Univerzita Palackého v Olomouci

Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Ivana Budínová, DiS.

Výhody a nevýhody dobrovolnictví v dětských domovech pro děti do tří let v Jihomoravském kraji v kontextu citové vazby

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miloslava Šotolová

2018

Čestné prohlášení:

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

V Olomouci dne 28. 3. 2018

……

Ivana Budínová

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce, Mgr. Miloslavě Šotolové, za cenné rady, trpělivost a podporu při vedení mé práce. Respondentkám děkuji za jejich laskavé přijetí a ochotu odpovídat na mé otázky. V neposlední řadě děkuji celé rodině za podporu při studiu, zvláště mé sestře Regině.

Obsah

Úvod 6

1 Teorie citové vazby 8

1.1 Citová vazba 8

1.2 Základní životní potřeby dítěte od 0 - 3 13

1.3 Psychický vývoj 17

2 Ústavní péče 20

2.1 Vymezení ústavní péče 20

2.2 Charakteristické znaky a rizika ústavní péče 21

2.3 Charakteristika ústavní péče 23

2.3.1 Odborné studie a nápravné snahy 25

2.4 Transformace kojeneckých ústavů 27

2.4.1 Situace po roce 1989 27

2.4.2 Současný koncept 27

2.4.3 Aktuální stav 29

3 Dobrovolnictví 31

3.1 Charakteristika dobrovolnictví 31

3.2 Dobrovolník 33

3.2.1 Motivace 33

3.2.2 Bariéry 35

3.3 Dobrovolnická centra 36

4 Metodologie výzkumu 39

4.1 Výzkumná otázka a dílčí otázky 39

4.2 Metoda výzkumu 40

4.3 Popis výzkumného prostředí 40

4.4 Popis výzkumného souboru 41

4.5 Metoda zpracování dat ... 41
4.6 Etika výzkumu ... 42
4.7 Kritické posouzení obsahových a metodologických limitů výzkumu ... 43
5 Interpretace výzkummu ... 44
5.1 Kategorie – Citová vazba ... 44
5.2 Kategorie – Ústavní péče po roce 1989 ... 47
5.3 Kategorie – Dobrovolnictví ... 50
5.3.1 Odmítnutí dobrovolnictví ... 50
5.3.2 Podmíněné přijetí dobrovolnictví ... 51
5.3.3 Plné přijetí dobrovolnictví ... 52
5.4 Shrnutí interpretace ... 54
5.4.1 Zodpovězení dílčích otázek a výzkumné otázky ... 54
5.4.2 Výhody a nevýhody dobrovolnictví ... 58
6 Diskuze k výzkumu ... 60
Závěr ... 68
Seznam zkratek ... 70
Příloha ... 70
Literatura ... 71
Anotace ... 76
Brief outline of the work ... 77

Úvod

V souvislosti s adopcí mých neteří jsem se setkala s dobrovolnictvím zaměřeným na saturování citových potřeb dítěte odkázaného na péči a pobyt v ústavním zařízení. Takový dobrovolnický počin považuji za velice pozitivní; jedná se totiž o promyšlené, dlouhodobé působení, mezi konkrétním dobrovolníkem a konkrétním dítětem v konkrétním čase, které ohroženým dětem zakládá schopnost navazování citových vztahů v jejich budoucím životě, a také zkušenosti pro jejich kvalitní sociální fungování. Děti, které jsou jakýmkoli způsobem ohroženy, zastupuje orgán sociálně právní ochrany dětí prostřednictvím sociálních pracovníků. Zakomponovat do svého jednání a myšlení opravdový zájem dítěte je prvořadým úkolem sociálních pracovníků, stejně jako pochopení a naplňování (oprávněných) skutečných potřeb dítěte. S naplňováním potřeb se dobře snoubí dobrovolnická činnost, kterou mohou iniciovat i kordinovat právě sociální pracovníci v ústavních zařízeních. V následujícím textu nabízím inspiraci pro práci sociálních pracovníků, a to nejen v ústavních zařízeních.

Na základě výše uvedeného jsem si začala klást otázku, zda se v naší republice dobrovolnické programy s tímto cílem vyskytují také v jiných zařízeních ústavní péče pro děti do tří let věku. Zaměřila jsem se na dětské domovy pro děti do tří let věku v Jihomoravském kraji. Na základě předběžných informací a zjištění, že ne všechna tato zařízení dobrovolnictví provozují, jsem si stanovila téma a cíl své bakalářské práce. Téma výhod a nevýhod dobrovolnictví v kojeneckých zařízeních zpracovávám z hlediska teorie citové vazby, tzn., jak s teorií pracují sociální pracovníci vybraných zařízení ve vztahu k dobrovolnictví. Cílem práce je zjistit pohled sociálních pracovníků na výhody a\nevýhody, které do jejich zařízení přináší práce dobrovolníků zaměřená na saturaci citové vazby u dětí odkázaných na pobyt a péči v ústavním zařízení pro děti do tří let. Empirická práce je založena na kvalitativním výzkumu. Jako metodu jsem zvolila polo strukturovaný rozhovor. Otázky jsem kladla sociálním pracovnícím z domovů pro děti do tří let v Jihomoravském kraji.

Bakalářská práce je strukturovaná do šesti kapitol. V první kapitole popisuji teorii citové vazby. Čtenář se dozvídá, co dítě potřebuje ke svému zdravému vývoji a jaké následky způsobuje nedostatečné uspokojování těchto potřeb. Ve druhé kapitole se zaměřuji na prostředí ústavní péče; jakých změn naznalo po listopad 1989 a jaký má dopad na umístěné děti. Třetí kapitola je věnovaná dobrovolnictví. Zabývám se zde jeho

přínosem i bariérami, motivací dobrovolníka, a nakonec přestavuji činnost dobrovolnických center. Ve čtvrté kapitole popisuji metodologii výzkumu. V páté kapitole interpretuji výsledky výzkumu; odpovídám na dílčí otázky a posléze na otázku výzkumnou, abych nakonec mohla konstatovat výhody a nevýhody dobrovolnictví ve sledovaných zařízeních, vzešlé z výzkumu. V šesté kapitole diskutuji rozdílný přístup k teorii citové vazby i k účelu zařazování dobrovolnictví v daných zařizeních.

1 Teorie citové vazby

V první kapitole představím teorii citové vazby. Objasním význam citové vazby pro vývoj dítěte a prioritu jeho potřeb. Zaměřím se na základní psychické potřeby dětí a následky jejich dlouhodobého neuspokojování, jež v 80. letech 20. století opět upoutaly pozornost. Na podzim roku 1989 OSN přijímá Úmluvu o právech dítěte, kde se dítě stává nositelem práva, nikoli jeho předmětem (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997, s. 15). Zdá se, že „kvalitní" živnou půdu pro psychickou deprivaci vytváří podmínky ústavních zařízení, což rodinu nevylučuje apriori. Tento fenomén se vyskytuje i v nefunkčních rodinách kde je předmětem sociální práce s rodinou. Z hlediska tématu mé práce se zaměřuji na psychickou deprivaci v podmínkách ústavní péče.

1.1 Citová vazba

Teorii citové vazby formuloval v 1969 anglický vývojový psychoanalytik John Bowlby, později jeho teorii rozšířila americká psycholožka Mary Ainsworhová. Ústředním pojmem teorie je přimknutí, připoutání či vazba, sám autor dává přednost pojmu „citová vazba" (attachment). Citová vazba je speciální emocionální vazba dítěte na blízkou osobu, která o ně pečuje. Primární pečující osobu označuje autor pojmem „vazebná postava" (attachment figure). Je to osoba, která se k dítěti chová mateřsky, nemusí to být vysloveně matka. Dítě blízkou osobu vnímá jako jedinečnou a nezaměnitelnou, její přítomnost vyžaduje a vyhledává. Pokud je dítě od blízké osoby odděleno, vyvolává to u něj stres, ztráta této osoby dokonce žal (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 30, 31). Citové přilnutí k pečující osobě má své opodstatnění, dítě prožívá pocit bezpečí a jistoty. Bowlby zjistil dvě zásadní skutečnosti. Zaprvé, že citový vztah dítěte k „jeho lidem„ se vyvíjí proto, že mu primárně zajišťují pocit bezpečí a jistoty, a ne proto, že mu působí nějakou příjemnost, byť by to bylo např. krmení (Matějček, 1994, s. 14). Zadruhé, že rané vytvoření bezpečné vazby vede ke schopnosti vytvářet blízké osobní vztahy v dospělosti. Z obou skutečností vyplývá, že vazba je podmínkou zdravého psychického vývoje dítěte. Citová vazba se vytváří na základě tzv. „vazebného chování" (attachment behavior). U nemluvňat a malých dětí se vazebné chování objevuje v reakci na stres (Cairns, 2013, s. 63). Cílem vazebného chování je udržovat citové pouto.

Charakteristika vazebného chování. Bowlby (2013, s. 43) definuje **vazebné chování** jako „*chování, v jehož důsledku člověk získává nebo udržuje blízkost k jiné*

*rozlišované a preferované osob*ě“. Vazebné chování je odlišné od chování potravního i sexuálního. Je aktivní během celého životního cyklu. Patří mezi instinktivní chování, aktivují ho pouze určité podmínky (únava, nějaká hrozba, absence vazebné postavy) a určité podmínky je zase ukončují (známé prostředí, pohotovost vazebné postavy). Zde je nutné zdůraznit, že vazebné (citové) pouto je konstantní. Během procesu vazebného vztahu povstávají nejsilnější emoce. Vazebné chování přispívá k přežití, protože jedince udržuje v kontaktu s jeho ochránci. Ochrannou složku vazebného chování tvoří pečující chování vůči citově připoutané osobě (dítě, dospívající, dospělý). Hlavní faktory determinující vývoj vazebného chování jsou zážitky jedince s vazebnými postavami během nezralých let (kojenectví, dětství, dospívání). Způsob integrace vazebného chování do osobnosti jedince vytváří vzorec pro citové vazby aplikované jedincem i v budoucnu. (Bowlby, 2013, s. 43 – 45)

Citová vazba se vyvíjí ve čtyřech fázích. S jistotou je dítě připoutáno ve třetí fázi, první fáze k tomu ještě není kompetentní (Bowlby 2010, s. 232 – 234):

Fáze 1: **Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním osob** – od narození do 8 až 12 týdnů je schopnost diferenciace omezená na čichové a sluchové podněty. Vůči každému člověku ve svém okolí dítě používá sledování očima, uchopování a natahování rukou, úsměv a žvatlání. Pozitivní odpovědi dospělých v dítěti rozvinou po 12 týdnech spontánní sociální reakce. V souvislosti neobyčejné vnímavosti novorozenců vůči jiným lidem hovoří Murray (2016, s. 34) o „sociálním mozku“. Damborská (1963, s. 22) doplňuje, že novorozenec rozlišuje jen způsob zacházení vyvolávající u něj pocit libosti či nelibosti, po 8 týdnu začíná rozlišovat svým chováním matku či jinou stabilně pečující osobu.

Fáze 2: **Orientace a signály zaměřené k jedné osobě** – fáze trvá asi do půl roku věku. Dítě zachovává přátelské chování ke všem lidem, ale zvýrazní chování k mateřské postavě. Jedině na matku se usmívá spontánně již kolem 3. měsíce, bez potřeby předchozí iniciace – hlazení, škádlení (Damborská, 1963, s. 22).

Fáze 3: **Udržování blízkosti k jedné postavě** – fáze začíná mezi 6 a 7 měsíci a pravděpodobně pokračuje po celý druhý rok až do třetího roku. Dítě začíná diferencovat své chování k lidem a rozšiřuje repertoár svých dovedností. Následuje odcházející matku, vítá ji při návratu a používá ji jako základnu pro své průzkumy. Přátelské chování ke všem ostatním lidem se vytrácí. Některé systémy zprostředkovávající vazebné chování k matce

se začínají organizovat jako korigované k cíli. Citová vazba k mateřské postavě je evidentní. Dítě si nyní vybírá vedlejší vazebné postavy. Od cizích lidí si udržuje odstup, protože v něm vyvolávají strach. U dětí se sporým kontaktem s blízkou osobou se počátek této fáze může posunout až do doby po třetím roce života.

Fáze 4: **Utváření partnerství** – fáze probíhá u některých dětí již uprostřed třetího roku. Dítě začíná mateřskou osobu vnímat jako nezávislý objekt, ale přesto stále ještě zcela nechápe, co ovlivňuje přibližování a oddalování matky k jeho osobě. Získáním vhledu do pocitů a motivů matky, dochází mezi nimi k budování partnerského vztahu.

Pouto k matce a průběh vazebného chování. Klíčem k pochopení reakce dítěte na odloučení nebo ztrátu mateřské postavy je dle Bowlbyho (2010, s. 160) pochopení pevného vztahu, který dítě k této postavě poutá. Behaviorální systémy se v dítěti vyvíjejí jako důsledek jeho interakcí s prostředím evoluční adaptovanosti a zejména interakcí s matkou, jako hlavní postavou v tomto prostředí. K citové vazbě přispívá *sání, přidržení, následování, pláč a úsměv*. Tyto vzorce chování se mezi 9 a 18 měsíci začleňují do mnohem důmyslnějších systémů korigovaných k cíli, jejichž úkolem je udržovat dítě v blízkosti matky. V prvním roce života vazebné chování dítěte potvrzují tři vzorce chování: dítě matku rozeznává; chová se tak, aby se udrželo v matčině blízkosti; na její odchod z místnosti reaguje pláčem nebo se s pláčem snaží matku následovat. Další strategie udržení se v blízkosti matky jsou vytrvalé volání, později vítání a přibližování se k ní, upozorňování na sebe nejroztomilejšími kouzelnými způsoby. Ty nejúčinnější strategie dítě posiluje. Výsledný vzorec interakcí je dílem vzájemného ovlivňováním. S percepčním rozvojem dítěte se v průběhu druhého a třetího roku jeho vazebné chování mění. Dítě zaměstnává neustálé sledování matky nebo naslouchání jejich pohybů, v případě, že není na dohled. Během 11. a 12. měsíce dovede dítě předvídat hrozící odchod matky a začne ihned protestovat. Intenzita vazebného chování graduje obvykle ve třech letech. Po dovršení tří let se většina dětí již cítí bezpečně i na neznámém místě s vedlejšími vazebnými postavami. Vyžaduje to však tři podmínky: vedlejší postavy musí být známí lidé, nejlépe, které dítě poznalo ve společnosti své matky; dítě musí být zdravé a nepolekané; dítě musí vědět, kde jeho matka je a mít jistotu, že s ní zanedlouho obnoví kontakt. Při nesplnění těchto podmínek dítě začne mimořádně lpět na matce, nebo bude vykazovat jiné poruchy chování. Z toho je patrné, že vazebné chování dále tvoří důležitou část chování dětí i po třetích narozeninách. Dalšími kritérii vazebného chování jsou pohyby směrem k matce a přidržování se, když je dítě vylekané. Projevují se, když dítě

prozkoumává okolí v rádiu bezpečné mateřské základny, ke které se může okamžitě vztahovat. (Bowlby, 2010, s. 161, 184)

Faktory vyvolávající vazebné chování u člověka ukazují, že vazebné chování není závislé ani na potravě, ani na jiné tělesné péči a jasně dokazují, že dítě je vybaveno tak, že pohotově reaguje na sociální podněty a rychleji se zapojuje do sociálních interakcí - *schopnost přidržovat se*, pomáhá nést vlastní váhu dítěte; hned po narození *děti uklidní sociální interakce*; žvatlání a úsměv dětí sílí, pokud jim *dospělý věnuje trochu pozornosti*. Navíc se vazebné chování může zaměřit k osobě, která neudělala nic pro uspokojení fyziologických potřeb, dítě se citově připoutává i k vrstevníkovi nebo k dítěti o něco málo staršímu (sourozenci v dětském domově). Vazebné postavy jsou determinovány jednak r**ychlostí reakce člověka na dítě a** jednak **intenzitou reakce s dítětem**. Nejpravděpodobnější funkcí vazebného chování je zřejmě ochrana před predátory. (Bowlby, 2010, s. 192, 201)

Formy chování zajišťující citovou vazbu k mateřské osobě. Další emancipované chování nezávislé na potravním nebo sexuálním chování je **explorační chování** a **hra**. Je iniciováno novými nebo složitými podněty, jejichž zkoumání obvykle požívá preferenci před přítomnou potravou. Předmětem mateřského chování je **mateřská péče**, tzn. péče o dítě a jeho udržování v blízkém fyzickém kontaktu. Také Langmeier a kol. (Langmeier a Langmeier, Krejčířová, 2002, s. 48) zdůrazňují nutnost nahradit biologickou vazbu dítěte na matku vazbou emoční; a dále kompetenci matky okamžitě nasytit a ošetřit dítě dle jeho počátečního rozkolísaného biorytmu. Při péči o dítě musí matka zvládnut také běžné domácí povinnosti, avšak v případě jakékoli potřeby dítěte může většinu z nich okamžitě přerušit. **Konflikt** matka prožívá, pokud nemůže odsunout požadavky ostatních členů rodiny, což se může na péči odrazit. Všechny interakce mezi matkou a dítětem jsou založeny na silných pocitech a emocích. Vnitřní normy obou akcentují citové vazby. Blízkost a láskyplnou komunikaci prožívají příjemně, odloučení a odmítání prožívají jako něco nepříjemného a zraňujícího. Zpočátku nese **zodpovědnost za udržování blízkosti** výhradně matka. Když se dítě začne pohybovat, blízkost udržuje matka do stejné míry jako dítě, které zkoumá bez rozmyšlení okolí a matka nepřijatelnou vzdálenost koriguje. Po třetím roce dítě již dovede odhadnout nezbytnost blízkosti a tehdy na udržování blízkosti participují oba stejně. Citovou vazbu zajišťují dvě hlavní formy chování: **signalizační chování**, které má přivést matku k dítěti a **přibližující chování**, které má dítě přivést k matce. Signalizační chování zahrnuje pláč, úsměv, žvatlání, volání

a určitá gesta. Za *pláčem* stojí hlad či bolest. Pláč z hladu přinutí matku dítě nakrmit a kolébat, pláč z bolesti zaktivuje matku k zahájení záchranných opatření (Bowlby, 2010, s. 213 - 215). *Úsměv* a žvatlání dítě používá v bdělém a spokojeném stavu. Matka dítěti odpovídá úsměvem, rozmlouvá s ním, něžně se jej dotýká („mateřské láskyplné chování“). Oběma to působí radost a jejich sociální interakce se prodlužuje. Úsměvem dítě matku doslova odzbrojuje za všech okolností. S každou pozitivní interakcí dochází ke stimulování vývoje mozku (Purvis, Cross, Sunshine, 2013, s. 35).

Behaviorální systémy, zprostředkovávající citovou vazbu, jsou organizovány buď jako korigované k cíli, nebo jednodušeji. Pláč, úsměv a žvatlání zpočátku patří k těm jednodušším, následující dva signály jsou korigovány k cíli od začátku. Půlroční dítě vysílá signál *gesto zdvižených rukou*, který znamená přání zvednout do náruče a signál *snaha upoutat a udržet matčinu pozornost*. Děti od 8. měsíce jsou zvláště urputné, dokud nedostanou od rodičů pozornost. Bývá to považováno za nežádoucí vlastnost dítěte. Je třeba si však uvědomit, že do vazebného chování patří. V prostředí evoluční adaptovanosti člověka je totiž pro dítě (mladší 3, 4 let) adaptivní, když matce oznamuje, kde se nachází a co dělá tak dlouho, dokud mu matka nepotvrdí příjem. Matka je zase udržována v pohotovosti ochránit dítě před hrozícím nebezpečí. Přibližovací chování zahrnuje *přibližování* pomocí lokomoce, *přidržování* se matky a *nenutriční sání*. Dítě nenutriční sání potřebuje k uklidnění, je to samostatná činnost oddělená od nutričního sání. Jak je uvedeno výše, intenzitu a formu vazebného chování aktivují určité podmínky. Jsou to zaprvé podmínky dítěte (únava, hlad, bolest, chlad, špatné zdraví), zadruhé aktuální pozice a chování matky (nepřítomná, na odchodu, odrazující od blízkosti) a zatřetí jiné podmínky prostředí (výskyt zneklidňujících událostí, odmítnutí ze strany dalších dospělých nebo dětí). (Bowlby, 2010, s. 216 - 226)

Splynutí předpokládá schopnost splynout na obou stranách. Ze strany matky dochází k selhání obvykle v důsledku vlastní patologie citové vazby či deprese; ze strany dítěte může být příčinou mentální inhibice (Rufo, 2009, s. 20). Chování dítěte při matčině krátkodobém odchodu a návratu studovala Mary Ainsworthová. Na základě reakcí zkoumaných dětí popsala specifické emoční vazby vycházející ze způsobu reakce matky na signály dítěte. **Jistá vazba** (secure) – mateřská osoba na signály dítěte reaguje citlivě. **Nejistá vazba vyhýbavá** (insecure – avoidant) – mateřská osoba na signály dítěte reaguje necitlivě. **Nejistá vazba ambivalentní** (insecure - ambivalent) – u mateřské osoby se těžko předpovídají reakce, na signály od dítěte je méně citlivá. **Nejistá vazba**

dezorganizovaná (insecure – disorganized) – objevuje se u týraných dětí. (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 31)

1.2 Základní životní potřeby dítěte od 0 - 3

Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného, pokud nelze tuto potřebu naplnit, nastupuje **frustrace**. Dlouhodobé nenaplnění potřeby vyvolává **deprivaci,** přesně řečeno, dlouhodobé a významné strádání v oblasti základních lidských potřeb (SCS.ABZ.CZ [on line]). Naplňování odůvodněných potřeb dítěte je úkolem **rodiny**, jakožto přirozené základny pro vývoj a rozvoj dítěte a jeho primární socializaci. K sekundární socializaci dítěte dochází později, vlivem prostředí širšího. Kvalitu **socializačního procesu** určuje tělesný stav dítěte i jeho vývoj. Potřeby dítěte se odvíjejí od jeho věku, pohlaví, zdravotního stavu a prostředí, ze kterého pochází. Základní potřeby dítěte Kukla (2016, s. 131) dělí na *biologické*, *psychické*, *sociální* a *vývojové*, současně upozorňuje, že se v rámci vývojové dynamiky vzájemně prolínají.

Biologické potřeby:

- odpovídající výživa dle věku
- uspokojování hygienických požadavků (čistota, teplo apod.)
- dostatečná obranyschopnost (očkování)
- stimulace nervové soustavy (pohybový a mentální rozvoj)
- preventivní a kurativní péče, rehabilitační, příp. resocializační

Psychické potřeby:

Potřeba náležitého přívodu podnětů – stimulace v pravý čas, v přiměřeném množství, variabilitě a kvalitě aktivuje centrální nervový systém (dále CNS) dítěte po stránce biologické i psychické. V důsledku chabé interaktivní stimulace určité mozkové spoje nevzniknou nebo nejsou používány, což se projeví na kvantitě mozku (Cairns, 2013, s. 62).

