

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Analýza situace dětí ve věku 0-6 let vyrůstajících v ústavních
zařízeních v Kraji Vysočina**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Jana Fárová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené
děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 16. srpen 2012

Abstrakt

V České republice vyrůstá zhruba 1 % dětí mimo vlastní rodinu, zvláště pak ve věkové kategorii dětí do 3 let. Z tohoto důvodu Česká republika obdržela v posledním období několik významných impulsů vyzývajících k zásadní reformě systému péče o ohrožené děti.

Cílem mé práce bylo provést podrobnou analýzu vývoje a změn v komplexní péči a situaci dětí v Dětském centru Jihlava a v Dětském domově Kamenice nad Lipou v letech 2005, 2010 a 2011 ve vybraných oblastech.

Výzkum byl zaměřený na zjištění, k jakým změnám v čase dochází ve skladbě dětí vyrůstajících v konkrétních ústavních zařízeních; dále pak v péči, která je jim poskytována v závislosti na jejich charakteristikách a specifických potřebách; ve spolupráci s biologickou rodinou a v okolnostech a způsobech ukončování pobytu dětí v zařízeních. K dosažení stanovených cílů je v mé diplomové práci využito sekundární analýzy dat a SWOT analýzy. Provedena byla analýza dat dvou souborů Dětského centra a Dětského domova ve třech sledovaných obdobích 2005, 2010 a 2011.

V obou zařízeních byly využity jako informační zdroje statistické výkazy, spisová dokumentace dětí, Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví pro kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let, ošetrovatelská a zdravotní dokumentace, dokumentace o poskytované péči, a to z let 2005, 2010 a 2011. Získaná data byla podle předem stanovených kritérií analyzována a uváděna v tabulkách v absolutních hodnotách.

Z výsledků mé práce vyplývá, že obě zařízení poskytují komplexní zdravotní, výchovnou a sociální péči dětem od narození do věku 3 let v rodinném prostředí. Z důvodu snahy o respektování a podporu sourozeneckých vztahů dochází zejména v Dětském domově k rozšíření věkového pásma přijímaných dětí. Do zařízení jsou přijímány děti převážně se zdravotní indikací a těmto dětem je poskytována specializovaná zdravotní péče. K odstranění psychické deprivace přispívá stabilita kvalifikovaného personálu a vypracované metodiky práce, jejichž používání je prevencí před opožděním vývoje dítěte v ústavní péči. Spolupráce a podpora (sanace) biologické rodiny, přijímání dětí se souhlasem rodiny nebo na základě předběžného opatření, zaručuje dočasnost pobytu a včasné přemístění dětí do původní nebo náhradní rodiny.

Abstract:

In the Czech Republic, about one per cent of children grow up outside their own families, mainly children under the age of three. For this reason the Czech Republic has lately received several important challenges concerning a fundamental reform of the children at risk care system.

The aim of my thesis was to carry out an analysis of the development and changes in the comprehensive care and in the situation of the children in the Children's Centre Jihlava and in the Children's Home Kamenice nad Lipou in the years 2005, 2010 and 2011 in chosen aspects.

The research was focused on changes over time in the situation of concrete children's homes, further on the changes in the provided care depending on the children's characteristics and specific needs, and finally on the changes in the cooperation with the biological families and in the circumstances how the stay of children is terminated. To achieve these goals of my thesis, a secondary data analysis and SWOT analysis was carried out. Two files were analysed recording the situation in the Children's Centre and in the Children's Home during the the years 2005, 2010 and 2011.

In both the facilities the analysis was based on the following sources of information: statistical reports, children's records, the Ministry of Health guideline for nursing homes and orphanages for children under the age of three, nursing and medical records, records of provided care, namely for the years 2005, 2010 and 2011. The data were analysed according predefined criteria. Further, they were presented in charts in absolute values.

It follows from the results of my thesis that both the facilities provide comprehensive health, educational and social care for children from birth to the age of three in a family environment. To promote respect and relationships between siblings, particularly the children's home tries to extend the age range of taken children. Mostly children with a medical indication are taken in the home and these children are provided with specialized medical care. The stability of qualified personnel and established methods of work help remove psychological deprivation in the children. Using these methods of work prevents the children from lagging in their development. The co-operation with and support (remediation) of the biological families, taking the children with the consent of the family or on a precautionary basis ensure a temporary stay and a timely removal of the children in the original or a replacement family.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 16.8.2012

.....
Bc. Jana Fárová

Poděkování

Mnohokrát děkuji doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce. Moc děkuji za cenné rady, ochotu a trpělivost, se kterou se mi věnovala.

Dále děkuji PhDr. Blaženě Papáčkové, za věnovaný čas, odborné rady a cenné připomínky při konzultacích.

Obsah

Seznam použitých zkratk

Úvod	10
1. Současný stav	11
1.1 Práva dětí - legislativní rámec	11
1.1.1 Úmluva o právech dítěte	12
1.1.2 Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte	13
1.1.3 Evropská úmluva o výkonu a práv dětí	13
1.1.4 Zákon o sociálně právní ochraně dětí	13
1.2 Rodina a rodiče v životě dítěte	14
1.2.1 Základní funkce rodiny	14
1.2.2 Rodiče a rodičovství	16
1.2.3 Rodičovská zodpovědnost	17
1.3 Základní a vývojové potřeby dítěte	18
1.3.1 Vývojová psychologie v kontextu potřeb dítěte	19
1.3.2 Psychomotorický vývoj dítěte	21
1.3.3 Opožděný vývoj dítěte	21
1.3.4 Rizikové faktory pro vývojové opoždění	22
1.4 Ohrožené dítě	23
1.4.1 Ohrožené dítě nemocí, zdravotním postižením	23
1.4.2 Ohrožené dítě společenskými faktory	24
1.4.3 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti	25
1.4.4 Poruchy rodiny ve vztahu k její funkčnosti	26
1.5 Deprivační syndrom	27
1.5.1 Klasifikace deprivací	27
1.5.2 Psychická deprivace	28
1.5.3 Deprivace v ústavní výchově	28
1.5.4 Deprivace v rodině	29
1.5.5 Diagnostika a reparaibilita psychické deprivace	29
1.6 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy.CAN)	30

1.6.1 Příčiny syndromu CAN	32
1.7 Zásahy do práv rodičů	32
1.7.1 Sanace rodiny	33
1.8. Náhradní výchovná péče	35
1.8.1 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku	37
1.8.2 Zákon o poskytování zdravotních služeb	38
1.8.3 Zdravotní, zdravotně sociální a sociální důvody pro přijetí dětí do kojeneckých ústavů a dětských domovů	39
1.8.4 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP)	40
1.9 Náhradní rodinná péče	41
1.9.1 Typy náhradní rodinné péče	42
1.9.2 Legislativní rámec náhradní rodinné výchovy	45
1.10 Transformace systému péče o ohrožené děti	46
1.10.1 Historie systému péče o ohrožené děti v zahraničí	47
1.10.2 Historie systému péče o ohrožené děti v České republice	47
1.10.3 Studie a doporučení k transformaci systému péče o ohrožené děti	48
1.10.4 Transformace systému péče o ohrožené děti týkající se kojeneckých domovů, dětských center a dětských domovů pro děti do 3 let	51
1.10.5 Národní strategie ochrany práv dětí „Právo na dětství“	53
2. Cíle	54
3. Metodika	55
3.1 Metodický postup	55
3.2 Charakteristika souboru	56
3.2.1 Dětské centrum Jihlava (dříve kojenecký ústav)	56
3.2.2 Dětský domov Kamenice nad Lipou	59
4. Výsledky	63
4.1 Přijaté děti do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou a jejich věk při přijetí	63
4.2 Charakteristika přijatých dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou	65

4.3 Právní situace přijatých dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou	68
4.4 Sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody přijatých dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou	71
4.5 Charakteristika rodiny přijatých dětí v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou	73
4.6 Poskytovaná zdravotní péče před a při přijetí dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou	76
4.7 Psychomotorický vývoj dětí při přijetí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou	78
4.8 Psychomotorický vývoj dětí při propuštění z Dětského centra Jihlava a z Dětského domova Kamenice nad Lipou	81
4.9 Přehled služeb s uvedením realizované péče v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou	84
4.10 Spolupráce zařízení s rodinou v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou	88
4.11 Délka pobytu dětí v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou	92
4.12 Celkový počet propuštěných dětí v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou	96
4.13 SWOT analýza pro Dětské centrum Jihlava a Dětský domov v Kamenici nad Lipou	98
5. Diskuze	101
6. Závěr	114
7. Seznam použitých zdrojů	116
8. Klíčová slova	121
9. Přílohy	122

Seznam použitých zkratk

ADHD	hyperkinetická porucha; (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
CNS	centrální nervový systém
DC	dětské centrum
DD	dětský domov
DMO	dětská mozková obrna
EU	Evropská unie
FAS	fetální alkoholový syndrom
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti; (Human Immunodeficiency Virus)
ICFO	Mezinárodní organizace pěstounské péče; (International Foster Care Organisation)
KÚ	kojenecký ústav
LMD	lehká mozková dysfunkce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠTV	Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NAP	Národní akční plán
NNO	nestátní neziskové organizace
NRP	náhradní rodinná péče
OHCHR	Úřad vysokého komisaře OSN pro lidská práva;
ORL	oddělení ušní – nosní – krční; (Otorhinolaryngologie)
OSPOD	Oddělení sociálně právní ochrany dětí
OSN	Organizace spojených národů
OSF	nadace Open Society Fund Praha
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
sy.CAN	syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte; (Child Abuse and Neglect)
SWOT	metoda analýzy; (strengths, weaknesses, opportunities, threats)
UNICEF	Dětský fond OSN; (The United Nations Children's Fund)
UZ CNS	ultrazvukové vyšetření centrální nervové soustavy
WHO	Světová zdravotnická organizace; (World Health Organization)
ZPDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Úvod

V České republice vyrůstá zhruba 1 % dětí mimo vlastní rodinu. Jedná se o děti, jejichž rodiče je nemohou, nechtějí nebo nezvládají vychovat sami a děti jsou umístovány do náhradní péče. Náhradní péče zahrnuje dva odlišné modely výchovy dítěte, náhradní péči ústavní a náhradní péči rodinnou.

