



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Název disertační práce

VÝZNAM DĚTSKÉHO CENTRA OVLIVŇUJÍCÍ AKTIVNÍ ZAPOJENÍ RODINY DO PROCESU SANACE

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Mgr. Martin Karas

Školitel: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sanace*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 03. 2017

.....

Mgr. Martin Karas

Poděkování

Mé mimořádné díky patří neobyčejnému člověku doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D., který se mne ujal, dal mi plnou důvěru a dovedl mne k vytouženému cíli. Děkuji mu za jeho srdečnost a především pak za to, že mi věnoval tolik z jeho drahocenného času. Otevřeně mu děkuji za jeho pro něj tolik příznačnou svědomitost, důslednost a smysl pro detail. Děkuji mu za to, že na mne kladl vysoké nároky během celého studia. Uvědomuji si, že bez něho by tato práce nemohla vzniknout. Upřímně si vážím jeho skutečného přátelství.

Děkuji panu profesorovi MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c., který mne ve všech ohledech inspiroval, a kterému vděčím za to, že jsem byl schopen tuto práci dokončit. Děkuji mu za to, že mi dovolil nahlédnout do světa vědy, s lehkostí a grácií, jemu, tak vlastní.

Poděkování patří mé výjimečné ženě Vendule a dceři Vendulce za to, že pro mne dělají výjimečné věci, díky nimž jsem stále rozjasněný. Nemohu opomenout na opravdové přátele, kteří mi dávají příležitost „*létat*“, a kteří mě neustále inspirují.

Vřelé poděkování patří všem vysokoškolským pedagogům, se kterými jsem měl tu čest se v rámci doktorského studia setkávat. Kteří mne, aniž by to tušili, významně ovlivnili v mém profesním životě a motivovali v dalších krocích na tvorbě této práce.

Chtěl bych vyjádřit nemalý dík kolegům a kamarádům z dětského centra ve Strakonici, kteří vynakládají nekonečné úsilí v pomoci a podpoře ohroženým rodinám. Díky nimž se mi práce stává zábavou a radostí. Obdivuji jejich trpělivost, nasazení a především lásku, kterou věnují opuštěným dětem. Obrovské díky patří rodičům, kteří měli odvahu se podrobit mému výzkumnému šetření.

Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sanace

Abstrakt

Obsahem disertační práce je téma *Význam dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiny do procesu sanace*, které je v tomto ohledu doposud neprobádané.

Cílem práce je identifikovat faktory, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace rodiny během sociální rehabilitace.

Hlavní cíl je naplňován s ohledem na stanovení **pěti dílčích cílů**, které by měly přispět k objasnění výzkumné otázky.

První dílčí cíl odhaluje *vliv sociálně patologických jevů*, které působí na aktivní účast rodiny během sociální rehabilitace.

Druhý dílčí cíl zjišťuje význam *využití jednotlivých znaků sanace* k navázání spolupráce s rodinou.

Třetí dílčí cíl identifikuje *důvody*, proč rodina participuje (ano či ne) na zmiňovaném procesu.

Čtvrtý dílčí cíl odkrývá, jaké *služby a přístupy* sociální rehabilitace ovlivňují chování a jednání rodiče směřující k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Pátý dílčí cíl zjišťuje *specifické charakterové vlastnosti* těchto rodin, které mají vliv na schopnosti rodiče o dítě dlouhodobě pečovat.

Předkládaná práce si současně klade dvě výzkumné otázky:

První výzkumná otázka: *V čem stávající způsob pomoci dětského centra napomáhá k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny?*

Druhá výzkumná otázka: *V čem stávající způsob pomoci dětského centra brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny?*

Disertační práce je členěna do dvou částí – teoretické a metodologické.

Teoretická část se zabývá rodinou, jejími funkcemi, rizikovými faktory, nejčastějšími typy poruch rodičovství ve vztahu k ohrožené rodině, ohroženou rodinou, soudobým statutem péče o ohrožené děti. Podrobně zde popisují, jaké jsou formy ohrožení dítěte a jaké rizikové faktory nejvíce ovlivňují rodiče v participaci na řešení vlastního problému. V poslední kapitole se zabírám procesem sanace rodiny, jejími znaky a fázemi. V obecné rovině zde vyobrazuji činnost Dětského centra Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakoněcích a jimi poskytovanou službu sociální rehabilitaci – jaké služby a přístupy uplatňuje v práci s mnoho-problémovou rodinou.

Obsahem metodologické části je objasnění významu dětského centra ovlivňující aktivní zapojení rodiče do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace, za pomoci metody polořízeného rozhovoru jako primární techniky sběru dat. Získaná data jsou podrobena analýze a interpretována v kapitole osmé.

V kapitole deváté diskutuji použitou metodiku výzkumného šetření, výsledky a shrnuji význam pomoci dětského centra. Současně předkládám doporučení pro praxi, která mohou posloužit ostatním institucím jako funkční nástroj při práci s ohroženou rodinou, jejichž cílem je zvýšit úsilí rodiče účastnit se procesu sanace.

Závěrečná kapitola pak uzavírá a vyjasňuje zvolenou problematiku.

Klíčová slova

Dětské centrum; individuální plán péče; multidisciplinární spolupráce; ohrožené dítě; ohrožená rodina; případová konference; sanace rodiny; sociální práce s rodinou; sociální rehabilitace

The importance of a children's centre influencing active family involvement in a rehabilitation process

Abstract

This dissertation focuses on *the importance of a children's centre influencing active family involvement in a rehabilitation process* which has not been subject to any research in this respect yet.

The aim is to identify factors which influence parents to get actively involved in the rehabilitation process during social rehabilitation.

The main target is fulfilled with respect to determination of **five sub-targets** which should help to clarify this research question.

1st sub-target reveals *the influence of social pathologies* which have an effect on the active family involvement during social rehabilitation.

2nd sub-target identifies the importance of *employment of particular rehabilitation features* to establish cooperation with the family.

3rd sub-target identifies *reasons* why the family participates (yes/no) in the respective process.

4th sub-target reveals which social rehabilitation *services and approaches* influence the parent's behaviour and acting heading towards reintegrating the child into his or her biologic family.

5th sub-target ascertains *specific character traits* of these families which influence the parent's ability to care for the child in a long term.

This work also deals with two following research questions:

1st research question: *How does the current support of the children's centre help to reintegrate the child into his or her biologic family?*

2nd research question: *How does the current support of the children's centre obstruct the reintegration of the child into his or her biologic family?*

The dissertation is divided into two parts – theoretic and methodologic.

The theoretic part deals with family, its functions, risk factors, most common types of parenthood failures in relation to endangered family, endangered family and current state of care for endangered children. Particular dangers to children and risk factors most influencing parents in their participation in solving the problem are described in detail. The last chapter is concerned with the rehabilitation process, its characteristics and stages. In general, activities of the South Bohemian Children's Centre (Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s.) in Strakonice is depicted including its service to social rehabilitation – types of services and approaches applied in its work with a multi-problem family.

The methodologic part focuses on explaining the importance of a children's centre influencing active parent involvement in the rehabilitation process by means of social rehabilitation using the method of a semi-structured interview as a primary data collection technique. Acquired data are analysed and interpreted in Chapter 8.

Chapter 9 discusses the applied method of research investigation and results; and the importance of help of the children's centre is summarised. Concurrently, recommendations for practice are presented, which may help other institutions with work with an endangered family, as an instrument whose target is to increase the parent's effort to participate in the rehabilitation process.

The final chapter closes and clarifies the whole issue.

Key Words

Children's centre, individual care plan, multidisciplinary cooperation, endangered child, endangered family, case conference, family rehabilitation, family social work, social rehabilitation

Úvod.....	12
1. Vymezení problematiky.....	15
1.1 Rodina	15
1.2 Vliv rodiny	18
1.3 Rizikové faktory v rodině.....	19
1.3.1 Nejčastější typy poruch rodičovství.....	20
1.4 Transgenerační přenos	21
2. Ohrožená rodina – vymezení problematiky.....	22
2.1 Ohrožená rodina	23
2.2 Soudobý statut péče o ohrožené děti.....	24
2.3 Příčiny umístění dítěte mimo vlastní rodinu	25
2.4 Formy ohrožení dítěte prostředím.....	26
2.5 Rizikové faktory ovlivňující aktivní zapojení rodiče do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace	28
2.5.1 Užívání návykových látek	31
2.5.2 Násilí v rodině.....	32
2.5.3 Poruchy mateřství, partnerské neshody	32
2.5.4 Neplánované těhotenství.....	33
2.5.5 Mateřství nezletilých dívek.....	33
3. Sanace rodiny – vymezení problematiky.....	35
3.1 Sanace rodiny	35
3.2 Znaky sanace	38
3.2.1 Multidisciplinární tým	38
3.2.2 Plánování podpory a péče, motivace ohrožené rodiny	39
3.2.3 Síť služeb	41
3.2.4 Případové konference	42

3.3	Fáze sanace rodiny v podmínkách dětského centra	43
3.4	Teorie motivace a teorie jednání	45
3.4.1	Motivace	45
3.4.2	Jednání	46
3.4.3	Sociální práce s rodinou.....	47
3.5	Hodnocení funkčnosti rodiny v procesu sanace.....	48
3.5.1	Modely hodnocení uplatňující se v praxi.....	49
3.5.2	Nezdočnost – resilience	50
3.5.3	Komunikační dovednosti	51
3.6	Dětské centrum.....	52
3.6.1	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	54
3.6.2	Cílová skupina dětí	54
3.6.3	Služby poskytované prostřednictvím zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.....	54
3.6.4	Zásady činnosti v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.....	56
3.7	Sociální rehabilitace	57
3.7.1	Sociální rehabilitace poskytována dětským centrem	58
3.7.2	Cílová skupina osob.....	59
3.7.3	Negativní vymezení cílové skupiny.....	59
3.7.4	Služby poskytované prostřednictvím sociální rehabilitace.....	60
3.7.5	Aktivizační programy prostřednictvím dětského centra.....	60
3.7.6	Zásady činnosti sociální rehabilitace	62
4.	Shrnutí a východiska výzkumného šetření	63
5.	Cíle práce	69
5.1	Cíle práce	69
5.2	Dílčí cíle práce	69

6. Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce, dílčích cílech a výzkumných otázkách	70
6.1 Operacionalizace pojmů hlavního cíle a výzkumné otázky	70
6.2 Operacionalizace dílčích cílů	71
7. Metodika výzkumného šetření	72
7.1 Cílový soubor	73
7.2 Časový harmonogram výzkumného šetření	75
7.3 Metodika 1. fáze výzkumného šetření	77
7.4 Metodika 2. fáze výzkumného šetření	79
7.4.1 Etika výzkumu	83
7.4.2 Omezení výzkumu a možná rizika.....	84
7.4.3 Způsob vyhodnocování dat.....	85
7.4.4 Charakteristika informantů a způsob práce s rodinou	86
8. Výsledky výzkumného šetření.....	103
8.1 Kvalitativní výzkum.....	103
8.1.1 Sociálně patologické jevy	104
8.1.2 Znaky sanace.....	114
8.1.3 Důvody participace rodiče	125
8.1.4 Služby a přístupy sociální rehabilitace	136
8.1.5 Charakterové vlastnosti rodin	154
9. Diskuze	159
9.1 Diskuze použité metodiky	159
9.2 Diskuze výsledků a shrnutí významu pomoci dětského centra.....	164
9.3 Doporučení pro praxi	185
10. Závěr	189
Seznam literatury	194

Přílohy..... 206

Úvod

Za posledních několik let doznala oblast sociálně-právní ochrany dětí spolu s péčí o ohrožené rodiny řadu významných změn. S ohledem na aktuální dění stále více přibývá diplomových prací a odborných článků, které se zabývají obdobnými tématy. V obecné rovině můžeme konstatovat, že při práci s klientem, ať už hovoříme o jakékoliv pomáhající profesi, je nepostradatelná jeho aktivní účast. Tato oboustranná participace má svá jistá pravidla, která pokud chceme, aby dobře fungovala, měla by být všemi stranami dostatečně uznávána. Problematika aktivního zapojení rodiče do procesu sanace rodiny prostřednictvím sociální rehabilitace, která je poskytována formou pobytové služby, nebyla doposud nikým fakticky zpracována. Rovněž se nikdo nezabýval identifikací faktorů, které ovlivňují ony rodiče ve zmiňovaném procesu. K tomu, aby se dalo využít pozitivních zkušeností, které dnešní praxe přináší, je zapotřebí sledovat celou řadu aspektů, jak na straně rodiny, tak dětského centra. Hovoříme o možných sociálně-patologických jevech, důvodech participace či specifických charakterových vlastnostech, které se v rodině objevují. Z pohledu dětského centra pak hovoříme o přístupech a službách, znacích sanace, metodách práce a dalších ověřených technikách, které jsou jimi prakticky denně využívány.

Disertační práce je zaměřena na dětské centrum jako zařízení s pověřením k výkonu sociálně-právní ochrany dětí (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc), které mimo jiné poskytuje pobytovou sociální službu „*sociální rehabilitaci*“ určenou především matkám a rodinným příslušníkům, kteří potřebují pomoci se zácvikem v péči o dítě. Cílem práce je identifikovat faktory, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace a současně s ohledem na zjištěná data odpovědět na dvě výzkumné otázky. Na základě výsledků výzkumného šetření jsou v závěru práce uvedena doporučení pro praxi, která mohou posloužit jako inspirace dalším odborníkům zabývajícím se problematikou ohrožených rodin a včasného navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

V první kapitole se vracím ke krátkému připomenutí pojmu rodiny. Jaké důležité funkce musí rodina plnit, a jak významně může v pozitivním či negativním slova smyslu ovlivňovat její členy. Popisuji zde nejčastější rizikové faktory, které se v rodině

objevují, jaké jsou příčiny těchto rizik, a jak mohou ovlivňovat aktivní spolupráci při začleňování rodiny do procesu sociální rehabilitace. Na základě těchto teoretických poznatků je možné dovodit, na co se při poskytování podpory systematicky zaměřovat.

Ohroženou rodinu můžeme vnímat z několika úhlů pohledů. Může se jednat o bezprostřední ohrožení, které se odehrává uvnitř skupiny. Nebo hovoříme o rodinách, na které působí nejrůznější negativní vlivy z vnějšího prostředí. Touto problematikou se komplexně zabývám ve druhé kapitole teoretické části. Odkazuji se na celou řadu autorů, kteří se zabývají rizikovými faktory těchto rodin, prevencí a odbornou pomocí a to nejen v obecné rovině. Tyto poznatky následně přenáším do zdravotně sociální práce s rodinou ve vztahu k poskytovaným službám dětského centra a aktivnímu postoji rodiče při odstraňování projevů ohrožení. S ohledem na akutní situaci přibývajících dětí a rodin v ohrožení jsem přesvědčen, že multidisciplinární spolupráce prostřednictvím jednotlivých služeb dětského centra je v současné době velmi potřebná. Ta se navíc ukazuje jako jedna z účinných způsobů pomoci, přispívající k omezení či odstranění potíží.

Ve třetí kapitole svoji pozornost zaměřuji na sanaci rodiny, která se v současné době stala moderním nástrojem při práci s uváděnou cílovou skupinou. Popisuji zde, jaké možnosti sanace nabízí a jaké služby lze rodině poskytovat, abychom rodiče přiměli aktivně participovat na řešení vlastního problému. V této části popisuji aktuální stav Dětského centra ve Strakonici, čím se zabývá a jaké skýtá možnosti podpory. Sociální rehabilitace jako služba sociální prevence, kterou dětské centrum nabízí, reprezentuje jednu její významnou část. Ve své práci dále popisuji jednotlivé prvky této podpory, kam neodmyslitelně patří celá škála podpůrných aktivit. Tyto činnosti se snažím individuálně charakterizovat a pozorovat ve vztahu k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sociální rehabilitace s cílem navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Především se zaměřuji na pět základních oblastí, které mohou významně ovlivnit celý proces sanace rodiny. V první řadě se jedná o oblast sociálně-patologických jevů, které negativně působí na chování a jednání rodiče ve vztahu k jejich aktivnímu zapojení během procesu sociální rehabilitace. Druhou oblastí je specifikace jednotlivých znaků sanace rodiny a jejich vliv na navázání spolupráce mezi rodinou a dětským centrem. Ve

třetí části se zabývám identifikací důvodů, pro které rodina participuje či neparticipuje na zmiňovaném procesu. Dále se snažím odhalit, jaké služby a přístupy dětského centra ovlivňují chování a jednání rodiče směřující k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. A konečně v poslední páté oblasti sleduji, jaké specifické charakterové vlastnosti těchto rodin mají vliv na jejich schopnosti o dítě dlouhodobě pečovat. Jednotlivé okruhy jsou dále podrobně rozebírány a popisovány. Na důležité aspekty zdravotně sociální práce s rodinou ovlivňující zmiňovaný proces následně poukazuji.

Všechna tato sdělení mohou čtenáři posloužit k tomu, aby si utvořil reálný pohled na dosavadní problematiku. Kupříkladu, jaké metody sociální práce dětské centrum ve spolupráci s ohroženou rodinou využívá. Jaké konkrétní služby a přístupy aplikuje při práci s klientem. Na co se při podpoře zaměřit a čeho se primárně vyvarovat. Všechna tato hlediska jsou zjišťována ve výzkumné části disertační práce.

Vlastní výzkum probíhal v několika fázích. Nejprve byl proveden rozbor zdravotní a sociální dokumentace rodin, které v minulosti úspěšně ukončily proces sociální rehabilitace. Účelem bylo, vytvořit si ucelený obraz současné problematiky ohrožených rodin a poskytovaných služeb. Na základě získaných dat bylo vytvořeno osm tematických okruhů, které posloužily jako koncept kvalitativního rozhovoru. Poté byl proveden pilotní rozhovor k ověření relevantnosti jednotlivých otázek.

Ve druhé fázi byl prováděn kvalitativní výzkum formou polořízených rozhovorů. Data z výzkumného šetření byla sbírána výhradně v dětském centru. S ohledem na stanovený cíl práce byly vytvořeny čtyři cílové soubory. První dva cílové soubory vycházely z řad ohrožených rodin, které byly umístěny do dětského centra, a které buď úspěšně, anebo neúspěšně ukončily zácvikový program prostřednictvím sociální rehabilitace. Další dva cílové soubory byly realizovány se sociálními pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí zkoumaných rodin. Důvodem realizace rozhovorů se sociálními pracovníky bylo objasnění některých skutečností, u kterých vznikaly pochybnosti o objektivnosti jejich sdělení. Výsledky z realizovaných rozhovorů byly vyhodnoceny obsahovou analýzou a jsou prezentovány v kapitole „*Výsledky výzkumného šetření*“, ty jsou dále rozděleny do jednotlivých oddílů. V kapitole „*Diskuze*“ se zamýšlím nad tím, jaké faktory, a jakým způsobem ovlivňují rodiče v jejich aktivním zapojení do procesu

sanace prostřednictvím sociální rehabilitace. Jakou roli v tomto procesu hraje způsob pomoci dětského centra ve smyslu navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Na základě získaných poznatků (praktických i teoretických) v závěru práce, jak již bylo zmíněno výše, předkládám doporučení pro praxi. Domnívám se, že uvedené rady (nebo jen některé z nich) mohou být přinejmenším inspirací pro obdobná zařízení. Při respektování jistých pravidel se totiž stávají funkčním a moderním nástrojem dnešní sociální práce.

1. Vymezení problematiky

V této kapitole se dotýkám pojetím rodiny. Pro účely této disertační práce je nutné připomenout, jaké důležité funkce by rodina měla plnit a jakou významnou roli hraje v pozitivním či negativním působení na celkovou osobnost a to jak na dítěte, tak ostatních jejích členů. Zmiňuji zde, jak ohrožená rodina funguje nejen uvnitř, ale i vně společenství. Jaké rizikové faktory mohou ovlivňovat tolik důležitou multidisciplinární spolupráci a začlenění rodiny do procesu sanace v rámci sociální rehabilitace. Dále zde podtrhuji skutečnost, jaký dopad mohou mít negativní vlivy působící v rodině na vývoj dítěte a následně na celou rodinnou situaci. Na základě těchto poznatků je možné dovodit, na co se při podpoře a pomoci rodině individuálně zaměřit, aby docházelo k jeho aktivnímu zapojení do procesu sanace za pomoci sociální rehabilitace.

1.1 Rodina

Rodina je stále více chápána jako nepostradatelná instituce a to nejen pro děti, ale i její dospělé členy (Kraus, 2008). Nenahraditelná je především v předávání hodnot a zkušeností, jenž jsou přenášeny z jedné generace na druhou (Kraus, 2008). Kraus (2008) uvádí, že patří mezi nejvýznamnější socializační činitele. Všestranným socializačním nástrojem každého jedince je rodina, jak také uvádí Výrost a Slaměník (1998). Ta skýtá každému jejímu členu určité vzory chování, na základě kterých si utváří obraz mužské a ženské role (Výrost a Slaměník, 1998). Jednotlivé členy učí, jak by měli fungovat v procesu interakce a dává jim možnost si tyto získané dovednosti prakticky ověřit (Výrost a Slaměník, 1998). Výrost a Slaměník (1998) též zdůrazňují, že na základě prostředí si dítě vytváří osobitý postoj k sobě samému, ale i k celé společnosti. Clark a

Clark (2007) vidí rodinu je komplex nebo chceme-li společenství lidí, které je přímo ovlivňováno, jak okolím, tak všemi obyvateli naší země (Clark a Clark, 2007). Velkou roli na jejím utváření má vliv rozličná kultura společnosti, ve které žijeme (Clark a Clark, 2007). Tvrzení, že je základem společnosti, má v každé kultuře naprosto odlišnou hodnotu a je jí přikládána jiná váha (Clark a Clark, 2007). Platí zde fakt, že patří ke klíčovým faktorům socializace (Clark a Clark, 2007). Z uvedeného plyne, že každá kultura se bude vyznačovat rozdílným postojem a pohledem na výchovu a potřeby dítěte (Clark a Clark, 2007). To znamená, že výchovné styly aplikované na dětech v jedné kultuře, mohou být pro jinou kulturu zcela nepřijatelné ve smyslu nelidských podmínek, které vnímají tyto styly jako nehumánní a proti zájmu dítěte (Clark a Clark, 2007). Z jiného pohledu sleduje rodinu Frost et al. (1996), jako nedílnou součást společnosti, u které došlo během několika generací k jasným změnám a to napříč celou Evropou. Především hovoří o početných, mnohgeneračních rodinách, které se významně zúžily a převládá typ jednogerací (Frost, et al., 1996).

Říčan a Krejčířová (1997) uvádí, že z psychologického pohledu je rodina intimní vztahové uspořádání, kde si její členové ve svém soukromém prostoru utvářejí vlastní společný život. Ta se profiluje skrze jednotné závazky a společné cíle (Říčan a Krejčířová, 1997). Jedním ze znaků rodiny je relativní vytrvalost, která má přímý vliv na vznik emoční intimity (Říčan a Krejčířová, 1997). Matějček a Langmeier (2011) zdůrazňují, že vzájemné vazby a vztahy v rodině musejí být adekvátní a vyvážené.

Rodinu lze pozorovat a posuzovat z několika úhlů (Shinman, 1998). Jak uvádí Shinman (1998) musí plnit funkce biologické, sociální, psychologické a ekonomické. Může se navíc jednat o slučování několika funkcí dohromady (Shinman, 1998). Hovoříme o spojování sociálně-psychologického, sociálně-ekonomického a právního hlediska (Shinman, 1998). Z jiného pohledu nahlíží na tuto otázku Kraus (2001) a to z hlediska sociálního. V tomto případě hovoříme o rodině **funkční** – jenž plní v běžných mezích své povinnosti, **dysfunkční** – život v této skupině není významně ohrožen, ovšem nejsou v ní dostatečně plněny všechny její funkce, **afunkční** - základní funkce nejsou dospělými členy plněny, situace je uvnitř společenství nestabilní, narušená, dlouhodobě neklidná, což významně narušuje socializační vývoj dítě (Kraus, 2001).

Řezáč (1998) hovoří-li o rodině, nemá tím na mysli pouze tu výchozí, do které se dítě narodí. Ale i rodinu, která od prvopočátku s ohledem na zvyklosti vně skupiny dítě ovlivňuje, podporuje, motivuje, reguluje a utváří jeho osobnost (Řezáč, 1998). Působí na dítě ve všech směrech (Řezáč, 1998). Řezáč (1998) ji také uvádí jako vzor, jenž je ovlivňována společností, její kulturou a tradicemi. „Postoj k dětem“ tento pojem je Řezáčem (1998) užíván v případě, kdy chce popisovat a sledovat vzájemné rodinné vazby. Termín „způsob ovlivňování dítěte“, pak stejný autor užívá v situacích, pokud se zabývá pozorováním výchovy a jaké výchovné styly jsou v ní uplatňovány (Řezáč, 1998).

Rodina jako spojený celek se vyznačuje generačním členěním dětí od rodičů, přičemž má znaky vyváženě rozdělených pravomocí, pravidel a rolí (Plaňava, 1994). Funguje jako otevřený systém nejen ve vztahu k vlastní rodině, ale i celé společnosti (Plaňava, 1994). Podle Krause a Poláčkové (2001) musí plnit vůči všem jejím členům mnoho povinností. Ať už hovoříme o zajištění po stránce materiální, dbá o zdraví a výživu, vštěpuje dětem morální zásady chování a jednání, které reguluje, podporuje, ovlivňuje a ochraňuje (Kraus a Poláčková, 2001). Podle Matějčka a Langmeiera (2011) má být místem, které dítěti poskytuje klid, pohodu, bezpečí a zaručuje mu určité jistoty. Je institutem výchovy a vzdělávání, kde si dítě od narození osvojuje a upevňuje vzorce chování a jednání (Matějček a Langmeier, 2011). Sociálnímu chování, řešit konfliktní a zátěžové situace se učí prostřednictvím všech jejích členů (Matějček a Langmeier, 2011). Všechny zmiňované případy vedou k nácviku sebekontroly a přijatelnému jednání s lidmi, které během života potkáváme (Matějček a Langmeier, 2011).

Hovoříme-li o domově, má Jedlička et al. (2004) na mysli takové prostředí, ve kterém hraje hlavní roli především otec a matka. Domnívají se, že více než je rodina kompletní, je důležitější jaké vztahy a vazby v ní panují. Klidné a vyrovnané klima domova má zásadní vliv ve zdárný vývoj a přirozené fungování dítěte (Jedlička et al., 2004).

Charakterizovat „normální rodinu“ je velmi komplikované, jelikož obecnou formu lze v rámci celé společnosti statisticky ověřovat jen u několika málo vlastností rodinného chování (Matoušek a Pazlarová, 2010).

1.2 Vliv rodiny

Rodinné prostředí zcela ovlivňuje celkový vývoj jedince a především pak působí na osobnostní stránku dítěte (Klégrová a Zelená, 2006). Rodina má přímý účinek na oblast fyzického, mentálního a také sociálního vývoje, čímž se u dítěte utváří názor na okolní svět přesně tak, jak mu je skutečnost představována (Klégrová a Zelená, 2006). Na základě prožitých životních situací a s ohledem na konfrontace vlastních postojů v životě si dítě vytváří osobitou podobu světa (Klégrová a Zelená, 2006). Tím dochází k osvojování si různých vzorců chování, upevňuje si základní dovednosti a zvyklosti, které následně uplatňuje ve vzájemných vztazích a postojích (Klégrová a Zelená, 2006).

Vlivem rodiny se též zabývají Matoušek a Pazlarová (2010), kteří uvádějí, že rodinné prostředí může mít značně nepříznivý vliv nejen na děti, ale též na ostatní její členy. Není tedy výjimkou, že v takovéto rodině bývá ohroženo i několik osob najednou (Matoušek a Pazlarová, 2010). Velice záleží na tom, jak rodiče s dítětem hovoří, jaké potřeby mu jsou schopni uspokojit, jaký vztah k němu mají, to vše ovlivňuje jeho chování (Klégrová a Zelená, 2006). Jak uvádí Klégrová a Zelená (2006) pohled na život, návyky, ale též i zlozvyky jsou dětmi od svých rodičů přejímány. Toto je typický odraz běžné rodiny, jenž zásadně ovlivňuje osobnostní profil dítěte (Klégrová a Zelená, 2006).

Díky špatné komunikaci a nevhodnému předávání životních zkušeností může docházet k nenaplňování již zmiňovaných lidských potřeb (Klégrová a Zelená, 2006). Jestliže je některá z funkcí rodiny poškozena nebo potlačena, může docházet až ke ztrátě zkušenosti dítěte v těchto otázkách a navíc na něj v takovém prostředí působí řada negativních vlivů (Klégrová a Zelená, 2006). Projevy sociálního selhávání se objevují u dětí nejen v dětství, ale také v dospělosti, kde příčinou je rodinné prostředí, které nemělo pro dítě dostatek podnětů pro to, aby se mohlo zdárně vyvíjet (Matoušek a Pazlarová, 2010). Takové prostředí lze pak považovat za ohrožené (Matoušek a Pazlarová, 2010). Nevhodné rodinné prostředí, neradostný životní styl rodiče vnímají jako pocit nepříjemných a neustálých povinností a tím, že rodič nepocituje radost a potěšení, může jeho chování vést až k provedení nějaké hlouposti, kterého následně lituje (Kukačka, 2010). Jak uvádí Krejčí et al. (2011) naše chování je ovlivňováno zejména intenzitou stresu

a vnitřním napětím. Pro dosažení celkové duševní rovnováhy je zapotřebí dodržovat určitá pravidla, která povedou k udržení a prohloubení zdraví, které je nezbytné pro racionální fungování rodiny při řešení náročných životních situací (Krejčí et al., 2011).

Vlivem prostředí, jak působí na vzájemné vztahy v určité společenské skupině, se podrobně zabývají Hamer a Copeland (2003), kteří tyto vazby pozorují ve spojitosti s prostředím, skupinou, ale i jednotlivci. Zajímavě uvádějí fakt, že největší vliv, jenž působí na rodinné prostředí má geografické umístění dané skupiny (Hamer a Copeland, 2003). Oba autoři proto uvádějí, že téměř s jistotou lze tvrdit, že například kriminalita ve skupině je spíše otázkou prostředí, ve kterém žijeme, než otázkou genů (Hamer a Copeland, 2003).

1.3 Rizikové faktory v rodině

Jestliže rodina neplní primární funkce především z hlediska upevňování emočního a citově vřelého prostředí, jak uvádí Synovský (1999), neplní tak ani funkci výchovnou, vzdělávací či socializační. Za jistých okolností je dítě vystaveno nevhodným a negativním podmínkám (Synovský, 1999). Pokud je dítě v tomto rodinném prostředí ohrožováno, záleží na tom, o jak závažné porušování do práv dítěte se jedná (Synovský, 1999). Dítě v takovém prostředí může existovat za předpokladu, že mu jsou zajištěny jeho základní podmínky pro zdárný a zdravý vývoj (Synovský, 1999). Proto, aby dítě mohlo vnímat empatii k druhému člověku, musíme mu věnovat dostatek času, péče a pozornosti (Matějček a Langmeier, 2011). Jelikož jsou rodiče dětem vzorem, musíme počítat, že naše chování budou přinejmenším napodobovat, než si ho úplně zafixují. Chovají-li se tedy rodiče tak, že porušují určité zavedené normy a pravidla či naopak, je více než pravděpodobné, že toto chování budou uplatňovat i ve svém životě (Matějček a Langmeier, 2011). Řezáč (1998), tak zvaný „konflikt životních stylů rodiny“ obou partnerů (manžela a manželky) vidí v narušených vzájemných rodinných vazbách a vztazích, které na sebe nepochybně působí. Jedná se o problém především v sociálně-psychologických oblastech (Řezáč, 1998). Za těchto okolností, jak popisuje Řezáč (1998) dochází ke skrytému či zjevnému rozkolu, který se odráží nejen v jednání, ale přímo působí na vzájemné rodinné vazby mezi rodičem a dítětem. Sociálně psychologickou záležitostí, jak výchozí, tak nově vznikající rodiny je přenos stylu

interakcí. Styl vzájemného působení mezi všemi členy rodiny nemá pouze vliv na utváření vzájemných mezilidských vztahů uvnitř rodiny, ale též mimo ni (Řezáč, 1998). Podobnou problematikou se zabývá Drábková (1995), která ověřuje přímou spojitost mezi kladnou, podporující výchovou bez přítomnosti neurotických projevů na straně jedné a na druhé straně pak u výchovných stylů, jež jsou příznačné v podceňování dětí a projevování k nim záporných citů projevující se vysokou labilitou.

Mezi rizikové faktory v rodině patří bezesporu negativní výchovné prostředí, které je založeno na křiku, trestech, omezení a především na ignoraci dítěte a čím více je výchova založena na konfliktech a trestech, tím agresivnějším a asociálnějším se dítě stává (Hamer a Copeland, 2003). Matějček a Langmeier (2011) zdůrazňují skutečnost, že rodinné prostředí by mělo být takové, kde panuje citová vřelost, láska a porozumění. Jako rizikový faktor v rodině pak vidí to, že se mu těchto základních potřeb nedostává (Matějček a Langmeier, 2011). Proto s ohledem na celou řadu nově vznikajících podpůrných terénních či pobytových služeb pro rodiny s dětmi, oba autoři kladou veliký důraz na zachování úzkého svazku mezi matkou a dítětem (Matějček a Langmeier, 2011). Jestliže je dítě odejmuto z vlastní rodiny, a pakliže se mu nedostává citového uspokojení, může docházet k závažným psychickým poruchám, které mohou vést k nevratným újmám na jeho psychice (Matějček a Langmeier, 2011).

1.3.1 Nejčastější typy poruch rodičovství

Proto, aby bylo možné s ohroženou rodinou smysluplně pracovat a nabízet jim specifickou podporu a pomoc je nezbytné vědět, s jakými poruchami rodičovství se rodina potýká, jak popisuje Dunovský (1999) a následně také zdůrazňuje, že je potřeba nezaměňovat poruchy rodičovství s poruchami funkce rodiny, přestože se obě složky vzájemně prolínají. Dunovský (1999) klasifikuje poruchy rodiny ve vztahu k dítěti takto:

- a) Objektivní – poruchy rodiny, které jsou na vůli rodiče nezávislé,
- b) Subjektivní – poruchy rodiny, které jsou na vůli rodiče závislé,
- c) Smíšené.

Mezi nejčastější typy poruch rodičovství dle Dunovského (1999) patří:

- a) odložení dítěte bezprostředně po narození
- b) neúplné přijetí dítěte rodiči po jeho narození
- c) velice mladí rodiče
- d) rodiče vyššího věku
- e) výchova dítěte zajišťována jedním rodičem
- f) somatické poruchy
- g) psychické poruchy

1.4 Transgenerační přenos

Velmi zajímavým jevem, se kterým se v běžné praxi setkáváme je transgenerační přenos (Ijzendoorn, 1992). Jedná se o proces, jehož následkem dochází k vědomému nebo neúmyslnému přenosu různých vzorců chování z jedné generace na druhou, přičemž uvědomění si tohoto jevu může mít významný účinek při diagnostice a pochopení problému u jednotlivých členů ohrožené rodiny (Ijzendoorn, 1992). Jak srozumitelně vysvětluje Ijzendoorn (1992), dítě vyrůstající v rodině přebírá od svých pečovatелů, jak kladné, tak i záporné vlastnosti a typy chování, které později mnohdy nevědomě prosazuje ve vlastní rodině. Autor poukazuje na skutečnost, že je-li dítě vychováno v ohroženém a nevhodném rodinném prostředí, existuje zde velké riziko, že i ono bude jednou vlastní děti vychovávat stejným způsobem (Ijzendoorn, 1992). Přerušeni transgeneračního cyklu můžeme docílit vlastní důsledností ve výchově dítěte a je prokázáno, že děti, které byly v dětství určitým způsobem ohroženi vlastní rodinou, si tuto křivdu nesou i v dospělosti (Dydňanská, 2005). Pokud však tyto rodiče své děti vychovávají důsledně, podobné ohrožení je potlačeno téměř na minimum a samozřejmě naopak (Dydňanská, 2005). Děti totiž v dospělosti podobně, ne-li stejně ubližují svým potomkům tak, jak bylo ubližováno jim v dětství (Dydňanská, 2005).

Jiný pohled na transgenerační přenos z generace na generaci u množství rizikových faktorů objevující se v ohrožené rodině má Říčan a Krejčířová (1997), kteří upozorňují na to, že se nejedná o obecně platnou normu, protože nemusí zákonitě docházet k opakování špatných vzorců chování z rodiče na dítě (Říčan a Krejčířová, 1997). Goldová a Krejčířová (2009), Lovasová a Schmidová (2006) se naprosto shodují s Vaníčkovou (2004) v tom, že negativní zkušenost rodičů prožitá v dětství patří mezi

závažné rizikové faktory a i zde je zřetelná náchylnost k intergeneračnímu přenosu, které si zaslouží pozornost v posuzování aktuální situace rodiny. Stále rozšířenější rizikovou skupinou začleňovanou do procesu podpory a pomoci ohrožené rodině spadají svobodné a především pak nezletilé matky, dále matky, které převážnou část dětství prožily v ústavním zařízení (Mufson a Kranz, 1996). Obecně lze říci, že se jedná o rodiče bez sociálních dovedností, neschopnosti empatie, s nižší frustrační tolerancí, osobnostně nevyzrálí, rodiče vyznačující se kolísavými výkyvy nálad (Mufson a Kranz, 1996). Toto všechno jsou skutečnosti, které je potřeba v praxi při výběru multidisciplinárního týmu zohledňovat (Mufson a Kranz, 1996). S ohledem na rizikové faktory prostředí je také nezbytné uvést tvrzení Bentovima (1998), že nejméně polovina případů je dle odhadů způsobena špatnou ekonomickou situací rodiny.

Pro práci nejen s ohroženou rodinou je nesmírně důležité vědět, jakým způsobem může rodinné prostředí ovlivňovat všechny její členy. Autoři uvedení v této kapitole (Hamer a Copeland, 2003; Klégrová a Zelená, 2006; Krejčí et al., 2011; Langmeier a Matějček, 2011; Matoušek a Pazlarová, 2010; Řezáč, 1998 a další), zabývající se systémem rodiny, jejím vlivem a rizikovými faktory se jednomyslně shodují v tom, že jaké klima v rodině vytváříme, jak se chováme a jednáme, to vše zcela zásadně ovlivňuje nejen přítomný, ale i budoucí život, jak dospělého jedince, tak především dítěte. Jestliže máme povědomí o tomto jevu, je téměř povinností všech pracovníků zabývajících se pomocí a podporou rodiny tuto skutečnost brát na zřetel a systematicky s ní pracovat. Včasné rozpoznání klíčového problému nám umožní s rodinou efektivně pracovat a dosáhnout kýženého úspěchu.

2. Ohrožená rodina – vymezení problematiky

Ve druhé kapitole této práce souhrnně vyobrazuji soudobý status péče o ohrožené děti. Obecně zde zmiňuji otázku týraného a zanedbávaného dítěte, zabývám se jeho postojem v rodině i mimo ni, postojem rodiny vůči dítěti, výchovou a prevencí. Vyobrazuji zde rizikové faktory, jenž zcela zásadně ovlivňují pocit bezpečného místa, lásku a citovou vřelost, vzájemné rodinné vazby a sepjetí a v neposlední řadě vzájemnou spolupráci všech členů rodiny. Účast rodiče je nejdůležitějším článkem procesu sanace rodiny směřující k jeho aktivnímu zapojení v řešení problému, které by mělo vést k navrácení

dítěte zpět do biologické rodiny.

2.1 Ohrožená rodina

Špatné chování a zacházení s dětmi je nepochybně kulturně podmíněný jev. Přesto však by jakákoliv podoba špatného zacházení s dětmi měla být v rámci celého světa zakázána (Clark a Clark, 2007). Ohroženou rodinou dle zákona č. 359/1999, Sb., o sociálně-právní ochraně dětí máme na mysli takovou rodinu, kdy pečovatelé svým chováním a jednáním dítě ohrožují na jeho příznivém vývoji či výchově (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí). Vypovídá o reálné situaci v rodině, kdy některá ze základních funkcí je nebo jsou potlačeny a díky této skutečnosti není za určitých podmínek zaručeno tolik důležité stabilní a podnětné prostředí, kdy rodiče nemohou nebo nejsou schopni svoji situaci sami řešit (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

Míra ohrožení vyplývá, jak uvádí Dubowitz a DePanfilis (2000) z nedostatečné a nekvalitní péče o dítě a velice záleží na schopnosti odborníka, který má objektivně posoudit skutečnou či případnou rizikovost tohoto ohrožení. Gjuričová a Kubička (2003) podotýkají, že stanovit míru ohrožení je nelehký úkol, ovšem vyhledat pro rodinu adekvátní podpůrnou službu a ještě do ní rodiče aktivně zapojit je úkolem mnohem těžším.

Matoušek a Pazlarová (2010) uvádějí, aby bylo možné rozsah ohrožení objektivně posoudit k následné optimální spolupráci s rodiči je zapotřebí rozdělit působení nepříznivého vlivu neboli špatného zacházení s dítětem na dvě základní kategorie. První kategorií je zanedbávání významných potřeb dítěte, druhou kategorií je ubližování dítěti (Matoušek a Pazlarová, 2010). Klégrová a Zelená (2006) výstižně ve své publikaci ve vztahu k ohrožené rodině užívají termín symptom onemocnění celé rodiny. Tuto skutečnost srozumitelně vysvětlují tak, že jemné výkyvy ve vztazích jsou členy rodiny tolerovány, pochopitelně narůstají-li tyto odchylky, je dosti pravděpodobné, že se problémy začnou hromadit a prohlubovat (Klégrová a Zelená, 2006). Jestliže řešení nepřijde včas, může dojít k psychickým a fyzickým problémům konkrétního jednotlivce, které mohou mít podobu psychického nebo psychosomatického příznaku či onemocnění a celá rodina je touto situací zasažena a ohrožena (Klégrová a Zelená, 2006).

2.2 Soudobý statut péče o ohrožené děti

Na úvod této podkapitoly stojí alespoň za zmínku a také k lehkému zamyšlení tvrzení Sobotkové (2010), viz. níže, jak souhrnně pohlíží na současný stav neúspěšných rodin. Díky letitým zkušenostem v péči o ohrožené děti a jejich rodiny se nedá nesouhlasit s názorem, že téma ohrožených rodin je v aktuální době dosti rozporuplné. Proto, jak uvádí Sobotková (2010), selhávající biologické rodiny jsou tématem značně kontroverzním, protože na jedné straně jsou v České republice legalizovány utajené porody či odložení dítěte do baby-boxu a na druhou stranu sanujeme a vedeme biologické rodiče k tomu, aby se setkávali s vlastními dětmi, které žijí v náhradní rodinné či ústavní péči. Silný je mýtus o tom, že biologický rodič je vždy nejlepší pečovatel a o nenahraditelnosti pokrevních pout, silné jsou i předsudky vůči lidem, kteří své rodičovství nezvládli (Sobotková, 2010). Velký vliv na veřejné mínění mají média, která prezentují problematiku náhradní rodinné péče a ústavní výchovy ne vždy seriózně (Sobotková, 2010).

Děti bez vlastního rodinného zázemí, jak uvádí Matějček (2004b) se ocitají v důsledku určité patologie rodiny. Jak dále autor uvádí, v oblasti ohrožené rodiny je prevence zcela zásadní (Matějček, 2004b). V širším pojetí chápeme prevenci před selháváním rodiny jako celoplošnou osvětu, nebo naopak jako prevenci cílenou na konkrétní skupinu či jednotlivce (Matějček, 2004b). Další úroveň prevence je sanace rodiny, úzká spolupráce s rodinou a její aktivní zapojení do řešení problému jako terapeutická intervence (Matějček, 2004b). V dnešní době vedeme a vychováváme celou společnost k tomu, aby rodiče (které řadíme do skupiny ohrožených) nabízenou pomoc prostřednictvím pomáhajících organizací chápali jako odraz jejich kvalitní péče o děti (Gjuričová a Kubička, 2003). Pocit rodičovské neúspěšnosti je uzavírá vůči okolnímu světu a pocit, že vlastní situaci nelze změnit, to je vede k pasivitě (Gjuričová a Kubička, 2003). Konvičková (2003) zřetelně popisuje situaci rodičů, kteří péči o své děti zvládají s většími či menšími problémy, kdy důsledkem těchto potíží bývá neprospívání dítěte v rodině. Obtíže se často kumulují, rodiče si s nimi neumí poradit a nakonec je odsouvají, tudíž neprospívání dítěte v tomto případě nebývá z jejich strany důsledkem záměrného ubližování (Bechyňová a Konvičková, 2003). Autorky proto hovoří spíše o zanedbávání péče, kdy na celou situaci má vliv mnoho aspektů, jakož i neznalost potřeb

dítěte, nezkušenost či nižší intelektová úroveň rodiče bývá častým společným jmenovatelem neúspěchu či komplikací při aktivní práci s ohroženými rodinami (Bechyňová a Konvičková, 2003). Většina populace se v rodičovství opírá o zkušenosti z vlastní rodiny, jak uvádí Gjuričová a Kubička (2003), kteří dále poukazují na to, že zpravidla čerpáme z více zdrojů zkušeností a to nejen od rodičů, ale i širšího okruhu příbuzných a přátel. Jak uvádí Matějček (2004b) jedná se o rodiny či skupiny osob, u kterých je předpoklad, že bez systematického působení, včetně konkrétní poradenské, preventivní a vzdělávací podpory nebudou schopni založit rodinu s citově vřelým prostředím, které bude stabilní a především hodnotově trvalé.

Ještě do nedávné doby se pozornost pomáhajících profesí upínala na to, co v rodině nefunguje a v souvislosti s nefunkční rodinou se v praxi stále užívá termín sociální patologie (Matoušek a Pazlarová, 2010). Jde o jevy v oblasti společenských vztahů, které jsou negativní, škodlivé a přeneseně řečeno chorobné, které porušují pravidla společnosti, ať už se jedná o normy právní, morální či obecně platné (Fischer a Škoda, 2009). V současné moderní době bychom mnoho-problémovou rodinu, která má těžkosti ve více oblastech fungování, ať už hovoříme o bydlení, financích, výchově, partnerských vztazích, konfliktech se zákonem, závislostech neměli považovat za stigmatizující, protože v soudobé literatuře jsou tyto skupiny označovány jako rodiny se zvláštními potřebami a z těchto poznatků bychom měli v praxi vycházet (Matoušek a Pazlarová, 2010).

2.3 Příčiny umístění dítěte mimo vlastní rodinu

Česká republika se momentálně nachází v situaci, kdy je Evropskou unií kritizována za vysoký počet umístěvaných dětí mimo biologickou rodinu (Bechyňová a Konvičková, 2011). Podle Bechyňové a Konvičkové (2011) celá řada ohrožených rodin v současné době potvrzuje skutečnost, že systematická práce a podpora je důvodem k navrácení dítěte zpět do péče rodiče anebo alespoň ke zkrácování pobytu dětí ve zmiňovaných zařízeních.

Synovský (1999) uvádí čtyři hlavní důvody chování rodiče, které přispívají k umístění dítěte mimo vlastní rodinu a důkladná znalost těchto příčin je klíčová pro následující vyhledávání možností podpory nejen dítěti, ale komplexně celé rodině:

- a) Rodiče se o dítě nemohou starat z důvodu narušení celého rodinného systému,
- b) rodiče se nedovedou starat o dítě, příčinou je vlastní nezralost či neschopnost řešit zátěžové situace, nejsou schopni dětem zajistit základní potřeby k přiměřenému a zdravému vývoji,
- c) rodiče se nechtějí o dítě starat, důvodem jsou jeho poruchy osobnosti, chovají se hostilně, neplní základní rodičovské povinnosti, péče je nedostatečná nebo žádná,
- d) rodiče své dítě týrají či zneužívají, záměrně dítěti ubližují, chovají se hostilně až nepřátelsky a nenávisně.

2.4 *Formy ohrožení dítěte prostředím*

Jak sděluje Sameroff (1998) existuje několik hlavních faktorů, které mají neblahý vliv na psychický, ale i fyzický vývoj jedince. Autor je dělí na dvě primární skupiny, které se paralelně překrývají a hovoří o rizicích organického poškození vycházející z nejrůznějších škodlivých faktorů (genetických, infekčních, toxických, perinatálních, hypoxie, mechanického působení, úrazů atd.), kdy následky těchto nepříznivých dopadů mají klinický obraz od nejmírnějších až po velmi těžké defekty neurologické a psychopatologické (Sameroff, 1998). Nezdravé výchovné prostředí může mít dopad na jedince ve formě těžkého, středního anebo lehkého ohrožení (Sameroff, 1998). O vzájemném působení negativních faktorů hovoří také Pöthe (1999), který uvádí, že pokud se tyto činitele znásobují, vytvářejí vhodné klima pro vznik špatného zacházení s dítětem ve formě týrání, zneužívání či sexuálního obtěžování.

Krejčířová (2007) uvádí, že nedostatečná rodičovská péče má řadu forem a proto pro potřeby nápravy, spolupráce a koordinace problémů rozlišuje tři základní podoby ohrožení dítěte:

- a) Týrání (tělesné i psychické),
- b) zneužívání (k uspokojení vlastních sexuálních, fyzických i psychických potřeb),
- c) zanedbávání (tělesné i emoční, tj. psychická deprivace).

Obdobně se o neadekvátní péči o dítě vyjadřuje také Dunovský (1995), který shodně tvrdí, že má mnoho podob a většina typů špatného zacházení s dětmi se dosti často

prolíná.

Tělesné týrání je podle zdravotní komise Rady Evropy definováno (1992) jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Výstražným signálem pro naši společnost by měla být skutečnost, že přestože má většina vyspělých států na celém světě uzákoněnu povinnost jakékoliv podezření na týrání dítěte hlásit, a ačkoliv se problému týraného dítěte věnujeme čím dál více (jak po odborné, tak celoplošné úrovni), rok od roku případů syndromu týraného dítěte přibývá (Klevens et al., 2000). Mezi nejrizikovější skupinu rodičů patří ti, kteří mají z dětství osobní negativní zkušenost s týráním, zneužíváním nebo byli sami v dětství deprivováni (Klevens et al., 2000). *Psychické a emoční týrání* je způsob, jež se obejde bez fyzického násilí (Binggeli et al., 2001). Binggeli et al. (2001) rozlišuje pět subtypů psychického týrání (pohrdání, terorizování, izolování, korumpování, odpírání emoční opory). Velmi dobrá znalost možných způsobů týrání, projevy a následky, jsou pro práci s rodinou a dítětem velmi důležitým aspektem, jelikož vedou k vážnému narušení psychického vývoje (Binggeli et al., 2001).

Z obecného hlediska můžeme zneužívání chápat, jako využívání jednoho člověka ve prospěch druhého formou obohacení se, uspokojení vlastních potřeb na úkor jiného člověka (Halfarová, 1996). Jak uvádí Halfarová (1996) ten, který bývá zneužíváný, je velmi často vůči agresorovi intelektově slabší, na nižší pozici a je zapotřebí zmínit, že do této kategorie řadíme nejen sexuální a finanční zneužívání, ale i využívání oběti k nepřiměřené práci. Podpora a pomoc těmto rodinám je velice náročná, a jak autorka sama podotýká, je stále častějším jevem zneužívání, kdy dochází k nucení žen k prostituci, krádežím a žebrání (Halfarová, 1996).

Zanedbávání dítěte je vědomé či nevědomé chování pečovatele, díky němuž dochází k poškození zdraví či zdravého vývoje dítěte a v systému péče o ohrožené rodiny patří mezi nejčastější formy špatného zacházení s dítětem (Bechyňová, Konvičková, 2011). Matoušek et al. (2010) velmi podobně nahlíží na problém zanedbávání, kdy hovoří o špatném, ať už úmyslném anebo neúmyslném zacházení s dítětem ze strany rodiče, kdy jsou opomíjeny významné potřeby dítěte nebo jeho opuštění. Matějček (1995) zanedbaností míní následky nedostatku výchovy v prostředí socioekonomicky nízké

úrovně, kdy dítě vyrůstá obvykle v jednoduchém až primitivním prostředí, s nedostatečnou hygienou, bez vhodných vzorců vyspělého chování. Dle Matějčka (1995) je dítě z nedostatku podnětů vážně ohroženo na zdravém fyzickém i psychickém rozvoji (In: Dunovký, 1995). Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují na skutečnost, že chování rodiče vůči zanedbávajícímu dítěti je velice vágní a nepředvídatelné, jelikož rodič dítě často ignoruje, uvnitř rodiny vzniká napětí, které je zapotřebí právě systematickou pomocí a podporou regulovat. Bezprostřední pomoc cílená na konkrétní problém má velkou šanci neustálené poměry v rodině regulovat, aby nepřecházely, jak tomu často bývá do krajností a do násilných scén (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Předtím, než začneme s ohroženou rodinou intenzivně pracovat je zapotřebí si stanovit jasná kritéria vyhodnocování a to vždy komplexně, jelikož definice ohrožení je příliš obecná (Dubowitz a DePanfilis, 2000). To, co bychom měli radit mezi základní potřeby dítěte při vyhodnocování, jenž jsou rodinou zajišťovány je: vhodná strava, odpovídající oblečení, bezpečné a ochranné domácí prostředí, dostatečná zdravotní péče a vzdělání, přiměřený dohled a ochrana před nebezpečím z okolního prostředí, pozitivní přijetí a podpora dítěte (Dubowitz a DePanfilis, 2000).

2.5 Rizikové faktory ovlivňující aktivní zapojení rodiče do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace

Rizikové faktory syndromu ohroženého a zneužívaného dítěte dle Vaníčkové (2004), Hanušové (2006) a WHO (World Health Organization), uvádím pro potřeby této práce z důvodu, že jednotlivé úrovně (viz. níže) jsou v praxi běžně užívány a modifikovány při souhrnném vyhodnocování rodinné situace. Tyto informace jsou důležité při následné tvorbě individuálního plánu péče.

Rizikové faktory dle Vaníčkové (2004):

- na úrovni celospolečenské
 - imaginární skutečnost
 - permanentní přizpůsobování se společenským změnám
 - nedostatek kladných vzorců ve škole, ve společnosti
- na úrovni individuálních předpokladů dítěte:

- genetické zatížení dítěte
 - oslabení plodu v průběhu těhotenství
 - vývojové odchylky
 - zdravotní postižení
- na úrovni rodiny:
- nekvalitní a nepříznivý výchovný systém
 - závislosti rodičů na návykových látkách
- na úrovni kulturní:
- aktuální atmosféra ve společnosti
 - mýty, zaujatost
 - negativní modely dospělých

Ve významu rodiny se ve spojitosti s ohrožením a poskytovanou podporou významně uplatňují osobnostní činitele pečovatelů (Vaničková, 2004). Jedná se především o nepřiměřenou kontrolu potomka, depresivní stavy, nadměrnou úzkost pečovatele, nižší frustrační toleranci, taktéž o pocity nejistoty (Vaničková, 2004). Klíčovým faktorem v péči o tyto ohrožené skupiny je negativní zkušenost rodiče s domácím násilím, která významně ovlivňuje jeho správné fungování. V praxi je současně zapotřebí tyto faktory důsledně sledovat a zohledňovat z důvodu účinného nastavení pomoci (Vaničková, 2004).

Lhostejnost, bezcitnost a dlouhodobě nefungující komunikace mezi členy rodiny patří v samotné praxi k nejrizikovějším faktorům, jenž zpravidla přivádí její členy do stavu ohrožení (Vaničková, 2004). Stále častějším rizikovým faktorem omezující pomoc rodině je bezesporu alkoholismus a užívání návykových látek, což v praxi velmi komplikuje samotnou sociálně-zdravotní podporu a k tomu je zapotřebí multidisciplinární spolupráce specializovaných odborníků zabývajících se danou problematikou (Vaničková, 2004). Nejvýznamnějším rizikem ohrožení jsou však situace, kdy matka vlastní dítě odloží nebo je dítě od prvopočátku těhotenství nechtěné (Vaničková, 2004).

Rizikové faktory dle Hanušové (2006):

- na úrovni rodiče:
 - citová deprivace v dětství
 - týrání a zneužívání v dětství
- na úrovni dítěte:
 - zdravotní postižení
 - organické postižení CNS
 - odlišná reaktivita dítěte v útlém věku (dráždivé, plačtivé, málo reaktivní)
- na úrovni prostředí:
 - negativní vlivy prostředí

Rizikové faktory dle WHO (popisuje rizikové faktory z globálního pohledu):

- na úrovni dítěte:
 - pohlaví
 - předčasná vyspělost
 - nechtěné dítě
 - dítě zdravotně postižené
- na úrovni rodiče:
 - mladiství
 - neplánované těhotenství
 - nedostatečné výchovné kompetence
 - osobní zkušenost s ohrožením
 - závislosti
 - neuspokojivá prenatální péče
 - psychická a fyzická onemocnění
 - partnerské neshody
- na úrovni rodiny:
 - početnost
 - sociálně-ekonomické postavení
 - izolace rodiny vůči společnosti

- větší senzitivita na stres
- násilí a ohrožení rodiny v minulosti
- neuznávání práv a zájmů dítěte
- diskriminace dětí (pohlaví, etnikum)
- postižení dítěte
- sociální rozdílnost
- připravované násilí (kriminalita, respektování násilí ze strany společnosti, násilí propagované v médiích, kulturní normy společnosti)

Pro komplexnost této disertační práce je zapotřebí v níže uvedených podkapitolách uvést nejčastější rizikové faktory ohrožených rodin, se kterými se během praxe v dětském centru opakovaně (v jistých pravidelnostech) setkáváme. Jedná se o šest elementárních faktorů, ke kterým se obvykle přidružují další méně závažné symptomy závadného chování v nejrozmanitějších kombinacích. Ty významně ovlivňují aktivní zapojení rodiče do procesu sanace. Precizní a objektivní odhalení hlavní příčiny ohrožení v rodině je klíčové pro účelné nastavení následné spolupráce a podpory.

2.5.1 Užívání návykových látek

Uživatelé návykových látek často trpí psychickými obtížemi, poruchami chování, labilitou a typickým projevem chování je agresivita spojená s nezvládnutím stresových situací (Nešpor et al., 1996). Tito klienti nejsou zdatní v mezilidských vztazích, mají nízké sebevědomí, špatné sebeovládání, trpí nezájmem o pozitivní reakční, sociální a kulturní aktivity (Nešpor et al., 1996). Všechny tyto příznaky zvyšují riziko rodiny, které je řadí do kategorie ohrožených a aktivní zapojení do řešení problému je velice komplikované (Nešpor et al., 1996). Vágnerová (2004) definuje závislost jako multifaktoriální podmíněnou poruchu, na níž se mohou podílet psychické a fyzické rysy člověka, ale též působení společnosti. Rodiče svým dětem poskytují základní identifikační vzory, jak uvádí Presl (1995) a proklamuje, že za vznik drogové problematiky v rodině může především matka. Problémy s návykovými látkami se netýkají pouze dysfunkčních rodin, ale i těch, kde je dítěti naopak zajišťována přehnaná

(nepřirozená) péče (Presl, 1995). Zvyky ve skupině podle Hajného (2001) mohou zvyšovat nejen rizikovost závislostí, ale i prostředí, kde panují extrémní poměry. Nešpor (2000) u rodičů, kterým je potřeba poskytovat podporu vidí jako významně rizikové to, že závislosti jsou neléčené, nejsou nastavená jasná pravidla pro dítě, rodiče se dětem dostatečně nevěnují, nemají na ně čas, poskytují jim nedostatečný dohled a citové vazby.

2.5.2 *Násilí v rodině*

Nešpor (2000) s ohledem na užívání návykových látek opakovaně uvádí, že rodiče nejsou schopni dítěti zajistit dostatečný dohled, pozornost a citové vazby. Často se projevují přehnanou přísností a podceňováním, nepřiměřeným fyzickým násilím a to nejen vůči dítěti (Nešpor, 2000). Všechny tyto aspekty mohou směřovat k týrání a sexuálnímu zneužívání (Nešpor, 2000). Jak uvádí Johnson a Bunge (2000) či O'Leary a Maiuro (2001) mezi nejtěžší formy násilí v rodině patří bití, škrcení, vyhrožování zbraněmi či vynucování sexuálního styku, které bývá několikrát častější u žen než mužů. V důsledku toho dostavující se psychické problémy, jenž mají formu těžkých depresí, nízkého sebevědomí, pocitů úzkosti či sebeobviňování jsou velice závažné a pomoc takovým ženám k jejich aktivnímu zapojení do řešení problému a začlenění se do běžného života vyžaduje vysoce erudovanou odbornou pomoc. Stres v rodině bývá přirozenou součástí různých životních etap, jak uvádí Smuts (1992) a mezi časté stresory zahrnuje narození či dospívání dítěte, nemoc, staří, smrt, ale i například ztrátu zaměstnání, problémy s prospěchem ve škole, šikanu, nesnáze v zaměstnání atd. V takových situacích členové rodiny očekávají od svých blízkých určitou podporu, které pokud se jim nedostává, jak v praxi často registrujeme, tak se hladina stresu významně zvyšuje a může přecházet v násilné chování (Dobash et al., 1992).

2.5.3 *Poruchy mateřství, partnerské neshody*

Mateřská role ženy je dle Gabury (2006) přímo závislá na tom, jak je matka s touto rolí ztotožněna, jakou roli v životě pro ni děti hrají. Významnou složkou na správném fungování má její psychická zralost, poruchy osobnosti a bezesporu je v postojích zásadně ovlivňována přístupem a názory partnera, což bývá v praxi velmi častým jevem (Gabura, 2006). Gabura (2006) vychází z dlouholeté praxe při kategorizaci

poruchových matek a rozpoznává důvody, pro které je matka schopna dítě odmítnout. Hovoříme o neplánovaném těhotenství, narození jiného dítěte, než si představovala, dítě neplnilo úlohu záchrany manželství, nesplnilo intelektové očekávání, chybí mateřský cit anebo matka či rodiče žijí asociálním způsobem života (Gabura, 2006). Samotná sociální práce a aktivizace rodiče je v praxi vždy velmi komplikovaná z důvodu zakonzervování rodiče ve svých životních návycích, proto motivace směřující ke změně je náročná, někdy nemožná (Gabura, 2006). Na základě vlastní zkušenosti lze s výroky autora bez výhrad souhlasit.

2.5.4 Neplánované těhotenství

Rodiče si prostřednictvím dítěte naplňují své psychické potřeby (Matějček, 1989). Jak uvádí Možný (2006) na životní změny, které během života přicházejí, si člověk může zvykat postupně včetně těhotenství, ovšem samotné narození dítě je stav náhlý. Očekávání a představy o narození dítěte jsou často iluzí toho, jaká je skutečnost a pro mnohé rodiče je naprosto šokující (Možný, 2006). Matějček (1996), který vychází z výsledků svých výzkumů, uvádí, že matky, které samy pocházejí z nechtěného těhotenství, se projevují společně podobnými rysy, jakými jsou opakované selhání a nejistota v partnerských vztazích a rodičovství. Jak se nám praxi velmi často potvrzuje, a jak totožně popisuje Matějček (1996) příčinou selhávání je subdeprivace z raného dětství, nedostatek správného modelu fungování rodiny a mateřství. K tomu, abychom mohli matce nabídnout účelnou pomoc a docílili požadované aktivizace, je dobré znát pohled Vágnerové (1997), která tvrdí, že se ani tak nejedná o subdeprivaci, jako o špatné vzory vlastní matky, která má ambivalentní a negativní postoje k ženské a mateřské roli a výsledkem je snížené sebevědomí a sebehodnocení dospívajících dětí.

2.5.5 Mateřství nezletilých dívek

Při utváření vlastního osobitého postavení a pohledů ve společnosti a ve vztahu k utváření vlastní rodiny, hraje období adolescence významnou roli u dospívajícího jedince, kdy u něho dochází k výrazným vývojovým změnám (Macek, 1999). K otázce adolescence Macek (1999) ještě uvádí, že po biologické stránce je jedinec schopen reprodukce, po stránce emocionální a psychosociální řeší segmentovanější interpersonální vztahy a role, které přicházejí. Matějček (1992) příznačně uvádí, že

samotné dospívání je z hlediska vývoje velmi komplikované a náročné, natož pak pro nezletilou matku, která se právě v této etapě nachází, jelikož psychická vyzrálost typická pro toto období se neslučuje s představou rodičovské zodpovědnosti. Z hlediska stanovování a vyhodnocování rodinné anamnézy je praktické znát pohled Vaškové (2005), která ve svých výzkumech poukazuje na to, že nezletilé těhotenství se častěji objevuje v neúplných, rozvedených rodinách, kde se u mladých dívek můžeme setkat s domácím násilím či sexuálním obtěžováním. Specifická situace je u nezletilých těhotných dívek v ústavním zařízení, které nemohou spoléhat na pomoc rodiny, a které si zaslouží větší pozornost a péči odborníků (Chrenková, 2010). Velmi totožně jako Vašková (2005), poukazují již mnohem dříve Moore a Rosenthal (1993) na to, že u nezletilých těhotných se častěji vyskytuje pravděpodobnost nebezpečí týrání a zneužívání, zanedbávání a další formy špatného zacházení. V neposlední řadě je nutné zmínit výroky Machové a Hamanové (2002), které potvrzují skutečnost, že těhotenství v adolescentním věku je spojeno se syndromem rizikového chování.

