

Dětské centrum Zlín v povědomí obyvatel Zlína

Bc. Tereza Bauerová

Bakalářská práce
2006



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2005/2006

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza BAUEROVÁ**

Studijní program: **B 7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Dětské centrum Zlín v povědomí obyvatel Zlína**

Zásady pro vypracování:

1. Vypracujte literární rešerži o problematice ústavních zařízení v ČR.
2. Představte Dětské centrum Zlín a popište jeho činnosti ovlivňující veřejné mínění.
3. Proveďte průzkum vnímání Dětského centra Zlín obyvateli města.
4. Zhodnoťte zjištěné poznatky a navrhněte aktivity umožňující zvýšení informovanosti obyvatel o Dětském centru Zlín.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. Havlík, J.: **Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče.** Jihočeská univerzita, České Budějovice 2004. ISBN 80-7040-725-5.
2. Hradecká, M.: **Deset let Naděje. Naděje,** Praha 2000. ISBN 80-86451-00-3.
3. Kitzbergerová, M.: **"Z ústavu do života". Člověk v tísní – společnost při ČT,** Praha 2005. ISBN 80-903510-4-2.
4. Marková, H.: **Sociální pomoc a právo.** Orac, Praha 2001. ISBN 80-86199-38-X.
5. Rážová, E.: **Ústavní sociální péče. Ministerstvo práce a sociálních věcí,** Praha 2000. ISBN 80-85529-76-9.
6. Šolc, M.: **Problémy péče ústavní. Národní ústředí sociální a zdravotní péče,** Praha 1994.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Petra Kressová
Ústav managementu

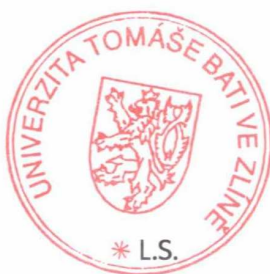
Datum zadání bakalářské práce:

6. března 2006

Termín odevzdání bakalářské práce:

13. června 2006

Ve Zlíně dne 6. března 2006




prof. Ing. Roman Prokop, CSc.
prorektor


prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Cílem této práce je dle požadavku vedení Dětského Centra Zlín provést analýzu povědomí místních obyvatel o tomto zařízení společně s návrhy k zlepšení nynějšího stavu. Teoretická část práce stručně charakterizuje ústavní a azylovou péči komplexně v rámci České republiky. Pojednává o jejím historickém vývoji i o jejím současném stavu vzhledem k legislativnímu rámci. V praktické části jsou čtenáři nejprve informováni o fungování DCZ. Následuje část seznamující s výsledky dotazníkového průzkumu, která více méně potvrzuje očekávané hypotézy. Nakonec je zde zmíněno několik návrhů a doporučení, co by bylo nejvhodnější v propagačních aktivitách udělat, aby se dnes zjištěný stav podařilo do budoucna změnit.

Klíčová slova:

Dětské centrum Zlín, ústavní zařízení, kojenecký ústav, ústavní péče, azylová péče, propagační aktivity, povědomí o Dětském centru Zlín.

ABSTRACT

The main aim of this diploma project is according to director of Centre for children in Zlin and his requirement to make an analyse among people living in Zlin, which would show him, how many people living there know this organization. The theoretical part complexly characterizes inpatient and sanctuary care in the Czech republic. It discusses about its historical process and about its actual situation. First of all, the practical part informs readers about the Centre for children Zlin. Then it presents the results of research and it brings some suggestions and recommendations - what is better to do in advertising activities to improve the actual situation.

Keywords:

Centre for children Zlin, foster care, inpatient care, sanctuary care, inpatient institution, advertising activities, Awareness of Centre for children Zlin.

Chtěla bych vyjádřit poděkování vedoucí mé bakalářské práce, Ing. Petře Kressové, za podnětné připomínky a odborné vedení.

Dále bych chtěla poděkovat hlavní konzultantce bakalářské práce, Mgr. Pavlíně Kotasové, za vstřícný přístup a ochotu pomoci, za cenné připomínky a poskytnuté rady a informace. Mé poděkování rozhodně patří i všem dotázaným, kteří projevíli zájem o mou práci a poskytli mi k ní důležité informace.

Motto:

„Kdo nezná váhu slov, ten nemůže znát lidi.“

KONFUCIUS (552 př.n.l. - 479 př.n.l.)

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ÚSTAVNÍ PÉČE	11
1.1 VÝVOJ ÚSTAVNÍ PÉČE NA NAŠEM ÚZEMÍ.....	11
1.2 FUNKCE ÚSTAVŮ	14
1.3 ÚSTAVY Z HLEDISKA KLIENTOVY ŽIVOTNÍ DRÁHY	15
1.3.1 Péče o dítě vyrůstající mimo vlastní rodinu	16
1.3.2 Náhradní rodinná péče	17
1.3.3 Ústavní péče v období dospívání	19
1.3.4 Ústavní péče v dospělém věku	20
1.3.5 Ústavní péče pro staré občany a občany nesoběstačné	21
1.4 RIZIKA ÚSTAVNÍ PÉČE	22
1.5 AZYLOVÁ PÉČE	24
1.6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	26
1.6.1 Legislativa upravující sociální služby.....	26
1.6.2 Nové trendy, nové projekty v NRP.....	26
1.7 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
2 SOUČASNÉ PROBLÉMY SYSTÉMU NÁHRADNÍ PÉČE V ČR.....	31
2.1.1 Legislativní stránka problému.....	33
2.1.2 Situace ve Zlínském kraji.....	33
3 DĚTSKÉ CENTRUM ZLÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE.....	34
3.1 HISTORIE DCZ	34
3.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ	35
3.2.1 Péče poskytovaná v DCZ.....	35
3.2.2 DCZ v číslech.....	37
3.3 CHARAKTERISTIKA ČINNOSTÍ DCZ OVLIVŇUJÍCÍ VEŘEJNÉ MÍNĚNÍ.....	38
3.3.1 Organizace propagačních aktivit.....	38
3.3.2 Připravované akce na rok 2006.....	39
4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ PRO ZJIŠTĚNÍ POVĚDOMÍ O DCZ U OBYVATEL MĚSTA ZLÍNA.....	40
4.1 CÍL A POSTUP DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40
4.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	41
4.3 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	43
4.3.1 Povědomí respondentů o DCZ.....	43
4.3.2 Subjektivní názory občanů na podobná speciální zařízení	47
5 SHRNUÍ ANALYTICKÝCH POZNATKŮ	51
6 NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ	53

ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	60
SEZNAM OBRÁZKŮ	61
SEZNAM TABULEK.....	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Mým hlavním cílem bylo vypracovat bakalářskou práci, která by nekopírovala pouze poznatky mých předchůdců zveřejněných v nejrůznějších literárních pramenech a nepřinesla takřka nic nového. Chtěla jsem se zabývat něčím, co mě zajímá a navíc by přineslo něco nového a využitelného pro druhou stranu. Jelikož se téměř šest let pohybuji v sociální oblasti zaměřené na dětské domovy, kam jsem dobrovolně chodila vypomáhat, nemusela jsem se dlouho rozmýšlet, o čem bych chtěla psát. Díky své praxi v Dětském centru Zlín (DCZ) a angažovaností jeho vedení zaměřím tuto práci právě na toto zařízení. Samo vedení mně osvětlilo oblast, ve které mají jisté potíže a na kterou by chtělo zaměřit můj průzkum. Byla jsem tedy ráda, že zde upotřebím své dosavadní zkušenosti a teoretické poznatky a budu moci prozkoumat něco nového, co si vedení prosadilo a co by mu mohlo pomoci.

Kromě charakteristiky fungování Dětského centra Zlín provedu tedy na žádost vedení DCZ mezi obyvateli Zlína dotazníkový průzkum zaměřený na jejich povědomí o tomto zařízení. Výsledky by mohly DCZ pomoci k sestavení patřičných a hlavně účinných propagačních aktivit, kterými by mohlo danou situaci pozitivněji ovlivnit.

V teoretické části se zaměřím na celkovou charakteristiku ústavní a azylové péče. Popíši její historický vývoj na našem území. Dále charakterizuji jednotlivá zařízení spadající do této oblasti, jejich klady a zápory. Pro utvrzení představy zde uvedu i některé oficiální statistiky, které se mi podařilo získat.

Prostuduji si poskytnuté materiály ze strany Dětského centra. Ráda bych se také osobně sešla a pohovořila o dané problematice s kompetentním zaměstnancem DCZ. Mám-li navrhnout patřičná opatření, je nutné, abych získala i interní informace o dané situaci. Pomocí formy dotazníku a osobními rozhovory s místním obyvatelstvem se pokusím zmapovat povědomí veřejnosti o DCZ a také využít jejich připomínek jak a co dělat v propagačních aktivitách účinněji a lépe.

Po celkovém zhodnocení skutečností bych ráda předložila Dětskému centru Zlín své návrhy a doporučení vedoucí ke zlepšení současného stavu. Myslím si, že je nejvyšší čas začít podnikat alespoň některé propagační aktivity Dětským centrem a nespoléhat pouze na doporučení mezi známými či ze strany dětských lékařů. Je potřeba informovat širokou veřejnost o tom, že existuje takové zařízení, které může navštěvovat každý. Dosavadní pro-

pagační činnosti jsou pro širokou veřejnost velmi malé. Není tedy divu, že o tak specializované organizaci poskytující tolik nad rámec běžných služeb, ví opravdu málo lidí.

Každý se během svého života dostává do obtížných situací. Některé z nich nedokáže řešit bez pomoci. Může se jednat o situaci, kdy člověku činí potíže běžné činnosti každodenního života, má těžkosti v rodinném soužití, nemůže pracovat v běžném zaměstnání, je bez přístřeší, zkouší nebo užívá návykové látky apod. V této chvíli může potřebovat sociální službu.

Potřeby jednotlivých lidí se liší případ od případu stejně jako potřeby jednotlivých společností. To znamená, že musí být k dispozici taková nabídka sociálních služeb, která bude tyto různé potřeby schopna flexibilně uspokojit. Existují nejrůznější typy sociálních služeb, aby měl každý člověk v nepříznivé sociální situaci možnost vybrat si tu, která nejlépe vyhovuje jeho potřebám.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚSTAVNÍ PÉČE

Cílem této části bakalářské práce je komplexně postihnout a charakterizovat ústavní a azylovou péči tak, abych si prohloubila své dosavadní znalosti o dané problematice, které budu potřebovat v analytické části. Nejprve popíši historický vývoj sociální péče na našem území. Dále se zaměřím na charakteristiku jednotlivých zařízení spadající do této oblasti a uvedu i některé oficiální statistiky.

Charakteristickým rysem sociální péče v posledních desetiletích je její humanizace. V důsledku této tendence převažuje dnes obecný odklon od ústavní péče poskytované handicapovaným. Péče se přesunuje za klientem, do jeho prostředí, pod vlivem zkušenosti, že takové formy práce vedou k lepším výsledkům. Přes tuto tendenci není pochyby o tom, že ne všechny formy ústavní péče jsou přežitkem. Nepochybný a i dnes aktuální je smysl těch ústavů, které odvozují svůj režim od individuálních potřeb klienta, takových ústavů, které omezují individuální potřeby klienta jen v minimální nejnutnější míře.

Obvykle se dělí modely ústavní péče podle toho, jak dlouhodobý je handicap klienta. Z tohoto hlediska je "klasickým" modelem krátkodobé ústavní péče např. nemocniční pobyt. Dlouhodobý handicap přivádí klienty do ústavů řízených podle "rehabilitačního" modelu. Trvalý handicap pak odpovídá modelu "pečovatelskému". V těchto ústavech se přijímají klienti na základě uvědomělého, dobrovolného souhlasu k pobytu. Opakem jsou ústavy, kde je pobyt klienta nedobrovolný. Např. v psychiatrických léčebnách, kde jsou pacienti přijímáni obvykle bez vlastního souhlasu, proti své vůli, v situaci, kdy jsou nebezpeční sobě nebo svému okolí. Rozhodnutí o tom přísluší lékaři nebo soudu. Podobně vězení představuje ústavní péči, kam se dostává klient za porušení zákonem daných norem chování, z rozhodnutí soudu, samozřejmě bez ohledu na souhlas klienta. [2]

1.1 Vývoj ústavní péče na našem území

Historický vývoj ústavní péče na našem území se odehrával v jednotlivých etapách společenského vývoje v úzkém sepejetí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby.

V období prvních civilizací (Egypt, Čína, Mezopotámie, Indie) se první internační institucí jak léčebnou, tak trestní stal chrám. Bylo to místo náboženských obřadů i soudních procesů. Na osobnostní a zdravotní abnormality bylo nahlíženo jako na nedílnou součást společ-

nosti. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti.

Antická společnost se vyznačuje stratifikací péče pro jednotlivé skupiny společnosti. Nejstaršími ústavními institucemi v Řecku byly asklépia, která poskytovala střední vrstvě společnosti. V této době se objevila i první institucionalizovaná péče vězeňská - robur, která se stala základnou pro výstavbu samostatných budov vězení.

V období raného středověku vznikaly při klášterech tzv. hospitaly, které poskytovaly sociálně charitativní péči. Specializovaná xenodochia znamenají kvalitativní sociální změnu v internační problematice, poskytují specializovanou sociální péči a objevují se první profesionální, ošetřovatelé, kteří se rekrutují z řad mnichů, jeptišek, duchovních.

Mocenské postavení církve prosazovalo démonickou koncepci vzniku duševní nemoci. Posedlost ďáblem se stala ideologickou zbraní a fyzická likvidace postižených byla jediný možný způsob řešení problému.

Rozvoj lékařství po vzniku evropských univerzit, oslaboval dogmata církve a nastupující renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Při obydlí prvních biskupů, při katedrálách, se stavěly také domy zvané domus hospitum, druh středověkého hotelu pro poutníky, hosty, cizince, všechny, kteří potřebovali pomoc. První záznamy o hospitalech na našem území jsou zprávy o existenci takového zařízení z 11. století v Olomouci - po Praze nejvýznamnější město českých zemí. [13]

V historických pramenech, nejčastěji v městských kronikách, jsou časté údaje o domech pro blázny. Léčebné a ošetřovací instituce pro psychiatricky nemocné vznikaly ve městech jako samostatné **domy pro blázny**. Těmto domům předcházela výstavba věží pro blázny, ještě dříve klecí pro takto postižené. V klášterních špitálech bývali duševně nemocní uzavíráni společně s opilci, tuláky, kde byli jako vězni řetězy připoutáni v místnostech připomínajících stáj. Později se tyto nemocní dostávali do samostatných, pro ně určených objektů. O klidné duševně choré se nikdo nestaral, byli ponecháni svému osudu a pobytem ve špitále byli pouze chráněni před ústrky a posměchem, s nimiž by se běžně setkávali mimo nemocnici. O léčení nelze hovořit vůbec. „Léčba“ spočívala vesměs v zaklínání a vyhánění ďábla, jímž byli posedlí. Neklidní duševně choří byli zavíráni do vězení. Dochovaným dokladem o způsobu zacházení s duševně chorými jsou tzv. **smolné knihy**.

První náznaky organizované psychiatrické ústavní péče u nás lze najít v 15. století. Historické prameny uvádí listinu pojednávající o veřejných dobročinných městských institucích královského města Znojma z r. 1458, kde je mezi jinými uveden i dům sloužící k zaopatřování pěti duševně chorých.

Psychiatrickou ústavní péči příznivě ovlivnily humanistické ideje Velké francouzské revoluce. Revoluce porazila církevní dogma a odstranila démonologii z ideologie a teorie v oblasti psychiky a psychických poruch. Francouzský lékař Pinel provedl radikální reformu psychiatrické zdravotní péče v rámci veřejné péče o zdraví občanů. Tento krok zřejmě silně ovlivnil Ignáce Čermáka, který je považován za zakladatele moderní psychiatrické péče v Brně. Roku 1855 přichází Čermák do Brna a organizuje ústavní psychiatrickou péči.

Lze konstatovat, že Čermák založil a rozvinul na Moravě moderní psychiatrickou ústavní péči, kterou končí na Moravě opatrovnická a azylová psychiatrie a začíná psychiatrie nemocniční a ústavní, vybudovaná na vědeckém základě. [13]

Otevřením kroměřížského ústavu bylo na našem území k dispozici již 2 800 lůžek pro duševně nemocné ve čtyřech ústavech, z nichž tři měli svá spádová území, čtvrtý ústav - filiálka v Jihlavě - sloužil jen nemocným brněnské léčebny, hlavně neléčitelným a chronicky nemocným. Morava měla tehdy asi 2,5 milionu obyvatel a jedno psychiatrické lůžko připadalo na 881 obyvatele, což neodpovídalo skutečné potřebě a požadavkům evropského ústavnictví. Zejména nepříznivý byl počet lůžek pro spádové území brněnského ústavu. Na 100 tisíc obyvatel přijímacího regionu měl brněnský ústav 92, šternberský 149, kroměřížský 115 lůžek při moravském celkovém průměru 113 lůžek na 100 tisíc obyvatel. [13]

Po II. světové válce dochází k prudkému rozvoji psychiatrické péče jak ústavní, tak ambulantní. Objekty léčeben začaly opět plnit svoji předválečnou funkci. V tomto období vzniká také psychiatrická klinika při lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci této kliniky je zřízeno samostatné lůžkové protialkoholní oddělení a také dětské lůžkové oddělení, první u nás. Dětská psychiatrická lůžková péče se začíná rozvíjet až po roce 1945.

Od 50. let nastupuje psychiatrická péče na vyšší zdravotnickou úroveň jako integrální součást zdravotnického systému. Spolu s ostatními lékařskými obory se zabývá prevencí, která byla do té doby opomíjena. Vytvořila se přesná rajonizace, evidence nemocných, zavádí se dispenzární péče a poradenství. Zařizují se poradny pro problematiku depresí, se-

bevražedných tendencí, zneužívání alkoholu a drog. Dochází ke spolupráci psychiatrů s ostatními odborníky, lékaři i nelékaři, zejména psychology a sociálními pracovníky.

Většina dnešních ústavů byla založena v době poválečné. V té době byl vytvořen organizační systém ústavní péče, který jednoznačně stanovil kritéria k zařazení jednotlivce do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru.

Změny po roce 1989 ve společnosti přinesly zcela odlišnou ideologii, instituce jako taková však zůstává. [13]

1.2 Funkce ústavů

Na funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Různí-li se, obvykle je to zájem společnosti, která dostává přednost a klientovy možnosti volby se zužují. Z hlediska individua je nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Ústav přijme klienty buď na základě jejich uvědomělého souhlasu, nebo je vstup klienta nedobrovolný. Rozhodnutí o nedobrovolném vstupu pak přísluší lékaři, soudním nebo státním orgánům.

Ústavy v různé míře omezují klientovo soukromí. Jinak v nemocnici, jinak v rehabilitačním ústavu, jinak v domě s pečovatelskou službou, jinak ve vězení. Čím důraznější je výchovný aspekt ústavu, tím menší prostor pro uplatnění osobních přání je ponechán individuu. Čím sociálnější je aspekt (ve smyslu zabezpečovacím), tím je tomu naopak vzhledem k jedinci.

Matoušek rozlišuje následující hlavní funkce ústavů [12]:

- **Podpora a péče.** Tato funkce je v popředí zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových ústavů by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.
- **Léčba, výchova a resocializace.** Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v zařízeních

pro propuštěné vězně. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

- **Omezení, vyloučení, represe.** Tato funkce převažuje ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky.

V souladu s Matouškem [12] je možné uvažovat ještě o **funkci rekreační**. Pobytová zařízení, ve kterých převažuje tato funkce nejsou v centru našeho zájmu (ozdravovny, lázně). Nicméně i v ústavu si člověk může odpočinout od náročných podmínek, v nichž by byl nucen žít. Uvedený přehled funkcí nelze chápat tak, že každý ústav je pouze jednofunkcionální - každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, rozdílného rozvrhu.

