

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Tereza Heřmánková

Změny v péči o dítě po transformaci z kojeneckého ústavů do
dětského centra

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.

2021

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....
Tereza Heřmánková

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za cenné rady a připomínky. Děkuji také všem respondentům, kteří se účastnili mého výzkumu. V neposlední řadě, chci také poděkovat mé rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1 KOJENECKÉ ÚSTAVY.....	3
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC.....	3
1.2 CHARAKTERISTIKA.....	4
2 DŮVODY TRANSFORMACE KOJENECKÝCH ÚSTAVŮ.....	6
3 CÍLE TRANSFORMACE KOJENECKÝCH ÚSTAVŮ	9
4 PROCES TRANSFORMACE KOJENECKÝCH ÚSTAVŮ	12
5 DĚTSKÁ CENTRA (DC).....	14
5.1 CHARAKTERISTIKA.....	14
5.2 ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC (ZDVOP)	15
5.3 DENNÍ STACIONÁŘ.....	15
5.4 ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	16
VÝZKUMNÁ ČÁST	17
6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	18
7 METODOLOGIE.....	19
7.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	19
7.2 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	19
7.3 OTÁZKY K STRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU.....	20
7.4 ETICKÝ ASPEKT VÝZKUMU	21
7.5 VOLBA VÝZKUMNÉHO VZORKU	22
7.5.1 DC Veská	22
7.5.2 DC Svitavy	23
7.5.3 DC Jihlava.....	24
7.6 PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	26
8 ANALÝZA DAT	28
8.1 INTERPRETACE DAT A VÝSLEDKY VÝZKUMU	28
8.1.1 Shrnutí výzkumu	37
9 DISKUZE.....	39
ZÁVĚR.....	41
BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM.....	43
UŽITÉ ZKRATKY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM	47

Úvod

Jako motivací k napsání této bakalářské práce mě vedl můj profesní zájem o problematiku procesu transformace péče o ohrožené děti, neboť sama pracuji jako pracovnice přímé péče v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Toto zařízení prošlo procesem transformace z kojeneckého ústavu do dětského centra, proto je mi toto téma blízké. V současné době je péče o ty nejmenší děti velmi diskutována ve veřejném prostoru, zejména vzhledem ke snaze o prosazení zákona o zákazu umístování dětí do 3 let věku do ústavní péče. Pracovnice v těchto zařízeních stojí opět na určitém pomezí. Řada z nich nastoupila do velkokapacitních zařízení, která pečovala o ty nejmenší děti. Časem se transformovala do dětských center, která si zakládají na širším spektru poskytovaných služeb a rodinném prostředí. V současné době je pravděpodobně čeká další velká změna, a to na centra komplexních služeb. Tato centra budou své působení zaměřovat na preventivní a ambulantní služby a pobytová část by tak měla být upozaděna.

Cílem teoretické části této bakalářské práce je popsání cílů a procesu transformace kojeneckých ústavů a představení dětských center, do kterých se kojenecká zařízení transformovala.

V empirické části je cílem analyzovat následné změny v péči o dítě, po transformaci z kojeneckých ústavu do dětských center. Budu zjišťovat především to, zda se podařilo docílit změn v péči o děti, které měly nastat po transformaci z kojeneckého ústavu do dětského centra.

Teoretická část je rozdělena do několika stěžejních kapitol. V první kapitole nejprve popisují, jak v minulosti vypadaly kojenecké ústavy, jejich legislativní rámec a charakteristiku. Zaměřuji se především na aspekt, jak bylo o děti v kojeneckých ústavech pečováno. Po představení kojeneckých ústavů popíši důvody, které vedly k jejich transformaci. Transformace kojeneckých ústavů měla určité cíle a ty vymezím v kapitole následující. Další kapitola formuluje proces transformace kojeneckých ústavů. V mé práci se zabývám transformací kojeneckých ústavů do dětských center, proto je nezbytné si definovat dětská centra a konkrétní služby, které poskytují.

Ve výzkumné části nejprve popíši výzkumnou metodu – kvalitativní výzkum a výzkumnou techniku – strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Dále se zaměřím na etický aspekt výzkumu, volbu výzkumného vzorku, průběh sběru dat, analýzu dat a na závěr interpretaci dat a výsledky výzkumu.

V rámci výzkumné části jsem se rozhodla zaměřit na konkrétní aspekty, které budu v rámci mého výzkumu zkoumat. Výzkum bude zaměřen na tři dílčí oblasti zkoumání a to dítě, pracovník a prostředí.

Teoretická část

1 Kojenecké ústavy

Než představím transformační proces kojeneckých ústavů je nezbytné si představit, jakými zařízeními kojenecké ústavy byly. Tento vhled do minulosti je nezbytný pro účely této práce. Především se zaměřím na to, jak bylo v kojeneckých ústavech o děti pečováno.

Ačkoliv je povinností rodičů zajistit příznivý vývoj, péči a výchovu dítěte, někteří nejsou schopni nebo nemohou tyto povinnosti plnit. Je tedy nezbytné vyhledat jinou formu náhradní péče, která bude v zájmu dítěte. Náhradní péče o dítě je v České republice realizována dvěma způsoby. První možností je náhradní rodinná péče, ta by měla být vždy upřednostňována. Druhou možností je náhradní ústavní výchova. Ta je poskytována ve školských, zdravotnických a sociálních zařízeních. V této kapitole se zaměříme na konkrétní zdravotnické zařízení – kojenecký ústav.

Je tomu 99 let, kdy vznikl první kojenecký ústav v pražské Krči. V péči o ty nejmenší se udála řada zásadních změn a současní představitelé usilují o úplné zrušení ústavní péče o děti do 3 let věku.

Ústavní péče není vhodným prostředím pro vývoj malých dětí. Pro děti do tří let je klíčové navázat pevnou vazbu ke stálé pečující osobě – obvykle matce. Tato osoba je většinu času s dítětem a reaguje na jeho potřeby individuálním způsobem. Děti v kojeneckých ústavech tuto možnost, navzdory často obětavému personálu, nemají. Dítě většinou uspává jiná osoba, než která k němu přijde ráno po probuzení. Dochází k častému střídání personálu, a navíc má většinou jedna sestřička na starost větší počet dětí. (Lumos, 2020, str.1)

V následující kapitole bude definovat kojenecké ústavy, jejich legislativní rámec, charakteristiku, transformaci a deinstitucionalizaci.

1.1 Legislativní rámec

Kojenecké ústavy jsou zdravotnická zařízení spadající pod Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zřizovateli jsou kraje nebo obce.

Dle nařízení č. 24/1952 Sb. Nařízení ministerstva zdravotnictví o organizaci preventivní a léčebné péče poskytují kojenecké ústavy ústavní ošetřování kojencům zpravidla jen do jednoho roku, je-li vývoj dítěte ohrožen zejména vrozenou slabostí, vrozenými vadami,

proběhlou nemocí, nesprávnou výživou nebo nevhodným domácím prostředím. Zvláštní péči věnuje ústav nedonošeným novorozencům.

Dle vyhlášky č. 242/1991 Sb. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi se dětské domovy a kojenecké ústavy, podle místních podmínek spojí ve společná zařízení. Nové kojenecké ústavy se nezřizují. Tato vyhláška byla zrušena k 1.4.2012 a byla nahrazena zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kdy se ke dni nabytí tohoto zákona považují kojenecké ústavy za dětské domovy pro děti do 3 let věku.

1.2 Charakteristika

Pro některé děti je pobyt v porodnici začátkem série ústavních pobytů, pokračující kojeneckým ústavem a dětským domovem, který končí až v dospělosti. Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče (případně rodiče mají, ale ti nejsou způsobilí je vychovávat), má riziko dobře známé a dobře pojmenované: deprivanční syndrom. (Matoušek, 1999, str. 63)

Matoušek (2008, str.84) definuje kojenecký ústav jako zařízení pro nejmenší děti, které nemají možnost vyrůstat v rodině. Jeho vedoucím je lékař a vychovateli jsou v něm zdravotní sestry. Kojenecký ústav má za úkol poskytovat základní péči, zajišťovat jejich sociálně-právní situaci a v případě nezájmu rodičů ve spolupráci s oddělením sociálně-právní ochrany dětí zprostředkovat vhodný typ další výchovné péče.

V některých kojeneckých ústavech jsou zřízena oddělení pro matky s dětmi, které umožňují krátkodobé i dlouhodobé pobyty těhotným matkám a matkám s malými dětmi, jež pro výchovu dítěte nemají vhodné podmínky (nezletilé matky z diagnostických a výchovných ústavů, matky žijící v konfliktním domácím prostředí apod.). Kromě vlastní péče o děti, případně matky, poskytují některé ústavy zácvikové programy rodičům, kteří mají těžkosti v péči o zdravé, případně postižené dítě. Dále poskytují přípravné kurzy žadatelům o adopci, případně osobám žádajícím o svěření dítěte do pěstounské péče a průběžně kontrolují stav dětí předaných z ústavu do náhradní rodinné péče. Při některých kojeneckých ústavech fungují i rodičovské kluby adoptivních rodičů a pěstounů. (Matoušek, 1999, str. 66, 67)

Dle Matouška (1999, str. 66) jsou děti přijímané do kojeneckého ústavu ohrožené týráním, nebo zanedbáváním, děti opuštěné a děti vážně zdravotně postižené, obvykle kombinovanými vadami. Menší část dětí se do ústavu dostane, proto že se narodí rodičům, kteří je opustí (matka porodí a uteče z porodnice). Některé ústavy poskytují i krátkodobou pomoc dětem z rodin, v nichž rodiče nemohou poskytovat péči dětem, protože jsou vážně nemocní,

prodělávají odvykací léčbu v protialkoholní nebo protidrogové léčebně, jsou ve vězení, přišli o byt apod.

Významnou osobností v péči o děti v kojeneckých ústavech byla Marie Damborská (1969, str. 22-25), ta popisuje život dítěte v zařízení. Hlavním činitelem ve výchově dítěte je dospělý člověk. Jeho přítomnost a výchovné působení nelze ničím nahradit. Velmi důležité jsou však i materiální podmínky výchovy jako budova, vnitřní vybavení, výzdoba místností, zahrada a hračky. Je důležité budovu zařízení neumísťovat izolovaně, mimo sídliště nebo přímo do areálu nemocnice. Děti jsou rozděleny tak, aby celé skupině vyhovovalo vybavení a výchovný program. Každá skupina má své místnosti jako je herna, ložnice s terasou, umývárnu s koupelnou a záchody. Takové oddělení tvoří celek a s personálem je to samostatná organizační jednotka. Výchovný nábytek pro kojence zahrnuje postýlky, manéže, krmící stolky, přihrádky, pohovky, hrací pultíky a ohrádky.

Damborská (1969, str.45-49) dále popisuje, že vychovatel pečuje o 10 až 20 dětí. Ty se z výchovných důvodů rozdělují nejčastěji podle věku. To usnadňuje práci vychovateli, protože může použít stejných výchovných metod. Přináší to i řadu nevýhod, jako popření přirozených dětských skupin například sourozenci, děti v parku nebo na návsi. Mladší děti se od těch starších sourozenců nebo kamarádů naučí často více než od rodičů. Toto výchovné působení starší dětské generace na tu mladší, je v ústavech, kde spolu žijí děti stejného věku, zcela omezeno. Každá skupina dětí musí mít svůj program, v němž je vyhrazena doba pro úkony základní péče jako krmení, přebalování, mytí, koupání a ukládání ke spánku. Jakmile je to možné, je nezbytné zařadit také program určený přímo k výchově. Dítě potřebuje, aby jej někdo motoricky stimuloval k pohybu, ke hře, aby se s ním polaskal, učil jej rozumět řeči nebo mu předřikávat slabiky. V kojeneckém oddělení se program zaměstnávání dětí přibližně opakuje. Je ovšem jiný u skupiny dětí od 3 do 6 měsíců, od 6 do 9 měsíců a od 9 do 12 měsíců. Pracovníci se snaží, aby denně neopakovali tytéž písničky, mění hudební nástroje, obměňují i říkanky a škádlivky.

2 Důvody transformace kojeneckých ústavů

Hlavními důvody, pro kterou byla nutná transformace kojeneckých ústavů byl nepříznivý vliv na vývoj dítěte. Na tom, že si děti, které jsou v prvních letech života umístěné v ústavní péči nesou následky až do konce života se shoduje většina odborníků. Ačkoliv byly téměř všechny kojenecké ústavy transformovány, dva kojenecké ústavy stále v pravém slova smyslu zůstávají, proto tyto důvody z velké části přetrvávají i v současnosti.

Dopadem na vývoj umístění dětí do institucionální péče se zabývá výzkum Harvardské univerzity (2007). Výzkum popisuje pět následků nepříznivého vývoje dětí v ústavní péči.

1. V prvních letech života prochází mozek nejrychlejším vývojem a první zkušenosti určují, zda je jeho architektura silná nebo křehká. V raném období vývoje je mozek nejvíce otevřený vlivu vnějších zkušeností, ať už jsou pozitivní nebo negativní. Během tohoto citlivého období je utvářen emocionální a kognitivní vývoj interakcí s dospělými. Zatímco chronický nebo nepříznivý vývoj, může přerušit normální vývoj mozku. Například děti, které byly krátce po narození umístěné do dětských domovů, vykazují sníženou mozkovou aktivitu oproti dětem, které nežijí v institucionální péči.