Vzhledem k tomu, že v České republice se do náhradní péče umisťuje velké množství dětí, zvláště pak ve věkové kategorii dětí do 3 let, obdržela Česká republika v posledním období několik významných impulsů vyzývajících k zásadní reformě systému péče o ohrožené děti. Na základě těchto doporučení vznikl v České republice koncept transformace systému práce s ohroženými dětmi a rodinami prostřednictvím Národního akčního plánu (NAP). Je koncipován jako soubor analýz a opatření s důrazem na sjednocení a zvýšení kvality práce s ohroženým dítětem a rodinou. Pro podporu základních práv ohrožených dětí je třeba zajistit bezpečné prostředí ve vlastních (sanovaných a podporovaných) rodinách, dostatečný počet (kvalifikovaných a podporovaných) rodin náhradních a odbornou komplexní péči v pobytových zařízeních rodinného typu.

Na otázku, jak se bezprostředně dotýká transformace systému péče o ohrožené děti, dvou zvláštních zdravotnických zařízení v Kraji Vysočina, Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou, chci odpovědět ve své diplomové práci.

Úřad vysokého komisaře OSN a Dětský fond UNICEF vyzývá ve svém prohlášení vlády zemí Evropy a střední Asie k tomu, aby s okamžitou platností skončily s umístováním malých dětí do kojeneckých ústavů pro špatný vliv na jejich vývoj.

V této souvislosti by moje práce měla přispět k podání konkrétního, komplexnějšího a objektivního obrazu situace. Poukazuje na historii a propracovanost ústavní péče v České republice, na vážnost důvodů vedoucí k umístování dětí do těchto zařízení a na komplexnost poskytované péče v těchto zařízeních. V neposlední řadě také podává přehled forem současné i připravované náhradní rodinné péče, které mají v systému péče o ohrožené děti zásadní postavení.

1. Současný stav

„V zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí děti vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění.“ (33).

Do náhradní výchovné nebo náhradní rodinné péče by měly být umisťovány děti, které jsou z nějakého důvodu ve svém původním výchovném prostředí závažně ohroženy. V celosvětovém měřítku se za tyto důvody považuje týrání a zneužívání, závažné formy zanedbávání a další jevy, které ohrožují život, zdraví nebo optimální vývoj dítěte (32).

Na základě výsledků provedených studií v roce 2011 se do jednotlivých typů ústavní péče dostává 66 % dětí z důvodu nedostatečné péče o dítě, 10 % tvoří špatná finanční situace rodiny, v 7 % rodiče nezvládli výchovu problémového dítěte, v 5 % byly důvodem k odebrání sociální důvody rodiny, nejčastěji špatné nebo žádné bytové podmínky. Pouze ve 12 % šlo o závažné, důvodné a oprávněné odebrání dítěte z důvodu týrání, alkoholismu rodiče nebo rodiče ve výkonu trestu (32).

Proto je v současné době zastáván názor, že většina umisťovaných dětí do institucionálních forem péče by mohla být při vhodné podpoře a sociální práci s rodinou vychovávána v původním rodinném prostředí (32).

1.1 Práva dětí

„Jak moc je dítě člověkem a jaká má práva?“ (13).

Nejen v dějinách, ale i v současnosti, lze najít doklady o zpochybňování a tvrzení, zda jsou děti doopravdy lidskými bytostmi, tedy bytostmi používajícími odpovídajících práv a jistot. Již významný římský myslitel Seneca hovoří o právu, ne-li povinnosti, „odstranění bezcenného života“, kdy právo na život nemělo dítě nemocné, po porodu slabé. Rovněž v antickém Římě otec rodiny rozhodl o životě nebo odstranění dítěte, ať

už z důvodu nemoci nebo velkého počtu dětí, na které se nedostávalo prostředků na pečování. Již v této době zasáhl císař Theodosius nekompromisní rezolucí:

„Pokud rodiče oznámí, že nemohou z důvodů chudoby o své děti pečovat, pak musí být neprodleně zaopatřeny oděvem a potravou. Že novorozenec musí být živen, nesnese žádné vytáčky. Vždyť odporuje našim základním zákonům, aby kdokoliv byl kvůli hladu nucen k nestoudnému jednání.“ (13).

A tak už v tomto období lze najít první podporu, moderněji řečeno sanaci rodiny.

„Dětství je v současné době vnímáno jako období, které má velkou hodnotu, dítě vyžaduje zvláštní ochranu společnosti.“ (2).

Základní principy dětských práv jsou zakotveny v mezinárodních úmluvách a odpovídajícím způsobem se promítají do národní legislativy.

1.1.1 Úmluva o právech dítěte

Dítětem je dle úmluvy každá lidská bytost mladší 18 let. Dítě, jako každý člověk, má stejná práva jako každý jiný. Obecně platí pro všechny děti světa a konkrétně pak pro situaci každého jednotlivého dítěte – zdravého, ohroženého, nemocného, postiženého.

V Úmluvě se vyskytují dva hlavní body, a to práva dítěte a povinnosti státu, které lze nejlépe vyjádřit souborem práv, označené jako „zásady tří P“ (15).

- *Provision* – právo dítěte na dobrý život, na vlastní rozvoj, právo na nezbytnou lékařskou a zdravotnickou péči (15).
- *Protectiono* – ochrana dítěte před násilím, zanedbáváním, před špatným zacházením a jakoukoliv diskriminací (15).
- *Participacion* – právo dítěte účastnit se na věcech veřejných, stejně tak právo dítěte dělat věci samostatně dle svých kompetencí (15).

1.1.2 Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte

Tento dokument bezprostředně navazuje na Úmluvu o právech dítěte. Stanoví postupy, jak aplikovat Úmluvu v praxi a jak sledovat a vyhodnotit její účinnost a výsledky. Také zavazuje členské státy k tomu, aby podávaly pravidelně k posouzení zprávu o stavu svých dětí Výboru OSN pro dětská práva. Takovou zprávu vypracovala i Česká republika. První ani druhá zpráva o situaci našich dětí a péče o ně pro nás nevyzněla nijak příznivě. Naše vláda poprvé zareagovala až na druhou zprávu v roce 2003. Mezi nejzávažnější nedostatky patřil neexistující Národní plán péče o rodinu a děti, rovněž tak neexistence interdisciplinárního útvaru, který by tuto oblast komplexně řídil, koordinoval a kontroloval (44).

1.1.3 Evropská úmluva o výkonu a práv dětí

Česká republika se zavázala, že tuto úmluvu použije na řízení v osvojení, řízení a svěřeni dítěte do pěstounské péče a řízení o omezení nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti. Účelem této úmluvy je v nejlepším zájmu podporovat jejich práva, poskytnout jim procesní práva a informovat děti o soudních řízeních v rodinných věcech, v nichž jde převážně o výkon rodičovské zodpovědnosti. Děti by měly být dostatečně informovány a jejich názory by měly být brány v úvahu (41).

1.1.4 Zákon o sociálně právní ochraně dětí

Zákon o sociálně právní ochraně dětí je samostatný právní předpis, který vychází a respektuje ústavní principy upravené Ústavou České republiky, Listinou základních práv a svobod a Úmluvou o právech dítěte (61).

Sociálně právní ochrana dítěte představuje zajištění práva dítěte na život, jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině. Zahrnuje ochranu dítěte před tělesným a duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním (61).

Vymezuje hlavní zásady, kterými jsou:

- odpovědnost státu za ochranu dětí,
- obecnou odpovědnost soudů a orgánů sociálně právní ochrany dětí vymezené zákonem,
- hlavním principem ochrany dětí je preventivní působení, jímž lze předcházet poruchám rodinných vztahů, pokud ohrožují zdravý a příznivý vývoj dítěte,
- ochrana před sociálně patologickými jevy,
- sledování dětí žijící mimo rodinu,
- vymezení pravidel pro zprostředkování osvojení a pěstounské péče,
- spolupráci při mezinárodním osvojení,
- vymezuje pravidla pro vedení spisové dokumentace a nakládání s ní,
- vymezuje činnosti nevládních institucí (61).

1.2 Rodina a rodiče v životě dítěte

„Rodina jsou rodiče s dětmi, rodiče jsou otec a matka, rodiče a děti tvoří domov.“ (37).

Definice rodiny a rodiče se proměňuje v čase, odráží společenské a hospodářské aspekty, které s fungováním a pojetím rodiny úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují (26).

1.2.1 Základní funkce rodiny

Původní komplex funkcí rodiny se tenčí, některé z nich slábnou, i když úplně nemizí (29).

V biologicko reprodukční funkci jde o naplnění potřeby mít děti, která rovněž zakládá povinnost se o ně starat a mít za ně odpovědnost (15).

Ekonomicko zabezpečovací funkce zaujímá významnou roli. Nezaměstnanost, nedostatek finančních prostředků a tím vznikající chudoba mají své příčiny v selhávání rodiny jako celku. Přináší do rodiny násilí, kriminalitu a celkové ohrožení vývoje a života dítěte (15).

Funkce emociální má pro dítě zajistit potřebu bezpečí a jistoty. Je to právě domov, kde je dětem poskytována péče (15).

Funkce socializačně výchovná je považována za nejvýznamnější funkci rodiny. Vkládá dítěti a člověku genetickou výbavu pro další vývoj. Sociální vztahy v rodině a způsob výchovy jsou vzorem pro založení své rodiny, proto rodiče mají být osobním životem a chováním příkladem svým dětem (15).

Rodinu lze chápat jako primární malou skupinu, jejíž uspořádání lze rozdělit na:

- *základní, nukleární*, kterou tvoří muž, žena a jejich děti,
- *rozšířenou* o prarodiče, tety, strýce, bratrance,
- *neúplnou rodinu*, kdy není neobvyklé, že dítě vychovává jeden z rodičů, matka nebo otec, zde se poutem stává rodičovství,
- *nevlastní, popř. náhradní rodinu*, která je v postmoderní společnosti stále častějším jevem z důvodů rozvodů a nemanželských dětí, tudíž společenství, které lze charakterizovat jako problémové (9).

