si jistej láskou, kterou mu teda ty

291 pěstouni dali, že z něho vyroste takovýhle vlastně velmi, velmi dobrý člověk, ale na druhé
292 straně, jakmile to dítě v pěstounské rodině se cítí, že není přijatý, že není milováno, tak je to
293 strašně špatně, všechno pak to selhává tak pěstounská péče a selhává třeba právě nejčastěji při
294 dospívání toho dítěte taky znám osobně takovejhle případ. Jo, takže takhle je to asi všude. V
295 každým případě ta péče naše by měla být péče přechodná diagnostická terapeutická, aby se to
296 dítě dalo do pořádku. A pak bych sem, pak by měl ten systém ten stát samozřejmě pro to dítě
297 hledat, co pro něj bude opravdu dobrý. Může se vrátit do té biologické rodiny nebo k té matce?
298 Zvládne se to ne, je to problém, jsou tam velký rizika, nech to dítě je umístěno do náhradní péče
299 a tady vlastně narážíme právě na nedostatek těch pěstounů. Takže myšlenka krásná, že jo, ale
300 vidíte, že teď se nám to nějak jako v tom pěstounství zastavilo a my tady momentálně třeba v
301 plzeňském kraji fakt ty pěstouny nemáme, ale oni údajně nejsou celorepublikově a je to, ale je
302 to vidět, že to je rok od roku horší, že jo, my jsme minulej rok měli třeba 5 setkání s pěstouny,
303 5 příprav, který na kterých se taky podílíme. No a letos jsme měli 1 teď budeme mít v červnu
304 1 a 2 přípravy už se museli odvolat pro nedostatek pěstounů.

305 T: Tak teď se zatím nakousla tu otázku, jak vlastně to centrum, je to tady odpovězeno
306 několikrát, ale když bysme si měli jako vy konkretizovat nějaký fakt body, jak jako konkrétně
307 vy pracujete na tom, aby se odstranily ty rizikové faktory?

308 R: Počkejte, myslíte jako těch dětí, který k nám přichází?

309 T: U těch rodin, jak se pracuje fakt s těma rodinama jenom nějakých je tam nějaký
310 doprovázení?

311 R: No my nemáme na to, abychom pracovali s biologickou rodinou nějak intenzivně. My přece
312 můžeme s tou s tou rodinou pracovat jenom tak, že ta rodina přijde na návštěvu za dítětem a
313 my můžeme během teda ty návštěvy tu rodinu edukovat. Třeba tu matku nejčastěji edukovat,
314 podporovat, pomáhat jí, pomáhá sociálky, pomáhají cosi, kde má vyřídit, aby měla všechny
315 doklady v pořádku, aby ta sáhla na sociální dávky a podobně. To můžou naše sociálky snít takto
316 pracovat. My jako zdravotníci s ním můžeme mluvit v tom duchu. Podívejte se, máte krásný
317 dítě, tady dítě potřebuje mámu, snažte se udělejte a to je ale asi všechno, protože sanovat rodinu
318 by měli jiné organizace. My jsme ti, kterým je dítě svěřeno do péče. A naše povinnost je o dítě
319 řádně pečovat. Ale ta ta sanace a podpora rodiny, kterou třeba je ve standardech zvonu, máme
320 taky, jakým způsobem můžeme podporovat tu matku, ale jediné tak, co jsem já řekla během ty
321 návštěvy matky v našem zařízení. My nemůžeme jet do terénu sanovat maminku a podobně.
322 Sanace rodin tady byla obrovským hitem před několika lety, vycházeli publikace o sanace
323 rodin, jezdili jsme na semináře, ale najednou jako by to se potlačilo a dostalo se na povrch

324 spíše otázka pěstounů, doprovázení pěstounů, jo vyhledávání pěstounských rodin a podobně.
325 Čili pěstounská péče dneska v tomhle jakoby figuruje, což samozřejmě asi v pořádku, aby ty
326 děti měly potom kam jít, ale na druhé straně, myslím si, že se dost často na sanaci rodiny, aspoň
327 tady u nás v kraji, rezignuje, ale ta není vlastně v kompetenci našich zařízení. Sanace rodin
328 by měla být kompetenci sociálního systému, to znamená, aby vznikaly neziskové organizace,
329 které se této problematice budou věnovat. Samozřejmě že je spousta organizací, který se třeba
330 věnujou, ať už jsou to maminky, kterým některé naše maminky jim pomáhá, třeba člověk v tísní
331 nebo ledovec, pokud je tam ta psychiatrická diagnóza.

332 T: Ale my pro něj uděláme to, že vůbec jako informujeme, že spolupracujeme s nimi.

333 R: Jo, ale no jistě my my nemůžeme sanovat jako takový. Můžeme, pouze máme omezené
334 možnosti, kdy ta maminka přichází na návštěvu, tak s ní pracovat až s tou maminkou. Skutečně
335 se snažíme pracovat.

336 T: A ještě poslední otázka, když se to dítě zpátky už se podařilo jít znovu do biologické rodiny
337 a když se znovu vrátí, to dítě, jde tam vidět aspoň nějaká změna v těch rizikových faktorech u
338 té rodiny, nebo je to pořád stejné?

339 R: Ta otázka na ospod, protože tyhle děti si sleduje samozřejmě ospod. My já jsem kdysi měla
340 takový ambice, když jsem byla na doubravce jako pediatr, tak jsem měla jsem si založila
341 poradnu pro ohrožené děti. Tady fungovala na chmelnicích poradna pro náhradní rodinnou péči,
342 která teda nám funguje stále ještě, i když už není to asi tak, není už ta její funkce tak potřebná,
343 jako byla před několika lety, protože dětí do osvojení jde velmi málo. Počet dětí osvojených
344 výrazně klesá v celé české republice. Klesaly i u nás. Převážná většina dětí odchází do náhradní
345 rodinné péče formou péče pěstounské či svěřené dítěte do péče třetí osoby. Tak a ty pěstouni
346 jsou zpravidla, nebo ne... Pěstouni mají povinnost uzavřít smlouvu s doprovázející organizací
347 a mají někoho, kdo jim pomáhá. Než tohleto bylo, tak jsme hodně pomáhali my v rámci té naší
348 poradny jo, že ty pěstouni nebo osvojitelé, přišli, my jsme zjistili, jak to funguje po 3 měsíce
349 po propuštění dítěte k nám přišli do poradny, poradna se byla 2 dny v pondělí a v pátek. My
350 jsme v té poradně s paní s psychologkou zhodnotili celou situaci, jak ta rodina nově vznikající
351 funguje, zda tam nejsou nějaké problémy, jak se dítěti v rodině daří, zda dodržují rodiče, ty
352 zdravotní, třeba doporučení. A takto nám fungovalo poradna náhradní rodinné péče a já do té
353 doby, než jsem přišla sem na to vedoucí místo, tak jsem pracovala jako pediatr na doubravce a
354 vedla jsem si tam poradnu pro rizikové děti.

355 T: Škoda, že to zaniklo.

356 R: No, ono do tý poradny chodili akorát prarodiče, jimž byly děti svěřeny do péče, ale
357 biologicky rodiče ne. Jo ono ty biologický rodiče, pokud jim dítě bylo svěřeno do péče, tak
358 samozřejmě už dál potom s námi spolupracovat nechtěli jo tak, jak má to logiku. Zatímco
359 prarodiče, pokud jim dítě bylo svěřeno do péče, tak do poradny chodili velmi rádi, protože měli
360 z naší strany tu podporu a mohli se vypovídat o mohli zkonzultovat spoustu věcí, který třeba
361 někde jinde na to nebyl čas, jo třeba u praktickýho lékaře na to není tolik času, takže přicházeli
362 k nám. Tuto rizikovou poradnu by samozřejmě jsme někdy v budoucnu mohli taky jako mít,
363 protože jsme na to personálně dobře vybavený, ale chybí nám prostory. No my nemůžem, no
364 tak vemte si tady těžko uděláte ambulanci. Nad rizikovou poradnou potřebujete mít ambulanci,
365 kde teda tu rizikovou poradnu budete mít. Kam ty lidi přijdou kde ta, kde teda bude dostatek
366 teda prostoru k tomu, aby se s tou rodinou pracovat tedy mohlo. A jestliže budeme mít děti s
367 postižením převážně jako centrum komplexní péče, tak potom ta poradenská poradenská služba
368 bude nedílnou součástí, ale bude to poradna právě pro rodiny dětí s postižením. Bude to jakási
369 koordinace, kdy tedy my můžeme těm rodičům , nejenom je edukovat v péči o to dítě, ale
370 můžeme v podstatě i koordinovat, co všechno ty rodiče, na co všechno můžou dosáhnout.
371 Můžeme koordinovat i tu problematiku zdravotní, která ta poradna jim může třeba z těch
372 specialistů pomoci a celou tu sociální a zdravotní problematiku, takže pokud tady bude tento
373 typ vlastně zařízení připravovaného, tak se ta naše naše činnost právě bude soustředit tímto
374 tímto způsobem a je to potřeba. A mě o tom teda teď nedávno přesvědčila situace, kdy mě
375 navštívila paní, která celý léta pracovala jako vedoucí ospodu v okresním městě tady u nás. A
376 teď v rámci projektu mapuju situaci, jakou pomoc dostávají rodiče postižených dětí v rámci kraje
377 mapuju kraj domažlický, teda okres domažlický a okres klatovský. Zjišťujou, že v těchto
378 regionech je ta koordinace velmi špatná a že řada těch rodičů vůbec neví, na co mají nárok, co
379 všechno, koho, koho všechno můžou požádat o pomoc u toho postiženého dítěte. Samozřejmě
380 funguje tady raná péče jako sociální služba, že jo, celorepublikově i tady u nás funguje, funguje
381 raná péče, ale ne v takovém rozsahu, jako je třeba v těch krajích moravských. Takže oni si dali
382 za úkol zmapovat tu situaci a snažit se nějakým způsobem udělat síť těch zařízení, který, nebo
383 zařízení a organizací, který mohou těm rodičům pomáhat. Jo, takže my tady figurujeme v tom
384 jako zařízení, který bude moci nabízet respitní odlehčovací služby právě těmto rodinám.
385 Protože Oni jim mnohdy péče o postižené dítě je velice vysilující a ty lidi se nedostanou 5 6 7
386 let na dovolenou a neustále teda pečuju, že jo, protože nikdo, kdo jim to dítě má ohlídat, když
387 by někam jeli, že jo, málokdy se sežene někdo příbuzenstvu, kdo je schopen třeba ohlídat dítě,
388 který má pegtracheostomie, je upoutaný na lůžko, takže tuto odlehčovací služby budeme my

389 tady dělat, tak jo, to je součástí toho návrhu zákona o centrech komplexní péče. Nebo zákona,
390 to je paragraf v zákoně o zdravotních službách.

Příloha XII – Přepis rozhovoru s respondentem E

- 1 T: První otázka se týká vnějších faktorů. Z jaké lokality nebo komunity se děti k nám do
2 dětského centra nejčastěji dostávají?
- 3 R: No, tak ze zkušenosti jsou to rodiny, který nefungují, užívají alkohol a drogy.
- 4 T: A z hlediska té komunity, jestli byste mohla trochu konkretizovat?
- 5 R: Ono to úplně nezáleží podle mě. Jestli myslíte třeba komunita romská, tak to vůbec. Opravdu
6 tady nemáme přímo danou komunitu, máme tu i hodně bílých. Jsou to klasický rodiny, který
7 užívají návykovky.
- 8 T: A dalo by se říct, jestli převažuje menšinová nebo většinová komunita?
- 9 R: Já bych řekla, že to je stejný, že nepřevažuje ani jedno. Ale u těch mých převažují spíš bílý.
- 10 T: A z hlediska lokace, jestli je to spíš střed Plzně nebo okrajové části?
- 11 R: Já mám spíše okrajovky, mám teď i blbou zkušenost, co se týče ubytoven. Ty by měly být
12 spíše někde ve středu, aby na ně bylo vidět. Teď se ukazuje, že jak jsou na tom kraji, je obtížné
13 se tam dostat a vůbec přijít na ty lidi, že potřebují nějakou pomoc. Bez nějakého ohlášení třeba
14 ani nepřijdeme na to, že potřebují pomoc.
- 15 T: Takže jsou i těžko dohledatelný vlastně.
- 16 R: Ano, taky, pokud na ně někdo neupozorní, tak by tam mohly ty děti živořit ještě teď.
- 17 T: A kdo třeba nejčastěji upozorňuje na ty děti?
- 18 R: Z těch ubytoven, třeba okolí. Všímají si. Sousedí volají třeba.
- 19 T: A co se týká těch vnějších faktorů, jaká je finanční a sociální situace v těchto rodinách?
- 20 R: Většinou jsou to lidi na dávkách. Takhle, oni mají dávky, ale když se to sečte, tak na tom tak
21 špatně nejsou, ale neumí hospodařit s těma penězma.
- 22 T: Aha.
- 23 R: No, ono jako se ty dávky nasčítají a mají vše pokrytý dobře, ale neumí s tím hospodařit. A
24 sociální vlastně taky. Když se dělá nějaký to hodnocení s těma rodinama, tak mají už těžký
25 dětství, nebo se to opakuje, že zanedbávání už bylo v té předchozí rodině a ty děti to vlastně
26 kopírují. Vlastně to neumí jinak, takže je tam problém v té původní rodině a ty děti opakují
27 to samý.

28 T: To jsem se vlastně chtěla zeptat, jaká je anamnéza té rodiny. Nejčastější věk, pohlaví, jestli
29 to jsou spíš matky než otcové, jestli je to úplná rodina.

30 R: No, většinou neúplný, že ty matky jsou na to samy a ten otec nefunguje, tomu pak odpovídá
31 i ta finanční situace.

32 T: A z hlediska toho věku?

33 R: No, to jsou většinou mladý maminy, třeba kolem třiceti let.

34 T: Takže většinou jsou to matky teda.

35 R: Ano, teďko je hodně na vzestupu matky užívající návykový látky.

36 T: A z hlediska faktorů u těch rodičů, už jsme to tady nakously, je tam otázka toho
37 transgeneračního přenosu?

38 R: Mnohdy zjistíme zanedbávání v rodině, alkoholismus v rodině nebo i týrání. Hodně toho
39 vyjde na povrch, když o tom mluvíme.

40 T: Máte třeba zkušenost, že tam jsou i výjimky, že tam není ten transgenerační přenos?

41 R: To ani ne, pokud tam není, tak ty rodiny fungují, opravdu se vždy zjistí problém, když se
42 o tom mluví. Měla jsem tam opravdu holčinu, která měla naloženo, měla tam spoustu pokusů o
43 sebevraždu a báli jsme se, že to dokoná. Měla zneužití, alkoholismus, mlácení. A teď má děti,
44 o který není vůbec schopna se postarat a stará se babička.

45 T: Aha, takže je možnost, že se ty děti nedostanou do dětského centra, pokud se postará rodina.

46 R: Ano, první se oslovuje nejbližší rodina, pokud má zájem. Dneska je totiž taky zkušenost, že
47 babičky chodí do práce a nemají možnost se starat o děti, hlavně ty nejmenší. Že nejsou schopny
48 se postarat ještě o děti svých vlastních dětí.

49 T: A my už jsme tady nakously to užívání návykových látek. Řekla byste mi o tom víc, jak
50 užívají ty matky, které pak dávají děti do dětského centra?

51 R: No to je totiž problém celé společnosti, že se začínají více tolerovat ty návykový látky. Třeba
52 i pošleme případ na soud, který vidí užívání návykových látek a už se to i přehlídí. Stává se z
53 toho taková norma, stejně jako alkohol. Je spousta mladých maminek, který rekreačně užívají,
54 třeba pervitin, trávu a je to taková věc, která se ví a vlastně se toleruje. Hodně nám teď rodí i
55 pozitivní matky na toxikologii a my pak řešíme, co s těma dětma. Ale není to tak, že by ty děti
56 šly rovnou pryč, ale řeší se ta problematika s těma matkama, dávají se jim kontakty na nějaký
57 organizace. To dítě má u sebe, ale musí spolupracovat.

58 T: A když už tam je ten odběr toho dítěte, jaký jsou šance, že se ty děti vrátí zpátky do té
59 biologické rodiny, kde to užívání drog je?

60 R: My bysme měli intenzivně spolupracovat s tou rodinou, aby se tam to dítě mohlo vrátit.
61 Dáváme kontakty těm matkám na organizace, které pomůžou. Zkoumáme i, jaká je četnost toho
62 užívání, pokud je to častější, tak chceme třeba i hospitalizaci.

63 T: A když se vrátí z té hospitalizace?

64 R: To jde potom zase k soudu a řeší se to soudně. Musí se tam prokázat, že splnila podmínky,
65 co vše pro to udělala a podnikla, ve spolupráci s náma.

66 T: A co z hlediska duševního onemocnění? Jak je to s odběrem těch dětí?

67 R: Duševní onemocnění je úplně jiná kapitola. Tam třeba ty rodiče přijdou a ukáže se, že třeba
68 nějaký rodič prokáže nějaké příznaky duševní poruchy. To pak jdou na znalecký posudky, jestli
69 se to potvrdí. A někdy se opravdu prokáže, že ano. Třeba se to prokáže, když přijdou k nám.
70 Například jedna paní mluvila o tom, že má s otcem dva kluky, ale, že jí nechal znásilnit a není
71 to vlastně otec. Takový zvláštnosti, takže doporučujeme odborníka a řeší to soud.

72 T: A jakou máte třeba zkušenost s návratností dětí do těchto rodin, kde je nějaký duševní
73 hendíkep?

74 R: Ono to je těžký, někdy se ukáže, že to není duševní onemocnění, ale jen důsledek stresu.
75 Většinou to jsou nějaké poruchy osobnosti, což nám ale bylo vysvětleno, že není taková
76 psychická porucha, aby nemohli vychovávat dítě, takže pak jdou ty děti zpátky.

