

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Kardová

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

Datum odevzdání práce: 7. 5. 2010

Abstrakt

Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě

V bakalářské práci na téma „Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě“ jsem se zaměřila jednak na význam a četnost návštěvní služby v domácnosti zdravotnických pracovníků a jednak na návštěvnost sociálního pracovníka v rodině v rámci programu sanace rodiny.

Prvním cílem mé bakalářské práce je zmapování frekvence návštěv zdravotnických pracovníků v novorozeneckém a starším období dítěte v domácnosti. Druhým stanoveným cílem je zmapování frekvence sanace rodiny.

Při zpracovávání jsem pracovala metodou kvantitativního výzkumu. Jako nástroj jsem použila anonymní standardizovaný dotazník. Dotazníky jsem rozdala rodičům dětí v dětských koutcích, mateřských centrech a na venkovních hřištích. Hypotéza 1, že návštěvní služba zdravotních pracovníků v rodině je v novorozeneckém a starším období dítěte méně než 30%. Pro ověření druhé hypotézy jsem zpracovala druhý dotazník, který vyplňovaly organizace, které provádějí sanaci rodin. Potvrdila se i druhá hypotéza, že metoda sociální práce – sanace rodiny je v České republice nedostatečná.

Tato práce může být využita jako podnět ke zvýšení frekvence návštěv zdravotnického pracovníka v domácnosti a to nejen u dětí v novorozeneckém období, ale i starším, protože jak z výzkumu vyplývá, rodiče by měli o tuto službu zájem. V rámci sanace rodiny lze tuto práci využít k tomu, aby se včas začalo pracovat s dítětem a jeho rodinou tak, aby došlo k ozdravení rodiny a dítě mohlo zůstat ve své původní rodině a nemuselo být umístěno v některém ze zařízení s ústavní výchovou.

Abstract

Importance of home visits in primary child care

I have focused my Bachelor Thesis with the topic of “Importance of home visits in primary child care” on the importance and frequency of home visits of health care workers and on the visits of social workers to the family within the program of family recovery.

The first goal of my Bachelor Thesis is to map the frequency of home visits of health care workers during newborn and older period of the child. The second goal of my Thesis is to map the frequency of family recovery.

I worked with the method of quantitative research at processing the Thesis. I used anonymous standardized questionnaire as tool. I handed out the questionnaires to parents of children in playrooms, mother centres and outside playgrounds. The hypothesis 1 states that the visit service of health care workers in the family is under 30% during the newborn and older period of the child. To verify the second hypothesis I processed the second questionnaire to be filled out by organizations performing family recovery. Also the second hypothesis stating that the method of social work – family recovery – is insufficient in the Czech Republic was confirmed.

My Bachelor Thesis can be used as impulse to increase the frequency of home visits of health care workers, not only in case of children in newborn period but also in case of older children because the research shows that parents would be interested in such service. Within family recovery, this Thesis can be used to start working with the child and the child’s family in time, so that the family is recovered and the child can stay in his or her original family and need not be placed to some institutional care facility.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 7. 5. 2010

.....

Kateřina Kardová

Poděkování

Touto cestou děkuji panu děkanovi ZSF JCU prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Zdeňce Eliškové za pomoc při rozdávání dotazníků.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Vymezení pojmů.....	10
1.1.1 Pediatrie.....	10
1.1.2 Definice dítěte.....	10
1.1.3 Porodnictví.....	10
1.1.4 Dětská sestra.....	10
1.1.5 Sociální pracovník.....	11
1.2 Historie.....	11
1.2.1 Postavení dítěte v historii.....	11
1.2.2 Historie pediatrie.....	12
1.2.3 Historie porodnictví.....	13
1.2.4 Historie vzdělávání dětských sester.....	14
1.2.5 Historie sociální práce.....	15
1.3 Dětské období.....	16
1.3.1 Rozdělení dětského věku, charakteristika jednotlivých období dítěte.....	16
1.3.2 Základní potřeby dítěte.....	19
1.3.3 Preventivní péče o dítě.....	21
1.4 Primární péče.....	23
1.4.1 Poskytovatelé primární péče.....	23
1.4.2 Návštěvní služba v primární péči o dítě.....	24
1.5 Orgán sociálně - právní ochrany dítěte.....	25
1.6 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti.....	26

1.6.1	Ohrožené dítě.....	27
1.7	Sanace rodiny.....	27
1.7.1	Sanace rodiny v minulosti	29
1.7.2	Klient sanace rodiny.....	29
1.7.3	Znaky sanace rodiny.....	32
1.7.4	Plán sanace rodiny	33
1.7.5	Cíl sanace rodiny.....	34
1.7.6	Multidisciplinární tým sanace rodiny.....	34
1.7.7	Sanace rodiny upravená v zákonech	35
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	36
2.1	Cíl práce.....	36
2.2	Hypotézy.....	36
3	METODIKA	37
3.1	Charakteristický soubor.....	37
4	VÝSLEDKY	38
4.1	Výsledky dotazování rodičů na návštěvní službu zdravotnických pracovníků	38
4.2	Výsledky dotazování organizací provádějících sanaci rodiny, v rámci návštěvní služby sociálního pracovníka.....	46
5	DISKUZE	49
6	ZÁVĚR.....	54
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	59
9	PŘÍLOHY	60

Úvod

Téma mé bakalářské práce „Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě“ jsem si vybrala, protože se domnívám, že v současné době je tato péče podceňována a minimálně vykonávána. Myslím si, že by se této oblasti měla věnovat daleko větší pozornost, protože prevence a včasné rozeznání nemoci nebo nesprávného vývoje dítěte ovlivní celý jeho život. V ordinacích a kancelářích zdravotnických a sociálních pracovníků není možné zjistit to, co se dá zjistit jen při návštěvě v domácnosti, ve které dítě žije. Proto by se měly tyto návštěvy provádět opravdu poctivě a ve všech rodinách a intenzivněji vyhledávat rizikové rodiny, kde by mohl být narušen zdravý vývoj dítěte.

Primární péče je zdravotnická a sociální péče, která je nejdůležitější v oblasti prevence. Vykonává ji dětský lékař, dětská sestra, porodní asistentka a sociální pracovník. Všichni poskytovatelé této péče musí být dostupní pro všechny obyvatele, kteří péči potřebují. Cílem primární péče je dosáhnout u lidí co nejvyšší zdravotní uvědomění a zodpovědnosti za své zdraví.

Návštěvní služba v domácnosti je zaměřena na péči zdravotní a sociální, kterou vykonávají zdravotničtí a sociální pracovníci. Zdravotničtí pracovníci provádějí návštěvy v domácnosti jak z důvodu prevence, tak z důvodu nemoci dítěte. Tento pracovník by měl sloužit i jako rádce a učitel v případě, že si rodiče po příchodu z porodnice s novorozencem neví rady. A i z tohoto důvodu jsou návštěvy v domácnosti velmi důležité. V případě, že zdravotnický pracovník zjistí, že potřeby dítěte nejsou naplňovány, anebo rodiče dítěte nejsou schopni se o dítě sami bez pomoci postarat, je povolán sociální pracovník. Sociální pracovník navštěvuje rodinu i v případě, že škola nebo jiná organizace pracující s dítětem upozornila na nedostatky v péči o něj. Na tento podnět sociální pracovník provádí v rodině sociální šetření, a pokud zjistí, že u dítěte opravdu dochází k ohrožení vývoje dítěte nebo k jiným problémům v rodině, může celou rodinu zařadit do programu sanace rodiny. Mezi základní principy sanace rodiny patří podpora dítěte tím, že se pomáhá jeho rodině. Aby sanace rodiny byla úspěšná, musí s plánem sanace souhlasit rodina a spolupracovat s multidisciplinárním týmem.

Prostředky vynaložené na návštěvní službu zdravotnických a sociálních pracovníků se v budoucnosti společnosti několikrát vrátí, protože díky prevenci a včasnému rozpoznání a odstraňování onemocnění a nesprávného vývoje dětí, jak ve složce biologické, sociální, tak i psychické, můžeme pozitivně v dospělosti ovlivnit zdravotní stav obyvatelstva.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Pediatrie

Pediatrie je obor, zabývající se péčí o zdraví a výchovu dítěte od narození do 19 let života. Úkolem pediatra (lékař, který se zabývá péčí o dítě) je péče o tělesný, mentální a emocionální vývoj dítěte, s důrazem na sociální vlivy. (24, 35)

Pediatrie se dělí na dvě složky na pediatrii preventivní a léčebnou. Preventivní pediatrie má za cíl zabránit tomu, aby vůbec došlo k poškození dítěte, a léčebná se zabývá již vzniklými onemocněními. Pediatr (dětský lékař) poskytuje dětem zdravým i nemocným preventivní, diagnostickou, terapeutickou a rehabilitační péči. Dětský lékař společně s dětskou sestrou a vysokoškolským pracovníkem se zdravotně sociálním vzděláním jsou odborníky na preventivní pediatrii. Pokud se objeví patologický stav u dítěte, úkolem odborného pracovníka v tomto oboru je zabránit prohlubování tohoto patologického stavu primární, sekundární nebo terciární prevencí. (24, 35)

1.1.2 Definice dítěte

„Dítě je každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se vztahuje na dítě, není zletilosti dosaženo dříve“. (13, str. 12)

1.1.3 Porodnictví

Porodnictví je jedno ze základních a nejstarších lékařských odvětví a zabývá se těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky a plodu. Velkou snahou je, aby na základě komplexních znalostí fyziologie a patologie gestace porodnictví mohlo poznávat, řešit a předcházet všem komplikacím ohrožujícím matku i plod. Cílem porodnictví je vychovávat ženy, těhotné ženy a matky ke zdraví, poskytovat péči ženě v prenatálním období a uspokojovat biologické, psychologické a sociální potřeby ženy v době těhotenství, porodu a šestinedělí. (4, 8)

1.1.4 Dětská sestra

Zdravotní sestra je osoba, která získala kvalifikaci na výkon povolání ve všeobecné zdravotní péči absolvováním střední zdravotnické školy, vyšší odborné školy

nebo vysoké školy. Vyhodnocuje, plánuje a poskytuje profesionální péči v období choroby a rekonvalescence. (36, 38)

Sestry pomáhají jednotlivcům, pacientům, rodinám a skupinám při dosahování a zajišťování fyzického, psychického a společenského potenciálu v kontextu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. Sestra plní činnosti a úkoly v prevenci, péči, podpoře, edukaci a instruktážích, diagnostice a terapii, administrativě, předávání informací, koordinaci péče, přípravných a dokončovacích pracích. Dále sestra plní úkoly související se sebevzděláním. (38, 16)

Dětská sestra má v ordinaci pediatra nezastupitelné místo. V rámci svých kompetencí se podílí na komplexní péči o dítě. Dále organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii, ošetřuje zdravé i nemocné dítě a zaměřuje se na spolupráci s rodiči. (11)

1.1.5 Sociální pracovník

Sociální pracovník dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vykonává: sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové činnosti a pomoci a sociální rehabilitaci. Dále sociální pracovník vykonává podpůrnou činnost (poradenství v oblasti sociálních dávek), ochrannou činnost (sociálně právní ochrana dětí) a činnost preventivní a nápravnou (kurátorská práce, výchovná opatření). (11, 27)

1.2 Historie

1.2.1 Postavení dítěte v historii

Od pravěku, po celý starověk a středověk měli lidé k narozenému dítěti takový postoj a citový vztah, jako mají lidé dnes k dítěti počatému. K zabití narozeného dítěte se stavěli tak, jako se nyní někteří lidé staví k interrupci. (13)

Ve starověkém Římě měl otec rodiny právo nad životem a smrtí svých dětí, toto právo se nazývá patria potestas a zahrnuje zejména nepřijetí dítěte do rodiny nebo právo na prodej dítěte. (13)

Po uznání křesťanství jako státního náboženství roku 313 n. l. skončilo období, kdy se otec rodiny mohl na svém dítěti dopouštět téměř čehokoliv, např. i vraždy.

V roce 374 n. l. byla stvrzena ochrana postavení dítěte v rodině vydáním římského zákona, který považoval zabití dítěte za vraždu v dnešním pojetí. (13)

S vývojem industriální společnosti byly děti využívány jako levné pracovní síly k manuální práci v továrnách, což vyvolávalo silný odpor, který se projevil postupným zákazem různých forem, míst i času dětské práce. V 19. století byla výdělečná činnost dítěte do patnácti let zakázána. (12, 13)

Další zásadní posun přineslo století dvacáté. Založení Světové zdravotnické organizace v roce 1948 mělo velký vliv na naši medicínu, zvláště na formování preventivní pediatrie, ale hlavně pediatrie sociální. V roce 1959 byla přijata Valným shromážděním OSN Charta práv dítěte. V roce 1963 přijala ČSSR zákon o rodině, který zdůraznil rozhodující význam rodiny pro výchovu a péči o dítě, upravil normy týkající se vztahu rodičů a dětí a možnost náhradní rodinné péče. V roce 1989 byla přijata Valným shromážděním OSN Úmluva o právech dítěte, již právně závazná. (12)

1.2.2 Historie pediatrie

Pediatrie jako samostatný obor vznikl v rámci řešení sociální problematiky péče o dítě. Do té doby spadal pod internu, porodnictví, veřejné zdravotnictví a sociální zařízení. (35)

První dětská nemocnice West byla založena v Londýně roku 1852. (35)

Po druhé světové válce začíná největší rozvoj pediatrie v Čechách. Zásadním problémem této doby byla velká úmrtnost kojenců z důvodů poruch výživy. V 50. letech byla na trh uvedena umělá výživa a ta snížila kojeneckou úmrtnost, dále se začaly rozšiřovat počty dětských poraden s preventivním zaměřením, kde se sledovala výživa novorozenců a kojenců, jejich psychomotorický vývoj a hlavně očkování proti infekčním chorobám. Tento systém funguje dodnes. Později se ukázalo, že některé postupy v umělé výživě jsou škodlivé a vznikly programy na jejich nápravu. Byl to program prolaktační spolu se systémem roming-in v 70. letech (35).

V 60. letech se zdokonaluje v pediatrii prevence, hlavně sekundární, a zavádí se odborné ordinace. (35)

V 70. letech se ve světě rozvíjela intenzivní péče, především pro patologické novorozence. České republice trvalo téměř 20 let, než tuto ztrátu dohonila. Plně se rozvíjel prolaktační program a systém ošetřování „roming in“. (35)

V 80. - 90. letech se prohlubuje péče o patologické novorozence a snížila se neonatální mortalita a morbidita. V péči o větší děti se rozvíjí intenzivní péče a dále se rozmáhá vzestup sociální pediatrie. Pediatrie směřuje k prevenci úrazů a otrav u dětí. (35)

V druhé polovině 90. let se začíná objevovat problematika drog u dětí a mladistvých a s tím spojená problematika pohlavně přenosných chorob. Vznikají u nás první nemocnice „Baby Friendly Hospital“ (nemocnice, která přijala podmínky prolaktačního programu). (35)

Ve 21. století je pediatrie zaměřená na protidrogovou prevenci, prevenci úrazů, problematiku rizikového chování dospívajících dětí. (35)

Již v 18. století se objevují první zmínky o praktickém/rodinném lékaři. Tento termín použil F. A. Main, zakladatel „Společnosti praktických lékařů, ranhojičů a porodníků“ v Mannheimu. (35)

V roce 1870 byl vydán zákon v Rakousko-Uhersku ustanovující obecní a městské lékaře. Tito lékaři se starali o nemocné a dále měli za povinnost protiepidemickou činnost, zdravotní dohled nad špitály, lékárnami a školami. (35)

System rodinných lékařů byl u nás zaveden před druhou světovou válkou podobně jako jinde v Evropě. V padesátých letech byl reorganizován do systému tzv. obvodních územních a závodních lékařů. Protože se kladl důraz na rozvoj specializovaných služeb, byla vyčleněna pediatrická a gynekologická péče. (35)

Terénní péče byla spíše negativní volbou méně úspěšných lékařů. (35)

1.2.3 Historie porodnictví

Zdravotní péče o ženy se rozvíjí ve dvou úsecích, které se navzájem propojují. Je to péče porodnická a péče gynekologická. Péče porodnická je mnohem starší než péče gynekologická (25).