Potřeba vědomí vlastní identity – vlastního „já“ – uvědomění vlastní společenské hodnoty a možnosti uplatnění buduje sebevědomí, a je důležité pro prožívání společenských vztahů a postojů v dalších fázích vývoje.

Potřeba smysluplnosti světa – potřeba adekvátního učení, kterou děti projevují zvídavostí. Postupné a pravidelné dávkování podnětů dává dětem čas na jejich zpracování a přetavení do poznatků a zkušeností. Děti mají rády určitý řád a pravidelnost s vědomím,

že je mohou vlastní činností ovlivnit. Postupné úspěchy s odměnou sympatické pozornosti motivují děti k dalšímu učení.

Potřeba jistoty a bezpečí – je uspokojována ve vztazích dítěte k dospělým, zpravidla k matce, která umožňuje základní integraci osobnosti dítěte. Dítě potřebuje předpokládat reakce rodičů na různé situace (vychovatelů) na základě svých dosavadních zkušeností. Podobně uvažuje Koluchová (1992, s. 18): „ *Jde o vytvoření kladného trvalého vztahu k jedné osobě, která dítě s citovou vřelostí akceptuje a vytvoří s ním jeden společný životní prostor*.“

Potřeba otevřené budoucnosti – člověk potřebuje jasnou životní perspektivu. Otevřená budoucnost motivuje k aktivitě a dává smysl. Uzavřená budoucnost nedává smysl, vede k apatii, zoufalství, beznaději a nakonec i k suicidálnímu jednání.

Potřeby sociální:

- zajištění bydlení, „svého prostoru“ pro dítě
- zajištění jídla, pití, oblečení, obutí apod.
- potřeba lásky a bezpečí
- potřeba přijetí dítěte a identifikace s ním
- rozvinutí všech jeho sil a schopností
- **potřeba učit se** – nejranější formou učení je hra, děti tak mohou libovolně zkoumat a experimentovat. Monterssori (2003, s. 12) soudí, že hra obsahuje nějakou duševní energie, která pomáhá dětem v rozvíjení a zdokonalování. Jako vzor chování dětem slouží dospělí lidé, které napodobují. Chyby a selhání patří k procesu učení, peskovaní či zesměšňování dětí není na místě. (Kukla, 2016, s. 131 – 133)

Vývojové potřeby:

Potřeby se paralelně mění s vývojem a růstem dítěte v důsledku jeho vyspívání. Mnohé aktivity významné pro přežití přestanou být aktuální, jakmile se dítě začne pohybovat z místa, jiné zase dočasně zintenzivní, např. lpění na matce. Výraznými činiteli změn potřeb dítěte jsou učení a zkušenosti.(Langmeier, Matějček 1963: 190). Brierley (1996, s. 10) je toho názoru, že vystavení jedince nepřiměřeným zkušenostem není tak škodlivé, jako nedostatek přiměřené zkušenosti v určitém věku. Zdá se, že mozek disponuje schopností omezovat nesprávné účinky svých zkušeností, vývoj je tedy v určité

míře sebeopravný. Znamená to, že pro vyvíjející se mysl má vyšší důležitost dostatek rozumového podněcování.

Uspokojování potřeb a deprivace

Všechny výše jmenované potřeby jsou důležité a pro rozvoj dítěte rozhodující. Základní fyziologické potřeby musí být uspokojeny, aby mohlo dítě zdravě vyrůst a přežít. Stejně tak musí být od počátku náležitě uspokojovány základní psychické potřeby, aby se dítě mohlo vyvíjet v psychicky zdravou a zdatnou osobnost. Proto jsou tak důležité vztahy, vazby a objevování. A děti doslova „nasávají" všemi smysly. Nastane-li obstrukce smyslových vjemů, smysly dětí zakrní, stejně jako jejich zdravý růst a vývoj. Existují dokonce určitá časová „okna", kdy je nezbytné určité dovednosti zvláště silně podněcovat, jinak se příslušné nervové buňky v mozku vyvinou retardovaně nebo vůbec. Před nepříjemnými vjemy se již čerstvě narozené děti chrání prudkými obrannými pohyby. Potřeba přežít je v člověku geneticky zakódovaná, a jako ladní psychická potřeba se projevuje ihned po narození dítěte potřebou vazby k silnější a moudřejší osobě schopné zajistit mu bezpečí a ochranu. Roli *jedné osoby blízké* mohou zastávat také rodiče adoptivní nebo vychovatelky v domově. Krátkodobé neuspokojení potřeb a smyslových vjemů není fatální, dlouhodobé již vede k symptomům asociujícím symptomy zanedbávaných dětí[1] (Brish, 2012, s. 17 – 22). Uspokojování psychických potřeb zajišťuje dítěti přiměřený rozvoj schopností ve všech oblastech, ať už je to oblast intelektu, citu a vůle nebo osobnosti. Zvláště významnou se jeví oblast vztahová, neboť schopnost vytvářet vztahy s druhými lidmi, žít s nimi, chápat je i sebe, poznávat a chápat své okolí, společenské hodnoty, to vše predikuje budoucí sociální fungování dítěte. Nejzávažnější dopad na všestranný vývoj dítěte mají **psychické deprivace**.

Langmeier s Matějčkem (1963) definují **psychickou deprivaci** jako **„***psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře po dosti dlouhou*

[1] **Syndrom** týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (**syndrom CAN**) - poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné [online].https://www.google.cz/search?q=syndrom+can+definice&oq=syndrom+can&aqs=chrome.1.69i57j0l5.18261j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

dobu". Projevem psychické deprivace je neschopnost přizpůsobit se běžným situacím dané společnosti, atypické až asociální chování nebo inklinace ke kriminální činnosti. Speciálně ve vztazích se projevuje od problematických kontaktů s vrstevníky, a později s partnery, až po neschopnost rozeznat a uspokojit potřeby svých dětí. Rubem každé základní psychické potřeby je konkrétní psychická deprivace, která si žádá kompenzaci.

Podnětová deprivace reflektuje nenaplněnou potřebu stimulace. Strádání nedostatkem podnětů v rodině nebo neschopností organismu dítěte přijímat podněty. Kompenzace zvýšením autostimulace a různými automatismy. **Sociální deprivace** vyplývá z nenaplněné potřeby identity. Strádání vlivem nepřiměřené stimulace nebo absence sociálních podnětů, zvláště ze strany rodičů nebo také častou hospitalizací nemocného dítěte apod. Kompenzace dosažitelným náhradním uspokojením v akceptující partě nebo nadměrnou fixací na určitou oceňovanou oblast (výkon, tělesná krása). **Kognitivní deprivaci** generuje nenaplněná potřeba adekvátního učení. Strádání v důsledku nízké sociokulturní a vzdělanostní úrovně rodiny, odmítnutí komplexní péče nebo poškození organizmu dítěte, ale také v důsledku generalizovaného snížení aktivace. Kompenzace únikem z nesrozumitelných a obtížných situací, fixací na známé prostředí, negativismem. **Citová deprivace** zrcadlí nenaplněnou potřebu specifického sociálního objektu. Strádání způsobené nedostatkem specifických podnětů, zejména absencí stabilního vztahu s mateřskou (jinou) osobou a nedostatkem jistoty a bezpečí. Děje se v případě nezájmu, zanedbávání, ambivalence či hostility matky (jiné osoby) vůči dítěti. Kompenzace hledáním náhradního objektu, většinou neselektivním způsobem, substitucí – jídlo, hromadění věcí, jiné tělesné potřeby nebo rezignací na intimnější vztah. (Vágnerová, 1996, s. 7 -13)

Deprivační podmínky prosakují až do dospělého života, ne však ve stejné míře u všech deprivačně postižených dětí. Diferenciaci deprivovaných dětí vlivem tzv. kolektivní výchovy potvrzuje typologie dle Matějčka a kol. (1997). Ukázalo se, že některých dětí (většinou tzv. mazlíčkové) se ústavní prostředí významně nedotkne, jejich „ústavní" homeostáza je však ohrožena v konfrontaci s životními nároky mimo ústav. Jedná se o **typ normoaktivní**. **Typ hypoaktivních** dětí (nejčastěji s mentální retardací) reaguje útlumovým stavem. Se snížením celkové aktivity a s emoční apatií klesá i celkový výkon a učení. Zájem se redukuje na věci a neosobní události. **Typ sociálně hyperaktivních** dětí (tzv. vítači) se vehementně snaží upoutat pozornost každého vychovatele, návštěvníka nebo cizího člověka natolik, že příležitosti ke hře,

učení i k práci ztrácí na atraktvitě. I dobrá inteligence těchto dětí tak zakrňuje, citově jsou povrchní a přelétaví, v sociálním chování a komunikaci vykazují nízkou úroveň. **Typ sociálně provokativních** děti (adepti nápravných zařízení) také touží po sociálním kontaktu, děti to však projevují neadekvátním způsobem vůči vychovatelům i vůči dětem „konkurentům“. Charakteristické je násilné, rušivé, provokující, agresivní chování, jeví se jako neovladatelné děti. Proměna v přítulné a hodné dítě nastává, ukořistí-li vychovatele jen pro sebe. **Typ náhradního uspokojování potřeb** se snaží nahradit nedostatek podnětů z oblasti citové a sociální z jiných oblastí nižší úrovně, typické jsou narcistické tendence a agresivita vůči slabším. Tyto děti praktikují přejídání, masturbaci, šikanu, trápení zvířat apod. (Matějček a kol., 1997, s. 9, 10)

Ve studii o dětech narozených z nechtěného těhotenství použil Matějček (1997) poprvé termín **psychická subdeprivace**. Tyto děti vykazují podobné znaky chování a vývoje jako děti vystavené dlouhodobým deprivačním podmínkám ústavního prostředí. Změny jsou však méně výrazné, spíše jde o drobnější adaptační potíže. Více jak dětí ústavních se týká dětí z rodin navenek působících nenápadně. (Matějček a kol., 1997, s. 11 – 16)

1.3 Psychický vývoj

V životě člověka dochází k vývojovým změnám v rovině *biologické, kognitivní, emocionální a psychosociální*:

- biologické – tělesný vývoj, zrání organismu, především nervové soustavy,
- kognitivní – vývoj a změny poznávacích procesů – vnímání, paměť, představivost, pozornost, myšlení,
- emocionální – vývoj a změny emočního prožívání,
- psychosociální – vývoj v prožívání a osobnostní charakteristice v průběhu socializace, v procesu začleňování jedince do společnosti - mateřská škola, škola, zaměstnání, sňatek, důchodu apod. (Šimíčková-Čížková a kol., 2010, s. 7)

Všechny vývojové změny úzce korelují jak se společenskými, kulturními a historickými vlivy, tak s každodenním životem člověka, včetně nečekaných událostí, na které jedinec může reagovat silným stresem (Skorunková, 2013, s. 8). Psychickým vývojem člověka od jeho početí až po jeho smrt se zabývá **vývojová (ontogenetická) psychologie**. Dle Kurice (2000, s. 5): „Zkoumá kvantitativní a kvalitativní změny psychické regulace prožívání a chování člověka během celého jeho života.“ Duševním

vývojem od narození až po dospívání se zabývá **psychologie dítěte**. Konstatuje stav dítěte po stránce tělesné, duševní a sociální, s důrazem na pochopení a porozumění projevů dítěte. Vývoj různých jedinců probíhá s individuálními rozdíly (Koláříková, 1942, s. 3). Pochopit projevy prožívání a chování člověka je zvláště důležité pro sociálního pracovníka. Ve své práci se setkává s lidmi všech věkových kategorií nejen obecně, ale musí s nimi počítat také v rámci práce s jednotlivcem, jež je součástí nějakého systému, ve kterém dochází ke vzájemnému působení a ovlivňování. Nakonečný (1997, s. 408 - 412) připomíná, že vývoj jedince ovlivňují také vrozené dispozice a získané zkušenosti. Psychický vývoj, zajišťují ve vzájemné interakci biologické pochody **zrání** organismu a psychologické procesy **učení** (Šimíčková-Čížková a kol., 2010, s. 8, 9). Sídlem duševní činnosti (vyšší nervové soustavy) je šedá hmota mozkových polokoulí. Mozek a nervový systém musí absolvovat dlouhý vývojový proces, aby se nakonec mohla u dítěte duševní činnost projevit (Brunecký, Teyschl, 1973, s. 15). Zrání je závislé na myelinizaci[2] nervových vláken; díky ní mohou nervová vlákna vést nervové vzruchy. Určitá úroveň zralosti nervové soustavy pak dovoluje, aby na ni učení působilo a zrání tak urychlovalo (Nakonečný, 1997, s. 404 – 412). Zrání je pod kontrolou uceleného genetického programu a socializačního programu. Společným cílem obou programů je osobnostní výbava člověka k úspěšnému vyrovnání se s nároky života (Šimíčková-Čížková a kol., 2010, s. 9). Damborská (1963, s. 11) zdůrazňuje, že výchova v prvních třech létech života dítěte má dopad na pozdější vývoj vyšší nervové činnosti.

Z dosud uvedeného vyplývá, že psychický vývoj každého jedince ovlivňují *endogenní* a *exogenní* faktory. **Endogenní** faktory vycházejí z nás samotných na základě zděděných vloh. Záleží pak na podmínkách vnějšího prostředí, jaký manévrovací prostor poskytnou našim vlohám k vytváření psychických vlastností, a ve kterém období života umožní jejich projev. Slovy Bruneckého a Teyschla (1973, s. 7) dědičnost vytváří předpoklady a prostředí určuje, které se projeví a které ne. **Exogenní** faktory jsou zase různé podněty ze životního prostředí dítěte, díky kterým získává zkušenosti s přírodními a sociálními jevy a kulturními danostmi. Nese to s sebou ovšem také riziko, že hned po narození budou dítěti vtisknuty do jeho vědomí i negativní stopy, což spolu s jednostranně podnětným prostředím ohrožuje zdravý vývoj dítěte. Pro úspěšný

[2] Postupné vytváření obalů (myelinových pochev) nervových spojů [on line]. http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=myelinizace&typ_hledani=prefix

psychický vývoj je proto žádoucí, aby došlo v rovině psychofyzické k harmonizaci obou faktorů (Kuric, 2000, s. 16 –19). Hoskovcová a Ryntová (2009, s. 14) upozorňují, že úspěšná dospělost a produktivní stárnutí reflektují dobrý vklad vložený do „kolébky“, jež sice není jistotou, ale určitě příslibem přiměřeného budoucího vývoje jedince a jeho sociálních vztahů.

Zděděné vlohy se obvykle projevují až v období dozrávání daných psychických funkcí. Např. fakt, že adoptované děti mají v nové rodině více adaptačních problému, odkazuje na méně výhodné genetické dispozice získané od biologických rodičů a na problémově prožité rané dětství, včetně problémového období prenatálního. Souvislosti mezi prenatálními zkušenostmi a psychickým stavem jedince hledá **prenatální psychologie**. V případě psychiky nelze jednoznačně předpovědět sociální fungování dítěte. Jeho povahu a osobnost ale jistě předurčuje zkušenost ze světa dělohy. Těhotná žena disponuje nástroji k ovlivňování emocionálního vývoje svého nenarozeného dítěte. Podle způsobu působení, přátelského či nepřátelského, bude dítě očekávat stejný charakter světa venku (Verny, Kelly, 1993, s. 15 - 41). Variabilita zrání způsobuje u ohrožených dětí i rozdílný přístup k psychické deprivaci, tzn., jak se s ní vyrovnávají a do jaké míry je negativně ovlivňuje. Některé dědičné dispozice se mohou projevit teprve po příchodu do stimulujícího prostředí instituce nebo náhradní rodiny (Vágnerová, 2012, s. 16, 17).

2 Ústavní péče

Pokud hovoříme o dětech v ústavní péči a žádoucí saturaci jejich potřeb, je nutné si ústavní péči a ústav alespoň stručně popsat a všimnout si možných negativních a pozitivních dopadů na vývoj těchto dětí. Ve druhé kapitole nejdříve ústavní péči vymezím pro lepší orientaci v textu, dále se budu věnovat charakteristice ústavu a ústavní péče, včetně charakteristických znaků, rizik a problémů. Nakonec zaměřím pozornost na transformaci kojeneckých ústavů; na ústavní péče po roce 1989 a na aktuální ústavní péči.

2.1 Vymezení ústavní péče

Ústavní péče je jednou ze složek **náhradní výchovné péče** (NVP), která alternuje výchovu biologické rodiny dítěte. Zahrnuje všechny druhy péče, které nemůže výchovné prostředí biologické rodiny dítěti poskytnout. K nejčastějším příčinám umísťování dětí do zařízení NVP patří ze strany rodičů nezvladatelnost dětí, zanedbávání výchovy, psychické nebo fyzicky týrání, sexuální zneužívání, alkoholismus a problémy se zákony a trestnou činností, sociálně slabé rodiny, osiření dítěte. NVP tvoří dvě základní složky, **náhradní rodinná péče** a **ústavní péče**. Náhradní rodinná péče se dále dělí na *adopci* a *pěstounskou péči*. Ústavní péče dále rozlišuje *ústavní výchovu* a *ochrannou výchovu*. Ústavní péče se aplikuje teprve v případě, že není možné či vhodné použít osvojení nebo pěstounskou péči (Pochylá, 2007, s. 9 - 13). V hierarchii NVP stojí až na druhém místě, na poslední místo ji staví také zákon, který říká, že přednost má život dítěte v rodině s následnou posloupností: 1. vlastní biologická rodina, 2. náhradní rodina příbuzná nebo blízká dítěti, 3. náhradní rodina zprostředkovaná úředně, 4. institucionální péče. V ústavní péči se můžeme setkat s dětmi s nařízenou *ústavní* nebo *ochrannou výchovou*, s dětmi svěřenými do péče *zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc* na základě soudního nařízení, dětmi, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči (respektive osobami odpovědnými za výchovu dítěte). (MPSV, Slovník sociálního zabezpečení, [on line])

Ústavní péče v ČR spadá pod tři resorty – zdravotnictví, školství a sociálních věcí. Zřizovateli ústavů jsou však většinou kraje, obce, církve, neziskové organizace a soukromé osoby, ministerstva nad nimi dozorují a metodicky je řídí. Nicméně podle spádovosti disponuje ústavní péče zařízeními, která zajišťují péči o děti ve věkovém rozmezení od narození do osmnácti let:

- Dětské domovy pro děti do tří let a dětská centra – ústavy pro nejmladší děti v gesci Ministerstva zdravotnictví (MZ).
- Diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy – ústavy pro zdravé děti od 3 do 18 let v gesci Ministerstva školství, tělovýchovy a mládeže (MŠMT).
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále ZDVOP) – ústavy sociální péče pro děti s vážnými zdravotními potížemi v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). (Schneiberg, 2005, s. 3)

Indikace přijetí do zařízení MZ jsou zdravotní – velmi závažný zdravotní problém znemožňující péči v rodině; sociální – dítě před umístěním do NRP, rozvrat v rodině apod.; zdravorně-sociální – podezření na syndrom CAN, děti odložené rodiči pro zdravotní postižení či naopak závažný zdravotní problém na straně rodičů apod. (NADACE J&T, Virtuální knihovna NRP [on line])

K ústavní péči v ČR se vztahují následující normy (MPSV, Slovník sociálního zabezpečení, [on line]): zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník; zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů; zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování - zákon o zdravotních službách; zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

2.2 Charakteristické znaky a rizika ústavní péče

Bednář (2012, s. 12, 13) shrnuje charakteristické znaky ústavní péče do sedmi bodů:

Lokalizace - ústavy jsou v budovách, které původně sloužily jiným účelům, jsou umísťovány na samotu, do malých obcí na obvod měst či sídelních míst, na velké pozemky.

Architektonické členění - typicky jsou správní prostory u vchodu, v každém křídle a poschodí jedno oddělení, výchovné oddělení separované do jedné části, dílny pro pracovní terapii situované do suterénu, sklepa či hospodářských stavení, dlouhé chodby, řady ložnic, množství nevyužitého prostoru. U kuchyně je společná jídelna pro klienty, prádelna, hromadné umývárny, sklad oblečení. Veškeré aktivity

se odehrávají izolovaně. Prostor je bariérový, nepřehledný, neumožňuje soukromí, ani dostatek míst pro scházení se. Výsledkem je potlačená autonomie obyvatel.

Provozní podmínky a vybavení – provoz je nehospodárný, náklady na údržbu velké, vybavení je uniformní.

Skladba personálu – v nevhodném složení a skladbě personálu převažuje feminizace. Kompetence a povinnosti různých profesních oborů na sebe nenavazují a nedoplňují se. Komplexní péče a týmová spolupráce nebývají naplňovány. Vzniká kastační prostředí. Jedno místo vyžaduje velký počet specialistů.

Specializace – ústavy jsou členěny dle typu postižení, rozsahu péče a podle věku klientů. Tím se pestrost podnětů minimalizuje a obyvatelé s co nejvíce shodnými znaky na stejném oddělení se nemohou učit žít reálný život a jsou stigmatizováni.

Byrokracie a formalizace – struktura je vytvářena z hlediska potřeb organizace a ne potřeb klientů, míra odpovědnosti neodpovídá míře kompetencí.

Sociálně konstruovaná závislost – jedinec je oddělen ze svého přirozeného sociálního prostředí, ze sociálních vazeb a sítí, snižuje to bezpečný pocit a osobní rozvoj klienta.