Většina lidských rituálů má povahu **udržovací**, má jimi být zachován, potvrzen a zabezpečen stávající stav. Jen některé rituály jsou **transformační**, ty mají usnadňovat změnu. Právě transformační funkce je v ústavnictví zdůrazňována. Tak, jako je jedinec, který je sám se sebou nespokojen, přitahován myšlenkou, že existuje způsob, jak by mohl změnit stávající stav, tak také společnost negativně hodnotící určité chování podpoří instituci, která negativní chování změní v žádoucí. **Represivní funkce** ústavů je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci. I přes toto riziko ústavní péče lze konstatovat, že ústavní péče je institucí umožňující důstojnou existenci vybraným skupinám lidí. [13]

1.3 Ústavy z hlediska klientovy životní dráhy

Ústavní pobyty, zvláště dlouhodobé, jsou vždy hlubokým zásahem do života klienta, často ovlivňující i jeho další život po ukončení pobytu v ústavu. Jednotlivé životní etapy mají svá specifika, jimž by měly být ústavní režimy přizpůsobeny. Ústavní péče má nezanedbatelná rizika pro klienty, tato rizika se liší podle toho, v kterém věku a v jaké životní situaci se klient do ústavní péče dostal. Typologie ústavů je odvozena od čtyř životních fází klientů: **dětství, dospívání, dospělost a stáří**.

Prakticky každý projde ústavní péčí jako novorozenec v porodnici. Problémy s oddělováním matky od novorozence jsou již bohudík překonány, vešlo již obecně do povědomí, že je nutné minimalizovat stres, který pobyt v porodnici představuje pro matku i pro dítě.

Začíná se právem pochybovat o správnosti vedení porodu v poloze na zádech, prosazuje se stále více význam přítomnosti otce u porodu. Stále více se prosazuje snaha „demedicinizovat“ porod, chápat jej jako fyziologickou záležitost, při níž je za normálních okolností postačující péče školené porodní asistentky a role lékaře je nadbytečná. [13]

1.3.1 Péče o dítě vyrůstající mimo vlastní rodinu

Nemůže-li dítě vyrůstat z jakýchkoliv důvodů ve vlastní rodině, připadá v úvahu buď ústavní péče nebo náhradní rodinná péče.

Kolektivní zařízení umožňující ústavní výchovu jsou [2]:

- **Kojenecké ústavy.** Spolu s jeslemi a dětskými domovy pro děti do tří let jsou zařízeními zdravotnickými. Kojenecké ústavy poskytují zdravotní, výchovnou a sociální péči dětem do 1 roku věku. Indikace k pobytu v nich jsou zdravotní, sociální nebo obojí současně. Zdravotní důvody jsou onemocnění dítěte, ale také onemocnění matky. Sociálním důvodem k pobytu je hlavně nezáměr rodičů o dítě, svobodná matka, matka ve výkonu trestu atp. O přijetí do kojeneckého ústavu rozhoduje jeho ředitel. Dítě může být propuštěno buď do vlastní rodiny, nebo do náhradní rodiny nebo do dětského domova pro děti do tří let. V Česku je asi 15 kojeneckých ústavů.
- **Dětské domovy pro děti do 3 let.** Buď sem přicházejí děti z kojeneckých ústavů nebo z rodin, které selhaly v péči o dítě. Zde mohou být buď navráceny do biologické rodiny, osvojeny nebo přejít do pěstounské péče, nejčastěji však přecházejí do dalších typů dětských domovů. Jsou to zařízení spadající pod resort zdravotnictví a je jich v ČR kolem 25.
- **Dětské domovy od 3 let věku.** Spadají pod resort školství. Pracovníci těchto zařízení jsou převážně pedagogové. Klienty jsou vzdělavatelné děti obvykle z nefunkčních rodin. Jejich pobyt se často táhne až do 18 let, neboť jen malá část přejde do náhradní rodinné péče, nejčastěji do péče pěstounské. Do této skupiny patří i domovy pro děti vyžadující zvláštní péči (např. smyslově postižené) a dětské výchovné ústavy pro děti s poruchami chování.
- **Dětské domovy rodinného typu.** Jsou vedeny odbornými vychovateli a jejich provoz je organizován tak, aby simuloval výchovu v rodině. Patří do resortu školství.

- **Ústavy sociální péče.** Sem jsou umíst'ovány děti těžce vzdělavatelné, s těžkým mentálním postižením. Jsou to zařízení pro mladistvé od 3 do 26 let, na která pak navazují ústavy sociální péče pro dospělé. Patří do resortu MPSV.

Zde se poskytuje péče dětem, které nemají rodiče nebo mají rodiče, kteří nejsou způsobilí je vychovávat nebo je vychovávat nemohou nebo nechtějí. Riziko vzniku deprivacních syndromů u klientů v těchto zařízeních je obecně známé a je podmíněno tím, že péče je redukována na krmení a přebalení, chybí citové působení a vzniká „vztahová podvýživa“. Vzniklý deprivacní syndrom je tím hůře odstranitelný, čím dříve se dítě dostalo do ústavní péče a čím déle v ní pobýlo. Jedinou možností, jak jeho vzniku zabránit, je zřizování ústavů vedených tak, aby se co nejvíce podobaly poměrům v přirozené rodině. Pochopitelně, že nejlepší alternativou ústavní péče je adopce a pěstounská péče v náhradní rodině.

1.3.2 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče má dát dítěti stálého vychovatele, stálé postavení v heterogenní skupině sourozenců a stálý pocit domova. Rozeznáváme náhradní rodinnou péči v podmínkách umělé nebo přirozené rodiny, a to [2]:

- **SOS dětské vesničky.** V ČR byly zřízeny asi od r. 1970 dvě (Chvalčov u Kroměříže, Doubí u Karlových Var, Brno - Medlánky). Jejich zřízení bylo motivováno hlavně tím, že tehdy nebyl zákon o pěstounské péči (byl schválen až v r. 1973). Proto nebyla zajištěna péče o děti, které neměly vlastní rodinu, nemohly být osvojeny a byly nevhodné pro ústavní péči.
- **Pěstounská péče.** Je soudním rozhodnutím definovaný svazek osob, které nabývají práva povinností jako rodiče a děti. Pěstouni jsou povinni se o děti starat. Pěstounský svazek končí zletilostí dítěte v 18 letech, může však být zrušena kdykoliv na žádost pěstouna, rodičů dítěte nebo orgánů péče o děti. Pěstounská péče je za úplaty. Pokud pěstouni převezmou do své péče aspoň 4 děti, dostanou **statut zvláštního zařízení** a požívají pak zvláštních výhod. Jinou formou je **pěstounská péče individuální**, kde přejímají pěstouni 1 až 3 děti a pěstounská péče funguje za podmínek přirozené rodiny.
- **Osvojení (adopce).** Je nejlepší formou náhradní rodinné péče v podmínkách přirozené rodiny. Adopce je pravomocným rozhodnutím soudu, při němž zanikají jakékoliv vztahy k původní rodině. **Osvojení** může být:

- **I. stupně - zrušitelné.** Dítěti je vystaven nový rodný list s novým příjmením, jako jeho rodiče zůstávají uvedeni vlastní rodiče;
- **II. stupně - nezrušitelné.** Dítěti je vystaven nový rodný list s novým příjmením a jako rodiče jsou uvedeni osvojitelé.

Osvojení I. stupně je určeno výhradně pro děti mladší jednoho roku.

Základní podmínkou pro osvojení je „právní uvolnění“ dítěte. Dítě je právně volné, jestliže [13]:

- ✓ vlastní rodiče podepsali souhlas s osvojením;
- ✓ vlastní rodiče byli zbaveni rodičovských práv;
- ✓ vlastní rodiče neprojeví po dobu 6 měsíců takový zájem, jaký by jako rodiče projeviti měli (tzv. půlroční nezájem). Zde záleží na posouzení soudu, co za takový zájem lze považovat.

V praxi je obvykle osvojovací řízení velmi zdlouhavé, bohužel obvykle k neprospěchu dítěte. Zájemci o adopci sepíší žádost na sociálním odboru městského úřadu. Příslušný pracovník pak žadatele navštíví, posoudí při řízeném nebo polořízeném pohovoru vhodnost žadatelů pro adopci. Vhodnost pak posuzuje také poradna pro manželství a rodinné vztahy po provedení příslušných potřebných vyšetření. Jsou-li žadatelé shledáni vhodnými, jsou zapsáni do seznamu žadatelů a čekají na vhodné dítě do jejich rodiny. Prvořadou zásadou je zde, že se mají **hledat rodiče pro dítě, ne dítě pro konkrétní rodiče.** [2]

Alternativní formou náhradní rodičovské péče (NRP) může být např. krátkodobá pěstounská péče, profesionální pěstounská péče aj.

Profesionální pěstounskou péčí chápeme jako „státem řízenou a kontrolovanou formu NRP, která po dobu svého trvání zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali.“ [25]

- **Krátkodobá profesionální pěstounská péče (PPP)** – délka trvání po dobu několika dnů až několika měsíců – v případech probíhající krize v rodině či z důvodů diagnostických nebo dojde-li k hospitalizaci rodiče a není nikdo, kdo by péči o dítě převzal. Záměrem je poskytnout rodičům čas na vyřešení osobních problémů či vztahů, pomoci dětem překonat obtíže či je ochránit. Smyslem je poskytnout akutní zajištění péče o ohrožené děti v rodinném (neazylovém, neústavním) prostředí.

Krátkodobá PPP může přejít v dlouhodobou PPP. V průběhu krátkodobé PPP by měla být stanovena jasná komplexní sociální diagnóza a prognóza dítěte a započat nápravný, terapeutický a rehabilitační program.

- **Dlouhodobá profesionální pěstounská péče** - délka trvání několik měsíců až několik let – je typ, který se uplatňuje v případech, že se po dobu trvání krátkodobé PPP nepodaří vyřešit situaci v rodině. Dítě proto v PPP zůstává, stále ale také zůstává zachována vazba na biologickou rodinu (např. v případech dlouhodobého onemocnění dítěte, rodiče, rodič ve výkonu trestu aj.). Smyslem tohoto typu je diagnostika a terapie, náprava, rehabilitace a prevence.

1.3.3 Ústavní péče v období dospívání

V období dospívání připadají v úvahu tři typy ústavních zařízení [2]:

- **diagnostické ústavy pro mládež,**
- **výchovné ústavy pro mládež,**
- **vězení pro mládež.**

V těchto zařízeních se statisticky významně často objevují mladí lidé, kteří předtím prošli kojeneckými ústavami a dětskými domovy.[20] Protože u mládeže je dominantním rysem hledání vlastní identity, opozice proti dospělým autoritám a vliv skupiny vrstevníků, jsou všechny druhy kolektivní péče o rizikovou mládež (ústavní i ambulantní) zatíženy rizikem vzniku delikventních gangů. To i u skupin dobře vedených, se schopnými vychovateli a s dobrým výchovným programem. Jelikož rizika ústavní péče jsou z tohoto hlediska nejvyšší, hledají se alternativní způsoby zacházení s mladistvými delikventy s preferencí neústavních forem.

Sem patří např. probace - dohled, narovnání mezi pachatelem a obětí, finanční postih, veřejně prospěšné práce apod. Věznění mladistvých je považováno za nejméně vhodnou prevenci dalšího kriminálního jednání. Ve vězení je nutné preferovat vzdělávací programy a individualizovaný přístup k mladistvým pachatelům. Od dříve preferované psychoterapie se dnes stále častěji přechází na tzv. **cílenou realitní terapii**, která má klienta vybavit konkrétními sociálními dovednostmi, užitečnými pro jeho budoucí civilní život. [2]

1.3.4 Ústavní péče v dospělém věku

- **Pobyt v nemocnici.** Je nejčastější poskytovanou ústavní péčí. Klient je zde ve svých potřebách limitován jednak chorobou samou, jednak vnuceným denním režimem.

Alternativou k nemocniční léčbě je léčba v domácím prostředí. Tak jako se ustupuje od ústavní péče, tak se ustupuje od hospitalizace nejen pro ekonomickou náročnost, ale i pro svůj nežádoucí psychologický důsledek. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které stále internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti.

- **Pobyty v psychiatrických léčebnách.** Jejich hlavním problémem je najít pro psychicky nemocné klienty náplň dne. Ta musí být individualizovaná. Proto je nutné pracovat s co nejmenšími skupinami psychiatricky nemocných.

Alternativou ústavní péče jsou chráněné dílny, chráněné bydlení. To vše je ovšem dražší než ústavní péče.

- **Ústavní zařízení pro léčbu alkoholové a jiných drogových závislostí.** Klienti jsou buď dobrovolní nebo donucení k léčbě rozhodnutím soudu. Výsledky léčení jsou zřetelně lepší ve skupině dobrovolných klientů, i když i oni jsou vlastně k léčbě nepřímo donuceni pracovními, rodinnými a často i zdravotními problémy. Léčebný pobyt se dělí do dvou etap. První tzv. detoxikační, odvykací fáze, s náročnou adaptací na prostředí léčebny. Ve druhé fázi, již bezdrogové, klient rekapituluje dosavadní život a začíná budovat na jiných kvalitách nový životní styl.
- **Ústavy pro svobodné matky.** Je jich málo, v cizině jsou často zřizovány církvemi. Frekventantkami jsou obvykle ženy ze sociálně nejslabších rodin, bývalé klientky z dětských domovů. Je jim věnována péče výchovná s doučováním chybějících dovedností v péči o dítě, vaření apod. Podmínka pobytu je dána věkem dítěte (do tří let). Velkým problémem bývá denní režim. Klientky - dospělé ženy - zde často přijímají návštěvy a jejich leckdy problematické chování narušuje dodržování denního režimu, chybí ohleduplnost ke spoluklientkám nebo k personálu. Rovněž bývají problémy s dodržováním pořádku a hygieny. Společenská odpovědnost klientek je nízká.

- **Vězení.** Jde o pobyt nedobrovolný, ke kterému se dostávají občané na základě soudního rozhodnutí, nejčastěji za spáchanou majetkovou trestnou činnost, méně často za násilnou trestnou činnost. Asi 20 % vězňů jsou recidivisté, kteří se více než třikrát dopustili trestného činu. Pobyt má svou funkci represivní, ale vedle ní daleko významnější roli výchovnou, rekvalifikační, napomáhající nalezení společenského uplatnění po ukončení výkonu trestu a tím prevenci dalšího kriminálního konání. Podle závažnosti trestného činu se dosud dělí vězni do tří kategorií, tzv. nápravných skupin. Vzhledem k tomu, že se nedaří dobře plnit onu výchovnou a resocializační součást trestu, jedná se nyní u nás o zavedení reformy výkonu trestu, inspirovanou některými zahraničními modely. Podle nich by se nápravná zařízení měla dělit do čtyř kategorií - vězení s dohledem, vězení s dozorem, vězení s ostrahou, vězení se, zvýšenou ostrahou.

Vězení by se měla lišit jen mírou bezpečnostních opatření a vězni by se měli diferencovat podle toho, jak spolupracují při výkonu trestu, jak ochotně plní požadavky a úkoly na ně kladené. Bohužel asi jen pro polovinu vězňů jsou ve věznicích pracovní možnosti. Z toho vyplývá, že do tohoto oboru lidské činnosti zvané penologie (lat. poena = trest) začínají pronikat principy sociální práce a lze očekávat stále větší angažovanost a spolupráci sociálních pracovníků s pracovníky vězeňské služby. Zavádí se tzv. alternativní tresty, což je novinka, která ještě nebyla v praxi v našich podmínkách vyzkoušena. [2]

1.3.5 Ústavní péče pro staré občany a občany nesoběstačné.

Ústavní péče pro staré občany a občany nesoběstačné je v podstatě realizována [2]:

- **v domovech důchodců,**
- **v domech s pečovatelskou službou,**
- **event. v penzionech** (což připadá v úvahu spíše v cizině).

Domovy důchodců poskytují plnou péči (sociální, zdravotní, pečovatelskou), zatímco domy s pečovatelskou službou poskytují zvýhodněné bydlení s pečovatelskými službami. Jejich nevýhodou je, že služby se poskytují jen v pracovní dny a v jednosměnném provozu. Přemístění do ústavní péče (což je vlastně přestěhování na doživotí) je závažným zásahem do života, obvykle následovaným známkami deprivace, s nejrůznějšími reakcemi psychosomatickými a zvýšenou úmrtností. Jde o tzv. maladaptivní syndrom, u starých lidí daleko častější než v mladších věkových skupinách.

Alternativní formou ústavní péče je komplexní domácí péče (nebo také domácí ošetrovatelská péče) a pečovatelská služba, eventuelně denní centra (domovinky). Tyto formy péče o staré klienty mají proti ústavní péči řadu výhod a předností, pro které by měly být preferovány. Jsou ovšem náročné jak pro sociální pracovníky, tak pro rodinu klienta. [2]

1.4 Rizika ústavní péče

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život. V ústavu má klient úplné zaopatření, o to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel a nepočteným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukováném světě, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě.

Redukce nároků a omezení podnětů mají následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spavost, apod.

Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak, že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví. Nevýhodou je nepřítomnost opačného pohlaví. Klienti ústavů nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. Sexualita si hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích. U dospělých tato ústavní homosexualita v mnohých případech mizí, mladiství však mohou být poškozeni trvale. Psychologický výzkum [13] ukázal, že pro rozvinutí přiměřené mužské resp. ženské role jsou klíčové dvě zkušenosti: zkušenost rodičovského pečování a zkušenost sexuálního experimentování v pubertálním období.

V uzavřených ústavech snadno vzniká tzv. **ponorková nemoc**, popisovaná původně u osádek lodí na dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Skupina postižená ponorkovou nemocí může některého svého člena i vyobcovat. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely. [13]

Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro **šikanování**. Násilí se může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce.

Největší autoritu mají nejagresivnější příslušníci personálu a nejbrutálnější chovanci. Věz-nice a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou násilné činy posuzovány zcela odlišně, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby, jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů, se v takové subkultuře těší obdivu, na nejnižších sociálních pozicích jsou sexuální devianti, zejména pedofilové.

Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování. Riziko je nejvyšší v těch ústavech, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní, staří. Klienti mohou být zneužíváni i sexuálně, zvláště v ústavech pro mládež. Erotické vztahy vznikají i mezi klienty. Jedná se jak o pseudoho-mosexuální dvojice, tak heterosexuální kontakty v zařízeních pro klienty obou pohlaví.

Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce (dětské domovy, vesničky SOS) omezují soukromí minimálně. **Represivní ústavy provádí degradační rituál**, kdy se klient podrobí přijímací proceduře, při které je připraven o svoje šaty, osobní věci, je mu přidělen stejnokroj, postel, místnosti, které nemůže užívat ani podle svého přání. [12]

Kombinací právě vypočtených nepříznivých vlivů se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak neochota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Postižený se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností. I v neústavním světě se tak vytvářejí society ústavního světa bývalých klientů či obyvatel.

Je zde i značné riziko pro personál, který bývá ohrožen a postižen známým **syndromem vyhoření (vypálení) - burnt out**. Dlouhodobý kontakt profesionálů s klienty vede zejména v některých typech ústavů k rychlému vyhoření profesionálovy schopnosti empatie. Profesionál konfrontovaný se stále stejným typem emoční zátěže se stává stále citlivějším na chování klientů. Syndrom vyhoření je očekávatelná, nevyhnutelná osobnostní obrana, která je patrná po řadě let praxe na každém profesionálovi. Nejčastějším projevem vyhoření je zkracování doby kontaktu s klientem, případně únik do ryze racionální roviny. Jiným projevem profesionální obrany je vyhledávání takových příležitostí kontaktů s klientem, které vylučují emoční zabřemňování. Profesionál, který klientům něco předcítá nebo přednáší, nemůže být z jejich strany osloven a kontroluje situaci. Kvalitní systém supervize

a postgraduální vzdělávání může být účinnou prevencí proti rychlému syndromu vyhoření. [13]

1.5 Azylová péče

Azylová péče se rozvíjí v naší republice teprve po roce 1989. V předchozím totalitním režimu totiž byla tato skupina sociálně nepřizpůsobivých občanů, žijících na okraji společnosti, zakamuflována v různých podnikových ubytovnách a ubikacích, pobytem v různých zařízeních sociální péče nebo v psychiatrických léčebnách, eventuálně ve vězeních, do nichž se občané bez pracovního poměru dostali vzhledem k tehdy platnému zákonu o pracovní povinnosti. Dnes, když je bezdomovectví opět obecně uznáno za společenský jev (i když nežádoucí), mění se vztah k této skupině občanů v tom smyslu, že nejsou potřební sociální péče, ale sociální pomoci, která jim má pomoci překonat obtížnou, kritickou sociální situaci. Jde o to uvést v život zásadu uplatňovanou ve všech vyspělých zemích „pomoz si sám a my ti pomůžeme“. Jde o odklon od paternalistické role státních a sociálních úřadů ve vztahu k těmto občanům, k odpovědnějšímu přístupu klientů a jejich rodin k tomuto problému.

