

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Životní situace dětí v Dětském centru Jihočeského kraje**

bakalářská práce

Autor práce: Irena Šimečková  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie  
Vedoucí práce: Mgr. Johana Mertová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013



## Abstrakt

Pro každé dítě je důležité, aby vyrůstalo v milující rodině. Pokud mu rodina z jakýkoliv důvodů nemůže zajistit potřebné zázemí, je dítě umístěno do náhradní péče - rodinné nebo ústavní. Stát preferuje náhradní rodinnou péči před ústavní.

V úvodu své teoretické části jsem se zaměřila na práva dítěte, která jsou obsažena v Listině základních práv a svobod, Úmluvě o právech dítěte a zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí. Charakterizovala jsem formy náhradní výchovné péče – rodinnou (pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, osvojení, svěření do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, poručenství), ústavní péči a popsala jsem, jaké následky může na dítěti zanechat pobyt v ústavním zařízení. Vysvětlila, jak se projevuje syndrom CAN a jaké děti bývají nejvíce týrány. Objasnila jsem důležitost rodiny pro dítě a co znamená sanace rodiny, jaké mají děti potřeby a etnikum. V závěru teoretické části jsem popsala Dětské centrum Jihočeského kraje.

Dětské centrum se nachází ve Strakonících. Jedná se nestátní zdravotnické zařízení s maximální kapacitou 25 dětí. Dětské centrum Jihočeského kraje vzniklo v roce 2005. Zákonem č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o sociálně právní ochraně dětí provozuje zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Zařízení je především určeno pro děti do 6-ti let, po domluvě i věkově starším, zejména sourozencům. Poskytuje pomoc dětem zahrnující péči zdravotní, sociální, právní, výchovnou, psychologickou a poradenskou. Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách provozuje centrum sociální rehabilitaci. Ta je určena pro matky a rodinné příslušníky, kteří potřebují pomoc při zvládnutí péče o dítě a budoucí osvojitele a pěstouny. Rodiče mají k dispozici 5 bytových buněk.

Výzkum jsem rozdělila na dvě části. Prvním cílem bylo zmapovat životní situaci dětí v Dětském centru Jihočeského kraje v letech 2009 - 2011. Druhým cílem bylo zjistit využití programu sociální rehabilitace od vzniku Dětského centra Jihočeského kraje. Za účelem dosažení cílů byl stanoven kvantitativní výzkum, forma sekundární a obsahové analýzy dat.

Byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Většina dětí DC je tvořena majoritní populací – byla potvrzena.

H2: Průměrná délka pobytu v zařízení je do jednoho roku – byla potvrzena.

H3: Většina rodičů, kteří využili programu sociální rehabilitace, si nechala dítě ve své péči – byla potvrzena.

U prvního výzkumného souboru, jsem sledovala 9 kritérií: 1. důvody pro přijetí do DC, 2. věk při příchodu do DC, 3. věk při odchodu z DC, 4. průměrná délka pobytu dětí v zařízení, 5. etnikum, 6. zdravotní stav, 7. psychický stav, 8. kontakt s biologickou rodinou, 9. důvody pro ukončení pobytu. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 141 dětí, 108 (tj. 76,6 %) patří k majoritní populaci, potvrdila se tak hypotéza číslo 1. Druhým nejčastějším etnikem bylo romské a třetím vietnamské. Délka pobytu v zařízení je určována mnoha faktory a to například zdravotním či psychickým stavem dítěte, zda je dítě právně volné. Průměrná délka pobytu v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je 155 dní. Potvrdila se hypotéza čísla 2. V zařízení pobývají nejvíce děti staré do jednoho roku (tj. 75,2 %). Více jak polovina dětí v Dětském centru není v kontaktu se svou biologickou rodinou. Nejčastějším důvodem pro odchod dítěte ze zařízení je osvojení (tj. 47,5 %), druhým je návrat do biologické rodiny (tj. 28,4 %) a třetím pěstounská péče (tj. 11,3 %).

U druhého výzkumného souboru, který se zabýval sociální rehabilitací, kde pobývají rodiče se svými dětmi, jsem sledovala 4 kritéria: 1. důvod pro přijetí do programu sociální rehabilitace, 2. rodič, 3. délka pobytu v zařízení, 4. úspěšnost. Bylo zjištěno, že od vzniku zařízení do roku 2012 si 79,4 % biologických rodičů nechala dítě ve své péči. Byla potvrzena hypotéza číslo 3: Většina rodičů, kteří využili programu sociální rehabilitace, si nechala dítě ve své péči. V zařízení s dětmi pobývalo celkem 34 rodičů. Z toho 31 matek a 3 otcové. Průměrná délka pobytu byla 21 dnů.

Výsledky této práce budou sloužit pro účely Dětského centra Jihočeského kraje a všichni, kteří se o tuto problematiku zajímají.

## **Abstract**

Growing up in a loving family is important for every child. Where the family is for any reason unable to provide the necessary background, the child is placed into substitute care, either in a family setting or an institution. The state prefers surrogate family to institutional care.

The beginning of the theoretical part of my thesis focuses on the child's rights contained in the Charter of Fundamental Rights and Basic Freedoms, the Convention on the Rights of the Child and under Act 359/1999 Sb. on social and legal protection of children. I've described types of substitute care – in a family setting (foster care, temporary foster care, adoption, committing the child into the care of a person other than his parent, guardianship) and in an institution – and gave an account of the sequelae of childhood institutionalisation. I explained how the CAN syndrome manifests itself and what kind of children fall most frequently victims to abuse. I explained the importance of a family for a child and what does family recovery mean, what are the needs of children, and the ethnic group. The theoretical part concludes with a description of the South Bohemian Child Centre (Dětské centrum Jihočeského kraje).

The Child Centre is situated in the town of Strakonice. It's a non-governmental health-care facility that can accommodate a maximum of 25 children. The South Bohemian Child Centre was established in 2005. Under Act 359/1999 Sb. on the social and legal protection of children, as amended, the Centre runs a facility accommodating children who require immediate help. The facility is primarily intended for 6-year-olds and younger; upon agreement, an older child may be admitted as well, in particular if he or she is a sibling. The help provided to children by the facility includes healthcare and social, legal, educational and psychological care and counselling. Under Act 108/2006 Sb. on social services, the Centre runs social rehabilitation intended for mothers and family members in need of help to be able to manage caring for their child, and also for future adoptive and foster parents. Parents have 5 dwelling units at their disposal.

I divided the research into two parts. The first objective was mapping the life situation of children in the South Bohemian Child Centre between 2009-2011. The

second objective was to establish how the social rehabilitation scheme has been utilised since the South Bohemian Child Centre was established. In order to achieve these objectives, a quantitative research had been designed, with secondary and content data analysis.

The following hypotheses have been set:

H1: The majority of children in the CC represent majority population - validated.

H2: The average length of stay in the Centre is one year or less - validated.

H3: The majority of parents who took advantage of the social rehabilitation scheme have kept their child in their care - validated.

I followed 9 criteria in the first research group: 1. reasons of admission to the CC, 2. age at the time of admission to the CC, 3. age at the time of leaving the CC, 4. the average length of the child's stay in the facility, 5. ethnic group, 6. their state of health, 7. their mental state, 8. contact with their biological family, 9. reasons of termination of their stay. It's been established that out of the total of 141 children, 108 (i.e. 76,6 %) represent majority population, which fact has validated Hypothesis no. 1. The second most frequent ethnic group was Romany and the third Vietnamese. There's a number of factors determining the length of stay in the facility, such as the state of the child's health, his mental state or whether the child is available under applicable laws. Children requiring immediate help stay in the facility for 155 days in average. Hypothesis no. 2 has been validated. One-year-olds or younger represent the majority of children staying in the facility (i.e. 75.2 %). Over a half of the children placed in the Child Centre have no contact with their biological family. The most frequent reason for a child to be released from the facility is adoption (i.e. 47.5 %), returning to the biological family is second (i.e. 28.4 %) and foster care is third (i.e. 11.3 %).

In the second research group dealing with social rehabilitation where parents stay with their children, I followed 4 criteria: 1. reason of admission into the social rehabilitation scheme, 2. the parent, 3. length of stay in the facility, 4. success. It's been found that between the time the facility was established and 2012, 79.4 % of biological parents kept their children in their care. Hypothesis no. 3 has been validated: The majority of parents who took advantage of the social rehabilitation scheme have kept

their child in their care. The total number of parents staying in the facility with their children was 34, out of which there were 31 mothers and 3 fathers. The average length of stay was 21 days.

The results of this thesis will serve for the purposes of the South Bohemian Child Centre and be of use to anyone interested in these issues.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2013

.....

Irena Šimečková



## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Johaně Mertové za trpělivost a čas, který mi věnovala při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat panu řediteli a sociálním pracovnícům DCJK za ochotu a pomoc při mém výzkumu a své rodině za jejich podporu.

# Obsah

Úvod .....	12
1 Současný stav .....	13
1.1 Dítě .....	13
1.1.1 Potřeby dětí .....	13
1.1.2 Týrané a zneužívané dítě .....	14
1.1.3 Etnikum .....	16
1.2 Rodina .....	16
1.2.1 Sanace rodiny .....	17
1.3 Náhradní výchovná péče .....	18
1.4 Náhradní rodinná péče .....	18
1.4.1 Pěstounská péče .....	19
1.4.2 Pěstounská péče na přechodnou dobu .....	20
1.4.3 Osvojení .....	21
1.4.4 Svěření do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče .....	21
1.4.5 Poručenství .....	22
1.5 Ústavní péče .....	22
1.5.1 Zařízení ústavní výchovy .....	23
1.5.2 Sledování výkonu ústavní výchovy .....	24
1.5.3 Psychická deprivace .....	24
1.5.4 Odnětí dítěte .....	25
1.6 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc .....	26
1.7 Dětské centrum Jihočeského kraje .....	27
1.7.1 Sociální rehabilitace .....	29
2 Cíl práce a hypotézy .....	31
2.1 Cíl práce .....	31
2.2 Hypotézy .....	31
3 Metodika .....	32
3.1 Použité metody a technika výzkumu .....	32
3.2 Charakteristika souborů .....	33

3.2.1 Výzkumný soubor I.....	33
3.2.2 Výzkumný soubor II.....	33
4 Výsledky.....	34
4.1 Výzkumný soubor I.....	34
4.1.1 Důvody pro přijetí do DC.....	34
4.1.2 Věk při příchodu do DC.....	36
4.1.3 Věk při odchodu z DC.....	37
4.1.4 Průměrná délka pobytu.....	37
4.1.5 Etnikum.....	38
4.1.6 Zdravotní stav.....	39
4.1.7 Psychický stav.....	39
4.1.8 Kontakt s biologickou rodinou.....	40
4.1.9 Důvody pro ukončení pobytu.....	41
4.2 Výzkumný soubor II.....	42
4.2.1 Důvod pro přijetí.....	42
4.2.2 Rodič.....	43
4.2.3 Délka pobytu v zařízení.....	44
4.2.4 Úspěšnost.....	44
5 Diskuze.....	46
6 Závěr.....	53
7 Seznam použitých zdrojů.....	55
8 Klíčová slova.....	59

## Úvod

Každé dítě by mělo vyrůstat v rodině, kde bude milováno. Bohužel, ne vždy je tomu tak. Někteří rodiče se o své dítě postarat nedokážou, nebo ho nechtějí. Příčin může být mnoho. Ale kam s těmito dětmi? Jsou dvě možnosti, buď dát dítě do náhradní rodinné péče nebo ústavní.

Pro dítě je lepší, pokud je umístěno do náhradní rodinné péče. V případě, že není jiná možnost, je dáno do ústavní péče.

Rok 2013 přinesl mnoho změn. K 1. 1. 2014 zaniknou kojenecké ústavy a od roku 2016 by se do ústavů neměly přijímat děti do sedmi let věku (24, 30). Je nutno dodat, že Česká republika je již mnoho let kritizována za velké počty dětí v kojeneckých ústavech (30). Pro tyto děti bude preferována pěstounská péče a pěstounská péče na přechodnou dobu.

Má práce se zabývá životní situací dětí v Dětském centru Jihočeského kraje. Dětské centrum poskytuje jak pomoc dětem v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jenž se řídí zákonem číslo 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, tak i jejich rodinám v rámci sociální rehabilitace řídicí se zákonem číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách. Po určité době jsou děti vráceny do své biologické rodiny, dány do náhradní rodinné péče, nebo odcházejí do jiného zařízení.

O tuto problematiku jsem se začala intenzivněji zajímat po absolvování praxe v Dětském centru ve Strakonících. Zajímalo mě, z jakého důvodu přicházejí děti do Dětského centra, jak dlouho pobývají v zařízení a důvod odchodu dětí. Bylo moc pěkné vidět, jak si spokojení rodiče odnášejí usmívající se dítě domů.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsem objasnila základní pojmy týkající se práva dítěte, etnika, syndromu CAN a náhradní výchovné péče. Nakonec jsme popsala Dětské centrum Jihočeského kraje. Pro výzkumnou část, která je rozdělena na dva soubory jsem zvolila kvantitativní výzkum. V prvním souboru jsem zjišťovala životní situaci dětí v Dětském centru Jihočeského kraje a ve druhém využití programu sociální rehabilitace od vzniku Dětského centra Jihočeského kraje. Smyslem této práce je zjistit životní situaci dětí v zařízení a jaké služby centrum poskytuje, aby pomohlo dětem a jejich rodinám.