Charakteristické znaky ústavní péče přináší řadu rizik a problémů. První jmenované riziko, *nemožnost navázat trvalý vztah* k jedné osobě a stabilní společenské skupině, jsem v rámci tématu mé práce více rozvedla v 1. kapitole. *Časté změny prostředí a osob* znemožňují pociťovat sounáležitost a bezpečí, klienti se proto často uchylují k regresi vývoje. Dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení může vést k *hospitalismu*. Klient se dobře adaptuje na umělé ústavní podmínky, současně však ztrácí schopnost žít reálný život vnějšího světa. Projevy hospitalismu mohou být různé, např. náhradní uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby, apatie. Langmeier s Matějčkem (1963, s. 15) upozorňují, že termín hospitalismus označuje původně jen škody způsobené ústavní nebo kolektivní výchovou, neboť projevy tohoto druhu byly nejdříve zaznamenány a pozorovány u dětí v nemocniční a ústavní péči. V dalším vývoji již zahrnuje každé poškození tělesného a duševního vývoje zaviněné prostředím. Prostředí chudé na podněty všeho druhu, zcela prosté běžných situací, neumožňuje *zkušenost normálního života*. V uzavřených institucích s autoritativním režimem nebývá výjimkou *šikana*, a to všemi směry. *Zneužívání uživatelů* nemusí mít hrubou povahu nebo sexuální podtext. Ani ten však není vyloučen a *sexuální zneužívání* se tak řadí mezi další rizika

ústavní péče, opět všemi směry. Překročí-li zaměstnanec hranice profesionální role, jedná se *konfůze rolí*. Impuls od uživatele je irelevantní, odpovědnost nese vždy zaměstnanec. Lidé uzavření v ústavu nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. *Základní pravidla partnerství a sexuality jsou však nedostatečně či vůbec ošetřena*. V prostředí *velkých, uzavřených a osobnostně homogenních, nekoedukovaných kolektivů* potom klienti uvolňují sexuální napětí prostřednictvím homosexuálních vztahů, případně nepřiměřenými projevy. Dalším významné riziko, *ztrátu soukromí*, akcentuje nucené sdílení malého prostoru s lidmi, které si člověk nemůže ani vybrat. Status *obyvatele ústavu* determinuje klientovo chování, které je stále pod veřejnou kontrolou. Neustále je *nucen přizpůsobovat* se režimu i potřebám jiných klientů. (Bednář, 2012, s. 14)

2.3 Charakteristika ústavní péče

Matoušek (1999) charakterizuje ústav jako instituci, která zaměstnává profesionály, kteří chodí do zaměstnání, jako do jakékoli jiné organizace, vnímají klienty jako objekty své práce. Vychovatelé v zařízeních tzv. kolektivní výchovy mají svůj domov někde jinde, kde žijí a jsou citově zakotveni. Ze svého pracovního místa odcházejí domů a předmět pracovní činnosti nechávají na místě. Samozřejmě se nedá popřít, že i v prostředí ústavní péče vzniká mezi dítětem a jeho vychovateli také určitý citový vztah, vždyť děti jsou tam většinou spokojené a cítí se dobře. Zásadní rozdíl však spočívá v kvalitě citového vztahu. V kolektivní výchově se na rozdíl od rodinné vytváří mělké a povrchní citové vztahy a jejich trvanlivost je úměrná délce přímého styku jedněch s druhými. Proto není divu, že děti v dětských domovech žijí více přítomností. Nevidí před sebou totiž otevřenou budoucnost, životní perspektivy, ani nemají obavu, že svým chováním zarmoutí někoho z blízkých (Matějček, 1994, s. 30 - 35). Kojenecké ústavy odpovídají pečovatelskému modelu. Charakteristickou skupinou pečovatelského modelu jsou klienti s trvalým hendikepem, tudíž i nejvíce ohroženi působením ústavního řádu, jež má tendenci hendikep prohlubovat (Matoušek, 1999, s. 17). Děti vychovávané v ústavní péči jsou trvale hendikepované a ohrožené již z podstaty svého sociálního a zdravotního statusu – (většinou) opuštěné matkou hned po porodu, či krátce po narození, potýkají se s nejrůznějšími zdravotními obtížemi, které nemusí být z počátku zjevné. Příčin existuje celá řada, např. následek matčina nezdravého životního stylu před i v době gravidity, porodní a poporodní komplikace, nebo genetické dispozice. Jisté je, že tyto děti potřebují zvýšenou péči a spolupráci s odborníky (Pazlarová, 2016, s. 156). Pravděpodobnost deprivace je u nich téměř stoprocentní (Koluchová, 1992, s. 33), navíc

deprivaci v prostředí ústavu ještě násobí mnoho omezujících faktorů, které brání dítěti např. přijímat rozmanité podněty a učit se expozicí (Bowlby, 2010, s. 258). Není také v možnostech ústavu, aby každé dítě mělo jednu stálou osobu, která by se nad dítětem skláněla instinktivně a mluvila na něj s cílem radostné interakce. Lidských hlasů sice dítě v ústavu slyší hodně, ale většinou jen z prostoru (Matějček, 1994, s. 22). Z důvodu organizačních potřeb má každý ústav sestavený hodinový plán. To jistě vyhovuje vedoucím pracovníkům a zaměstnancům, ale nemluvně nemá schopnost zralého člověka nastavit se na nějaký hodinový plán. Každé dítě má svůj vlastní hodinový plán, kterému se každá matka, případně jiná pečující osoba, přirozeně přizpůsobí (Matějček, 1994, s. 13).

Matoušek (1999, s. 20) konstatuje, že dítě potřebuje ke svému růstu, vývoji a socializaci **stálé prostředí**, které je chrání před vnějším světem. Prvotní mikrosvět, zahrnující několik pečujících osob a místo bydliště s jeho okolím, umožní dítěti později obstát v makrosvětě. Nestabilní prostředí ústavní péče naopak vyvolává v dítěti citovou deprivaci. Rozdíly v sociálním chování dětí vychovávaných v ústavech a v rodinách jsou patrné již ve třetím měsíci jejich života, tehdy se zvyšuje schopnost vytvořit si citovou vazbu, děti jsou do konce šestého měsíce ve stavu zvýšené citlivosti vytvářet si základy vazebného chování. Ve věku půl roku však nevykazuje vazebné chování většina dětí vyrůstajících v ústavech (Bowlby, 2010, s. 278, 279). Přes veškeré pokusy je ústav jen umělý domov udržovaný pomocí pozitivních a negativních sankcí vnitřním řádem a hierarchií společenských pozic, do jisté míry uzavřený vnějšímu světu kontrolovaným vstupem i výstupem. Hierarchie společenského postavení se odráží jak ve vztazích mezi personálem a klienty, tak v přístupnosti určitých míst v ústavu. Hranici mezi personálem a klienty posilují i pracovní uniformy zaměstnanců, které odkazují na nadřazenost a mocenskou převahu personálu (Matoušek, 1999, s. 21).

Obsah slova „domov“ předznamenávají dítěti *lidé jeho domova*. Mají pro dítě nejvyšší důležitost a jsou pro ně klíčoví, dítě je totiž zná dlouho před tím, než zná *místo svého domova*. Dítě a jeho lidé patří k sobě a skutečně spolu žijí, probíhá mezi nimi oboustranné přijetí bez přetvářky se sympatií, oboustranně komunikují pro své potěšení. Nemusí se zkrátka do ničeho nutit. Před takovým působením dětí „chrání“ personál v ústavu vychovatelská profesionalita a citová neutralita, která současně nastavuje paušální přístup personálu k dětem. Plytkost vztahů umocňuje i to, že tělesné dotyky a mazlení jsou v ústavní péči považovány za nevhodné až nepřijatelné (Vágnerová, 2012,

s. 23). Z výše uvedeného lze vyvodit, že obsah slova domov se zakládá na mateřské a dětské směně radosti, protože matka je za normálních okolností pro dítě první jednou osobou blízkou. Je třeba zdůraznit, že vnější znaky rodiny nejsou pro dítě tak důležité, protože dítě přijímá za své rodiče ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají a poskytují mu prostředí stálé a citově příznivé. Je to vzájemné citové zaujetí, co dělá rodinu rodinou. Ústavní děti nedotčené rodinnou výchovou jsou v budoucnu v citové interakci s druhými lidmi hendikepované. Negativní sociální dědičnost tak bude pokračovat v dalších generacích (Matějček, 1994, s. 10-40).

Přes všechna rizika ústavní péče není Matoušek (1999, s. 23) zastáncem neuváženého rušení ústavů pod tlakem deinstitucionalizace. Společenská potřeba nemůže být uspokojena tím, že budou ústavy šmahem zanikat. Řešením je přechod ústavů od rigidní koncepce péče k režimu postavenému na individuální potřebě klienta a k aplikaci omezení pouze v minimálně nutné míře. Také Koluchová (1992, s. 36) nesouhlasí s názory o nepotřebnosti ústavní péče a se snahami rušit domovy pro děti. Spatřuje v nich skutečnou záchranu akutně ohrožených dětí lůnem své rodiny. Podotýká však, že umístění dítěte v domově neznamená vyřešení jeho situace. Lamgmeier s Matějčkem (1963, s. 219 - 237) považují umísťování dětí do ústavů taktéž za krajní opatření, kladou důraz na řádnou indikaci ústavního umístění a na přímou práci v rodinách, přesněji na sanaci rodiny jako celku.

2.3.1 Odborné studie a nápravné snahy

Dopady ústavní výchovy na děti se staly předmětem odborných výzkumů teprve na počátku dvacátého století. Podnětem byla příliš vysoká úmrtnost dětí v nalezincích a ostatních ústavech, a později otázka duševního poškození ústavních dětí. Přes všechnu vynaloženou péči se duševní vývoj dětí v ústavu značně lišil od dětí vychovávaných v rodinách jak vlastních, tak pěstounských. Problematika institucionalismu se řešila také v Československu v době socialistického zřízení. Schneiberg (2005, s. 9) upozorňuje, že náš stát ústavní péči garantoval na relativně vysoké úrovni, jako péči odbornou a komplexní. V čele kojeneckých ústavů stáli erudovaní pediatři s kvalitním personálním obsazením, včetně dětských psychologů, výchovu a práci s dětmi vykonávaly specializované sestry s pedagogickým vzděláním. Mezi autory, kteří se zabývají životem ústavních dětí a hledají příčiny různých jejich obtíží, patří např. Damborská, Koch, Kochová, Vodák, Meszárošová a Jurčová.

Také u nás studie potvrzovaly opožděný vývoj a nezralost u dětí přicházejících z dětského domova pro děti do tří let. Největší rozdíl mezi ústavními dětmi a dětmi z rodin se projevil ve vývoji řeči a sociálních vztahů. Nejnápadnějším projevem hospitalismu je i v našich studiích popisována porucha v citové sféře. Citované poruchy ve vývoji ale nejsou absolutní, s věkem a s možností učení se mohou měnit. Dokazují to i některá opatření učiněná v našich ústavech. Co do vybavení a kontaktu dítěte s dospělým, byly ovšem zjištěny mezi jednotlivými ústavy rozdíly. Výzkumná šetření ukázala, že všechny děti žijící v ústavu netrpí nutně „vztahovou podvýživou" (Matoušek, 1999, s. 64). V nejčastějším kontaktu s dospělým je „nejpřitažlivější" dítě, nejméně přitažlivé dítě se naopak nejčastěji dostává do útlumového stavu. Oblíbené děti tak profitují ze stejného rozvoje jako děti v rodinách. Ukázalo se, že ústavní péče za běžných podmínek není vhodná zvláště pro děti do 3 nebo snad do 5 let věku - akcentováno u dětí, které jsou v ústavu vychovávané od narození. Děti, které do ústavu přišly až ve školním věku, jsou deprivací ohrožené daleko méně. Existují případy, kdy je citově neutrální prostředí prospěšnější. Buď jsou nová citová pouta spíše nežádoucí, nebo potřebuje dítě i jeho rodina nastolit rovnováhu. Identifikační kategorie zahrnuje adolescenty, děti starší 6 až 7 let, které potřebují jen krátkodobé umístění, větší počet sourozenců, kteří nemají být nikdy odtrženi, všechna umístění pro přechodnou dobu do rozhodnutí budoucí situace dítěte, děti vážně nepřizpůsobivé a s poruchou chování, rodinou nezvladatelné, děti fyzicky a psychicky silně zanedbané a konečně děti z těžce rozvrácených rodin. (Lamgmeier, Matějček, 1963, s. 50 – 273)

Koluchová (1992, s 17) kvituje výzkumy z tohoto období; vzešlé změny v ústavní péči a v sociálních službách jsou evidentní již v 50. letech 20. století. Vždy je však třeba definovat konkrétní nedostatky jak v ústavu, tak v rodině. Nové práce z 60. let 20. století ukazují, že v ústavu je možné nastavením účinných opatření zamezit poškození dítěte v důsledku ústavní péče. Cíl nápravné snahy je aplikovat v ústavech dobrou rodinnou výchovu prostřednictvím prohlubování vztahu dospělého k dítěti. Lamgmeier s Matějčkem (1963, s. 240 – 245) stanovili motivy nápravných snah na základě všech studií a referátů, které hledají příčiny obtíží života našich ústavních dětí - *otázka ústavního personálu, stabilita, vytvoření podmínek pro maximální stimulaci intelektového vývoje ústavních dětí, pro jejich normální sociální vývoj a pro pracovní přípravu, přesnější stanovení kritérií úspěšné práce ústavu*. Vnější předpoklady výchovné práce – *prostorové podmínky*, *vybavení materiálem*, hračkami, pomůckami, příležitosti k pobytu

v přírodě, k seznamování s běžným společenským životem a s prací dospělých lidí. Damborská a Štěpánová (1984, s. 66 – 81) vyvinuly metodu tzv. rituálů, která v podmínkách ústavní péče napodobuje mateřský přístup. Rituály jsou uplatňovány při základních úkonech ošetřovatelské péče (krmení, koupání, přebalování, oblékání) i při lékařských prohlídkách dítěte. Zacházení s dítětem musí být tak pomalé, trpělivé a něžné, aby dítě mohlo vnímat a chápat, co se s ním děje.

2.4 Transformace kojeneckých ústavů

2.4.1 Situace po roce 1989

Obraz dnešních ústavů se zlepšuje a hlavně polidšťuje. Upouští se od represivních služeb bez efektu. Sociální práce má tendenci jít za klientem do jeho prostředí a nabízet služby dle jeho zakázky, ústavních forem ubývá ve prospěch neústavních. Vznikají zařízení (MPSV, Slovník sociálního zabezpečení, [on line]), která jsou schopná poskytovat současně pobytové i ambulantní služby, pozadu nejsou ani zařízení alternativního typu. Svoji odbornost uplatňuje ve sféře ústavní péče čím dál více profesionálů s vysokoškolským vzděláním. V konkurenčním prostředí se ústavy snaží o atraktivitu - mění svůj zevnějšek i interiér, otevírají se vnějšímu světu, struktura programů je variabilnější. Distance mezi profesionály a klienty se zmenšuje, v ústavech panuje přátelská atmosféra, personál pracuje s velkým osobním nasazením. Do ústavů vstupuje dobrovolnický fenomén, např. pro účely vycházek jsou hojně využíváni dobrovolníci v DC Praha-Krč (Veřejný ochránce práv[on line]). Kontrola práce v ústavech je víceúrovňová, včetně kontroly ze strany klienta a jeho rodiny. Cílem moderní sociální práce je autonomie klienta - respekt ke klientovi jako osobnosti, která má jisté kompetence a jistou schopnost vývoje. (Matoušek, 1992, s. 34, 35)

2.4.2 Současný koncept

Kojenecké ústavy se dnes již nezřizují; na základě vyhlášky č. 242/1991 Sb., obdobnou péči poskytují dětem od 1 do 3 let (někdy i do 5 let1) dětské domovy. Nové skutečnosti tak podnítily slučování kojeneckých ústavů a dětských domovů v jedno společné zařízení (Schneiberg, 2005, s. 4). Formy kojeneckých zařízení jsou dnes rozmanité, čemuž odpovídá současný koncept. Původně zdravotnický charakter zařízení obohatil aspekt sociálně-právní ochrany dětí (SPOD). Některé organizace mají duální podobu a svá lůžka provozují ve dvou režimech, jednak jako „kojenecké lůžko“ a jednak

jako „lůžko ZDVOP“. Podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí poskytují **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez péče, je vážně ohroženo na životě nebo na zdraví, je tělesně nebo duševně týrané či zneužívané, jeho základní práva jsou vážně ohrožena. Ochrana a pomoc spočívá v uspokojování základních životních potřeb dítěte, včetně ubytování a v psychologické a jiné obdobné nutné péči. Dále ZDVOP zabezpečuje plné přímé zaopatření, zdravotní služby, odbornou péči sociálního pracovníka, výchovnou péči, pomoc se školní přípravou a vytváří podmínky pro zájmovou činnost dětí, přičemž rodičům vyživovací povinnost trvá dál. Poradenství a pomoc je poskytována také rodičům dítěte, případně osobám zodpovědným za jeho výchovu, na spolupráci s rodinou dítěte je kladen povinný důraz. Dítě se umísťuje na základě soudního nařízení, žádosti orgánu SPOD, žádosti rodičů nebo samotného dítěte. Počet umístěných dětí nesmí přesáhnout 28 dětí a jeden zaměstnance může pečovat nejvýše o 4 děti. Délka pobytu trvá nejdéle 3 měsíce, na žádost může být prodloužena na 6 měsíců, pokud je to v zájmu dítěte, celková doba však nesmí přesáhnout dobu 12 měsíců.

Většinu kojeneckých zařízení je v současné době možné identifikovat pod názvem **Dětské centrum** (DC). Inspirace přichází z Německa. Tamější sociálně-pediatrická centra poskytují komplexní interdisciplinární péči dětem jakkoli ohroženým ve svém vývoji, včetně pomoci jejich rodinám. Pro naplňování zásad dětského centra se u nás nabízí forma mateřské školy nebo denního stacionáře. Vize je taková, že by dětské centrum mělo být více otevřené vnějšímu světu a kromě lůžkové části budovat část ambulantní a část pro denní pobyt dětí. Opírat by se mělo o členy sociálně-pediatrického týmu, ve složení lékař pediatr, klinický psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog a terapeuti. Služba by neměla rigidně přemýšlet jen o zdravotní potřebnosti zdravotně znevýhodněných dětí, ale měla by expandovat do psychologické a pedagogické oblasti, sociálně-právní ochranu dětí nevyjímaje. Samozřejmostí by mělo být zapojení biologické i náhradní rodiny do všech forem poskytovaných služeb. Podpora rodinám by měla jít naproti do místa jejich bydliště v podobě aktivních výjezdních týmů, a to i ve smyslu spolupráce s poskytovateli sociálních služeb, praktickými lékaři pro děti, nebo např. svépomocnými skupinami. Současná dětská centra poskytují ubytování biologickým matkám s jejich dětmi, podporu náhradním rodinám či ambulantní služby. (Veřejný ochránce práv [on line])

2.4.3 Aktuální stav

V současné době je velmi diskutovaná otázka převedení dětských domovů z resortu MZ a MŠMT do resortu MPSV. Problematická komunikace mezi jednotlivými institucemi a názorová polarizace vyvolávají bouřlivou diskusi napříč celou společností. Spolu s touto bouřlivou diskusí vyvstává otázka zájmu dítěte, který obě strany proklamují a jímž se zaštiťují (Pochylá, 2007, s. 15).

Zařazení kojeneckých a batolecích zařízení pod resort ministerstva zdravotnictví je zdůvodňováno přesvědčením o prioritě medicínské potřeby nejmladších dětí. Tomu odpovídá i základní personální obsazení zdravotními sestrami. Faktem je, že díky zvýšení (nejen) úrovně zdravotnictví se mění důvody přijímání dětí do ústavní péče od 60. let 20. století. Kromě zdravotních jsou důvody přijetí také sociální a zdravotně sociální, přičemž finančně-ekonomické podmínky rodiny neindikují automatické odebrání dítěte z rodinného prostředí (NADACE J & T, Virtuální knihovna NRP [on line]). Přibývá dětí postižených a dětí z nízkých společenských vrstev s nejistou nebo neznámou rodinou a osobní anamnézou. V důsledku demografického vývoje sice počet přijímaných dětí klesá, v zařízeních však zůstávají děti s velkým postižením, které rodiče nemohou zvládnout ani s pomocí nestátních organizací poskytujících ambulantní služby dětem s lehčím postižením. Zvýšil se počet přijetí dětí s různými zdravotními riziky nebo přímým postižením v důsledku drogové závislosti žen i těhotných matek. Ošetřovatelský personál proto musí poskytovat stále speciálnější odbornou medicínskou péči. Přesto všechno se zvyšuje počet dětí odcházejících do náhradní rodinné péče nebo zpět do svých vlastních rodin. K tomu přisívá jistě i sociální práce v ústavu, protože dle zásady „vždy má přednost rodina“ usiluje o sanaci rodin svých klientů (Veřejný ochránce práv [on line]).

Všechny uvedené skutečnosti dle Schneiberga (2005, s. 4 - 14) přispěly či přispívají k pozitivním změnám ústavních zařízení. Konkrétně v případě kojeneckých ústavů a dětských domovů jsou viditelné tři významné trendy:

a) posilování rodinných prvků v péči o děti v zařízeních. Vytváření rodinných „buněk“ - skupin sourozenců různého věku se stálým vychovatelem,
b) snaha o co největší kontakt dítěte s vlastní rodinou, pokud tomu nebrání právní omezení (možnosti pravidelných návštěv rodičů v zařízení vícekrát týdně,

možnost přijímání matek k zácviku v péči o dítě, možnost dočasných propustek do péče rodiny po dohodě s orgány péče o děti aj.),

c) reprofilizace stávajících zařízení na zařízení komplexní interdisciplinární péče o ohrožené a postižené děti ve formě dětských center, především po vzoru Německa.

V závěru Zprávy ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy ombudsman hodnotí působení dobrovolníků v kojeneckých zařízeních kladně a doporučuje, aby jejich činnost měla systémovější charakter, nikoli charakter náhodných úkonů. Jako dobrou praxi označuje dobrovolnictví v podání DC Praha-Krč, které není pouze nekoordinovanou činností navíc, nýbrž profesionalizovanou aktivitou s vlastními pravidly. K saturaci potřeb ohrožených dětí ombudsman uvádí: „*Uzavírám, že jakkoli ochotný a vstřícný personál navštívených zařízení nebyl, s ohledem na početní stavy, schopen zcela zabezpečit různé potřeby dětí (např. některá doporučení odborníků byla s ohledem na časové možnosti personálu nerealizovatelná). Péče o děti je soustředěna spíše na poskytování zdravotně-ošetřovatelské služby. Toto zjištění se týká všech navštívených zařízení, neboť souvisí s nastavením organizace péče a financování*.“ (Veřejný ochránce práv [on line])

3 Dobrovolnictví

Dobrovolnictví není žádné novum, lidé si pomáhali v každé kultuře a v každé společnosti. Co se však liší je vývoj a forma dobrovolnictví v té které zemi, na tom kterém kontinentě. Novum dnešní doby se nazývá management dobrovolnictví. Vzniklo na základě celosvětového rozmachu dobrovolnictví a jedná se o profesionální organizaci dobrovolné práce za účelem účinné dobrovolné pomoci (Tošner, Sozanská, 2006, s. 23). Manažerské vedení dobrovolníků rozvíjí autentické dobrovolnické aktivity na profesionálním základě a dobře se snáší také s podobou profesionální sociální práce. Profesionalizace v dobrovolnictví nachází největší uplatnění v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Současně je třeba si uvědomit, že většina českých dobrovolníků preferuje menší organizce na bázi neformálních vztahů bez profesionálního menežmentu dobrovolnictví (Frič, 2011, s. 8). V této kapitole nejdříve objasním co je dobrovolnictví, dále se zaměřím na samotného dobrovolníka, jeho motivaci, bariéry v dobrovolnictví, a nakonec čtenáři přiblížím podstatu dobrovolnických center.