77 T: A při čem byste řekla, že je větší pravděpodobnost návratu? U návykových látek nebo
78 duševního onemocnění?

79 R: Naše tendence je, aby se podařilo dát dítě zpátky. Takže se třeba vrátí dítě do rodiny a když
80 do třeba těch drog spadne rodič znova, tak se proces opakuje a ty děti třeba zase putují, což
81 se stává často. Například je jen sedmitýdenní odvykací program na fakultce, to ty matky vydrží,
82 ale potom do toho zase spadnou. Bylo mi řečeno, že doba léčby by měla být minimálně tři
83 měsíce, takže je velká šance, že ty matky budou relapsovat a bude se to řešit znova.
84 Každopádně, když se ty děti vrátí do rodiny, tak je tam stanovený dohled nad tou rodinou a my
85 tam pravidelně chodíme a kontrolujeme, jaký je stav a při neuspokojení jdou ty děti zase pryč.

86 T: Takže se opakuje vlastně ta návratnost.

87 R: No.

88 T: Máte třeba i zkušenost s tím, že by byly ty děti dvakrát v tom dětském centru a dvakrát by
89 byla šance, že se zase vrátí do té biologický rodiny?

90 R: To úplně ne. Totiž s téma drogama je to teď taková záležitost pár let, ale u těchto maminek
91 mám pocit, že se to bude opakovat. Ono se třeba i doporučuje, aby se ty matky odstěhovaly,
92 aby byly dál od toho vlivu těch lidí, u kterých sklouzávají k těm drogám. Třeba teď jsou dobrý
93 i ty terapeutický komunity, do některých můžou i maminy s dětma, jelikož jsou na odlehlých
94 místech, kde ty matky třeba i rok bydlí a abstinují.

95 T: Aha. Potom tu mám i ohledně faktorů u těch dětí, jaký je třeba zdravotní stav těch dětí, když
96 jsou přijaty do toho centra, jak jsou na tom?

97 R: Ono tam záleží, zda třeba matky užívají alkohol nebo drogy. Například drogy nejsou tak
98 devastující. Měli jsme tu holčičku, jejíž matka užívala v těhotenství pervitin, ale i tak je ta
99 holčička zdravá. Řešili jsme to i s nějakým odborníkem, že třeba alkohol má devastační účinky
100 na to dítě, jak mentálně, tak tělesně. Měli jsme chlapečka s fetálním alkoholovým syndromem.
101 Ten byl tak nemocnej, že navštěvoval všechny odborníky, na které si vzpomenete. Ten měl
102 opravdu napadený všechny orgány.

103 T: To je zajímavý, že spíš ten alkohol je takovej zabiják.

104 R: Ano, ten má opravdu devastující účinky na mentální, fyzickou stránku a na orgány.

105 T: A z hlediska charakteru těch dětí? Jakou máte zkušenost, že ty děti jsou? Z hlediska chování,
106 osobnosti.

107 R: Jak který. Některý jsou, že jen přijdete, tak by s váma odešly, že jsou citově vyprahlý.
108 Některý jsou otupělí, třeba ve spojení s téma drogama, ale to není pravidlo.

109 T: A setkáváte se někdy s tím, že je ten faktor vyloženě na straně dítěte? Že je umístěno z
110 důvodu toho, že se u něj vyskytuje stav, že ho ty rodiče nezvládají?

111 R: To jsou ale spíše pak výchovný problémy. Někdy opravdu i přijdou a chtějí ústavní výchovu,
112 že ty děti nezvládají, to by vám pak řekl spíš kurátor, že někdy si neví rady s výchovou a nechtějí
113 ho doma, aby se dal návrh na ústavku. Většinou je to ale u pubertálních dětí, kdy ty rodiče
114 nejsou schopni tomu dítěti říct, aby vstalo a šlo do školy.

115 T: A z hlediska toho dětského centra, máte zkušenost s tímhle?

116 R: Tam by to fakt muselo být nějaké vážně nemocné dítě, ale s tím osobní zkušenost nemám.
117 Nebo vlastně se mi to stalo, když třeba matka musela na operaci a neměla kam to dítě dát, tak

118 se to řešilo dobrovolným předáním do dětského centra, ale to je minimum, protože většinou
119 pomůže rodina.

120 T: To jsem se chtěla zeptat, když tam je nějaký ten faktor na straně toho dítěte, jestli tam je
121 možnost toho návratu zpátky do rodiny.

122 R: Vždycky je, záleží na tom, jak jsou ti rodiče schopni fungovat a upravit si podmínky. Tam
123 je ale problém často, že to ty rodiny neudrží. Třeba v nějakém tom zařízení se ty děti naučí
124 nějakému režimu, ale ty rodiče v té původní rodině to neudrží a sklouzne to zpátky. Je to pak i
125 rozhodnutí soudu, zda ty děti pustí zpátky do rodiny, a to pouští třeba i přes náš nesouhlas.

126 T: Jasný. Mám tady poslední otázku. Jestli byste mohla vyjmenovat nějaký body, jak konkrétně
127 vy pracujete na tom, aby se zmírnily nebo eliminovaly ty faktory, které jsme si tady říkaly?

128 R: Například spolupracujeme s policií, když je potřeba otestovat rodiče na drogy. Řešíme pak,
129 aby se neopakovalo to rizikové chování, aby se jim ty děti neodebraly. A případně pak řešíme,
130 aby se jim to dítě mohlo vrátit.

131 T: To vlastně navazuje na mou poslední otázku, když třeba nějaké to ponaučení selže a dítě se
132 vrátí zpátky do dětského centra, jestli se tam změní nějak ty rizikové faktory, nebo se opakují
133 ty stejné?

134 R: Většinou se to opakuje, bývá to stejný a řeší se to pořád do kolečka.

Příloha XIII – Přepis rozhovoru s respondentem F

1 T: Z jaké komunity nebo celkově jako lokace se děti do dětského centra nejčastěji dostávají?

2 R: No to hrozně záleží, jako v čase se to proměňuje. Jako zhruba před 30 lety, když já jsem
3 začínala, tak převážná většina těch dětí tady byla romského etnika, opravdu. Jakoby teď už tady
4 těch romských dětí moc není a v podstatě jakoby jsou to děti z běžných majoritních rodin, ale
5 teda ty rodiny nejsou běžný teda, pochopitelně. Tady většinou je to potom už jako vícegenerační
6 problém, že jakoby ta maminka většinou, ty děti se sem dostávají většinou v doprovodu
7 maminky, výjimečně teda v doprovodu tatínka, nebo jsou odebrány třeba spíš mamince než
8 tatínkovi, než kompletní rodině. Většinou je tam ta mamina s nimi sama a třeba je to žena, která
9 tedy sama vyrostla třeba v dětském domově, v neúplné rodině, na ubytovně, kde prostě nemá
10 za sebou takovou tu stabilní rodinu, jako všichni známe nebo si představujeme, a nemá tím
11 pádem zázemí. Někdy tam funguje třeba nějaká babička té dívky, takže prababička těch dětí,
12 někdy dokonce i prababičku jsme měli takže opravdu paní už hodně v letech, která nemůže
13 pomoc a s tím dítětem.

14 T: A má komunita třeba nějaký jako vliv na na tu návratnost těch dětí třeba do tý rodiny?

15 R: No a komunitou myslíme jako etnikum nebo společenskou skupinu?

16 T: Obojí.

17 R: No pokud by jsme chtěli úplný paradox, tak jako pokud je dítě z vietnamské komunity, tak
18 to se vrací vždycky za tu zkušenost, co za ty roky máme, protože je to i kdyby se mělo vrátit
19 úplně cizím lidem, tak zatím jsme měli takovou zkušenost, že ta vietnamská komunita vždycky
20 to nějak zařídí, že to dítě se prostě vrací zpátky. Nikdy tady nebylo dítě jakoby vietnamský
21 národnosti a pokud ano tak teda mělo jenom ty asiatský rysy a matka byla třeba romka nebo
22 matka byla s majoritní skupiny a ten otec nebyl uveden a byl neznámý, nikdy tu nezůstalo dítě,
23 který by mělo nějakýho otce Vietnamce. Pokud by jsme se bavili k těm komunitám, co se týče
24 třeba romů, tak to už bych tam v současné době bych tam vůbec neviděla rozdíly, jestli je to
25 dítě z romské komunity nebo s majoritní. Jinak ty rodiny jsou tak jako různě poskládaný a
26 jednak v podstatě jsou romové, kteří jsou slušný, pracovitý, kultivovaný, zrovna tak jako
27 majoritní. No a pak jsou ti, kteří prostě žijou na pokraji společnosti, zrovna tak, jako majoritní.
28 Nemyslím si, že ta komunita má na to nějaký zásadní vliv. V současné době si opravdu myslím,
29 že už nemůžeme říct “jasně, jsou to rómové, to už se nevrátí.” Je to v podstatě stejný jako u
30 těch majoritních rizikových skupin.

31 T: Ty jo, to jsou úplně nové informace, děkuju. Jaká je nejčastější finanční a potom i ta sociální
32 situace v těch rodinách?

33 R: Těžko říct, většinou jsou to rodiny na hranici sociálního přežití. Někdy ti lidi žijou opravdu
34 v chudobě a běžný člověk si to nedokáže představit v čem ti lidé existují, neexistuje žádná
35 nadstavba ve smyslu hraček, volnočasových aktivit a dalších věcí, které má dítě v běžné rodině,
36 která ani nemusí být nějak extra finančně zabezpečena. Myslím si, že řada těch dětí přichází z
37 poměrů chudoby, mají nedostatek jídla, nemají místo na spaní, prostor na běžné aktivity, nemají
38 kočárek, nebo vhodné obutí, pleny, oblečení. Někdy je to opravdu hranice reálného přežití. Děti,
39 který končí v našich centrech už opravdu většinou žijou na hranici reálné chudoby. Tam prostě
40 opravdu už se potýkáme s hladověním, nemají vůbec jídlo, nemají základní životní potřeby.
41 Nemají v podstatě ani základní sociální jistoty. To znamená, že nemají bezpečný domov, třeba
42 bydlí někde v pronájmu, v podnájmu, na ubytovně, u kamarádky, v nevyhovujících prostorách,
43 spousta rodičů opravdu jsou bezdomovci, takže bydlí v nějakých stanech, maringotkách,
44 stěhují se pořád jakoby a to dítě tam nemá vůbec ten bezpečný prostor, protože krom toho že
45 jsou tam ty rodiče, kteří sami teda ne jako vždycky třeba skýtají plnou záruku toho bezpečí.
46 Může být pod vlivem drog a alkoholu, návykových látek a nebo naopak mít abstinenci
47 příznaky, jakoby pokud třeba tohleto nemají, ale většinou v takovém prostředí se vyskytují i
48 cizí osoby, který třeba jako spolu žijou na těch ubytovnách nebo v těch bytech, prostě ty byty
49 jsou takový sdílený s více osobami. Bydlí u někoho v nájmu, podnájmu a opravdu není výjimka,
50 že tam bydlí třeba v malém bytě relativně 10 i víc jakoby dospělých osob a v tom tam jakoby
51 žijou ty děti. Jo, takže opravdu ani to sociální zázemí naprosto nemají, to co by jsme si
52 představovali, že děti budou mít pokojíček, nebo prostě aspoň nějaký bezpečný koutek na hraní,
53 tak to teda ty děti vůbec nemají. Třeba nemají ani postýlky kolikrát, jakoby svoje nebo prostě
54 spí, kde se zrovna dá.

55 T: A vrací se děti do téhle rodiny?

56 R: No, právě že dost často se i vrátí a hrozně dlouho trvá, pokud můžu porovnat situaci, teď a
57 řekněme před těma 30 lety, když jsem jakoby začínala, tak tenkrát bylo strašně snadný, aby ta
58 rodina o to dítě přišla. Jo, to stačilo v podstatě jakoby cokoliv tady z toho vyjmenovaného a už
59 jenom to že třeba někdo z rodičů užíval drogy, vědělo se to, byl někde pozitivně natestovaný,
60 nebo že v té domácnosti prokazatelně byla nouze, že když přišla kontrola, tak neměli pro děti
61 potraviny, neměli tam třeba oblečení, pleny, pro malý dítě nějaký koutek, kde by to dítě mohlo
62 spát. Tohle v podstatě už tehdy před těma řekněme třeba 30 nebo 20 lety stačilo k tomu, aby to
63 dítě bylo odebráno z té rodiny a nebo aspoň na tu rodinu se držel velký sociální dohled. Ale teď

64 v podstatě se ty rodiny tak jako až do nekonečna sondujou. Jakoby je dobře, že třeba se poskytně
65 podpora. Třeba jsou to i maminy samoživitelky, kterým opravdu stačí je trochu podpořit, trochu
66 jim pomoci jakoby a oni mají vůli a jako snahu se z toho vybabrat, z té nepěkné situace. Ale
67 jsou prostě rodiny, kde je to opravdu transgenerační, kde jako už rodiče těch současných rodičů
68 žili stejně. Ostatně i mladý rodiče v tomhle vyrostly jakoby jo, takže jim to nepříjde vůbec nic
69 divného, jakoby stěhovat se po ubytovnách, stěhovat se po podnájmech, žít ve velkých
70 komunitách jakoby ve sdílení a jako poměrně dost často se tam ty děti vracejí do toho
71 nevyhovující prostředí. Třeba jenom protože matku vyhodily z jedné ubytovny nebo prostě
72 sehnala si ubytovnu druhou jo, takže ty děti se tam můžou vrátit.

73 T: A vrací se zpátky potom sem do centra?

74 R: Už se nám to stalo opakovaně, že se děti vrátily, například jedny děti se vrátili asi třikrát jo,
75 stalo se nám to opakovaně.

76 T: A faktor zůstává stejnej?

77 R: V podstatě to bylo vždycky stejně, jakoby neměli kde bydlet, neměli co jíst, rodiče byli pod
78 vlivem návykových látek. Prostě ta péče byla špatná.

79 T: Něco jenom k anamnéze té rodiny. Jaký to jsou vlastně nejčastěji rodiny, jako z hlediska
80 věku, pohlaví těch rodin, který se tady vyskytnou, úplná / neúplná rodina...

81 R: To taky nejde úplně globalizovat jakoby, ale jak jsme říkali, můžou to bejt hodně mladý
82 matky, který v podstatě už sami nezažili takový ten model té tradiční rodiny. To znamená, že
83 vyrostly třeba v pěstounské péči příbuzenský, svý tety, svý babičky jo, že prostě vlastně rodiče
84 se o ni nedokázali postarat nebo vyrostly v dětským domově, na ubytovnách jo. A v podstatě
85 jakoby jak celej život zažívali to nepřijetí, tak o to víc se snaží zařídit si to jinak, vybudujou si
86 svojí rodinu tzn. že budou mít partnera, který je bude mít rád a ty děti je budou mít jakoby
87 bezvýhradně rádi, což je teda částečně pravda, ale protože dítě je tak nějak od přírody fixovaný
88 na tu maminku.

89 T: Takže se snaží o něco jiného?

90 R: Ano, myslím si, že většina z nich se snaží o něco jiného, ale mají to těžké, protože opravdu
91 začínají na bodu nula. Nemají vzdělání, nedosáhnou na svoje bydlení, nemají na trhu práce, co
92 nabídnout. Postupně začne ta spirála, oni nemůžou od těch dětí odejít a najít si nějakou práci a
93 pokud mají partnera, tak ten bývá z úplně stejných poměrů, jelikož nemají příležitost se
94 seznámit jinde. A ten partner pak není zvyklý pracovat, je zvyklý na dávky, kradení,
95 příležitostné brigády, nebo je zaměstnaný za minimální mzdu a pak mu to někdo doplatí, aby

96 ušetřil na daních. Nemají ten zvyk pracovat, pracovní morálku. Nemají nastavené návyky,
97 protože nebyly k tomu vedení. Nesnaží se, nemají motivaci pracovat, chodit do práci. Nemají
98 ani finanční gramotnost, takže vše hned utratí.

99 T: A vnímáte, že nějaký funkce jsou v té rodině zachovaný?

100 R: Tohle je jen jeden model té rodiny, kde snaha byla, ale pak z toho sešlo. Pak jsou rodiny,
101 kde je jim to jedno, rodí jedno dítě za druhým. To jsou třeba i ženy ve středním věku, kde by
102 člověk čekal, že už by mohly mít rozum, ale vidíte, že třeba mají dospělé děti, který jsou furt v
103 dětských domovech, u matky, u babičky, u partnerových rodičů. Máte tu ženu, které je čtyřicet
104 a má třeba 8 dětí, ale žádné nemá ve své péči. Je po příbuzných, ústavní péči a podobně. S
105 každým dalším partnerem si pořídí další dítě, chvíli se stará, ale pak přijdou o bydlení, protože
106 nepracují. Někdy se zařídí i jinak, takže jdou krást, vařit drogy, dýlovat drogy, prostituovat, ty
107 ženský cokoliv v podstatě.

108 T: A vnímáte, že když se vyskytuje tady ten jako faktor, především ta ztráta toho bydlení, že
109 když pak dítě sem podruhé přijde, že se to znovu opakuje?

110 R: Většinou ano, protože když se ty děti opakovaně vrací, tak to znamená, že někde něco
111 selhalo. Buď přišli o bydlení z nějakýho důvodu, že se tam nechovali dobře, neplatili nájem,
112 nedodržovali nějaký pravidla, nebo že je v podstatě, jestliže měli ty drogy tehdy třeba pod
113 kontrolou a měli jenom nějaký ojedinělý excesy, tak teď už třeba nemají, jo, nebo, nevím, pokud
114 se v tý rodině jen trochu popíjelo, že to bylo tak nějak společensky únosný a dokázali se o ty
115 děti postarat, tak byly nalezeny někde těžce opilý, že nebyli schopný prostě fungovat sami natož
116 se postarat o děti. Někdy je to obtěžování sousedů, protože děti pláčou, křičí, něco se tam děje
117 v tý rodině, nebo že dlouho neviděli jít s těma dětma ven.