V dobách prehistorických, primitivních, rodily ženy pravděpodobně bez jakékoliv pomoci. V období matriarchátu začaly ženám u porodu poskytovat pomoc

starší zkušené ženy z rodiny. Tato laická pomoc však byla nedostatečná a porodem se začaly zabývat některé ženy jako povoláním. Z počátku se však tato pomoc opírala pouze o vlastní zkušenosti a poznatky předávané z generace na generaci. Toto povolání bylo určeno pouze ženám, muži jej nemohli vykonávat z důvodů mravních i náboženských. Platilo heslo: haec ars viros dedecet (toto umění je mužů nedůstojné). Ženy, které pomáhaly u porodu a měly to jako profesi, byly nazývány porodními bábami či babičkami. Existence babictví je doložena u Hebrejců i ve Starém zákoně a Talmudu, kde je mnoho informací o těhotenství, porodních komplikacích, pohybech plodu, dvojčatech a hygienických předpisech při menstruaci. Z roku 1176 jsou u nás první zprávy o porodních bábách, které zároveň působily jako chůvy. (4, 5, 25)

Nebylo výjimkou, že ženy před porodem psaly závěť, protože často porody končily smrtí matky, porodní lůžko neslo název „smrtná postel“. Pokud při porodu nastaly komplikace, jako je třeba příčná poloha děťátka a nepodařilo se děťátko otočit, často porod končil tak, že tělo dítěte bylo vyjímáno po částech, aby byla zachráněna matka, neboť život matky měl větší cenu než život plodu. (5, 15)

Na počátku 17. století (1609) se u nás začal o těhotné ženy a jejich děti, vedle dalších činností, starat „Vlašský špitál“. V roce 1765 byl v Novém Městě Pražském otevřen ústav, který pečoval o opuštěné děti a později i o svobodné matky. V roce 1784 byly vybudovány porodnice v Brně a Olomouci. (4)

Na pražské lékařské fakultě v 17. století byly začátky výuky porodnictví obtížné. Úroveň výuky byla velice nízká. V 18. století pak bylo na pražské univerzitě zavedeno porodnictví jako samostatný předmět. (4)

Gynekologie a porodnictví byly od roku 1921 součástí chirurgie a interny. Samostatná Společnost porodnicko-gynekologická vznikla v roce 1936. (30)

1.2.4 Historie vzdělávání dětských sester

V roce 1918 začalo vzdělávání dětských ošetřovatelek. Nejprve byl v Praze založen jednoletý kurz na Státní ošetřovatelské škole a v roce 1922 byla otevřena první ošetřovatelská škola pro dětské sestry. V roce 1946 vznikla v Praze Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. V roce 1948 se všechny školy zaměřené na výchovu dětských sester změnilly na 4leté střední odborné školy. (27)

Čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium v oboru dětská sestra bylo roku 1995 zrušeno a roku 1996 byl zaveden tříletý obor diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotnických školách. Další změna přišla v roce 2006, kdy končí studium dětských sester na vyšších zdravotnických školách a podle nové legislativy může všeobecná sestra získat kvalifikaci na práci dětské sestry ve specializovaném vzdělávacím programu. (11, 27)

Se stoupající potřebou řešení zdravotně-sociální problematiky byly posíleny počty dětských sester. (35)

1.2.5 Historie sociální práce

Sociální práce taková, jakou známe dnes, se vyvinula zejména v 19. a 20. století. Před tím však musela projít složitým historickým vývojem a řadou proměn. (20)

Ve středověku byla u nás pomoc potřebným poskytována církví. Na neuspokojivé postavení obyvatelstva postiženého hladomorem a epidemiemi církev reagovala zakládáním ústavů při klášterech a kostelech. Byly to instituce smíšeného charakteru, kde pomoc byla poskytována sirotkům, chudým, starým, zmrzačeným, nemocným nebo osiřelým úmrtím hlavy rodiny. (18)

První nemocnice byla založena roku 1484. Od 16. století dále byly zakládány sirotčince. Za dob vlády Marie Terezie bylo výrazným sociálním problémem množství zanedbávaných dětí, a proto kapacita nalezinců a sirotčinců nestačila. Dětem bylo poskytnuto ošacení a jejich rodičům bylo uloženo pod sankcí ztráty všech podpor posílat děti to tkalcovských škol, jen co dosáhnou 6 let. (18)

V 18. – 19. století byly formy a obsahy sociální práce velmi rozmanité. V 19. století byla sociální práce poskytována hlavně rodinou, sousedy a obcemi, prostřednictvím chudinských zákonů, v pracovních domech a za pomoci církevní charity. V roce 1868 chudinský zákon upravoval povinnost obce pečovat o občany v nouzi, na které platil domovský zákon v obci, ale až po vyčerpání možností osob, které byly o žadatele ze zákona povinny pečovat. (18, 20)

V období urbanizace, kdy se lidé stěhovali z vesnic do měst, museli lidé žít ve velmi problematických sociálních a hygienických podmínkách. Pro toto období je charakteristická beznaděj a vědomí, že dosavadní prostředky pomoci už nefungují.

Společnost na toto reagovala tím, že začala budovat nové instituce pro problémové lidi a posilovala význam vědeckého pojmenování společenských jevů. V nově vybudovaných institucích, jako jsou sirotčince, špitály, azylové domy, měla sociální práce charakter segregace problémů. Vycházelo se z předpokladu, že člověk má potenciál měnit svůj život a problémy řešit racionální cestou. Cílem intervence se stala resocializace a univerzálním prostředkem sociální terapie je terapie prací. (20)

V 19. století bylo základní formou sociální práce vytváření osobního kontaktu mezi sociálním pracovníkem a postiženým člověkem. Sociální práce v této době byla poskytována jen na vstupech a výstupech společenských institucí (vězení, špitál), sociální práci poskytovaly především ženy a normativnost. (20)

Ve 20. století se v zájmu účinnější pomoci začal klást mnohem větší důraz na konkrétní problémy potřebných. (18, 20)

1.3 Dětské období

1.3.1 Rozdělení dětského věku, charakteristika jednotlivých období dítěte

Dětský věk dělíme na novorozenecký, kojenecký, batolecí, předškolní a školní období. Každé období se liší stupněm tělesného a duševního vývoje dítěte. (33, 35, 36)

Prenatální období

Prenatální období je období od oplození vajíčka do porodu dítěte. Trvá 9 kalendářních měsíců, prvních 8 týdnů je období embryonální a od 9 týdne je období fetální. V tomto období jde především o biologický vývoj, neboť se vytváří všechny orgánové systémy. V této vývojové fázi je plod schopen různě reagovat na různé podněty a získává první zkušenosti. (11, 33, 35, 36)

Novorozenecké období

Novorozenecké období je od okamžiku přestříhnutí pupeční šňůry do 28 dne věku dítěte. Toto období je pro dítě velice náročné, protože se mění jeho způsob života. Probíhá adaptace, při které se dítě přizpůsobuje novému prostředí. Adaptace zahrnuje změnu oběhové, dechové a trávicí soustavy, schopnost udržení tělesné teploty, iontové a vodní rovnováhy. Dítě si zvyká na větší intenzitu světla, na větší hluk a chlad i na to, že již leží na pevné podložce. (33, 35, 36)

Pro novorozence jsou charakteristické krátkodobé časové úseky bdění, které jsou z počátku vyplněny hlavně uspokojováním biologických potřeb. V době bdění lze později novorozence zaujmout třeba změnou polohy.

Novorozence charakterizuje řada různých reflexů:

- reflexy, které slouží k přežití (napomáhají primární orientaci a adaptaci na nové prostředí, je to např. sací a hledací reflex).
- reflexy, které nejsou pro prvotní adaptaci malého dítěte významné (mizí v průběhu prvního měsíce života, slouží jako kontrola normálního vývoje mozkových funkcí, patří sem např. Moroův reflex udržení rovnováhy, uchopovací reflex).

Mezi další charakteristiky novorozence můžeme zařadit vrozené způsoby chování (např. tendence vnímat své okolí, reagovat křikem a využívat sacích pohybů. Aktivně zrakově vnímat je novorozenec schopen předměty ve vzdálenosti 20-30 cm, které má v zorném poli. V tomto období dítě umí rozlišovat kvalitu sluchových podmětů a vysoké tony. Dále dovede dítě vnímat dotek, teplo a změnu polohy, je vybaveno vrozenými mechanismy učení. (33, 35, 36)

Kojenecké období

Kojenecké období trvá od konce 28. dne po porodu do konce 1. roku života dítěte. U dítěte je velmi rychlý tělesný i duševní vývoj. Na konci tohoto období je dítě schopno se orientovat ve svém prostředí a vytvoří si k němu vztah. Dále funkčně dozrává nervová soustava, začíná rozumět řeči a přes zdvihání hlavičky, sed, lezení je schopen se kojeneček nakonec postavit se i na nohy. Jedinci začíná růst mléčný chrup a na konci období začíná vyslovovat jednotlivé slabiky a jednoduchá slova. Již v tomto období se objevují individuální rozdíly v chování a prožívání. V tomto období je důležité pro dítě poznávání okolního světa a navázání důvěry k němu. Pro poznávání je pro dítě důležité zrakové vnímání a motorika. Rozvoj řeči je závislý na sluchovém vnímání a na kvalitě stimulace. Mezi 6. - 9. měsícem dítě začíná odlišovat matku od ostatních lidí. Proces socializace a učení závisí na interakci s rodiči. (33, 35, 36)

Batolecí období

Batolecí období je začíná koncem 1. roku a končí 3. rokem života dítěte. V tomto období se zpomaluje růst, je dokončeno prořezávání mléčného chrupu, uzavírá se velká fontanela, motorika a psychika dítěte se dál rozvíjí. Chůze se zpevňuje a dítě získává větší stabilitu. Jedinec se postupně učí základním společenským a hygienickým návykům a nejvíce se v tomto období rozvíjí řeč a myšlení. Batole se postupně odpoutává z vazby matky a začíná se osamotňovat, začíná si uvědomovat vědomí vlastní osobnosti, trvalosti vlastní existence a její kontinuitu. Dítě se učí nápodobou, pozorováním a verbálním sdělením. Pro učení a osamostatňování je nutná komunikace srozumitelná pro všechny členy určité skupiny. (33, 35, 36)

Předškolní období

Předškolní období začíná koncem 3. roku a trvá přibližně do 6 let života dítěte. Konec předškolního období je vymezen nástupem do školy. Pro toto období je charakteristické mírnější tempo růstu, začíná výměna chrupu dočasného za trvalý, v motorice je dítě jemnější a obratnější, zvyšuje se jeho slovní zásoba. Projevuje se u něj osobnost a nadání a začíná mít smysl pro kolektiv. Uvědomuje si různost sociální role např. chlapecká či dívčí role. Dále si dítě v rodině osvojuje základní normy chování a postupně se s nimi ztotožňuje. Rodič je pro dítě vzor nebo model různých rolí. Dítě navazuje kontakt s vrstevníky a postupně se uvolňuje vázanost na rodičích a dospělých. Ve skupině s vrstevníky se dítě učí soupeřit i spolupracovat. U dítěte se v 5 letech posuzuje školní zralost. S nástupem do školy dítě získává novou roli, roli školáka. (33, 35, 36)

Školní období

Školní období je od 6 let do 15 let života dítěte. Toto období můžeme rozdělit na mladší školní věk (do 12 let) a starší školní věk (po 12. roce života). Na počátku školního období dochází ke změně dětského uvažování. Děti jsou stále vázány na konkrétní realitu, ale už ve svém uvažování respektují základní zákony logiky, nenechají se ovlivnit dílčími proměnami, porovnávají se se spolužáky a ve skupině potřebují mít přijatelné postavení. Přicházejí do puberty. U dívek nastupuje puberta okolo 10. až 12. roku, u chlapců okolo 11. až 13. roku. V období puberty se u dívek

ukládá tuk v oblasti břicha, hýždí a stehen, začíná axilární a pubické ochlupení, vyvíjí se prsa, puberta se projevuje nástupem menstruačního krvácení a častým výskytem akné v obličeji. U chlapců dochází v tomto období ke zvětšení a ochlupení genitálu, k změně hloubky hlasu, zmohtnutí svaloviny, změně tělesné síly a výsevu akné. U těchto jedinců dochází ke změně v citové a psychické oblasti. Rodiče jsou pro školáka modelem určitého chování, zdrojem jistoty a bezpečí. (33, 35, 36)

Období dospívání

Období dospívání je přibližně od 11 let a končí dosažením dospělosti ve 20 letech. Toto období se dá rozdělit na pubescenci a adolescenci. (33, 35, 36)

První fáze je přibližně mezi 11. – 15. rokem a je označována jako pubescence. Při pubescenci dochází ke změně všech složek osobnosti dospívajícího. Dospívající je schopen myslet abstraktně. Velký význam mají pro pubescenta vrstevníci, s nimiž se ztotožňuje. Pubescent si v tomto období volí budoucí povolání a zažívá první lásky. (33, 35, 36)

Druhá fáze je asi od 15. – 20. let a je označována jako adolescence. Je to období komplexní psychosociální proměny. Adolescent se dostává do nových rolí s vyšší sociální prestiží, vztahy mezi vrstevníky jsou ještě významnější než v pubescenci a partnerské vztahy jsou obvykle mnohem zralější. V tomto období dospívající překračuje dvě důležité fáze života, ukončení povinné školní docházky a ukončení přípravného profesního období a nástup do zaměstnání, čímž se dospívající stává ekonomicky nezávislým. V neposlední řadě adolescent dosahuje plnoletosti a tím se stává plně odpovědný za své jednání. Adolescent žije naplno, současnost i budoucnost jsou pro něj stejně důležité, ale budoucnost je zdůrazňována tehdy, jestliže je aktuální situace neuspokojující a budoucnost je očekávána jako období idealizovaného vyřešení všech problémů. Současnost adolescent preferuje, pokud budoucnost vyvolává nejistotu a úzkost. (33, 35, 36)

1.3.2 Základní potřeby dítěte

Základní potřeby dítěte lze chápat jako požadavky dítěte na to, aby byly plně splněny, a současně se stávají jeho právy. Lze říci, že neuspokojení těchto potřeb může u dítěte vyvolat úchytky či poruchy ve stavu a vývoji. U uspokojování potřeb dítěte

platí, že jsou závislé na věku, pohlaví, zdravotním stavu a prostředí, ze kterého dítě pochází. U mladšího dítěte musí být uspokojování jeho základních potřeb důraznější. (10, 35)