3.1 Charakteristika dobrovolnictví

Dobrovolnictví bylo v ČR rehabilitováno po roce 1989, k jeho systematickému zavádění pak dochází ve druhé polovině 90. let 20. století. Dobrovolnictví nebylo legislativně ukotveno až do roku 2003, kdy vstoupil v platnost zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě. Zákon upravuje status dobrovolníka v ČR a podmínky pro státem podporované dobrovolnictví. Pokud dobrovolník či organizace neusilují o podporu státu, nemají povinnost naplňovat podmínky tohoto zákona. Zákon současně zviditelnil tuto oblast i pohled na ni, dobrovolnická služba se stala známou a uznávanou. Dobrovolnictví je u nás využíváno zejména v sociální a zdravotní oblasti. Pro dobrovolnictví v nemocnicích MZ vypracovalo *Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích*. Působení dobrovolníků v sociálních službách upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 115, odst. (2) říká, že *při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zákonem o dobrovolnické službě.* Větší část dobrovolníků působících v neakreditovaném režimu zákona o dobrovolnické službě působí v zařízeních podle standardu kvality č. 9 d), podle kterého *poskytovatel písemně zpracovává vnitřní*

pravidla pro působení fyzických osob, které s ním nejsou v pracovně právním vztahu. S tímto postupem souhlasí i MPSV. (Tošner, 2013, s. 60 - 64)

Definice dobrovolnictví není v akademické obci jednoznačná, ve všech se však objevují tři společné prvky: dobrovolnictví je **nepovinné**, **neplacené** a je **ve prospěch druhých**, doplňujícím, méně častým prvkem je **organizační kontext** (Frič, Pospíšilová, 2010, s. 9). Stejně jako se nedá jednoznačně definovat dobrovolnictví, nedají se striktně stanovit ani hranice mezi dobrovolnickou činností. Dobrovolnická činnost může být zaměřená na rodinu, příbuzenstvo, na sousedy nebo v rámci komunity. V prvním případě se setkáváme s termínem *občanská výpomoc* či *sousedská výpomoc*, ve druhém případě je to termín *dobrovolnictví vzájemné prospěšnosti*, a třetí případ označujeme jako *veřejně prospěšné dobrovolnictví*. Veřejně prospěšné dobrovolnictví je založeno na partnerském vztahu mezi dobrovolníkem a organizací, většinou nestátní neziskovou organizací (NNO) nebo dobrovolnickým centrem (DC). Snahou NNO je získávat dobrovolníky zejména pro dlouhodobou práci, ale také na jednorázové akce, DC odpovídají na jejich poptávku, zajišťují praktickou stránku dobrovolnictví, zabývají se jeho organizací. (Tošner, Sozanská, 2006, s. 36, 37)

Role, kterou dobrovolnictví hraje v organizaci. Na dobrovolnících je **přímo závislý chod organizace** – bez dobrovolníků by organizace nemohla naplňovat svoje cíle. Dobrovolníci **vykonávají činnost spolu** s profesionálními zaměstnanci - činnosti, které vykonávají dobrovolníci, by musely být zajištěny profesionálně, dochází tak ke snižování finanční nákladů organizace, ale chod organizace se na dobrovolnictví nezakládá. **Činnost dobrovolníků není nepostradatelná** pro vlastní chod organizace – dobrovolníci službu „pouze“ doplňují nebo zkvalitňují.

Časové vymezení. Dobrovolné **zapojení do jednorázových akcí** – kampaně, sbírky, benefiční koncerty apod. **Dlouhodobá dobrovolná činnost** – opakovaná a pravidelná pomoc, na základě dohody o spolupráci, která upravuje závazky, práva a povinnosti obou stran. **Dobrovolná služba** – dobrovolný závazek k dlouhodobé dobrovolné práci obvykle v zahraničí.

Nejvíce dobrovolníků pomáhá v nestátních neziskových organizacích, jejichž prvotním cílem není zisk. Stranou zájmu dobrovolníků však dnes nezůstávají ani tzv. kamenné neziskové organizace (školy, nemocnice, domovy pro seniory apod.), bývalé rozpočtové a příspěvkové organizace zřizované a spravované státem. Jak jsem již

uvedla, dobrovolnictví se u nás uplatňuje zejména v oblasti sociální a zdravotní, další angažované oblasti pokrývají ochranu životního prostředí, ochranu lidských práv, kulturu, sportovní a vzdělávací činnost a zahraniční dobrovolnou službu. V sociální a zdravotní oblasti působí instituce s pevnými pravidly a zvyklostmi. Profesionální management pro dobrovolníky je zde nezbytný. Kromě vyškolení dobrovolníků je nutné připravit také samotnou organizaci a její pracovníky pro přijetí zdánlivě cizorodého prvku dobrovolnictví. Zbytečné zatížení institucí eliminuje podpora dobrovolnických center. (Tošner, Sozanská, 2006, s. 41 - 43)

3.2 Dobrovolník

Sociální slovník definuje dobrovolníka jako člověka, který poskytuje podporu a pomoc bez nároku na odměnu buď samostatně, nebo ve spolupráci s placenými profesionály (Matoušek, 2003, s. 54). Definice Tošnera a Sozanské (2006, s. 35) vystihuje podstatu dobrovolníka precizněji *(…) bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí*. Dobrovolník dává něco ze sebe, něco svého, aniž by žádal odměnu. Přitom musí pomoc poskytovat takovým způsobem, aby odpovídala dohodě a klient se na ni mohl spolehnout (Tošner, Sozanská, 2006, s. 35). Dle Šípošové (2011, s. 20, 21) dobrovolníci přichází se srdcem na dlani, přináší do organizací kromě pomoci také lidskost a tvořivost. V zaběhnuté pracovní rutině nabízejí nové pohledy na řešení problémů a zpětnou vazbu. Nejsou disponovaní běžným provozem, takže se mohou svobodně věnovat klientům, kterým nabízejí osvěžující neformální vztah. Zároveň nejsou zatíženi rodinným vazbami ke klientovi nebo limitováni jako praktikanti. Dobrovolníci své přesvědčení o pomoci druhým staví na základních hodnotách kvalitní komunikace a autentických mezilidských vztazích. Přispívají tak ke zvýšení kvality péče, doplňují tým a ještě se přirozeným způsobem postarají o propagaci organizace na veřejnosti (Tošner, 2013, s. 60). Z výzkumu dobrovolnického centra v Ústí nad Labem v roce 2000 vyplývá, že se u nás dobrovolnické činnosti věnují převážně ženy, se značnou převahou studentů. Skladba dobrovolníků se pomalu začíná přibližovat západním standardům, pomáhající zahrnují jak všechny skupiny věkové tak i profesní.

3.2.1 Motivace

Motivace k dobrovolné činnosti se dá vyjádřit přímou úměrou – kolik je dobrovolníků, tolik je motivů k dobrovolné činnosti. Ne každý dobrovolník dokáže svoji

motivaci vyjádřit, vyjádřená motivace nakonec nemusí splňovat ani sociální normy (Matulayová, 2016, s. 9). Znalost motivace je pro manažery dobrovolníků zásadní, protože jim umožňuje efektivně postupovat ve všech fázích práce s dobrovolníky. Motivaci dobrovolníků ovlivňuje řada demografických a osobnostních faktorů, stejně jako sociální makro i mikrostruktury (Záškodná, Mojžíšová, 2011, s. 64). Různým způsobem vykládají motivaci dobrovolníků také dva základní přístupy, psychologický a sociologický. Dle psychologického přístupu vychází motivace z osobnosti člověka, která je modelována konstelací specifických potřeb, vlastností a uznávaných hodnot daného člověka. Sociologický přístup naopak přisuzuje motivační impulsy sociálním situacím, ve kterých se člověk nachází. Nejednotnost autorů se projevuje také při posuzování váhy motivačních aspektů, altruismu a egoismu. Rozpor na bázi „altruismus verzus egoismus" neutralizuje široká shoda, o tom, že člověk je k dobrovolnictví motivován směsí vlastního zájmu a altruismu (Frič, Pospíšilová, 2010, s. 83 - 87). Základním východiskem motivace je potřeba (Nakonečný, 1997, s. 109). Emoce, hodnoty a minulá zkušenost - neodmyslitelné atributy motivace - tvoří tři základní pilíře motivovaného chování. Ukazuje se, že nejsilnější motivační prky dobrovolníků jsou hodnoty (pomoc lidem, solidarita) a zájem zlepšit věci; potřeba sociálních kontaktů; seberozvoj a potřeba aktivně a smysluplně trávit čas. Náboženská motivace se neobjevuje jako silný motivační prvek ani u většiny katolíků (Matulayová, 2016, s. 10 - 75).

Forma dobrovolné pomoci, kdy pomáháme spontánně, aniž bychom čekali odměnu, bývá většinou motivovaná heslem: *Dnes já tobě, zítra ty mně*. Individuální motivace však podléhá značné rozmanitosti, a to vyvolává snahu nějakým způsobem motivaci strukturovat a kategorizovat. Vzhledem k rozmanitosti nejsou hranice mezi kategoriemi ostré a mnohdy se vzájemně překrývají. U mladých lidí, kteří mají přirozenou potřebu nových zkušenosti a vztahů, uplatňovat svoje schopnosti, získávat praxi apod., převažuje **reciproční motivace**. Jednoduše řečeno chtějí mít z pomoci užitek také sami pro sebe. Reciproční motivace se projevuje hlavně u mladých lidí do 30 let s akcentovaným ateistickým světonázorem. U starších lidí nad 60 let a věřících se častěji setkáváme s **konvenční či normativní motivací**. K dobrovolné pomoci jsou vedeni na základě morálních norem svého nejbližšího okolí nebo přebírají jako morální imperativ obecná neformální pravidla chování dané společnosti. Zkrátka se to sluší a patří. Vysokoškoláci a lidé v rozmezí 46 až 60 let inklinují k **nerozvinuté motivaci**,

která jim poskytuje prostor pro rozhodování k dobrovolné práci na základě tří motivačních pilířů – důvěra v danou organizaci, smysluplnost dobrovolné práce v konkrétním případě, podíl na šíření dobré myšlenky. Motivy však mohou mít i negativní nádech, a to až do té míry, že překročí rámec bezpečí příjemce pomoci a naruší vztahy mezi členy dobrovolnického týmu. Tento aspekt motivace by měl mít koordinátor při výběru vhodného uchazeče rozhodně na paměti (Tošner, Sozanská, 2006, s 35, 45 - 47).

3.2.2 Bariéry

Bariéry se objevují ve třech rovinách - **postoj veřejnosti**; **přístup organizace k dobrovolníkovi;** a **samotné dobrovolníkovo vnímání jeho činnosti**. V důsledku totalitní zkušenosti je postoj české veřejnosti k dobrovolnictví značně skeptický. Lidé dobrovolnictví akceptují jako charitativní náhražku, která by však ztratila opodstatnění, kdyby stát plnil svoje povinnosti. S občanskou společností není zdaleka většina občanů kongruentní, jejich vzorce myšlení a chování zůstávají rezistentní vůči novým možnostem, moc na řešení problémů ve městech a obcích stále přisuzují výhradně úřadům a také těžko přijímají, že někdo dělá něco zadarmo (Tošner, Sozanská, 2006, s. 50, 51). Organizace může vytvářet bariéry svým přístupem, aniž by o tom věděla, přestože zájem o dobrovolnou práci má. V jiné organizaci může bariéru představovat nezájem o dobrovolnou práci nebo ambivalentní přístup k dobrovolnictví. Jinými slovy, organizace projevují zájem o dobrovolnictví rozdílně a stejně tak tvoří i rozdílné bariéry. Sociální či zdravotní zařízení, zřízená státem v totalitním režimu, byla po roce 1989 nucena ke své transformaci dle jiných podmínek a pravidel. V důsledku řešení nedostatku peněz a kvalifikovaných zaměstnanců může dobrovolnictví evokovat ve vedoucích pracovnících spíše problém než pomoc. Nicméně, mnohá zařízení tohoto typu a se stejnými problémy se k dobrovolníkům a jiným změnám staví otevřeně.

Za hlavní bariéru můžeme ve většině případů označit **absenci koordinátora dobrovolníků**, jednu z pozic, kterou může vykonávat i dobrovolník, když p**racovní vytížení současných pracovníků** brání jejich aktivitě na tomto poli. Z toho plynou další dvě bariéry, **nedostatečné řízení činnosti dobrovolníků** a **nezájem organizace o dobrovolníka**. Také **nedostatek informací o dobrovolnictví** brání pracovníkům dozvědět se o jeho pozitivním vlivu na klienty a vůbec na celou atmosféru zařízení, a může v nich stagnovat **názor, že u nás nejsou zájemci o dobrovolnictví**. Mezi další

bariéry patří **obavy z rizika úrazu**, **obavy ze zneužití klienta dobrovolníkem** a **nedůvěra v čestné motivy dobrovolníka**. (Tošner, Sozanská, 2006, s. 53, 54). Dobrovolníci vnímají bariéry ve své činnosti, pokud rozdíl mezi jejich očekáváním a skutečnou činností je markantní, mají-li pocit, že jejich pomoc je k ničemu, když nedostávají zpětnou vazbu, ani ocenění či pochvalu, úkoly jsou příliš rutinní, podpora spolupracovníků nedostatečná, úkol či tým nepřináší téměř žádnou prestiž, dobrovolná činnost jim neumožňuje osobní růst, chybí podmínky k iniciativě a tvořivosti, a v ovzduší je cítit napětí mezi spolupracovníky. (Tošner, Soszanská, 2006. s. 55)

3.3 Dobrovolnická centra

V roce 1999 vzniklo v ČR první specializované pracoviště pro oblast dobrovolnictví HESTIA – Národní dobrovolnické centrum. Jedním z hlavních cílů - rozvoj dobrovolnických center v regionech ČR - byl naplněn, v současné době působí regionální dobrovolnická centra po celé ČR. Zaměření jednotlivých center je specifické dle potřeb daného místa. (Tošner, 2013, s. 63, 64).

Dobrovolnická centra (DbC) poskytují metodickou pomoc, výcvikové a supervizní programy, koordinaci dobrovolníků, případně výcvik interního koordinátora dobrovolníků, a propagaci dobrovolnictví ve společnosti. Úkolem koordinátora je vyhledávat a získávat dobrovolníky, jejich výcvik, řízení, supervize a hodnocení a vytvářet komunikační most mezi dobrovolníky, zaměstnanci, klienty a vedoucími pracovníky (Tošner, Sozanská, 2006, s. 41 - 69), od roku 2014 je tato funkce oficiálně uznanou profesí. Koordinátor dobrovolníků je klíčovou postavou dobrovolnického managementu. Organizace může pověřit koordinací buď interního zaměstnance, který koordinaci vykonává jako součást své pracovní náplně (obvykle to bývá sociální pracovník); nebo vytvořit placenou pozici koordinátora pro externího spolupracovníka s jasně vymezenou pracovní náplní; nebo může organizace svěřit koordinaci dobrovolníkovi, s oporu profesionálního garanta dobrovolnického programu působícího pro celou organizaci; a poslední možností organizace je koordinace prostřednictvím dobrovolnického centra (Balogová, Mračková, Repková, 2011, s. 18). Vedení dobrovolníků se podobá práci s lidskými zdroji - dobrovolník se zavazuje k dobrovolné činnosti obvykle formou příkazní smlouvy, odměna pak spočívá v nefinančním ohodnocení jeho přínosu pro organizaci, práce s dobrovolníkem se zaměřuje na jeho motivaci k dobrovolné činnosti.

Management dobrovolnictví je obor, který má svá základní pravidla a práce s dobrovolníky vyžaduje určitý proces:

Výběr dobrovolníků. S každým zájemcem je třeba postupovat individuálně. Přitom se však musí zohlednit jak motivy a zájmy kandidáta, tak potřeby organizace. Někteří dobrovolníci přicházejí s konkrétní představou své pomoci, jiní se svém uplatnění potřebují nasměrovat. **Výcvik dobrovolníků.** Příprava zahrnuje seznámení dobrovolníků s posláním a činností, obsah a délka přípravy závisí na náročnosti a riziku dobrovolné činnosti. Druhým aspektem přípravy je sledování dobrovolníka, jeho chování a zkušeností. Na základě vysledovaných skutečností může DbC doporučit dobrovolníkovi konkrétní zaměření.

Supervize dobrovolníků. Supervize umožňuje dobrovolníkům ventilovat své postoje a pocity nabyté ze své činnosti, probíhá v neohrožujícím prostředí na bázi vzájemné komunikace mezi dobrovolníky a supervizorem. Současně chrání zájem klienta před případnými nevhodnými aktivitami dobrovolníka a plní funkci neformální kontroly činnosti dobrovolníků.

Evaluace dobrovolníků. Hodnocení dobrovolníků souvisí s hodnocením celé organizace, záleží tedy na organizaci, zda a jak bude svoji práci hodnotit. Hodnocení dobrovolníků může prokázat, že dobrovolnictví má své místo i v tržním hospodářství, vzhledem k počtu bezplatných hodin a celkovému přínosu pro organizaci. (Hestia, Vedení dobrovolníků [on line])

Dobrovolnická centra jsou především vysílajícími dobrovolnickými organizacemi, ostatním organizacím pomáhají s hledáním a udržením si dobrovolníků. DbC se zaměřují buď na konkrétní program pro určitou cílovou skupinu či na určitý typ organizace (kojenecký ústav, hospic apod.) nebo vyhledávají nové programy a aktivity pro dobrovolníky. Jak již bylo řečeno, převážná většina DbC jsou nestátní neziskové organizace, z nichž několik působí ve spolupráci a s podporou zdravotnických zařízení. K takovým patří i DbC Malíček při Kojeneckém ústavu v Praze Krči, jehož dobrou praxi dává za příklad ombudsman (Veřejný ochránce práv[on line]). DbC Malíček realizuje dobrovolnický program "Dobrovolníci v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let", jehož cílem je přispět ke zlepšení psychosociálního vývoje děti odloučených od rodiny. Každé dítě, které může a potřebuje, má svého dobrovolníka, jež dítěti věnuje individuální péči při pravidelném kontaktu alespoň 1krát týdně, a to

dle zájmu a potřeb dítěte a schopností dobrovolníka. Dítě tak může zažít pocit, že je tu jeden člověk pouze pro ně a nemusí se dělit o jeho pozornost s dalšími dětmi; tato zkušenost přispívá ke schopnosti navazování citových vztahů těchto dětí v jejich budoucím životě. Celý projekt probíhá ve spolupráci s Národním dobrovolnickým centrem Hestia a za finanční podpory Nadace Terezy Maxové dětem (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ MALÍČEK, Dobrovolníci v DC [on line]).

4 Metodologie výzkumu

Ve své práci se zaměřuji na výhody a nevýhody plynoucí z dobrovolnické činnosti motivované saturací citové vazby u ohrožených dětí v dětských domovech pro děti do tří let z pohledu sociálních pracovníků těchto domovů.

4.1 Výzkumná otázka a dílčí otázky

Podle Hendla (2016, s. 46) je začátek kvalitativního výzkumu typický výběrem tématu a stanovením výzkumných otázek, které lze v průběhu výzkumu, během sběru dat a analýzy dat modifikovat nebo doplňovat.

Výzkumná otázka mé práce zní: Jak vyhodnocují sociální pracovníci dobrovolnickou práci s dětmi ve svých zařízeních?

Na výzkumnou otázku navazují dílčí otázky, které vedou k zodpovězení výzkumné otázky a k naplnění cíle mé práce. Dílčí otázky jsou koncipovány v souladu se záměrem empirického výzkumu, v přídě mé práce jsou to kategorie explorace a explanace (Bugel, Šlechtová, 2012, s. 173-174):

1) Nakolik se sociální pracovníci ztotožňují s teorií citové vazby?
2) Jaká alternativní řešení pro vytvoření vztahu s jednou osobou nabízí dítěti ústavní péče?
3) Jakých změn naznalo dané ústavní zařízení po roce 1989?
4) Jakou zkušenost s dobrovolnickou činností v daném ústavu mají?
5) Co od dobrovolnické práce v daném ústavu očekávají?

Explorace je zaměřena na probádání oblasti dobrovolné činnosti v dětských domovech pro děti do tří let za účelem naplňování citové vazby ohrožených dětí. Zajímá mě, jak tuto problematiku nazírají sociální pracovníci v daných ústavech a jaké výhody či nevýhody spojují s činností dobrovolníků. To mi zároveň umožní provést explanaci, tedy vysvětlit, proč v některých ústavech dobrovolnictví tohoto typu aplikují a v některých ne. Pro obě kategorie využívám kvalitativní metodu, jako techniku jsem zvolila rozhovor. Na základě kvalitativního charakteru mého výzkumu využívám postup převážně induktivní. Do zkoumání jsem vstupovala s konstrukcí určité teorie,

protože o zkoumané oblasti jsem již nějaké informace měla (Bugel, Šlechtová 2012, s. 173 - 177).

4.2 Metoda výzkumu

Kvalitativní přístup se snaží pomocí diferencovaných přístupů porozumět zkoumanému sociálnímu problému. Kvalitativní přístupy nepracují s měřitelnými charakteristikami, snaží se získat co možná nejkomplexnější obraz zkoumaného jevu z perspektivy jeho autentického prostředí (Reichel, 2009, s. 40). Pro Bogdana a Taylora (dle Disman, 2011, s. 298) představuje termín kvalitativní metodologie výzkumné postupy, jejichž výstupem jsou deskriptivní data, tzn. psaná nebo mluvená slova lidí a jejich pozorovatelné chování. Protože tato data nedeterminují předem připravené kategorie a hypotézy, jejich zkreslení se během výzkumných postupů minimalizuje. (Disman, 2011, s. 298)

Z nejběžnějších technik sběru informací v kvalitativním výzkumu jsem použila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Jedná se o velice obecný plán otázek sestavený tazatelem, kdy předcházející otázky produkují následující. Respondent se tak stává spoluautorem výzkumu a znění otázek, protože teprve interakce mezi tazatelem a respondentem dává tomuto plánu obsah a živou formu. V kvalitativním výzkumu je počet respondentů neznámý, bývá ukončen ve chvíli teoretické saturace, jinými slovy ve chvíli, kdy se data začínají opakovat a přestávají vytvářet další kategorie. (Disman, 2011, s. 300 - 308)

Jednotlivé rozhovory jsem se svolením respondentek nahrávala na audio záznamník. Nahrávky mi sloužily k pozdější analýze dat, na základě kterých jsem popsala výsledek výzkumného procesu.

4.3 Popis výzkumného prostředí

Primární zájem kvalitativního výzkumu vyjadřuje jedincovo vnímání určitého prostoru. Výzkumným prostředím pro mě byly výpovědi sociálních pracovnic vybraných kojeneckých zařízení. Za účelem rozhovoru jsem je navštěvovala v jejich pracovním prostředí. Všechny byly ochotné a všechny mi nabídly také prohlídku zařízení. Strategii vedení rozhovoru jsem se snažila přizpůsobit atmosféře nenuceného přátelského posezení, aby se respondentky cítily uvolněně a neměly pocit využití jen pro daný účel. Ovšem vzhledem k pracovnímu vytížení a povinnostem respondentek (dvě z nich

zastávaly kombinovanou funkci) nebylo možné, aby si vymezily nerušený čas jen pro moji návštěvu. Následně prováděnými polostrukturovanými rozhovory jsem získávala potřebné informace k zodpovězení výzkumné otázky.