Zrekapitulujeme-li výše uvedenou pasáž včetně podkapitol zaměřující se na problematiku rizikových faktorů ohrožené rodiny, není pochyb o tom, že tyto činitele zásadně ovlivňují celkový stav rodinného prostředí. Nejenže působí na chování a jednání všech jejích členů, ale negativní vlivy vytvářejí další nebezpečné a ohrožující situace. V jádru věci však mají klíčový význam na aktivní zapojení rodiče do procesu podpory a pomoci při řešení problému. Dokonalá znalost nejen komplexní rodinné a sociální anamnézy, ale též každého jednotlivce skupiny je nedílnou součástí zdravotní a sociální práce s klientem. Přestože tento způsob práce vynakládá na pracovníky sociálně-právní ochrany dětí celkově mnohem větší nároky, a to jak na přípravu, tak na samotnou práci s rodinou, poskytovaná služba je více individualizovaná. Je cílenější a přináší lepší výsledky, což je mimo jiné doloženo výpověďmi nejen rodičů, ale také odborníků zabývajících touto problematikou.

Z poslední subkapitoly je navíc zřejmé, že rizikové faktory působící v rodině se navzájem prolínají. Jen výjimečně zjišťujeme případy, kdy se rodina potýká výhradně s jedním problémem. Většinou řešíme více potíží souběžně. Z tohoto důvodu je při práci s ohroženou rodinou důležité pečlivě objevovat veškeré indicie, které mohou mít

význam při sestavování individuálního plánu péče a celého multidisciplinárního týmu. Na rodinnou situaci je proto nutné nahlížet komplexně. I zcela nevýznamné maličkosti mohou mít klíčový význam při aktivním zapojení rodiče do procesu sanace.

3. Sanace rodiny – vymezení problematiky

V této kapitole se již podrobně zabývám možnostmi zdravotní a sociální pomoci, která se v praxi uplatňuje při práci s ohroženou rodinou. Jaké se nám nabízejí příležitosti a jaké služby lze rodině poskytovat k tomu, abychom zajistili jejich aktivní účast na procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace. V této části již popisuji konkrétní zařízení a to dětské centrum ve Strakonících, čím se zabývá, co je jeho náplní a jaké jsou jeho klíčové zdravotní a sociální služby, které poskytuje svým klientům. Dále zmiňuji proces sanace rodiny a sociální rehabilitace, jakožto sociální službu, která má vliv na aktivní zapojení rodiče při řešení vlastních potíží. Pro potřeby této práce vycházím z praktických zkušeností, kdy je zapotřebí zmínit základní principy a zásady hodnocení aktuální rodinné situace. Co je významem tohoto hodnocení jako jedné z mnoha metod sociální práce, která vede k úspěšnému nastavení účelné a smysluplné podpory. V další podkapitole uvádím dílčí složky sanace rodiny, které detailněji popisují ve vztahu ke spolupráci s ohroženou rodinou. Jakou roli například hraje individuální plán péče, multidisciplinární tým, případová konference a další. V posledních kapitolách detailně popisují dvě ústřední služby, které dětské centrum ve Strakonících nabízí. Pro potřeby rodiče, ale i doprovázející organizace je potřebné vědět, s jakou cílovou skupinou dětské centrum pracuje, jaké konkrétní služby v rámci sanace rodiny může nabídnout, jakými zásadami a metodami práce se řídí. To vše je uvedeno v této části disertační práce.

Primární rozdělení úkolů systému péče o ohrožené děti vychází ze základní otázky, zda má být podporou chráněno spíše dítě nebo máme náš zájem zaměřit na rodinu jako celek. Rozlišují se tak dva základní modely práce a to: systém ochrany dítěte a systém podpory rodiny (O'Brien, 2004).

3.1 Sanace rodiny

Pojem sanace rodiny je v sociální práci poměrně mladý a první zmínky nalzáme

v publikaci „*Sociální pediatrie*“ od autorů Dunovského et al. (1989), kteří uvádějí skutečnost, že sanace nefungujících rodin bývá složitá a předpokládá koordinovanou součinnost sociálního pracovníka, lékaře, psychologa, učitele a dalších odborných pracovníků zaměřených na řešení faktických otázek. V této době již poukazují na účinný koncept multidisciplinarity (Dunovský et al., 1989). Podle Matouška (2003) je sanace definována jako postupy sociální práce, které podporují fungování rodiny zabraňující vyčleňování jejího člena z důvodu toho, že někoho ohrožuje, případně, že je sám někým z rodiny ohrožován. Matoušek (2003) dále uvádí, že sanace má široké pole působnosti a spolupráce se skupinou může mít formu, jak podpory, tak terapie. Za současných podmínek rozsáhlým rozvojem dalších služeb může být jednou ze složek procesu účinná pomoc prostřednictvím sociální rehabilitace pro rodiny s dětmi. Levická et al. (2004) podobně chápou sanaci jako prostředek k obnově či úpravě rodinné situace do předešlého stavu a lze toho dosáhnout aktivním zapojením všech zainteresovaných členů procesu. Velké aktivum do procesu sanace vnesla Satirová (1994), která si uvědomuje klíčový problém a to, že sebehodnocení, komunikační dovednosti, dodržování dohodnutých pravidel, významně ovlivňují nejprve rodinný život a následně aktivizaci všech jejích členů.

Sanace podle Bechyňové a Konvičkové (2011) znamená komplexní působení rozličných složek pomoci současně a to nejen na přímé, ale též širší členy rodiny. Tato forma pomoci a spolupráce má směřovat k tomu, abychom předešli, omezili anebo vyloučili dopady ohrožení (Bechyňová a Konvičková, 2011). Primárním principem je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodičům (Bechyňová a Konvičková, 2011). Mezi hlavní faktory ovlivňující fungování rodiny, jejich aktivní zapojení při řešení obtížné životní situace je multidisciplinární podpora a spolupráce, komunikační dovednosti, profesionalita pracovníka nebo aktuální status rodiče či dítěte (Bechyňová a Konvičková, 2011). Z uvedeného vyplývá, že jednotlivé složky pomoci se vzájemně překrývají, jsou na sobě závislé a nelze je tedy nikterak oddělovat (Bechyňová a Konvičková, 2011). U posuzování aktuálního rodiny je potřeba brát v potaz také zdravotní stav jednotlivých členů skupiny, dále celkový vývoj dítěte, prognózu nemocí, ale i dědičnost, jenž může mít vliv na různá onemocnění a poruchy psychického vývoje, na což se ještě do nedávné doby nebral přílišný zřetel (Říčan a Krejčířová, 1997). Cílem sanace je vnitřní uzdravení rodiny a následné uspokojivé fungování (Matějček, 2004b).

Matějček (2004b) navíc tvrdí, že pokud u nás bude sanace na dostatečné úrovni, můžeme usuzovat, že by méně dětí přicházelo o své rodinné zázemí.

Fortin a Chamberland (1995) spatřují úspěšnost podpory v posilování rodičovské zdatnosti a sebedůvěry, která by měla přispět ke snížení napětí v rodině. Toto napětí je velmi častým jevem, jenž brání rodiči aktivně se podílet na procesu sociální rehabilitace (Fortin a Chamberland, 1995). Každopádně získávání jistoty a dovedností prostřednictvím sociální rehabilitace by mohla snižovat počet dysfunkčních rodin (Fortin a Chamberland, 1995). Při sanaci rodiny musí být zajištěna návaznost individuálních složek podpory (Wulczyn et al., © 2010). Pokud se poskytované služby a metody práce neprolínají a vzájemně nedoplňují, proces jako takový nemůže fungovat (Wulczyn et al., © 2010). Wulczyn et al. (© 2010) právě poukazuje na to, že péče o ohrožené rodiny se skládá, jak z jednotlivých účastníků (členů rodiny, multidisciplinárního týmu), tak systémů práce, které lze dle potřeb klienta strukturovat na jednotlivé složky pomoci. Wulczyn et al. (© 2010) zdůrazňuje, že v našem moderním systému péče o ohrožené děti je velmi důležité poskytnout rodinám rozsáhlou síť služeb. Wulczyn et al. (© 2010) dále podotýká, že pokud budeme chtít snižovat počet ústavních zařízení, musíme mít zajištěn dostatečný počet jiných forem náhradní péče, způsob financování, atd. U skupin začleněných do složky sociální rehabilitace je důležitým úkolem pracovníků zkvalitňovat komunikační dovednosti mezi jejími členy (McCluskey a Miller, 1995). Naši pozornost zaměřujeme na emoce a prožitky a k úspěšnému řešení zátěžových a komplikovaných rodinných situací je nutná dostatečná dávka sebereflexe, ke které bychom měli rodinu vést (McCluskey a Miller, 1995). Neméně významné je vyslyšet názor dítěte (McCluskey a Miller, 1995).

Účast rodiče na procesu sanace, jejich zainteresování při stanovování cílů, návrhů řešení v rámci sociální rehabilitace zvyšuje možnost úspěchu během celého procesu, jak je koneckonců doloženo řadou výzkumů (Hardy a Darlington, 2008; Ghaffar et al., 2011). Jestliže se rodič nebude aktivně zapojovat do procesu sanace, hrozí zde velké riziko, že multidisciplinární tým bude řešit zcela jiné problémy, než co rodina potřebuje a následně může docházet k tomu, že jedna nebo druhá strana tuto spolupráci ukončí (Reich, 2005). To, že se rodič aktivně nezapojí do tohoto systému, je často podnětem

k rozhodování o tom, zda dítě v rodině ponechat či nikoliv (Zpěváková, 2009; Šanderová, 2010). V procesu sanace má klíčový význam vztah mezi rodiči a multidisciplinárním týmem, který vzájemně ovlivňuje, jak jednání, tak rozhodování obou stran (Smith, 2008).

3.2 Znaky sanace

Jak již bylo v této práci opakovaně zdůrazněno, podpora musí vždy vycházet z individuálních potřeb jednotlivých členů ohrožené rodiny (Bechyňová a Konvičková, 2011). Zmiňovaná pomoc musí být organizovaná, systematická a především funkční, aby vykazovala skutečné znaky sanace (Bechyňová a Konvičková, 2011). Před samotným procesem je vždy sestaven multidisciplinární tým, jenž má ve svém čele koordinátora (Bechyňová a Konvičková, 2011). Dalším znakem sanace je vytvořit rozličnou síť služeb, do které řadíme též sociální rehabilitaci a součástí každé podpory je pečlivé plánování jednotlivých kroků tak, aby došlo k propojení všech složek sociální práce (Bechyňová a Konvičková, 2011). Nedílnou součástí sanace je realizace případových konferencí. Případové setkávání patří mezi efektivní metody sociální práce přispívající k dosažení požadované změny (Bechyňová a Konvičková, 2011). Abychom těchto změn doznali je zapotřebí oplývat těmi nejlepšími komunikačními dovednostmi (Bechyňová a Konvičková, 2011).

3.2.1 Multidisciplinární tým

Osobnostní předpoklady ovlivňují schopnost týmové spolupráce všech zúčastněných stran a podle Golemana (1997) mají tyto dovednosti vliv na úspěch práce v týmu. Kladný výsledek je navíc součtem talentů, schopností a emoční inteligence (Goleman, 1997). Z praxe víme, jak uvádí Goleman (1997), že vládne-li v pracovním týmu rivalita, neschopnost komunikace, strach anebo například neshody, v takovémto kolektivu nelze uplatnit své nadání a zkušenosti. Tým se stává nekvalitní, následně nemůžeme počítat, že se rodina do procesu podpory bude aktivně zapojovat (Goleman, 1997). Multidisciplinární spolupráce je v péči o ohroženou rodinu velice významná, avšak mnohdy podceňována (Dunovský, 1999). Jak tvrdí Dunovský (1999), a jak nám v mnoha případech taktéž dokládá praxe, příprava a průběh jednotlivých kroků krizové intervence musí být důkladně naplánován a pokud je příprava nesystematická, může být

poškozující. Členem multidisciplinárního týmu je vždy sociální pracovník úřadu, pracovník zařízení (dětského centra) určený pro sanaci rodiny, lékař, psycholog, popřípadě další odborník dle aktuálních potřeb rodiny (Bechyňová a Konvičková, 2011). Kompletní tým pracuje dle předem domluvených pravidel a společně s rodinou sestavují individuální plán péče, stanovují si společné cíle, které bychom měli naplňovat v určitém časovém úseku (Bechyňová a Konvičková, 2011). Osofskyho (2003) názor na multidisciplinární spolupráci koresponduje s praxí v tom smyslu, že je-li neujednocená, tak poskytované služby budou s velkou pravděpodobností roztříštěné. Jednoznačně platí, že odborníci týmu musejí mít dostatečné vzdělání v dané problematice, zkušenosti a součinnost mezi jednotlivými členy týmu by měla být pružná (Osofsky, 2003).

Pokud v rodině nedochází k domluveným přeměnám, klademe si otázku, zdali má sanace či její složka prostřednictvím sociální rehabilitace význam (Bechyňová a Konvičková, 2011). Z praxe můžeme potvrdit fakt, jak je doloženo zkušenostmi řady odborníků (Bechyňová a Konvičková, 2011; Goleman, 1997; Smith, 2008; Reich, 2008; Hardy a Darlington, 2008 a další), že se jedná o tři podobné, zpravidla základní situace, kdy se rodič aktivně nezapojuje do zmiňovaného procesu a těmi jsou:

- rodiče sice souhlasili s plánem sanace, ovšem za více než tři měsíce nedošlo k žádné změně (je to čas, který je obvykle nezbytný pro navázání důvěry mezi rodinou a pracovníkem)
- změny v průběhu sanace probíhaly, ale zastavily se, jelikož jednotliví členové se přestali aktivně podílet na spolupráci podpory, situace nejprve stagnuje, poté se zhoršuje
- rodiče odsouhlasili plán sanace, avšak na dohodnuté termíny nereagují, krátce před setkáním se omlouvají, tento přístup se paralelně opakuje.

3.2.2 Plánování podpory a péče, motivace ohrožené rodiny

Jestliže se rodině anebo dítěti dostává naší pozornosti, ať už hovoříme o prevenci, ambulantních či pobytových službách, je žádoucí s respektem na práva a potřeby všech členů od prvního okamžiku plánovat další postupy sociální a zdravotní péče (Matoušek a Pazlarová, 2010). Řádné individuální plánování vede rodiče nejen k pocitu smysluplnosti, ale především ho aktivně zapojuje do řešení vlastní situace (Matoušek a

Pazlarová, 2010). Prvotním úkolem multidisciplinárního týmu je v úvodu plánování přednostně identifikovat potřeby rodiny, na základě kterých dochází k naplánování služeb a napojení na adekvátní zdroje (Rose a Moore, 1995). Při individuálním plánování je otázkou kolik samostatnosti je potřeba ponechat rodiči a nakolik zasahovat do jeho rozhodování (Řezníček, 2000). Při této fázi sanace Řezníček (2000) podtrhuje, aby požadované úkoly, povinnosti a informace vyplývající z dohody vzájemné spolupráce byly formulovány jasně a jednoznačně, jinak nemůžeme počítat s jeho aktivní účastí. Aby bylo plánování v procesu sanace účinné a rodinní příslušníci se aktivně zapojili do řešení situace, je nezbytné detailně pojmenovat skutečný problém (Zastrow, 2012). Ten musí být popsán též z pohledu rodiče a následně můžeme určit multidisciplinární tým s vytyčením jednotlivých rolí (Zastrow, 2012). Jednotlivé kroky plánování, jak popisuje Zastrow (2012), v praxi v různých modifikacích velmi často užíváme a vnímáme jako velice účinné. Především nesmíme zapomínat na to, že bereme v úvahu aktuální potřeby zúčastněného, předpoklad nezbytných zdrojů k řešení a vždy musíme navrhnout nějaký postup sociální práce, byť se jedná o sebemenší pro rodiče nevýznamný počín (Zastrow, 2012). Dílčí plány musejí být především vzájemně propojeny a musí být mezi nimi zachována jistá návaznost (Hrdinová et al., 2010). Rodič musí být plánování vždy přítomen a je jen na klíčovém pracovníkovi (který mu je po celou dobu sanace k dispozici a má za celý proces zodpovědnost), jak ho svými komunikačními dovednostmi motivuje a přiměje k aktivní spolupráci (Hrdinová et al., 2010). Z praxe je též zřejmé, že tvorba postupů je vzájemná souhra obou stran tzn. rodiče a multidisciplinárního týmu, kdy rodič zpravidla zadává „objednávku“ o jakou pomoc žádá (Musil, 2004). Na druhé straně pracovník týmu provádí kontrolu a určuje, co bude nutné udělat (Musil, 2004). Jak Musil (2004) dále uvádí, aby se rodič aktivně zapojoval do procesu plánování a celého procesu sanace, je nezbytné přístupy vyváženě kombinovat. Nicméně je potřeba si uvědomit, že pracovník týmu je ten, který je iniciativní a dává návody, co a jak má rodič dělat, aby jeho počínání bylo přinejmenším smysluplné a poté úspěšné (Musil, 2004). Individuální plán podpory sestavujeme tak, abychom mohli průběžně ověřovat, zdali jsou dílčí úkoly zdárně plněny a případně dle potřeb plán aktuálně měníme (Matoušek a Pazlarová, 2010). Předpokladem k úspěšnému a aktivnímu zapojení do procesu sanace je formulovat všechny části

záměru srozumitelně s ohledem na dítě i dospělého, a proto převážně užíváme neprofesionální jazyk (Matoušek a Pazlarová, 2010).

Jedním z výsledků spolehlivě odvedené sociální práce se v praxi potvrzuje úspěšná motivace člena skupiny, který se začne spontánně zapojovat do řešení problému (Lokšová a Lokša, 1999). Ten se stává samostatnější, aktivnější a objektivnější v posuzování své situace a toto všechno ho vede k aktivitě v dalších činnostech, jak nám koneckonců dokládají výsledky ze sociální rehabilitace poskytované dětským centrem (Lokšová a Lokša, 1999). Podle Průchy et al. (2001) motivace rodiče povzbuzuje, aktivuje, dodává mu energii v jeho jednání a prožívání, což je tedy klíčové pro úspěšné zvládnání náročných situací, do kterých se ohrožené rodiny dostávají. Je tedy povinností multidisciplinárního týmu podílejší se na procesu sanace, aby mu s tímto pomohl (Průcha et al., 2001). Uvědomuje-li si rodina, že cosi v životě postrádá, může prostřednictvím motivace spustit reakci aktivního jednání ve smyslu snažit se stav věci změnit (Nakonečný, 2004). Motivací ke změně chování se zabývají Mason a Butler (2010), kteří rozdělují připravenost rodiče ke změně do několika fází. Tyto úseky mohou být různě dlouhé, což dokládají výsledky praxe a musíme být na ně trpělivě připraveni (Mason a Butler, 2010). Mason a Butler (2010) uvádějí ranou fázi (kdy si člověk v souvislosti svého jednání potíže nepřipouští a někdy ani neuvědomuje), v další fázi už uvažují o jisté změně, ovšem nejsou zcela rozhodnuti započít spolupráci, neboť prožívají velkou ambivalenci. Ve třetí fázi změny, jsou rodiče již rozhodnuti a připravují plán k uskutečnění změny (Mason a Butler, 2010). V dalších etapách již bojují s nástrahami a připravenost ke změně se může posouvat směrem dopředu i zpátky. Podle toho, v jakém období se nacházejí, se mění potřeby rodiny, na které musí multidisciplinární tým pružně reagovat (Mason a Butler, 2010).

3.2.3 Sít' služeb

V současné době je výrazným trendem upřednostňování poskytování služeb rodinám v jejich domácím prostředí před poskytováním služeb v institucích, kam za nimi rodiny musejí docházet (Tracy a McDonell, 1991). Rozdělení rodiny a umístění dítěte do ústavního zařízení se v mnoha případech jeví jako nevhodné, protože tím stavíme rodiče do situace, kdy nemůže problém aktuálně řešit (Tracy a McDonell, 1991). Nastávají

ovšem situace, kdy odloučení dítěte je nezbytné, a tak nezbývá, než nalézt takové možnosti, jak rodinu podpořit v tom, aby mohla být pospolu (Tracy a McDonell, 1991). Mezi takové příležitosti patří sociální rehabilitace jako služba sociální prevence, která prostřednictvím sanace rodiny podporuje rodinné příslušníky v rozvoji jejich specifických schopností a dovedností v péči o dítě (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Při poskytování služeb sociální prevence je zapotřebí počítat s tím, že se bude jednat o náročný a dlouhodobý proces, do kterého jsou začleněny rodiny s vážnými obtížemi (Úlehla, 2005). Jak dále Úlehla (2005) popisuje, abychom všechny členy skupiny dokázali úspěšně aktivizovat a přimět k řešení potíží, je primárně nutný pravidelný a dlouhodobý kontakt pomáhajících pracovníků. S tímto názorem se shodují i Gojová a Musil (2013), kteří tvrdí, že účinným nástrojem, jak těmto rodinám adekvátně pomáhat, je ze strany zařízení nutné zajistit (dle individuálních potřeb rodiny) síť služeb, a to prostřednictvím pomáhajících profesí. Sociální služby poskytované rodinám se dle Matouška et al. (2007) odlišují podle **délky trvání** (akutní krátkodobé až dlouhodobé), **prostředí** (poskytované v rodinném prostředí, krizovém centru, v institucionálním zařízení, případně jiném), **dle metod** zdravotní a sociální práce s rodinou (poradenství, terapie, léčebné či jiné), **dle podnětu** ke spolupráci s rodinou (ohrožení dítěte, ohrožení dospělého, atd.).

3.2.4 Případové konference

Mezi nejzákladnější metody sanace, kam patří i jedna z jejích složek sociální rehabilitace je dle Bechyňové a Konvičkové (2011) realizace případových konferencí, za účelem společného setkání multidisciplinárního týmu a ohrožené rodiny k nalézání ideálního řešení rodinné situace. Prapůvod případových konferencí je oficiálně ukotven v legislativě Nového Zélandu z roku 1989, kdy do pomoci ohrožené či jinak zatížené rodiny jsou do procesu pomoci a spolupráce zainteresováni členové širší rodiny a tento způsob podpory je velice pozitivně kvitován i v našem systému péče o ohrožené rodiny, kdy je více než zřejmé, že případové konference za jistých podmínek mohou přimět členy skupiny k aktivní účasti podílet se na řešení vlastní situace (Children, Young Persons and Their Family Act, 1989). Hlavním úkolem případových setkávání je společně opatřit co nejobjektivnější a nejpodrobnější zhodnocení rodinné situace s přerozdělením jednotlivých úkolů všem členům zainteresovaných stran (Bechyňová a Konvičková, 2011). Výsledkem

těchto konferencí je sestavení individuálního plánu péče rodiny, jenž obsahuje různé etapy pomoci. V něm se vyspecifikuje, kdo jaké má kompetence, jaké postupy a do kdy budou dílčí úkoly splněny (Bechyňová a Konvičková, 2011). Případová práce standardně zahrnuje zpravidla čtyři fáze procesu: sociální šetření, vyšetření, intervenci a ukončení (Havrdová a Nováková, 1995). Praktické zkušenosti jasně dokládají fakt, že se jednotlivé fáze vzájemně prolínají, přestože je každá svým způsobem specifická (Havrdová a Nováková, 1995). Před realizací případové konference je zcela nezbytné mít veškeré činnosti a kroky pomoci důsledně promyšleny (Hrdinová, et al., 2010). Musíme je provádět koordinovaně, skrze potřebné obory, dle předem stanovených pravidel (Hrdinová, et al., 2010). Hrdinová et al. (2010), která má velké zkušenosti s pořádáním případových setkávání uvádí, že významným cílem je výměna informací, zhodnocení rodinné situace a vyhledat ideální řešení. Nejdůležitějším krokem je stanovení cílů a finální fází je vytvoření sítě odborníků a organizací (Hrdinová, et al., 2010). Burford a Hudson (2000) zabývající se případovými konferencemi uvádějí nejdůležitější principy rodinných konferencí, které bychom měli v praxi respektovat. Jedná se o **právo na seburčení** (každý člen zainteresovaný do procesu sanace má právo samostatně se rozhodovat) **zachování přirozeného prostředí** (podpora rodině by měla být nacházena v první řadě v širším okruhu příbuzných), **zplnomocňování** (posilování kompetencí rodiny jako celku), **respektování individuálních zvláštností** (kulturní, etnické, náboženské odlišnosti jedince), **bezpečnost** (je naprostou prioritou), spolupráce s formálními a neformálními zdroji podpory (tato spolupráce je často podmínkou úspěchu rodinné konference).

3.3 Fáze sanace rodiny v podmínkách dětského centra

Ze zkušenosti již víme, že k tomu, abychom rodiče přiměli k aktivní spolupráci, je bezpodmínečně nutné být dobře a pohotově připraven (Navrátil a Musil, 2007). To znamená, mít předem řádně naplánovány postupy a jednotlivé kroky sociální práce a naši pozornost směřujeme individuálně ke každému jednotlivci (Navrátil a Musil, 2007). Při kontaktu s ohroženou rodinou vycházíme z individuálních způsobů práce, jednotlivé fáze a kroky sanace jsou podobné postupům, které uvádí Bechyňová a Konvičková (2011) v odborné literatuře. Níže jsou následně uvedeny úseky podpory rodiny, které jsou přizpůsobeny požadavkům a potřebám dětského centra tak, aby

výsledky sociální a zdravotní pomoci byly účinné. Jedná se o modifikaci fází, jak je uvádí Bechyňová a Konvičková (2011) v kapitole o průběhu procesu sanace:

- a.) *oslovení ke spolupráci příslušné orgány sociálně-právní ochrany dětí* (jedná o klíčový moment, jehož účelem je předání všech relevantních informací o rodině a nacházení dalších postupů podpory, tato fáze je v praxi většinou příznivě zaručena díky intenzivní a ochotné spolupráci všech orgánů, a to ještě dříve, než dojde k samotnému společnému setkávání)
- b.) *podmínkou vážného zřetele se jeví důkladné nastudování rodinné, sociální a zdravotní dokumentace* (souhrnná znalost rodinné anamnézy nám může rozkrýt celou řadu společných znaků a důvodů, pro které rodinu řadíme do kategorie ohrožených a na základě kterých je možné nastavit účinnou pomoc)
- c.) *precizní znalost aktuální rodinné situace je nutností* (součástí této fáze je nezaujatě posoudit rodinné poměry, díky kterým lze zjistit řadu překážek, které mohou bránit procesu sanace rodiny či naopak)
- d.) *zajistit intenzivní spolupráci s rodinou* (účelem je odhalit představy, možnosti a potřeby rodiny, umění komunikačních dovedností a umění naslouchat je nezbytné; taktéž jasné stanovení a vysvětlení pravidel, kompetencí, práv a povinností; pokud je to přijatelné, klademe důraz na spolupráci s širší rodinou, pozn. autora: opakovaně zjišťujeme, že teprve přijetí dítěte do dětského centra příznivě ovlivňuje postoj rodiče k procesu sanace)
- e.) *sestavení multidisciplinárního týmu dle potřeb rodiny* (jednotliví odborníci jsou do procesu sanace zainteresováni nezávisle, systematicky dle naléhavých požadavků; spolupráce týmu je variabilní avšak provázaná z důvodu vzájemného ovlivňování)
- f.) *vypracování individuálního plánu podpory* (předpokladem úspěšného programu je aktivní účast všech složek multidisciplinárního týmu včetně rodiče; nevyhnutelnou podmínkou je vyjádření všech zúčastněných stran; v této fázi rozdělujeme faktické úkoly a povinnosti, ujednáváme již jasný průběh procesu)
- g.) *hodnocení procesu sanace* (dosavadní úkoly a cíle hodnotíme průběžně v pravidelných intervalech, především z praktických důvodů, kdy je zapotřebí pružně reagovat na změny v rodině; hodnotíme především rodiče a to co nejvíce)

pozitivně; provádíme motivační hodnocení, abychom rodiče udrželi v aktivní fázi).

3.4 Teorie motivace a teorie jednání

3.4.1 Motivace

Motivace je proces, kdy motivy (neboli podněty), které přicházejí z vnějšku, aktivují rodiče k dosažení určitého cíle (Vízdal, 2009). U rodiče se tak dostávají prožitky, které uspokojují jeho potřeby a tím stimulují jeho chování a jednání (Vízdal, 2009). Motiv, jsou funkční prvky, které jsou základem lidského chování a následným vyjádřením jejich účinků (Nakonečný, 1999). Abychom rodinu přiměli k aktivní spolupráci, je zapotřebí využít všech motivačních prostředků (Čáp a Mareš, 2001). Motivace má vliv na aktivitu a prožívání jedince a udává směr k dosažení cíle (Čáp a Mareš, 2001). Jak uvádějí Čáp a Mareš (2001), motivace může nejen pobízet k výkonu, v opačném případě, může špatnými přístupy zcela demotivovat. Chceme-li rodiče řádně a úspěšně motivovat, musíme vědět, jaké jsou jeho potřeby a přání (Říčan, 2007). Jaké mají očekávání, co je hlavním stimulem jeho spolupráce, ale také čeho se například obává (Říčan, 2007). Při motivaci rodiče je nutné mít stále na mysli, že podněty nepřicházejí pouze z vnitřního prostředí, ale i jako vnější podněty, které na sebe vzájemně působí a vzájemně se ovlivňují (Deci a Moller, 2005). Motivace, která přichází „zevnitř“ rodiče, má přímou souvislost s jeho charakterovými vlastnostmi (Smékal, 2004). Taktéž je ovlivňována mnoha dalšími okolnostmi, především pak ale vedením rodiče k samostatnosti (Sharp et al., 2006). Sharp et al. (2006) uvádějí, že skrze zájem o dítě, jsou rodiče dobře motivováni k dalším aktivitám. V praxi se často setkáváme se silnými motivačními stimuly v podobě emocí a potřeb (Říčan, 2007).

Jak uvádí Konečná (2003), na to, zdali se matka stane matkou, nestačí jen její mateřský pud. Matku musíme motivovat v jejích potřebách a posilovat její pocit zodpovědnosti, aby se uměla svobodně rozhodnout (Konečná, 2003). Při práci s rodinou je výhodné se zajímat, jaké konkrétní typy motivů mají vliv na jejich činnost a aktivitu, při které dosáhnou uspokojení (Smékal, 2004). Hovoříme o motivech, které jsou trvalejšího charakteru, které jsou vázány na osobnost člověka (Mezera, 2006). Mezera (2006) také uvádí, že s motivací úzce souvisí struktura jeho zájmů, které vycházejí právě

z osobnosti každého člověka. U každého rodiče se utváří specifická sktruktura potřeb, ze kterých následně vyplývají individuální motivační zaměření (Pavelková, 2002). Životní hodnoty jedince se vyvíjí s ohledem na prostředí, ve kterém se pohybuje a tím se ve svých potřebách významně vyhraňuje (Helus, 2004).

3.4.2 *Jednání*

Pojem jednání je v sociální práci hojně užíván ve smyslu účelového chování rodiče, který reaguje na určité podněty, na základě kterých dochází ke změně nějaké situace či postoje k dosažení požadovaného cíle (Hartl a Hartlová, 2015). Podobně jednání definuje Mucha (2000), který uvádí, že na základě smysluplné činnosti rodič jedná, tak aby uspokojil své potřeby a zároveň dostal své povinnosti. Nohejl (2007) prezentuje jednání, jako chování, které je orientováno k určitému cíli. Odborníci zabývající se jednotkou jednání se názorově velmi ztotožňují. Příkladem je Thompson (2004), který základní jednotku sociálního jednání složil z *jednajícího*, z *cíle*, kterého se má dosáhnout, *výchozí situace* a *způsobu vztahu* mezi jednotlivými složkami. Při vzájemné spolupráci s rodičem musíme nutně zohledňovat jeho osobnostní předpoklady, protože, jak prezentuje Vyskočil (2000), jednání není reakcí na podněty z vnějšku, ale jedná se o projev osobnosti zevnitř.

U pomáhajících profesí je jednání (s klientem) spojeno především s lidskými hodnotami, uznávanými pravidly a normami chování (Kopřiva, 1999). Dodržování těchto zásad je zárukou dobrého vztahu mezi rodičem a pracovníkem zařízení (Kopřiva, 1999). Nejen tyto hodnoty, jak uvádí Kopřiva (1999), ale také vrozené motivy, kterými jsou například emoce, ovlivňují naše i rodičovo jednání. Hodnotu chápeme jako něco, co má pro nás velký význam, co preferujeme před vším ostatním, čeho si vážíme (Goldmann a Cichá, 2004). Na základě toho můžeme vyhodnotit, zdali je jednání správné a dobré, či špatné a zlé (Goldmann a Cichá, 2004). Při práci s ohroženou rodinou je zapotřebí, jak praví Goldmann a Cichá (2004), respektovat odlišnosti mezi našimi hodnotami a hodnotami druhého. Pokud žebříček hodnot druhého jedince pochopíme, porozumíme i jeho jednání (Goldmann a Cichá, 2004).

Dle Nakonečného (2005) motivace a jednání spolu významně souvisí. Aby rodič začal jednat, musí být splněna podmínka dosažení nějakého cíle. Tudíž motivace nám určuje

nejen způsob, ale především účel jednání a v konečném výsledku dosahujeme požadovaného cíle (Nakonečný, 2005).

3.4.3 Sociální práce s rodinou

Při poskytování podpory ohrožené rodině musíme počítat s nejširším spektrem problémů (Matoušek, 2008). V sociální práci dle Matouška (2008), je souhrnně nazýváme jako mnoho-problémové rodiny. Z této skutečnosti jasně vyplývá, jak uvádí kupříkladu Navrátilová (2011), že před samotným zahájením spolupráce, musíme provést celkové posouzení rodinné situace.

Sociální práce je dnes samostatným vědním oborem, který se vyznačuje svými specifickými metodami a teoriemi, využívá multidisciplinární spolupráce pomáhajících profesí (Matoušek et al., 2012). Jak uvádí Matoušek et al. (2012), tyto postupy jsou nejrůzněji modifikovány dle aktuálních potřeb ohrožené rodiny. Sociální práce je velice variabilní a dokáže pracovat, jak s jednotlivcem, tak celou rodinou, se skupinami všeho druhu (Matoušek et al., 2012). Při práci s ohroženou lze dle Matouška et al. (2012) rozdělit sociální práci na tyto tři úrovně:

- **Skupinová práce** – která je zaměřena na práci se skupinou, kde je cílem klientovi poskytovat zpětnou vazbu, objektivní náhled na problematiku či vnést do případu nějaké řešení.
- **Práce s rodinou** – má již specifickou podobu, kde se pracuje s užší skupinou zacílenou na aktivity, které vycházejí z individuálních potřeb rodiny. Cílem je pak zlepšit celkový stav rodinné situace a její fungování.
- **Komunitní práce** – se zaměřena na nejrůznější společenství s cílem řešit místní problematiku a potřeby této skupiny.

Cílem sociální práce je dle Zastrowa (2012), podpořit rodiče ve schopnostech a dovednostech při odstraňování ohrožení a řešení problémů. Umožnit mu navázání na adekvátní síť doprovázejících zdravotních a sociální služeb, rozvíjet a zlepšovat jeho dosavadní dovednosti s cílem co nejvíce se osamostatnit a zvládat situace běžného života (Zastrow, 2012).

3.5 *Hodnocení funkčnosti rodiny v procesu sanace*

Chceme-li objektivně posuzovat a vyhodnocovat aktuální rodinnou situaci, je nezbytné toto prostředí důkladně poznat a se všemi jejími členy dlouhodobě fakticky pracovat (Matoušek, 2003). Jak podobně uvádí Matoušek (2003), a jak dokládá praktická zkušenost, dostatečně kvalifikovaný pracovník musí mít přijatelný prostor a čas věnovat se rodině, což často není možné splnit z důvodu velkého přetížení těchto odborníků. Je nutné si uvědomit, že hodnocení vyžaduje velmi náročnou komplexní zdravotní a sociální práci, kdy každého člena skupiny posuzujeme individuálně z hlediska medicínského, psychologického, sociálního (Matoušek, 2003). Velké pozornosti odborníků a především pak sociálních pracovníků si zasluhují mimořádné situace, které trvají dočasně, ovšem jsou v životě rodiny zcela zásadní (Šrajer a Musil, 2008). Hovoříme kupříkladu o narození dítěte, rozvodu, ztrátě zaměstnání, což způsobuje, že se některý z členů s těmito situacemi nedokáže vypořádat a jsou pro ně naprosto neřešitelným úkolem (Šrajer a Musil, 2008). Jak oba autoři uvádějí, změny lze dosáhnout, budeme-li pracovat na podpoře opačných faktorů, které zapříčiňují onu svízelnou situaci, což v praxi znamená, že tlumíme negativní faktory a opačně posilujeme ty pozitivní (Šrajer a Musil, 2008). K tomu je ovšem zapotřebí dobře posuzovat a vyhodnocovat rodinné prostředí (Šrajer a Musil, 2008).

Hodnocení rodiny se stává významným článkem sociální práce především tehdy, uvažujeme-li o navrácení dítěte zpět do rodinného prostředí (Matoušek a Pazlarová, 2010). Výsledkem tohoto úsilí je interpretace, zda následně pracovat s dítětem či dospělým (Matoušek a Pazlarová, 2010). Úvodní vyhodnocování situace dítěte a rodiny nám v praxi slouží ke zjištění, o jak závažné ohrožení se jedná, jak je situace akutní, a jak rychle je zapotřebí situaci řešit (Pemová a Ptáček, 2012). Komplexní vyhodnocení situace by mělo být zaměřeno na nejrůznější oblasti potřeb všech členů skupiny a k tomu, abychom mohli s rodinou aktivně spolupracovat, je nutné souhrnně vyhodnocovat též situaci z let předešlých (Pemová a Ptáček, 2012). Podle Matouška (2003), ale také Bechyňové a Konvičkové (2011) musíme vždy vycházet ze znalosti celé skupiny. Nejlepším východiskem je, pokud se na posuzování podílí celý multidisciplinární tým (Matoušek, 2003). Hodnocení požadavků ohrožené rodiny vykresluje snahu komplexně zaregistrovat aktuální stav jedince a následně propojit ukazatele objektivní, subjektivní

a sociální, což v praxi znamená brát na zřetel časový a vývojový rozměr (Karls a O'Keefe, 2008). To znamená, co předcházelo situaci a jakým směrem se bude s největší pravděpodobností posouvat (Karls a O'Keefe, 2008). Podle Hersena a Amermana (2000) faktory environmentální povahy jako je například chudoba, tak vlivy biologické či genetické způsobují problémy, které vystavují dítě a rodinu ohrožení, což je důležité zohledňovat při hodnocení celé situace. Závěrem procesu hodnocení by neměl vznikat seznam toho, co dělá rodina špatně, protože tímto jsou členové multidisciplinárního týmu v objektivním pohledu na věc dále ovlivňováni (Berg, 1994).

3.5.1 Modely hodnocení uplatňující se v praxi

Z důvodu praktického využití se v procesu sanace rodiny stále více odborníků přiklání k modelu hodnocení, který byl vytvořen britskými odborníky ministerstva zdravotnictví, který se doslovně jmenuje *Rámec pro hodnocení potřebných dětí a jejich rodin* (*Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*) a ve třech oddílech posuzování se zaměřuje na **vývojové potřeby dětí**, dále na **kapacitu rodičů** (to, jak zajišťují péči a bezpečí dítěte, emocionální vřelost, atd.) a **faktory vztahující se k rodině a prostředí** (Department of Health, 2000). Škála hodnocení může být rozličně modifikována dle potřeb multidisciplinárního týmu s ohledem na problém rodiny a při vlastním šetření se využívá především rozhovorů se všemi jejími členy (Department of Health, 2000). Dále pak posuzovacích škál, méně dotazníkového šetření (Department of Health, 2000). Tvůrcem podobného, *Darlingtonského systému hodnocení rodiny* (*Darlington Family Assessment System, DFAS*), je Wilkinson (1998), který posuzování rozdělil do třech kategorií a to: **na problémy dítěte, problémy rodičů a na fungování celé rodiny**. Doporučenými postupy při vyhodnocování skupiny je dle Wilkinsona (1998) taktéž strukturovaný rozhovor s jednotlivými členy skupiny a je prospěšné obě zmiňované metody dle potřeb kombinovat. Velmi podobně doporučují kombinovat více metod i Matoušek a Pazlarová (2010) a v práci s ohroženou skupinou uvádějí jednotlivé metody, které lze užít jako praktické vodítko:

- rozhovor směřován na chování posuzovaného
- rozhovor zaměřován se chování ostatních členů rodiny
- rozhovor zaměřen na fungování rodiny jako celku
- pozorování spontánních vzájemných vazeb mezi členy rodiny

- pozorování vzájemných vazeb v rodině po zadání určitého úkolu
- dotazníky a testy
- sestrojení genogramu vyjasňující příbuzenské vztahy
- strukturované techniky
- rozbor dokumentů
- ekomapa

Náročným, avšak podstatným úkolem, který se z pohledu odborníků jeví jako účinný, je vytvoření sítě rodinných vztahů tzv. ekomapu, jenž čitelně vyjadřuje povahu těchto vazeb, která se doporučuje zpracovávat společně s klientem a multidisciplinárním týmem (Sheafor a Horejsi, 2014). Při posuzování situace významně záleží na tom, jak budeme k rodině přistupovat, jaké vzájemné vztahy budou mezi námi panovat, jak zdůrazňují Matoušek a Pazlarová (2010), aby docházelo k co nejmenším neobjektivním hodnotícím výchytkám. Holland (2011) tvrdí, že subjektivní prvek při hodnocení rodiny nelze nikdy vyloučit.

3.5.2 *Nezdolnost – resilience*

Nezdolnost čili resilience je proces, který se v praxi velice často objevuje u rodin, kdy umožňuje jednotlivcům s ohledem na jejich schopnosti a dovednosti odolávat negativním vlivům (Kebza, 2005). Vznikají na základě nepříznivých a náročných životních situací (Kebza, 2005). Při hodnocení situace se zaměřením na nezdolnost je potřeba při práci s rodinou věnovat pozornost tomu, co se v ní aktuálně děje a využívá se k tomu specifických nástrojů, kterými jsou The Self-Report Family Inventory (Baevers a Hampson, 1990), Multi-Problem Screening Inventory (Hudson a McMurtry, 1997), The McMaster Family Assessment Device (Epstein et al., 1983). Dle Baeverse a Hampsona (1990), Hudsona a McMurtryho (1997) s hodnocením bezprostředně souvisí: identifikace aktuálního stresu, seznámení s předstresovou situací, zhodnocení dopadu stresoru na rodinu, zkoumání postojů a hodnot rodiny, vzájemné vztahy v rodině atd. (podrobně lze nalézt ve shora uvedené literatuře). Výzkumem rodinné resilience se zabývají Greeff a Human (2004), kteří ji popisují jako proces, který ohrožené rodině napomáhá udržovat či znovu obnovovat harmonii a rovnováhu uvnitř skupiny. Autoři navíc zdůrazňují fakt, že je nesmírně přínosná pro multidisciplinární tým (Greeff a

Human, 2004). Pokud totiž víme, co posiluje fungování rodiny, co jí pomáhá zvládat náročné situace, jsme schopni přímo a účinně poradensky či terapeuticky posilovat jejich zdroje sil, rozšiřovat možnosti pomoci a pracovat s jejich hodnotami (Greeff a Human, 2004).

3.5.3 Komunikační dovednosti

Získání důvěry, navázání dobrého vztahu s rodinou a její aktivní spolupráce je nesmírně důležitá pro zvládnutí celého procesu sanace (Sheafor a Horejsi, 2014). Ovšem, jak skutečnost napovídá, neobejde se bez schopnosti komunikace a zvládnutí umění rozhovoru (Sheafor a Horejsi, 2014). V praxi shledáváme zvládnutí přijatelné komunikace s rodiči, jako jednu ze zásadních momentů navázání aktivní spolupráce, proto se bezvýhradně ztotožňuji s názory Sheafora a Horejsiho (2014), kteří uvádějí, že komunikační dovednosti přispívají k tomu, aby se všichni zúčastnění pochopili, přijali, vzájemně se inspirovali, vycházeli si vstříc, nabídli si laskavě a srozumitelně radu nebo zpětnou vazbu ke svým činům a výkonům. Téměř totožně hovoří o komunikaci Vybíral (2009), který tvrdí, že srozumitelná a iniciativní komunikace přispívá k tomu, abychom si vzájemně porozuměli a proto musí být rozhovor předem důkladně připraven. Nedílnou součástí komunikace je projevit o rodiče opravdový zájem, který se mimo jiné projevuje i tím, že své komunikační dovednosti přizpůsobujeme úrovni, slovníku a postojům toho s kým komunikujeme (Vybíral, 2009). Pozor, abychom však svým přílišným zájmem druhého neodradili či nezastrašili, proto Vybíral (2009) doporučuje, aby pozornost věnována druhému byla ve zdravé míře, což je obvyklým nešvarem praxe. Podstatnou složkou komunikace, jak dokládají níže Nykl a Motschnig (2001), tak i Rogers (1997), je umění naslouchat. Pozorné naslouchání je přínosné, jak pro pracovníka Dětského centra, tak rodiče, díky němuž získáváme důležité informace, které v běžné komunikaci nemusíme postřehnout (Rogers, 1997). V komunikaci s rodiči vystupujeme laskavě a s uznáním, protože jak uvádí Seligman (2003), pozitivní komunikace utužuje a rozvíjí kvalitu vzájemný vztahů, což je při práci s touto kategorií lidí obzvlášť důležité. V praxi je tuto skutečnost nutné brát na zřetel, protože negativní, arogantní či výhružný postoj v komunikaci nám nedovolí navázat dobrou spolupráci s rodičem, který se díky nám stává neaktivní (Watzlawick, 2014).

V rozhovorech, které absolvujeme s rodiči, bychom neměli zapomínat na shrnutí situace, ukotvení důležitých zjištění, rad a pozitivních názorů, jenž rodiče vedou k aktivitě a důležitou součástí komunikačních dovedností je příznivé, objektivní zhodnocení stavu (Knopková et al., 1997). Ve fázi zahájení rozhovoru a jejím koncem je podstatné vyčlenit všem zúčastněným dostatečný komunikační prostor k vyjádření vlastních názorů a myšlenek, ovšem tato svoboda slova nesmí být natolik velká, aby se v ní jednotlivci neztráceli (Knopková et al., 1997). Získání plné důvěry rodiče v procesu nejen sanace, ale jakékoliv sociální práce je jedním z klíčových momentů, což významně pocítujeme při poskytování pomoci formou sociální rehabilitace, jak konec konců vedle Sheafora a Horejsiho (2014) dokládá i tvrzení Bergové (1994), která ve své odborné literatuře zmiňuje, že komunikační dovednosti a vedení rozhovoru jsou významným faktorem v získání jistoty. V rozhovoru s rodičem nezapomínáme na to, aby si uvědomil úspěšné životní kroky (Berg, 2014). Pokud díky vlastních schopnostem vedení rozhovoru a s ohledem na komunikační schopnosti identifikujeme momenty problematického chování, je to první krok k řešení rodinné situace (Berg, 2014). Druhým krokem je přimět rodiče aktivně spolupracovat (Berg, 2014). Na komunikační dovednosti uvnitř multidisciplinárního týmu mají vliv, jak pozitivní, tak negativní emoce, které jednoznačně ovlivňují celé klima ve skupině (Arrivé, 2004). Tyto nepřiměřené emoce jsou v praxi registrovány tehdy, jsme-li problémem nepřiměřeně zaneprázdněni a nekontrolovaně jsme do něj vtaženi anebo jsme výrazně ovlivňováni názory kolegů (Arrivé, 2004). Komunikace s rodinou musí být konstruktivní, to znamená, empaticky vnímáme druhého, snažíme se pochopit jeho postoje a názory, ohleduplně nasloucháme a respektujeme ostatní v týmu, respektujeme vzájemné vztahy v rodině a v náročných situacích se snažíme orientovat, abychom našli účinná a racionální řešení (Nykl a Motschnig, 2011).

3.6 Dětské centrum

Dětská centra nově vznikala po roce 2000 na bázi kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Součástí dětských center je lůžková část pro děti, ambulantní část, kojenecký ústav (resp. dětský domov) rodinného typu, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, denní zařízení, ubytovací zařízení pro matky či rodinné příslušníky s dětmi, včetně cvičných místností, s možností přijetí matky před porodem, rodinná

poradna, výjezdni tým pro péči přímo v rodině, příprava žadatelů o NRP (Schneiberg, 2012). Každé zařízení si dle aktuálních potřeb rodiny a dítěte zřizuje další návazné služby, přizpůsobuje prostory a podmínky tak, aby jim mohli nabídnout co nejširší a komplexnější pomoc šitou přímo na míru. Dětské centrum Jihočeského kraje ve Strakonici zahájilo svoji činnost v roce 2006 na základě pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení poskytující ucelenou interdisciplinární péči dětem, a to jakkoliv ohroženým na svém příznivém vývoji a výchově. Neodmyslitelnou součástí je pomoc jejich rodinám. Úkolem centra je snažit se obnovit jejich narušené funkce, jak je podobně uvedeno v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Kromě vedlejších činností, poskytuje dvě stěžejní sociální služby, které napomáhají citovaným aspirantům. Jedná se o **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** zřízeného dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, kam jsou umístěovány děti, jejichž rodiče neplní své základní rodičovské povinnosti, čímž dochází nejen k ohrožení výchovného prostředí, ale především k újmě na základních právech dítěte. Zachování vzájemných rodinných vazeb mezi rodičem a potomkem je možné za předpokladu splnění určitých podmínek. Tyto dnes můžeme naplňovat na základě poskytování sociální služby, která byla v minulosti dětským centrem znatelně postrádána a v současné době vnímána jako velmi žádoucí s efektivními účinky. Jedná se o službu **sociální rehabilitace** dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s cílem poskytovat komplexní pobytové služby dětem společně s jejich rodiči. Zřízení nové formy pomoci vycházelo a vychází ze základních principů a myšlenek dětského centra. Klíčovým úkolem je smysluplná, plánovaná a systematická podpora a spolupráce, způsobilá vzájemná komunikace při řešení aktuální situace s cílem navrátit dítě zpět do biologické rodiny, ve specifických případech do náhradní rodinné péče. Na základě dnešních zkušeností je více než jasné, že aktivní účast rodiny nebo alespoň jednoho jejího člena či širší rodiny je bezpodmínečně nutná. Jakákoliv podpora bez vlastní iniciativy a vůle podílet se na odstraňování negativních vlivů je takřka nemožné. Získat důvěru ze strany rodiče je právě jedním z nejvýznamnějších hledisek práce s problémovou rodinou, ale také tím nejtěžším úkolem.

3.6.1 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc prostřednictvím dětského centra ve Strakonících poskytuje komplexní péči dětem ve věku 0 – 18 let, především však kojencům a batolatům, dětem předškolního a mladšího školního věku. Ve výjimečných případech poskytuje pomoc též dětem starším dvanácti let, kdy se jedná zpravidla o děti ze sourozeneckých skupin, které by bylo nutno rozdělit do několika typů zařízení z důvodu jejich věku. Posláním dětského centra je nabízet dětem a rodinám komplexní podporu v tom nejširším slova smyslu.

3.6.2 Cílová skupina dětí

Do cílové skupiny nezletilých dětí přijatých do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc patří:

- děti, které se ocitly bez jakékoliv péče a jejich vývoj a život je vážně ohrožen
- děti, jejichž práva jsou vážně ohrožena
- děti zdravotně postižené
- děti fyzicky týrané
- děti psychicky týrané
- děti zneužívané

3.6.3 Služby poskytované prostřednictvím zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Na úvod této podkapitoly je zapotřebí zdůraznit, že každé zařízení typu zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc má zákonnou povinnost poskytovat základní činnosti. Ty se ovšem mohou významně lišit dle věkové struktury dětí, na kterou jsou jednotlivá zařízení specializována. Proto níže uvádíme služby, které jsou právě v gesci dětského centra ve Strakonících.

Hlavní náplní činnosti je:

- Zdravotní péče (zajišťována pediatrem, dětským neurologem, popřípadě dalším odborným lékařem, kdy se jedná o nejen běžné preventivní prohlídky, ale též o specializovaná diagnostická vyšetření s ohledem na specifické potřeby dítěte či k jeho umístění do náhradní rodinné péče).

- Ošetrovatelská péče (zajišťována odborným nelékařským zdravotnickým personálem, spočívající v celodenní zdravotní a ošetrovatelské péči dle individuálních potřeb a věku dítěte).
- Rehabilitační péče (zajišťována fyzioterapeutem, jehož úkolem je provádět různá rehabilitační cvičení dle specifických zvláštností dítěte).
- Psychologická péče (zajišťována dětským psychologem, který zabezpečuje psychologická a diagnostická vyšetření nejen pro účely náhradní rodinné péče, provádí též preventivní a terapeutické intervence, jak s dítětem, tak rodiči).
- Výchovná a pedagogická péče (zajišťována výchovnými a pedagogickými pracovníky, kteří všestranně rozvíjí osobnost dítě, zaměřují se na procesy učení a socializace, rozvíjí ho po stránce duševní i tělesné, učí ho dovednostem a zaměřují se dle Gillmana (2007) na uvědomování si vlastní identity, pedagogičtí pracovníci se zaměřují na vzdělávání, dle Průchy et al. (2001) na edukaci, která všestranně formuje osobnost dítěte, neodmyslitelnou součástí jsou mimo jiné výchovné a aktivizační činnosti dítěte).
- Speciálně pedagogická péče (zajišťována speciálními pedagogy zabývající se výchovou a vzděláním dětí s různým postižením či znevýhodněním, dle Pipekové (2006) rozvojem jeho osobnosti a co do maximální možné úrovně socializací a specifickými poruchami učení; poskytují logopedickou prevenci, ve spolupráci s dalšími odborníky provádí speciálně pedagogickou diagnostiku)
- Sociální péče (zajišťována sociálními pracovníky zaměřující se na odbornou pomoc při adaptaci dítěte v novém prostředí, prevenci, poskytují individuální sociální pomoc rodině; základní poradenství; poskytují intervence dle individuálních potřeb; spolupracují a konzultují aktuální situaci s odbornými institucemi).

Vybraní jednotlivci citovaných oblastí pracovního týmu dětského centra se úzce podílejí na sanaci rodiny a současně na jedné z jejích vybraných složek sociální rehabilitaci. Hlavním cílem činností, jak již bylo zmíněno výše, je umožnit dětem v co nejkratší době návrat zpět do biologické případně náhradní rodiny, prostřednictvím cílené, včasné a multidisciplinární pomoci. Neodmyslitelnou součástí procesu sanace rodiny na úrovni dětského centra je naplňování vedlejších cílů. Z tohoto vyplývá, že všechny kroky

procesu podpory jsou vzájemně provázané. Jedna složka bez druhé by nemohla fungovat, jak se nám mnohokrát v praxi ověřilo. Nutností je společně s multidisciplinárním týmem vytvářet podmínky pro poskytování řádné péče a to nejen dítěti, ale i rodině. Zaměřujeme se na sociální problémy, které jim znemožňují znovu začlenění do běžného rodinného života. Vytváříme takové prostředí, které by jim pokud možno trochu připomínalo domov, a proto je dětem zapotřebí alespoň částečně umožnit žít podle dosavadních návyků.

U dětí se zaměřujeme na celkový rozvoj osobnosti, fyzické i psychické schopnosti. Musíme za všech okolností respektovat citový život dítěte a umožňovat mu udržovat a navazovat rodinné, přátelské a mezilidské vztahy. Toho lze dosáhnout pečlivou přípravou individuálních plánů péče se specifikací jeho životních cílů. Podmínkou k dosažení tohoto úkolu je být senzitivní k dítěti a vnímat jeho přání, potřeby a tužby.

3.6.4 Zásady činnosti v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Přesné stanovení zásad poskytovaných služeb je nezbytnou nutností podpory vycházející z požadavků pracovníků dětského centra, tak, jak si je dle důležitosti v průběhu let uzpůsobili:

- a) *Vytvoření vnitřního prostředí nahrazující dětem v co nejširší míře domov (důležité je poskytovat služby přímo na míru potřebám dítěte, rozšiřovat nabídku zájmových aktivit, přijímat jejich názory, neopomínat na pochvalu, vytvářet dobré vztahy mezi dětmi a dospělými, věnovat se dětem individuálně, věnovat dítěti dostatek času, citu a lásky, uplatňovat práva dítěte, rozvíjet jeho schopnosti a dovednosti, zlepšovat jeho kvalitu života)*
- b) *Zaměřit se na nový přístup k dítěti, vykročit z tradičního pohledu podpory, který byl doposud uplatňován (v první řadě musíme udržovat, byť minimální vztah a kontakt mezi biologickou rodinou a dítětem, pokud není fyzický kontakt možný, udržujeme ho alespoň pomyslně připomínáním dítěti kam patří, v jistých případech zajišťujeme dovoz dítěte za rodičem, zaměřujeme pozornost ke zdokonalování tvorby osobních cílů a potřeb, zlepšujeme prostředí pro zdárný vývoj dítěte, zajišťujeme speciální pomůcky, registrujeme aktuální trendy ve výchovných, pedagogických a léčebných postupech, zdokonalujeme týmovou*

spolupráci s rodinou, nabízíme další návazné a především dostupné služby dle potřeb rodiny)

- c) *Zajišťovat odborný a dostatečně erudovaný personál podílející se na sanaci rodiny* (pro kvalitní spolupráci s rodinou je zapotřebí získávat odborně kvalifikovaný personál dle aktuální situace, do procesu sanace začleňujeme odborníky zabývající se konkrétní problematikou, umožňujeme dozdělování pracovníků v moderních metodách zdravotní, ošetrovatelské, výchovné a sociální práci, taktéž komunikačních dovednostech zaměřené na všechny oblasti lidských potřeb)

3.7 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace, která je vybranou složkou sanace rodiny patřící do skupiny služeb sociální prevence v podobě sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi, napomáhající zabránit sociálnímu vyloučení (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Důvodem vyloučení může být ohrožení rodiny dané krizovou situací, nevhodnými životními návyky, způsobem života, jenž může směřovat ke konfliktu se společností či sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jedná se o soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Hlavním cílem sociální rehabilitace je podpora rodiny tak, aby rodiče mohli opět zosobňovat sociální role, což by přispívalo k jejich samostatnosti (Anthony a Farkas, 2012). Účinným prostředkem sociální rehabilitace, jak uvádí Stárková et al. (2003) je zapojení rodiče do pracovního procesu, čímž si posilují své schopnosti a dovednosti. Přestože autoři Stárková et al. (2003) tento způsob aktivizace vidí spíše u skupin, kterým je poskytována především ambulantní péče, v případě dětského centra (i když rodiče využívají pobytové služby), má spíše ambulantní charakter. Tím, že rodič zůstává v kontaktu s jeho přirozeným prostředím, může nepřetržitě fungovat v dosavadních sociálních rolích, což udržuje a případně i zlepšuje jeho kvalitu života (Stárková et al., 2003). Úkolem sociální rehabilitace je snažit se u rodičů udržet dosavadní existující schopnosti a ty pokud

možno společně s dovednostmi rozvíjet, tak aby byli všichni schopni samostatného, co nejvíce nezávislého způsobu života (Mahrová et al., 2008). Smyslem pomoci je minimalizovat faktické potíže všech členů rodinného prostředí, které proces sanace nesporně ovlivňuje a může zcela zabránit nebo co možná nejdéle odložit odebrání dítěte z biologické rodiny (Bechyňová a Konvičková, 2011). Proto má v systému péče o ohrožené rodiny své nezastupitelné místo (Bechyňová a Konvičková, 2011). Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám s překonáním jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Sanace rodiny se prolíná skrze různé sociální služby ovšem velký význam má poskytování sociálního poradenství, jenž rodině přináší potřebné informace přispívající k řešení svého aktuálního stavu (Janoušková a Nedělníková, 2008). Sociální poradenství patří díky svému účinnému působení mezi neodmyslitelné základní činnosti všech druhů sociálních služeb (Janoušková a Nedělníková, 2008).

3.7.1 Sociální rehabilitace poskytovaná dětským centrem

Sociální rehabilitace je Dětským centrem Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonicih poskytována od roku 2008 jako pobytová služba. V praxi se tedy jedná o zácvikové centrum pro matky a rodinné příslušníky, kteří potřebují pomoci s osvojením si dovedností spojených s péčí o dítě (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jedná se soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem výkonu běžných pro samostatný život nezbytných činností (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Klíčovým cílem dětského centra je systematicky provázat obě výše uvedené služby (zařízení pro děti vyžadující pomoc a sociální rehabilitaci) tak, aby vzájemně a především souhrnně poskytovaly účinnou a smysluplnou podporu ohrožené rodině. Účelem pomoci je všem členům nabídnout takový souhrn služeb, které budou vycházet z jejich individuálních potřeb a budou dle možností navazovat na jejich dosavadní způsob života. Velký důraz je přitom kladem na upevnění vztahu mezi rodičem a dítětem a na zvládnání sociálních dovedností v rámci přijetí nové mateřské role. Podstatným prvkem efektní prevence je oddálit umístění dítěte mimo vlastní rodinu. Významným úkolem v případě umístění dítěte do dětského centra je jeho brzké navrácení zpět do biologické rodiny.

3.7.2 Cílová skupina osob

Během několika let se cílová skupina klientů, jimž je v současné době poskytována služba sociální rehabilitace výrazně vyprofilovala s ohledem na možnosti a profesní schopnosti pracovníků dětského centra. V aktuálních podmínkách dětského centra sanaci poskytujeme:

- matkám či rodinným příslušníkům, kteří potřebují pomoc v zácviku a osvojení si dovedností spojených s péčí o dítě
- matkám či rodinným příslušníkům, jejichž dítěte bylo svěřeno do zařízení v rámci výkonu sociálně-právní ochrany dětí
- matkám či rodinným příslušníkům, u nichž je velká pravděpodobnost, že dítěte bude svěřeno do zařízení v rámci výkonu sociálně-právní ochrany dětí
- matkám či rodinným příslušníkům, kteří na základě svého zdravotního omezení potřebují pomoci v zácviku a osvojení si dovedností spojených s péčí o dítě
- matky řešící obtížnou životní situaci v souvislosti s diskrétním porodem

3.7.3 Negativní vymezení cílové skupiny

Jelikož jsme během několika let praxe opakovaně získali negativní zkušenosti s rozličnou cílovou skupinou, to nás přimělo k vyspecifikování té, pro kterou nejsme schopni především po odborné stránce poskytnout dostatečně kvalifikovanou pomoc. Jedná se o:

- matky či rodinné příslušníky s problematickým pitím alkoholu, drogově závislí
- matky či rodinné příslušníky výrazně narušující soužití druhých svými agresivními projevy chování
- matky s pohlavním onemocněním v akutním stadiu
- matky s psychotickou poruchou, při níž mohou ohrozit sebe i druhé
- matky s psychiatrickou diagnózou, při níž mohou ohrozit sebe i druhé

Pro potřeby této práce je nutné uvést, že sociální rehabilitace není určena matkám a rodinným příslušníkům, kteří řeší nepříznivou sociální situaci spojenou se ztrátou bydlení. Sociální rehabilitace nenahrazuje sociální službu typu azylového bydlení. Hlavní příčinou přijetí matky či rodinného příslušníka do procesu sanace je vždy nezvládání základních rodičovských kompetencí.