# 1 Současný stav

## 1.1 Dítě

Při ochraně dětí je Česká republika vázána Listinou základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky (7), Úmluvou o právech dítěte z roku 1989 a dalšími právními předpisy a úmluvy při respektování soukromí rodiny a práva rodičů pečovat o své děti a vychovávat je (13).

Úmluva o právech dítěte zahrnuje práva občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní a lze je rozdělit do 4 skupin: právo na život a přežití, právo na osobní rozvoj, právo na ochranu proti všem druhům krutosti a právo na účast (participaci) (14, 35).

Sociálně-právní ochrana dítěte představuje zajištění práva dítěte na život, jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině, na identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, na vzdělání, zaměstnání, zahrnuje také ochranu dítěte před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním. Co se rozumí sociálně-právní ochranou dětí, vyjadřuje konkrétně zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (29).

### 1.1.1 Potřeby dětí

Co děti nejvíce potřebují? Mnoho věcí, ale ze všeho snad nejvíce jistotu ve vztazích ke svým lidem (9).

#### **Potřeby:**

- poznávání, experimentování;
- určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů;
- prvotních citových a sociálních vztahů;
- jistoty ve vztazích a z ní odvozený pocit základní životní důvěry – bezpečí;
- určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, vedení, autority, disciplíny, důslednosti;
- kontaktu v jeho různých podobách:
  - a) při styku s vrstevníky

- b) při setkání s malými dětmi i s dětmi odrostlejšími
- c) při soužití s jinými dospělými i s generací prarodičů;
- modelu vhodného, slušného řešení mezilidských konfliktů;
- identity;
- samostatnosti, soběstačnosti, nezávislosti, tendence dělat věci po svém;
- společenského uplatnění, sebevědomí a společenské hodnoty;
- otevřené budoucnosti či životní perspektivy;
- spravedlnosti, spravedlivého hodnocení i jiných “přesahů” (22).

Je důležité, aby děti měly v rodinném životě příležitost stýkat se s malými dětmi i s dětmi odrostlejšími a dospělými, kteří se chovají mateřsky a otcovsky, i s generací prarodičů a také i praprarodičů (9).

Neodborný a lidsky necitlivý přístup může v některých případech zavinit poškození zdraví a další vývoj dítěte (18).

U dětí, je psychická a somatická složka daleko více provázaná než u dospělých a čím jsou mladší tím snadněji se přetížení různými patologickými vlivy přenáší z jedné složky do druhé (26).

### **1.1.2 Týrané a zneužívané dítě**

Ve světové literatuře je uvedený syndrom označován jako CAN, což jsou iniciály anglického termínu „child abuse and neglect“.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte lze definovat jako soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu, vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Je výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte. Současně však zdaleka nejde jenom o jednostranný akt ze strany jejich původce či pachatele, ale o zvláštní interakci zúčastněných osob (6).

Rizikové děti z hlediska CAN jsou ty, jejichž projevy jsou z různých důvodů sociálnímu okolí „nesrozumitelné“, takže není lehké je výchovně zvládat a usměřňovat.

Dále ty děti, které svým chováním vychovatelé unavují, vyčerpávají, dráždí, nebo v případě pohlavního zneužívání i svým způsobem provokují či svádějí (4).

### Bývají to tedy:

- děti s tzv. lehkými mozgovými dysfunkcemi,
- děti z jiných příčin nadměrně dráždivé, zlostné, trucovité ale i plačtivé nebo úzkostné,
- děti s různým stupněm mentální retardace, které přinášejí svým rodičům zklamání v jejich životních nadějích,
- děti s lehce sníženými intelektovými schopnostmi (4).

### Způsoby vzniku CAN:

- je to jednak akce, útok, násilí v jakékoliv formě, nejrůznější manipulace s dítětem, jeho uvádění do nezvyklých situací,
- a pak ne-akce, zanedbávání, izolace, nepečování, nesprávná a nedostatečná výživa, nedostatek zdravotní a výchovné péče, nedostatky v bydlení (31).

**Tabulka č. 1: Formy a projevy syndromu CAN**

	<i>aktivní</i>	<i>pasivní</i>
<i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	tržné, zhmožděné rány a poranění, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
<i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
<i>Sexuální zneužívání</i>	sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
<i>Zvláštní formy: Münchhausenův syndrom v zastoupení systémové týrání a zneužívání organizované týrání a zneužívání rituální týrání a zneužívání</i>		

Zdroj: DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z. MATĚJČEK, Z. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada. 1995, s. 19 (3).

## **Následky syndromu CAN**

Platí, že v konkrétním živém případě posttraumatická stresová porucha může vzniknout, ale také nemusí.

Na rozdíl od akutní reakce na stres vzniká jako zpožděná nebo protahovaná reakce. Latence po traumatu je několik týdnů nebo měsíců, ale ne déle než půl roku. Je to jedna z mála psychiatrických poruch, kde je známa etiologie (6).

### **1.1.3 Etnikum**

Je třeba nevázat se tolik na konkrétní etnikum, z něhož dítě pochází, ale raději mít oči, uši a srdce otevřené k projevům dítěte, abychom si utvořili představu o tom, jaké je, a abychom ho poznali do hloubky a bez předem připravených závěrů (21).

Hovoříme-li o „etnických menšinách“, je třeba si uvědomit, že tento mnohovýznamový a vágní pojem bývá užíván jako pomůcka při zařazování rozličných typů a kategorií etnických společenství (s výjimkou státních nároků na vlastním teritoriu) pod jeden stručný termín „střešní“(19).

Česká republika je od mnoha jiných evropských zemí odlišná tím, že se zde dlouhou dobu žilo poněkud „zakonzervovaně“, izolovaně od pestrosti jiných odlišných národů. Smíšená partnerství či dokonce rodiny jsou pro mnoho lidí dosud tématem hovorů a spekulací. Dnes pozorujeme, v některých oblastech méně, v dalších více, že otevřenost vůči odlišnostem se pomalu zvyšuje (21).

## **1.2 Rodina**

Rodinu je možno chápat jako malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím, na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i k celé společnosti (2).

Rodina je prvním a mimořádně významným edukačním prostředím dítěte. Formuje jeho osobní vývoj i postoj ke všem dalším skupinám. Rodina se snaží formovat dítě podle svého hodnotového schématu, podle vlastní tradice. Rodinné normy se vždycky



nějak odchyľují od norem ve společnosti průměrných. Rodina chce, aby dítě vstoupilo do společnosti s určitým druhem orientace, s určitým programem (12, 32).

Původní komplex funkcí rodiny se tenčí. Některé z nich postupně slábnou, i když úplně nemizí. Od konce 19. století v Evropě některé z jejích tradičních funkcí začal přebírat vznikající sociální stát (10).

### **Funkce rodiny:**

- podporování socializace – vychovávání dětí,
- vztahovou podporu dospělých lidí,
- ekonomickou podporu všech členů (10).

V prvních třech stádiích vývoje dítěte má fungující rodina mnohem lepší předpoklady pro vytvoření takové prostředí, ve kterém dítě dokáže přiměřeně řešit svoje psychosociální krize. Ačkoli v dalším období už rodinné prostředí není tak nenahraditelné, jako je v předchozích fázích, i tehdy vývoj dítěte dále ovlivňují předcházející zážitky a zkušenosti (20). Rodiče tradičně zprostředkovávají vztah dětí k širšímu okolí (32).

Současný ideální podoba rodiny v naší kultuře počítá s rovnocenným postavením muže a ženy, s jejich kooperací při vedení domácnosti, výchově dětí i při obstarávání prostředků pro život rodiny (10).

#### **1.2.1 Sanace rodiny**

Sanace rodiny je soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen. Důsledkem neřešené, nebo akutní situace ohrožení může být jeho umístění mimo rodinu.

Naplnění cíle sanace rodiny záleží na řadě faktorů, je třeba s nimi od samého začátku pracovat a brát je v úvahu při sestavování sanačního plánu:

Rizikové faktory rodiny – rodiče (nebo jeden z rodičů) žili v dětství v dysfunkční rodině, část života prožili v zařízení pro výkon ÚV, některé z dětí mají odebrané mimo

rodinu, u některé z dříve narozených dětí dali souhlas k adopci, zneužívali drogy, alkohol. Rodiče mají zpravidla nízké vzdělání, jsou nezaměstnaní nebo nezaměstnatelní, dlouhodobě se pohybují kolem hranice životního minima, mají těžkosti s hospodařením.

Rizikové faktory prostředí – ve kterém rodina žije a bude žít. Důležité je, aby měla rodina kde bydlet.

Aktuální sociální situace rodiny – při zařazení do programu sanace rodiny je třeba znát uvedené faktory rizikovosti, pravděpodobnou délku trvání a jejich souvislost se současným ohrožením dítěte (1).

### **1.3 Náhradní výchovná péče**

*Náhradní výchovná péče má dvě formy:*

- ústavní,
- rodinnou (11).

Pokud je nutné vzdálit dítě od rodiny a umístit je jinde, mělo by být co nejdříve provedeno kvalifikované zhodnocení situace dítěte i rodiny a naplánování péče zahrnující biologickou rodinu. Také všechny formy náhradní péče v rodinách by měly být vstřícné vůči rodinám biologickým. Důvodem k návrhu na umístění dítěte mimo rodinu by neměla být chudoba rodiny a bytové poměry (10). Fyzická separace dítěte od rodičů by měla zůstat výjimečným a krajním opatřením, k němuž by mělo docházet až po té, kdy všechny jiné formy práce s rodiči byly vyčerpány (15).

### **1.4 Náhradní rodinná péče**

*Formy náhradní výchovy jsou upravené zákonem č. 94/1963 Sb., o rodině.*

1. pěstounská péče
2. pěstounská péče na přechodnou dobu
3. osvojení
4. svěření do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče
5. poručenství (37)

### **1.4.1 Pěstounská péče**

Pěstouni mají povinnost zvyšovat si znalosti a dovednost v oblasti výchovy a péče o dítě. Umožnit dítěti v souladu s individuálním plánem udržovat, rozvíjet a prohlubovat sounáležitost s osobami blízkými (zejména s rodiči).

Pěstoun má právo zastupovat dítě pouze v omezeném rozsahu, především v běžných každodenních záležitostech. Při zásadních rozhodnutích a meznících života dítěte se však pěstouni neobejdou bez souhlasu zákonného zástupce dítěte, zpravidla jeho biologického rodiče. To se týká zejména plánovaných lékařských zákroků, volby povolání (druhu studia či školy), vydávání cestovních dokladů (5).

Pěstoun nemá vyživovací povinnost k dítěti.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností, v jehož obvodu má trvalý pobyt osoba pečující nebo osoba v evidenci, navrhne této osobě uzavření dohody o výkonu pěstounské péče, která upraví podrobnosti ohledně výkonu práv a povinností.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností, obecní úřad, krajský úřad nebo pověřená osoba, pokud uzavřely dohodu o výkonu pěstounské péče, nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností, který vydal rozhodnutí, jsou povinni sledovat naplňování dohody o výkonu pěstounské péče nebo rozhodnutí prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří jsou povinni minimálně jednou za 2 měsíce být v osobním styku s osobou pečující nebo osobou v evidenci a s dětmi svěřenými do její péče. O průběhu výkonu pěstounské péče zpracuje zaměstnanec obecního úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož obvodu nemá osoba pečující nebo osoba v evidenci trvalý pobyt, obecního úřadu, krajského úřadu nebo pověřená osoba jednou za 6 měsíců zprávu, kterou předá obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož obvodu má osoba pečující nebo osoba v evidenci trvalý pobyt. (38).

Pěstounská péče zaniká dosažením zletilosti. Může být také zrušena rozhodnutím soudu, jen z důležitých důvodů. Učiní tak vždy, jestliže o to požádá pěstoun (13).

#### **Dávky pěstounské péče:**

- a) příspěvek na úhradu potřeb dítěte
- b) odměna pěstouna

- c) příspěvek při převzetí dítěte
- d) příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- e) příspěvek při ukončení pěstounské péče

Odměna pěstouna se pro účely zákonů upravující daně z příjmů, pojistné na sociální zabezpečení, pojistné na úrazové pojištění a pojistné na všeobecné zdravotní pojištění považuje za příjem ze závislé činnosti (38).

#### **1.4.2 Pěstounská péče na přechodnou dobu**

Krajský úřad vede pro účely zajištění pěstounské péče evidenci osob. Do evidence se zařazují osoby na základě žádosti podané u obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Pěstounskou péči na přechodnou dobu mohou vykonávat osoby, které na základě odborného posouzení mají předpoklady pro výkon takové péči o dítě, a to zejména z hlediska krátkodobosti takové péče o dítě krátce po jeho narození.