4.4 Popis výzkumného souboru

Základní soubor tvoří šest sociálních pracovnic zaměstnaných v kojeneckých zařízeních pro děti 0-3 let v Jihomoravském kraji: Chovánek Dětské centrum rodinného typu, Lila Domov pro postižené děti Otnice, Dětské centrum Kyjov a Dětské centrum Znojmo. Je to soubor jednotek, který by se měl vyznačovat platností mých závěrů. Informace o počtu populace – kojenecká zařízení v Jihomoravském kraji – jsou dostupné na oficiálních webových stránkách Krajského úřadu Jihomoravského kraje. Z uvedeného základního souboru jsem pracovala s výběrovým souborem tří sociálních pracovnic (ve dvou případech kombinovaná pracovní pozice) jednotlivě zastupujících zařízení Lila Domov pro postižené děti Otnice, Dětské centrum Kyjov a Dětské centrum Znojmo. Tyto pracovnice byly ochotné odpovědět na mé otázky a splňovaly kritéria – post sociální pracovnice v dětském domově pro děti do tří let v Jihomoravském kraji. Charakter vzorku, dle Dismana (2011) „skupina jednotek, které skutečně pozorujeme“, vychází z mého předpokladu, že dobrovolnictví patří do gesce sociální pracovnice. (Disman 2011: 93). Zvolila jsem metodu záměrného výběru, který je založen na cíleném vyhledávání respondentů s určitými vlastnostmi a kteří souhlasí se zapojením do daného výzkumu, jak píše Patton (dle Miovsky, 2006, s. 135).

4.5 Metoda zpracování dat

Ve fázi data managementu jsem si nejprve vytvořila jádro rozhovoru, tzn. sadu otázek, které byly volně položeny v nepravidelném pořadí podle toho, jakým směrem se ubírala odpověď respondentek. Rozhovor jsem vedla nedirektivním stylem především pomocí otevřených otázek v tomto rámci (Miovsky, 2006, s. 160, 170, 195), viz příloha.

Kvalitativní data jsem fixovala na audio záznamník, čímž vznikla základní matrice, se kterou jsem mohla dále pracovat. Nahrávky rozhovorů jsem převedla do textové povahy - transkriptu. Poté jsem data zpracovávala metodou kódování dat. V tomto procesu jde o převádění neagregovaných dat do datových segmentů, kterým přiřazujeme různé názvy. Takto identifikované segmenty slouží k pracovnímu postupu další fáze analýzy kvalifikovaných dat. Proces kódování mi umožnil systematické označování větších významových celků dle vytvořených kritérií. Glaser a Strauss

(dle Miovsky, 2006, s. 227) nazývají datové segmenty srozumitelnějším pojmem *významové jednotky*. Identifikace a roztřídění významových jednotek mi otevřelo cestu k otevřenému kódování. Významové jednotky jsem na základě porovnávání pojmů v nich obsažených seskupovala do vyššího řádu, tzv. *kategorie*. Kategorie k sobě vážou různé podskupiny pojmů nazývané *subkategorie*. Kategorie disponují určitými *vlastnostmi*, které se umísťují na *dimenzionální škále*. Výskyt každé kategorie se vyznačuje *dimenzionálním profilem*, v momentě seskupení několika dimenzionálních profilů vzniká *pravidelnost*. (Miovsky, 2006, s. 197 - 228)

Prakticky jsem tedy postupovala tak, že jsem v textu podtrhala klíčové pojmy – významové jednotky, které jsem dle vlastností a následné pravidelnosti řadila do těchto kategorií a subkategorií:

- **Kategorie - Citová vazba**

subkategorie: prioritní potřeby dětí 0-3 roků; saturace citové vazby; příčiny, rizika a následky psychické deprivace; známky citové deprivace.

- **Kategorie - Ústavní péče po roce 1989**

subkategorie: změny po roce 1989; skladba dětí; pěstounská péče/adopce; rizika; sanace rodiny.

- **Kategorie - Dobrovolnictví**

subkategorie: zkušenosti s dobrovolnictvím; motivace dobrovolníka; bariéry dobrovolnictví; skladba dobrovolníků; přístup zaměstnanců k dobrovolníkům; účel zřizování dobrovolníků; role dobrovolníka v zařízení, dobrovolník pro jedno dítě; podmínky pro činnost dobrovolníků, dobrovolnická centra.

4.6 Etika výzkumu

Dodržování obecně uznávaných etických zásad je povinností každé výzkumné společnosti i jednotlivce na základe morálního kodexu a právních ustanoveni, například Listinou základních prav a svobod a jiných mezinárodních úmluv daných Ústavou a zákony České republiky. Ve výzkumu můžeme rozlišit tři eticky problémové oblasti. První se týká ochrany zdraví, psychické rovnováhy a svobody jednotlivce, druhá oblast nakládáním s informacemi a třetí se týká výsledků výzkumu a jejich vlivu na společnost.

Při práci s informacemi musí byt dodrženy etické zásady, které se týkají osobní etiky autora výzkumu (Ivanová, Zielina, 2010, s. 28).

Během mého výzkumu jsem se snažila dodržet vědeckou etiku, zejména v oblasti osobních informaci, získaných od respondentek. Držela jsem se etických zásad podle Spousty, což je vědecká objektivnost, pravdivost, osobní čestnost, původnost, zásadovost, osobní sebekritika a tolerantnost (Spousta, 2003, s. 18). Všechny participantky mi daly souhlas se zpracováním dat získaných rozhovorem s nimi. S citlivými daty jsem do styku vůbec nepřišla, rozhovory se netýkaly konkrétních kauz, byly vedeny v rovině veřejně dostupných informací. Jako badatelka jsem tedy nemusela zajišťovat žádnou anonymitu, např. dětských klientů v daných ústavních zařízeních (Bugel, Šlechtová, 2012, s. 185-193).

4.7 Kritické posouzení obsahových a metodologických limitů výzkumu

V mé bakalářské práci vnímám jako limit odepření rozhovoru sociálních pracovnic z brněnského dětského centra, které mi chybí ke kompletnímu vzorku kojeneckých ústavů v Jihomoravském kraji. Přesto, že zde pracují tři sociální pracovnice, odpověď jejich vedoucí byla zamítavá, v e-mailové korespondenci uvedla, že dobrovolnictví ve svém zařízení již neprovádějí, tudíž by rozhovor nebyl relevantní. Snažila jsem se přesvědčit je o opaku osobní intervencí, ale neuspěla jsem. Dalším limet pro mne byla nezbytná profesionalita při vedení rozhovoru, o které píše Reichel (2009, s. 116). Uvádí, že vedení rozhovoru je natolik náročná záležitost, že se jí má ujímat výhradně vyškolený a zkušený výzkumník. Cítila jsem, že těmito vlastnostmi přirozeně nedisponuji. Navíc jsem jeden rozhovor musela opakovat, doma jsem totiž zjistila, že nahrávku nelze přehrát. Respondentka měla naštěstí pochopení a přijala mne i po druhé. Významným limitem bylo také zpracovávání teoretické části, jež se mě dotýkalo v několika rovinách osobní zkušenosti. Nečekala jsem, že to místy pro mě bude tak emocionálně vypjaté, několikrát jsem musela práci přerušit. Přitom jsem měla touhu dozvědět se více, pročítání literatury jsem tak věnovala více času, než bylo potřeba a nakonec to odvádělo pozornost od podstaty mé práce. Teoretickou část jsem pak podrobila přezkoumání a úpravě, takže mi práce zabrala větší časovou dotaci.

5 Interpretace výzkummu

Nejdříve interpretuji jednotlivé kategorie. Ve druhém korku provedu shrnutí interpretace. Zde odpovím na dílčí otázky a následně na výzkumnou otázku. Na základě těchto odpovědí vyhodnotím a popíši výhody a nevýhody dobrovolnictví ve sledovaných zařízeních.

5.1 Kategorie – Citová vazba

U všech respondentek panuje shoda v tom, že každé dítě potřebuje láskyplnou dobrou rodinu, že dítě potřebuje cítit jistotu a bezpečí, kontakt s jednou blízkou osobou a podnětné prostředí „*odjakživa*“, tzn. již od prenatálního období, a že kromě potřeb biologických, potřebu jistoty a bezpečí dopřával a dopřává dětem i kojenecký ústav. Úkolem ústavní péče je zestabilizování dítěte, ošetřovatelská, lékařská a zdravotní péče, psychologická, případně terapeutická péče, příprava na vstup do života a do života v konkrétní rodině. Ústavní péče zajišťuje komplexně a interdisciplinárně všechny potřeby dítěte. Vývoj a potřeby dítěte jsou nahlíženy perspektivou dynamického vývoje dnešní doby. U ohrožených dětí ovšem nastává otázka, zda je lepší ústavní péče nebo pěstounská péče na přechodnou dobu. Dle všech respondentek je prioritou číslo jedna u nechtěného dítěte dokonalé vyšetření zdravotního stavu, aby se odhalily případné zdravotní problémy, které v důsledku rizikového životního stylu většiny matek těchto dětí nejsou výjimečné a mohou mít latentní charakter. Toto vyšetření může kvalitně zajistit jen tým odborníků v zařízení ústavní péče. Respondentka č. 2 pochybuje o profesionálním pěstounství: „*V žádném případě to nemůže zajistit pěstounská péče na přechodnou dobu, kde je navíc navázání citové vazby na pěstounku rizikové, protože dítě zde setrvává až do 1 roku věku, tedy do kritického období 8. měsíce věku. Zdravotní stránka u nechtěného dítěte je prvořadá. Důležitější než to, že dítě tráví první tři měsíce svého života v ústavní péči, je dokonalé vyšetření, aby bylo zdravé a mohlo být předáno k adopci s potřebnou dokumentací*.“

Rovněž saturaci citové vazby všechny respondentky vnímají dostatečně zajištěnou personálem, o děti pečují sestry jednak s psychologickým vzděláním a jednak citově a empaticky založené. Dítě v kojeneckém zařízení cítí, že je chtěné a milované. Každé dítě je některým zaměstnancem oblíbené. Ústavní péče zajišťuje optimální rozvoj citových schopností dítěte – vždy se na děti mluvilo, výchovné programy se vytváří

i pro novorozence. Ústavní postup nenarušuje schopnost dítěte v budoucnu navazovat vazbu, pokud se dostane včas do dobré rodiny (adopce nebo dlouhodobá pěstounská péče). Respondentka č. 1: „*Občas sem jezdí pěstouni, co si berou děti…to dítě je úplně jiný. To vždycky poznáte, i po měsíci už je úplně jiný, rozkvetlý, tak jinak. Tak to má být*." U miminek není v oblasti citové vazby problém, ten je spatřován až u starších dětí. Respondentka č. 1 k tomu říká: „*Takové malé miminko potřebuje najíst a pochovat, to tady vlastně funguje, ale ty starší děti už potřebují toho jednoho člověka nejlépe k sobě, aby se mu opravdu mohly svěřit. Ti starší (od 13 let) chodí teda za mnou. Jinak máme nasmlouvaného psychologa, takže, když je potřeba, tak si většinou domluvíme schůzku a on přijde*." U novorozenců převažují hlavně biologické potřeby, takže se v prvé řadě zajišťuje plné přímé zaopatření dítěte, ale dbá se také na zdravý vývoj dítěte, jeho psychické potřeby a na naplňování citových potřeb dítěte, na dostatečně podnětné a stabilní prostředí. Respondentka č. 3 uvádí: „*V zařízení se snažíme o nasycení biologické stránky i psychosociální stránky potřeb dítěte - dostatečným přístupem k podnětům, ke stimulaci, ke stabilnímu prostředí a k citovému přístupu. Na děti do jednoho roku působí teplé a příjemné barvy, jemná a tichá hudba, jídlo se podává v jiné místnosti, zajišťuje se rotace postýlky, čímž se rozšiřuje perimetr zorného úhlu dítěte, dbá se na přísun dostatku podnětů. Nežádoucí je nadměrný hluk a nadměrný pohyb osob kolem dítěte a nepřiměřené faktory.…Takže si myslím, že tady to nejzákladnější je plněno…citová nasycenost dítěte, stálost prostředí, dostatek podnětů, no a samozřejmě se snažíme, aby pro ty děti byla i otevřená budoucnost*." Respondentka č. 1 k citové vazbě a ke stabilnímu prostředí: „*Opravdu to vnímají ty starší děti…ty citové vazby…s tím by s vůbec nemělo manipulovat. A opravdu co nejmíň těch změn, proto třeba ti dobrovolníci…čím víc se střídá těch osob…opravu se vždycky to dítě upne na někoho. I tady na nějakého zaměstnance, prostě víc k němu tíhne, než třeba k druhému*."

Výhodu všechny respondentky vidí v náplni práce pečující sestry. Jedna sestra o děti pouze pečuje, vše ostatní zajišťuje jiný personál (kuchařka, sanitárka), má tím pádem více času na kontakt s dětmi. V zařízeních je stálá skupina sester, která se stará o svoji skupinku dětí. Děti tak mají svoje lidi, což vytváří stabilitu. Při úkonech s dětmi probíhá mluvení, pohlazení, dělá se legrace apod. Respondentka č. 3 mluví přímo o „*rituálech*" paní primářky Damborské, dodržují se určité úkony spojené s denními činnostmi, které sestra provádí s dítětem při přebalování, koupání, krmení. Jde o to, aby sestřičky nedělaly jen nějaké zautomatizované pohyby. Mimo jiné, jsou sestry

motivovány představou vlastního dítěte na tomto místě. V některých zařízeních spoléhají nejvíce na přirozené chování a jednání. Respondentka č. 2 se vyjadřuje k saturaci citové vazby: „*Sestra se o dítě stará přirozeně, mluví s ním a laškuje - navazuje citovou vazbu při všech činnostech, které existují….To vše vede k navazování citové vazby a nevadí, ž to provádí 5 sester, tedy ta, která má právě službu. Je to jako doma v rodině, kde dítě navazuje a udržuje citovou vazbu se širokou rodinou. V ústavu jedna stěžejní osoba není, ale my si na rodinu nehrajeme. Spoustu věcí děláme s dětmi přirozenou cestou, jako ženy a matky*.“ Jinde zařazují program dlouhodobého dobrovolnictví - konkrétní teta dobrovolnice přichází v konkrétním čase ke konkrétnímu dítěti. Snaží se tak vynahradit dítěti prázdný prostor, aby si zažívalo to, co zažívají děti, které mají kontakt s blízkou osobou, se zákonným zástupcem. Respondentka č. 3 vysvětluje: „*Dítě ví a biologicky cítí, že se blíží jeho teta, že nebude konkurence dalších dětí, že se svojí tetou si užije chvíli intimity a soukromí*.“ V souvislosti s tím se objevilo upozornění na odbornou distanci, kterou musí v zařízeních udržovat vůči svým klientům, na rozdíl třeba od pěstounů na přechodnou dobu. Odborná distance představuje určitou pojistku, která zajišťuje kontrolu míry připoutání k personálu, kontrolu vědomí, že dítě je zde na přechodnou dobu, a také zajišťuje schopnost dětí citově se připoutat na novou rodinu.

Co se týká psychické deprivace, trauma vzniká u nechtěných dětí již v nitroděložním období, které má svá období, v nichž evidentně plod/dítě reaguje na vnitřní i vnější podněty (tlukot matčina srdce, její hlas, polohu a pohyb). Stres matky a její životní styl se odráží na nitroděložním vývoji dítěte (kouření, závislost na návykových látkách). Na dítě mají vliv jednak dědičné faktory, jednak biologické faktory a jednak sociální prostředí. Dítě do 4 až 5 měsíců je na tom dobře, nepamatuje si to, pokud je mu dána péče a nijak dále nestrádá. Dítě je schopné vytvořit si pouto i nový vztah i po prvních třech měsících v ústavní péči. Riziko nastává, pokud dítě v ústavní péči zůstává dlouhodobě. Pro dítě může být fatální, pokud je dlouhodobě vystaveno nějakému citově málo podnětnému prostředí, nebo až nepřátelským vztahům vůči němu, což nemusí být jen prostředí ústavu. Respondentka č. 3 k tomu dodává osobní zkušenost z psychologické praxe: „*…spousta dětí strádá citovou deprivací v rámci své vlastní biologické rodiny, té lásky se mnohým dětem opravdu nedostává a ony mnohdy žijí ve velmi tragických podmínkách. Bohužel je teď taková špatná deviza naší společnosti, rozpad rodiny, ztráta té morální hodnoty a to, že děti už nejsou našim bohatstvím…mnohé děti jsou rodičům spíš na přítěž…zodpovědnost mizí ve vztahu k dětem*.“ Dlouhodobé

strádání se odráží na řečovém vývoji a na sociálních dovednostech dítěte. Dochází k určité stagnaci vývoje, někdy k regresu vývoje. Děti podávají horší kognitivní výkon, než by se dalo očekávat vzhledem k jejich vývojové úrovni a než je otázka jejich intelektového potenciálu. Přesto, že tyto děti přišly na svět s dobrou mentální kapacitou, dlouhodobé citové strádání a nepodnětné prostředí způsobí rapidní pokles jejich výkonnosti.

Bio a *socio* se kloubí s *psycho*, a pokud některá z těch složek není naplňována, vždy to má kritický dopad na vývoj dítěte. Negativní není ten ústav, kde dostane veškerou výše popsanou podporu, ani rodina nebo pěstounská péče, ale to, když dítě strádá až do dospělosti. Pokud je dítě v ústavní péči dlouhodobě, tak to pro ně vždy určitá negativa může mít. Je to však individuální. Jsou jedinci, kteří zvládají tyto podmínky poměrně dobře a jsou jedinci, kterým stačí i kratší pobyt v ústavu a určité dopady si nesou celoživotně. Obecně platí, že pokud dítě nemá dostatečné citové zázemí a podnětné prostředí, nemá pro koho podávat dobrý výkon, nemá možnost sdílení a nemá konkrétní vztahové osoby, má to pro dítě samozřejmě fatální dopad. Vztahovými osobami jsou v ústavní péči sestřičky, které se o děti starají a také dobrovolníci pro ty děti, které nejsou v kontaktu s biologickou rodinou a jejichž dlouhodobá perspektiva není ideální. Vztahy s lidmi vytvářené v raném věku, s jednou osobou blízkou, jsou bezesporu nesmírně důležité, ale nelze to vztahovat takovým způsobem, že dítě, které stráví týden nebo čtrnáct dní v ústavu, je celoživotně hendikepované.

U dětí existují určitá citlivá období. U dítěte kojeneckého věku je to především mezi 6 a 9 měsícem, kdy se v tom období vytváří tzv. specifické citové pouto, pouto ke konkrétní osobě, kterou dítě vnímá jako tu nejbližší osobu, tu svoji osobu, kterou přesně identifikuje, a tady toto specifické pouto má velký význam pro další vývoj dítěte. Je to citlivé období, velmi důležité pro dítě, ale není to vše určující období. Mozek dítěte je nesmírně plastický a pořád je tu šance, že pokud se dostane do dobré rodiny, má možnost navázat citové pouto opravdu ke konkrétním osobám, má schopnost zamilovat se, má schopnost se sociálně začlenit.

5.2 Kategorie – Ústavní péče po roce 1989

Z odpovědí respondentek vyplynulo, že v ústavní péči dochází k modernizaci a k zavádění nových trendů, upozorňují však, naše republika měla systém péče o děti vždy na špičkové úrovni, ať už to bylo v oblasti vzdělávání, zdravotnictví nebo ústavní

péče. Potvrzují to práce pana profesora Matějčka, paní profesorky Koluchové, a kolektivu, který s nimi spolupracoval, jejich dlouhodobé kvalitní výzkumy a vynikající výsledky. Nedochází zde tedy ke stagnaci, ale k posunům. Rozhodně jsou proti rušení ústavní péče, a cítí jisté rozladění. Respondentka č. 2: „*Co bylo dobré a fungovalo, s každým novým zákonem se komplikuje. Musíme neustále obhajovat svoji existenci, k rušení ústavů se používají nesmyslné argumenty. Je nám podsouváno, že si děti v ústavu držíme, nevěnujeme se jim a děti čas tráví jen v postelích. Přikláním se k ústavům rodinného typu se skupinkami podle zdravotního postižení a podle toho i přizpůsobení prostředí*.“ Naše republika přijala různé legislativní dokumenty, jimiž je vázána. Především je to Úmluva o právech dětí, z níž vyplývají určité povinnosti ve vztahu k dětem, které se musí dodržovat. Otevření hranic našeho státu umožnilo větší prostupnost s různými odborníky a odbornou literaturou.

Ústavní péče není žádný ustrnulý model, zabezpečuje komplexně a interdisciplinárně všechny potřeby dítěte. Žádná z respondentek nepopírá, že rodinu ústavní péče nemůže nahradit, nevylučuje to však citlivost ústavní péče k citovým potřebám dětí. Personál je na vysoké odborné úrovni, v zařízení se nevyskytuje nekvalifikovaný zaměstnanec. V problematice dětí a nových trendech jsou zaměstnanci pravidelně vzděláváni, na poradách probíhají odborné semináře a intervize. Zařízení se snaží spolupracovat s dalšími zařízeními, která mají v péči děti, tzn. rezorty školství, zdravotnictví a MPSV. Co se týká počtu dětí na personál, na jednu sestřičku připadají maximálně čtyři děti. Nízká fluktuace zajišťuje velmi stabilní personál s velmi dobrými zkušenostmi.

Znaky ústavní péče, které popsal Matoušek, se týkají 50. let minulého století, za tu dobu se na všech úsecích ústavní péče vykonala spousta práce. Respondentka č. 2: „*Postavili jsme nový areál na „zelené louce“, provoz, péče….vše je dáno ze zákona a podléhá to kontrole, neustále nás chodí někdo kontrolovat. Děti nejsou zavřené v postýlkách, mají kontakt s okolím (výlety, různé akce), přiměřeně věku a postižení se začleňují do života. Veškerá popsaná rizika už neplatí, nejsme uzavřená instituce, přizpůsobujeme se rodinnému typu a potřebám klientů. Režim v zařízení se nijak neliší od režimu v domácím prostředí rodiny*.“ Modernizace je ve všech dotčených zařízeních popisována shodně. Přibližují se prostředí rodinného typu, nesterilní vybavení místností a uspořádání místností do malých skupin podobných domácímu prostředí a kontaktní dohled nad dětmi, zohledňuje se soukromá zóna dítěte, jeho osobní prostor, děti jsou

vedeny k samostatnosti a k začleňování do společnosti (s malým dítětem chodí teta/sestra na nákup, větší děti zapojovány do domácích prací, bez doprovodu do školy). Kromě rehabilitace je zřizována také relaxační místnost (snooz land), solná jeskyně. Respondentka č. 1: „*A co se týká těch ZDVOPů, to se vlastně také úplně změnilo. Máme obýváčky, máme tam televize, počítače, snažíme se jako v běžné rodině. Pro ty velký děti je důležitý, aby měly ten svůj pokojíček…Ale je to všecko o penězích, bohužel*.“ Při veškeré modernizaci a nových trendech musí jako zdravotnická zařízení dodržovat standardy zdravotnické péče, z čehož plynou postupy pro zabezpečení a ochranu dětských klientů s vážným zdravotním postižením. Taktéž vybavení místností musí být v souladu se zdravotním stavem dětí, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví dítěte.