2. Učení, jak se vypořádat s nepřízní osudu, je důležitou součástí zdravého vývoje dítěte. Reakcí na stres je mimo jiné tvorba hormonu kortizol. Když je malé dítě chráněno podpurnými vztahy s dospělými, učí se tak zvládat každodenní výzvy a jeho reakce na stres se tak vrací na výchozí úroveň. Pokud se bez podpory dospělých, dítě vyskytuje často pod toxickým stresem, narušuje nadměrná tvorba kortizolu vývoj mozkových spojů.

3. Nepříznivá životní situace v raném dětství, může vést k celoživotním problémům. Toxický stres vyvolaný v raném věku může být způsobený faktory jako chudoba, zneužívání, zanedbávání, zneužívání návykových látek nebo vystavení násilí si mohou vybrat daň na fyzickém stavu jedince a jeho duševním zdraví. Čím více negativních zkušeností v dětství, tím větší je pravděpodobnost zpoždění v rozvoji. Dospělí s nežádoucími zkušenostmi v raném dětství, tak mohou trpět zdravotními problémy, jako je alkoholismus, deprese, srdeční choroby nebo cukrovka.

4. Stabilní a pečující vztahy jsou nezbytné pro zdravý vývoj. Děti se rozvíjí v prostředí vztahů, které začínají v domácnosti a zahrnují další členy rodiny. Studie ukazuje, že batolata, která mají bezpečné a důvěryhodné vztahy s rodiči mají minimální aktivaci stresového hormonu a ti, kteří mají nejisté vztahy, zažívají významnou aktivaci stresové reakce.

5. Základní principy neurovědy naznačují, že poskytování podpurných podmínek v raném dětství je účinnější a méně nákladné než pokusy o pozdější řešení následků rané

deprivace. Prostředí, ve kterém děti žijí a učí se a kvalita jejich vztahu s dospělými nebo pečovateli, má významný dopad na jejich kognitivní, emoční a sociální rozvoj. (The impact of early adversity on children's development, 2007)

Dalším velmi významným důvodem ke zrušení ústavní péče je také možné násilí v institucích.

Globální studie OSN o násilí na dětech zjistila rozsáhlé a zneklidňující důkazy o násilích na dětech v ústavních zařízeních. Slabý poměr personálu na dítě v ústavních zařízeních má často za následek zanedbávání a někdy zneužívání. Výsledkem toho děti, které je obtížné krmit, jako nemluvnata nemusí přijímat veškerou potravu, kterou potřebují, jednoduše proto, že zde není dostatek personálu k řádnému nakrmení. Nemluvnata jsou často ponechána v zašpiněných plenkách dlouhou dobu, což jim působí nepohodlí. (Mulheir, Browne a kol, 2007, str. 22 a 23)

Jedním z důvodů rušení kojeneckých ústavů, je také jejich finanční náročnost. Ta je oproti NRP, nebo podpoře rodiny využitím preventivních a ambulantních služeb výrazně nákladnější.

Výdaje z veřejného rozpočtu na financování systému péče o ohrožené děti přesáhly v roce 2016 10,8 mld. Kč. Rozhodující část výdajů veřejných rozpočtů (77,7 %) směřuje do oblasti náhradní péče o děti a do oblasti prevence pouze 7,9 %. Konkrétně šlo 42 % financí na institucionální péči, 36 % do náhradní rodinné péče, 14 % do veřejnoprávní ochrany dětí a pouhých 8 % do preventivní péče. (Macela, 2018)

Lumos přináší finanční srovnání nákladů na jedno dítě. V kojeneckém ústavu jsou roční náklady 560 004 Kč, v pěstounské péči na přechodnou dobu 430 180 Kč a u setrvání dítěte v rodině díky podpoře terénních služeb 28 496 Kč. (Lumos, 2014, str. 9)

Důvodem ke zrušení kojeneckých ústavů nebyl pouze negativní dopad na vývoj dětí, ačkoliv to byl nejzásadnější důvod, ale také podpora náhradních forem rodinné péče, díky níž už nebylo potřeba takových ústavních kapacit.

Změna přišla po roce 1989, kdy se daří zvyšovat počty dětí odcházejících do NRP. Do osvojení se dostává z původních cca 10 % dětí ze všech propuštěných v roce 1990, v roce 2014 již 28,7 % ze všech propuštěných dětí. Ve společnosti také stoupá tendence zpochybňovat kvalitu péče o děti v zařízeních. (Bruthansová a kol., 2005, str. 13)

Později v roce 2013 vstoupila v účinnost významná novela Zákona o sociálně právní ochraně dětí, kterou došlo, mimo jiné, k výraznému zlepšení podmínek pro výkon pěstounské péče, zejména pěstounské péče na přechodnou dobu. (Lumos 2014, str. 2)

Uhlová (2016) uvádí, že právě tato novela ztížila odebrání dětí z rodin. Sociální pracovníce musejí v případě problémů v rodinách vytvářet individuální plány ochrany dítěte,

což například znamená, že mají povinnost hledat pro rodinu sociální službu, která pomůže situaci napravit.

Právě zmíněná novela společně se zvyšujícím se počtem pěstounů na přechodnou dobu, umožnila kojeneckým ústavům ustupovat od péče o ty nejmenší děti do 3 let věku a začít se věnovat i dalším službám.

Snaze o transformaci kojeneckých ústavů nebylo vždy přáno. Důvody, které zabraňovaly a stále zabraňují zdárnému dokončení transformace v mnoha ohledech stále přetrvávají.

Uhlová (2016) dále pokračuje, že lobby některých ředitelů a zaměstnanců kojeneckých ústavů a dětských domovů, pracuje intenzivně na tom, aby se systém nereformoval. Český systém je podle nich dobrý a není jej třeba nijak výrazně měnit. Sami sebe vydávají za jediné odborníky a na svou stranu se jim podařilo dostat řadu politiků.

Kačírková (2020) ředitelka organizace Lumos říká, že v ČR stále přetrvává „mentální nastavení“ či pocit, že se neobejdeme bez ústavní péče. Obzvláště u specifických skupin dětí. Nevědomky se tak dostáváme, až na hranici diskriminace. Právě u dětí s postižením si jejich situaci omlouváme tím, že je oprávněné je do ústavu umisťovat. Čísla počtu dětí dokazují, že ČR je připravena na rušení ústavů, ale velkou roli v tom hraje právě mentální nastavení společnosti.

3 Cíle transformace kojeneckých ústavů

Tato kapitola bude zásadní pro výzkumnou část, protože v ní budou představeny cíle, kterých mělo být dosaženo po transformaci kojeneckých ústavů.

Dětské domovy pro děti do 3 let jsou zřizovány v naprosté většině krajů. Na rozdíl od školské oblasti u těchto subjektů neexistuje na centrální úrovni žádná konkrétní koncepce jejich transformace nebo dalšího rozvoje. Další osud těchto zařízení je zcela v rukou jejich zřizovatelů, kteří se plně podílejí na financování jejich provozu. (MPSV, 2015, str.57)

Dokumentem, který částečně nastavuje cíle transformace je národní akční plán, který navazuje na návrh transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti roku 2009.

Národní akční plán stanovuje cíle transformace všech institucionálních zařízení jako kojenecké ústavy nebo dětské domovy následovně: rozšíření poskytovaných služeb směrem k poskytování komplexní a ucelené péče o dítě, podpoře péče rodinného typu a podpora práce s rodinnou dítěte umístěného v zařízení. (Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti, 2009, str.14)

Jak už bylo napsáno, konkrétní cíle na celorepublikové úrovni, transformace kojeneckých ústavů nastaveny nebyly. Proto jsem se rozhodla využít pro účely této práce kritéria transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb komunitního charakteru. Ačkoliv si jsem vědoma faktu, že kojenecké ústavy nebyly, ani nejsou sociální službou, domnívám se, že se jedná o podobné typy zařízení a lze tyto kritéria využít i na transformaci kojeneckých ústavů.

Nastavení cílů spočívá především v tom, že dítě žije v přirozeném prostředí a udržuje sociální vztahy. Zařízení podporuje udržování a rozvoj schopností, dovedností a samostatného rozhodování dítěte, využívá zdrojů v komunitě a podporuje individualitu dítěte. Ve směru k provozním záležitostem jsou nastaveny následující cíle: provoz domácnosti je zajišťován jeho samotnými obyvateli, skladba dětí na domácnosti se může přizpůsobovat jejich přání, ale zároveň i požadavkům provozu a bezpečnosti. Cíle směrem k lokalitě jsou: domácnost je umístěna v bytovém nebo rodinném domě, má charakter běžného bydlení v běžné zástavbě, domácnost není ve stejné budově jako ostatní služby a domácnost je umístěna tak, že je v dostupné vzdálenosti veřejných služeb. Zázemí a vybavení má následující cíle: domácnost je běžně uspořádaná bytová jednotka, odpovídá počtu obyvatel a jejich soukromí, děti mají v domácnosti své pokoje, prostory domácnosti mají osobní charakter, personál užívá vybavení domácnosti s respektem ke klientům, zázemí pro management není součástí domácnosti a

podoba objektu odpovídá charakterem dalším objektům v lokalitě. (Kritéria transformace a deinstitucionalizace, 2015, str. 15-17)

MPSV zajistilo pro kraje možnost podávat žádosti o financování projektu Evropského hospodářského prostoru a Norska, z nichž mohly kraje čerpat finanční prostředky na komunikaci, plánování vzdělávání, analýzy a další aktivity na podporu deinstitucionalizace. O toto financování si však zažádaly pouze dva kraje: Pardubický kraj a Zlínský kraj. V ostatních krajích ČR dosud nepřijaly silný závazek k deinstitucionalizaci. Je zásadní, aby se k tomuto procesu zavázaly všechny tři dotčené odbory, neboť úspěšná síť komunitních služeb, která dokáže nahradit ústavní zařízení, si bude žádat i funkční systém inkluzivního vzdělávání a dostupné zdravotnické a sociální služby. (Lumos, 2018, str.28)

Jak už bylo napsáno Pardubický kraj se zapojil do projektu, který měl za cíl transformaci zařízení. Můj výzkum jsem uskutečnila ve dvou těchto zařízeních v Pardubickém kraji, proto mohu více podrobněji představit dva konkrétní transformační plány.

DC Veská se zapojilo do projektu, který probíhal v rámci Pardubického kraje. Zapojilo se do něj celkem 8 zařízení. Kromě dětských center, také dětské domovy.

Od 1.2.2015 do 30.4.2017 probíhalo zpracování projektu „Transformace péče o ohrožené děti a mládež“, který se uskutečnil díky grantu z fondů Evropského hospodářského prostoru Norska 2009-2014 v rámci programu CZ-04 Ohrožené děti a mládež. Pracovníci jednotlivých zařízení prošly řadou školení a ve spolupráci s externími konzultanty připravili transformační plány všech osmi zařízení v kraji. Pardubický kraj je tak prvním regionem, kdy mají všechny dětské domovy a dětská centra připraveny transformační plány. (krajprorodinu.cz, 2019)

V rámci transformačního plánu vytvořeným dětským centrem byly navrženy tyto změny:

Dojde ke sloučení s Dětským domovem pro děti od 1 do 3 let v Holicích a DC Veská. V Holicích zůstane pouze ZDVOP. Bylo navrženo zrušení kapacity pro ústavní zařízení a ve Veské počet těchto lůžek také zredukovat. V komunitě budou pronajaty 3 byty pro ZDVOP a 4 pro tzv. společné pobyty. Zdravotnické služby budou poskytovány buď ambulantně, nebo při terénní práci. Ambulantně bude fungovat rehabilitační stacionář a dětská skupina. Terénní služby se budou více zaměřovat na prevenci. Středisko Veská se bude zaměřovat na tzv. doprovázení pěstounů a středisko Holice se zaměří na podporu biologické rodiny. (Tisková zpráva, 2016)

Transformační plán byl tedy tvořen v letech 2015 až 2017. Aktuálně je pravidelně aktualizován a naplňován.