Soud může na návrh orgánu sociálně-právní ochraně svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu osobám v evidenci.

#### **Na dobu:**

- a) po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat
- b) po jejímž uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením
- c) do nabytí právní moci rozhodnutí soudu o tom, že souhlasu rodičů k osvojení není třeba.

Soud je povinen každé 3 měsíce přezkoumat, zda trvají důvody pro pobyt dítěte u pěstounů.

Pěstounská péče na přechodnou dobu může trvat nejdéle 1 rok. To neplatí, pokud jsou do pěstounské péče téhož pěstouna svěřeni sourozenci dítěte, kteří byli do této péče svěřeni později, ne však na dobu delší, než po kterou má trvat pěstounská péče u sourozence, který byl do péče témuž pěstounovi svěřen jako poslední (5, 38).

### **1.4.3 Osvojení**

Osvojením vzniká mezi osvojitelem a osvojencem takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi, a mezi osvojencem a příbuznými osvojitele poměr příbuzenský. Osvojitelé mají rodičovskou zodpovědnost při výchově dětí.

O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele.

Do knihy narození matriky se na základě pravomocného rozhodnutí soudu o osvojení zapíše osvojitel, popřípadě osvojitelé.

K osvojení je třeba souhlasu zákonného zástupce osvojovaného dítěte. Je-li toto dítě schopno posoudit dosah osvojení, je třeba také jeho souhlasu, ledaže by tím byl zmařen účel osvojení. K osvojení je třeba souhlasu rodiče, i když je nezletilý.

K osvojení není třeba souhlasu rodiče, který zjevně nemá o dítě zájem. Má se za to, že nezájem rodiče o dítě je zjevný, trvá-li alespoň 3 měsíce od posledního projeveného opravdového zájmu. Nelze-li však v chování rodiče spatřovat hrubé porušování jeho povinností, je třeba, aby byl orgánem sociálně-právní ochrany dětí poučen o možných důsledcích svého chování a aby od takového poučení uplynuly alespoň 3 měsíce.

Osvojením zanikají vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou (37).

#### **Dvě základní formy osvojení:**

- Osvojení prosté, označované též někdy jako osvojení I. stupně, častěji také jako zrušitelné. Toto osvojení může soud v budoucnu z důležitých důvodů na návrh osvojitele nebo osvojence zrušit.
- Osvojení nezrušitelné, někdy také nazývané osvojením II. stupně. Takto osvojit lze dítě starší jednoho roku (5).

### **1.4.4 Svěření do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče**

Vyžaduje-li to zájem dítěte, může soud svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, tato osoba musí poskytovat záruku řádné výchovy dítěte. Důvody pro takové řešení jsou různé, nejčastěji jde o nemoc rodiče, pobyt v cizině či výkon trestu odnětí svobody rodičů. Při výběru vhodné osoby dá soud vždy přednost příbuznému dítěte.

Soud rozhodne také o rozsahu práva povinností k dítěti. Rodiče zůstávají nadále zákonnými zástupci dítěte (37).

Povinností orgánu sociálně právní ochrany dětí je rodinu sledovat (38).

#### **1.4.5 Poručenství**

V případě, že rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon jejich rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven, nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, musí soud dítěti ustanovit poručníka, který je oprávněn nezletilé dítě vychovávat, zastupovat a spravovat jeho majetek místo rodičů.

Poručníci nabývají rodičovské zodpovědnosti v téměř celém rozsahu. Podstatná rozhodnutí týkající se dítěte schvaluje soud. Poručník je povinen podávat pravidelně soudu o nezletilém zprávy (28).

V případě osobní péče o dítě má poručník nárok na dávky pěstounské péče. Poručník je sledován orgánem sociálně právní ochrany dětí (38).

#### **1.5 Ústavní péče**

V ústavní péči jsou jednak děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, děti, které byly soudem svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a dále děti, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči resp. osobami odpovědnými za výchovu dítěte.

Ústavní výchova je výchovné opatření, které soud nařídí, jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit. Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí, nebo rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které mají přednost před výchovou ústavní (34).

Současná právní úprava klade umístění dítěte do ústavní péče na poslední místo po vyčerpání všech možností využití náhradní rodinné péče nebo péče širší rodiny (13).

### **1.5.1 Zařízení ústavní výchovy**

System ústavní péče se v České republice vyznačuje velkou roztržitostí. Rozhodování v otázkách péče o ohrožené děti se na nejvyšší ministerské úrovni účastní tři ministerstva: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví (13).

#### **Ministerstvo školství, mládeže, a tělovýchovy (MŠMT)**

Pod MŠMT spadají školská výchovná zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Tato zařízení zajišťují péči nezletilým osobám od 3 do 18 let, případně pro zletilé osoby do 19 let a řídí se zákonem číslo 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. Patří sem: diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav (40).

#### **Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV)**

MPSV spravuje domovy pro osoby se zdravotním postižením, řídí se zákonem číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc se řídí zákonem číslo 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (38, 39).

#### **Ministerstvo zdravotnictví (MZ)**

Pod MZ spadají dle zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, dětské domovy pro děti do 3 let věku, dětské psychiatrické léčebny a oddělení psychiatrie. Kojenecké ústavy se považují podle tohoto zákona za dětské domovy pro děti do 3 let věku (41).

V ČR se dostávají do kojeneckých ústavů i ty nejmenší děti, a to v počtu kolem dvou tisíc ročně. ČR je proto kritizována i mezinárodními organizacemi (upozorňují na nedostatečnou prevenci, tedy práci sociálních pracovníků a dalších terénních pracovníků s rodinou, aby k odebrání dítěte nemuselo vůbec dojít). Až polovina dětí se během několika měsíců z kojeneckého ústavu navrací zpět do původní biologické rodiny (30).

Od 1. 1. 2013 platí novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Má jednoznačný cíl zlepšit podporu dítěte v přirozené rodině, možnost adopce a pěstounské péče (24).

K 1. 1. 2014 je stanoveno, že děti do 3 let věku není možno umisťovat do ústavní péče. Do roku 2016 by se neměli ocitnou v ústavech ani děti do 7 let (30).

### **1.5.2 Sledování výkonu ústavní výchovy**

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí zakotvuje oprávnění zaměstnance obce s rozšířenou působností zařazeného do obecního úřadu sledovat dodržování práv dítěte v ústavní péči, a to bez ohledu na to, o jaký druh ústavu jde, kde je zřizovatelem ústavu nebo jeho provozovatelem.

Aby se zabránilo zbytečně dlouhému pobytu dítěte v ústavním zařízení ukládá zákon povinnost obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností nejméně jednou za tři měsíce dítě navštívit. Počátek lhůty začne běžet od doby umístění dítěte do ústavu (13).

### **Návštěvy dětí v ústavním zařízení**

Dítě umístěné v zařízení ústavní péče a jeho rodiče (a jiné osoby blízké) mají zákonné právo na udržování vzájemného kontaktu, a to formou korespondence, telefonických hovorů a osobních návštěv. Osobní kontakt však může být omezen rozhodnutím ředitele zařízení, a to v případě nevhodného chování této návštěvy, které by nepříznivě působilo na výchovu dítěte (23).

### **1.5.3 Psychická deprivace**

Psychická deprivace je „psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní (vitální) lidské potřeby v dostačující míře po určitou dobu“. Dalšími následky, které si odnášejí děti z ústavní výchovy je nižší vzdělání, vyšší trestná činnost než u dětí vyrostlých v náhradní rodinné péči nebo u biologických rodičů (33).

Príznaky psychické deprivace mohou být velmi rozmanité a proměnlivé, mohou zabírat celou stupnici od lehkých nápadností ještě plně v rámci normálního duševního obrazu až po velmi hrubá poškození intelektového i charakterového vývoje. Mohou mít



pestrý ráz příznaků neurotických, psychopatických, ba i psychotických a mohou se projevit někdy zdánlivě i ryze somatickými nápadnostmi. Navíc pak správnou diagnózu ztěžuje ta okolnost, že všechny tyto příznaky mohou být vyvolány i jinými činiteli endogenními či exogenními (8).

„Vinu“ za nepříznivé působení ústavů na děti nelze svalovat na pracovníky ústavů. Ti často jednají s nejlepšími úmysly a vydávají mnoho sil na to, aby dětem kompenzovali nepřítomnost rodiny. Vina je v systému čili v tom, jak je péče organizovaná. Hlavní odpovědnost nese státní správa. Vysoké počty dětí v ústavní péči korelují s nedostatečným rozvojem sociálních a zdravotních služeb (10).

#### **1.5.4 Odnětí dítěte**

*Při úvaze o odnětí dítěte z rodiny a umístění v dětském domově je nutné přihlížet k těmto činitelům:*

a) Věk dítěte. Situace malého dítěte je v ústavech náročnější a nebezpečnější než situace dětí školního věku. Adolescenti se naopak už těžko přizpůsobují intimnímu prostředí náhradních rodin, mnohem lépe jim vyhovují internátní školy a větší ústavy.

b) Tělesný a duševní stav dítěte. Některé nemoci či tělesné defekty přímo vyžadují ústavní léčbu. I v některých případech psychických poruch, zvláště neurotických obtíží a poruch chování bývá umístění v dětském domově užitečné.

c) Rodinná situace. Samozřejmým požadavkem je, aby sourozenci byli umístěováni spolu. Pokud děti přecházejí z jednoho ústavu do druhého z důvodu věkových měly by být převáděny ve větších skupinách, aby se pocit separace zmenšil na minimum.

Je třeba uvážit, jak daleko od rodiny má být dítě umístěno. V některých případech je velmi žádoucí, aby dítě mohlo udržovat kontakt s rodinou co možná intenzivní, v jiných naopak je vzdálení dítěte od vlivu rodiny nezbytnou podmínkou k tomu, aby mohl být zahájen proces převýchovy.

d) Předpokládané trvání ústavního pobytu. Dítě, které se brzy vrátí zpět do rodiny, nemá navázat jiný, příliš těsný citový vztah. Naopak dítěti, u něhož lze předpokládat umístění dlouhodobé nebo dokonce trvalé, nutno zajistit všechny podmínky k úspěšnému výchovnému postupu. Citový vztah k vychovatelům je tu pak nezbytným

předpokladem. V dosavadním ústavním systému, který je založen na principu věkově homogenních výchovných skupin, je rozhodující otázkou počet a kvalita personálu. Každé další zlepšování bude vyžadovat rozšíření počtu pracovníků. Ústavy, kde se dosahuje nejlepších výsledků, mají jednoho vychovatele na jedno dítě (8).

### **1.6 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) dle § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, poskytuje pomoc jednak dětem, které se ocitly bez jakékoli péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobné nutné péči (27, 38).

#### **Dítě se v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc umísťuje:**

- a) na základě rozhodnutí soudu,
- b) na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností,
- c) na základě žádosti zákonného zástupce,
- d) požádá-li o to dítě (14).

#### **Délka pobytu v ZDVOP může trvat nejdéle po dobu:**

a) 3 měsíců od jeho umístění do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě žádosti zákonného zástupce dítěte; v případě opakované žádosti zákonného zástupce o umístění dítěte v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc může být dítě přijato do péče zařízení v délce dalších 3 měsíců jen s předchozím písemným souhlasem obecního úřadu obce s rozšířenou působností,

b) 6 měsíců, je-li dítě umístěno v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností nebo na základě žádosti dítěte, jestliže s pobytem dítěte vyslovil souhlas rodič nebo jiná osoba odpovědná

za výchovu dítěte; výjimečně lze tuto dobu prodloužit v případě, že si rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte prokazatelně upravují své poměry tak, aby mohli převzít dítě do osobní péče; celková doba nepřetržitého pobytu dítěte v zařízení nesmí přesáhnout dobu 12 měsíců,

c) stanovenou v rozhodnutí soudu o výchovném opatření podle § 13a, kterým byl nařízen pobyt dítěte v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nebo po dobu, po kterou trvá rozhodnutí soudu o svěřeni dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc podle § 46 zákona o rodině (38).

Počet dětí umístěných v ZDVOP nesmí přesáhnout 28 dětí. MPSV může v odůvodněných případech udělit výjimku z nejvýše povoleného počtu dětí umístěných v zařízení na nezbytnou dobu, jejíž délku zároveň určí.

O děti pečuje odborný personál, který se snaží co nejvíce se přiblížit výchově v rodině. Na jednoho zaměstnance připadají nejvýše 4 děti.

ZDVOP je povinno poskytovat služby a zajistit jeho provoz nepřetržitě.

Zřizovatel ZDVOP má nárok na státní příspěvek na pobyt a péči poskytovanou nezletilému v tomto zařízení. Státní příspěvek náleží měsíčně za každé dítě ve výši 22 800 Kč bez ohledu na věk dítěte.

Ředitel zařízení rozhoduje o právech a povinnostech v oblasti státní správy sociálně-právní ochrany, pokud jde o zamítnutí žádosti rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte o povolení pobytu mimo ZDVOP.

Zařízení vede o dětech evidenci (38).