Azylová zařízení jsou zařízení sloužící sociální práci s lidmi bez přístřeší (bezdomovci), zabezpečující jim základní životní podmínky. Specifikace této práce vedla k tomu, že byla vytvořena republiková instituce SAD (Sdružení azylových domů), která je členem mezinárodní organizace tohoto typu zvané FEANSTA. Ta se zabývá koordinací a standardizací činnosti azylových zařízení tak, aby jejich náplní nebylo jen poskytování noclehu a jídla, ale i určité sociální programy, aktivující klienty k řešení jejich svízelné situace. Tyto sociální programy se dělí na:

- a) sociální práci (vyřizování dokladů, zdravotní péči apod.);
- b) pomoc při řešení otázek zaměstnání;
- c) vzdělávací činnost (rekvalifikace aj.);
- d) duchovní (pastorační) péči - pokud je azylová pomoc provozována náboženskými organizacemi.

Rozeznáváme tyto druhy azylových zařízení [13]:

- **Noclehárny,**
- **Denní pobyty pro bezdomovce,**

- **Azylové domy,**
- **Zařízení napůl cesty,**
- **Chráněné byty,**
- **Krizová lůžka.** Jde o lůžka určená pro případy, kdy se osoba z mimořádných důvodů (živelné pohromy, rodinné konflikty s násilným jednáním, děti na útěku apod.) octne bez střechy nad hlavou a je nutné ji ubytovat.
- **Ubytovny pro matky s dětmi.** Jsou určeny matkám s dětmi, které nemají zabezpečené bydlení a octly se v nouzové situaci. Obvykle jde o dlouhodobější ubytování. Poskytují se zde kromě ubytování i služby poradenské, výchovná pomoc osamělým matkám a pomoc v krizových životních situacích, které nejsou matky schopny samy řešit.

Zřizovatel takového zařízení rozhoduje o tom, zda zařízení bude přijímat i nezletilé, jak omezí délku pobytu matky s dítětem. Obvykle jde o menší objekty s kapacitou pro 6-12 matek.

Buď jde o **ubytovny**, což je pokoj s nejnutnějším vybavením (postel, dětská postýlka, skříň, židle, konferenční stůl). V pokoji nemusí být zavedena voda, kuchyň, koupelna a záchod mohou být společné.

Nebo jde o **domov**, kde by měla mít matka k dispozici bytovou jednotku, samostatně uzavíratelnou. Prádelny, herny a společenské místnosti mohou být společné. Provoz takového zařízení vyžaduje zřízení vedení domova, stálé vrátné, pečovatelky, event. vychovatelky, sociální pracovnice atd. Musí být vypracován závazný domácí řád. Platí se měsíční poplatek v určité výši podle charakteru zařízení (nájemné), nicméně matky se musí podílet na spolufinancování pobytu (provozu). Matky se mají podílet na sociálně výchovných programech, zájmových činnostech. Tyto programy by měly napomáhat k ekonomické a společenské samostatnosti matek po ukončení pobytu v domově. Potřeba takových míst pro matky s dětmi se odhaduje cca na 4,25 míst na 10 000 obyvatel. Financování takových zařízení je řešeno jednak měsíčními poplatky matky (nájemným), jednak příslušným krajským (obecním) úřadem, pokud nejde o zařízení spravované některou charitativní organizací. [13]

1.6 Sociální služby

1.6.1 Legislativa upravující sociální služby

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služby poskytují zejména obce a kraje, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby a také Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Ústavní péči upravuje:

- zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (novela od 1.6.2006),
- zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a právní předpisy o sociálním zabezpečení,
- zákon č. 383/2005 Sb. ze dne 19. srpna 2005, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- nově zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách s platností od 1.1.2007.

Uživatelé sociálních služeb a jejich rodiny musí mít důvěru ve služby, které přijímají, potřebují být ujištěni, že jejich služby jsou kvalitní. V souvislosti s prosazením těchto trendů do praxe a zlepšováním kvality sociálních služeb v České republice byla zahájena reforma sociálních služeb. V jejím rámci byly vytvořeny také **standardy kvality sociálních služeb**. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Naplňování standardů poskytuje záruky uživatelům služeb a jejich rodinám. Standardy kvality jsou určeny pro všechny typy služeb a všechny typy poskytovatelů.

1.6.2 Nové trendy, nové projekty v NRP

V posledních letech bohužel ubývá žadatelů o náhradní rodinnou péči především pro skupinu opuštěných zdravotně a sociálně znevýhodněných dětí. Proto se hledají možnosti nového řešení této situace a zavádějí se nové, alternativní formy náhradní rodinné péče. No-

vou naději pomoci opuštěným dětem skýtá terapeutická či profesionální pěstounská péče, která je ve vyspělých zemích úspěšně již několik let využívána a je použitelná i v našich podmínkách. Vycházíme především z rakouského modelu, který se zdá být lépe aplikovatelný v našich podmínkách. Obdobné modely existují ovšem i v jiných zemích a mohou být pro nás také velmi inspirativní.

Model „profesionální, sociálně-pedagogické či terapeutické péče“ je založen na těchto východiscích [20]:

- Je stále mnoho opuštěných dětí, vyžadujících zvláštní péči (děti s vrozenými vývojovými vadami, děti se zvláštními vývojovými riziky, děti duševně či tělesně postižené, děti s problematickými rodiči – nemocnými, tělesně postiženými, drogově závislími, alkoholiky, trestanými aj.).
- Je málo žadatelů o náhradní rodinnou péči pro tyto děti, které vyžadují zvláštní péči.
- Tato zvláštní péče je často natolik náročná, že vyžaduje odbornou přípravu, výcvik a dlouhodobou supervizi.
- Za tímto účelem by měla vzniknout profese pěstoun – terapeut, jejíž využitelnost by nebyla omezena jen na oblast náhradní rodinné péče, ale byla by uplatnitelná i v dalších oblastech sociální péče.
- Profesionální pěstouni by měli být speciálně proškoleni a seznámeni v odborných kurzech s psychologií, pedagogikou, zdravotními a sociálně-právními okruhy problematiky těchto dětí, měli by projít speciálně zaměřeným sociálně-psychologickým výcvikem. V ideálním případě by byli již vystudovanými odborníky v některém z těchto oborů.

Hlavním smyslem profesionální pěstounské péče je přijímání dětí vyžadujících zvláštní péči na krátkodobé až dlouhodobé pobyty, určité azylově-terapeutické období, po které bude stanovena psychosociální a zdravotní diagnóza a prognóza dítěte.

V optimálním případě, při souběžné, citlivé a účelné práci, bude moci být dítě navráceno do původní rodiny, jinak pro ně bude vyhledána rodina náhradní, která má možnost s dítětem se postupně seznámit a přijmout je do své péče. Tento projekt by mohl být modelovým a sloužit k dalšímu rozšíření u nás (to však bude záležet především na schopnosti a charakteru pěstounské rodiny). Cílem tohoto modelu je tedy prevence sociálního osíření a pre-

vence ústavní výchovy. V první řadě je však nutné pokusit se zachovat biologickou rodinu při selhání rodinné péče, kdy nastupuje okamžitá intervence, podpora a sociálně-psychologická a zdravotní péče.

Domnívám se, že tato zařízení by mohla být využívána i k dalšímu záměru, který u nás také chybí a je praktikován jen velmi ojediněle. Je jím možnost vzdělávání, poradensko-relaxačních a odlehčujících setkání pro pěstounské rodiny. Velmi účinné bude využít tato zařízení pro pravidelná víkendová či prázdninová setkání pěstounských rodin, kde by měly možnost vzájemně se blíže poznat a hovořit o svých problémech a každodenních starostech za účasti odborníků.

1.7 Shrnutí teoretické části

„Ústav je světem pro sebe, ostrov soběstačného řádu, v němž je život omezený a předvídatelný vůči okolnímu sociálnímu prostředí.“ [13]

Člověk začíná svou životní dráhu krátkodobým pobytem v ústavní péči jako novorozenec v porodnici. Pro některé děti je pobyt v porodnici začátkem série ústavních pobytů, pokračující kojeneckým ústavem (do tří let věku dítěte) a dětským domovem. Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče má riziko dobře známé a dobře pojmenované: deprivace syndrom. Deprivované ústavní děti při srovnání se svými vrstevníky vychovávanými v rodinách bývají méně nadané, pomalejší, úzkostné a bojácné, zatížené mnoha druhy zlovyků. Tyto následky ústavní výchovy nazývané deprivacním syndromem jsou tím vážnější a tím hůře odstranitelné, čím dříve se dítě do ústavní péče dostalo a čím déle v ní bylo.

Nejlepší alternativou k ústavní péči o děti jsou bezpochyby adopce a pěstounská péče. I při volbě této varianty se nelze obejít bez delšího pobytu dítěte v ústavu, který předchází následné formě péče.

Společensky závažné chování dospívajících napomáhají řešit diagnostické ústavy, výchovné ústavy a vězení pro mladistvé. V těchto zařízeních se nápadně často objevují mladí lidé, kteří prošli kojeneckými ústavami a dětskými domovy.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním

týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon své profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí.

Vývoj u nás nevyhnutelně směřuje k tomu, aby ústavy byly financovány vícezdrojově a aby se podíl státu na jejich finančním dotování řídil počtem klientů. Ústavy si pak jako samostatně hospodařící subjekty budou moci určovat, jak své zdroje využijí. Bude-li chtít ústav obstát v konkurenci mezi jinými, podobnými, bude se snažit nasadit maximální počet pracovníků do programu s klienty. Skupinové programy bude strukturovat do nejmenších možných skupin klientů a bude podporovat také individuální práci profesionálů s klienty.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 SOUČASNÉ PROBLÉMY SYSTÉMU NÁHRADNÍ PÉČE V ČR

V České republice žije podobně jako v jiných evropských zemích přibližně 1% dětí (kolem 18000 dětí), které nemohou vyrůstat ve své vlastní, biologické rodině. Pouze 2% z této skupiny jsou úplní sirotci, ti však nejčastěji vyrůstají u někoho z příbuzných.[20] Většina opuštěných dětí tedy svou vlastní rodinu (nebo alespoň jednoho z rodičů) má, ale ta se o ně z nejrůznějších důvodů nemůže, nechce nebo neumí starat. Oproti jiným opuštěným dětem žijícím mimo rodinu ve vyspělých evropských zemích však naše děti nemají stejnou naději vyrůstat v „normálním rodinném prostředí“ – především proto, že u nás dosud nejrozšířenější formou péče o opuštěné děti je péče ústavní.

Následující údaje o mnohém vypovídají, dokreslují a popisují současnou úroveň péče o děti, žijící mimo vlastní rodinu.

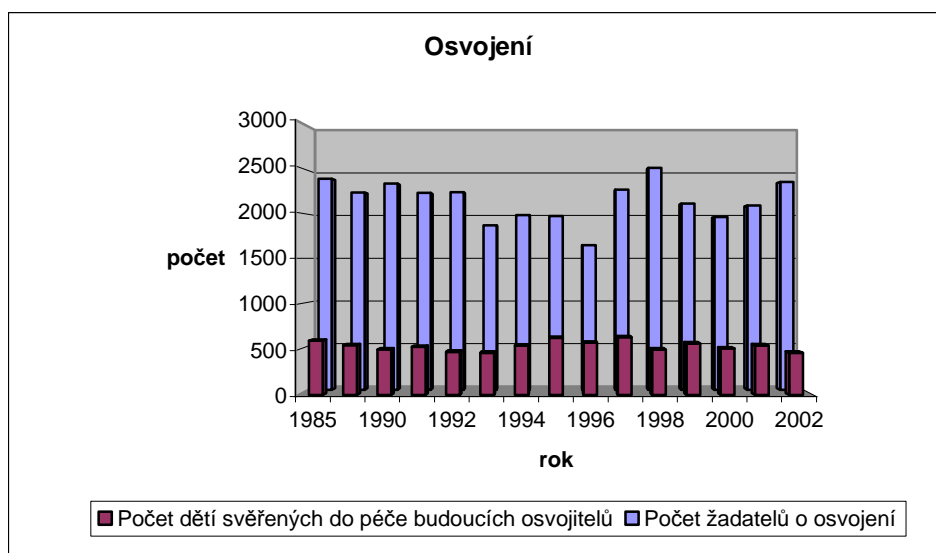
Tab. 1. Statistické údaje týkající se péče o děti mimo vlastní rodinu v ČR k 31.12.2000 [20]

Počet obyvatel v ČR	10 278 098
Počet dětí (0-14)	1 707 204
Počet narozených dětí v r. 2000	91 169
Počet umístěných dětí v r. 2000	
Do adopce	566
Do pěstounské péče	417
Do péče jiného občana než rodiče	907
Do ústavní výchovy	2117
Do ochranné výchovy	71
Počet dětí v ústavních zařízeních	
Kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let	1720
Dětské domovy a Zvláštní školy internátní	5400
Dětské výchovné ústavy	1000
Výchovné ústavy pro mládež	1400
Ústavy sociální péče	10480

Tab. 2. Nejčastější důvody přijetí do ústavní výchovy [20]

Nejčastější důvody přijetí do ústavní výchovy	%
Zdravotní	20,5
Zdravotně sociální	16,5
Sociální	50,0
Jiné	13,0

Více jak 60 % dětí žijících v ústavních zařízeních jsou chlapci. [20]



Obr. 1. Statistické údaje týkající se osvojení v ČR [vlastní zpracování]

Další informace týkající se dalších statistik počtu dětí žijících v pěstounské péči v ČR uvádím v grafické podobě v příloze P I.

K současným problémům systému náhradní rodinné péče (dále jen NRP) - konečně již diskutovaným a alespoň částečně řešeným patří:

- novela zákona o rodině;
- roztržitá, nejednotná koordinace NRP;
- zdlouhavost, nepružnost procesu umístování dětí;
- nedostatečná komunikace a spolupráce všech institucí v oblasti NRP;
- umístování dětí se speciálními potřebami a dětí romských;
- příprava a vzdělávání žadatelů o NRP a následně vedení (supervize) nových rodin;

- dlouhodobá podpora náhradních rodin, dlouhodobé výzkumy, sledování;
- perspektiva a pomoc dětem po období zletilosti (chráněná bydlení, studium, apod.);
- alternativní formy NRP (krátkodobá pěstounská péče, profesionální pěstounská péče aj.);
- problematika mezinárodní adopce. [20]

2.1.1 Legislativní stránka problému

Po třech letech účinnosti novely *zákona o rodině* se potvrdila obava pracovníků v oblasti NRP, že tento zákon přinese hluboké dopady na život dětí žijících v kojeneckých ústavech a dětských domovech. Výrazně se prodloužila délka pobytu dětí v institucích (v průměru o jeden rok), snížily se počty dětí do adopce a nežádoucím způsobem se posunul věk dětí přijímaných do náhradních rodin. Právě věk dětí, kdy jsou přijímány do nové rodiny, výrazně ovlivňuje jejich další vývoj a následně určuje jejich postavení v dospělém věku.

Zmíním-li se o *zákoně o sociálně-právní ochraně dětí*, objevily se následující okruhy problémů:

- byly sice posíleny počty sociálních pracovníků, ale velký počet případů a s tím spojené administrativy jde na úkor kvality vlastní sociální práce,
- na jednu sociální pracovníci pro NRP připadá v průměru 80–100 klientů, což ji vzdaluje od terénní sociální práce (vidí se jako „úřednice,“ ne sociální pracovníce),
- problematičtější je spolupráce se soudy (dlouhé lhůty řízení, nedodržování Úmluvy o právech dítěte, apod.),

2.1.2 Situace ve Zlínském kraji

Ve Zlínském kraji poskytuje sociální služby více než 200 zařízení, které provozuje přibližně 100 organizací. 15 organizací s více než 40 zařízeními zřizuje Zlínský kraj. Cca 65 nestátních neziskových organizací provozuje asi 140 zařízení sociálních služeb. Ostatní sociální služby jsou poskytovány organizacemi obcí a fyzickými osobami. [23] Existuje katalog sociálních služeb Zlínského kraje, který poskytuje základní přehled o sociálních službách nabízených lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci.

3 DĚTSKÉ CENTRUM ZLÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

3.1 Historie DCZ

Dětské centrum Zlín, příspěvková organizace, jako nestátní zdravotnické zařízení tvořící jednotný funkční, organizační a hospodářský celek s právní subjektivitou je s účinností od 1.1.2003 příspěvkovou organizací Zlínského kraje.



Obr. 2. Logo DCZ [21]

Vila Dominika Čipery se stala svého času s celkovou plochou 1700 m² největším obytným domem Zlína. Se stavbou se začalo v roce 1939. Budova je velmi impozantní, připomíná rozlehlý a prostorný anglický dům. Kolem vily je velká a pečlivě udržovaná zahrada. Rodina Dominika Čipery si pohodlí domu užívala pouhé tři roky. Po svém odchodu věnovala rezidenci Podpůrnému fondu pro péči o dítě a záhy sem byl umístěn dětský domov.



Obr. 3. Vila Dominika Čipery – dnešní sídlo DCZ [21]

Původní dětský domov plnil svoje poslání do roku 1951. Za dobu své existence poskytl potřebnou pomoc a péči téměř dvěma tisícům dětí, jimž bylo potřeba nahradit rodinu, která z nejrůznějších důvodů selhala. Šlo o zařízení specializované se spádovou oblastí bývalého Jihomoravského kraje. Postupně se změnou sociálních podmínek, rozvojem náhradní rodinné péče, zvyšováním počtu postižených dětí v populaci a nedostatkem zařízení, která by jim poskytla potřebnou péči, rozšířil tento ústav svoji činnost i do této oblasti. S rostoucím počtem dětí postižených kombinovanými vadami zkvalitňovala se péče i o ně. Do činnosti

ústavu se podařilo zařadit další odbornosti (dětská psychologie, speciální pedagogika, logopedie, rehabilitace), rozšířila se i ambulantní péče.

3.2 Charakteristika zařízení

3.2.1 Péče poskytovaná v DCZ

Dětské centrum Zlín je dětské nestátní zdravotnické zařízení zřízené Zlínským krajem. Poskytuje komplexní zdravotní, výchovnou, psychologickou a sociální péči dětem a jejich rodinám. Nabízí pro své klienty péči v dětském domově s nepřetržitým provozem a v denním stacionáři.

Dětské centrum má část:

- ❖ **lůžkovou** - dětský domov má kapacitu 28 míst a poskytuje komplexní péči dětem od 1 roku (event. od 6 měsíců) do 6 let, případně starším s odkladem školní docházky, s nařízenou ústavní výchovou, se zdravotním postižením nebo dětem z rodin, které jsou ve svízelné situaci.
- ❖ **ambulantní / denní stacionář** - denní stacionář má kapacitu 10 míst pro děti docházející denně, které pro svůj změněný zdravotní stav nemohou navštěvovat běžná zařízení.

Je zde možnost také využít krátkodobě nepřetržitého pobytu v případě sociální výpomoci rodinám ve svízelné situaci (bytové problémy, nemoc osamělého rodiče pečujícího o dítě ať již zdravé či postižené), výjimečně je možno krátkodobě ubytovat i matku s dítětem v případě náhlé životní krize.

DCZ poskytuje diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační a poradenskou péči v oblasti zdravotní, psychologické, pedagogické, sociální a rehabilitační.