Zařízení DC Svitavy se stejně jako DC Veská zúčastnilo projektu „Transformace péče o ohrožené děti a mládež“. Dětské centrum si v rámci transformačního plánu, který zpracovávalo od roku 2015 do roku 2017, navrhlo následující změny:

Stávající budova DC bude fungovat jako multifunkční ambulantní centrum zdravotních, výchovných a zdravotně sociálních služeb nejen pro ohrožené děti. Bude zde i rehabilitace, rehabilitační stacionář a také dětská skupina. Současně bude sloužit jako zázemí terénních služeb a jen malá kapacita pro pobytové služby. Bude zde poskytována i podpora pro rodiny s dětmi i o uchazeče o náhradní rodinnou péči. Bude zachována kapacita pro resocializační pobyty. ZDVOP bude fungovat v menší kapacitě, a to v komunitním bydlení. (Tisková zpráva, 2016)

4 Proces transformace kojeneckých ústavů

Transformace je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v přirozeném prostředí člověka a snižování ústavních kapacit. Mluvíme o ní v souvislosti se změnami v konkrétních zařízeních. Jejím cílem je zajistit pro každého uživatele dané sociální služby ústavního charakteru podporu dle jeho přání a potřeb takovým způsobem a v takovém prostředí, které je běžné i pro ostatní lidi ve společnosti. (www.trass.cz, nedatováno)

Transformace systému péče o ohrožené děti neznamená zrušení všech pobytových zařízení. V komplexní síti služeb pro děti a jejich rodiny, má tento druh péče své místo, například u dětí s velmi vážným zdravotním postižením či rizikovými druhy chování. Tyto služby by však měly být integrovány v běžné komunitě a svým charakterem a velikostí by se měly přiblížit rodinnému prostředí. (Lumos, 2014, str. 1)

Změny po roce 1989 znamenaly výraznou redukci kojeneckých ústavů z původních 52 na 37. To především z důvodu nižšího počtu narozených dětí, rozvoji ambulantních zařízení, vyššího počtu dětí umístěných do náhradní rodinné péče, zpochybňování kvality péče v kojeneckých zařízeních a omezení finančních zdrojů. (Bruthansová a kol., 2005, str. 10-13)

Dle Plíkové z MPSV bylo v roce 2011 v české republice 34 kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. V roce 2010, tak prošlo kojeneckými ústavami, dětskými domovy pro děti do 3 let a dětskými centry 2 077 dětí. Výbor OSN pro práva dítěte vyzval dne 17.června 2011 Českou republiku, aby vytvořila strategii pro snížení počtu dětí žijících v ústavní péči. V tiskové zprávě se také uvádí, že budou provedeny legislativní kroky vedoucí k tomu, aby nebylo možné od roku 2014 umisťovat děti do 3 let věku do ústavní péče. (Plíková, 2011, str.1) Přesto k uzavírání ústavních zařízení pečujících o děti do 3 let nedošlo.

Jak již bylo napsáno výše, k 1.4. 2012 byly považovány všechny kojenecké ústavy za dětské domovy pro děti do 3 let věku. Ačkoliv byly kojenecké ústavy transformovány do DD do 3 let v jejich fungování se toho mnoho nezměnilo. Stále se v zařízení nacházely ty nejmenší děti. I proto je v dnešní době jak veřejnost, tak mnoho odborníků stále považuje za kojenecké ústavy.

V roce 2020 zůstávají v České republice poslední 2 kojenecké ústavy v pravém slova smyslu, to sice v Mostu a Plzni. V září roku 2020 bylo celkem 24 zařízení, většinou zřizovaných kraji, která se zpravidla nazývají dětská centra či dětské domovy pro děti do tří let věku. Z historického hlediska bylo hlavní činností kojeneckých ústavů poskytování kolektivní náhradní péče nejmenším dětem a většina z 24 zařízení takovou péči alespoň v minimálním

rozsahu zajišťuje doposud. U části z nich, ale převažuje poskytování jiných služeb, než je ústavní péče. (Lumos, 2020, str. 24)

V reportáži pořadu 168 hodin „Bez kojeňáků“ (2021) popisují reportéři transformaci kojeneckých ústavů o které se mluví již mnoho let. V současné době je ve druhém čtení novela, která by měla zakázat umístování dětí do tří let do ústavů a přeměnit je na centra komplexní péče. O podobě novely by měla dolní komora hlasovat v nejbližších měsících. Tyto průtahy zpomalují celý proces a s blížícím se koncem volebního období hrozí, že zákon nebude projednán.

Snaha je také o sjednocení péče o ohrožené děti pod jedno ministerstvo.

Macela (2012) uvádí, že všichni řešíme všechno a nic. Tento stav má opět své kořeny v minulosti. Pramení z věcné a resortní roztržičnosti českého systému. Kdo se v něm má vyznat? Podle jakýchsi historických zvyklostí „patří“ dítě do tří let (prý) do gesce zdravotnictví. Od tří do osmnácti do gesce školství. Někde mezi tím se pohybuje oblast sociální. Část poskytovatelů působí v režimu sociálních služeb, další pracují na základě pověření k výkonu sociálně-právní ochrany. Zřizovateli pobytových služeb pro děti jsou resorty školství (dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, diagnostické ústavy), zdravotnictví (kojenecké ústavy, dětská centra, psychiatrické léčebny) a sociálních věcí (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, domovy pro zdravotně postižené). Resortní dělení protíná vertikálně stát, kraje a mnohdy i obce. Do systému kromě orgánů sociálně právní ochrany obcí, krajů i ministerstva vstupují soudy, státní zastupitelství, policie, školy, lékaři a samozřejmě i různé typy občanských iniciativ a neziskových organizací. (Časopis sociální práce, 2012)

5 Dětská centra (DC)

5.1 Charakteristika

Dětská centra jsou stále poměrně novým typem zařízením. Veřejnost je tak často považuje za centra volnočasových aktivit nebo dětské skupiny. Vznikají na základech bývalých kojeneckých ústavů. DC spojuje hned několik druhů služeb jak pobytových, ambulantních tak i terénních. Nejčastěji to jsou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, denní stacionáře, zdravotnická zařízení a společné pobyty pro rodiče s dětmi. Každé zařízení má tak svoji vlastní organizační strukturu.

DC poskytuje péči také dětem s nařízenou ústavní výchovou. Ačkoliv předmět současných transformací dětských center, je právě snižování počtu dětí s nařízenou ústavní výchovou. V některých dětských centrech jsou velmi úspěšní a daří se jim snižovat počet dětí s ústavní výchovou na minimum, někde až na nulu. Přesto, pokud soud nařídí ústavní výchovu a umístění právě do DC, zařízení musí vyhovět a dítě přijmout.

K dispozici je jen omezené množství informací o dětských centrech, proto jen krátce představím DC v obecné rovině, konkrétní vybrané služby a poté blíže specifikuji jednotlivá zařízení, kde bude výzkum probíhat a jejich transformací z kojeneckých ústavů.

DC spadající pod gesci Ministerstva zdravotnictví. DC nejsou v zákoně legislativně ukotvena, ačkoliv záměry pro tvorbu zákona byly, nikdy vytvořen ani přijat nebyl. Dětská centra jsou tak ukotveny jako dětské domovy pro děti do 3 let věku. Dle zákona č. 372/2011 Sb. § 43 *V dětských domovech pro děti do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost.*

DC pečují zpravidla o děti do 3 let, ale právě pojem „zpravidla“ DC umožňuje přijímat i děti starší. Pojem „dětské centrum“ je tak pouze formálním názvem.

Schneiberg (2011, str.11-17) definuje dětské centrum jako zařízení poskytující komplexní interdisciplinární péči dětem, jakkoliv ohroženým ve svém vývoji, včetně pomoci jejich rodinám. Jako hlavní principy uvádí multidisciplinaritu – týmovou spolupráci, včasnou detekci a diagnosu, zapojení rodiny do aktivní péče o dítě – permanentní doprovázení, vedení a poradenství.

Součástí dětských center je u nás nejčastěji lůžková část (pro děti, pro rodiče s dětmi), ambulantní část, kojenecký ústav (resp. dětský domov pro děti do 3 let), zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, denní stacionáře, ubytovací zařízení pro matky, včetně cvičných místností, s možností přijetí matky před porodem, rodinná poradna, výjezdní tým pro péči přímo v rodině, příprava žadatelů o NRP, setkávání rodin a jiné. (Schneiberg 2011, str.18)

5.2 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)

Ve většině dětských center je zřízeno zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. *„ZDVOP je zařízení poskytující ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo je-li jeho život nebo nepříznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobně nutné péči.“* (zákon č.359/1999 Sb. O sociálně-právní ochraně dětí)

ZDVOP je tak určen pro zajištění neodkladné péče o dítě, které se ocitlo v nepříznivé sociální situaci. Je určeno pro děti od 0-18 let. Po dobu pobytu dítěte ve ZDVOP by měla být řešena situace rodičů, tak aby se mohlo dítě vrátit v co nejkratší době zpět do rodiny. V případě, že to situace neumožňuje, dítě by mělo být svěřeno do péče jiné osoby v rámci náhradní rodinné péče nebo do zařízení ústavní výchovy. Péče o děti je poskytována nepřetržitě a trvale.

5.3 Denní stacionář

V určitých dětských centrech jsou také zřizovány denní stacionáře. Ty slouží jak dětem umístěným v zařízeních, tak těm z širokého okolí. Docházejí tam především děti se specifickými potřebami a vyšší mírou podpory. Jedná se o menší skupinky dětí, tak aby jim mohla být, nejčastěji zdravotnickým personálem, věnována odpovídající individuální péče.

Dle § 46 zákona O sociálních službách je: *„V denních stacionářích poskytována ambulantní služba osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“*

5.4 Zdravotnické zařízení

Zdravotnické zařízení provozované v rámci DC poskytuje jak pobytové, tak odlehčovací služby pro děti (zpravidla do 12 let), které mají specifické potřeby nebo postižení trvalého charakteru a vyžadují nepřetržitou zdravotní podporu.

Dětská centra mohou tyto služby poskytovat na základě jejich statutu dětských domovů pro děti do 3 let, která mohou mimo jiné poskytovat zdravotní služby dětem postiženým. (Zákon č. 372/2011 Sb.)

Stávající budova DC bude fungovat jako multifunkční ambulantní centrum zdravotních, výchovných a zdravotně sociálních služeb nejen pro ohrožené děti. Bude zde i rehabilitace, rehabilitační stacionář a také dětská skupina. Současně bude sloužit jako zázemí terénních služeb a jen malá kapacita pro pobytové služby. Bude zde poskytována i podpora pro rodiny s dětmi i o uchazeče o náhradní rodinnou péči. Bude zachována kapacita pro resocializační pobyty. ZDVOP bude fungovat v menší kapacitě, a to v komunitním bydlení. (Tisková zpráva, 2016)

Výzkumná část

Teoretická část této práce popisuje kojenecké ústavy, jejich legislativní rámec a charakteristiku. Dále vymezují důvody, pro které byla nutná transformace kojeneckých ústavů. Následně se zaměřuji na cíle, které byly při transformaci ústavů nastaveny. Poté již konkrétně představuji proces transformace kojeneckých ústavů. Ty byly transformovány do dětských center. Ty definuji a představím služby, které jsou v jejich rámci nejčastěji zřizovány.

Výzkumná část bude reagovat na hlavní výzkumnou otázku, která je stanovena v cíli mé práce. Cílem je zjistit, zda se podařilo docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center. Dále představím metodologii výzkumu, jeho etický aspekt, volbu výzkumného vzorku, průběh sběru dat, analýzu dat a na závěr interpretaci dat a výsledky výzkumu.

6 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Než přistoupím k samotnému výzkumu je nejprve nutné si definovat, co je jeho cílem. Ten Reichel (2009, str.47) definuje jako úkol, který určuje, čeho má být jeho splněním dosaženo. Jak se mnohdy uvádí, cílem obvykle není jen vyřešení výzkumného problému, nýbrž také forma prezentace výsledků, způsoby jejich aplikace v praxi, popř. doporučení dalšího výzkumného postupu. Proto u výzkumného úkolu často nebývá formulován jeden, ale více cílů.

Při tvorbě výzkumu jsem vycházela z cílů, které byly nastaveny při transformaci kojeneckých ústavů. Úspěšnou transformaci lze považovat ve chvíli, kdy se podařilo naplnit všechny stanovené cíle. Při tvorbě výzkumu jsem využila, jak obecné cíle transformace ústavní péče, tak transformační plány konkrétních zařízení.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda se podařilo docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center.

Hlavní výzkumná otázka zní: *Podařilo se docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center?*

Ve shodě s cílem a hlavní výzkumnou otázkou jsou stanoveny další dílčí oblasti.

Dílčí výzkumná otázka 1: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k dítěti?

Dílčí výzkumná otázka 2: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k prostředí?

Dílčí výzkumná otázka 3: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k pracovníkovi?

7 Metodologie

7.1 Kvalitativní výzkum

Jako hlavní výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní výzkum. Vybrala jsem ho především z důvodu, že výzkum byl realizován s malým počtem respondentů a je nezbytné se problematice věnovat více do hloubky, což kvalitativní výzkum umožňuje.

Reichel (2009, str. 40) představuje kvalitativní přístup jako řadu postupů, které se snaží najít porozumění ke zkoumanému sociálnímu problému. Jedinečnost kvalitativních přístupů není pouze v tom, že nepracují s měřitelnými charakteristikami, ale pokoušejí se na určitý fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v co možná nejkompaktnější podobě, včetně jeho vztahu s dalšími aspekty. Údaje jsou získávány hlubším a delším kontaktem s terénem. Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách. Hlavními znaky kvalitativního výzkumu jsou intenzivní šetření zkoumané skutečnosti, vytváření nových hypotéz, zkoumání mnoha aspektů u mála objektů, sběr dat, který je časově náročnější, vyhodnocování dat v průběhu jejich sběru, výpověď, kterou není možné kvantifikovat, zobecnění výsledků, které je problematické, výsledky, které mohou být ovlivněny výzkumníkem, napomáhá porozumění zkoumaného problému a dobré poznání konkrétních podmínek a situací.

7.2 Strukturovaný rozhovor

Pro svůj výzkum jsem se rozhodla využít techniku strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Myslím, že nabízí dostatek prostoru k vyjádření všech emocí a postřehů a umožní mi více porozumět dané problematice.