### **1.7 Dětské centrum Jihočeského kraje**

V Jihočeském kraji není žádný kojenecký ústav, z tohoto důvodu byly děti kojeneckého věku umístovány mimo Jihočeský kraj. Nejčastěji do těchto zařízení: Kojenecký ústav Plzeň, Dětské centrum Jihlava, Dětský domov Kamenice nad Lipou. Od roku 2005 je možné tyto děti v případě potřeby umístit do Dětského centra Jihočeského kraje ve Strakonici (13).

Dětské centrum Jihočeského kraje je nestátní zdravotnické zařízení založené za účelem poskytování pomoci a služeb dětem, matkám a rodinám v tíživé sociální situaci. Zakladatelem Dětského centra se stala obchodní společnost Sanatorium Javorník. DCJK, o. p. s. je obecně prospěšná nezisková společnost.

*Dětské centrum funguje podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc* a rozhodnutím Krajského úřadu Jihočeského kraje od roku 2006 má pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí. Hlavní náplní činnosti je komplexní péče poskytovaná dětem do 6 let (po domluvě i věkově starším – zejména sourozeneckým skupinám, tak aby nemusely být rozděleny z důvodu věku).

Posláním Dětského centra je pohotově a cíleně pomáhat rodinám s dětmi, které se ocitly ve složité sociální situaci.

Další specifickou službou, která je z hlediska cílové skupiny zcela výjimečnou, je poskytování sociálních služeb svým uživatelům prostřednictvím *sociální rehabilitace, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*.

V současné době je kapacita zařízení 25 lůžek. Z toho 16 míst je určeno pro kojence a děti do 1 roku a 9 míst pro děti starší. Zařízení má pro pobyt dětí k dispozici 2 kuchyně, 2 herny, 3 místnosti pro pobyt kojenců, 2 ložnice batolat, pokoj určený dětem staršího školního věku, návštěvní místnost, ošetřovnu, sanitární místnost, provozní a skladovací prostory. V rámci sociální rehabilitace je v zařízení k dispozici 5 bytových buněk (25).

### **Financování:**

*Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc*

- dotace od kraje
- státní příspěvek
- sponzorské dary
- příspěvky za úhradu pobytu a péče v zařízení (dle § 42 odst. 1. zákona č. 359/1999 Sb.)

### *Sociální rehabilitace*

- dotace od kraje
- úhrady za pobyt a stravu od klientů na sociální rehabilitaci (25, 38)

#### **1.7.1 Sociální rehabilitace**

V rámci poskytování této služby, která je určena matce nebo rodinným příslušníkům, kteří potřebují pomoci v zácviku a osvojení si dovedností spojených s péčí o dítě. K pobytu je možnou přijmout matku nebo rodinné příslušníky, jejichž dítě bylo svěřeno do Dětského centra v rámci výkonu sociálně právní ochrany nebo matku či rodinného příslušníku s dítětem, který dle zvláštních potřeb splňuje náležitosti této služby (např. mladistvý rodič, svěření dítěte do péče). Při realizaci je kladen důraz na upevnění vztahu mezi rodičem a dítětem, zvládnutí běžných a nutných úkonů v péči o dítě, podporu a pomoc při zvládnutí sociálních dovedností v rámci přijetí nové role, popřípadě řešení situace v souvislosti s nežádoucím otěhotněním.

V souvislosti s péčí o děti je zajištěn informační a zácvikový servis pro matky a těhotné ženy, které postrádají rodinné zázemí. V neposlední řadě umožňuje matkám v obtížné životní situaci pobyt v souvislosti s diskrétním porodem (25).

#### **V rámci poskytování sociální služby jsou uživatelům zajišťovány tyto služby:**

- základní sociální poradenství
- nácvik dovedností v péči o dítě
- nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnost a dalších činností, které vedou k sociálnímu začlenění
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- další poskytované služby (např. zpracování písemných podkladů a účast na jednání v zájmu uživatele s jinými odborníky, se správními orgány, soudy apod.) (39).

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Prvním cílem bakalářské práce je zmapovat životní situaci dětí v Dětském centru Jihočeského kraje v letech 2009 – 2011.

Druhým cílem je zjistit využití programu sociální rehabilitace od vzniku Dětského centra Jihočeského kraje.

### **2.2 Hypotézy**

Pro bakalářskou práci byly zvoleny tyto hypotézy:

1. Většina dětí Dětského centra je tvořena majoritní populací.
2. Průměrná délka pobytu v zařízení je do jednoho roku.
3. Většina rodičů, kteří využili programu sociální rehabilitace, si nechala dítě ve své péči.

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody a techniky výzkumu

V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum, technika sekundární analýzy dat. V Dětském centru Jihočeského kraje (dále DC) mi byla poskytnuta dokumentace. Studium dokumentů znamená sledovat u zkoumaných fenoménů hlavně rozsáhlé i minulé časové úseky jejich vzniku a existence, na příčinách či tvůrcích již nezávislé (5).

Pro první výzkumný soubor jsem čerpala data z dokumentace dětí umístěných v zařízení v letech 2009 – 2011. Vzhledem k aktuálnosti souboru byl do výzkumu zařazen i rok 2012. Konkrétně se jednalo o rozsudky soudů, zdravotní zprávy, rodný list, osobní list, návštěvní list, denní záznamy dítěte. Do výzkumného souboru jsou zahrnuté všechny děti i ty, které byly v zařízení umístěné na základě souhlasu rodičů. U prvního výzkumného souboru, jsem zjišťovala: 1. důvody pro přijetí do DC, 2. věk při příchodu do DC, 3. věk při odchodu z DC, 4. průměrná délka pobytu dětí v zařízení, 5. etnikum, 6. zdravotní stav, 7. psychický stav, 8. kontakt s biologickou rodinou. Kontaktem se rozumí pravidelný nebo častější kontakt. Rodina navštěvuje dítě alespoň jedenkrát do měsíce nebo dítěti volají. Děti, u nichž byl kontakt ojedinělý, návštěvy či volání rodičů a příbuzných probíhalo po více jak půl roce, zde zařazené nejsou. 9. důvody pro ukončení pobytu.

Data výzkumu u druhého souboru jsem zjišťovala z dokumentace rodičů, kteří byli umístěni se svými dětmi v programu sociální rehabilitace od vzniku Dětského centra. Rodiče jsou přijímány do programu sociální rehabilitace na základně vlastní žádosti. Pokud se jedná o nezletilé rodiče, musí mít vždy souhlas zákonného zástupce. U druhého výzkumného souboru, jsem zjišťovala tyto parametry: 1. důvod pro přijetí do programu sociální rehabilitace, 2. rodič, 3. délka pobytu v zařízení, 4. úspěšnost. Ve výzkumném souboru jsou zařazeni biologičtí rodiče dětí. Rodiče, kteří se rozhodli pro osvojení nebo pěstounskou péči a prarodiče dětí nejsou zahrnuti ve výzkumu.

Sběr dat u obou výzkumných souborů byl proveden v období listopad 2011 až leden 2012 a leden 2013.



Do předem připravených tabulek jsem vypisovala získaná data. Tato data jsem následně zpracovala do tabulek a grafů v databázi. U jednotlivých souborů byl zjišťován modus ( $\hat{x}$ ) a medián ( $\tilde{x}$ ).

### 3.2 Charakteristika souborů

Vzhledem k zadaným cílům a hypotézám bakalářské práce jsem vytvořila dva soubory.

#### 3.2.1 Výzkumný soubor I

První soubor tvoří děti, které byly přijaté do Dětského centra Jihočeského kraje v letech 2009 až 2012. Jednalo se o 141 dětí

**Tabulka č. 2: Počet dětí umístěných v DCJK v letech 2009 – 2012**

Rok	Četnost	Procento %
2009	31	22,0
2010	42	29,8
2011	33	23,4
2012	35	24,8
<b>Celkem</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

#### 3.2.2 Výzkumný soubor II

Druhý soubor tvoří biologičtí rodiče, kteří byli přijati do programu sociální rehabilitace Dětského centra Jihočeského kraje, od jeho vzniku do roku 2012. Jednalo se o 34 rodičů.

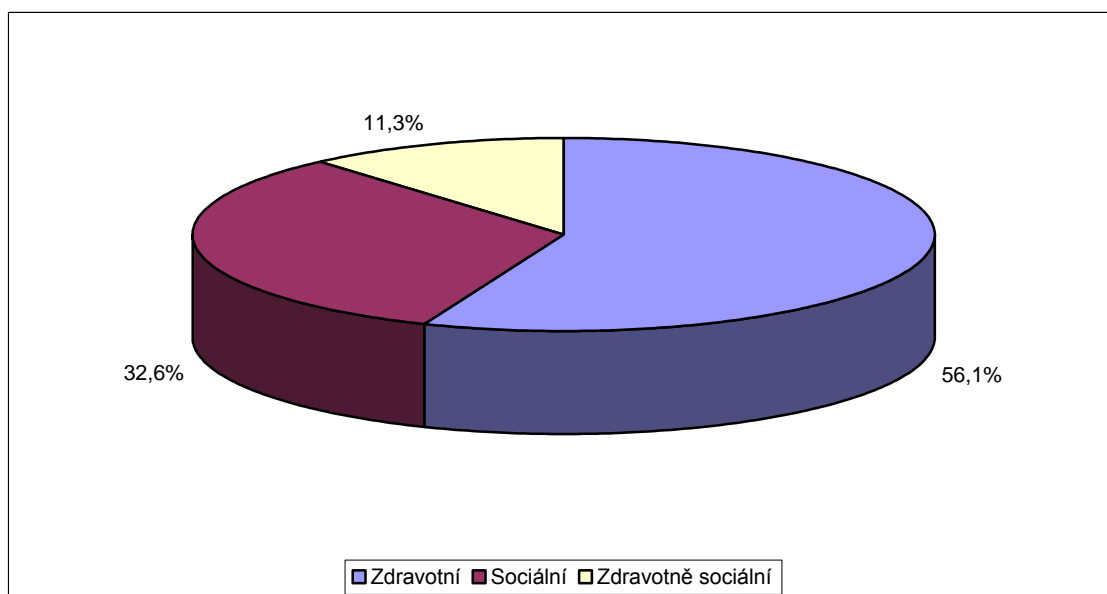
## 4 Výsledky

### 4.1 Výzkumný soubor I

#### 4.1.1 Důvody pro přijetí do DC

V letech 2009 až 2012 bylo nejvíce dětí přijato do zařízení ze zdravotních důvodů. Jednalo se o 79 (tj. 56,1 %) dětí, ze sociálních důvodů bylo do centra přijato 46 (tj. 32,6 %) dětí. Nejméně 16 (tj. 11,3 %) dětí bylo do zařízení přijato ze zdravotně sociálních důvodů.

**Graf č. 1: Důvody pro přijetí do DC**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Konkrétní důvody, pro které byly děti do zařízení přijaté, jsou zařazeny v tabulce číslo 3.

Ze zdravotních důvodů - pro těžké zdravotní postižení byly přijaté 2 (tj. 1,4 %) děti. Obě děti měly sondu do žaludku. Navíc jedno z těchto dětí mělo vrozenou vývojovou vadu srdce a během svého pobytu v zařízení se muselo podrobit několika operacím. Pro syndrom CAN byly přijaté 3 (tj. 2,2 %) děti, 34 (tj. 24,1 %) dětí bylo odmítnuto

matkou. Jednalo se o malé děti, které byly kojené. U 3 (tj. 2,2 %) dětí se objevil abusus drog a alkoholu. 37 (tj. 26,2 %) dětí bylo přijato do zařízení za účelem adopce. Děti musely během pobytu absolvovat několik lékařských vyšetření, (genetické testy, očkování, psychologické testy).

Ze sociálních důvodů byly děti do zařízení nejvíce přijímány kvůli nízké socioekonomické úrovni rodiny. Jednalo se o 16 (tj. 11,3 %) dětí, 12 (tj. 8,5 %) dětí v centru pobývalo dobrovolně, 8 (tj. 5,7 %) dětí bylo přijato pro bezdomovectví rodičů, ty se o děti nedokázali postarat po stránce materiální a finanční. 6 (tj. 4,3 %) dětí mělo rodiče ve výkonu trestu a pro opuštění byly do centra přijaté 4 (2,8 %) děti.

Ze zdravotně sociálních důvodů převládal zácvek rodičů před propuštěním dítěte. Jednalo se o 15 (tj. 10,6 %) případů. 1 (tj. 0,7 %) dítě bylo přijato pro postižení – Downův syndrom, matka kvůli tomuto postižení dítě odmítla.