V zařízeních výběrového souboru pečují zejména o děti zdravotně a mentálně postižené. Většina dětí má biologickou rodinu. Jedná o rodiny, které již domácí péči nezvládají, a dítě je umístěno na jejich vlastní žádost s tím, že jsou s dítětem v pravidelném kontaktu, nebo jsou to rodiny, které řeší svoji nepříznivou životní situaci a za dětmi dochází na návštěvu. Děti bez kontaktu s biologickou rodinou značí nezájem vlastní biologické rodiny. Dětí, které jsou bez kontaktu s rodinou, dle respondentky č. 3 *na pospas*, je minimum. Většinou jsou zde umísťovány děti na základě předběžného opatření nebo děti v ústavním režimu. Děti právně volné rychle přecházejí do pěstounské péče nebo do adopce. Respondentka č. 1 uvádí: „*Ty děti jsou u nás opravdu chviličku. Fakt se snažíme, aby co nejrychleji od nás tady z toho ústavního zařízení šly zpět do své biologické rodiny nebo do nějaké náhradní rodiny, adopce nebo pěstounská péče, ta dlouhodobá je značka ideál, že tam to dítě opravdu prostě vyroste. Protože pokud neumístíte takhle malé dítě, dostane se do domova a tam už tu šanci nemá*.“ V zařízení respondentky č. 3 odcházelo v 90. letech v průměru při kapacitě zařízení 35 míst ročně i dvanáct dětí do náhradní rodinné péče. Ve shodě s výpověďmi ostatních respondentek se většinou se jednalo o adopci, protože děti měly nízkou věkovou hranici. V současnosti je v zařízeních výběrového souboru počet dětí do adopce nižší, protože děti novorozeneckého a kojeneckého věku přicházejí do pěstounské péče na přechodnou dobu. V dnešní době se navyšují počty dětí batolecího věku, které přicházejí jako sourozenecké skupiny nebo jsou jiného etnika, nebo jsou to děti s vážnými zdravotními handicapy. Respondentka č. 3 upozorňuje: „*Právě k těmto dětem je směřován dobrovolnický program, protože je naprosto nezbytné, aby měly opravdu dostatek citové vazby a citového pouta. Je potřeba, aby si i veřejnost uvědomila, že u nás*

zůstává vysoké procento dětí s velmi závažnými a fatálními zdravotními postiženími, které v ústavu zůstávají dlouhodobě.“ Respondentky kladou důraz jednak na sanaci rodiny - pracují s rodinou jako s celkem, nebo jen s matkou, která potřebuje poskytnout azyl, pomoc při řešení své nepříznivé životní situace apod. - a jednak na zachování sourozenecké skupiny, i když se od tří a více sourozenců skupina dětí špatně umisťuje.

Přes veškerou snahu a opatření uznává většina respondentek, že jsou přece jen ústavní zařízení, a to určitá rizika přináší: velké kolektivní zařízení, střídání personálu na směnách, denní režim uzpůsobený ústavnímu provozu, tendence dítěte navazovat se na kteréhokoli zaměstnance nebo návštěvníka, dlouhodobé setrvání v raném věku a neumístění do NRP, to umocňuje nárůst sourozeneckých skupin. Jiná závažná rizika nehrozí, protože pro děti se vytváří programy jako v běžném životě. Respondentka č. 1: „*Jinak jezdíme v létě na koupaliště, v zimě na hory, chodíme běžně do kina, do divadla…Větší děti chodí i samy*.“

5.3 Kategorie – Dobrovolnictví

Všechny respondentky uznávají dobrovolnictví v obecné rovině za dobré, rozcházet se začínají v jeho aplikaci ve vlastním zařízení. Zkušenost s dobrovolnictvím není buď žádná, nebo je pozitivní. Výpovědi jsem rozdělila do tří postojů: odmítnutí dobrovolnictví; podmíněné přijetí dobrovolnictví; plné přijetí dobrovolnictví.

5.3.1 Odmítnutí dobrovolnictví

Respondentka č. 1 představuje zařízení s nulovou zkušeností s dobrovolnictvím. Případné dobrovolníky nevnímá jako překážku, ale současně dobrovolnictví nevidí jako potřebné a prospěšné, protože nastavený koncept funguje dobře, s dobrovolnickými centry nespolupracují: „*Žádné zkušenosti, bohužel, nemáme, já tady působím jedenáct let a od té doby tady nebyl žádný dobrovolník. Jsme zdravotnické zařízení…*“ S dobrovolníky nepočítají ani do budoucna, vedení zařízení není dobrovolnictví nakloněno. Panuje zde přesvědčení, že menší děti nepotřebují dobrovolníka (spíše ty starší), navíc děti špatně nesou, když se střídá hodně lidí, tím se vazby narušují. Potřeba jedné osoby je zastřešena klíčovým pracovníkem dítěte, který má kompletní přehled o dítěti a je v kontaktu i s rodiči, pokud jsou známi. Zdravotní personál je v tomto směru dostačující a nepotřebuje využívat pomoci dobrovolníků. Reakce zaměstnanců na dobrovolníky by byla spekulativní: „*Fakt to nedovedu posoudit. Kdysi, co vím, to bývalá kolegyně říkala, že sem chodili, když tady byly ty nedonošené děti. Ale jakou formou to bylo, to teda*

nevím. Vím jen, že třeba na ty vycházky jezdili s dětmi.“ Případné zavedení dobrovolnictví by vnímala jako žádoucí pro starší děti, které se potřebují svěřovat, pro postižené děti jako doprovod, nebo pro předškoláky a školáky jako doprovod a možnost svěřovat se; ještě připouští dobrovolnictví jako asistenci pro učitelku nebo pracovníkům stacionáře. Dobrovolník by tedy měl přicházet pomáhat dle potřeb zařízení, ne za jedním konkrétním dítětem jako jeho stálá blízká osoba.

5.3.2 Podmíněné přijetí dobrovolnictví

Respondentka č. 2 uvádí, že v jejich zařízení měli dříve hodně dobrovolníků, avšak zákon o dobrovolnictví vše zkomplikoval. Dobrovolníci nebyli ochotni podrobit se proceduře v dobrovolnických centrech a samotné zařízení se touto agendou také nechce zatěžovat. Proto v zařízení upustili od oficiálního dobrovolnictví, v činnosti dobrovolníků pokračují dále, ale pod označením „návštěvy“. S dobrovolnickým centrem mají sice kontakt, ale zatím od něj nebyl žádný dobrovolník vyslán. S dobrovolníky měli v zařízení vždy dobrou zkušenost, respondentka k tomu dodává: „ *Já říkám, že čím více rukou na děti, tím více srdcí! Dobrovolnictví hodnotím vždy do plusu, protože je to přínos pro děti. Dobrovolníci se jim věnují a děti cítí, že se jim chtějí věnovat. Dítě vnímá, kdo to s ním myslí dobře a kdo ne. Otevřené srdce není fráze*.“ Dobrovolníkům se zařízení otevřelo, protože přináší program a různé akce pro všechny děti, ovšem zařízení očekává trvalejší charakter dobrovolné činnosti a dodržování pravidelnosti. Děti si na dobrovolníky jednak zvyknou a jednak se denní program přizpůsobuje dobrovolníkům. Role dobrovolníka je zde vymezena jako pomoc a podpora u dětí dle aktuální situace a potřeby. S novým zájemcem o dobrovolnou činnost postupují v zařízení neformálně, přirozeně. Seznámí ho se základními informacemi, s provozem, s typem postižení u dětí. V první fázi je na oddělení se sestrou a všemi dětmi a je sledován personálem – zjišťuje se motivace, jaký je člověk, testuje se schopnost dodržovat dohody apod., postupně se pokračuje v dalších krocích. Svoje věci si dobrovolník odkládá v návštěvní místnosti a odchází za dětmi. Péče o dobrovolníky je založena na laskavém a vlídném chování, dobrovolníci vědí, na koho se mají obracet, rozhodně nemají pocit bezprizornosti. Supervize součástí péče nejsou. Pro zařízení je dobrovolnictví zátěž, kterou však zaměstnanci akceptují kvůli dětem. V zařízení pracuje kolektiv dobrých sestřiček a dobrých lidí a většina zaměstnanců dobrovolníky vnímá jako dobro pro děti. Respondentka č. 2 reflektuje: „*Dobrovolníci přece jen představují cizí element, na který nemusí být vždy všichni z personálu naladěni, ale v takovém případě se zaměstnanec*

zapře. Je to však výjimka.“ Respondentka č. 2 popisuje dobrovolníky v jejich zařízení jako starší paní, mladší bezdětné ženy, kamarády, známé, přátele, příbuzné dětí nebo také větší skupiny např. ze škol, internátů. Dobrovolníci chtějí hlavně pomáhat dětem, naplnit volný čas a prostor dětí. Hlásí se do zařízení, protože o zařízení od někoho slyšeli, byli na dni otevřených dveří nebo na nějaké akci pořádané zařízením. Jsou to lidé, kteří nejsou ladění na materiální spotřebu, mají určité životní zkušenosti, hierarchii hodnot zaměřenou na lásku a pomoc bližnímu. Dobrovolnictví bývá ukončeno odchodem do důchodu, zhoršením zdravotního stavu dobrovolníka, porodem vlastního dítěte, většinou to bývá změna životní situace dobrovolníka, ale může to být také neseriózností dobrovolníka. Bariérou pro motivaci dobrovolníka by mohlo být, pokud se některý zaměstnanec neovládne a dá dobrovolníkovi najevo svoji nevoli nad jeho působením v zařízení. Největší překážkou formálního dobrovolnictví jsou dle respondentky č. 2 oficiality a formalismus, které přináší zákon o dobrovolnictví – to znamená oficiální agendu a dokumentaci, které zákon ukládá.

5.3.3 Plné přijetí dobrovolnictví

Respondentka č. 3 reflektuje dobrovolnictví - odlišně k výpovědím předchozích respondentek – jen jako pozitivní zkušenost. Menší obavy či nejistoty ze strany zaměstnanců se projevovaly v začátku projektu, ale nepotvrdily se. Projekt s dobrovolníky probíhá v tomto zařízení již několik let. Dnes zařízení spolupracuje s dobrovolnickým centrem Krok, které se řídí zákonem o dobrovolnické službě. Zákon o dobrovolnické službě se zařízení tudíž nijak dramaticky nedotýká, naopak jej vnímají pozitivně. Krok zabezpečuje vše, provádí výběr a zaškolení dobrovolníků, plus potřebnou dokumentaci (výpis z rejstříku trestů, kartu dobrovolníka, pojištění dobrovolníka). Z těchto zaškolených dobrovolníků si zařízení vybírá vhodné kandidáty. Pomocí dotazníku a osobního rozhovoru mapují motivaci a chování kandidáta. Zkušenost je taková, že se všichni vybraní dobrovolníci doposud osvědčili. Spokojenost, která stojí na vzájemné informovanosti a spolupráci, je na všech stranách, hlavně na straně dětí, pro něž tady dobrovolníci jsou. Zařízení se snaží předcházet rizikovému dobrovolnictví právě všestrannou informovaností dobrovolníků - BOZP, jak funguje samotný systém zařízení, režim dětí, jejich prioritní potřeby, souvislosti s vývojovou úrovní každého dítěte, ochrana citlivých dat. Mezi vedením, personálem a dobrovolníky byl nastolen systém předávání informací a korektních vztahů.

Respondentka č. 3 zdůrazňuje, že účelem zřízení dobrovolnického programu je zájem dítěte - saturace jeho citových potřeb a jeho vývoje po všech stránkách, nejen biologické, ale také psychosociální. Zařízení očekává dlouhodobou práci dobrovolníka s dítětem, jehož vyřešení nepříznivé situace je v nedohlednu a s dítětem, které nenavštěvuje žádná blízká osoba, ani příbuzný z biologické rodiny. Cílem dobrovolnického programu je posilovat citové vazby dítěte, umožnit dítěti větší seberealizaci a větší prostor ke vzájemnému sdílení. Vymezení role dobrovolníka v organizaci je jasné – pomocník pro jedno konkrétní dítě, osoba blízká dítěti, která mu umožní užívat si soukromý prostor, která zaplňuje prázdný prostor, kdy chybí osoba blízká, zákonný zástupce dítěte. Skupinové dobrovolnictví nárazového typu, v podobě např. návštěva studentů s programem pro děti, zde neprovozují. Narušuje to stabilitu prostředí ohrožených dětí. Vhodnější je s dětmi za takovým účelem vyjít ven, do jiného prostředí mimo areál zařízení.

Dobrovolník pro jedno konkrétní dítě obdrží stručnou a přehlednou zprávu o vývoji a aktuálním stavu dítěte. Zpráva obsahuje křestní jméno a věk dítěte, silné stránky dítěte, na co se má dobrovolník orientovat, v čem by mohl dítě pomoci nastimulovat. Je informován o tom, že se má obracet na vedení ústavu. Personál je zase poučen, že má citlivě vnímat potřeby tet dobrovolnic a dle možností jim vyhovět. Personál i tety jsou ve vzájemném respektu. Dobrovolník není vnímán jako cizí element už z toho důvodu, že jeho přítomnost neznamená jednorázovou akci. Podmínky pro činnost dobrovolníků jsou vyřešeny na základě domluvy či dohody konkrétního dne, času a rozsahu teritoria pohybu s dítětem, výměnou vzájemných kontaktů. Dobrovolníci se zapisují do knihy návštěv, která podrobně eviduje pohyb dobrovolníků a ochranu údajů. Je také zajištěno určité zázemí vyčleněním návštěvní místnosti, kde jsou v případě nepříznivého počasí k dispozici hračky, literatura, výtvarné potřeby. Venkovním aktivitám v rámci města se meze nekladou (samozřejmě s ohledem na stav dítěte).

Motivace zdejších dobrovolníků vychází ze skladby dobrovolníků. Dobrovolníky se stávají žákyně, studentky zdravotní školy, které se v rámci praxe seznámily s tímto zařízením, ta práce je oslovila a po nastoupení zletilosti pomáhají dál prostřednictvím dobrovolnictví. Další skupinou bývají starší ženy, které už samy vychovaly děti, žijí si samostatný život a nemají žádné závazky. Mají však ještě spoustu sil a chtěly by věnovat své srdíčko, svou energii, sílu, znalosti a moudro někomu dalšímu. A pak to bývají také

lidé, kteří prožili nějaké trauma spojené s rodinnou situací a rozhodli se pomoci dětem v podobné těžké životní situaci.

V zařízení jsou vnímány následující možné bariéry, např. obava dobrovolníků z jiného etnika, nerespektování ukončení dobrovolnické činnosti odchodem dítěte do rodiny: *„…dobrovolník může pokračovat v kontaktu s dítětem jen na základě požadavku zákonného zástupce dítěte*.“ Dalším rizikem a bariérou je tendence dobrovolníka k vytipování dítěte do NRP: „*…takový postup je nepřípustný, předání dítěte do NRP garantuje stát, který zajišťuje jak vzdělávání, tak evidenci žadatelů a nikdy se nevybírá pro žadatele dítě, ale pro dítě žadatel. Toto jsme si vyjasnili i s Krokem, takže obě strany o tom ví a tato rizika si mapují*.“ Další důvody, které zakládají přerušení dobrovolnické činnosti, jsou např. porušení etického kodexu či vynesení informací. Bariéru dobrovolnictví vytváří dobrovolník, pokud nerespektuje pokyny personálu nebo režim dítěte. Může se také stát, že vztah dobrovolníka k dítěti neprobíhá dle očekávání. Krajní bariéra dobrovolnictví by mohla nastat v případě, že se dobrovolník projeví jako patologická osobnost nebo u něj dojde k podezření z užívání návykových látek.

5.4 Shrnutí interpretace

5.4.1 Zodpovězení dílčích otázek a výzkumné otázky

Pro zodpovězení výzkumné otázky „Jak vyhodnocují sociální pracovníci dobrovolnickou práci s dětmi ve svých zařízeních?“ jsem si stanovila pět níže uvedených dílčích otázek.

1) Nakolik se sociální pracovníci ztotožňují s teorií citové vazby?
2) Jaká alternativní řešení pro vytvoření vztahu s jednou osobou nabízí dítěti ústavní péče?
3) Jakých změn naznalo dané ústavní zařízení po roce 1989?
4) Jakou zkušenost s dobrovolnickou činností v daném ústavu mají?
5) Co od dobrovolnické práce v daném ústavu očekávají?

Na základě výpovědí respondentek odpovím na tyto dílčí otázky v jednotlivých odstavcích a po té odpovím na výzkumnou otázku.

ad 1) Respondentky výběrového souboru chápou teorii citové vazby dvěma odlišnými způsoby, ztotožnění s teorií citové vazby je otázkou jejich osobního pochopení a výkladu teorie citové vazby. Respondentky buď s teorií citové vazby pracují anebo ji považují za nepodstatnou.

Vyjma jednoho případu, dochází u respondentek k neporozumění až neznalosti teorie citové vazby, pletou si pojmy citová vazba a jedna osoba blízká. Evidentně si vykládají jejich význam odlišným způsobem, než popisuji v teoretické části dle autora teorie. Podle mého názoru se citová vazba se nevytváří k několika střídajícím se osobám, a přirovnávat to ke stejným vztahům s rozšířenou rodinou mi přijde naprosto liché, i když se všichni k dětem v zařízení chovají pěkně. Jak píše Bowlby (2013, s. 43 – 45), děti potřebují jednu blízkou osobu již od narození, ne teprve až jsou starší nebo pubertální, a to především proto, aby ve starším a pubertálním věku uměly nebo měly vytvořené spolehlivé, důvěryhodné vztahy ke sdílení. To, že postrádají spolehlivou osobu ke sdílení a svěřování, že musí čekat, až na ně přijde řada u sociální pracovnice během její pracovní doby nebo až se dostaví nasmlouvaný psycholog, musí u těchto dětí vyvolávat notnou dávku frustrace a ukazuje to spíše na jejich citovou deprivaci.

ad 2) Společným znakem úsilí respondentek o vytvoření podmínek pro co nejlepší vytvoření vztahu s jednou osobou v ústavním zařízení je vytvoření kvalifikovaného, profesionálního prostředí, kde se dítěti může dostávat maximálního zdravotního zabezpečení a podnětů pro jeho bio-psycho-socio rozvoj ze strany profesionálních pracovníků zařízení a dále, kde je to možné, podpory a zabezpečení kontaktu s biologickou rodinou. V dalším se respondentky rozchází ve dvou přístupech. Jeden přístup respondentek považuje tento stav, za stávajících životních podmínek dítěte, za vyhovující a optimální, druhý přístup respondenek považuje tento stav za nedostačující a rozvíjí profesionální zázemí zařízení zapojením dobrovolníků pro budování vztahu s konkrétním dítětem.

Alternativní řešení pro vytvoření vztahu dítěte s jednou osobou chápou v zařízeních prvního přístupu v prvé řadě jako interakci personálu s dítětem při každodenních úkonech, kdy se dítěti dostává dostatečné pozornosti (mluví se na ně, hladí se, směje, zpívá se mu, chová se apod.), s doplněním stabilního prostředí, k dítěti přátelskému (tj. příjemné, nehlučné, podnětné). Hlubší pochopení vztahu dítěte s jednou osobou blízkou vyjadřují pouze v jednom zařízení, kde kromě výše popsaného zavedli

navíc dlouhodobé individuální dobrovolnictví za účelem posilování citové vazby dítěte, které není z jakéhokoli důvodu v kontaktu se svojí biologickou rodinou nebo má dlouhodobě nepříznivou životní perspektivu.

ad 3) Změny nastaly v celkovém řízení ústavních zařízení – od architektury, vybavení zařízení, kompetencí personálu, otevřeností vůči veřejnosti až po samotný profil svěřených dětí.

Ve všech zařízeních výběrového vzorku probíhá od roku 1989 neustálá modernizace a zařazování nových trendů. Jako většina kojeneckých ústavů v naší republice se i většina sledovaných zařízení transformovala na dětská centra. Otázkou však zůstává, zda se jim daří naplňovat podstatu koncepce dětských center, popsané v teoretické části. Ve všech zařízeních se snaží přibližovat rodinnému prostředí (vybavení a uspořádání místností, menší skupinky dětí), dopřávat dítěti určité soukromí a vést ho k samostatnosti. Přes všechny snahy o modernizaci jsou ve sledovaných zařízeních stále patrné některé znaky a rizika ústavní péče (např. uniformovaný pečující personál, měnící se personál podle směn, navazování dětí povrchních vztahů upínáním se na kohokoli ze zaměstnanců nebo děti tzv. „vítači“). Strategie sociální práce v zařízeních se dnes zaměřuje zejména na sanaci rodin, v ústavní péči totiž dnes zůstávají hlavně děti s těžkým zdravotním postižením, děti jiného etnika a sourozenecké skupiny dětí. Díky zavedením institutu pěstounské péče na přechodnou dobu se děti novorozeneckého a kojeneckého věku v ústavní péči prakticky nenacházejí.

ad 4, 5) Zkušenosti s dobrovolnictvím lze popsat dvěma přístupy. První přístup vnímá dobrovolnictví jako žádoucí a je založen na dosavadní pozitivní zkušenosti a strategii dalšího rozšiřování podnětů pro dítě. Druhý přístup je vůči dobrovolnictví rezervovanější, není založen na přímé zkušenosti, ať již negativní nebo pozitivní – vnímá dobrovolnictví jako nadstavbu, která nepřináší dítěti žádnou zvláštní přidanou hodnotu, protože všechny jeho potřeby jsou adekvátně zabezpečeny ústavem. V daných ústavech se od dobrovolnictví očekává dlouhodobá pomoc dětem, buď nediferencovaně, nebo konkrétně pro jedno dítě, a pomoc v provozu zařízení. Od dobrovolníka se očekává citlivý přístup k dětem, spolehlivost a seriózност.