- v **oblasti zdravotní** je to péče dětského lékaře, příp. dětského neurologa a léčebná rehabilitace,
- v **oblasti psychologické** poskytuje odborné vyšetření, klinické psychologické poradenství, psychoterapie a psychologické vedení, preventivní a léčebné působení na děti, rodiny a rodiče ohrožené prostředím, práce metodami Integrované psychoterapie, zahrnuje techniky verbální i neverbální včetně relaxačních, kombinuje formu

individuální, rodinnou, ebeny. skupinovou), metodami Satiterapie dle Patricie Morris,

- v **oblasti pedagogické** poskytuje DCZ dětem speciální pedagogickou péči, aplikací metody Portage pro děti s opožděným vývojem, metody Kumot pro děti nadměrně impulsivní, sociálně a motoricky neobratné, metody strukturovaného učení pro děti s poruchami autistického spektra, metody Dobrého startu pro děti s poruchami vnímání, řeči a grafomotoriky (vstupní etapa pro výuku čtení, psaní a počtů). Dětem je poskytována logopedická péče. Klientům je k dispozici půjčovna speciálních hraček a pomůcek,
- v **oblasti sociální** zajišťuje DCZ právní ochranu dětem, které mají soudem nařízenou ústavní výchovu. Centrum poskytuje základní poradenství v sociálně právní oblasti, poradenství o sociálních dávkách, zprostředkovává kontakty na jiná odborná pracoviště a poskytuje pomoc při zajištění další péče po propuštění dítěte. Spolupracuje při organizaci náhradní rodinné péče.
- Léčebnou **rehabilitační péči** zajišťuje fyzioterapeut za podpory všech ošetřujících sester. Dle ordinace rehabilitačního lékaře aplikuje moderní fyzioterapeutické poznatky a postupy podle individuálních potřeb konkrétního dítěte. Využívá vodoléčbu, perličkové koupele, saunu s bazénkem, rehabilitační míčkování, dechová cvičení, fyzikální terapii (laser a magnetoterapii), aromaterapie, relaxační masáže, biolampu a další. V Centru působí ambulantně canisterapeut. Organizace usiluje o zavedení tvrdých technik Vojta, Bobath, o jejich aplikaci a zácvik rodičů.

K zajištění péče o ohrožené a postižené děti využívá DCZ mezioborové spolupráce v rámci soustavy zdravotnických zařízení s cílem koordinovat diagnostické a terapeutické postupy a vytvářet krátkodobé i dlouhodobé rehabilitační programy. Dle ordinací odborníků jsou aplikovány moderní poznatky a postupy odpovídající současným poznatkům vědy, a to podle individuálních potřeb konkrétního dítěte.

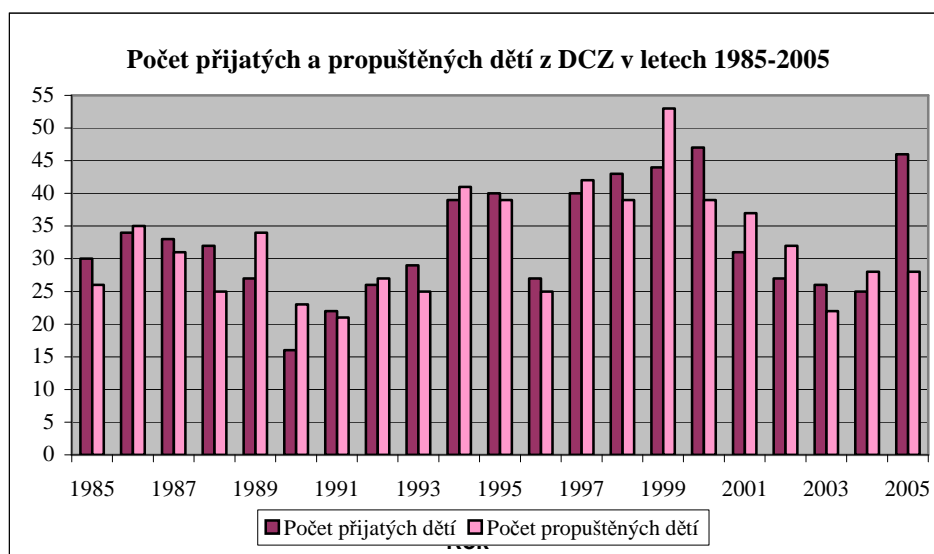
Centrum umožňuje krátkodobé jeslové pobyty dětem, jejichž matky čerpají další MD a potřebují hlídání dítěte k návštěvám lékaře, v době dalšího těhotenství, k vyřízení úředních záležitostí, v době své nemoci apod. Tyto pobyty jsou možné u příjemců rodičovského příspěvku po dobu 5 dnů v měsíci podle Zákona 117/95Sb., § 30. Službu lze poskytovat jen v případě nenaplněné kapacity zařízení.

Centrum usiluje o integraci a otevřenost široké veřejnosti. Organizuje pro děti ozdravné pobyty v rekreačních oblastech České republiky.

Centrum poskytuje praxi pro studenty středních, vyšších a vysokých škol.

3.2.2 DCZ v číslech

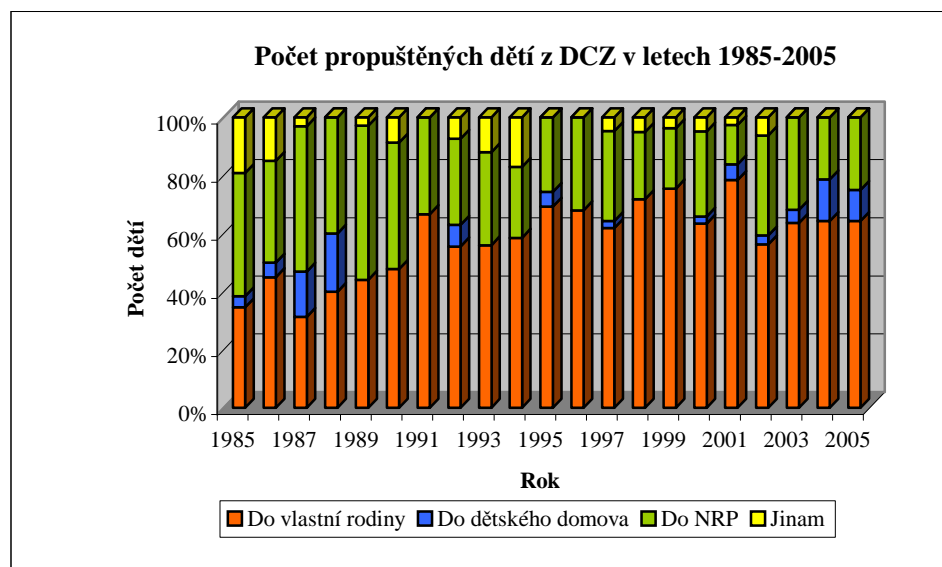
Celkový počet přijatých dětí v letech 1985-2005 je 684, počet propuštěných dětí je 672. Jejich průběžný vývoj charakterizuje tabulka č. 4 uvedená níže.



Obr. 4. Počet přijatých a propuštěných dětí z DCZ v letech 1985-2005
[vlastní zpracování]

Celkové počty jsou počty dětí ústavních a (součet) počty dětí docházkových.

Obrázek 5 charakterizuje počet propuštěných dětí z DCZ v letech 1985-2005 dle různých druhů péče. Nejvíce byli děti propuštěny zpět do vlastní rodiny, nejméně pak dále do dětského domova či do jiných ústavních zařízení. Podrobná čísla jsem zařadila do přílohy P II.



Obr. 5. Počet propuštěných dětí z DCZ v letech 1985-2005 dle různých druhů péče [vlastní zpracování]

3.3 Charakteristika činností DCZ ovlivňující veřejné mínění

3.3.1 Organizace propagačních aktivit

V dětském centru se o propagační aktivity stará sociální pracovnice, která jednou do roka posílá brožuru o činnostech DCZ e-mailem na příslušné odbory městských úřadů Zlínského kraje, na OSPOD a do všech diagnostických ústavů v ČR. Pozvánky na konkrétní akce pořádané DCZ jsou vyvěšeny na nástěnce v centru pro rodiče docházkových dětí, dále jsou rozesílány rovněž e-mailem do všech Mateřských školek ve Zlíně a do DD na Lazech. Než zde vytvořena databáze oslovených osob a veškeré adresy jsou vyhledávány na internetu.

Co se týká oslovení široké veřejnosti, činnosti v tomto směru jsou téměř zanedbatelné. Sice zde funguje proces doporučení buď ze strany dětských lékařů či klientů, nicméně by se na to centrum nemělo pouze spoléhat. Regionální média (televize i tisk) komentují akce vždy až po jejich konání. Neobjevují se zde pozvánky na budoucí akce dopředu.

Je sice pěkné, že jsou webové stránky nově renovované a v aktualitách můžeme najít informace o pořádaných akcích, ale spousta lidí www adresu nezná a je velký problém ji bez přesného názvu instituce najít. To samé platí u hledání kontaktu ve Zlatých stránkách, kdy v rubrice dětské domovy či pouze domovy nenajdeme nic.

3.3.2 Připravované akce na rok 2006

DCZ pořádá v letošním roce nejen pro své děti akce: soutěž o největší iglů, hry se sněhem, pohádkový den ve filmových ateliérech, velikonoční zvyky, filmový festival, hledáme poklad, stavění stanů, zkouška odvahy, pohádkový les, den otevřených dveří, hry s listím, dny zdraví, jablečný den, Mikuláš, Vánoce aj.

4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ PRO ZJIŠTĚNÍ POVĚDOMÍ O DCZ U OBYVATEL MĚSTA ZLÍNA

4.1 Cíl a postup dotazníkového šetření

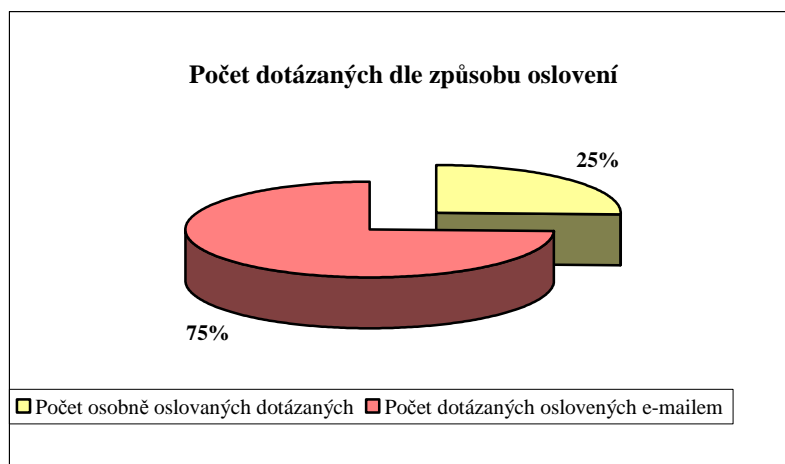
Jelikož se Dětské centrum Zlín potýká s problémem malého povědomí místních obyvatel o tomto zařízení – což mohu z vlastních zkušeností potvrdit, kdy jsem sama chtěla po přistěhování do Zlína takové zařízení oslovit a nemohla žádné najít ani na internetu a ani ve zlatých stránkách – chtěla jsem spolu s vedením DCZ zjistit, proč o tak specializované organizaci, poskytující tolik nad rámec běžných služeb, ví tak málo lidí. Stanovila jsem si hypotézu: „*O poskytovaných službách DCZ ví velmi málo obyvatel Zlína a okolí*“, kterou se budu snažit průzkumem mezi místními občany potvrdit či vyvrátit.

Forma dotazníku mi zpočátku přišla jako nejvhodnější prostředek pro získání informací. Dotazníkem lze sice oslovit velké množství lidí, přičemž díky zaručené anonymitě vede tento prostředek respondenty k větší upřímnosti, ale jeho nevýhodou je, že nemůže být příliš rozsáhlý a podrobný. I přestože jsem se ho snažila sestavit co nejstručněji a jednodušeji, aby jeho vyplnění nezabralo více jak pět minut, setkala jsem se s velkou neochotou lidí sdělovat mi jakékoli informace. Nezbyvalo mi tedy svůj záměr přehodnotit a pozměnit formu dotazování. I přes to, že návratnost dotazníků poslaných na konkrétní e-mailovou adresu je malá – což se mi ve výzkumu opravdu potvrdilo, oslovila jsem respondenty tímto způsobem. Našla jsem si na internetu e-mailové adresy pracovníků UTB, knihoven, Krajského úřadu ve Zlíně a mých přátel a zaslala jim svůj dotazník. Některé informace se mi podařilo získat prostřednictvím osobních rozhovorů s lidmi z oboru a také nemohu opomenout spolupráci se sociální pracovnící DCZ, která se mi snažila pomoci jak po stránce legislativní, tak po stránce zkušenostní.

Při sestavování dotazníku jsem využila uzavřených, otevřených i projekčních otázek, kdy u některých jsem dala možnosti k zaškrtnutí, některé jsem nechala zcela otevřené a u některých jsem obě metody zkombinovala. Dotazník jsem rozdělila do dvou částí, kdy jsem se po identifikačních údajích zaměřila na utvoření obrazu povědomí respondentů o DCZ. Druhou část jsem věnovala subjektivním názorům občanů na podobná speciální zařízení. Vzor dotazníku uvádím v příloze P III.

Osobně jsem s dotazníkem oslovila 40 lidí a rozeslala 400 dotazníků na e-mailové adresy. Při volbě respondentů jsem se původně snažila oslovit občany ve věku mezi 25-40 let, če-

hož jsem posléze elektronickou formou nemohla dosáhnout. Zaměřila jsem se na oslovení spíše žen, které by dle mého názoru měly mít o takovýchto zařízeních větší přehled. Snažila jsem se zajistit minimálně 100 vyplněných dotazníků, aby byl daný vzorek reprezentativní. Z osobně oslovených lidí (40) se mi podařilo získat 26 a ze 400 rozeslaných e-mailů se mi vrátilo 76 vyplněných dotazníků. Úspěšnost návratu dotazníků je 23,2 %. Počet dotázaných dle způsobu oslovení lépe charakterizuje Obr. 6. uvedený níže.



Obr. 6. Počet dotázaných dle způsobu oslovení [vlastní zpracování]

4.2 Charakteristika respondentů

Z celkového počtu 102 vyplnilo dotazník 26% mužů a 74% žen.

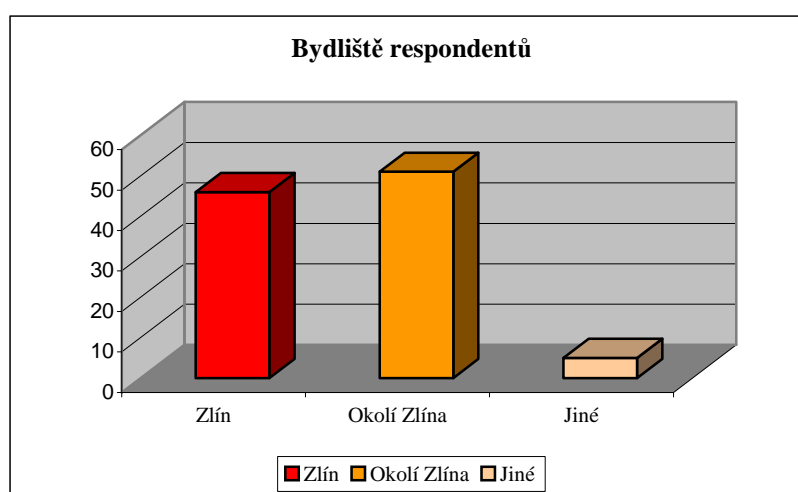
Zaměřila jsem se převážně na ženy, u kterých jsem předpokládala větší zájem a povědomí o DCZ. Nejvíce byly ženy zastoupeny ve věkovém rozpětí 20-25 let, nejméně ve věku mezi 31-35 let. Mužů bylo osloveno nejvíce ve věku 26-30 let. Průměrný věk všech respondentů je 21 let.

Tab. 3. Věková struktura respondentů [vlastní zpracování]

Věková skupina	Muži	Ženy	Celkem	Relativní četnost
20-25	5	26	31	30
26-30	9	17	26	25
31-35	4	5	9	9
36-40	0	10	10	10
41-45	4	8	12	12

více jak 46	5	9	14	14
Celkem	27	75	102	100
Průměrný věk	21,16			

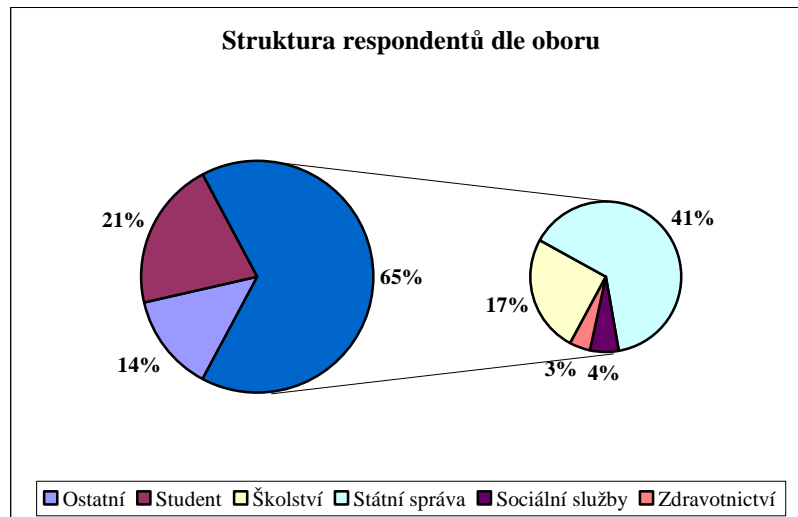
45 % dotázaných jsou místními obyvateli Zlína, 50 % do Zlína dojíždí z blízkého okolí. Z uvedených údajů se průměrná vzdálenost rovná 22,3 kilometrů. Podařilo se mi vyplnit dotazníky i s lidmi z větší vzdálenosti – 2 x Praha, Trutnov, České Budějovice, Brno, z nichž nikdo o DCZ nikdy neslyšel.



Obr. 7. Bydliště respondentů [vlastní zpracování]

Podívám-li se na respondenty vzhledem k jejich rodinnému stavu a počtu dětí, zjistím, že dotazníky vyplňovali z 50 ti % ženatí/vdané a z 43 % svobodní respondenti mající buď 2 nebo žádné děti.

Zaměřím-li se na dotazované dle oboru, ve kterém pracují či podnikají, tak 65 % dotázaných (sečetla jsem některé uvedené obory, o kterých předpokládám, že jsou více méně blíže sociální péči, o které by měli vědět více) jsou lidé z oboru. Předpokládala jsem, že z této skupiny bude nejvíce kladných odpovědí týkajících se DCZ. 21 % respondentů byli studenti a zbylých 14 % pokryly obory jako administrativní pracovníci, manuální pracovníci, policie apod.



Obr. 8. Struktura respondentů dle oboru [vlastní zpracování]

4.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Vzhledem k rozsahu této Bakalářské práce jsem byla nucena podrobnější vyhodnocení jednotlivých otázek s konkrétními čísly zařadit mezi přílohy (P IV), kde jsem u zajímavějších tendencí použila i grafického znázornění. Na následujících řádcích jsem se tedy pokusila odpovědi pro každou z částí dotazníku stručněji ucelit a zevšeobecnit.

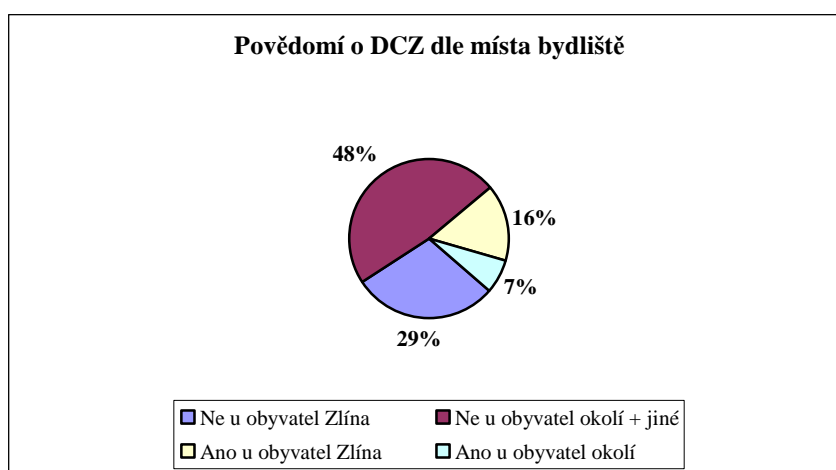
4.3.1 Povědomí respondentů o DCZ

Vzhledem k požadavku a s ním spojenému hlavnímu cíli této práce jsem první část tohoto dotazníku věnovala zjištění povědomí zlínského obyvatelstva o tomto centru. Najít takové zařízení ve Zlíně mně samotné dělalo velké potíže, domnívám se tedy, že DCZ není mezi místními občany moc známé.