**Tabulka č. 3 : Důvody pro přijetí do DC – detailní dělení**

Důvod přijetí	Konkrétní důvod k přijetí	Četnost	Procento %
Zdravotní	těžké zdravotní postižení	2	1,4
	syndrom CAN	3	2,2
	odmítnutí dítěte matkou	34	24,1
	abusus drog a alkoholu	3	2,2
	novorozenecký, kojenecký věk, souhlas s adopcí	37	26,2
Sociální	nízká socioekonomická úroveň rodiny	16	11,3
	rodiče ve výkonu trestu	6	4,3
	dobrovolné pobyty	12	8,5
	bezdomovectví rodiče	8	5,7
	opuštěné dítě	4	2,8
Zdravotně sociální	postižení	1	0,7
	zácvek rodičů před propuštěním dítěte	15	10,6
<b>Celkem</b>		<b>141</b>	<b>100,0</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

#### 4.1.2 Věk při příchodu do DC

Tabulka číslo 4 ukazuje věk při příchodu dětí. V letech 2009 až 2012 přišlo nejvíce dětí do DC do jednoho roku, jednalo se o 106 (tj. 75,2 %) dětí, do dvou let 11 (tj. 7,8 %) dětí, do tří let 7 (tj. 4,9 %) dětí, do čtyř let 6 (tj. 4,3 %) dětí, do pěti let 6 (tj. 4,3 %) dětí a 5 (tj. 3,5 %) dětí bylo starší pěti let.

**Tabulka č. 4: Věk při příchodu do DC**

Věk při příchodu	Četnost	Procento %
Do 1 roku	106	75,2
Do 2 let	11	7,8
Do 3 let	7	4,9
Do 4 let	6	4,3
Do 5 let	6	4,3
Starší	5	3,5
<b>Celkem</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: vlastní výzkum  $N = 141$ ,  $\bar{x} = 244,5$   $\hat{\sigma} = 10,0$

Tabulka číslo 5 ukazuje děti, které přišly do DC a jsou staré do jednoho roku. Věk je odstupňován po třech měsících. Jak ukazuje tabulka, z celkového počtu 106 dětí, jejichž věk byl do jednoho roku, bylo většině dětem do 90-ti (tj. 84,9 %) dní. Nejmladší dítě, které bylo v letech 2009 – 2012 do zařízení přijato bylo staré 3 dny.

**Tabulka č. 5: Věk dětí do jednoho roku v měsících**

Věk v měsících	Četnost	Procento%
0 až 3	90	84,9
3 až 6	10	9,4
6 až 9	4	3,8
9 až 12	2	1,9
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: vlastní výzkum  $N = 106$ ,  $\bar{x} = 53,5$   $\hat{\sigma} = 2,6$

#### 4.1.3 Věk při odchodu z DC

V letech 2009 až 2012 z dětského centra odešlo nejvíce dětí do jednoho roku, jednalo se o 99 (tj. 70,2 %) dětí. Do dvou let 14 (tj. 9,9 %) dětí, do tří let 5 (tj. 3,5 %) dětí, do čtyř let 5 (tj. 3,5 %) dětí. Naopak nejméně dětí odešlo mladších pěti let, jednalo se o 3 (tj. 2,2 %) dětí. Děti v rozmezí od pěti let do šestnácti let odešlo 5 (tj. 3,5 %) 10 (tj. 7,2 %) dětí v zařízení zůstalo.

Tabulka č. 6: Věk při odchodu z DC

Věk při odchodu	Četnost	Procento %
Do 1 roku	99	70,2
Do 2 let	14	9,9
Do 3 let	5	3,5
Do 4 let	5	3,5
Do 5 let	3	2,2
Starší	5	3,5
Dosud v zařízení	10	7,2
<b>Celkem</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: vlastní výzkum

$N = 141$ ,  $\bar{x} = 261,8$   $\hat{\sigma} = 13,9$

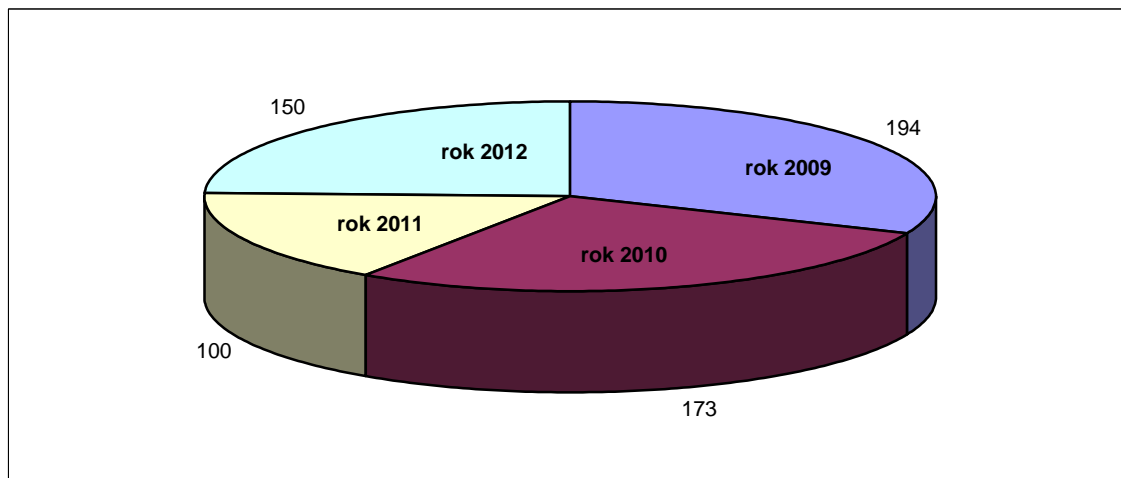
#### 4.1.4 Průměrná délka pobytu

Nejdéle bylo v zařízení umístěné dítě 3 roky. Jednalo se o chlapce. Měl Downův syndrom. Pro chlapce se nepodařilo najít náhradní rodiče, a proto byl přemístěn do ústavu.

Naopak nejkratší dobu pobývalo dítě v zařízení 2 dny. Jednalo se o šestnáctiletého chlapce. Po dvou dnech byl převezen do dětského domova.

V roce 2009 byl průměrný pobyt dětí 194 dnů, v roce 2010 to bylo 173 dnů, v roce 2011 byl průměrný pobyt 100 dnů a v roce 2012 to bylo 150 dnů.

**Graf č. 2: Průměrná délka pobytu**

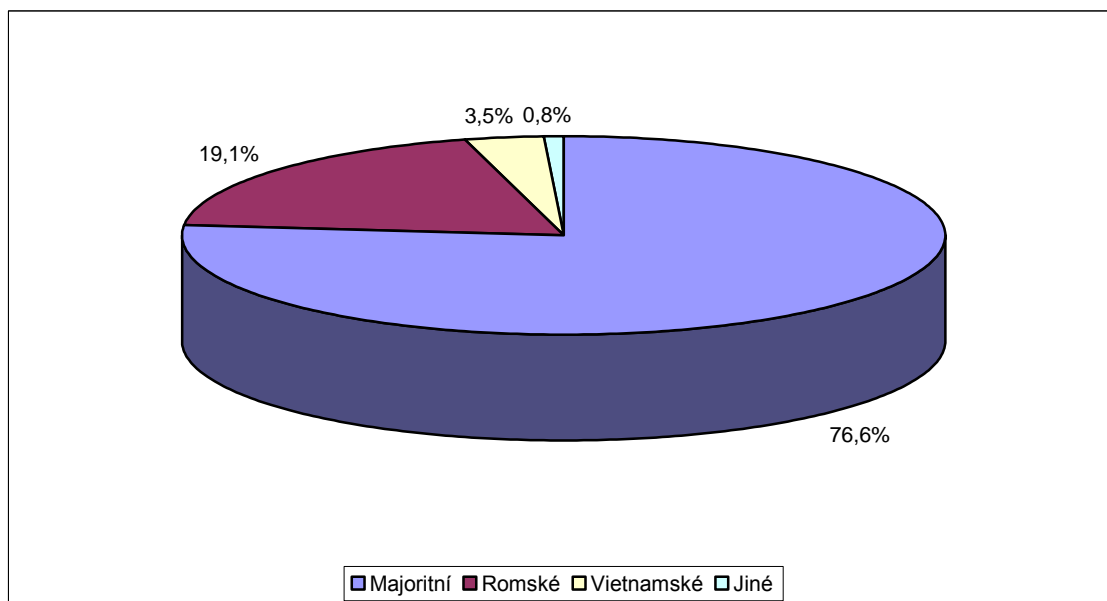


*Zdroj: vlastní výzkum*

#### **4.1.5 Etnikum**

Největší část dětí patřilo k majoritní populaci, šlo o 108 (tj. 76,6 %) dětí. 27 (tj. 19,1 %) dětí se řadilo k romskému etnikum, 5 (tj. 3,5 %) dětí bylo vietnamského etnika a 1 (tj. 0,8 %) dítě – děvče, jejíž otec byl Turek.

**Graf č. 3: Etnikum**

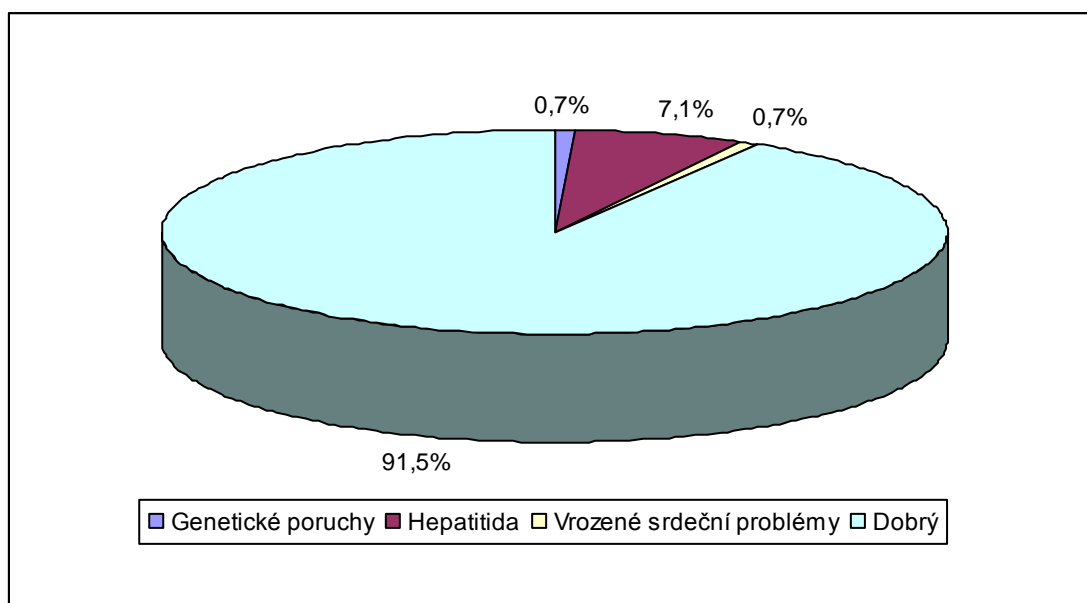


*Zdroj: vlastní výzkum*

#### 4.1.6 Zdravotní stav

Většina dětí v zařízení, byla v dobrém zdravotním stavu. Jednalo se o 129 (tj. 91,5 %) dětí. 1 (tj. 0,7 %) dítě - chlapec měl Downův syndrom. 10 (tj. 7,1 %) dětí mělo hepatitidu. Z toho šest dětí typu C a čtyři děti typu B. 1 (tj. 0,7 %) dítě mělo vrozenou vývojovou vadu srdce.

Graf č. 4: Zdravotní stav

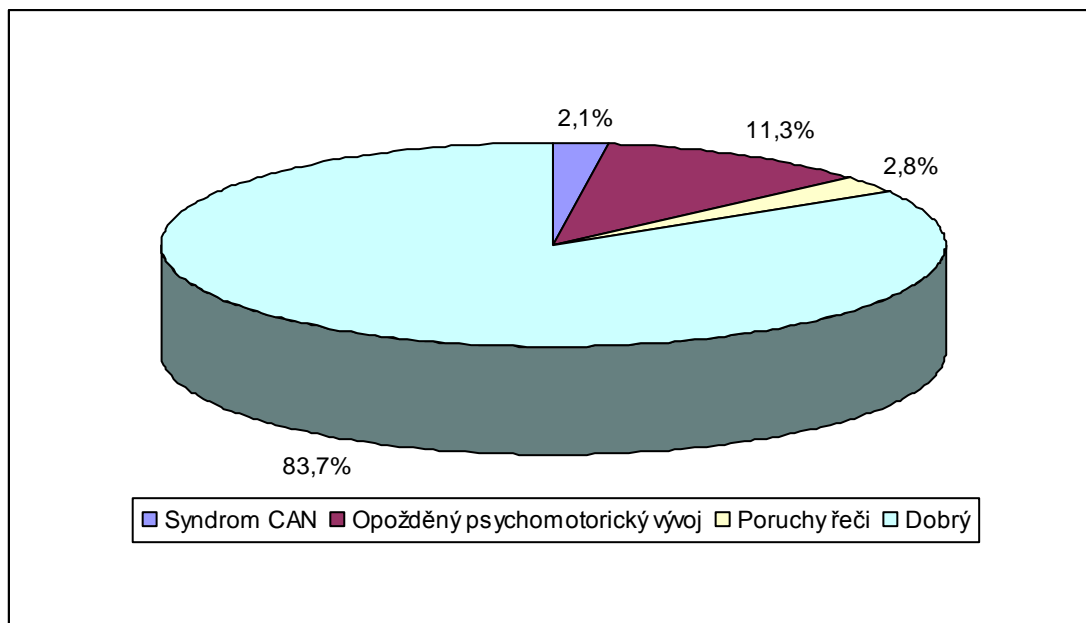


Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.1.7 Psychický stav

118 (tj. 83,7 %) dětí bylo v dobrém psychickém stavu. U 3 (tj. 2,1 %) dětí se vyskytl syndrom CAN. Ze začátku děti nikomu nedůvěřovaly, nevěděly, jak se mají najíst. Měli na sobě známky po týrání, děti byly bité a zanedbané. U 16 (tj. 11,3 %) dětí se vyskytl opožděný psychomotorický vývoj, další 4 (tj. 2,8 %) děti měly problém s řečí. Jednalo se o dva chlapce a dvě dívky. Chlapci byli stejně staří, čtyři roky. Na prvního chlapce doma vůbec nikdo nemluvil a druhý chlapec navíc ještě špatně slyšel.