118 T: Takže to znamená, že se o té situaci dozvíte od další osoby?

119 R: Ano, na udání, to bývá taky dost často.

120 T: Další otázkou je, jaké jsou ty faktury jako ze strany rodiče? Už jsme to vlastně říkaly, ale
121 není to na škodu, to zopakovat. Říkali jsme si, že to je vlastně ten transgenerační přenos. Takže
122 tady mám otázku, jestli mají rodiče dětí podobnou zkušenost? Jako, že pocházejí taky z
123 dysfunkčních a afunkčních rodin?

124 R: Já si myslím, že jo. Opravdu dřív před třeba těma 10 nebo 20 lety tady bylo obecně mnohem
125 víc dětí, protože ty rodiny se mnohem méně sanovali. Což jako na jednu stranu je dobře, že ty
126 rodiny se sanují, že děti mají šanci vyrůst u svých biologických rodičů, ale na druhou stranu
127 někdy není ta sanace úplně efektivní, jak bysme si představovali a naopak ty děti zůstávají déle

128 a déle v tom patologickém prostředí, kde jako někdy opravdu jim jde až o život, a to ať tím
129 zanedbáváním a nebo prostě nějakým ubližováním, že opravdu je tam někdo, kdo těm dětem
130 cíleně ubližuje, třeba v abstinenčním příznaku, nebo protože je to zkrátka psychopat, protože to
131 nedovede jako jinak zpracovat, jakoby ty frustrace, který se valí zase na něj. Zvolí tu cestu toho
132 nejmenšího odporu, že prostě spáchá nějaký násilí těm bezbranným, ať už jsou to ženský, děti,
133 senioři. Je to všechno dohromady, to je jedno, záleží jaký složení je té rodiny. Ale dřív se tu
134 často objevovaly třeba děti opravdu slušnejch prarodičů. To znamená, že to byly čtyřicátníci,
135 padesátníci v normálním postavení, dalo by se říct, kterým z nějakýho důvodu se zvrtila dcera
136 nebo syn, třeba utekli ze střední školy nedostudovali, chytli se nějaký party, většinou v tom
137 byly drogy teda nebo něco takovýho. A ta rodina pochopitelně napřed se snaží nějakým
138 způsobem jakoby to svý dítě kolikrát nezletilý ochránit to znamená nějakou léčbu nějaký
139 opatření. Slibuju, hrozím, nabízím, zakazuju... prostě snažili se podle sebe někdy i s odbornou
140 pomocí, ale prostě kolikrát to nešlo. Většinou je to teda dívka, která přijde prostě s tím, že je
141 těhotná. Obvykle je to těhotenství už pokročilé, třeba v druhým trimestru, že už to nejde ani
142 třeba ukončit. Ze začátku se snaží rodina dceři pomoci, ale to znamená, že by se dívka musela
143 odprostit třeba od závadového partnera, musela by se vymanit ze závadové komunity. Některý
144 tu pomoc přijmou, jiné to nezvládnou a i za cenu toho, že o dítě přijdou se dále drží té své
145 komunity. Často to byly i matky, které potřebovaly na detox, ale musely dodržet šest týdnů u
146 dítěte, takže těch šest týdnů byly u nás s dítětem a až poté nastoupily na léčbu, která trvala dva
147 až tři měsíce. Po tu dobu bylo dítě u nás nebo u někoho, kdo by se o dítě postaral. Poté mohly
148 ty děti být s těma matkama v nějaké té komunitě, například v červeném dvoře nebo tak nějak.

149 T: Takže si ho potom mohla takováhle matka vzít zpátky?

150 R: Ano, většinou ano a máme i příběhy, které dobře dopadly, ale i ty, které nedopadly dobře.
151 Některé matky nedokázaly ani těch šest týdnů být bez toho rizikového okolí, partnera. Prostě
152 utekly a to dítě tam nechaly. No a pak tam chodí ty babičky, který mají obrovský dilema. Mají
153 zůstat doma s tím dítětem, přestanou pracovat, ale pochopitelně tím na sebe natáhnou celou tu
154 komunitu tady tu rizikovou a závadovou. Měli jsme tam babičky, který prostě brečeli, že
155 opakovaně závislá na drogách na alkoholu na tom partnerovi, protože může to být nějaký
156 manipulátor. Opakovaně prostě byly vykradení, nahrnuli se tam ti kamarádi té matky, a
157 nějakým způsobem tam prostě znepríjemňovali život. Krádeže prostě, zastrasování, vydírání
158 jakoby. Pod tlakem tohodle kolikrát se ti prarodiče toho dítěte vzdali jo, že prostě někdy museli
159 opravdu i zrušit třeba trvalý bydliště té dcery, kvůli exekucím a podobně. To dlouho tam nebylo,
160 tak nevím, jak je to teď.

161 T: A ty děti se teda vrátily do ústavní péče?

162 R: Vraceli se do ústavní péče nebo šly do osvojení. Pokud na tom byla ta mamina takhle špatně
163 a nebyl tam zájem, tak šlo dítě do osvojení. Ted' už strašně dlouho tam takovádle mamina
164 nebyla, to už by musela bejt hodně známá, hodně provařená, prostě mít tu minulost takovou
165 jakože už byla zachycena v porodnici, ale ani ty toxikologie se ted' už v porodnici moc nedělají.
166 Já nevím proč to je a vlastně nevím kde teda končí tydle děti, jestli jdou domů s těma mámáma
167 a pak se to nějak řeší že se ta rodina sanuje než se tam stane nějaký průšvih, nebo si to dítě
168 nechají ty prarodiče. To mě napadlo až ted', když vám to vyprávím, že opravdu jako hrozně
169 dlouho už jsme tam neměli takovouhle mámu z tý takzvané slušný rodiny. Že pokud to tam
170 máme, tak to jsou prostě opravdu dost už takový zoufalý případy, že aby tam skončila matka s
171 dítětem, tak už třeba jednomu dítěti nějak ublížila nebo prostě to dítě bylo odebráno z nějakých
172 jiných důvodů, málokdy to opravdu je takhle, že by měla nějaký zázemí za sebou, nebo něco
173 takovýho.

174 T: Jak vnímáte rodiny v rámci dětského centra a návykový látek?

175 R: Jako návykový látky v tom hrajou téměř vždycky roli. Jako málokdy je to jenom čistá prostá
176 chudoba, co jako vede k tomu rozvratu těch rodin. Tam většinou nějaká návyková látka je, ať
177 už jsou to prostě drogy, alkohol - v podstatě zcela běžná droga, jako v těch rodinách piju alkohol
178 opravdu i malý děti no a nebo silný kouření, to jako opravdu droga, že jo. Prostě cigarety jsou
179 finančně náročný a jako silný, pokud si vykouří krabičku nebo dvě denně i víc třeba kolikrát, a
180 jako vzhledem k ceně těch cigaret už prostě tohle to je taky velký zásah jako do hospodaření
181 řekněme těch rodin. Takže určitě nějaký návykový látky jsou tam téměř vždycky dalo by se
182 říct, ať už si teda pod tou návykovou látkou představíme cokoliv.

183 T: A nejčastěji?

184 R: No hodně se kouří, hodně se kouří jakoby, to opravdu i ty miminka třeba v tý přechodný
185 pěstounské péče s kterýma přijdeme do styku, i když tam není podložená žádná droga, tak mají
186 velký abstinenci příznaky kolikrát, a většinou to bývá z nikotinu jakoby jo, prostě ty mámy
187 strašně kouří i během toho těhotenství.

188 T: A jak se to projevuje?

189 R: Oni no ty děti jsou hrozně neklidný jakoby, asi jako kdyby prostě silnej kuřák ze dne na den
190 přestal kouřit, protože jakoby ten plod je na to zvyklej, že jo, to miminko v břiše a v podstatě
191 mu chybí ta droga, chybí mu ten nikotin jakoby. Jo, ty děti prostě jsou většinou v menší porodní
192 hmotnosti, ale nemusí to být pravidlo, můžou se narodit dřív, ale nemusí to být pravidlo, ale po

193 tom porodu opravdu jakoby ten abstinenci příznak nastupuje docela rychle, narozdíl třeba od
194 tvrdých drog, kdy ten rodič je třeba na heroinu, pervitinu, metanfetaminu a podobně. Tam někdy
195 mají ty abstinenci příznaky prodlevu třeba tři týdny, což je takový zrádný, protože pak zase
196 můžou mít velkou sílu. Ale po tom nikotinu je to častý, hodně pláčou, škrábou se a cítí se velmi
197 nekomfortně. Nebývají tam nějaké zástavy dechu nebo pocení, jako u těch tvrdých drog, nebo
198 nenasycení a netrávení. THC se bere jako standard docela už a pervitin bývá u nás často.

199 T: A jak je to s návratností do těchto rodin, kde jsou ty drogy?

200 R: Před těmi lety to bylo přísnější, jakmile byly drogy, tak situace byla velmi složitá jo, ty
201 rodiče museli doložit, že jsou po nějakým detoxu nebo nějakým léčení, kontroly, ukládat
202 negativní testy. Ted' už je to prostě takový opravdu jako volnější a pokud užívaj drogy, ale jsou
203 schopni nějak normálně fungovat, což asi ale jako pro nás zřejmě je asi jako těžko pochopitelný,
204 že opravdu jako užívání drog už je v nějaký podobě je v podstatě jako standard. Spousta lidí
205 nebo mladých lidí má třeba zkušenosti s marihuanou, jo to třeba moje generace nemá. Nebylo
206 to dostupný nikdy, kromě alkoholu a cigaret pochopitelně. Ted' jsou ty drogy víc dostupný a
207 stávají se standardem, takže, že někdo v rodině užívá drogy v podstatě ted' už není důvod jako
208 k odebrání dítěte nebo k nějakému jako extra dohledu na tu rodinu, pokud to má nějak tak jako
209 aspoň trochu pod kontrolou, že obden nezapálí byt nebo nemá nějaký halucinace.

210 T: Takže návratnost, jako když se zlepši ty jiný podmínky, tak tam je?

211 R: Jo, tak tam samozřejmě se vracejí zpátky k rodičům, i k těm, který prokazatelně drogy
212 využívají, pokud to mají takzvaně pod kontrolou.

213 T: Takže fakt největší riziko je to, že potom třeba zase jen zkrachuje bydlení a tak?

214 R: Třeba no a nebo na drogy potřebuju peníze. No tak buď pak páchají nějakou trestnou činnost
215 nebo se ocitnou na okraji společnosti nebo dojde k nějakému násilí. To už se pak nabaluje.

216 T: Jak vlastně rodina a diagnostikované nějaké duševní onemocnění? Máte nějakou zkušenost?

217 R: Máme, to je další věc jako pokud to nejsou drogy nebo alkohol nebo prostě špatná ta sociální
218 situace, tak to může být nějaký duševní onemocnění. At' už je to prostá mentální retardace a
219 nebo prostě něco ze skupiny psychóz. Ale jakoby ty psychózy, zase tam se dá dost těžko jakoby
220 rozdělit, jestli to psychóza vznikla a priori anebo jestli to psychóza pod vlivem užívání
221 návykových látek. To jako kolikrát nejde prostě rozlišit. Jestli je pochopitelně je rozdíl, jestli
222 někdo má jako psychotickou poruchu třeba schizofrenii, nebo se to klasifikuje zase jinak všechny
223 tyhle ty psychiatrický onemocnění, jestli to má někdo třeba od 14 let pod nějakým tlakem nebo
224 pod nějakou vyhrocenou situaci jakoby, který byl ten jedinec vystaven (do té doby zdravé bez

225 jiných rizikových faktorů), tak pochopitelně i tady může vzniknout nějaký psychotický duševní
226 onemocnění. Častější jsou třeba deprese. Úzkosti, deprese, to je řekla bych dneska standard. Už
227 na základní škole ty děti na to trpí. Psychózy můžou samozřejmě taky vzniknou takhle jako bez
228 nějaký evidentní příčiny, nebo se tam pak dá něco dohledat, nějaká zátěžová situace. Vždycky
229 tam musí být nějaká dispozice, to se dědí tyhle dispozice, ale někdy se to dá jako udržet pod
230 kontrolou a někdy opravdu stačí nějaká taková velká zátěž. Bývají to i poporodní deprese
231 jako jo, že opravdu ten porod je tak náročný a normálně fungující dívka se z toho sesype jako.

232 T: Takže máte zkušenost s tím, že na základě jako duševního onemocnění sem ty děti
233 přicházejí?

234 R: Ano, ano určitě. Buď je to opravdu mentální retardace té matky. Opravdu je tam velká snaha
235 se o ty děti starat, mají strašně moc rádi ty děti, ale prostě duševní schopnosti jsou natolik
236 omezený, že ani nápodobou ani opakováním do zblbnutí prostě nejsou sto se naučit ty základní
237 jakoby principy péče o to dítě. Takových maminek jako je hodně a tady je jako velká bolest, že
238 pokud zase nemají sociální zázemí, rodinu, která se o ně postará tak v podstatě v celých republice
239 je jeden jediný azylový dům pro matky s mentální retardací, a to je Svata Máří Magdalena.
240 Takže opravdu jeden jediný azylák, kde tyhle mámy můžou bejt, ale jen tři roky. Ale to nic
241 neřeší, protože i tříletý dítě je na matce závislý. Druhá kategorie jsou pak psychózy. Něco určitě
242 jsou i deprese, ale to je ruku k ruce. Tihle lidé jsou taky schopni normálně fungovat, ale musí
243 mít nějaké zázemí, bezpečné místo. Pokud někdo už tak žije na okraji společnosti, tak tady se
244 pak ta spirála točí dvakrát rychlejc. V okamžiku, kdy my se s tou rodinou potkáme, tak je těžké
245 rozlišit, jestli to vzniklo na základě vrozené dispozice nebo jestli je to z důvodu braní drog.

246 T: A jak je to s návratností k těmto rodinám?

247 R: No, tady je to bych řekla horší. V okamžiku, kdy je to mentální retardace, tak je někdy i
248 životu nebezpečný, aby se k mamince vrátilo, ač ho má ráda, ale prostě nedovede se o něj
249 opravdu postarat. To je to, že ty matky jsou schopny ty děti v nejlepší, úmyslu opařit, otrávit,
250 jako předávkovat lékama třeba na teplotu běžnýma, neuhlídají ty děti, protože nedomyslí, co se
251 stane, když pustí batole a onp vběhne do silnice jo. Prostě nemají na tohle kapacitu a jako pokud
252 není trvalý dohled nad tou matkou, že buď má teda schopného partnera nebo schopnou rodinu
253 a pořád je tam někdo, koho má za zadkem, tak jako ty děti se tam vrací minimálně, protože to
254 prostě nejde jo. Jako pomoc ze strany společnosti je tady v tom taky poměrně omezená, protože
255 málokdy ta matka může mít nějakou pečovatelku nebo dohled nad sebou 24/7. Opravdu ty
256 matky jsou často velmi nebezpečné pro to dítě, jelikož u návykových látek má někdy alespoň

257 světlou chvilku ten rodič, když není úplně předávkovaný nebo nemá naopak abst'ák, ale u těhle
258 matek ta světlá chvilka bohužel není.

259 T: V jakém zdravotním stavu jsou ty děti, když se sem přijímají?

260 R: To záleží na okolnostech. Bud' to můžou být úplně zdravý děti, který se dostali do špatného
261 zdravotního stavu, ať už z fyzického nebo psychického hlediska. Můžou být na první pohled
262 zdravý, nejeví známky násilí, jako modřiny, opáření, popálení a tak, ale dušička je rozbitá, což
263 není na první pohled vidět. Nebo to můžou být děti, kterým bylo nějakým takovým způsobem
264 ublíženo. Ty se sem dostanou přes nemocnici. Ruka nebo noha v sádře, podlitiny, vnitřní rány
265 apod. Někdy je jasno, že jim ublížili rodiče, někdy není jasná příčina a dlouho se to vyšetřuje.

266 T: A stává se někdy, že ze zdravotního důvodu se sem ty děti dostanou přímo?

267 R: Taky třeba a to je zase extrém, ale řada těch dětí se sem dostane, že má třeba úplně zkažený
268 zuby, některý jsou zavšivený, mají svrab a jiné parazity, některý jsou podvyživený nebo naopak
269 přecpaný a obézní, takže už mají špatné hodnoty toho metabolismu, vyšší tuky, cukry, mají
270 typicky ARI nahoře, protože jí jen sladkosti, pečivo a tak. Mají různé zažívací potíže. Mají
271 rehabilitační záležitosti, které se měly řešit od útlého věku. Mají špatný stereotyp chůze, chodí
272 po špičkách, mají placatou hlavu, protože se správně nepoložovali.

273 T: Jsou tam i nějaký podněty, že ty rodiče je sem umístí třeba na základě abnormalit, který těm
274 rodičům třeba vadí?

275 R: No, jsou to pochopitelně děti, který jsou sem umístěný ze zdravotní indikace. Například
276 downův syndrom, to je jasná věc. To dítě je tu, protože se narodilo takový, jaký je. Ta rodina
277 není schopna se s tím smířit. Pak třeba myopatie, kdy rodina odloží takový dítě. Potom třeba
278 cystická fibróza, která má fatální konec. Ty děti vyžadují náročnou péči a se životem je to těžko
279 slučitelný. Děti potřebují trvale kyslík, mají nějakou speciální formu stravy, nějaká dětská
280 mozková obrna. Rodiče pak nemohou skloubit práci s péčí o dítě, pokud neudělají velké oběti.
281 To se stává i dobře situovaným rodinám, které by se o dítě bez těhle problémů uměli postarat.
282 Jen je to nad jejich možnosti.