Zkušenosti s dobrovolnictvím v jednom případě nejsou žádné, ani necítí potřebu zavádět ho, potencionální dobrovolník by však nebyl překážkou. V ostatních sledovaných zařízeních mají zkušenosti s dobrovolnictvím velice dobré, protože mezi dobrovolníky

a zařízením fungují korektní vztahy a vzájemná informovanost, případný pocit zátěže překrývá přínos dobra pro děti. Dobrovolnictví končí nejčastěji se změnou životní situace dobrovolníka, bariéry dobrovolnictví se nijak zásadně neprojevují v žádném ze sledovaných zařízení. Explicitně byla uvedena jen jedna bariéra, a to zákon o dobrovolnictví (oficiality a formalismus). Dobrovolnictví je pojímáno buď jako neoficiální dobrovolnictví, kde se dobrovolník z řad přátel rodin dětí, kamarádů personálu apod. zapojuje do volnočasových aktivit dětí jako celku a sleduje pokyny personálu; nebo jako oficiální dobrovolnictví ve spolupráci s dobrovolnickým centrem, které zajišťuje „od A do Z" vše potřebné kolem dobrovolníka, kde pak konkrétní dobrovolník v dočasné roli jedné osoby blízké posiluje citové vazby konkrétního dítěte. Ve všech případech se vybraní dobrovolníci osvědčili, protože jsou vůči nelehkému osudu dětí nejen empatičtí a citliví, ale chtějí být dětem také nápomocni. To ovšem vyžaduje dlouhodobý a spolehlivý charakter dobrovolnictví, což je ve druhém případě nezbytná podmínka.

Odpověď na výzkumnou otázku „Jak vyhodnocují sociální pracovníci dobrovolnickou práci s dětmi ve svých zařízeních?" se na základě analyzovaných dílčích otázek vyprofilovala do dvou perspektiv, ve kterých je přijímána role dobrovolníka v daném zařízení. Jednak je to perspektiva, ve které je přítomnost dobrovolníka obohacující a žádoucí; oproti tomu stojí perspektiva, kde přítomnost dobrovolníka není nutná a představuje doplnění toho, co poskytuje zařízení.

První perspektivu představuje zapojení dobrovolníka jako služby pro dítě, která má dítěti pomoci v naplňování jeho potřeb. Dále se liší vnímání potřeb konkrétního dítěte a na něm postavená forma dobrovolnictví:

a) osoba konkrétního dobrovolníka doplňuje saturaci základní potřeby, kterou sebelepší ústavní péče nemůže poskytnout – jako je např. citová vazba, rozvoj identity dítěte;

b) libovolná skupina dobrovolníků pomáhá rozvíjet sekundární potřeby dítěte, bez cíleného zaměření na citovou vazbu („čím více rukou, tím více srdcí").

Východiskem druhé perspektivy je přesvědčení o tom, že vše nutné, co dítě potřebuje, má zabezpečeno kvalifikovanou ústavní péčí.

5.4.2 Výhody a nevýhody dobrovolnictví

Ze zodpovězených otázek a z výpovědí respondentek vyplývá skutečnost, že výhoda může být současně považována za nevýhodu a naopak. Jeden příklad za všechny je zákon o dobrovolnické službě a dobrovolnická centra. Pro jedno zařízení je obojí nevýhodou, protože odrazuje dobrovolníky a zatěžuje proces administrativní agendou; jiné zařízení je s obojím naopak spokojené, protože se nemusí zatěžovat ani s procesem výběru a zabezpečením dobrovolníků, ani s administrativní agendou týkající se zapojení dobrovolníků.

Porovnáním poměru výhody a nevýhody, výhody značně převyšují nevýhody.

Za největší nevýhodu byly označeny **oficiality** a **formalizmus**, za kterými stojí, jak jsem již naznačila, **zákon o dobrovolnické** službě, jenž je přímo spojený s **dobrovolnickými centry.** Všechny jmenované nevýhody tvoří jakýsi triangl komplikující dobrovolnictví. Dobrovolnická centra oficiálně koordinují dobrovolníky a jsou vlastně prostředníky mezi dobrovolníkem a zařízením. Tomu také odpovídá náplň jejich pracovní činnosti – provádí výběr dobrovolníků, jejich zaškolování a zabezpečení např. pojištění dobrovolníků, dále o dobrovolníky pečují např. poskytováním supervizí apod. Někteří dobrovolníci však cítí v souvislosti s tímto postupem nesvobodu a manipulaci. Nasnadě je další nevýhoda, a sice **nevole dobrovolníků vůči oficiální proceduře**, se kterou přichází **úbytek nadšených dobrovolníků**. Další nevýhoda vychází ze strany zaměstnanců, kteří v dobrovolnících spatřují **cizí element a** pociťují dobrovolnictví jako **zátěž** pro chod provozu zařízení a hladký průběh své pracovní rutiny. Vůči dobrovolníkům musí tito zaměstnanci vystupovat inkongruentně, opak by vyvolal demotivaci dobrovolníka a jeho ztrátu.

Výhody dobrovolnictví v očích sociálních pracovníků reprezentují zmíněná dobrovolnická centra, formální dobrovolnictví a dobrovolnictví jako nositel pomoci dětem a pomoci personálu. **Dobrovolnická centra** osvobozují zařízení od zátěže procedury s dobrovolníkem a administrace, to vše padá na vrub dobrovolnických center, která se řídí zákonem o dobrovolnictví. Zařízení si už jen vybírá ze zaškolených dobrovolníků vhodného kandidáta a případné nedostatky, připomínky apod. si vyjasňuje s dobrovolnickým centrem, které má mandát na jejich řešení. **Formální dobrovolnictví** vymezuje jasná pravidla pro výkon dobrovolnictví a usnadňuje komunikaci mezi dobrovolníkem a zařízením. Dobrovolnictví přináší **pomoc dětem**

i zaměstnancům. Dobrovolníci se v pomoci dětem mohou angažovat v míře, která není v moci personálu ať už z časových důvodů nebo ze státu profesionála. Personál podléhá určitému režimu a organizaci práce, musí dbát na řádné a včasné plnění svých pracovních povinností, je omezen pracovní dobou a nesmí zapomínat na dodržování profesionálních hranic. Kdežto dobrovolník si může dovolit **intenzivní interakci s jedním dítětem** a být pro jedno dítě **jednou osobou blízkou**. Když dobrovolníci přijdou do zařízení, mohou se soustředit pouze na dítě nebo na děti, protože jejich „pracovní" náplní je dohodnutá činnost s dětmi, případně výpomoc personálu. Dobrovolník přichází na základě své **nezištné motivace**, ne z donucení nebo z rutiny. Věnuje dětem svůj **volný čas bezplatně**, organizace tedy nemá dobrovolníky evidované jako výdajovou položku. Dobrovolnictví svým působením **přispívá k psychosociálnímu rozvoji** dětí, **obohacuje život dětí** v podmínkách ústavní péče, je pro děti synonymem dobra. **Děti cítí**, že o ně dobrovolníci mají zájem a chtějí se jim věnovat a že jsou otevřeni ke sdílení. Dobrovolnictví se podílí na vytváření otevřené budoucnosti ohrožených dětí.

6 Diskuze k výzkumu

Ve všech sledovaných zařízeních se mi na základě osobní návštěvy potvrdily změny k lepšímu popisované Scneibergrem (2005, s. 4 - 14). Dvě zařízení se přetransformovala na dětská centra; komplexní interdisciplinární péče o ohrožené děti byla respondentkami zdůrazňována. Obě tato zařízení poskytují ubytování biologickým matkám a jejich dětem a provozují ambulantně psychologickou poradnou nebo stacionář pro děti se zdravotním a mentálním postižením. Součástí všech sledovaných zařízení je ZDVOP, což potvrzuje jejich duální charakter, jak zmiňuje ombudsman (Veřejný ochránce práv [on line]) ve své poslední Zprávě ze systematických návštěv v kojeneckých zařízeních (dále Zpráva). Posilování rodinných prvků v zařízeních osobně uznávám, ale vidím je stále nedostačující. Ústavní zařízení jsou svázána různými zavazujícími předpisy, vnitřním řádem a zdravotnickými standardy, které vyžadují určitá ochranná a bezpečnostní opatření. Děti tedy nemají přístup do všech místností, jak píše Matoušek (1999, s. 21).

Např. kuchyně; v rodině centrum dění, v ústavní péči z hygienických důvodů dětem vstup zakázán. Pokrok spatřuji v tom, že děti jsou zapojovány do přípravy některých pokrmů, ale pokud nemají přístup do kuchyně, tak se nemohou přirozeně seznamovat s její funkcí jednak z praktického hlediska (spotřebiče a nástroje, kam se co ukládá, k čemu co slouží, jak to funguje apod.) a jednak z hlediska socializačního, jak uvádí Kukla (2016, s. 131). Běžná rodina v kuchyni nejen vaří, ale také řeší různé starosti, radosti a povinnosti všech členů rodiny, včetně provozních záležitosti. Je naprosto běžné, že si maminky posadí dítě na linku nebo na stůl, a společně vaří. Dítě si vše může omakat, očichat, čili získává praktickou zkušenost a dovednost. Stejně je to třeba i s procesem praní prádla; matce se dítě batolí pod nohama a „pomáhá“ mamince úměrně věku; napřed jen vše sleduje, a postupně prosazuje svoji samostatnost „*já šama/šám*“, ve které je rodiče s radostí láskyplně podporují. V ústavním zařízení se děje tento proces mimo zřetel dětí, setkávají se až s přiděleným oblečením, i když se v rámci zachovávání soukromí a intimity dítěte dbá na to, aby každé dítě mělo své osobní oblečení. Domnívám se, že takto nastavené ústavní podmínky dítě omezují v jeho rozvoji a zdokonalování, v možnosti libovolně experimentovat a napodobovat dospělé, na rozdíl od rodinných podmínek. O důležitosti učit se těmito způsoby se zmiňují Montessori (2003, s. 12) a Kukla (2016, s. 131 – 133). O omezujících faktorech rozvoje a učení dítěte v ústavním prostředí mluví také Bowlby (2010, s. 258).

Také charakteristické znaky ústavní péče, které popisuje Bednář (2012, s. 12, 13) se dají označit, slovy jedné respondentky, za „prehistorické“ - např. v izolaci mimo město či obec se nenachází ani jedno sledované zařízení a děti jsou v běžném kontaktu s vnějším světem. Naproti tomu stále platí Matouškův (1999) pohled na ústav zaměstnávající profesionály, kteří péči o děti vnímají jako své zaměstnání, nemyslím si však, že by se paušálně všichni zaměstnanci s koncem pracovní doby odpojili od svých svěřenců absolutně. Vede mně k tomu profil zaměstnanců odpovídající kritériu empatické citlivosti vůči dětem, všechny respondentky ji zdůraznily jako podmínku přijetí do zaměstnaneckého poměru. Motiv otázky ústavního personálu nastolili Langmaier a Matějček (1963, s. 240 – 245) a Damborská (1963). Při prohlídce zařízení jsem se potkávala s přátelským personálem nejen ke mně, ale hlavně k dětem a mohla jsem vidět, že opravdu pracují s velkým osobním nasazením, a že celý koncept péče o děti je veden s respektem k dítěti jako osobnosti s kompetencemi a schopností vývoje, což souhlasí s Matouškovým (1992, s. 34, 35) pohledem na zlepšení dnešních ústavů. Byla jsem obeznámena s tím, že ve sledovaných zařízeních o děti pečují metodou rituálů paní doktorky Damborské; na její metodu upozorňuji v teoretické části (Damborská, Štěpánová, 1984, s. 66 – 84). Musím přiznat, že v konceptu Damborské vidím veliký lidský rozměr, protože v pochopení dětí hendikepovaných absencí biologické rodiny šla do hloubky a snažila se pro ně udělat vše, co bylo v rámci ústavní péče v jejich silách.

Navzdory tomu, že jsem se potkávala s přátelským personálem, už díky jejich pracovním uniformám mi nemohl uniknout fakt, který zmiňuje Matoušek (1999, s. 21), že se pohybuji v ústavním zařízení. Ani jedna respondentka v tomto charakteristickém ústavním znaku neviděla negativní aspekt, který by mohl mít nepříznivý dopad na kognitivní a psychosociální vývoj ústavních dětí - Šimíčková-Čížková a kol. (2010, s. 7) upozorňují, že k vývojovým změnám dochází v rovině biologické, kognitivní, emocionální a psychosociální. Ve všech sledovaných zařízeních rovněž kladli důraz na stabilitu dítěte a na stabilní a přiměřeně podnětné prostředí, které je obklopuje. V praxi to znamená, že dbají na to, aby o dítě pečovala stabilní sestava směnujícího personálu, aby prostředí ústavu bylo klidné a harmonické, aby přísun podnětů byl pro dítě stimulující a ne stresující. Toto zjištění je v rozporu s Matouškem (1999, s. 20, 21), který naopak upozorňuje na nestabilní prostředí ústavní péče. Kvitovala jsem také, že se všechny respondentky shodly na tom, že jsou přece jenom ústavní zařízení, a na rodiny si v žádném případě nehrají.

Přesvědčení respondentek o dostatečném způsobu citového zabezpečení dětí v ústavních podmínkách, dle mého názoru pramení jednak z výše uvedených opatření, které sledují nové trendy a ze zavedené metody rituálů, a jednak z úrovně porozumění teorie citové vazby.

Překvapuje mě, že princip citové vazby podle Bowlbyho (2010, 2013) teorie citové vazby chápala pouze jedna respondentka, v jejímž zařízení také s citovou vazbou v tomto duchu pracují, a jako jediné ze sledovaných zařízení k vytipovaným dětem párují dobrovolníka, který má za úkol posilovat jejich citovou vazbu. To mě také přivádí k myšlence, že správně pochopili cíl nápravných snah v ústavech popsaný Langmeierem a Matějčkem (1963) – aplikovat dobrou rodinnou výchovu prostřednictvím prohlubování vztahu dospělého k dítěti. V ostatních sledovaných zařízeních docházelo k zaměňování významů pojmů, respondentky zde zcela nechápaly co je podstatou citové vazby - kdy, proč a s kým ji dítě navazuje. Nemohu souhlasit s názorem jedné respondentky, že citovou vazbu dítě navazuje právě s tím zaměstnancem, který o ně v danou chvíli v rámci své pracovní směny pečuje, byť dítě stimuluje metodou rituálů, nebo jen na základě svého přirozeného mateřského chování. Za mylný, pokládám také respondentčin názor, že je to stejné, jako v biologické rodině, kde dítě kromě matky a otce navazuje vztahy také se členy z rozšířené rodiny. Samozřejmě, že souhlasím s tím, že jednou osobou blízkou dítěti nemusí být výhradně matka, může to být libovolná osoba, která se k dítěti chová mateřsky a poskytuje mu primárně pocit bezpečí a jistoty, dokonce dítě takovému chování dává přednost před potravou a jinými příjemnostmi, jak uvádí Matějček (1994, s. 10 - 40) a Bowlby (2010, 192 – 193). Tady se respondentka s teorií citové vazby naprosto rozchází. Dle Bowlbyho (2010, s. 184) se dítě seznamuje a vytváří vazby se členy z rozšířené rodiny, potažmo s ostatními lidmi, protože tak mohlo učinit díky své matce, která mu poskytla či poskytuje bezpečnou základnu, ke které se může během prozkoumávání okolí ihned vrátit, pokud cítí ohrožení nebo se chce s matkou podělit o nějaký radostný objev.

Další názor, který nesdílím s respondentkami, tkví v porovnávání péče o děti v podání ústavní sestry a v podání matky v domácím prostředí. Péče sestry přináší dle respondentek dětem určitý bonus. Sestra se může plně soustředit na kontakt s dětmi ve své skupince při maximálním počtu čtyř dětí, protože je to její pracovní náplň a není stresována jinými povinnostmi. Kdežto matka je v domácím prostředí nucena zvládat navíc domácí práce, takže jí na dítě zbývá stejně malá časová dotace a matčin stres pak

dopadá na dítě. Tento „problém“ zmiňuje i Bowlby (2010, s. 214), jehož názor sílím, protože si také myslím, že matka dle potřeby dítěte může většinu z povinností okamžitě přerušit; aby to však na dítě mělo výrazně destrukční dopad, muselo by jít o patologii v chování matky. O patologii splynutí matky s dítětem mluví také Rufo (2009, s. 20), Matoušek s Pazlarovou (2010, s. 31) upozorňují na specifické emoční vazby MaryAinsworthové.

Jsem přesvědčená, že interakce mezi matkou či jinou pečující osobou blízkou posiluje citovou vazbu a vazebné chování již z toho důvodu, že mezi matkou a dítětem probíhají silné emoce; dítě ví, jak si má matku naklonit, o těchto strategiích píše Bowlby (2010, s. 43, 2013) a Matějček (1994, s. 10) a matka, včetně ostatních členů rodiny, nikdy neodolá, protože se do takové interakce nemusí nikdo z nich nutit a oběma to působí vzájemné potěšení. Navíc dochází u dítěte ke stimulování vývoje mozku, jak připomínají Puris, Cross a Sunshine (2013, s. 35). Ještě bych dodala, že matka ani ostatní členové rodiny nejsou limitováni udržováním profesionálních hranic, na rozdíl od pečujícího personálu a vychovatelů v ústavních zařízeních. Dle Vágnerové (2012, s. 23) takové chování ze strany personálu může být považováno za nevhodné až nepřijatelné.

Musím přiznat, že mě překvapil postoj k prioritním potřebám dítěte. Přikláním se k tomu, že dítě skutečně citově strádá, pokud nemá plnou pozornost jedné osoby blízké od momentu narození, a že je pro ně důležitější lásky plná náruč, jak píše Bowlby (2010). Domnívám se také, že pro dítě není riziková neodborná péče profesionálních pěstounů, že jsou s to dítě v tomto směru zabezpečit, pokud vezmeme v úvahu kýženou funkci dětských center a deklarovanou spolupráci s rodinou. Rodinu přece pěstouni na přechodnou dobu pro dítě momentálně představují, tak proč by z procesu práce s rodinou měli být vyčleněni, když potřebují podporu při dočasné péči o nemocné či postižené dítě. Nemluvím však o těžkých dětských případech, to si opravdu ve skutečnosti neumím představit. Respondentky se tedy jednohlasně shodují na zdravotním hledisku, protože dítě je ohrožené již tím, že je matka odložila. K tomu se vyjadřuje Pazlarová (2016, s. 156). Jak zdůrazňovala jedna z respondentek, dítě cítí v matčině břiše, že se jej chce matka zbavit, když např. skáče ze schodů, aby potratila, nebo dítě v době těhotenství doslova otravuje svým nezdravým životním stylem, užíváním návykových látek nebo konzumací alkoholu. Podobně píše o vnímání dítěte v prenatálním období i Verny (1993, s. 15 – 41). Takové dítě je nutné řádně vyšetřit, případné poškození nebo genetické onemocnění na pohled nepatrné, se může projevit

později, na což upozorňuje i Vágnerová (2012, s. 16, 17), z těchto důvodů ani jedna respondentka nedoporučuje pěstounskou péči na přechodnou dobu. Popsaly mi i případy, ve kterých došlo k mylným diagnostikám z důvodu neodborné naivity profesionálních pěstounů. Za optimální dobu řádného vyšetření považují respondentky dobu tří měsíců od narození dítěte. Proto také všechny akcentují medicínský model ústavní péče v přesvědčení, že ohrožené dítě s těžkým zdravotním stavem může kdykoli zkolabovat; v takovém případě je odborný zdravotnický personál vždy nablízku s potřebnými přístroji a medikamenty. Psychický stav dítěte a jeho citový vývoj podle respondentek nemůže být poškozen při nastavení optimální vhodné péče popsané výše.

Některé respondentky se odvolávají na Matějčka (Langmeier, Matějček, 1963, s. 50 – 273), který sice uvádí, že je možné nastavit v ústavních podmínkách účinná opatření, aby se zamezilo poškození dítěte psychickou deprivací, ale také upozorňuje na to, že ústavní péče není za běžných podmínek vhodná zvláště pro děti do 3 (až do 5 let). Langmeier (Langmeier a kol., 2002, s. 60) dokonce explicitně vyjadřuje nesouhlas se zařazováním kojenců do jeslí či kojeneckých ústavů, tuto možnost připouští pouze v nezbytných případech. Podle výpovědí respondentek se zdá, že většina dětí v ústavních zařízeních jsou právě ty nezbytné případy. V souladu s popisem skladby ústavních dětí v teoretické části a zprávou ombudsmana (Veřejný ochránce práv [on line]) jsem byla respondentkami upozorněna na mylné představy veřejnosti, že si personál v ústavních zařízení „drží“ zdravé a krásné děti jen pro svůj prospěch. Většina respondentek vysvětlovala, že jsou rozčarované z toho, že musí neustále obhajovat svou existenci, navzdory tomu, že poskytují dětem péči na špičkové úrovni a odvolávají se na vysokou úroveň kvality ústavní péče v naší republice, budovanou zvláště v období socialismu, jak uvádí Schneiberg (2005, s. 9). Dle rerspondentek je však opak pravdou; ve svých zařízeních pečují ve většině případů o dětí vyžadujících z důvodu svého těžkého zdravotního, zdravotně-sociálního nebo sociálního hendikepu odbornou péči. Potvrzují, že se jedná o děti umísťované na základě soudního nařízení, žádosti orgánu SPOD, na žádost rodičůnebo samotného dítěte (Veřejný ochránce práv [on line]). O těchto dětech také mluví Matoušek (1999, s. 23), Koluchová (1992, s. 36) a Langmeier s Matějčkem (1963, s. 219 – 237) v souvislosti s názorem neuváženého rušení ústavní péče.

Ve výpovědích respondentek jsem zaregistrovala rysy psychické deprivace dětí, když respondentka hovořila o tom, jak děti mají tendenci upínat se na zaměstnance. V případě odebíraných dětí z rodin je náhradním vazebným objektem odebraného dítěte

pracovník, který dítě odebíral. V jiném případě se dítě okamžitě druží ke každému příchozímu. O starších dětech, které naléhavě potřebují důvěryhodnou osobu ke sdílení a ke svěřování, jsem již hovořila ve shrnutí interpretace. Typologii ústavních dětí vlivem deprivace sestavenou Matějček a kol. (1997) uvádím v teoretické části. Jiná respondentka hovořila o tom, že si nepamatuje, že by některé dítě nebylo oblíbené u některého zaměstnance. Na možnost preferovaných kontaktů s „nejpřitažlivějším“ dítětem a naopak, upozorňují Matoušek (1999, s. 64) a Langmeier s Matějčkem (1963, s. 50), včetně jejich dopadů na dítě.

Další rozpor, který mě překvapil, se týká dobrovolnictví. Zákon o dobrovolnické službě (dále zákon) a dobrovolnická centra dle mého mínění představují osvobozující nástroj pro organizace a zařízení, ve kterých mají zájem o zapojování dobrovolníků. To mi také potvrdila respondentka, jejíž zařízení s dobrovolnickým centrem spolupracuje. Stejně představují dobrovolnická centra Tošner a Sozanská (2013, 2006). Proto mě překvapil takový nespokojený postoj k zákonu a k dobrovolnickým centrům. Tato respondentka hovořila o administrativní zátěži, kterou na jejich zařízení zákon uvaluje v důsledku formálního dobrovolnictví, což se naprosto rozcházelo s výpovědí druhé respondentky, která si právě pochvalovala, že veškerá agenda včetně administrativní dokumentace je v rukou dobrovolnického centra. Nespokojená respondentka připustila, že s jedním dobrovolnickým centrem mají kontakt, ale že jim zatím stejně žádného dobrovolníka neposlali. Já se ovšem domnívám, že taková spolupráce funguje především na základě poptávky. Takže pokud žádného dobrovolníka nepoptávám, protože jsem spokojená s neformálními dobrovolníky, nemohu ani žádné oficiální dobrovolníky z dobrovolnického centra očekávat. Ovšem žádné zařízení není povinno naplňovat zákon o dobrovolnické službě, pokud nechtějí čerpat podporu od státu, zdůrazňuje Tošner (2013, s. 60). Nicméně si v tomto zařízení dobrovolnictví udržují formou návštěv, a jak se zdá, jsou všichni spokojeni. Odmítavý postoj dobrovolníků k sebemenší organizaci jejich dobrovolné činnosti vysvětluje Frič (2011, s. 8,9) v kontextu renesance komunity. Předpokládá vzestupný význam komunitního dobrovolnictví a navrhuje, aby se profesionalizované dobrovolnictví do budoucna zaměřilo, kromě jednotlivců, rodiny a skupiny, také na komunity.