**Graf č. 5: Psychický stav**

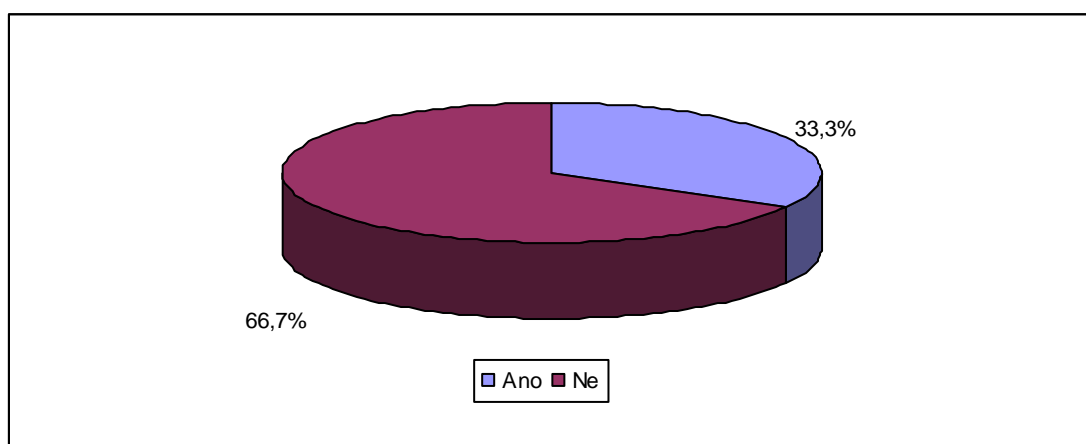


*Zdroj: vlastní výzkum*

#### **4.1.8 Kontakt s biologickou rodinou**

V kontaktu se svou biologickou rodinou je 47 (tj. 33,3 %) dětí, naopak více jak polovina, jedná se o 94 (tj. 66,7 %) dětí v kontaktu se svou biologickou rodinou není.

**Graf č. 6: Kontakt s biologickou rodinou**



*Zdroj: vlastní výzkum*



Tabulka číslo 7 ukazuje, s kým mají děti pravidelný kontakt. V pravidelném kontaktu se svým dítětem je 19 (tj. 40,4 %) matek, 11 (tj. 23,4 %) otců, 6 (tj. 12,8 %) prarodičů, 3 (tj. 6,4 %) tety a 8 (tj. 17,0 %) sourozenců. Jedná se o sourozence, kteří jsou společně umístěni v DC.

**Tabulka č. 7: Kontakt s rodinou**

Rodinný příslušník	Četnost	Procento %
Matka	19	40,4
Otec	11	23,4
Prarodiče	6	12,8
Teta	3	6,4
Sourozenci	8	17,0
<b>Celkem</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

#### **4.1.9 Důvody pro ukončení pobytu**

Skoro polovina dětí v centru, byla dána do osvojení. 40 (tj. 28,4 %) dětí se vrátilo zpět do své biologické rodiny, 16 (tj. 11,3 %) dětí bylo umístěné do pěstounské péče. Dosud v zařízení zůstává 10 (tj. 7,1 %) dětí. Jedná se o děti, s nimiž jsou v kontaktu jejich biologičtí rodiče, či jiní příbuzní, nebo děti, jejichž zdravotní stav je závažnější. 8 (tj. 5,7 %) dětí bylo umístěno do jiného zařízení (dětský domov nebo ústav sociální péče). Jednalo se o děti, které byly starší tří let.

**Tabulka č. 8: Důvody pro ukončení pobytu**

Důvod	Četnost	Procento %
Osvojení	67	47,5
Pěstounská péče	16	11,3
Zpět do biologické rodiny	40	28,4
Jiné zařízení	8	5,7
Dosud v zařízení	10	7,1
<b>Celkem</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

## 4.2 Výzkumný soubor II

### 4.2.1 Důvod pro přijetí

Celkem zařízení přijalo 34 klientů. Většina klientů (tj. 94,1 %) byla přijata do zařízení na vlastní žádost. Žádost, kde byl nutný souhlas zákonných zástupců, si podaly 2 (tj. 5,9 %) nezletilé matky.

**Tabulka č. 9: Důvod pro přijetí**

Důvod	Četnost	Procento %
Vlastní žádost	32	94,1
Vlastní žádost - souhlas zákonných zástupců	2	5,9
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

Nejvíce rodičů využilo programu sociální rehabilitace při svěřením dítěte do své péče. Jednalo se o 16 (tj. 47,2 %) rodičů z toho 2 otce a 14 matek. Dále byl program využíván při zácvičení a osvojení si dovedností s péčí o dítě. Využilo jej 8 (tj. 23,2 %) rodičů z toho 7 matek a 1 otec. Dobrovolně se svými dětmi v zařízení pobývalo 6 (tj. 17,8 %) matek. V zařízení pobývaly 2 (tj. 5,9 %) mladistvé matky a 2 (tj. 5,9 %) matky, které potřebovaly pomoc na základě svého zdravotního omezení.

**Tabulka č. 10: Konkrétní důvod pro přijetí**

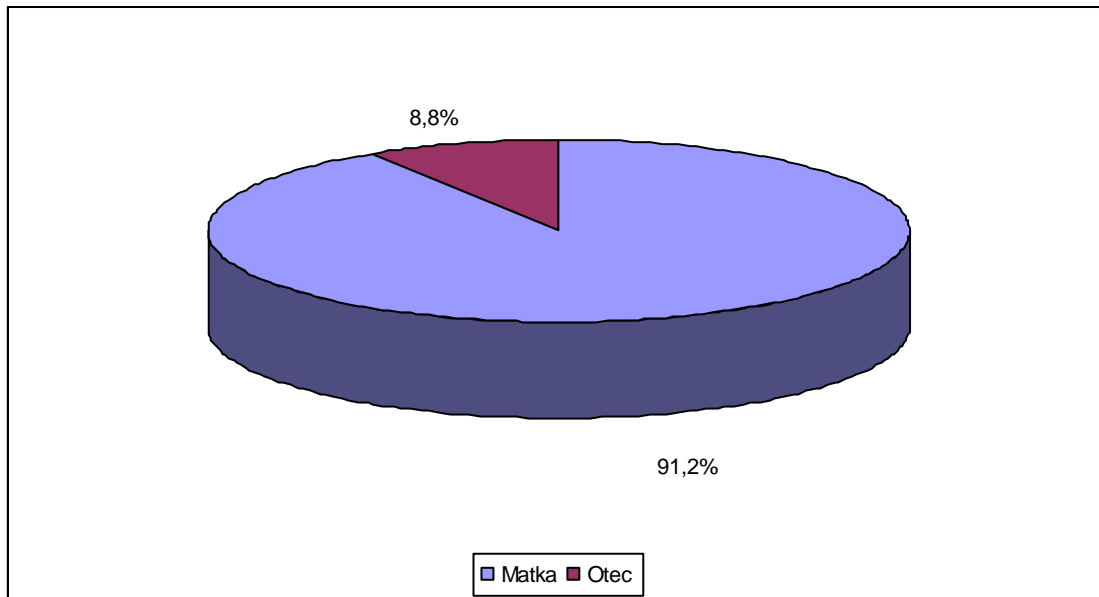
Důvod	Čestnost	Procento %
Rodič potřebuje pomoc v zácviu a osvojení si dovedností s péči o dítě	8	23,2
Pomoc na základě svého zdravotního omezení	2	5,9
Mladiství rodič	2	5,9
Dobrovolný pobyt matky s dítětem	6	17,8
Svěření dítěte do péče	16	47,2
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

#### 4.2.2 Rodič

Služby v zařízení více využívaly matky. O umístění si požádalo celkem 31 (tj. 91,2 %) matek a pouze 3 (tj. 8,8 %) otcové.

**Graf č. 7: Rodič**



*Zdroj: vlastní výzkum*

#### 4.2.3 Délka pobytu v zařízení

Nejdelší dobu v zařízení – 3 měsíce, pobývala paní se svými dětmi. Jednalo se o dobrovolný pobyt. Nejkratší doba pobytu v centru byla tři dny. Jednalo se o paní, která se rozhodla v zařízení ukončit pobyt na vlastní žádost.

Do jednoho týdne v zařízení pobývalo 5 (tj. 14,7 %) klientů. Do dvou týdnů v zařízení pobývalo 9 (tj. 26,5 %) klientů. Do tří týdnů to bylo 10 (tj. 29,4 %) klientů, do čtyř týdnů 9 (tj. 26,5 %) klientů. Čtyři a více týdnů pobýval v zařízení 1 (tj. 2,9 %) klient.

**Tabulka č. 11: Délka pobytu v zařízení**

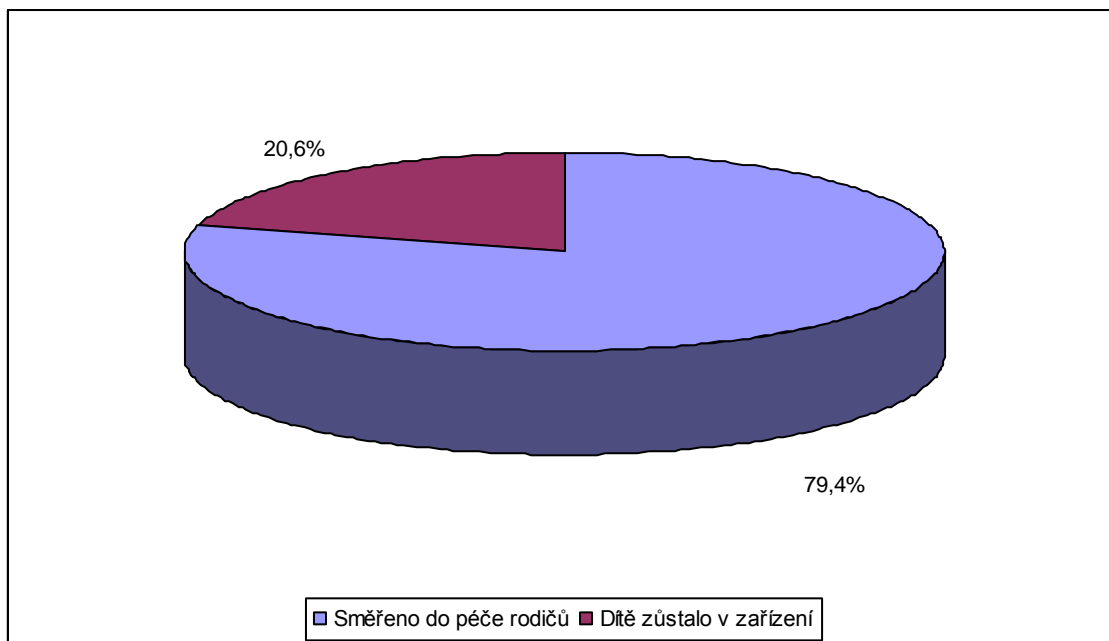
Počet týdnů	Četnost	Procento %
Do 1 týdne	5	14,7
Do 2 týdnů	9	26,5
Do 3 týdnů	10	29,4
Do 4 týdnů	9	26,5
4 a více týdnů	1	2,9
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: vlastní výzkum  $N = 34$ ,  $\bar{x} = 127,1$   $\hat{\sigma} = 18,5$

#### 4.2.4 Úspěšnost

Do své péče získalo dítě 27 (tj. 79,4 %) rodičů, 7 (tj. 20,6 %) rodičům dítě nebylo svěřeno do péče. Jednalo se zejména o rodiče, kteří předčasně ukončili pobyt nebo se o dítě nedokázali postarat.

**Graf č. 8: Úspěšnost**



*Zdroj: vlastní výzkum*

## 5 Diskuze

Výzkum své práce jsem rozdělila na dvě části. První část tvoří všechny děti, které přišly do Dětského centra v letech 2009 – 2012. Celkem se jednalo o 141 dětí. Druhou část výzkumu tvoří rodiče, kteří využili programu sociální rehabilitace a to od vzniku Dětského centra do roku 2012. Jednalo se o 34 rodičů.

Prvním cílem bylo zmapovat životní situací dětí v Dětském centru Jihočeského kraje. U prvního souboru jsem sledovala 9 kritérií.