Strukturovaný (též řízený, strukturovaný s řízenými otázkami ad.) rozhovor, jeho podobu nejlépe vystihuje poslední pojmenování – jde o rozhovor, v němž jsou určeny jak otázky, které je třeba položit, tak jejich pořadí. Jsou to většinou otázky volné, často ovšem v předem určené, tedy závazné formulaci. Jistou nevýhodou zde je, že tento stupeň formalizace brání, aby rozhovor proběhl v přirozené komunikační atmosféře, byly akceptovány zvláštní informanta a případně také získána bohatší paleta údajů. Oproti tomu se samozřejmě takto pořizovaná data lépe vyhodnocují, jelikož mají vzájemně srovnatelnou tematickou strukturu i rozsah. Někdy též bývá trvání rozhovoru časově limitováno a přesné určení místa jeho konání už není výjimkou. (Reichel, 2009, str.112)

7.3 Otázky k strukturovanému rozhovoru

Na základě hlavního a dílčích cílů jsem vytvořila seznam otázek. Při jejich tvorbě jsem se řídila několika zásadami.

Zásada číslo jedna je srozumitelnost otázek. Neměly by obsahovat cizí slova, odborné termíny a formulace jasné jen hrstce zasvěcených. Také je potřeba dávat si pozor na odborné, profesní slangy, které se tvůrcům mylně zdají běžné. Další úskalí spočívá ve formulační obratnosti tvůrce. Nepovedená otázka je vyslovená v jedné tak dlouhé větě, že na konci už je začátek zapomenut. I otázka tak kostrbatá, že působí jako neohrabaný překlad starověkého poselství. Dalším pravidlem je jednoznačnost otázky. Není vzácné setkat se s otázkou, z nichž není zcela jasné, na co se vůbec tazatel ptá. Formulace otázek také nesmí působit jakkoli sugestivně. Poslední zásadou je také psychologická přijatelnost otázek, především využívání eufemismů a taktních formulací. (Reichel, 2009, str. 100)

Hlavním cílem je zjistit, zda se podařilo docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center.		
Hlavní výzkumná otázka: Podařilo se docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center?		
Vedlejší výzkumná otázka 1: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k dítěti?	Vedlejší výzkumná otázka 2: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k prostředí?	Vedlejší výzkumná otázka 3: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k pracovníkovi?
Tazatelské otázky:	Tazatelské otázky:	Tazatelské otázky:
V jakém míře jsou u Vás umístěvány děti s nařízenou ústavní výchovou?	Jak Vaše zařízení naplňuje charakter běžného bydlení?	Dochází k častému střídání pracovníku mezi jednotlivými domácnostmi?
V jaké míře jsou u Vás umístěvány děti do tří let?	V jaké počtu žijí děti v jedné rodinné buňce?	V čem je podle Vás pro dítě přínosné mít na jednotlivých domácnostech trvalé a stálé personální obsazení?

V čem vidíte přínos pro dítě, když je umístěno v různorodé věkové skupině?	Jak je ve Vašem zařízení podporována práce s rodinou umístěného dítěte?	Jak vnímáte, že pracovnice přímé péče už nejsou výhradně zdravotní sestry?
Jsou ve Vašem zařízení zachovány sourozenecké vazby?	Jak je dítěti dopřáváno dostatek soukromí na rodinné buňce?	Vnímá Vaše okolí zařízení za dětské centrum nebo je stále v povědomí jako kojenecký ústav?
Jak si děti ve Vašem zařízení udržují sociální vztahy?	Jak se podílí děti na chodu rodinné buňky?	Jak Vaše zařízení využívá zdrojů v komunitě?
Jak je podle Vás naplňována individualita a schopnost samostatného rozhodování dítěte v zařízení?	Jakým způsobem poskytuje Vaše zařízení komplexní služby v péči o dítě?	Jak jsou ostatní pracovníci (management) součástí rodinných buněk?
Jak zajišťujete anonymitu dětí v zařízení?	Jak je ve Vašem zařízení podporována péče rodinného typu?	V jaké míře užívají PPP vybavení domácnosti společně s dětmi?

Tabulka č. 1 výzkumné otázky

7.4 Etický aspekt výzkumu

Tato kapitola se zabývá etickou otázkou mého výzkumu. V první řadě jsem po celou dobu mého výzkumu dodržovala etický kodex sociálních pracovníků.

Reichel (2009, str. 175-179) představuje základní pravidla, která vymezují etický výzkum práce. Výzkumník nesmí ztrácet objektivní a citlivý náhled, výzkumník je povinen odvádět práci podle svých nejlepších schopností, výzkumník nesmí své role zneužívat k jiným účelům, výzkumník musí být nezávislý, jeho úkolem není hájit zájmy zadavatelů, sponzorů a klientů, osobní a citlivé informace je povinen zajistit proti zneužití nebo prozrazení, výzkumník vstupuje do terénu legálním způsobem. Hlavní etickou zásadou při práci se zkoumanými osobami je především jakékoliv neohrožení nebo poškození jedince fyzicky, psychicky, sociálně nebo jinak. Zkoumanou osobu lze do výzkumu zařadit pouze na základě informovaného souhlasu, nesmí být do účasti na výzkumu nucena, musí být respektována důstojnost zkoumané osoby, musí být seznámena s pořizováním záznamu a má právo být informována o výsledcích výzkumu.

V rámci přípravy mého výzkumu jsem oslovila možné budoucí respondenty. Ty ze zařízení, kde působím osobně a ty ostatní emailem. Seznámila jsem je s cílem mé práce a plánovaným výzkumem. Vždy jsem se dotázala na vedení zařízení, zda mohu výzkum v jejich zařízení realizovat. V rámci setkání jsem jim znovu objasnila cíl mého výzkumu a upozornila je, že mohou rozhovor kdykoliv ukončit a nemusí odpovídat na všechny otázky, pokud nebudou chtít. Všechny respondenty jsem poučila o důsledném anonymizování dat a jejich bezpečném uložení. Při rozhovoru jsem se vždy snažila o maximálně klidné a soukromé prostředí. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon v mobilním telefonu, o čemž byli respondenti vždy informováni. Nahrávky jsem si pojmenovala, ale pro svůj výzkum jsem použila fiktivní jména pro zachování anonymity. Po přepsání rozhovorů do počítače jsem všechny nahrávky odstranila, tak aby nemohly být zneužity.

7.5 Volba výzkumného vzorku

Při volbě výzkumného vzorku jsem zvolila strategii účelového výběru. Ten je založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno. Účelový výběr nám téměř nikdy neumožní nějakou opravdu širokou generalizaci závěrů, ale to neznamená, že tyto závěry nejsou užitečné. Jen nesmíme předstírat jiným, především ne sobě, že tyto závěry platí pro každého jedince ve vesmíru. (Disman, 2000, str.112)

Cílem práce je zjistit, zda se podařilo docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center. Při výběru výzkumného vzorku jsem se proto rozhodla zaměřit na zařízení, které byly transformovány z kojeneckých ústavů do dětských center. Vybrala jsem tři konkrétní zařízení:

7.5.1 DC Veská

Jedná se o zařízení nedaleko města Pardubic, které poskytuje služby zdravotnického zařízení, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a sociální rehabilitace. Hlavní služby, které DC Veská ve středisku Veská poskytuje jsou zdravotnické zařízení Duhový korálek, odlehčovací pobyty Bílý korálek, denní stacionář Veselý domeček, terénní služby, sociální rehabilitace, zdravotnické zařízení – pobyty dětí s rodiči, zácvikové pobyty pro rodiče s dětmi, terapie v senzomotorické místnosti a ZDVOP byt v komunitě. (www.dcveska.cz, nedatováno)

Součástí Dětského centra Veská je i středisko Staroholická v Holicích, dříve samostatná organizace Dětský domov pro děti od 1 do 3 let Holice. Historie zařízení sahá do let 1949–

1951, kdy mělo sloužit jako sirotčinec. Od 60. let 20. století byly do zařízení umístěovány děti od 1 roku do 3 let. Od roku 2000 byl zařízení připsán statut ZDVOP. Zařízení disponuje 3 samostatnými domácnostmi. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je jediná služba, kterou zařízení poskytuje, ale ve větším rozsahu než středisko Veská. (www.dcveska.cz)

Historie DC Veská sahá až do roku 1926 na jehož místě byla vybudována zdravotnická osada. V roce 1956 zde by zřízen Kojenecký ústav pro 70 dětí od narození do jednoho roku. Byly zde přijímány i děti nedonošené a jejich matky. V roce 1962 však byla stanice pro nedonošené děti zrušena. Od 60. let byly přijímaly děti do 3 let, které nemohly vyrůst doma. Byly zde zřízeny i dvě lůžka pro matky. Ty měly k dispozici vlastní pokoj s kuchyňkou. Zařízení bylo rozděleno na tři oddělení. Na každém oddělení se nacházely herny pro děti a vhodné výchovné pomůcky. V roce 1992 vzniklo Dětské centrum Veská jako příspěvková organizace Okresního úřadu Pardubice. Ačkoliv bylo zařízení přejmenováno na dětské centrum, stále poskytovalo péči dětem do jednoho roku, v odůvodněných případech i dětem starším, maximálně však do pěti let věku. Zařízení přijímalo i vážně nemocné děti. Respitní péče se v zařízení rozvinula až kolem roku 2000. Jako první rodinná buňka byla v roce 2006 otevřena domácnost Červený korálek. Na začátku roku 2008 zahájil provoz Domov pro matky s dětmi – Trojlístek. V roce 2010 následně zahájily činnost další dvě rodinné buňky Žlutý a Zelený korálek. (Truncová, 2013)

7.5.2 DC Svitavy

DC Svitavy poskytuje komplexní léčebně-preventivní, ošetrovatelskou, výchovnou a rehabilitační péči dětem ohroženým prostředím, zanedbáváním, případným týráním. Dále poskytuje komplexní péči dětem zdravotně postiženým. Nabízí krátkodobé pobyty v případně svízelné situace v rodině a ke krátkodobému pobytu je možno přijmout i matku s dítětem v těžké sociální situaci. Kapacita zařízení je nyní 33 lůžek a 5 lůžek pro matky s dětmi. (dc-svitavy.cz)

Zařízení vzniklo v 60. letech 20. století jako kojenecký ústav. Zajišťoval péči dětem od narození do jednoho roku. Až v roce 2000 bylo zařízení transformováno do dětského centra. V roce 2014 zde byl zřízen ZDVOP.

Do roku 2017 DC pečovalo především o děti od narození do 3 let v ústavní péči. Další kapacitu tvořili pobyty pro děti do 12 let s vážným postižením, zácvkové pobyty a dětská skupina. Celková registrovaná kapacita zařízení byla 23 lůžek a 5 lůžek pro matky. Počet

uživatelů byl aktuálně (2017) 21 dětí a z toho byly 3 děti od narození do jednoho roku, 12 dětí od 1 do 3 let a 6 dětí od třech do patnácti let. (Transformační plán, 2017)

Následující část popisuje podrobněji DC v současnosti a představuje zamýšlené změny v budoucnosti.

Zařízení poskytuje terénní zdravotní služby. V přirozeném prostředí dítěte péči poskytují dětské sestry a fyzioterapeut, to v maximálním počtu 10 rodin. Zařízení vidí v poskytování této služby velký potenciál. Plánuje službu zanechat v plném rozsahu, ale je zde vyžadována nezbytná pomoc kraje při cílené propagaci směrem k odborné i laické veřejnosti. Služba rehabilitačního stacionáře je poskytována dětem vyžadujících intenzivní rehabilitační péči. V maximální kapacitě 4 míst pro děti od 6 do 8 let. Poptávka po službě je dostatečná, proto zařízení službu plánuje zachovat ve stejném rozsahu. Zařízení také poskytuje psychologické poradenství v kapacitě dvou klientů týdně. U této služby se do budoucna uvažuje o rozšíření aktuálního rozsahu činnosti. Služba dlouhodobé ošetrovatelské péče je poskytována dětem ve věku od narození do dvanácti let s nařízenou ústavní výchovou, které vyžadují vysokou míru podpory. Je plánováno u služby zachovat její kapacitu i specifické zaměření, ale je plánováno posunout věkovou hranici, tak aby byla zachována kontinuita péče. Krátkodobé pobyty jsou určeny pro děti s vysokou mírou podpory. Jedná se de facto o odlehčovací službu v kapacitě 4 dětí ve věku od narození do 12 let. V současné době ovšem chybí odlehčovací služba pro věkovou skupinu od dvanácti do osmnácti. Zařízení proto plánuje posunutí horní věkové hranice a provést nutné úpravy, tak aby služba mohla být rozšířena. Edukační a zácvikové pobyty pro osoby pečující o děti, jsou určeny pro dítě s jeho průvodcem, který disponuje nízkými kompetencemi. Kapacita čítá 5 lůžek pro rodiče a dítě do 3 let. Zařízení plánuje službu do budoucna zachovat a vyčlenit pro ni samostatného zdravotnického pracovníka. Dětská skupina je přednostně určena dětem zdravotníků svitavské nemocnice a poskytovatelům zdravotních služeb. Kapacita je 12 dětí od jednoho do čtyř let. Do budoucna je v plánu v této službě více zaměstnat pracovníky s pedagogickým vzděláním. V ZDVOP je kapacita 8 dětí a je zřízen ve dvou samostatně provozovaných bytových jednotkách v řadovém domě. V plánu je snížení kapacity, protože již druhým rokem u této služby klesá obsazenost. (Služby DC Svitavy a návrh jejich potřebnosti, 2019)