3.7.4 Služby poskytované prostřednictvím sociální rehabilitace

Poskytované služby prostřednictvím sociální rehabilitace vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Míjíme tím:

- **základní sociální poradenství**
- **nácvik dovedností v péči o dítě** (nastavení pravidelného režimu dítěte, provádění hygieny dítěte, nácvik techniky kojení, příprava a podávání výživy, preventivní zdravotnická a ošetrovatelská péče, výchovné a stimulační techniky v péči o dítě apod.)
- **nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnost a další činnosti, které vedou k sociálnímu začlenění** (stravovací a hygienické návyky, péče spojená s chodem domácnosti včetně hospodaření s finančními prostředky)
- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** (doprovázení do školských zařízení, do zaměstnání, k lékaři, zájmové a jiné dobrovolné aktivity, využívání běžných dostupných veřejných služeb, praktické využívání veřejných informačních zdrojů, nácvik komunikačních dovedností především v osobních záležitostech, korespondenci, podpora a pomoc směřující k udržení, obnovení nebo získání schopností nezbytných k samostatnému či co nejméně závislému uspokojování psychosociálních potřeb)
- **pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** (pomoc při získávání finanční podpory, zprostředkování kontaktu s úřady, nabídka dalších možností podpory, zpracovávání písemných podkladů, pomoc při jednání se správními orgány, nestátními institucemi a odborníky)
- **aktivizační činnosti** (upevňování a rozvíjení dosavadních schopností a dovedností ve všech oblastech lidského jednání a chování)

3.7.5 Aktivizační programy prostřednictvím dětského centra

Veškeré aktivizační programy jsou v rámci dětského centra s rodiči koncipovány s ohledem na jejich aktuální potřeby a jako účinné se nám jeví vytvořit mezi rodičem, dítětem a pracovníkem úzký a důvěrný vztah (Pogády et al., 1993). Skupinové aktivizační programy se nám v praxi příliš neosvědčili z důvodu toho, že někteří

členové skupiny svým chováním působili na ostatní rušivě, podobnou zkušenost uvádí Hornáková (1999) zabývající se léčebnou pedagogikou. Aktivizační program v gesci dětského centra je proces, který by měl rodiče vést k aktivnímu zapojení do řešení vlastní situace (Kozáková a Müller, 2006). Aktivizační techniky užívané prostřednictvím dětského centra mají podobu spíše volnočasových aktivit, ovšem v případě, že rodič není zaměstnán v pracovně právním vztahu, mohou částečně nahrazovat zaměstnání (Kozáková a Müller, 2006). Jak uvádí Kozáková a Müller (2006) měly by především rodiče aktivovat k vyhledávání volných pracovních míst a zapojení se do běžného pracovního procesu. Při spolupráci s rodinou vycházíme z Pfeifera (1990), který tvrdí, že aktivizační techniky mohou probíhat i formou instrumentálních denních činností, které si modifikovaně upravujeme s ohledem na potřeby skupiny. Aktivizační programy by měly vést k tomu, aby se rodič stal nezávislý na pomoci druhého a tím mohl prožívat smysluplný život ve svém přirozeném prostředí tak, jak byl zvyklý před přijetím na sociální rehabilitaci (Kozáková a Müller, 2006). Abychom dosáhli kýženého úspěchu, musíme naši pozornost zaměřovat na **sebeobsluhu** (dovednosti spojené s hygienou, stravováním, apod.), na **činnosti denního života** (dovednosti spojené s péčí o dítě a domácnost, nastavení režimu dne, dovednosti spojené s hospodařením s financemi či plánování jednotlivých denních činností – nákup, úklid, vaření, zajištění péče o dítě, zaměstnání, návštěva institucí, úřadů apod.), na **komunikační dovednosti** (přijatelná komunikace mezi členy rodiny, umění komunikovat s úřady, se společnostmi, schopnost sdělit svá přání, názory a potřeby, porozumět požadavkům společnosti), jak uvádějí (Kozáková a Müller, 2006). Pfeifer (1990) zmiňuje, že nácvik soběstačnosti je možný tehdy, pokud je rodič s nabízenými činnostmi spokojen a souhlasí s nimi.

Z hlediska pracovníků dětského centra je zcela kontraproduktivní, rodiče do jakékoliv činnosti nutit (Konečná, 2003). Důležité je nacházet vhodné aktivity, které mohou být účinné, se kterými se rodič ztotožní, proto pozitivní motivace je nedílnou součástí dobré praxe (Smékal, 2004). Lpíme na zachování důstojnosti člověka, tempo podpory musí být přijatelné, pravidelnost, spolehlivost a dobrá organizace činností je pro úspěšnou sanaci rodiny klíčová, jak se dočítáme například v Matouškovo (2008) odborné publikaci.

3.7.6 *Zásady činnosti sociální rehabilitace*

Naplňování primárního obsahu a dosažení požadované úrovně účinku sociální rehabilitace musí vycházet z jednoznačně nastavených pravidel a principů, jenž byly za dobu přímé péče pracovníky dětského centra ověřeny jako prospěšné, ze strany rodiče vyžadované a akceptovatelné. Zásady činnosti musejí být pochopitelně přizpůsobovány aktuální situaci a potřebám rodiny, především pak dítěti. Jednou z důležitých podmínek přijetí rodiče do dětského centra je seznámení se předem s pravidly služby a závazný souhlas s jejich dodržováním. Principy, cíle a zásady podpory se záměrně vzájemně prolínají z důvodu, že jedna bez druhé nemohou správně působit, proto je uvádíme společně:

- a) *Vytvoření vnitřního prostředí rodičům tak, aby v co nejširší míře připomínal domov* (podmínkou dobré praxe je umožnit rodině v důležitých okamžicích žít alespoň částečně dle dosavadních návyků, poskytujeme účinné a patřičné služby dle potřeb rodiny, rozšiřujeme nabídku pracovních a zájmových aktivit, přijímáme názory a přání rodiče, podporujeme vytváření a udržování vztahů se společnostmi, respektujeme prožívání samostatného života a partnerských vztahů a právo na soukromí, trvale rozvíjíme osobnost členů rodiny po stránce psychické i fyzické, respektujeme emocionální život rodiče a podporujeme navazování přátelských, rodinných a mezilidských vztahů, poskytujeme podmínky pro reálné prožívání života, zlepšujeme kvalitu života rodiny)
- b) *Zaměřit se na nový přístup ve vztahu k rodiči, vykročit z tradičního pohledu podpory, který byl doposud uplatňován* (primární podmínkou podpory je nacházet takové metody sociální práce, abychom udrželi vzájemný vztah mezi rodičem a dítětem, podporuje a motivujeme členy skupiny v jejich rodičovských kompetencích, klademe velký důraz na upevňování vzájemných rodinných vazeb celodenním pobytem dítěte v péči rodiče, naše pozornost je směřována tvorbě individuálních plánů a smysluplnému naplňování osobních cílů a potřeb, které rodiče aktivizují v potřebném výkonům, dle potřeb zajišťujeme speciální pomůcky, zkvalitňujeme tolik důležitou mimoúrovňovou multidisciplinární spolupráci s rodiči, odborníky a dalšími doprovázejícími institucemi)
- c) *Zajišťovat odborný a dostatečně erudovaný personál podílející se na sanaci*

rodiny (neméně důležitým prvkem úspěšného procesu sanace rodiny je zajišťování odborně kvalifikovaného personálu a dalších odborníků zabývajících se touto problematikou)

Před samotným procesem sanace rodiny je zapotřebí vědět s jakou skupinou budeme pracovat a s jakými problémy se budeme následně potýkat. Není dobře přeceňovat vlastní síly. To znamená, že je vysoce profesionální, pokud si umíme objektivně říci, že konkrétní skupině nejsme schopni adekvátně pomoci z hlediska odborného zaměření a předáme ji do rukou erudovanějším specialistům. Shrňeme-li tuto kapitolu, můžeme říci, že zde máme celkem přehlednou šablonu toho, jak bychom mohli s rodinou pracovat, aby naše konání bylo úspěšné. Nalézáme zde znaky vykazující podobu zmiňované sanace, které bychom měli při poskytované podpoře respektovat. V této kapitole jsou popsány jednotlivé fáze procesu. Znalost dílčích úseků pomoci je výhodné, jelikož můžeme některé situace předpokládat a být na ně alespoň částečně připraveni. Máme zde obecnou předlohu na co se při hodnocení celkového stavu rodiny zaměřit, jak s ní komunikovat, abychom si všichni vzájemně porozuměli. Dětské centrum ve Strakonících provozuje několik sociálních a zdravotních služeb. Mezi dvě nejdůležitější patří právě zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a sociální rehabilitace. Obě popisované služby se podílí na sanaci ohrožené rodiny. Pokud se budeme držet určitých pravidel, můžeme účinně pomáhat. Ne vždy se toto však daří a neaktivitu a laxnost rodiče vnímáme jako jednu z hlavních překážek, která má negativní dopad na celý proces pomoci.

4. Shrnutí a východiska výzkumného šetření

V předešlých kapitolách byl souhrnně popsán proces sanace rodiny. Uvádím to, jakými specifickými znaky se prokazuje a jaké jsou její důležité fáze, které je zapotřebí zachovat, abychom mohli hovořit o sanaci v pravém slova smyslu. Pro srozumitelnost a dobrou orientaci v textu znovu uvádím pojem **sanace rodiny** a **sociální rehabilitace**. **Sanace rodiny** (pozn. autora: myšleno jako komplexní proces podpory ohrožené rodině – v obecné rovině) dle Bechyňové a Konvičkové (2011) zjednodušeně znamená komplexní působení rozličných složek pomoci k předcházení, omezení nebo odstranění dopadů ohrožení. **Sociální rehabilitace** představuje konkrétní sociální službu, která se

samostatně (za přítomnosti dalších odborníků) zabývá procesem sanace a svoji pozornost zaměřuje zejména na pomoc ohroženým dětem a jejich rodinám. Usiluje o aktivní zapojení rodiče při řešení vlastní nepříznivé situace s cílem navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Z jednotlivých kapitol je patrné, jaké kategorie rodin jsou nejčastější klientelou této sociální služby. Jaké rizikové faktory skýtá toto rodinné prostředí, které je zatíženo sociálně patologickými jevy. Tyto jevy přirozeně působí na aktivní zapojení rodiče během procesu sanace. Na základě znalosti všech zmiňovaných okolností si vytváříme ucelený obraz rodiny, abychom vybírali takové podpůrné služby, které budou směřovat k zahájení vzájemné spolupráce. Je zde popsán způsob volby multidisciplinárního týmu, význam rozličných postojů a přístupů při práci s ohroženou rodinou, ale také principy tvorby individuálního plánu péče.

Díky pečlivému pozorování rizikových faktorů v rodině a za přispění osobních zkušeností můžeme poměrně dobře odhadnout, jak tyto negativní vlivy budou působit na chování a jednání jedince. Z celkového postoje rodiče si můžeme udělat jakousi představu, zdali bude na počátku tzv. sociální rehabilitace ochoten spolupracovat. Tato zjištění by měla vést ke komplexnímu posouzení případu, abychom naši pozornost zaměřili na výběr adekvátních a účinných metod, které pro ně budou dostatečně motivující.

Klíčovým aspektem při zahájení spolupráce s ohroženou rodinou je zapotřebí co nejdříve odhalit jejich faktický problém, pro který rodina byla do procesu sanace začleněna. V praxi vycházíme z obecně platných poruch rodičovství, jak je uvádí Dunovský (1999), který je dělí na dvě základní skupiny. Na poruchy ve vztahu k dítěti a na poruchy ve vztahu k rodičovství. Hovoříme o dvou zcela odlišných skupinách, které vyžadují naprosto rozdílné metody a přístupy sociální práce. Proto je velmi důležité výstižně pojmenovat příčinu problému, ze které vychází smysluplné nastavení individuálního plánu péče či skladba multidisciplinárního týmu.

Ačkoliv spolupráci dětského centra, doprovázejících institucí i začleněných odborníků multidisciplinárního týmu vnímáme jako účinnou součást pomoci, stále se objevují

případy, kdy naše úsilí vykazuje negativní výsledky. Zkušenosti poukazují na dvě oblasti (péče o ohrožené děti a jejich rodiny), ve kterých dochází k těmto selháním. V prvním případě se jedná o oblast procesu sanace rodiny (pravděpodobně postojem jednotlivců zainteresovaných stran multidisciplinárního týmu a nevhodným výběrem služeb). Ve druhém případě hovoříme o oblasti aktivní (lépe řečeno neaktivní) spolupráce (na úrovni rodiče). Proč a zdali tomu tak je, může být ověřeno na základě identifikace faktorů, které ovlivňují rodiče v jejich aktivním zapojení do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace.

Po mnoha diskusích s ostatními kolegy jsme dospěli k závěru, že klíčovou roli v aktivním zapojení rodiče do řešení vlastního problému hrají tři zásadní momenty. **Za prvé** se jedná o nezáměr rodiče a jeho nezodpovědný přístup k vyřešení vlastní situace. Tento postoj je ovlivněn působením sociálně patologických jevů, které se v rodině objevují, a které působí na aktivní zapojení rodiče do tzv. sociální rehabilitace. V této souvislosti bezesporu hrají významnou roli také typické charakterové vlastnosti rodiny (jak jednotlivců, tak celku), mající vliv na schopnosti rodiče o dítě dlouhodobě pečovat. Proto, abychom zjistili podstatu problému, musíme znát důvody, pro které rodina začala participovat na procesu sanace. Ve **druhém případě** hovoříme o lhostejnosti postoje širší rodiny, od které rodič očekává největší podporu. Ve **třetím případě** se jedná o neprofesionální přístup jednotlivců multidisciplinárního týmu doprovázejících služeb, kteří byli do sanace rodiny zainteresováni. Jejich postoj významně ovlivňuje chování a jednání rodiče, které má směřovat k navrácení dítěte zpět do péče biologické rodiny.

V posledních dvou letech se stále intenzivněji zamýšlím nad významem Dětského centra do jaké míry je schopno ovlivňovat aktivní zapojení rodiče v procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace. Kdy a za jakých podmínek může pozitivně působit na jejich chování, aby se stali příčinnější v řešení vlastní situace. Na základě těchto úvah mi vyvstávají dvě protikladné otázky. V čem stávající způsob pomoci dětského centra **napomáhá** a naopak v čem **brání** k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny? Vyhledat na ně odpověď je úkolem následující praktické části disertační práce. Odhaluji, jaké složky pomoci dětského centra jsou rodiči pozitivně přijímány a jsou motivací k aktivnímu zapojení do procesu sanace v rámci sociální rehabilitace. A

naopak, které formy pomoci jim brání účastnit se zmiňovaného procesu. Významným oddílem praktické části je pak ověřování významu jednotlivých znaků sanace (poskytované dětským centrem) k navázání citované spolupráce. Neméně důležitým úkolem je zjišťovat, jak nabízené služby a přístupy sociální rehabilitace ovlivňují chování a jednání rodiče směřující k navrácení dítěte zpět do jejich péče.

V průběhu praktické části se také zaměřuji na vzájemné vztahy působící v rodině (a to, jak užší, tak širší rodiny). Zjišťuji, jaké patologické jevy působí na aktivní účast rodiny během sociální rehabilitace. Neopomím ale ani vztahy mezi rodinou, multidisciplinárním týmem a dětským centrem, které jsou k zahájení spolupráce stěžejní. S tímto bezesporu souvisí i specifické charakterové vlastnosti rodiny, u kterých ověřuji, mají-li vliv na schopnosti rodiče o dítě dlouhodobě pečovat. Nedílnou součástí výzkumné části je pak identifikace důvodů, proč (ano či ne) rodina participuje na zmiňovaném procesu.

Kvalitativní výzkum jsem si vybral z důvodu, že interpretuje sociální realitu (Disman, 2000). Účelem výzkumu je především odhalit význam sdělovaných informací a lépe porozumět realitě (Disman, 2000). V kvalitativním výzkumu jde o porozumění pojmů, které vytvořili sami aktéři v jejich každodenním životě (Žižlavský, 2005). Záměrem kvalitativního výzkumu je hlubší náhled na zkoumaný objekt a pochopení určité části sociální reality a textuality (Macek, 2012).

Na kvalitativní výzkum je odborníky někdy nahlíženo jako na prostý doplněk kvantitativního výzkumu (Hendl, 2012). Výhrady výzkumníků se týkají především vůči tomu, že kvalitativní studie jsou „měkké“, to znamená, že upírají pozornost na významy, nikoliv na důkazy mezi proměnnými (Macek, 2012). Nedůvěra kvantitativních výzkumníků také pramení z toho, že se jedná o malý počet vzorků (případů), které nelze zobecňovat na celou populaci (Macek, 2012).

Silnou stránkou kvalitativního přístupu je právě malý počet případů, které lze s ohledem na výzkumnou otázku důkladně sledovat a lze tak lépe porozumět, co se v určité části sociální reality odehrává (Macek, 2012). Kvalitativní výzkum je proto velmi často využíván jako předvýzkum kvalitativní studie (Macek, 2012).

Záměrem výzkumného šetření je identifikace všech faktorů, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace rodiny v průběhu sociální rehabilitace. Jedná se o šetření v těchto okruzích:

Sociálně patologické jevy

Užívání návykových látek, násilí v rodině, kriminalita, poruchy mateřství, partnerské neshody a špatné vzájemné rodinné vazby, neplánované těhotenství, mateřství nezletilých anebo příliš mladých matek, to vše může mít vliv na celkový postoj rodiče při zapojení se do řešení osobních problémů. Předmětem zkoumání bude, jak tyto patologické jevy působí nejen na jednotlivce, ale případně na celou skupinu (rodinu). O které jevy se jedná a jakým způsobem mohou ovlivňovat aktivní účast rodiče v procesu sociální rehabilitace.

Předmět výzkumného šetření: Zjistit, které patologické jevy (zdali ano, částečně nebo vůbec), a jakým způsobem ovlivňují aktivní zapojení rodiče při řešení vlastního problému v rámci sanace rodiny.

Průběh sanace rodiny

Proces sanace rodiny musí vykazovat určité její znaky. Díky těmto složkám se stává podpora rodině systematictější a funkčnější. Při práci s ohroženou rodinou dětské centrum využívá multidisciplinární spolupráci, sestavuje individuální plán péče, využívá síť návazných sociálních služeb (mimo působnost dětského centra) a realizuje případové konference. Předmětem šetření je odhalit, jak tyto znaky sanace rodiny ovlivňují a motivují rodiče k službě samotné a jaké mají dopady na navázání spolupráce. Pokud ano, co rodič vnímá jako přínosné a účinné a co ho naopak v aktivní účasti limituje. V této oblasti budou dále zjišťovány osobní zkušenosti rodiče a jeho osobitý pohled na poskytované služby, které nejsou v gesci dětského centra.

Předmět výzkumného šetření: Zjistit, jak jednotlivé znaky sanace rodiny, které dětské centrum využívá, ovlivňují a motivují rodiče k navázání vzájemné spolupráce při sociální rehabilitaci. O jaké znaky sanace se u konkrétních rodin jedná a jaké mají pro ně význam (pokud ano či ne) v jakém ohledu.

Důvody zapojení rodiče do procesu sanace

Participace rodiny na procesu sociální rehabilitace je velmi důležitá. Důvody, proč se rodič aktivně zapojuje do tohoto procesu, mohou být nejrůznějšího charakteru. Abychom mohli s ohroženou rodinou úspěšně a efektivně spolupracovat je zapotřebí znát jejich příčiny spolupráce.

Předmět výzkumného šetření: Zjistit důvody, proč rodina participuje na procesu sociální rehabilitace. Pokud ano, jaké jsou hlavní důvody a co bylo motivací k této spolupráci. Pokud ne, jaké jsou hlavní důvody, které bránily rodiči podílet na zmiňovaném procesu.

Sociální rehabilitace

S ohledem na dosavadní zkušenosti tzv. sociální rehabilitace bude výzkumem zjišťováno, jak jednotlivé služby dle individuálních potřeb rodiče působí na jeho chování a jednání směřující k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Pokud ano, které to byly a proč, a případně které mu naopak bránily v jeho aktivitě. V neposlední řadě bude zjišťováno, má-li přístup pracovníků Dětského centra účinek na změnu chování a jednání rodiče (pokud ano, v jakém ohledu a k jakým změnám v průběhu služby došlo).

Předmět výzkumného šetření: Zjistit, jaké konkrétní služby podpory dopomohly rodiči aktivně se podílet na procesu sanace a docílily navrácení dítěte zpět do biologické rodiny (pokud ano, které to byly a jaký jim přikládá význam). Šetřením bude dále zjišťováno, zdali má přístup pracovníků dětského centra nějaký dopad na celkové chování a jednání rodiče ve vztahu k aktivnímu zapojení do procesu sanace. Pokud ano, v jakém smyslu.

Specifické vlastnosti rodiny

Aktuální rodinné prostředí, ale též prostředí, ve kterém rodič vyrůstal, věk rodiče, rodinný stav, vzdělání, ale také zdravotní stav či materiální a finanční zajištění rodiny vyobrazují typické vlastnosti rodiny. Ty se za jistých okolností mohou jevit jako velice specifické a tím zásadně ovlivňovat schopnosti a možnosti rodiče o dítě dlouhodobě

pečovat.

Předmět výzkumného šetření: Zjistit, jaké charakterové vlastnosti rodina vykazuje. Šetřením bude zjišťováno, které z těchto vlastností ovlivňují úsilí rodiče o dítě dlouhodobě pečovat (zda ano, částečně nebo vůbec), v jakých oblastech a v jakém rozsahu.

5. Cíle práce

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem disertační práce je identifikovat faktory, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace rodiny prostřednictvím sociální rehabilitace.

S ohledem na stanovení hlavního cíle disertační práce jsem si položil dvě základní výzkumné otázky, které zní:

- 1. V čem stávající způsob pomoci dětského centra napomáhá k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny?**
- 2. V čem stávající způsob pomoci dětského centra brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny?**

5.2 Dílčí cíle práce

Hlavní cíl práce je naplňován s ohledem na stanovení pěti dílčích cílů, které přispívají k objasnění výzkumné otázky. Úkolem dílčích cílů bylo především:

1. Odhalit, jak patologické jevy (viz. podkapitoly 2.5.1 až 2.5.5) mohou či nemusí působit na aktivní účast rodiče během tzv. sociální rehabilitace.
2. Zjistit význam využití jednotlivých znaků sanace ve vztahu k navázání spolupráce mezi rodinou a dětským centrem (viz. podkapitoly 3.2.1 až 3.2.4)
3. Identifikovat důvody, proč rodina participuje (ano či ne) na zmiňovaném procesu.
4. Odkrýt, jaké služby a přístupy sociální rehabilitace (viz. podkapitoly 3.7.4 až 3.7.6) ovlivňují chování a jednání rodiče směřující k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

5. Zjistit, jaké specifické charakterové vlastnosti těchto rodin mají vliv na schopnosti rodiče o dítě dlouhodobě pečovat.

6. Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce, dílčích cílech a výzkumných otázkách

Úkolem operacionalizace bylo vydefinovat pojmy vycházející z hlavního cíle, dílčích cílů a výzkumných otázek, které se zaměřují na předmět pozorování (Olecká a Ivanová, 2010). Operacionalizace popisuje, jakým způsobem bude platnost výpovědí potvrzena či vyvrácena (Olecká a Ivanová, 2010).

6.1 Operacionalizace pojmů hlavního cíle a výzkumné otázky

Ohrožená rodina – pro účely výzkumu má ohrožená rodina obraz rodiny, která není schopna na základě rozhodnutí orgánu sociálně právní ochrany dětí o svého potomka pečovat v přirozeném prostředí. Dítě, je buď společně s pečovatelem umístěno do dětského centra prostřednictvím sociální rehabilitace, anebo je dítě nejprve samo umístěno do (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc v rámci dětského centra) a poté ho rodič následuje v rámci zmiňované služby.

Aktivní zapojení rodiče v procesu sanace – toto sousloví se potvrdí, jestliže je rodič, ať už dobrovolně, anebo nedobrovolně přijat do dětského centra k pobytu na sociální rehabilitaci. Pod termínem účast chápeme – spolupráci, participaci a podobná synonyma. Rodič se účastní tehdy, pokud v průběhu pobytu nepřetržitě plní alespoň jeden z dohodnutých úkolů individuálního plánu péče, který lze z tohoto dokumentu spolehlivě ověřit.

Vliv sociální rehabilitace – toto slovní spojení můžeme potvrdit, jestliže informant na otázku č. 7, 8, 13 (v oblasti procesu sanace) dokáže srozumitelně odpovědět, zda v průběhu pobytu v dětském centru došlo vlivem sociální rehabilitace ke změně v jeho dosavadním životě. Aby mohla být výpověď jednoznačně potvrzena, musí se shodovat s výpovědí sociálního pracovníka orgánu sociálně právní ochrany dětí případně pracovníka dětského centra.

Navrácení dítěte zpět do biologické rodiny – tato skutečnost se potvrdí v případě, že dítě

bude propuštěno z dětského centra do péče biologického rodiče, anebo do péče širší rodiny – prarodičů, sourozenců apod., po ukončení pobytu na sociální rehabilitaci. Z uvedeného vyplývá, že pečovatel (přebírající dítě do své péče) se přímo (aktivně) podílí na zmiňovaném procesu. Působnost širší rodiny v procesu sanace je ověřena na základě otázek v oblasti rodiny a vzájemných vztahů a to otázkou č. 34, 35, 36, 37 a 38.

Zvýšené úsilí rodiče účastnit se procesu sanace rodiny – zvýšené úsilí můžeme uznat na základě výpovědí otázek č. 9, 10, 11, 12, 15 a 16 v oblasti procesu sanace. Na základě výpovědí těchto otázek lze ověřit, zdali informant vynaložil vlastní úsilí ke změně situace či byl systematicky veden pracovníky multidisciplinárního týmu k dosažení určitého cíle. Relevantnost výpovědí musí být potvrzena výpověďmi sociálního pracovníka orgánu sociálně právní ochrany dětí či pracovníka dětského centra.

Schopnost rodiče dlouhodobé péče – schopnost dlouhodobé péče bude potvrzena tehdy, pokud rodič o své dítě v dětském centru dokáže po celý den samostatně pečovat a prokáže, že je schopen se o dítě postarat i během krátkodobých pobytů mimo zařízení. Tato skutečnost je ověřitelná z hodnocení individuálního plánu péče ohrožené rodiny.

6.2 Operacionalizace dílčích cílů

Vliv sociálně patologických jevů – tímto slovním spojením máme na mysli především, jejich negativní vliv působících na jednotlivce (informanty) nebo celou skupinu v rámci rodinného prostředí. Jejich působení bude potvrzeno tehdy, pokud se ve výpovědi informanta na otázku č. 1 objeví některý ze zmiňovaných jevů či jejich vzájemné kombinace (viz. kategorie níže). Výčet byl vytvořen na základě analýzy zdravotní a sociální dokumentace, díky které jsme vyspecifikovali důvody, pro které jsou děti, anebo rodiče umístěni mimo své přirozené prostředí. Do kategorie sociálně patologických jevů řadíme: užívání návykových látek (drogy, alkohol), týrání, zneužívání či jakékoli násilí páčáno na kterémkoliv z členů rodiny, kriminalita, poruchy mateřství, vážné partnerské neshody, neplánované těhotenství, mateřství nezletilých dívek, děti bez vlastního rodinného zázemí.

Využití konkrétních znaků sanace rodiny – do kategorie znaků sanace patří: multidisciplinární spolupráce, individuální plán péče rodiny, síť poskytovaných služeb

(mimo působnost dětského centra) a realizace případových konferencí. Tyto znaky sanace se musejí vztahovat ke spolupráci mezi dětským centrem a rodinou. Multidisciplinární spolupráce je potvrzena výpověďmi na otázky č. 12, 14, 15 a 31. Smysl individuálního plánu péče potvrzuje otázka č. 10. Účinnost poskytovaných služeb (sít' služeb) potvrzuje otázka č. 12, 14, 15, 23, 24, 31. Významnost případových konferencí je ověřena otázkou č. 32 v oblasti procesu sanace.

Důvody participace rodiče – toto sousloví popisuje postoj rodičů. Jaké jsou hlavní příčiny jejich aktivního zapojení do procesu sanace rodiny. Tato skutečnost se potvrdí odpověďmi na otázky č. 14, 15, 16, 20 a 35 v oblasti procesu sanace.

Služby sociální rehabilitace – jedná se o výčet specifických služeb a činností, které jsou prostřednictvím sociální rehabilitace (dětským centrem) poskytovány dle individuálních potřeb rodiny a tyto služby směřují k navrácení dítěte zpět do péče biologické rodiny. Významnost služeb je potvrzena výpověďmi na otázky č. 9, 22, 23, 28, 29 v oblasti procesu sanace.

Přístupy sociální rehabilitace – toto sousloví vypovídá o tom, jak jednotliví pracovníci sociální rehabilitace přistupují k rodině při poskytování sociální rehabilitace. Jak tyto přístupy ovlivňují chování a jednání rodiče ve vztahu k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Tato skutečnost je potvrzena na základě otázek č. 13, 14, 21, 23, 24, 25, 26, 31, 32 v oblasti procesu sanace.

Charakterové znaky rodiny – jedná se o specifické znaky rodiny (věk rodiče, vzdělání, rodinný stav, rodinné prostředí, zdravotní stav, materiální a finanční zajištění), které mají vliv na schopnost rodiče o dítě dlouhodobě pečovat. Tato skutečnost je potvrzena otázkami č. 49 a 50 v oblasti výchovy, otázkami č. 43, 54, 55 v oblasti rodičovství, otázkami 67, 68, 69 v oblasti rodiny a dítěte, otázkami č. 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78 identifikační údaje o rodině.

7. Metodika výzkumného šetření

V následujících subkapitolách popisují postupy vlastního výzkumného šetření. V jakém časovém sledu byl výzkum realizován, jak probíhal výběr informantů a sociálních pracovníků, odůvodnění výběru zařízení poskytující sociálně-právní ochranu dětí.

Záměrem této práce nebylo ověřovat předem stanovené hypotézy, ale porozumět problematice jaké okolnosti, proč a jaké faktory mohou ovlivňovat rodiče v jeho aktivním zapojení do procesu sanace rodiny během sociální rehabilitace.

7.1 Cílový soubor

Objektem výzkumného šetření je ohrožená rodina (matka), která byla umístěna do dětského centra a začleněna do procesu sociální rehabilitace (sanace rodiny).

Předmětem výzkumného šetření je sociální rehabilitace jako jedna z možností procesu sanace, prostřednictvím které usilujeme o aktivní zapojení rodiny do řešení vlastní nepříznivé situace s cílem navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Výběr cílových souborů vycházel z řad ohrožených rodin, které byly za dobu působení dětského centra (od roku 2006) umístěny v programu sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace byla dětským centrem zaregistrována v roce 2008. Jednalo se přibližně o 150 takových rodin. Tento počet byl následně zúžen na polovinu a jednalo se o rodiny, které byly umístěny v dětském centru od roku 2012. Důvodem bylo, že jsem v této době začal pracovat na disertační práci a chtěl jsem získávat pouze aktuální data od informantů, kteří v tomto období procházeli procesem sociální rehabilitace. Byly zde oprávněné obavy, že realizace rozhovorů (od informantů z let předešlých) by díky jejich velké časové proluce (mezi ukončením pobytu v dětském a realizací rozhovoru) mohly skýtat nerelevantní, nepřesné výpovědi.

První cílový soubor výzkumného šetření vycházel z řad ohrožených rodin, které byly umístěny do dětského centra a **úspěšně** ukončily nebo úspěšně ukončovaly zácvikový program prostřednictvím sociální rehabilitace. Úspěšné rodiny jsou ty, které řádně ukončily proces sociální rehabilitace a navrátily se společně s dítětem do přirozeného prostředí. Pro výběr informantů jsem si zvolil metodu „Snowball“. Při samotné selekci jsem nechtěl vycházet pouze z vlastního souboru rodin, se kterými jsem v minulosti pracoval, ale chtěl jsem, aby **za prvé**: tyto rodiny co nejlépe splňovaly předpoklady zadaného tématu a **za druhé**: aby byly vybírány na základě spontánního doporučení odborníků, kteří nejsou ovlivněni výzkumem. Proto jsem se obrátil na sociálního pracovníka dětského centra (kterému jsem vysvětlil svůj záměr), a který měl v danou chvíli některé rodiny přímo ve své péči. S ohledem na téma práce a zaměření výzkumu

mi jednu ze svých rodin doporučil. Protože se tato rodina pro výzkum osvědčila, doporučil mi jiného pracovníka týmu, o kterém věděl, že s podobnou rodinou pracuje či v minulosti pracoval. Takto mi byly postupně (od jednoho k druhému) doporučeny všechny rodiny. Jednalo nejen o stálé zaměstnance dětského centra, ale též pracovníky multidisciplinárního týmu (psychologa, pediatra, sociálního pracovníka dětského centra, sociálního pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dětí, apod.), kteří byli do procesu sanace zainteresováni. Informanti se tak začali postupně na sebe „nabalovat“ – odtud vzniklo přenesené pojmenování techniky sněhová koule (Miovský, 2003). Technikou „Snowball“ byl výběr ukončen u **patnácti** rodin z důvodu toho, že se jednotlivé odpovědi začali opakovat.

Druhý cílový soubor výzkumného šetření vycházel z řad ohrožených rodin, které **neúspěšně** ukončily program sociální rehabilitace. Neúspěšné rodiny jsou ty, které předčasně ukončily proces sociální rehabilitace, byly z ní vyloučeny pro soustavné porušování řádu, anebo se vrátily zpět do přirozeného prostředí z důvodu nezvládnutí základních rodičovských kompetencí. Dítě tak zůstalo nadále v péči dětského centra. Při výběru rodin byla také využita technika „Snowball“. Výběr byl ukončen u **jedenácti** rodin, taktéž z důvodu opakování dílčích odpovědí. Výzkumné šetření bylo realizováno v dětském centru ze dvou důvodů. Za prvé mohlo být prováděno u informantů, kteří byli aktuálně umístěni v dětském centru a pro něž byl tento způsob setkání nejjednodušší a lehce dostupný. Druhým důvodem a též výhodou bylo, že do dětského centra přicházeli jen ti, kteří měli s tímto zařízením již předešlou zkušenost a neměli obavy vypovídat. Tudíž zde byla velká pravděpodobnost, že budou odpovídat pravdivě. Jednalo se o obě skupiny rodin. Jak ty, které ukončily proces sociální rehabilitace úspěšně, tak ty neúspěšné. Rodiny, které byly aktuálně umístěny v dětském centru, byly oslovovány až po ukončení (nebo těsně před ukončením) procesu sociální rehabilitace. Tento postup měl jedině opodstatnění. Informanti byli dotazováni v době, kdy už se nemuseli obávat, že by jejich výpovědi ohrozily pobyt v dětském centru. U rodin (neúspěšných) tak navíc byla velká pravděpodobnost, že budou vypovídat více upřímně (otevřenost informanta byla pro výzkum velmi důležitá). Všechny tyto rodiny (obou skupin), které byly dětským centrem osloveny, měly zájem vypovídat. Ti, kteří byli osloveni (zvenčí) a odmítli vypovídat, se nechtěli dostavit ani do dětského centra, ani

neměli zájem se sejít na jiné neutrální půdě. U obou cílových skupin byl prováděn polořízený kvalitativní rozhovor.

Výběr těchto dvou kontrastních skupin (první a druhý cílový soubor) byl vybrán záměrně s ohledem na hlavní cíl disertační práce. Výpovědi těchto dvou protikladných souborů mohou významně přispět k identifikaci faktorů, které ovlivňují rodiče (motivují či nikoliv) v jeho aktivním zapojení do procesu sanace rodiny prostřednictvím sociální rehabilitace.

Třetím souborem výzkumného šetření byli sociální pracovníci oddělení sociálně-právní ochrany dětí z pěti Městských úřadů s rozšířenou působností, kteří rodiče v procesu sanace doprovázeli a na jejichž doporučení byli umístěni do dětského centra. Jednalo se o Městské úřady ve Strakonících, Písku, Táboře, Prachaticích a Českých Budějovicích. Se sociálními pracovníky bylo realizováno pět polořízených kvalitativních rozhovorů a to těch rodičů, kteří úspěšně ukončili program sociální rehabilitace.

Čtvrtým souborem výzkumného šetření byli sociální pracovníci oddělení sociálně-právní ochrany dětí ze čtyř Městských úřadů s rozšířenou působností, kteří rodiče v procesu sanace doprovázeli a na jejichž doporučení byli umístěni do dětského centra v rámci sociální rehabilitace. Jednalo se o Městské úřady ve Strakonících, Písku, Českém Krumlově a Českých Budějovicích. Se sociálními pracovníky bylo realizováno sedm polořízených kvalitativních rozhovorů a to těch rodičů, kteří neúspěšně ukončili program sociální rehabilitace.

7.2 Časový harmonogram výzkumného šetření

Vlastní výzkumné šetření započalo v roce 2013 rešerší dostupné literatury, která byla významná pro vyjasnění si základních okruhů otázek polořízeného kvalitativního rozhovoru (Tab. 1). Poté došlo k výběru zdravotní a sociální dokumentace, u které byl následně proveden základní rozbor. Ten se skládal ze dvou částí. **Nejprve** došlo k setřídění identifikačních údajů o rodině a následně u těchto rodin byly prostudovány individuální plány péče. Zmiňovaný rozbor posloužil k vyjasnění jednotlivých okruhů, které byly motivem pro sestavení podkladu kvalitativního rozhovoru. Zvolená témata

byla ověřena pilotním rozhovorem, na základě kterého vznikla jeho finální verze. Jednalo se o vytvoření dvou znění. První bylo určeno pro zjišťování dat od informantů, druhé od sociálních pracovníků.

Ve druhé fázi probíhal sběr kvalitativních dat vybraných informantů, kteří (úspěšně či neúspěšně) ukončili anebo ukončovali pobyt na sociální rehabilitaci v procesu sanace rodiny. V menší míře (viz. kapitola 6.5) probíhal sběr kvalitativních dat vybraných sociálních pracovníků. Data byla následně zpracována a vyhodnocena obsahovou analýzou.

Ve třetí fázi byly výsledky výzkumného šetření interpretovány

Tabulka č. 1 Časový harmonogram výzkumného šetření

Etapa výzkumu	Období výzkumného šetření	Obsah činností
1. fáze výzkumu	leden - duben 2013	rešerše dostupné literatury
	květen 2013	výběr dokumentace archivované v dětském centru
	červen - srpen 2013	elementární rozbor dokumentace - setřídění identifikačních údajů
	září - listopad 2013	elementární rozbor dokumentace - studium individuálního plánu péče
	prosinec 2013	vyjasnění si okruhů témat, setřídění a doplnění otázek položeného rozhovoru
	leden - únor 2014	sestavení podkladu pro kvalitativní položený rozhovor s informantem
	březen 2014	realizace pilotního rozhovoru
	duben 2014	vyhodnocení a analýza pilotního rozhovoru
	květen 2014	sestavení finální verze kvalitativního rozhovoru s informantem
	červen 2014	sestavení finální verze kvalitativního rozhovoru se sociálním pracovníkem

2. fáze výzkumu	červenec 2014 - prosinec 2016	kvalitativní část výzkumu (realizace kvalitativních polořízených rozhovorů s informanty a sociálními pracovníky)
	leden 2017 - únor 2017	zpracování a vyhodnocení získaných dat
3. fáze výzkumu	březen 2017	interpretace získaných dat

Zdroj: vlastní výzkum

7.3 Metodika 1. fáze výzkumného šetření

V úvodní fázi výzkumného šetření byla provedena rešerše dostupné literatury. Úkolem bylo sjednotit, případně uvést nové poznatky zabývající se komplexní problematikou ohrožených rodin, sanací rodiny, aktivizací a podporou jejich členů a službami přímo související s předmětem výzkumu. Na základě studované literatury byl opakovaně proveden výběr základních pojmů vztahující se k danému tématu práce a následně vznikalo primární schéma, které v závěru této etapy posloužilo jako koncept k sestavení finální verze kvalitativního polořízeného rozhovoru.

Při výběru relevantních otázek rozhovoru byla využita sekundární analýza. A to z dat zjištěných rozborem zdravotní a sociální dokumentace, která je archivována v dětském centru. V této fázi výzkumu se jednalo o výběr rodin z předešlých let, které musely splnit podmínku úspěšně ukončeného procesu tzv. sociální rehabilitace. Podmínku úspěšně ukončeného procesu jsem si zvolil z toho důvodu, že jsem si byl vědom, že od těchto rodin mohu získat potřebné informace ke všem zkoumaným okruhům. U rodin (neúspěšných) byl proces sociální rehabilitace vždy předčasně ukončen a to buď ze strany dětského centra, anebo rodiče. Za úspěšné ukončení služby je považováno navrácení dítěte zpět do péče rodiče a jejich přirozeného prostředí. Opět byla využita technika „Snowball“. Před výběrem první dokumentace jsem se obrátil na pracovníka dětského centra, kterému jsem vysvětlil svůj záměr. Ten mi jeden ze svých spisů poskytl. Následně mě odkázal na jiného pracovníka, který měl dle jeho úsudku podobnou rodinu v péči. Takto mi byly postupně (od jednoho k druhému) poskytnuty veškeré potřebné materiály. Ve všech případech se jednalo o zaměstnance dětského

centra. Ukončení šetření bylo po prostudování prvních deseti dokumentů z důvodu, že se jednotlivé informace začaly opakovat. Tyto rodiny již dále nebyly zahrnuty do výzkumného šetření disertační práce. Proto jsem vycházel z dokumentace let předešlých (z r. 2008-2011), abych nebyl při rozhovorech ovlivněn znalostí případu. Studium osobní dokumentace mělo dvě ústřední priority. **Zaprvé** posloužilo k vyjasnění si a seřídění identifikačních údajů o rodinách, které již v minulosti úspěšně prošly procesem sociální rehabilitace. Pozornost byla zaměřována na oblasti, u kterých jsem se domníval, že mají vliv na proces sociální rehabilitace ve vztahu k jejich aktivnímu zapojení. Jednalo se především o vzájemné rodinné vztahy a vazby, funkčnost rodiny, formy ohrožení, sociálně patologické jevy, výchovu, rodičovské kompetence, sociální zázemí a jiné specifické vlastnosti rodin. Z oblastí, u kterých se potvrdil určitý vztah k výzkumné otázce, hlavnímu cíli a dílčím cílům disertační práce, začaly vznikat jednotlivé kategorie. Skutečnost (určitého vztahu) se potvrdila tím, že se shodné informace (témata) opakovaně objevovaly v jednotlivých dokumentacích. Faktická data (čerpána ze zmiňované dokumentace) byla dále dle obsahové shodnosti do těchto kategorií řazena. Tímto způsobem vzniklo šest základních okruhů otázek v oblasti: rodiny a vzájemných vztahů; výchovy; rodičovství; sociálního zázemí; rodiny a dítěte; identifikačních údajů. **Ve druhém případě** jsme prostudováním individuálních plánů péče u těchto rodin zjišťovali, jak sociální rehabilitace probíhala. Jelikož plány obsahovaly velké množství podrobných záznamů (vyplývající z každodenní spolupráce s rodinou - součástí byl plán denních aktivit, včetně průběžného a závěrečného hodnocení), jejich využití se pro výzkum naprosto nabízelo. Individuální plány péče skýtají velmi cenné informace, ze kterých lze snadno vyčíst, jaké služby byly rodině poskytovány. Dále, jaké přístupy a metody sociální práce byly využívány a s jakým výsledkem, včetně chování, postojů a jednání rodiče. V neposlední řadě bylo zjišťováno, jaké další okolnosti mohly mít vliv na aktivní zapojení rodiny do procesu sociální rehabilitace. Zdali mohly mít souvislost s jejich úspěchem či neúspěchem. Tato data byla tříděna do jednotlivých kategorií dle obsahové shodnosti, které vznikaly obdobným způsobem jako u rozboru zdravotní a sociální dokumentace. V souvislosti s tím vznikly poslední dva okruhy otázek rozhovoru v oblasti: sanace, jejího významu a prevence; procesu sanace. Schéma otázek položeného rozhovoru (Příloha č. 1) v

závěru čítá celkem osm zkoumaných oblastí mající vliv na proces sanace rodiny prostřednictvím sociální rehabilitace.

Na základě těchto zjištění pak vznikaly přesnější podklady struktury, okruhů a otázek položeného kvalitativního rozhovoru. Velmi důležitým momentem předpřípravy vlastního výzkumného šetření byla realizace pilotního rozhovoru, při kterém byly odhaleny praktické nedostatky jednotlivých otázek. Ty byly následně doplněny, popřípadě pro svoji nepotřebnost anebo nesrozumitelnost odstraněny či poupraveny. Pilotního rozhovoru se účastnily dvě matky, které úspěšně prošly procesem sociální rehabilitace, o kterých jsem věděl, že nebudou do výzkumného šetření zahrnuty. Jednalo se o rodiny, se kterými jsem v té době pracoval, tudíž jsem nechtěl být během výzkumu jimi ovlivněn (ve smyslu zainteresovanosti v případě). Matky byly se záměrem pilotního rozhovoru předem podrobně obeznámeny a vyjádřily ochotu spolupracovat. Informanti se měli především zaměřit na srozumitelnost, důležitost či nepotřebnost jednotlivých okruhů otázek (ve vztahu k procesu sociální rehabilitace). Pilotního rozhovoru se zúčastnil také jeden ze sociálních pracovníků dětského centra. Toho jsem si záměrně vybral proto, že kromě spolupráce s dotčenými rodinami měl mnohaletou pracovní zkušenost na oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Tudíž mohl vnést do zkušebního rozhovoru řadu praktických připomínek. Pilotní rozhovor potvrdil účinnost záměru.

7.4 Metodika 2. fáze výzkumného šetření

V rámci disertační práce byla vzhledem k povaze a cíli práce zvolena kvalitativní výzkumná strategie, s níž souvisí metoda porozumění (Disman, 2000). Výzkumné šetření bylo realizováno v Dětském centru Jihočeského kraje, o.p.s., kde jsou informanti prostřednictvím sociální rehabilitace začleňováni do procesu sanace rodiny. Délka pobytu závisí na schopnostech a dovednostech informanta. Obvykle trvá tři až šest měsíců.

Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo získat odpovědi na první a druhou výzkumnou otázku. **Za prvé:** „*V čem stávající způsob pomoci Dětského centra napomáhá k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sanace?*“ Respondenty jsem získal záměrným výběrem (na podkladě ochoty spolupracovat). **Za druhé:** „*V čem stávající*

způsob pomoci Dětského centra brání k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sanace?“

Respondenty jsem získával záměrným výběrem (taktéž na podkladě jejich ochoty spolupracovat). Třetí výzkumný soubor byl tvořen pěti sociálními pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí, kteří měli rodinu na starost a to u těch rodin, kde se výpovědi jevily jako nevěrohodné. Jednalo se o rodiny, které úspěšně ukončily program sociální rehabilitace. Čtvrtý výzkumný soubor byl tvořen sedmi sociálními pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí, kteří měli rodinu na starost a to u těch rodin, kde se výpovědi jevily jako nevěrohodné. Tentokrát se jednalo o rodiny, které neúspěšně ukončily proces sociální rehabilitace.

Výzkumné šetření probíhalo v podobě polořízených kvalitativních rozhovorů (jako rozhovory pomocí návodu), které mají s ohledem na cílový soubor řadu výhod (Hendl, 2012). Především lze na jednotlivé výpovědi informantů pružně reagovat, doptávat se a vyjasňovat si uvedené skutečnosti. Navíc se lze v průběhu hovoru pohotově přizpůsobovat komunikačním schopnostem a dovednostem informanta. Rozhovory byly realizovány dle předem připraveného schématu (Příloha č. 1), který byl sestaven na základě rozboru dokumentace a setříděním identifikačních údajů o rodině. Dále studiem individuálního plánu péče a doladěn pomocí pilotního rozhovoru.

K rozhovoru s informanty byl nejprve zajištěn jejich písemný souhlas se zpracováním osobních údajů. Vzorový formulář (Příloha č. 2). Rozhovory byly vedeny, jak s rodiči, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace, tak s těmi, kteří tento proces ukončili neúspěšně. Každému informantovi byl předem vysvětlen výzkumný záměr a obecný obsah jednotlivých témat hovoru. Polořízené rozhovory jsem se snažil vést systematicky s ohledem na předem stanovené okruhy (Příloha č. 1) z důvodu snazšího vyhodnocování získaných dat. Délka rozhovorů se v průměru pohybovala okolo 90 minut. Polořízené rozhovory vedl výhradě autor této disertační práce a to vždy pouze s jedním informantem.

Jednotlivé otázky byly rozřazeny do bloků, aby se vztahovaly k jednotlivým tématům rozhovoru. Na začátek byly zařazeny méně náročné otázky, které byly spíše obecného charakteru a ve většině případů se jen lehce dotýkaly zkoumané problematiky. Z tohoto důvodu nejsou uvedeny v příloze č. 1. Otázky byly kladeny individuálně dle zájmu,

zvyklostí a pravidelných aktivit rodiny. Účelem bylo, aby se informant uvolnil. Poté bylo přistoupeno k náročnějším otázkám předem připraveného schématu (Příloha č. 1). Nejcitlivější otázky byly kladeny přibližně v polovině rozhovoru. Na závěr dostal každý informant prostor pro vlastní vyjádření, která přinesla další zajímavá zjištění.

Rozhovor si kladl za cíl objasnit vzájemné souvislosti mezi poskytovanými službami Dětského centra, jimi používanými přístupy, jednotlivými znaky sanace rodiny ve vztahu k rodiči. Kdy a za jakých podmínek dochází k jeho aktivnímu zapojení do procesu sanace během sociální rehabilitace. Jaké skutečnosti ovlivňují (pozitivně či negativně) jeho postoje, chování a jednání.

K naplnění hlavního cíle a to: „Identifikace faktorů, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace rodiny během sociální rehabilitace“, bylo za pomoci této služby výzkumné šetření zaměřeno na pět oblastí. **Za prvé** se jednalo o oblast sociálně patologických jevů. Pozornost byla směřována na patologické jevy (zdali ano, částečně nebo vůbec), a jakým způsobem ovlivňují zapojení rodiče při řešení vlastního problému v rámci sociální rehabilitace (sanace rodiny). **Ve druhém případě** se jednalo o oblast procesu sanace rodiny. Smyslem šetření bylo pozorovat, jak jednotlivé znaky sanace (viz. kapitola 3.2) ovlivňují a motivují rodiče k navázání spolupráce (v rámci sociální rehabilitace) s dětským centrem. Pozornost byla dále směřována na to, které z uvedených znaků sanace byly využity a jejich význam ve smyslu spolupráce. **Třetí** oblast se zabývá důvody zapojení rodiče do procesu sanace. Pozorování bylo zaměřeno na argumentaci rodičů, proč participují na procesu sociální rehabilitace. Byly sledovány hlavní důvody, které rodiče motivovaly k této spolupráci. **Čtvrtou** oblastí sledovaného záměru byla fakticky poskytovaná služba sociální rehabilitace. Byly sledovány konkrétní služby nabízené dětským centrem prostřednictvím sociální rehabilitace (sanace). Jak pomáhají rodiči aktivně se podílet na procesu sanace, a jak tyto činnosti dále ovlivnily jeho chování a jednání směřující k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Sledování bylo dále zaměřeno na ty aktivity, které rodiči bránily účastnit se procesu sanace a dále na individuální přístupy pracovníků dětského centra, zdali mají dopad na celkové chování a jednání rodiče ve smyslu jeho aktivního zapojení do sociální rehabilitace. **Poslední** oblastí jsou specifické vlastnosti rodiny. Sledování bylo

zacíleno na prostředí, ve kterém rodič vyrůstal, jeho věk, rodinný a zdravotní stav, ale také na vzdělání či materiální a finanční zajištění, které mohou výrazně ovlivňovat jeho schopnosti a možnosti o dítě dlouhodobě pečovat. Sleduji, jaké charakterové vlastnosti rodina vykazuje, a jak tyto vlastnosti mohou ovlivňovat jeho úsilí o dítě pečovat, v jakých oblastech a v jakém rozsahu.

Z každého rozhovoru byl pořízen audio záznam, který posloužil jako podklad pro doslovnou transkripci výpovědí. Rozhovory jsou uváděny v autentické podobě, bez korektury do spisovné češtiny. Tam, kde se rozhovor odchýlil od daného tématu, byly pasáže těchto výpovědí vymazány. V některých případech jsem minimalizoval opakující se výrazy typu (jako, prostě, vlastně, atd.), které neměly na samotné sdělení žádný význam.

V průběhu výzkumného šetření se u některých informantů objevily pochybnosti o pravdivosti jejich sdělení. Především se jednalo o popisy týkající se procesu sociální rehabilitace, posuzování vlastní situace či uvádění důvodů, pro které byli rodiče začleněni do procesu sanace. Účelem bylo zajistit co nejvíce objektivních informací, které mají význam k hlubšímu pochopení sociální reality. Z tohoto důvodu byly provedeny kvalitativní rozhovory s doprovázejícím sociálním pracovníkem z oddělení sociálně-právní ochrany dětí, který měl rodinu na starost. Počet těchto informantů (sociálních pracovníků) nebyl předem stanoven. Byli osloveni ti, kteří aktuálně s rodinou pracovali a u nichž vznikla shora uvedená pochybnost. Rozhovory byly realizovány taktéž dle předem připraveného schématu (Příloha č. 3) se zaměřením především na samotný proces a význam sociální rehabilitace. Sociální pracovník neznal odpovědi informanta, aby nedošlo ke zkreslení jeho výpovědí. V některých případech byl sociální pracovník doptáván i mimo připravené schéma otázek, jelikož se během výzkumného šetření zjistilo, že by jeho výpověď mohla přispět k vyjasnění dané skutečnosti. Získaná data měla výhradně doplňkový charakter. Důvodem bylo zajištění celkového objektivního pohledu na aktuální rodinnou situaci. V oblastech šetření, kde bylo zapotřebí získat další důležité informace (které se v rozhovoru neobjevily anebo na ně nebylo dotazováno) a bylo zřejmé, že jsou obsaženy v osobní dokumentaci informanta, byla tato data využita (Individuální plán péče, sociální a zdravotní

dokumentace).

Celkem bylo provedeno **patnáct** rozhovorů s rodiči, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace. Ve všech případech se jednalo o ženy. Z tohoto počtu bylo **v pěti** případech nutné realizovat rozhovory se sociálními pracovníky. Taktéž se jednalo o samé ženy.

Dále bylo provedeno **jedenáct** rozhovorů s rodiči, kteří neúspěšně ukončili proces tzv. sociální rehabilitace. Ve všech případech se jednalo o ženy. Z tohoto počtu bylo v sedmi případech nutné realizovat rozhovory se sociálními pracovníky. Taktéž se jednalo výhradně o ženy.

Audio záznamy a kompletní doslovné přepisy výpovědí nejsou součástí této disertační práce z důvodu ochrany nejen osobních a citlivých údajů informantů, ale především prozrazení jejich totožnosti. Výsledky výzkumného šetření (viz. kapitola 7) jsou doplněny (výtažky) doslovných prepisů výpovědí, jak informantů, tak sociálních pracovníků. Ty jsou seskládány tak, že výpověď sociálního pracovníka se přímo vztahuje k předešlé výpovědi informanta, kde je možné posuzovat, analyzovat a vyvozovat obsahovou stránku jednotlivých vyjádření. Přepisy jsou užity s ohledem na zachování anonymity informanta. Výsledky získané z rozhovorů budou po zpracování ověřovány u sociálních pracovníků a jiných spolupracujících institucí.

7.4.1 Etika výzkumu

Všichni informanti byli v době výzkumu plnoletí. Z etického pohledu se jednalo o standartní postupy výzkumu s dospělými jedinci, nebylo tedy nutné přistupovat k netradičním způsobům práce. Všichni informanti byli předem seznámeni s účelem, předmětem a smyslem disertační práce.

Před samotným rozhovorem byl u každého informanta zajištěn písemný souhlas se zpracováním osobních údajů (Příloha č. 2). Nejprve došlo k ústnímu objasnění významu textu tohoto souhlasu. Na přečtení a případné vysvětlení formuláře měl informant dostatek časového prostoru. S ohledem na citlivost údajů vyplývajících z výzkumu, byl každý účastník v jeho průběhu opakovaně seznámen s právem, kdykoliv svoji účast na šetření ukončit. Zajištění anonymity v průběhu výzkumného šetření bylo naprostou

samozřejmostí.

Z důvodu zajištění bezpečí, komfortu a především anonymity informanta byl pro účely rozhovoru v dětském centru vyčleněn prostor, který skýtal absolutní soukromí. Na informanty jsem si vyčlenil dostatek časového prostoru a to před i po výzkumném šetření. Hlavním důvodem bylo zabezpečit jim nejlepší podmínky pro to, aby se mohli uvolnit, otevřít a měli pocit bezpečného prostředí s ohledem na vyjádření svých zkušeností, pocitů a pohledů v rámci zkoumané problematiky.

Informantům nebyla za poskytnutí rozhovoru poskytnutá žádná odměna. Všem zúčastněným byla nabídnuta možnost předání nahrávky, jejího přepisu a možnost přístupu k výsledné práci.

Z důvodu zajištění bezpečí a ochrany soukromí byly při doslovných prepisech neutralizovány všechny údaje, které by mohly rodiče jakkoliv identifikovat. Stejným pravidlem jsem se řídil v příloze č. 4 (Individuální plán péče) a příloze č. 5 (Případové konference).

7.4.2 Omezení výzkumu a možná rizika

Tento výzkum s sebou nese i určitá rizika. Jelikož jsem se v minulosti přímo podílel na podpoře řady informantů, mohlo by se stát, že jejich výpovědi budou přizpůsobeny mému očekávání. Toto platí především u informantů, kteří byli v procesu sanace úspěšní.

Informanti, kteří byli během sociální rehabilitace neúspěšní, mohou záměrně vypovídat zkresleně z důvodu toho, aby pozornost a zodpovědnost jejich neúspěchu byla přenesena na někoho jiného. Příčinou může stydlivost z vlastního selhání. Výpovědi některých informantů mohou být navíc zkresleny s ohledem na jejich osobnostní profil, kdy nemusí být zcela schopni objektivně posoudit vlastní situaci.

Dalším rizikem výzkumného šetření mohou být obavy informanta, že (pokud by se jeho výpovědi lišily od hlavní myšlenky a výstupů, kterými se obecně sociální rehabilitace vykazuje) by mohli mít jisté problémy s orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Dalším rizikem je, že žádná analýza, která je prováděna z rozhovoru nemůže pospat

jeho celistvost či skrytou pravdu, protože rozhovor je stále jen rekonstrukcí obsahu (Kaufmann, 2010).

Během rozhovorů jsem se snažil informanty opakovaně ujišťovat o anonymitě rozhovorů, které nebudou v žádném případě (k jejich osobě) identifikovatelné. Informantům bylo vysvětleno, že jejich objektivní a pravdivé výpovědi mohou přispět ke zlepšení stavu dalších rodin, které jsou anebo budou začleněni do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace. Díky jejich výpovědím může dojít k přenastavení stávajícího procesu sanace, za účelem rychlejší a účinnější podpory.

V mém případě, jsem se snažil ke všem informantům přistupovat bez předsudků a subjektivních pohledů a nebýt jakkoliv ovlivněn jejich situací. Ve výzkumu jsem k rodině přistupoval tak, jako bych o ní nic nevěděl. S ohledem na citlivost údajů, zachování anonymity a důvěry informanta nepřipadalo v úvahu oslovit jiného tazatele, který by namísto mne rozhovory vedl.

7.4.3 Způsob vyhodnocování dat

K vyhodnocení získaných dat bylo dle Mayringa (2002) použito metodiky obsahové analýzy. Veškerá shromážděná data byla z autentických nahrávek jednotlivých rozhovorů transponována do doslovné písemné podoby a analyzována prostřednictvím počítačového softwaru MAX Qualitative Data Analysis 2007 (software pro kvalitativní zpracování dat). Zpracování dat bylo realizováno tak, že pomocí počítačového softwaru byly vytvořeny dílčí kategorie zaměřující se na konkrétní téma a k nim byla získaná data systematicky řazena dle obsahové identity. Uvedené kategorie vznikaly na základě obsahové analýzy přepisu výpovědí a to řádek po řádku, a pokud se objevila odpověď, která měla vztah k výzkumné otázce, byla tato kategorie vytvořena. Každá další výpověď vyplývající z rozhovoru byla dle obsahu řazena do uvedených kategorií. V případě získaných dat, která významově souvisela s výzkumnou otázkou, ale nespádala do žádné již vytvořené kategorie, byla vytvořena kategorie nová.

Vytvořený systém kategorií byl následně obsahově systematicky seříděn dle okruhů vyplývajících z kapitoly „*Shrnutí a východiska výzkumného šetření*“. Takto byla vyhodnocena data, jak prvního, tak druhého cílového souboru. V určitých případech

jsem zaznamenal, že se některé kategorie v různých oblastech opakují právě z důvodu široké výpovědní hodnoty.

7.4.4 Charakteristika informantů a způsob práce s rodinou

V této kapitole stručně popisuji profil jednotlivých informantů (klientů sociální rehabilitace), kteří se tohoto výzkumného šetření účastnili. Podrobný popis způsobu práce s rodinou je uveden v individuálním plánu péče (Příloha č. 4). Zhodnocení rodiny za uplynulé období je cílem případových konferencí, kde se vyjasňují další úkoly a možnosti tzv. sociální rehabilitace. Povinnou součástí případového setkávání je písemný zápis (Příloha č. 5). Způsob práce dětského centra s rodinou je uveden v denním plánu činností (Příloha č. 6). Z důvodu velké obsáhlosti dat v příloze č. 4 uvádím (pro představu čtenáře) pouze dva úvodní individuální plány péče ohrožených rodin. V prvním případě se jedná o rodinu, která úspěšně ukončila proces sociální rehabilitace (Informant č. 2), ve druhém případě se jedná o rodinu, která byla v procesu sociální rehabilitace neúspěšná (Informant č. 23) a k nim související zápisy z případových konferencí (Příloha č. 5). Denní plány činností jsou vyhotovovány pravidelně na jednotlivé pracovní dny a týdny. Proto je (s ohledem na množství dat) součástí přílohy pouze jejich formulář. Počet individuálních plánů péče závisí na délce pobytu rodiče v dětském centru.

Charakteristika informantů, kteří úspěšně ukončili proces tzv. sociální rehabilitace:

Informant č. 1 – Svobodná pětadvacetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany otce. Vyučená v oboru kuchař – číšník. Příležitostně nelegálně pracuje. Než přišla do jiného stavu, byla vždy zaměstnána. Než nastoupila do Dětského centra, byla uživatelkou návykových látek. Kouřila marihuanu a čichala toulén. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí (přibližně osm měsíců) před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z dětí je umístěno v osvojení, druhé (novorozenec) je v její péči. Rodičovství bylo neplánované. Má přítele, se kterým společně sdílí malý baráček. Ten není v příliš dobrém technickém stavu. Často řeší konflikty ohledně financí. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě pravidelně jeví

zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o druhorozeného syna. Má strach, aby jí syn nebyl odebrán. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum na podporu rodin a kontaktní centrum – Prevent. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (rodiče matky). Prarodiče intenzivně dceru podporovali. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 3 měsíce.

Informant č. 2 – Svobodná dvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Dokud byla rodina kompletní, tak v ní panoval přísný režim. Poté, co se otec odstěhoval, matka na výchovu dcery nestačila. V době výzkumu pracovala ve fastfoodu. Vzdělání základní. Než přišla do jiného stavu, nepracovala. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Pravidelně užívala pervitin. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí (přibližně 1 rok) před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. Má nového přítele, se kterým žije v panelovém bytě. Tento partnerský vztah hodnotí jako dobrý. Přítel dlouhodobě pracuje. Atmosféra v rodině je stabilizovaná. Biologický otec o dítě nejeví zájem. Ten byl v době výzkumu ve výkonu trestu. Velmi agresivní s pohnutou minulostí. Několikrát soudně trestán za ublížení na zdraví, krádeže a distribuci omamných látek. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o syna. Ten byl při přijetí ve velmi špatném zdravotním stavu (těžká podvýživa, celkové neprospívání kojence). Matka má strach, aby jí syn nebyl odebrán. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, fyzioterapeut, orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum na podporu rodin, kontaktní centrum – Prevent, sociálně-psychologické centrum, Terapeutická komunita Karlov). Později se spolupráce výrazně vylepšila. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (rodiče otce, sestra otce). Prarodiče matku velmi intenzivně podporovali. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 8 měsíců.

Informant č. 3 – Vdaná jednačtyřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila, jak sama uvádí, velmi nekompromisní výchovné prostředí ze strany obou rodičů. V době výzkumu byla vedena na úřadě práce, vystudovala obor všeobecná zdravotní sestra. Než přišla do jiného stavu, tak nepracovala. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Denně užívala ve větší míře alkohol. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí (přibližně sedm let je jejich klientkou). V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v péči mateřské babičky. Druhá, desetiletá dcera je doposud v její péči. Rodičovství bylo plánované. Má manžela, se kterým společně žije po různých ubytovnách a azylových domech. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dceru jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, byl komplikovaný zdravotní stav dcery, který vyžaduje pravidelný dohled nad léčebným režimem a pravidelné podávání léků formou injekcí. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, imunolog, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, psychiatr. Do sanace rodiny nebyl zainteresován nikdo ze širší rodiny. Během služby byla realizována jedna případová konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 6 měsíců.