První zahřívací otázku jsem položila zeširoka, abych zjistila, zda lidé vůbec vnímají kolem sebe ústavní zařízení. I když sem zapletli i jiné organizace, než na které jsem se přímo ptala (např. se hodně opakovalo: dětské centrum v Malenovicích, Slunečnice ve Zlíně, Azylový dům pro matky s dětmi VM, Domek Zlín, Sluníčko v Otrokovicích, dům s peč. službou Otrokovice aj.), musím konstatovat, že mají docela přehled. Téměř každý byl schopen vyjmenovat několik zařízení ze svého okolí. Nejvíce se opakovalo: Dětský domov (DD) Lazy, dětský domov v Bojkovicích, DD Uherský Ostroh, DD Valašské Meziříčí, DD Vizovice, Ústav pro sluchově postižené Val. Meziříčí, ústav pro ment. postižené ve Fryštáku, Dětský domov UH aj. Paradoxní je, že téměř všichni, co měli na mysli DCZ ho znají pouze

pod názvem DD Burešov nebo Kojenecký ústav Burešov. Zde totiž napsali Burešov a na následující otázku jestli znají DCZ ztrhli odpověď „ne“. Pouze v pěti případech lidé napsali DCZ.

Opomenout nemohu ani můj postřeh, kdy z celkového počtu 43 zaměstnanců Krajského úřadu ve Zlíně téměř nikdo (36 respondentů) tuto organizaci neznal, a to i přestože jsem oslovila příslušné odbory, u kterých jsem povědomí předpokládala a navíc jsou jejím zřizovatelem. Podrobnější informace ukazuje následující graf, kdy jsem si z celkových odpovědí vyčlenila ty, kteří bydlí ve Zlíně a buď znají nebo neznají DCZ. 23 % respondentů DCZ zná.



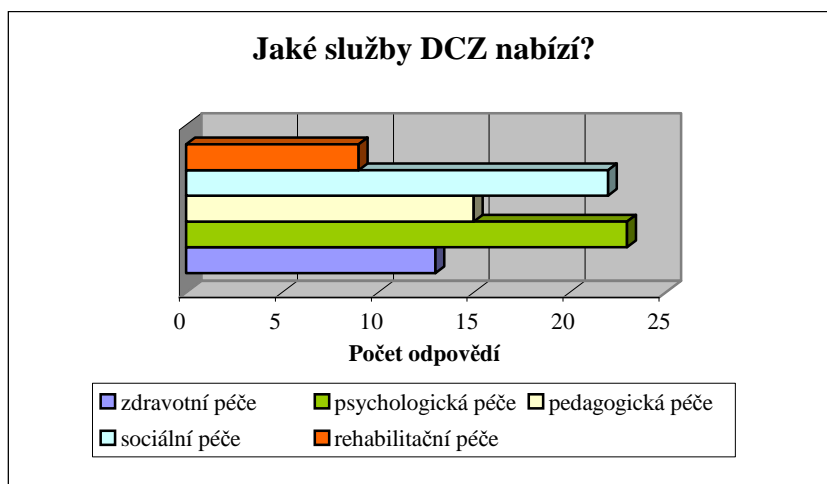
Obr. 9. Povědomí o DCZ dle místa bydliště [vlastní zpracování]

Nejvíce respondentů zná DCZ z pracovní činnosti. Dotazník mi vyplnila i slečna, která jak sama uvedla: „dva měsíce jsem jim pomáhala a vodila chlapečka do školy na Jižní svahy, psala jsem s ním úkoly a každou středu jsme jezdili na judo. Jsem u nich stále vedena jako dobrovolník a ráda pomůžu, když potřebují.“ Dále pak zná veřejnost DCZ od známých a 22 procent z internetu. Určitě by procento informovanosti ze strany lékařů bylo vyšší, kdyby se mi podařilo oslovit více lidí majících problémové dítě.

Díky těmto odpovědím se mi potvrdilo, že se respondenti více méně ujali vyplňování tohoto dotazníku zodpovědně – nikdo nenapsal z rádia nebo z TV, což by bylo díky těmto téměř nevyužívaným zdrojům ze strany DCZ nepravděpodobné.

18 respondentů z 23 znajících DCZ ví, že je centrum zaměřeno na klienty ve věku do šesti let. 3 respondenti určili druhou variantu i přes to, že v předchozích otázkách odpověděli, že DCZ znají z pracovní činnosti a jsou zaměstnáni ve státní správě KÚ města Zlína.

Z celkového počtu 23 vyplněných odpovědí ví lidé nejvíce o psychologické a sociální péči a to téměř jednou třetinou, zdravotní péče společně s pedagogickou je v povědomí také. Je velká škoda, že nejhůře je u respondentů v povědomí rehabilitační péče (9 dotázaných o ní ví), na kterou dle mého názoru je potřeba propagačně více se zaměřit. Za zmínku také stojí, že 20% respondentů znajících DCZ vědělo o všech poskytovaných druzích péče, 7% vědělo pouze o 4 a 3 z nich.



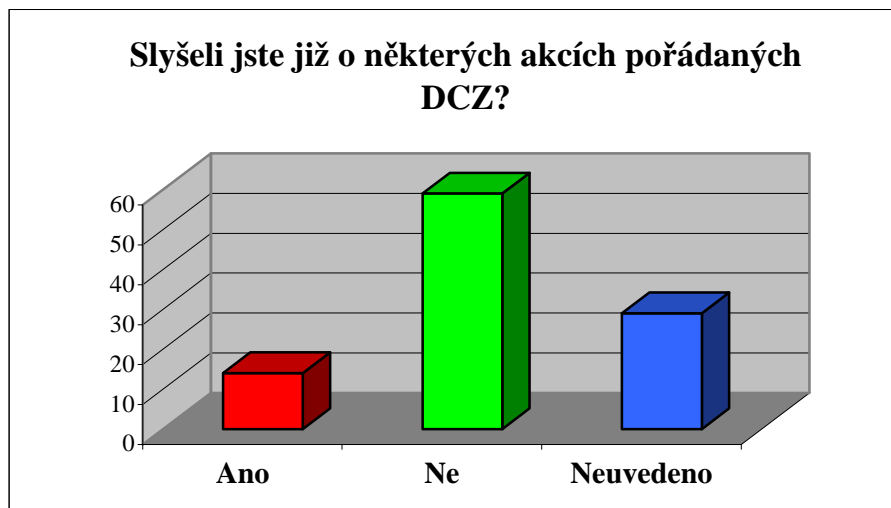
Obr. 10. Jaké služby DCZ nabízí? [vlastní zpracování]

Sídlo DCZ znají všichni ti, co znají DCZ. Nejčastější odpovědi: „Je to Čiperova vila na Burešově“, „Zastávka Burešov (u Kauflandu)“, „Sídli naproti Kauflandu na Burešově“.

Webové stránky zná 70 % z 23 respondentů, zbylých 30 % je nikdy nenavštívilo a nezná je.

Zeptám-li se na přístupnost venkovního areálu na Burešově pro širokou veřejnost, zjistím, že o otevřenosti ví 43 % respondentů. Pouze 4 z dotázaných o této skutečnosti ještě neslyšeli.

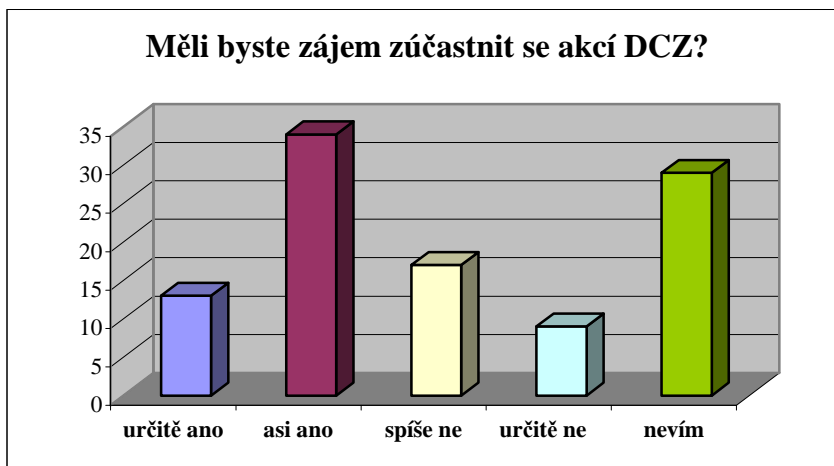
I přestože DCZ pořádá během roku spoustu akcí pro děti a veřejnost, ví o nich pouze 14 respondentů ze všech 102 dotázaných – podrobněji v obr. 10 níže. Nejvíce slyšeli o dnech otevřených dveří, o slavnostním otvírání hřišť pro veřejnost, o vánočních akcích, při nichž děti dostávají dárky apod.



Obr. 11. Povědomí o akcích pořádaných DCZ [vlastní zpracování]

Pro zvýšení povědomí o činnosti DCZ lidé nejvíce navrhovali využití místních médií (regionální tisk jako Zlínské noviny, Magazín města Zlína, šoty v místních rádiích jako rádio Zlín, rádio Čas nebo krátké TV zprávy v regionálním vysílání), vyvěšení různých informačních plakátů a letáků. Hodně se objevoval návrh prezentace se v rámci různých akcí pořádaných např. na náměstích v rámci dne dětí, různých festivalů a akcí pro děti a mládež na náměstí. Objevil se i návrh vytvořit výrazné, snadno zapamatovatelné logo. Zazněl i zcela odlišný názor: „Nemyslím si, že je třeba propagace. Sponzorsky na to byl dětský domov na Burešově dobře už od dob Mudr. Tesařové. Sponzoři rádi vyhledávají takové „citlivé“ adresáty pro své peníze.“ Pouze jeden respondent uvedl, že se o tuto problematiku ani o aktivity DCZ nezajímá. Další informace týkající se propagačních aktivit využijí a více rozvedu v kapitole mých návrhů a doporučení ke zlepšení současného stavu v DCZ.

Velice pozitivní výsledky vychází z níže uvedeného obrázku č. 11, kdy ze všech dotázaných by mělo zájem se akcí DCZ účastnit, 13 % respondentů „určitě ano“ a 33 % „asi ano“. Pouze 9 % by se akcí určitě nikdy nezúčastnilo.



Obr. 12. Měli byste zájem zúčastnit se akcí DCZ? [vlastní zpracování]

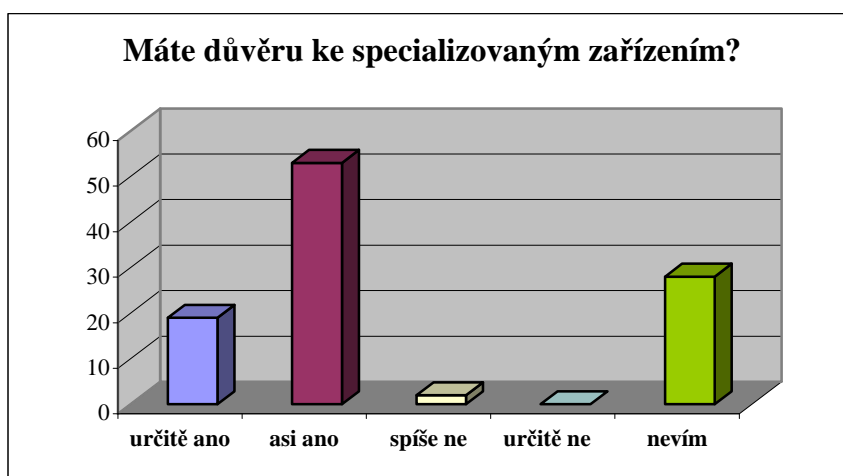
Pomineme-li odpovědi typu „žádná“ nebo „pouze povinnost“, nejvíce by respondenty přilákaly akce jako koncerty (i benefiční), různé výstavy obrázků nebo výrobků dětí nejen z DCZ, zábavná odpoledne plná sportovních či výtvarných soutěží, zábavné odpoledne spojené s táborákem a nacvičením dětských písniček, tvořivá odpoledne, karneval, něco se zvířaty – např. ukázka výcviku psů pro slepé, jarmark nebo představení starých řemesel.

Objevil se v dotaznících i zcela odlišný názor, který nechám bez komentáře: „Dětské besídky jsou pouze pro maminky docházejících dětí. Další akce, třeba reklamní, v žádném případě. Myslím, že žádný humbuk není potřeba. Děti, které jsou v dětském domově jsou deprivované a vychovatelky i při dnech otevřených dveří určitě pociťují velkou zátěž – musejí pečlivě sledovat, jaký rozruch ještě to které dítě snese, které ještě zůstane, kdo převezme dítě, které musí do klidu, to je celá strategie. Kdyby mělo jít o nějakou akci mimo Domov, pak si neumím představit, kdo by to měl z DCZ organizovat. Myslím, že zaměstnanci jsou zcela vytížení běžným chodem. I na www stránkách je přece vidět, že z místních („domovských“) dětí nechtějí vychovatelé dělat žádné opičky na prohlížení. Jestli máte na mysli větší propagaci areálu a jeho návštěvnosti, myslím, že není potřeba. Děti zvenku jsou zvány ty, které jsou v péči např. dětského psychologa. Větší atak cizích není potřeba, silně by to zvýšilo náklady na údržbu areálu.“

4.3.2 Subjektivní názory občanů na podobná speciální zařízení

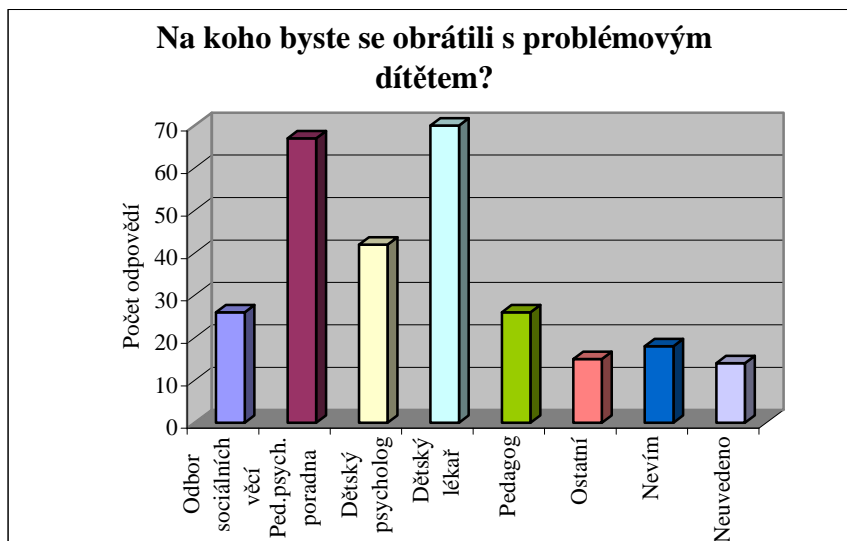
Dotazníkem se mi podařilo oslovit pouze jednu pani mající ve své rodině dítě vyžadující speciální péči. Je jedinou dotázanou, která vodí svého synovce do DCZ a která pravidelně navštěvuje specializovaná zařízení, se kterými má velmi dobré zkušenosti.

Ke specializovaným zařízením mají dotázaní, až na dvě výjimky, více méně kladný postoj. Odpověď „asi ano“ je ovlivněna zatím chybějícími vlastními zkušenostmi respondentů, kdy nemohou jednoznačně s určitostí posoudit, zda jsou spokojeni a mají důvěru či nikoli. V televizi se čas od času objeví zpráva o týrání nebo šikanování dětí v dětských domovech ze strany vychovatelů, což může jejich názor samozřejmě také ovlivnit. Svá tvrzení nejčastěji odůvodňují tím, že na takových místech očekávají kvalifikovaný personál poskytující odbornou péči každému, kdo o ni požádá. Přesné výsledky této otázky jsou uvedeny v obr. 12 uvedeném níže.



Obr. 13. Máte důvěru ke specializovaným zařízením? [vlastní zpracování]

Kdyby měli respondenti problémové dítě, na prvním místě by se obrátili na dětského lékaře, od kterého očekávají, že by je dále nasměroval a odkázal na příslušné odborníky projevového problému u dítěte. Na druhém místě by respondenti oslovili pedagogicko-psychologickou poradnu. Dále také přímo dětského psychologa či pedagoga. Jedna z dotázaných uvedla přesný postup, kterým by se řídila: „Nejdříve bych si zmapovala situaci a udělala přehled podobných zařízení, dále bych vybírala z hlediska postižení dítěte a specializaci jednotlivých zařízení, dopravní dostupnost, finanční situaci, ochotu personálu a kvalitu služeb.“ Setkala jsem se i s odpovědí, že tento problém by respondentka řešila, až by daná situace nastala – jak v případě svého dítěte, tak situace, kdy by se dostala do životních potíží.



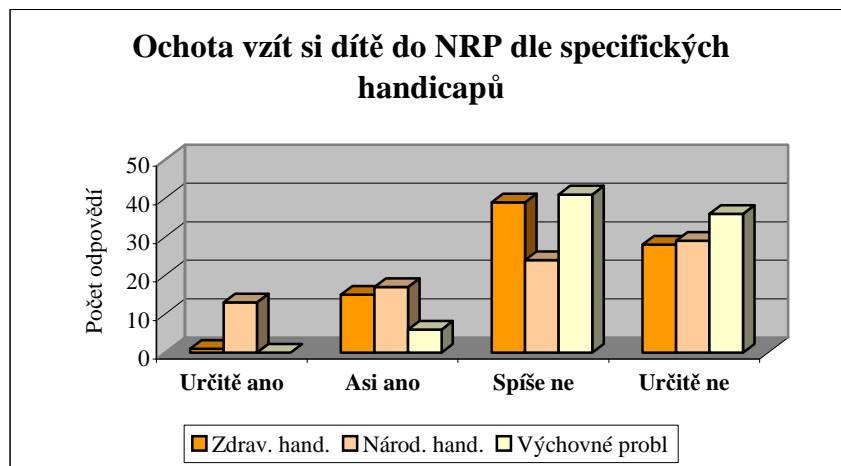
Obr. 14. Kde byste hledali pomoc s problémovým dítětem?

[vlastní zpracování]

Podívám-li se na situaci, že by se dotázaní ocitli v nepříznivé životní situaci, většina by s problémem nejprve oslovila svou rodinu a přátele. Samozřejmě by záleželo na konkrétní situaci. V lehčích případech by 19% z odpovídajících zavolalo na linku důvěry/bezpečí či navštívili psychologa. V krajních situacích by kontaktovali orgány policie či odbor sociálních věcí. Velice mě ve dvou případech překvapil názor, že kdyby se respondenti ocitli v nepříznivé životní situaci, tak by nehledali pomoc ve speciálních institucích, ale snažili by si poradit sami.

Všichni mladí a svobodní, které jsem oslovila, by byli ochotni vzít si do náhradní rodinné péče dítě. Někteří o tom uvažují jako o krajní nouzi pouze v případě, kdy by nemohli mít vlastní děti. V 11ti % případů jsou lidé přesvědčeni, že by si určitě chtěli alespoň jedno dítě osvojit či adoptovat. Variantu „určitě ne“ zvolilo 19 dotázaných. Zbývajících 9 odpovídajících již má vlastní děti a jejich ekonomická situace by to nedovolila.

K vyhodnocení poslední otázky jsem vzala pouze odpovědi, kdy respondenti NRP neodřekli. Jednalo se o 81% takových dotázaných. Dle uvedených kritérií by si žádný z dotázaných určitě neadoptoval/neosvojil dítě s výchovnými potíží a pouze jednomu by určitě nevadilo vzít se do NRP dítě se zdravotním postižením. Národnostní handicap u respondentů nehraje významnou roli při rozhodování o NRP. Nejmenší zájem v odpovědích „určitě ne“ je o děti s výchovnými problémy, na druhém místě jsou to děti handicapované a o 1 % méně patří pozice dětem s národnostními rozdíly. Pro lepší představu jsem tato data zpracovala do níže uvedeného obrázku 14.