Líbí se mi, že ve všech sledovaných zařízeních provozují dobrovolnictví v souladu zachování stability dětí a preferují dlouhodobý charakter dobrovolnictví, jak uvádí Tošner a Sozanská (2006, s. 42), jež kopíruje určitý rytmus, který mohou děti

očekávat. V zařízení s dobrovolnictvím zaměřeným na posilování citové vazby, z těchto důvodů odmítli např. skupinu studentů, kteří si chtěli přijet s dětmi pohrát, zazpívat jim a podobné aktivity. Respondentka mi vysvětlila, že je takové nárazové, dvouhodinové rozčeření stabilního prostředí nevhodné. Ujistila mě, že děti nejsou v žádném případě o kulturní a sportovní akce ochuzeny, jenom za nimi s dětmi raději chodí ven, mimo ústavní zařízení, což má pro jejich všestranný rozvoj hodnotnější rozměr. Respondentka, v jejichž zařízení dobrovolnictví neprovozují, mě překvapila uvažováním, že by dobrovolníci mohli narušovat stabilitu a vazby u nejmenších dětí. Měla zřejmě na mysli, děti s vazbami na biologickou rodinu, nebo vazby na úrovni zaměstnanců a dětí, nebo že by přítomnost dobrovolníků mohla narušovat zvyklosti těchto malých dětí. Ale to je opět neporozumění principu citového pouta a jeho saturace, neporozumění role dobrovolníka jako alternativy jedné osoby blízké potřebnému dítěti.

Pozitivně také vnímám skladbou i motivací dobrovolníků ve sledovaných zařízeních, kde dobrovolníci působí. Motivaci dobrovolníků popisují např. Matulayová (2016), Záškodná s Mojžíšovou (2011, s. 64) nebo Frič s Pospíšilovou (2010, s. 83 – 87). Nejsem si však zcela jistá, že ve všech sledovaných zařízeních chápou, jaký význam pro jejich zařízení má nebo může mít dobrovolnictví. Tošner (2013, s. 60) např. hovoří o propagaci organizace na veřejnosti prostřednictvím dobrovolníků. Z této výhody čerpají v zařízení s neoficiálními dobrovolníky, protože respondentka uvedla, že dobrovolníky získávají z řad svých kamarádů, známých a přátel rodin umístěných dětí, nebo jsou to lidé, kteří o zařízení od někoho slyšeli, nebo navštívili den otevřených dveří pořádaný zařízením apod. Toto všechno vyvolává řetězovou reakci předávání informací o zařízení a zájm o něj.

Významný aspekt, který se objevuje v definicích dobrovolníka, např. dle Matouška (2003, s. 54) nebo Tošnera a Sozanské (2006, s. 35), je splňován ve všech sledovaných zařízeních. Přestavuje dobrovolníkovu činnost bez požadavku na finanční odměnu; dobrovolník daruje vlastně sám sebe ve prospěch ohroženého či ohrozených děti, s nimiž soucítí a není mu lhostejný osud a budoucnost těchto dětí. Motiv srdce, srdíčka se objevoval ve výpovědích respondentek ve spojení s dobrovolníky často, podobně mluví také Šípošová (2011, s. 20, 21). Za pozitivní považuji zjištění, že bariéry dobrovolnictví jsou oproti výhodám v menšině. Bariéry popisované Tošnerem a Sozanskou (2006, s. 50 – 55) se v zařízeních neobjevují vůbec, nebo jen hypoteticky, např. obava ze zneužití klienta dobrovolníkem; nebo je ve sledovaných zařízeních

nevnímají jako bariéry. Kromě jmenovaného zákona o dobrovolnictví, který je dle jedné respondentky nositelem nepřijatelného formalismu a oficialit, žádná zásadní bariéra v odpovědích nezazněla. Pro mě osobně však jedna velká bariéra přece jen z výpovědí respondentek vyvstává, a to je roztříštěné vnímání významu naplňování citové vazby dítěte v období nejzranitelnějším – od jeho narození po třetí rok života. Mrzí mě, že ve všech zařízeních nepovažují za nutné a prospěšné zapojit konkrétního dobrovolníka ke konkrétnímu dítěti, aby mohl být dítěti, alespoň v této formě, jednou osobou blízkou a posilovat dítěti citovou vazbu. Podle mě je to hmatatelná šance pro budoucnost těchto dětí. Když se zamýšlím nad tím, co by se dalo ve sledovaných zařízeních změnit nebo zlepšit; byly by to dvě věci. Zaprvé bych se zaměřila na doplnění vědomostí o podstatě a významu citové vazby, a zadruhé bych otevřela spolupráci a pomoc pěstounům na přechodnou dobu, kteří dočasně pečují o ohrožené děti. Bez alternativní pěstounské péče na přechodnou dobu, by tyto děti byly odkázané na ústavní péči, předpokládám tedy, že spolupráce by přinášela prospěch oběma stranám; neboť oběma stranám jde v prvé řadě o zájem dítěte. A ten by neměl být poznamenán např. nesouladem v otázkách resortní spádovosti jednotlivých ústavních zařízeních, který zmiňuje Pochylá (2007, s. 15). Ústavní zařízení se tak může profilovat jako jedno z míst sociální práce, kde sociální pracovníci naplňují své povolání z perspektivy reformního paradigmatu.

Závěr

Cílem práce bylo zjištění pohledu sociálních pracovníků na výhody a nevýhody, které do jejich zařízení přináší práce dobrovolníků zaměřená na saturaci citové vazby u dětí odkázaných na pobyt a péči v ústavním zařízení pro děti do tří let. Hlavní výzkumná otázka „Jak vyhodnocují sociální pracovníci dobrovolnickou práci s dětmi ve svých zařízeních?“ se opírala o dílčí otázky, které vedly k jejímu zodpovězení.

V teoretické části jsem představila teorii citové vazby, která přichází se zjištěním, že pro dítě je hned po narození životně důležité začít vytvářet citovou vazbu k jedné stálé pečující osobě, která mu dává pocit jistoty a bezpečí; vybavuje tak dítě schopností navazovat úspěšně vztahy s lidmi v dospělosti a významně podporuje psychický vývoj dítěte. Bohužel, jsou mezi námi děti, kterým je odepřena ochranitelská náruč mateřské osoby, včetně rodinného zázemí. Nechtěné a opuštěné, ocitají se v prostředí ústavní péče, kde přes veškerou snahu empatického personálu není možné jejich potřebu citové vazby ideálně naplňovat. Jako alternativní řešení se v podmínkách ústavní péče nabízí dobrovolnický program s cílem posilovat citovou vazbu ohrožených dětí, který koordinují některá dobrovolnická centra.

Kvalitativně empirický výzkum jsem prováděla metodou polo strukturovaných rozhovorů, které jsem poté analyzovala pomocí otevřeného kódování. Analyzovaná data vygenerovala tři kategorie, odpovídající struktuře teoretické části mé práce, s následujícími subkategoriemi: **Kategorie - Citová vazba** - *subkategorie*: prioritní potřeby dětí 0-3 roků; saturace citové vazby; příčiny, rizika a následky psychické deprivace; známky citové deprivace; **Kategorie - Ústavní péče po roce 1989** - s*ubkategorie*: změny po roce 1989; skladba dětí; pěstounská péče/adopce; rizika; sanace rodiny; **Kategorie - Dobrovolnictví** - *subkategorie*: zkušenosti s dobrovolnictvím; motivace dobrovolníka; bariéry dobrovolnictví; skladba dobrovolníků; přístup zaměstnanců k dobrovolníkům; účel zřizování dobrovolníků; role dobrovolníka v zařízení, dobrovolník pro jedno dítě; podmínky pro činnost dobrovolníků, dobrovolnická centra.

Výsledky výzkumu ukázaly diferencované vnímání teorie citové vazby a tomu úměrné uplatňování dobrovolnického programu cíleného na posilování citové vazby ohroženého dítěte. V této formě dobrovolnictví probíhá pouze v jednom ze sledovaných zařízení, v ostatních sledovaných zařízeních uznávají dobrovolnictví spíše jako plošnou

pomoc dětem a personálu. Výhody dobrovolnictví převažují nad nevýhodami, které nepředstavují významnou překážku při provozování dobrovolnictví. Za největší výhodu byla označena nezištná pomoc dětem od lidí motivovaných láskou k bližnímu a snahou zlepšit životní perspektivu ohrožených dětí, a dále přispívání k psycho-sociálnímu rozvoji dětí a jejich otevřené budoucnosti.

Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit koordinátorům dobrovolnických center jako podklad pro vytváření komunikačních strategií s pracovníky dětských center, nebo mohou být zdrojem informací či doplněním studijních textů a vzdělávacích materiálů pro studenty, sociální pracovníky, zdravotníky, pedagogy, zkrátka pro všechny, kterých se problematika ohrožených dětí v ústavní péči nějakým způsobem dotýká. Mám za to, že pokud se jako sociální pracovníci máme v rámci naší práce řídit zájmem dítěte, musíme bezpodmínečně nejen jeho potřeby znát, ale také je dokázat prioritně řešit a uspokojovat je. Slovy kolegů zdravotníků, kvalitní znalost symptomů umožňuje stanovit správnou diagnózu a nasadit účinnou medikaci či léčbu.

Na závěr si tedy dovolím citovat slova paní doktorky Damborské: „*Nerozumíme-li citovému životu dítěte, nebudeme chápat jeho potřeby. Nepochopíme-li je, nedovedeme je uspokojit. Neuspokojíme-li je, nedosáhneme u dítěte pozitivního citového ladění, nebudeme ani úspěšní při výchově*.“ (Damborská, 1963, s. 12)

Seznam zkratek

CAN – Child Abuse and Neglect

ČR – Česká republika

DbC – Dobrovolnické centrum

DC – Dětské centrum

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství a tělovýchovy mládeže

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NRP – Náhradní rodinná péče

NVP –Náhradní výchovná péče

SPOD – Sociálně-právní ochrana dětí

ZDVOP – Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Příloha

Tazatelské otázky

Literatura

BALOGOVÁ, B., MRÁČKOVÁ, A., a K. REPKOVÁ. 2011. Dobrovoľníctvo v dlhodobej starostlivosti o starších ľudí – čo o ňom ne/vieme a čo potrebujeme riešiť. *Sociální práce/Sociálna práca* , 11(4), s. 18.

BEDNÁŘ, Martin. 2012. Kvalita v sociálních službách. Olomouc: UPOL. ISBN 978-80-244-3069-0.

BOWLBY, John. 2010. Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-670-4.

BOWLBY, John. 2013. Ztráta. Smutek a deprese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0355-1.

BRIERLEY, John. 1996. 7 prvních let života rozhoduje. Praha: Portál. ISBN 80-7178-109-6.

BRISH, Karl Hainz. 2012. Bezpečná výchova: budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0063-5.

BRUNECKÝ, Zdeněk a Otakar TEYSCHEL. 1973. Duševní vývoj a výchova dítěte. Praha: Orbis.

BUGEL, Walerian a Hana ŠLECHTOVÁ. 2012. Tvorba kvalifikačních prací pro student oborů sociální práce. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociání Olomouc. ISBN 978-80-87623-01-5.

CAIRNS, Kate. 2013. Bezpečná vazba mezi náhradním rodičem a dítětem: traumata v raném vztahu a psychická odolnost. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0370-4.

DAMBORSKÁ, Marie. 1963. Citový život a vývoj řeči kojenců v kolektivních zařízeních. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

DAMBORSKÁ, Marie a Pavla ŠTĚPÁNOVÁ. 1984. Problematika ústavních dětí kojeneckého věku. Praha: Statistické a evidenční vydavatelství tiskopisů.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ MALÍČEK, Praha. Dobrovolníci v DC. *Osmalicek.cz* [on line]. © nedatováno [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: http://www.osmalicek.cz/

DISMAN, Miroslav. 2011. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

FRIČ, Pavol. 2011. Současné trendy dobrovolnictví a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 11(4), s. 8.

FRIČ, Pavol a Tereza POSPÍŠILOVÁ. 2010. Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století. Praha: AGNES. ISBN 978-80-903696-8-9.

HENDL, Jan. 2016. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9

HESTIA – Centrum pro dobrovolnictví. Praha. Vedení dobrovolníků. Dobrovolník.cz [on line]. © nedtováno [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: https://www.dobrovolnik.cz/vedeni-dobrovolniku

HOSKOVCOVÁ, Simona a Lucie SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ. 2009. Výchova k psychické odolnosti dítěte. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2206-1.

IVANOVÁ, Kateřina a Martin ZIELINA. 2010. Etika pro vědecko-výzkumné pracovníky. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s. ISBN 978-80-87240-34-2.

KOLÁŘÍKOVÁ, Ludmila. 1942. Psychologie dítěte: duševní vývoj dítěte předškolního věku. Brno: Pokorný a spol.

KOLUCHOVÁ, Jarmila. 1992. Psychický vývoj dětí v pěstounské péči. Praha: MPSV ČR. ISBN 80-85529-01-7.

KUKLA, Lubomír. 2016. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1

KURIC, Jozef. 2001. Ontogenetická psychologie. Brno: CERM. ISBN 80-214-1844-3.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. 1963. Psychická deprivace v dětství. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

LANGMEIER, J., M. LANGMEIER a D. KREJČÍŘOVÁ. 2002. Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie. Praha: H&H. ISBN 80-7319-016-8.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MURRAY, Lynne. 2016. Psychologie malých dětí: jak vztahy podporují vývoj dětí od narození do dvou let. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-011-0.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. 2010. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-739-8.

MONTESSORI, Maria. 2003. Absorbující mysl: vývoj a výchova dítěte od narození do šesti let. Praha: SPS – nakladatelství světových pedagogických směrů. ISBN 80-86 189-02-3.

MATĚJČEK, Z., V. BUBLEOVÁ a J. KOVAŘÍK. 1997. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-89-1.

MATĚJČEK, Zdeněk. 1994. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha: Portál.

MATOUŠEK, Oldřich. 1999. Ústavní péče. Praha: Slon. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATULAYOVÁ, T., JURNÍČKOVÁ, P., J. DOLEŽEL a kol. 2016. Motivace k dobrovolnictví. Olomouc: UPOL. ISBN 978-80-244-5110-7.

NAKONEČNÝ, Milan. 1997. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.

PAZLAROVÁ, Hana (ed.). 2016. Pěstounská péče: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1020-7.

POCHYLÁ, Milada. 2007. Výchova dětí v dětských domovech a jejich příprava pro vstup do reálného světa dospělých. Brno (bakalářská práce). Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky.

PURVIS, K., D. CROSS a W. SUNSHINE. 2013. Dítě v nové rodině. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4535-0.

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

RUFO, Marcel. 2009. Pusť mě, ale nepouštěj!: utváření zdravé vazby mezi rodiči a dětmi. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-616-2.

SCHNEIBERG, František. 2005. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let (minulost, současnost a vývojové trendy). In: BRUTHANSOVÁ, Daniela, ČERVENKOVÁ, Anna a PECHANOVÁ, Marie. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku* [on line]. Praha:

VÚPSV[cit. 2018-02-11]. ISBN 80-239-6826-2. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf

SKORUNKOVÁ, Radka. 2013. Základy vývojové psychologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-253-9.

SPOUSTA, Vladimír. 2003. Vádemékum autora odborné a vědecké práce: se zaměřením na práce pedagogické. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 80-210-2387-2.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2010. Přehled vývojové psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2433-0.

ŠÍPOŠOVÁ, Iveta. 2011. Dobrovoľníctvo – služba so srdcom. *Sociální práce/Sociálna práca*, 11(4), s. 20, 21.

TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. 2006. Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. Praha: Portál. ISBN 80-7367-178-6.

TOŠNER, Jiří. 2013. Dobrovolnictví. In: Matoušek, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Portál, Praha. ISBN 978-80-262-0213-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. 1996. Abnormální vývoj osobnosti jako následek negativního působení. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-175-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-14-2.

VERNY, Thomas a John KELLY. 1993. Tajomný život dieťata před narodením. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-02055-5.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. [on line]. © nedatováno [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni-pro-deti/

ZÁŠKODNÁ, Helena a Adéla MOJŽÍŠOVÁ. 2011. Psychologické aspekty dobrovolnictví v kontextu sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 11(4), s. 83 - 87.

GOOGLE VYHLEDÁVAČ. Syndrom CAN, Google.cz [on line]. [cit. 2018-03-16]. https://www.google.cz/search?q=syndrom+can+definice&oq=syndrom+can&aqs=chrome.1.69i57j0l5.18261j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

HESTIA – Centrum pro dobrovolnictví. Praha. Vedení dobrovolníků. Dobrovolník.cz [on line]. © nedtováno [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: https://www.dobrovolnik.cz/vedeni-dobrovolniku

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Slovník sociálního zabezpečení. *Slovnik.mpsv.cz* [on line]. © 2016 - 2018 [cit. 2018-02-16]. http://slovnik.mpsv.cz/pobytova-socialni-sluzba.html

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Slovník sociálního zabezpečení. *Slovnik.mpsv.cz* [on line]. © 2016 - 2018 [cit. 2018-02-16]. http://slovnik.mpsv.cz/ustavni-pece.html

NADACE J&T, Praha. Virtuální knihovna NRP. *Knihovnanrp.cz* [on line]. © nedatováno [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: http://www.knihovnanrp.cz/nahradni-rodinna-pece/system-nahradni-rodinne-pece-v-cr/institucionalni-ustavni-pece-o-dite/

SCS.ABZ.CZ: slovník cizích slov – on-line hledání. Deprivace. *Slovník-cizich-slov.abz.cz* [on line]. © 2005 - 2018 [cit. 2018-02-16]. http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=deprivace&typ_hledani=prefix

SCS.ABZ.CZ: slovník cizích slov – on-line hledání. Myelinizace. *Slovník-cizich-slov.abz.cz* [on line]. © 2005 - 2018 [cit. 2018-02-16]. http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=myelinizace&typ_hledani=prefix

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem dobrovolnictví v kojeneckých zařízeních v kontextu teorie citové vazby. Cílem práce je zjistit pohled sociálních pracovníků na výhody a nevýhody, které do jejich zařízení přináší práce dobrovolníků zaměřená na saturaci citové vazby u dětí odkázaných na péči a pobyt v ústavním zařízení. Kvalitativní výzkum jsem prováděla metodou polo strukturovaného rozhovoru. Bakalářská práce je rozdělena do šesti kapitol. V první kapitole popisuji teorii citové vazby, základní životní potřeby dítěte ve věku 0 – 3 let, a pojem psychická deprivace. Ve druhé kapitole věnuji pozornost prostředí ústavní péče z hlediska jeho dopadu na umístěné dítě ve věku 0 – 3 let, a z hlediska změn v ústavnictví po roce 1989. Ve třetí kapitole představuji fenomén dobrovolnictví, dobrovolníka a jeho motivaci k dobrovolné práci, možné bariéry dobrovolnictví, a dobrovolnická centra, jejichž činnost se vztahuje ke koordinaci dobrovolnické činnosti. Ve čtvrté kapitole popisuji metodologii výzkumu. V páté kapitole interpretuji výsledky výzkumu, odpovídám na dílčí otázky a výzkumnou otázku, a nakonec, na základě předchozích kroků, vyhodnocuji výhody a nevýhody dobrovolnictví vnímané sociálními pracovnicemi ve sledovaných zařízeních ústavní péče. V šesté kapitole diskutuji diferenciaci účelu zaváděného dobrovolnictví ve sledovaných zařízeních s ohledem na saturaci individuálních potřeb dítěte a redukci citové deprivace; a změny ve sledovaných zařízeních, které pomáhají dítěti přiblížit rodinný život a přispívají ke snižování rizik ústavní péče.

Klíčová slova: citová vazba, základní životní potřeby, psychická deprivace, ústavní péče, dobrovolnictví, dobrovolnická centra.

Brief outline of the work

The theme of this bachelor's work is volunteering in nursery facilities in the context of attachment theory. The goal of the work is to determine the view of social workers regarding the advantages and disadvantages brought to their facilities by the work of volunteers focused on saturating the attachment of children dependent on care and residence in institutional facilities. I carried out qualitative research by the method of partially structured interview. The bachelor's work is presented in six chapters. In the first chapter, I describe attachment theory, basic living needs of children 0–3 years of age, and the term psychic deprivation. In the second chapter, I focus on the environment of the institutional care from the perspective of its impact on a child age 0–3 years placed there and from the perspective of changes in the organization of institutional care after 1989. In the third chapter, I present the phenomenon of volunteering, the volunteer and his or her motivation to do volunteering work, possible barriers to volunteering, and the volunteering center, the activities of which are associated with coordinating the volunteering work. In the fourth chapter, I describe the research methodology. In the fifth chapter, I interpret the research results, address the research sub-questions and the main research question, and, finally, based upon the preceding steps, I evaluate the advantages and disadvantages of volunteering as perceived by social workers. In the sixth chapter, I discuss differentiation of the purpose of the implemented volunteering in the examined facilities with respect to saturating the individual needs of the child and reducing sensory deprivation, as well as changes in the examined facilities which are helping to bring to children something closer to family life and contribute to reducing the risks of institutional care.

Key words: attachment, basic living needs, psychic deprivation, institutional care, volunteering, volunteering centers.

Příloha

Tazatelské otázky:

Jaké máte zkušenosti s dobrovolnictvím ve vaší organizaci?

Jaké aspekty ovlivňují rozhodnutí člověka dělat dobrovolnou práci?

Jak se staví k dobrovolníkům zaměstnanci ve vaší organizaci?

Jakou roli by měl mít dobrovolník ve vašem zařízení?

Jaké bariéry dobrovolnictví ve vašem zařízení vnímáte?

Jakým způsobem získáváte dobrovolníky a jak probíhá spolupráce?

Jak se odrazily společenské změny po roce 1989 v ústavní péči?

Které potřeby jsou pro dítě 0-3 roků pro jeho vývoj prioritní, a které marginální?

Co si myslíte o následcích psychické deprivace?

Jakým způsobem je možné naplnit potřebu citové vazby v prostředí ústavní péče?