Informant č. 4 – Svobodná třiřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany otce, ale vše v rodině řídila matka. V době výzkumu měla několik zaměstnání. Vystudovala obor veterinární technik. Vzhledem k těžkému postižení syna pobírá příspěvek na péči a je s ním doma. Jinak je velmi pracovitá, čínorodá. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně čtyři roky, než nastoupila do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v péči otce, druhé (chlapec osm let) je v péči její. Rodičovství bylo neplánované. S otcem dětí nežije. Bydlí se svojí matkou v baráčku 5+1. Mezi matkou a dcerou jsou obrovské konflikty, které často řeší policie. Mají rozdílný pohled na výchovu. Mezi oběma ženami panuje velká nenávisť. Těžce vázne komunikace. S otcem

děti v době výzkumu vychází celkem dobře. Atmosféra v rodině není ideální. Hádky a střety jsou téměř na denním pořádku. Matka na svoji dceru poslala opakovaně stížnost na sociální odbor. Biologický otec o chlapce pravidelně jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce vrátit syna do své péče. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, fyzioterapeut, orgán sociálně právní ochrany dětí, rehabilitační centrum, lázeňské služby, neurolog, onkolog, psychiatr. S matkou byla zpočátku velmi obtížná spolupráce. Veškerou pomoc a podporu odmítala. Později začala aktivně spolupracovat a komunikovat. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (rodiče matky, rodiče otce). Prarodiče téměř nespolečně spolupracovali. Během služby byly realizovány tři případové konference. Dvě s negativním s poslední s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 5 měsíců.

Informant č. 5 – Svobodná šestadvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila přísné výchovné prostředí ze strany otce. Má základní vzdělání, úspěšně ukončila rekvalifikační kurz. V době výzkumu předčasně ukončila mateřskou dovolenou a šla pracovat jako dělnice do strojírenské firmy. Než přišla do jiného stavu, byla dlouhodobě v cizině. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Velmi intenzivně kouřila marihuanu. S matkou spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, (přibližně šest měsíců) před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v péči otcovské babičky, druhé (novorozenec) je v její péči. Rodičovství bylo neplánované. Má přítele, se kterým společně sdílí zrekonstruovaný byt 2+1. Přítel dlouhodobě nepracuje, je prudší povahy. Atmosféra v rodině není úplně ideální, často se hádají. Biologický otec o dítě pravidelně jeví zájem i jeho širší rodina. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o druhorozeného syna. Má obavy, aby jí syn nebyl odebrán. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (rodiče přítele). Ta se v pomoci matce velmi intenzivně angažovala. Během služby byla realizována jedna případová konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky

činila 4 měsíce.

Informant č. 6 – Svobodná dvaadvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany otce. V době výzkumu nepracovala ani nikdy předtím. Má základní vzdělání. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Kouřila intenzivně marihuanu. S matkou spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, velmi krátce (přibližně 1 měsíc) před umístěním do dětského centra. Veškerou pomoc odmítala. Má celkem jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. S přítelem žijí v baráčku u jeho rodičů. Dům je ve velmi dobrém technickém stavu. S partnerem mají celkem dobré vztahy, ten dlouhodobě nepracuje. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o svého syna. Má strach, aby jí syn nebyl odebrán. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent. Matka na počátku pobytu nechtěla vůbec spolupracovat. Do centra nastupovala pod nátlakem otcovských rodičů. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (rodiče otce). Prarodiče intenzivně matku podporovali. Během služby byla realizována jedna případová konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 3 měsíce.

Informant č. 7 – Dvaatřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila velmi benevolentní výchovné prostředí, bez pravidel. V době výzkumu nepracovala. Základní vzdělání, ale velice chytrá, orientovaná, bystrá. Nadstandardně finančně zajištěná. Živí se nelegálně prostitucí. Než přišla do jiného stavu, byla uživatelkou a distributorkou návykových látek, za což byla pravomocně odsouzená. Užívala pervitin. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně pět let. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v péči mateřské babičky. Druhé (novorozenec) je v její péči. Rodičovství bylo plánované. Má přítele, se kterým společně sdílí panelákový byt. Ten je nadstandardně vybaven. Oba páru velmi impulsivní se sklony k agresivitě. Přítel nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Díky jejich nekontrolovatelnému temperamentu řeší neustále spory, které končí

teatrálními scénami s oboustrannými fyzickými ataky. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, je, že chce prokázat, že je schopna se o dceru postarat. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent, psychiatr. Matka byla z počátku velmi agresivní a negativistická, později začala velmi dobře spolupracovat. Do sanace rodiny zainteresována širší rodina (mateřská babička, sestra, matky). Během služby byla realizována jedna případová konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 2 měsíce.

Informant č. 8 – Vdaná pětáctičetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany obou rodičů. V době výzkumu byla vedena na úřadě práce. Má základní vzdělání. Nikdy v životě nepracovala, pobírá dávky hmotné nouze. Před nástupem do Dětského centra velmi intenzivně konzumovala alkohol. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně pět let před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem čtyři děti. První dvě jsou umístěny v osvojení, třetí z nich je umístěno v příbuzenské pěstounské péči, čtvrté (dvouleté) je v její péči. Rodičovství bylo neplánované. Má manžela, se kterým žije v azylovém domě. V rámci širší rodiny řeší neustálé konflikty. Otec dětí dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není dle slov matky úplně ideální. Biologický otec o dítě pravidelně jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce prokázat, že se dovede o dceru postarat. Má strach, aby jí dcera nebyla umístěna do náhradní péče. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, psychiatr. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (sestra matky). Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 4 měsíce.

Informant č. 9 – Svobodná dvaatřicetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila výchovné prostředí, kde se o ni nikdo příliš nezajímal. V době výzkumu byla vedena na úřadě práce, má základní vzdělání. Nikdy nebyla zaměstnána. Po celý život pobírá

dávky hmotné nouze. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí (přibližně 5 let před) umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. Obě jsou v její péči. Rodičovství u obou chlapců bylo neplánované. Nemá přítele, jen náhodné známosti. Žije po azylových domech a ubytovnách. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Chlapci mají závažné výchovné problémy. Matka výchovu nezvládá a často přistupuje k fyzickým trestům. Biologický otec o děti nejeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce zvládnout výchovu obou synů, která je i dle jejího názoru velmi náročná. Má strach, aby jí obě děti nebyly odebrány. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, psychiatr, speciální pedagog, orgán sociálně právní ochrany dětí. Byla vzdorovitá, často si věci řešila po svém. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 5 měsíců.

Informant č. 10 – Svobodná třicetiletá matka. Vyrůstala rodině u příbuzných. Zažila výchovné prostředí, kde se o ni nikdo příliš nezajímal. Jako velmi mladá (v šestnácti letech) opustila rodinu. V tomto věku porodila první dítě. V době výzkumu byla nezaměstnaná, nikdy nepracovala, má nedokončené základní vzdělání. Mnoho let se živí prostitucí. Je dlouholetou uživatelkou pervitinu. S matkou mnoho let nikdo nespolečně pracoval, jelikož převážnou část života byla neznámého pobytu. Rodičovství bylo neplánované. Má celkem jedenáct dětí. Všechny, kromě posledního dítěte má umístěné v náhradní rodinné péči. U všech deseti dětí dala souhlas s osvojením. Má přítele, ale žijí odděleně. Přítel je otcem minimálně posledních šesti dětí. Dlouhodobě žije po ubytovnách a kamarádech. Je velmi prudké povahy. Přítel dlouhodobě nepracuje. Biologický otec jeví zájem pouze o posledního potomka. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce prokázat schopnosti pečovat o syna. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší

rodina. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 7 měsíců.

Informant č. 11 – Vdaná pětaticetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Jako dítě intenzivně zažívala domácí násilí, které bylo páčáno nejen na matce, ale i na dětech. Je vyučená švadlena. Celý život byla zaměstnána v továrně. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou orgán sociálně-právní ochrany dětí nikdy nespolečně pracoval. Matka si dětské centrum vyhledala sama. V té době byla téměř denně vystavena fyzickému a psychickému týrání. Přestala zvládat situaci. O děti se přestala starat, velmi vážně je zanedbávala. Má celkem dvě děti. První z chlapců (12 let) je v péči otce. Musí velmi tvrdě pracovat na statku. Druhý chlapec (kojenec) je v péči matky. Rodičovství bylo neplánované. S manželem žijí v polorozbořeném statku, který je v zoufalém stavu. Násilí, hádky, konflikty ze strany otce jsou na denním pořádku. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině je velmi špatná. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce znovu zvládnout výchovu synů a navrátit je oba do své péče. Druhým cílem bylo vyřešit vlastní svízelnou situaci, opustit manžela a žít vlastní život společně s dětmi. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, manželská poradna, speciálně-pedagogické centrum, psychiatr. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (mateřská babička). Ta dceru intenzivně podporovala. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 6 měsíců.

Informant č. 12 – Svobodná šestadvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany matky. V době výzkumu byla vedena na úřadě práce. Základní vzdělání. Nikdy nebyla zaměstnána. Před nástupem do Dětského centra velmi intenzivně konzumovala alkohol. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně dva roky před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. Má přítele, se kterým společně žije po azylových domech a ubytovnách. Díky porušování domácího řádu jim

byla opakovaně ukončena nájemní smlouva. Přítel dlouhodobě nepracuje, taktéž konzument alkoholu. Atmosféra v rodině není úplně ideální, velmi často se hádají, fyzicky napadají. Biologický otec o dítě pravidelně jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o své dítě. Chce vyřešit dlouhodobý problém s alkoholem. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum na podporu rodin, psychiatr. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (mateřská babička). Babička dceru intenzivně podporovala. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 5 měsíců.

Informant č. 13 – Rozvedená čtyřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila velmi benevolentní výchovné prostředí ze strany obou rodičů. V době výzkumu byla zaměstnána, vyučená v oboru kuchař – číšník. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Příležitostně kouřila marihuanu. Denně holdovala alkoholu. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně pět let před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem pět dětí. První čtyři má ve své péči. Nejstarší dítě v době výzkumu dosáhlo zletilosti. Rodičovství (kromě nejstarší dcery) bylo neplánované. Během života vystřídala několik partnerů. S nynějším přítelem společně sdílí velmi malý baráček. Ten není v příliš dobrém technickém stavu, navíc je tam vypnutá voda. Často řeší problémy ohledně financí. Matka má vysoké dluhy. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě nejeví zájem. Matka, jak sama tvrdí, je psychicky velmi labilní. Doma probíhají neustálé hádky, křik, děti mají závažné výchovné problémy. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce dobře zvládat rodinnou situaci, navrátit syny do péče. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, psycholog, speciální pedagog, speciálně-pedagogické centrum, pedagogicko-psychologická poradna, Speciálně psychologické centrum, psychiatr, orgán sociálně právní ochrany dětí. Navázat vzájemnou spolupráci bylo zpočátku téměř nemožné. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (mateřská babička, sestra matky). Obě

ženy matku velmi intenzivně podporovaly. Během služby byly realizovány čtyři případové konference dvě s negativním a dvě s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 10 měsíců.

Informant č. 14 – Vdaná pětaticetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany otce. V době výzkumu nepracovala, ani nikdy předtím. Vzdělání základní. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně osm měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem sedm dětí. Všechny jsou v její péči. Rodičovství bylo u všech dětí plánované. Má manžela, se kterým společně s dětmi žije v bytovce. Často řeší rodinné spory. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině je špatná. Matka musí dlouhodobě čelit fyzickým atakům ze strany muže. Děti nejsou přímo oběťmi domácího násilí, ovšem útokům dlouhodobě přihlíží. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce pomoci zvládat péči o děti. Snaží se vyřešit vlastní svízelnou situaci a opustit manžela. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, Sociálně pedagogické centrum, manželská a předmanželská poradna. Matka byla zpočátku nedůvěřivá. Snaha o spolupráci byla složitá. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (rodiče matky). Prarodiče intenzivně dceru podporovali. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 5 měsíců.

Informant č. 15 – Svobodná třicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany obou rodičů. Vzdělání základní. Nikdy nepracovala. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Uživatelka pervitinu. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně čtyři roky před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem pět dětí. Všechny děti má v péči s přítelem, který je jejich biologickým otcem. Rodičovství bylo vždy plánované. Bydlí po azylových domech a ubytovnách. Otec je také uživatel

pervitinu, pracuje příležitostně. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce pečovat o své děti a zbavit se závislosti na návykových látkách. Má strach, aby jí děti nebyly odebrány. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, psychiatr, orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum na podporu rodin a kontaktní centrum – Prevent. Do sanace rodiny byla zainteresována širší rodina (otcovský dědeček). Ten rodiče dlouhodobě intenzivně podporuje. Během služby byly realizovány dvě případové konference s pozitivním výsledkem. Délka pobytu matky činila 6 měsíců.

Charakteristika informantů, kteří neúspěšně ukončili proces tzv. sociální rehabilitace:

Informant č. 16 – Svobodná dvaadvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině (s otcem). Zažila velmi přísné výchovné prostředí z jeho strany. Základní vzdělání. Intelektově velmi slabá. Nikdy nepracovala. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně dva měsíce před umístěním do dětského centra. Má celkem jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. Má přítele, se kterým žije na ubytovně. Přítel dlouhodobě nepracuje, velmi matku ovlivňuje, občas ji fyzicky napadá. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě nejeví zájem. Matka nastoupila na základě doporučení orgánu sociálně-právní ochrany dětí a také pod „nátlakem“ svého otce. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se má (dle slov mateřského dědečka) naučit pečovat o vlastní dítě. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, psychiatr, fyzioterapeut, orgán sociálně právní ochrany dětí. Matka neměla snahu navázat spolupráci. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina. Přestože otec matky apeloval na jejím přijetí, sám se do podpory nezapojoval. Během služby byly realizovány dvě případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 2 měsíce. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 17 – Svobodná třicetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila benevolentní výchovné prostředí ze strany matky. Základní vzdělání. V době výzkumu byla vedena na úřadě. Nikdy nebyla zaměstnána. Před nástupem do Dětského centra

byla uživatelkou návykových látek. Téměř denně konzumovala alkohol. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně sedm měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. Nemá přítele, pouze náhodné známosti. Dlouhodobě žije po ubytovnách. Nepřizpůsobivá, opakovaně je z těchto zařízení vyloučena pro její velmi agresivní chování, několikrát bylo na matku podáno trestní oznámení ve věci napadení veřejného činitele s ublížením na zdraví. Matka je v péči psychiatra. Atmosféra v rodině je velice špatná. Matka neví, kdo je biologickým otcem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se má naučit pečovat o syna. Matka nastoupila na podnět orgánu sociálně právní ochrany dětí. V zařízení často porušovala domácí řád. Se službou byla permanentně nespokojená, nepřizpůsobivá jakémukoliv režimu. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, fyzioterapeut, orgán sociálně právní ochrany dětí, psychiatr. Matka od prvopočátku neměla snahu spolupracovat. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu problematického chování matky. Během služby byla realizována jedna případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila čtrnáct dní. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 18 – Svobodná osmadvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila velmi benevolentní výchovné prostředí. Základní vzdělání. Nikdy nepracovala. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou pervitinu. S matkou spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí přibližně čtyři měsíce. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. Má přítele (bezdromovce), taktéž užívá pervitin, ten je biologickým otcem dítěte. Matka žije po ubytovnách a azylových domech. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě pravidelně jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o svého syna. Má strach, aby jí syn nebyl odebrán. Do dětského centra nastupuje na popud orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum na podporu

rodin a kontaktní centrum – Prevent, psychiatr, fyzioterapeut. Matka, vzhledem k závislosti nebyla schopna spolupracovat a respektovat režim zařízení. Pravidelně porušovala domácí řád. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina. Mateřská babička rezolutně odmítla jakoukoliv pomoc. Během služby byly realizovány dvě případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 3 měsíce. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 19 – Vdaná sedmatřicetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila benevolentní výchovné prostředí ze strany matky. Základní vzdělání. Intelektově velmi slabá. Nepravidelně navštěvuje psychiatra. V době výzkumu pobírala dávky hmotné nouze. Nikdy nepracovala. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Často konzumovala alkohol. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně pět měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v osvojení, druhé (novorozeneček) je v péči dětského centra. Rodičovství bylo neplánované. Má manžela, se kterým bydlí v malém panelovém bytě. Ten není v příliš dobrém technickém stavu. Často řeší konflikty ohledně financí. Přítel dlouhodobě nepracuje, taktéž uživatel alkoholu, intelektově velmi slabý. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě pravidelně jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce lépe zvládnout péči o dceru. Nastoupila na podnět orgánu sociálně právní ochrany dětí. V zařízení často porušovala domácí řád. Se službou byla permanentně nespokojená, nepřizpůsobivá jakémukoliv režimu. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, fyzioterapeut, orgán sociálně právní ochrany dětí, krizové centrum na podporu rodiny, psychiatr. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina. Během služby byla realizována jedna případová konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 3 měsíce.

Informant č. 20 – Vdaná sedmatřicetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině (s otcem). Zažila velmi despoticke výchovné prostředí. V době výzkumu se matka živila prostitucí. Vzdělání základní, ale velmi bystrá a chytrá. Před nástupem do Dětského centra byla

uživatelkou návykových látek. Kouřila marihuanu a především užívala pervitin. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně dva roky před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem jedno dítě. Rodičovství bylo plánované. Má manžela, se kterým bydlí v malém baráčku. Ten je ve velmi špatném technickém stavu. Manžel dlouhodobě nepracuje, je taktéž uživatel pervitinu. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce pečovat o svoji dceru, která má výchovné problémy. Chce vyřešit problém se závislostí. Má strach, aby jí dcera nebyla odebrána. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, psychiatr, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent, Terapeutická komunita Karlov. Matka nastoupila do dětského centra na podnět orgánu sociálně právní ochrany dětí. V zařízení často porušovala domácí řád. Se službou byla permanentně nespokojená, nepřizpůsobivá jakémukoliv režimu. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina. Během služby byly realizovány dvě případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 4 měsíce. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 21 – Svobodná dvacetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Od deseti let žila v dětském domově. Základní vzdělání. Nikdy nepracovala. Velice problematická, často s agresivními projevy v chování vůči okolí. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek. Kouřila marihuanu. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně šest měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem jedno dítě. Rodičovství bylo neplánované. S přítelem nežije ve společné domácnosti. V době výzkumu byla v azylovém domě. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Matka má v běžném životě časté konflikty. Biologický otec není znám. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že chce pečovat o syna. Chtěla zvládnout problém se závislostí. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent.

Nepřizpůsobivá, opakovaně je z různých zařízení vyloučena pro její velmi agresivní chování, nerespektování pravidel. Byla přijata na podnět orgánu sociálně právní ochrany dětí. V dětském centru opakovaně porušovala domácí řád. Se službou byla permanentně nespokojená. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina. S rodinou a příbuznými se nestýká. Během služby byla realizována jedna případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 2 měsíce. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 22 – Svobodná pětadvacetiletá matka. Od svých osmi let vyrůstala v dětském domově. Vzdělání základní. Nikdy nepracovala. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně dva měsíce před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem jedno dítě. Přítel (otec dítěte), je velmi nepřizpůsobivý, opakovaně na něj bylo podáno trestné oznámení na ublížení na zdraví. Žijí každý zvlášť v azylovém domě. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě pravidelně jeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že se chce naučit pečovat o syna. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí. Nepřizpůsobivá, ve společnosti často konfliktní. Matka nastoupila na podnět orgánu sociálně právní ochrany dětí. V zařízení často porušovala domácí řád. Se službou byla nespokojená, nerespektující jakýkoliv režim. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu problematického chování matky. Během služby byla realizována jedna případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila šest týdnů. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 23 – Rozvedená a znovu vdaná čtyřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila velmi pohodové výchovné prostředí. V době výzkumu byla vedena na úřadě práce. Nikdy nepracovala. Základní vzdělání, intelektově velmi slabá. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně šest měsíců

před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. Starší z dětí je umístěno v péči prvního manžela. Druhé je v péči dětského centra. Rodičovství bylo plánované. S druhým manželem žijí v azylovém domě. Manžel intelektově také slabý. Oba rodiče jsou velmi laskaví, o dceru se snaží co nejlépe pečovat, bohužel jim to příliš nejde. Nemají ani fyzickou ani intelektovou kapacitu na to, aby zajistili alespoň základní potřeby dítěte. Manžel dlouhodobě pracuje. Atmosféra v rodině je pohodová. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že by chtěla zvládnout péči o dceru. Má strach, aby jí nebyla odebrána. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, fyzioterapeut, psychiatr, dětský neurolog, imunolog, orgán sociálně právní ochrany dětí, azylový dům. Snaživá, starostlivá, ale díky svému hendikepu a náročnější péči, kterou dcera vyžaduje, není schopna toto dostatečně zvládnout. Matka nastoupila na podnět orgánu sociálně právní ochrany dětí. Sama si neuvědomuje, že péči nezvládá. V zařízení respektovala veškerá pravidla. Se službou byla spokojená. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu, že rodiče nejsou sami schopni se o vnučku postarat. Během služby byly realizovány tři případové konference, bohužel s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 9 měsíců. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila a vrátila se k manželovi. Oba rodiče dceru v zařízení několikrát týdně pravidelně navštěvují.

Vzor Informant č. 24 – Svobodná třiatřicetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila benevolentní výchovné prostředí ze strany matky. Vzdělání základní. Intelektově prostá. Nikdy nepracovala. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně šest měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v osvojení, druhé (novorozenec) je v její péči. Rodičovství bylo neplánované. Velmi často mění partnery. Je nekonfliktní. Bydlí u své nemocné matky. Biologický otec není znám. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, že má snahu naučit se pečovat o druhorozenou dceru. Pobyt byl doporučen orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Důvodem bylo časté opouštění

dítěte kvůli partnerům. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, orgán sociálně právní ochrany dětí, sociálně psychologické centrum. Přizpůsobivá, respektující řád a režim. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu špatného zdravotního stavu mateřské babičky. Jiní příbuzní nebyli k dispozici. Díky intelektovým předpokladům, matka není schopna zajistit dlouhodobou péči o dceru. Během služby byly realizovány dvě případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 4 měsíce. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 25 – Rozvedená pětaticetiletá matka. Vyrůstala v neúplné rodině. Zažila velmi přísné výchovné prostředí ze strany matky. Nikdy nepracovala. Živí se prostitucí. Vzdělání základní. Velmi chytrá, ve společnosti orientovaná, praktická. Před nástupem do Dětského centra byla uživatelkou návykových látek - pervitinu. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně šest měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v péči mateřské babičky, druhé je v péči dětského centra. Rodičovství bylo plánované. Má nového přítele, se kterým společně sdílí malý baráček. On je taktéž uživatel pervitinu. V partnerských vztazích řeší neustálé konflikty. Matka velmi prudké povahy. Přítel dlouhodobě nepracuje. Atmosféra v rodině není úplně ideální. Biologický otec o dítě nejeví zájem. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, aby zvládla péči o dceru. Ta byla přijata na podnět orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, psychiatr, orgán sociálně právní ochrany dětí, kontaktní centrum – Prevent. Nepřizpůsobivá, nerespektuje pravidla a režim zařízení. Se službou byla permanentně nespokojená. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu problematického chování matky. Během služby byly realizovány dvě případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 8 týdnů. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila.

Informant č. 26 – Rozvedená dvaatřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině. Zažila laskavé rodinné zázemí ze strany obou rodičů. Před pěti lety měla těžký úraz. Od té

doby je závažně tělesně postižená. Do úrazu řádně pracovala. Vzdělání základní. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou spolupracuje orgán sociálně-právní ochrany dětí od narození dcery. Má celkem dvě děti. První z nich je umístěno v péči otcovské babičky, druhé je v péči dětského centra. Rodičovství bylo neplánované. Nemá přítele a ani nezná otce dítěte. Žije v baráčku se svojí šestasedmdesátiletou matkou. Mezi sebou mají pěkný, vřelý vztah. Atmosféra v rodině je celkem dobrá. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do dětského centra, bylo, aby s ohledem na její postižení zvládla péči o dceru. Ta byla přijata na podnět orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou souběžně spolupracovalo několik odborníků: pracovníci dětského centra, pediatr, psycholog, psychiatr, orgán sociálně právní ochrany dětí, fyzioterapeut. Pravidla a režim zařízení zpočátku respektovala, později se situace začala výrazně zhoršovat. Se službou byla nejprve spokojená, náhle začaly problémy a stížnosti. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu toho, že se nenašel nikdo z rodiny a příbuzných, kdo by byl schopen matce pomoci. Během služby byly realizovány dvě případové konference s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 8 měsíců. Matka pobyt na základě vlastního rozhodnutí ukončila. S dítěte se pravidelně stýká.

8. Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole uvádím výsledky z výzkumného šetření, které jsou vždy doplněny vlastním komentářem. V následující kapitole „*Diskuze*“ jsou pak z těchto výsledků učiněny vlastní závěry a vyhledávány souvislosti mezi jednotlivými okruhy dílčích cílů a jejich provázanost ve vztahu k výzkumné otázce.

8.1 Kvalitativní výzkum

V této části uvádím výsledky získané prostřednictvím kvalitativních rozhovorů. Všechna uvedená data jsou doplněna o přímé výpovědi informantů případně sociálních pracovníků. Data jsou uspořádána do pěti hlavních oblastí (viz. kapitola 4).

Jelikož z výzkumného šetření vyplynula řada zajímavých dat (v oblasti rodiny, vzájemných rodinných vazeb, výchovy a rodičovství), která nebyla hlavním předmětem výzkumu, ale mají přímou souvislost s procesem sanace, jsou v této části také uvedena a

systematicky k jednotlivým okruhům přiřazena.

Součástí každé podkapitoly je na začátku vždy uveden krátký souhrn toho, co bylo objektem výzkumného šetření dané oblasti. Všechna uvedená data jsou v textu podrobně analyzována. Předpokládáme, že na základě těchto dat vznikne **rejstřík doporučení pro praxi** jako účinného nástroje, který bude napomáhat k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sociální rehabilitace s následným navrácením dítěte zpět do biologické rodiny.

8.1.1 Sociálně patologické jevy

Hlavním úmyslem této oblasti bylo zjistit, zdali sociálně patologické jevy vyskytující se v rodině mohou ovlivňovat rodiče v jejich aktivních přístupech při řešení náročné životní situace. Bylo zjišťováno, které sociálně patologické jevy se v rodinách objevují a zdali ony jsou jedním z faktorů ovlivňující participaci rodiče na procesu sanace v rámci sociální rehabilitace. Předpokládáme, že právě sociálně patologické jevy jsou jedny z oněch faktorů, které negativně ovlivňují aktivní zapojení rodiče během sociální rehabilitace.

Z výsledků výzkumu je patrné, že sociálně patologické jevy jsou v životě informantů (jenž byli zařazeni do programu sanace rodiny), velmi častým fenoménem. A to bez ohledu, zdali byli během sociální rehabilitace úspěšní či neúspěšní. Jedná se o nejrůznější druhy těchto jevů, které významně narušují funkce rodiny a také její celkovou atmosféru. Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastější sociálně patologické jevy rodin začleněných do procesu sanace rodiny patří: ***užívání návykových látek, nejrůznější formy násilí, poruchy vzájemných rodinných vazeb*** kam řadíme i ***poruchy mateřství***.

Informant č. 12 vypovídá: „*No, když to řeknu jakoby popravdě, ale řekla sem to jenom mojí sociálce, tak to bylo hrozný s přítelem, nejdřív napadal mě, pak aby mě vyprudil, tak taky i malýho jako třepnul, ale hlavně, když si něco jako dal.*“
Informant č. 9 sděluje: „*Prostě díky drogám se to nám všechno rozpadlo vztah, bydlení, naši semnou přestali mluvit, samozřejmě jsme neměli kam jít, když jsme v tom jeli....*“
„*No, někdy mě přítel napadne, ale za to si většinou můžu sama.*“ (Informant č. 16)

„Byla jsem od desíti v děcáku, s našima se nevidím ani sourozencema, ale nevádí mi to. Mám přítele, se kterým se často chytíme“. (Informant č. 21)

Užívání návykových látek

Drogy

Informanti, kteří byli v minulosti uživateli omamných látek, se shodují v tom, že právě drogy patřily mezi hlavní spouštěče jejich rodinných potíží. Jsou uváděny problémy finanční a s nimi spojeny i problémy bytové. Dále uvádějí problémy se zákonem (krádeže, prostituce, dealerství s omamnými látkami). Drogy jsou příčinou vzájemných partnerských a rodinných neshod. Pod vlivem návykových látek dochází k fyzickým útokům ze strany partnera, ale méně často, než jak je uváděno u užívání alkoholu. Žádný z těchto informantů v době užívání drog nepracoval, anebo nebyl schopen si déle než měsíc udržet zaměstnání. Tento fakt se shoduje u obou skupin (úspěšných i neúspěšných) rodin. Obě skupiny celkem totožně vypovídají, že v době, kdy užívali návykové látky, nebyli schopni reálně vnímat svět kolem sebe a posuzovat důsledky svého chování a jednání. Hlavní náplní dne bylo, kde a jakým způsobem si zajistí denní dávku drogy. Z výpovědí také vyplývá, že jim v danou chvíli byl rodinný život lhostejný. Neměli potřebu a ani fyzickou či psychickou sílu něco ve svém životě měnit. Z výpovědí dále vyplývá, že i pomoc rodiny či příbuzných v té době opakovaně odmítali. Ve výpovědích se shodují v tom, že pokud by nebyli „donuceni“ rodinou či orgánem sociálně-právní ochranou dětí, sami by ze své vůle k nápravě nic nepodnikli. Velmi zajímavým zjištěním je fakt, že u obou skupin (úspěšných i neúspěšných) rodin, žije-li matka v partnerském vztahu, jsou uživatelé omamných látek oba dva z partnerů. Jsou-li tedy oba partneři zatíženi stejným patologickým jevem, nejsou schopni se vzájemně podporovat a situaci řešit. Naopak se vzájemně negativně ovlivňují. Dle výpovědí se jedná o partnery, kteří se potkali v době, kdy oba drogu užívali.

„No, jsem tady hlavně kvůli drogám, to že jsem nezvládla péči o malýho je taky díky drogám.“ (Informant č. 5)

„Já jsem byla pozitivní na drogy, brala jsem docela dlouho,zjistila sem to až v šestým měsíci, já jsem malýmu dělala slabý mlíko, no a on byl podvyživen,tím to začalo.“ (Informant č. 2)

„*Já i manžel jsme brali docela dlouho, prostě jsem byla schopná to zvládnout, ani s váma*“. (Informant č. 20)

„*Já se prostě musím nejdřív léčit, a pak můžu fungovat u malého*“. (Informant č. 18)

Na základě výpovědí informantů (obou skupin) je zřejmé, že v první fázi procesu sociální rehabilitace návykové látky jednoznačně brání tomu, aby se informant mohl aktivně zapojit do procesu sanace a mohl zdárně řešit vlastní situaci. Z jejich výpovědí ale vyplynula skutečnost, že si rodič uvědomuje potíže se závislostí, kterou musí primárně řešit s odborníkem. Až poté je schopen další spolupráce. Ideální řešením je nejprve s rodinou pracovat formou ambulantní pomoci, až po zvládnutí této fáze je možné klienta zařadit do pobytové formy podpory. Výzkum tedy jednoznačně potvrdil, že užívání návykových látek (drog) má negativní vliv na aktivní zapojení rodiče a to u obou zkoumaných skupin rodin. U rodin, které neúspěšně ukončily program sociální rehabilitace, se navíc ukazuje, že po určité době si problém se závislostí nepřipouští. Vlastní závislost, ale i partnera omlouvají, nebo dokonce popírají.

„*Měla sem všechno pod kontrolou, nebyl to pro mě problém...*“ (Informant č. 21)

„*Neměla jsem se co učit, vždyť to bylo všechno v pohodě, proto jsem to ukončila dřív*“. (Informant č. 25)

Alkohol

Z výpovědí informantů obou porovnávaných skupin vyplynulo, že užívání alkoholu, patří také mezi velmi problematický faktor, který narušuje rodinné klima. V souvislosti s užíváním alkoholu dále vyplynulo, že alkohol je spojen s agresivním chováním převážně partnera (mužské populace). Z výpovědí je tedy zřejmé, že alkohol bývá příčinou fyzických ataků. A to, jak u informantů, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace, tak těch, kteří byli v procesu neúspěšní. Ze získaných dat dále vyplynulo (oproti uživatelům návykových látek), že užívání alkoholu v rodině zpravidla dělí informanty na dvě základní skupiny. Na ty, kteří byli **přímými uživateli alkoholu** a ty, kteří byli **oběťmi** tohoto **patologického chování**. Z výzkumu vyplývá, že ani jedna z těchto skupin v inkriminované době nebyla schopna jakékoliv spolupráce. Z výpovědí informantů, kteří (fakticky užívali alkohol) vyplývá, že neměli vůli a zájem svoji situaci řešit. Informanti, kteří byli (oběťmi partnerů užívající alkohol), neměli dostatek

sebedůvěry a odvahy situaci změnit, a tak raději nic nepodnikali. Z výsledků dále vyplývá, že se záměrně pomoci vyhýbali ze strachu z partnera.

Přímí uživatelé alkoholu

Ve výpovědích informantů (kteří úspěšně ukončili proces tzv. sociální rehabilitace) se objevují tvrzení, že během pití alkoholu si nepřipouštěli sebemenší problémy. V této době nechtěli s kýmkoliv spolupracovat, dlouhodobě si problém nechtěli přiznat. Ze získaných dat dále vyplývá, že až během pobytu v dětském centru jsou více sebekritičtí. Výsledky jasně ukazují, že i alkohol u této skupiny má negativní vliv na jejich aktivní zapojení během sociální rehabilitace.

„No dlouho jsem si to nechtěla ani okolím to přiznat, prostě máte pocit, že to máte pod kontrolou. No jenže nebylo, dcera pak musela kvůli tomu k Vám.“ (Informant č. 8)

„Ted' už to taky vidím, že to nebylo dobře, jenže to zjistíte až potom“. (Informant č. 13)

Z výpovědí informantů (kteří neúspěšně ukončili proces tzv. sociální rehabilitace) vyplývá skutečnost, že si ani během pobytu v dětském centru problém s alkoholem nepřiznali nebo měli pocit, že ho mají pod kontrolou. Velmi zajímavým zjištěním je, že během pobytu v dětském centru docházelo u informantů (oproti užívání omamných látek), k občasnému užívání alkoholu a to v době, kdy nad nimi nebyla dostatečná kontrola (např. o víkendových službách). Z výpovědí vyšlo najevo, že požívali malé množství alkoholu i během individuálních vycházek. Příčinou, jak uvádí, je krátkodobá výdrž alkoholu v krvi či dechu (která se dá dle jejich názoru dobře uhlídat v případě dobrovolného testování).

„Dala jsem si občas pivo, ale tak, aby to nikdo nepoznal. A nebyla jsem sama“. (Informant č. 19).

„O víkendu to celkem šlo, ale nebylo to pravidelně, někdy taky hodně pozdě večer, to jsme i kouřili z okna, i když se to nesmělo“. (Informant č. 22)

Oběti těch, kteří užívají alkohol

Jednalo se o matky, které byly oběťmi partnerů, kteří dlouhodobě holdovali alkoholu. Z výpovědí vyplývá, že se jedná o velice náročné a stresující okamžiky, kdy v opilosti partnera musely matky čelit řadě psychickým a fyzickým atakům, které se neustále

stupňovaly. Výpovědi potvrzují, že informanti nebyli (v této době) schopni cokoli a s kýmkoliv řešit. Byli maximálně zaměstnání aktuální situací. Z výpovědí dále vyplývá, že se za chování své i partnera styděli. Toto uvádějí jako jeden z důvodů, proč nechtěli s nikým spolupracovat. Druhým důvodem je, že než získali důvěru a podporu dětského centra, neměli fyzickou ani psychickou sílu cokoli změnit. Z výpovědí dále vyplývá fakt, že v tomto prostředí žili řadu měsíců. Dále konstatují, že dlouhodobě napjatá atmosféra výrazně narušila vzájemné vztahy všech členů rodiny, které se dle jejich názoru těžko napravují.

„Věřila jsem, že to bude dobrý, ale nebylo. Byl to docela masakr.“ (Informant č. 1)

„Já to snášela hlavně kvůli dětem, ale prostě to nešlo. Když se napil, byl hodně surový.“ (Informant č. 11)

Přestože byli informanti dlouhodobě nespokojeni se svojí situací a prožívali těžké období, byli pod velkým tlakem partnera, kterým se nechali manipulovat. Informanti dále vypovídají, že díky špatné rodinné situaci ztratili veškeré sebevědomí. Ve výpovědích se opakovaně objevuje sdělení, že neměli odvahu cokoli řešit, proto se jakékoliv pomoci vyhýbali. Nechtěli čelit kritice okolí, které je považuje za neschopné. Setkávají se s názory, že si za vlastní situaci mohou sami. Z výpovědí dále vychází skutečnost, že se v rodině (partnerům) nedaří najít jakékoliv společné řešení.

Z výsledků výzkumu je patrné (rozborem individuálních plánů péče), že u skupiny úspěšných informantů je navázána dobrá spolupráce. Úspěchem (dle jejich sdělení) je především opuštění tohoto závadného rodinného prostředí. U informantů, kteří byli neúspěšní během sociální rehabilitace, se ukazuje, že se nikdy fakticky z tohoto prostředí nevymanili. I během sociální rehabilitace byli s partnerem v úzkém kontaktu. Výsledky následně ukazují, že vlastně o změnu nestáli a později se do tohoto prostředí opět dobrovolně vracejí.

„Já už sem se k manželovi nikdy nevrátila.“ Informant č. 11)

„ Voni manžela zavřeli, měl nějaký problémy, tak je to teď fakt na pohodu.“ (Informant č. 13)

Teďkon žiju zase s mým manželem. Navštěvoval mě v centru, ale chodili buď po venku,

často jsme šli k nám domu“. (Informant č. 19)

„Jo, žijeme spolu, to chtěla spíš sociálka, abych šla k vám, já vlastně ani ne“.
(Informant č. 16)

Násilí

Výsledky výzkumu poukazují na jeden zajímavý fakt a to ten, že ve společném partnerském soužití je (dle výpovědí informantů) mnohem těžší žít s partnerem alkoholikem, než uživatelem omamných látek. Tyto výpovědi však mohou být zkresleny tou skutečností, že uživatelům omamných látek bývají často oba partneři (jak je uvedeno ve výsledcích (viz. výše). Ze získaných dat dále vyplývá, že k fyzickému a psychickému násilí dochází při řešení společných problémů, kdy partner prosazuje vlastní názory. Výsledky výzkumu dále poukazují na to, že násilí, které je páčáno na ženách či dětech, je spojeno s užíváním alkoholu agresora. V případě užívání návykových látek (drog) jsou tyto ataky méně časté. Z výpovědí totiž vyplynulo, že v případě omamných látek dochází k násilnému chování (obecně vůči okolí, a ne záměrně proti konkrétní osobě – např. partnerce). Příčinou jsou (jak uvádějí) dostavující se abstinenční příznaky z nedostatku drogy. Výpovědi dále poukazují na skutečnost, že se informanti svých partnerů bojí. Jedná se o obě skupiny rodin, jak úspěšných, tak neúspěšných v procesu sociální rehabilitace. Objevily se též výpovědi, kdy žena z partnera nemá strach. Rozborem individuálních plánů péče bylo zjištěno, že se jedná o ženy, se kterými byla během pobytu v dětském centru horší spolupráce. Patřily mezi konfliktní klientelu a do skupiny těch, které byly v procesu sociální rehabilitace neúspěšné.

„Ne nezlobte se už nebudu Vám k tomu nic říkat. Vy víte, jakej on je, a když se napije je mu všechno jedno, vždyť jste to zažil.“ (Informant č. 11)

„Když byl v pohodě, tak mě měl rád, když se napil, tak mu bylo jedno, jestli jsem po ruce já nebo někdo jinej. Všechno to mělo vliv na nás, rodinu, jenže pil pak už každéj den.“ (Informant č. 2)

„Vyhrocený to u nás bylo hlavně tehdy, když jsme měli absták“. (Informant č. 15)

„Sem s nim několikrát pěkně zametla, že si to nedal za rámeček“. (Informant č. 25)

Z výsledků výzkumu se potvrdilo, že domácí násilí jako sociálně patologický jev se vyskytuje u obou dotazovaných skupin. Jak již bylo zmíněno, objevuje se v souvislosti s užíváním návykových látek. Konflikty dle výpovědí informantů vycházejí taktéž z dlouhodobě špatné ekonomické a sociální situace, kterou denně řeší. Díky těmto problémům rodiče jednájí pod vlivem negativních emocí, kdy dochází k fyzickým atakům.

„Nemohla jsem nic dělat, já se bála, dělala jsem všechno co chtěl, ono se to všem hezky radí.“ (Informant č. 14)

„Manžel neuznává ženský, prostě to má z domova po jeho tátovi, na kluky je ale hodně přísný.“ (Informant č. 15)

„Skoro pořád jsme řešili práci, peníze, bydlení a nakonec jsme se vždycky pohádali.“ (Informant č. 1)

Ze získaných dat obou skupin informantů je patrné, že domácí násilí velmi výrazně ovlivňuje nejen partnerské, ale i rodinné vztahy. Tyto vztahy jsou trvale narušeny.

„...spoléhala jsem na svého přítele, který mi nasliboval, že půjde do práce, že mi nebude ubližovat, ale bohužel, znáte to, srdce věří a hlava nepřemejšlí, no až to nakonec dopadlo tak, jak to dopadlo.“ (Informant č. 1)

„...my jsme se kvůli tomu rozešli.“ (Informant č. 11)

„Pořád jsme se hádali, nic jsme společně nevyřešili, von nikdy nebude normálně fungovat, proto jsem ze vztahu odešla.“ (Informant č. 2)

Ve výpovědích informantů se opakuje názor, že se nejedná pouze o jeden problém. Většinou se jedná o kombinaci několika faktorů (sociálně patologických jevů), které ovlivňují celé rodinné prostředí. Hovoří o špatných rodinných vztazích buď v rámci široké rodiny, anebo partnerských vztahů v souvislosti s alkoholem, drogami, násilím.

Stejně tak se informanti shodují ve výrocích, že tehdejší způsob života významně ovlivňoval nejen vlastní chování, ale i přístup k celé situaci, kterou ani sami, ani s nikým jiným neřešili a nechtěli řešit.

„Utíkala jsem od všeho, snažila jsem se být neviditelná.“ (Informant č. 7)

„Změnila jsem se, sem nedůvěřivá, nechci a nehledám partnerský vztah.“ (Informant č. 6)

„Uděláte cokoliv, i když nechcete, protože chcete, aby byl klid.“ (Informant č. 15)

„To by změnilo každého, nemám ráda svoji rodinu, jenom máho syna, máma byla ta, která mě udala a chtěla, aby mi syna vzali.“ (Informant č. 4)

Z výpovědí je zřejmé, že i násilí jako sociálně patologický jev omezuje aktivní zapojení informanta do procesu sociální rehabilitace.

Poruchy mateřství

Mezi objevující se jevy, které narušují vzájemné vazby mezi rodiče a dítětem je porucha mateřství. Jde o situace, kdy rodič v době očekávání či bezprostředně po narození dítěte o něj nestojí, nebo o něj nechce pečovat. Z výpovědí informantů vyplývá, že poruchy mateřství (ve smyslu primárního odmítnutí dítěte) se dotýkají obou zkoumaných skupin (jak úspěšných, tak neúspěšných v procesu sociální rehabilitace). Zásadní rozdíl, který vyplývá z výzkumu (u úspěšné skupiny informantů) je ten fakt, že i přestože k dítěti měli zpočátku odmítavý postoj, anebo o něj nedostatečně pečovali, nakonec se děti navrátily do péče biologické rodiny. Jednalo se děti nejrůznější věkové kategorie (od novorozenců, až po děti školního věku). Velmi zajímavým zjištěním je, že u skupiny neúspěšných rodičů se jednalo výhradně o novorozence. U této skupiny matek z výzkumu vyplynulo, že informanti nakonec dítě buď dobrovolně opustili (neměli o dítě zájem), anebo se o něj nedokázali dostatečně postarat (z důvodu vážného zdravotního stavu matky). Tyto děti byly (rodiči) ponechány v péči dětského centra. Z výpovědí informantů bylo dále zjištěno, že pouze matky (se špatným zdravotním stavem) se pravidelně na dítě informují a v rámci možností ho navštěvují. I nadále se snaží s dětským centrem spolupracovat.

„To, že jsem minule děti nechala umístit do adopce, měla jsem k tomu důvody, ty vám nebudu říkat. Teď mám nového přítele, je pravda, že jsem to taky zvažovala, ale on mě přemluvil. Nebylo to úplně lehký, nějakou dobu mi to trval, se to naučit, teď už je to jasný.....“ (Informant č. 10)

„Takhle musím se přiznat, já mám ještě jedno dítě a to je v adopci. Když jsem mluvila s mojí sociální pracovnící, tak ona říkala, že Vám to ani nemusím říct....., to jsem po porodu neviděla. Tady u malýho, když sem ho pak viděla, tak už jsem věděla, že ho

nedám...“ (Informant č. 1)

„Nechala jsem syna u Vás, protože se musím nejdřív dát dohromady já“. (Informant č. 18)

„Já jsem strašně chtěla všechno zvládnout, ale prostě mi to zdravotní stav nedovoluje“. (Informant č. 26)

Z výpovědí informantů (úspěšných) dále vyplynulo, že děti v jejich dosavadním životě hrají důležitou roli. Podobně vypovídají také informanti (neúspěšní). U některých z této skupiny se objevují názory, že dítě byl omyl. Byli i tací, kteří na otázku nedokázali odpovědět. Dalším zajímavým zjištěním je skutečnost, že informanti (úspěšní), pečující o novorozence sdělují, že v době těhotenství se necítili zcela psychicky zralí. U skupiny (neúspěšných) se (k mému překvapení) objevovaly opačné názory (přesto však dítěte opustili). Na otázku přístupu partnera (k matce, k těhotenství či narození dítěte) jsou výpovědi informantů velice podobné. U obou skupin (úspěšných i neúspěšných) se objevují výpovědi, že otec dítěte měl k celé situaci liknavý přístup, s narozením dítěte nesouhlasil, anebo se vztah rozpadl. Výzkum dále odhalil jeden zajímavý fakt. Po určité době se v partnerském vztahu dostavila krize (a ani u těch párů, kde se vztah původně jevil jako stabilní, se neudržel) a páry se rozešly. Aktuálně všech dvacet šest informantů žije v novém partnerském vztahu, anebo sami.

„Přítel odešel, nechtěl další dítě“ (Informant č. 6)

„Od začátku pořád něco namítal, jenže když jsem to zjistila, to už bylo dávno pozdě“. (Informant č. 11)

„Jako, vono mu to bylo tak ňák jedno, a mě vlastně taky“. (Informant č. 21)

Neplánované těhotenství

Velmi zajímavým zjištěním byla skutečnost, že přestože se v charakteristikách rodin v souvislosti s otázkou těhotenství objevily zmínky o plánovaném těhotenství, z výpovědí vyšlo najevo, že žádná z rodin obou skupin (úspěšných a neúspěšných) toto těhotenství neplánovalo.

„Bylo neplánovaný“. (Informant č. 5)

„My jsme o dítěti někdy v budoucnu mluvili, ale že to přijde tahle rychle, to jsem nečekala, ale zjistila jsem to až v šestém měsíci, tak to nás teda dost překvapilo“.

(Informant č. 7)

Z výzkumu dále vyplynulo, že matky měly o narození dítěte zkreslené představy. Objevují se výpovědi, kdy uvádějí, že péče o narozené dítě byla mnohem náročnější, než si původně myslely. Dále uvádějí, že zkoordinovat dosavadní život bylo taktéž velmi složité. Výpovědi jsou uváděny skupinou informantů, kteří byli v procesu sociální rehabilitace úspěšní. U skupiny neúspěšných informantů se jsou zaznamenány buď neutrální výpovědi (kdy na otázku jednoznačně neumí odpovědět), anebo nevnímali, že by v jejich životě nastala náročná změna. Sociální pracovníci na dotaz, zdali tomu tak opravdu je, jednoznačně vypověděli, že pokud by matka situaci zvládala, nemusela by být umístěna do dětského centra. Z výsledků výzkumu vyplývá, že si neúspěšné matky ani po ukončení sociální rehabilitace nepřiznávají, že situaci nezvládly.

„Nečekala jsem, že to bude tak náročný, hlavně se přítel nechtěl zapojit“. (Informant č. 2)

„Přiznávám, že to bylo fakt celkem náročný, taky proto, že jsem dost mladá, a vidím kámoše kolem sebe, že mají spoustu volného času“. (Informant č. 6)

„Ne, nemyslím si, že jsem to nezvládala, akorát sociálka měla pořád s něčím problém“. (Informant č. 17)

Sociální pracovník vypovídá: *„Mám takové zkušenosti, že ty klientky, které se nechtějí zapojit, anebo prostě nechtějí spolupracovat, tak svádí vinu na sociální odbor, že na ně máme vysoké nároky. Ovšem opak je pravdou. Péče o dítě je často i obtěžuje, ale nikdy to nepřiznají. Často tvrdí, že péči zvládají výborně. Ovšem výsledky za nimi nejsou vidět. A to bych řekla, že nároky na ně klademe rok od roku menší a menší“.*

Velmi podobné je to s otázkou nejistoty v partnerských vztazích a rodičovství. Informanti (úspěšní) později vypovídají, že partnerské vztahy nebyly stabilní a na rodičovství nebyli (oba partneři) dostatečně připraveni. V některých případech došlo k i rozpadu vztahu. Informanti (neúspěšní) často zkreslují své výpovědi a situaci si idealizují. Totéž potvrzují i sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí, kteří měli tyto rodiny v péči.

Ve výpovědích informantů se k otázce neplánovaného těhotenství objevují ještě dva faktory, které ovlivňují přístup rodiče situaci zdárně řešit. Za prvé byly potvrzeny

špatné vzory chování, které si matky nesou z dětství od svých rodičů, anebo z ústavního zařízení. Za druhé se jedná o jejich nízké sebevědomí, které bylo zapříčiněno narušenými partnerskými vztahy.

„Naši se o mě nijak nestarali. Dělal jsem si vlastně, co jsem chtěla“. (Informant č. 2)

„Přítel mě neuvěřitelně dusil, že jsem úplně neschopná“. (Informant č. 11)

„Já ani nevím, vlastně za to ani nemůžu, celej život sem vyrůstala v děcáku“.
(Informant č. 21)

Na otázku, zdali má neplánované těhotenství vliv na jejich aktivní zapojení do procesu sociální rehabilitace, se objevují odpovědi, že v některých ohledech ano. Jsou potvrzeny skutečnosti, že nízké sebevědomí informanta či špatné návyky z rodiny, rozhodně mají vliv na jejich aktivitu během pobytu v dětském centru. Vypovídají, že tyto dva faktory jim spolupráci s dětským centrem každopádně ztěžují.

Na základě všech těchto ověření lze potvrdit, že sociálně patologické jevy patří mezi faktory, které jednoznačně ovlivňují aktivní zapojení rodiče do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace.

8.1.2 Znaky sanace

Samotný průběh sanace rodiny může mít klíčový význam k navázání spolupráce mezi rodinou a dětským centrem. O sanaci rodině hovoříme tehdy, pokud vykazuje určité její znaky, díky kterým se podpora stává systematictější a funkčnější. Hlavním smyslem této oblasti je ověřit, zdali vybrané znaky sanace skutečně takto působí a následně vedou rodiče k navázání spolupráce mezi rodičem a dětským centrem.

Dále budeme detailně sledovat, jaké jednotlivé složky (znaky) sanace dle potřeb rodiny byly využívány, jejich obsah a význam při navázání spolupráce. Mezi základní složky sanace patří multidisciplinární spolupráce. Neodmyslitelnou součástí zmiňovaného procesu je tvorba individuálního plánu péče, ale také realizace případových konferencí. S ohledem na široké spektrum potíží jednotlivých rodin je do podpory rodiny zapojována síť dalších návazných služeb (odborníků).

V souvislosti s procesem sanace je cílem šetření zjistit, zdali znaky sanace byly pro

informanty (ve vztahu ke spolupráci s dětským centrem) přínosné a účinné a co je v této spolupráci naopak limitovalo. V této oblasti budou dále zjišťovány osobní zkušenosti rodiče a jeho osobitý pohled na poskytované služby.

Sanace rodiny

Výzkumem bylo zjištěno, že informanti (obou skupin, tedy úspěšných i neúspěšných) neumí na otázku (co je sanace rodiny) odpovědět. Případně odpovídali s velkými těžkostmi. Důvodem je až přespříliš odborná terminologie. Naopak dokázali vlastními slovy velmi obratně popsat, čím se sanace zabývá, co je jejím úkolem a cílem. Ve výpovědích se samy rodiny dobře klasifikují a ví, proč byly do procesu sanace začleněny.

„No, vim co je to sanace.....no jsem tady hlavně kvůli drogám,.....a že jsem si nebyla jistá, jestli to s péčí zvládnu,.....abych se potom mohla vrátit zpátky domů a fungovat a bejt sama.“ (Informant č. 5)

„Tak něk jsem si myslela, že je to určitě pro maminky, které tady máte, každému to má dát něco, něco aby se sem už nemusel vrátit a začlenil se někam zpátky domů, když to všechno vyřeší.“ (Informant č. 4)

„Nevi, co to přesně znamená ta sanace, ale vim, že to jako má pomoci rodině, aby už neměla problémy.“ (Informant č. 12)

Preventivní a poradenské služby

Pro účely této disertační práce bylo velmi důležité zjistit skutečnost, zdali byly rodinám před samotným zařazením do procesu sanace poskytovány preventivní a poradenské služby (v jejich doposud přirozeném prostředí). Z výpovědí informantů vyplynulo, že s rodinou bylo pracováno, již před nástupem do dětského centra. Obě zkoumané skupiny uvádějí, že se jim tato pomoc jevila nedostačující. Z jejich výpovědí dále vyplývá, že s nimi pracoval výhradně orgán sociálně-právní ochrany dětí. Dle jejich názoru chyběla pomoc odborníků.

„Ale jo, několik měsíců. Sociálky ke mně chodily, ale vlastně mi s tím mým hlavním problémem nepomohly. S nikým jiným jsem nebyla, jako odborníků, to nechávaly na mě.“ (Informant č. 20)

„No v podstatě semnou nikdo nic neřešil. Jako vůbec nic, já byla sama docela překvapená tím.“ (Informant č. 8)

Ke stejnému informantovi se sociální pracovník vyjadřuje: *„My s rodinou několik měsíců spolupracujeme, nabízeli jsme jim řadu možností, ale oni na ně neslyšeli. Doporučovali jsme i léčení, ale marně. Rodina byla při každý návštěvě poučena, co se může stát....“*

„No byla, Ospodem, ale i s Váma jsem o tom všem hodně mluvila. Ale spíš, než preventivní to bylo až po narození malýho, protože do té doby o mě nikdo nevěděl.“
(Informant č. 2)

K otázce, jak dlouho trvalo rodiči rozhodnutí zařadit se do procesu sanace a navázat spolupráci s dětským centrem, vypovídají zpravidla totožně. Z výpovědí (obou skupin) vychází, že (s nástupem do dětského centra) informanti souhlasili až tehdy, kdy už byla jejich situace kritická a bylo zde reálné riziko, že bude dítě z rodiny odebráno. Sami rodiče přiznávají, že do této doby, nic neřešili. Z výpovědí dále vyplynulo, že pobyt (na vlastní žádost) je výjimečnou záležitostí.

„To trvalo do listopadu. Trvalo to osm měsíců. Jo, jo pak sem s tím souhlasila...“
(Informant č. 1)

„Já přišla sama“. (Informant č. 11)

„Asi dva měsíce“? (Informant č. 22)

„No, já to nedokážu přesně říct, tak něco přes rok.“ (Informant č. 13)

K této odpovědi sociální pracovník vypovídá: *„Já osobně s rodinou spolupracuju několik let. Aktuálně situaci řeším zhruba 9 měsíců, kdy se snažím, aby společně s dětma nastoupila do centra, až teď, když sem se rozhodla, že děti budou umístěny, tak řekla, že teda půjde s nima.“*

Multidisciplinární tým

Účast multidisciplinárního týmu na sanaci rodiny je pozitivně hodnocena, jak ze strany informantů (obou skupin tzn. úspěšných i neúspěšných), tak ze strany sociálních pracovníků. Pro některé informanty byla multidisciplinární spolupráce bezvýznamná. Velmi zajímavým zjištěním je, že tuto spolupráci jako bezvýznamnou hodnotí pouze informanti, kteří byli v procesu sanace neúspěšní. Navíc bylo studiem dokumentace

zjištěno, že se jednalo o informanty, se kterými byla ukončena sociální rehabilitace z důvodu soustavného porušování pravidel dětského centra. Z ostatních výpovědí (jak informantů, tak sociálních pracovníků) vyplývá, že multidisciplinární spolupráce rozhodně patří k nedílné součásti procesu, bez kterého by proces sanace nemohl fungovat.

„Ale to mi přišlo naprosto správný, že budu muset jednat s lékařem, psychologem, s káčkem, vašimi pracovníky, vlastně to byly lidi, které jsem znala, to pro mě taky bylo důležité.“ (Informant č. 5)

„Heleďte, za mě to bylo super, já mám dobrou pocit jakože, řekli všichni, co mám přesně dělat, pomáhali mi a to dost, s tím týmem, jak říkáte je to super.“ (Informant č. 15)

Sociální pracovník sděluje: *„Domnívám se, že široký okruh spolupracujících osob je nesporně důležité. Neplatí však, že „čím více, tím lépe.“*

Další sociální pracovník vypovídá: *„Rozhodně, provázanost v poskytovaných službách je důležitá. Každý jsme odborník na něco jiného. V případě takových matek je zapotřebí, aby s nimi spolupracovali odborníci, kteří jsou erudovaní ve svém oboru. Jinak by to ani nemělo cenu. Problém se musí věcně a prakticky řešit, aby nastal nějaký výsledek.“*

Správný výběr odborníkům dle aktuálních potřeb rodiny, jejich přímá účast má veliký význam při motivaci a následné aktivizaci informanta, jak sami sdělují. Vždy je zapotřebí do týmu přibírat jen ty odborníky, kterých se řešení problému bezprostředně týká.

„Jak už jsem řekla s paní sociální, ta to vedla a nabízela různou pomoc, všech těch pomocníků..., třeba lékaře v Budějovicích jsem si domluvila sama. Mě potěšilo a taky jako tohleto i motivovalo, že jste mě pochválili.“ (Informant č. 3)

„Komunitu jsem si vybírala sama a Arkádu úřad, ale to bylo hodně prospěšný, protože tam mě znali a věděli přesně co já potřebuju. Lékaře a paní psycholožku jste vybírali vy, ale s tím jsem souhlasila. Došla jsem si za ní do poradny a hned se mi paní doktorka líbila, ta byla hrozně fajn.“ (Informant č. 2)

Ve výpovědích informantů se opakují názory, že multidisciplinární tým byl na velmi dobré profesionální úrovni. Upozorňují na zkušenosti personálu, který umí rodiči dostatečně poradit. Ve výpovědích dále poukazují na systematickou přípravu. Velmi

pozitivně je informanty hodnocen způsob komunikace, srozumitelnost a především pak individuální přístup.

„Mě se líbilo, že to mělo hlavu a patu. Byla sem ráda, že na mě nespíchají“.
(Informant č. 8)

„Hodně se mi všichni jednotlivě věnovali, sestřičky, Vy i pan doktor“. (Informant č. 23)

„Myslím, že jsme si nakonec dobře sedli, všichni“. (Informant č. 25)

Informanti se navíc domnívají, že multidisciplinární pomoc má vliv na jejich aktivní přístup ve smyslu vzájemné spolupráce a to nejen s nimi, ale s celým dětským centrem. Ve výpovědích se také objevují názory, že v některých konkrétních oblastech pomoc multidisciplinárního týmu nebyla úplně dostačující. Hovoří o nezajištění určitého odborníka, který by rodina v danou chvíli potřebovala. Vytýkají malý výběr odborníků zabývajících se konkrétní problematikou. Informantům se zdálo, že si nemohou vybrat člověka, který by mu byl více sympatický. Jsou tak odkázáni na toho, kterého má dětské centrum aktuálně k dispozici.

Individuální plán péče

Sestavení individuálního plánu podpory a výběr multidisciplinárního týmu je z pohledu obou skupin (úspěšných a neúspěšných) informantů důležitým momentem procesu sociální rehabilitace. Výpovědi ověřují skutečnost, že informanti vyžadují zúčastněnost při sestavování individuálního plánu. V odpovědích se opakuje názor, že skladbě plánu potřebují porozumět. Informanti obou sledovaných skupin zdůrazňují, že do sestavování plánů chtějí aktivně zasahovat, chtějí o něm spolurozhodovat. U skupin neúspěšných informantů převažuje názor, že individuální plán péče pro ně nemá takový účinek, jak o něm většina odborníků hovoří. Studium těchto plánů bylo zjištěno, že o nich (informanti) smýšlejí tak, jako by měly mít spásný účinek bez jejich osobního přičinění. To dokládají též výpovědi sociálních pracovníků.

„S tím přišla hlavně moje sociální pracovnice. Ona byla skvělá a věděla co potřebuju, pak už to konzultovala společně semnou i s váma na tom setkání.“ (Informant č. 2)

„Já jako uznávám, že jsme to sestavovali společně, protože bylo dobrý, že jste mi nechali říct, co cejtíme, a že jsme mu rozuměli.“ (Informant č. 15)

„Říkali, že, když budeme mít tenhle plán, jak říkáte, tak, že to dopadne dobře...Mě to tedy moc nepřesvědčilo“. (Informant č. 24)

Sociální pracovník vypovídá: *„Individuální plán péče je skvělá věc. Máme přesně dané úkoly a termíny, které musíme všichni plnit. Každý zná své kompetence. Bez vlastního přičinění a hlavně rodiny však nemá smysl“.*

Aktivní spolupráce

Aktivní zapojení rodiče do procesu sanace je (dle názorů informantů) důležité a má klíčový význam především na zmírňování dosavadního ohrožení v rodině. Z výpovědí dále vyplývá, čím více je informant samostatnější, tím účinnější je výsledek spolupráce. Ve výpovědích (úspěšných) informantů se opakují názory, že stává-li se aktivní a je systematicky veden dětským centrem, sám lépe identifikuje klíčový problém, se kterým potřebuje pomoci. U (neúspěšných) informantů se objevují tvrzení, že oni sami jsou od prvopočátku sociální rehabilitace dostatečně aktivní, akorát jsou na ně kladeny čím dál větší nároky, které nejsou schopni splnit.

„Úplně jsem na začátku nechtěla nebo se asi spíš bála spolupracovat. Nevěděla jsem co mě čeká, nakonec sem přišla na to, že to musím bejt v něčem aktivní, bez toho problém nevyřeším.“ (Informant č. 6)

„Jasně, že jsem hned něco dělala, jinak by to ani nemělo cenu, dělám to přece pro děti, abychme byli zase doma...“ (Informant č. 13)

Sociální pracovník sděluje: *„S maminou je hodně práce, spoustu toho namluví, ale činy chybí. Musím s ní být neustále v kontaktu, řadu věcí řeším za ní, protože by toho nebyla schopná.“*

Z výpovědí (obou skupin) je zřejmé, že při sestavování individuálního plánu péče jsou informanté vedeni k samostatnosti a musejí se sami podílet na jejich tvorbě. V souvislosti s tím uvádějí, že jim jsou v této části procesu (individuální plánování) nabízeny další návazné služby, které mohou využít. Skupina úspěšných informantů velmi pozitivně hodnotí to, že se zástupci těchto služeb mají možnost (v rámci sociální rehabilitace) předem sejit a seznámit. Domnívají se, že tento způsob pomoci napomáhá tomu, aby se odborníci zacílili na jejich aktuální problém, a tím se stává

smysluplný. Ze skupiny neúspěšných informantů jsou naopak zaznamenávány obavy a nedůvěra vůči pomoci těmito odborníky. Někteří sociální pracovníci se shodují v tom, že příčinou není obava z nových členů multidisciplinárního týmu, ale spíše obava z toho, že budou více zaměstnání.

„Byla sem ráda, že jsem se s nima poznala ještě předtím“. (Informant č. 3)

„Nechtěla sem, aby se o našem problému věděl, ještě někdo další, to je pořád“.
(Informant č. 16)

„Někteří klienti, především Ti, se kterými je složitější spolupráce, se velmi brání dalším novým službám, protože je to aktivita navíc a upřímně, jsou tací, kteří nikdy nic nebudou dělat proto, aby se jejich situace zlepšila. Ale řečí mají spousty“. (Sociální pracovník)

Na otázku, zdali má individuální plánování vliv na aktivní spolupráci rodiče s dětským centrem byly zjištěny dvě odlišné skutečnosti. Skupina úspěšných informantů se jednotně shoduje v tom, že příprava individuálního plánu péče je pozitivně motivuje. Díky tomu jsou v činnostech dětského centra aktivnější. Někteří informanti dále upřesňují, že znalost jednotlivých kroků podpory a osobní zainteresování jim dává chuť více spolupracovat. Uvádí, že díky plánování nemají pocit zbytečného úsilí. Neúspěšní informanti se k individuálnímu plánování vyjadřují spíše negativně, anebo se k této otázce nevyjadřují vůbec. U této skupiny informantů se také objevují názory, že individuální plánování, je pouze vykonstruovaný způsob práce (odborníka), aby se s rodinou vykazovala určitá činnost. Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že skupina neúspěšných informantů oproti druhé skupině přistupuje k podpoře obecně (ve všech oblastech) více negativisticky. Důvodem může být vlastní selhání, se kterým se nechtějí ztotožnit.