Obr. 15. Ochota vzít si dítě do NRP dle specifických handicapů
[vlastní zpracování]

5 SHRNUŤÍ ANALYTICKÝCH POZNATKŮ

Rozborem poskytnutých informací a materiálů ze strany DCZ a dotazníkovým šetřením se mi potvrdila hypotéza, že o Dětském centru Zlín ví opravdu málo lidí. Ze 102 vyplněných dotazníků zná DCZ pouhých 23 respondentů. Přehled o ústavních zařízeních v okolí bydliště mají docela široký. Docela mě udivilo, že spousta místních obyvatel zná Kojenecký ústav Burešov a nezná ho pod jejím nynějším názvem DCZ. Šokující pro mě bylo zjištění, že ze 43 oslovených zaměstnanců Krajského úřadu ve Zlíně (a to přímo z příslušných odborů zasahující do této oblasti) 36 respondentů, u kterých jsem předpokládala docela rozsáhlé znalosti této organizace, nikdy název DCZ neslyšelo. A to i přes ten fakt, že je KÚ města Zlína jeho zřizovatelem. Dále stojí také za povšimnutí, že ze zbývajících sedmi zaměstnanců KÚ 3 uváděli odpovědi, kterými prokázali, že znají pouze název instituce. Takže z celkového počtu zaměstnanců státní správy pouze 4 opravdu znali chod DCZ.

Nejvíce znají respondenti tuto instituci z pracovní činnosti, od známých a z internetu. Dotazník mi vyplnila i slečna, která zde dva měsíce pomáhala a vodila chlapečka do školy, psala s ním úkoly a každou středu s ním jezdila na judo. Předpokládám, že by byla informovanost ze strany lékařů vyšší, kdyby se mi podařilo oslovit více lidí mající problémové dítě.

Ze všech poskytujících služeb ví nejvíce lidí o péči psychologické a sociální. Zdravotní péče společně s pedagogickou je v povědomí méně, ale je. Nejhůře u respondentů dopadla rehabilitační péče, což je velká škoda. Myslím si, že by ji mohlo využívat ambulantně více dětí a DCZ by se mělo více propagačně na tuto skupinu zaměřit. Pouze 5 respondentů vědělo o všech druzích péče poskytovaných v DCZ.

Velký problém nacházím v nevyužívání médií k informování veřejnosti o budoucích pořádaných centrech (spíše až po jejich uskutečnění někdy proběhne informační zpráva v novinách). Tím pádem o nich ví minimum dotázaných. Domnívám se, že kdyby DCZ alespoň určitou dobu více spolupracovalo s médi a občany informovalo o svých aktivitách dopředu, povědomí i zájem se takových akcí zúčastnit by se zvýšil. Zvýšila by se také návštěvnost webových stránek, kdy by si poté lidé podobné akce samy hlídali. Jak sami respondenti v téměř 50ti procentech uvedli, měli by zájem se takových akcí účastnit, ale musí o nich vědět.

Co se týká subjektivních postojů k fungování podobných speciálních zařízení, nikdo z dotázaných (až na jednu respondentku) s nimi nemá vlastní zkušenosti. Jejich postoj je

více méně kladný, neboť na takových místech očekávají kvalifikovaný personál poskytující odbornou péči každému, kdo o ni požádá. V případě, že by měli problémové dítě, obrátili by se především na dětského lékaře, pedagogicko-psychologickou poradnu či na dětského psychologa. Kdyby se náhle ocitli v nepříznivé životní situaci, většina by s problémem nejprve oslovila svou rodinu a přátele. Dále pak by dle konkrétní situace zavolali buď na linku důvěry/bezpečí nebo navštívili psychologa. V krajních situacích by kontaktovali orgány policie či odbor sociálních věcí.

Většina mladých a svobodných, které jsem oslovila, by byla ochotna vzít si do náhradní rodinné péče dítě. Někteří o tom uvažují jako o krajní nouzi pouze v případě, že by nemohli mít vlastní děti. Nejmenší zájem v odpovědích projeví o děti s výchovnými problémy, na druhém místě o děti se zdravotním handicapem. Národnostní handicap u respondentů nehraje významnou roli při rozhodování o NRP.

Na základě srovnání dostupných informací a materiálů poskytnutých Dětským centrem, výsledků dotazníku a vlastních zkušeností jsem došla k názoru, že informovanost a s ní spojené propagační aktivity nejsou v DCZ dostatečné. Pokusila jsem se vypracovat několik návrhů na posílení povědomí mezi obyvateli Zlína, které jsou obsaženy v následující kapitole.

6 NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ

Zavedení navrhovaných změn ke zlepšení nynějšího stavu nebude lehký úkol, protože tu mluvíme o příspěvkové organizaci, která zřejmě nebude moci jen tak ze svého rozpočtu poskytnout finanční prostředky hradící mnou navrhované změny.

Na základě mnou provedeného průzkumu mínění veřejnosti a po prostudování všech dostupných materiálů DCZ a informací získaných z osobních rozhovorů se sociální pracovníci navrhuji dále tato závěrečná opatření ke zlepšení současného stavu.

Propagační aktivity jsou v každé organizaci závislé na kompromisu mezi potřebami a ekonomickými možnostmi. Zařízení využívá tyto aktivity velmi málo, což je hlavním důvodem, proč o tak specializované organizaci, poskytující tolik nad rámec běžných služeb, ví opravdu málo lidí.

Stejně jako v jiných oblastech života i zde platí, že výsledky, které propagačními aktivitami získáme, jsou v přímém vztahu k množství času, který na ně věnujeme. Pokud se zvýšení povědomí mezi občany Zlína budeme skutečně osobně věnovat, je velká pravděpodobnost, že se nám to podaří a bude DCZ znát více lidí.

Vzhledem k pracovní vytíženosti zaměstnanců DCZ navrhuji zaměstnat alespoň na čas dalšího pracovníka, který bude mít na starosti styk s veřejností. Sociální pracovnice, která se alespoň částečně této činnosti věnuje, nebude mít čas následující doporučení komplexně provádět. Víím, že se jedná o velmi nákladnou investici, proto budu jeho náplň práce formulovat tak, aby při nemožnosti zaměstnat jej šlo alespoň využít mých návrhů.

Je třeba si v první řadě uvědomit, koho všechno chceme oslovit. Já osobně bych se zaměřila jak na odborníky a lidi z branže, tak na širokou veřejnost. Každá z těchto oblastí vyžaduje odlišnou prezentaci.

Myslím si, že není moc účinné obesílat různé podobné instituce a odborníky z branže e-mailem a snažit se je informovat o činnostech DCZ. Daný pracovník zmapuje situaci v oboru. Na jedné straně vyhledá všechna možná zařízení, kde jsou děti – na mysli mám např. diagnostické ústavy, dětské domovy, různá dětská centra, mateřské školky aj. v kraji i v sousedních krajích, která osobně navštíví a kde bude prezentovat činnosti DCZ společně s informačními brožurami. Bylo by dobré také s nimi uzavřít spolupráci a pak se např. při jednotlivých akcích navzájem navštěvovat – buď by se děti přijeli podívat do DCZ, nebo děti z DCZ k nim. Zůstane s patřičnými kompetentními lidmi ve styku a pak jim již třeba po-

mocí e-mailu bude rozesílat pozvánky na připravované akce. Ve školkách by mohl vyvěsit informační leták a pravidelně měnit pozvánky na připravované akce v DCZ.

Dále se zaměří na informování všech městských úřadů Zlínského kraje – příslušných odborů, které namísto dnes rozesílaných e-mailů alespoň jednou do roka osobně navštíví. Je potřeba také podchytit všechny dětské lékaře a odborníky. Nebála bych se oslovit i lékaře dospělých pacientů, kde by v čekárnách vyvěsil informační plakáty či brožurky nebo letáčky charakterizující činnosti DCZ. Chodí sem přeci rodiče, kteří mohou mít dítě vyžadující speciální péči, o které se mohou dovědět z čekárny nebo u svého lékaře. V čekárnách dětských lékařů či jiných dětských odborníků bude pracovník na nástěnky pravidelně vyvěšovat pozvánky na připravované akce. Je potřeba vytvořit vlastní databázi všech osobně oslovených a být s nimi ve styku. Databáze se bude samozřejmě průběžně aktualizovat.

Co se týká všeobecné informovanosti veřejnosti, lidé by uvítali informační letáčky nebo pozvánky na akce v MHD. Hodně také navrhovali letáky do schránek, což bych asi nepodpořila. Myslím si, že by to bylo jednak finančně náročné a asi by si tím DCZ otevřelo cestu k pochybám o kvalitě poskytovaných služeb. Za účelnější bych považovala vyvěsit tyto informace v informačních centrech. Dále by veřejnost oslovily také pozvánky zveřejněné v regionálním tisku např. v Magazínu města Zlína, ve Zlínských novinách, ve Zlínském zpravodaji aj. Navrhuji také publikovat v odborných časopisech jako např. Sociální práce, Děti a my aj. Nemuselo by se vždy v těchto případech jednat o informování o DCZ, ale o odborné články na jakékoli téma vycházející od pracovníků. Jejich jména by se tak dostala do povědomí mezi lidmi ve spojení s DCZ, kde by mohli začít vyhledávat odbornou ambulanci pomoc.

Vzhledem k nákladům se informování pomocí médií (rádia nebo TV) nemůže konat moc často. Pozvání formou rádia se využije jen při opravdu velkých akcí, např. při plánovaných dnech otevřených dveří. Televizi ponechám spíše jako doprovodného regionálního informátora o akcích, které se právě konaly. Mluvíme-li o dnech otevřených dveří, bude dobré spojit tuto akci třeba s přednáškami na určitá témata, které povedou odborníci z DCZ. Veřejnost by také přivítala v těchto dnech komplexní prezentaci poskytovaných služeb.

Navrhuji vyvěsit po okolí informační plakáty či několik billboardů s logem centra, které by postupně utkvělo v paměti. Jeden z respondentů si na to stěžoval, že ještě neviděl žádné výrazné a snadno zapamatovatelné logo v souvislosti s DCZ.

Začne-li centrum vyvíjet výraznější propagační aktivity, nesmí zapomenout na dobré a rychlé nalezení kontaktu. Mnoho dotázaných uvedlo, že by mělo být centrum uvedeno v telefonním seznamu také pod dětskými domovy resp. domovy. Sama z vlastní zkušenosti vím, že se špatně hledá tomu, kdo nezná přesný název (a to platí i pro www stránky).

Mluvíme-li o nynější společnosti jako o moderní, nesmíme opomenout v dnešní době nejvíce využívaný zdroj – internet. Víím, že se nedávno tvořily nové webové stránky, ale několik změn bych uvítala i zde. Informace týkající se zařízení jsou zde komplexní a dobře zpracované. Doporučuji obohatit tyto stránky o různé ankety, kde by se mohla zapojit i veřejnost nebo by zde mohl personál zveřejňovat odborné články týkající se jakéhokoli problému, na něž by mohli reagovat ostatní v rámci volných diskusí. Víím, že je personál velmi časově vytížený, ale alespoň jednou za čtrnáct dní by mohl být v určitou hodinu připojen na www stránkách odborník z DCZ a on-line odpovídat na veškeré dotazy.

Je třeba zvážit i další možné aktivity pořádané DCZ, o kterých veřejnost říká, že by je přilákaly. Já osobně bych se zaměřila na akce spojené s kalendářem a pranostikami. Například vynášení a pálení zimy, čarodějnický slet, indiánské léto, pozvání kouzelníka aj.

Toto všechno by měl po organizační stránce zvládat mnou navrhovaný pracovník. Kdyby v náplni své práce také oslovoval potenciální sponzory, mohl by si „na sebe vydělat.“ Pokud by opravdu bránily finanční problémy zaměstnání tohoto pracovníka, doporučovala bych jej využít alespoň na určitou dobu, kdy by dostal DCZ do povědomí místním obyvatelům. V budoucnosti by už sami lidé vyhledávali třeba přes webové stránky centra, které akce se kdy konají a kterých by se rádi zúčastnili.

Zavedení navrhovaných doporučení nebude lehký úkol. Je tedy na vedení Dětského centra, jak se postaví k mým návrhům – zda na některé přistoupí a jakým způsobem se je bude snažit uskutečnit. Nesmí však ale zapomenout na to, že jsem vycházela nejen ze svých poznatků a zkušeností, ale i návrhů místních obyvatel, které by neměly zůstat nepovšimnuty. Průzkum se nedělá jen za účelem ověření hypotézy, ale měl by sloužit jako podklad pro změnu.

ZÁVĚR

Jelikož se zajímám a dobrovolně pohybuji v oblasti dětských domovů již téměř 6 let, kdy coby osmnáctiletá studentka jsem začínala v Kojeneckém ústavě v Brně, kam jsem dobrovolně chodila pomáhat, jsem si vyhledala a zkontaktovala podobné zařízení zde ve Zlíně, kde probíhala moje další praxe. Oslovila jsem Dětské centrum Zlín, kde jsem se s vedením dohodla upotřebit své teoretické poznatky v rámci bakalářské práce aplikované právě na toto zařízení.

Cílem mé bakalářské práce bylo prozkoumat, zhodnotit současný stav povědomí obyvatel Zlína o Dětském centru Zlín a navrhnout nová opatření, která by stávající situaci pozměnila.

V teoretické části jsem psala o ústavní a azylové péči jak z pohledu historického vývoje, tak z pohledu současnosti. Snažila jsem se vybrat ze všech dostupných literárních pramenů stěžejní body vztahující se k dané problematice, jež jsem stručně charakterizovala.

Výběr tématu práce se odvíjel od požadavku vedení DCZ. Moc dobře ví, v jakém stavu se propagační aktivity nachází a také má jasnou představu o tom, čeho by zvýšením těchto činností chtělo dosáhnout. Dětské centrum Zlín je známé pouze pro občany využívající jejich služeb, což by vedení chtělo trochu pozměnit a zaměřit se na širokou veřejnost.

Původně jsem chtěla pomocí formy dotazníku a osobními rozhovory s místním obyvatelstvem zjistit povědomí veřejnosti o DCZ a také využít jejich připomínek, jak a co dělat v propagačních aktivitách účinněji a lépe. Dotazník jsem rozdělila do dvou částí, kdy jsem se po identifikačních údajích zaměřila na vytvoření obrazu povědomí respondentů o DCZ. Druhou část jsem věnovala subjektivním názorům občanů na podobná speciální zařízení.

První problém nastal ve chvíli, kdy jsem vyrazila s dotazníkem mezi lidi. I přestože jsem ho sestavila tak, aby jeho vyplnění nezabralo více jak pět minut, setkala jsem se s velice neochotnými lidmi, kteří mi odmítali na otázky odpovídat. Nezbyla mi jiná možnost než rozeslat dotazník pomocí e-mailu konkrétním osobám. Našla jsem si na internetu adresy a oslovila pracovníky UTB, pracovníky knihoven, pracovníky KÚ a své známé. Díky využití této formy dotazování jsem musela pozměnit i cílovou skupinu, na kterou jsem se chtěla původně zaměřit. Rozhodla jsem se odlovovat spíše ženy, protože by dle mého názoru měly mít o takovýchto zařízeních větší přehled než muži.

Vyhodnocování dotazníků ukázalo veliké mezery nejenom mezi obyvateli města, ale i mezi samotnými zaměstnanci příslušných odborů KÚ. Docela mě udivilo, že spousta místních obyvatel zná Kojenecký ústav Burešov a nezná ho pod jejím nynějším názvem DCZ. Šokující pro mě bylo také zjištění, že z oslovených zaměstnanců Krajského úřadu ve Zlíně (a to přímo z příslušných odborů zasahující do této oblasti), u kterých jsem předpokládala docela rozsáhlé znalosti této organizace, téměř nikdo název DCZ neslyšel. Naopak pozitivní bylo zjištění, že by se lidé akcí DCZ rádi účastnili, kdyby o nich dopředu věděli. V podobná specializovaná zařízení mají lidé důvěru a necelá většina by byla ochotna vzít si dítě do NRP.

Vzhledem k pracovní vytíženosti zaměstnanců DCZ jsem navrhovala vedení zaměstnat alespoň na čas dalšího pracovníka, který by měl na starosti styk s veřejností. Měl by osobně komunikovat s veřejností. Mohl by zmapovat situaci v oboru. Na jedné straně by vyhledal všechna možná zařízení, kde jsou děti v kraji i v sousedních krajích, která by osobně navštívil a kde by prezentoval činnosti DCZ společně s informačními brožurami. Zůstal by s patřičnými kompetentními lidmi ve styku a pak jim již třeba pomocí e-mailu rozesílal pozvánky na připravované akce. Ve školkách by mohl vyvěsit informační leták a pravidelně měnit pozvánky na připravované akce v DCZ. Je potřeba také podchytit všechny dětské lékaře a odborníky. Bylo by dobré vytvořit databázi oslovených lidí a průběžně ji aktualizovat. Dále by měl na starosti činnosti spojené s informováním veřejnosti - dával pozvánky na připravované akce do regionálního tisku, zajistil rozšíření informačních letáků a brožur v čekárnách lékařů nebo v MHD apod.

Navrhovala jsem také obohatit webové stránky o diskusní fóra a on-line poradny. V závislosti s dostupností kontaktu na DCZ by mělo být centrum uvedeno jak na webu, tak v telefonním seznamu také pod dětskými domovy resp. domovy. Velmi špatně se hledá tomu, kdo nezná přesný název.

Díky zpracování této bakalářské práce jsem si mohla vytvořit ucelený náhled na fungování takovýchto speciálních zařízení. Mé hypotézy se průzkumem potvrdily. Bohužel jen velmi malý počet respondentů zná DCZ. Jsem si vědoma toho, že je tato problematika velmi rozsáhlá a nedá se změnit ze dne na den. Ale snad mnou zjištěné postřehy k něčemu budou a vedení je bude schopno alespoň částečně využít.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY***Monografické publikace***

- [1] ARCHEROVÁ, C.: *Dítě v náhradní rodině*. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7178-578-4.
- [2] GOLDMANN, R.: *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Univerzita Palackého, Olomouc 2004. ISBN 80-244-0350-1.
- [3] HAVLÍK, J.: *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. Jihočeská univerzita, České Budějovice 2004. ISBN 80-86451-00-3.
- [4] HRADECKÁ, M.: *Deset let naděje*. Naděje, Praha 2000. ISBN 80-86451-00-3.
- [5] KITZBERGEROVÁ, M.: „Z ústavu do života.“ *Člověk v tísní – společnost při ČT*, Praha 2000. ISBN 80-903510-4-2.
- [6] KOLOUCHOVÁ, J.; MATĚJČEK, Z.: *Osvojení a pěstounská péče*. Portál, Praha 2002. ISBN 80-7178-637-3.
- [7] MARKOVÁ, H.: *Sociální pomoc a právo*. Orac, Praha 2001. ISBN 80-86199-38-X.
- [8] MATĚJČEK, Z.: *Co děti nejvíc potřebují*. Portál, Praha 2003. ISBN 80-7178-853-8.
- [9] MATĚJČEK, Z.: *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Grada, Praha 2002. ISBN 80-247-0332-7.
- [10] MATĚJČEK, Z. a kol.: *Náhradní rodinná péče*. Portál, Praha 1991. ISBN 80-7178-304-8.
- [11] MATĚJČEK, Z.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada, Praha 1995. ISBN 80-7178-853-8.
- [12] MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Slon, Praha 1995. ISBN 80-85850-08-7.
- [13] MUHLPACHR, P.: *Vývoj ústavní péče*. MUNI, Brno 2001. ISBN 80-210-2512-3.
- [14] RÁŽOVÁ, E.: *Ústavní sociální péče*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha 2000. ISBN 80-85529-76-9.

- [15] ŠOLC, M.: *Problémy péče ústavní*. Národní ústředí sociální a zdravotní péče, Praha 1994.
- [16] VENCOVSKÝ ,E.: *Psychiatrie dávných věků*. Karolinum, Praha 1996. ISBN 80-7184-226-5.