7.5.3 DC Jihlava

Je zařízením, které poskytuje péči dětem od narození do tří let věku. Kapacita zařízení je 43 lůžek pro děti plus 3 pokoje pro společný pobyt matek s dítětem. Při DC Jihlava je také

zřizováno zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Zařízení poskytuje také sociální poradenství a poradenství v rámci náhradní rodinné péče. Zajišťuje tak péči zdravotní, rehabilitační, diagnostickou, výchovnou a sociálně právní. Péče je poskytována formou ústavní péče v nepřetržitém provozu. Ročně je umístěno do zařízení kolem padesáti dětí. Zřizovatelem zařízení je Krajský úřad kraje Vysočina. (www.detske-centrum-ji.cz)

Historie ústavu sahá do roku 1949, kdy byl jako kojenecký ústav členěn na dvě budovy. V první budově, s kapacitou 30 lůžek, zajišťoval KÚ medicínskou péči o nedonošené novorozence. V druhé budově, s kapacitou 30 lůžek, pak zajišťoval vedle medicínské péče i ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj byl ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do věku jednoho roku. V polovině 80. let přebrala péči o nedonošené děti Nemocnice Jihlava, zůstal pouze kojenecký ústav. Významným mezníkem pro toto zařízení se stal rok 1991, kdy byl kojenecký ústav transformován do dětského centra. Zřizovatelem se stal Okresní úřad v Jihlavě a zařízení se přestěhovalo do nově upravené budovy bývalých jeslí. V roce 2006 zde byl zřízen ZDVOP. Ten zajišťuje ale výjimečně péči pouze od dětí do 4 let. Zařízení v současné době čítá čtyři oddělení. Kdy na každém oddělení je umístěno zhruba 5 dětí. Pečuje zpravidla o děti do třech let se závažnou zdravotní vadou. V zařízení jsou také umístěny děti starší, ale stále věk přijímaných dětí nepřesahuje deset let. Oproti předchozím dvěma zařízením je zařízení v Jihlavě více zdravotnickým zařízením. V zařízení pracují výhradně zdravotničtí pracovníci. Jsou zde provozovány také jesle, které byly prvotně určeny pro sociálně slabší rodiny, ale nyní jsou využívány především pro děti zdravotníků. Do budoucna má zařízení v plánu zřídit denní stacionář. (Interní dokument DC Jihlava)

Při konečném výběru respondentů jsem si snažila klást dva konkrétní požadavky. Aby pracovník působil v zařízení již v době, kdy pečovalo výhradně o děti do 3 let. Můj původní záměr, aby pracovníci působili v zařízení ještě za dob, kdy bylo oficiálně kojeneckým ústavem, nebylo možné naplnit, protože některá zařízení byla transformována před více jak dvaceti lety. Ve většině zařízení, tak nebylo možné takového pracovníka oslovit. Druhým požadavkem bylo, aby se respondenti podíleli na zajišťování přímé péče u dětí a nebyli pouze administrativními nebo odbornými zaměstnanci. Ačkoliv se mi během výběru respondentů podařilo tyto dvě zásady dodržet, musela jsem se pochopitelně přizpůsobit chodu zařízení, tak abych nenarušila jeho fungování. V jednom zařízení jsem provedla výzkum se dvěma pracovníci přímé péče. Ve druhém zařízení s jednou pracovnící přímé péče a jednou pracovnící v denním stacionáři, která ale byla mnoho let také pracovnící přímé péče. Ve třetím zařízení jsem z organizačních důvodů provedla výzkum pouze s jednou pracovnící, a to vrchní sestrou. Přesto se domnívám, že pro můj výzkum budou získaná data dostačující, protože se jedná o velmi zkušené

pracovnice. Celkem se tedy jedná o pět pracovníček ze třech různých DC. V následující tabulce blíže představím jejich osobní charakteristiku.

Respondent	Pohlaví	Pracovní pozice	Vzdělání	Délka praxe	Pracovala pracovnice v zařízení, když pečovalo výhradně o děti do 3 let?
R1	Žena	Pracovnice přímé péče	SŠ, specializace dětská sestra	19 let	Ano
R2	Žena	Pracovnice v denním stacionáři (dříve pracovnice přímé péče)	SŠ, všeobecná sestra	10 let	Ano
R3	Žena	Pracovnice přímé péče	VOŠ, pedagogická	7 let	Ano, ale krátce
R4	Žena	Pracovnice v denním stacionáři	SŠ, všeobecná sestra	5 let	Ano, ale krátce
R5	Žena	Vrchní sestra	SŠ, všeobecná sestra	22 let	Ano

Tabulka č.2 Respondenti

7.6 Průběh sběru dat

Výzkum jsem prováděla v období od 3. května do 6. června 2021. Osobně jsem všechny zmíněná zařízení navštívila a seznámila se s jejich fungováním. V jednom ze zařízení v době konání rozhovorů nebylo umístěné žádné dítě, takže jsme měly dostatek prostoru a času k jeho realizaci. Ostatní rozhovory byly provedeny během normálního fungování provozu. Každý rozhovor trval od 30 do 40 minut. Záleželo, jak byla která pracovnice sdílná a uváděla další příklady z praxe. S dvěma pracovnicemi, které pracují ve stejném zařízení jako já, jsem se již znala a rozhovor tak proběhl méně formálně. S ostatními respondenty jsem se setkala poprvé. Každé respondentce jsem se představila a seznámila ji s tématem a cílem mé práce. Otázky jsem si dopředu připravila a postupně je pokládala respondentům. Otázky jsem respondentkám dopředu nesdělovala, takže neměly možnost si dopředu připravit odpovědi. Vždy jsem se snažila nechávat dostatek prostoru pro odpověď na jednotlivé otázky. Jak již bylo napsáno rozhovory jsem nahrávala na diktafon v mobilním telefonu a zároveň si psala důležité poznámky v písemné podobě. Všechny respondentky s nahráváním souhlasily, což výrazně

ulehčilo zaznamenávání informací. Nahrané odpovědi jsem pak přepsala do písemné podoby a dále analyzovala.

8 Analýza dat

Při přepisování nahrávek a poznámek z rozhovorů jsem se snažila zaměřit na důležité prvky v odpovědi respondentů a vypustit části, které jsou vedlejší. U jednotlivých odpovědí jsem poté hledala shodné prvky, ale také prvky, které shodu vyvracejí. Označila jsem si tak důležité části rozhovoru a roztrídila je do potřebných celků.

Jak už bylo řečeno výchozím materiálem pro můj výzkum jsou poznámky a audionahrávky z rozhovorů. Tak jako charakter těchto údajů, ani jejich zpracování nemůže být standardizované, parametrizované do té podoby, která je typická pro práci s kvantitativními daty. Kvalitativní údaje se urovnávají, pořadají a zčásti třídí nikoli všechny najednou, nýbrž postupně, již při jejich průběhu. Nicméně platí, že směr a rámeček vyhodnocování údajů musí reflektovat původní cíle zkoumání. Kódování zde má význam v rozčleňování množin a souborů údajů na dílčí celky, segmenty a jejich následné pojmenování a třídění, popřípadě klasifikování a kategorizování. To se během analýz několikrát opakuje a postupně vyjasňuje a zpřesňuje. Důležitým krokem je transkripce údajů, do formy, s kterou bude možné dále pracovat, nejčastěji do podoby písemné. Transkripce by neměla být pouze mechanická, ale měla by aplikovat již určité koncepční hledisko. Technika prostého výčtu sleduje frekvenci a popř. i intenzitu výskytu určitého fenoménu, prvku, znaku atp. V tomto se tento postup blíží tzv. hledání vzorců., tj. hledáním určitých opakujících se momentů, které jsou vázány na nějaké souvislosti, osoby apod. (Reichel, 2009, str. 164-166)

8.1 Interpretace dat a výsledky výzkumu

Po získání dat a jejich analýze budu v následující kapitole data interpretovat a představím výsledky mého výzkumu. Kapitola je členěna na základě dílčích výzkumných otázek.

Hlavní výzkumná otázka zní: *Podařilo se docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center?*

První dílčí výzkumná otázka zní: *Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k dítěti?*

Všechny respondentky se shodly, že umístování dětí s nařízenou ústavní výchovou je už velmi vzácné. Většina uvedla, že poslední děti s nařízenou UV pobývaly v zařízení zhruba

před dvěma až třemi lety zpět. Výjimku však mohou tvořit děti umístěné ve zdravotnické části zařízení, které tam vzhledem ke svému stavu pobývají dlouhodobě.

R5 uvádí: „*Už jich je opravdu minimum, sociální pracovníce se snaží o to, aby byly děti umístěny ideálně na žádost rodičů a byl tak sepsaný souhlas nebo na základě předběžného opatření.*“

Respondentky se také shodují, že umístování dětí do tří let už není tak časté jako dříve. Všechny to přisuzuje fungující pěstounské léči na přechodnou dobu. Ačkoliv jedna respondentka má pochybnosti o motivaci přechodných pěstounů. Když jsou v současné době takto malé děti v zařízení umístěny jedná se především o sourozenecké skupiny, kde jsou natolik pevné vazby, že je nežádoucí je rozdělovat. Často také uvádí, že je k nim takto malé dítě umístěno jen na pár hodin nebo dnů, než se najdou a pro dítě přijedou vhodní pěstouni. R1 popisuje situaci: „*Loni v létě k nám byl umístěn dvouletý chlapeček, ačkoliv by byl vhodný do pěstounské péče na přechodnou dobu, úřad ho dal k nám. Čekalo se, že jeho situace se rychle vyřeší a o on půjde zpět do biologické rodiny. Situace se ale zkomplikovala a začali se mu hledat pěstouni. Ty se ale nepodařilo najít tak rychle, jak se předpokládalo. Zůstal u nás tak téměř rok. Až teď se podařilo najít vhodné pěstouny a on se tak konečně dostane zpět do rodiny.*“

Všechny také upozorňují na fakt, že takto rychle umístěné děti do PP byly v dobrém zdravotním stavu. U dětí do 3 let, které vyžadují zvýšenou míru podpory je obtížné zajistit pěstounskou péči, tak zůstávají umístěné ve zdravotnické části zařízení. R5 říká: „*U nás v zařízení jsou stále děti mladší třech let, které mají zdravotní problémy, ty ale zvládne zajistit i laik bez zdravotnického vzdělání. Přesto tyhle děti nikdo nechce, protože všichni chtějí zdravé a modrooké.*“

Čtyři respondentky shodně uvádí, že u nich děti vyrůstají děti v různorodých věkových skupinách. Z nich tři respondentky potvrzují, že umístění dětí v různorodé věkové skupině je pro ně rozhodně přínosem. Zmiňují, že mladší děti vidí v těch starších dětech vzory. Učí se od nich, jejich napodobováním a tím získávají znalosti a dovednosti. Ty starší děti se naopak učí pečovat o ty menší. R4 říká: „*Měli jsme celou řadu dětí, především slečen, které bavilo pečovat o mladší sourozence, ale i cizí děti, které s nimi byly ve stejné domácnosti. Je to pro ně druh seberealizace a je na nich vidět, že jsou rádi, že jim dáváme důvěru a necháme je, třeba ty menší děti nakrmit nebo vykoupat.*“ Zároveň se také shodují na tom, že je to pro děti přirozenější, jako v běžné rodině.

Jedna respondentka nemůže odpovědět, protože v jejich zařízení jsou děti stále umístěny na jednotlivá oddělení na základě věku a zdravotního stavu.

Poslední pracovnice R2 v tom vidí spíše negativa: „*Já v tom třeba přínos úplně nevidím. Když se dělily děti podle věku, tak se lépe vymýšlel program, než když je teď každé dítě jinak staré a často se vzájemně vůbec nesnesou. Několikrát se mi stalo, že starší dítě nemělo rádo to menší a pokaždé, co to dítě zabřečelo, tak to byly samé nadávky a křik, že toho má nechat a at' přestane.*“

Čtyři respondenty shodně potvrdily, že u nich v zařízení jsou vždy zachovávány sourozenecké vazby. R1 říká: „*Ačkoliv na jedné domácnosti a na jednu pracovníci mohou být na té domácnosti jen čtyři děti, tak se nám stalo, že u nás byla sedmičlenná sourozenecká skupina a nikoho by nenapadlo je rozdělovat. Sice to bylo dost organizačně náročné, aby se tam všichni vešly, ale zvládlo se to a je to jediné dobře.*“ Pátá respondentka říká, že: „*Určitě se ty vazby snažíme zachovávat a sourozence dáváme na stejné oddělení. Ne vždy je to ale možné. Teď tady máme třeba dvojčata a ty jsou rozdělení. Protože jeden z nich je na tom zdravotně hůř a potřebuje speciální režim. Ale třeba venku na zahradě jsou spolu v kontaktu.*“

Většina respondentek uvádí, že se dětem daří si udržet sociální vazby, které měly v původním prostředí. Shodují se, že není záměrem dítě separovat od „původního života“ a snaží se tento vztah naopak velmi podporovat. Všechny respondenty se shodují, že je pro dítě ideální, když je zachována původní škola, školka či zájmová aktivita. Když už je narušeno sociální prostředí je důležité zachovat, alespoň některé sociální vazby. R2: „*Ve škole má dítě sociální vazby se spolužáky, učiteli a kamarády. Pokud dítě „ztratí“ domov je důležité, aby mu alespoň nějaká jistota zůstala a děti umístěné ve ZDVOP mnohdy jako jistotu spatřují právě školu a kontakty ve škole nebo kroužky a kontakty navázané při kroužcích.*“ Ne vždy je ale možné původní sociální vazby zachovat. Respondentky to přisuzují tomu, že dítě žije na určitém místě, ale trvalé bydliště má uvedené na jiné adrese. V případě umístění dítěte do zařízení, pak dochází k tomu, že je dítě umístěno do zařízení v blízkosti trvalého bydliště, nikoliv toho, kde aktuálně žije a navštěvuje mateřskou nebo základní školu.