283 T: A co třeba nějaké duševní onemocnění těch dětí?

284 R: Taky máme, například autismus. Tam se to u dítěte projevilo, když měl matku se
285 schizofrenií. Nebo mentální retardace na základě například downova syndromu.

286 T: Tam se tedy nezvládala ta rodina starat?

287 R: Ano, dítě s downovým syndromem by klidně v rodině mohlo být, ale ta rodina to prostě
288 nezvládne. T: A co charakter dětí, kteří tady jsou?

289 R: No zase záleží, z jakýho důvodu tady jsou, jak jsou starý, jaká jejich základní mentální nebo
290 intelektové výbava. Ale kdybychom to měli zevšeobecnit, tak při příchodu jsou vyplašený,
291 vystrašený. Následně se snaží zavděčit, dolézají, sárou se. Nejsou uspokojený jejich základní
292 potřeby. Jednak se chtějí zavděčit a jsou až protivně podbízivý. Pak jsou tu děti, který jsou a
293 priori v opozici, jsou zvyklý si něco stále vybojovávat, vykřičet, vyvriskat, chtějí si to urvat a
294 vše vykřičet. Potom jsou děti, který jsou netečný, uzavřený, vypadají, že jsou hloupý, autistický,
295 ukazuje se u nich nějaké duševní poranění. Tam trvá dlouho z nich něco dostat. Těm se něco
296 stalo a tak se uzavřou do sebe.

297 T: A je nějaká návratnost téhle dětí do rodin?

298 R: No, to je zase úplně to stejný, někdy jo, někdy ne. Hodně záleží, z jaké rodiny dítě přišlo.
299 Nejsme polepšovna, takže to dítě se k nám dostane z jiných důvodů, než je jen to jejich chování.
300 Nelze to úplně zevšeobecnit.

301 T: Jak jako vnímáte, že třeba dětský centrum pracuje na tom, aby se zmírnily ty rizikový
302 faktory, o kterých jsme mluvili?

303 R: Snažíme se nějakým způsobem sanovat tu rodinu tzn. do nějaký určitý míry převzít tu roli
304 tý rodiny a o to dítě se postarat. A můžeme pracovat s rodinou, pokud přichází za dítětem na
305 návštěvy tak můžeme se snažit jakoby najít ty důvody, proč to dítě je tady, samozřejmě zase ve
306 spolupráci s ospodem, organizacemi, s policií, s lékaři těch rodičů třeba anebo i těch dětí pokud
307 je tam nějaká predispozice nebo důvod. Ale snažíme se například dát rodině čas si ujasnit
308 priority, promyslet, co by bylo potřeba na péči o ty děti s nějakou tou fibrozou, downovým
309 syndromem apod. Dáváme jim čas se s tím smířit, odžít si to, zjistit si informace, vyhledat
310 pomoc, doma si to zařídit, vytvořit finanční rezervu nebo zajistit hlídání, aby se to dítě k nim
311 mohlo vrátit. To platí u normálně funkční rodiny. Pokud je to rodina, kde je nějaký sociální
312 problém, tak i tam je nějaký čas na to, aby napravili ty problémy, které mají, aby se k nim dítě
313 mohlo vrátit. Můžou pracovat na tom, aby si vyřešili svou situaci, například finanční, bytové
314 nebo závislost na drogách. Během doby, co je to dítě tady nám ty rodiče platí jen minimální
315 poplatek, a tak se můžou nějak socioekonomicky napravit. Dalším problémem je třeba u
316 mentálně retardovaných matek, které mají invalidní důchod, sociální výhody a příspěvky, ale
317 protože jsou sociálně hloupoučký, tak se na ně často naválí nějakí vyžírkové, kteří je zneužijí,
318 a to můžou být třeba i vlastní rodiče, pokud tam není dobrá rodinná situace. Místo pomoci
319 parazituji.

320 T: Když třeba v téhle činnosti rodina selže, něco se nepovede, je tam i tak nějaká změna v těch
321 rizikových faktorech? Je to v něčem jiný?

322 R: No, možná ještě můžeme zmínit, že nejen jim dáme ten čas a to dítě je tady bezpečně uložený
323 a oni můžou nějak naložit se svým životem. Pracuje s nima třeba ještě rodinný terapeut, sociální
324 pracovnice, nabízí jim možnosti, o kterých neví nebo k tomu potřebují dostrkat. Požádat o
325 příspěvek například na bydlení, zažádat si o bydlení v azylovém domě, mohla by s nimi třeba
326 pracovat i paní psycholožka, co se týče osvěty. Můžeme je navést i na další odborníky, odkázat
327 je na stacionáře, můžeme jim takto pomáhat. Lépe se pracuje s rodinami, které zde mají dítě ze
328 zdravotních důvodů, u těch sociálních je to těžší, protože ta spirála je opravdu už tak roztočená,
329 že zpátky se jde velmi těžce. Jestli je to jiný, to těžko říct, někdy jo, někdy ne. Někteří nejsou
330 schopni se poučit z celé situace. Ani ten fakt, že přijdou o děti, jim nezabrání se chovat stejně,
331 jak předtím

332 T: Takže spíš ne teda? Že ty rizikový faktory, se kterými původně přijdou, jsou neměnný.

333 R: No, v podstatě jo, nebo jsou ovlivněný jen na krátkou dobu. Nějaké ty podmínky, aby se jim
334 dítě vrátilo, splní, ale další týden už jedou zase znovu.

Příloha XIV – Přepis rozhovoru s respondentem G

- 1 T: Tak ta první otázka. Z jaké komunity se děti nejčastěji do dětského centra dostávají?
- 2 R: Tak většinou jsou to komunity, kde je nějaká nějaká prostě nepříznivá sociální situace rodiny
3 jo. Nemusí to být jako typická sociálně vyloučená lokalita nebo komunita, ale jsou to třeba
4 rodiny, který se hodně stěhují a tím pádem nezaměstnanost a ne úplně chudoba, ale jako
5 nepříznivá životní situace, že ty rodiny bývají často na hmotné nouzi, na dávkách jo, že prostě
6 pracují načerno jo a jako izolovaný. Izolovaný jsou třeba jako z hlediska etnika nebo právě tím,
7 že nedosahují té požadované životní úrovně, a tak jsou v té místní komunitě nějak vylučování
8 jo. Že potom prostě dojde třeba, že si toho někdo všimne a na základě toho upozorní OSPOD a
9 děti se k nám dostanou a nebo se dostávají děti hned po narození, i když teď třeba ty malé děti
10 jdou do pěstounské péče na přechodnou dobu, ale taky se stane, že sem přijdou s maminkou,
11 která je právě z takového prostředí. Ještě se snažíme, že by se prostě nějak chytla, když to řeknu
12 úplně laicky, takže je tady přijata na edukační pobyt. No a někdy se to nepodaří, ta máma to
13 dítě opustí než se najde pěstounka na přechodnou dobu nebo někdy prostě je ten zdravotní stav
14 děti takový, že zůstávají v péči dětského centra.
- 15 T: Ještě něco jestli si můžeme říct ohledně finanční a potom i sociální situace v těch rodinách.
16 My jsme si to vyřikali třeba, ale co se týče třeba náboženství, jestli něco nevíte, toho etnika
17 nejčastěji.
- 18 R: Nejčastěji se nám sem dostávají děti romského etnika. Teď, co začala válka na Ukrajině, tak
19 jak už tady jsou třeba jako první děti, taky na těch chmelnicích se objevily děti, jako ukrajinský
20 děti. Ale zase to byly prostě rodiny, kteří na tom finančně nebyly dobře. Ty matky prostě
21 opravdu nepracovali nebo sem přišli ještě třeba před válkou jako za práci a nedařilo se jim to,
22 tak zůstali tady. Jo, ale to romský etnikum prostě převažuje. A pak ta finanční situace rodin je
23 opravdu nepříznivá, že na to upozorní OSPOD, nebo škola, protože těm dětem chybí úplně
24 základní potřeby. Bývá to často způsobeno tím, že ty rodiče třeba vyrostli v dětském domově,
25 nebo nefunuje širší rodina.
- 26 T: Mají třeba ty děti těchto rodin nějakou šanci se dostat zpět do rodin?
- 27 R: To procento já úplně nevím, ale je hodně miziví. Hodně záleží na těch rodičích. Ty, který
28 jsou opravdu nízkopříjímé a sami zažili, že rodiče to nějak zvládli, a nejsou tam drogy, což je
29 další prostě strašně rizikový faktor, tak třeba tam ta naděje je jo. Někdy je i pozitivní faktor, o
30 kterém se moc nemluví, a to, že otec taky vyrůstal v dětském domově, ale v takovém, který mu
31 umožnil se vyučit, vzpomínal na to hrozně rád, a tak chtěl, aby i ty děti to zažili. Sehnal tak i

32 lepší práci, oproti rodičům, co nejsou vyučený, a pak špatně shánějí práci. Je to opravdu malé
33 procento, ale stává se to, že se vzpamatují, že se to nějak stabilizuje.

34 T: To je vlastně v jaký rodinný situaci se rodina dítěte nejčastěji nachází?

35 R: Tak většinou jsou to neúplné rodiny, že prostě ty děti vyrůstají jenom s maminkou. Ten táta
36 tam vůbec nefiguruje anebo prostě velmi sporadicky dochází. Mladý matky, hodně mladý
37 matky jo to taky jako zvlášť u těch romských maminek jsou to jako hodně mladý maminky. No
38 pohlaví zanedbávajícího, tak většinou je to opravdu ta máma, ale jako tam jako otec úplně
39 absentuje. Ta situace v rodině se zase většinou odvíjí prostě od toho zabezpečení, který je
40 minimální nebo nedostačující. Je tam častý stěhování po ubytovnách, nebo migrují po
41 příbuzných.

42 T: Takže tam chybí nějaký zázemí?

43 R: Ano, zázemí ale většinou tam prostě skutečně chybí prostě to zázemí pro dítě. Nějaký stabilní
44 prostě místo, kde by ty děti vyrůstaly.

45 T: Máte zkušenost s nápravou, že se ti rodiče vloží do nápravy a vezmou si to dítě zpátky?

46 R: Tak na základě poslední zkušenosti s tou rodinnou, co jsme tu měli. Taky se mnohokrát
47 prostě stěhovali, ale nakonec prostě našli i díky tomu že ten pán byl teda vyučený, tak našli
48 zaměstnání i s bydlením a i díky sanaci rodiny a OSPODU se jim podařilo, že se ty děti vrátily
49 do rodiny. Bydlení a práce je vždy základ. Někdy to souvisí nejen s věkem, ale i intelektem.
50 Ten je někdy opravdu na hranici normy a neumí si s tím poradit. Obtížněji hledají práci, nebo
51 tam nevydrží.

52 T: Takže ten věk nízký u rodičů souvisí i s intelektem.

53 R: Ano, nebo je ten intelekt opravdu hraniční. Souvisí s tím i nezralost. Ty maminky někdy
54 přichází ze zvláštní školy a mají opravdu nízký intelekt.

55 T: Mají třeba takové maminky možnost přijetí zpátky toho dítěte do své péče, nebo toho nejsou
56 schopny?

57 R: Tam se často požaduje záruka další osoby, takže někdy to bývá širší rodina, jako babička
58 nebo její maminka. Pokud to v tom páru třeba funguje, tak to lze.

59 T: Takže potřebují pro péči pomoc další osoby z blízkého okolí?

60 R: Ano, pomáhají pak s výchovou. Zejména pak o kojence.

61 T: A ohledně toho věku, jsou tady spíš matky v nižším věku nebo i v přiměřeném pro výchovu
62 dětí?

63 R: Tady máme zkušenost s těma mladšíma maminkama, ale ty starší jsou takový, že už je to v
64 jako v několika početných rodinách, kde ta matka se rozhodne, že má třeba její 5. nebo 6. dítě,
65 ale ona je měla hrozně mladá jako jo, třeba od 16 nebo tak a měla je v péči babička, její matka,
66 a některé už jsou třeba v pěstounských rodinách. A maminka říkala oni mě berou jako starší
67 sestru, ale tam se to podařilo, byl tam teda ten intelekt jako normální. Romská matka, byla
68 prostě jako mladá, prostě tam nebyl intelekt, že by jako nebyl v pořádku. Tak se to někdy tak
69 stane, že až to další dítě prostě má jako u sebe.

70 T: Já si ještě říkám, jako čím to je, že ty maminky chtějí jako další a další děti, když se mi nějak
71 zdá, že nejsou schopný se postarat jako ani o jedno dítě jo, že vidí osud jako toho dítěte tady.

72 R: Já s těma matkama často mluvím i o antikoncepci, ale ty máme to většinou neberou.
73 Respektive ty, který jsou na tom intelektově líp, třeba aspoň jako zažily zanedbávání, ale né
74 nějaký jako týrání nebo prostě něco v širší normě, tak ty jsou ochotný to třeba jako připustit.
75 Ale ti, kteří třeba i vyrůstaly v domově nebo tak, tak o tom nechtějí vůbec slyšet. Obávají se
76 toho, injekce nechtějí a prášky do sebe nechtějí dávat. Ty argumenty jsou iracionální v podstatě
77 jako jo. Že tohle nechtějí vůbec slyšet. Nebo věří, že s dalším dítětem to bude lepší. Někdy je
78 tam jinej partner. S tím dalším partnerem si říkají, že to bude lepší, někdy je v tom i touha
79 jakoby opravdu teď mít tu rodinu.

80 T: To právě jsem se chtěla zeptat, jestli to jsou plánovaný ty početí.

81 R: Já si nemyslím, že to je naplánovaný, že to tak prostě jako je.

82 T: Tak, další jsou faktory ze strany rodičů. Už jsme se nějak tak o tom bavily, ale jestli tam ty
83 rodiče mají nějakou podobnou zkušenost? Často se tady mluví o azylových domech, kde ty jako
84 matky s těma dětma vyůstají a tak.

85 R: Často jsou to prostě jako transgenerační traumata anebo prostě situace, který se přenáší.
86 Často jsou už prostě to rodiče, který vyrostly buď v dětském domově a nebo vyrostly třeba u
87 babičky nebo prostě zažily něco jako něco takovýho už sami v dětství takže si vlastně neumí
88 jako poradit. Ted' zase prostě to souvisí s tou situací jejich, kdy třeba nemají práci, takže tam
89 pak se dostávají i do nějaký dluhový pasti. Je tam špatná finanční gramotnost, nějaká
90 životospráva nebo prostě péče o zdraví prostě tam je taky jako na bodu nula, drogy, kdy se k
91 nám dostávají i děti drogově závislých matek, které užívaly drogy i po celou dobu těhotenství.

92 T: K tomu se vlastně potom dostanem, ale mě ještě napadá, že čím to může být, že když ti
93 rodiče zažili podobnou zkušenost, vlastně mluvíme tady o transgeneračních přenosech, jako
94 čím to může být, že se nesnaží o nějakou nápravu, aby jako ty děti se nedostaly do podobné
95 situace, ve kterých vlastně vyrostli oni.

96 R: Protože, teda myslím si, aby člověk jako mohlo něco chtít změnit tak musí vidět, že to jde
97 jinak. Ale oni toho nejsou schopni. Tam je to jako hodně situační. Chtějí, aby se děti měli líp a
98 aby oni se měli taky dobře, ale nejsou schopni vůbec jako nahlídnout jak. Nechtějí si třeba
99 nechat pomoci, jako říct o pomoc a to taky s tím souvisí.

100 T: A máte třeba i nějakou zkušenost, kdy se nejednalo o ten transgenerační přenos, že vyrostl
101 třeba v úplné rodině, normální rodině, ty rodiče a prostě stalo se jim, že jejich děti se museli
102 dostat do péče, ústavní.

103 R: No, u těch dětí, co tady máme, tak kromě ukrajinských dětí, kde je teda to téma válečný,
104 nebo je třeba ta maminka drogová, nebo s nějakým mentálním postižením. Tak, když prostě se
105 podíváte na ty další děti, tak tam třeba v posledním případě u nás, byl tatínek z normální rodiny
106 a maminka vlastně taky, protože ta její matka se stará o ty starší další 3 děti a řekla že už ty
107 další nezvládne. Nevím co se stalo, že tam maminka kradla a ani nebyly odebrány, to ten táta
108 je přivedl z vlastní žádosti. Ty návštěvy neřešily tu situaci, tak ty děti tady byly umístěny.

109 T: A co ho k tomu vedlo k tomu vedlo sem umístit ty děti?

110 R: No oni totiž žili v Německu, kde on pečoval a máma pečovala o děti. A maminka tam prostě
111 ukradla něco v obchodě, takže se to řešilo a byla potrestána a skutečně jako nějakou dobu byla
112 uvězněna. V Německu ty tři kluky rozdělili a umístili do tří pěstounských rodin, neřešili žádný
113 jejich vazby. No a ten táta tam jako, protože on pracoval, tak nemohl o ně začít pečovat v
114 Německu, ale navštěvoval je u těch rodin. V tom Německu mají trochu jiný zákony než u nás,
115 takže je navštěvoval, nelíbilo se mu, že jsou ve třech různých rodinách, tak zavolał sem, jestli
116 bysme je nemohli vzít. Ze začátku tady snad byl a volal, ale pak prostě přestal chodit. Pak u
117 jednoho dítěte tady máme, že oba rodiče vyrostli v dětském domově.

118 T: Jak už se tady často zmiňovala, ohledně těch návykových látek, jestli bysme to teď mohli
119 nějak konkretizovat. Jak je vlastně ta rodina a užívání návykových látek, co nejčastěji se
120 vyskytuje?