Seriálové publikace

- [17] *Děti a my: časopis pro rodiče a všechny přátele dětí*. Praha: Portál, 1971-, roč. 35, 1x za měsíc. ISSN 0323-1879.
- [18] *Rodina a právo*. Praha: Nakladatelství Linde, 1998-, roč. 8, 1x za měsíc. ISSN 1212-866X.
- [19] *Sociální práce*. Praha: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2004-, roč. 2, 1x za čtvrt roku. ISSN 1213-6204.

Elektronické zdroje

- [20] ADOPCE, [online], [10.05.2006]. DOSTUPNÉ <<http://www.adopce.com>>
- [21] DCZ, [online], [10.05.2006]. DOSTUPNÉ <<http://www.dczlin.cz/>>
- [22] SOCIÁLNÍ REVUE, [03.06.2006]. DOSTUPNÉ <<http://socialnirevue.cz/item>>
- [23] ZLÍNSKÝ KRAJ, [online], [10.05.2006]. DOSTUPNÉ <http://www.kr-zlinsky.cz/vismo/450019/soc_katalog.pdf>

Ostatní zdroje

- [24] Směrnice ředitele č. 1/DC – Organizační řád
- [25] Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů
- [26] Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
- [27] Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a právní předpisy o sociálním zabezpečení

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DCZ	Dětské centrum Zlín.
DD	Dětský domov.
HTS	Hospodářsko-technický úsek.
KÚ	Krajský úřad.
MD	Mateřská dovolená.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
NRP	Náhradní rodinná péče.
OSPOD	Orgány sociálně-právní ochrany dětí
PPP	Profesionální pěstounská péče.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Statistické údaje týkající se osvojení v ČR [vlastní zpracování].....	32
Obr. 2. Logo DCZ [21]	34
Obr. 3. Vila Dominika Čipery – dnešní sídlo DCZ [21].....	34
Obr. 4. Počet přijatých a propuštěných dětí z DCZ v letech 1985-2005 [vlastní zpracování]	37
Obr. 5. Počet propuštěných dětí z DCZ v letech 1985-2005 dle různých druhů péče [vlastní zpracování]	38
Obr. 6. Počet dotázaných dle způsobu oslovení [vlastní zpracování]	41
Obr. 7. Bydliště respondentů [vlastní zpracování]	42
Obr. 8. Struktura respondentů dle oboru [vlastní zpracování].....	43
Obr. 9. Povědomí o DCZ dle místa bydliště [vlastní zpracování].....	44
Obr. 10. Jaké služby DCZ nabízí? [vlastní zpracování]	45
Obr. 11. Povědomí o akcích pořádaných DCZ [vlastní zpracování]	46
Obr. 12. Měli byste zájem zúčastnit se akcí DCZ? [vlastní zpracování].....	47
Obr. 13. Máte důvěru ke specializovaným zařízením? [vlastní zpracování].....	48
Obr. 14. Kde byste hledali pomoc s problémovým dítětem? [vlastní zpracování].....	49
Obr. 15. Ochota vzít si dítě do NRP dle specifických handicapů [vlastní zpracování].....	50

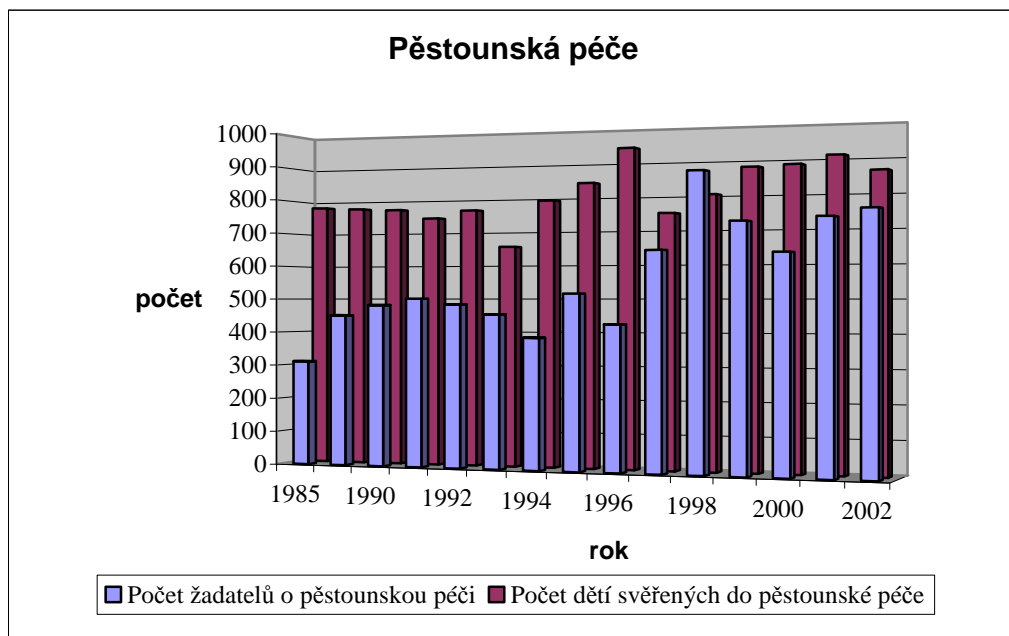
SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Statistické údaje týkající se péče o děti mimo vlastní rodinu v ČR k 31.12.2000 [20]	31
Tab. 2. Nejčastější důvody přijetí do ústavní výchovy [20]	32
Tab. 3. Věková struktura respondentů [vlastní zpracování]	41

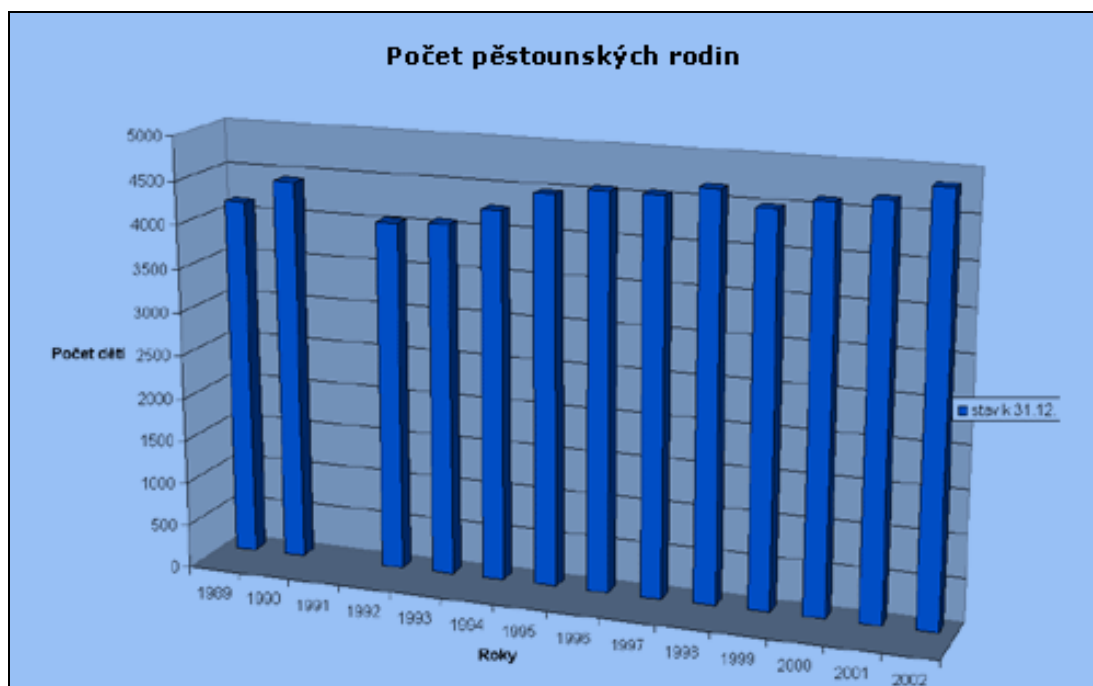
SEZNAM PŘÍLOH

- P I Statistické údaje týkající se NRP
- P II Statistiky počtu přijatých a propuštěných dětí v DCZ
- P III Dotazník pro zjištění povědomí o DCZ u obyvatel Zlína
- P IV Vyhodnocení dotazníku pro zjištění povědomí o DCZ u obyvatel Zlína

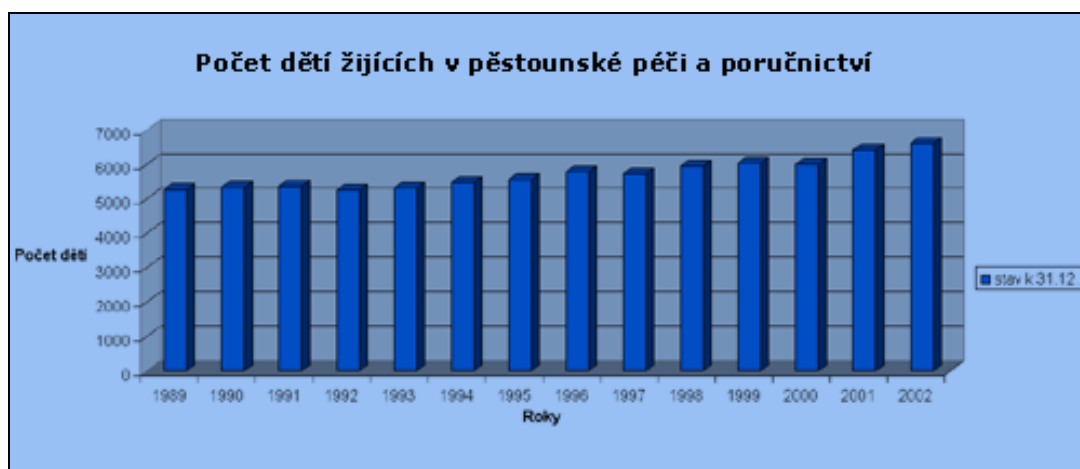
PŘÍLOHA P I: STATISTICKÉ ÚDAJE TÝKAJÍCÍ SE NRP



Obr. 1. Statistiky týkající se pěstounské péče v ČR. [vlastní zpracování]



Obr. 2. Počet pěstounských rodin v ČR [20]



Obr.3. Počet dětí žijících v pěstounské péči a poručnictví v ČR [20]

PŘÍLOHA P II: STATISTIKY POČTU PŘIJATÝCH A PROPUŠTĚNÝCH DĚTÍ V DCZ

Tab. 1. Počet propuštěných dětí z DCZ dle druhu péče [vlastní zpracování]

Rok	Do vlastní rodiny	%	Do DD	%	Do NRP	%	Jinam	%	Celkem	Celkem %
1985	9	34,6	1	3,8	11	42,3	5	19,2	26	100
1986	18	51,4	2	5,7	14	40,0	6	2,9	35	100
1987	10	32,3	5	16,1	16	51,6	0	0,0	31	100
1988	10	40,0	5	20,0	10	40,0	0	0,0	25	100
1989	15	44,1	0	0,0	18	52,9	1	2,9	34	100
1990	11	47,8	0	0,0	10	43,5	2	8,7	23	100
1991	14	66,7	0	0,0	7	33,3	0	0,0	21	100
1992	15	55,6	2	7,4	8	29,6	2	7,4	27	100
1993	14	56,0	0	0,0	8	32,0	3	12,0	25	100
1994	24	58,5	0	0,0	10	24,4	7	17,1	41	100
1995	27	69,2	2	5,1	10	25,6	0	0,0	39	100
1996	17	68,0	0	0,0	8	32,0	0	0,0	25	100
1997	26	61,9	1	2,4	13	31,0	2	4,8	42	100
1998	28	71,8	0	0,0	9	23,1	2	5,1	39	100
1999	40	75,5	0	0,0	11	20,8	2	3,8	53	100
2000	26	66,7	1	2,6	12	30,8	0	0,0	39	100
2001	29	78,4	2	5,4	5	13,5	1	2,7	37	100
2002	18	56,3	1	3,1	11	34,4	2	6,3	32	100
2003	14	63,6	1	4,5	7	31,8	0	0,0	22	100
2004	18	64,3	4	14,3	6	21,4	0	0,0	28	100
2005	18	64,3	3	10,7	7	25,0	0	0,0	28	100
Celkem	401		30		211		30		672	

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK PRO ZJIŠTĚNÍ POVĚDOMÍ O DCZ U OBYVATEL MĚSTA ZLÍNA

DOTAZNÍK

Vážení,

do rukou se Vám dostal dotazník, který je jednou z částí mé bakalářské práce na Univerzitním institutu Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Snažím se pro Dětské Centrum Zlín (DCZ) udělat průzkum a zjistit, jak moc Vy - občané Zlína a okolí - o nich víte.

Dotazník je samozřejmě anonymní a bude využit pouze k účelům mé práce. Uvádějte prosím jen pravdivé odpovědi.

Identifikační údaje

Pohlaví: muž žena

Věk: 20-25 let 26-30 let 31-35 let 36-40 let 41-45 let více jak 46 let

Bydliště: Zlín okolí/vzdálenost od Zlína..... jiné.....

Rodinný stav: svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á vdova/vdovec

Počet dětí: žádné 1 2 3 více.....

Obor, ve kterém pracujete/podnikáte:.....
.....

I. Úvodní otázky jsem zaměřila na utvoření obrazu Vašeho povědomí o DCZ. Zaškrtněte vždy jen jednu z možností popř. odpověď vypište.

1) Jaká dětská ústavní zařízení ve Zlíně /popř. ve Vašem okolí/ znáte?

Prosím, vypište.....
.....

2) Znáte Dětské centrum Zlín (DCZ)?

ano ne Pokud zaškrtnete variantu ne, přejděte prosím na otázku číslo 9).

3) Odkud znáte DCZ?

od známých od lékaře z TV z internetu z regionálních novin z rádia
 odjinud, prosím napište odkud.....

4) Pro jaké klienty (jakou věkovou hranici) je DCZ zaměřeno?

0-6 let 6-15 let 15-18 let 18 a více let nevím

5) Jaké služby DCZ nabízí? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- zdravotní péče psychologická péče pedagogická péče sociální péče
 rehabilitační péče

6) Pokud byste chtěli kontaktovat DCZ, víte, kde jej najdete?

- ano ne

Pokud ano, jak byste se tam dostali?.....

7) Navštívili jste někdy webové stránky DCZ?

- ano ne

Pokud ne, znáte www adresu?.....

8) Je venkovní areál DCZ přístupný široké veřejnosti?

- ano ne nevím

9) Slyšeli jste již o některých akcích pořádaných DCZ?

- ano ne *Pokud ano, vypište o jakých?.....*

.....
.....

Pokud ne, jaké propagační aktivity byste navrhovali DCZ udělat, aby se k Vám taková informace dostala?.....

.....
.....

10) Měli byste zájem se takových akcí zúčastnit?

- určitě ano asi ano spíše ne určitě ne nevím

11) Jaká akce by Vás tam přilákala?

Uveďte.....

.....

II. *Následující tvrzení a skutečnosti se týkají Vašeho subjektivního pohledu na podobná speciální zařízení. Zatrhněte vždy jen jednu odpověď podle toho, ke které se přikláníte, popř. vypište.*

1) Máte ve Vaší rodině dítě vyžadující speciální péči?

- ano ne *Pokud ne, přejděte na otázku číslo 3).*

2) Využíváte služeb specializovaných zařízení?

- ano pravidelně ano nepravidelně ne

3) Máte - Vy osobně - důvěru k takovým zařízením?

- určitě ano asi ano spíše ne určitě ne nevím

Proč? Vypište.....

.....

4) Kdybyste měli problémové dítě, na koho byste se obrátili?

Prosím, vypište.....

.....

5) Kdybyste se ocitli v nepříznivé životní situaci (např. v případě ztráty partnera/týrání/násilí apod.), kde byste hledali pomoc?

Prosím, vypište.....

.....

6) Byli byste ochotni vzít si do náhradní rodinné péče dítě?

určitě ano asi ano spíše ne určitě ne

7) Byli byste ochotni vzít si do náhradní rodinné péče dítě:

Se zdravotní handicapem? určitě ano asi ano spíše ne určitě ne

S národnostním handicapem? určitě ano asi ano spíše ne určitě ne

S výchovnými problémy? určitě ano asi ano spíše ne určitě ne

.....

Moc Vám všem děkuji za spolupráci a za Váš čas strávený nad vyplňováním mého dotazníku.

Bc. Tereza Bauerová

Vyplněný dotazník pošlete do **19.5.2006** na e-mailovou adresu:

tereza.bauerova@seznam.cz

PŘÍLOHA P IV: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO ZJIŠTĚNÍ POVĚDOMÍ O DCZ U OBYVATEL MĚSTA ZLÍNA

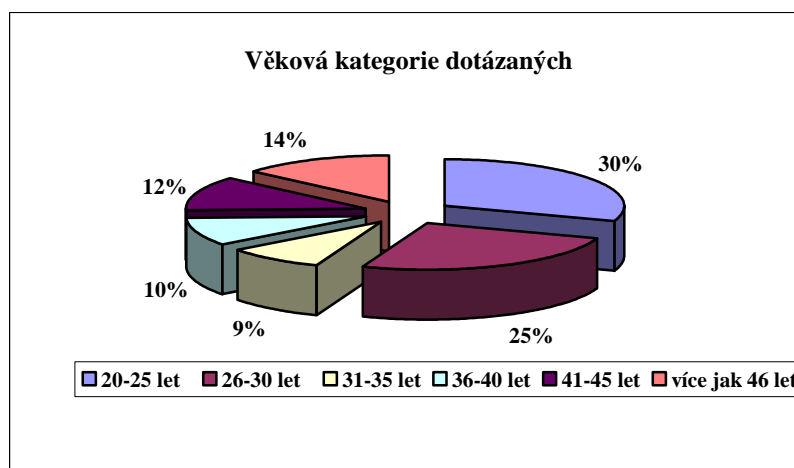
Identifikační údaje

Pohlaví:

Tab. 1. Počet dotázaných dle pohlaví a způsobu oslovení [vlastní zpracování]

Způsob oslovení	Muži	Ženy	Celkem
Osobně oslovení respondenti	6	20	26
E-mailem oslovení respondenti	21	55	76
Celkem	27	75	102
%	74	26	100

Věk:



Obr. 1. Věková kategorie dotázaných [vlastní zpracování]

Bydliště:

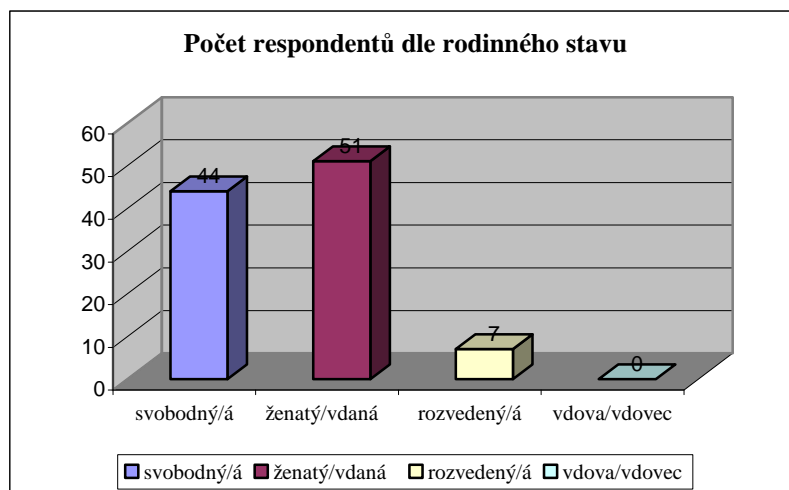
Tab. 2. Počet respondentů dle jejich bydliště [vlastní zpracování]

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlín	46	45
Okolí Zlína	51	50
Jiné	5	5
Celkem	102	100

Rodinný stav:

Tab. 3. Počet respondentů dle rodinného stavu [vlastní zpracování]

Stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	44	43
Ženatý/vdaná	51	50
Rozvedený/á	7	7
Vdova/vdovec	0	0
Celkem	102	100

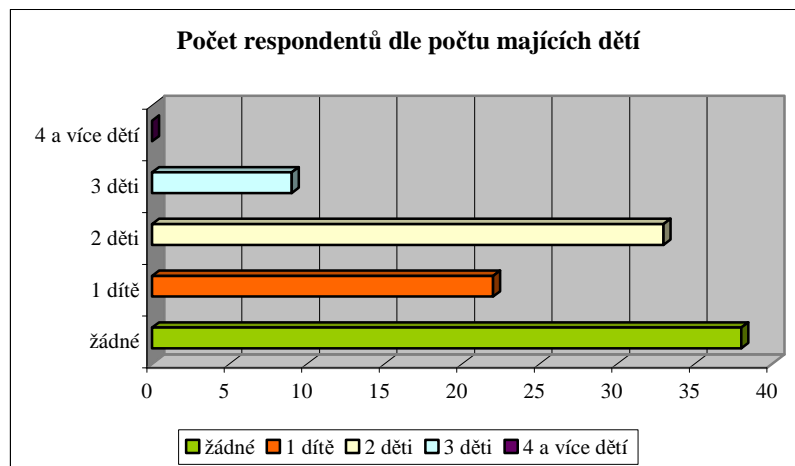


Obr. 2. Počet respondentů dle rodinného stavu [vlastní zpracování]

Počet dětí:

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	38	37
1 dítě	22	22
2 děti	33	32
3 děti	9	9
4 a více dětí	0	0
Celkem	102	100

Obr. 3. Počet respondentů dle počtu majících dětí [vlastní zpracování]



Obr. 3. Počet respondentů dle počtu majících dětí [vlastní zpracování]

Obor, ve kterém pracujete / podnikáte

Tab. 4. Počet respondentů dle oboru [vlastní zpracování]

Obor respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Školství	17	17
Státní správa	43	42
Sociální služby	4	4
Zdravotnictví	3	3
Student	21	21
Ostatní	14	14
Celkem	102	100

Hodnocení povědomí o DCZ

- 1) Jaká dětská ústavní zařízení ve Zlíně /popř. ve Vašem okolí/ znáte? (viz kapitola 4.3.1)
- 2) Znáte Dětské centrum Zlín (DCZ)?