Aby dítě bylo v dobrém stavu a správně se vyvíjelo, je třeba uspokojovat jeho potřeby. Těchto potřeb je mnoho, ale mezi ty základní patří: biologické potřeby, psychické potřeby, sociální potřeby a vývojové potřeby. (10, 35)

Biologické potřeby

Mezi biologické potřeby řadíme kvantitativně a kvalitativně odpovídající stravu a její vhodné podávání, splnění hygienických požadavků jako jsou: čistota, teplo, světlo a ochrana před nejrůznějšími negativními vlivy. Rozvoj a posilování obranyschopnosti např. očkováním. Další potřebou je dostatečná stimulace, která umožňuje správný pohybový, orgánový a funkční rozvoj. Dále lze zařadit do těchto potřeb preventivní, kurativní, léčebnou, rehabilitační a příp. resocializační péči. (10, 17, 35)

Psychické potřeby

Uspokojení psychických potřeb dítěti umožňuje přiměřeně rozvíjet intelekt, cit, vůli, chování, interakci s okolím, rozvoj vlastní identity, vlastního já a společenských hodnot. Důležitou potřebou je přísun podnětů, neboli stimulace v pravý čas, dostatečné míře a kvalitě, aby mohl centrální nervový systém pracovat naplno. Dále dítě potřebuje jistotu, která je uspokojována především ve vztazích dítěte k rodičům. Potřebu otevřené budoucnosti také řadíme do psychických potřeb dítěte a je typická pouze pro člověka. Jasně životní perspektivy dítě motivují k aktivitě a činorodosti. (10, 17, 35)

Sociální potřeby

Sociální potřeby navazují na potřeby psychické. Pro to, aby se člověk mohl správně socializovat, musí být uspokojovány i potřeby sociální, mezi které patří potřeba lásky, bezpečí, přijetí a identifikace s dítětem a rozvinutí všech jeho sil a schopností. (10, 17, 35)

Vývojové potřeby

V literatuře se zdůrazňuje, že dítě má být chtěné, zdravé, vzdělané, v bezpečí a milované. U dítěte je potřebná motivace, která ho vede k vyhledávání a poznávání nových věcí, poznatků a činností. (10, 35)

1.3.3 Preventivní péče o dítě

Očkování

Očkování je ochrana dítěte před vážnými infekčními chorobami a je jedním z nejdůležitějších prostředků preventivního lékařství. Do těla očkováním vpravujeme vakcíny, které obsahují oslabené nebo mrtvé zárodky daného onemocnění. Očkovací látka nevyvolává nemoc, připravuje protilátky, které dítě v případě nákazy ochrání. (9)

Již v 18. století byla zavedena vakcinace, tj. očkování proti neštovicím. V roce 1882 objevil Koch původce TBC a v roce 1924 se v Čechách zavádí kalmetizace. Očkování proti dětské obrně bylo v České republice zavedeno od roku 1957 a od roku 1960 se u nás toto onemocnění prakticky nevyskytuje a od roku 2002 byla dětská obrna eradikována. V roce 1969 bylo v ČR zavedeno očkování proti spalničkám. Proti zarděnkám se očkovala děvčata ve fertilním věku od roku 1982, později, roku 1986, se zavedlo očkování všech dětí. (35, 36)

Očkování dělíme na očkování povinné, které ukládá zákon, a nepovinné. Povinné očkování se řídí dle očkovacího kalendáře (tabulka č. 1) a hradí ho pojišťovna. Mezi nepovinné očkování (zvláštní očkování) patří očkování proti žloutence typu A, klíšťové encefalitidě, neštovicím, rakovině děložního čípku, meningokokové meningitidě, chřipce, tropickým chorobám (cholera, malárie) atd. Tato očkování nejsou hrazena pojišťovnou. (10, 35)

Tab. č. 1 Očkovací kalendář platný v roce 2009

Věk dítěte	Onemocnění, proti kterému se očkuje
4. den – 6. týden	TBC
Od 13. týdne (3. měsíc)	Hexavakcína – 1. dávka
4. měsíc	Hexavakcína – 2. dávka
5. měsíc	Hexavakcína – 3. dávka
11. – 18. měsíc	Hexavakcína – 4. dávka
15. měsíc	Spalničky, příušnice a zarděnky – 1. dávka
5. – 6. rok	Záškrt, tetanus a dávivý kašel (přeočkování)

10. – 11. rok	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, dětská přenosná obrna (<i>přeočkování</i>)
11. rok	Dětská obrna
14. – 15. rok	Tetanus (<i>přeočkování, další vždy po 10–15 letech</i>), <i>pro děti očkované proti tetanu mezi 10. – 11. rokem přeočkování až ve 25 letech</i>

Zdroj: dle vyhl. č. 65/2009 Sb., kterou se mění vyhl. č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. (35)

Hexavakcína je očkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, hemofilusu B, žlutence B a dětské obrně. Toto očkování se zahajuje 13. týden věku, vždy až po zahojení reakce po očkování proti TBC. (9)

Preventivní prohlídky u dětského lékaře

Primární pediatrikou preventivní péči poskytuje dětský lékař ve spolupráci s dětskou sestrou a dále spolupracují se sociální péčí a školskými zařízeními. Hlavním účelem této péče je aktivní vyhledávání ohrožených dětí po stránce zdravotní, psychické a sociální, při prohlídkách musí lékař dbát na včasné vyšetření smyslových orgánů, sledovat vývoj řeči. V rámci preventivní prohlídky je i poradna a sledování racionální výživy, především podpora kojení. Lékař se dále zajímá o sociální prostředí, ve kterém dítě žije. (35)

U novorozenců a kojenců jde hlavně o sledování psychomotorického a sociálního vývoje. V dalších obdobích se vyšetřuje longitudinálně somatický a psychický vývoj a ve 13 letech dítěte je preventivní prohlídka zaměřená na prevenci civilizačních chorob. Všechny preventivní prohlídky probíhají za přítomnosti rodičů a lékař o těchto prohlídkách a výsledcích vede písemný záznam do zdravotnické dokumentace „Záznam o zdraví a nemocech dítěte“ a zapisuje je do „zdravotního průkazu“ dítěte. (35)

Při preventivních prohlídkách je krom jiného výše uvedeného také důležité provádět povinné a nepovinné očkování podle očkovacího kalendáře. (35)

Primární preventivní prohlídky se provádějí v poradnách a to u dítěte v prvním roce života 9x, ve druhém a třetím roce vždy 1x, v předškolním věku (před nástupem do školy) 1x, po ukončení první třídy 1x a pak každé dva roky. (11, 31, 35)

1.4 Primární péče

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejlépe vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby“ (28 str. 13). Tato péče se může poskytovat ve zdravotnických zařízeních, v komunitě anebo v domácnosti. Je zaměřená na jednotlivce, rodiny, skupiny i na celé komunity. (38)

Je charakterizována přímou dostupností a otevřeností. Dále zajišťuje uspokojení základních i hlubších zdravotních potřeb člověka. (28)

Primární péče je nejlepším prostředím pro prevenci a je jedním z důležitých metodických nástrojů moderního systému péče o zdraví. (19, 28)

Primární péči dělíme na zdravotní a sociální, někdy je však v praxi těžké oddělit tyto dva okruhy od sebe. I když obě péče vystupují samostatně, je důležité, aby mezi nimi fungovala kvalitní vazba, vztahy a koordinace jejich práce. (28)

Cílem primární péče je dosáhnout u lidí nejen co nejvyššího zdravotního uvědomění a zodpovědnosti za vlastní zdraví, ale také aktivního zapojení jednotlivce či skupiny do preventivního nebo léčebného procesu a osvojení si vědomosti, postoje a zručnosti, které souvisí se všeobecnou prevencí chorob či už vzniklou chorobou. Pacienta vychováváme k tomu, aby přijal zodpovědnost za ochranu a podporu svého zdraví, kontrolu při onemocnění a svého zdravotního stavu. (38)

1.4.1 Poskytovatelé primární péče

Mezi poskytovatele zdravotní primární péče v České republice zahrnujeme: praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, agentury domácí péče, ambulantní gynekology, stomatology, lékařskou službu první pomoci a lékárny.

Praktičtí lékaři jsou v této péči klíčoví a hodně ovlivňují kvalitu a charakter poskytované primární péče. Všichni poskytovatelé musí být přímo dostupní pro občany, kteří péči potřebují. Sestra v primární péči přebírá úlohu učitele, poradce, obhájce, mluvčího a manažera zdraví. (28, 38)

V kojeneckém a batolecím věku sehrává v primární péči velkou úlohu rodič, protože rodič je pro dítě nejvhodnější učitel. (38)

1.4.2 Návštěvní služba v primární péči o dítě

Domácí návštěvy bývají zaměřené na péči o těhotné ženy, novorozence a děti. (6)

Návštěvní služba pediatra nebo dětské sestry je složkou preventivních kojeneckých prohlídek. Funguje hned po porodu, kdy vyškolená sestra navštěvuje rodiče v domácnosti v rámci interakčního vedení, kdy spolupracuje nejen s matkou, ale i otcem dítěte a snaží se o větší angažovanost prarodičů. Tato návštěva by měla proběhnout do 3 dnů po propuštění matky s dítětem z porodnice. Sestry provádějící praxi v přirozených podmínkách, sledují zdraví celé rodiny, zdraví a vývoj dítěte. Dále hodnotí strukturu rodiny, domácí prostředí a chování rodiny. V domácím prostředí jsou lepší podmínky pro první vyšetření novorozence a pro zodpovězení otázek matce, které potřebuje k ošetření dítěte. (6, 14, 31, 35, 36, 38)

Ve starším období dítěte provádí pediatr návštěvní službu v domácnosti především z důvodu nemoci dítěte, při této návštěvě si zároveň všímají prostředí, v jakém dítě žije a jak jsou naplňovány jeho potřeby. (28)

Porodní návštěvy v domácnosti provádějí porodní asistentky a to většinou na žádost ženy. Návštěva může být jedna anebo i více. Porodní asistentka se zaměřuje na poporodní problémy matky a stav novorozence (vyšetření fyziologických hodnot matky, vyšetření prsu, kontrola zavínování dělohy, kontrola jizev způsobených porodem, poradenství v oblasti kojení, vyšetření novorozence, výživa matky v šestinedělí a péče o novorozence). (34)

Návštěva v domácnosti je zahájena na základě výsledků šetření nebo na doporučení zdravotnické nebo sociální organizace. V některých případech si návštěvu sestry vyžádá rodina sama nebo je návštěva iniciovaná přímo sestrou. Preventivní

prohlídky v domácím prostředí jsou hrazeny pojišťovnou a pro lékaře jsou povinné. (11, 35)

Sociální pracovník orgánu sociálně právní ochrany dítěte je vyslán do rodiny na návštěvní službu v domácnosti před porodem nebo po porodu a to v případě, kdy byl tento orgán upozorněn na rodinu jiným pracovníkem, který přichází do styku s rodinou a má podezření, že by mohlo nebo že probíhá zanedbávání péče o dítě. V tomto případě provádí sociální pracovník sociální šetření. Před porodem se sociální pracovník zaměřuje na to, zda je rodina připravena na příchod dítěte do domácnosti, a po porodu se zaměřuje na to, zda jsou naplňovány základní potřeby dítěte. Dále je sociální pracovník vyslán do rodiny v případě, že pediatr upozorní orgán sociálně-právní ochrany dětí na to, že rodina s dítětem nedochází na povinné preventivní prohlídky. V tomto případě sociální pracovnice navštěvuje rodinu v domácnosti i ve starším období dítěte a zjišťuje, zda nedochází k zanedbávání dítěte a naplňování jeho základní potřeby. Toto sociální pracovnice posuzuje pomocí průzkumu, rozhovoru a pečlivým pozorováním. Pracovník si při návštěvě všímá velikosti, uspořádání, rozložení bytu, jednotlivých teritorií členů domácnosti a prostorů mimo interiér (zahrada, balkón). Dále si všímá toho, co bytový prostor vypovídá o životním stylu jeho obyvatel, jestli je domácnost udržovaná nebo neudržovaná a zjišťuje mezosociální systémy v okolí bydliště, jako je třeba mateřská škola, základní škola, zájmové sdružení a vrstevnické skupiny dítěte v sousedství. U naplňování psychických potřeb si pracovník všímá, zda má dítě s ohledem na svůj věk dostatek podnětů, jestli dítě má podmínky pro účinné učení, jaké jsou vztahy mezi matkou a dítětem a jestli je dítě v kontaktu s vrstevníky. (17, 26, 27)

1.5 Orgán sociálně - právní ochrany dítěte

Orgán sociálně-právní ochrany dítěte (oSPOD) zajišťuje sociálně právní ochranu dítěte, což znamená zejména ochranu práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochranu oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Poskytuje ochranu všem dětem, které se nacházejí na území ČR, bez ohledu na státní občanství. (22, 32)

Tyto orgány mají povinnost vyhledávat ohrožené děti (např. děti, kterým zemřeli rodiče nebo rodiče neplní, nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucího z rodičovské zodpovědnosti, děti, které opakovaně utíkají z domova, děti, na kterých byl spáchán trestný čin atd.) Na oSPODu pracují sociální pracovníce, které řeší situace v rodinách a kurátoři pro mládež, kteří se zabývají dětmi a mladistvými s výchovným problémem. (22)

Orgány sociálně-právní ochrany dětí jsou obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, krajské úřady, ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí. (22)

1.6 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti

Rodina je základní jednotkou společnosti založená na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodiče a dětí nebo vztahu jej nahrazujícím (osvojení). V rodině plní každý společensky určené a uznávané role. Rodina funguje jen tehdy, pokud uspokojuje potřeby každého svého člena a je spjata nejrůznějšími vnitřními vztahy a i navenek. Při vývoji dítěte je význam rodiny nezastupitelný. V rodině především probíhá proces socializace a odráží se zde ekonomický a kulturní vývoj společnosti, ve které žije. Mezi funkce rodiny jsou zařazovány čtyři základní funkce a to: biologicko–reprodukční, ekonomicko–zabezpečovací, emocionální a socializačně–výchovná. (35, 38, 10)

„Poruchou rodiny rozumíme takovou situaci, kdy rodina z nějakého důvodu a v různé míře neplní základní požadavky a úkoly dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na přiměřené začlenění jejich členů do společnosti.“ (10, str. 588)

Podle kvality naplňování funkcí rodiny rozeznáváme rodiny: funkční, kterých je asi 85 %, problémové, u nichž lze situaci zlepšit sanací rodiny je 12-13 %, dysfunkční, kterých je cca 2 %, a afunkční, kterých je 0,5 %. Diagnostika funkčnosti rodiny je prováděna dotazníkovým šetřením funkčnosti rodiny dle Dunovského. Pro posouzení funkčnosti rodiny je zapotřebí delší přímý kontakt s rodinou, dostatek času a určité dovednosti, které pracovník získává tréninkem. (17, 35)

Poruchy rodiny můžeme rozdělit na: rodiče, kteří se o dítě nemohou postarat, rodiče, kteří se neumějí nebo nedovedou starat o dítě a na rodiče, kteří se nechtějí o dítě starat. (10)