121 R: Jako asi začínají vždycky tou marihuanou, to prostě je vstupní brána do drog. Jako další krok
122 ale, když třeba vezmu tu maminku ukrajinských dětí, tak ta na Ukrajině drogy neužívala.
123 Údajně přišla sem a říkala, že dostala ty drogy ze začátku zadarmo, začala je užívat na ubytovně

124 prostě. Myslím si, že si tím i řešila nějaký stesk nebo prostě nějakou svou situaci a vlastně už
125 nebyla úplně mladá, ale jinak jsou to prostě hodně jako zase mladý matky, který třeba
126 experimentují nebo řeší si tím nějakou aktuální situaci. Ty děti se pak vrací třeba k babičce.

127 T: A vrací se děti do těchto rodin?

128 R: Tyhle zrovna ne, šli k prarodičům.

129 T: Myslím spíš obecně.

130 R: No, to záleží na OSPODu. V dnešní době se bohužel vrací i děti do těchto rodin, což vám
131 určitě řekly i kolegyně, se ta tolerance k návykovým látkám se dost zvyšuje a bohužel se vrací
132 i do rodin, kde ty rodiče užívají, pokud pracují a mají ošetřenou bytovou situaci. Teď jsem třeba
133 měla v terapii pár, kde užíval jen ten tatínek, matka ne. Z předešlého vztahu má matka dceru a
134 spolu mají tříletýho chlapečka a ten pán, no prostě na něm to jako opravdu na první pohled
135 nebylo vidět, a to má za sebou pět různých komunit jo, není to otázka třeba roku nebo dvou, ale
136 zvládá prostě pracovat a protože teda tam garantem toho vztahu je matka tak si myslím že tohle
137 jakoby OSPOD ani neřešil, ale myslím si, že my s čím se tady setkáváme, je taky jenom vrchol
138 ledovce. V tom terénu zůstává spousta dětí, kde ty rodiče užívají návykové látky. Zvětšuje se
139 to pole těch návykových látek, bohužel se tam ty děti vrací.

140 T: Takže je tam prostě důležité, že mají nějaké zázemí a základní potřeby pro dítě.

141 R: Ano, třeba ta práce.

142 T: A že jsou schopni nějak fungovat.

143 R: Ano.

144 T: A co ti rodiče z hlediska vlastně nějaké duševní diagnózy?

145 R: Přibývá tam prostě rodičů s duševním onemocněním, hlavně poruchou osobnosti. Ono to
146 souvisí právě jako jak s užíváním těch omamných látek, že jo, tak prostě s alkoholem prožitýma
147 traumatama, který nemá zpracovaný. Máme samozřejmě ale i děti od psychiatrických rodičů,
148 zrovna na Chmelnicích dvě děti. Tam tatínek je prostě opakovaně léčený v Dobřanech. Když
149 je kompenzovaný, tak je to lepší, ale když ty léky nebere, tak je to s ním špatný a je u něj otázka,
150 co dál. Ve společnosti prostě přibývá duševních poruch, takže se to nevyhýbá ani rodičů u nás.

151 T: A třeba tyhle rodiče, ty mají nějakou šanci, že se k nim ty děti vrátí? A to i z hlediska
152 závažnosti diagnózy.

153 R: Já si myslím, že jako rodič, kterej užívá medikaci a dochází na psychiatrii, dodržuje nějakou
154 strukturu, tak tam ano. To zcela určitě. Jenže naši rodiče často nejsou disciplinovaní, v tom je

155 problém. Jinak pokud je člověk nějak medikován, tak by neměl být nějak limitován a
156 diskriminován. Navíc i společnost je stále více tolerantní a někdy se o tom ani nemluví. Takže
157 to člověk třeba ani nepozná, i když globálně se tam vykazují nějaké známky.

158 T: Tady vlastně jsou ty faktory, jako u dětí, jestli nějakýho důvodu, třeba zdravotního stavu,
159 kvůli kterým se děti jako dostanou do dětského centra. Kde třeba ta rodina funguje, ale je tam
160 faktor toho dítěte.

161 R: No tak většinou, jako se teda asi jako u funkční rodiny, tak se sem dostávají opravdu děti
162 hodně těžce ZP, anebo úplně ne těžce zdravotně postižený, protože myslím že downův syndrom
163 není těžké zdravotní postižení, ale že ta rodina není schopná se o to dítě prostě postarat. V
164 lepším případě za dítětem dochází, v tom horším prostě ty návštěvy slábnou nebo nejsou vůbec
165 a dítě prostě potom je v péči dětského centra a pak jde dál. Například máme u jednoho dítěte
166 snížený intelekt, smyslový postižení, prostě neprospívání a tam to bylo způsobeno tím, že tam
167 maminka teda taky brala celý těhotenství drogy a nebyla schopná potom se o něho starat. Nebo
168 svalová dystrofie jo. Dostávají se sem teda taky děti, kvůli těm zdravotním potížím, ne každá
169 rodina, i když je úplná a funkční, zvládne ten zdravotní stav.

170 T: A dovedou se některý rodiče postarat i o nápravu třeba že si zajistí pomůcky pro tyhle děti a
171 takhle?

172 R: Třeba zrovna jeden downík, což je specifický zdravotní postižení, tam je včasná diagnostika
173 vlastně hned po porodu, je možnost prostě rehabilitací, pomůcek. Tam jsem s těma rodičema
174 pracovala, nakonec se rozvedli, ale tatínek si chlapečka vzal do své péče, měl další, zdravý děti
175 a dopadlo to dobře. Někdy se to stane, že u toho zdravotního stavu, který je vážný z hlediska
176 intelektu nebo somatiky, se ta rodina stabilizuje. Často se stává, nebo stávalo i dřív, že děti se
177 zdravotním postižením, že tam máma docházela až se dítě vrátilo. Tam jsou to ale fungující
178 rodiny, které to promýšlejí, zvažují možnosti a to dítě pak zůstane v rodině.

179 T: Jaká je jako nejčastější jako osobnost téhle dětí, který se sem dostanu? Hraje v tom jako roli,
180 jakou osobnost mají? Že jsou třeba hypersenzitivní, nároční?

181 R: Samozřejmě, že zdravotně postižené dítě je náročné, hlavně, když ta máma je mladá, že jí to
182 vyčerpává. Já jako nevím, jestli je to tím, že to dítě, který se sem dostane a je třeba dráždivý,
183 někdy třeba úplně od kojence. Jestli prostě takhle dráždivý dítě vlastně dostane do té spirály tu
184 matku, že ta prostě některý věci nezvládne a pak se rozhodne, že dá to dítě sem a nebo je to tou
185 maminkou, která o to dítě nepečuje a to dítě se potom chová, jak se chová, anebo je to i tou
186 životosprávou, kterou vedla v tom těhotenství, jestli teda užívala třeba drogy. To úplně si

187 netroufnu říct, ale že teda ty děti tady u nás jako vykazují takový rizikový faktory, dráždivost,
188 hyperaktivitu, pak se řekne že jako to dítě má ADHD, ale třeba je to něco jinýho, třeba prožitýho
189 traumatu, nebo toho zanedbání, který se nějak projevuje. Jako, že by dítě bylo tak špatný, že by
190 ho rodiče prostě odložili, to tu nemáme. Nějaký rodiče opravdu zvládnou i těžké zdravotní
191 postižení.

192 T: Liší se charakter těch dětí na základě toho, v jaký rodině vyrůstaly?

193 R: Určitě, za první jsou to geny, ale potom ty podmínky vnější samozřejmě ovlivňují, jak se to
194 dítě jako chová a to je strašně záleží nejenom na rodičích ale i třeba na těch lidech kolem, se
195 kterýma se ti rodiče stýkají, že když se vrátím k tomu jednomu dítěti, tak oni se často stěhovali,
196 ale tatínek prostě pracoval, takže oni se tam pohybovaly i mezi ostatními lidmi a nasával jako
197 houba. U dalšího dítěte zase matka žila velmi izolovaně a na tom chlapečkovi to jde taky vidět.
198 Není to tak jen o té samotné rodině, ale i lidech, se kterými se ty rodiče stýkají.

199 T: Posledním okruh je preventivní, tam je třeba jak konkrétně vy pracujete na tom, aby se třeba
200 zmírnili nebo úplně odstranili rizikový faktor u těch rodičů?

201 R: Tak já třeba, když s těma rodičema pracuju, nebo když začínám s tou maminkou, tak řešíme
202 otázku antikoncepce, aby měla dost času na to dítě a i na sebe. Hodně pracuju třeba s tím právě
203 jaký mají okruh známých, jaký sami mají zajmy, co je baví nebo na čem se dá prostě jako stavět.
204 Někdy nechtějí úplně slyšet slovo terapie, tak třeba jestli mají další nějakou kamarádku nebo
205 někoho s tím si můžou popovídat, jak to vypadá v té jejich rodině nebo širší rodině. Tady s
206 těmadle tématama se snažím pracovat. Někdy je to lepší, někdy prostě ty lidi vidí jenom tu
207 televizi, pokud tam nejsou drogy a tak. Často jsou v dluzích, takže vidí jen to, že musí sehnat
208 peníze na zaplacení, aby měli práci. Někdy jsou hrozně sevřeni a neumí z toho vystoupit.

209 T: Takže vy je jako edukujete?

210 R: Já se snažím s nima terapeuticky pracovat, ale ta terapie tady není úplně klasická rodinná,
211 párová nebo individuální terapie. Prolíná se to se sociální prací, edukací, někdy to má i
212 spirituální přesah, když se objeví někdo věřící. Tam ta komunita jim zase může pomoc. A oni
213 často nechtějí slyšet, že tady jsou nějaký neziskový organizace, který můžou taky pomoc. Je
214 třeba i ta terapie zdarma, například u matek v tísní, což je neuvěřitelně výhodný. Oni to ale
215 nechtějí slyšet, že to zvládnou sami.

216 T: A jaký je tam vliv toho náboženství?

217 R: No já si myslím, že tam jsou jakoby dva faktory, jeden je, že můžu utíkat k někomu, kdo mě
218 přesahuje a pak je tam vliv té komunity, které taky poskytují možnosti, ať už terapií nebo

219 něčeho. Toho je ale mizivé procento. Jsme v ateistické Plzni, takže málokdy se to stane. Ale i
220 tak to vnímám jako faktor. Nejvíc pak pomáhá ten lidskej faktor, když najdou někoho, ke komu
221 mají důvěru, když se k nim chová s úctou.

222 T: Když se ty děti vrátí z té rodiny do dětskýho centra, ti rodiče si nějak nevzali k srdci tu
223 nápravu, tak jestli nějak aspoň trošku jako změna v těch rizikových faktorech nebo jestli
224 zůstávají stejný ty rizikový faktory i kvůli kterým se sem ty děti původně dostaly.

225 R: Když se sem dostanou opakovaně, tak většinou jako se to horší jo, protože prostě.

226 T: Ten stejný faktor?

227 R: Ano, ten stejný faktor, nebo se k tomu něco ještě přidá. Třeba kromě toho, že ztratí práci,
228 ztratí i bydlení. Když se k nám děti dostávají opakovaně, tak se k těm původním faktorům
229 přidávají další, to prostě tam je. Samozřejmě, i když se dostanou podruhé, tak se i tak můžou
230 vrátit domů. Ale to je mizivý procento, protože často si to rodiče nevezmou k srdci, někdy se
231 třeba přidaj i drogy, tak to potom už je opravdu těžký. Někdy opravdu i samy ty děti vidí tu
232 situaci v rodině a nechtějí se od nás domů vrátit, protože se tady cítí v bezpečí, váží si toho, že
233 se o ně někdo stará.

Příloha X – Přepis rozhovoru s respondentem H

- 1 T: Z jaké komunity nebo lokace se děti do dětského centra nejčastěji dostávají?
- 2 R: Jak myslíte tu komunitu? Jako místní, nebo územní?
- 3 T: Myslím ty lidi, z jaké komunity se sem ti lidé nejčastěji dostávají.
- 4 R: Tak je to různé. Je to buď sociálně slabá skupina, maminky s psychiatrickou nemocí,
5 maminky uživatelky návykových látek, mladé maminky a střední vrstva lidí, kterým se narodí
6 dítě s hendikepem.
- 7 T: Jaká je finanční a sociální situace v rodinách? Už jsme to trochu zmínily, ale blíž si můžeme
8 říct ty finance, zaměstnanost nebo náboženství a tak.
- 9 R: Dobře, tak většina naší klientely jsou lidé žijící ze sociálních dávek. Jsou to teda
10 nízkopříjmové rodiny žijící ze sociálních dávek. Někdo ani nemá požádáno, takže se obrací na
11 úřad práce. Další klientela jsou zaměstnaní v různorodých pozicích. Tady se většinou jedná o
12 ty lidi ze středních vrstev, kterým se narodí dítě s hendikepem. Opravdu ale většina jsou lidé
13 žijící na dávkách. Náboženství se asi úplně nesleduje, ale jestli můžu říct, tak jsme třeba měli
14 tady Slovenskou maminku a ta spíš inklinovala k tomu náboženství a chtěli provádět určité
15 rituály, například dítě mělo mít červenou stužku proti uštknutí, což teda dělají hlavně romské
16 maminky. Je to takový uzounký červený náramek. Je to takový etnicko-náboženský zvyk, který
17 se traduje od 15. Století. Jinak jsme se setkali i se křtem dítěte, ale jinak se to tolik neprobírá.
- 18 T: A co z hlediska zaměstnanosti? Mají ti lidé práci?
- 19 R: Těch 20% ano bych řekla, ale jen tak 10% je zaměstnáno trvale, ostatní spíše střídají nebo
20 chodí po brigádách.
- 21 T: A víte profese těch rodičů?
- 22 R: Většinou dělnické pozice, řidiči, uklízečky a podobně. Většinou i přes agentury, které si
23 berou třeba 40% jejich příjmu. To jsou ale ty nízkopříjmové rodiny. Je třeba to odlišit od těch,
24 co tu mají dítě s handikepem, tam se většinou jedná o jiný druh rodin a profesí. Byly tu i
25 manažerky a další výše postavené pozice.
- 26 T: Jaká bývá nejčastěji anamnéza tý rodiny, z hlediska věku, pohlaví, úplnosti.
- 27 R: Když jsme dělali naposledy výzkum, tak nám vyšlo asi 80% neúplné rodiny. Ta situace se
28 vyvíjí a jde v různých vlnách. Opravdu minimum je sezdaný pár, to opravdu moc není. Potom
29 jsou maminky a neuvezení otcové, pak maminky s tatínky, ale tam spolu nemusí žít v jedné

30 domácnosti. Nejvíce dětí je většinou otec neuveden v rodném listě. Opět u těch výše postavených
31 lidí to manželství a společný život je.

32 T: A u těch výše postavených rodin, z jakého důvodu se sem ty děti dostanou tedy?

33 R: To je většinou hendikep u dítěte, že nezvládají. Ale ještě bych chtěla uvést, že to jde ve
34 vlnách. Bylo i období, že tu byly maminky, co studovaly VŠ a dávaly dítě do osvojení. Říkám
35 tomu děti z prázdninových lásek, dají je sem a dají přednost kariéře. Nechtějí se o ní starat.

36 T: A stává se třeba u těchto rodin, že se děti tam vracejí?

37 R: Vracíme teď spíše děti do dysfunkčních rodin než do osvojení nebo pěstounské péče. Je to
38 třeba o polovinu víc.

39 T: Takže k těm vysokoškolačkám třeba se dítě nevrací?

40 R: Ne, tam ne. Tam není zájem. Ale tam zase, u těchto více vzdělaných, na rovinu řekly, že dítě
41 nechtějí a splnily si ty své podmínky, aby dítě mohlo, co nejdříve do osvojení. Maminky, které
42 jsou na nižší vzdělanostní úrovni, si ty podmínky neudělají, nedají souhlas, nezajímají se o osud
43 dítěte a tomu pak běží bohužel čas.

44 T: Takže ty více vzdělané si uvědomí, co dělat a chtějí, aby šlo dál.

45 R: Ano, snaží se a je s nimi dobrá spolupráce.

46 T: A třeba z hlediska věku? Jak staré jsou to matky?

47 R: V současné době máme rozmezí třeba od 15 let do 45 let. To je nějak tak věkové rozmezí.

48 T: A co bývá častěji?

49 R: Kolem těch 30, to je tak nejčastější. Pak kolem 20 let. Střídají se nám tady teď ročníky 80'
50 a kolem 2000.

51 T: A projevují spíš zájem o návrat dítěte ty mladší nebo starší ročníky?

52 R: Takhle, čím mladší maminka, tím nezralejší postoj k rodičovství. Třeba teď tady byla
53 mentálně slabší maminka a ta zájem měla. Spíš než věk si myslím, že v tomhle hraje roli ten
54 zájem o rodičovství a životní styl.

55 T: K tomu se dostaneme, ale ještě jsem se chtěla zeptat ohledně té situace, co se tam děje v té
56 rodině?

57 R: Nejčastější důvod, proč se to dítě umístí, je ztráta bydlení. Rodiče přichází o bydlení, neplatí
58 nájem, nežádají si o sociální dávky nebo si o ně žádají pozdě a nedoloží potřebné dokumenty.

59 Pak se to nabaluje, pronajímatel je vyhodí z bytu. To je opravdu častý důvod. Potom návykové
60 látky, protože OSPOD si netroufne maminkám, co užívají návykové látky, alkohol svěřit
61 miminko do péče. Potom tam je třeba zdravotní hendikep děťátka, psychiatrické onemocnění
62 matky, kde se musí ověřit rodičovské kompetence. Nebo jsme měli skupinu, kdy matky týraly
63 své předešlé dítě, takže měly takovou minulost a pak se musely ověřit jejich rodičovské
64 kompetence, aby dostaly druhou šanci. Ono je to pak docela komplexní, že se ty problémy
65 hodně prolínají.