V naší společnosti v základní, nukleární rodině nežije většina rodin a dle vyjádření Matouška většinu rodin tvoří lidé žijící sami nebo jen s dítětem bez partnera. Pro schopnost vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi nemůže základní rodina zůstat osamocena a je závislá na tom, jak je napojena na tzv. sociální síť, kterou tvoří nepřibuzní přátelé, známí a profesionálové pracující v institucích, které přicházející do styku s rodinou (28).

1.2.2 Rodiče a rodičovství

“Nejzávažnějším přechodem v rodinném cyklu je přechod k rodičovství.” (29).

V *biologicko reprodukční funkci rodiny* jde o naplnění potřeby dvou partnerů mít děti. Tato potřeba zároveň zavazuje a zakládá povinnost se o děti starat a mít za ně odpovědnost (29).

Pro zdravý vývoj dítěte je důležité dobré rodičovství, které zahrnuje milující a pečující rodiče, bezpečné, stálé, ochraňující a podpůrné prostředí (28).

Pro zdravé rodičovství musí mít rodič určité osobnostní předpoklady, jako zralost, stabilitu, vztah k dítěti a určitou inteligenci. Schopnost zpracovávat dětské emoce, regulovat chování a sebedůvěru. Nemělo by chybět rodinné zázemí a ekonomické zajištění (28).

Narozené dítě patří své matce a otci, je na nich úplně závislé a právě jeho závislost v sobě nese nevyhnutelnost určité povinnosti rodičů. Každé dítě, zejména malé, je fyzicky i psychicky před svými rodiči bezbranné a jsou rodiče, kteří je mohou svou mentální nebo sociální omezeností ohrožovat. Proto je nutná určitá sociální a společenská regulace (29).

To, co může společnost minimálně od rodičů vyžadovat je obsaženo v pětici minimálního zaopatření – Minimum Provision Thesis, které obsahuje:

Každé dítě má nárok na to, aby mu matka a otec zajistili a poskytli:

- výživu,
- oblečení,
- ubytování,
- zdravotní péči
- přístup ke vzdělání (29).

V České republice jsou práva a povinnosti rodičů definována Zákonem o rodině a Zákonem o sociálně právní ochraně dětí. V rámci těchto zákonů a jejich ustanovení se řeší otázky vztahů rodičů k dětem a možného zásahu do něj (33).

1.2.3 Rodičovská zodpovědnost

Pojem „rodičovská zodpovědnost“ byl zaveden do našeho právního řádu velkou novelou Zákona o rodině č. 91/1998 Sb., a nahradil dosavadní termín „rodičovská práva a povinnosti“. V roce 2014 vejde v platnost novela Občanského zákoníku, jehož součástí bude také novela Zákona o rodině (16).

Rodičovskou zodpovědnost tvoří tři základní okruhy:

- prvním okruhem je definováno právo a povinnost rodičů vychovávat své děti, řádně se o ně starat. Zahrnuje především péči o zdraví dítěte, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. Při výchově mají právo užít i přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena důstojnost dítěte,
- druhým okruhem je právo a povinnost rodičů zastupovat své děti, pokud toho nejsou schopni,
- třetím okruhem práv a povinností rodičů při spravování jeho majetku (60).

Kvalita „zdravé rodiny“ a pozitivního rodičovství se projeví v uspokojování základních potřeb dítěte (37).

1.3 Základní a vývojové potřeby dítěte

Po narození se o děti starají rodiče a uspokojují jejich základní potřeby. Čeští psychologové Z. Matějčka a J. Kovařík vytvořili systém základních potřeb dítěte a doplnili jej podmínkami pro jejich uspokojení (28).

Mezi základní a vývojové potřeby patří:

- *fyzické potřeby* – zajištění tepla, výživy, ochrany před nepříznivými vlivy fyzického a sociálního prostředí,
- *potřeba bezpečí* – citová vazba na blízkou osobu,
- *potřeba stability a přehlednosti prostředí* – existence domova se stabilní strukturou, existence institucí, které navazují na rodinu (škola, jiné instituce vychovávající dítě),
- *potřeba učit se* – podnětného prostředí, které k učení dává příležitost,
- *potřeba začlenění do širšího okruhu lidí* – sociální kontakty v užší a širší rodině, příležitost k budování vztahů s vrstevníky
- *potřeba životní perspektivy* (28).

Ve vztahu k deklarovanému právu dítěte na adekvátní péči a ochranu zahrnuje Dubowitz mezi základní potřeby dítěte:

- adekvátní stravu,
- odpovídající oblečení,
- bezpečný a chránící domov,
- adekvátní zdravotní péči a vzdělání,
- adekvátní dohled,
- ochranu před nebezpečím z okolního prostředí,
- pozitivní přijetí a podporu dítěte (8).

1.3.1 Vývojová psychologie v kontextu potřeb dítěte

Znalost vývojové psychologie je velmi důležitá pro posouzení duševního vývoje jedince od početí do smrti (38).

Pro lepší porozumění lze vymezit tři hlavní oblasti psychického vývoje (38).

- *Biosociální vývoj* – zahrnuje tělesný vývoj a všechny proměny s ním spojené (38).
- *Kognitivní vývoj* – zahrnuje všechny psychické procesy, které se účastní na lidském poznání (38).
- *Psychosociální vývoj* – zahrnuje proměny způsobu prožívání, osobnostních charakteristik a mezilidských vztahů (38).

Následující rozdělení dětí do věkových kategorií se běžně používá v dětské vývojové psychologii při popisování významných změn v oblastech vývoje:

- kojeneček – novorozenec; od narození do konce prvního měsíce,
– kojeneček; 1-12 měsíců,
- batole; 12-36 měsíců (také batolecí věk),
- předškolní věk; 3-5 let,
- mladší školní věk ; 6-8 let (1).

Od prvních měsíců života dovede dát dítě zřetelně najevo, co chce a co nechce, co se mu líbí a co nelíbí, čeho se bojí a čeho ne. Do 7 měsíce věku je dítě zdánlivě v bezpečí s kýmkoliv, kdo mu zajišťuje uspokojování jeho základních biologických potřeb.

Kolem 7 měsíce už zpravidla někomu patří, tato osoba je mu zárukou bezpečí a jistoty. Ve většině případů je touto zárukou matka, k ní si vytvoří citový vztah. Ovšem nemusí tomu být tak vždycky, může to být otec, starší sestra, babička, adoptivní matka, pěstounka či kdokoliv jiný, kdo se k dítěti „mateřsky chová“ a může to být i více lidí najednou. K pocitu bezpečí a jistoty přispívá vývoj poznávacích schopností (24).

Ve své práci pro následné hodnocení psychomotorického vývoje dítěte se významněji zaměřím na období raného vývoje a předškolního věku.

Období raného vývoje je nejčastěji vymezeno od narození do tří let života. Je to období význačných vývojových skoků ve všech oblastech výše uvedeného psychického vývoje (36). Vývoj dítěte je sledován v rovině:

- *somatického vývoje*, který je podmíněn kvalitní výživou, životními podmínkami a dostatečnou stimulací ve všech souvisejících oblastech,
- *motorického vývoje*, kdy první rok života dítěte je označován jako období senzomotorické inteligence, kdy se dítě s okolním světem seznamuje prostřednictvím motorických činností, které musí být podmíněn individuální a intenzivní péčí a podpory ze strany dospělého jedince,
- *kognitivního vývoje*, tedy vývoje rozumových schopností. Kognitivní vývoj dítěte vyžaduje systematickou a individuální stimulaci v oblastech všech smyslů, motoriky a sociálního kontaktu,
- *socioemočního vývoje*, jež je nejméně viditelnou oblastí s největším dopadem na všechny oblasti vývoje. Děti s absencí individuálního, vřelého a blízkého vztahu s dospělou osobou vykazují vyšší výskyt obtíží v sociálních kontaktech, vyšší výskyt duševních onemocnění, nižší intelektový výkon, ale také možné změny v somatickém růstu (32).

Období předškolního věku a raného školního věku. Děti předškolního věku jsou děti ve věku od 3 do 6-7 let věku, raný školní věk trvá první dva roky školní docházky (19). *Předškolní věk* zahrnuje z hlediska vývoje širokou škálu změn, ať už fyzických, psychických nebo sociálních. Rozvíjí se motorika, vnímání, myšlení a řeč, hra a sociální vývoj. Toto období je velmi důležité z hlediska socializace dítěte. V předškolním věku se uvolňuje vázanost na rodinu, navazují se vrstevnické vztahy, děti mohou zahájit docházku do mateřských škol (19). Také se utváří sourozenecké vztahy, které jsou ovlivněny věkem a vývojovou úrovní dětí. Pokud se věk a vývojová úroveň příliš neliší, děti se stávají spíše spojenci. V případě, že je věkový rozdíl větší, starší dítě přijímá roli

modelu, slouží jako zdroj jistoty a bezpečí, poskytuje mladšímu dítěti ochranu, mnohému je učí (38). Ve velkých rodinách, v rodinách, kde chybí otec nebo je přítomen jako stín, kde odpovědnost za děti je ponechána na matce, která na výchovu nestačí, mohou sourozenci vytvářet náhradní systém podpory. Sourozenci, na které je tato odpovědnost přenášena soustavně, se stávají „rodičovským dítětem“ (27). Při rozhodování o náhradních formách péče je potřeba tyto vazby zohlednit a sourozence nerozdělovat (2).

1.3.2 Psychomotorický vývoj dítěte

Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a forma péče a výchovy mají zásadní vliv na všechny oblasti dalšího vývoje dítěte (42). Vývoj dítěte je do jisté míry dán geneticky, dochází ke zrání centrální nervové soustavy, postupně se rozvíjí fyzické a mentální schopnosti. Dítě si postupně osvojuje dovednosti v oblasti psychomotorického vývoje, tzn. v oblasti pohybu, duševního a sociálního života. Na jejich maximální rozvoj, zdokonalení a upevnění má vliv chování pečujících osob, přísun podnětů, stimulace a vzájemná interakce (42).

Nejdůležitější sociální skupinou je rodina. Nedostatek podnětů, nedostatek příležitostí k učení a pohybu ve stabilním sociálním prostředí vede k opoždění vývoje (37).