Rodiče, kteří se o dítě nemohou postarat

Rodiče, kteří se o dítě nemohou postarat, se ocitají v situacích, které jsou na vůli a možnostech rodičů většinou nezávislé. Jsou to situace způsobené přírodními a společenskými katastrofami, smrtí, nemocí nebo invaliditou rodiče, případně obou rodičů. Dále rodiče mohou být ve výkonu trestu nebo být pracovně či z důvodů studia mimo domov. (10, 35)

Rodiče, kteří se neumějí nebo nedovednou postarat o dítě

Rodiče, kteří se neumějí nebo nedovedou postarat o dítě, jsou rodiče mladí, nezralí nebo naopak starší, kteří nerozumějí potřebám dítěte. Dále sem můžeme zařadit manželství rozpadající se nebo již rozpadlá. (10, 35)

Rodiče, kteří se nechtějí o dítě starat

Nejzávažnější poruchou je, pokud se rodiče nechtějí postarat o dítě. Rodiče odmítají péči o dítě a neprojevují o ně zájem, opouštějí je nebo zanedbávají jeho potřeby. V nejzávažnější podobě této poruchy rodiny dochází k týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. (10, 35)

1.6.1 Ohrožené dítě

Ohroženým dítětem označujeme takové dítě, u něhož je z nějakého důvodu větší pravděpodobnost, že jeho vývoj a stav nebude normální. Důvody ohrožení mohou být jak vnitřní (genetická predispozice nebo nepříznivý vliv působící v těhotenství, psychika a osobnost vychovatelů dítěte) tak vnější (nepříznivý průběh porodu, po porodu a během života, složení rodiny a její ekonomická a kulturní úroveň a postavení ve společnosti). (10, 12)

1.7 Sanace rodiny

„Sanace rodiny je soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen. Důsledkem neřešené nebo akutní situace ohrožení dítěte může být jeho umístění mimo rodinu.“ (1, str. 18)

Sanace rodiny je jedním z nástrojů podpory rodičů, kteří zvládají obtížně péči o své dítě. Často jde o rodiny, které se dlouhodobě ocitají v situacích, jako je existenční nejistota, strach ze ztráty bydlení, nestabilní a nejisté vztahy v rámci rodiny anebo se ocitají na okraji společnosti. „Očekávání, že sanace rodiny způsobí zázrak a v rodině dojde k úplnému vymizení obtíží, není pravda a způsobuje v průběhu sanace těžkosti.“ (1, str. 24, 21)

Mezi základní principy sanace rodiny patří podpora dítěte tím, že se pomáhá jeho rodině. Je zaměřena na členy rodiny jednotlivě a na rodinné společenství jako celek s pokusem o její zachování či obnovu. (1, 6)

Sanace rodiny neboli podpora rodiny zahrnuje postupy, které směřují ke správnému fungování rodiny. Práce s rodinou se ujímají jak zaškolení dobrovolníci, tak profesionálové, kteří poskytují terapie celé rodině nebo někomu z rodiny. Terapie může probíhat v domácím či jiném prostředí. Mezi poskytované služby můžeme zahrnout docházku dítěte do specializovaných denních center, přípravné vzdělávání dětí před vstupem do školy, docházky do mateřských a rodinných center. (1)

Sanaci rodiny provádí orgán sociálně-právní ochrany dítěte (oSPOD) nebo neziskové organizace, které umožňují soukromým lidem se angažovat tam, kde neexistuje nebo špatně funguje státní instituce. Tyto organizace úzce spolupracují s pracovníky oSPODu na programu sanace rodiny. Zaměstnanci neziskových organizací se věnují dětem, jejich rodičům a sourozencům tak, aby se jejich rodinná situace zlepšila a nemusely být odebrány do ústavů, nebo aby se mohly vrátit bezpečně zpátky domů. (1, 23, 29)

Sanaci rodiny nelze považovat za cestu ke zrušení dětských domovů, protože vždy budou existovat situace, kdy nejlepší pomocí pro dítě bude alespoň dočasné umístění v ústavním zařízení mimo rodinu. Je nutné zajistit, aby doba pobytu dítěte v ústavním zařízení nebyla prázdným časem v životě dítěte a jeho rodiny a ústavní zařízení bylo využito jako pomáhající instituce dítěti a jeho rodině. Tím, že se s rodinou pracuje na změně v jejich postojích a jejich rodinných a sociálních podmínkách, může se dítě navrátit zpět domů. Etapa návratu dítěte z ústavní výchovy je vyústěním různě dlouhého období a je nutná aktivní spoluúčast nejen od odloučeného, ale také od členů

rodiny. Dále je nutné vymýt nepříznivé jevy, které působí na rodinu a posilovat kladné jevy. Základem pro tuto činnost je hodnocení vztahů v rodině a objektivizace získaných poznatků pozorováním. (1, 6, 24)

Sanace rodiny může rodičům doporučit každý odborník, který je s ohroženým dítětem v kontaktu, ale je vždy důležitá spolupráce s multidisciplinárním týmem, který koordinuje pracovník oSPOD. Multidisciplinární tým by měl být složen ze sociálního pracovníka, pedopsychiatra, dětského psychologa, pediatra, psychoterapeuta, vychovatele, učitele a dalších odborníků podílejících se na ochraně dítěte. (1, 27)

1.7.1 **Sanace rodiny v minulosti**

Před rokem 1989 byly metody sociální práce s rodinou postaveny na autoritativním a direktivním vztahu mezi pracovníkem a klientem. Vedly k tomu, že kapacita stávajících zařízení pro výkon ústavní výchovy nestačila, a proto se začala stavět velkokapacitní zařízení pro ústavní výchovu. Děti zde byly umístěny často i na 15-18 let svého života a s rodinou již nikdo nepracoval. Bylo prosazováno, že nejlepším pečovatelem o dítě v obtížné sociální situaci je stát a že stát dítě ochrání před jeho rodiči. (1)

V současné době neexistuje závazná metodika, která by upravovala povinnosti a pravidla multidisciplinární spolupráce odborníků v případě ohrožení dítěte. (1)

1.7.2 **Klient sanace rodiny**

Klientem sanace je celá rodina ohrožená špatnou sociální situací, izolovaností, zvýšenou mírou stresu, frustrací rodičů i jejich nezkušeností, která má přímý dopad na prospívání dítěte. (1)

Do programu sanace rodiny jsou zařazeny takové rodiny, které jsou dlouhodobě ve velmi obtížné sociální situaci (existenční nejistota, strach ze ztráty bydlení, nestabilní rodinné vztahy, vyčlenění na okraj společnosti). V těchto případech nebývá špatné prospívání dětí důsledkem záměrného ubližování, ale rodič nemá čas a není schopen se vyladit na potřeby dítěte. Pokud toto nastane, mluvíme o zanedbávání péče o dítě. (1)

Zanedbávání péče o dítě

„Zanedbávání péče o dítě je součástí syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – CAN (Child Abuse and Neglect).“ (1, str. 35)

Syndrom CAN lze definovat jako „jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“ (6, str. 24)

Pokud nejde o nejtěžší formu zanedbávání, bývá zanedbávání velmi obtížně zjištěitelné. Takové poškozování dítěte se většinou děje úmyslně a zasahuje prakticky do všech sfér ohroženého nebo již postiženého dítěte. Toto poškození je nejčastěji způsobováno nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. (1, 6, 10)

Nejčastěji zanedbávání odhalují profesionálové, kteří s dítětem přicházejí do blízkého kontaktu (lékař, zdravotní sestra, učitel/ka ve školském zařízení, sociální pracovník). Aby profesionálové mohli posoudit, zda jsou konkrétní potřeby u dítěte dostatečně naplňovány a mohli stanovit míru ohrožení dítěte, je důležité, aby profesionál uměl rozpoznat faktická i potencionální rizika ohrožení dítěte. Proto byla vypracovaná třibodová stupnice, která vymezuje míru nebezpečí vyplývající z nedostatečné nebo nekvalitní péče o dítě.

1. Kategorie „nejmenšího rizika“ zanedbávání je pouze potencionální riziko zanedbávání péče. V těchto případech není nutný zásah sociálně-právní ochrany, pokud se tato situace neopakuje příliš často.
2. Kategorie „středního rizika“ zanedbávání je, kdy riziko ohrožení dítěte stoupá, hlavně když toto ohrožení trvá delší dobu. Zde už je nutný zásah sociálních služeb s nabídkou podpory rodiny.
3. Kategorie „vážného rizika“ zanedbávání je dítě v situaci dlouhodobého nebo vážného ohrožení dítěte, jehož důsledkem může být vážné poškození zdraví dítěte nebo jeho smrt. (1)

Dalším ze způsobů zhodnocení míry zanedbávání dítěte je možno použít Ontarický index zanedbávání péče (Child Neglect Index, zkr. CNI). Je jedním z mála standardizovaných materiálů pro toto hodnocení. Byl vytvořen pro stanovení typu a

závažnosti zanedbávání. Zahrnuje šest oblastí péče o dítě, na které se sociální pracovník zaměřuje. Je to: dohled, výživa, oblečení a hygiena, péče o fyzické a psychické zdraví, péče o rozvoj osobnosti. Pracovník u každé oblasti hodnotí kvalitu rodičovské péče třístupnicovou škálou (konzistentní, nekonzistentní, zcela nekonzistentní péče) v závislosti na věku dítěte. (1)

Odhalení nebo zjištění syndromu CAN se objevuje hlášením nebo cílovým vyhledáváním jednotlivých případů, při běžné činnosti zdravotnických, sociálních nebo jiných pracovníků, kteří přicházejí do kontaktu s dítětem. Dále pak prostřednictvím linky důvěry a bezpečí nebo různých horkých linek, na které se může kdykoliv a kdokoliv telefonem nebo dopisem obrátit anonymně. Oznamovateli mohou být občané, kteří zneužívání zjistí, nebo přímo zneužívané a zanedbávané děti. Pokud někdo pojme podezření na výše zmiňované ohrožení dítěte má zákonnou povinnost tento stav nebo děj ohlásit orgánu péče o rodinu a děti nebo policii. (6)

Mezi typy zanedbávání patří: fyzické zanedbávání, které lze definovat jako neuspokojování tělesných potřeb dítěte (výživa, ošacení, přístřeší, ochrana před nebezpečím), výchovné zanedbávání, což je nezabezpečení možnosti vzdělávání ve škole, chybějící ochrana před dětskou prací; emoční typ zanedbávání, což je neuspokojování citových potřeb dítěte (láska, pocit, že dítě někam patří, objetí); a posledním typem je zanedbávání zdravotní péče, sem patří zanedbávání preventivních prohlídek nebo specifické péče, kterou dítě potřebuje. Všechny tyto typy zanedbávání jsou spojeny s chudobou, a proto je pro sociálního pracovníka těžké určit, zda je rodič schopen péče o dítě a k zanedbávání dochází z důvodu chudoby nebo zda jde o zanedbávání záměrné. (1, 6, 21)

K tomu, aby mohl pracovník zhodnotit situaci dítěte pomocí indexu, musí mít dostatek informací o situaci v rodině, které získává z rozhovoru s rodiči a dítětem, z pozorování v přirozeném prostředí a ze zpráv dalších odborníků, kteří pracují s rodinou. (1)

Kdy lze rodinu sanovat:

Rodinu ohroženého dítěte můžeme sanovat z mnoha důvodů. Je to například, pokud nastávající rodiče jsou nositeli rizika, že se nebudou umět o dítě postarat, nejsou

pro dítě připravené podmínky, které by odpovídaly potřebám dítěte. Dalším důvodem je, pokud ohrožené dítě žije ve vlastní rodině, ale jeho situace vykazuje konkrétní riziko a nelepší se nebo se zhoršuje po dobu 3 měsíců práce se sociálním pracovníkem. Dítě bylo již umístěno do zařízení s ústavní výchovou. Dále pokud je dítě umístěno v ústavním zařízení, jde o to vytvořit podmínky kvalitního, smysluplného a bezpečného kontaktu dítěte s rodiči a sourozenci v ústavním zařízení, toto může směřovat k návratu dítěte do péče rodičů. Sanace rodiny je také vhodná v případě, že dítě bylo vráceno do péče rodičů z ústavní výchovy nebo dítě bylo svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu a sanace se snaží o udržení nebo zlepšení podmínek pro kontakt dítěte se svou rodinou a přípravu jeho návratu zpět domů. (1)

Kdy sanace není vhodná:

Sanace rodiny není vhodná v případě, kdy je dítě obětí krutého zacházení ze strany rodičů a není doporučen kontakt rodičů s dítětem nebo pokud je prokázáno, že rodiče k dítěti nemají žádnou citovou vazbu, rodiče jsou závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách a zároveň odmítají léčbu, rodiče trpí psychiatrickým onemocněním a odmítají dát souhlas ke spolupráci multidisciplinárního týmu s jejich lékařem anebo pokud jsou rodiče zbaveni způsobilosti k právním úkonům a nedají souhlas ke spolupráci multidisciplinárního týmu s jejich opatrovníkem. (1)

1.7.3 Znaky sanace rodiny

Mezi základní znaky sanace rodiny patří: sestavení multidisciplinárního týmu se stanoveným koordinátorem s pracovníkem sociálně-právní ochrany dětí, pracovníkem centra pro sanaci rodiny, pracovníkem pro výkon ústavní výchovy, a dalšími odborníky pracujícími s dítětem nebo rodinou (psycholog, učitel, dětský lékař, soudce). V multidisciplinárním týmu jsou všem známy role každého člena a jsou stanovena pravidla, se kterými je seznámena i rodina a všichni zúčastnění s nimi musí souhlasit a dodržovat je. Rodiče a dítě vědí, že jsou zařazeni do programu sanace rodiny a musí spolupracovat na sestavování sanačního plánu, aby sanace byla úspěšná. (1, 2)

1.7.4 Plán sanace rodiny

Plán sanace rodiny musí minimálně obsahovat: cíl, kterého chceme jednotlivými kroky sanace dosáhnout, časový úsek pro naplnění cílového stavu, časové úseky, ve kterých budou sanační kroky zhodnocovány, a jsou domluveny znaky, podle kterých se bude hodnotit a rodiče i dítě jsou s těmito znaky seznámeni, rozumí jim a souhlasí s nimi. Plán je sestavován multidisciplinárním týmem, kde je určen jasně koordinátor a každý v týmu má svou roli a úkoly, které jsou známy jak celému týmu, tak rodině. (1, 2)

Při sestavování sanačního plánu je důležité stavět na silných stránkách rodiny a brát v úvahu rizikové faktory, jejich vzájemné působení ovlivňující míru ohrožení dítěte v rodině. Jsou to faktory rodiny, prostředí a aktuální sociální situace. (1, 7)

Rizikové faktory rodiny

Mezi rizikové faktory rodiny patří rodiče nebo jeden z rodičů pocházející s dysfunkční rodiny nebo byl umístěn v zařízení pro výkon ústavní výchovy, některé z dětí mají odebrané mimo rodinu nebo dali souhlas s adopcí některého dítěte, užívali drogy, alkohol nebo jiné návykové látky. Rodiče jsou často nezaměstnaní nebo nezaměstnatelní z důvodů malého vzdělání, neumějí správně hospodařit a mají dluhy, dlouhodobě se pohybují na hranici minima. (1)