Všechny respondenty souhlasí, že se v rámci zařízení snaží nepotlačovat individualitu dětí a podporovat jejich rozdílnosti. R1, říká: „*Já myslím, že na to se tady hodně dbá. Hlavně v oblečení, často si i děti přivezou svoje z domova. Pokud i chtějí začít dělat nějaký sport, tak se jim v tom snažíme vyhovět. Opravdu se snažíme nepotlačovat, jejich přirozenou osobnost.*“

R4 doplňuje: „*Teď už je ta individualita hodně respektovaná. Chodíme nakupovat oblečení společně, takže si vyberou, co se jim zrovna líbí a sedí. Ta různorodost je tady krásně vidět. Nedávno tady byl chlapec transsexuál a nikoho by ani nenapadlo ho nějak omezovat v jeho stylu.*“ Zároveň také všechny uvádí, že jsou děti plně podporovány v samostatném rozhodování. R3: „*Snažíme se jim nechávat, co nejvíce prostoru k tomu se samostatně*

rozhodovat, přece jenom u nás nejsou umístění dlouhodobě. Zvláště u starších dětí, například ve výběru středních škol necháváme rozhodnutí zcela na nich a snažíme se je, co nejvíce podporovat.“ Dvě respondentky přesto upozorňují, že i DC má své meze. Stále se jedná o zařízení, ve kterém musí fungovat určitý řád a pravidla, aby vůbec bylo možné péči o děti zajistit. Děti se pak musí občas ve svém zajetém denním režimu přizpůsobit i ostatním. R2: „Máme samozřejmě nastavené nějaké finanční limity, které musíme dodržovat. Stane se tak, že dítě touží po nějakém dražším kousku oblečení nebo třeba novém telefonu, ale není v našich možnostech mu ho pořídit. Snažíme se spíš zachovat třeba i finančně náročnější kroužky do kterých je dítě zvyklé docházet. Co se týká toho rozhodování, tak pokud se dítě rozhodne pro něco vyloženě nevhodného nebo špatného, tak se mu to snažíme vysvětlit a odůvodnit, proč to není ten nejlepší nápad “

Anonymita dětí v zařízení je podle všech respondentek naplňována, tak jak to zařízení umožňuje. R1: „Ve ZDVOP děti jezdí ve neoznačených autech, aby nebylo poznat, že jde o děti z našeho zařízení. V těch označených reklamních autech jezdí výhradně sociální pracovníci na úřady. My s dětmi nikdy. A hlavně mluvíme a chováme se tak, aby nebylo nic poznat.“ Tři pracovníce měly zkušenost, že se dítě stydělo a nechtělo, aby spolužáci věděli, že je dítě umístěno mimo rodinu. R4: „U jedné slečny ta se styděla, za to, že je u nás proto jsme parkovaly vždycky za rohem.“ Dvě pracovníce uvádějí, že anonymitu je těžké zachovat, když jsou venku se skupinou dětí, u kterých je na první pohled jasné, že nejde o sourozence, ještě je oslovují teto. R2 dokonce uvádí: „Byla u nás slečna, pro kterou bylo hodně citlivé to, že je u nás umístěna. Jednou se bohužel prořekla před celou třídou paní učitelka, která byla o situaci interně informována. To bylo pro nás, a především pro tu slečnu hodně nepříjemné.“

Shrnutí

Prvním důležitým faktorem ve vztahu k dětem je, že už nejsou do zařízení umístovány na základě nařízené ústavní péče. Přednost je dávana především uzavření dohody s rodiči. Čemu se stále nedaří úplně předcházet je umístování dětí do 3 let. Nejčastěji se ale jedná o krátkodobé pobyty nebo o děti s vyšší mírou podpory, které není možné umístit do nějaké formy NRP. Část respondentek se shoduje, že umístění dětí v různorodé věkové skupině je pro ně rozhodně přínosem. Pouze pro jednu respondentku to přináší především negativa. Všechny respondentky se shodly, že u nich v zařízení jsou zachovávány sourozenecké vazby. Také se shodují, že pokud to situace umožňuje udržují si děti své původní sociální vazby. Individualitu a samostatné

rozhodování dětí se snaží podporovat tak, jak jim to limity zařízení umožňují. Respondentky se snaží zachovávat anonymitu dětí v zařízení, ale ne vždy je to přes všechny překážky možné.

Druhá dílčí výzkumná otázka: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k prostředí?

Ve dvou zařízeních, ve kterých byl výzkum uskutečněn mají zřízené pouze rodinné buňky, když opomineme zdravotnická oddělení. Ty simulují charakter běžného bydlení, tak jak je to v ústavním zařízení možné. R1: *„U nás jsou dvě buňky přímo v zařízení. Původně jich bylo pět, ale tři byly zrušeny. Pak tam jsou také rodinné buňky pro matky v zácvičku. Teď máme ještě dva byty v komunitě, které jsou podle mě pro děti vůbec nejlepší.“* R3: *„U nás máme dva byty v domě v běžné zástavbě. Jeden je v přízemí a druhý v patře. Přimo v hlavním zařízení už je pouze pár lůžek pro děti s vysokou mírou podpory.“* Všechny respondentky zmiňují, že rodinné buňky jsou vhodné pouze pro ZDVOP, ale v rámci zdravotnického zařízení je téměř nemožné je zřízovat. Ve třetím zařízení jsou organizovány, pouze zdravotnická oddělení.

Respondentky potvrzují, že na jedné rodinné buňce je možné mít umístěny maximálně čtyři děti, tak jak stanovuje zákon. V DC zdravotnického charakteru je situace trochu jiná. R5: Na jednotlivých odděleních je zhruba šest dětí. Záleží zrovna na aktuální obsazenosti. Přes den o ně pečují jedna sestřička a v noci dvě.

Výhody, které má umístění rodinné mimo hlavní budovu zařízení vidí respondentky především ve vztahu k dětem. R1: *„Děti si připadají, že nejsou v ústavu. Můžou se stýkat s vrstevníky, třeba na hřišti před barákem.“* R3: *„Je to volnější. Člověk si pak může udělat den podle sebe, aby byl příjemný tetě i těm dětem. Na děti to i líp působí, že nejsme někde zavřeni v budově, ale jako doma.“* R4: *„Máme hodně velkou pravomoc a žijeme si tady svým životem. Až když řešíme něco důležitého, tak se odvoláváme na vedení. I pro ty děti je to příjemnější, že jsem tady jako ta rodina. V zařízení se neustále někdo pohybuje jako další zaměstnanci nebo vedení.“* Oproti tomu jako nevýhody respondentky uvádí především záležitosti, které je ovlivňuje jako zaměstnanec DC. R4: *„Nevýhodou je určitě, že je člověk odkázaný opravdu jen sám na sebe“.* R3: *„Hlavně, když je potřeba udělat nějaká práce, která není úplně standartní a žádáme o pomoc na budovu. Tady o tu pomoc musíme žádat, kdežto tam je to přirozené. Prostě se pošle opravář, kuchařka ale tady se musí o všechno prosit nebo si to musíme udělat sami. A druhá věc, když jsem řešila konflikt se sedmnáctiletým chlapcem o noční, kdy jsem tady byla sama, tak jsem se hodně bála. Chyběl mi hodně ten pocit jistoty, že tady ještě někdo je, kdyby se to hodně vyostřilo.“* R1: *„Nevýhoda je pro mě určitě, že u zařízení byla zahrada.“* Respondentka, která nemá zkušenost s prací na rodince mimo hlavní budovou dodává: *„Já bych*

třeba na byt nikdy nechtěla. I když mi to bylo několikrát nabízeno. Jsem tady zvyklá a asi bych se tam moc necítila.“

V tom, zda jsou na rodinné buňce více naplňovány individuální potřeby dětí se čtyři pracovnice shodují. Všechny uvádí, že je mnohem více prostoru se dětem věnovat. Pomáhá tomu i fakt, že je omezen počet dětí na jednu pracovnici. R1: „*Určitě. Je rozdíl mít na starost 3 děti oproti 10 což byl normální.*“ Respondentka, která nepracuje na rodinné buňce na otázku neodpověděla.

Tři pracovnice uvádí, že děti mají dostatek soukromí. R4: „*Já myslím, že určitě. Děti jsou rozděleny v pokojích podle věku, takže ty starší mají svůj klid. I my se to snažíme respektovat. Ťukáme...*“ Respondentky se také snaží soukromí dětí, co nejvíce podporovat.

R3: „*U nás, jak jsou ty dva byty pod sebou, tak jedno starší dítě spalo samostatně v dolním bytě, protože ten zrovna nebyl obsazený dětmi, tak tam mělo svůj klid.*“ Jedna respondentka upozorňuje na skutečnost, že s přesunem rodinných buněk do pronajatých bytů je dětem poskytováno méně prostoru. R1: „*Byty jsou určitě menší a je to pochopitelné. Platí se za jejich pronájem, tak se nebudou pořizovat zbytečně velké. Na hlavní budově bylo více prostoru, protože je to naše a nejsme tam tolik omezováni.*“

Čtyři respondentky shodně uvádí, že pro dítě má zapojení do chodu rodinné buňky nezanedbatelný přínos. Děti se společně s tetami starají o domácnost, kterou si udržují v čistotě. Zároveň si sami například perou a žehlí. Jezdí na nákupy a pak vaří. Přitom se nejen učí, co se jak vaří, ale v obchodě také kolik, co stojí. R3: „*Hodí se jim to do života, jak to chodí v normální rodině. Že čaj není z termosky, ale je to ten sáček, co se musí zalít horkou vodou. Opravdu ty základní věci, protože ty děti to často z domu neznají.*“

Pátá respondentka na otázku nemůže odpovědět, protože pracuje výhradně s malými dětmi.

Všechny respondentky se shodují, že se jejich zařízení oproti době, kdy bylo výhradně kojeneckým ústavem, rozrostlo rozsahem poskytovaných služeb. Respondentka z prvního zařízení R1 říká: „*U nás každým rokem přibývá více a více služeb. Teď se zrovna otevřelo přímo oddělení určené pro odlehčovací pobyty. Sestřičky, které pracovaly normálně na oddělení, teď jezdí i k dětem domů. Celkově se terénní složka péče více rozrostla. Třeba rehabilitační pracovnice už není výhradně pro potřeby zařízení, ale také jezdí do terénu. Myslím si, že naše zařízení je v tomhle hodně pokrokové.*“ Pracovnice z druhého zařízení uvádí R3: „*Já myslím, že u nás je to čím dál víc komplexnější. Ruší se dlouhodobá lůžka a zaměřujeme se hodně na prevenci. Taky se bude navyšovat kapacita respitu, to je podle mě hodně důležité. Pak máme taky školku pro děti zaměstnanců nemocnice, což dříve nebyvalo.*“ Respondentka z posledního

zařízení R5 uvádí: „*U nás se služby neustále rozrůstají, ale mají stále svůj specifický zdravotnický charakter. Hodně se zaměřujeme na ambulantní služby pro děti se zdravotním handicapem.*“

V otázce, zda je v zařízení podporována práce s rodinou se pracovnice názorově neshodují. Tři zastávají názor, že z jejich pozice ta rodina příliš podporovaná není. R2 uvádí: „*„Já si myslím, že z naší strany se rodina moc neřeší. Maximálně se je snažíme podporovat v kontaktu s dítětem. Snažíme se jim vyjít vstříc, když chtějí přijít na návštěvu nebo si dítě vzít na víkend, ale já to tak beru, že oni o to často ani nestojí.*“ Oproti tomu se dvě respondentky shodují, že podpora rodiny ze strany zařízení dostatečná. R3 uvádí: „*V našem zařízení poskytujeme poradenství dítěti, jeho rodičům nebo osobám odpovědným za výchovu dítěte. Toto poradenství poskytujeme v souladu s IP dítěte. Přístupujeme k rodině jako k celku, podporujeme rodinu pro vytvoření podmínek příznivých pro návrat dítěte zpět do původního prostředí. Zaujímáme k rodině nehodnotící postoj. Poskytujeme odborné poradenství a terapii, podporu a nácvik rodičovského chování.*“

Shrnutí

Dvě zařízení disponují rodinnými buňkami. Ty jsou zřizovány jak pro účely ZDVOP, tak pro společné pobyty rodičů s dětmi. Třetí zařízení je stále členěno na jednotlivá oddělení. V jednotlivých rodinných buňkách žijí děti v maximálním počtu čtyřech dětí. Výhody, které umístění rodinné buňky mimo hlavní budovu přináší vidí respondentky především ve vztahu k dětem. Nevýhody jsou mířeny především vůči pracovníkům a jejich fungování. Část respondentek se shoduje, že děti mají na rodinné buňce dostatek soukromí. Druhá část upozorňuje na skutečnost, že v pronajatých bytech v komunitě není tolik prostoru, jako na rodinných buňkách v hlavní budově. Respondentky, které pracují na rodinných buňkách shodně potvrzují, že děti pomáhají s úklidem, nákupy a přípravou jídla. Všechny respondentky se shodují, že jejich zařízení poskytuje komplexní služby v péči o dítě. Větší část respondentek se domnívá, že je u nich v zařízení není dostatečně podporována práce s rodinou umístěných dětí.