1.3.3 Opožděný vývoj dítěte

Hlavní úlohu ve vývoji dítěte hraje centrální nervový systém (CNS) a jeho optimální činnost v každé vývojové etapě. Jejím odrazem je pak přiměřené, věku odpovídající chování v oblasti psychické a motorické. Jakékoliv poškození CNS může způsobit její dysfunkční činnost a následně odchylky od normálního psychomotorického vývoje. Jde o několik variant, od nerovnoměrného vývoje až po těžká postižení v oblasti jemné a hrubé motoriky a oblasti psychické (15).

V *psychické – mentální* oblasti může dojít k nerovnoměrnému vývoji na podkladě syndromu ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), dříve lehké mozkové dysfunkce (LMD), též pod názvem lehké odchylky mentálního vývoje. U dětí nacházíme nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivitu nebo naopak hypoaktivitu, nesoustředěnost, poruchy učení a chování. Častěji výskyt LMD nacházíme u dětí v rodinách, kde příliš nedbají na výchovu a které nemají pevné rodinné zázemí. Tyto funkce se vhodným působením dají pozitivně ovlivnit (55).

Mezi závažnější poruchy CNS, které vedou k opožděnému vývoji, patří mentální retardace. Může být způsobena jakoukoli okolností, která narušuje vývoj mozku. Setkáváme se s ní i u dětí ze sociálně slabých vrstev následkem podvýživy, nedostatečné hygieny, z nedostatku lékařské péče a z nedostatku stimulace (43).

V *oblasti motorické* rozlišujeme vývoj *jemné motoriky*, která je řízena aktivitou malých svalových skupin a zahrnuje pohyby prstů, uchopování předmětů, manipulace s nimi, pohyby mimického svalstva, pohyby mluvidel a grafomotoriku. *Vývoj hrubé motoriky* se uskutečňuje prostřednictvím velkých svalových skupin, zahrnuje pohyby hlavy, trupu a končetin (30).

1.3.4 Rizikové faktory pro vývojové opoždění

Rizikové faktory pro vývojové opoždění spadají do dvou kategorií:

- *genetická zátěž*, kdy se dítě narodí s genetickou a chromozomální abnormalitou vedoucí k vývojovému zpoždění. Jako příklad lze uvést fenyketonurii, zmiňovanou jako vrozenou poruchu metabolismu nebo Dawnův syndrom, který je příkladem poruchy chromozómů,
- *životní prostředí*, kdy k opožděnému vývoji dochází na podkladě působení škodlivých činitelů před nebo po narození a zahrnují např. špatnou výživu matky v těhotenství, problémy během těhotenství a nesledovaná těhotenství. Užívání alkoholu a drog těhotné matky mohou způsobit u dítěte mentální retardaci, fetální alkoholový syndrom (FAS). Mezi další rizikové faktory patří onemocnění

matky během těhotenství – HIV virus, žloutenka typu B, C, syfilis, problémy při porodu a následně nedonošenost a nízká porodní váha (43).

Vztah socializace, prostředí a genetiky je komplikovaný. Genetika a prostředí se vzájemně ovlivňují, ale míra ovlivnění se nedá určit (42).

Řada studií (M. Damborské, Z. Matějčka a J. Kocha) popsala opožďování vývoje převážně u dětí v ústavní péči, kde k největším problémům patří chybějící citové vazby k nějaké konkrétní osobě (22).

Na druhé straně zanedbávání péče v rodině s nízkou socioekonomickou a kulturní úrovní, kde chybí rodičovské kompetence, zkušenosti, motivace k rodičovskému chování, kde není čas na výchovu a dítě je nevídané, ovlivní vývoj dítěte negativně (37).

V situaci, kdy je dítě v psychomotorickém vývoji výrazně opožďeno, je nutné dítě řádně vyšetřit a odhalit příčinu tohoto opožďení. Péče o tyto děti není jenom úlohou dětského pediatra, je záležitostí interdisciplinární péče, která se neobejde bez spolupráce s jinými odborníky. Mezi ně patří psycholog, neurolog, dětský psychiatr, speciální pedagog, foniatr, logoped a sociální pracovník. Sociální pracovník by se měl stát do jisté míry koordinátorem potřebné péče (42).

1.4 Ohrožené dítě

1.4.1 Ohrožené dítě nemocí, zdravotním postižením

V minulosti byly děti převážně ohroženy závažnými infekčními nemocemi, které způsobovaly nemocnost a úmrtnost dětí. Díky očkovacím látkám došlo k eliminaci těchto onemocnění. V současné době se do popředí dostávají zdravotně sociální problémy, které způsobují převážně úrazy dětí, otravy, problematiku příjmu potravy a chronická onemocnění (9).

Každá zdravotní porucha má svou stránku tělesnou, duševní a společenskou. Nepříznivé vlivy rodinného prostředí, časté konflikty v rodině, neúměrná zátěž,

odloučení od rodiny a psychická deprivace, způsobují závažná psychosociální onemocnění (9).

V každodenním životě se také setkáváme s jednotlivci, kteří se odlišují nějakým způsobem od většiny. Tato populace tvoří minoritu a je k většinové společnosti nějakým způsobem znevýhodněna, například z důvodu zdravotního postižení (17).

Postižené dítě je takové dítě, u kterého je z nejrůznějších příčin, prenatálních, perinatálních a postnatálních ohrožen tělesný, smyslový i duševní vývoj. Rizikové jsou také děti, které se narodily z nesledovaných nebo odchýlně probíhajících těhotenství, kdy porod nebo poporodní průběh neprobíhal běžným způsobem. Postižení mohou být rozmanitá, různého stupně, závažnosti a začlenění postiženého dítěte do společnosti vrstevníků je obtížné nebo odchýlné (9).

V rámci uceleného systému péče o postižené děti a za využití prostředků *léčebné rehabilitace*, kam řadíme léčebnou tělesnou výchovu za využití efektivní Vojtovy reflexní lokomoce, metodiky manželů Bobathových, ergoterapii, hipoterapii, canisterapii, muzikoterapii, psychoterapii, *sociální rehabilitaci* a *pedagogické prostředky rehabilitace* (např. metodiku vypracovanou Marií Montessori, která se velmi uplatnila u malých dětí) může dojít k rychlému začlenění (integraci) jedince do majoritní společnosti (17).

1.4.2 Ohrožení dítěte společenskými faktory

Z pohledu sociální práce pojem z anglosaského výrazu „child at risk“ = „ohrožené dítě“, vlivem terminologie *Světové deklarace o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji* z roku 1990 bývá nahrazován pojmem „*děti ve zvlášť obtížných situacích*“. Lze sem zařadit sirotky, děti ulice, děti uprchlíků, migrujících dělníků a děti ze sociálně znevýhodněných skupin. Dunovský pod tuto skupinu také zařazuje i děti ohrožené drogovou závislostí, a to i v prenatálním vývoji (25).

Mezi společenské faktory pro ohrožení dítěte lze zařadit:

Nedostatky ve fungování společnosti jako celku. Neuspořádané a stále se měnící společenské a sociální problémy, chudoba, hlad, bída, neuspokojování základních potřeb dítěte, výskyt sociálně patologických jevů, násilí a kriminalita vede k nepodnětnému prostředí a ovlivňuje úspěšnost či neúspěšnost dětí (9).

Do této skupiny patří také:

- děti z minoritní společnosti, děti imigrantů a uprchlíků,
- děti cikánského původu (nepříznivá sociální situace),
- děti z neúplných rodin a smíšených manželství,
- děti, jejichž rodiče jsou příslušníky různých sekt (9).

Nedostatky ve fungování společenských skupin:

- rodiny,
- mimo-rodinné skupiny – převážně děti žijící v ústavech, dětských domovech (9).

1.4.3 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti

Jedná se o poruchy, které pro pojem ohrožené dítě nelze nezmínit, protože vedou k umístování dětí mimo vlastní rodinu (9).

Patří sem situace, kdy se rodiče z vážných důvodů, ať už z vlastní nemoci, invalidity *nemohou* o své děti starat. Pokud je zajištěna funkčnost rodiny, je tato situace dobře řešitelná v rámci širší, tudíž v rámci výše jmenované základní nebo rozšířené rodiny (9).

Jiná situace nastává, pokud se rodiče *neumějí* nebo *nedovedou* starat o dítě z důvodů nezralosti, vlastního handicapu nebo rozpadu manželství. Včasná sanace rodiny, raná intervence, podpora a doprovázení, může zabránit odebrání dítěte mimo domov (2).

Další vážné poruchy vznikají tam, kde se rodiče o děti *nechtějí* starat, odmítají péči a děti opouští. Tento výraz se používá běžně pro děti, které jsou zanechány svými rodiči v nemocnicích nebo v ústavních zařízeních (47). V extrémních případech své děti týrají,

zneužívají a zanedbávají. Právě děti z těchto rodin plní v současné době kojenecké ústavy, dětská centra, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a dětské domovy.

Na profesionalitě těchto zařízení, možnosti interdisciplinárního přístupu, je prioritou zajistit dítěti včasnou a správnou zdravotní a sociální diagnostiku, terapii a prognózu, v jejímž závěru se nabízí možnost vrátit dítě zpět do biologické rodiny nebo svěřit dítě do náhradní rodinné péče (9).

1.4.4 Poruchy rodiny ve vztahu její funkčnosti

Pro posouzení funkčnosti rodiny lze využít Dunovského dotazník funkčnosti rodiny, který postupně hodnotí složení rodiny, stabilitu rodiny, sociálně ekonomickou situaci rodiny, osobnost rodičů, sourozence, stav a vývoj dítěte, zájem rodiče o dítě a péče rodičů o dítě (15).