Rizikové faktory prostředí

Mezi rizikové faktory prostředí patří takové prostředí, ve kterém rodina žije a bude žít. Je velmi důležité, aby rodina měla kde bydlet a toto bydlení odpovídalo potřebám dítěte. Pokud rodina přišla o bydlení, samotná sanace rodiny není nástrojem k získání bydlení, v tuto chvíli je nutná úzká spolupráce obce na plánu a řešení bytové situace rodiny. (1)

Aktuální sociální situace rodiny

Abychom zjistili aktuální sociální situaci rodiny, je třeba brát v úvahu předcházející dva faktory rizikovosti, pravděpodobnou délku trvání rizikových faktorů a jejich souvislost se současným ohrožením dítěte, úroveň rozvoje dítěte, které instituce v rodině již intervenovaly a jaký je jejich názor a představa o další práci s rodinou. Dále je nutné brát v úvahu nepravomocně i pravomocně uložená výchovná opatření soudu. (1)

1.7.5 Cíl sanace rodiny

„Cílem sanace rodiny je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku.“ (1, str. 18)

Cílem sanace rodiny je činnost směřující k zabránění možnosti umístění dítěte do zařízení vykonávajícího ústavní výchovu, anebo k realizaci kontaktu dítěte s rodinou během pobytu v zařízení a v neposlední řadě jeho bezpečný návrat domů. (1, 21)

1.7.6 Multidisciplinární tým sanace rodiny

Na sanaci rodiny se podílí celý multidisciplinární tým a ne jen jednotlivec. Sociální pracovník je koordinátorem práce s rodinou a jeho prvním úkolem by mělo být sestavení tohoto týmu, který bude řešit jednotlivé případy. Členy multidisciplinárního týmu jsou nejčastěji: pracovník oSPOD, pracovník centra sanace rodiny, třídní učitel dítěte nebo výchovný poradce, pracovník speciálně pedagogického centra, lékař nebo zdravotní sestra, ředitel či pracovník zařízení pro výkon ústavní výchovy a nestátní neziskové organizace. Dále se některých jednání tohoto týmu zúčastňují rodiče a děti, jichž se případ týká. Aby byla sanace rodiny účinná, je nutná spolupráce a partnerský vztah tohoto týmu. Společným cílem multidisciplinárního týmu je přijetí principu sanace rodiny, což znamená pomoci dítěti prostřednictvím pomoci jeho rodině. (1, 6, 17)

Tento tým společně vyhodnocuje situaci rodiny, vypracovává individuální plán práce s rodinou a dítětem, cíle sanace rodiny, realizuje tento plán a průběžně vyhodnocuje stanovené cíle. Rodič má právo vědět, že pracovník s ním bude mluvit otevřeně ve věcech týkajících se rodičovství, že má právo říci „ne“ a pracovníci budou naslouchat a rodič bude brán, takový jaký je. (1, 21)

Pracovníci oSPOD jsou povinni chránit nezletilé dítě, jsou-li ohroženy jeho zájmy, zdraví nebo život. Proto jim zákon umožňuje, jako jediným pracovníkům pomáhající profese, bez souhlasu rodičů nebo dítěte provádět sociální šetření v místě bydliště, informovat se na dítě a péči rodičů ve školských zařízeních, kam dítě dochází, u dětského lékaře, u zaměstnavatelů rodičů. Pokud získají informace, které vyhodnotí

jako ohrožení pro dítě, mají právo/povinnost podat soudu návrh na konkrétní opatření. (1)

1.7.7 Sanace rodiny upravená v zákonech

Sanace rodiny je upravena novelou zákona č. 359/1999 Sb. (rozsáhlá novela č. 134/2006 Sb.), která ustanovuje tyto změny k sanaci rodiny: obecní úřad obcí s rozšířenou působností může rodičům uložit povinnost navštívit poradenské zařízení a využít jeho odbornou pomoc, obecní úřad obce s rozšířenou působností je povinen poskytnout pomoc rodiči po tom, co bylo jeho dítě umístěno v zařízení pro ústavní výchovu nebo do jiného zařízení, aby se dítě mohlo navrátit do rodiny, zjistit, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení. Pracovník obecního úřadu obcí s rozšířenou působností má povinnost nejméně 1x za 3 měsíce navštívit dítě, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova a navštívit rodiče tohoto dítěte. Dále zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách je nedílnou součástí souboru služeb a programů sanace rodiny, kde jsou obsaženy sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Ochranu dítěte najdeme v Úmluvě o právech dítěte ratifikované v roce 1991, které přecházela Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924 a Deklarace práv dítěte přijatá OSN v roce 1959. Zákon o sociálně-právní ochraně dítěte zdůrazňuje, že hlavním způsobem řešení situace dítěte v ohrožení má být ozdravení rodinného prostředí. (1, 2, 13, 17)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Prvním cílem práce je zmapování frekvence návštěv zdravotnických pracovníků v novorozeneckém a starším období dítěte v domácnosti.

Druhým cílem práce je zmapování frekvence sanace rodiny.

2.2 Hypotézy

H1: Návštěvní služba zdravotních pracovníků v rodině je v novorozeneckém a starším období dítěte méně než u 30%. (prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.)

H2: Metoda sociální práce – sanace rodiny je v České republice nedostatečná. (Bechyňová)

3 METODIKA

Pro mou bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum dotazníkovou metodou na předem vypracovaném formuláři. Byly použity dva druhy dotazníků, jeden byl určen pro rodiče dětí od narození do 3 let věku dítěte (viz. příloha č. 1) a druhý pro organizace, které provádějí sanaci rodiny (viz. příloha č. 2).

V prvním dotazníku určeném pro rodiče dětí od narození do 3 let věku dítěte bylo upozorněno na anonymitu dotazníku a vysvětlení pojmů primární péče a návštěvní služby. Byl zaměřen na to, zda návštěvní služba v domácnosti proběhla a eventuálně kým byla vykonána a jestli rodiče mají o tuto službu zájem. Dotazník obsahoval celkově 12 otázek, z čehož byly 4 otázky otevřené, 2 otázky uzavřené a 6 otázek polouzavřených. Tento dotazník byl rozdán v Českých Budějovicích ve dvou dětských koutcích, ve dvou mateřských centrech a na venkovních dětských hřištích. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků a návratnost byla 79 % (119 dotazníků).

Druhý dotazník, pro organizace, které vykonávají sanaci rodiny, byl dotazník rozeslán na emailové adresy těchto organizací, přičemž adresy jsem získala prostřednictvím internetových stránek organizací za pomoci Mgr. Zdeny Eliškové. Je zaměřen na sanované děti. Byl rozeslán do 13 organizací po celé České republice a návratnost i po opakované žádosti byla 46 % (6 dotazníků).

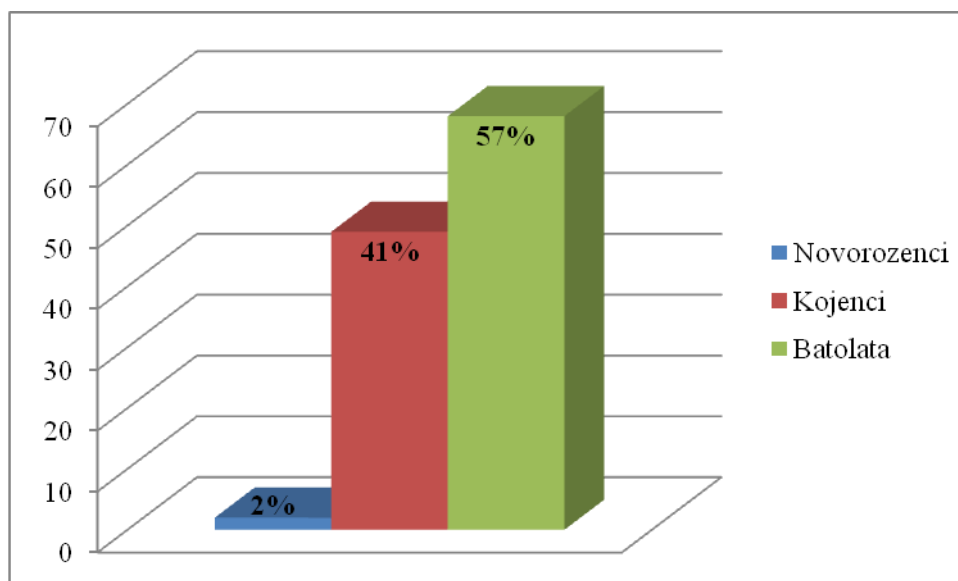
3.1 Charakteristický soubor

U prvního dotazníku určeného pro rodiče výzkumný soubor tvořil 150 rodičů dětí od narození do 3 let věku dítě, kteří byli osloveni v Českých Budějovicích a to v mateřských centrech, dětských koutcích a na venkovních dětských hřištích. U druhého dotazníku určeného pro organizace vykonávající sanaci rodiny výzkumný soubor tvořilo 13 organizací v celé České Republice.

4 VÝSLEDKY

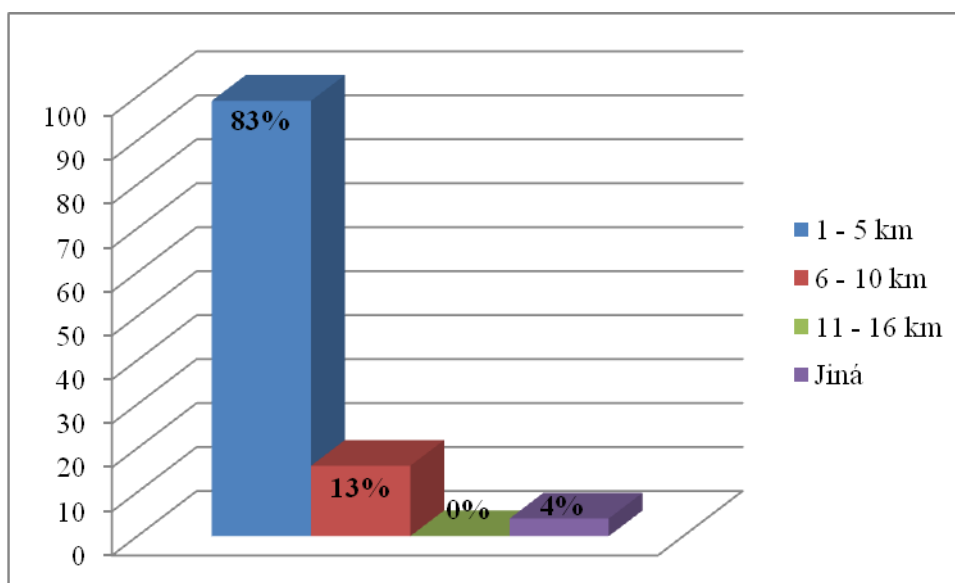
4.1 Výsledky dotazování rodičů na návštěvní službu zdravotnických pracovníků

Graf 1 (otázka č. 1) – Nynější období dítěte



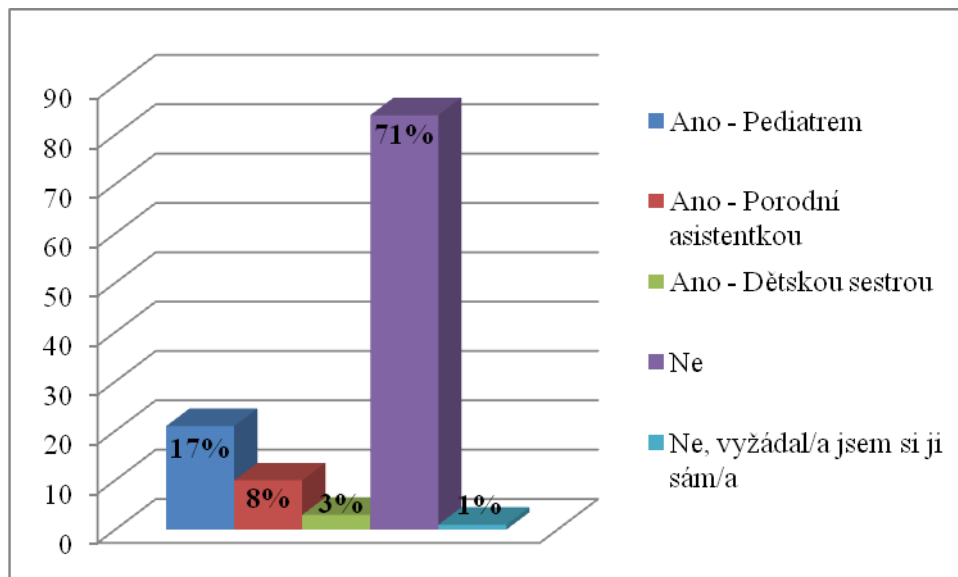
Z celkového počtu 119 (100 %) dotazovaných mají 2 (2 %) dotazovaných dítě v novorozeneckém období, 49 (41 %) dotazovaných v kojeneckém období a 68 (57 %) dotazovaných v batolecím období.

Graf 2 (otázka č. 3) – Vzdálenost bydliště od zařízení poskytující primární péči



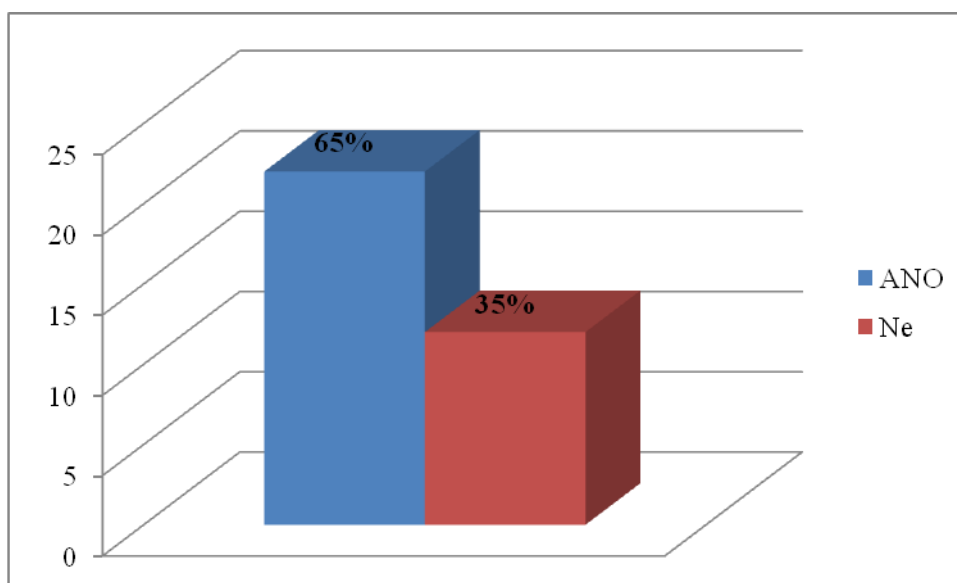
Z celkového počtu 119 (100 %) dotazovaných bydlí 99 (83 %) 1-5 km od zařízení, které poskytuje primární péči, 16 (13 %) 6-10 km od zařízení, které poskytuje primární péči, 0 (0 %) 11-15 km od zařízení, které poskytuje primární péči a 4 (4 %) dotazovaní odpověděli jiná (méně než 1 km) od zařízení, které poskytuje primární péči.