První kritérium: Důvody pro přijetí do DC. Je obtížné určit z jakých důvodů je dítě umístěno do zařízení. Často se jedná o kombinaci všech důvodů. V tiskové zprávě MPSV se uvádí, že nejčastěji jsou děti přijímány ze sociálních důvodů. Za toto je také Česká republika kritizována (30). Dle ustanovení novely zákona č. 94/1963 Sb., o rodině se vylučuje umístění dítěte ze sociálních důvodů dle § 46 - Za vážné ohrožení nebo vážné narušení výchovy dítěte se nepovažují nedostatečné bytové poměry nebo majetkové poměry rodičů dítěte nebo osob, kterým bylo dítě svěřeno do péče (38). Toto ustanovení bylo přijato v souvislosti s novelizací zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Ve svém výzkumu jsem zjistila, že nejvíce dětí přijímalo zařízení ze zdravotních důvodů. Jednalo se o 79 (tj. 56,1 %) dětí, ze sociálních 46 (tj. 32,6 %) a ze zdravotně sociálních 16 (tj. 11,3 %) dětí. Ze zdravotních důvodů bylo přijato 37 (tj. 26,2 %) dětí, které musely projít potřebnými vyšetřeními předtím, než byly dány k osvojení, 34 (tj. 24,1 %) dětí bylo odmítnuto svými matkami. Šlo o malé děti, které byly kojené. Pro syndrom CAN byly přijaté do zařízení 3 (tj. 2,2 %) děti. Jednalo se o dva sourozence (chlapce) a jedno děvče. Matějček uvádí, že syndrom CAN je určen společensko-kulturním vzorcem vztahů dospělých a dětí, postavením rodičovství a jeho významu ve společnosti (3). Když byly děti přijaté do zařízení, měly na sobě stopy po týrání – modřiny a krvavé podlitiny a nikomu nedůvěřovaly. Rodiče si ke svým dětem nevytvořili žádný citový vztah. Při své návštěvě v zařízení se chovali k dětem lhostejně, vůbec je nepohladili a nekomunikovali s nimi. Děti, byly později přijaté do dětského domova. Ze sociálních důvodů byly do zařízení nejvíce přijímané děti pro nízkou socioekonomickou úroveň rodiny. Jednalo se o 16 dětí (tj. 11,3 %). Ze zdravotně sociálních důvodů byly děti nejvíce přijímány pro zácvik rodičů, šlo o 15

(tj. 10,6 %) dětí. Při rozdělování jednotlivých důvodů – zdravotních, sociálních a zdravotně sociálních jsem vycházela z metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku (36).

Druhé kritérium: Věk při příchodu do DC. Do DC přichází většina dětí do jednoho roku. V letech 2009 – 2012 šlo o 106 (tj. 75,2 %) dětí. Z toho počtu bylo 90 (tj. 84 %) dětí starých do 90-ti dní, 10 (tj. 9,4 %) dětem bylo 3 až 6 měsíců a 6 (tj. 5,7 %) dětí bylo starších půl roku. Nejméně se v zařízení vyskytovaly děti starší 5-ti let, jednalo se o 5 (3,5 %) dětí. Langmaier označuje pobyt dítěte do 3 let věku v ústavu s trvalou péčí jako „nebezpečný“ (8). Je pravda, že si každé dítě vytvoří k sestřičce či vychovatelce specifický vztah. Což je na jednu stranu dobře, protože každé dítě potřebuje „blízkého člověka“ na druhou stranu to může představovat problém, a to když dítě ze zařízení odchází. Je důležité, aby děti pobývaly v zařízení jen po nezbytně nutnou dobu a byly co nejdříve přijaté do rodiny. Dětské centrum v mnoho ohledech supluje kojenecké ústavy a zaměstnanci (tj. zdravotní sestry a vychovatelé) jsou oblečení ve stejnokrojích. Dle novelizovaného zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí připadají na jednoho zaměstnance čtyři děti (38).

Třetí kritérium: Věk při odchodu z DC. Ze zařízení odešlo 99 (tj. 70,2 %) dětí, které byly staré do jednoho roku, dvouletých ze zařízení odešlo 14 (tj. 9,9 %). Od roku 2009 do roku 2012 v zařízení pobývalo celkem 5 (tj. 3,5 %) dětí starších 5-ti let. Většina malých dětí je osvojena nebo se vrací zpět do své biologické rodiny. Dle Škoviera, v prvních třech letech má rodina na vývoj dítěte zásadní význam (20). Děti, které chodí do školy, mají jiný režim než malé. V zařízení pobývají krátce. Potřebují klid na učení, vzhledem k velikosti zařízení a ostatním dětem, které kolem pobíhají, jim to bohužel není dopřáno. Většinou jsou vráceny zpět do biologické rodiny nebo odcházejí do dětského domova, které spadají pod resort Ministerstva školství.

Čtvrté kritérium: Průměrná délka pobytu dětí v zařízení. Děti pobývají v zařízení v průměru 155 dní. Hypotéza č. 2 – Průměrná délka pobytu v zařízení je do jednoho roku - se potvrdila. Při tvorbě této hypotézy, jsem vycházela z předpokladu, že pro dítě je důležitá rodina a proto by mělo dítě zůstat v zařízení jen po nezbytně nutnou dobu.

A z připravovaných změn (30). Od 1. 1. 2013 je účinná novela zákona č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, která upravuje délku pobytu v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (38). Čím déle je dítě v ústavu, tím více je ohroženo psychickou deprivací. Dle Matějčka deprivace značí ztrátu něčeho, strádání nedostatkem uspokojení nějaké důležité potřeby. Nejde o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojení základních potřeb duševních (8). Na dodržování práv dítěte dohlíží sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností a zaměstnanec obce s rozšířenou působností zařazený do obecního úřadu (38).

Páté kritérium: Etnikum. Jak uvádí Vančáková určování etnického původu je velmi problematické (21). Stává se, že rodiče etnikum svého dítěte neudají, dítě nemá uvedeno v rodném listu svého otce. Etnikum pak určuje psycholog při vyšetření dítěte. Během svého výzkumu v zařízení jsem zjistila, že většina dětí je majoritní populace, celkem se jednalo o 108 (tj. 76,6 %) dětí. 27 (tj. 19, 1 %) dětí bylo romského etnika. Zbýlých 6 (tj. 4,3 %) dětí bylo jiného etnika. Uvádí se, že z dětí, které delší dobu (déle než 3 měsíce) čekají na náhradní rodinu, jsou přibližně 2/3 dětí romských. Menší počet dětí v ústavní a náhradní rodinné péči je vietnamského původu (21). Z rozhovoru se sociálními pracovníky se mi toto tvrzení potvrdilo. Náhradní rodiče mají největší zájem o dítě do jednoho roku, zdravé a nechtějí dítě romského původu. Což ukazují i různé statistiky a výzkumy. Rodiče chtějí se svými dětmi prožít všechny etapy jejich života, a proto mají zájem o kojence. Je třeba dodat, že děti romského původu jsou ovšem velmi dobře přijímány v rámci mezinárodního osvojení. Hypotéza č. 1 – Většina dětí DC je tvořena majoritní populací - se potvrdila.

Šesté kritérium: Zdravotní stav. 129 (tj 91,5 %) dětí bylo v dobrém zdravotním stavu. 10 (tj. 7,1 %) dětí mělo hepatitidu z toho šest dětí typu C a čtyři typu B. Jednalo se zejména o děti, jejichž matky byly drogově závislé. V zařízení pobývalo dítě s vrozenou vývojovou vadou srdce a druhé, které mělo Downův syndrom. Do zařízení dochází pravidelně třikrát týdně pediatr.

Šedmé kritérium: Psychický stav. V dobrém psychickém stavu se nacházela většina dětí, konkrétně se jednalo o 118 (tj. 83, 7 %) dětí. Dobrý psychický stav je pojem relativní. Pokud dítěti není poskytnuta dostatečná péče, hrozí zde nebezpečí psychické



deprivace. Matějček definuje deprivaci jako výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležité míře a po určitou, dosti dlouhou dobu (3). Psycholog, dochází do zařízení na vyžádání.

Osmé kritérium: Kontakt s biologickou rodinou. Kontakt se svou biologickou rodinou mělo 47 (tj. 33,3 %) dětí, naopak 94 (tj. 66,7 %) dětí se svou biologickou rodinou v kontaktu nebylo. Za kontakt jsem považovala, když rodiče nebo příbuzní dítěte navštěvují dítě alespoň jedenkrát do měsíce nebo volají. Do výzkumu jsou zahrnuti i sourozenci. Jak uvádí Matoušek, je třeba brát ohled na tyto vazby a pokud možno sourozence nerozdělovat (10). Děti, jejichž kontakt s rodiči či příbuznými byl ojedinělý, do výzkumu zařazené nebyly. Důvodů, proč rodiče své děti nenavštěvují, může být mnoho. Například o své dítě už zájem nemají nebo jej naopak mají, ale vzhledem k tomu, že svému dítěti nemůžou zajistit bydlení a nemají finanční prostředky, je dítě umístěno do ústavu. Rodiče jej nechtějí navštěvovat, aby mu nezpůsobili trauma. Chtějí, aby na ně dítě zapomnělo. Ale existuje řešení, tím je sanace rodiny. Konvičková uvádí: Sanace rodiny je jedním z nástrojů podpory rodičů, kteří péči o své děti zvládají obtížně. Důsledkem těchto obtíží bývá neprospívání dítěte v rodině (1). Je důležité, aby rodiče spolupracovali s pracovníky sociálně právní ochrany dětí. Dle mého názoru to pro mnoho rodičů představují velký problém. Mnohdy nemají důvěru k jakýmkoliv institucím. Je podstatné, aby média správně informovala širokou veřejnost, kam se může v případě potřeby obrátit.

Deváté kritérium: Důvody pro ukončení pobytu. Do své biologické rodiny se vrátilo z DC 40 (tj. 28,4 %) dětí, 10 (tj. 7,1 %) dětí nadále zůstává v DC a 8 (tj. 5,7 %) dětí bylo přijato do jiného zařízení. Jednalo se o dětský domov nebo ústav sociální péče. Do náhradní rodinné péče bylo celkem umístěno 83 dětí. Z toho 67 (tj. 47,5 %) dětí bylo osvojeno a 16 (tj. 11,3 %) dětí bylo dáno do pěstounské péče. Vzhledem k tomu, že zákon o sociálně - právní ochraně dětí profesionalizuje pěstounství a stát toto preferuje, dá se očekávat, že dětí bude v zařízení ubývat. Pro malé děti bude preferována pěstounská péče na přechodnou dobu, ovšem zákon pořád počítá se zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc (38). Od 1. 1. 2014 by měly zaniknout kojenecké ústavy. Kojenecké ústavy se transformují na centra pomoci

ohroženým rodinám. Děti z rušících se kojeneckých ústavů budou umístěné do pěstounské péče. Otázkou je, zda bude pěstounů pro děti dostatek. Dle mého názoru je důležité, aby každé dítě mělo svou rodinu. Potřebuje určitý vzor, mít se na koho obrátit. Péči, kterou dítěti věnuje jeho rodina, mu v žádném případě žádné zařízení nedokáže nahradit. Je důležité, zamezit tomu, aby dítě muselo od své biologické rodiny do ústavu.

Ve druhém výzkumném souboru jsem zjišťovala, jak využívali rodiče programu sociální rehabilitace. Tohoto programu využilo celkem 34 biologických rodičů. Do výzkumu nejsou zahrnuti prarodiče dětí a rodiče, kteří si chtějí vzít dítě do náhradní rodinné péče.

Druhým cílem bylo zjistit využití programu sociální rehabilitace od vzniku Dětského centra Jihočeského kraje. U druhého výzkumného souboru jsem sledovala 4 kritéria.

První kritérium: Důvod pro přijetí do programu sociální rehabilitace. Rodiče jsou do zařízení přijímáni na základě vlastní žádosti. Pokud nejsou plnoletí, musí mít vždy souhlas zákonného zástupce. Od vzniku DC do roku 2012 si podalo žádost o umístění 32 (tj. 94,1 %) rodičů a 2 (tj. 5,9 %) nezletilí rodiče. Každému klientovi je stanovena klíčová sociální pracovnice. Vysvětlí mu, jaké služby zařízení poskytuje, s čím mu mohou pomoci a jaké pravidla musí dodržovat. Společně s klientem sestaví sociální pracovnice individuální plán a vyžádá si potvrzení od ošetřujícího lékaře o jeho aktuálním zdravotním stavu a občanský průkaz. Klient si ve svém plánu stanoví cíle, kterých chce během svého pobytu dosáhnout. Většina klientů, konkrétně se jednalo o 16 (tj. 47,2 %) rodičů si za hlavní cíl vytyčila získání dítěte do své péče. Rodiče musí prokázat, že se o své dítě dokáží postarat. Sociální pracovnice na vše dohlíží, a pokud klient potřebuje pomoci, může se na ní kdykoli obrátit.