Vedlejší výzkumná otázka 3: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k pracovníkovi?

Na otázku, zda dochází k časté fluktuaci zaměstnanců reaguje každá respondentka trochu rozdílně, ale všechny se shodují v tom, že dříve byl pracovní kolektiv více stálější. R2: „*Teď je normální, že lidé často mění práci a nikdo nikde moc dlouho nevydrží.*“ Sami

pracovnice se v rámci jednoho zařízení vystřídalaly na několika domácnostech. R2: „*Já sama jsem za těch 10 let byla na 4 domácnostech.*“ R3: „*U nás hodně holek teď odešlo na mateřskou, takže máme jen jednu domácnost. Ale občas stále dochází k míchání kolektivů, když měl někdo dovolenou nebo neschopenku. Ale jinak pracovnice odcházejí a přicházejí, tak normálně.*“ Další respondentka poukazuje na jiný problém, u hledání zaměstnanců nových. R4: „*Často se nám ale stávalo, že když se hledal nový pracovník, tak to byl celkem problém. Vystřídalalo se několik lidí během zkušebky a až třeba třetí tady zůstal pracovat.*“

Čtyři respondentky se shodují na tom, že je pro děti velmi důležité mít kolem sebe stálý a trvalý kolektiv pracovnic. Všechny zdůrazňují, že děti kolem sebe potřebují někoho, na koho si zvyknou a budou v nich mít potřebnou jistotu. R1 dodává: „*V tomhle směru si myslím, že i těch pět tet, co se tady střídá je hodně. Každá pracovnice je jiná a má jiný styl práce a ty děti v tom pak mají zmatek, co od které tety čekat.*“ Pátá respondentka přichází s názorem, že děti příliš neovlivňuje, kolik pracovníků se kolem nich střídá. R2: „*Jsou to děti, tak jsou hodně přizpůsobivé. Domů vám taky chodí další členové širší rodiny nebo přátelé na návštěvy.*“

Na to, že už pracovnice v DC nejsou výhradně zdravotní sestry reagují čtyři respondentky pozitivně. Všechny čtyři se shodují na tom, že již není nezbytné zaměstnávat pracovnice pouze se zdravotnickým vzděláním. Naopak v tom vidí spíše pozitiva R3: „*Já si myslím, že to je jediné dobře. Ti pracovníci s pedagogickým vzděláním jsou fajn, když se s dětmi učí nebo se mají dodržovat výchovné plány.* R1 také uvádí důležitou skutečnost: „*Ono to je brané tak, že jsme tady vlastně normální rodina a tam taky nikdo nepotřebuje speciální vzdělání. Doma si taky člověk musí poradit. Ze začátku, než jsme si na to zvykli, tak to bylo zvláštní, ale teď jak už to funguje delší dobu, tak to je jediné dobře.*“ Pátá respondentka vysvětluje, že u nich v zařízení jsou především zdravotní sestry, protože mají cílovou skupinu dětí, která to vyžaduje.

Tři respondentky se shodují, že okolí vnímá zařízení spíše stále jako kojenecký ústav. R4: „*Málo kdo to ví. Když se řekne DC, tak se ptají, a to je co? Tam byl přece kojeňák.*“ Ačkoliv se pracovnice shodují v tom, že valná většina lidí nazývá DC stále kojeneckým ústavem. Snaží se alespoň měnit povědomí o tom, co v zařízení pracovnice dělají. R3: „*Když si někdo představuje naši práci, že tady máme dvacet miminek na jedné hromadě, tak se to těm lidem snažíme vysvětlovat, že už to tak zdaleka není.*“ Jedna respondentka uvádí, že lidé už mají zařízení výhradně za DC. R1: „*U nás DC, protože my jsme už hodně dlouho DC. Snad přes 20 let.*“

Všechny respondentky se shodují, že využívají komunitních zdrojů. R1: „*Já to chápu tak, že děti chodí do škol a školek v okolí nebo jezdíme na nákupy do místních supermarketů.*“ R4 dodává: „*My se třeba snažíme s dětma být součástí komunity, když se někde v okolí koná nějaká akce. Třeba den dětí nebo pálení čarodějnic. To si myslím, že do toho taky spadá.*“

V rámci jednoho zařízení už jsou rodinné buňky úplně separované od hlavního zařízení, takže ostatní zaměstnanci nezasahují do jejich chodu. R4: „*My jsme už úplně mimo tu hlavní budovu, což je hlavně pro děti fajn, že nás tady nikdo neruší.*“ Ve druhém zařízení je jedna domácnost oddělena od hlavního zařízení a dvě domácnosti součástí hlavní budovy. R1: „*Já pracuji na bytě, který je od hlavního zařízení dost odtržený, takže nám sem nikdo nejezdí. Jen jednou za čas sem přijede sociální pracovnice, ale na tu se děti vždycky těší.*“ Ve třetím zařízení jsou oddělení umístěná ve stejné budově jako kanceláře pracovníků, takže zde dochází k větší propojenosti dětí a dalších zaměstnanců.

Ve dvou zařízeních, které fungují výhradně jako rodinné buňky využívají pracovnice stejné zařízení jako děti. R3: „*U nás využíváme vlastně všechno stejně jako děti, akorát, když tady probíhala rekonstrukce, tak jsme si zažádaly o vlastní záchod a ten teda máme. Občas bychom ale ocenily, jen malou místnost pro nás, ale na to tady není prostor.*“ R1 má podobnou zkušenost: „*Tady používáme vše totožné, co děti. Včetně toalety, což je vzhledem k občasným kožním problémům dětí dost náročné. Pak má každá teta svoji skříňku, jeden pracovní stůl, kde píšeme hlášení a křeslo, které je výhradně pro nás.*“ Respondentka, která pracuje v zařízení zdravotnického charakteru popisuje, že mají k dispozici vlastní zázemí šaten a toalety se sprchou.

Shrnutí

Respondentky se shodují, že byl dříve pracovní kolektiv stářejší. Uvádí, také problém s hledáním nových zaměstnanců. Většina respondentů se shoduje, že má pro děti nenahraditelný přínos, pokud se zaměstnanci na domácnosti příliš nestřídají. Pouze jedna respondentka v tom nevidí příliš velký problém. Čtyři respondentky se shodují, že zaměstnávání i jiných pracovníků, než těch zdravotních přináší samá pozitiva. Jedna respondentka pracuje v zařízení, kde stále působí výhradně zdravotní sestry. Skutečnost, že veřejnost považuje DC stále za KÚ potvrzuje většina respondentek. Ta druhá část se domnívá, že zařízení je DC už dostatečně dlouho a lidé si toho jsou vědomi. Všechny respondentky se shodují že zařízení využívá komunitních zdrojů. Ve dvou zařízeních nedochází k častému kontaktu dětí s ostatními zaměstnanci (managementem) a pracovnice využívají stejného zařízení jako děti. V jednom zařízení dochází k většímu kontaktu dětí s pracovníky a pracovníci mají vlastní sociální zázemí.

8.1.1 Shrnutí výzkumu

Vedlejší výzkumná otázka 1: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k dítěti?

Na základě zjištěných informací usuzují, že se ve většině oblastí podařilo docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckého ústavu do dětských center. Jsou ovšem určité aspekty, na kterých je potřeba stále pracovat a minimalizovat je.

Změny, které měly nastat po transformaci ve vztahu k dítěti byly téměř všechny naplněny. Z výzkumu shodně vyplývá, že do zařízení již nejsou umisťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, jsou zachovávány sourozenecké vazby, děti vyrůstají v různorodé věkové skupině, je podporována individualita, samostatné rozhodování dětí a anonymita dětí. Nedostatky v této oblasti, na které je potřeba se více zaměřit vidím v umisťování dětí mladších tří let do zařízení.

Vedlejší výzkumná otázka 2: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k prostředí?

Změny, které měly nastat po transformaci ve vztahu k prostředí ve dvou zařízeních nastaly. Z výzkumu vyplývá, že se podařilo dvěma zařízeními zřídit rodinné buňky, kde jsou umístěny maximálně čtyři děti. Jedno zařízení stále zřizuje klasická oddělení. Respondentky v jejich umístění, mimo hlavní budovu, vidí ve vztahu k dětem, především pozitiva. Dle jejich názoru mají v rodinných buňkách děti větší soukromí a podílí se také na jejich chodu. Limity v této oblasti, jsou dle respondentek nedostatečná podpora rodiny ze strany zařízení.

Vedlejší výzkumná otázka 3: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k pracovníkovi?

Z výzkumu plyne, že se daří zaměstnávat i jiné, než zdravotnické pracovníky a respondenti to hodnotí pozitivně. Zařízení také dostatečně využívá komunitních zdrojů a dochází k separaci domácnosti dětí od ostatních zaměstnanců. Limity se nachází v časté obměně pracovníků na domácnostech, přetrvávající nevědomosti okolí o transformaci DC a určitých nedostatků u jednoho typu zařízení, což ale omlouvá jeho zdravotnický charakter.

Hlavní výzkumná otázka: Podařilo se docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center?

Na základě výsledků výzkumu se domnívám, že ve dvou zařízeních se podařilo naplnit všechny cíle, které měly být transformací splněny. Vzhledem ke skutečnosti, že byla zkoumána 3 zařízení, můžeme prohlásit, že v 75 % došlo k naplnění procesu transformace a tím pádem i

cíle mé práce. Ve třetím zařízení jsou četné nedostatky, to ale způsobuje odlišný charakter zařízení, který je více zdravotnický, a tak neumožňuje zařízení jeho plnou transformaci.

9 Diskuze

Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že transformace byla úspěšná ve dvou zařízeních. V nich se podařilo téměř na sto procent, naplnit cíle jejich transformace. V jednom zařízení jsou určité nedostatky, to ale způsobuje odlišný, více zdravotnický, charakter oproti předchozím dvěma zařízením. Stejným tématem se zabývala Fialová (2021), která také zkoumala proces transformace. Vycházela z konkrétních dvou transformačních plánů zařízení a ověřovala, jak byly naplněny.

Fialová (2021) uvádí: *„Na základě uvedených zjištěných skutečností z rozhovorů s komunikačními partnerkami lze říci, že dětská centra v Pardubickém kraji prošla rozsáhlou a úspěšnou transformací. Kdy dětská centra výrazně snížila kapacitu zařízení, změnila jak prostory a zázemí zařízení, tak přístup v péči o ohrožení dětí a jejich rodiny. Dětská centra již nyní nepředstavují ona velkokapacitní zařízení. Došlo ke snížení kapacity, takže z dětských center, která měla kapacitu až 80 lůžek, je nyní běžná kapacita okolo 20. Služby poskytované v dětském centru jsou odděleny. Již není provozováno zdravotnické zařízení dohromady se zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc.“*

Lze tedy říct, že výsledky našich výzkumu, které se zabývaly dvěma shodnými zařízeními jsou totožné. Obě jsem dospěly k poznatku, že transformace proběhla úspěšně.

Řada lidí se také neztotožňuje s procesem transformace, kterým se má práce zabývat.

Zvláště komunistická strana, za jejichž dlouholeté vlády nad touto zemí, kdysi kojenecké ústavy vznikly, v současné době v čele s poslankyní Aulickou Jírovcovou výrazně bojují za zachování kojeneckých ústavů. Aulická Jírovcová je poslankyně za Ústecký kraj, kde je ústavní péče doposud prakticky nereformovaná, pěstounská péče nepodporovaná, leží tu onen nechvalně proslulý kojenecký ústav v Mostě. Sociální pracovnice, které v některých krajích včetně Ústeckého jaksi ze zvyku umisťují děti do ústavů, i když tu mají desítky volných před schválených pěstounů, by musely změnit pod tlakem zákona své návyky. (Hejdová, 2021)

Mé osobní limity vnímám při tvorbě této práce především v tom, že jsme si dlouhou dobu nebyla schopna nastavit kvalitní cíl práce. To pak celou tvorbu této práce zdrželo a tím jsme se dostala do časového stresu.

Limity této práce vnímám především ve výzkumném vzorku. Ačkoliv jsme se ho snažila obsáhnout, co nejvíce zeširoka. Uskutečnila jsme ho nakonec pouze s pěti pracovníci. Ochota zařízení vzhledem k pandemii Covid 19 byla malá, takže mi několik institucí odmítlo spolupráci. Dále je poměrně malé množství odborných publikací, které by popisovaly

transformaci kojeneckých ústavů. Bylo tak složitější dostat se ke kvalitním zdrojům. Musela jsme tak občas využít zdrojů z příbuzných oblastí.

Závěr

Hlavní záměr, který mě k napsání této práce vedl byl můj profesní zájem. Sama pracuji jako pracovnice přímé péče v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Toto zařízení, také prošlo procesem transformace.

Hlavním cílem teoretické části této bakalářské práce bylo popsání cílů a procesu transformace kojeneckých ústavů a představení dětských center, do kterých se kojenecká zařízení transformovala.