Graf 3 (otázka č. 4) – Nabídnutí návštěvní služby v domácnosti zdravotnickým pracovníkem



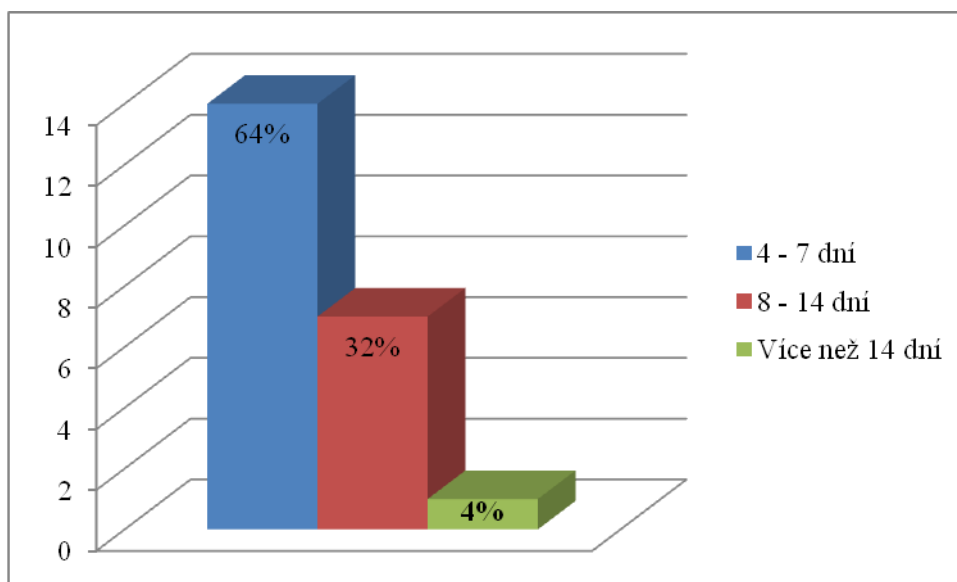
Z celkového počtu 119 (100 %) dotázaným byla 21 (17 %) dotazovaným služba nabídnuta pediatrem, 10 (8 %) dotazovaným porodní asistentkou, 3 (3%) dotazovaným dětskou sestrou, 84 (71 %) dotazovaným nebyla nabídnuta služba vůbec a 1 (1 %) dotazovanému nebyla služba nabídnuta, ale sám/a si o ni požádal/a.

Graf 4 (otázka č. 5) – Využití nabídnuté návštěvní služby v domácnosti



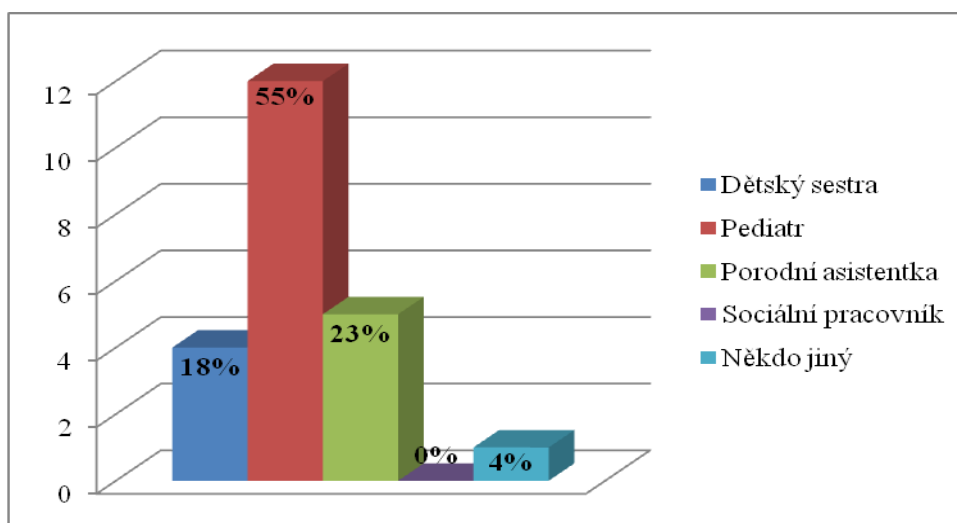
Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných nabídku návštěvní služby přijalo 22 (65 %) dotazovaných a 12 (35 %) dotazovaných nabídku odmítlo.

Graf 5 (otázka č. 6) – Věk dítěte v době návštěvy zdravotnického pracovníka



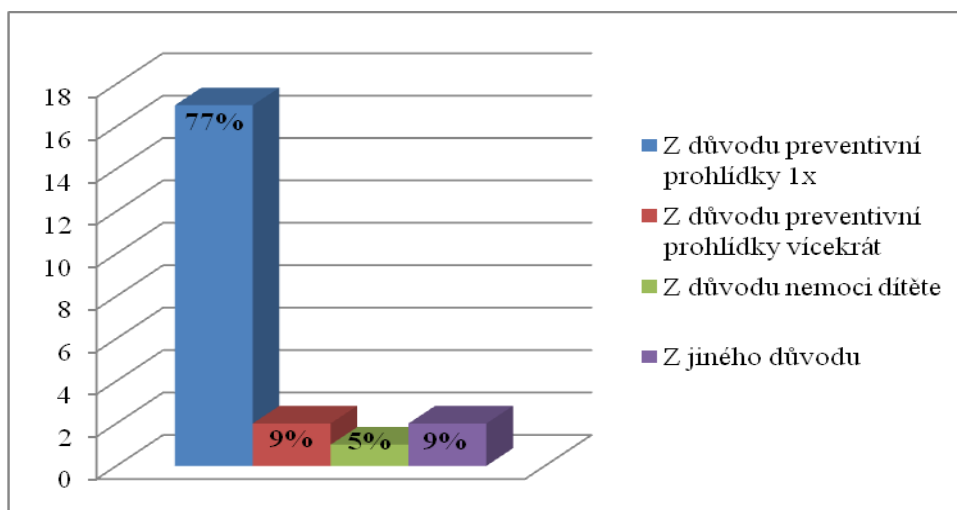
Návštěvní služba byla nejvíce a to u 14 (64 %) dětí ve věku 4 – 7 dnů, u 7 dětí ve věku 8 – 14 dnů a jen u jednoho (4 %) dítěte ve věku starším 14 dnů.

Graf 6 (otázka č. 7) – Kdo navštívil rodinu v domácnosti v rámci návštěvní služby



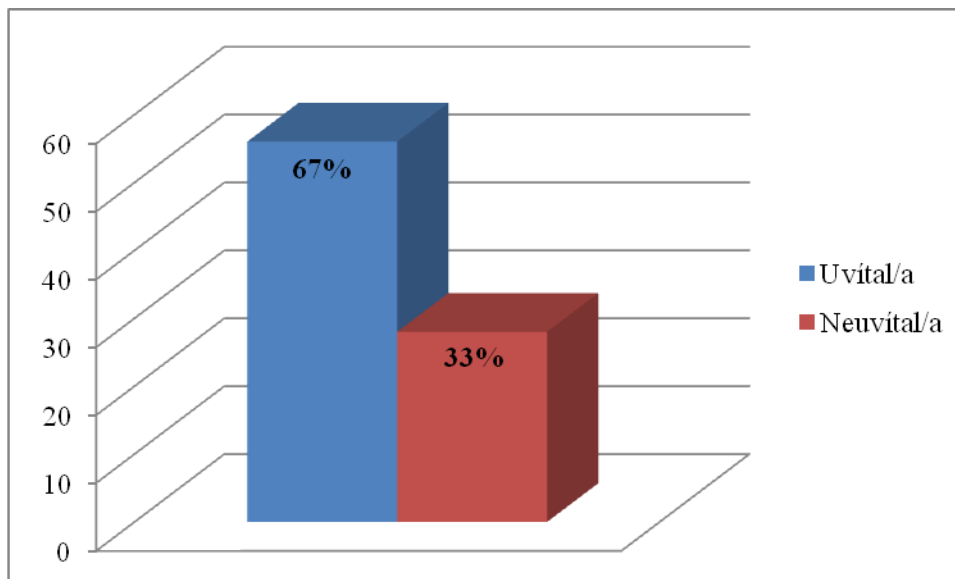
Z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných 4 (18 %) rodiny navštívila v domácnosti dětská sestra, 12 (55 %) rodin navštívil pediatr, u 5 (23 %) byla návštěva provedena porodní asistentkou a v 1 (4 %) rodině byla porodní asistentka i pediatr.

Graf 7 (otázka č. 8) – Důvod návštěvy zdravotnického pracovníka v domácnosti



Z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných návštěva proběhla u 17 (77 %) rodin z důvodu preventivní prohlídky 1x, u 2 (9 %) rodin z důvodu preventivní prohlídky více než 1x, v 1 (5 %) rodině proběhla návštěva z důvodu nemoci dítěte a ve 2 (9 %) rodinách byla návštěva z jiných důvodů (onemocnění prsu).

Graf 8 (otázka č. 9) – Uvítání/neuvítání návštěvní služby u rodičů kde služba nebyla nabídnutá

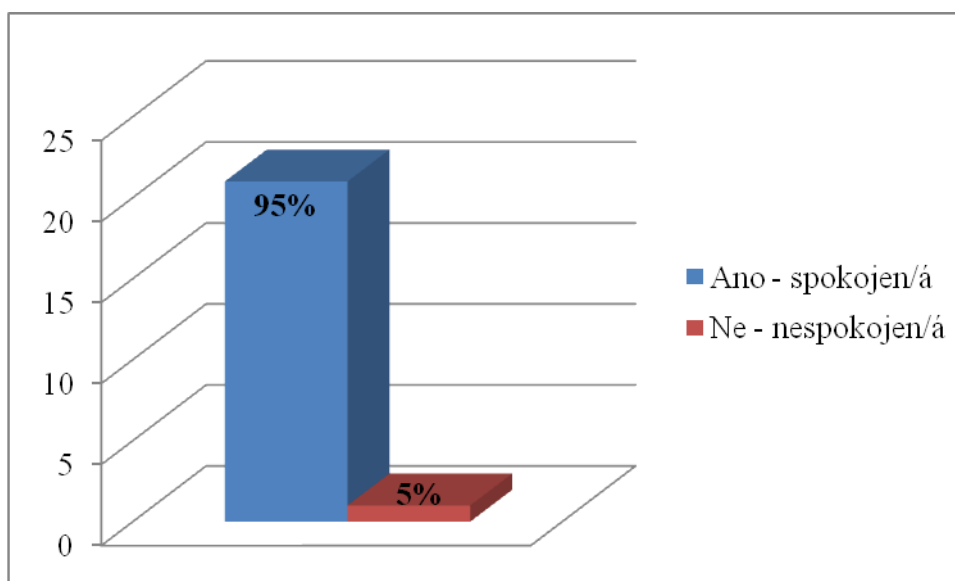


Z celkového počtu 84 (100 %) dotazovaných, kterým nebyla návštěvní služba nabídnuta žádným zdravotním pracovníkem, by tuto službu uvítalo 56 (67 %) dotazovaných. Naopak by návštěvní službu v domácnosti neuvítalo 28 (33 %) dotazovaných.

Důvod přijetí návštěvní služby v domácnosti u rodičů, kterým služba byla nabídnutá a oni ji přijali (otázka č. 9)

Z celkového počtu 22 (100 %) tuto službu přijali všichni dotazovaní a to nejčastěji z důvodu zodpovězení otázek nebo při onemocnění dítěte. Dále rodiče tuto službu přijali z důvodu, že prohlídka v domácnosti je pohodlnější nebo že zdravotní pracovník zkontroluje prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.

Graf 9 (otázka č. 10) – Spokojenost s návštěvní službou v domácnosti

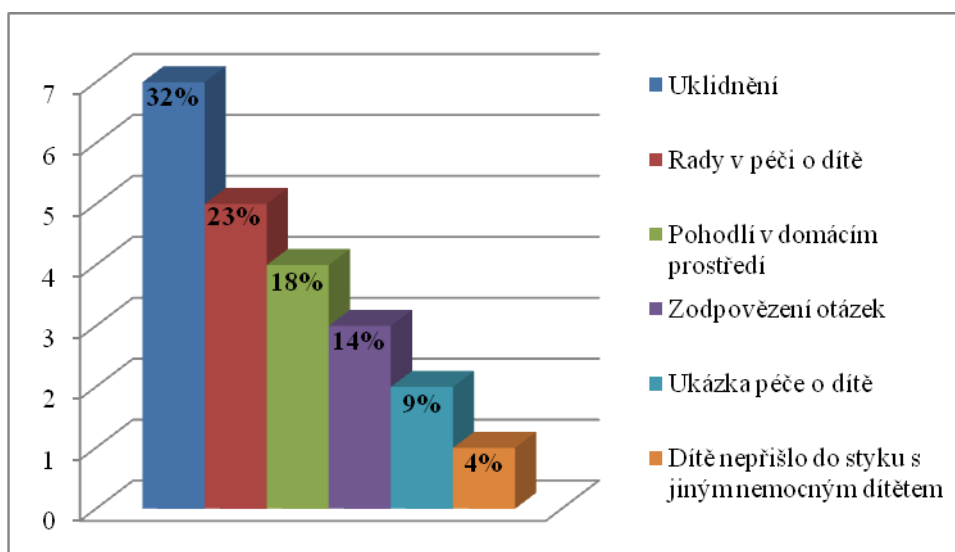


Z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných bylo 21 (95 %) dotazovaných se službou spokojených a 1 (5 %) dotazovaný spokojený nebyl.

Doporučení návštěvní služby ostatním rodinám. (otázka č. 11)

Z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných, kteří využili návštěvní službu, by všichni tuto službu doporučili ostatním rodičům.

Graf 10 (otázka č. 12) – Přínos návštěvní služby



Z celkového počtu 22 (100 %) dotazovaných, u kterých návštěvní služba proběhla, přinesla tato služba nejčastěji uklidnění a to u 7 (32 %) dotazovaných, rady v péči o dítě zdravotní pracovník zodpověděl 5 (23 %) dotazovaným. Dále rodičky vyplňovaly, že je jim návštěvní služba pohodlnější a to u 4 (18 %). Dalším 3 (14 %) tato služba přinesla zodpovězení otázek, na které se zapomněly v porodnici zeptat, 2 (9 %) dotazovaným zdravotní pracovník ukázal, jak pečovat o dítě, a 1 (4 %) dotazovaná byla ráda, že její dítě nepřišlo do styku s jiným nemocným dítětem v čekárně.

4.2 Výsledky dotazování organizací provádějících sanaci rodiny, v rámci návštěvní služby sociálního pracovníka

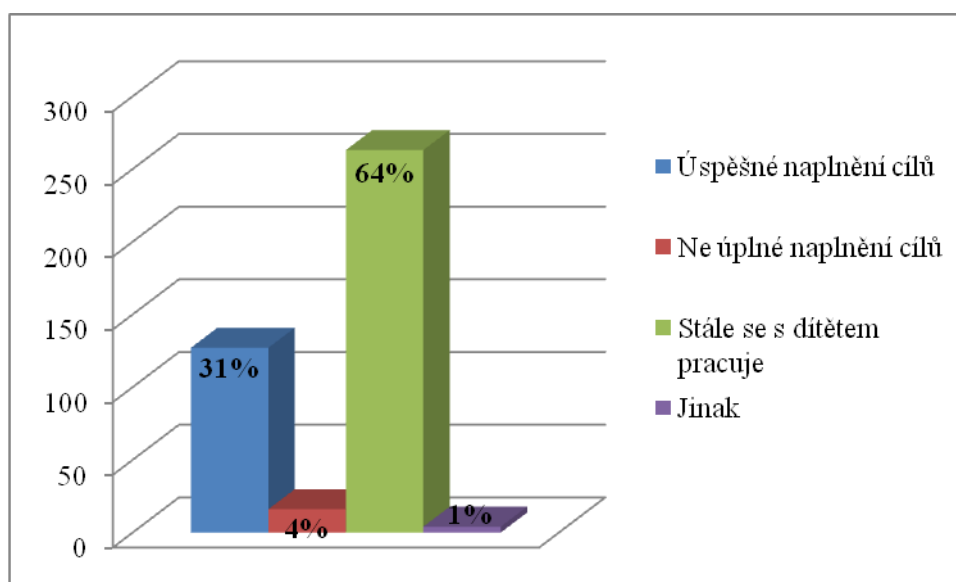
Počet organizací provádějících sanaci rodiny. (otázka č. 2)

Ze 13 (100 %) dotázaných organizací odpovědělo 6 (46 %) organizací, že provádějí sanaci rodiny, 7 (54 %) ne dotazník neodpovědělo vůbec.