Síť služeb

Z výsledků šetření vyplývá, že dětské centrum rodinám poskytuje široké spektrum návazných sociálních služeb. Informanti (obou skupin) tuto provázanost služeb hodnotí velmi pozitivně. Objevují se názory, že tato propojenost odborníků v běžné praxi chybí. Dále se objevují tvrzení, že jsou tyto služby vhodně vybírány dle jejich individuálních potřeb. U skupiny úspěšných informantů bylo zjištěno, že považují síť služeb za

dostatečnou. Totéž si myslí část informantů ze skupiny neúspěšných, u nichž zaznamenáváme také názory, že síť služeb je až přespříliš rozsáhlá. V rozhovorech se neobjevilo tvrzení, že by v rámci sociální rehabilitace postrádali určitou službu. Jsou nespokojeni s tím, že zajištění některého specialisty trvá delší časový úsek. Velké časové prodlevy negativně hodnotí informanti obou sledovaných skupin.

„Nemám žádný problém. Bylo super, že na každém problému přišel náákej jiný odborník. I když sem na něj někdy hrozně dlouho čekala“. (Informant č. 9)

„Já si prostě myslím, že těch věcí kolem (pozn. autora: služeb), bylo prostě zbytečně přemrštěno“. (Informant č. 17)

Výzkumem bylo dále zjištěno, že informanti velice pozitivně hodnotí to, že k celé řadě nově nabízeným službám jim byla dána možnost využití služeb, se kterými již v minulosti nebo aktuálně spolupracují. Toto obě skupiny informantů vnímají jako výhodu ve vztahu k jejich okamžitému zapojení do procesu sociální rehabilitace. Z výpovědí dále vyplývá, že informanti mají zpravidla největší důvěru k těm, se kterými nejdéle spolupracovali. Ve výpovědích zaznívá, že si u těchto služeb cení jejich trpělivosti a ochoty spolupráce i v dobách ne zcela radostných a ne jednoduchých.

„Asi k Arpidě, ti byli jediní, kteří semnou mluvili a pomáhali mi...“ (Informant č. 4)

„Největší důvěru, jako abych řekla popravdě, pravdu, tak největší důvěru jsem měla k vám.“ (Informant č. 3)

„Nejvíce jsem důvěřovala káčku, tak s těma jsem ve styku už dlouho.“ (Informant č. 15)

„Jsem ráda, že sem mohla pořád navštěvovat stejnou psycholožku, protože ji mám fakt ráda“. (Informant č. 25)

Mezi informanty (obou skupin) se nacházejí tací, kteří nedůvěřují nikomu a dle svých výpovědí, nikdy nikomu důvěřovat nebudou z důvodu špatných zkušeností. Prosazují názor, že se museli vždy spolehnout jen sami na sebe. Zde vyvstává jistá pochybnost, zdali těmito výroky částečně nezastírají svá pochybení z předešlého období.

„Věřím jemon svoji rodině, nemám dobrou zkušenost, když mi někdo pomáhal.“ (Informant č. 10)

„Vždycky sme se museli spolehnout sami na sebe, a když nám potom někdo chtěl pomoc a sliboval bůhví co, tak sme zjistili, že na nás udělali podraz...“ (Informant č. 14)

„Chodili k nám do rodiny dost často, furt říkali, že to je v pohodě a pak najednou přišli a byl konec, bez varování jako, ne nevěřim jim vůbec nic a nikomu.“ (Informant č. 8)

Přestože se u jednotlivců výzkumu objevuje nedůvěra vůči některým formám pomoci, z hlediska zahájení spolupráce s dětským centrem má zasíťování rodiny z pohledu informanta jasný význam. Hovoří o snaze (ze strany dětského centra) rodině pomoci, i když tato podpora není vždy korunována úspěchem. Dále oceňují pestrost služeb a ochotu za nimi přicházet. Výhodu vidí v tom, že v období, ve kterém se na začátku sociální rehabilitace nacházeli, nebylo jednoduché a sami nebyli schopni v danou chvíli situaci řešit. Z výpovědí tedy zcela vyplývá, že síťování rodiny konkrétními službami vede k nastartování jejich aktivity a k prvotní spolupráci s dětským centrem.

Případová konference

Případové konference mají nejen z pohledu informantů (ze skupiny úspěšných), ale i sociálních pracovníků veliký význam z důvodu společného plánování dalších kroků podpory. Důležitým aspektem je pro informanty ta skutečnost, že dostávají jasné informace o tom, v jaké fázi sociální rehabilitace (sanace) se aktuálně nacházejí a jakou mají reálnou šanci k navrácení dítěte zpět do jejich péče. Ve výpovědích uvádějí, že zhodnocení situace formou případové konference je pro ně důležitým motivačním prvkem pokračovat dál ve zmiňovaném procesu.

„Jo dobře, tam mě vedli a ukázali cestu. Hlavně jsem věděla, na čem sem. Měli přesně dopředu jasno, co bude potřeba, co budu dělat já, co ti ostatní, co rodina, abych mohla jít domů.“ (Informant č. 1)

„Ze začátku jsem to vůbec nebrala vážně. Bylo to hlavně kvůli tomu, že jsem cítila nespravedlnost..... Když se to ale uskutečnilo a sešli se tam ty lidi jako vy, tak sem byla moc ráda, protože jsem ve Vás měla důvěru.“ (Informant č. 2)

„Já jsem se s takovým přístupem a systémem práce setkala poprvé. Pro mě to bylo super v tom, že jsem se mohla klidně vyjádřit, říct jak to cítím a pak sme to řešili, to mě hodně popohánělo dál, jak jste pěkně o mě mluvili...“ (Informant č. 11)

„To je strašně důležité, abychom věděli na čem se společně domluvit, včetně maminky, protože musíme vědět, jestli ona s námi bude součinně spolupracovat a vůbec něco dělat a souhlasit. Navíc ji musíme obeznámit, kdo všechno s ní bude pracovat...“

(Sociální pracovník)

Z výpovědí také vyplývá, že ti, co měli příležitost se případového setkání fakticky zúčastnit, hodnotí pozitivně především to, že se o jejich situaci jedná *otevřeně*. Mohou do procesu *zasahovat* a o něm *spolurozhodovat*. Pozitivně kvitují to, že mají povědomí, na *čem jsou* a *co mají dělat*, mají dobrý pocit z toho, že jim *chce někdo pomoci*. Ve výpovědích dále zaznívá, že kladné a podrobné hodnocení multidisciplinárního týmu a srozumitelnost následných kroků procesu sociální rehabilitace (sanace) vede k další aktivní spolupráci rodiče s dětským centrem. Během rozhovorů (skupiny úspěšných informantů) se k otázce případových konferencí objevují zajímavé výpovědi, které jsou uvedeny níže.

Otevřená spolupráce

Ve výpovědích se objevují tvrzení, že předpokladem úspěšné spolupráce je otevřený a rovný přístup při hodnocení celé rodinné situace. Tento přístup v minulosti informanti zásadně postrádali.

„Semnou nejednali férově, to mi tedy vadilo, protože nejdřív, nic, nic a pak najednou jsem ohrožovala svoje dítě. Pokud měli problém, měli to říct na rovinu, to jako.“

(Informant č. 4)

„Jsme mnohem radši, když si řekneme to a to přímo. My sme spolu vždycky jednali na rovinu a nikdy nebyl problém. To mi vadí na sociálce. V káčku sou taky přímí, i když se mi to nemusí líbit, ale ty pravidla si voni semnou takhle nastavili.“ (Informant č. 15)

Příležitost rozhodování

Z výpovědí informantů dále vyplynulo, že díky jejich právu spolurozhodování se spolupráce s dětským centrem nadále zlepšovala. Opakovaně se objevují názory, že se vždy rozhodovalo tak zvané: „o nich, bez nich“.

„Tehdy, když mi malýho sebrali, tak do té doby nikdo nepřišel a neřekl, hele todle a todle a to je to, co mi na tom u vás vyhovovalo.“ (Informant č. 6)

„To by tak mělo bejt, to je jasný, aby sme o svém životě měli rozhodovat, to mi přide jako jasný..“ (Informant č. 9)

Jasně zadání úkolu

Proto, aby byli rodiče zapojeni do procesu sociální rehabilitace (sanace) a následně pokračovali v této spolupráci, je důležité, aby obdrželi jasné úkoly. Uvádějí, že z těchto úkolů musejí vyplývat konkrétní cíle s jasnými výsledky. Ve výpovědích informantů se objevují zmínky o tom, že právě díky případové konferenci byli dovedeni ke kýženému cíli.

„Když dostanu jasnej úkol, tak vim, že když to udělám, že to bude dobrý, když to nebudu dělat, tak nemohu čekat, že ze mě budou mít sociálky radost, je to jako s děckama.“

(Informant č. 13)

„Dobrý je to, že voni řekli co po mě chtějí, tak jsem to udělala, když sem to nevěděla, tak bylo jasný, že todlecto, že něco udělám.“ (Informant č. 12)

„Mě v tomhle moc pomohlo, že jsem věděla, co mám udělat, a pak tam byl ten výsledek, že sem ho, ten úkol splnila dobře, vlastně jsem vše zvládla.“ (Informant č. 11)

Přímá spolupráce

Z výzkumných dat dále vyplývá, že podnětem k aktivní spolupráci je ze strany rodiče potřeba získat pocit dobrovolné a upřímné pomoci pomáhajících profesí. Ve výsledcích rozhovorů se objevují názory, že oceňují jejich osobní participaci (odborníků) na procesu sociální rehabilitace.

„Hlavně jsem věděla, že když budu potřebovat, tak mi ty lidi pomůžou. To je jistota.“

(Informant č. 5)

„Já jsem to prvně cejtila, že ta pomoc vás všech je taková, jako, že mi chcete pomoci...“

(Informant č. 6)

U skupiny neúspěšných informantů se objevují názory, že případové konference jsou zbytečné. Sami za sebe nemají potřebu se setkávat. Dle jejich názoru se jedná o bezvýznamnou část procesu sociální rehabilitace (sanace). Šetřením bylo zjištěno, že skupina neúspěšných informantů přistupuje k této fázi sanace opět negativisticky (jak tomu bylo v případě multidisciplinární pomoci či individuálního plánování). Tento postoj může (jak již bylo uvedeno výše) pramenit z osobního selhání, se kterým se nechtějí veřejně ztotožnit. Informanti, kteří neměli možnost se případové konference

zúčastnit, na tuto otázku neuměli odpovědět.

Na otázku, zdali byl proces sanace (u první skupiny) úspěšný, všichni informanti bez váhání jednoznačně odpověděli, že ano. U skupiny neúspěšných informantů se objevují názory, že se domnívají, že ano, ale byli špatně posuzováni případně špatně vedeni týmem odborníků. Všichni tyto informanti ukládají vinu sociálnímu pracovníkovi z orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Zbylá část informantů (ze skupiny neúspěšných) na otázku jejich úspěchu či neúspěchu v procesu sociální rehabilitace (sanace) odmítli vypovídat.

8.1.3 Důvody participace rodiče

Proces sanace rodiny prostřednictvím sociální rehabilitace může být účinný pouze za předpokladu aktivní účasti (participace) rodiče. To, jestli se rodič zapojuje či nezapojuje do této spolupráce, má vždy své důvody. Abychom mohli s těmito rodinami efektivně a co nejrychleji navázat spolupráci, je prospěšné znát, jaké jsou důvody jeho participace či nezájmu podílet se na sanaci rodiny. Na základě těchto znalostí můžeme motivovat další rodiny, které se budou procesu sociální rehabilitace účastnit. Důvody participace byly vyhledávány, jak na straně rodiny, tak na straně dětského centra.

Z výpovědí informantů vyplynulo, že důvody participace můžeme kategorizovat do dvou základních období. **Prvním obdobím** je doba před nástupem do dětského centra. Tito informanti hovoří o situacích, kdy byli motivováni například rodinnými příslušníky či doprovázejícími organizacemi, anebo sami pochopili, jaké jsou jejich životní priority. Zde se velmi často opakuje názor, že důvodem jejich účasti je zachování vztahu mezi matkou a dítětem. Zajímavým zjištěním je fakt, že se jedná především o matky, které v tu dobu měly čerstvě narozené dítě. Jelikož se jednalo o fázi, která nebyla ovlivňována procesem sanace (tedy dětským centrem), nebyla pro potřeby výzkumu tolik důležitá.

Všichni tyto informanti shodně vypověděli, že první kontakt s dítětem byl impulsem k tomu, aby svoji životní situaci řešili nebo se nad ní alespoň vážně zamysleli. Jednalo se o informanty, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace.

„Při porodu jsem si uvědomila, že pokud budu chtít si malýho udržet, tak že budu muset

něco dělat, určitě. Tam jsem věděla, že se ho nevzdám.“ (Informant č. 5)

„Když se mi narodilo miminko, tak jsem věděla, už musím z toho všeho utéct, že nemůžu nechat trápit další dítě, tam mě vás doporučili.“ (Informant č. 11)

Vlastní šetření se proto zaměřilo na **druhé období**, které skýtalo vzorek dat od informantů, kteří byli umístěni v dětském centru, a nebylo na počátku sociální rehabilitace zřejmé, zdali budou na procesu sanace spolupracovat. Společným jmenovatelem této skupiny byla zaznamenána jejich prvotní nespolupráce. Do této kategorie patří obě skupiny informantů (úspěšných i neúspěšných).

Informanti ve svých výpovědích zmiňují: **samostatnost, nácvik nových dovedností, empatický přístup, režim, důvěru, dobré výsledky a motivaci, trpělivost, pomoc širší rodiny** jako hlavní důvody jejich participace.

Samostatnost

Dle získaných výpovědí je jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících úspěšnost procesu sanace osamostatnění se. Samostatnost je z pohledu rodiče k navrácení zpět do přirozeného prostředí velmi důležitá z důvodu toho, aby byli schopni nezávisle zvládat činnosti běžného dne bez pomoci druhé osoby. Dále uvádějí, že právě pobyt v dětském centru je naučil samostatnosti. Ve výpovědích se objevují názory, že sociální rehabilitace se důsledně zaměřuje na to, aby se rodič stal co nevíce samostatný. Informanti opakovaně uvádí, že právě samostatnost u nich odbourala pocit strachu z toho, že by situaci sami nezvládli. Poznávají, že to byl důvod, proč začali participovat na procesu sanace. Tuto skutečnost potvrzují i výpovědi sociálních pracovníků.

„Když se chcete vrátit zpátky, musíte prokázat sociálce, že to všechno umíte sami, a že se o vše postaráte.“ (Informant č. 1)

„Je to potřeba se naučit, spoléhat sama na sebe a hlavně být samostatná, všechno kolem malé zvládnout, jako normálně.“ (Informant č. 7)

Sociální pracovník sděluje: *„Pro mě jako sociálního pracovníka je důležitá především samostatnost maminky, aby se spoléhala sama na sebe, to tak v praxi často není,no a pak většinou nastává problém...díky sociální rehabilitaci se jim to daří“*

Nácvik nových dovedností

Informanti pozitivně kvitují získávání nových dovedností, které doposud nezvládali. Z tvrzení vyplývá, že nácvik těchto dovedností vede k tomu, že si osvojují činnosti, pro které byli kdysi začleněni do procesu sanace. To, že se úspěšně naučili nové věci, bylo důvodem participace během pobytu na sociální rehabilitaci. V souvislosti s tím uvádějí, že získali jistotu, že se situace již nebude znovu opakovat.

„Myslím si, že sem se toho docela dost naučila, umím to proto zvládnout i sama, proto sem taky mohla jít domů, leccos, ale ještě neumím...“ (Informant č. 9)

„Já si myslím, že jsem se zlepšila v tom, že sem si více jistá, když jste mě chválili, že to umím.“ (Informant č. 3)

„No určitě, já v tu dobu jsem vůbec nevěděla, jak se o malýho starat, a tak.“ (Informant č. 2)

Ve výpovědích je opakovaně zaznamenán názor, že intenzivní kontakt a dopomoc je příčinou odbourání strachu z péče o novorozené dítě. Pozitivum je příkládáno právě pobytu v dětském centru a pomoci všech odborníků, kteří matce dodali jistotu a sebedůvěru. Uvádějí, že je taková spolupráce baví a je to důvod k tomu, aby pokračovali v další spolupráci.

„No, věděla jsem, že ho chci, v tý porodnici ani jako nebyl problém, spíš byl problém, že jsem nevěděla, jak to bude až přijdu domů. Nevěděla jsem jestli to zvládnou.....bylo to vlastně stejný jako v nemocnici, u vás už sem získala ten, no a pak už sem si byla jistá, bylo to asi po týdnu, to byl ten moment, jak se ptáte.“ (Informant č. 6)

„Mě to moc nešlo, ale to vy víte, ale protože mi ty sestřičky pomáhaly a ukazovaly jako to, tak sem si s tím poradila...“ (informant č. 10)

Zcela odlišnou skupinou jsou informanti, kteří patří do skupiny neúspěšných, ale přesto měli snahu osvojit si dovednosti v péči o dítě. Ve svých názorech se ztotožňují s výroky ostatních kolegyň, že samostatnost a nácvik dovedností je důvodem k participaci na procesu sociální rehabilitace. Bohužel tito informanti nebyli schopni vůči tělesnému hendikepu tyto dvě dovednosti dostatečně zvládnout.

Režim

Nastavení pravidelného režimu rodiny, má dle rodičů významný efekt při úspěšném procesu podpory. Většina rodin kladně hodnotí, aniž by si to v minulosti myslela, že mít v rodině určitý řád, je pro její fungování mnohem výhodnější. Ve výpovědích se objevují názory, že v dětském centru byl kladen velký důraz na režim dne a pravidelnost činností především u dětí. Tato skutečnost je velmi kladně hodnocena rodiči, kteří byli umístěni na sociální rehabilitaci se staršími dětmi. Uvádí, že právě díky režimu se jejich děti hodně zklidnily, což bylo důvodem pokračovat ve spolupráci a učit se novým věcem.

„Já sem strašně ocenila režim dítěte, najednou sem si mohla všechno naplánovat...bylo vše najednou strašně snazší.“ (Informant č. 8)

„Jo, asi jo, asi nastavení režimu má nějaký výhody, aspoň pro děti určitě.“ (Informant č. 14)

Empatický přístup

Významné postavení úspěšné a aktivní spolupráce je z pohledu informanta přisuzováno laskavému a vstřícnému přístupu multidisciplinárnímu týmu. Empatický přístup v informantech vyvolává klid a pohodu, dodává jim odvalu a kuráž posouvat se dál. Ve výpovědích jsou zaznamenávány názory, že před vstupem na sociální rehabilitaci se většina informantů obávala právě kontaktu s pracovníky dětského centra. Měli pochybnosti o tom, jak se k nim budou tito pracovníci chovat. Ve výpovědích zaznívá špatná zkušenost spolupráce z předešlých let. Milý přístup a snaha pomoci byla důvodem k tomu, aby na sobě začali pracovat.

„Já sem se sem tak bála, a vy jste se ke mně opravdu krásně a mile chovali, to mi strašně pomohlo, hlavně v situaci, co všechno sem si s přítelem prožila...“ (Informant č. 11)

„Původně sem sem ani nechtěla nastoupit, mě vlastně pomohlo to, že mi k vám dítě umístili. Když sem vás osobně totiž poznala, a jak mi věříte a pomáháte mi, a jak jste na mě hodní, tak to bylo rozhodující, to bylo fakt hrozně fajn.“ (Informant č. 5)

Důvěra

S empatií jde ruku v ruce důvěra. Důvěra rodiče k sociální službě. Informanti

vypovídají, že té je zapotřebí k tomu, aby mohli úspěšně navázat vzájemnou spolupráci. Z výpovědí totiž vyplynulo, že řada informantů nemá důvěru k institucím a státním orgánům. Nemá s nimi dobrou zkušenost. Získávání důvěry je dle informantů dlouhodobý proces. Jakmile však získají jistotu, je to důvod k navázání jejich spolupráce.

„No, ze začátku jsem se s váma dost hádala, ale pak mi právník řekl, že se mám chovat slušně jinak nedostanu děti zpátky. Když sem ale viděla co pro děti i mě děláte, tak sem vám začala důvěřovat...“ (Informant č. 13)

„S tím, s kým mám komunikovat, tak toho musím znát, aby mě nepodrazil..“ (Informant č. 6)

Dobré výsledky a motivace

Dosažení prvních pozitivních výsledků během procesu sanace má za následek, chuť se dále a více posouvat ke kýženému cíli. Informanti uvádějí, že jejich dobré výsledky mají velký motivační účinek. Obrovskou motivací je pro ně především kladné hodnocení personálu centra či sociálního pracovníka z oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Úspěšné zvládnutí jednotlivých úkolů procesu sanace, je pro informanty klíčovým důvodem, proč ve spolupráci s dětským centrem setrvat.

„Když sme viděla, že to funguje, tak sem chtěla pokračovat...“ (Informant č. 1)

„Já sem prvně u vás viděla, že se konečně něco děje, že se to asi všechno zvládne a já dostanu konečně malýho domů, vždyť má málo času, tak to mě fakt jako motivovalo.“ (Informant č. 4)

Trpělivost

Nezbytnou součástí vzájemné spolupráce a aktivního zapojení je potřebná dávka trpělivosti, která informantům, dle jejich slov v minulosti často scházela. Měli představu, že změny během procesu sanace budou přicházet mnohem rychleji. Informanti uvádějí, že během pobytu v dětském centru se naučili trpělivosti. Díky tomu byli nadále schopni nejen pokračovat ve spolupráci, ale především zvládat nejrůznější zátěžové situace a činnosti poskytované prostřednictvím sociální rehabilitace.

„Mít na děti trpělivost, mít trpělivost na všechny ty změny musí být, ale já jí pořád

nemám.“ (Informant č. 8)

„Protože jsem byla trpělivá, vydržela jsem u vás“. (Informant č. 8)

Pomoc širší rodiny

Z výpovědí informantů vyplynulo, že u informantů (úspěšných) byli do procesu sanace zainteresováni členové širší rodiny. Jednalo se o prarodiče, sourozence či o rodinné přátele. Sdělují, že právě pomoc širší rodiny byla důležitým momentem v jejich rozhodování, zdali nastoupí do dětského centra či s ním budou spolupracovat. Zajímavým zjištěním je, že vztahy mezi rodičem a širší rodinou do té doby nebyly ideální. Neuměli najít společná řešení jejich situace. Jednoznačně potvrzují, že znovu navázání vztahů, bylo hlavním důvodem, proč začali na procesu sanace participovat. Dobrou spolupráci se širší rodinou a urovnání vztahů přičítají dětskému centru. Domnívají se, že právě pracovníci centra byli ti, kteří přispívali k znovu obnovení vztahů v rodině a pomáhali jim. Dále uvádějí, že právě ochota širší rodiny je motivovala k tomu, aby svůj problém aktivně řešili. Do té doby měli pocit, že se k nim rodina otočila zády. Účast širší rodiny informanti hodnotí velmi pozitivně. Vysvětlují, že díky nim získali pocit větší jistoty před návratem do přirozeného prostředí. Navíc uvádějí, že se cítí bezpečněji a mají menší strach ze selhání.

„Všichni z rodiny mi pomáhali. Úplně všichni. Hodně, z bodu na stupnici od jedničky do desíti, na deset. Určitě jo, hlavně psychická podpora a všechno. Nejvíc mi pomáhá sestra, určitě hrozně moc.“ (Informant č. 5)

„Určitě hodně jsem měla velikou oporu u rodiny ze strany přítele. Jeho mamka, děda, sestra a pak taky moje mamka. Bylo to pro mě takový, že sem se nebála jít domů, co kdyby...“ (Informant č. 2)

„Mě pomáhá moje matka. Bere si kluky dost často. Někdy je semnou, někdy proti mně, jak kdy...ale bez její pomoci si to nedovedu představit.“ (Informant č. 13)

8.1.3.1 Důvody, které brání rodiči participovat na procesu sociální rehabilitace

Z jednotlivých výpovědí vyplynulo, že informanti nezmiňují pouze ty důvody, díky nimž participují na procesu sociální rehabilitace. Ve výsledcích šetření se objevují též důvody, které jim naopak brání podílet se na procesu sanace. Příčiny nespolupráce vyvstávají z: *režimu dětského centra, domácího řádu, špatných vzájemných vztahů,*

náročných úkolů, nedůvěry, neochoty spolupráce, nespolepráce s širší rodinou, špatné komunikace.

Režim dětského centra

Obě skupiny informantů (úspěšných i neúspěšných) se shodují v tom, že jim v některých případech nevyhovoval nastavený režim dne. V tomto případě se ale nejednalo o režim dítěte, nýbrž dospělého. Informanti se potýkali s tím, že se museli sami tomuto režimu přizpůsobovat. Z výpovědí shledáváme, že režim dětského centra vnímají jako velmi přísný, z hlediska plnění povinností, značně náročný. Uvádějí, že v dětském centru měli málo času pro sebe (tj. volného času). Z výsledků vyplývá jeden zajímavý fakt, že se tomuto režimu nakonec podřídili pouze informanti ze skupiny úspěšných. V případě skupiny neúspěšných informantů docházelo k předčasnému ukončení pobytu, právě z důvodu nepodvolení se režimu dětského centra.

„Byla sem zvyklá na něco jinýho doma, ne, aby mi někdo něco diktoval, co, jak budu dělat“ (Informant č. 17)

„ S váma sem neměla problém, ale já musím být svobodná, volná “ (Informant č. 21)

„Ze strany dětského centra mi to vadilo v těch návštěvách. Si myslím, protože návštěvy jsou od devíti do jedenácti a od dvou do čtyřech a myslím si, že to zrovna blbě hozený....., kdy jakože každý normální člověk chodí do práce, tak to nemůže za boha stihnout.... Myslím si fakt, že to krmení. Rozepsaný podle těch papírů. Tak snad každá maminka ví, kdy má a má to i na těch krabicích s mlíkem rozepsaný, jak se to dává. A jestli je to o půl hodinky dřív nebo dýl, tak to si myslím, že to není takový rozdíl, než aby to bylo stanovený přesně po čtyřech hodinách.“ (Informant č. 5)

Z výsledků dat (neúspěšných informantů) zjišťujeme jejich nespokojenost s nastaveným režimem dne dítěte. Stěžují si na časové rozvržení jednotlivých činností (stravování, odpočinek, hygienu, vycházky, apod.) a na jejich přísné dodržování. Z výpovědí spíše vyplývá, že jim vadí pravidelnost a množství aktivit, na které nebyli v minulosti zvyklí. Informanti zmiňují, že dle jejich názoru není potřebné takto přísně dodržovat tento řád. Z výpovědí dále vyplývá, že informanti měli problémy do tohoto režimu začlenit své osobní záležitosti. Ukazuje se, že volný čas velmi postrádají a podřítit se režimu je pro

ně nepřekonatelnou překážkou. Někteří dokonce uvádějí, že než být v centru (za těchto podmínek), raději se vrátí domů bez dítěte. Zjišťujeme, že tato skupina neúspěšný informantů, buď dobrovolně ukončuje pobyt v dětském centru, anebo je pobyt ze strany centra ukončen pro soustavné porušování domácího řádu.

Domácí řád

Obdobný problém měli informanti s nastaveným řádem dětského centra. Skupina neúspěšných informantů sděluje, že přizpůsobit se některým pravidlům bylo složité, někdy nemožné. Jedním z důvodů, proč se neúčastnili procesu sociální rehabilitace, bylo, že mají odlišné návyky a zvyklosti z domova. Velký problém vidí ve využívání volného času ve smyslu individuálních vycházek. Zmiňují, že vycházky do osmé hodiny večer jim nestačí. Podobně se k tomuto problému vyjadřují informanti ze skupiny úspěšných. Ti navíc dodávají, že než opustit dítě, raději se snažili režimu přizpůsobit. Následně po ukončení sociální rehabilitace sdělují, že podřídit se režimu dětského centra nebylo zas tak strašné. Někteří informanti uvádějí, že rozumí tomu, proč je režim dětského centra pro všechny klienty takto nastaven.

Jako další důvod, který brání participaci rodiče na procesu sociální rehabilitace je uváděn přísný zákaz návštěv (partnerů, manželů, apod.) v dětském centru a to v nočních hodinách. Případně jejich společné umístění (partnerů) v rámci procesu sanace. Tato skutečnost je uváděna jako důvod jejich ukončení pobytu. Bohužel i za cenu ponechání dítěte v péči dětského centra. U této skupiny informantů, studiem dokumentace, nalézáme argumenty, že si v brzké době upraví poměry a dítě si převezmou do své péče. Realita odkrývá skutečnost, že tomu tak ve většině případů není.

„Ten Váš řád mi přišel docela přísněj. Třebaže se v devět zamyká a už nemůžeme ven.“

(Informant č. 7)

„Mě, tedy, když o tom mluvíme, tak mi vadilo, že některý ty vaše sestry, že, když sem chtěla vzít třeba děti ven, tak mi to kvůli tomu řádu nedovolily.“ (Informant č. 15)

„Chtěla sem tady bydlet s partnerem i on chtěl, ale vy ste to nedovolovali. Chtěli sme být spolu, tak sem se vrátila domu.“ (Informant č. 16)

Špatné vzájemné vztahy

Z výpovědí informantů vyplývají stížnosti na špatné vztahy mezi jednotlivými klienty. Konfliktní situace dle jejich názoru vznikaly na základě bezohlednosti jednotlivců, kteří ostatní rušili svým nevhodným chováním. Střety mezi klienty byly také vyvolávány v případech, kdy pracovali na společných úkolech. Uvádějí příklady, kdy někteří uživatelé záměrně neplnily zadané úkoly (úklid společných prostor, kuchyně, společenské místnosti a podobně). Dále zmiňují drobné krádeže, které vedly ke konfliktním situacím. Někteří informanti z tohoto důvodu ukončili pobyt na sociální rehabilitaci. Objevují se ale též výpovědi, že informanti s nikým (po dobu pobytu v dětském centru) neměli problém.

„Spíš jsem měla problém s těmama maminkami. I když vlastně jenom s tou jednou.“
(Informant č. 4)

„S maminkama jsme si moc vyhovovaly. Akorát počkejte vlastně jo, s jednou tou matkou, kvůli tomu, jak se chovala k těm svejm dětem.“ (Informant č. 3)

„Ze začátku jsem měla spor skoro se všemi.“ (Informant č. 2)

„Nikdy jsem s nikým neměla žádný problém, já se s nimi moc nestýkala.“ (Informant č. 11)

Vzájemné vztahy mezi pracovníky dětského centra se informantům jeví jako dobré. Stejně tak si chválí osobní přístup k nim. Sdělují, že spolu dobře komunikují, vychází si vstříc a vzájemně si vypomáhají. Vypovídají, že díky tomu v dětském centru panuje příjemná atmosféra. Takto se vyjadřují informanti ze skupiny úspěšných.

„Vztahy mezi sestřičkama jsou suprový. Hezky se k sobě chovají. Už tehdy jsem na Vás slyšela samou chválu.“ (Informant č. 1)

„Jak to mám asi vědět. Ale jo, to byla sranda, já myslím, že mezi sebou mají docela dobrý vztahy. Je to vždycky o vkusu a o tom, jak si sou lidi sympatický.“ (Informant č. 4)

„Mezi sebou se k sobě chovají moc hezky a i k nám. Někdo to ale nemusí uznat, vždyť víte, jak to je.“ (Informant č. 11)

Ve výpovědích neúspěšných informantů se ale objevují názory, že s některými členy personálu dětského centra nevycházeli dobře. S některými pracovníky měli opakované konflikty. Interpretují to tak, že si na ně tito pracovníci zasedli, proto byli nuceni ukončit pobyt v dětském centru. V žádné z výpovědí se však neobjevil konkrétní

příklad, o jaký problém se jednalo. Výpovědi byly obecného charakteru.

„S jednou tou sestrou sem měla problém, vlastně víc. Neustále mě peskovala, prostě si na mě zasedla, ani vlastně nevím proč.“ (Informant č. 18)

„Tý jedný jsem vod začátku vadila.“ (informant č. 25)

Náročné úkoly

Informanti (ze skupiny neúspěšných) uvádějí jako důvody nespolupráce, nastavení nepřiměřených a náročných úkolů. Někteří informanti se domnívají, že na některé matky byly kladeny menší nároky, než na ně. Z jiných výpovědí vyplývá, že jim někteří pracovníci záměrně stanovují náročnější úkoly, než jaké jsou schopni zvládnout.

Nedůvěra

Dalším důvodem bránícím účasti rodiči na procesu sociální rehabilitace je (neúspěšnými) informanty uváděna nedůvěra vůči personálu dětského centra. Ve výpovědích se neobjevuje nedůvěra vůči celému zařízení, ale vůči jednotlivcům. Tato nejistota je ve výrocích spojována se špatnými vztahy a kladením náročných úkolů. Odhalujeme stanoviska, že si během pobytu v dětském centru nebyli jisti, zdali jim chce pracovník skutečně pomoci. Objevují se též výroky, že se jich chtěl pracovník dětského centra záměrně zbavit.

„To bylo jasný vod začátku, že chce, abych odešla“. (Informant č. 22)

„Schválně mi dávala úkoly, abych to nezvládla, tak proč bych se snažila“. (Informant č. 17)

Neochota spolupráce

Někteří informanti vnímali určité pracovníky dětského centra jako neochotné. Důvod jejich ukončení pobytu okomentovávají tak, že když cítili neochotu ze strany pracovníka, také oni sami nebyli ochotni spolupracovat. Ve výpovědích však podrobně nepopisují, čím se neochota pracovníka projevovala. Při kladení doplňujících otázek na téma neochoty, nezazněl žádný konkrétní příklad. Ve výpovědích se objevují slovní spojení jako: *byla jsem jí nesympatická...; prostě semnou nechtěla spolupracovat, to se pozná...; neměla mě ráda...; jsem to cítila, že ji vadím...; apod.* Při dalším doptávání

informantů docházíme k jednomu zajímavému zjištění. Na otázku, zda si myslí, že by pobyt v dětském centru úspěšně zvládli za předpokladu ochoty personálu. Vážně vypovídají, že kdyby viděli ochotu ze strany dětského centra, rozhodně by proces sanace dobrovolně neukončili. Jsou přesvědčeni, že by proces sociální rehabilitace úspěšně ukončili. Vinu jejich neúspěšnosti přičítají právě dětskému centru. K těmto výrokům se silně ohrazují sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí, kteří uvádějí, že s některými rodinami spolupracují řadu let. Byla jim z jejich strany nabídnuta řada řešení a pomoci, kterou neakceptovali. Proto rodiče skončily v péči dětského centra.

„S tím nemohu souhlasit. Všichni jsme byli ochotni jim podat pomocnou ruku. A udělali jsme to mnohokrát, ale nikdy to nikam nevedlo“. (Sociální pracovník)

„Jsou to jen výmluvy, nabízela jsem jí ambulantní formu pomoci. Tam ani nedošli. Sehnala jsem jí bydlení, dvě organizace, které jí pomáhaly doma. Spolupráce vydržela tři týdny, pak přestala spolupracovat“. (Sociální pracovník)

Nespolupráce širší rodiny

Pomoc a spolupráce širší rodiny je nejen informanty (ze skupiny úspěšných), ale též sociálními pracovníky velmi pozitivně hodnocena. Výzkum prokázal, že participace a podpora širší rodiny je v procesu sociální rehabilitace velice účinná. Informanti, kteří tuto pomoc blízké osoby nepoznali, hodnotí tento stav obecně negativně. Jednoznačně uvádějí, že pomoc širší rodiny není nutná. Z výpovědí je cítit sarkasmus. Matky vypovídají, že úspěchem by mělo být umět se o sebe postarat, tak jak to dělají ony. Dle jejich slov není žádným uměním postavit se na vlastní nohy, když jsou neustále někým doprovázeny. Tvrdí, že ony by to takto rozhodně nechtěly. Z výpovědí těchto matek pocítíme určitý druh závisti.

„Já sem naopak ráda, že s nima nejsem a ani bych to nechtěla...“ (Informant č. 10)

„Nemám nikoho z rodiny, kdo by pomáhal. My se spolu už dlouho nestýkáme, každý si má všechno zajistit sám, to není žádná frajeřina, když máte pořád někoho za zadkem.“
(Informant č. 8)

„Já na ně, ale fakt nejsem zvědavá, vždyť za to můžou voni. Co sem s nima zažila?“
(Informant č. 25)

Jiní informanti ve výpovědích uvádějí, že když se k nim rodina odvrátila zády, není důvod, aby na procesu sanace pokračovali. Domnívají se, že kdyby jim rodina pomohla, určitě by svoji situaci ustáli. Ze získaných dat zjišťujeme, že informanti, to jak žijí, dávají za vinu právě jejich rodině.

Špatná komunikace

Ve výsledcích výzkumu objevujeme tu skutečnost, že neadekvátní komunikace ze strany personálu, může být příčinou špatné spolupráce mezi rodinou a dětským centrem. Ve výpovědích informantů se odhalujeme názory, že někteří pracovníci s nimi mluví příliš odborně. Komunikace je pro ně nesrozumitelná a oni následně nevědí, co se po nich chce. Někteří informanti sdělují, že komunikace s některými pracovníky centra je nepříjemná. Mají z nich pocit jakési nadřazenosti. Tento způsob komunikace je také důvodem k jejich nespolečnosti. Z výpovědí také zjišťujeme, že nevhodná komunikace vyvolává konflikty mezi personálem a klientem. Obě skupiny informantů (úspěšných i neúspěšných) se domnívají, že vzájemná komunikace je klíčovým momentem dobrých vztahů a ochoty spolupracovat. Tuto skutečnost ve svých výpovědích potvrzují též pracovníci dětského centra.

Sociální pracovník vypovídá: *„To, jak s klientem mluvíme, jak si porozumíme, zdali získáme jeho důvěru, je pro další spolupráci, to nejdůležitější. Vždyť to známe sami od sebe, v práci, doma...“*.

„Já osobně si myslím, že to jak si to řeknem, pak to tak vypadá, ta naše spolupráce“.
(Informant č. 5)

„Někdy sem si připadala jako blbec, jsem vůbec nevěděla, co chcete“. (Informant č. 24)

8.1.4 Služby a přístupy sociální rehabilitace

Záměrem této oblasti bylo na základě ukončeného procesu sociální rehabilitace ověřit, jak informanti pohlíží na celkový průběh poskytovaných služeb.

Hlavním úkolem bylo odhalit, jak tyto služby působily na chování a jednání rodiče, které směřovalo k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Dále o jaké služby se jednalo, a jakým způsobem ovlivňovaly rodiče v jeho aktivním postoji k řešení vlastní situace. Taktéž bylo zkoumáno, které služby rodič hodnotí pozitivně, které negativně a

zdali některé zcela postrádá.

V souvislosti s poskytovanými službami bylo z pohledu rodiče zjišťováno, jaký byl přístup pracovníků k jednotlivým členům rodiny, jak konkrétně probíhala služba sociální rehabilitace a význam tohoto pobytu. Dále bylo ověřováno, zdali Dětské centrum prostřednictvím sociální rehabilitace působí na celkové chování a jednání rodiče ve vztahu k jejich aktivnímu zapojení do procesu sanace a jaké další okolnosti mají vliv na tuto situaci (participace širší rodiny, apod.)

V první fázi této oblasti bylo především zjišťováno, zdali rodič nastupoval na pobyt sociální rehabilitace dobrovolně či nikoliv.

Z výpovědí informantů vyplývá, že někteří z nich si službu vyhledali sami, tudíž příjem byl **dobrovolný na vlastní žádost**. Druhá skupina byla těch, kteří do služby nastupovali **dobrovolně s doporučením sociálního pracovníka**, kdy ještě stále **měli dítě ve své péči**. Třetí skupinou byli **rodiče, kteří byli přijati dobrovolně na doporučení sociálního pracovníka**, ovšem **dítě již bylo v péči dětského centra** a poslední skupinou byli ti, kteří nastupovali **nedobrovolně**, u nichž byl pobyt v dětském centru (k získání dítěte zpět do vlastní péče) nezbytnou podmínkou.

Dobrovolný pobyt na vlastní žádost

Dobrovolný pobyt na vlastní žádost bývá v množství přijatých informantů ojedinělý. Vychází z vlastní iniciativy rodiče, který delší čas řeší vlastní složitou životní situaci. Informanti vypovídají, že chtějí předejít tomu, aby byli v evidenci oddělení sociálně-právní ochrany dětí, nechtějí riskovat, že by jim bylo dítě odebráno.

„Hledala jsem možnosti, kdo mi pomůže, protože doma už to nebylo možný, pořád se to stupňovalo a nechtěla jsem to řešit přes sociálku.“ (Informant č. 11)

„Dozvěděla sem o vás u mojí doktorky, proto jsem Vás kontaktovala, takže jak se ptáte, dobrovolně.“ (Informant č. 7)

Dobrovolný pobyt na doporučení sociálního pracovníka (rodič mající dítě ve své péči)

Z výpovědí informanta vyplývá, že se jedná o dobrovolný pobyt, který mu byl doporučen ze strany sociálního pracovníka. Vystávalo zde reálné riziko, že by dítě

v brzké době muselo být umístěno mimo vlastní rodinu. Z výpovědí je též zřejmé, že se jedná o rodiče, se kterými se již v minulosti pracovalo. Vážnost situace si zcela uvědomují.

„Nastoupila sem sem no dobrovolně, ale chtěla to sociálka, protože říkala, že na tý ubytovně už to není pro dítě možný, ani kdo všechno se tam pohybuje..“ (Informant č. 12)

„Dobrovolně, dobrovolně. Já jsem s tím souhlasila.“ (Informant č. 3)

Dobrovolný pobyt na doporučení sociálního pracovníka (dítě v péči dětského centra)

Dle sdělení informantů nastupují na pobyt sociální rehabilitace dobrovolně. Zmiňují, že delší čas spolupracovali s oddělením sociálně-právní ochrany dětí a před nástupem bylo ještě zapotřebí upravit některé rodinné podmínky tak, aby se dítě mělo kam bezpečně vrátit. Na základě výpovědí se jedná o rodiče, kteří potřebovali primárně vyřešit svůj osobní problém (závislost, násilí v rodině, apod.). Podmínkou pobytu je prokázat, že je schopen o dítě dlouhodobě pečovat.

„Nejdřív ste přijali malou a pak sem nastupovala já, ale až po nějaké chvíli...,protože paní sociální říkala, že pokud budu chtít malou domu, tak by to bylo jako dobrý.“ (Informant č. 8)

„Ano, nastoupila jsem dobrovolně, sama, protože jsem věděla, že mi nic jiného nezbyvá.“ (Informant č. 2)

Nedobrovolný pobyt na doporučení sociálního pracovníka (dítě v péči dětského centra)

Dle výzkumného šetření bylo zjištěno, že se jednalo o nedobrovolné pobyty, kdy rodič nesouhlasil se stanoviskem oddělení sociálně-právní ochrany dětí a doposud neuznávají, že byl důvod k umístění dítěte mimo vlastní rodinu. Pobyt na sociální rehabilitaci opakovaně odmítali. Příčinou jejich nástupu byl stále trvajícím zájem o dítě.

„To první rozhodnutí jsem nechtěla, ale hned pak jsem brala v úvahu, že není jiná možnost. Takže jsem to brala tak, že nastoupit musím.“ (Informant č. 5)

„Prostě sem musela nastoupit, sociálka nedala jinak.“ (Informant č. 14)

Informanti, na základě výpovědí nejvíce ocenili služby, které jim napomáhaly **v zácviku v péči o dítě**. Dále kladně hodnotili služby, které byly provázány **s jinými organizacemi**

či **odborníky**, řešící jejich aktuální problém. Mezi žádané patřily služby **zdravotní, ošetrovatelské, sociální, rehabilitační a psychologické péče**. Ve výpovědích také zmiňují **poradenství, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**.

Zácvik v péči o dítě

Obě skupiny informantů (úspěšných i neúspěšných) uvádějí, že nejvíce ocenili činnosti spojené s péčí o dítě. Naučili se s ním zacházet, ošetřovat ho, krmit, získali tak větší jistotu v manipulaci s ním. Informanti sdělují, že se jednalo o stěžejní službu, pro kterou do dětského centra nastupovali. Ve výpovědích úspěšných informantů se dále objevují názory, že nastavení režimu dítěte (ač tomu nevěřili) je z hlediska plánování programu dne najednou mnohem snadnější. Ve vztahu k dítěti oceňují pravidelnost činností, díky nimž se dítě evidentně zklidnilo, lépe prospívá. Pozitivně hodnotí to, že se jim pracovníci během zácviku intenzivně věnovali. Veškeré činnosti (ve kterých si rodiče nebyli jisti), si mohli za dohledu či dopomoci pracovníka vyzkoušet. Uvádějí, že si tak posílili sebevědomí. Domnívají se, že právě zvládnutí těchto dovedností přispělo k tomu, aby se společně s dítětem mohli navrátit zpět do domácího prostředí. U informantů (neúspěšných) se objevují podobná stanoviska, že zácvik v péči o dítě je přínosný. Tvrzení však doplňují výroky, že péči o dítě zvládali již před nástupem do dětského centra. Odhalili jsme také výpovědi (neúspěšných informantů), kteří se domnívají, že jakákoliv podpora byla vzhledem k jejich dostatečným schopnostem a dovednostem zbytečná.

„Mě to hlavně pomohlo v tom, že sem věděla co dělat s malým..“ (Informant č. 1)

„Já si vážím toho, že ste mě naučili píchat ty injekce a všechno kolem toho zdravotního stavu cery.“ (Informant č. 3)

„Já to všechno zvládala dobře i doma“. (Informant č. 18)

Spolupráce s jinými organizacemi a odborníky

Tyto služby byly pozitivně kvitovány ze strany obou skupin informantů, kteří je přímo využívali. Pozitivně hodnotili to, že jim bylo umožněno využívat stejné služby a zachovat spolupráci s organizacemi, které navštěvovali v minulosti, ještě před nástupem

do dětského centra. Jak uvádí, jednalo se o služby, bez kterých by nebyli schopni tohoto pobytu. Z výpovědí vyplývá výborná spolupráce s terapeutickou komunitou Prevent, Sociálně-psychologickým centrem, psychologem, pediatrem a psychiatrem. Jednalo se o ambulantní formu pomoci. Z pohledu neúspěšných informantů je negativně hodnocena spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Je též uváděna horší spolupráce s některými jednotlivci dětského centra, podobně je hodnocena spolupráce s terapeutickou komunitou v Karlově. Tento negativní postoj může být způsoben tím, že s těmito organizacemi (poskytující pobytové služby) je práce s rodinou mnohem intenzivnější. Spolupráci s jinými organizacemi vidí jako skvělou příležitost směřující k navrácení dítěte zpět do jejich péče. Úspěšní informanti, ale i někteří neúspěšní tvrdí, že jim tato pomoc dopomohla k tomu, aby svoji situaci začali alespoň řešit. Objevují se též výpovědi (neúspěšných informantů), že je tato spolupráce nikam neposunula. Jsou přesvědčeni, že tuto pomoc nepotřebovali.

„Pro mě bylo důležitý to, že ste mi domluvili to, že sem mohla chodit dál do Arkády, že ste domluvili káčko a ostatní ty služby...“ (Informant č. 2)

„Hm, to ten Prevent byl super, protože s nima dlouho spolupracuju, známe se dobře a kvůli těm mejm drogám sem tam musela chodit, tak to byl super, že jste to dohodli.“ (Informant č. 15)

Zdravotní péče

Ve výpovědích byly taktéž velmi dobře hodnoceny zdravotní služby a to především u informantů, kteří doposud neměli zkušenost s péčí o novorozence. Uvádějí, že díky doprovázení neopomněli zajistit všechna potřebná preventivní vyšetření a očkování. Získali větší jistotu při rozpoznávání různých příznaků dětských onemocněním. Kladně hodnotí to, že během pobytu měli možnost kdykoliv se obrátit na odborný personál. Takto se vyjadřují obě skupiny informantů. Z jednotlivých výpovědí jsme došli k velmi zajímavému zjištění, že dobrý zdravotní stav dítěte je pro obě skupiny (úspěšných i neúspěšných) velmi důležitý. Výjimkou nejsou ani informanti, kteří s dětským centrem spolupracovali hůře, vůbec či předčasně ukončili proces sociální rehabilitace. U obou cílových souborů panují obavy o zdravotní stav dítěte. Z jejich výpovědí můžeme potvrdit jejich upřímné obavy o zdraví dítěte. Na základě poskytování zdravotní péče

(jako podpory) tedy zjišťujeme přímý vliv na chování a jednání rodiny ve smyslu aktivního zapojení do procesu sanace. Studium dokumentace bylo ověřeno, že poskytování této činnosti motivuje rodiče aktivně řešit alespoň jeden z jejich mnoha problémů. V našem případě se jednalo o účast na zlepšení zdravotního stavu dítěte či zajištění jeho základních potřeb.

„Já si cením toho, že jste všechny ty vyšetření kolem malýho i Praze a v Budějovicích absolvovali semnou, že jste mi pomohli to všechno zařídit a nakonec i ten rehabilitáček, že jste mi umožnili...“ (Informant č. 4)

„Já bych si ze začátku vůbec nevěděla rady, co všechno musím s malým oběhnout, kdy je očkování, kdy jaký vyšetření, jak připravit mlíko, kolik čeho a tak...“ (Informant č. 6)

„Nechci tady povídat, jestli sem dobrá nebo špatná matka ale, když sem viděla zdravotní stav dcery předtím a potom, jsem vám vděčná, že to tak dopadlo, měla sem strach, jak to dopadne“. (Informant č. 20)

Ošetřovatelská péče

Výzkumem bylo zjištěno, že informanti dělají velký rozdíl mezi zdravotní a ošetřovatelskou péčí. Zdravotní péči přikládají mnohem větší důraz, než péči ošetřovatelské. Z výpovědí vyplývá, že zdravotní péče může ohrozit zdravotní stav dítěte. Dle jejich úsudku tomu tak u ošetřovatelské péče není. Na dotaz, co obnáší ošetřovatelská péče, zmiňují běžnou péči o dítě (přebalit ho, nakrmit, vykoupat, dojít na vycházku či dát dítě spát). Jak již bylo zmíněno výše (neúspěšnými informanty) pravidelnosti a režimu dítěte nepřikládají žádný důraz. Jsou přesvědčeni, že zhoršenou ošetřovatelskou péčí nemůže dojít k ohrožení dítěte. Studium dokumentace ovšem docházíme k opačnému závěru. Právě špatná ošetřovatelská péče a následně zhoršení zdravotního stavu dítěte je jedním z hlavních důvodů jeho umístění do dětského centra. I přesto obě skupiny informantů tuto podporu hodnotí vcelku pozitivně. Z výpovědí je zřejmé, že úspěšné zvládnutí složitějších ošetřovatelských úkonů, které vyplynulo z nejrůznějších zdravotních komplikací, je motivovalo k tomu, aby se aktivně učili dalším novým úkolům. Jsou jednoznačně přesvědčeni, že právě podpora při ošetřovatelské péči a její zvládnutí mělo vliv na navrácení dítěte zpět do jejich péče. U skupiny neúspěšných informantů shledáváme obdobné postoje, jaké měli u předešlých

služeb. I v případě ošetrovatelské péče se domnívají, že tyto služby pro ně nebyly potřebné. Sdělují, že starat se o dítě zvládali již před nástupem do dětského centra. Pouze informanti (neúspěšní), kteří péči o dítě s ohledem na jejich komplikovaný zdravotní stav nezvládali, tuto pomoc velice oceňují.

„Myslím si, že jsem to snad i zvládala, ale to, že jste byli semnou byla velká pomoc“
(Informant č. 2)

„Vůbec jsem vlastně nevěděla, co péče o malýho obnáší, to mi fakt pomohlo“.
(Informant č. 6)

„Já bych Vám chtěla za malou moc, moc poděkovat, že jste mi s tím vším pomáhali, i když víte, jak to dopadlo“. (Informant č. 8)

Sociální péče

Z výpovědí informantů obou skupin vyplývá, že podpora v oblasti sociální péče je z jejich strany velmi kvitována. Jako důvod uvádějí špatnou orientaci v této sféře. Domnívají, že právě v sociální oblasti mají největší potíže. Na základě doplňujících otázek se odkrývá skutečnost, že si informanti neumí přesně představit, co tento sektor všechno zahrnuje. Ve výpovědích úspěšných informantů jsme odhalili jednu zajímavou skutečnost. A to stále se opakující tvrzení, že díky pobytu v dětském centru se zlepšil vztah mezi jimi a orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Přičítají to dobrému vztahu mezi dětským centrem a úřadem. Zmiňují, že při společných jednáních panovala dobrá nálada a spolupráce. Oni sami byli oběma stranami do tohoto jednání příjemně zainteresováni. Tento vztah (mezi rodiči a orgánem sociálně-právní ochrany dětí) přetrvává doposud. Objevují se názory, že právě pracovníci dětského centra byli ti, kteří se zasloužili o přátelskou atmosféru. Ze strany úspěšných informantů je dobře hodnocena odborná připravenost pracovníků, kteří si umějí se vším poradit. Dále je zmiňována dobrá individuální péče v této oblasti a především ochota pracovníků rodiče doprovázet na nejrůznější instituce. Tato skupina informantů zmiňuje, že díky pomoci personálu v této oblasti se naučili jednat s úřady a zorientovali se v dané problematice. Díky tomu dnes tuší na jakého odborníka se v případě potřeby obrátit. Zmiňují, že právě zvládnutí této problematiky bylo důležitým faktorem jejich společného návratu domů.

Studiem dokumentace a na základě výpovědí neúspěšných informantů byla podpora v oblasti sociální péče taktéž hojně využívána. Avšak ze získaných dat paradoxně vyplývá, že tuto pomoc hodnotí negativně. I nadále u nich přetrvává averze vůči pracovníkům orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Přestože nechťeli ani s dětským centrem ani s nikým jiným spolupracovat, vinu za neúspěšný proces sociální rehabilitace dávají právě orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Ve výpovědích těchto informantů přetrvává křivda (vůči úřadu) za odebrání dítěte a jeho umístění do dětského centra. Sami si vinu nepřičítají.

„Já sem měla velkej problém po tom všem komunikovat se sociálkama, to že sem ze začátku nemusela, to bylo dobrý, protože by to dopadlo všelijak.“ (Informant č. 10)

„Některejm věcem úplně nerozumím jako ty určité kroky té sanace, jak říkáte, tak děkuju, že jste to dělali za mě nebo teda, že ste mi pomáhali.“ (Informant č. 12)

„Je to naprostý nesmysl, že jsem se špatně starala.“ (Informant č. 17)

„Já ty sociálky nesnáším, za to můžou oni“. (Informant č. 22)

Rehabilitační péče

Rehabilitační péče je z řad informantů velice dobře hodnocena. Jedná se především o zácvik v rehabilitaci Vojtovou metodou. Jak úspěšní, tak neúspěšní informanti se k této pomoci vyjadřují velice příznivě. Z osobní dokumentace je zřejmé, že se fyzioterapii pečlivě a pravidelně věnovali. Výsledky výzkumu jednoznačně prokázaly, že tento zácvik rodiče motivuje a aktivizuje k získání těchto dovedností a následně i k dalším činnostem. Tuto skutečnost komentují tím, že když viděli zlepšení zdravotního stavu dítěte, měli chuť překonat i další překážky. Z těchto výpovědí je zřejmé, že první úspěch a kladné hodnocení můžeme směřovat k další aktivitě rodiče. Z výpovědí vyplývá, že fyzioterapii radí do skupiny zdravotní péče. I to může být důvod, proč ji berou vážně a svědomitě se jí věnují. Jednoznačně uvádí, že rehabilitaci Vojtovou metodou by bez pomoci dětského centra v domácím prostředí nezvládli. To jim samotným dodalo sebevědomí, že se mohou bez problémů vrátit zpět do prostředí domova.

„Rehabilitace mi přišla strašně těžká, tý sem se moc bála“. (Informant č. 8)

„Měla sem obavy, jestli to zvládnu. Když se mi to podařilo, tak jsem věděla, že už“

zvládnou všechno“. (Informant č. 5)

„Díky mému postižení, bych to sama vůbec nezvládla, ještě teď s tím bojuju, ale je to stále lepší, díky“. (Informant č. 26)

Psychologická péče

Psychologická péče je dle výpovědí obou skupin informantů velmi žádaná. Zmiňují, že je někdy fajn své starosti přesunout na někoho jiného. Velmi pozitivně hodnotí to, že se jim psycholog věnoval dle individuálních potřeb. Přestože k psychologovi docházeli především se svým problémem, vždy nacházeli společná řešení pro celou rodinu. Psychologa vnímají jako vstřícného a laskavého člověka s velkými zkušenostmi. Z jednotlivých výpovědí vyplývá, že k němu mají velkou důvěru. Objevují se výtky ve smyslu delších časových prodlev mezi jednotlivými konzultacemi. Následně dodávají, že když byla situace akutní, psycholog byl ochoten přijít téměř kdykoliv. Podobné výčitky se ve výsledcích výzkumu objevují směrem k dalším odborníkům. Informanti kategorie (úspěšných) toto velmi oceňují na pracovnících dětského centra, kteří jsou v dosahu téměř okamžitě. I proto k němu mají důvěru. Z řad neúspěšných informantů se objevují názory, že přestože jim psycholog či jiný odborník nijak zvlášť nepomohl, jeho práci hodnotí dobře.

„Ale jo, všichni, které sem navštívila, byli slušní a vlastně fajn“ (Informant č. 4)

„Já jsem nejdřív byla k těm všem terapiím trochu odtažitá nebo, jak to říct, ale byla hodná paní doktorka a snažila se mi pomoci“. (Informant č. 13)

„I když mi to nic moc nepřineslo, musím uznat, že byla fakt dobrá“. (Informant č. 25)

Poradenství

Základní poradenství je informanty dětského centra denně využíváno. Jedná se o základní poradenství v řadě oblastí (např. sociálně-právní ochraně dětí, v oblasti sociální, zdravotní či ošetrovatelské problematice, v systému dávek hmotné nouze či okamžité pomoci, v problematice výchovy, rodiny a vztahů apod.) Z výpovědí obou skupin vyplývá, že termín „poradenství“ velmi neradi užívají. Na dotaz, proč tomu tak je, získáváme odpovědi, že celé roky jim bylo zajišťováno poradenství avšak bez jasného výsledku. Namísto poradenství užívají termín: konzultace, setkání, schůzka.

Těchto schůzek se dle výpovědí úspěšných informantů rádi zúčastňují. Často je dle jejich slov iniciují sami. Kladně hodnotí to, že si na ně konkrétní pracovník vždy najde čas. V rámci možností jim s problémy fakticky pomůžou (zajistí doprovod apod.).

Z řad neúspěšných informantů bylo zjištěno, že jakoukoliv radu, názor, doporučení obtížně přijímají. Pomocná ruka bývá důrazně odmítána. Z výpovědí není zřejmé, proč tomu tak je. V jejich odpovědích se objevují tvrzení, že žádná doporučení nepotřebují. Informanti z této kategorie hodnotí poradenství obecně negativisticky.

„Vím dobře, co mám dělat, nepotřebuji radit, furt“. (Informant č. 21)

„Já jsem za vámi moc ráda chodila, vždycky ste mi dobře poradili“. (Informant č. 3)

Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů

Tato služba dle výpovědí byla v praxi značně využívána a příznivě hodnocena. Informanti obou cílových souborů podporu doprovázení na nejrůznější instituce (úřady, zdravotnická zařízení, poskytovatele sociálních služeb apod.) vítají. V jejich výpovědích odhalujeme, že se jednáním s těmito institucemi v běžném životě vyhýbají. Zmiňují osobní důvody, že jsou pro ně tato jednání nesrozumitelná. Někteří informanti uvádějí, že s úřady nemají (opakovaně) dobré zkušenosti. Sdělují, že vyřizování některých náležitostí, včetně vyplňování formulářů je pro ně složité a mnohokrát jim vůbec nerozumí. Na dotaz, jak podpora takového doprovázení vypadá, sdělují, že za ně pracovník centra tyto náležitosti nevyřizuje. Poradí jim, dohlíží na jednání a informant si veškeré věci musí zajistit sám. Z některých výpovědí informantů (neúspěšných), taktéž sociálních pracovníků vyplývá, že informant vyžaduje, aby doprovázející pracovník tyto věci řešil za ně. Objevuje se i názor, že je to jeho povinnost. Kladné vyřízení nejrůznějších záležitostí (bydlení, finančních prostředků, zaměstnání, apod.) informanti hodnotí jako důležitou a účinnou podporu k navrácení zpět do přirozeného prostředí. Zmiňují, že úspěch v této oblasti je ještě více motivuje k tomu, aby se v procesu sociální rehabilitace dále angažovali a co nejdříve osamostatnili. Uvádějí, že právě zvládnutí těchto (pro ně) náročných úkolů dále směřuje k navrácení dítěte do jejich péče. Zajímavým zjištěním u obou skupin je fakt, že jakmile dochází k vyřizování těchto náležitostí, domnívají se, že se již blíží konec procesu sanace. V praxi tomu však často nebývá.

„Pro mě bylo velkou výhodou, že se tam s těma lidma znáte, co přidělujou byty, že jste to vyplňovali semnou.“ (Informant č. 9)

„Třeba s malou ve škole, to doučování, jak ste mi našli tu paní, obědy, abych nemusela platit nebo třeba vyřízení těch dávek.“ (Informant č. 3)

„Sociálka řekla, že mi dávky i bydlení zařídí.“ (Informant č. 16)

Sociální pracovník odpovídá: *„Když jdou matky na pobyt do dětského centra, vždycky jim říkáme, že jim tam se vším poradí a rádi pomohou. Ovšem není to tak, že je to jejich povinnost, anebo že to vyřídí centrum za ně. Je to přesně naopak. To by pak pobyt na sociální rehabilitaci neměl žádný smysl“.*

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Zajišťování zprostředkování kontaktu se společenským prostředím je individualizováno dle jednotlivých osobnostních charakteristik rodin. Objevují se názory, že doprovázení a seznamování s nejrůznějšími institucemi, které poskytují aktivizační činnosti pro rodiny s dětmi, společenská zařízení a další veřejné instituce preferuje pouze část informantů. Ti, co těchto služeb využili, si tuto příležitost pochvalují. Uvádějí, že mají možnost se potkávat s novými lidmi, navazovat nové přátelské vztahy. Objevují se též výpovědi (obou cílových souborů), že je tento kontakt zcela odmítán. Jedná se o rodiny, které i během pobytu v dětském centru nechtějí navazovat bližší vztahy s ostatními informanty. Jedná se o skupinu lidí, kteří jsou méně přístupní. Z výpovědi vyplývá, že se jedná o rodiny, které ani před nástupem do dětského centra se společenského života neúčastnili. Někteří svůj postoj vysvětlují tak, že mají svých problémů dost a nechtějí, aby o nich věděl někdo další. Zmiňují, že se za svoji situaci stydí. Na otázku, zdali byli někým do těchto aktivit nuceni, sdělují, že ne. Zmiňují, že se každý informant mohl svobodně rozhodnout.

„Já jsem se sama zajímala, jestli někam můžu s dcerou chodit a doporučili mi Berušku, tam chodíme strašně rády, obě“. (Informant č. 3)

„Nechtěla sem nikam chodit, jsem spíš uzavřenější typ člověka, ani doma nikam nechodím“. (Informant č. 5)

„Jo, to mě to s maminkama bavilo chodit, třeba do kina. Aspoň sme na chvíli mohli vypadnout“. (Informant č. 24)

Z výpovědí vychází, že informanti (obou skupin) zcela odmítají podporu v nácviku dovedností spojené se zvládnutím péče o vlastní osobu. Tím jsou míněny činnosti týkající se stravovacích a hygienických návyků, zdravotních vyšetření a prevence, chodu domácnosti, vzájemných vztahů. Rozborem dokumentace je zřejmé, že se těmito činnostem účelově vyhýbají. Z etického i profesionálního hlediska lze tomuto postoji porozumět a respektovat ho. Ve svých výpovědích totiž zmiňují, stud ze sebe a z celé rodinné situace. Naprosto specifickou oblastí je nácvik hospodaření s finančními prostředky. Jedná se o problém, který se (studiem dokumentace) jeví jako zcela neřešitelný a ve všech směrech neúspěšný. Přestože se informanti (obou skupin) k této problematice vyjadřují obecně pozitivně (umí s finančními prostředky zacházet) v reálném životě s finančními prostředky neumí nakládat. Praxe poukazuje na to, že žijí ze dne na den. To znamená, že ať mají rodiče jakoukoliv hotovost, vždy jim z ní nezůstává nic, nenechávají si žádnou rezervu. Jedná se o návyky z let minulých, kdy tuto skutečnost okomentovávají, že vždycky nějak přežili.