Podle stupně hodnocení lze rodiny dělit na:

- *funkční rodinu*, která uspokojuje potřeby a požadavky všech svých členů,
- *mnoho problémovou rodinu*, se kterou se sociální pracovníci dostávají nejčastěji do kontaktu. Její těžkosti jsou popisovány v oblasti bydlení, financí, výchově dětí, partnerských vztahů s konflikty ze zákonem a lze jí také charakterizovat jako *rodinu se zvláštními potřebami*, kde vývoj dítěte není ohrožen,
- *dysfunkční rodinu*, kde narušení je vážnější, může být ohrožen vývoj dítě, rodina sama není schopna problémy zvládnout (37). Jako jeden z prvních popsal dysfunkční rodinu Salvador Minuchin a jejich extrémnost popsal ve dvou dimenzích. *Enmeshment* popisuje rodiny propojené, zamotané a nediferencované. *Disengagement* rodiny nespojitě, odcizené a oddělené (34). Dysfunkční rodinný systém může, ale nemusí vykazovat individuální psychopatologii. Jedná se převážně o rodiny, v níž se jeden nebo více členů vyznačuje nezdravým chováním, užíváním návykových látek, asociálním chováním a rodina se posléze ocitá v hmotné nouzi (36). Je nutná pomoc institucionální, dlouhodobá sanace a podpora rodiny,

- *afukční rodinu*, neplní žádnou svou funkci, ohrožuje vývoj dítěte, podpora (sanace) rodiny je obvykle neúčinná a nežádoucí (37). Je popisována jako rozvrácená rodina, která pro dítě představuje vážné nebezpečí nebo dokonce poškození z důvodu špatného zacházení. V rodině jsou zanedbávány významné potřeby dítěte a u traumatizovaných dětí se rozvíjí syndrom týraného či zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) a deprivací syndrom (15).

1.5 Deprivací syndrom

Slovo deprivace ve své české podobě lze definovat jako odepřít něco někomu. Lze ji chápat jako ztrátu, zbavení, dlouhodobý nedostatek tělesných a psychických potřeb, smyslových podnětů, ale zejména zbavení se toho druhého na úkor své sobeckosti nebo nedostatečnosti z rodičovské, životní, sociální a jiné zkušenosti. Projevy deprivace jsou velmi rozmanité a mohou nastat jak u dětí z ústavů, tak u dětí žijících v biologických a náhradních rodinách (18).

1.5.1 Klasifikace deprivací

Do klasifikace deprivací patří například:

- *deprivaci biologickou*, kdy jedinci strádají nedostatečným přístupem k vyvážené potravě, tepla, hygieny, zdravotnické péče a nedostupností léků. Dlouhodobá biologická deprivace vede k úbytku tělesného i duševního zdraví, ke špatnému fungování mozku a vnitřních orgánů,
- *deprivaci senzorickou*, kdy jedinec strádá nedostatkem smyslových zážitků, klesá jeho inteligence, obrazotvornost, představivost,
- *deprivaci sociální*, kdy jedinci strádají ztrátou kontaktu s blízkými, odmítnutím vlastní rodinou a blízkými, z rostoucí negativní sociální situace a sociálního vztahu,
- *deprivaci psychickou*, která zahrnuje strádání ve složce citové a podnětové (22).

1.5.2 Psychická deprivace

Psychickou deprivaci nelze vyjádřit jinak, než definicí uvedenou v knize pánů Matějčka a Langmeiera:

„Psychická deprivace bývá definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu.“ (22).

Projevy psychické deprivace jsou velmi rozmanité. Hlavním znakem bývá:

- *opožďení intelektového vývoje* – velmi citlivým ukazatelem je například řeč,
- *opožďení psychomotorického vývoje* – zvláště jemné motoriky, povrchnost citů, obtíže v sociálním začlenění, neadekvátní sebehodnocení, nedostatek kladných citových vazeb,
- deprimované děti bývají školou nezralé, mívají horší prospěch,
- u některých dětí se objevují smyslové a somatické defekty (18).

1.5.3 Deprivace v ústavní výchově

Je nepopíratelné, že děti umístěné v ústavním prostředí nejsou dostatečně citově saturovány a jsou ohroženy psychickou deprivací. Úskalí deprivace jsou popisována a medializována poměrně jasně a stále vychází ze studií prováděných v 60. letech Zdeňkem Matějčkem a jeho spolupracovníky, kde dítě nemá možnost vytvořit si hluboký citový vztah k jedné osobě, nejsou respektovány sourozenecké vztahy, většina dětí vystřídá více ústavních zařízení, prostředí dětského domova nezaručuje dítěti dostatek podnětů pro jeho harmonický vývoj a dochází k motorickému a psychickému opožďení (51).

Opomíjí se ale fakt, že v posledních letech byl systém péče výrazně změněn, prakticky všechny dětské domovy jsou tzv. „rodinného typu“ s prodlouženou péčí, skupiny 6 – 8 dětí mají své vychovatele, děti se učí běžným domácím pracím a jsou

respektovány sourozenecké svazky. Jsou vypracovány metodiky k zabránění deprivace. Důležitým přínosem jsou pracovníci se středoškolským a vysokoškolským vzděláním (21).

1.5.4. Deprivace v rodině

V návaznosti na deprivaci v ústavní péči je rovněž nepopiratelné, že v mnohých rodinách, v nichž rodiče své děti nechtějí, péči o ně zanedbávají a ubližují jim, nejsou potřeby dětí dostatečně uspokojovány a jsou ve stejné míře ohroženy všemi formami psychické deprivace. Může jít o rodiny, kde existuje naprostý nedostatek sociálně emočních podnětů pro vývoj dítěte a nemusí jít přitom pouze o rodiny tzv. sociálně slabé. Mohou to být rodiče, kteří sami nemají dost citových zkušeností, jde o osobnosti citově chudé, velkou roli hraje nezralost nebo nevyrovnanost matky nebo obou rodičů. Patří sem také rodiny, které žijí v chronických konfliktech, rodiny neúplné, kde chybí otec nebo matka, rodiče, kteří byli sami v dětském věku deprimováni. Problémy vznikají samozřejmě také v případě duševní poruchy rodiče (18).

Psychická deprivace má různý klinický obraz. Záleží na věku a osobnosti dítěte, na jeho psychické odolnosti, na délce a závažnosti deprivace, ať už ve vlastní nefunkční rodině nebo v ústavním zařízení (34). V mnoha publikacích je preferován názor, že tzv. deprivace syndrom je považován za nezvratné poškození. Tento názor byl již překonán a není pravda, že děti, které prošly ústavním zařízením jsou navždy natrvalo a nenapravitelně poškozeny (51).

1.5.5 Diagnostika a reparabilita psychické deprivace

Psychickou deprivaci považujeme za změnu reparabilní, opravitelnou, která sice vždy napáchá nějaké škody, ale jejich dopad lze zmírnit. Jsou prokazatelné i situace, kdy po odebrání dětí ze špatných rodin, kde děti trpí nedostatkem podnětů, dochází například ke zlepšení intelektové úrovně dítěte, ale pro jednotlivé případy je třeba hledat individuální řešení (18).

Ke stanovení diagnózy psychické deprivace je nutný podrobný anamnestický rozbor, popis klinických příznaků, pozorování a podrobné psychologické a pedopsychiatrické vyšetření (20). Čím důkladněji dítě poznáme, čím hlouběji nápravná opatření zasáhnou a čím dříve s nimi započneme, tím větší je naděje na úspěch (18).

Lze hovořit o čtyřech způsobech, jak dítěti pomoci:

- *reaktivita* – důležité je zajištění podmínek pro rozvoj motoriky a normální funkci smyslových orgánů, hlavně u mladších dětí,
- *redidaxe* – snaha o vytvoření nových návyků, které by nahradily ty nevhodné,
- *redukce* – přestavba osobnosti, kde lze uplatnit psychoterapii,
- *resocializace* – zapojení dítěte do společnosti a budování uspokojivých vztahů vůči jeho okolí (20).

Tyto čtyři způsoby se samozřejmě kombinují, a to podle potřeb konkrétních dětí. (20).

1.6 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy.CAN)

„Část dětí si v dětství prožila a prožije mnoho utrpení a strastí. Bohužel, ne vždy jim někdo z těchto otřesných situací může pomoci. Vím ale, že mezi námi žije mnoho lidí, kteří se těmto dětem snaží pomoci.“ (12).

Dle dostupných zdrojů syndromem CAN trpí v České republice okolo 1 – 2 % dětí do 15 let. V nadpoloviční většině jsou týrány děti mladší 6 let, kde se nejvíce setkáváme s *formou tělesného týrání, zneužívání a zanedbávání* (12).

Zanedbávání péče je nejčastější formou ubližování dětem a na rozdíl od ostatních typů syndromu CAN je úzce spjata s ekonomickou, kulturní a společenskou úrovní společnosti (12).

Není výjimkou, že matka dítě opustí a ponechá bez dozoru, že o ně nepečuje, děti jsou hladové, špinavé, žijí v bytě s odpojenou elektřinou, vodou, plynem a zanedbání se projeví ve značném opoždění vývoje a psychické deprivaci (51).

Z důvodu špatné prokazatelnosti (zanedbávání je málo viditelné, klinicky špatně definovatelné) a z důvodu nejednoznačnosti právní definice, není této oblasti věnována dostatečná pozornost (8).

Dunovský definuje zanedbávání jako všechny škodlivé formy „ne-péče“ o dítě spojené se všemi nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj jak v oblasti tělesné (neorganická porucha prospívání), tak psychické, emoční (deprivace v dětském věku) i sociální (dítě na ulici, děti ulice, děti toxikomanů) (9).

Dubowitz v návaznosti na základní potřeby dítěte rozlišuje následující formy zanedbávání:

- zanedbání výživy – hladovění, nevhodné jídlo,
- zanedbávání ošacení,
- bezdomovectví – každé dítě potřebuje svůj domov. Tato potřeba není naplněna u dětí, které žijí na ulici, často střídají bydliště,
- zanedbávání zdravotní – chybí jim preventivní zdravotní péče, v případě potřeby péče specializovaná,
- zanedbávání vzdělání – děti zanedbávají povinnou školní docházku,
- neadekvátní dohled – dítě ponecháno samo bez dohledu na dobu, která neodpovídá jeho vývojovému stupni,
- zanedbání ochrany dítěte před nebezpečím z okolního prostředí (doma i mimo domov), je zanedbávána prevence úrazů,
- zanedbávání emoční – dítěti se v rodině nedostává přijetí a laskavé péče (8).