Počet dětí zařazených do programu sanace rodiny v roce 2009. (otázka č. 4)

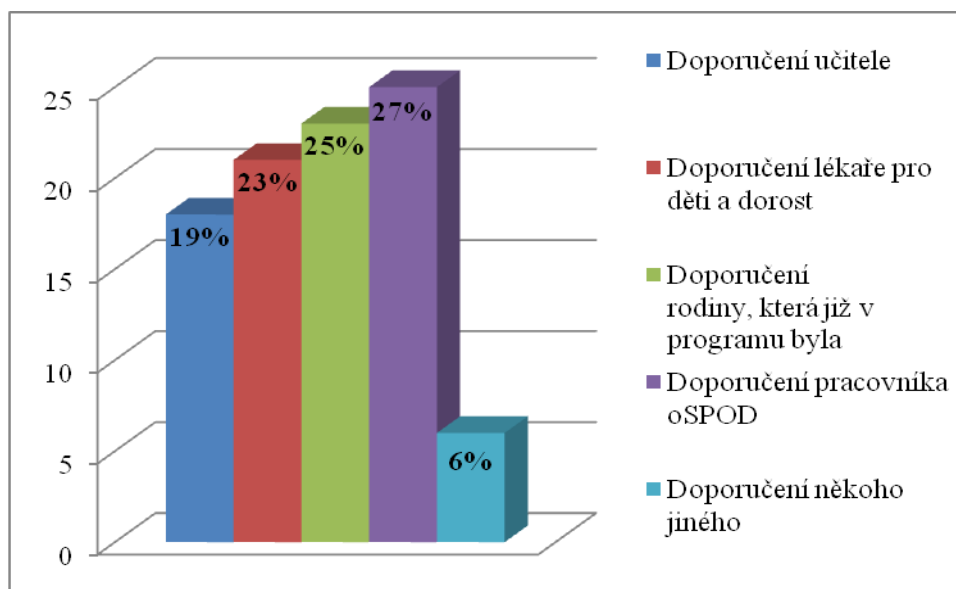
Šesti organizacemi v České republice je sanováno dohromady 409 dětí.

Graf 11 (otázka č. 5) – Úspěšnost naplnění cílů rodin v programu sanace rodiny v roce 2009



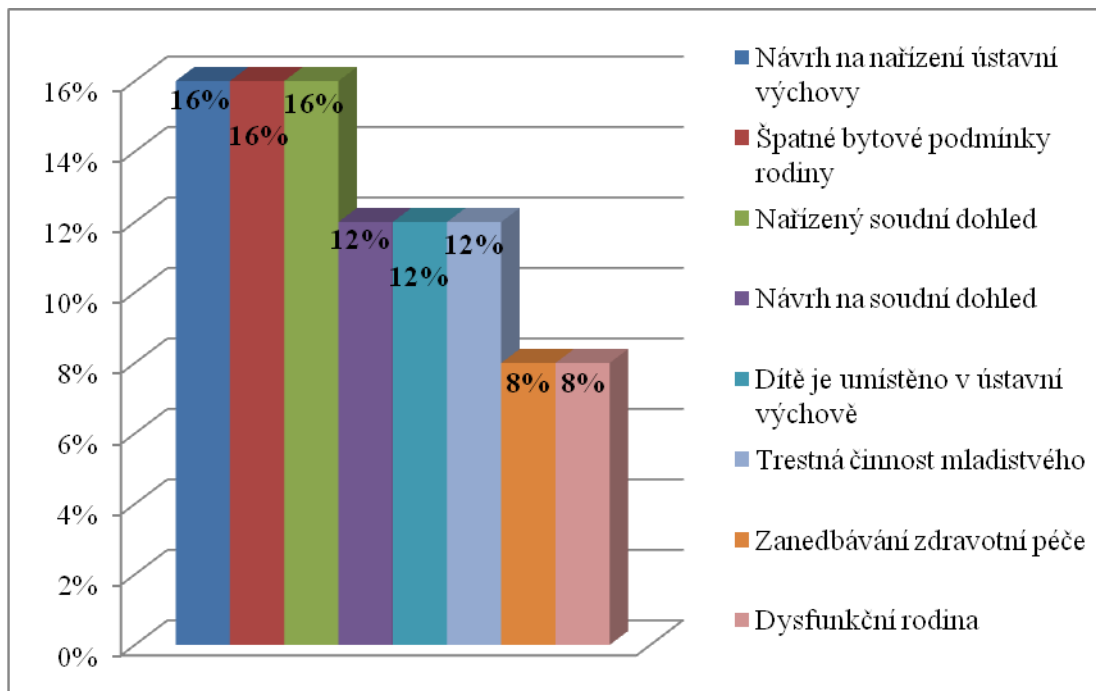
Z celkového počtu 409 (100 %) dětí se podařilo u 127 (31 %) úspěšně naplnit stanovené cíle, u 16 (4 %) se cíle ne úplně podařilo naplnit, u 263 (64 %) se stále s dítětem a jeho rodinou pracuje a u 3 (1 %) dětí organizace odpověděly jinak a to, že dítě bylo umístěno do náhradní rodinné péče.

Graf 12 (otázka č. 6) – Jakým způsobem se nejčastěji rodina dostává do projektu sanace



Do programu sanace rodiny se dítě se svou rodinou dostává nejčastěji a to z 27 % na doporučení oSPODu, dále rodině z 25 % doporučuje tento program rodina, která již v programu byla. Z 23 % jde o doporučení od lékaře pro děti a dorost a z 19 % doporučuje sanaci učitel. Jen z 6 % doporučuje program sanace rodiny někdo jiný.

Graf 13 (otázka č. 7) - Nejčastější důvody zařazení rodiny do programu sanace rodiny



Rodiny jsou do programu zařazovány nejčastěji z důvodu podání návrhu na nařízení ústavní výchovy a to z 16 %, stejně častým důvodem jsou špatné bytové podmínky a nařízení soudního dohledu. U 12 % rodin je důvodem, proč je rodina v sanační aktivitě, je návrh na soudní dohled a se stejným procentním zastoupením je i důvod, že dítě je již umístěno do ústavní výchovy a nebo trestná činnost mladistvého. Z důvodu zanedbávání zdravotní péče je v sanačním programu 8 % dětí a stejně tak je to i u z důvodu dysfunkční rodiny.

Nutnost odebrání dítěte a umístění ho do ústavního zařízení a následné vrácení do rodiny v roce 2009 (otázka č. 8 a 9)

Nutnost odebrání dítěte z rodiny a následné umístění do ústavní výchovy bylo provedeno u 18 (4,4 %) dětí i přes to, že rodina byla zařazena do programu sanace rodiny. Z toho se vrátilo zpět do rodiny, za spolupráce programu sanace rodiny 7 (39 %) dětí.

5 DISKUZE

Výzkumná část mé bakalářské práce byla zaměřena na zmapování frekvence návštěv zdravotnického pracovníka v domácnosti a na návštěvy sociálního pracovníka v rámci sanace rodiny. Pro výzkum těchto skutečností jsem použila dva dotazníky. Jeden je zaměřen na návštěvní službu zdravotnického pracovníka a druhý na program sanace rodiny. U prvního dotazníku jsem neměla žádný problém s rozděláním a návratem dotazníku. Rodiče dětí, kterým byl dotazník určen, byli velice ochotní a dotazník mi vyplnili. U druhého dotazníku jsem měla naopak velký problém s návratností. Organizace, pro které byl dotazník určen, mi tento dotazník vyplnily jen dvě, a proto jsem byla nucena je požádat znovu. Na tuto žádost se mi již vrátily 4 dotazníky a bylo možno je zpracovat. Tyto dotazníky jsem rozesílala emailem z důvodu, že organizace jsou rozmístěny po celé České republice a není v mých možnostech je navštívit osobně, i když vím, že při osobním kontaktu je návratnost a ochota pracovníků spolupracovat větší. U prvního dotazníku byla návratnost 79% a u druhého dotazníku byla návratnost 46%.

U výzkumu zaměřeného na návštěvní službu zdravotnických pracovníků v domácnosti, určeného pro rodiče dětí je otázka 1., 2. a 3. zaměřena na ověření, že dotazník opravdu vyplňují rodiče dětí od narození do 3 let věku dítěte a bydlí v Českých Budějovicích. Dále byla zjišťována vzdálenost zdravotnického zařízení poskytující primární péči od bydliště dítěte. 7 dotazníků jsem musela vyřadit z výzkumu, protože tyto neodpovídaly zadání, buď dítě bylo starší 3let, nebo nebydlelo v Českých Budějovicích. Protože většina dotazovaných, jak je znázorněno v grafu 2, má zařízení, které poskytuje primární péči, ve vzdálenosti 1-5 km nebo méně než 1 km, by nemělo být problémem pro zdravotnického pracovníka, provádějícího návštěvní službu v domácnosti, se ke klientům dostat. Praktický lékař může pojištěnce odmítnout, pokud jeho trvalé nebo přechodné bydliště je příliš vzdálené pro výkon návštěvní služby (37).

Další otázky už se zaměřují na návštěvní službu konkrétně. Otázkou č. 4 a 5 zjišťuji, kolika rodičům byla nabídnuta návštěvní služba v domácnosti a kým a zda-li tuto službu rodiče dítěte využili. Tyto informace jsou zobrazeny pomocí grafu 3 a 4. Služba byla nabídnuta pouze 34 rodičům a to 21 rodičům byla nabídnuta pediatrem, 3

rodičům dětskou sestrou a 10 ženám porodní asistentkou. Myslím si, že je to značně malé procento na to, že tuto návštěvní službu mají praktičtí lékaři pro děti a dorost ze zákona povinnou (11). Nabídku této služby využilo 22 rodičů. Rodič má právo tuto službu odmítnout podle občanského zákoníku, v němž je řešeno právo občana na soukromí (3). Rodiče odmítali návštěvu nejčastěji z důvodu, že byli schopni dítě dopravit do ordinace, kde je potřebné vybavení pro kontrolu dítěte. Další důvody odmítnutí návštěvní služby byly různé, např. rodička nechtěla obtěžovat lékařku, chtěla vyzkoušet autosedačku, anebo nabídnutá služba nebyla potřeba, protože tato služba byla rodičce nabídnutá v nemoci dítěte a stav dítěte nebyl tak vážný, aby tuto možnost využila. Jedna dotazovaná osoba uvedla v dotazníku, že ji služba nabídnuta nebyla, ale sama si o ni požádala, když byly dítěti 2 měsíce. Tato korespondentka dále v otázce číslo 9 uvedla „lékař moji prosbu o návštěvu doma rezolutně odmítl“.

Otázky číslo 6, 7 a 8 jsou zaměřeny na věk dítěte v době návštěvy zdravotnického pracovníka, kdo tuto službu poskytl a z jakého důvodu proběhla. U 64 % dětí z dotázaných byla návštěva vykonána 4 - 7 dnů věku dítěte. U 32 % dotázaných tato návštěva proběhla 8 – 14 dnů věku dítěte, jen u jednoho dítěte byla provedena ve 2 měsících a byla provedena pediatrem, jak znázorňuje graf 5. Důvod návštěv byl většinou zaměřen na preventivní prohlídku, jen u jednoho dítěte byl důvod návštěvy nemoc a tato návštěva byla opakovaná. Některé návštěvy, které byly vykonány porodní asistentkou, byly zaměřeny na matku a to z důvodů zánětlivých onemocnění prsu. Tyto informace jsou zahrnuty v grafu 6 a 7. Z dotazníku jsem zjistila, že porodní asistentka navštěvuje jednu rodičku vícekrát, kdežto pediatr navštěvuje většinou dítě jen jednou.

U otázky č. 9, kde jsem zjišťovala, zda by vůbec rodiče návštěvní službu v domácnosti uvítali, jsem zjistila, že více než polovina rodičů, jak je zobrazeno v grafu 8, kterým tato služba nebyla nabídnutá, by ji uvítala. Nejčastěji by ji uvítali z důvodu většího pohodlí, další by požadovali od zdravotnického pracovníka rady ohledně péče o dítě, zodpovězení otázek a jen zřídka se v dotaznících rodiče zmiňují, že by je pracovník ujistil, že dítě má kolem sebe správné prostředí. Někteří by tuto službu uvítali z důvodů, aby jejich dítě nepřišlo do styku s dalšími nemocnými dětmi. Ti ostatní by

návštěvní službu v domácnosti neuvítali a to nejčastěji z důvodu, že mají zdravotnické zařízení v blízkosti bydlení nebo že sám rodič je zdravotník. Rodiče, kterým tato služba nabídnuta byla, a oni ji přijali, službu rádi uvítali z důvodu zodpovězení otázek, na které si v porodnici nevzpomněli nebo při onemocnění dítěte, aby dítě nemuseli brát ven. Velkou roli u rozhodnutí přijetí této služby hrálo i to, že je to pohodlnější v domácím prostředí než v ordinaci nebo že zdravotní pracovník zkontroluje prostředí, ve kterém dítě vyrůstá.

Graf 9 zobrazuje spokojenost s návštěvní službou. Potěšilo mě, že jen jeden korespondent nebyl spokojen s návštěvní službou a to z důvodů, že by byl raději, kdyby přišel lékař a zkontroloval zdravotní stav dítěte a ne „jen“ sestra, ale i přesto by tuto službu doporučil ostatním rodičům. Toto ukazuje na to, že tyto služby, pokud jsou poskytnuty tak kvalitně, jsou velmi žádané.

Otázky č. 11 a 12 jsou zobrazeny v grafu 10 a jsou zaměřeny na to, zda by rodiče, kterým byla poskytnuta návštěvní služba, tuto službu doporučili ostatním rodičům, a na to, co jim návštěvní služba přinesla. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že by tuto službu ostatním rodičům doporučili. Většině rodičů přinesla uklidnění, že o dítě pečují správně a je děťátko v pořádku. Mnoho rodiček mi napsalo, že jsou prvorodičky a toto uklidnění jim dodalo jistotu, že děťátko je spokojené. Já osobně jsem stejného názoru a myslím si, že tato služba by se měla dále rozvíjet a měla by být nabídnuta všem rodičům.

U druhého dotazníku zaměřeného na organizace, které uvádějí ve své činnosti sanaci rodiny v rámci návštěvní služby, byla 1. a 2. otázka identifikační. 3. otázkou jsem chtěla zjistit, proč organizace a úřady, které mají sanaci provádět, sanační aktivitu neprovádějí a z jakého důvodu. Na tuto otázku mi žádná organizace ani úřad z dotázaných neodpověděly.