66 T: A je třeba rodina ochotna s tím něco dělat, aby došlo k návratu toho dítěte?

67 R: Tak 50 na 50. Není pravidlem, že maminku závislou na drogách namotivuje narození dítěte
68 k abstinenci. To není pravidlem. Řekla bych, že některé ty maminky, jak to říct, máme takové
69 dvě skupiny. Jedny maminky mají schopnosti mít ty rodičovské kompetence, ale není zájem o
70 dítě. Pak tu máme maminky s mentálním hendikepem, které by chtěly, ale nemůžou, neumí to.
71 Kdybych to porovнала, měla jsem tu maminku s mentálním hendikepem, ale nebylo jí dáno,
72 měla snahu, ale nešlo to. Pak tu máme maminky, co by mohly, ale nechtějí.

73 T: A vy už jste tady vlastně zmínila, že je tady nějaký transgenerační přenos, tak jakou mají ty
74 rodiče zkušenost?

75 R: Pokud se tady ta maminka rozpovídá, tak zjistíte, že u nich doma taky nefungovalo nic.
76 Jednalo se o rozpadlé rodiny, rodiny doplněné o nevlastního otce, zažili jsme, že nejen
77 maminka, ale i babička dítěte užívají návykové látky, to byl velký problém. Měli jsme i období,
78 kdy u nás byly maminky, co vyrůstaly v pěstounské péči, ale ta asi nebyla tak úspěšná. To jsme
79 opravdu jednou měli hodně. Není výjimkou, že máme maminky z dětských domovů, takže ta
80 funkčnost těch rodin tam opravdu není. Transgeneračně už z nějakého důvodu nefunguje ta
81 prvotní rodina. Na druhou stranu, byla tady i maminka, jejíž rodiče byly vrcholoví manažeři,
82 ale tam, jak se jede na výkon, bylo užívání kokainu. Maminka z velmi dobré rodiny, finančně
83 zajištěná, ale nedostala tu lásku.

84 T: Já si říkám, jakto, že když ty maminky vidí, že u nich to nefungovalo, s tím nechtějí samy
85 něco udělat.

86 R: Oni to bohužel neumí, neumí přijmout lásku, protože jí neumí ani dávat. Vidí to třeba u
87 svých rodičů, když je třeba mlátí nebo na ně křičí, tak to berou, že je to vlastně správně, nemají
88 se to kde naučit. Na škole takovéhle programy, co by učili plánování životního stylu a výchově,
89 neexistují. Nejsou tady preventivní programy, co by učili o návykových látkách a alkoholu.
90 Nebo jsou, ale pro děti, nejsou zaměřeny takto na dospívající, jak bych si představovala já. Ty

91 maminky se to nemají kde naučit, základní školy tohle neposkytují. A stejně nejdůležitější je
92 vždy ta rodina, fungující, která tomu dítěti dá nejvíc, transgeneračně. Třeba i děti, které jsou
93 odebrány do ústavní péče, tam nejsme schopni je naučit tu správnou výchovu tak, jak by to
94 dokázala dobře fungující rodina. Pak právě taky tyhle děti přenášejí transgeneračně si ty své
95 prožitky na své dítě. Měli jsme třeba matku, co prosila soud o navrácení dítěte s tím, že říkala,
96 že sama byla týraná, tak přeci nebude týrat své dítě.

97 T: A je možné, že se tyhle děti vrátí?

98 R: Tohle se zrovna vrátilo. A za půl roku porodila ta matka novorozence, kterýho zabila. Já
99 jsem si myslela, že soudci jsou vzdělaní a už jinde, než dřív, ale jí to dítě upadlo a ona ho
100 nechala celý den umírat.

101 T: Takže bude trestně stíhaná?

102 R: Ano.

103 T: A co to dítě, který se jí vrátilo?

104 R: To bylo okamžitě odebráno. Ale tak to prostě je a dá se to předpokládat, když někdo řekne,
105 že byl v dětství týraný, tak je to naučený vzorec chování a říkám to i svým studentům. Pokud
106 je třeba bolí hlava a vezmou si prášek nebo zabijou dvojkou vína, tak nikdy před dítětem, to se
107 učí nápodobou. Tady je ale velká skupina maminek, co tu podporu a lásku neměly.

108 T: A vyskytuje se v rodině, jak jsme si už říkaly, problém návykových látek? Jaké jsou třeba
109 nejčastější?

110 R: V současné době máme pervitin, extázi, to je tady asi nejčastější, výjimečně kokain s
111 heroinem, protože to je dražší, takže si to můžou dovolit jen ti, co si na to vydělají a zažili jsme
112 jeden fentamin. A výjimečně jsme tu měli... teď už si nevzpomenu.

113 T: Bývá to jako i tím hlavním faktorem, že se sem to dítě dostane? Ta závislost.

114 R: Ono je to ruku v ruce. To jsou pak většinou holky na ulici, který nemají bytové podmínky a
115 tím pádem i podporu. Ono by to nemělo být tím faktorem, ale je to faktorem ve chvíli, kdy má
116 dítě abstinenci příznaky. V tom případě je to zdravotní důvod, se kterým sem to dítě jde, aby
117 se vyléčilo a pak se řeší jeho osud. Někdy jde ale rovnou do rodiny a v takovém případě je to
118 větší riziko abstinenci syndromů.

119 T: Takže koukám, že čistě ty návykové látky by nebyly takovým faktorem, kdyby ty rodiče byli
120 schopni se postarat.

121 R: Já už teď na to koukám trochu jinak. Třeba když rodič kouří marihuanu, to už neberu jako
122 drogu, je to běžná věc. Za mě teda ty maminky, co dlouhodobě užívají návykové látky, by
123 potřebovaly určitou komunitu, co tady chybí. Dávala jsem už do podobné dvě děti, maminky
124 se šly léčit a mělo to pozitivní výsledky. Nevěřím příliš maminkám, které berou pět let drogy,
125 když přinesou třikrát čistý test na drogy. To je ověřená teorie, že když se vrátí do přirozeného
126 prostředí, tak nejsou čisté. A přinesení těch testů je nevléčí.

127 T: A mají třeba i rodiče diagnostikované nějaké duševní onemocnění?

128 R: Určitá skupina tady je. Mají mentální retardaci. Potom je tady skupina maminek se
129 schizofrenií a tady rozlišujeme, jestli je to schizofrenie způsobená návykovými látkami a ta,
130 kteřá se spustila předtím, než začaly užívat návykové látky. Dá se to podle mě dobře rozlišit.
131 Ty, které to měly diagnostikované, tak je to většinou od toho třináctého roku, tak ty třeba ještě
132 nebrały návykové látky. Tam nejčastěji máme paranoidní schizofrenii, což je pro nás to
133 nejhorší. U těch s mentální retardací, tam ty matky chtějí, ale nedokáží to, nebylo jim dáno. U
134 těch matek schizofreniček je to těžší, často se léčí depotně a do toho ještě berou návykové látky.
135 Tam ta léčba jde úplně bokem.

136 T: A stalo se teda někdy, že jen kvůli tomu duševnímu onemocnění rodiče je tady dítě
137 umístěné?

138 R: Když už ano, tak vždy s matkou. Dáváme těm matkám možnost se tady o to dítě starat. Často
139 tam funguje třeba partner, který to onemocnění nemá. To jsou teda ale ty matky s mentální
140 retardací, lehčí formou, nikdy ne schizofreničky.

141 T: Tam se to teda ty matky potřebují spíš naučit?

142 R: Ano, učí se to tu a pak je to na těch terénních pracovnících, aby tam třeba jednou týdně zašli
143 a viděli to dítě. Oni ty maminky chtějí a mají ten cit, ale neuvědomí si to. Těch dětí je nám třeba
144 i líto. Funguje to vlastně tak, že nám třeba terénní pracovník zavolá, že tady má maminku, co
145 by potřebovala pomoc. Jsou to většinou matky, co mají invalidní důchod z mládí, tomu se tak
146 říká, protože v té době nebyla taková pomoc těmhle matkám, takže mají jen nějakou speciální
147 školu, ale od mládí jsou na invalidním důchodu. Pak si to tady zkouší. Ale ne vždy to ty matky
148 zvládnou, některým třeba nevysvětlíte, jakou teplotu má voda, takže by to dítě opařily.

149 T: To jsem slyšela, ano.

150 R: No, to je přesně ono. Ty matky chtějí, ale nemohou. Pak tu jsou matky, co můžou, ale je jim
151 to jedno. Měli jsme i matku, co ve schizofrenickém záchvatu dítě zabila. Tam i po vyšetření
152 psychiatra, že se dítě může předat, to dopadlo špatně.

153 T: To je takový zvláštní, že ty rodiny, kde je to duševní onemocnění, mají menší šanci než ty,
154 kde jsou drogově závislí.

155 R: No, ono tady strašně chybí to pokrytí. Máme dva azylové domy, jako krajské město, ale tady
156 by se uživila psychologická komunita pro matky s dětmi, chráněné bydlení pro maminky s
157 hendikepem, kde by se naučily pečovat o to dítě pod celodenním dohledem, nějaké centrum se
158 službami, kdy jen rodič potřebuje trochu pomoc, takové drobnosti, ale dá se na tom stavět.

159 T: A co faktory u dětí? V jakém jsou třeba zdravotním stavu, když přijdou?

160 R: Nám sem v současné době chodí hlavně novorozenci s abstinčním syndromem, a to lehčím
161 i těžkým, nebo nám sem chodí děti s nějakým závažným postižením nebo úrazem.

162 T: A jaký bývá třeba charakter těch dětí, nejčastěji? Jaký ty děti jsou z hlediska povahy.

163 R: U novorozenců těžko říct, ale s tím abstinčním syndromem jsou to ty dráždivý děti. Ted'
164 jsem ale dlouho neměla dítě v nějakém starším věku, kde už by ta povaha byla znát. Ale myslím
165 si, že se už hodně ta povaha mění tím přijetím dítěte.

166 T: To je supr, to mi akorát navazuje na otázku, jestli si myslíte, jestli ty děti jsou jiný tady a v
167 rodině.

168 R: To určitě ano. Ono jde hodně poznat i to, jak se ta matka chová v těhotenství, zda je to dítě
169 chtěné nebo nechtěné, to si třeba i, nechci říct, že ubližují, ale jde na těch dětech poznat, že byly
170 nechtěné, jsou dráždivější, plačtivější, a to ani nemají ten abstinční syndrom. A určitě děti,
171 které dlouhodobě žijí v kolektivním zařízení, jsou prostě jiné. Ted' jsem si vzpomněla, pokud
172 se k nám vrátí znovu, třeba i starší, tak jsou zanedbané. Měli jsme třeba i chlapečka, který do
173 roka jen ležel, aby nezatěžoval ty rodiče, tak byl jen v kočárku a postýlce. Na to pak navazují
174 ty projevy chování. U dětí s hendikepem, tam často mění prostředí kvůli operacím a tak, je často
175 v nemocnici, tak se taky chová jinak.

176 T: Že je vlastně poznamenán tím prostředím.

177 R: Ano. Mají třeba hysterický záchvat z bílého pláště. Ale odvíjí se to už od toho těhotenství.

178 T: A jak třeba dětské centrum nebo konkrétně vy pracujete na tom, aby se ty rizikové faktory
179 eliminovaly.

180 R: Tak máme tu třeba ty maminky, co jsou tu ubytované. S těmi spolupracujeme na zdravotních,
181 ale i sociálních záležitostech. Pomáháme jim, aby si našly nějakou neziskovou organizaci a
182 řešily svou závislost, poučily se, řekly svůj příběh, zařizujeme jim následné zařízení. Pokud
183 nám maminky neřeknou svou minulost, tak je těžké se posunout dál.

- 184 T: A stalo se třeba, že si to ty maminky vzaly k srdci?
- 185 R: Za tu poslední dobu to snad byly jen ty maminky s mentálním hendikepem.
- 186 T: A když se třeba dítě vrátí opět do dětského centra, tak je tam vidět nějaká změna? V těch
187 rizikových faktorech. Nebo zůstává stejnej?
- 188 R: Ještě horší. Pokud se nám to dítě vrátí od rodičů, tak je to zhoršené, je v regresi, a to i
189 vývojově. Někdy mi to přijde jako zbytečnej experiment s dítětem. Když už máme třeba třetí
190 příjem stejného dítěte, tak vidíte, že je to špatně, jen čekáte, kdy ten terén zavolá zpátky.

Příloha XI – Přepis rozhovoru s respondentem I

- 1 T: Z jaké komunity a lokace se sem k vám děti dostávají?
- 2 R: Tak většinou jsou to děti mentálně postižených matek, drogově závislých matek.
- 3 T: Napadá vás ještě něco? Jestli se třeba liší komunita většinová, menšinová.
- 4 R: Jo, já bych řekl, že té menšinové komunity je méně. Jedná se spíše o světlé děti. Romských
5 dětí je minimum, protože, co se týče péče, tak jsou na tom líp, protože pro ně rodina znamená
6 něco víc. Máme tu opravdu spíše matky majoritního etnika.
- 7 T: To je zajímavé. A z hlediska lokací?
- 8 R: Myslím si, že vůbec nehraje roli, jestli je matka z města nebo vesnice. Ale myslím, že město
9 je v tomhle ohledu asi horší.
- 10 T: Dobře. Ještě se zeptám, jaká je finanční a sociální situace v rodinách?
- 11 R: Většinou jsou to nezaměstnaní nebo v nižších dělnických pozicích. Často jsou finančně
12 nezajištěný nebo na dávkách.
- 13 T: A co se týče toho etnika, je více nezaměstnaných romských rodin třeba?
- 14 R: Tím, že se nám sem dostávají spíše ty z majoritního etnika, tak spíše oni.
- 15 T: A ta sociální situace v rodině?
- 16 R: Většinou je to třeba několikátý dítě v rodině, ani nemají ty předchozí v péči, nedostatek
17 peněz a vzdělání rodičů.
- 18 T: A z pohledu sociálního začlenění? Jedná se třeba o vyřazené rodiny z komunity, nebo mají
19 pomoc toho okolí?
- 20 R: No, právě, že tam asi spíš nejsou. Výhodu mají ti, co mají zázemí v prarodičích, ale naši
21 většinou spíš nemají prarodiče nebo jsou ti prarodiče ve stejný rovině. Že se tam ty alkoholový
22 nebo drogový problém táhnou po té rodinné linii.
- 23 T: Takže se stává, že mají podporu té rodiny?
- 24 R: Stane se to, ale pak to třeba nedaj ani tak. Nebo jsme tady měli několikrát dilema, že by se
25 dalo matce dítě svěřit, ale pouze pod dohledem jejich matky nebo někoho jiného, ale to třeba
26 není. Často je to u těch mentálně postižených matek, tam je velký problém, oni chtějí, ale nemají
27 na to mentální kapacitu. Takže kdyby tam byla podpora od babičky třeba, tak by se to dalo.
28 Tam ta babička buď není nebo je na tom mentálně stejně.

29 T: A když tam ta babička je, tak stává se, že pomáhají? Nebo je tam nějaký další rizikový
30 faktor?

31 R: Někdy jsou ochotné pomoci, ale ne si vzít to dítě kompletně do péče.

32 T: A proč se třeba stává, že si nechtějí vzít to dítě do péče?

33 R: Tak jsou třeba v produktivním věku a chodí do práce. Nebo se bojí, protože na sebe
34 převzímou tu zodpovědnost. Například jsme měli i matku drogově závislou a ta babička tam
35 řekla, že je to jejich dítě a mají se postarat. Ona, že jim pomůže, ale postarat by se měli rodiče.
36 Babičky jsou někdy ochotný, ale je jich spíš málo než víc.

37 T: Tak prima, půjdeme k další otázce. Ta je ohledně anamnézy té rodiny, z hlediska pohlaví,
38 věku.

39 R: Pohlaví a věku rodičů?

40 T: Ano, těch, co sem dítě umístí. Jestli jsou to častěji matky například, zda je to úplná nebo
41 neúplná rodina a tak.

42 R: Tak většinou v rodině figuruje nějaký partner, ale nejsou sezdaní. Nebo jsou to matky
43 samoživitelky. Tam třeba ví, s kým mají to dítě, ale otec se nechce starat. Jsou to hlavně neúplné
44 rodiny, otec v rodném listě neuveden.

45 T: A z hlediska toho věku?

46 R: Je to různorodý, teď máme hodně matky kolem těch dvaceti let, pak několik po třiceti a
47 docela se nám i rozmohlo teď mít i patnáctileté matky. Těch taky během toho roka několik je.

48 T: A z hlediska faktorů u těch rodičů, mají třeba podobnou zkušenost, jako jejich děti?

49 R: No, často jo. Většinou je tam nějaká drogová nebo alkoholová anabáze té rodiny. Je to tam,
50 line se to tam, že ty matky přebírají chování těch rodičů. Málokdy se stane, že by ta matka byla
51 z běžný, spořádaný rodiny.

52 T: A stává se to? Že třeba má návyky z běžný rodiny?

53 R: Za poslední dva až tři roky spíš ne. Většinou se pokračuje v té linii. Člověk někdy přemýšlí,
54 co se tam mohlo stát, ale pak vidí tu rodinnou anamnézu a vidí, že ty holky neměly z čeho brát,
55 neměly ten vzor v té svojí rodině, takže neví, jak se o to dítě starat.

56 T: Neměly to zarytý.

57 R: Ano, neměly zarytý ty vzorce. Často jsme měli dilema, že ano, dokáže se postarat, nakrmí,
58 přebalí, ale pak to dítě dá do té postýlky. Nemá ty mateřský city, pochovat, poňuňat.

59 T: Taková ta láska a bezpečí tomu dítěti.

60 R: No, ty vždycky propustíme s takovou obavou. Že až to dítě bude mít vyšší nároky, protože
61 teď je malý a jenom leží, ale jakmile začne mít nějaký ty nároky, tak pak se stává, že tam jsou
62 nějaký problémy.