„Já sem neměla důvod, aby mi někdo pomáhal s vařením nebo úklidem, to není pro mě problém.“ (Informant č. 8)

„No to bych vůbec nedopustila, aby se mi někdo hrabal ve věcech...“ (Informant č. 4)

„To mi přide jako omezování svobody, aby někdo dohlížel, jestli mám spláchnutej záchod a vypraný prádlo....“ (Informant č. 10)

Z výpovědí také vyplývá, že se informanti brání jakýmkoliv aktivizačním činnostem. Nemají rádi, když jim jejich život někdo organizuje. Negativní postoj k řízeným aktivitám se objevuje zpravidla v úvodu procesu sociální rehabilitace, než se adaptují na režim dětského centra. S tímto problémem se (dle výpovědí) potýkají informanti ze skupiny neúspěšných. Výhrady k aktivizačním činnostem mají někteří informanti ze skupiny úspěšných, ti se však (na základě analýzy individuálních plánů) lépe těmito pravidlům přizpůsobují. Dle výpovědí je to dáno tím, že během pobytu zaznamenali jistý pokrok, který je motivoval k tomu, že pobyt v dětském centru má význam, ovšem za podmínky dodržování určitých pravidel.

„Vod doby, co mě sociálka kontroluje, musím dělat něco podle ní“. (Informant č. 19)

„Měli mi pomoci s malou, ale to bylo pořád něco, tohle udělej a tam musíš jít“.
(Informant č. 24)

„I když se mi kolikrát nechtělo, tak sem věděla, že je to pro nás dobrý.“ (Informant č. 4)

Na otázku, zdali byla nějaká služba informanty v procesu sociální rehabilitace postrádána, odpovídají, že o žádné takové neví. Domnívají se, že jim byla veškerá pomoc v rámci dětského centra zajištěna anebo zprostředkována prostřednictvím jiného poskytovatele. U neúspěšných informantů zaznamenáváme odpovědi, že jim nebylo poskytnuto, to co opravdu potřebovali. Služby, které postrádají ani na základě doplňujících informací nekonkretizovali.

„Mě to fakt úplně vyhovovalo, co sem potřebovala pomoc, s tím ste mi pomohli.“ (Informant č. 1)

„Nic bych neměnila, mě to stačilo.“ (Informant č. 6)

„Já bych osobně víc zaměstnala ty ostatní mámy...“ (Informant č. 4)

„Měla sem jinou představu, myslela sem že ta pomoc bude jiná.“ (Informant č. 17)

Význam sociální rehabilitace vnímají jako přijatelnou možnost podpory těm, kteří nejsou schopni sami sobě dlouhodobě pomoci. Výhodu vidí především v tom, že mají permanentně k dispozici odborný personál, který je naučí, jak zvládat komplexní činnosti spojené s péčí o dítě a rodinu, včetně složitých životních situací. Informanti (úspěšní) uvádějí, že hlavním smyslem sociální rehabilitace je především to, že pokud matka neplní základní rodičovské kompetence, dítě není od svého rodiče odloučeno. Díky odbornému personálu rodič po dobu zácvičku získává větší sebevědomí a zkušenosti, které za předpokladu aktivní spolupráce směřují k navrácení dítěte společně s rodičem do domácího prostředí. Další smysl služby vidí v tom, že začali řešit své osobní a rodinné problémy. Našli zde dočasně bezpečné prostředí, jak pro sebe, tak pro dítě. Neúspěšní informanti vidí smysl poskytování sociální rehabilitace podobně, ovšem uvádí, že není tak účinná, jak se domnívali.

„Pobyt u Vás měl velkej význam. Upřímně řečeno velkej, protože neříkám, že bych byla nějaká velká bordelářka..... Dřívávejc to pro mě nebylo důležitý, ale dneska si umím zařídit spoustu věcí...“ (Informant č. 1)

„Tak pro mě určitě měl....., řekla bych, že ty tři první měsíce jsou takový nejhorší, jako by bez těch drog, si myslím. A pomohlo to i mému partnerovi, jako ve stavu, že on si rychleji našel práci. A rychleji jsme našli byt, mě to pomohlo s téma drogama....Protože

jsme začali přemýšlet jinak.“ (Informant č. 5)

Je dobrý, že zůstanou pohromadě, ale čekala sem víc“ . (Informant č. 18)

Informantům (kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace) byly nabídnuty další doprovázející služby, které měly zajistit udržení jejich dosavadního stavu. V nabídce byly služby **formou ambulantní péče**, kam rodiče mohou v případě nouze docházet nebo jim byly nabídnuty **služby formou terénních pracovníků**, kteří poskytují pomoc a poradenství v jejich přirozeném prostředí. U některých informantů byly sociálním pracovníkem oddělení sociálně právní ochrany dětí tyto **služby pouze doporučeny**, u některých informantů se jednalo (před propuštěním) o **povinné splnění této podmínky**. Do této kategorie patří rodiče, kteří jsou bývalými uživateli návykových látek, nebo ti, kteří sami nebo jejich děti dlouhodobě trpí zdravotními obtížemi. Z uvedeného vyplývá, že k udržení daného stavu, je bezpodmínečně nutné nadále navštěvovat odbornou pomoc. V podstatě lze ale říci, že informanti o tyto služby nejeví zájem. Z jejich pohledu je další pomoc zbytečná.

Na základě této skutečnosti byli sociální pracovníci doptáváni především proto, aby bylo možné objasnit důvody povinné či doporučené podpory formou doprovázejících služeb.

Sociální pracovník vypovídá: *„Já předně doporučuji služby těm, u kterých mám jistotu, že se dnes osamostatnili anebo tam není závažné riziko, že by rodina selhala. No a povinnost ukládám tomu, kde vím, že si sám není schopen pomoci, třeba pokud navštěvuje Prevent a tam mají třeba ještě na půl roku nějaké terapie.“*

Jiný sociální pracovník sděluje: *„V mém případě jsem dala povinnost matce, která musela pravidelně docházet do psychiatrické ambulance. Pokud by tam nechodila, situace by se opakovala.“*

„Já tomu prostě nerozumím, proč by zase někdo měl ke mě chodit nebo já jezdit za váma. Vy i sociálka jste řekli, že už můžu domu, tak co zase.“ (Informant č. 10)

„Já o to ale nemám zájem.“ (Informant č. 14)

Ambulantní forma pomoci

Ambulantní forma pomoci prostřednictvím doprovázejících služeb je z výpovědí informantů přijatelnější, než forma docházení pracovníka do rodiny. Tuto službu

vnímají lépe z důvodu, že si mohou o této pomoci svobodně rozhodnout, zdali jí využijí či ne.

Ambulantní služby jsou navíc využívány tehdy, pokud se jedná o specifickou odbornou pomoc, která nemůže za klientem přijít do přirozeného prostředí. Hovoříme například o pomoci psychologa, psychiatra, krizového centra kam rodiče docházejí na terapie apod. Sociální pracovník říká: *„Co se týče ambulantní péče, tak na tu jsou celkem rodiče zvyklí. Hlavně ví, že tyto služby potřebují, jako třeba psychologická pomoc dítěti, tam ví, že za nimi psycholog nepřijede.“*

„Mě to až tak nevadí, protože sem si tuto službu vlastně našla sama a mohla si vybrat, co mi nám s malým vyhovuje.“ (Informant č. 4)

„Dneska sem zvyklá, že když něco potřebuju, tak si tam zajdu a můžu si říct.“ (Informant č. 6)

Terénní forma pomoci

Tento způsob pomoci je z pohledu informanta méně příjemný. Domnívá se, že ho tam chodí pracovníci kontrolovat, a že následně budou podávat zprávy sociálnímu pracovníkovi o aktuálním stavu v rodině. Vypovídají, že mají s návštěvami v rodině špatné zkušenosti, že jim nedůvěřují (pozn. návštěvami myslí sociální pracovníky, kteří jim v minulosti odebrali dítě).

„Mě se to prostě nelíbí, nesouhlasím s tím a fakt mi to jako vadí, aby ke mně zase někdo lezl. Když budu něco chtít, tak se přece ozvu.“ (Informant č. 10)

„Asi by mi to až tolik nevadilo, ale byla bych radši, kdybych si někam mohla dojít za nima já.“ (Informant č. 11)

Sociální pracovník říká: *Mám zkušenost, že se všeobecně matky této formě podpory brání, opakovaně mi říkaly, že už mají dost toho, aby jim někdo neustále chodil do bytu a sledoval je a nenechají si to vysvětlit, že se jedná o pomoc, ne kontrolu.“*

Doporučená podpora

Ze strany sociálního pracovníka byly informantovi doporučeny různé sociální služby, ovšem z preventivního důvodu. Má za to, že by měl být rodič poučen o tom, jaké sociální služby lze v případě potřeby využívat. Sociální pracovník se navíc domnívá, že

pokud má rodič v povědomí, že mu byla služba předjednána, bude se snadněji rozhodovat.

Sociální pracovník sděluje: „Doporučuji jim ty služby hlavně proto, aby matky viděly, že o ně mám zájem. Navíc často vůbec neví, jaké služby se kolem nich vyskytují.“

Jiný sociální pracovník: „Já to беру jako povinnost, abych mamince sdělila kam se může v případě potřeby obrátit, nebo říkám, ať mi zavolá.“

Jiný sociální pracovník sděluje: „No, voni někdy ty mamky jsou takový, že si nic nevyřídí, protože ani vlastně neumí pořádně komunikovat. Když jim to domluvím, je to pro ně jednodušší.“

Povinná podpora

Ve specifických případech sociální pracovník ukládá rodiči povinnost i nadále spolupracovat s odborníky, se kterými již navázal partnerství. Jedná se o péči, která při propuštění z dětského centra nebyla ještě skončena. Sociální pracovníci hovoří o stále pokračující léčbě či terapii a to buď u dětí anebo dospělých.

Sociální pracovník říká: „To víte, že se jim to nelíbí, ale já potřebuju mít jistotu, že nepřestanou na sobě pracovat, když už mají takový kus za sebou.“

Sociální pracovník sděluje: „Musela sem mít jistotu, že holčička bude v pořádku. Museli s ní pravidelně na testy, zajišťovala nebo tedy pomáhala jí s tím jedna neziskovka.“

„Od té doby co jsem odešla od vás, tak jsem musela být v komunitě a doléčováku“ To jsem musela, abych to zvládla. Doted' jsem v kontaktu s Arkádou.“ (Informant č. 2)

„Musím třikrát v tejdnu do káčka na testy, pak taky pravidelně na terapie.“ (Informant č. 15)

Z výpovědí dále vyplývá, že dětské centrum rodiče pozitivně ovlivnilo v postoji k jejich aktivnímu zapojení do procesu sociální rehabilitace. Druhá skupina uvádí, že je dětské centrum v tomto směru nijak neovlivnilo, jelikož byli aktivní už před samotným pobytem. Tyto názory se v různých oblastech výzkumu opakují.

„Začala sem s Váma spolupracovat, dala si domácnost do kupy, chodim do práce, já myslim, že to je dost.“ (Informant č. 13)

„Vždyť to ale víte, vždyť kvůli dětem ale i vlastně kvůli vám jsem začala znovu intenzivně chodit do Preventu, chodim na terapie, ted' aktuálně scháním bydlení,

protože ste mě dobře vedl.“ (Informant č. 15)

„Už sem to říkala, že mi to nic nedalo, já nemám pocit, že bych něco dělala předtím jinak.“ (Informant č. 4)

„Mě to určitě neovlivnilo, nijak. Já si prostě myslím, že záleží jenom na mě, jestli mi rozumíte.“ (Informant č. 14)

Ve vztahu k předešlé otázce někteří informanti obou skupin uvádějí, že si myslí, že na každém z nich dětské centrum muselo zanechat nějakou stopu. Tvrdí, že individuální přístup dětského centra určitým způsobem ovlivňuje jejich chování i jednání. Ve výpovědích nejen informantů, ale i sociálních pracovníků zaznamenáváme výpovědi, že kdyby je dětské centrum pozitivně neovlivnilo, nezapojili by se do podpory, a tak by úspěšně neukončili tento proces.

„Myslím si, že ten pobyt musí ovlivnit každého rodiče, kterej tady je, já měla čas nad spousta věcma přemýšlet, dneska bych to udělala všechno jinak..“ (Informant č. 2)

„Mě to tady konkrétně ovlivnilo v tom, že budu dělat všechno pro to, abych se sem nemusela vrátit, to mi pomohlo.“ (Informant č. 5)

Informanti, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace, ve svých výpovědích hodnotí přístup pracovníků následujícím způsobem. Informanti oceňují otevřenost pracovníků. Přestože společně s rodiči řeší nepříjemné situace, pracovníci týmu k nim nemají žádné předsudky. Váží si jejich upřímnosti. Opakovaně zmiňují to, že se k nim pracovníci chovají jako k rovnocenným partnerům. Nedávají jim najevo, že jimi opovrhují, či by pro ně byli méněcennými. V jistých případech informanti uvádějí, že během spolupráce u některých jednotlivců (pracovníků) z jejich chování cítili lehkou nadřazenost - důležitost jejich role v procesu sanace. Dle slov se ale nejednalo o postoj, který by informanta nějak zásadně omezoval. Dále zmiňují jejich laskavý a vstřícný přístup. Zjišťujeme názory, že přestože byli pracovníci k informantům milí, dokázali přísně, důrazně avšak spravedlivě řešit řadu konfliktních situací. Tím si získali jejich důvěru. Pozitivně hodnotí individuální přístup. Velmi si cení jejich pochvaly a kladného hodnocení. Individuální přístup, příjemná a srozumitelná komunikace, pozitivní hodnocení, informanty motivuje k další spolupráci při řešení jejich problémů. Ze získaných dat zjišťujeme, že přístup pracovníka centra vůči klientovi (komunikace,

objektivnost, spravedlivost, empatie) patří mezi jedny z faktorů, které ovlivňují rodiče v jeho aktivním postoji během celého procesu sociální rehabilitace. Z výpovědí také vyplývá, že tito informanti během pobytu v dětském centru neměli s pracovníky týmu zásadní problém. Limitující a klíčové vztahové problémy shledáváme mezi jednotlivými informanty navzájem.

Informanti z kategorie neúspěšných si obvykle stěžují na nedůvěru vůči pracovnímu týmu dětského centra. Zmiňují, že někteří pracovníci nejsou ochotni porozumět jejich situaci a problémům. Objevují se názory, že přehnaně lpí na některých pravidlech, které jsou dle informantů přehnaně zbytečné. Uvádějí, že jsou netaktní a o problémech hovoří příliš přímočaře. Objevují se také výpovědi, ve kterých uvádějí, že s nimi pracovníci nechtěli spolupracovat. Především je nadměrně zatěžovali řadou úkolů.

Z pohledu informantů (úspěšných) byl průběh sociální rehabilitace systematicky organizován. Sdělují, že v první fázi procesu jim dávali dostatek prostoru na adaptaci. Velmi oceňují vstřícný přístup pracovníků ve smyslu prvotní podpory a pomoci. Postupem času jim přenechávali více kompetencí, aby měli čas se osamostatnit. Z výpovědí dále vychází, že primárně se zabývali těmi nejaktuálnějšími problémy, které bylo potřeba odstranit. Následně se zaměřovali na méně důležité obtíže. Zmiňují, že některé aktivizační činnosti dělali souběžně. Důležitou složkou při jejich pobytu bylo pravidelné setkávání a hodnocení aktuálního stavu. Tato setkávání měla pozitivní a motivační účinek na další spolupráci. Na dotaz, zdali délka pobytu nebyla příliš dlouhá, překvapivě vypovídají, že se domnívají, že v dětském centru trávili tolik času, kolik bylo potřeba. I přesto se ale některým informantům zdál pobyt dlouhý. Nemají však pocit, že by byl pobyt záměrně prodlužován.

Z řad neúspěšných informantů toto nebylo zjišťováno, jelikož byl jejich pobyt předčasně ukončen.

Ve výpovědích informantů se opakovaně objevuje názor, že poskytování jednotlivých služeb a jednotlivých odborníků bylo dobře provázáno. Za mimořádné považují to, že je dětské centrum schopno soustředit veškeré odborníky na jedno místo. Považují to za výjimečné a především velmi pohodlné a časově úsporné. Podobný pohled na tuto

skutečnost mají také informanti s řad neúspěšných.

Na otázku, zdali by informanti (úspěšní) v případě potřeby absolvovali pobyt na sociální rehabilitaci znovu, všichni bez váhání odpovídají, že ano. Ve výpovědích se odkazují na své děti, pro které by to jistě udělali. Pevně však věří, že už podobnou službu nebudou nikdy potřebovat. U informantů (neúspěšných) jsou odpovědi opačného tvrzení.

„Kdyby se mi tohle stalo znovu, určitě bych znova nastoupila.“ (Informant č. 1)

„Tady vždycky a ráda, já už bych jinam nešla. Vim, že už by se mi ani malý nikdy nelíbilo, tak jako tady u vás.“ (Informant č. 3)

„No, když bych musela, protože bych věděla, že bych jinak malýho nedostala domu, tak bych to určitě pro něj znovu udělala..“ (Informant č. 4)

Ne, nikdy“. (Informant č. 21)

„V žádném případě“. (Informant č. 2)

8.1.5 Charakterové vlastnosti rodin

Ohrožené rodiny, se kterými se v procesu sociální rehabilitace setkáváme, mají řadu podob. Je zřejmé, že každá rodina je naprosto ojedinělá, typická svými charakterovými vlastnostmi. Tyto znaky mohou chování a jednání jejich členů v běžném životě pozitivně či negativně ovlivňovat. S ohledem na problematiku výzkumu bylo záměrem této oblasti zjistit, jaké charakterové vlastnosti tyto rodiny vykazují ve vztahu k rodičovským kompetencím. Bylo zjišťováno nejen aktuální rodinné prostředí, ale také prostředí, ve kterém rodič vyrůstal. Dále věk rodiče, rodinný stav, vzdělání, zdravotní stav, finanční a materiální zajištění rodiny a další okolnosti, které mohou mít vliv schopnosti rodiče o dítě dlouhodobě pečovat.

Charakterové vlastnosti a znaky ohrožených rodin byly zkoumány nejen na základě výpovědí informantů (obou skupin), ale byl též využit rozbor jejich zdravotní a sociální dokumentace. Ze získaných dat odhalujeme skutečnost, že užívání návykových látek a násilí v rodině patří mezi časté faktory počínajících problémů této ohrožené skupiny. Z výpovědí informantů dále vyplývá, že užívání návykových látek je jedním z faktorů, které rodiči brání nejen o sebe, ale především pak o dítě pečovat. Informanti sdělují, že dokud byli aktivními uživateli, nebyli schopni se racionálně a zodpovědně věnovat

rodinným povinnostem. Obdobně se vyjadřují ti, kteří zažili fyzické a psychické násilí. S tím rozdílem, že již neměli sílu vynakládat další úsilí a pozornost jednotlivým členům rodiny včetně jejich dětí. Navíc uvádějí, že v rodině panoval veliký strach z ublížení dítěte.

„Dokud jsem brala drogy, tak jsem se o děti nestarala. Byla sem úplně zničená. Byla sem ráda, že jsem přežívala“. (Informant č. 15)

„Já vim, že drogy byl problém. Nejhorší bylo, že sme brali oba, takže ani jeden nebyl schopn se o dceru postarat“. (Informant č. 20)

„Když ho to chytlo, tak se neznal, pak bylo všechno špatně. Měla sem strach dělat cokoliv i mít pozornost k synovi, aby mu neublížil, on na něj žárlil“. (Informant č. 12)

Ve výpovědích dále objevujeme, že v rodinách panují špatné vzájemné rodinné a partnerské vztahy. V partnerských vztazích se jedná o krátkodobé či náhodné známosti, které nemají pevné vazby. Jestliže do těchto vztahů přichází početí či narození dítěte, dle výpovědí se tyto vztahy záhy rozpadají. S touto skutečností souvisí poruchy mateřství, kdy matka dítě odmítá a nechce o něj pečovat. Ve výpovědích uvádějí, že pokud o ně partner přestal jevit zájem, nechtěli o jeho dítě pečovat. Otec dítěte následně (jimi) nebývá uveden v jeho rodném listu. K narození dítěte zjišťujeme jeho odmítavý postoj. V souvislosti s užíváním návykových látek (drog a alkoholu) dochází dle výpovědí informantů také s přetrhání vazeb mezi širokou rodinou.

Příčinou poruchy mateřství není jen rozpad vztahu, jak informanti uvádějí, ale zjišťujeme také nižší věk matek. Ten se u našich informantů pohybuje ve věku okolo osmnáctého až pětadvacátého roku. Přestože by se mohlo zdát, že uváděný věk spadá do běžného průměru, kde je již žena na mateřství připravena, v případě našich informantů se jedná o matky, které uvádějí, že v tomto věku nebyly na příchod dítěte nachystané. Samy se cítily velmi mladé. Shodují se, že (v jejich případě) si optimální věk pro příchod dítěte představují kolem třicátého roku. Nízký věk je typický i u partnerů mužského pohlaví. Velmi zajímavým zjištěním jsou poruchy mateřství u matek kolem třicátého roku – prvorodiček.

Výzkumem bylo dále zjištěno, že informanti zpravidla rodičovství neplánují. Pokud ano, jedná se o výjimky. To odůvodňují tím, že žijí nespoutaným způsobem života, mají

hodně nevyřešených problémů a nejsou na příchod dítěte ani psychicky ani fyzicky dostatečně připraveni.

Výsledky výzkumu dále poukazují na to, že informanti ani před procesem sociální rehabilitace ani v jejím průběhu nebyli zaměstnáni. Informanti, kteří úspěšně ukončili pobyt v dětském centru, si během krátké doby našli stálý pracovní poměr. Neúspěšní informanti v době výzkumu neměli zájem vyhledávat pracovní příležitosti. Dle jejich slov by je stejně nikdo nezaměstnal. Z výpovědí (úspěšných informantů) vyplývá jasná interpretace, že bez stálého příjmu by rodina nemohla fungovat, nebyli by schopni se o dítě starat, neměli by jak rodinu finančně zabezpečit. Důležitost a potíže s finančními prostředky se ve výpovědích během výzkumu objevují opakovaně.

Dle výpovědí, informanti pocházejí z nejrůznějšího rodinného prostředí. Očividně sami (jako děti) vyrůstali v neúplné rodině, kde panovala přísná, avšak nedůsledná výchova. Ať už zjišťujeme přísný anebo příliš benevolentní výchovný model, společným jmenovatelem u těchto rodin objevujeme výchovu bez jasných a důsledně dodržovaných pravidel. Otcové byli nejen k dětem, ale především k partnerkám despotičtí. Velmi zajímavým zjištěním je fakt, že ne jeden informant uvádí, že návyky, zvyklosti, zlozvyky a vzory výchovného prostředí z mládí se odráží i v jejich způsobu života. Tuto skutečnost kritizují, a to jací jsou, jak žijí, dávají za vinu právě svým rodičům. Podobně se vyjadřují informanti, kteří byli v dětství umístěni v ústavním zařízení. Upřímně a věrohodně hovoří o tom, že vlastně ani neví, jak to v normální rodině funguje. Neměli se to kde naučit. Jak uvádí, tato nezkušenost je v běžném partnerském a rodinném životě limituje. Přesto pobytu v dětském domově nelitují. Uvádějí, že se tam měli dobře. Určitě lépe, než doma.

Na otázku zdravotního stavu, pomineme-li užívání návykových látek, se informanti po tělesné stránce cítí dobře. Po psychické stránce se informanti potýkají s duševními obtížemi. Zmiňují deprese, úzkosti a jsou u nich diagnostikována nejrůznější psychiatrická onemocnění, která rodiče značně limitují v poskytování řádné a dostatečné rodičovské péči.

Velice zajímavým zjištěním je skutečnost, že ač rodiče sami prožili přísné výchovné

prostředí, i oni sami ho dnes preferují.

V souvislosti s pohnutým rodinným prostředím dotazovaní informanti vypovídají, že díky nepříznivým poměrům jsou narušeny základní funkce rodiny (výchovná, vzdělávací a socializační). K výchovné složce dále uvádějí, že špatné návyky si nesou z dětství, kdy jejich rodinné prostředí nebylo postaveno na jasných pravidlech, přijatelné vzájemné komunikaci, podpoře či prožívání společných chvil. Vypovídají, že byli nuceni se tak zvaně vychovávat sami. Uznávají, že tento model přenášeli do svého dosavadního způsobu života a výchovy.

Mnohem častěji informanti uvádějí narušenou funkci vzdělávací. Dle jejich výpovědí se nejedná o to, že by nebyli schopni se po intelektové stránce učit novým věcem. Odkazují se opět na dětství, kdy vysvětlují, že nepravidelná docházka do školy, špatný prospěch byl výsledkem nedůsledné výchovy. Dosažení přiměřeného vzdělání v té době nebylo z jejich pohledu potřebné, neměli žádnou motivaci. Tyto návyky se dle jejich slov velmi těžko odbourávají a přetrvávají. V této souvislosti je patrné, že jakmile je narušená vzdělávací funkce v dětství, rodiče v dospělosti již nemají potřebu se dále dovzdělávat. Informanti k tomuto sdělují, že jim chyběla zodpovědnost a disciplína. I proto důkladně zvažovali nástup do dětského centra a měli pochybnosti, zdali proces sanace pod vedením někoho jiného zvládnout. U takřka všech informantů bylo zaznamenáno dosažené základní vzdělání.

Přestože je u některých rodin zřejmá narušená socializační funkce, sami informanti si tento problém nikterak významně nepřipouští. Tento jev souhrnně nevnímají jako něco negativního. Necítí se osaměle. Necítí abstinenci po rodině či společnosti. Nemají pocit, že by se do ní nějak hůře začleňovali, případně v ní chybně fungovali.

I přes tato tvrzení rodiče uznávají, že kupříkladu nejsou schopni navazovat trvalejší a dlouhodobější partnerské a přátelské vztahy. Tuto skutečnost dokládá i fakt, že při pobytu v dětském centru se objevují jedinci, kteří nechtějí s ostatními komunikovat, nemají zájem se zapojovat do společných činností a svých nepřízřivým chováním často vyvolávají konflikty.

Na otázku, jak informanti vnímají atmosféru v partnerském životě, odpovídají rozličně.

Na základě odpovědí, vznikly v podstatě tři základní skupiny. **První skupinou** jsou ti, kteří jsou naprosto spokojeni v dosavadním partnerském životě, **druhou skupinou** jsou ti, kteří nejsou spokojeni a **třetí skupinou** jsou ti, kteří odmítli odpovídat.

První skupina - spokojeni

Z výpovědí vyplývá, že se jedná o informanty, kteří mají buď stálé partnery, anebo si za dobu pobytu našli nového partnera. Situaci hodnotí tak, že jim partneři pomáhají, uvědomili si závažnost situace. Do této kategorie patří i ti, kteří partnery nemají a v současné chvíli ani nehledají. Jsou takto spokojeni.

„No teď mám spokojený vztah, ale je to jiný partner, než je otec syna.“ (Informant č. 2)

„Myslím, že dobré vztahy máme, hodně nám to dalo, oběma.“ (Informant č. 12)

„Momentálně nemám přítele a je mi tak dobře, po té zkušenosti ani nikoho zatím hledat nebudu.“ (Informant č. 11)

Druhá skupina - nespokojeni

Do této skupiny jsou zařazeni informanti, kteří svůj dosavadní partnerský život nehodnotí příliš radostně. Buď se partneři úplně zbavili zodpovědnosti společně pečovat o dítě a vše nechali na partnerce, anebo jsou to ti, kteří nehodlají ve svém životě nic měnit a partnerky proto vážně uvažují o ukončení tohoto vztahu.

„Taky nic moc. Jo, tak akorát jako to, že my jsme tady a von je vlastně v těch Budějovicích, že opravdu nemá kde být, tak von spí někde ve sklepě...., von mi nedává peníze....“ (Informant č. 3)

„Přítel je teď kon momentálně zavřenej, takže nic moc.“ (Informant č. 13)

Třetí skupina

V této kategorii jsou ti informanti, kteří jednoznačně odmítli na otázku vypovídat a nechtěli tuto záležitost nikterak komentovat, což bylo ze strany tazatele plně respektováno. (Pozn. autora - ze získaných dat bylo zjištěno, že shodou okolností všichni tito informanti mají osobní zkušenost s domácím násilím).

„Nebudu o tom mluvit...“ (Informant č. 14)

„To je jenom moje věc, já vám na tohle neodpovím.“ (Informant č. 8)

Na základě těchto dat je očividné, že zmiňované charakterové vlastnosti ohrožených rodin ovlivňují jejich schopnosti o dítě dlouhodobě pečovat. Některé více, jiné méně. Přesto je v procesu sanace zapotřebí se na tyto aspekty zaměřit a rodinu v tomto směru motivovat a podporovat.

9. Diskuze

V následující kapitole se zamýšlím nad metodikou, kterou jsem v rámci výzkumného šetření disertační práce použil. Diskutuji získané výsledky a rekapituluji jednotlivé okruhy, v čem stávající způsob pomoci dětského centra napomáhá a v čem brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

V závěru kapitoly předkládám doporučení pro praxi, která vyplývají ze zjištěných výsledků výzkumu. Tato doporučení by mohla být přínosná, jak při práci s ohroženou rodinou, tak pro ostatní zařízení zabývající se podobnou problematikou.

9.1 Diskuze použité metodiky

Použitá metodika se během výzkumného šetření osvědčila. Jelikož jsem se přímo podílel na sanaci ohrožených rodin a to nejen prostřednictvím sociální rehabilitace, bylo možné využít znalostí dané problematiky. Především pak vzájemné důvěry informantů v návaznosti na prováděná výzkumná šetření formou kvalitativních polořízených rozhovorů.

Provedený rozbor zdravotní a sociální dokumentace informantů z předešlých let (který posloužil jako primární podklad pro sestavení polořízeného rozhovoru) se odhalil jako vhodný. Taktéž stanovená podmínka, kdy informanti byli z řad těch, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace. To, že byla tato podmínka vytyčena, se záhy ukázalo jako žádoucí. Ve studované dokumentaci se díky tomu objevily nejrozličnější případy a příklady, se kterými se dětské centrum v rámci sociální rehabilitace potýkalo. Navíc tato data (oproti neúspěšným informantům, kteří často pobyt ukončili velmi záhy) zahrnovala komplexní proces rodiny od jeho začátku až do úspěšného konce.

Setřídění identifikačních údajů o rodině a následná analýza individuálních plánů péče, významně přispěla k vyjasnění jednotlivých okruhů kvalitativního rozhovoru. Tuto

skutečnost následně potvrdil zrealizovaný pilotní rozhovor. Výběr dokumentace technikou „Snowball“ hodnotím také velice pozitivně, protože jsem se vyvaroval tomu, že bych si záměrně vybíral jen ty rodiny, které jsem znal, a které by se mi účelově hodily do výzkumného šetření s ohledem na cíle a výzkumné otázky disertační práce. Takto byly jednotlivé spisy na sebe nabalovány prostřednictvím pracovníků dětského centra a jejich finální skladba potvrdila mnohočetnost získaných údajů.

První problém nastal při rozboru zdravotní dokumentace dítěte. Z této dokumentace bylo nutné vyzískat klíčová data, která měla objasnit důvod umístění dítěte do dětského centra (pokud tedy zdravotní stav byl hlavním důvodem tohoto umístění). Dále, jak se kupříkladu během pobytu (vlivem dětského centra a vzájemné spolupráce s rodičem) měnil jejich zdravotní stav. Z tohoto důvodu bylo nutné požádat lékaře (který byl vlastníkem této dokumentace) o sdělení potřebných dat. Tomu předcházelo zajištění písemného souhlasu se zpracováním dat z této dokumentace od jejich zákonných zástupců (Příloha č. 2). Je nutné podotknout, že pro potřeby disertační práce nebyly poskytovány žádné diagnózy, či důvěrné zdravotní zprávy. Jednalo se o čistě obecná data, která popisovala daný problém. Díky tomu došlo při sběru dat k určité časové prodlevě.

Od setřídění identifikačních údajů se očekávalo vytvořit u každé rodiny jakousi základní kazuistiku informanta. Byla zjišťována data typu: věk, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání, počet dětí, rodinné zázemí, vztahové poměry, zdravotní stav, atd., což se ve vztahu k výzkumné otázce později ukázalo jako velmi přínosné. Na základě dat vznikla přehledná charakteristika informantů, která je nedílnou součástí této disertační práce (viz. podkapitola 7.4.4)

Použitý způsob získávání údajů (studiem dokumentace) opět vidím jako velmi vhodný především v pestrosti jednotlivých kazuistik. Nejenže byla zaručena velká škála nejrozmanitějších příkladů, pro které byli rodiče začleněni do procesu sanace, ale zejména dopomohla k ucelené představě o obsahu připravovaného záměru. Další výhodu vidím v tom, že informanti nemuseli být kontaktováni a zatěžováni výpověďmi, které by mohly být posléze (pro jejich citlivost) záměrně zkreslovány. Získání základních identifikačních údajů a dalších dat (potřebných k sestavení polořízeného

rozhovoru) od informantů aktuálně umístěných v dětském centru se jevílo jako nevhodné z toho důvodu, že se jednalo o potenciální informanty výzkumu. Tudíž zde hrozilo riziko, že znalost obsahu položeného rozhovoru, by mohlo vést, k přípravě jejich odpovědí během výzkumného šetření.

Dále byla prováděna analýza jednotlivých individuálních plánů péče rodiny. Jednalo se o záznamy obsahující podrobné dílčí postupy zdravotně sociální práce s rodinou za celé období poskytované služby. Individuální plány péče navíc obsahovaly plán denních aktivit, včetně průběžného a závěrečného hodnocení. Na základě těchto dat bylo možno zjistit, jaké služby byly rodině poskytovány. Dále jaké přístupy a metody sociální práce byly využívány a s jakým výsledkem. Taktéž bylo možno vyčíst, jaký byl přístup a chování rodiče k poskytované službě. Přestože se opět jednalo o velké množství dat, které přinášelo (z časového pohledu) jejich náročnější analýzu, i tuto část přípravy výzkumu hodnotím velice kladně z důvodu vyspecifikování řady oblastí týkající se aktivního zapojení rodiče v procesu sociální rehabilitace a dále způsobů práce s rodinou. Pozornost při sběru všech údajů byla neustále zaměřována k výzkumným otázkám a hlavnímu cíli disertační práce. Tudíž byla sbírána taková data, o kterých jsem se domníval, že mohou rozkrýt způsob pomoci dětského centra napomáhající k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Dále se jednalo o údaje, které měly identifikovat faktory, které ovlivňují rodiče v jejich aktivním zapojení do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace. Nad mé očekávání jsem získával větší množství informací, které bylo zapotřebí složitěji selektovat, než jak jsem původně předpokládal. Pracnější selekce dat se však vyplatila. Na základě jejich setřídění vzniklo osm finálních okruhů položeného rozhovoru, které obsahovaly odpovědi na obě výzkumné otázky a naplňovaly, jak hlavní, tak dílčí cíle disertační práce.

Důležitým momentem výzkumu byla realizace pilotního rozhovoru. Přestože pilotní rozhovor potvrdil účinnost záměru, v průběhu sběru dat byly zjištěny určité nedostatky. Otázky některých úseků se jevíly rozvláčné, nesrozumitelné, anebo se nehodily k danému tématu. U několika z nich byla shledána velká obsahová podobnost, která by v závěru práce velice komplikovala vyhodnocení dat. Totožná data by musela být složitě řazena do nových kategorií, což by bylo z časového hlediska značně náročné.

Některé baterie otázek byly proto zcela vyřazeny nebo poupraveny. Naopak se objevila témata, která nebyla součástí připraveného schématu, ale bylo zřejmé, že mají určitý významový charakter. Do zkoumané problematiky vnesl praktické připomínky pilotní rozhovor se sociálním pracovníkem. Na základě jeho výpovědí a doporučení byla vytvořena finální verze polostrukturovaného rozhovoru. Jednou z klíčových výhod polořízeného rozhovoru vidím v tom, že i s odstupem času je možné informantovi klást doplňující otázky.

Výběr informantů, který byl prováděn technikou „Snowball“ prostřednictvím pracovníků dětského centra hodnotím také příznivě. Jelikož se nejednalo výhradně o zaměstnance dětského centra (tzn. zaměstnance v plném pracovním poměru), ale o pracovníky multidisciplinárního týmu (např. psychologa, pediatra, sociálního pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dětí, apod.), který s rodinami pracoval, díky nim byl zajištěn širokospektrý vzorek informantů. Díky technice „Snowball“ jsem se navíc (jako v případě výběru dokumentace) vyvaroval záměrnému výběru rodin, které by se mi účelově hodily do výzkumného šetření s ohledem na stanovené cíle a výzkumné otázky disertační práce. Vyhnul jsem se tak úmyslnému zkreslení výsledků dat. Záměr výběru dvou kontrastních skupin (úspěšných a neúspěšných informantů) se při vyhodnocování výsledků také potvrdil. Na základě toho byly získány cenné informace, které vyobrazovaly odlišné pohledy dvou cílových vzorků. Vyvaroval jsem se tak jednostranným odpovědím, jedné identické skupiny. Tento výběr informantů zajistil odpovědi na obě výzkumné otázky. Správná volba třetího a čtvrtého cílového souboru (sociálních pracovníků) také potvrdila význam záměru. Nevěrohodnost některých výpovědí informantů, byla jimi upřesňována.

Z celkového pohledu použitou výzkumnou metodu kvalitativního rozhovoru hodnotím velmi pozitivně. I přes jisté nedostatky, které se během šetření vyskytly, nám předem připravený polořízený rozhovor umožňuje s otázkami pružně pracovat. Zjištěné nedostatky lze v průběhu výzkumu odstraňovat. Další výhodou rozhovoru je, že lze kladené otázky z důvodu nesrozumitelnosti přestylovat dle individuálních schopností informanta. Zvolená metoda navíc celkem rychle odhalila skutečnost, bude-li informant na výzkumu participovat.

Na počátku výzkumu se jevila důvěra informanta vůči autorovi disertační práce jako přednost, ve smyslu očekávání jeho spontánních odpovědí. Někteří informanti však měli tendence samovolně sdělovat až příliš intimní informace ze svého soukromého života, které nebyly cílem disertační práce. Rozhovory proto bylo nutné více korigovat. U některých informantů naproti tomu docházelo k záměrnému zkreslování výpovědí ve smyslu zlehčování situace či méně objektivnímu posuzování vlastní participace v procesu sociální rehabilitace. Kladný přínos tedy mělo (jak je uvedeno výše) oslovení sociálních pracovníků z oddělení sociálně-právní ochrany dětí, kteří dopomohli utvořit celkový pohled na relevantnost výpovědí ve vztahu k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sanace a na celkovou rodinnou situaci.

Proto, aby nedošlo ke zkreslení výpovědí, rozhovory byly plánovány vždy na poslední den pobytu informanta nebo byly termíny domlouvány individuálně a to v případě, že již byli zpět ve svém domácím prostředí. Důležitým faktorem pro plánování termínu rozhovoru bylo rodiče oslovit nejpozději do čtrnácti dnů po ukončení pobytu v dětském centru. Velké prodlevy by mohly zapříčinit, že by se rodič nemusel na schůzku dostavit, ve druhém případě by delší pobyt v rodinném prostředí mohl způsobit, že by byl názorově ovlivněn, než bezprostředně po ukončení sociální rehabilitace. Hlavním důvodem individuálních rozhovorů bylo zamezit tomu, aby se informanti společně potkávali a jednotlivé otázky či okruhy rozhovoru si předávali. Hrozilo zde reálné riziko, že by se na rozhovor připravili a tím by byly výpovědi zkresleny.

Vzhledem k celkově většímu objemu otázek, bylo počítáno s délkou rozhovoru přibližně okolo 90 minut včetně přípravy a závěru. Ta byla ze strany informanta přijatelná. Vzájemná důvěra mezi autorem práce a informanty se potvrdila jejich ochotou participovat na výzkumném šetření.

Správná volba pěti oblastí dílčích cílů se osvědčila a to tím způsobem, že na jejich základě došlo k naplnění hlavního cíle disertační práce. Nejnáročnější fází výzkumné části bylo na základě pořízeného audio záznamu, vytvořit doslovnou transkripci výpovědí tak, abych při jejich úpravě (opakujících se výrazů či výpovědí mimo zadané téma) nezměnil obsahovou stránku.

Způsob vyhodnocení dat obsahovou analýzou také hodnotím velice příznivě. Doslovné přepisy v písemné podobě a jejich následná analýza prostřednictvím počítačového softwaru se potvrdila na základě finálních výsledků disertační práce.

9.2 Diskuze výsledků a shrnutí významu pomoci dětského centra

V této kapitole shrnuji nejdůležitější poznatky významu pomoci dětského centra, které prostřednictvím služby sociální rehabilitace poskytuje pomoc ohroženým dětem a jejich rodinám. Zároveň se zamýšlím nad vzájemnými souvislostmi a dalšími okolnostmi této podpory, která nejen napomáhá, ale i brání k navracení dítěte zpět do biologické rodiny. Současně zde rekapituluji a identifikuji faktory, které v průběhu sociální rehabilitace ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace.

S ohledem na vyhodnocená data pokládám za nutné v úvodu kapitoly objasnit termín „*sanace rodiny*“. Přestože dětské centrum vykazuje řadu činností, které naplňují jednotlivá kritéria tohoto procesu, jak je uvádí Bechyňová a Konvičková (2011), musím konstatovat, že v případě sociální rehabilitace se jedná o její různé fáze (dle potřeb rodiny). U drtivé většiny případů (po ukončení pobytu v dětském centru) proces sanace i nadále pokračuje v domácím prostředí, již bez přítomnosti dětského centra. Z výpovědí informantů je zřejmé, že Dětské centrum ve Strakonicih prostřednictvím sociální rehabilitace nabízí rozličnou škálu podpurných služeb, které rodinám pomáhají a motivují je k nejrůznějším aktivitám (Hornáková, 1999). Jak uvádí Matějček (2004b), mají účinek buď preventivní, anebo se přímo zabývají odstraněním ohrožení. V případě dětského centra se jedná především o činnosti s cílem navázat mezi rodičem a dítětem úzký citový vztah (Pogády et al., 1993). V průběhu procesu sociální rehabilitace jsou pracovníky dětského centra naplňovány znaky sanace dle Dunovského et al. (1989) či Matouška (2003) a to formou: systematické multidisciplinární spolupráce, individuálního plánování (Matoušek a Pazlarová, 2010; Rose a More, 1995; Musil, 2004; Zastrow, 2012), realizace případových konferencí (Bechyňová a Konvičková, 2010; Havrdová a Nováková, 1995; Burford a Hudson, 2000) či návazností na další síť sociálních a zdravotních služeb (Matoušek et al., 2007, Tracy a McDonell, 1991). Jak bylo zjištěno, poskytované služby jsou vždy zaměřeny v první řadě na nejzávažnější problém dle individuálních potřeb rodiny a postupně jsou řešeny problémy ostatní. U

rodin díky znakům sanace dle Matouška (2003) zaznamenáváme obnovu či zlepšení rodinné situace. Toto zlepšení je zásluhou též širší rodiny, jak ve vztahu k podpoře ohroženým rodinám uvádějí kupříkladu Levická et al. (2004).

Pojetí sanace rodiny, jak je uváděna odborníky v teoretické části disertační práce má dle Bechyňové a Konvičkové (2011) jisté zákonitosti a musí splňovat určitá kritéria. Označení sanace, provází celou disertační práci a je především užívána ve spojitosti s aktivním zapojením rodiče do zmiňovaného procesu formou aktivizačních technik (Kozáková a Müller, 2006). Jak již bylo zmíněno, nejedná se o proces sanace, jak je odbornou veřejností obecně chápán. Tedy od jeho začátku do finálního konce. Prostřednictvím dětského centra se jedná o nástroj podpory, do kterého rodina v průběhu sanace vstupuje a následně odchází. Hovoříme o neustále se proměňujícím procesu pomoci vycházející z aktuálních potřeb rodiny, za předpokladu dodržení jistých pravidel (Wulczyn et al., © 2010).

V úvodní části výzkumu při sběru dat jsem si začal více uvědomovat, že ačkoliv je sanace rodiny bezprostředně skloňována v souvislosti s dětským centrem a především pak službou sociální rehabilitace, v mém pojetí o ní nebylo smýšleno přesně. V případě sociální rehabilitace jako služby sociální prevence se jednalo pouze o součást diskutovaného procesu, což bylo záhy zjištěno a porovnáno s kritérii, které uvádí kupříkladu Bechyňová a Konvičková (2011) v několika odborných publikacích. Především proto, že ze strany dětského centra nebyla splněna základní podmínka prvotního setkání s dohodnutím systematické podpory rodině, jak uvádějí například Matoušek (2003) či Bechyňová a Konvičková (2011) a poté fáze ukončení tohoto procesu. U většiny informantů bylo zjištěno, že do dětského centra nastoupili již v některé z jejích etap, která byla předem dohodnuta sociálním pracovníkem na oddělení sociálně právní ochrany dětí. Tudíž význam dětského centra ve vztahu k aktivnímu zapojení rodiče, jak uvádí Kozáková a Müller (2006) prostřednictvím sociální rehabilitace je mnohem výstižnější a také objektivněji pozorovatelnější. Což je u uceleného procesu sanace rodiny dle Bechyňové a Konvičkové (2011) se všemi jejími složkami téměř nemožné. Z tohoto důvodu jsem se při výzkumu zejména věnoval významu sociální rehabilitace ve vztahu k pozorovanému cíli.

Z výzkumu jednoznačně vyplynulo, že *poruchy funkce rodiny* jsou velmi častým jevem a potvrzují tvrzení Klégrové a Zelené (2006), že mají zásadní dopad na všechny členy rodiny. Ať už hovoříme dle Synovského (1999) o složce výchovné, vzdělávací či socializační. Výzkumným šetřením bylo dále ověřeno, jak prezentují Matoušek a Pazlarová (2010), že špatné zkušenosti a návyky si rodiče často přinášejí z dětství. S tímto se úzce pojí termín „*výchova*“. Potvrzují se výroky Matějčka a Langmeiera (2011), že výchova, pokud nemá jasně stanovená pravidla a tato pravidla navíc nejsou z dětství zažitá (rodiči), se rodičům u vlastních dětí vymykají. V daný okamžik se proto nebojím tvrdit, že můžeme hovořit o transgeneračním přenosu, jak ho popisují Ijzendoor (1992), taktéž Goldová a Krejčířová (2007) či Říčan a Krejčířová (1997), kdy si rodič (jako dítě) od svých bývalých pečovatelů přebírá, jak kladné, tak záporné vlastnosti, a ty pak uplatňuje ve vlastní výchově.

Velmi rozšířeným patologickým jevem ohrožených rodin, jak je uvádějí Nešpor et al. (1996) je *užívání návykových látek*. Výzkum potvrzuje, že drogy zaujímají čelní místo co do četnosti příčin ohrožení v rodině. Velká část informantů s nimi má v minulosti osobní zkušenost. Tato zjištění se shodují s tvrzeními Vaníčkové (2004), která má s touto rizikovou skupinou bohaté zkušenosti. Druhou nejčastěji užívanou návykovou látkou je alkohol. Výzkum potvrdil, že obecně užívání návykových látek dle Vágnerové (2004) či Nešpora et al. (1996) má v jakémkoliv podobě vliv na celkové chování a jednání jedince, a to v negativním slova smyslu. Z výsledků je patrné, že rodiče často trpí nejen psychickými obtížemi, ale také jak uvádí Nešpor et al. (1996) mají poruchy chování spojené s agresivitou, nezvládají krizové situace, mají špatné sebeovládání či nízké sebevědomí. Z výzkumu též vyplynulo, což opět potvrzuje výroky Nešpora et al. (1996) či Krejčí et al. (2011), že aktivita rodiče změnit stav, motivace a spolupráce je v tomto období velice složitá. Samotní informanti se s těmito názory ztotožňují. S užíváním návykových látek se dále potvrdily problémy finanční a bytové. Velmi často mají uživatelé návykových látek problémy se zákonem (Hajný, 2001). Z výzkumu se tak jednoznačně potvrzují výroky Nešpora (2000), že v případě závislosti je nutné primárně řešit tento problém, až poté je informant schopen aktivně spolupracovat a zapojovat se do ostatních podpůrných programů.

V případě užívání alkoholu, které mimo jiné patří také mezi velmi časté patologické jevy zkoumaných rodin, se výzkumem ukázalo, že alkohol je mnohem více spojen s agresivním chováním uživatele (Nešpor, 2000; Vágnerová, 2004). Z výzkumu nám vyplynuly dvě skupiny informantů. Ti, kteří jsou uživateli alkoholu a Ti, kteří jsou oběťmi tohoto patologického chování. U obou skupin můžeme potvrdit výroky Krejčí et al. (2011), že ani jedna z těchto skupin není v této době schopna jakékoliv spolupráce. Příčinou u první skupiny je nedostatek fyzické a psychické síly, vůle a zodpovědnosti. U skupiny druhé (oběti) se především jedná o nedostatek sebedůvěry a odvahy učinit životní změny, o kterých hovoří Vágnerová (2004) ve své odborné publikaci. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že právě oběti, které dlouhodobě žily s alkoholiky, prožívaly mnohem více trápení, než samotní uživatelé. Ženy jsou partnery manipulovány a označovány za viníky veškerých problémů. Naprosto charakteristickým jevem uživatelů návykových látek je bagatelizovat vlastní problém. Ve výrocích informantů se objevují názory, že závislosti mají pod kontrolou, anebo s ní nemají žádný problém.

Výzkum však nepotvrdil, jak uvádí Presl (1995), že by se též jednalo o problematiku funkčních rodin, kde je zajištěna řádná péče. V případě dětského centra se jednalo, jak uvádí Kraus (2001), o ryze afunkční rodiny. Tato skutečnost může být zásadně kreslena malým vzorkem zkoumaných rodin.

V souvislosti s návykovými látkami bylo ověřeno, jak uvádí Hajný (2001), že soustavné užívání je často v závislosti na prostředí, ve kterém se uživatel pohybuje. Výzkumem bylo potvrzeno, že rodič může začít na sobě pracovat, až když se z tohoto prostředí vymaní, což je potvrzeno výroky například Sameroffa (1998) či Pöthea (1999) a tutéž zkušenost potvrzují i rodiče. Potvrzují se též slova Řezníčka (2000), že důležitou podmínkou, která vede k aktivnímu zapojení do řešení vlastní situace, je podmíněna svobodným rozhodnutím rodiče.

Násilí v rodině se potvrdilo u několika zkoumaných rodin (obou cílových souborů). To je ve většině případů spojeno s užíváním návykových látek, jak uvádí Vaničková (2004). Násilí dále ovlivňuje celkovou atmosféru v rodině, jak popisují Johnson a Bunge (2000), jenž se celkově odráží ve špatných vzájemných rodinných vazbách, jak

uvádí Řezáč (1998), který se dlouhodobě těmito poruchami vazeb zabývá. Ženy, kterých se fyzické násilí bezprostředně týká, mají často psychické obtíže O'Leary a Maiuro (2001), doprovází je deprese, nízké sebevědomí a dlouhodobě strach a úzkost. Přesně tyto problémy popisuje Smuts (1992), který ještě uvádí, že přimět tyto ženy, aby vlastní situaci řešily, je velmi složité. Bylo zjištěno, že negativní zkušenost rodiče s domácím násilím, jak popisuje Vaničková (2004) má zásadní vliv na správné fungování v rodině. Stejně tak rodiče potvrzují, že jejich chování bylo ovlivněno velkou mírou stresu (Krejčí et al., 2011). Výzkum také potvrdil, že aktivní spolupráce dle Gjuričové a Kubičky (2003) není možná, dokud se žena nachází v přítomnosti agresora.

Výzkum nepotvrdil, jak popisují například Dunovský (1995) či Krejčířová (2007), že by násilí v rodině bylo primárně páčáno na dítěti. Pokud k němu došlo, důvodem bylo především ze strany agresora ublížit matce. Výzkum u několika případů potvrdil úmyslné zanedbání anebo špatné zacházení s dítětem.

V neposlední řadě se výzkum shoduje s Bentovimem (1998), že jedna z častých příčin domácího násilí je špatná ekonomická situace rodiny, dle Nešpora (2000) pak užívání návykových látek. Přesto z výzkumu vyplývá, že násilí v rodině je způsobeno kombinací více faktorů a jejich aktivní účast v tomto období je díky obavám z partnera, nízkému sebevědomí a studu značně limitována.

Výzkumem bylo dále potvrzeno, že díky působení řady faktorů, které byly zmíněny výše, dochází k **narušení vzájemných rodinných vazeb** (Hamer a Copeland, 2003). Byly objeveny dvě skupiny, které můžeme řadit do této kategorie. V rámci sociální rehabilitace se především jedná o skupinu, kde došlo trvaleji k narušeným vazbám mezi jednotlivými členy rodiny, jak také uvádějí Hamer a Copeland (2003), kteří zkoumají vazby spojené s prostředím, mezi jednotlivci, ale i skupinami. Zejména hovoříme o narušených vzájemných partnerských vztazích a vztazích mezi generacemi (prarodiče x rodiče) (Matoušek a Pazlarová, 2010). Do této skupiny spadají rodiny, které dlouhodobě řeší vlastní rodinnou krizi. Jejich dílčí problémy se stupňují a prohlubují, až dochází k trvalému narušení těchto vazeb (Matějček a Langmeier, 2011). Podobně tento stav popisují například Klégrová a Zelená (2006) či Řezáč (1998). Potvrzuje se, že tato situace výrazně ovlivňuje i vztah mezi dítětem a rodičem (Sameroff, 1998). Z výpovědí

jasně vyplynulo, že díky napjaté atmosféře mezi partnery bylo opomínáno na dítě a tím mu vytvářeli negativní výchovné prostředí (Matějček a Langmeier, 2011). V řadě případů se potvrzují rizikové faktory prostředí (ignorace dítěte, bezcitnost, křik, agresivní chování vůči členům rodiny, nevyrovnané a citově chladné prostředí, nadměrné užívání návykových látek, nezáměr, apod.), jak je popisují Hamer a Copeland (2003) anebo Matějček a Langmeier (2011) či Vaníčková (2004) ve svých odborných publikacích. Druhou skupinou byly matky, u kterých bychom mohli kvalifikovat **poruchy mateřství**. Záměrně uvádím „*bychom mohli kvalifikovat*“, protože výzkum tuto skutečnost jednoznačně nepotvrdil. Z výsledků práce se spíše domnívám, jak Gabura (2006) tyto poruchy popisuje, že se v našem případě o ně nejedná. Z výpovědí matek, které uvedly, že se chtěly svého dítěte vzdát, spíše vyplývá, že svoji svízelnou situaci řešily pod tlakem emocí, stresu, jak uvádí Možný (2006), či je k tomuto rozhodnutí donutila tehdejší situace. Informanti na toto citlivé téma nechtěli příliš hovořit. Výzkum potvrzuje výroky Gabury (2006), že hlavní příčinou odmítnutí dítěte je rozchod s partnerem, špatný zdravotní stav matky, anebo se matky cítily nezralé vychovávat vlastního potomka.

Velmi zajímavým zjištěním je, že všechny matky, které se podrobily výzkumnému šetření, své těhotenství neplánovaly. Výsledky potvrzují názory Možného (2006), že o narození dítěte měly zkreslené představy. Především se jednalo o náročnější péči o potomka, než se domnívaly. Příčinou neplánovaného početí jsou náhodné vztahy na jednu noc či nejistota, neshoda a dlouhodobá nestabilita v partnerském vztahu. Výzkum potvrdil, jak uvádí Vágnerová (1997), že příčinou neplánovaného těhotenství jsou špatné vzory chování, které si matky nesou z dětství (z biologické rodiny nebo ústavní výchovy). Tyto špatné návyky se následně odrážejí ve všech jejich aktivitách.

Ve výsledcích práce opakovaně nalézám tvrzení, že v rodině se objevuje vždy kombinace několika sociálně patologických jevů Matoušek a Pazlarová (2010), které vzájemně působí na řadu oblastí rodinného prostředí. To se shoduje s výroky nejen Nešpora et al. (1996), že užívání návykových látek má vliv na mezilidské, partnerské a rodinné vztahy, na násilí v rodině, na zanedbávání péče, apod., ale také dalších shora uvedených autorů, kteří se touto problematikou zabírají.

Získané výsledky jednoznačně potvrdily, že tyto sociálně patologické jevy mají klíčový dopad na život rodiny (Binggeli et al., 2001). Dále bylo zjištěno, že mají vliv na participaci rodiče při řešení vlastní situace, jak uvádí Krejčí et al. (2011), ovšem v negativním slova smyslu. V souvislosti s aktivním zapojením nám vznikají dvě odlišné skupiny. První skupinou jsou ti, jejichž chováním dochází k ohrožení v rodině (Nešpor, 2000). Druhou skupinou jsou ti, kteří se stávají jejími oběťmi (Dobash et al., 1992). V zásadě lze ale říci, že ve vztahu k participaci na procesu sanace, ať už v přirozeném prostředí, anebo v rámci procesu sociální rehabilitace jsou tyto patologické jevy, jak je prezentují Presl (1995) či Nešpor et al. (1996), pro rodiče značnou překážkou.

Termín *sanace rodiny*, jak je interpretován Bechyňovou a Konvičkovou (2011), Matouškem (2003) či Levickou et al. (2004), byl informantům nesrozumitelný a nevěděli, co si pod tímto pojmem představit. Naopak měli jasnou představu o tom, co znamená výraz: pomoc, podpora, sociální služby, sociální rehabilitace, multidisciplinární tým (pomoc odborníků), individuální plán. Z těchto praktických a jednoduchých názvosloví, jak jsou popisovány kupříkladu Golemanem (1997), Rosem a Moorem (1995) anebo Úlehlou (2005) a dalšími, jsem dále vycházel při realizaci rozhovorů.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že o existenci dětského centra a jejich *službách* se rodiče dozvěděli od svých sociálních pracovníků anebo přímo od pracovníků dětského centra. Zde se potvrzuje skutečnost, že o sociálních službách a další pomoci jsou dobře informováni. S tímto tvrzením souhlasí i samotní rodiče. Úlehla (2005) uvádí, že vědět na koho se v pravý čas obrátit, kde vyhledat tu nejvhodnější službu je velice důležité. V rámci sociální rehabilitace je rodičům poskytováno mnoho potřebných informací k tomu, aby mohli účinně řešit své aktuální problémy (Janoušková a Nedělníková, 2008).

V oblasti *prevence a poradenství*, jak o nich hovoří Bechyňová a Konvičková (2011), již výpovědi informantů nejsou tak jednoznačné. Bylo zjištěno, že z pohledu rodiče je tato oblast pomoci nedostačující. Naopak sociální pracovníci se domnívají, že je zajištěna dobře. Z následujícího vyplývá, že otázka řádného poskytování preventivně-

poradenských služeb se zjevně nepotvrdila. Po srovnání s výroky autorů, jakými jsou Matoušek (2003) či O'Brien (2004), se můžeme domnívat, že prevence u ohrožených rodin má v praxi ještě značné rezervy. Jednoznačně však v praxi chybí podpora dalších potřebných odborníků.

Je potvrzeno, že sanace rodiny (služby sociální rehabilitace) se prolíná skrze různé sociální služby Wulczyn et al. (© 2010), ovšem velký význam má poskytování sociálního poradenství, jenž rodině přináší potřebné informace přispívající k řešení jejich aktuální situace (Janoušková a Nedělníková, 2008). Z výsledků dále vyplynulo, že sociální poradenství prostřednictvím dětského centra patří díky svému účinnému působení mezi neodmyslitelné základní činnosti (Janoušková a Nedělníková, 2008).

Fortin a Chamberland (1995) sdělují, že přestože jsou rodiče dobře informováni o poskytovaných službách (jak je uvedeno výše), díky nimž by mohli předejít některým problémům, obecně začínají spolupracovat až v momentě, kdy je jejich situace bezvýchodná. Zde se proto musím vrátit k tématu prevence a Matouškovi (2003) a položit si otázku, zdali se nejedná právě o onu preventivně-poradenskou činnost, kterou ovšem rodina nepřijala. Jak rodiče opakovaně sdělují, začali participovat až v momentě, kdy jim hrozilo odebrání dítěte (Fortin a Chamberland, 1995).

Značná shoda mezi informanty a sociálními pracovníky vznikla při dotazování na téma *individuálního plánu péče*, kterým se zabývá Matoušek a Pazlarová (2010), podpora a spolupráce *multidisciplinárního týmu*, jak ho popisují Goleman (1997) či Osofsky (2003), kdy obě strany hodnotí tyto složky jako účinné prostředky směřující k aktivní spolupráci rodiče.

Výsledky práce potvrdily, že i díky spolupráci multidisciplinárního týmu jsou rodiče více aktivní, služby jsou provázané, jak podotýká Musil (2004) a díky tomu se řeší jejich faktický problém. Sociální pracovníci potvrzují domněnku, že dobře zvolený multidisciplinární tým Goleman (1997) a systematicky sestavený individuální plán Řezníček (2000) se stává neodmyslitelnou součástí péče o ohrožené rodiny. Multidisciplinární tým rodiče účinně motivuje, jak uvádějí Rose a Moore (1995) v dalších činnostech. Touto problematikou se zabývají také (Lokšová a Lokša, 1999).

Potvrzuje se též tvrzení Průchy et al. (2001), že správná motivace vede rodiče k větším a úspěšnějším výkonům. Potvrzují se též výroky Masona a Butlera (2010), že postupně dochází ke změně v chování a jednání rodiče, totéž vypovídají samotní aktéři výzkumu. Nevhodně zvolený tým může být naopak překážkou k jakékoliv další spolupráci (Smith, 2008). Správná volba odborníků týmu je informanty vnímána jako nedílná součást procesu sociální rehabilitace. Ze strany informantů je preferována profesionalita a dostatečná zkušenost odborníků, jak koneckonců zmiňuje Osofsky (2003) ve své publikaci. Z pohledu rodiče je důležitým momentem jejich aktivního zapojení do procesu sanace systematická příprava, komunikační dovednosti, srozumitelnost a individuální přístup jednotlivců týmu (Dunovský, 1999). Navzdory tomu se v týmu objevují nevhodní odborníci na danou problematiku, netaktní chování či neloajální přístup některých jejich členů, díky nimž informanti nechtěli v procesu sanace dále spolupracovat.

Výzkum potvrdil skutečnost, že *individuální plánování* má v procesu sociální rehabilitace své nezastupitelné místo a to především z hlediska aktivní spolupráce mezi rodičem a dětským centrem (Matoušek a Pazlarová, 2010; Zastrow, 2012). Je preferována aktivní zúčastněnost na tvorbě těchto plánů a především pak jejich srozumitelnost (Řezníček, 2000). Potvrzuje se, že jednotlivé úkoly a služby, aby byly účinné ve smyslu dlouhodobější aktivní spolupráce s rodičem, musejí být ve vzájemné souhře (Musil, 2004). Aktivita rodiče je především povzbuzována kompetencí zasahování do tvorby plánů a právo spolurozhodování o jejich skladbě (Řezníček, 2000).

Aktivní spolupráce a aktivní zapojení rodiče do procesu sanace vede ke zmírnění ohrožení v rodině. Bylo zjištěno, že čím více je informant veden k samostatnosti, tím je spolupráce intenzivnější (Matoušek a Pazlarová, 2010). Hlavním stimulem k navázání aktivní spolupráce je z pohledu rodiče udržet dítě ve své péči, jak uvádí Řezáč (1998) s cílem navrátit se zpět do biologické rodiny. Je prokazatelné, že plánování služby, jak uvádí Matoušek a Pazlarová (2010) či Řezníček (2000), dále vzájemná spolupráce multidisciplinárního týmu, jak ji popisuje Goleman (1997) anebo i Osofsky (2003) musí být pro rodiče smysluplná, s jasným cílem, s jasnými rolami Zastrow (2012), zacílená

na aktuální problém rodiny.

Stává se, že rodič někdy nemusí umět přesně rozlišit, která část podpory má pro něj klíčový význam. K tomu, abychom navázali účinnou spolupráci, je tento fakt velice důležitý (Bechyňová a Konvičková, 2011). Výzkumem bylo dále zjištěno, že rodiče dle Dunovského (1999) jsou díky vzájemné spolupráci aktivnější. Cítí se zodpovědněji a vnímají, že vlastním přičiněním a pílí dochází ke zlepšení vlastní situace (Kozáková a Müller, 2006). Dobré výsledky jsou pro ně motivující (Lokšová a Lokša, 1999). Musíme však počítat i s tvrzeními, kdy jsou rodiče skálopevně ujištěni, že péči, kterou poskytovali dětem (to jak se chovali v minulosti), bylo zodpovědné a správné. Vzniká zde jistá pochybnost, zdali se nejedná o účelové výpovědi, anebo si problém v rodině skutečně neuvědomují (Wilkinson, 1998).