Otázkou č. 4 jsem zjistila, kolik dětí je zařazeno do programu sanace rodiny. Myslím, že 409 dětí sanovaných 6 organizacemi je docela vysoké číslo a pokud by takovýchto organizací, které vykonávají sanaci rodiny, bylo více a byly rozmístěny po celé České republice, nemusely by být děti umístěovány do zařízení s ústavní výchovou z důvodů sociálních (bytová nouze) nebo ekonomických. Podle naší právní úpravy nelze legálně odebrat dítě z původní rodiny z důvodů ekonomických, ale přesto se tyto případy pod jinými záminkami stále dějí (26).

Dalšími otázkami č. 5, 6, 8 a 9 jsem zjišťovala, u kolika rodin v programu sanace rodiny se podařilo naplnit stanovené cíle, ne úplně podařilo naplnit stanovené cíle, s kolika dětmi se dále spolupracuje a byla i možnost jiné odpovědi. V grafu 11 je zobrazeno, že s celkového počtu 409 dětí se úspěšně podařilo naplnit cíle v roce 2009 u 127 dětí a s 263 dětmi se stále pracuje. Jen u 16 dětí se cíle nepodařilo naplnit a 3 děti musely být umístěny do náhradní rodinné péče. Tato čísla mě potěšila, i přestože 3 děti musely být z rodiny odebrány i přes snahu organizace provádějící sanaci rodiny. Je ale třeba mít na paměti, že vždy budou existovat situace, kdy bude pro dítě nejlepší způsob pomoci alespoň dočasné oddělení od původní rodiny (1). Tato slova dokazuje i otázka č. 8, u které jsem přímo zjišťovala, kolik dětí v programu sanace rodiny bylo umístěno do ústavní výchovy. Ani toto číslo není příliš vysoké, neboť z rodiny bylo odebráno 18 dětí. Z těchto 18 dětí bylo zpět do původní rodiny vráceno v roce 2009 sedm dětí a to naznačuje to, že pokud se s rodinou pracuje, nemusí děti zůstat v zařízeních s ústavní výchovou. Umístění dítěte do takového zařízení je mnohdy jen přechodné řešení, které dá rodině možnost upravit podmínky a naučit se s dítětem pracovat tak, aby byly naplněny jeho základní potřeby. I když je dítě v zařízení s ústavní výchovou, sociální pracovnice dále pracuje s celou rodinou, aby doba pobytu byla co nejkratší a u dítěte byla co nejvíce snižována citová deprivace (1).

V 7. otázce jsem se zajímala o nejčastější důvody zařazení dítěte do sanace rodiny. Tyto informace jsou zobrazeny v grafu 13. Nejčastěji udávanými důvody bylo podání návrhu na nařízení ústavní výchovy dítěte, špatné bytové podmínky a nařízení soudního dohledu. Dále jsou rodiny do programu zařazovány z důvodu, že byl podán návrh na soudní dohled, že je dítě již umístěno v zařízení s ústavní výchovou anebo z důvodu trestné činnosti mladistvého. Nejméně rodin je sanováno z důvodu zanedbávání zdravotní péče anebo z důvodu dysfunkční rodiny.

Myslím si, že i když se organizace zabývající se sanací rodiny stále rozrůstají, stále je těchto organizací málo a dětí s touto problematikou přibývá. Např. na jihu Čech se sanací zabývá pouze třeboňský oSPOD a jsou kraje, kde stále taková organizace vůbec není.

6 ZÁVĚR

Návštěvní služba sociálních a zdravotních pracovníků v domácnosti je v České republice ze zákona povinná a lidem je, jak ukazuje můj výzkum, nabídnuta jen v málo případech. Během návštěvní služby si pracovníci všimají nejen zdravotního stavu dítěte, ale především prostředí v jakém vyrůstá a jak jsou naplňovány jeho potřeby.

V mé bakalářské práci jsem měla stanoveny dva cíle. První byl zmapování návštěv zdravotnických pracovníků v domácnosti v novorozeneckém a starším období dítěte v Českých Budějovicích a druhý cíl byl zmapování frekvence sanace rodiny. Oba cíle se mi podařilo naplnit. I hypotézy jsem měla stanoveny dvě a obě se potvrdily. První byla: Návštěvní služba zdravotnických pracovníků v rodině je v novorozeneckém a starším období dítěte méně než u 30% (prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.) a druhá: Metoda sociální práce – sanace rodiny je v České republice nedostatečná (Bechyňová). K potvrzení hypotéz jsem použila kvantitativní výzkum a jako nástroj použila anonymní standardizovaný dotazník.

Tuto práci lze použít jako podklad pro zmapování frekvence návštěv zdravotnických pracovníků v domácnosti a zmapování provádění programu sanace rodiny v rámci návštěvní služby v domácnosti sociálního pracovníka. Touto prací bych ráda upozornila na to, že návštěvní služba zdravotnických pracovníků je důležitá a rodiči je žádaná. Dále bych ráda upozornila na důležitost vztahu a spolupráci zdravotnických pracovníků se sociálními pracovníky. Myslím si, že tyto vztahy by měly být podporovány, aby se přecházelo tomu, aby se tak předešlo nejkrajnějšímu řešení, tj. k odebrání dětí z původních rodin a jejich umístování do zařízení s ústavní výchovou.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BECHYŇOVÁ, V. – KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5.
2. BECHYŇOVÁ, V. – BUBLEOVÁ, V. – DUŠKOVÁ, Z. a kol. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1. vydání. Praha: IREAS, 2007. 236 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
3. BUSINESS CENTER. CZ. *Občanský zákoník* [online]. HAVIT, s.r.o. 1998 [cit. 2010-04-18]. Dostupné z:
<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcanzak/>.
4. ČECH, E. – HÁJEK, Z. – MARŠÁL, K. – SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 544 s. textu, 2 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1313-9.
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
6. DUNOVSKÝ, J. – DYTRYCH, Z. – MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.
7. EARLY, T. Valuing Families: Social Work Practice with Families from a Strengths Perspective [online]. [citováno 2010-04-20]. Dostupné z:
<http://www.highbeam.com/doc/1G1-60470924.html>.
8. ELIAŠOVÁ, A. a kol. *Pôrodnické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2000. 110 s. ISBN 80-8063-053-4.
9. GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 140s. ISBN 978-80-247-2030-2.
10. HRODEK, O. – VAVŘINEC, J. a kol. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
11. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
12. JUŘENÍKOVÁ, P. – HŮSKOVÁ, J. – PETROVÁ, V. – TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství 2. část-Chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vydání. Uherské Hradiště, 1999. 236 s.

13. KAHOUN, V. a kol. *Vybrané kapitoly k sociální práci: Sociální práce II*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. 281 s. ISBN 978-80-7387-064-5.
14. LANGMEIER, J. – KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
15. LENDEROVÁ, M. – RÝDL, K. *Radostné dětství?*. 1. vydání. Praha a Litomyšl: Paseka, 2006. 384 s. textu, 16 s. přílohy. ISBN 80-7185-647-9.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
17. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
18. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál 2007. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
19. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Zdravotně sociální pracovník*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 220 s.
20. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Teorie a metody sociální práce* [online].[cit.2010-04-05]. Dostupné z:
http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/ksu-katedra-supervize-a-odborne-praxe/teorie_a_metody_socialni_prace.pdf/view?searchterm=sociální práce.
21. MPSV. *Sanace rodiny* [online]. 23.7.2008 [cit. 2010-03-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5587>.
22. MPSV. *Systém sociálně-právní ochrany dítěte v ČR* [online]. 14.7.2009 [cit. 2010-04-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7243>.
23. O NEZISKOVÝCH ORGÁNECH[online]. 2008 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z: <http://neziskovky.cz/cz/fakta/neziskovy-sektor-v-cr/co-to-je-neziskovy-sektor/>.
24. RIEGER, Z. *Návrat k rodině a domů*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. 108 s. ISBN 978-80-7367-544-8.
25. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Idvpz, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.

26. SDRUŽENÍ ZÁSTUPCŮ DĚTSKÝCH PRÁV ČR. *Zápisy ze seminářů DCI o plnění úmluvy o právech dítěte v ČR* [online]. [cit. 2010-04-05]. Dostupné z: http://www.diccz.org/section.php?sectname=dokumenty&subsect=umluva&view=zavery_ze_seminaru.
27. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
28. SEIFERT, B. a kol. *Primární péče praktické lékařství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 156s. ISBN 80-246-0883-9.
29. STŘEP [online]. 2007. [cit. 2009-13-11]. Dostupné z: <http://www.strep.cz/>.
30. ŠTEMBERA, Z. *Historie České prenatalologie*. Praha: MAXDORF, 2004. 403 s. ISBN 80-7345-021-6.
31. ŠVEJCAR, J. a kol. *Péče o dítě*. 1. vydání. Praha: NUGA 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
32. ÚŘAD MČ BRNO-SEVER. *Odbor sociálních věcí a zdravotnictví* [online]. 1995 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z: <http://www.sever.brno.cz/urad/odbory/soc-veci-a-zdrav-/>.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
34. VAŠE PORODNÍ ASISTENTKA NABÍZÍ TYTO SLUŽBY [online]. 2007. [cit. 2009-13-11]. Dostupné z: <http://www.porodni-asistentka.cz/poprodu/poporodni-navstevu.html>.
35. VELEMÍNSKÝ, M. – TOMŠÍKOVÁ, Z. – KUKLA, L. – KOLÁŘOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JCU-ZSF, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
36. VOLF, V. – VOLFOVÁ, H. *Pediatrie*. 2. vydání. Praha: Informatorium, 2000. 247 s. ISBN 80-86073-62-9.

37. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* [online]. [cit. 2010-04-20]. Dostupné z:
http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html.
38. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Dítě

Dětská sestra

Návštěvní služba

Pediatr

Porodní asistentka

Primární péče

Sanace rodiny

Sociální pracovnice

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče

Příloha č. 2 – Dotazník pro organizace vykonávající sanaci rodiny

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodiče

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Kardová, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Rehabilitace- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Téma mé bakalářské práce zní: „Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě“. Dotazník, který jste obdrželi, je součástí mé bakalářské práce a je určen rodičům novorozenců, kojenců a batolat. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, je zcela anonymní a bude použit pouze pro mou bakalářskou práci. Správnou odpověď zakroužkujte a tam, kde jsou tečky, vyplňte požadované informace.

Předem děkuji za Vaši ochotu.

Primární péče je komplexní zdravotně-sociální péče, která je poskytována profesionály na úrovni prvního kontaktu dítěte se zdravotnickým systémem.

Návštěvní služba je složkou preventivních kojeneckých prohlídek a provádí je dětská sestra, porodní asistentka nebo dětský lékař. Tyto návštěvy by měly probíhat od 3 dnů po propuštění matky s dítětem z porodnice. Návštěvní služba v domácnosti bývá nejčastěji zaměřena na péči o těhotné ženy, novorozence a děti. Preventivní prohlídky v domácím prostředí jsou hrazeny pojišťovnou a pro lékaře jsou povinné.

1. Věk Vašeho dítěte?

.....

2. Bydlíte v Českých Budějovicích?

- a. Ano
- b. Ne

3. Jak daleko bydlíte od zařízení, které poskytuje primární péči o Vaše dítě?
- a. 1–5 km
 - b. 6–10 km
 - c. 11–15 km
 - d. Jiné:
4. Byla Vám nabídnuta návštěvní služba ve Vaší domácnosti?
- a. Ano:
Kým?.....
 - b. Ne (Pokud jste zvolil/a tuto možnost, přejděte k otázce č. 9 a vyplňování ukončete. Děkuji za ochotu.)
 - c. Ne, ale požádala jsem o ni sama. (Pokud jste zvolil/a tuto možnost, přejděte k otázce č. 6.)
5. Využili jste možnosti nabídnuté služby?
- a. Ano
 - b. Ne:
Proč?.....
(Po zvolení této možnosti pro Vás dotazník končí, děkuji Vám za jeho vyplnění.)
6. Jak bylo staré Vaše dítě v době návštěvy zdravotního pracovníka u Vás doma?
.....
7. Kdo Vás navštívil ve Vaší domácnosti v rámci návštěvní služby?
- a. Dětská sestra
 - b. Pediatr
 - c. Porodní asistentka
 - d. Sociální pracovnice
 - e. Někdo jiný:
8. Z jakého důvodu a kolikrát u Vás návštěva proběhla?
- a. Z důvodu preventivní prohlídky.....
 - b. Z důvodu nemoci dítěte
 - c. Z jiného důvodu

9. Uvítala byste/přijímáte nabídku této služby a proč?

.....
.....

10. Byla jste/jste spokojená s průběhem návštěv (dostatečný rozsah péče, komunikace, zodpovězení otázek apod.)?

a. Ano

b. Ne: Proč?

11. Doporučila byste tuto službu ostatním matkám?

a. Ano

b. Ne

12. Co Vám přinesla návštěvní služba ve Vaší domácnosti?

.....
.....

Příloha č. 2 – Dotazník pro organizace vykonávající sanaci rodiny

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Kardová a jsem studentkou 3. ročníku na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitace-psycho sociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Téma mé bakalářské práce je „Význam návštěv v domácnosti v primární péči o dítě“ a tento dotazník je její součástí. Proším o vyplnění tohoto dotazníku, je zcela anonymní a bude použit pouze pro mou bakalářskou práci. Správnou odpověď zakroužkujte a tam, kde jsou tečky, prosím vypište požadované informace.

Předem děkuji za Vaší ochotu.

1. Jaká jste organizace/ úřad a v jakém městě sídlíte?

.....

2. Provádíte sanaci rodiny?

a. Ano (pokud jste vybrali tuto možnost, přeskočte na otázku č. 4)

b. Ne (pokud jste zvolili tuto odpověď, odpovězte na otázku č. 3 a dál již v dotazníku nepokračujte. Děkuji za ochotu)

3. Z jakého důvodu neprovádíte sanaci rodiny?

.....

4. U kolika dětí v roce 2009 byly Vaší organizací prováděny sanační aktivity?

.....

5. U kolika dětí v programu sanace rodin se v roce 2009 zdařilo:

a. úspěšně naplněny cíle

b. ne úplně naplněny cíle

c. stále se s rodinou spolupracuje

d. jinak

6. Jakým způsobem se nejčastěji rodina dostává do projektu sanace? (prosím seřad'te od 1- 5 s tím, že 1 je ten, kdo upozorňuje nejčastěji, a č. 6 je ten, kdo neupozornil nikdy, jedno číslo můžete použít víckrát)

- a. Na doporučení učitel
b. Na doporučení lékař pro děti a dorost
c. Na doporučení rodiny, která již v programu byla
d. Doporučení pracovníka oSPODu
e. Někdo jiný:.....

7. Z jakého důvodu je nejčastěji rodina zařazována do programu sanace rodiny?

.....
.....
.....
.....

8. Kolik dětí zařazených do programu sanace rodiny, bylo nutno v roce 2009 odebrat a umístit ho do ústavního zařízení?

.....

9. Kolik dětí zahrnutých v programu sanace rodiny v roce 2009 se podařilo vrátit ze zařízení s ústavní výchovou zpět do rodiny?

.....
.....
.....
.....