1.6.1 Příčiny syndromu CAN

Zahrnuje tři rizikové faktory:

1. *rizikovní dospělí* (zpravidla rodiče) s poruchami osobnosti, mentálně retardovaní, lidé psychicky nemocní, jednotlivci s neurotickými obtížemi, matky s poporodní depresí, alkoholici, toxikomani, mladí a nezralí rodiče, lidé v hmotné nouzi, bezdomovci, nezaměstnaní,
2. *rizikové děti*, odlišnost dítěte, nejčastěji děti s nízkou porodní váhou, s lehkou mozkovou dysfunkcí, mentální retardací, vývojové opoždění, smyslové vady, děti neklidné, dráždivé, na druhé straně apatické, úzkostné, tělesně neobratné, nešikovné, ve škole neprospívají,
3. *rizikové situace*, mezi které patří styk rizikového dítěte s rizikovým dospělým, náhradní rodinná péče, rozvod, manželské neshody, neplánované otěhotnění, nechtěné dítě, hmotná bída (12).

Terapie syndromu CAN vždy vychází z komplexního rozboru celého případu, do terapie a rehabilitace lze zahrnout celou rodinu (12).

1.7. Zásahy do práv rodičů

Jak již bylo výše uvedeno, rodiče mají rozhodující úlohu v:

- výchově dítěte,
- v osobní péči o něj,
- a při zastupování a spravování jeho jmění (60).

Jsou i rodiče, kteří svá práva a povinnosti vůči dětem nemohou z určitých důvodů zajistit. Proto uvedené právní předpisy upravují situace, kdy dítě může, dokonce někdy i musí, být z péče rodičů odňato (60).

V jednodušších případech může rodiči ve výkonu rodičovské zodpovědnosti bránit závažná překážka nebo rodič svou rodičovskou zodpovědnost nevykonává řádně.

Z těchto důvodů a vyžaduje-li to především zájem dítěte, může soud rodičovská práva a povinnosti omezit (60).

Pokud dojde k závažnějšímu porušení rodičovské zodpovědnosti, k zanedbání péče o dítě nebo úmyslného trestného činu, může soud rodiče rodičovské zodpovědnosti zbavit a dítě může být svěřeno do péče jiné fyzické nebo právnické osoby, kdy přednost má širší rodina (60).

Jestliže je výchova závažným způsobem ohrožena a narušena a rodiče takovou výchovu nemohou zabezpečit, může soud nařídit ústavní výchovu (60). Povinnosti soudu takto učinit ukládají všechny právní dokumenty v návaznosti na Listinu základních práv a svobod, která v ustanovení čl. 32, odst. 4, věta druhá uvádí:

„Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu.“ (33).

Dítěti musí být v takovémto případě ustanoven opatrovník nebo poručník. Vyživovací povinnost rodiče vůči dítěti nezaniká (60).

1.7.1 Sanace rodiny

Děti bez vlastního rodinného zázemí se ocitají v důsledku určité patologie rodiny a děti jsou buď vlastní rodinou opuštěné nebo jsou z rodiny odebrané (51). Jak uvádí Matějček, opuštěné jsou zpravidla děti mladší, které rodinné zázemí vůbec nemají, děti odebrané jsou děti starší, které rodinné zázemí mají, zpravidla krajně problematické (23).

Sanace rodiny, neboli podpora rodiny je metodou preventivní práce s rodinami a její právní rámec byl upravena novelou Zákona o sociálně právní ochraně dětí. Provádět sanaci rodiny přísluší pracovním oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) a zapojují se i pracovníce nestátních neziskových organizací (NNO), Střed, Almath a pracují s rodinami, kde je ohrožen sociální, biologický a psychologický vývoj dítěte. Jde o rodiny, které se velmi často a dlouhodobě ocitají v situaci nejrůznějších starostí, mezi

keré patří většinou existenční nejistota, chudoba, strach ze ztráty bydlení, chybí podpora a pomoc užší, ale i širší rodiny, chybí rodičovské kompetence, hrozí vyloučení na okraj společnosti (2).

Podpora a pomoc je zaměřena hlavně na tři typy situací ohrožení dítěte:

- odvrácení nebezpečí odebrání dítěte a umístění mimo rodinu prostřednictvím programů podpory rizikových rodin výchovnými, vzdělávacími a aktivizačními programy,
- podpora upevnění vztahů a udržení kontaktů mezi rodiči a dítětem umístěným mimo rodinu, sanaci rodiny zaměřit na schopnost rodiny udržovat kontakt s dítětem, vyhodnocování průběhu návštěv v zařízení ústavní výchovy, písemný, telefonický kontakt, propustkám dítěte do rodiny, úpravě podmínek v rodině tak, aby vyhovovaly potřebám dítěte a k stabilizaci vlastní situace, využít čas pro intenzivní léčbu nebo aktivní hledání práce,
- návrat dítěte zpět do rodiny (2).

Jak jsem již definovala v kapitole 1.2 *Rodina a rodiče v životě dítěte*, patří mezi základní funkce rodiny funkce *biologická, ekonomická, ochranná, výchovně socializační a emocionální*. Podle míry ohrožení funkčnosti rodiny lze rodiny rozdělit na rodiny *funkční, problémové, dysfunkční a afunkční* (15).

Podporu a pomoc orgánů sociálně právní ochrany dětí a NNO si zaslouží rodina *mnohoproblémová, nebo také rodina se zvláštními potřebami*, která není schopna vlastními silami zvládnout narůstající problémy (2).

Podpora a pomoc je poskytována i rodinám *dysfunkčním*, kde míra ohrožení dítěte není tak veliká a rodiny vzniklé problémy chtějí řešit (2).

Afunkční rodiny, kde se objevují závažné formy týrání, zneužívání a zanedbávání péče (sy CAN), jsou ze sanace rodiny vyloučeny. Jediným řešením, které dítěti prospěje, je odebrání z této rodiny a umístění do některé z forem náhradní péče (2).

V sociálně ohrožených rodinách se objevuje celá řada rizik a neadekvátně naplněných potřeb dětí, které rodina považuje za normu, jejich riziko nevnímá. Jako podporu pro

posouzení péče rodičů o děti může sloužit Ontarijský index zanedbávání péče (Child Neglect Index), zaměřen na hodnocení z hlediska schopnosti rodičů naplňovat aktuální potřeby dítěte (výživa, oblečení a hygiena, péče o fyzické a psychické zdraví, dohled, rozvoj osobnosti a vzdělání) (2).

1.8. Náhradní výchovná péče

„*Náhradní výchova, nebo náhradní péče?*“ (35).

Pro vysvětlení těchto dvou pojmů použiji názor dvou velmi známých odborníků na ústavní výchovu. Pan doktor Škowiera uvádí, že *výchova* je zaměřena na naplnění psychologických a sociálních potřeb, *péče* na naplňování potřeb biologických (35). Známy psycholog Zdeněk Matějček poté upozorňuje, že základními životními potřebami nejsou jen ty, které uspokojují péči, ale i další, které jsou spojené s výchovou (podnětné prostředí, dostatečná stimulace, stimulace, emocionální a sociální vztahy) (23).

Pro institucionální (ústavní) zajištění péče o ohrožené děti se zřejmě právě proto vžil termín „*Náhradní výchovná péče*“, protože prostřednictvím zařízení ústavní péče zajišťuje jak náhradní péči, tak náhradní výchovu dětem, které z nejrůznějších důvodů nemohou žít ve vlastní nebo širší rodině (40).

Náhradní péče může trvat několik dnů či týdnů nebo může trvat i několik let, než je dítě zletilé. V minulosti byly děti, které potřebovaly náhradní péči, často umístovány ve velkých institucích, kde žilo společně až 300 dětí a země Evropy začaly tyto instituce uzavírat. Přednost dostaly jiné formy náhradní péče, kde žijí malé skupinky dětí v rodinném prostředí a pokud je to v jejich zájmu, žijí tak i se svými sourozenci (7).

Nedávno byly Radou Evropy (2005) navrženy definice toho, co utváří malá nebo velká zařízení rezidenční ústavní péče. Velká zařízení jsou charakterizována jako zařízení mající 25 a více dětí žijící v jedné budově, malá zařízení nebo dětské domovy

poskytující ubytování 10 – 24 dětem a alternativně pak domovy „rodinného typu“ poskytující ubytování 10 i méně dětem, obvykle po 2 až 3 v samostatných pokojích, které poskytují kvalitní, neústavní rezidenční péči v komunitě (47).

V České republice je současný systém náhradní výchovné péče zajištěn třemi ministerstvy (40).

- *Ministerstvem zdravotnictví (MZ)*, pod které patří kojenecké ústavy (dnes dětská centra) a dětské domovy pro děti do 3 let pod názvem „zvláštní zdravotnická zařízení“ (40).
- *Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže (MŠTV)* spravuje diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Zajišťují péči o děti od 3 do 18-19 let (40).
- *Ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV)* patří zařízení sociálně právní ochrany dětí – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP), kde věková hranice pro přijímané děti není nijak upravena (40).

K současnému systému sociálně právní ochrany také patří:

- *Ministerstvo vnitra*, které se v rámci své působnosti zaměřuje především na objasňování trestné činnosti dětí a páchané na dětech včetně prevence této činnosti (52).
- *Ministerstvo spravedlnosti*, které je ústředním orgánem pro soudy a státní zastupitelství (52).

1.8.1 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let

Poskytovaná péče kojeneckých ústavů, dětských center a dětských domovů pro děti do 3 let věku jako zvláštní zdravotnická zařízení byla definována Zákonem č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu.

Dle tohoto zákona:

- *Dětské domovy pro děti do 3 let* poskytují ústavní a výchovnou péči dětem od 1 roku do 3 let věku, o něž nemá kdo pečovat nebo již nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči (5).
- *Kojenecké ústavy* poskytují ústavní a výchovnou péči dětem od 0–1 roku, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím (5).

V 90. letech vznikají z kojeneckých ústavů první dětská centra, dětské domovy si ponechávají svůj název. Obě zařízení se při přijímání dětí řídí Metodickým pokynem vydaným ministerstvem zdravotnictví v roce 2005 a poskytují komplexní zdravotní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je narušen z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních. Tuto péči zajišťuje sociálně pediatrický tým ve složení lékař (sociální pediatr), psycholog (klinický), speciální pedagog, zdravotní sestry a terapeuti (fyzioterapeut, arteterapeut, muzikoterapeut), jejichž úkolem je zejména diferenciální diagnostika, prognóza zdravotní a sociální, poradenství, terapie, sociálně právní ochrana. Dětská centra kromě lůžkové části zajišťují i služby ambulantní (5).