Důležitým aspektem aktivního zapojení rodiče do procesu sociální rehabilitace je vyhledávání dostatečně široké *sítě služeb*, které vycházejí z aktuálních potřeb rodiny (Tracy a McDonell, 1991). Z výsledků výzkumu je patrné, že dětské centrum ve Strakonici nabízí široké spektrum návazných služeb a to na úrovni, jak zařízení, tak mimo něj. Z pohledu informantů, vzájemná propojenost služeb a odborníků v praxi chybí, což podněcuje jejich letargii problém řešit (Úlehla, 2005). Obdobný problém nastává v případě velkých časových prodlev (mezi jednotlivými setkáváními) při zajišťování speciální služby či odborníka (Matoušek et al., 2007). Snaha udržet spolupráci se službami, se kterými rodiny v minulosti pracovali, vede k prohloubení důvěry mezi rodičem a dětským centrem. Podněcuje ho k větším výkonům a aktivitě (Shinman, 1998).

Výzkumem bylo ověřeno tvrzení Fortina a Chamberlanda (1995), že důležitou roli při vzájemné spolupráci a aktivním zapojení rodiče při řešení vlastního problému hraje *důvěra*. Vytvoří-li se mezi rodičem a službou vzájemný soulad, jak uvádí Bechyňová a Konvičková (2011), rodič se stává aktivnějším. Z některých výpovědí, však vyplynula naprostá nedůvěra vůči všem službám, která může být ovlivněna nejružnějšími okolnostmi, jak je popisuje výše Kraus (2011) či Shinman (1998). Z výpovědí informantů je příčina naprosto zřejmá. Hovoří o často opakovaných negativních zkušenostech z předešlých let.

Realizace **případových konferencí** je nejen rodiči, ale i sociálními pracovníky pozitivně hodnocena, což potvrzuje zkušenosti Hrdinové et al. (2010), která se případovými setkáváními zabývá. Z výsledků výzkumu vychází, že má v procesu podpory své nezastupitelné místo, což potvrzuje výroky Burforda a Hudsona (2000), kteří vycházejí taktéž z vlastní zkušenosti. Z výsledků dále vyplývá, že nastavení podpory je systematické, s jasně stanovenými pravidly, což se shoduje s výroky Hrdinové et al. (2010), díky nimž jsou rodiče motivováni k větší spolupráci. Velmi kladně je jimi hodnoceno, že mohou do celého procesu vnášet vlastní nápady, což je zdůrazňováno Bechyňovou a Konvičkovou (2011). Do případového setkávání mohou vstupovat a spolurozhodovat, což potvrzuje výroky Hrdinové et al. (2010) či Burforda a Hudsona (2000), kteří tuto účast navíc doporučují. Již účast na tomto setkávání, je jednou z počátečních fází aktivního zapojení rodiče do řešení vlastního problému (Havrdová a Nováková, 1995). Nejdůležitější fází případové konference je hodnocení rodiny, které má pro informanty velké motivační účinky. Preferují rovné jednání, aktivní participaci ve smyslu spolurozhodování (Burford a Hudson, 2000). Zadání úkolů musí být srozumitelné, s konkrétními cíli a jasnými výsledky (Mason a Butler, 2010).

Ve výpovědích se objevují názory, že případové konference nemají smysl a jsou pro rodiče ve vztahu k aktivnímu zapojení zbytečné. Znovu hovoříme o tolikrát zmiňované nedůvěře informanta vůči všem formám pomoci (Kraus, 2011; Shinman, 1998).

Z výzkumu zcela jasně vyplynulo, že rodiče se prostřednictvím sociální rehabilitace cítili být úspěšní, což se shoduje s výroky Kebzy (2005) anebo Greeffa a Humana (2004), kteří tento úspěch a příčiny jasně popisují. Informanti jsou přesvědčení o tom, že buď převážně omezili, nebo naprosto odstranili důsledky ohrožení v rodině (Matoušek a Pazlarová, 2010; Fischer a Škoda, 2009). Tyto výsledky se též shodují s tvrzením Bechyňové a Konvičkové (2011), které mají s úspěchy procesu sanace velké zkušenosti. Rodiče v několika bodech skloňují pocit důvěry. Důvěry ve druhé, důvěry v sebe sama, což přispívá dle Fortina a Chamberlanda (1995) k pohodovější atmosféře rodinného prostředí. Velký důraz při výpovědích kladou na vzájemnou spolupráci a provázanost podpory, která jim významně pomohla (Wulczyn et al., © 2010). Osobní úspěch přičítají tomu, že se prostřednictvím procesu sanace rodiny (sociální rehabilitaci)

naučili samostatnosti, novým dovednostem, trpělivosti, režimu a sebedůvěře (Anthony a Farkas, 2012). Často hovoří o laskavém přístupu, dobrých vzájemných vztazích a motivaci ze strany dětského centra, což se přímo shoduje s výroky Kozákové a Müllera (2006), velmi podobně tuto oblast popisuje též Pogády et al. (1993), který se zaměřuje především na motivaci rodiny.

Shrňme-li tuto oblast výzkumu, můžeme konstatovat, že s ohledem na vliv jednotlivých znaků sanace, jak jsou specifikovány například Bechyňovou a Konvičkovou (2011) ve vztahu k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sanace (sociální rehabilitace) se jednoznačně potvrdily čtyři oblasti, které zaručeně ovlivňují rodiče v jejich aktivním postoji při řešení vlastní situace. Jedná se o: **individuální plánování**, účast **multidisciplinárního týmu**, **sít' služeb** a realizaci **případových konferencí**. Ač se nám může zdát, že to není příliš, jedná se o čtyři velmi důležité složky, se kterými se dá za předpokladu určitých schopností, dovedností a znalostí pracovníků, jak uvádí Musil (2004) či Průcha et al. (2001) úspěšně pracovat.

Další oblastí, kterou se výzkum zabýval, byly **důvody participace rodiče** na procesu sociální rehabilitace. Z výzkumu jasně vyplynuly dvě životní etapy informanta. Prvním obdobím je doba před umístěním do dětského centra. Hlavním důvodem, který rodinu přiměl k aktivní účasti řešit vlastní situaci, byla podpora širší rodiny. V menší míře pak doprovázení některé ze sociálních služeb. Druhým obdobím je období po umístění rodiče do dětského centra za přítomnosti všech jeho dostupných možností podpory. Společným stimulem obou etap pomoci, bylo ze strany rodiče zachovat úzký vztah s dítětem a nedopustit jejich odloučení. Přestože se argument udržení dítěte ze strany rodiče ve vlastní rodině může jevit jako naprosto samozřejmý, v praxi u ohrožených rodin tento „*pro nás běžný*“ jev není tak zcela zřejmý. Proto, je-li v rodině zachován alespoň z části vztah mezi rodičem a dítětem, jak uvádí Výrost a Slaměník (1998), Clark a Clark (2007) či Matějček a Langmeier (2011), je nutné tyto vazby podporovat. Máme-li k dispozici tuto indicii, můžeme použít vhodné nástroje k tomu, abychom úspěšně a afektivně rodiče aktivizovali v průběhu sociální rehabilitace (Klégrová a Zelená, 2006). Výzkum jednoznačně potvrdil skutečnost, že primárním rozhodnutím participovat na procesu sociální rehabilitaci je moment narození dítěte a přímý kontakt

s ním. Na rodiče od tohoto okamžiku působí, celá řada vlivů, jak je popisují Shinman (1998), Matějček a Langmeier (2011) nebo Kraus (2001). Se schopností a vůlí rodiče o dítě dlouhodobě pečovat, se objevují další okolnosti, které jsou příčinou jejich aktivní participace na procesu sanace a řešení vlastní situace. Samostatnost, jak je uváděna Loškovou a Lokšou (1999) patří mezi ovlivňující faktory, které motivují rodiče v dalších činnostech. Pocit osamostatnění se jim dává větší jistotu, že situace, které byly v minulosti překážkou, dnes úspěšně zvládají. Úspěch je stimulem k další spolupráci (Anthony a Farkas, 2012). Se samostatností jde ruku v ruce nácvik nových dovedností, které si rodič osvojuje. Pozitivní výsledky při zvládnání těchto činností (pro které byly často umístěni do dětského centra), jsou stimulem k jejich další aktivitě (Matoušek et al., 2007). Důležitou roli při nácviku nových dovedností hraje přítomnost pracovníků oněch zařízení, kteří poskytují rodině podporu, bezpečí a odvalu (Mason a Butler, 2010). Řád v rodině, pravidelnost a uspořádání činností je něco, co z hlediska organizování dne funguje (Satirová, 1994). To, že rodič vnímá zavedený režim jako účinný prostředek k odstraňování nejrůznějších překážek, má za následek jeho snahu na sobě dále pracovat. Nastavený režim, jak podobně uvádějí Kozáková a Müller (2006) ovlivňuje nejen chod rodiny, ale má především přímý vliv na všechny její členy. Na druhou stranu právě režim dětského centra a domácí řád (který je nastaven jako model rodinám postrádající v životě jakákoliv pravidla), bývají často důvodem nespolupráce, s předčasným ukončením procesu sociální rehabilitace.

Důvodem k další spolupráci rodiny je empatický přístup pomáhajících profesí. Jejich laskavý a vstřícný přístup nastoluje přátelskou atmosféru (Seligman, 2003), díky níž se vytrácí obavy a strach z neúspěchu. Empatický přístup přímo působí na důvěru rodiče. Důvěra je něco, bez čeho není možné dále úspěšně spolupracovat (Pogády et al., 1993). To, co je důvodem ke spolupráci, může také fungovat naopak. Z výzkumu je patrné, že právě nedůvěra k poskytované službě či jejímu jednotlivci, neochota spolupráce týmu, jejich nevhodné komunikační dovednosti a prostředky, neempatický přístup, jsou často důvodem nespolupráce rodiče během procesu sociální rehabilitace.

Úspěch a kladné hodnocení výsledků práce rodičů jsou stimulem k tomu, aby nadále pokračovali v aktivním odstraňování ohrožení v rodině (Burford a Hudson, 2000).

Naopak negativní hodnocení, anebo kladení příliš vysokých nároků, uvádějí jako důvod, proč nebyli ochotni nadále v procesu sociální rehabilitace setrvat. V pomoci ohroženým rodinám hraje důležitou roli participace širší rodiny. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplývá, že účast širší rodiny velmi výrazně přispívá k úspěšnému ukončení procesu sociální rehabilitace (Matoušek a Pazlarová, 2010). Díky ochotě účastnit se tohoto procesu dochází ke znovu obnovení vztahů mezi rodiči a prarodiči (Sheafor a Horejsi, 2014). Znovu navázání vztahů mezi členy rodiny, jejich ochota pomoci, patří k hlavním důvodům, proč se informanti rozhodli aktivně podílet na procesu sanace (Zastrow, 2012). Účast širší rodiny a její pozitivní vliv na informanty se také shoduje s výroky Bechyňové a Konvičkové (2011), které v praxi pomoc příbuzných jednoznačně vítají. Rodiče si tuto podporu velmi pochvalují z důvodu získání větší jistoty a bezpečí. Výhodu účasti širší rodiny spatřuje i Fortin a Chamberland (1995) právě v tom, že může být účinnou oporou. Širší rodina je zapojena do celého procesu sociální rehabilitace, včetně plánování, čímž má přehled o celé situaci (Zastrow, 2012).

I zde se opět potvrzují slova Fortina a Chamberlanda (1995), kdy u jedné skupiny informantů jsou příbuzní z jejich úspěchů a pokroků nadšení, což celou skupinu v dalších vztazích a vzájemné podpoře utužuje (Selingman, 2003). Pobyt rodiče a jeho aktivní zapojení do řešení vlastní situace zásadně vylepšilo rodinné vazby, což by mělo být cílem sociální rehabilitace (Bechyňová a Konvičková, 2011). U druhé skupiny (bez žádného kontaktu se širší rodinou) jsou v tomto ohledu, tak vážně narušeny vzájemné vazby, že již zpravidla nebudou nikdy obnoveny, jak uvádí například Kukačka (2010) či Krejčí et al. (2011). Autoři se shodují s výpověďmi některých informantů. Totéž platí pro obě skupiny i v případě partnerských vztahů. U rodin, kde nejsou vytvořeny rodinné vztahy, jak uvádí Sheafor a Horejsi (2014) nefunguje z jejich strany ani podpora, což se výzkumem také potvrzuje. Beavers a Hampson (1999) se podobnými otázkami zabývají ve svých odborných publikacích. Špatné vzájemné rodinné vztahy či neochota širší rodiny participovat na procesu sanace, jsou informanty uváděny, jako stěžejní důvody, pro které informant ztrácí motivaci k aktivnímu zapojení při řešení vlastní situace.

Čtvrtá oblast výzkumu se zabývala službami, které byly prostřednictvím procesu sociální rehabilitace poskytovány a v souvislosti s tím, byly sledovány jednotlivé

přístupy pracovníků dětského centra k umístěným rodinám. Finálním výstupem této oblasti bylo odhalit, jak tyto dvě proměnné ovlivňují chování a jednání rodiče ve smyslu jejich aktivního působení v procesu sociální rehabilitace s navrácením dítěte zpět do biologické rodiny.

Ve výzkumu práce se hojně opakuje pojem nedobrovolný pobyt rodiče v dětském centru. Proto v úvodu tohoto odstavce pokládám za nutné tuto skutečnost uvést na pravou míru. Tento typ pobytu byl uváděn výhradně ve vztahu k výzkumu, kde bylo zapotřebí rozlišit „*dobrovolný pobyt na základě vlastní iniciativy*“ a „*pobyt nedobrovolný*“, který byl iniciován sociálním pracovníkem ve zvlášť závažných případech. Ovšem je nutné podotknout, že i v těchto případech se jednalo o umístění na základě osobní žádosti informanta.

Při nedobrovolných pobytech se ukázalo, že informanti soustavně odkládají termín nástupu, jak uvádí Bechyňová a Konvičková (2011), čímž dochází k velkým průtahům při odstraňování ohrožení v rodině. Z výpovědí sociálních pracovníků vyplývá, že s těmito informanty je nejtěžší spolupráce. Příčinou je jejich negativní postoj k nabízeným službám, jak jsou popisovány Wilkinsonem (1998). Motivace u této skupiny klientů je také daleko náročnější (Průcha et al., 2001).

V ostatních případech (dobrovolných pobytů) byla spolupráce uspokojivá. Z výzkumu jednoznačně vyplynulo, že rodiče chtějí situaci změnit, jak uvádí například Hrdinová, et al. (2010) či Zastrow (2012), avšak z počátku si většinou neví rady. To, že dokáží situaci řešit je v důsledku vzájemné propojenosti poskytovaných služeb (Úlehla, 2005; Matoušek et al., 2007). Fakt, bylo-li dítě umístěno do dětského centra před nástupem rodiče, či přicházelo společně s ním, se ve vztahu k jeho aktivnímu zapojení do procesu sociální rehabilitace nikterak významně nepotvrdilo, což se s názory Tracyho a McDonella (1991) rozchází.

Z výzkumu dále vyplývá, že dětské centrum pozitivně podporuje rodiče v účasti na sociální rehabilitaci a v jejich dalších aktivitách (Mahrová et al., 2008). Výhoda individuálního přístupu se shoduje s Pogádem et al. (1993), který uvádí, že díky tomuto postoji se rodič stává dříve samostatnějším. Tím dochází k rychlejšímu odstraňování

ohrožení v rodině. Jednotlivé služby poskytované dětským centrem pozitivně ovlivňují chování a jednání rodiče směřující k navrácení dítěte zpět do vlastní péče. (Plaňava, 1994). Tato tvrzení jsou popírána informanty, kteří shodou okolností patří do skupiny „*nedobrovolných*“ pobytů a informanty, kteří byli v procesu sanace neúspěšní.

Dětské centrum prostřednictvím sociální rehabilitace poskytuje rodinám celou škálu podpůrných a aktivizačních služeb. Tyto služby nabízí buď samo dětské centrum, anebo jsou zajišťovány na základě úzké spolupráce s jinými odborníky či institucemi.

Z celé baterie vyšlo najevo šest nejvíce žádaných a nejlépe hodnocených služeb (činností), jak uvádí Kraus (2011), které směřují k uzdravení rodiny. Na základě výzkumu hovoříme o účinných nástrojích ovlivňující chování a jednání rodiče, které jsou důvodem jejich aktivního zapojení do procesu sanace. Mezi ně patří: zácvik v péči o dítě; spolupráce s jinými organizacemi a odborníky; zdravotní, ošetrovatelské, rehabilitační a psychologické služby; poradenství; pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Všechny tyto aktivity jsou hodnoceny jako přínosné, díky nimž se rodič stává samostatnější a emočně vyrovnanější (Říčan a Krejčířová, 1997). Dětské centrum také přispívá k znovu navázání dobrých, vyvážených vztahů mezi sociálními pracovníky, institucemi, ale i širokou rodinou (Matějček a Langmeier, 2011). Pozitivně jsou hodnoceny služby, které vycházejí z aktuálních a individuálních potřeb rodiny (Janoušková a Nedělníková, 2008).

Mezi služby, které jsou jednomyslně všemi informanty odmítány, jsou činnosti poskytující podporu dovedností spojené se zvládnutím péče o vlastní osobu a především pak podpora při nábízení dovedností v oblasti hospodaření s finančními prostředky, které jsou dle Kozákové a Müllera (2006) velice podstatné. Pro zajímavost zmiňuji skutečnost, že za celou dobu existence dětského centra se ani v jednom případě nepodařilo rodiče motivovat v této oblasti.

Naproti všem poznatkům z výzkumu docházíme k závěru, že poskytované služby v rámci sociální rehabilitace jsou pro rodiče dostačující. Dětské centrum nabízí adekvátní pomoc, která je pro řešení jejich problémů dostačující a účinná, což se

shoduje s výroky Greeffa a Humana (2004), kteří se oblastí služeb a jejich vlivem podrobně zabývají. Díky této pomoci jsou rodiče schopni aktivně a uspokojivě spolupracovat. Dětskému centru přičítají, že v něm našli dočasnou bezpečí, které je bezesporu důležité pro aktivní spolupráci (Matějček, 2004b). Sami na sobě cítí, že se v některých oblastech zlepšili, a že se zlepšila i jejich dosavadní rodinná situace (Fortin a Chamberland, 1995).

Jako negativní ze strany dětského centra vidí informanti příliš velké prodlevy při nastavení individuálních složek podpory, jak je popisuje Zastrow (2012). Neuvědomují si, že nastavení podpory má svá určitá pravidla (Rose a Moore, 1995; Matoušek a Pazlarová, 2010). Obecně se velmi často objevují neshody s nastaveným řádem a režimem dětského centra (Mason a Butler, 2010; Satirová, 1994). Nespokojeni jsou pak s individuálními vycházkami ve večerních hodinách. Často hovoří o tom, že mají málo osobního volna, jedná se o velmi běžný jev (Nakonečný, 2004).

Zcela zásadním problémem jsou špatné vztahy mezi informanty. Drobné, ale i větší konflikty jsou téměř na denním pořádku (Horňáková, 1999). Výzkumem bylo zjištěno, že mezi nimi nefunguje přijatelná komunikace, tolerantnost, vzájemná pomoc a soudržnost, která je základem těchto problémů (Matějček a Langmeier, 2011). Z výsledku výzkumu vyšlo najevo, že značným, avšak častým problémem jsou drobné krádeže osobních věcí, které vyústí v hádky, nesrovnalosti a mezi nimi se prohlubuje nesnášenlivost. Tato skutečnost se shoduje například s Horňákovou (1999) či v podobném světle vidí tento problém Gjuríčová a Kubička (2003), kteří se problematikou vztahů zabývají. Pracovníci centra uvádějí, že se jedná o jeden z nejzásadnějších problémů poskytované služby.

Vztahy mezi rodiči a personálem dětského centra vidí informanti jako nadměrně dobré, což je velmi důležité pro vzájemnou spolupráci (Smith, 2008). Mezi pracovníky panují dobré vztahy a nálada a je zde příjemná atmosféra, což se shoduje i s tvrzeními, jak Hrdinové et al. (2010), tak informantů. Výsledky výzkumu se ztotožňují s výroky Sheafora a Horejsiho (2014), že pracovníci a rodiče spolu zdárně komunikují, což má vliv na získání důvěry a vztahu mezi celým multidisciplinárním týmem. Ze strany pracovníků dětského centra vnímají dostatečnou pozornost (Nykl a Motsching, 2001).

Z výsledků dále vyplývá, že velmi zásadní je komunikace mezi dětským centrem a rodinou (Vybíral, 2009). Na té si rodina velice zakládá, což opakovaně potvrzují výsledky výzkumu. Komunikace mezi pracovníky a rodinou je srozumitelná. Díky tomu rozumí zadaným úkolům, což je pro práci s ohroženou rodinou klíčové (Vybíral, 2009). Výzkum potvrdil výroky Selingmana (2003), který uvádí, že dobrá komunikace utužuje vztahy nejen mezi personálem a rodinou, ale především v rodině samotné. Výzkum potvrdil slova Watzlawicka (2014), že negativní či arogantní postoj personálu brání ve vzájemné spolupráci a má vliv na aktivní zapojení rodiče do procesu sanace.

Vlivem multidisciplinárního týmu z pohledu rodiče a sociálního pracovníka jsem se již zabýval v teoretické části disertační práce. Je-li tato forma pomoci poskytována kvalitně podle určitých pravidel, rodiče jsou díky ní aktivnější, služby provázanější (Musil, 2004). Dobře zvolený multidisciplinární tým, jak uvádí Goleman (1997) je důležitou a účinnou složkou pomoci ohrožené rodině. Z výsledků šetření, které se bezprostředně týkalo informanta a jeho osobní zkušenosti s multidisciplinárním týmem, vznikly dvě odlišné skupiny. Informanti první skupiny se domnívají, že by nebyli úspěšní, kdyby nebylo této odborné pomoci, čímž se potvrzuje tvrzení Osofského (2003). Osofsky (2003) uvádí, že bez multidisciplinárního týmu proces podpory nefunguje a vzájemná provázanost služeb není možná. Informanti druhé skupiny přičítají úspěch výhradně sobě. Uvádějí, že multidisciplinární pomoc není nutná, čímž vyvrací tvrzení Dunovského et al. (1999), který tuto pomoc naopak podporuje. Výpovědi druhé skupiny nemají vypovídající hodnotu vzhledem k tomu, že všem těmto informantům byla po celou dobu pobytu forma multidisciplinární pomoci poskytována.

Potvrzují se výroky Anthony a Farkase (2012), že velmi důležitým prvkem při ukončení pobytu sociální rehabilitace je zapotřebí rodině nabídnout další doprovázející služby, které udrží jejich stávající stav. Tyto služby jsou poskytovány především ambulantní formou pomoci, jak popisuje Stárková et al. (2003). Celá řada služeb je přenesena do přirozeného prostředí rodiny, což je pozitivně hodnoceno Tracym a McDonellem (1991). Nezapomíná se též na sociální poradenství, jak o něm hovoří kupříkladu Janoušková a Nedělníková (2008), které by mělo být poskytováno kontinuálně, dle potřeb rodiny. V současné době je informanty upřednostňována forma ambulantní péče

před poskytováním terénních sociálních služeb.

Hlavní význam sociální rehabilitace je spatřován v přijatelné možnosti podpory ohroženým rodinám Mahrová et al. (2013), které dlouhodobě řeší vlastní nepříznivou situaci. Ve stavu, kdy rodič dlouhodobě neplní své rodičovské kompetence, není odloučen od svého dítěte (Matoušek a Pazlarová, 2010). Díky odbornému personálu rodič prostřednictvím zácvičku získává sebedůvěru a zkušenosti Gjuričová a Kubička (2003), díky nimž se může posléze společně s dítětem navrátit zpět do přirozeného prostředí.

Shrme-li tuto oblast výzkumu je zřejmé, že proces sociální rehabilitace a jimi poskytované služby a přístupy mají vliv na participaci rodiny při řešení vlastní situace. Bylo zjištěno šest zásadních činností a dále byly vyspecifikovány přístupy dětského centra, které pozitivně ovlivňují chování a jednání rodiče, které směřuje k úspěšnému navrácení dítěte zpět do jejich péče. Chceme-li, aby tato pomoc účelně fungovala, je zapotřebí k rodinám přistupovat individuálně s respektováním všech níže uvedených doporučení.

Poslední oblast výzkumného šetření se zabývala specifickými charakterovými vlastnostmi rodin, které mohou mít vliv na schopnosti rodiče o dítě dlouhodobě pečovat.

Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že rodiny, které kategorizujeme do skupiny uživatelů návykových látek, jsou ty, které nejsou schopny (ve fázi aktivního užívání) dlouhodobou péči o dítě zajistit (Presl, 1995). Důvodem je těžká fyzická a psychická závislost na návykových látkách, život mimo realitu, nezodpovědný přístup k sobě samému, ale i k druhým (Nešpor et al., 1996). Abychom mohli s rodinou v rámci sociální rehabilitace úspěšně pracovat, je nutné primárně vyřešit problém závislosti (Nešpor, 2000).

Obdobně je tomu u rodin, u kterých se vyskytují známky domácího násilí. Ať už v podobě fyzického či psychického týrání. Strach z agresora, nízké sebevědomí, obavy ze společnosti, těžké deprese, jsou hlavní příčinou, jak uvádějí Johnson a Bunge (2000), že oběť není schopna racionálně řešit vlastní situaci. Tím pádem není schopna zajistit

dostatečné bezpečí ani sobě, ani dítěti. Jak uvádí O'Leary a Maiuro (2001) výsledkem je selhávající výchova.

Dalším typickým rysem ohrožených rodin, (kdy její členové nejsou schopni z dlouhodobého hlediska zajistit péči o dítě), jsou špatné vzájemné rodinné a partnerské vztahy (Machová a Hamanová, 2002). Hovoříme o krátkodobých, nestabilních či náhodných partnerských vztazích, kdy je mateřství z jejich strany neplánované (Možný, 2006). Ve většině případů se jedná o náhodná početí. S touto skutečností přímo souvisí poruchy mateřství Vágnerová (1997), kdy matka zásadně dítě odmítá. Při poruchách mateřství hraje důležitou roli i nízký věk matky či její psychická nevyzrálost, jak uvádějí Gabura (2006) či Vašková (2005) a nepřipravenost na mateřství (Matejček, 1996).

Dalším typickým znakem ohrožených rodin, kdy rodič není z dlouhodobého hlediska schopen zajistit řádnou péči o dítě je problém materiální a finanční jistoty (Hanušová, 2006; Bentovim, 1998). Z výzkumu vyplynulo, že se jedná o nízkopříjmové rodiny či sociálně slabé rodiny dlouhodobě bez jakéhokoliv finančního zajištění. S touto problematikou přímo souvisí nezaměstnanost, ztráta vlastního bydlení a závislost na sociálních dávkách (Fišer a Škoda, 2009). Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že se jedná o rodiny, kdy jejich členové nejsou schopni si pracovní místo dlouhodoběji udržet.

Z výzkumu vyplynulo zajímavé zjištění. Informanti převážně pocházejí z neúplných rodin či v dětství žili v ústavní výchově (Mufson a Krenz, 1996). V rodinách panovala velmi přísná, avšak nedůsledná výchova, bez jasných pravidel (Hamer a Copeland, 2003). Jsou potvrzeny skutečnosti, že návyky, zlovyky a vzory z výchovného prostředí (v dětství) se odrážejí v jejich současném způsobu života (Ijzendoor, 1992). Přestože současní rodiče odsuzují přísné až despotické výchovné prostředí (v mládí), sami ho dnes ve výchově svých dětí preferují (Krejčířová, 2007). V souvislosti s tímto dochází k narušení základních funkcí rodiny (výchovné, vzdělávací a socializační), které si taktéž nesou z dětství (Dunovksý, 1999).

Po fyzické stránce se informanti cítí být zdraví. U matek se však objevují psychické

obtíže Binggeli et al. (2001), jako jsou: deprese, úzkosti, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy či užívání návykových látek. Tyto poruchy je značně limitují při poskytování řádné a dostatečné rodičovské péči (Matoušek a Pazlarová, 2010).

Na závěr diskuze shrnuji všechny oblasti dílčích cílů, abych odpověděl na základní dvě výzkumné otázky disertační práce, které pro připomenutí zní:

V čem stávající způsob pomoci dětského centra napomáhá k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny?

V čem stávající způsob pomoci dětského centra brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny?

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že se dětské centrum svými rozličnými činnostmi prostřednictvím sociální rehabilitace podílí na pomoci ohroženým rodinám. Právě skrze tuto sociální službu využívá nejrůznějších moderních technik sociální práce. Jak již bylo zmiňováno, jedná se o multidisciplinární spolupráci odborníků, individuální plánování péče ohrožené rodiny, využívání sítě dalších podpůrných služeb či realizaci případových konferencí. Dětské centrum společně s odborným týmem participuje na pomoci rodině v souladu s jejich aktuálními potřebami. Tím napomáhá k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sociální rehabilitace. Ve výsledku práce přispívá k dosažení větší samostatnosti a posilování rodičovských kompetencí, k urovnání vzájemných rodinných vazeb, orientaci v aktivitách běžného života a především pak napomáhá k navrácení dítěte zpět do přirozeného rodinného prostředí.

Dětské centrum bohužel nejen napomáhá k navrácení dítěte zpět do péče biologické rodiny. Výzkum potvrdil skutečnosti, které naopak zabraňují rodiči aktivně se podílet na zmiňovaném procesu. Velmi často je klienty skloňována překážka (bránící v aktivní spolupráci) v podobě nastaveného režimu a domácího řádu zařízení. Ze strany multidisciplinárního týmu můžeme hovořit o několika překážkách, které rodiče negativně ovlivňují v jejich aktivním zapojení do procesu sociální rehabilitace. Jedná se o kladení nepřiměřených nároků, než jaké je klient schopen zvládnout. Neochota spolupráce ze strany personálu, nevhodná komunikace, anebo nevhodně sestavený tým odborníků či individuální plán péče. Všechny tyto aspekty mohou vést k nedůvěře rodiče vůči

poskytované službě a následně celému dětskému centru. V neposlední řadě může jít o neochotu spolupráce dětského centra a širší rodiny. Výsledkem je pak předčasné či neúspěšné ukončení procesu sanace rodiny.

9.3 Doporučení pro praxi

Předmětem disertační práce je sanace rodiny neboli služba sociální rehabilitace. Ústředním tématem prolínající se všemi kapitolami je činnost dětského centra a jeho význam v péči o ohrožené rodiny. Hlavním cílem práce bylo identifikovat faktory, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace.

Z výsledků disertační práce je zřejmé, že dětské centrum pomáhá těmto rodinám úspěšně se potýkat s náročnými životními situacemi. Potvrdilo se, že moderní techniky sociální práce, které uplatňuje, v celé řadě oblastí pozitivně ovlivňují participaci rodiče při zmiňovaném procesu.

Původním záměrem práce bylo na základě výzkumného šetření vyspecifikovat a přehledně uspořádat ty činnosti, které jsou prostřednictvím sociální rehabilitace účinně využívány k aktivnímu zapojení rodiče do procesu sociální rehabilitace s cílem navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Rejstřík vhodných činností měl posloužit jako inspirace ostatním pracovníkům zabývající se obdobnou problematikou. V jedné oblasti výzkumného šetření byla sice zjištěna účinnost těchto aktivit, avšak za předpokladu respektování jistých opatření. Tato opatření (doporučení) vznikla na základě identifikace faktorů právě ovlivňující aktivní zapojení rodiče do procesu sanace. Proto, s ohledem na tato zjištění svůj záměr rozšiřuji o ověřené způsoby práce, které jsou nedílnou součástí dobré praxe. Dovoluji si tedy tvrdit, že jedna oblast bez druhé nebude spolu vzájemně fungovat. U níže uvedených doporučení vycházím z ověřených dat výzkumného šetření, které vyplývají nejen z námětů odborné veřejnosti, ale především rodin účastnících se výzkumu. Jednotlivá doporučení jsem se snažil chronologicky uspořádat tak, aby byla v souvislostech a časovém sledu tak, jak je služba sociální rehabilitace poskytována v praxi.

1) Před přijetím rodiče do zařízení důkladně zhodnotit, zdali se skutečně jedná o cílovou

skupinu poskytované služby.

V praxi se ukazuje jako velmi nutné ve spolupráci s oddělením sociálně právní ochrany dětí či jinou institucí, která má rodinu v péči, nestranně posoudit, zdali se vskutku jedná o rodinu, která spadá do cílové skupiny poskytované služby. V případě, že tomu tak není, neměli bychom rodinu přijmout, jelikož jí nejsme schopni adekvátně pomoci a aktivizovat ji.

2) S rodičem za všech okolností hovoříme otevřeně a to ve všech záležitostech týkající jeho osoby, aktuální situace, rodinného prostředí, poskytované služby atd.

V praxi se potvrdilo pravidlo, že rodiči sdělujeme (pro něj srozumitelnou formou) vše ohledně jeho celkové situace, nic mu nezatajujeme! Důležitou podmínkou aktivní spolupráce je získat jeho důvěru. Toto je ověřená a spolehlivá cesta, jak tohoto těžkého úkolu můžeme dosáhnout.

3) Komunikační dovednosti pracovníka jsou základem k získání důvěry.

Komunikační dovednosti patří mezi základní principy sociální práce. Přijatelná komunikace je důležitá ve všech fázích poskytované podpory. Nesmíme opomenout na důležité pravidlo, že s klientem hovoříme tak, aby nám porozuměl. Výběr komunikace volíme dle individuálních potřeb a schopností klienta. Volíme laskavý a vstřícný přístup. Klient, který nám nerozumí, nemůže plnit zadání úkolů. V tuto chvíli je ohrožena nejen jeho důvěra, ale především dochází ke ztrátě motivace směřující k aktivnímu zapojení do procesu sociální rehabilitace.

4) Důvěra přispívá k aktivní a úspěšné spolupráci.

Získání důvěry klienta patří mezi nejdůležitější podmínky úspěšné sociální práce. Pozitivně ovlivňuje jeho aktivní zapojení v procesu podpory, jenž přispívá k dobré vzájemné spolupráci. Nabízíme adekvátní služby, které vycházejí z individuálních potřeb rodiny. Empatie pracovníků a pochopení potřeb klienta posiluje jeho důvěru.

5) Vzájemná spolupráce a dobré vztahy mezi pracovníky a klienty.

Vzájemná spolupráce nejen mezi pracovníky, ale všemi zainteresovanými stranami

procesu podpory je řazena mezi další důležité prvky sociální práce. Ta vede k provázanosti jednotlivých služeb a činností. Cílem je nastavit jednotlivé činnosti dle aktuálních potřeb rodiny. Vycházíme-li při výběru aktivit z těchto potřeb, výsledky pomoci jsou účinné.

6) Podpora vzájemný vztahů mezi klienty

Významným úkolem pracovníka zařízení je podporovat vzájemné vztahy mezi klienty. Naučit je úctě a respektu vůči druhému. V případě zasahování do práv jiného klienta je povinností pracovníka chránit jeho zájmy. Pokud není možná náprava, ukončíme s tímto klientem spolupráci.

7) Specifikovat zásadní problém.

Již v úvodu služby je zapotřebí přesně pojmenovat klíčový problém rodiny, pro který byla do služby přijata. Tato skutečnost je důležitá z důvodu individuálního plánování a stanovení multidisciplinárního týmu. V případě, že věcně neřešíme skutečný problém, nemůžeme očekávat zdárný výsledek.

8) Realizovat úvodní případovou konferenci.

Ta nebývá příliš častá. Většinou se případová konference realizuje v průběhu služby. Tato forma setkávání bezprostředně v úvodu nebo krátce před přijetím rodiče do procesu podpory, má své nesmírné výhody. Během ní si můžeme zajistit řadu informací, jak je uvedeno výše. Na základě těchto poznatků je možné se na další setkání předem připravit. Během úvodní případové konference shrnujeme důležité poznatky o rodině, abychom následně sestavili efektivní multidisciplinární tým a strukturu individuálního plánu péče ohrožené rodiny.

9) Stanovit multidisciplinární tým.

Výběr a obměna multidisciplinárního týmu by měla být pečlivá a to na základě individuálních potřeb rodiny. Jejich obměna se realizuje průběžně s ohledem na aktuální problém s přihlédnutím na názor a přání rodiče.

10) Do podpory zainteresovat širší rodinu.

Pokud je to alespoň trochu možné, snažíme se přimět ke spolupráci členy širší rodiny. Je ověřené, že u velké skupiny ohrožených rodin má tato podpora vliv na úspěšnost sociální služby a především pak na jejich návrat do přirozeného prostředí. Rodiče mají pocit většího bezpečí a jistoty.

11) Individuální plánování.

Na počátku každé služby je nezbytné společně s celým multidisciplinárním týmem a rodinou individuálně plánovat proces podpory. Individuální plán obsahuje jasné úkoly, má jasně stanovená pravidla a termíny plnění, které jsou pro všechny zúčastněné závazné! Nastavujeme ho tak, aby byl srozumitelný, systematický, smysluplný a účinný. Nezbytnou podmínkou plánování je, objektivní vyjádření všech zainteresovaných stran. Členíme ho do dílčích kroků podle významu a z důvodu lepšího zvládnutí dle individuálních schopností rodiče.

12) Pozitivní hodnocení.

Pozitivní hodnocení je nedílnou a podstatnou složkou nejen individuálního plánování, ale celého procesu poskytované podpory. Probíhá průběžně a jsou hodnoceny především drobné úspěchy. Pozitivní hodnocení má prokázaný pozitivní vliv na aktivní zapojení rodiče při celém procesu jakékoliv sociální služby. Má motivující účinky.

13) Motivace.

Motivace úzce souvisí s kladným hodnocením rodiče. Je prokázano, že příznačná motivace právě ze strany pracovníků směřuje k úspěšnému zvládnutí zadaných úkolů s dosažením požadovaného cíle. Má vliv na chování, jednání a seberealizaci rodiče. Výsledkem je získání pocitu sebevědomí, jistoty a bezpečí.

14) Režim.

Nastavení a osvojení si pravidelného režimu denních aktivit má významný efekt při úspěšném fungování během poskytování podpory. Nastavený řád má značné výhody především po návratu do přirozeného prostředí.

15) Nemít předsudky vůči rodině.

Pracovníci nesmějí mít předsudky vůči klientele služby, jelikož pak nemohou poskytovat řádnou podporu. Dochází k narušení vzájemný vztahů a především důvěry. Rodiče ztrácejí motivaci a nechtějí dále se zařízením spolupracovat, což má neblahý vliv na jejich aktivizaci.

16) Poradenství.

Po ukončení služby je i nadále zapotřebí rodině poskytovat sociální poradenství. Návrat do přirozeného prostředí se významně liší od pobytu v zařízení, kde má rodič dle potřeby zajištěnu permanentní podporu. Rodiči se tak v zařízení dostává většího pocitu bezpečí a jistoty. Domácí prostředí může být zprvopočátku v tomto ohledu rizikovější. Rodině nabízíme další možnosti doprovodných služeb, aby v případě potřeby věděl na koho se obrátit.

10. Závěr

Dětské centrum Jihočeského kraje, o.p.s. ve Strakonících se přes deset let zabývá péčí o ohrožené děti. Původní záměr zřízení této instituce se opíral o myšlenku zajištění podnětného a bezpečného prostředí dětem, o které se jejich rodiny nemohly, nechtěly anebo neuměly postarat. Prostřednictvím centra je těmto dětem zabezpečována výhradně péče zdravotní, ošetrovatelská, výchovně-vzdělávací, rehabilitační a psychologická. Nedílnou součástí je též poskytování zdravotně sociálního poradenství zacíleno k potřebám rodiny.

Současná právní úprava klade nesrovnatelně větší nároky na práci s biologickou rodinou, z čehož jasně vyplývá i intenzivnější spolupráce poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb. Ukázalo se, že v podpoře těmto cílových skupinám je ambulantní forma pomoci nedostačující a proto je nahrazována službami pobytovými. Ve spojitosti s problematikou ohrožených rodin se stále více hovoří o procesu sanace rodiny, která svými komplexními službami směřuje k předejití, omezení anebo vyloučení dopadů tohoto ohrožení. V ideálním případě, je pak kombinace pobytové služby podílející se na sanaci rodiny tím nejlepším východiskem. Sociální rehabilitace jako služba sociální prevence poskytována dětským centrem ve Strakonících všechna tato kritéria naplňuje.

Vzhledem k tomu, že je prostřednictvím sociální rehabilitace vykazována celá řada

pozitivních výsledků při navrácení dítěte zpět do péče biologické rodiny, je důležité sledovat, jaké proměnné ovlivňují tento stav. Jaké jsou negativní dopady této podpory a za jakých podmínek rodič participuje na řešení vlastní situace. Cílem práce tedy bylo identifikovat faktory, které ovlivňují rodiče k aktivnímu zapojení do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace. A v souvislosti s cílem práce si zodpovědět dvě výzkumné otázky, v čem stávající způsob pomoci dětského centra napomáhá a v čem naopak brání k navrácení dítěte zpět do biologické rodiny.

Teoretická část práce byla velmi důležitá k vyjasnění si jednotlivých klíčových oblastí týkající se práce s ohroženou rodinou. V této části také došlo k vyspecifikování typických znaků rizikových rodin a tyto bylo možno porovnávat se znaky rodin umístěných v dětském centru. Následně mezi nimi byly vyhledávány dané souvislosti. V současné době můžeme rodiny (umístěné v dětském centru) kategorizovat do pěti základních skupin podle nejčastěji vyskytujících se rizikových faktorů. Užívání návykových látek a především pak drog významně dominuje u této cílové skupiny. Stále častěji se v rodině objevují nejrůznější formy domácího násilí, z toho nejčastěji je kvalifikováno fyzické napadání převážně mezi partnery. V disertační práci uvádím i ostatní rizikové faktory, nicméně důležitým zjištěním je, že tyto sociálně patologické jevy se ve většině případů nejrozličněji kombinují. Vliv na afunkční rodinné prostředí má více faktorů na sebe vzájemně působících. Nedá se tedy říci, že pouze jeden činitel bývá příčinou ohrožení v rodině. Spíše se jedná o primární spouštěč, který pokud se v zárodku neřeší, za určité časové období vytvoří celý soubor dalších negativních vlivů působících na všechny členy rodiny, kde již můžeme hovořit o ohroženém prostředí. Z hlediska časovosti (působení těchto negativních faktorů) hovoříme o měsících, v konkrétních případech i rocích života. To je zapříčiněno neobjektivním pohledem rodiče na vlastní situaci, který doufá, že dojde ke spontánní nápravě.

Sociálně patologické jevy, které jsou vyspecifikovány v teoretické části disertační práce a ověřeny v části praktické, mají jednoznačně negativní dopad na vzájemnou spolupráci mezi rodičem, širší rodinou a doprovázejícími organizacemi. Očividně mají klíčový význam na aktivní či neaktivní postoj rodiče při řešení vlastní situace. Lze říci, že čím déle trvá ohrožení v rodině, tím je spolupráce s rodičem složitější a jeho aktivní přístup

lhostejnější. V zásadě platí pravidlo, že v první řadě pomáháme rodiči (odstranit jeho primární problém), aby byl poté schopen aktivně řešit další překážky. Čím déle tedy trvá ohrožení v rodině, tím více rizikových faktorů ovlivňuje rodinné prostředí. Nevhodný výběr multidisciplinárního týmu, jeho nesprávný přístup k rodině, špatně zvolený individuální plán péče, vynechání podstatné složky sanace rodiny, ale také typické charakterové vlastnosti rodiny mají jasně negativní dopad na participaci rodiče při procesu sociální rehabilitace.

Teoretická část výzkumu byla dále přínosná v tom, že jsem se reálně zorientoval v dané problematice a mohl si již objektivně vytvořit soubory významných, avšak doposud nevyřešených otázek a odpovědí. Ty se také staly předmětem výzkumu v praktické části. Lze tedy říci, že obě části disertační práce jsou z hlediska významu vzájemně svázané.

Po fázi teoretické, přišel na řadu vlastní výzkum. Ten se odehrával přímo v dětském centru a rozhovory byly realizovány, jak s rodiči, kteří úspěšně ukončili proces sociální rehabilitace, tak těmi, kteří svůj pobyt v dětském centru ukončili neúspěšně. Tento výzkum významně doplnily rozhovory s některými vybranými sociálními pracovníky oddělení sociálně-právní ochrany dětí, a to z důvodu zajištění objektivnosti výpovědí, kde vznikaly určité pochybnosti o jejich pravdivosti. Hlavní úkol praktické části spočíval především ve zjišťování participace rodiče v procesu sociální rehabilitace. V pěti oblastech výzkumu byly objeveny důvody, kdy a za jakých podmínek je rodič schopen aktivně se účastnit této spolupráce v souvislosti s navrácením dítěte zpět do péče biologické rodiny. Klíčovým stimulem rodiče přistoupit ke změně dosavadního životního stylu a začít se aktivně podílet na řešení rodinné situace je bezesporu dítě. Nejčastěji k této situaci dochází ve fázi narození dítěte. Významně k tomu přispívá také fakt, jestliže si matka uvědomí možnost ztráty dítěte (umístěním mimo vlastní rodinu). K tomu, aby se dítě stalo pro rodiče stimulem, musí mezi nimi být zachovány alespoň částečné mateřské vazby. Dojde-li aktivním zapojením rodiče k urovnání partnerský či rodinných vztahů, jedná se o výsledek společného snažení. Přesto urovnání partnerských a rodinných vztahů tyto matky řadí na druhé a další místo jako motivační předpoklad k zahájení aktivní spolupráce.

Nedílnou součástí praktického výzkumu bylo zodpovědět na pět dílčích cílů, které se

vázaly na hlavní cíl disertační práce a měly přispět k objasnění výzkumné otázky. Úkolem bylo odhalit jaké patologické jevy, znaky sanace, důvody participace, služby a přístupy sociální rehabilitace a v neposlední řadě charakterové vlastnosti rodin měly pozitivní či negativní dopad na rodiče během poskytované služby. Na základě těchto zjištění bylo možno identifikovat faktory (hlavní cíl práce), které ovlivňují rodiče ve vztahu k jeho aktivnímu zapojení do procesu sanace prostřednictvím sociální rehabilitace s cílem navrácení dítěte zpět do biologické rodiny. Získané vědomosti lze poté využít k urychlení celého procesu sociální rehabilitace. Hledání těchto odpovědí bylo otázkou přímého setkávání a pozorování s těmito rodinami. Jejich pohled, názory, pocity a zkušenosti, byly tím nejvhodnějším způsobem, jak získat co nejrelevantnější data. Přestože bychom mohli znaky sanace rodiny řadit do několika skupin či podskupin, k tomu, abychom mohli rodiče úspěšně aktivizovat, postačí tři ověřené metody. Případová konference je velmi účinným prostředkem k získání velkého množství aktuálních informací. Aby splnily svůj účel, musejí být šířeny oboustranně, což znamená, jak k pracovníkovi, tak především k rodiči. Díky těmto setkáváním je utvořen jasný obraz rodinného prostředí, na základě kterého se stanovuje funkční multidisciplinární tým. Vzájemná spolupráce multidisciplinárního týmu hraje v péči o ohrožené děti a rodiny klíčový význam. Je-li pečlivě vybírán dle aktuálních potřeb rodiny a jsou-li respektována všechna pravidla a zásady sociální práce, má velmi efektivní účinky na aktivizaci rodiče. Návaznost a správný časový sled, je též velmi důležitý. Třetí osvědčenou metodou je individuální plán péče, který musí mít jasnou strukturu a musí být systematicky a chronologicky sestaven. Všechny tři metody (znaky sanace) mohou fungovat jen ve vzájemné souhře. Tím je zaručen její prokazatelný účinek. Nebude-li jedna z metod při práci s ohroženou rodinou zastoupena, z ostatních dvou se stávají prosté podpůrné aktivity bez požadovaného účinku.

V kapitole *Diskuze* se zamýšlím nad jednotlivými zkoumanými oblastmi, které přímo či nepřímo ovlivňují rodiče v jeho aktivních postojích a shledávám mezi nimi vzájemnou provázanost a propojenost. V poslední části této kapitoly předkládám doporučení pro praxi, které vycházejí, jak z přímé zkušenosti dětského centra, tak poznatků a zkušeností ohrožených rodin a sociálních pracovníků oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Jen v souhrnu zmiňuji ty nejdůležitější, které se prakticky neustále prolínají celým procesem

sociální rehabilitace.

Významnou úlohu při aktivním zapojení rodiče sehrává nastavení režimu denních činností. Pravidelnost v aktivitách těmto rodinám velice prospívá. Není ovšem snadné rodičům nastavit pevný řád, vezmeme-li v potaz, že po většinu života byli zvyklí žít bez jakýchkoliv pravidel. Pakliže si tento režim osvojí, mají mnohem více času nejen na dítě, ale i sami na sebe. Prokázalo se, že díky pravidelnosti denních činností jsou rodiče výrazně aktivnější, než tomu bylo v minulosti.

Důležitou podmínkou, která vede k úspěšné participaci, je bezesporu důvěra rodiče v poskytovanou službu. Mezi další klíčové aspekty k navázání dobré a trvanlivější spolupráci patří také komunikační dovednosti multidisciplinárního týmu. Nejedná se pouze o naučený styl prezentovat mluvené slovo. Daleko důležitější je v tomto ohledu být empatický, umět rodiči pozorně naslouchat, abychom mu porozuměli a následně i on nám. Uspokojivá spolupráce je nesmírně důležitá proto, abychom dokázali vytvořit účinný a smysluplný individuální plán. Jen díky vynikající a ohleduplné vzájemné spolupráci jsme schopni participovat na identickém cíli a tím můžeme rodinu posouvat kupředu.

V samostatném odstavci musím zdůraznit důležitost participace širší rodiny na procesu sanace rodiny. Dovoluji si tvrdit, že téměř každá rodina, které se dostává náklonosti blízké osoby, je v procesu sociální rehabilitace dříve či později úspěšná. Příčinou je zaručení pocitu bezpečí a jistoty při zvládání náročných životních situací. Výsledkem je větší motivace rodiče aktivně se podílet na odstraňování ohrožení ve vlastní rodině. V neposlední řadě nesmíme opomenout na poskytování tolik důležitého poradenství. Tím je myšleno poradenství, jak v průběhu služby, tak obzvlášť po jejím ukončení. To proto, že po propuštění rodiče z dětského centra se nejedná o ukončený proces sanace rodiny, nýbrž jedné z jejích fází. Z výše uvedených doporučení je zcela zřetelné, že všechna doporučení spolu souvisí, a aby dobře fungovala, musí být ve vzájemné souhře.

Přestože by se mohlo zdát, že služba sociální rehabilitace je ve všech ohledech ve vztahu k úspěšné pomoci ohroženým rodinám spásná, tak tomu rozhodně není. Existuje celá řada neúspěšných rodin, kterým z nejrůznějších důvodů nelze pomoci. Pro účely

tohoto výzkumu byly záměrně vybrány skupiny, jak úspěšných, tak neúspěšných rodin, abychom na základě jejich zkušeností a poznatků mohli vytvořit celou škálu doporučení, která by především novým rodinám v ohrožení, ale i pracovníkům pomohla usnadnit jejich nelehkou práci.

Seznam literatury

1. ANTHONY, W., A., FARKAS, M., D., 2012. *The Essential Guide to Psychiatric Rehabilitation Practice*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. 73 p. ISBN 978-1-878512-51-2.
2. ARRIVÉ, J-Y., 2004. *Umění prožívat emoce*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-828-7.
3. BEAVERS, W., HAMPSON, R. B., 1990. *Successful Families: Assesment and Intervention*. New York: W W Norton & Co. 254 p. ISBN 978-0393700916.
4. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ M., 2011. *Sanace rodiny*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
5. BENTOVIM, A., 1998. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada Publishing. 117 s. ISBN 80-7169-629-3.
6. BERG, I. K., 1994. *Family-Based services: A Solution-focused Approach*. New York: WW Norton & Co. 240 p. ISBN-13: 978-0393701623.
7. BINGGELI, N., J., HART, S., N., BRASSARD, M., R., 2001. *Psychological Maltreatment of Children*. Newbury Park, CA: SAGE Publications. 118 p. ISBN 978-0-7619-2461-6.
8. BURFORD, G., HUDSON, J., 2000. *Family Group Conferencing: New Directions in Community-Centered Child and Family Practice*. New Brunswick, USA: Aldine Transaction. 352 p. ISBN 9780202361215.
9. CLARK, R., E., CLARK, J., F., 2007. *Encyclopedia of Child Abuse. Fact on File*. Third Edition. New York: Infobase publishing. 369 p. ISBN 13: 978-0-8160-6677.
10. ČÁP, J., MAREŠ, J., 2001. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.
11. DECI, E., L., MOLLER, A., C., 2005. The Concept of Competence: A Starting Place for Understanding Intristic Motivation And Self-Determined Extrinsic Motivation. In: Elliot, A., J., Dweck, C., S., (eds.). *Handbook of Competence and*

- Motivation*. New York: The Guilford Press, p. 579-597. ISBN 9781593856069.
12. *Department of Health*, 2000. [online]. Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. [cit. 2015-12-15]. ISBN 0 11 322310 2. Dostupné z: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf>
 13. DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-2460-139-7.
 14. DOBASH, R., P., DOBASH, R., E., WILSON, M., DALY, M., 1992. The Myth of Sexual Symmetry in Marital Violence. *The Journal of Social Problems*. United Kingdom: Oxford University Press. 39 (1), 71-91, doi: 10.2307/3096914.
 15. DRÁBKOVÁ, H., 1995. Zkoumání podílu vlivu dědičnosti a výchovy na rysy osobnosti extroverze-introverze a stabilita-labilita. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Academia. 39 (6), 503-511. ISSN 0009-062X.
 16. DYDŇANSKÁ, R., 2005. *Transgenerační přenos týrání, zneužívání a zanedbávání*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové.
 17. DUBOWITZ, H., DEPANFILIS, D., 2000. *Handbook for Child Protection Practice*. California: Sage Publication, Inc. Thousand Oaks. 683 p. ISBN 0-7619-1370-X.
 18. DUNOVSKÝ, J., et al., 1999. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
 19. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., et al., 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
 20. DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H., et al., 1989. *Sociální pediatrie*. Praha: Avicenum. 256 s. ISBN 08-030-89.
 21. EPSTEIN, N., B., BALDWIN, L., M., BISHOP, D., S., 1983. The McMaster family assessment device. *The Journal of Marital and Therapy*. Hoboken-U.S.A.: John Wiley & Sons. 9 (2), 171-180, doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x.
 22. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie - analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

23. FORTIN, A., CHAMBERLAND, C., 1995. Preventing the Psychological Maltreatment of Children. *The Journal of Interpersonal Violence*. Washington: University of Washington. 10 (3), 275-295, doi: 10.1177/088626095010003003.
24. FROST, N., STEIN, M., WALLIS, L., 1996. *Negotiated Friendship – Home- Start and Delivery Support*. Leicester. Home – Start UK, London. 245 p. ISBN 0-95083-49-2-0.
25. GABURA, J., 2006. *Sociálna práca s rodinou*. Bratislava: Občianské združenie Sociálna práca. 60 s. ISBN - neuvedeno.
26. GHAFFAR, W., MANBY, M., RACE, T., 2011. Exploring the Experiences of Parents and Carers whose Children Have Been Subject to Child Protection Plans. *The British Journal of Social Work*. United Kingdom: Oxford University Press. 45 (5), 1–19, doi: 10.1093/bjsw/bcr132.
27. GILLMAN, N., 2007. *Vzkříšení a nesmrtelnost v židovském myšlení*. Praha: Vyšehrad. 253 s. ISBN 978-80-7021-871-6.
28. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J., 2003. *Rodinná terapie systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing. 177 s. ISBN 80-247-0415-3.
29. GOJOVÁ, A., MUSIL, L., 2013. *Práce se sítěmi podpory*. In: MATOUŠEK, O., et al., *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 316-319. ISBN 978-80-262-0366-7.
30. GOLDMANN, R., CICHÁ, M., 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: PdF UP. 128 s. ISBN 80-244-0907-0,
31. GOLDOVÁ, V., KREJČÍŘOVÁ, O., 2009. Prevence sociálně patologických jevů jako významný fenomén poradenské činnosti. *Sborník příspěvků z XI. mezinárodní konference k problematice prevence patologických jevů*. Vsetín: Komise prevence kriminality. Olomouc: PdF UP. 385 s. ISBN 978-80-244-2588-7.
32. GOLEMAN, D., 1997. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus. 348 s. ISBN 80-85928-48-5.
33. GREEFF, A., P., HUMAN, B., 2004. Resilience in Families in which a Parent Has Died. *The American Journal of Family Therapy*. United Kingdom: Taylor & Francis Group. 32 (1), 27-42, doi: 10.1080/01926180490255765.
34. HAJNÝ, M., 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing. 136 s.

- ISBN 80-247-0135-9.
35. HALFAROVÁ, H., 1996. *Co bychom měli vědět o sexuální zneužívání*. Praha: Linka bezpečí, Nadace Naše dítě.
 36. HAMER, D., COPELAND, P., 2003. *Geny a osobnost: biologické základy psychiky člověka*. Praha: Portál. 364 s. ISBN 80-7178-779-5.
 37. HARDY, F., DARLINGTON, A. 2008. What Parents Value from Formal Support Services in the Context of Identified Child Abuse. *The Journal of Child and Family Social Work*. Oxford United Kingdom: Wiley Blackwell. 13 (3), 252–261, doi: 10.1111/j.1365-2206.2008.00545.x.
 38. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
 39. HAVRDOVÁ, Z., NOVÁKOVÁ, Z., 1995. Učební texty pro studenty sociální práce. Praha: FF UK.
 40. HELUS, Z., 2004. *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele a rodiče*. Praha: Portál. 228 s. ISBN 80-7178-888-0.
 41. HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
 42. HERSEN, M., AMMERMAN, R., T., 2000. *Advanced Abnormal Child psychology*. Second Edition. New Jersey-Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 541 p. ISBN 0-8058-2866-4.
 43. HOLLAND, S., 2011. *Child and Family Assessment in Social Work Practise*. Second Edition. London: SAGE Publications. 240 p. ISBN 978-1849205221.
 44. HORŇÁKOVÁ, M., 1999. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: Perfekt. 187 s. ISBN 80-8046-126-0.
 45. HRDINOVÁ, A., et al., 2010. *Na jedné lodi aneb Jak uspořádat případovou konferenci v oblasti péče o ohrožené děti*. Praha: Rozum a cit. 47 s. ISBN - neuvedeno.
 46. HUDSON, W., W., MCMURTRY, S., L., 1997. Multi-Problem Comprehensive Assessment in Social Work Practice – Multi-problem Screening Inventory. *The Journal of Research on Social Work Practice*. Arizona: SAGE Journals. 7 (1), 79–98, doi: 10.1177/104973159700700105.

47. Children, Young Persons and Their Family Act. No. 24, 1989. [online]. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <http://www.legislation.govt.nz/act/public/1989/0024/latest/whole.html#DLM147088>
48. CHRENKOVÁ, M., 2010. *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*. Ostrava. Disertační práce. FSS OU.
49. IJZENDOORN, V., M., H., 1992. Intergenerational Transmission of Parenting. Review of Studies of Clinical Populations. *The Journal of Developmental Review*. Netherlands: Academic Press. 12 (1), 76-79, doi: 10.1016/0273-2297(92)90004-L.
50. JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D., 2008. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 401 s. ISBN 978-80-7368-504-1.
51. JEDLIČKA, M., et al., 2004. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis. 480 s. ISBN 80-7312-038-0.
52. JOHNSON, H., BUNGE, V., P., 2000. Prevalence and Consequences of Spousal Assault in Canada. *The Canadian Journal of Criminology-Revue Canadienne de Criminology*. Canada: Canadian Criminal Justice Association. 43 (1), 27-45. ISSN 0704-9722.
53. KAUFMANN, J., C., 2010. *Chápající rozhovor*. Praha: Slon. 148 s. ISBN 978-80-7419-033-9.
54. KARLS, J., M., O'KEEFE, M., 2008. *Person-in-Environment Systém Manual*. Second Edition. Washington, D.C.: NASW Press. 112 p. ISBN 978-0-87101-379-8.
55. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 8020013075.
56. KLÉGROVÁ, A., ZELENÁ, M., 2006. *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 80-86991-67-9.
57. KLEVENS, J., BAYÓN, M., C., SIERRA, M., 2000. Risk Factors and Context of Man Who Physically Abuse in Bogotá. *The Journal of Child Abuse And Neglect*. Colorado: D. C. Bross. 24 (3), 323-332, doi: 10.1016/S0145-2134(99)00148-9.
58. KNOPPOVÁ, D., et al., 1997. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium. 304 s. ISBN - neuvedeno.
59. KONEČNÁ, H., 2003. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Praha: Academia. 318

- s. ISBN 80-200-1055-6.
60. KOPŘIVA, K., 2004. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
61. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
62. KRAUS, B., 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
63. KRAUS, B, POLÁČKOVÁ, V., et al., 2001. *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
64. KREJČÍ, M., et al., 2011. *Výchova ke zdravému životnímu stylu*. Plzeň: Fraus. 192 s. ISBN 978-80-7238-930-8.
65. KUKAČKA, V. (eds.). 2010. Význam pohybových aktivit pro osobnostní rozvoj a podporu zdraví. *Recenzovaný sborník s mezinárodní prezentací vědeckých a odborných článků*. České Budějovice: ZF JU. 211 s. ISBN 978-80-7394-223-6.
66. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
67. LEVICKÁ, J., et al., 2004. *Sociální práce s rodinou I*. Trnava: Mosty, n. f. a FZaSP TU. 177 s. ISBN 80-89074-93-6.
68. LOVASOVÁ, L., SCHMIDOVÁ, K., 2006. *Tělesné tresty*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, o.p.s. 23 s. ISBN 80-86991-75-X.
69. LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J., 1999. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha: Portál. 199 s. ISBN 80-7178-205-X.
70. MACEK, J., 2012. Nevyčíslitelné porozumění: Kvalitativní výzkum online sociálních sítí. *ProInflow: Časopis pro informační vědy*. Brno: MU FF. 4 (1), 151-137. ISSN 1804-2406. Dostupné z: <http://www.phil.muni.cz/journals/index.php/proinflow/article/view/814/943>
71. MACEK, P., 1999. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
72. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80247-2138-

- 5.
73. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J., 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
74. MASON, P., BULTER, C., 2010. *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*. Second Edition. London: Churchill Livingstone. 240 p. ISBN 978-0-7020-3153-3.
75. MATĚJČEK, Z., 1989. *Rodiče a děti*. 2. vydání. Praha: Avicenum. 335 s. ISBN - neuvedeno.
76. MATĚJČEK, Z., 1992. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
77. MATĚJČEK, Z., 1996. Teoretická úvaha nad pozdními následky psychické deprivace a subdeprivace. *Československá psychologie*. Praha: Academia. 40 (1), 369-375. ISSN 0009-062X.
78. MATĚJČEK, Z., 2004b. *Příprava koncepce péče o děti bez vlastního zázemí*. Nepsaný rukopis.
79. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 399 s. ISBN 978-80246-1983-5.
80. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
81. MATOUŠEK, O., et al., 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. 196 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
82. MATOUŠEK, O., et al., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
83. MATOUŠEK, O., et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
84. MATOUŠEK, O., et al., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
85. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8.
86. MAYRING, P., 2002. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu Qualitativem Denken*. Beltz: Weinheim und Basel. 170 s. ISBN

neuveдено.