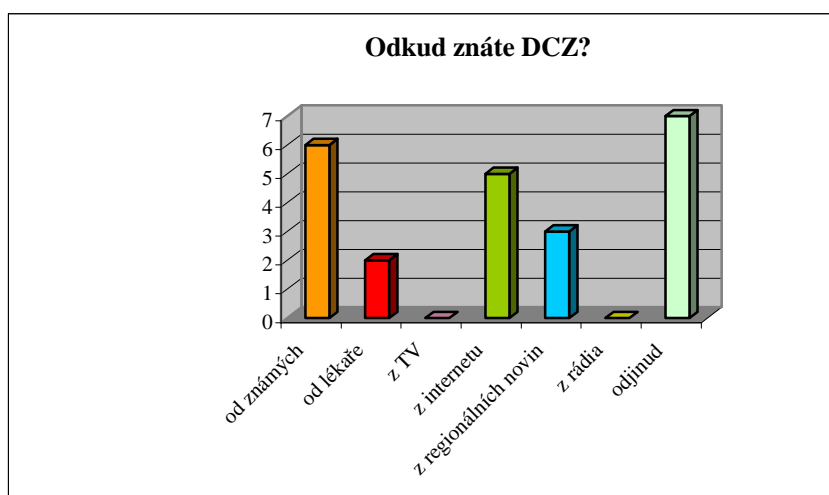
Tab. 5. Povědomí o DCZ dle místa bydliště [vlastní zpracování]

Počet resp.	ANO znám	%	NE neznám	%	Celkem	%
žijících ve Zlíně	16	70	30	38	46	45
žijících v okolí Zlína	7	30	44	56	51	50
žijící jinde	0	0	5	6	5	5
Celkem	23	100	79	100	102	100
%	23		77			

3) Odkud znáte DCZ?

Tab. 6. Odkud znáte DCZ? [vlastní zpracování]

Informační zdroj	Absolutní četnost	Relativní četnost
od známých	6	26
od lékaře	2	9
z TV	0	0
z internetu	5	22
z regionálních novin	3	13
z rádia	0	0
odjinud	7	30
Celkem	23	100

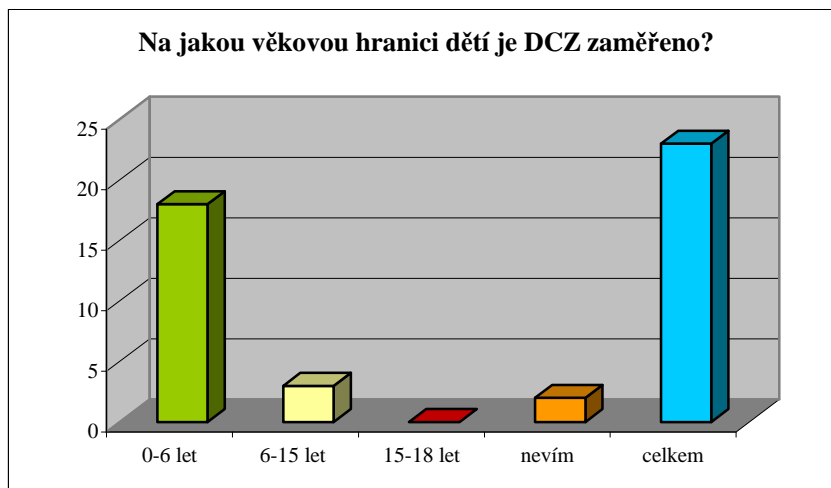


Obr. 10. Odkud znáte DCZ? [vlastní zpracování]

4) Pro jaké klienty (jakou věkovou hranici) je DCZ zaměřeno?

Tab. 7. Věková hranice dětí v DCZ [vlastní zpracování]

Věková skupina	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-6 let	18 – odpověděli správně	78
6-15 let	3	13
15-18 let	0	0
nevím	2	9
Celkem	23	100



Obr. 11. Věková hranice dětí v DCZ [vlastní zpracování]

5) Jaké služby DCZ nabízí?

Tab. 8. Počet zaškrtnutých odpovědí [vlastní zpracování]

Počet zaškrtnutých odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
5	5	22
4	7	30
3	7	30
2	4	17
1	0	0
Celkem	23	100

Tab. 9. Jaké služby DCZ nabízí? [vlastní zpracování]

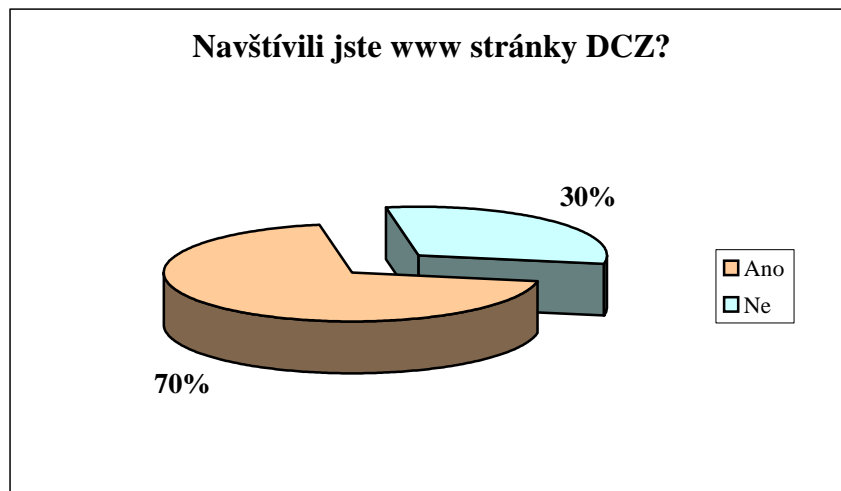
Druh péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
zdravotní péče	13	16
psychologická péče	23	28
pedagogická péče	15	18
sociální péče	22	27
rehabilitační péče	9	11
Celkem	82	100

6) Pokud byste chtěli kontaktovat DCZ, víte, kde jej najdete? (viz kapitola 4.3.1)

7) Navštívili jste někdy webové stránky DCZ?

Tab. 10. Navštívili jste někdy webové stránky DCZ? [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Znám adresu?	Relativní četnost
ANO	16	70	0	0
NE	7	30	7	100
Celkem	23	100	7	100

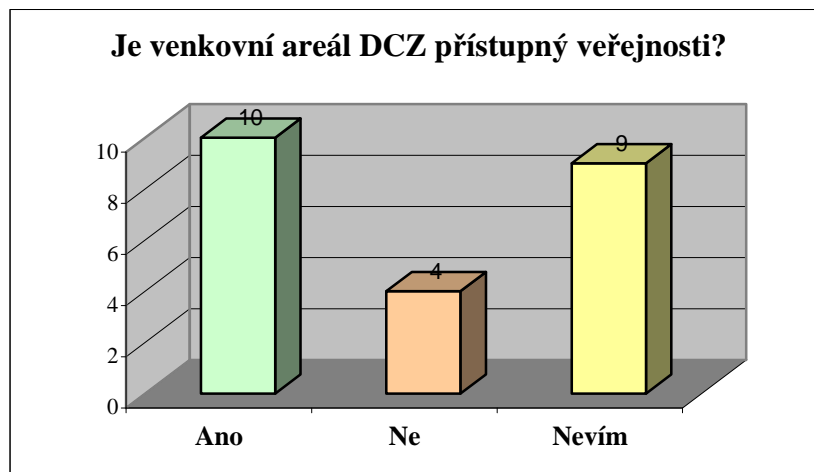


Obr. 16. Navštívili jste někdy webové stránky DCZ? [vlastní zpracování]

8) Je venkovní areál DCZ přístupný široké veřejnosti?

Tab. 11. Přístupnost venkovního areálu [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	10	43
NE	4	17
Nevím	9	39
Celkem	23	100



Obr. 17. Přístupnost venkovního areálu [vlastní zpracování]

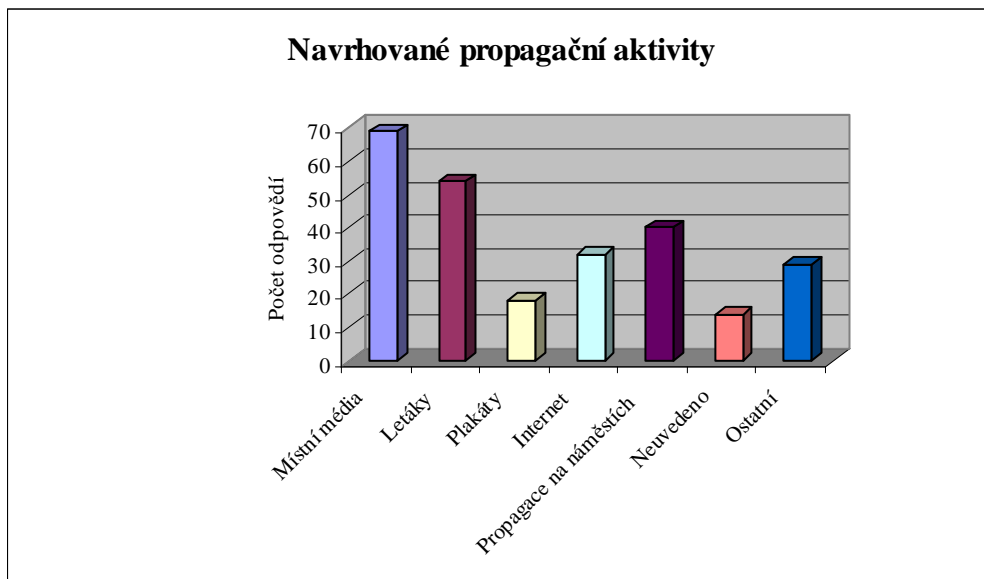
9) Slyšeli jste již o některých akcích pořádaných DCZ?

Tab. 12. Povědomí o akcích pořádaných DCZ [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	14	14
NE	59	58
Neuvedeno	29	28
Celkem	102	100

Tab.13. Navrhované propagační aktivity [vlastní zpracování]

Propagační aktivity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Místní média	69	27
Letáky	54	21
Plakáty	18	7
Internet	32	13
Propagace na náměstích	40	16
Neuvedeno	14	5
Ostatní	29	11
Celkem	256	100



Obr. 18. Navrhované propagační aktivity [vlastní zpracování]

10) Měli byste zájem se takových akcí zúčastnit?

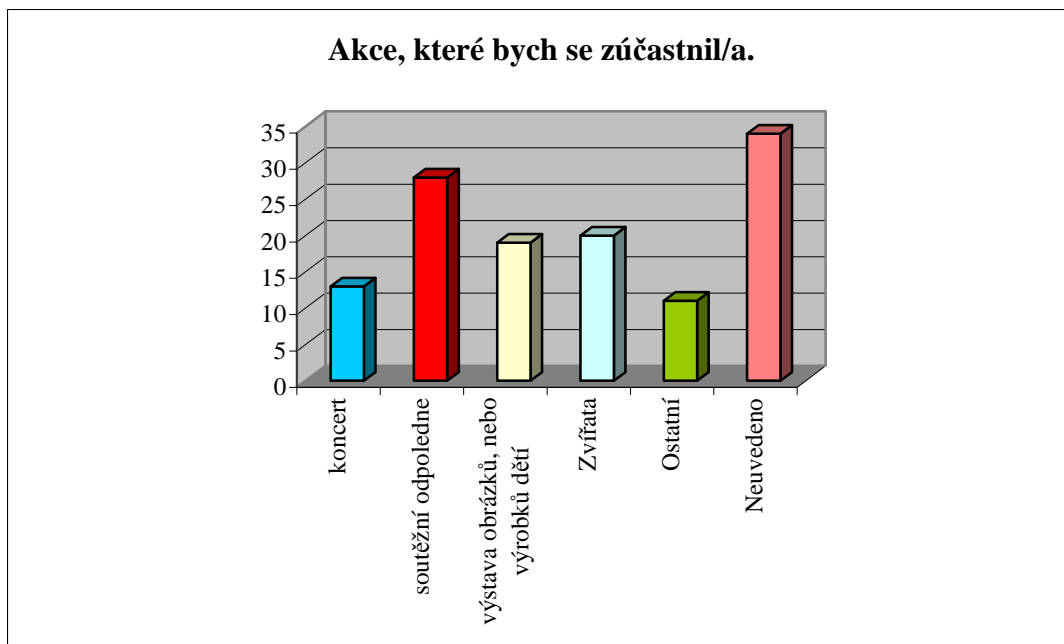
Tab. 14. Zájem účastnit se akcí DCZ [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	13	13
Asi ano	34	33
Spíše ne	17	17
Určitě ne	9	9
Nevím	29	28
Celkem	102	100

11) Jaká akce by Vás tam přilákala?

Tab. 15. Jaká akce by Vás tam přilákala? [vlastní zpracování]

Akce	Absolutní četnost	Relativní četnost
koncert	13	10
soutěžní odpoledne	28	22
výstava obrázků, nebo výrobků dětí	19	15
Zvířata	20	16
Ostatní	11	9
Neuvedeno	34	27
Celkem	256	100



Obr. 19. Jaká akce by Vás tam přilákala? [vlastní zpracování]

Hodnocení subjektivních názorů občanů na podobná speciální zařízení

1) Máte ve Vaší rodině dítě vyžadující speciální péči?

Tab. 16. Máte ve Vaší rodině dítě vyžadující speciální péči? [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	1	1
NE	101	99
Celkem	102	100

2) Využíváte služeb specializovaných zařízení?

ano pravidelně - 1 respondent

3) Máte - Vy osobně - důvěru k takovým zařízením?

Tab. 17. Máte důvěru ke specializovaným zařízením? [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	19	19
Asi ano	53	52
Spíše ne	2	2

Určitě ne	0	0
Nevím	28	27
Celkem	102	100

4) *Kdybyste měli problémové dítě, na koho byste se obrátili?*

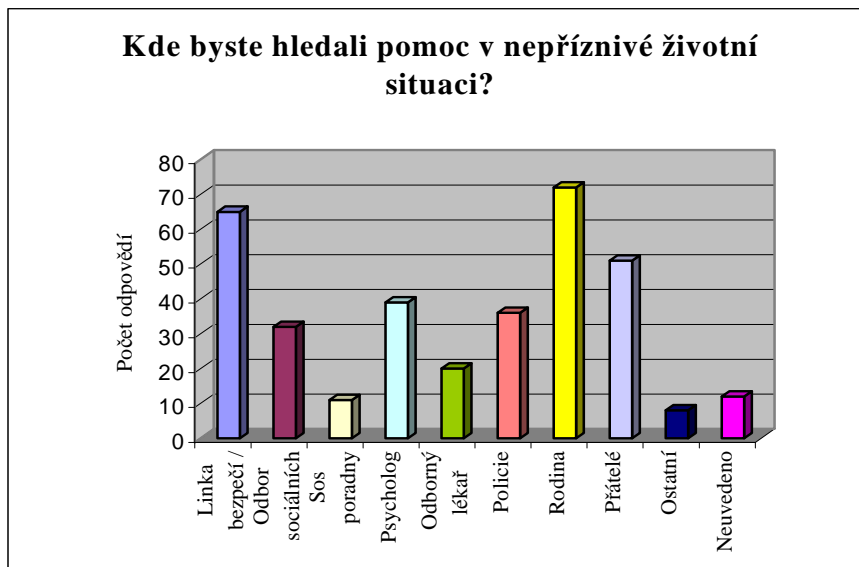
Tab. 18. *Kde byste hledali pomoc s problémovým dítětem?* [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odbor sociálních věcí	26	9
Ped.psych. poradna	67	24
Dětský psycholog	42	15
Dětský lékař	70	25
Pedagog	26	9
Ostatní	15	5
Nevím	18	6
Neuvedeno	14	5
Celkem	278	100

5) *Kdybyste se ocitli v nepříznivé životní situaci (např. v případě ztráty partnera/týrání/násilí apod.), kde byste hledali pomoc?*

Tab. 19. *Kde byste hledali pomoc v nepříznivé živ. situaci?* [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Linka bezpečí / důvěry	65	19
Odbor sociálních věcí	32	9
Sos poradny	11	3
Psycholog	39	11
Odborný lékař	20	6
Policie	36	10
Rodina	72	21
Přátelé	51	15
Ostatní	8	2
Neuvedeno	12	3
Celkem	346	100

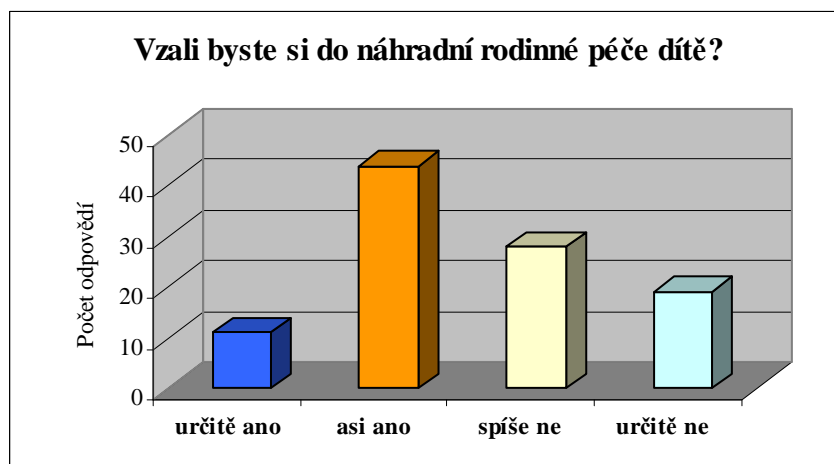


Obr. 20. Kde byste hledali pomoc v nepříznivé životní situaci?
[vlastní zpracování]

6) Byli byste ochotni vzít si do náhradní rodinné péče dítě?

Tab. 20. Ochota vzít si do NRP dítě [vlastní zpracování]

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
určitě ano	11	11
asi ano	44	43
spíše ne	28	27
určitě ne	19	19
Celkem	102	100



Obr. 21. Ochota vzít si do NRP dítě [vlastní zpracování]

7) Byli byste ochotni vzít si do náhradní rodinné péče dítě s handicapem?

Tab. 21. Ochota vzít si dítě do NRP dle specifických handicapů [vlastní zpracování]

Odpověď	Určitě ano	%	Asi ano	%	Spíše ne	%	Určitě ne	%	Celkem	Celkem %
Zdrav. hand.	1	1	15	18	39	47	28	34	83	100
Národ. hand.	13	16	17	20	24	29	29	35	83	100
Výchovné probl	0	0	6	7	41	49	36	43	83	100