Druhé kritérium: Rodič. O svěřeni dítěte do své péče si požádalo 31 (tj. 91,2 %) matek a 3 (tj. 8,8 %) otcové. Jak uvádí Dytrych, jedná se zejména o rodiče, kteří se častěji objevují v evidenci protialkoholních a protidrogových poraden a také v rejstříku trestů, začínají často pracovat, aniž prošli vyučením a rodiče (4).

Ve výzkumu se toto tvrzení potvrdilo. Dále se zde objevují rodiče, kteří své dětství prožili v ústavním zařízení a rodiče, kteří nejsou na svou roli připraveni.

Třetí kritérium: Délka pobytu v zařízení. Rodiče pobývají v zařízení kolem 3 až 4 týdnů. Délka pobytu v zařízení je určována mnoha faktory, například věkem dítěte či stanoveným cílem. Malé děti pobývají s rodičem v zařízení týden až dva týdny, větší děti měsíc až dva měsíce. Sleduje se, zda klient dokáže se svým dítětem navázat citovou vazbu a postarat o své dítě. DC stanovuje též délku pobytu v zařízení. Maximální délka je 3 měsíce. Jeden měsíc před uplynutím lhůty si může podat klient žádost o prodloužení pobytu s konkrétním odůvodněním. Na základě šetření může DC prodloužit pobyt uživateli na dobu, na kterou se dohodnou. Maximálně však na dobu 6 měsíců (25). Možnost pobývat v zařízení 6 měsíců doposud nikdy žádný rodič nevyužil.

Čtvrté kritérium: Úspěšnost. Celkem 27 (tj. 79,4 %) rodičům bylo dítě svěřeno do péče. Naopak 7 (tj. 20,6 %) rodičům dítě do péče svěřeno nebylo. Jednalo se o rodiče, kteří na vlastní žádost předčasně ukončili pobyt, nezvládali péči o dítě či se nedokázali přizpůsobit pravidlům zařízení. Například opakovaně se nedostavili včas na smlouvanou schůzku se sociální pracovnící a neplnili úkoly, které si sami stanovili. Velmi často se jednalo o kombinaci uvedených důvodů. Hypotéza č. 3 – Většina rodičů, kteří využili programu sociální rehabilitace, si nechala dítě ve své péči - se potvrdila. Většina rodičů si nechala dítě ve své péči. Matějček uvádí, všude tam, kde je matka přijatelnou vyrovnanou osobností, a kde je naděje, že se mezi ní a dítětem vyvine normální citové pouto, je dobré matku od dítěte neoddělovat (8). Může se stát, že matka se svým dítětem nedokáže navázat citový vztah, může to být zapříčiněno tím, že se jedná o mladou matku, která nemá podporu rodiny či partnera. Ovšem, pokud dostane možnost navázat se svým dítětem citový vztah, může být vše jinak.

Je dobře, že DC nabízí rodičům službu sociální rehabilitace. Vždy se najdou rodiče, kteří se nebudou umět postarat o své dítě a budou potřebovat podat pomocnou ruku. V zařízení se naučí nejen to, jak se mají postarat o své dítě ale i kde si mají vyřídit dávky, doklady, jak se mají ucházet o zaměstnání, naučí se hospodařit se svými penězi

nebo vařit. Na druhou stranu musím říci, že pobývali v zařízení i nezodpovědní rodiče. Jednalo se o rodiče, kteří již děti měli, ale ty byly rozmístěné po různých dětských domovech po celé České republice. Je třeba, aby si vyjasnili své priority. Pokud o dítě opravdu nestojí, je zbytečné, aby pobývali v zařízení. Není to dobré pro dítě, vytvoří si k rodiči citovou vazbu ani pro zaměstnance DC. Ti, zbytečně s klientem ztrácejí čas, který by mohli věnovat jinému zájemci o tuto službu.

## 6 Závěr

Cílem teoretické části bylo objasnit pojmy náhradní výchovná péče, syndrom CAN, etnikum, rodina, sanace rodiny, práva dítěte, psychická deprivace a popsat Dětské centrum Jihočeského kraje.

V praktické části jsem pomocí kvantitativního výzkumu formou sekundární analýzy dat získávala informace k bakalářské práci, kde jsem si stanovila dva cíle. Prvním bylo zmapovat životní situaci dětí v Dětském centru Jihočeského kraje v letech 2009 - 2011 a druhým zjistit využití programu sociální rehabilitace od vzniku Dětského centra Jihočeského kraje. Vzhledem k určeným cílům jsem stanovila tři hypotézy:

H1: Většina dětí DC je tvořena majoritní populací – byla potvrzena.

H2: Průměrná délka pobytu dětí v zařízení je do jednoho roku – byla potvrzena.

H3: Většina rodičů, kteří využili programu sociální rehabilitace, si nechala dítě ve své péči – byla potvrzena.

V centru se nejvíce vyskytovaly děti patřící k majoritní populaci, druhým nejčastějším etnikem bylo romské. Děti v zařízení pobývají průměrně 155 dní. Délku pobytu určuje mnoho faktorů. Například, zda je dítě právně volné. Rodiče, kteří pobývali se svými dětmi v zařízení v rámci sociální rehabilitaci si z 79,4 % nechali dítě ve své péči.

Gabriel a Novák se zmiňují o tom, že 1 % dětí musí vyrůstat mimo vlastní rodinu (5). Některým lidem se může toto číslo jevit jako zanedbatelné, jiným naopak ne. Dle mého názoru je důležité, aby děti vyrůstaly v rodině. Ať už je to jejich biologická rodina nebo náhradní. Mnohé změny by v tomto směru mohl přinést již zmiňovaný zákon o sociálně – právní ochraně dětí. K 1. 1. 2014 je stanoveno, že děti do 3 let věku není možno umisťovat do ústavní péče (30). Mělo by přibýt pěstounů a jejich práce bude finančně lépe ohodnocena, než byla dříve. Vždy budou děti, které potřebují rychlou pomoc. Ocitnou se bez rodičů, budou týrané a zařízení, které se nachází ve Strakonících či zařízení obdobného typu jim tuto pomoc bude schopno nabídnout. Do doby než se situace v rodině vyřeší či, se pro dítě najde náhradní rodina.

Dětské centrum, bude nabízet pomoc i novým pěstounům, v rámci sociální rehabilitace je zaškolí.

Výsledky práce budou použity pro účely Dětského centra Jihočeského kraje a všichni, kteří se o tuto problematiku zajímají. Je mnoho otázek, kterými se tato práce nezabývala. Proto by na ni mohla navázat například diplomová práce, která by řešila pěstouny, kteří pobývají v zařízení v rámci sociální rehabilitace s dětmi.

## 7 Seznam použitých zdrojů

### Knižní zdroje:

1. BECHYŇOVÁ, Věra a KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
2. DUNOVSKÝ, Jiří et al. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
3. DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk. a MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.
4. DYTRYCH, Zdeněk a MATĚJČEK, Zdeněk. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.
5. GABRIEL, Zbyněk a NOVÁK, Tomáš., *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1788-3.
6. HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 24 s. ISBN 80-86991-78-4.
7. KOBLOHÁ, Soňa a MIŠURCOVÁ, Věra. *Práva dítěte v dokumentech*. 1. vyd. Praha: Themis, 1999. 94 s. ISBN 80-8521-56-7.
8. LANGMAIER, Jiří, MATĚJČEK, Zdeněk a VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
9. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíce potřebují*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007, 108 s. ISBN 97-880-7367-272-0.
10. MATOUŠEK, Oldřich a PAZLAROVÁ, Hana. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 183 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
11. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1 .vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
12. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

13. NOVOTNÁ, Eva a MERTO VÁ, Johana. Aktuální problémy v sociálně-právní ochraně dětí. In: MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2008. s. 45 – 62. ISBN 978-80-7394-074-4.
14. NOVOTNÁ, Věra a FEJT, Vladimír. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2009. 256 s. ISBN 978-80-86723-77-8.
15. PRŮŠOVÁ, Lenka. Deset let zákona o sociálně právní ochraně dětí – jeho možnosti a meze z pohledu praxe sociálního pracovníka. In: *Aktuální otázky: péče o děti separované od rodičů – Sborník z X. celostátního semináře Brno, 29.9. – 30.9. 2010*. TRIADA Brno, 2010. 87 s. ISBN 978-80-254-8745-7.
16. PUNCH, Keith F. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
17. *Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí*. 1. vyd. Praha: MPSV, 1997. 220 s. ISBN 80-85529-31-9.
18. SIMEK, Ivanka. Dítě a jeho rodiče v situace separace: proč a jak udržovat kontakt s rodiči dítěte umístěného v institutu a nebo v pěstounské rodině. In: *Aktuální otázky: péče o děti separované od rodičů – Sborník z X. celostátního semináře Brno, 29.9. – 30.9. 2010*. TRIADA Brno, 2010. 87 s. ISBN 978-80-254-8745-7.
19. ŠATAVA, Leoš. *Jazyk a identita etnických menšin*. 2. vyd. Praha: Slon, 2009. 215 s. ISBN 978-80-86429-83-0.
20. ŠKOVIERA, Albín. *Dilema náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-318-5.
21. VANČÁKOVÁ, Martina. *Dítě jiného etnika v náhradní rodinné péči*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. 32 s. ISBN 978-80-87455-05-0.

#### **Elektronické zdroje:**

22. BAKALÁŘ, Eduard a KLÉGROVÁ, Jarmila. Dětské psychické potřeby. In: *dbPro* [online]. © 1997 – 2012 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: <http://www.iustin.cz/art.asp?art=19>



23. BITTNER, Petr et al. *Děti z ústavů*. In Econnect [online]. [cit. 2012-16-12].  
Dostupné z: <http://ecn.cz/index.stm?apc=zm2071759vx1-->
24. *České noviny* [online]. Sněmovna potvrdila novelu k podpoře pěstounství.  
©2013. [cit.2013-01-20]. Dostupné z: [http://www.ceskenoviny.cz/  
domov/zpravy/snemovna-potvrdila-novelu-k-podpore-pestounstvi/836863](http://www.ceskenoviny.cz/domov/zpravy/snemovna-potvrdila-novelu-k-podpore-pestounstvi/836863)
25. *Dětské centrum Jihočeského kraje* [online]. ©2010 [cit. 2012-08-20]. Dostupné  
z: <http://www.dcjkc.cz/>
26. HLAVÁČKOVÁ, Eva et al. Životní spokojenost českých dětí jako významný  
koncept ovlivňující zdraví. Kontakt [online]. 2009, 270 (150) [cit. 2012-09-22].  
ISSN 1804-7122. Dostupné z: [http://casopis-  
zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328115331113592.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328115331113592.pdf)
27. *Jihočeský kraj: Pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí* [online].  
Jihočeský kraj: © 2011 [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: [http://www.kraj-  
jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=1218&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=1218&par[lang]=CS)
28. *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. Průvodce  
pro náhradní rodinnou péči. [cit. 2012-09-09]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7294/Pruvodce\\_pro\\_nahradni\\_rodinnou\\_peci\\_.  
pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7294/Pruvodce_pro_nahradni_rodinnou_peci_.pdf)
29. *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. Sociálně-právní  
ochrana dětí – obecný úvod. [cit. 2012-09-09]. Dostupné z:  
<http://www.mpsv.cz/cs/7242>
30. *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. Poslanecká  
sněmovna přijala novelu zákona o sociálně právní ochraně dětí.  
[cit. 2012-11-10]. [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13504/tz\\_060912b.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13504/tz_060912b.pdf)
31. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. © 2010 [cit. 2012-06-03].  
Dostupné z:  
[http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/souteze/2006/sod/tyrani/1\\_tyrani.pdf](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/souteze/2006/sod/tyrani/1_tyrani.pdf)
32. PIOVARČIOVÁ, Tatina a HALAŠOVÁ Daniela. *Inovační přístup  
k profesionalizácii práce s dětmi* [online]. [cit. 2012-10-22]. 52 s. Dostupné z:

[http://www.codetipotrebuju.sk/images/stories/files/Subor\\_nastoraj\\_NPD\\_SK.pdf](http://www.codetipotrebuju.sk/images/stories/files/Subor_nastoraj_NPD_SK.pdf)

33. *Poradna pro občanství, občanská a lidská práva* [online]. Nedostatky a následky ústavní výchovy místo úvodu. © 2009 [cit. 2012-06-03]. Dostupné z: <http://rodiceadeti.poradna-prava.cz/nasledky-ustavni-vychovy.html>
34. *Středisko náhradní rodinné péče* [online]. Ústavní péče. © 2009-2011 [cit. 2012-06-03]. Dostupné z: [http://nahradnirodina.cz/ustavni\\_pece.html](http://nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html)

#### **Legislativní zdroje:**

35. Úmluva o právech dítěte, č. 104/1991 Sb., v platném znění.
36. Věstník ministerstva zdravotnictví, částka 9/2005.
37. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.
38. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění.
39. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
40. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, v platném znění.
41. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

## **8 Klíčová slova**

Dětské centrum Jihočeského kraje

Dítě

Etnikum

Náhradní rodinná péče

Sociální rehabilitace

Ústavní péče