87. McCLUSKEY, U., MILLER, B., 1995. Theme-Focused Family Therapy: The Inner Emotional World of the Family. *The Journal of Family Therapy*. United Kingdom: University of York. 17 (4), 411-434, doi: 10,1111/j.1467-6427.1995.tb00029.x.
88. MEZERA, A., 2006. *Test struktury zájmů (AIST-R): Orientační metoda pro volbu povolání*. Praha. Testcentrum – Hogrefe.
89. MIOVSKÝ, M., 2003. *Průručka k provádění výběru metodou sněžové koule (snowball sampling)*. Praha: Úřad vlády České republiky. 108 s. ISBN 80-867-3408-0.
90. MOORE, S., ROSENTHAL, D., 1993. *Sexuality in adolescence*. London and New York: Routledge. 241 p. ISBN 0-415-07527-0.
91. MOTSCHNIG, R., NYKL, L., 2011. *Komunikace zaměřená na člověka - porozumět sobě i druhým*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
92. MOŽNÝ, I., 2006. *Rodina a společnost*. 2. vydání. Praha: SLON. 312 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
93. MUFSON, S., KRANZ, R., 1996. *O týrání a zneužívání*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny Jana Masaryka. 131 s. Přeloženo z: *Straight Talk About Child Abuse*. ISBN 80-7106-194-8.
94. MUCHA, I., 2000. *Symboly v jednání*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-246-0012-9.
95. MUSIL, L., 2004. „*ráda bych Vám pomohla, ale*“. Brno: Zeman. 244 s. ISBN 80-903070-1-9.
96. NAKONEČNÝ, M., 1999. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
97. NAKONEČNÝ, M., 2004. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. 272 s. ISBN 80-200-0592-7.
98. NAKONEČNÝ, M., 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada Publishing. 228 s. ISBN 80-247-0577-X.
99. NAVRÁTIL, P., MUSIL, L., 2007. Posouzení životní situace klienta – jak na to. *Sociální práce / Sociálna práca*. 2007(1), 121-117. ISSN 1213-6204.
100. NAVRÁTILOVÁ, J., 2011. Proces posouzení životní situace jako zdroj ohrožení

- dítěte (faktory ovlivňující posouzení ohrožených dětí). *Sociální práce / Sociálna práca*. 2011 (2), 55-40. ISSN 1213-6204.
101. NEŠPOR, K., 2000. *Návykové chování a závislost*. 2. vydání. Praha: Portál. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
102. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H., 1996. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag. 156 s. ISBN neuvedeno.
103. NOHEJL, M., 2007. *Jednání diskurs, kritika*. Praha: Slon. 242 s. ISBN 978-80-86429-71-7.
104. O'BRIEN, T., M., 2004. *Child Welfare in the Legal Setting: A Critical and Interpretive Perspective*. London And New York: The Haworth Press. 295 p. ISBN 0-7890-2351-2.
105. O'LEARY, K., D., MAIURO, R., D., 2001. *Psychological Abuse in Violent Domestic Relations*. New York: Springer Publishing Company, Inc. 248 p. ISBN 9780826197078.
106. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s. 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.
107. OSOFSKY, J., J., D., 2003. Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *The Journal of Clinical Child and Family Psychology Review*. New Orleans: SpringerLink. 6 (3), 161-170, doi: 10.1023/A:1024958332093.
108. PAVELKOVÁ, I., 2002. *Motivace žáků k učení. Perspektivní orientace žáků a časový faktor v žákovské motivaci*. Praha: PF UK.
109. PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
110. PFEIFER, J., 1990. *Ergoterapie II*. Praha: Avicenum. 172 s. ISBN 80-201-0004-0.
111. PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
112. PLAŇAVA, I., 1994. Komponenty a procesy fungující rodiny a manželství. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha:

- Academia. 38 (1), 14-1. ISSN 0009-062X.
113. POGÁDY, J., et al., 1993. *Detská kresba v diagnostike a v liečbe*. Bratislava: SAP. 196 s. ISBN 80-85665-07-7.
114. PÖTHE, P., 1996. *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G. 143 s. ISBN 80-901896-5-2.
115. PRESL, J., 1995. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě? 2. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf. 82 s. ISBN 80-85800-25-X.
116. PRŮCHA, J., et al., 2001. *Pedagogický slovník*. 3. vydání. Praha: Portál. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
117. REICH, J., A., 2005. *Fixing Families: Parents, Power, and the Child Welfare System*. New York: Routledge. 351 p. ISBN 0-415-94726-X.
118. ROGERS, C., R., 1997. *Encountrové skupiny*. Modra: Inštitút rozvoja osobnosti. 148 s. ISBN 80-967832-1-1.
119. ROSE, S., M., MOORE, V., L., 1995. Case Management. In: Edwards R., L., et al., (eds.). *The Encyclopedia of Social Work*. 19th Edition, Vol. 1. Washington: DC: NAWS Press, p. 335-340. ISBN 978-0871012562.
120. ŘEZÁČ, J., 1998. *Sociální psychologie*. Brno: Paido. 168 s. ISBN 80-85931-48-6.
121. ŘEZNÍČEK, I., 2000. *Metody sociální práce*. Praha: SLON. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
122. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. 5. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
123. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., et al., 1997. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
124. SAMEROFF, A., J., 1998. Environmental Risk Factor in Infant. *The Journal of Pediatrics*. Washington, D.C.: American Academy of Pediatrics. 102 (E1), 1287-1292. ISSN 1098-4275.
125. SATIROVÁ, V., 1994. *Kniha o rodině*. Praha: Práh. Brno: Svan. 350 s. ISBN 80-901325-0-2.
126. SEAFOR, B.W., HOREJSI, C., R., 2014. *Techniques and Guidelines for Social*

- Work Practice*. Tenth Edition. Boston: Allyn & Bacon. 572 p. ISBN 978-0-205-96510-6.
127. SELIGMAN, M., 2003. *Opravdové štěstí*. Praha: Ikar. 391 s. ISBN 80-249-0293-1.
128. SHARP, E., et al., 2006. Individual Motivation And Parental Influence on Adolescents' Experiences of Interest in Free Time: A Longitudinal Examination: *The Journal of Youth of Adolescence*. 35 (3), 340-353. doi: 10.1007/s10964-006-9045-6.
129. SHINMAN, S., 1998. Strengthening Families to Build Strong Communities. London. In: ZELENÁ, M., *Podpora rodiny*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 80-86991-67-9.
130. SCHNEIBERG, F., 2012. Dětská centra - moderní forma komplexní péče o ohrožené děti. *Pediatric pro praxi*. 12(2), 137-136. ISSN-1213-0494.
131. SMÉKAL, V., 2004. *Pozvání do psychologie osobnosti*. 3. vydání. Brno: Barrister a Principal. 524 s. ISBN 978-80-87029-62-5.
132. SMITH, B., D., 2008. Child Welfare Service Plan Compliance: Perceptions of Parents And Caseworkers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. Washington D.C.: Aliance Headquarters. 89 (4), 521 – 532, doi: <http://dx.doi.org/10.1606/1044-3894.3818>.
133. SMUTS, B., 1992. Male Aggression Against Women. An Evolutionary Perspective: *The Journal of Human Nature*. New York: Thomson Reuters. 3 (1), 1-44, doi: 10.1007/BF02692265.
134. SOBOTKOVÁ, I., 2010. *Biologické rodiny dětí, které jsou navrhovány do náhradní rodinné péče* [online]. *E-psychologie*: 4 (1), 51-57 [cit. 2010]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/sobotkova.pdf>
135. STÁRKOVÁ, L., RABOCH, J., et al., 2003. Hodnocení klinického stavu, spokojenosti s léčbou a kvality života u dvou skupin pacientů léčených formou denního stacionáře a klasickou hospitalizací. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. Praha: Galén. 99 (5), 260-264. ISSN 1212-0383.
136. SYNOVSKÝ, J., et al., 1999. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing. 284 s. ISBN 80-716-9554-9.

137. ŠANDEROVÁ, L., 2010. *Možnosti podpory rodičovských kompetencí v Plzeňském kraji (ve vztahu k systému SPOD)*. Plzeň. Diplomová práce. FP ZCU.
138. ŠRAJER, J., MUSIL, L., 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno: Albert. 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.
139. THOMPSON, K., 2004. *Klíčové citace v sociologii: Hlavní myslitelé, pojmy a témata*. Brno: Barrister a Principal. 267 s. ISBN 80-85947-68-4.
140. TRACY, E., M., McDONELL, J., R., 1991. Home Based Work with Families. The Environmental Context of Family Intervention. Cleveland: Routledge. 5 (3-4), 93-108, doi: 10.1300/J283v05n03_08.
141. ÚLEHLA, I., 2005. *Umění pomáhat*. 2. vydání. Praha: SLON. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
142. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
143. VÁGNEROVÁ M., 1997. Důsledky nestandardní zkušenosti citové deprivace a subdeprivace v dětství. *Československá psychologie*. Praha: Academia. 51 (6), 555-558. ISSN 0009-062X.
144. VANÍČKOVÁ, E., 2004. *Tělesné tresty dětí, definice, popis, následky*. Praha: Grada Publishing. 32 s. ISBN 80-247-0814-0.
145. VAŠKOVÁ, R., 2005. Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u -náctiletých matek. *Demografie*. Praha: Pedo. 47 (4), 251-264. ISSN 0011-8265.
146. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2005. [online]. MZČR. [cit. 2016-01-11]. Dostupné z: http://www.hospitalsafe.cz/files/legislativa/castka_9.pdf
147. VÍZDAL, F., 2009. *Základy psychologie*. Brno: IMS. 186 s. ISBN neuvedeno.
148. VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. Vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
149. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 1998. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál. 383 s. ISBN 80-7178-269-6.
150. VYSKOČIL, I., 2000. Úvodem. In: VYSKOČILOVÁ, E., SLAVÍKOVÁ, E., (eds.). *Psychosomatický základ veřejného vystupování*. Praha: AMU, s. 5-7.
151. WATZAWICK, P., BAVELAS, J., B., JACKSON, D., D., 2014. *Pragmatics of*

- Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes.* New York, London: Norton & Co. 304 p. ISBN 978-0393710595.
152. WILKINSON, I., 1998. *Child and Family Assessment: Clinical Guidelines for Practitioners.* Second Edition. London: Routledge. 263 p. ISBN 0-415-16806-6.
153. WULCZYN, F., et al., © 2010. *Adapting a Systems Approach to Child Protection: Key Concepts and Considerations* [online]. New York: UNICEF [cit. 2015-12-01]. Dostupné z: http://www.unicef.org/protection/files/Adapting_Systems_Child_Protection_Jan__2010.pdf
154. ZPĚVÁKOVÁ, L., 2009. *Dovednosti v posouzení životní situace zanedbaného dítěte.* Brno: Diplomová práce. FSS MU.
155. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2015-12-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
156. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, 1999. [online]. [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s149&q149=all>
157. ZASTROW, C., 2012. *The Practice of Social Work: A Comprehensive Worktext.* Tenth Edition. Belmont, USA: Brooks/Cole. 624 p. ISBN 978-0-8400-2918-8.
158. ŽIŽLAVSKÝ, M., 2003. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci.* Brno: FSS MU.

Přílohy

Příloha č. 1 – Schéma otázek položeného rozhovoru s informanty

Příloha č. 2 – Souhlas se zpracováním osobních údajů

Příloha č. 3 - Schéma otázek položeného rozhovoru se sociálním pracovníkem

Příloha č. 4 – Individuální plán péče (Informant č. 2, Informant č. 23)

Příloha č. 5 – Zápis z případové konference (Informant č. 2, Informant č. 23)

Příloha č. 6 – Denní plán činností rodiny

Příloha č. 1 Schéma otázek položeného rozhovoru s informanty:

Sanace, význam a prevence

1. Víte co je sanace a co bylo důvodem, že jste byl začleněn do procesu sanace?
2. Kolik let bylo dítěti v době zahájení procesu sanace?
3. Jak jste se dozvěděl o tom, jaké služby dětské centrum poskytuje?
4. Nastoupil jste do dětského centra dobrovolně?
5. Byly Vám poskytovány preventivní a poradenské služby?
6. Dokáže říci, jak dlouho trvalo, než jste se rozhodl nastoupit do procesu sanace?

Proces sanace

7. Má nebo měl pobyt v dětském centru pro Vás nějaký význam, ovlivnil Vás něčím?
8. V čem měl pro Vás pobyt v dětském centru hlavní smysl?
9. Jak konkrétně probíhala podpora ze strany dětského centra?
10. Jak byl tvořen Váš individuální plán péče, jaký měl pro Vás význam?
11. Myslíte si, že Vám individuální plán dopomohl ke spolupráci s dětským centrem, případně v jakém ohledu?
12. Jak hodnotíte spolupráci s multidisciplinárním týmem, jakým způsobem byl vybírán?
13. Myslíte si, že spolupráce týmu měla vliv na Vaše aktivní zapojení v procesu sanace?
14. S kým vším jste v rámci sanace spolupracoval? S jakými institucemi, orgány, atd.?
15. Myslíte si, že Vám tato síť podpůrných služeb dopomohla ke spolupráci s dětským centrem?
16. Bylo něco, co Vám v dětském centru vadilo či bránilo v procesu sanace?
17. Měl jste v centru s někým konflikt nebo nedorozumění?
18. Zapojoval jste se aktivně do procesu sanace? Pokud ne, dokážete vysvětlit, proč?

19. Dokáže říci, kdy nastal moment, kdy jste se opravdu sám začal aktivně zapojovat do procesu sanace?
20. Můžete mi říci hlavní důvody, proč jste se rozhodl k tomuto kroku (změny dosavadního stylu života)?
21. Máte pocit, že některá ze složek sanace byla zbytečná?
22. Jaké poskytované služby prostřednictvím Dětského centra jste nejvíce ocenil a proč?
23. Jak hodnotíte tyto služby?
24. Postrádal jste nějaké služby?
25. Byl jste před nástupem do dětského centra zodpovědný?
26. Co způsobilo (zdali ano), že k vlastní situaci přistupujete zodpovědněji?
27. V čem máte pocit, že jste se během pobytu v dětském centru zlepšil?
28. Ke komu jste měl v rámci sanace největší důvěru a proč?
29. Bylo něco, co Vás při pobytu v dětském centru omezovalo?
30. Jaké se Vám jeví vzájemné vztahy mezi pracovníky dětského centra a jaký byl osobní přístup k Vám?
31. Byl někdo z pracovníků dětského centra, kdo by s Vámi nechtěl spolupracovat?
32. Jak hodnotíte smysl případového setkávání (případové konference)?
33. Ovlivnily Vás nějak případové konference ve vztahu ke spolupráci s dětským centrem?
34. Myslíte si, že byl proces sanace ve Vašem případě úspěšný?
35. Můžete zhodnotit, co bylo důvodem úspěšnosti sanace?
36. Myslíte si, že byste vše zvládl bez pomoci multidisciplinárního týmu?
37. Byly Vám před ukončením procesu sanace (sociální rehabilitace) nabídnuty nějaké další formy návazných (doprovázejících) sociálních služeb?
38. V případě, že by to bylo nutné, absolvoval byste pobyt na sociální rehabilitaci znovu?
39. Jak dlouho trval ve Vašem případě proces sanace?

Rodina a vzájemné vztahy

40. Dokážete říci, co bylo hlavní příčinou rodinných problémů?
41. Můžete mi říci, zdali tyto příčiny nějak ovlivňovaly Váš dosavadní život?
42. Objevilo se v rodině fyzické či psychické násilí?
43. Pokud ano, mělo násilí vliv na naši spolupráci s dětským centrem či jinými institucemi?
44. Můžete mi říci, kdo z Vaší široké rodiny byl do procesu sanace zainteresován?
45. Jak hodnotíte aktivitu pomoci Vaší širší rodiny?
46. Co na to říká Vaše rodina, že byl proces sanace úspěšný/neúspěšný?
47. Jak vnímáte momentální atmosféru v rodině?
48. Jak vnímáte atmosféru v partnerském životě?

Výchova

49. V jaké rodinné prostředí jste vyrůstal?
50. Byla Vaše rodina úplná nebo neúplná?
51. Dokážete říci (když jste byl dítětem), jaký styl výchovy u Vás v rodině převažoval?
52. Dokázal byste říci, jaký styl výchovy upřednostňujete Vy a jaký momentálně praktikujete?

Rodičovství

53. Založení Vaší rodiny bylo plánované nebo neplánované?
54. Jakou roli pro Vás v životě hrají děti?
55. Myslíte si, že jste byla na příchod dítěte fyzicky a psychicky připravena?
56. Jak se k narození dítěte stavěl otec dítěte?
57. Měla jste k dítěti odmítavý postoj?
58. Myslíte si, že tyto okolnosti ohledně mateřství měly vliv na Vaše aktivní zapojení při spolupráci s dětským centrem?
59. Měla jste představu, jak bude vypadat Vaše rodinná situace po narození dítěte?

60. Myslíte si, že to, že jste těhotenství neplánovala, mělo nějaký vliv na spolupráci s dětským centrem?
61. Kolik Vám bylo let?
62. Opustila jste již v minulosti některé z dětí?

Sociální zázemí

63. V jakém typu bydlení v současné době žijete?
64. Jaká je velikost Vašeho bydlení?
65. Kolik osob s Vámi žije ve společné domácnosti?
66. Dokážete se zařadit do společenského statutu, třídy?

Rodina a dítě

67. Kolik dětí máte celkem?
68. Kolik dětí máte v péči?
69. Kde žijí ostatní děti, které nemáte ve své péči?
70. Jeví o Vaše dítě pravidelný zájem druhý z partnerů?

Identifikační údaje

71. Kolik je Vám let?
72. Jaký je Váš rodinný stav?
73. Jaké je Vaše aktuální zaměstnání?
74. Jaké je Vaše vzdělání?
75. Kde jste pracoval předtím, než jste nastoupil do dětského centra?
76. Jaký je Váš zdravotní stav?
77. Jste uživatelem návykových látek?
78. Kdo všechno ve Vaší rodině užíval návykové látky?

79. Myslíte si, že měly návykové látky vliv na Vaši spolupráci s dětským centrem, dokážete tento vliv specifikovat?
80. Jak jste zvládala abstinovat během pobytu v dětském centru?

**Příloha č. 2 SOUHLAS se zpracováním osobních údajů
dle zákona č. 101/2000 Sb.,
o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.**

Já, níže podepsaný/podepsaná zákonný zástupce dítěte:

Jméno:
Příjmení:
Titul:
Datum narození:
Číslo OP:

Jméno dítěte:
Příjmení dítěte:
Datum narození:

uděluji p. Martinu Karasovi, řediteli Dětského centra Jihočeského kraje, o.p.s. Strakonice souhlas se zpracováním a uchováním mých osobních údajů a osobních údajů dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem. Tento souhlas uděluji i pro potřeby získávání potřebných dat ze zdravotní dokumentace mého dítěte prostřednictvím dětského lékaře.

Osobní údaje mé i dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem, budou použity pouze pro potřeby jeho disertační práce. Souhlasím s nahrávkou rozhovoru, s doslovnými přepisy těchto rozhovorů, kde nebude použito jméno ani příjmení moje nebo mého dítěte. Nesouhlasím, aby tyto nahrávky či kompletní doslovné přepisy byly přílohou disertační práce. Za stejných podmínek souhlasím v případě otištění příspěvků v některém z odborných časopisů.

Souhlas poskytuji pouze p. Martinu Karasovi, který nesmí tyto osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

Byl/a jsem poučen/a o právech podle zákona č. 101/2000 Sb., zejména o svém právu tento souhlas kdykoli odvolat a to i bez udání důvodů.

Tento souhlas poskytuji výhradně pro účely výzkumu disertační práce.

Ve Strakonících dne.....

Podpis.....

Příloha č. 3 Schéma otázek polořízeného rozhovoru se sociálním pracovníkem:

Sanace, význam a prevence

1. Co bylo hlavním důvodem k začlenění rodiny do procesu sanace?
2. Bylo začlenění rodiny do procesu sanace (nástup do dětského centra) ze strany rodiny dobrovolné?
3. Spolupracovala rodina s OSPOD či jinými doprovázejícími organizacemi či odborníky již před nástupem do dětského centra?
4. Dokáže říci, jak dlouho trvalo (od doby nabídky služby), než rodina skutečně nastoupila do procesu sanace?

Proces sanace

5. Myslíte si, že začlenění rodiny do procesu sanace (pobyt na sociální rehabilitaci) měl pro rodinu nějaký význam?
6. Myslíte si, že byla rodina dětským centrem (pozitivně/negativně) ovlivněna v chování a jednání?
7. V čem si myslíte, že měl pobyt v dětském centru hlavní smysl?
8. Jak konkrétně probíhala podpora ze strany dětského centra?
9. Jak byl s rodinou tvořen individuální plán péče?
10. Jakou formou byl vybírán multidisciplinární tým?
11. Je multidisciplinární spolupráce s rodinou důležitá?
12. Bylo něco, k čemu měla rodina výhrady ve vztahu k dětskému centru (v procesu sociální rehabilitace)?
13. Bylo něco co rodinu v procesu sanace (v dětském centru) omezovalo?
14. Můžete posoudit, zdali se rodič sám zapojoval do procesu sanace?
15. Dokáže vystihnout moment, (zdali ano), kdy rodina (rodič) začala s dětským centrem spolupracovat a aktivně se zapojovat do procesu sanace?

16. Dokážete říci, co všechno hraje důležitou roli v tom, aby se rodič samostatně zapojoval do řešení vlastní situace?
17. Jak hodnotíte (v konkrétním případě) smysl případového setkávání (případové konference)?
18. Myslíte si, že byl proces sanace (sociální rehabilitace) v případě rodiny úspěšný?
19. Myslíte si, že by rodina zvládla situaci bez pomoci multidisciplinárního týmu a dětského centra?
20. Jak dlouho trval proces sanace?

Rodina a vzájemné vztahy

21. Byl někdo ze široké rodiny či známých do procesu sanace zainteresován?
22. Pokud ano, kdo rodině pomáhal?
23. Myslíte si, že pomoc široké rodiny má význam v procesu sanace?
24. Jak vnímáte aktuální atmosféru v rodině?

Sociální zázemí

25. Víte, jaké má rodina aktuální bytové podmínky?

Příloha č. 4 Individuální plán péče (Informant č. 2, Informant č. 23)

MĚSTSKÝ ÚŘAD PÍSEK ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ,
ODDĚLENÍ SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN PÉČE

Jméno a příjmení dítěte:	Informant č. 2	Om 000/0000
---------------------------------	-----------------------	--------------------

Popis příčin ohrožení dítěte a důvody zahájení sociálně-právní ochrany dítěte	Jedná se o dítě uvedené v § 6 zákona o SPOD a to: : matka péči o nezletilé dítě nezvládá (u syna diagnostikována těžká podvýživa, závěr lékařského vyšetření: celkové neprospívání kojence) : matka má problém s návykovými látkami : rodičům byla ukončena nájemní smlouva, v současné době nemají vyřešené bydlení : otec dítěte čeká na umístění do výkonu trestu : na žádost matky nezl. dítě umístěno do dětského centra s následným přijetím matky na pobyt sociální rehabilitace
---	--

Jméno a příjmení rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte		
	Matka	Otec
Jméno a příjmení:	AB	AB
Rodné příjmení:	CD	AB
Datum narození:	11. 11. 1111	22. 22. 2222
Trvalé bydliště:	Cehnice 179	Cehnice 179
Místo současného pobytu:	žádné	žádné

Sourozenci (oba rodiče společně)			
Jméno a příjmení:	Datum narození:	Adresa trvalého pobytu	Adresa faktického pobytu
žádné			

Seznam zainteresovaných osob		
Jméno	Funkce/role	Kontakt
AB	matka	000 000 000
AB	otec	000 000 000
AB	mateřská babička	000 000 000
AB	otcovská babička	000 000 000
AB	Otcovský dědeček	000 000 000
AB	sestra otce	000 000 000
AB	Psycholog DC	000 000 000
AB	OSPOD – Písek	000 000 000
AB	Pediatr DC	000 000 000
AB	Sociálně-psychologické centrum	000 000 000
AB	TK – Prevent Strakonice	000 000 000
AB	TK - Karlov	000 000 000

Dětské centrum Strakonice	Pracovníci DC	000 000 000
AB	Fyzioterapeut	000 000 000

Cíle	Plánované kroky a opatření	Odpovědné osoby (kdo provede)	Termín	Hodnocení a ověřování
<p>1. Návrat dítěte do biologické rodiny</p> <p>2. Zajištění řádné péče o syna, získávání rodičovských kompetencí a dovedností</p> <p>3. Navázání kontaktu a spolupráce s rodinou (příbuznými)</p>	: motivovat matku k vyřešení svého problému s užíváním návykových látek	DC Strakonice OSPOD Písek Psycholog	11.11.1111 11.11.1111 11.11.1111	
	: matka bude pravidelně 2 x týdně namátkově podstupovat testování na přítomnost omamných látek	DC Strakonice TK Prevent	průběžně průběžně	
	: matka bude pravidelně navštěvovat terapie v rámci TK Prevent	DC Strakonice TK Prevent	dle dohodnutých termínů	
	: matka si dohodne přibližný termín nástupu do TK Karlov, zjistí si veškeré podmínky pro přijetí	matka TK Karlov	do týdne, pak průběžně 1 x za 2 týdny	
	: matka bude permanentně zajišťovat zdravotní a ošetrovatelskou péči o syna za přítomnosti odborného personálu	matka DC Strakonice pediatr	denně denně 2 x týdně	
	: matka se bude pravidelně účastnit aktivizačních programů sociální rehabilitace	DC Strakonice matka	denně denně	
	: matka se bude snažit o setkání a urovnání vztahů s rodinou	matka otcovská babička sestra otce	do konce měsíce	
	: matka bude rodinu informovat o aktuální situaci během sociální rehabilitace	matka otcovská babička sestra otce OSPOD Písek	pravidelně 1 x týdně	
	: matka umožní kontakt s dítětem biologickému otci prostřednictvím řízeného styku	matka Sociálně-psychologické centrum	1 x za 14 dní 1 x za 14 dní	
	: matka se bude pravidelně docházet na terapie	matka Sociálně-psychologické centrum	dle dohodnutých termínů dle dohodnutých termínů	
		psycholog	dle dohodnutých termínů	

4. Zajištění vhodného prostředí (bydlení) pro výchovu dítěte	: matka si zajistí (předjedná) vhodné bytové podmínky (ubytovna, azylový dům, podnájem, bydlení u rodičů, apod.), a to vědomím, že ji bude čekat min. 6-ti měsíční pobyt v TK Karlov	matka DC Strakonice OSPOD Písek	do konce měsíce na žádost matky, ihned na žádost matky, ihned	
	: matka si zajistí nejnutnější dětskou vybavičku – OSPOD a DC matce vypomohou	matka OSPOD Písek DC Strakonice	do konce měsíce do týdne do týdne	
4. Zajištění finančního zázemí	: matka si vyřídí na úřadě práce – rodičovský příspěvek, – příspěvek na bydlení, – přídavek na dítě, – dávky hmotné nouze	matka DC Strakonice OSPOD Písek	bezprostředně bezprostředně bezprostředně	
	: matka se bude učit hospodařit s finančními prostředky	matka DC Strakonice	průběžně průběžně	
5. Zdravý vývoj dítěte v DC Strakonice	: zajistit zdravotní a sociální péči prostřednictvím DC Strakonice	DC Strakonice	průběžně	
	: zprostředkování kontaktu dítěte s otcem (po umístění do výkonu trestu) ve vazební věznici	DC Strakonice	1 x za 2 měsíce	
6. Zajištění potřebných dokladů	: matka vyřídí dítěti potřebné doklady – rodný list, kartičku ZP	matka DC Strakonice	Ihned ihned	

--	--	--	--	--

Jméno, příjmení, funkce sociální pracovník	Podpis:	Datum:
AB		00. 00. 0000
Rodiče/jiné osoby odpovědné za výchovu	Podpis:	Datum:
AB – matka		00. 00. 0000
AB - otec		00. 00. 0000

Individuální plán osobně převzali:

Ve Strakonících dne 00. 00. 0000

zapsal:

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN PÉČE

Jméno a příjmení dítěte:	Informant č. 23	Om 000/0000
--------------------------	------------------------	--------------------

Popis příčin ohrožení dítěte a důvody zahájení sociálně-právní ochrany dítěte	<p>Jedná se o dítě uvedené v § 6 zákona o SPOD a to:</p> <ul style="list-style-type: none"> : matka byla společně s dcerou v průběhu třech měsíců 3 x hospitalizována na dětském oddělení Nemocnice Č. B. – závěrem vyšetření bylo: celkové neprospívání kojence z důsledku nedostatečné rodičovské péče : rodičům byla ukončena nájemní smlouva na ubytovně, v současné době nemají vyřešené bydlení : otec dítěte je t. č. bez zaměstnání (rodina nemá žádný příjem) : na žádost rodičů nezl. dítě umístěno do dětského centra s následným přijetím matky na pobyt sociální rehabilitace : v současné době není nikdo z rodiny a příbuzných, kdo by mohl bezprostředně převzít péči o nezletilou
---	--

Jméno a příjmení rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte		
	Matka	Otec
Jméno a příjmení:	AB	AB
Rodné příjmení:	CD	AB
Datum narození:	11. 11. 1111	22. 22. 2222
Trvalé bydliště:	Cehnice 179	Cehnice 179
Místo současného pobytu:	žádné	žádné

Sourozenci (oba rodiče společně)			
Jméno a příjmení:	Datum narození:	Adresa trvalého pobytu	Adresa faktického pobytu
AB	2003	Cehnice 179	t. č. v péči otce (z prvního manželství)

Seznam zainteresovaných osob		
Jméno	Funkce/role	Kontakt
AB	Matka	000 000 000
AB	Otec	000 000 000
AB	Otcovský dědeček	000 000 000
AB	Otcovská babička	000 000 000
Dětské centrum Strakonice	Pracovníci DC	000 000 000
AB	Fyzioterapeut	000 000 000
AB	Psycholog DC	000 000 000
AB	OSPOD – Č. B.	000 000 000
AB	Pediatr DC	000 000 000
AB	Dětský neurolog	000 000 000
AB	Imunolog	000 000 000
AB	Psychiatr	000 000 000

AB	Mateřská babička	000 000 000
AB	Azylový dům	000 000 000

Cíle	Plánované kroky a opatření	Odpovědné osoby (kdo provede)	Termín	Hodnocení a ověřování
1. Návrat dítěte do biologické rodiny	: zacvičit matku ve všech rodičovských kompetencích, aby se mohla společně s dcerou vrátit zpět do přirozeného prostředí	DC Strakonice Fyzioterapeut	denně denně	
2. Zvládnutí řádné péče o nezletilou dceru, získávání nových rodičovských dovedností a podpora dosavadních schopností	: matka bude permanentně zajišťovat zdravotní a ošetrovatelskou péči o dceru za přítomnosti odborného personálu	matka DC Strakonice pediatr	denně denně 2 x týdně	
	: matka se bude zacvičovat v rehabilitaci Vojtovou metodou	matka fyzioterapeut	denně - opakovaně denně	
	: matka bude dceru doprovázet na všechna plánovaná vyšetření (i mimo Strakonice)	matka DC Strakonice	dle dohodnutých termínů	
3. Návuk samostatnosti a soběstačnosti v péči o dítě a vlastní osobu	: matka se bude pravidelně účastnit všech aktivizačních programů sociální rehabilitace	DC Strakonice matka sociální pracovník	denně denně denně	
4. Navázání kontaktu a spolupráce s rodinou (příbuznými)	: matka bude udržovat (písemný, telefonický a osobní) kontakt s prvorozenou dcerou	matka DC Strakonice OSPOD Č. B.	dle dohody s otcem	
	: matka se bude snažit o setkání a urovnání vztahů se širší rodinou	matka otcovská babička otcovský dědeček mateřská babička	do 14 dnů osloví prarodiče	
	: matka bude rodinu informovat o aktuální situaci během sociální rehabilitace	matka otcovská babička otcovský dědeček mateřská babička OSPOD Č. B.	pravidelně 1 x týdně (telefonicky či osobně)	
	: matka bude pravidelně docházet na terapie ke svému psychiatrovi a psychologovi	matka psychiatr psycholog DC Strakonice	dle dohodnutých termínů	

<p>5. Zajištění vhodného prostředí (bydlení) pro výchovu dítěte</p>	<p>: rodiče si začnou hledat vhodné bydlení (ubytovna, azylový dům, podnájem, bydlení u rodičů, apod.)</p> <p>: rodiče si zajistí základní vybavení bytové jednotky</p> <p>: rodiče si zajistí nejnnutnější dětskou výbavičku</p>	<p>matka otec OSPOD Č. B. – provede prošetření podmínek DC Strakonice - dopomoc</p> <p>Azylový dům</p> <p>matka otec prarodiče - dopomoc OSPOD Č. B. - dopomoc</p> <p>matka otec prarodiče – dopomoc OSPOD Č. B. - dopomoc Azylový dům - dopomoc DC - dopomoc</p>	<p>ihned ihned</p> <p>na základě žádosti rodiče</p> <p>do týdne podá zprávu o možnosti bydlení</p> <p>před podepsáním smlouvy o pronájmu</p> <p>ihned ihned</p>	
<p>4. Zajištění finančního zázemí</p>	<p>: matka si vyřídí na úřadě práce – rodičovský příspěvek,</p> <p>– příspěvek na bydlení,</p> <p>– přídavek na dítě,</p> <p>– dávky hmotné nouze</p> <p>: matka se bude učit hospodařit s finančními prostředky</p>	<p>matka otec OSPOD Č. B. - dopomoc DC - dopomoc</p> <p>DC Strakonice</p> <p>matka otec</p> <p>otec</p>	<p>do týdne do týdne</p> <p>do dvou měsíců</p> <p>ihned ihned</p> <p>ihned</p>	
<p>5. Zdravý vývoj dítěte v DC Strakonice</p>	<p>: otec si začne hledat vhodné zaměstnání</p> <p>: zajistit zdravotní a sociální péči prostřednictvím DC Strakonice, včetně všech specializovaných vyšetření</p>	<p>DC Strakonice</p> <p>OSPOD Č. B.</p>	<p>Průběžně</p> <p>na žádost matky, ihned-</p>	
<p>6. Zajištění potřebných dokladů</p>	<p>: matka vyřídí dítěti potřebné doklady – kartičku ZP</p>	<p>matka otec</p>	<p>do týdne do týdne</p>	

--	--	--	--	--

Jméno, příjmení, funkce sociální pracovník	Podpis:	Datum:
AB		00. 00. 0000
Rodiče/jiné osoby odpovědné za výchovu	Podpis:	Datum:
AB – matka		00. 00. 0000
AB - otec		00. 00. 0000

Individuální plán osobně převzali:

Ve Strakonících dne 00. 00. 0000

zapsal:

Příloha č. 5 Zázpis z případové konference (Informant č. 2, Informant č. 23)

DĚTSKÉ CENTRUM JIHOČESKÉHO KRAJE, o.p.s.



Radomyšlská 336, 386 29 STRAKONICE
IČ: 260 97 745
Bankovní spojení: 246 931 649 / 0300
Tel.: + 420 383 314 334
FAX.: 383 380 200
www.dcjkc.cz
e - mail: info@dcjk.cz, martin.karas.strakonice@seznam.cz

Zázpis z případové konference konané dne 17. 07. 2015 v Dětském centru Jihočeského kraje, o.p.s. Strakonice – ve věci nezl. AB, trvale bytem CEHNICE 179, 387 52 - INFORMANT Č. 2

Začátek jednání: 11. 00 hodin

Účastníci jednání:

- AB - matka**
- AB - otec (omluven – ve výkonu trestu)**
- AB - otcovská babička**
- AB - otcovský dědeček**
- AB - mateřská babička**
- AB - sestra otce**
- AB - ředitel DC Strakonice**
- AB - sociální pracovník DC Strakonice**
- AB - vrchní sestra DC Strakonice**
- AB - fyzioterapeut**
- AB - psycholog DC Strakonice**
- AB - pediatr DC Strakonice**

- AB - sociální pracovník sociální rehabilitace**
- AB - sociální pracovník OSPOD Písek**
- AB - sociální pracovník OSPOD Písek**
- AB - vedoucí OSPOD Písek**
- AB - sociální pracovník Sociálně-psychologické centrum**
- AB - sociální pracovník TK Prevent**
- AB - sociální pracovník TK Karlov**

Průběh jednání:

Před započatým jednáním byli účastníci poučeni o povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, s nimiž budou v průběhu jednání obeznámeni, a to v souladu s ustanovením § 57 odst. 1 a 2 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Přítomní účastníci vzali poučení na vědomí a podpisem přílohy tohoto zápisu se s povinností zachování mlčenlivosti zavazují.

Přítomní účastníci byli seznámeni s plánem případové konference. Historii případu obdrželi všichni účastníci konference v písemné podobě (zaslána v dostatečném časovém předstihu) spolu se záznamem ze sociálního šetření ze dne 01. 07. 2015. Z tohoto šetření vyplývá, že podmínky v rodině nejsou prozatím připraveny pro pobyt nezl. AB.

AB - matka

Matka uvádí, že si je plně vědoma, proč byla do dětského centra přijata. Nyní již chápe, že bylo nezbytné přistoupit na doporučení OSPOD Písek a být přijata do programu sociální rehabilitace. Pokud by tak neučinila, zřejmě by byl její syn umístěn do ústavního zařízení či náhradní rodinné péče. Tato matka nechce dopustit a bude se snažit celou složitou situaci zvládnout. V dětském centru pobývá již několik týdnů a má pocit, že se jí daří celou řadu věcí z individuálního plánu péče plnit. Stále však má značné psychické problémy s návykovými látkami. Přestože byly doposud veškeré výsledky na přítomnost návykových látek negativní, přiznává, že touha po droze je stále velká. Pravidelně navštěvuje TK Prevent a sociálně-psychologické centrum, kde podstupuje terapie. Myslí si, že by je měla navštěvovat více. Zdá se jí, že jí terapie příliš nepomáhají. Touhu po droze kompenzuje kouřením. Otec dítěte je v současné době ve výkonu trestu. Celkem pravidelně se na syna dotazuje. Uvědomuje si, že on je ten, který ji do problému s drogami zatáhl. Přiznává, že byl na ní často hrubý. Velmi často řešili

konflikty nejen mezi sebou, ale i s okolím. Několikrát měl problém se zákonem (ublížení na zdraví a jiné trestné činy). V tomto směru se jí hodně ulevilo, je klidnější. Má na sebe a syna více času, není nikým ovlivňována. Bojí se, co bude v budoucnu. I přesto je mu však ochotná umožňovat kontakty, třeba i ve věznici.

Z individuálního plánu se jí zatím daří plnit většinu úkolů. Uvádí, že testy na přítomnost návykových látek jsou negativní. Bála se, že to nezvládne. I když se jí to daří, je to pro ni velmi těžké. Domnívá se, že dobře spolupracuje se všemi zainteresovanými stranami. Má již zajištěn termín nástupu do TK Karlov, kam bude společně se synem umístěna. Zdravotní a ošetrovatelskou péči o malého si myslí, že zvládá dobře. Dle poslední zprávy pediatra, se jeho zdravotní stav velmi zlepšil, již je hodnocen jako prospívající kojeneček. Z toho má velikou radost. Rehabilitaci Vojtovou metodou zvládá dobře a i ona vidí u syna značné pokroky. Pravidelně se účastní všech aktivizačních činností. Vidí v nich smysl a uvádí, že se k ní všichni v centru chovají moc hezky. Velmi dobře ji svým přístupem motivují. Velkou podporu vidí v rodině otce a otcovi sestry. S tou má nejvřelejší vztah. Uvádí, že pomoc rodiny je pro ni zásadní. Je ráda, že jí pomáhají a i přes všechny problémy se k ní neotočili zády. Ví, že pokud by selhala, tak by se rodina o syna určitě postarala. To je pro ni velká jistota. Dokonce našla cestu i vlastní matce, která s ní opět začala komunikovat, a která je dnes ochotná jakkoliv pomoci. Ví, že jí řadu let velmi trápila. Pro syna má již připravenou veškerou výbavičku. Rodina, dětské centrum a OSPOD Písek jí v tomto směru hodně pomohli. Již má vyřízeny všechny dávky a moc děkuje dětskému centru, že se o to postarali, protože by sama asi nebyla schopná. Má již vyřízeny veškeré doklady. Celkově je v dětském centru spokojená, vidí jisté pokroky ve zlepšení celé situace. Má pocit, že to není zbytečné, i když znovu přiznává, že to není jednoduché, například i soužití s ostatními maminkami.

AB - otcovská babička

AB - otcovský dědeček

Společně sdělují, že jsou velmi překvapeni, jak AB vše zvládá. Po rocích užívání drog a i během těhotenství nevěřili, že by byla schopná situaci změnit. Jsou na ni pyšní, a proto ji ve všem tolik podporují. Doufají, že to vydrží. Jsou si plně vědomi, že za problémem stojí jejich syn, který je velice nepřizpůsobivý a i oni s ním mají značné problémy. Případně, že by matka znovu spadla do drog, jsou ochotni vnuka přijmout do své péče. Nikdy by nepřipustili, aby byl umístěn do náhradní rodinné péče. Přestože před umístěním matky do dětského centra padl návrh na umístění nezletilého do péče prarodičů, oni to nechtěli. Domnívali se, že syn může být pro matku velkým motivačním prostředkem, jak celou situaci zvládnout. Matku se synem v dětském centru pravidelně navštěvují. Nemají problém, aby u nich trávili víkendové pobyty.

AB - mateřská babička

Uvádí, že je také velmi překvapená, jak se A ke všemu postavila. S dcerou měla problémy přibližně od třinácti let. Ona byla kdysi velmi zaměstnána a na dceru neměla téměř žádný čas. Ta přestala chodit do školy, toulala se s partou a tam také přišla k drogám. Bylo to hodně těžké období. Když to trvalo dlouho a nechtěla přijmout žádnou pomoc, vzdala to a přestaly se spolu stýkat.

V případě potřeby je ochotná přijmout nezletilého do své péče. Babička se také domnívá, že syn je pro matku velice motivující prvkem. Na dceři je vidět, že má syna opravdu ráda a udělala by pro něj cokoliv.

AB - sestra otce

Uvádí, že s matkou vždy spolu dobře vycházely. I v době, kdy vyvstaly největší problémy, ji AB často kontaktovala. Měly a doposud mají k sobě vřelý vztah. Má ji ráda a obdivuje ji, že se takto k celé situaci postavila. Přestože má vlastní děti i ona s manželem by byli ochotni nezletilého přijmout do své péče. Domnívá se, že pobyt v dětském centru jí velice pomáhá. Paní AB musí ještě absolvovat dlouhodobý pobyt v TK Karlov, aby se závislosti úplně zbavila. Po ukončení celého pobytu i tak bude patřit do rizikové skupiny, kdy bude nutné matce zajišťovat podporu a pomoc.

AB - ředitel DC Strakonice

Shrnuje pobyt matky v dětském centru. Uvádí, že spolupráce s paní AB je velice dobrá. Zpočátku byly menší problémy s adaptací, které byly spojeny s nedůvěrou ke službě. Během krátké doby se vyjasnily cíle a způsob poskytované služby a matka začala dobře spolupracovat. Plní veškeré zadané úkoly, je bystrá a svědomitá. Paní AB si často ztěžuje na deprese a abstinenci příznaky. Matka velmi úzce spolupracuje se sociálně-psychologickým centrem, kam docházela již v minulosti, náhodně se podrobuje testování na přítomnost návykových látek, vždy s negativním výsledkem. Úzce spolupracuje s TK Prevent, kam pravidelně dochází na terapie. Mezi matkou a jejím synem je velmi pěkný a vřelý vztah. Se širší rodinou udržuje pravidelný kontakt. Rodina matku intenzivně podporuje. Pokud bude matka tímto způsobem pokračovat ve spolupráci, je zde velká šance celou situaci zdárně zvládnout. Matka si již domluvila termín a podmínky nástupu do TK Karlov. Matka je srozuměná s tím, že první měsíc pobytu bude umístěna na detoxikační pobyt, bez přítomnosti syna. Matka souhlasí, aby po tuto dobu bylo o něj pečováno v dětském centru. Následně bude převezen do TK Karlov. Následný pobyt je plánován na 9 až 12 měsíců.

Přestože matka s dětským centrem a ostatními subjekty prozatím spolupracuje výborně, s ohledem na problém s návykovými látkami, stavy depresí spojené s abstinenci příznaky, není ještě dostatečně připravena navrátit se zpět do přirozeného prostředí. Je zde velké riziko reverzibility.

Ředitel dětského centra proto po konzultaci s kolegy navrhuje, setrvání matky v dětském centru do doby jejího umístění do TK Karlov.

AB - sociální pracovník DC Strakonice

Sociální pracovník dětského centra se s názory ředitele ztotožňuje.

AB - vrchní sestra DC Strakonice

Uvádí, že péči o nezletilého matka zvládá dobře. Samostatně a pravidelně rehabilituje Vojtovou metodou. O syna se pěkně stará. Věnuje se mu po celý den. Nemá potřebu si od něj ulevovat, jak to činí jiné maminky. Ochotně se zúčastňuje všech vyšetření a aktivit. Chová se slušně a mile. Vzhledem závislosti na návykových látek taktéž doporučuje pokračovat v procesu sociální rehabilitace.

AB - fyzioterapeut

Uvádí, že spolupráce s matkou je více než dobrá. Je bystrá a učenlivá. Intenzivně se malému věnuje.

AB - psycholog DC Strakonice

Předkládá zprávu, kde v současné době vzhledem k nestabilizované situaci s návykovými látkami nedoporučuje pobyt nezletilého v samostatné péči matky mimo zařízení Dětského centra. Závěrem navrhuje pokračovat v zácvičku matky v péči o dítě. Kvituje dlouhodobý pobyt v TK Karlov společně s dítětem. Tuto možnost vidí jako velmi progresivní možnost, jak celou situaci zdárně zvládnout.

AB - pediatr DC Strakonice

Předkládá komplexní zprávu o dítěti a ztotožňuje se s názorem psychologa, setrvat v zácvičku na sociální rehabilitaci. Pediatr se domnívá, že je stále zapotřebí, aby nad matkou byl zajištěn permanentní dohled ze strany terapeutických komunit, které se na problematiku závislých matek zaměřují a umí ji řešit.

AB - sociální pracovník sociální rehabilitace

Uvádí, že s matkou je velmi dobrá spolupráce. Nechá si ve všech směrech poradit. Je snaživá, nekonfliktní. Je přesvědčen, že pokud matka zvládne pobyt v TK Karlov, má velkou šanci začít žít normální život.

AB - vedoucí OSPOD Písek

Uvádí, že s matkou spolupracuje již řadu let. V minulosti spolupráce s ní nebyla jednoduchá. Byla nezodpovědná, nechtěla spolupracovat. Na smluvené schůzky se nedostavovala. Byla značně ovlivňována partnerem. Dnes ji hodnotí jako šikovnou a

snaživou maminku a je jejím přístupem mile překvapena. Pokud matka setrvá v této spolupráci, bude ji i nadále intenzivně podporovat. Po návratu z TK Karlov, ji bude kdykoliv k dispozici. Dále uvádí, že díky laskavosti a profesionalitě dětského centra, je matka schopna o nezletilého pečovat. V dětském centru se naučila disciplíně a pravidlům, které matka i dítě potřebuje. Stejně tak jako ostatní odborníci se i ona přiklání k názoru pokračovat v procesu sociální rehabilitace a dále pak v TK Karlov.

AB - sociální pracovník OSPOD Písek

Uvádí, že celou rodinnou situaci dlouhodobě konzultuje s kolegy z OSPOD Písek a jednoznačně se přiklání k názoru její vedoucí. Sama sociální pracovnice uvádí, že je přístupem matky velmi mile překvapena, a že ji nedávala příliš šancí.

AB - sociální pracovník Sociálně-psychologické centrum

Uvádí, že má s matkou dlouholeté zkušenosti. S matkou pracovala ještě v době, kdy byla nezletilá. Potvrzuje výroky vedoucí OSPOD Písek, že v té době byla nespolehlivá. Na terapie do centra se nedostavovala a byla pod silným tlakem jejího přítele. Domnívá se, že narození dítěte a mentální vyzrálostí se posunula tam, kde je nyní. Věří jí, že má svého syna ráda a celou situaci bere vážně. V současné době matka spolupracuje s jejich zařízením velmi dobře. Nejen že plní všechny úkoly individuálního plánu péče, dostavuje se na terapeutická sezení včas a připravena. Navíc je dosti často kontaktuje sama. A to tehdy, když má pocit, že vlastní situaci nezvládá. O syna pečuje co nejsvědomitěji a i rodina se do této podpory intenzivně zapojuje, čemuž v minulosti nebývalo. Mezi matkou a rodinou panovaly vážné komunikační a vztahové neshody. Matka pomoc rodiny zásadně odmítala. V kontaktu byla pouze se sestrou bratra, které už tehdy upřímně věřila. Dnes se situace významně posunula a rodina je pro matku motivačním prostředkem. Sociální pracovník sociálně-psychologického centra je přesvědčen, že matka je nyní dobře připravena vše zvládnout. Upozorňuje ale na to, že nejtěžší část sociální rehabilitace teprve přijde a to s nástupem do TK Karlov. Během tohoto terapeutického pobytu matka prokáže svoji vůli a ochotu vše napravit a překonat.

AB - sociální pracovník TK Prevent

Ten uvádí, že s matkou nepracuje příliš dlouho, pouze po dobu jejího umístění v dětském centru. Nejen s matkou, ale i s dětským centrem je spolupráce více než dobrá. Matka se pravidelně zúčastňuje terapií či náhodného testování, což není u této klientely tolik časté. Celkově matku hodnotí jako spolehlivou, spolupracující, se zájmem o syna, o kterém při terapiích mnohdy hovoří. Domnívá se, že ji syn velice motivuje. Chtěla by žít normální život bez drog. TK Prevent je v úzké spolupráci s TK Karlov a připravují přemístění matky do tohoto pobytového programu. Při společných sezeních tuto skutečnost s matkou detailně řeší a realisticky ji připravují na náročnou část psychoterapeutické léčby. Ta všemu rozumí, je si vědoma, že tento krok je

nevyhnutelný, i když má jisté obavy. TK Prevent taktéž doporučuje pokračovat v procesu sociální rehabilitace a zdůrazňuje, že je matka již připravena kdykoliv při uvolnění místa na pobyt do TK Karlov nastoupit.

AB - sociální pracovník TK Karlov

Uvádí, že je s matkou v kontaktu (převážně prostřednictvím dětského centra). Jednou se setkali osobně, kdy byla se službou podrobně seznámena. Matka byla důkladně obeznámena s pravidly zařízení a jejími povinnostmi, které skýtá tato služba. Matka se během dojednávání služby hodně doptávala. Je vidět zájem o nápravu. Má pochopitelně obavy, zdali tuto cestu bude schopna ujit do konce. Matka byla poučena o všech možnostech podpory, ale i následcích, které by nastaly v případě, že by chtěla pobyt předčasně ukončit. Spolupráce s ní byla dobrá. Matku hodnotí jako inteligentní ženu, která má touhu svoji situaci racionálně vyřešit.

Závěrem:

Všichni zúčastnění se jednohlasně shodli na tom, že pobyt matky na sociální rehabilitaci je v danou chvíli tím nejlepším řešením. Do této chvíle opakovaně prokázala, že má zájem změnit svůj dosavadní způsob života. Matka bude i nadále plnit individuální plán péče a všichni zainteresovaní budou matku připravovat na brzké přemístění do TK Karlov. Další případová konference je naplánována těsně před přemístěním matky do TK Karlov, aby bylo možné opětovně zhodnotit celou rodinnou situaci. Všichni zúčastnění budou o této případové konferenci písemně vyrozuměni.

Přítomni:

(podpis)

Jednání ukončeno ve 13. 30 hodin.

Zapsal: AB



Radomyšlská 336, 386 29 STRAKONICE
IČ: 260 97 745
Bankovní spojení: 246 931 649 / 0300
Tel.: + 420 383 314 334
FAX.: 383 380 200
www.dcjkc.cz
e - mail: info@dcjk.cz, martin.karas.strakonice@seznam.cz

Zápis z případové konference konané dne 08. 02. 2016 v Dětském centru Jihočeského kraje, o.p.s. Strakonice – ve věci nezl. AB, trvale bytem CEHNICE 179, 387 52 - INFORMANT Č. 23

Začátek jednání: 10. 00 hodin

Účastníci jednání:

- AB - matka**
- AB - otec**
- AB - otcovská babička**
- AB - otcovský dědeček**
- AB - mateřská babička (omluvena)**
- AB - ředitel DC Strakonice**
- AB - sociální pracovník DC Strakonice**
- AB - vrchní sestra DC Strakonice**
- AB - psycholog DC Strakonice**
- AB - pediatr DC Strakonice**
- AB - sociální pracovník sociální rehabilitace**
- AB - sociální pracovník – zástupce KÚ**
- AB - sociální pracovník NRP KÚ**

AB - sociální pracovník OSPOD Č. B.

AB - sociální pracovník OSPOD Č. B.

AB - sociální pracovník Azylový dům

Průběh jednání:

Před započatým jednáním byli účastníci poučeni o povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, s nimiž budou v průběhu jednání obeznámeni, a to v souladu s ustanovením § 57 odst. 1 a 2 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Přítomní účastníci vzali poučení na vědomí a podpisem přílohy tohoto zápisu se s povinností zachování mlčenlivosti zavazují.

Přítomní účastníci byli seznámeni s plánem případové konference. Historii případu obdrželi všichni účastníci konference v písemné podobě (zaslána v dostatečném časovém předstihu) spolu se záznamem ze sociálního šetření ze dne 25. 01. 2016. Z tohoto šetření vyplývá, že podmínky v rodině nejsou prozatím přizpůsobeny pro pobyt nezl. AB.

AB - matka

Matka uvádí, že si je vědoma, že péče o nezletilou je náročná. Vše se pomalu učí v dětském centru. Vzhledem ke komplikovanému zdravotnímu stavu dcery bude potřebovat ještě nějaký čas v centru pobýt. Se službou i pracovníky dětského centra je spokojená, vidí v této pomoci smysl. Díky dětskému centru si je více jistá, má klid, že je o dceru dobře postaráno. Také uvádí, že ne všechny úkoly se jí daří plnit. Má problémy se zácvikem rehabilitace (Vojtovou metodou) Matka se bojí, aby dceři neublížila. Uvádí, že má dceru ráda a nechce se jí vzdát. Matce se prozatím nepodařilo navázat spolupráci s její matkou. Stále mezi nimi vážne komunikace. Mateřská babička se na pomoci nechce nepodílet. S rodinou manžela je situace lepší. Sice nechtějí převzít nezletilou do jejich péče, jsou však ochotni rodičům pomáhat. S prvorozenou dcerou je v pravidelném kontaktu. Navštěvují se buď v dětském centru, anebo ona dojíždí za ní. S prvním manželem nemají vztahové problémy. Rodičům se prozatím nepodařilo najít náhradní bydlení. Začínají si obstarávat vybavičku pro dceru. Již si za dopomoci dětského centra a OSPOD Č. B., vyřídila potřebné finanční dávky. Příliš se jí nedaří hospodařit s penězi. Kartičku ZP dcery má již vyhotovenu. Matka by ráda ještě v dětském centru zůstala. Matka nepřipouští možnost náhradní rodinné péče.

AB - otec

Otec uvádí, že je moc rád, že matka nastoupila do dětského centra. Vidí v tom velkou pomoc, nejen matce, ale především dceři. Otcí se zatím nedaří najít vhodné bydlení. Dočasně bydlí u svých rodičů, se kterými má celkem dobrý vztah. Má rozjednanou novou práci v továrně jako skladník. Doposud nemá podepsanou pracovní smlouvu. Matku s dcerou v centru pravidelně navštěvuje. S dopomocí širší rodiny zajišťuje základní výbavičku pro dceru. Otec odmítá náhradní rodinnou péči.

AB - otcovská babička

AB - otcovský dědeček

Společně sdělují, že vzhledem k jejich věku a náročné zdravotní a ošetrovatelské péči vnučky nejsou schopni ji převzít do své péče. Jsou ochotni rodičům ve všech směrech vypomáhat. Podmínkou je, že budou mít vlastní bydlení. Prarodiče vlastní byt 2 + 1, kde není možné, aby bydlelo 5 osob. Uvádí, že u nich dočasně bydlí jejich syn. Vnučku společně se synem v dětském centru navštěvují, berou si jí na vycházky. Jsou si vědomi, že s vnučkou bude do budoucna ještě hodně práce. Umístění vnučky do náhradní rodinné péči zcela odmítají. Myslí si, že pobyt matky společně s dcerou je ideálním řešením.

AB - sociální pracovník – zástupce KÚ

Uvádí, že pokud by matka ukončila pobyt v dětském centru, nejvhodnějším řešením pro nezletilou by bylo umístění dítěte do náhradní rodinné péče formou pěstounské péče. Byl by vyhledáván vhodný pěstoun, který by mohl zajistit veškerou péči o dítě se zdravotními potížemi a budoucí prognózou. Rodiče byli poučeni o tom, v čem spočívá pěstounská péče a případné návštěvy rodičů.

AB - sociální pracovník NRP KÚ

Stejný názor zastává i sociální pracovník náhradní rodinné péče.

AB - ředitel DC Strakonice

Rekapituluje spolupráci s rodiči, která je velmi dobrá. Rodina dceru a matku navštěvuje 1 x týdně a 3 x týdně probíhají telefonické kontakty. Všichni včetně matky se k dceři chovají velmi pěkně. Mezi matkou, otcem a dcerou je vidět velmi vřelý a laskavý vztah. Uvádí, že největší problém spatřuje ve dvou zásadních oblastech. První oblastí je zdravotní stav nezletilé. Ta je v tuto chvíli psychomotoricky a mentálně opožděná ve vývoji přibližně o dva roky. V současné době dorazily výsledky nálezů, které ukazují na případné metabolické vady. Tudiž bude nutné provést další odborná vyšetření na specializovaném oddělení v Praze Nemocnice Motol, kde bude nezletilá několik dní hospitalizována. U nezletilé je diagnostikována středně těžká mentální retardace,

strabismus, denně rehabilituje Vojtovou metodou. Pravidelně navštěvuje dětského neurologa.

Ředitel dětského centra dále uvádí, přestože je spolupráce s rodiči bezproblémová a rodiče se snaží, bohužel v současné době nemají ani fyzickou ani mentální kapacitu na to, aby se dokázali o nezletilou dostatečně postarat. Po několika týdenní spolupráci s matkou v rámci sociální rehabilitace matka řadu základních činností již zvládá, je trpělivá, snaživá, více samostatnější, ovšem doposud to nestačí na to, aby takto náročnou péči zvládla. Oba rodiče nejsou vzhledem k jejich mentálnímu handicapu schopni racionálně vyhodnotit např. závažnost situace spojené se zhoršováním zdravotního stavu. Řadu riskantních situací vyhodnocují jako zcela normálních.

Jelikož matka není momentálně schopna se o nezletilou dceru (bez dohledu a pomoci) postarat, ředitel dětského centra navrhuje, aby matka i nadále setrvala v dětském centru a pokračovala v nácviku v péči o dítě. Vzhledem k tomu, že v současné době není nikdo z rodiny, kdo by převzal péči o nezletilou, je v nejlepším zájmu dítěte a rodičů, aby byl pobyt matce v dětském centru prodloužen. V současné době náhradní rodinnou péči zcela odmítá. Ředitel zdůrazňuje, že pobyt na sociální rehabilitaci není nikterak časově ohraničen.

AB - sociální pracovník DC Strakonice

Sociální pracovník dětského centra se s názory ředitele ztotožňuje.

AB - vrchní sestra DC Strakonice

Uvádí, že péče o nezletilou je skutečně náročnější, než u běžně prospívajících dětí. Přesto se matka velmi snaží, i když výsledek není vždy pozitivní. Mezi matkou a dítětem je navázán vřelý vztah. Během pobytu je zřejmé, že má matka dceru opravdu ráda a nechce o ni přijít. Proto se vrchní sestra přiklání k názoru pokračovat v zácviku matky. Zdravotní a ošetrovatelský personál se bude intenzivněji zaměřovat na nácvik samostatnosti.

AB - psycholog DC Strakonice

Předkládá zprávu, kde v současné době nedoporučuje pobyt nezletilé v samostatné péči matky mimo zařízení Dětského centra. Závěrem navrhuje pokračovat v zácviku matky v péči o dítě. Umístění dítěte do náhradní rodinné péče vidí jako krajní řešení.

AB - pediatr DC Strakonice

Předkládá komplexní zprávu o dítěti a ztotožňuje se s názorem psychologa, setrvat v zácviku na sociální rehabilitaci. Pediatr se domnívá, že je stále zapotřebí, aby nad matkou byl zajištěn permanentní dohled.

AB - sociální pracovník sociální rehabilitace

Uvádí, že s matkou je velmi dobrá spolupráce. Nechá si ve všech směrech poradit. Je snaživá, nekonfliktní. Některé činnosti prozatím není schopná samostatně zvládnout a pravděpodobně ani v budoucnu nebude schopna některé činnosti vykonávat. Domnívá se, že bude potřeba, aby se našel někdo či nějaká instituce, která bude matce nápomocna a bude zajišťovat dohled nad nezletilou.

AB - sociální pracovník OSPOD Č. B.

Uvádí, že s rodinou pracuje již několik měsíců. Rodina je ve vztahu spolupráci bezproblémová. Bohužel, dosavadní zkušenosti jsou takové, že matka v tuto chvíli není schopna řádně o nezletilou pečovat. Přesto všechno vidí, že matka udělala veliký posun v řadě věcí. S ohledem na to, že matka má snahu se dítěti věnovat, má ho ráda, a jak řada subjektů uvedla, má k němu vřelý vztah, doporučuje, aby se v sociální rehabilitaci matky pokračovalo. Pobyt v dětském centru nejen matce, ale i dítěti prospívá.

AB - sociální pracovník Azylový dům

Uvádí, že má s matkou dobré zkušenosti. Avšak v současné době není pro rodinu v azylovém domě volné ubytovací místo. Vzhledem k pozitivnímu postoji rodičů k dané situaci, sociální pracovník sděluje, že následně volné místo bude upřednostněno pro rodinu paní AB. Dále uvádí, že jsou prostřednictvím pracovníků azylového domu schopni zajistit častý dohled a kontrolu nad nezletilou. Dále zdůrazňuje, že pobyt v azylovém domě je vázán na finanční situaci rodiny. Proto, aby si udrželi místo v této službě, je nutné pravidelně platit nájemné. Proto klade důraz na to, aby si otec co nejdříve našel stálé zaměstnání.

Závěrem:

Všichni zúčastnění se jednohlasně shodli na tom, že pobyt matky na sociální rehabilitaci je v danou chvíli tím nejlepším řešením. Závazek matky bude i nadále pokračovat. Matka bude naplňovat stanovený individuální plán péče a všichni zainteresovaní se budou více zaměřovat na činnosti, které matka doposud nezvládá. Další případová konference bude naplánována za 3 měsíce, v případě akutní situace i dříve. Všichni zúčastnění budou písemně vyrozuměni.

Přítomni:

(podpis)

Jednání ukončeno ve 12. 15 hodin.

Zapsal: AB

Příloha č. 6 Individuální plán péče

DĚTSKÉ CENTRUM JIHOČESKÉHO KRAJE, o.p.s.



I

Jméno klienta: Datum narození: Podpis klienta:

Klíčový pracovník + podpis: Účast dalších pracovníků + podpisy:

PLÁN PRO		INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ A DENNÍ PLÁN ČINNOSTÍ	
<input type="checkbox"/> matka na zčevik <input type="checkbox"/> otec na zčevik <input type="checkbox"/> nez. matku <input type="checkbox"/> NRP <input type="checkbox"/> osvojitelé <input type="checkbox"/> pěstouni <input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> technika kojení <input type="checkbox"/> koupání dítěte <input type="checkbox"/> péče o pokožku <input type="checkbox"/> vycházka bez dozoru <input type="checkbox"/> vyživa dítěte <input type="checkbox"/> vyživa matky <input type="checkbox"/> příprava stravy <input type="checkbox"/> péče o nemocné dítě <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hygiena matky <input type="checkbox"/> nácvik samostatnosti <input type="checkbox"/> masáže kojence <input type="checkbox"/> relaxační polohy <input type="checkbox"/> volnočasové aktivity <input type="checkbox"/> hospodáření s penězi <input type="checkbox"/> péče o domácnost	<input type="checkbox"/> konzultace se soc. pracovníci klienta <input type="checkbox"/> seznámení se zdrav. problematikou <input type="checkbox"/> sociálně právní poradenství <input type="checkbox"/> sociální anamnéza <input type="checkbox"/> psychohygiena v těhotenství <input type="checkbox"/> příprava na porod <input type="checkbox"/> hledá vhodné bydlení
Záznam o inventuře:			
Záznam o potřebách (cílech):			
Termín naplnění cíle:			
Dohoda a konkretizace potřeb a cílů:			
Datum, den <i>Po 1. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:	Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s. Podpis
Datum, den <i>Út 2. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:	Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s. Podpis

Datum, den <i>St 3. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:				Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá spolupracovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s.	Podpis	
Datum, den <i>Čt 4. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:				Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá spolupracovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s.	Podpis	
Datum, den <i>Pá 5. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:				Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá spolupracovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s.	Podpis	
Datum, den <i>So 6. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:				Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá spolupracovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s.	Podpis	
Datum, den <i>Ne 7. 1. 2016</i> Strava ANO X NE Cena:				Reakce klienta: <input type="checkbox"/> zvládá péči <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> nutnost opakovat <input type="checkbox"/> odmítá spolupracovat <input type="checkbox"/> nezvládá péči	Použité metody: <input type="checkbox"/> ústní sdělení <input type="checkbox"/> písemné sděl. <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> samostatnost <input type="checkbox"/>	Konzultace s: <input type="checkbox"/> lékařem <input type="checkbox"/> psychologem <input type="checkbox"/> sestrou <input type="checkbox"/> soc. prac. <input type="checkbox"/> rehabilitační s.	Podpis	
Hodnocení týmu	Hodnocení klienta							Podpis klienta
								Podpis