Vzhledem k poskytované péči se jedná převážně o dočasný (přechodný) pobyt dítěte v těchto zařízeních a k vyřešení situace, pro kterou bylo dítě do zařízení přijato. Nemá být trvalým či dlouhodobým řešením osudu dítěte, ale je třeba ho chápat jako pomoc dítěti a jeho rodině. Poskytovanou péči rodiče nehradí a je financována z finančního rozpočtu zařízení (56).

Do ústavní péče mohou být svěřeny děti na základě:

- *předběžného opatření*, které vydává soud. Předběžné opatření se vydává v případě, ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo je jeho život a vývoj vážně ohrožen nebo narušen. Předběžné opatření trvá 1 měsíc a může být opakovaně prodlužováno tak, aby celková doba nepřesáhla 6 měsíců. Má krátkodobé poslání, může být zrušeno nebo soud následně nařídí ústavní výchovu (58).
- *nařízené ústavní výchovy*. Před nařízením ústavní výchovy je však soud povinen přezkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí, která má přednost před výchovou ústavní,
- *nebo na žádost zákonného zástupce* (56).

1.8.2. Zákon o poskytování zdravotních služeb

Od 1.4.2012 vstoupil v platnost zákon o poskytování zdravotnických službách č. 372/2011 Sb., který upravuje mimo jiné i činnost zvláštních dětských zařízení spadající do gesce ministerstva zdravotnictví. Kojenecké ústavy (dětská centra) se podle této právní úpravy považují za dětské domovy pro děti do 3 let a obě zařízení dle tohoto zákona zajišťují zdravotní služby a zaopatření pro děti do 3 let věku, a pro oba typy zařízení vzniká povinnost nové zdravotnické registrace. Současnou poskytovanou péčí mohou tato zařízení provozovat ještě 36 měsíců od nabytí právní moci tohoto zákona. V návaznosti na nový zákon byly také vydány vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení (vyhláška č. 92/2012 Sb.) včetně vyhlášky o personálním zajištění těchto zařízení (vyhláška č. 99/2012 Sb.).

Zdravotnické služby dle tohoto zákona zajišťuje:

- dětský lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost,
- dětská sestra bez dohledu,
- všeobecná sestra bez dohledu nebo zdravotnický asistent,
- ošetřovatel,

- klinický psycholog,
- klinický logoped,
- fyzioterapeut,
- zdravotně sociální pracovník nebo jiný odborný pracovník (57)

S platností od 1.4.2012 nová vyhláška o zdravotních službách také upravuje povinnou platbu rodičů za zaopatření dítěte v těchto zařízeních. Výše částky se odvíjí od věku dítěte a finanční situace rodiny. Pokud je rodina na dávkách hmotné nouze, jsou od platby rodiče osvobozeni (59).

1.8.3 Zdravotní, zdravotně sociální a sociální důvody pro přijetí dětí do KÚ a DD

Ve snaze vymezit a sjednotit činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku, vydalo Ministerstvo zdravotnictví doporučující Metodický pokyn, který stanovuje zdravotní, zdravotně sociální a sociální důvody pro přijetí dětí do těchto zařízení včetně důvodů pro přijetí matky s dítětem (56).

Za zdravotní důvody přijetí se považuje zejména :

- nutnost trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče (kombinovaná postižení, tracheotomie, použití sond),
- potřeba dlouhodobé intenzivní péče, rehabilitační péče,
- diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou (sy. Can, abusus návykových látek u matky, syndrom opuštěného dítěte)
- diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte před umístěním do náhradní rodinné péče,
- nemoc či hospitalizace rodičů, infekční onemocnění v rodině, respitní – úlevná péče (56).

Za zdravotně sociální důvody přijetí se považuje zejména :

- každá situace, kdy dítě pro své postižení nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje výše uvedenou péči,
- zácvik rodičů před propuštěním dítěte (56).

Ze sociálních důvodů přijetí se považuje zejména:

- okamžitá pomoc dítěti v rodině v tíživé sociální situaci (nevhodné bydlení, ztráta bydlení, nedostatek finančních prostředků, kombinace uvedeného),
- jiný důvod přijetí dítěte považovaného za zdravé, které nevyžaduje žádnou diagnostiku či terapeutickou lékařskou a ošetrovatelskou péči (56).

Důvody přijetí matky s dítětem:

- diagnostické (např. závislost na návykových látkách, podezření na sy.CAN, psychiatrické onemocnění matky),
- výchovné (např. matka neumí, resp. nezvládá péči o dítě),
- zácvik v základní péči, v péči o handicapované dítě, v rehabilitaci, před propuštěním dítěte do NRP,
- utajení (diskrétního) porodu,
- okamžitá pomoc (jako azylové zařízení) (56).

1.8.4 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP)

Právní rámec zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je zakotven v Zákoně o sociálně právní ochraně dětí a jako zařízení sociálně právní ochrany poskytuje péči dětem, které se ocitly bez jakékoliv péče, bez péče přiměřené jejich věku, o děti týrané, zneužívané, zanedbávané, nebo jsou-li jeho život, příznivý vývoj a práva dítěte vážně ohroženy (61).

Do zařízení je dítě umístěno na základě:

- soudního rozhodnutí v rámci předběžného opatření,
- žádosti oddělení sociálně právní ochrany dětí,
- žádosti zákonného zástupce,
- nebo požádá-li o to dítě samo (5).

Pomoc umístěným dětem spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotní péče zdravotnickými zařízeními a psychologické a jiné odborné pomoci (40).

Pobyt v zařízení je finančně zajištěn dotací z MPSV a povinnou platbou rodiče, pokud rodina není závislá na dávkách hmotné nouze (61).

V některých zařízeních ústavní péče jde o kombinaci obou forem náhradní výchovné péče, např. dětské domovy, kojenecké ústavy a dětská centra v kombinaci se zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc (40). Toto v poslední době kritizuje MPSV jako nesystémovou, finančně náročnou péči pro resort MPSV, protože postupně lůžek přibývá. Pobyt v ZPDVOP by měl trvat pouze po dobu okamžité pomoci a krátkodobě, nejdéle 6 měsíců. Dítě by mělo poté být svěřeno zpět do péče rodiny, nebo by mu měla být poskytnuta náhradní rodinná péče. Pokud se dítě nepodaří umístit do některé z forem náhradní rodinné péče, měl by soud nařídit ústavní výchovu a dítě by mělo přejít do zařízení ústavní výchovy (54).

1.9. Náhradní rodinná péče

„Děti mají přirozené právo na rodiče, výchovu, individuální vývoj a vzdělání.“ (6).

Podle zákona o rodině a zákona o sociálně právní ochraně dětí za každé dítě odpovídá jeho zákonný zástupce, zpravidla jeho rodič. Pokud rodič v této roli selže, musí zájem těchto dětí hájit někdo jiný. Zodpovědnost za opuštění dětí přebírají sociální pracovníci na úřadech, pracovníci kojeneckých ústavů a dětských domovů, lékaři, psychologové, soudci. Právě oni by měli především hájit zájmy opuštěných dětí, jež nemohou vyrůstat

ve vlastní rodině a zajistit opuštěným dětem život v prostředí, které se nejvíce vlastní rodině přibližuje, a tím je rodina adoptivní nebo pěstounská (6).

Náhradní rodinná péče má v České republice svojí tradici. K přijímání opuštěných dětí do náhradních (nových) rodin docházelo již odedávna a byla to praxe užívaná mnoha kulturami. Slovo adopce znamenalo původně „vyvoliti“, tedy děti byly svými rodiči vyvoleni. Dnes je tomu naopak, pro opuštěné děti jsou noví náhradní rodiče vybíráni (6).

1.9.1 Typy náhradní rodinné péče

- *Svěření dítěte do péče jiné osoby než rodiče*

Vyžaduje-li to zájem dítěte, může soud svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osoby, zpravidla mají přednost osoby v příbuzenském vztahu (širší rodina), která se svěřením dítěte do péče souhlasí. Podmínkou je, aby poskytovala záruku zdárné výchovy dítěte (6).

- *Osvojení (adopce)*

Děti, které jsou nejčastěji umisťovány do osvojení jsou děti, u kterých se předpokládá méně problémový zdravotní a psychomotorický vývoj, a které je možné předat do náhradní rodinné péče především v raném věku a je-li vyřešen jejich právní vztah z původní rodinou. K osvojení se zpravidla vyžaduje souhlas rodiče nebo zákonného zástupce. Souhlas musí být dán osobně přítomným rodičem před soudem nebo příslušným orgánem sociálně právní ochrany dětí, ne však dříve než 6 týdnů po narození dítěte. Souhlasu rodiče není potřeba u dítěte, kde po dobu šesti měsíců rodiče neprojevovali opravdový zájem o dítě a zejména dítě pravidelně nenavštěvovali, neplnili svou vyživovací povinnost a neprojevovali snahu upravit si své sociální a rodinné poměry. Osvojit lze i dítě jestliže po dobu dvou měsíců od narození neprojeví rodiče o dítě žádný zájem. O splnění podmínek rozhoduje soud (6).

Osvojení rozlišujeme:

- osvojení zrušitelné, které je možné v mimořádných případech zrušit,
- osvojení nezrušitelné, rodiče jsou zapsáni do rodného listu místo jejich rodiče,
- mezinárodní osvojení, tehdy, kdy se pro dítě nedaří najít náhradní rodinu v zemi původu (6).

- *Pěstounská péče*

Děti, které jsou umísťované do pěstounské péče jsou především děti sociálně osiřelé, které potřebují nejen trvalou individuální péči, ale i dlouhodobou výchovu v náhradní rodině. Jedná se o děti především s různými zdravotními nebo psychomotorickými obtížemi, děti starší, sourozenecké skupiny nebo děti jiného etnika. V případě svěřením dítěte do pěstounské péče není vyloučen styk původních rodičů s dítětem (6).

Tato forma náhradní rodinné péče je garantována státem, dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě, nebo do společné pěstounské péče manželů, do zařízení pro výkon pěstounské péče včetně do pěstounské péče na přechodnou dobu (6).