V empirické části bylo cílem analyzovat následné konkrétní změny v péči o dítě po transformaci z kojeneckého ústavu do dětského centra. Bylo zjišťováno především to, zda se podařilo docílit změn v péči o děti, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavu do dětských center.

Teoretická část je rozdělena do několika stěžejních kapitol. V první kapitole popisují kojenecké ústavy. Jejich legislativní rámec, na základě kterého, byly kojenecké ústavy zřizovány. Charakteristiku zařízení, především běžný provoz v kojeneckých ústavech. Po představení kojeneckých ústavů jsem popisovala důvody, které vedly k jejich transformaci. Transformace kojeneckých ústavů měla určité cíle a ty jsem vymezila v kapitole následující. Další kapitola formulovala proces transformace kojeneckých ústavů. V mé práci jsem se zabývala transformací kojeneckých ústavů do dětských center, proto bylo nezbytné si definovat dětská centra a konkrétní služby, které poskytuje.

Ve výzkumné části nejprve představuji cíl výzkumu a výzkumné otázky. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda se podařilo docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center. Hlavní výzkumná otázka zněla: Podařilo se docílit změn v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center? Ve shodě s cílem a hlavní výzkumnou otázkou byly stanoveny další dílčí otázky. Dílčí výzkumná otázka 1: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k dítěti? Dílčí výzkumná otázka 2: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k prostředí? Dílčí výzkumná otázka 3: Jaké změny nastaly po transformaci ve vztahu k pracovníkovi? V následující kapitole jsem popisovala metodologii výzkumu. Specifikuji metodu kvalitativního výzkumu a techniku strukturovaného rozhovoru. Dále jsem osvětlila konkrétní tazatelské otázky, kterými jsme naplňovala hlavní a dílčí výzkumné otázky. V samostatné podkapitole jsem představila etický aspekt mého výzkumu. Poté jsem seznámila čtenáře se strategií výběru výzkumného vzorku, kde jsem blíže představila dotčená zařízení. Respondenty jsem poté na základě jejich osobní charakteristiky, krátce představila v tabulce. Následně jsem popsala, jak probíhal sběr dat. Další

nezbytný krok byla analýza dat. V závěru interpretuji data a představuji výsledky výzkumu. Výsledky jsou členěny na základě dílčích otázek. Na úplný závěr jsem shrnula výsledky výzkumu.

Na základě výsledků výzkumu se domnívám, že ve dvou zařízeních se podařilo naplnit všechny cíle, které měly být transformací splněny. Vzhledem ke skutečnosti, že byla zkoumána 3 zařízení, můžeme prohlásit, že v 75 % došlo k naplnění procesu transformace a tím pádem i cíle mé práce. Ve třetím zařízení jsou četné nedostatky, to ale způsobuje odlišný charakter zařízení, který je více zdravotnický, a tak neumožňuje zařízení jeho plnou transformaci. Je to také dáno i typem dětí, o které je v tomto zařízení pečováno. Vzhledem k tomu, že jsem všechna dotčená zařízení osobně navštívila, mohu s klidným svědomím říci, že ve všech je poskytována péče na velmi vysoké úrovni. Ze své osobní a dennodenní zkušenosti péče o děti v dětském centru mohu jen potvrdit, že se jedná o práci velmi náročnou, a to zejména psychicky, neboť se denně setkáváme s velmi smutnými dětskými příběhy. Jak jsem již popisovala ve své práci, my pracovníci v přímé péči musíme do své práce dávat srdce a alespoň v rámci možností nahradit dětem jejich přirozené rodinné prostředí a přispět alespoň po dobu pobytu v našich centrech k jejich vývoji, který bude probíhat v „relativně“ harmonickém prostředí. Zajištění prostoru, světla, tepla a jídla tvoří jen velmi minoritní část potřeb člověka, zejména dítěte.

Závěrečné shrnutí je tedy optimistické a říká a na základě zjištěných dat potvrzuje, že se v rámci České republiky transformace daří, že jsme na dobré cestě a že je nutno v tomto setrvat. Služby musí být neustále zlepšovány a je nutno sledovat nejnovější trendy v péči o děti, které budou následně implementovány do praxe za využití zapáleného, edukovaného personálu s velkým srdcem.

Věřím, že poznatky z této práce potvrdily, jak je transformace ústavních zařízení podstatná a velmi důležitá a ve většině zařízení i úspěšná. Ačkoliv byly některé transformační plány již ukončeny, transformace by měla být nekončící a trvalý proces, který pohání zařízení směrem k poskytování té nejlepší možné péče, proto doufám, že tato práce by jim v tom mohla být také nápomocna.

Bibliografický seznam

Legislativní prameny

NAŘÍZENÍ Č. 24/1952 Sb. *Nařízení ministerstva zdravotnictví o organizaci preventivní a léčebné péče*

VYHLÁŠKA Č. 242/1991 Sb. *Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi*

ZÁKON Č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí

ZÁKON Č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

ZÁKON Č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

Internetové zdroje

BRUTHANSOVÁ Č., ČERVENKOVÁ A., PECHANOVÁ M., *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do třech let věku*. [online]. [cit. 2021-05-04] VÚPSV Praha, 2005, dostupné [zde](#)

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. *The impact of early adversity on children's development*. [online]. [cit. 2021-20-06], Harvard university, 2007. Dostupné [zde](#)

DETSKECENTRUM-JI.CZ, *DC Jihlava* [online]. [cit. 2021-03-05] dostupné [zde](#)

DCSVITAVY.CZ, *DC Svitavy*. [online]. [cit. 2021-03-05] dostupné [zde](#)

DCVESKA.CZ, *DC Veská*. [online]. [cit. 2021-03-05] dostupné [zde](#)

FIALOVÁ, A., *Transformace systému péče o ohrožené děti v Pardubickém kraji se zaměřením na dětská centra*. Olomouc, 2020. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci

FORUM RODINNÉ POLITIKY, *Děti mimo rodinu v ČR*. [online]. [cit. 2021-24-05]. MPSV, 2020. Dostupné [zde](#)

KRAJPRORODINU.CZ, *Pardubický kraj pro rodinu*. [online]. [cit. 2021-24-05] Pardubice, 2017. Dostupné [zde](#)

LUMOS, *Péče o ohrožené děti v České republice*. [online]. [cit. 2021-03-04] 2014. Dostupné [zde](#)

LUMOS, *Investice do dětí*, výzkumná zpráva, [online]. [cit. 2021-03-04], 2018. Dostupné [zde](#)

LUMOS, *Bývalé kojenecké ústavy v roce 2020*, výzkumná zpráva. [online]. [cit. 2021-03-04] 2020. Dostupné [zde](#)

MACELA M., Analýza financování systému péče o ohrožené děti v České republice. [online]. [cit. 2021-27-05] MPSV, 2018. Dostupné [zde](#)

MPSV, *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009-2011*, 2009. Dostupné [zde](#)

MPSV, Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace, 2015. Dostupné [zde](#)

MPSV, *Novela o sociálně-právní ochraně dětí čeká na projednání v Poslanecké sněmovně*. [online]. [cit. 2021-27-05] Praha: 2021. Dostupné [zde](#)

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM, *Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007-2019*. [online]. [cit. 2021-03-04]. Ministerstvo zdravotnictví, 2019, dostupné [zde](#)

PLÍVOVÁ V., *Kojenecké ústavy pro děti mladší tři let vy měly skončit do konce roku 2013*. [online]. [cit. 2021-10-04], MPSV, 2011, dostupné [zde](#)

SCHNEIBERG F., *Dětská centra – nové trendy v péči o ohrožené děti*, [online]. [cit. 2021-09-04] Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, 2011, dostupné [zde](#)

TISKOVÁ ZPRÁVA, *Oddělení komunikace a vnějších vztahů Pardubice*. [online]. [cit. 2021-24-05] Pardubice, 2016. Dostupné [zde](#)

TRASS.CZ, *Úvodní strana*. [online]. [cit. 2021-03-05] dostupné [zde](#)

TRUNCOVÁ I., *Dětské centrum Veská v historii a současnosti*. Pardubice, 2013. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií

UZIS.CZ, *Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra do období 2007-2019*. [online]. [cit. 2021-24-05], Zdravotnictví ČR, 2020. Dostupné [zde](#)

168 HODIN, *Bez kojeňáků*, [online]. [cit. 2021-10-05] 9.5.2021, dostupné [zde](#)

Literatura

DAMBORSKÁ, M. a KOCH, J. *Psychologie a pedagogika dítěte: učební text pro střední zdravotnické školy (obor dětských sester)*. Praha: SZdN, 1969.

DISMAN, Miroslav a Univerzita Karlova. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2000. s. 113. ISBN 978-80-246-0139-7.

MATOUŠEK O. *Ústavní péče*, Vyd.2., přprac.- Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, ISBN 80-85850-76-1

MATOUŠEK O. *Slovník sociální práce*, Vyd.2., přeprac.- Praha : Portál, 2008 ISBN 978-80-7367-368-0

MULHEIR G., BROWNE K., a kol. *Deinstitucionalizace a transformace služeb pro děti*.
University of Birmingham, 2007

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. s. 47. ISBN
978-80-247-3006-6.

Interní dokumenty

INTERNÍ DOKUMENT DC JIHLAVA, 2019

SLUŽBY DĚTSKÉHO CENTRA SVITAVY A NÁVRH JEJICH POTŘEBNOSTI A
VÝVOJE, *Interní materiál DC Svitavy*, Svitavy, 2019

TRANSFORMAČNÍ PLÁN DC SVITAVY, *Interní dokument*, Svitavy, 2017

INTERNÍ DOKUMENT DC JIHLAVA, Jihlava, 2019

Články

MACELAM M., *Reforma systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti*. Časopis sociální
práce. 2012.

MAGAZÍN O PRÁVECH DÍTĚTE, Cesta českého dítěte do ústavu (a zpět), Agentura
PubliCon, 2011

HEJDOVÁ I., Všichni chtějí zrušit kojenecké ústavy. Jen čeští poslanci ne. Heroine.cz, 2021

UHLOVÁ S., Reforma péče o ohrožené děti: Necháme je vyrůstat nadále bez lásky?
Denikreferendum.cz, 2016

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Výzkumné otázky, zdroj: autorka

Tabulka č.2 Charakteristika respondentů, zdroj: autorka

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
DC	Dětské centrum
DD	Dětský domov
FTN	Fakultní Thomayerově nemocnici
IROP	Integrovaný regionální operační program
KÚ	Kojenecký ústav
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NRP	Náhradní rodinná péče
OSN	Organizace spojených národů
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Bibliografický záznam

Heřmánková, Tereza. *Změny v péči o dítě po transformaci z kojeneckého ústavu do dětského centra*. Bakalářská práce. 2021, Olomouc: Univerzita Palackého

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou transformace kojeneckých ústavů do dětských center. Cílem teoretické části bakalářské práce je popsání cílů a procesu transformace kojeneckých ústavů a představení dětských center, do kterých se kojenecká zařízení transformovala. V první kapitole je popsáno, jak v minulosti vypadaly kojenecké ústavy, jejich legislativní rámec a charakteristika. Po představení kojeneckých ústavů jsou popsány důvody, které vedly k jejich transformaci. Transformace kojeneckých ústavů měla určité cíle a ty jsou vymezeny v kapitole následující. Další kapitola formuluje proces transformace kojeneckých ústavů. Tato práce se zabývá transformací kojeneckých ústavů do dětských center, proto je nezbytné si definovat dětská centra a konkrétní služby, které poskytuje.

Ve výzkumné je představen cíl výzkum, kterým je zjistit, zda došlo ke změnám v péči o dítě, které měly nastat po transformaci z kojeneckých ústavů do dětských center. Po stanovení cíle následuje metodologie výzkumu, kde představuji zvolené metody, a to kvalitativní výzkum a strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Jsou vymezeny také otázky ke strukturovanému rozhovoru, volbu výzkumného vzorku, průběh sběru dat a analýzu dat. Na závěr jsou představeny výsledky výzkumu a shrnutí.

Klíčová slova

Kojenecký ústav, dětská centra, dětský domov pro děti do 3 let, cíle transformace, důvody transformace, transformace, kvalitativní výzkum.

Annotation

The bachelor's thesis deals with the issue of transformation of infant institutions into children's centers. The aim of the theoretical part of the bachelor's thesis is to describe the goals and process of transformation of infant institutions and to introduce children's centers into which infant facilities have been transformed. The first chapter describes what infant institutions looked like in the past, their legislative framework and characteristics. After the introduction of infant institutions, the reasons that led to their transformation are described. The transformation of infant institutions had certain goals, and these are defined in the following chapter. The next chapter formulates the process of transformation of infant

institutions. This work deals with the transformation of infant institutions into children's centers, so it is necessary to define children's centers and the specific services it provides. The research presents the aim of the research, which is to determine whether there have been changes in child care that should have occurred after the transformation from infant institutions to children's centers. After setting the goal, the research methodology follows, where I present the chosen methods, namely qualitative research and a structured interview with open questions. Questions for a structured interview, choice of research sample, course of data collection and data analysis are also defined. Finally, the research results and summaries are presented.

Key words

Infant institute, children's centers, children's home for children up to 3 years, goals of transformation, reasons for transformation, transformation, qualitative research.