63 T: A co třeba rodina a návykové látky? Jakou s tím máte zkušenost?

64 R: No, hodně. Tipla bych víc jak 50% jsou drogově závislí. Bud' tady máme drogově závislý
65 matky nebo s mentálním postižením. Občas je to ještě nějaká psychóza.

66 T: A když se sem ty děti dostanou, to jsou třeba odebrány, že ta matka je přímo v nějakém
67 toxickém stavu?

68 R: No, ono vlastně by to mělo být tak, že když je při porodu matka pozitivní, tak se to hlásí na
69 OSPOD a to dítě by většinou mělo skončit u nás. Ale teď je to trochu jiný a to, že je matka
70 pozitivní se bere trochu jinak. Ale ty OSPODy se furt snaží, pokud to jde, dostat ty děti k nám,
71 protože často mají ten abstinenci syndrom. Ideálně se snaží směřovat tu matku k tomu, aby
72 tady byla s tím dítětem a tím i abstinovala. A zkouší se, jestli to zvládne.

73 T: A daří se to, tady ty matky zaintervenovat?

74 R: Spíš ne. Třeba přes léto jsme tady měli čtyři matky, ale ani jedna neodešla s dítětem. Bud'
75 tam zvítězí ty drogy, nebo zvítězí partner nějaký ne úplně vhodnej, to je častá věc.

76 T: Taky už jste to nakousla. Co rodiče a duševní onemocnění?

77 R: No, to je taky velký problém. Měli jsme tu spoustu psychiatricky nemocných, nedokážu
78 přesně říct ta procenta, ale je jich dost a přibývá to.

79 T: A s jakými typy duševních onemocnění přicházíte nejčastěji do kontaktu?

80 R: No, my nemáme často přímo diagnózu, sehnat psychiatra je těžký, ale snažíme se ty matky
81 směřovat, aby na vyšetření zašly. Většinou jsou to poruchy osobnosti, ale nejsem psychiatr.
82 Mají takový výkyvy plus mají třeba i nějaký mentální hendikep, takže těžko někdy poznat, co
83 je psychický onemocnění a co ten hendikep. Někdy to mají třeba i z drog.

84 T: Že se to rozjede na základě těch drog?

85 R: Ano, třeba nějaká schizofrenie.

86 T: A co faktory ze strany dětí? Stává se, že rodiče nezvládnou tu jejich výchovu a na základě
87 toho sem umístí to dítě?

88 R: No, to už dneska není důvod odebrání toho dítěte. Třeba k nám může dítě přijít ze
89 zdravotních důvodů. Pokud je třeba to dítě hendikepovaný a ty rodiče to nezvládají, tak se to
90 řeší s náma a hlavně OSPODem a soud pak rozhodne o tom svěřením dítěte sem. Popřípadě to
91 jde i na dohodu, že dítě třeba potřebuje lůžkovou péči. Není to úplně jednoduchý i v případě tý
92 nemoci sem to dítě umístit.

93 T: A máte třeba zkušenost, jaký jsou ty děti, když jsou sem přijímány? Třeba i z hlediska toho
94 zdravotního stavu.

95 R: No, záleží, odkud jsou sem přijímány. Když jsou to třeba ty malý miminka a jdou sem přímo
96 z fakultky, tak jsou to většinou ty děti drogově závislých matek, tak je tam abstinční syndrom,
97 nebo i alkoholově závislé matky. A když jdou z terénu, tak jsou špinavý, opruzený, takový spíš
98 sociálně zanedbaný.

99 T: Takže se ten zdravotní stav liší podle toho, kde je najdou. Jestli z nemocnice nebo z terénu.

100 R: Z terénu jsou to většinou větší děti.

101 T: Co je třeba častější?

102 R: Z té nemocnice chodí více dětí k nám. Ale na Doubravku z terénu, tam jsou starší děti. Ale
103 může se stát, že jdou i starší děti z nemocnice, když třeba dojde k nějakému ublížení ze strany
104 rodičů nebo se zjistí nějaké to vážné onemocnění.

105 T: A je třeba zkušenost, že se ty děti dostávají zpátky do rodin? Třeba jestli se více vrací do
106 rodin ty děti, co se sem dostanou z té nemocnice nebo z toho terénu?

107 R: Tak my těch dětí máme z terénu minimum, ale řekla bych, že spíš ty se dostanou domů. I
108 tím, že jsou starší, tak mají víc návyk na tu rodinu a je tam větší důraz na ten návrat. Takže spíš
109 oni.

110 T: A jakou máte zkušenost s charakterem těch dětí, jejich povahovými rysy?

111 R: No my tady máme hlavně miminka, ale někdy jde poznat, co zažili i za těch třeba jen pár
112 měsíců. Jsou tam nějaké projevy z té rodiny, které nemohli získat tady

113 T: To je taky zajímavý, že vlastně jsou tady od prcků a neměly by být tak ovlivněny.

114 R: Někdy stačí těch pár měsíců, ale i genetika. Nikdy nevíme, co si ty děti odnesou.

115 T: Vlastně je důležitá i ta doba během porodu a attachment s matkou?

116 R: Ano, přesně tak. A každý to miminko tady je úplně jiný. Miminka, který jsou tady od
117 miminek, jsou úplně jiný. Některý jsou hodně společenský, jiné jsou ostýchavé, mají problém
118 s navazováním vztahů, i třeba s pěstouny.

119 T: Ono se vlastně říká, že ty ústavní děti jsou takový až vlezlí, aby se rodině zalíbily.

120 R: No, ale není to tak úplně pravda. Jsou tady i ostýchavé děti, co nejdou s každým. Hlavně u
121 těch dětí do dvou let.

122 T: Takže záleží i na věku dítěte tedy?

123 R: Ano, hlavně kolem devátého měsíce až roku, které je kritické. U dětí od tří let plus jsou už
124 více socializované.

125 T: A jak třeba vy pracujete na tom, aby se ty faktory, které jsme probraly, eliminovaly? Třeba
126 s těmi matkami na nějakém zlepšení?

127 R: Tak, když tady máme ty maminky, tak se s nima snažíme pracovat na vyřízení dávek,
128 nasměrování, pracuje s nimi třeba doktorka, kolegyně se je snaží poučit o antikoncepci, což
129 taky je jako házet hrách na stěnu. Myslím si, že po všech stránkách, jako psychologické,
130 zdravotní a tak, se je snažíme vést.

131 T: A co třeba nějaké doprovázení?

132 R: Pěstounský rodiny?

133 T: Aha, vy doprovázíte pouze pěstounský rodiny?

134 R: Ano, jiné ne.

135 T: Takže spíše taková poradenská činnost?

136 R: Ano, u těch pěstounů doprovázíme. Občas mám kontakt s biologickou matkou, kde máme
137 kontakty, ale to vždy časem vymizí, ztrácí zájem.

138 T: A máte zkušenost, že se to podaří? Ta intervenční činnost? Že se sem ty děti už nevrací a
139 zůstanou u biologický rodiny.

140 R: No, tam se třeba to ani nemusíme dozvědět, že třeba jdou někam jinam a my ty osudy dětí
141 třeba ani nevíme. Často jsou to ale časovaný bomby. Teď je to třeba dobrý, ale jakmile to
142 miminko poleze a bude starší, tak je to těžší. Hlavně ty mentálně postižené matky, ony jsou
143 schopny se postarat do nějakého věku, ale pak nebudou schopny. Třeba si nedokážu představit,
144 jak by zvládaly školní docházku. Třeba je tam i špatný předpoklad inteligence dítěte, když
145 matka má třeba IQ 70. To pak musí nastoupit třeba nějaká neziskovka.

146 T: Takže tam hraje třeba roli, že ty matky nejsou schopny jim to předat a kvůli tomu skončí v
147 ústavní péči?

148 R: Ano, třeba ani ne u nás, ale v následný péči, protože ta maminka není schopna je učit.
149 Opravdu mají třeba inteligenční hendikep a samy se učí, třeba i čas nebo počítání. Nejsou pak
150 schopny dát těm dětem podnětné prostředí a odhadnout určité situace, jako výšky, zásuvky a
151 tak. Je to opravdu časovaná bomba, že ty školky třeba ještě zvládnou, ale školy už ne, a pak
152 právě končí v dětských domovech.

153 T: A z hlediska třeba ještě toho preventivního hlediska? Co s nimi děláte, je nějak zaučujete?

154 R: My se jim snažíme zprostředkovat kontakty a směřovat je správným směrem. Třeba v
155 případech rizikových partnerů jsme řešili i utajovaný bydlení. Takže spíš směřujeme ty mámy,
156 aby se postavily na vlastní nohy. Nemáme tu žádnou sociální rehabilitaci, abychom je třeba
157 učili vařit, finanční gramotnost, ale jsme spíše zdravotnický zařízení, takže na to nebyl prostor.
158 Snažíme se tak alespoň najít si to bydlení, práci.

159 T: A když si to třeba vezmou k srdci, ale nepovede se to a třeba to dítě se sem vrátí, jsou ty
160 rizikové faktory nějak jiné nebo jsou pořád stejné?

161 R: No, nám se tolik nevrací, nebo jdou někam jinam, třeba i na Doubravku. Takže pak nemám
162 už tolik přehled. Vzpomínám si na případ, kdy se vrátila holčička po týráni asi do dvou týdnů,
163 ale to mělo hezký konec, protože se vzpamatoval otec. S tou matkou to byla asi zbytečná práce,
164 protože to nepomohlo, neměla tu vůli.

165 T: Takže rodič musí v závěru chtít, aby to mělo efekt.

166 R: Rozhodně, my nabídneme pomoc, ale nemůžeme nutit. Hlavně si musí i přiznat, že mají
167 nějaký problém.

168 T: Takže jim chybí nadhled?

169 R: Rozhodně. Bez přiznání si, že mají problém s alkoholem, drogama nebo něčím, tak prostě
170 pomoci nejde.

Příloha XII – Přepis rozhovoru s respondentem J

1 T: Když tady mám z jaké komunity se děti do dětského centra nejčastěji dostávají.

2 R: No určitě nejvíc drogově závislí a komunity, kteří užívají většinou teda drogy, někdy alkohol
3 a vlastně jsou to vždycky naprosté většině soc. ekonomické taková slabší vrstva.

4 T: Jaká je vlastně finanční a sociální situace v rodinách?

5 R: K tomu já se vlastně dostávám zprostředkovaně, protože to je téma sociálních pracovníků, ale
6 co se s těmi rodinami potom dostáváme do kontaktu, když tam jsou maminky umístěny, tak
7 jsem to vždycky většinou v naprosté většině kombinace sociálních jako nedostačivosti, to
8 znamená prostě takový jako chudší kulturní rozhled, to znamená že ty děvčata často nemají
9 schopnost zajistit si dostačující bydlení, dostačující péči o ty děti a vlastně nepřipravují se ani
10 na to, že to dítě třeba přijde. Ta finanční stránka tam je, ale neřekla bych že prvotní, protože
11 ono to je právě o tom že třeba je tam prostě finančně negramotnost, mají často veliký dluhy, ale
12 z takových jako nerozumných věcí, že třeba jezdí načerno a neplatí to a tak, takže to jsou takové
13 ty situace, kdy se to jakože vrství a kumuluje a tak je to dohání. A vlastně málokdy tam je
14 nějaká pracovní historie, většinou se často už ani třeba nedoučí, vlastně na trhu práce jsou velmi
15 málo uplatnitelný a násobí se to až s tím, že třeba si berou různé půjčky, které pak nejsou
16 schopný splácet s nějakým nešťastným úvěrem. Etnikum není úplně jako že by to bylo romské,
17 ale často je to takové to etnikum, kdy vlastně ti lidé už dlouhodobě třeba dvě generace nežijí
18 prostě jakoby v pracovním poměru, jsou na úřadech práce, už třeba vlastně tyhle maminky
19 našich dětí vyrostly sami v azylových domech se svými rodiči.

20 T: V jaké rodinné situaci se rodina dítěte nejčastěji nachází. Je to vlastně podobná otázka, ale
21 klidně si ji zopakujem.

22 R: Nejčastěji jsou to svobodné matky nebo jsou rozvedené a nebo to dítě mají s jiným partnerem
23 než než je třeba manžel, když se to potom ještě vlastně komplikuje ta situace dítěte při
24 potencionálním zvažování náhradní rodinné péče.

25 T: Mají jako děti, když jsou rodiny v týhle situaci, možnost jako vrátit se zpátky do té rodiny?

26 R: Určitě, určitě, to to je jakoby první cíl přitom když se dítě dostává do rodiny taky vlastně
27 nabídka, aby sem šla s ním i matka, pokud je to dítě malé, maminka ho kojí tak je to úplně
28 ideální podchytit je v době, kdy je šance že se tam ten vztah ještě může znova jako navázat
29 nebo snažit se navázat, i když je to třeba kolikrát často maminka, která už nějaké děti má a třeba
30 většině případů ani nemá sama ve své péči, tak přesto se snažíme všichni vlastně zúčastnění, i
31 orgán sociálně právní ochrany, který vlastně je ten iniciátor toho přijetí toho dítěte nebo té

32 matky dohromady, tak se snažíme vlastně všichni pomoci a vlastně dostane se jí veškerá
33 sociální podpora vyřízení dávek podpory, možnosti vyřízení dávek, náhradní bydlení nebo
34 nějaké následné pomoci, ale to často máme pocit, že to je na tom vnitřním nastavení té
35 maminky, že je to pro ně třeba často velmi náročné a nehodlají to prostě podstoupit ani pro to
36 malé dítě. Nicméně se ty děti dost do rodin vrací. Zhruba tak v polovině případů. Ty děti, které
37 se sem dostali, tak vlastně zhruba z poloviny se vrátí poté, co si rodina a nebo ta maminka vyřeší
38 situaci, někdy se vrátí do své původní rodiny nebo si najde nějaké ubytování, to se stává.

39 T: Stává se taky naopak, že když se povede takhle o tu nápravu, stane se i to že se vrátí zpět
40 sem do centra?

41 R: Bohužel se nám to taky stává, ale vlastně my se snažíme i tou prací předtím s tím orgánem
42 sociálně právní ochrany vlastně detekovat ta slabá místa, kdyby se to mohlo stát. Protože máme
43 pocit že to opětovné selhání je náročná situace pro to samotné dítě.

44 T: Jaký ty slabá místa si nejčastěji jako všímáte, že by mohly být takový rizikový? Na co se
45 zaměřujete?

46 R: Teď úplně nevím jako slabá místa, třeba v tom že maminka třeba je psychicky nestabilní. To
47 je vlastně nejčastější, že ona třeba jako verbálně projevuje touhu o to dítě pečovat, ale vlastně
48 při tom pobytu tady, kdy má vlastně zajištěny veškeré podmínky, servis, kdy má vlastně jídlo,
49 o sebe postaráno, vypráno, uklizeno a má na starost jenom vlastně to vlastní děťátko. Tak i v
50 těhle případech, těchhle těch jakoby chráněných podmínkách selhává, tak vlastně vždycky se
51 snažíme odstranit jestli to je třeba nějaká jenom jako diskrepance toho jejího její kompetence v
52 době šestinedělí a nebo je to psycho nějak jako osobnostní rys.

53 T: Vlastně, jaké jsou to nejčastěji rodiny z hlediska anamnézy, jako pohlaví, věk, etnikum,
54 úplnosti?

55 R: Většinou matky, jak jsme si říkaly už předtím, jsou to nejčastěji matky svobodné nebo
56 osamělé. Ve většině případů to řeší ty maminky samy. Jsou velmi mladé, nezkušené a ten věk
57 je opravdu od mladého věku, kdy jsme měli i dvanáctiletou maminku, která měla holčičku a
58 vyrůstala v osvojení. Maminka tenkrát ale byla nekompetentní, chtěla holčičku nechat v centru
59 do dovršení vlastních 18 let. Vůbec nedohlídla na to, že dívka v té době půjde do první třídy,
60 takže to je tak pro ilustraci, jaké chodí maminky a jaký mají náhled.

61 T: Nejčastěji jsou to tedy mladé maminky.

62 R: Ano.

63 T: Je nějaký rozdíl jako v tom třeba s četností jestli je jako rozdíl v tom když je ta maminka
64 mladá jako jestli ten věk tam hraje hodně roli jestli to bývají spíše fakt ty mladé matky.

65 R: Nejde o to že si tam ty děti jakoby dávají, oni vlastně dobrovolně sem často jdou až jako
66 vlastně když jim to navrhne Osposd, kdy vlastně oni jsou nějakým způsobem sledovaný protože
67 vlastně Osposd má obavu z toho, že o to její těhotenství až to až se ukončí porodem, že vlastně
68 jsou vedený delší dobu v evidenci pro podporu, jsou to často sledované rodiny. Často se stává
69 totiž že už si matky, ty mladé maminky jsou sledované v rámci svého dětství byly vlastně často
70 sledované už ty jejich rodiny, byly tzv. Dohledové.

71 T: Navážeme hned další otázkou, jestli ty rodiče těch dětí mají podobnou zkušenost, jako ty
72 děti co tady jsou. Jestli teda taky pochází z těch dysfunkčních rodin nebo to nebývá pravidlem.

73 R: Myslím si že nikdy jsem to jako statisticky neporovnávala, ale co jenom tak statisticky můžu
74 říct, tak mám pocit že často jsou to právě děti, které nezažily kvalitní péči, ale ne vždycky že
75 by byly ty rodiny dlouhodobě sledovány nebo že by ti děti byli už jako sami ony odebírané a
76 vyrůstaly třeba mimo vlastní rodinu ale často je to že ta rodina jakoby formálně funguje, ale
77 nestarej se o ně ti rodiče, jsou často rozvedení, to dítě pendluje. Sami, když pak jako odebíráme
78 anamnézu těch maminek, tak ty maminky popisují, že nemají žádné zázemí, že putovaly po
79 kamarádkách a rodičům bylo jedno, kde jsou, nebo že třeba i samy byly na drogách nebo
80 popíjejí alkohol a už sami viděly kriticky ten jejich životní styl. Nicméně potom napodobují tu
81 situaci a řeší to podobně.

82 T: Jak jsou na tom ty rodiny ohledně užívání návykových látek?

83 R: To je asi jeden z nejčastějších a takový jako snadno detekovatelný problém. Že vlastně když
84 tam maminka vykazuje nějaké poruchy chování nebo vlastně jí na porodnici najdou natestujou
85 u ní a vlastně pozitivitu, tak potom je to tam vlastně snadný a dá se uchytit nějaký ten problém.
86 Někdy je to jako snazší že se s tím dá pracovat nicméně často ty ženy nemají dostatek, jak už
87 jsem říkala předtím, dostatek ochoty se toho stylu života zbavit i jako pro to dítě. Třeba často
88 to jako deklarují tak vlastně ten efekt, když je to vlastně dlouhodobá, tak to potom vlastně
89 nezvládnou.

90 T: A máte nějakou zkušenost, že se ty děti tady k těm návykovým vlastně maminkám vrací?

91 R: Máme, malé. Někdy nás to vlastně až trošku znepokojuje, protože se vlastně trošku razí
92 trend, že vlastně užívání návykových látek rodiči je jistá forma jejich životního způsobu, takže
93 se vlastně někdy neobírají děti rodičům, kteří občas jdou na oslavu a opijí alkohol, tak obdobně
94 se k tomu staví ministerstvo práce a sociálních věcí a jejich metodici i v užívání drog, s čím

95 třeba já úplně nesouhlasím, protože mám pocit že u toho alkoholu se ty dávky dají nějak
96 ovlivnit, i když s tím samozřejmě nemůžu souhlasit, že by rodiče alkoholicí byli dobrý, když
97 mluvíme o stylu života. Nicméně ta droga ty rodiče může takzvaně na chvíli úplně vypnout a
98 je tam otázka bezpečnosti těch dětí, a tak ti rodiče sami třeba neví jak to na něj zapůsobí, protože
99 je tam otázka čistoty tý drogy. Sami nám říkali, že vlastně neví, co si kdy kde koupit a co se
100 může přihodit, ale stává se to a často většinou se rodiny vrací pouze tehdy, když je tam garance
101 někoho dalšího. To znamená, že třeba ta maminka jde do azylového domu, kde je dohled, nebo
102 když jde k rodičům či si najde nového partnera. Samozřejmě máme i pozitivní případy, několik,
103 ale to jsou opravdu jednotky a z těch máme velikou radost. Ty maminky to vlastně jakoby
104 vlastně vybojovaly, nebylo to úplně jednoduché. Šly tady potom vlastně na detox do komunity
105 a vlastně ty děti za nima jezdily, pak je měli na pobytu do tréninkového bytu do Prahy, aby se
106 dostala mimo lokalitu, kde předtím užívala a vlastně ty děti tam byly, viděla jsem je a měla
107 jsem z toho velikou radost. Paní se sama ke mně hlásila.

108 T: Co vlastně ty rodiče z hlediska duševních onemocnění? Bývá to taky rizikem?

109 R: Bohužel se setkáváme s tím že se sem dostali právě děti, kde jsou u těch maminek již
110 diagnostikována psychiatrická diagnóza. Často to bývá schizofrenie a je to vlastně následek
111 nadužívání drog v tom gravidním věku.

112 T: Tady jsou taky nějaký jako možnosti, že se ty děti vrátí zpátky do rodiny?

113 R: Jedině pokud tam je udělaný znalecký posudek a vlastně pak se řeší možnosti rodičovské
114 odpovědnosti nebo omezení odpovědnosti. Když jsou dobře medikováni, tak vlastně bez těch
115 příznaků, potom často jsou schopni jako třeba chodit na návštěvy. Vždycky jsou to asistované
116 návštěvy a pokud se dostanou děti do rodin, tak vždycky pouze k tomu, kdo garantuje tu péči.

117 T: Takže matky zpátky diagnostikované třeba s tou schizofrenií nedostávají zpátky to dítě?

118 R: Nepamatuji si to tady u nás, že by jej ta matka dostala. Ono tam totiž bývá často komorbidita.
119 Ať už to bývá často užívání drog nebo porucha osobnosti a když tam ta matka nemá pak
120 podporu a sociální zázemí, tak je to pro ty matky téměř nemožné se o to dítě postarat, jelikož
121 mají problém se i postarat samy o sebe.

122 T: V jakém zdravotním stavu bývají nejčastěji ty děti, když jsou jsem přijatý?

123 R: To se určitě velmi odvíjí od toho jestli sem přijdou rovnou vlastně z rodiny a nebo jestli jsou
124 překladem vlastně třeba ze zdravotnických zařízení. Často sem chodili dětičky vlastně z
125 porodnice, což teďko vlastně už je velmi málo. Vlastně ti kteří jsou schopni a nepotřebuju
126 vyloženě zdravotní péči chodí do pěstounských péčí na přechodnou dobu a ty děti které

127 přicházejí vlastně jakoby záchyt rovnou překladem do DC často chodí na jedno denní pobyt do
128 nemocnice kde se diagnostikuje vlastně zdravotní stav těch dětí. Často pokud jsou vlastně
129 odebrány někde, kde maminka zapomene dítě třeba u restaurace v kočárku, a tak prostě takhle
130 přiveze policie na to nemocniční lůžko, takzvané sociální lůžko a pokud ti vlastně je to taková
131 jako rodina, která je dlouhodobě sledovaná a OSPOD vlastně uzná, že to dítě tam ta maminka
132 už jako vlastně poškozuje, nebo ta rodina ho poškozuje, a tak navrhne předběžné opatření. Na
133 to dítě přijde k nám a často jsou velmi zanedbané, protože vlastně opravdu žijou ve velmi
134 tristních podmínkách, jak fyzicky, že jsou často hladové, špinavé, opruzené, mají svrab nebo
135 jsou často nemocné, mají nějaký infekty, kašel, dlouhodobou rýmu. Mají to z těch
136 nevyhovujících podmínek. Odvíjí se to i od ročního období. V daleko horším stavu děti
137 přicházejí v zimě, než v létě, protože vlastně přece jenom jsou to klimatické podmínky a tomu
138 dítěti bývá v nevytopeném bytě lépe v létě než v zimě. A vlastně proto tady jsme velmi rádi, že
139 máme možnost jako zdravotní péče a zdravotní kontroly. To dítě je pak v jednom prostředí a
140 nemusí docházet za lékařem, což je další stres pro to dítě.

141 T: Super, to byl zdravotní stav. Jaký jsou ty děti z hlediska charakteru nejčastěji tady? Povahy,
142 osobnosti...

143 R: Ona je to velmi složitá otázka, protože je tu velký rozptyl těch dětiček. My máme vlastně
144 tak třetinu dětí, který jsou těžce zdravotně i mentálně hendikepované, protože vlastně tady
145 vyrůstají i děti z běžných rodin sociálně Patologických, ale pokud směřujete k těm dětem, které
146 jsou z toho zanedbávaného prostředí, tak vlastně ty děti u nich často vykazují známky nízké
147 koncentrace, pozornosti, vlastně nedostatečnost jako běžných hygienických dovednostech, ty
148 děti neznají druhy jídla, neví, že je ráno snídaně, v poledne oběd, večere že se jí každý den.
149 Často neznají teplá jídla, jsou takové jako roztěkané, protože vlastně někdy jsou i bázlivé
150 protože vlastně neví, kde budou zase spát večer, mají potíže s usínáním, je to veliké spektrum
151 a záleží i na věku dítěte.

152 T: Liší se tadyto chování těch dětí od toho, jaký byly třeba v té rodině? Říkal vám někdo nějakou
153 zkušenost? Třeba nějaký rodič?

154 R: To úplně nemohu vědět, protože s těmi rodiči často nepřijdeme vůbec do kontaktu,
155 protože vlastně dítě odebírá sociální pracovníce za asistence policie, pokud ti rodiče s tím
156 nesouhlasí a vídáme se vlastně s malým procentem těch rodičů, kteří za nimi potom chodí.
157 Často jsou to právě rodiče, kteří dlouhodobě to dítě zanedbávají a někdy, musím to asi říct, že
158 se nám zdá, že když jim někdo to dítě odebere, že se jim jakoby uleví. Vlastně sami třeba si

159 byli vědomi toho že to nezvládají, že se nezvládali postarat sami o sebe a ty děti vlastně
160 zanedbávali třeba ne cíleně, ale jen proto, že byli nekompetentní.

161 T: A dá se říct že i to dítě může být faktor toho, že se sem dostane?

162 R: Někdy to může být u dětí, které jsou třeba nedonošené. Tam to je typická situace, kdy vlastně
163 se rizikovost dítěte v těch nevhodných podmínkách, který nejsou úplně prostě optimální a ty
164 rodiče mají ztížený životní prostředí. Třeba bydlí v nějakém domě, kde se netopí a musí chodit
165 třeba pro dříví nebo nějakým způsobem a do toho třeba mají dráždivé dítě, které bylo
166 nedonošené a mají k němu vlastně ještě nevytvořenou vazbu, tak často se tam stává, že oni
167 vnímají to dítě jako prostředek těch obtíží, který jako vlastně se jim teď dějí. Že za nima třeba
168 chodí ten orgán sociálně právní ochrany a takže tam vlastně bývá to přenesení, že si ten rodič
169 neuvědomuje, že on to způsobil a on do toho to dítě přivedl. Má pocit, že to dítě se nechová
170 dobře, že vlastně pláče a křičí a on vlastně neví, nemůže se vyspat a dává těm dětem tu vinu.

171 T: A třeba u dětí ne nedonošených, ale kterých se týká ta dlouhodobá hendikepovanost jako
172 diagnóza somatická?

173 R: Pokud tam jsou děti delší dobu, tak často u nich právě tím jak oni třeba mění to sociální
174 prostředí, stěhují se, tak ty děti vlastně vykazují jednoznačně známky deprivace a vlastně ty
175 děti potom jsou i obtížně vychovatelné, protože vlastně jsou nečitelné pro ty vlastní rodiče.

176 T: Jak vlastně třeba konkrétně vy byste pracovala na tom, aby se jako zmírňovaly tady ty
177 rizikové faktory u těch rodin? Jak s těma rodinama jako pracujete na zmírňování?

178 R: My se k těm rodinám úplně moc nedostaneme tady. Vlastně s tím můžeme pracovat jenom
179 tehdy, když vlastně chodí za těmi dětmi na návštěvu, což je velmi malinké procento a tam se
180 samozřejmě potom snažíme velmi intenzivně, ve spolupráci se sociálním pracovníkem, aby se
181 jako jim usnadnil ten návrat do rodiny, pokud ti rodiče opravdu o to dítě mají zájem a snaží se
182 vlastně nějakým způsobem pro ně něco udělat. Takže tam jsou možné navázání třeba na
183 dluhovou poradnu, Člověk v tísní... Dokonce při návštěvách jsme schopni tady vlastně
184 zkontaktovat ty rodiče, že vlastně ani třeba neví kde by tu poradnu našli, tak tady vlastně s nimi
185 udělají vše potřebné. Najdou, zkontaktují, domluví. Například naposledy zjistili, kde všude má
186 jako dluhy. Starají se o ně způsobem opravdu jako téměř rodičovským. Většinou to jako skončí
187 u toho, že vlastně oni v dobu, kdy to dítě je umístěno u nás můžou nastoupit do práce. Jenže,
188 jak nemají ty návyky, tak oni jdou do práce 2-3 dny, pak jsou unavený, tak už ve čtvrtek a v
189 pátek nejdou. Je třeba vysvětlovat těm rodičům na návštěvách, jak optimálně by se měli o to
190 dítě starat, jak ho zabavit a vlastně minimalizovali takové to zlobení dětí, jak oni nazývají. Že

191 vlastně to dítě neposlouchá, že na něj křičí, jelikož mají omezené výchovné prostředky z jejich
192 vlastní zkušenosti.

193 T: Jak při návratu sem, jako do centra, když se ty děti vrátí znovu jako z té rodiny, je vidět u
194 těch rodin nějaká teda změna nápravy těch rizikových faktorů?

195 R: No domnívám se, že když se sem vrátí, tak tam asi moc k velké změně nedošlo, nebo se tam
196 dostane další sourozenec a situace se ještě zhoršuje, protože ty maminky ještě než vlastně vyřeší
197 situaci okolo toho dítěte, které tady u nás je, tak vlastně často už jsou těhotné a čekají často i s
198 novým partnerem nové dítě. Takže to si netroufám posoudit.

199 T: Takže dalo by se říct, jako že nepřibývají, ale ani se neeliminují žádný ty faktury.

200 R: Oni se můžou proměnit. Třeba ta maminka prostě třeba v začátku jenom to nezvládala sama
201 nebo neměla bydlení a pak když to dítě má doma, potom zase se do toho narodí jiné dítě, tak
202 tam často bývá ještě konfliktnost ve vztazích, jo nějaký i domácí násilí. Často se stává, že ty
203 ženy jsou třeba zneužívány ve smyslu, že partner je gambler a vlastně bere jí sociální dávky,
204 které má na ty děti. Ona je na něm závislá, protože si jí nastěhoval k sobě do bytu, takže tam
205 bývá i taková proměna a někdy i ty maminky pak začnou užívat drogy, například pervitin, že
206 nevěděla, kdy bude spát, že neměla jídlo, takže vlastně to byla otázka toho, že vlastně ať předtím
207 porodila coby bez závislosti tak vlastně v průběhu péče o druhé dítě začla užívat drogy.

Příloha XIII – Tabulka zjištěných faktorů u skupiny opakovaných příchodů do DC

Kategorie	ID Případu																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Etnikum rodiny	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00
Vliv lokality, komunity a okolí na rodinu	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Transgenerační syndrom v rodině	10	10	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Pracovní život a návyky v rodině	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	10	01	00	00	10	01	10	00
Finanční síla a gramotnost v rodině	01	01	10	11	00	11	10	00	00	00	01	11	00	10	00	01	00	11	00	00
Bytové zázemí v rodině	11	11	11	11	00	11	11	11	11	11	11	01	01	11	01	11	11	11	01	00
Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem	10	10	00	00	01	00	11	00	00	10	01	00	10	00	10	00	01	00	00	10
Matka zůstává s dítětem sama	00	00	00	11	00	00	01	00	10	00	00	10	10	00	10	10	10	10	00	00
Matka zakládá další rodinu	00	00	00	00	00	00	01	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Otec o dítě nemá zájem	00	00	00	11	00	00	01	00	00	00	00	10	10	00	10	10	10	10	00	00
Matky jsou v mladém věku	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	00	00	10	00	00	00	00
Širší rodina dodává podporu	00	00	11	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	00	00	00	00
Náhradní rodina je řešením situace dítěte	00	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00
Otec dítěte rodinu podporuje	00	01	10	00	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rodiče užívají návykové látky	00	00	00	00	00	10	01	00	00	10	00	10	01	00	01	10	10	00	10	00
Zdravotní stav dítěte	01	00	00	00	10	00	10	00	00	00	00	10	00	00	00	10	11	00	00	11
Rodiče trpí duševní poruchou	00	01	00	00	00	00	00	00	00	10	00	00	00	00	11	00	00	00	11	00
Zanedbání základních potřeb dítěte	01	00	10	10	11	11	11	00	00	01	11	10	11	01	00	10	01	00	00	00
Matka nepečuje o více svých dětí	00	00	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rodiče situaci nezvládají a ztrácejí zájem o dítě	01	01	10	00	00	01	01	01	01	00	00	00	01	00	00	00	11	00	00	01
Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace	10	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	10	00	00	00	00	00
Širší rodina neposkytuje podporu	10	00	00	11	00	00	00	00	00	00	00	01	01	00	01	00	00	00	00	00
Problémy se objevují i v úplné rodině	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	11

Dítě do DC přichází traumatizované	01	00	00	00	11	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rodiče mají problémový vztah	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	01	00	00	00	00	00	10	00	00
Rodiče dělají kriminální činnost	00	01	00	00	00	00	00	10	10	00	01	00	00	11	00	00	00	00	00	00	00
Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí	00	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Domácí násilí a týrání dítěte v rodině	01	00	00	00	11	00	00	00	00	00	10	00	01	00	00	00	00	00	00	10	00
Matka nemá k dítěti vztah	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rodiče jsou vůči sociálním pracovníkům agresivní	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rodiče propadli hazardu	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	10	00

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Příloha XIV – Tabulka zjištěných faktorů u skupiny ojedinělých příchodů do DC

Kategorie	ID Případu																			
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Etnikum rodiny	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Pracovní život a návyky v rodině	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Finanční síla a gramotnost v rodině	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Bytové zázemí v rodině	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
Nedostatečná vybavenost pro život s dítětem	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Matka zakládá další rodinu	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Otec o dítě nemá zájem	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Matky jsou v mladém věku	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Širší rodina dodává podporu	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
Náhradní rodina je řešením situace dítěte	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Práce s rodinou ze strany DC	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodiče užívají návykové látky	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0
Zdravotní stav dítěte	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Rodiče trpí duševní poruchou	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Zanedbání základních potřeb dítěte	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
Charakter dětí z pohledu DC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rodiče situaci nezvládají a ztrácejí zájem o dítě	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Rodiče vydávají aktivitu pro nápravu situace	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Problémy se objevují i v úplné rodině	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odebrání dítěte z biologické rodiny	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodiče mají problémový vztah	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Rodiče nemají na péči o dítě čas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodiče dělají kriminální činnost	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Na situaci v rodině upozorňuje jejich okolí	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domácí násilí a týrání dítěte v rodině	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Jeden z rodičů umírá	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024