- *Pěstounská péče na přechodnou dobu*

Ve stávajícím systému náhradní rodinné péče se od 1.6.2006 objevuje nový institut, kterým je pěstounská péče na přechodnou dobu a v současné době tato forma péče bude nově zakotvena v novele zákona o sociálně právní ochraně dětí (50).

Jde o rodinnou, individuální formu péče, státem podporovanou, která by měla být nezletilým dětem poskytována po nezbytně nutnou, relativně krátkou dobu v domácnostech pěstounů nebo i v zařízeních pro výkon pěstounské péče a měla by nahradit současnou péči v ústavních zařízeních (50).

O děti v přechodné pěstounské péči se budou starat pečlivě vybraní a speciálně vyškolení pěstouni. Pěstouni na přechodnou dobu budou určitým způsobem spolupracovat s biologickými rodiči dítěte na vytváření takových podmínek, které umožní navrácení dítěte co nejrychleji zpět do rodiny. Může však také nastat situace, že se pro dítě začne vyhledávat rodina náhradní, neboť návrat do biologické rodiny není

možný. Tito pěstouni by měli mít i předpoklady pro výchovu dětí krátce po narození a pro zvládnání psychických zátěží vyplývajících z krátkodobosti této péče (50).

Krajské úřady jako orgány sociálně právní ochrany dětí vedou v souladu se zákonem zvláštní evidenci pěstounů na přechodnou dobu. Vhodnost žadatelů o výkon přechodné pěstounské péče je odborně posuzována jako u žadatelů o klasickou pěstounskou péči tzn., že musí absolvovat psychologické vyšetření, posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem a také odbornou přípravu fyzických osob pro přijetí dítěte do rodiny. S ohledem na zvýšenou náročnost péče o děti v přechodné pěstounské péči musí pěstouni absolvovat přípravu na přijetí dítěte do rodiny ve větším rozsahu s tím, že je doporučeno 70 hodin přípravy (61).

Z hlediska finančního zajištění náleží pěstounům i dětem v přechodné pěstounské péči dávky pěstounské péče ze systému státní sociální podpory (50).

- *Poručenství*

Soud stanoví dítěti poručníka v případě, že rodiče zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, nebo nemají způsobilost k právním úkonům. Zákon stanoví rozsah práv a povinností poručníka, mezi které patří výchova dítěte, zastupování dítěte a spravování jeho majetku (33).

- *Hostitelská péče*

„Hostitelská péče se týká převážně starších dětí s objektivně nízkou šancí na pěstounskou péči nebo osvojení. Jedná se o poměrně náročný způsob, jak pomoci dětem v ústavní výchově a předpokládá dobrou spolupráci rodiny a dětského domova (33). Část dětí díky hostitelské péči tak může najít svou pěstounskou rodinu, u některých se podaří zaktivizovat skryté rezervy v původní rodině dítěte a napomoci tak sanaci původního rodinného prostředí (39). Jde o péči krátkodobou (víkendy, prázdniny) a vyžaduje vždy zájem dítěte. O hostitelské péči rozhoduje ředitel ústavního zařízení po předchozím souhlasu oddělení sociálně právní ochrany dětí. Žadatelé o hostitelskou péči musí mít příslušné pověření k výkonu této činnosti (33).

1.9.2. Legislativní rámec náhradní rodinné výchovy

Zprostředkování osvojení a pěstounské péče dle zákona o sociálně právní ochraně dětí přísluší obecnímu úřadu, obce s rozšířenou působností prostřednictvím orgánů sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), příslušným krajským úřadům, ministerstvu práce a sociálních věcí. Osvojení dětí z České republiky do ciziny nebo dětí z ciziny do České republiky zprostředkovává Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí se sídlem v Brně (61). Zprostředkování se neprovádí v případě, že rodiče dali souhlas k osvojení ve vztahu k určitým osvojitelům a v případě pěstounské péče, podá-li návrh na svěřeni dítěte osoba dítěti příbuzná nebo blízká jemu či jeho rodině (5).

Významnou roli dle Občanského soudního řádu přísluší také soudům (33).

- *Povinnosti orgánů sociálně právní ochrany dětí spočívá:*
 - ve vyhledávání dětí vhodných k osvojení nebo ke svěřeni do pěstounské péče,
 - vyhledávání fyzických osob vhodných stát se osvojiteli a pěstouny,
 - v odborné přípravě fyzických osob stát se osvojiteli nebo pěstouny,
 - ve výběru fyzické osoby stát se osvojitelem nebo pěstounem,
 - rozhoduje o svěřeni dítěte do osvojení nebo do pěstounské péče,
 - zašle do 15 dní informaci příslušnému soudu,
 - sleduje vývoj dětí svěřených do náhradní výchovy včetně povinnosti navštěvovat biologickou rodinu, a to nejméně jednou za 3 měsíce v prvních 6 měsících (33).

- *Krajské úřady a MPSV:*
 - zprostředkovávají osvojení a svěřeni dítěte do pěstounské péče,
 - provádí odborné posuzování pro účely zprostředkování osvojení a pěstounské péče (dítěte a žadatelů),
 - odbornou přípravu vhodných žadatelů o osvojení a pěstounskou péče, tuto přípravu na základě akreditace mohou provádět i některé neziskové organizace, např. Natama, Triáda, Amalthea, Arkáda a jiné,
 - vedou evidenci vhodných žadatelů o osvojení nebo pěstounskou péče,

- při zprostředkování se přihlíží k doporučení poradního sboru, který tvoří odborníci působící v oblasti sociálně právní ochrany dětí, jde o odborníky v oblasti pediatrie, psychologie, pedagogiky, zástupců školských, zdravotnických nebo sociálních zařízení pro výkon ústavní výchovy. Poradní sbor posuzuje na základě psychologického vyšetření, sociálních a zdravotních zpráv vhodnost žadatelů a dítěte pro osvojení nebo pěstounskou péči,
 - vyřazují z evidence děti nebo žadatele vedené pod krajským úřadem (33).
- *Soudy*
 - vydávají rozhodnutí o proběhlém nezájmu dítěte svěřeného do péče ústavního zařízení včetně vyjádření, že není potřeba souhlasu k osvojení dítěte,
 - s konečnou platností po povinné tříměsíční předadopční péči na žádost rodičů svěřují dítě do osvojení,
 - po povinné tříměsíční předpěstounské péči svěřují dítě do pěstounské péče,
 - svěřují dítě do péče fyzické osobě (58).

1.10. Transformace systému péče o ohrožené děti

Současná podoba systému péče o ohrožené děti v České republice je předmětem široké debaty na odborné, veřejné i politické úrovni (54).

Nejvíce jsou slyšet kritické hlasy týkající se ochrany práv u nás, a to zejména po vstupu naší republiky do EU. Angažuje se hlavně výbor pro práva dítěte při OSN a ICFO (Mezinárodní organizace pěstounské péče) prostřednictvím svého prezidenta Chrise Gardinera, který hovoří o škodlivém účinku ústavní péče na malé děti, která zajišťují kojenecké domovy, dnes dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let (51).

Velký podíl na kritice mají i některé nestátní neziskové organizace, které vznikly po roce 1989 v České republice. Jejich pracovnice měly po změně možnost vycestovat na stáže do zahraničí, kde byla najednou objevena profesionální pěstounská péče ve Velké Británii a tuto formu péče pod heslem „všechny děti do rodin“ zavést u nás (51).

1.10.1 Historie systému péče o ohrožené děti v zahraničí

Před druhou světovou válkou probíhalo mnoho zahraničních výzkumů ohledně péče o ohrožené děti v ústavní výchově. Výzkumy především poukazyvaly na opožděný vývoj těchto dětí vlivem psychické deprivace v důsledku absence citové vazby nebo citového nepřipoutání. Dochází k doporučení rušit velké ústavy a výchovu dětí bez rodin orientovat na náhradní rodiny, adoptivní nebo pěstounskou péči (22).

V padesátých letech 20. století však z nových výzkumů týchž pracovníků, Bowlbyho, Spitze i Goldforba vyplývá, že jen ojediněle se v deprivaci uplatňuje pouze jediný činitel a že prakticky v každé deprivaci situaci dochází k neuspokojení několika důležitých potřeb dítěte. Nové studie také poukázaly, že deprivace není jen omezena na kojenecké ústavy a dětské domovy, ale týká se celé rodiny a dalších oblastí společenského života. Rovněž také poukazují, že deprivaci poruchy, které se jeví jako nenapravitelné (ireverzibilní) a prognóza takřka beznadějná. V důsledku preventivních a terapeutických opatření v ústavech, pokud jsou dokonale hmotně a personálně obsazeny, vykazují úspěchy. Dochází k doporučení, aby ústavy nebyly šmahem rušeny, ale zdokonalovány, lépe diferencovány a účelněji využívány (4).

1.10.2 Historie systému péče o ohrožené děti v České republice

Až do 50. let byl u nás vývoj podobný jako v ostatních zemích evropského kontinentu. V roce 1921 byl vydán Zákon č. 265 o ochraně dětí v cizí péči a nemanželských dětí, který stanovil jako nejrozšířenější péči o opuštěné děti pěstounskou péči, nejrozšířenější péčí byla adopce, individuální pěstounská péče nebo rodinné kolonie, připomínající současné dětské domovy rodinného typu (53).

Ke zhroucení dobře propracovaného systému došlo po druhé světové válce, kdy byla zrušena pěstounská péče. Do popředí se dostala kolektivní výchova, malé dětské domovy byly rušeny a nahrazovány velkými ústavami, které byly věkově odstupňovány (53).

V 60. letech se však začala objevovat kritika této péče, která především vzešla od českých pediatrů, psychologů, výzkumných pracovníků, ale i některých pracovníků ústavů. Díky mnoha studiím se zjistilo, že vývoj dětí vychovávaných trvale od útlého věku v těchto ústavech je často opožděný a přistoupilo se k novým formám alternativ ústavní péče, vznikají SOS vesničky (53).

Vývoj náhradní výchovné péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu změnil Zákon o rodině z roku 1963 a Zákon o pěstounské péči z roku 1973. Tyto zákony poskytly právní ochranu opuštěným dětem a prosadily lepší systém náhradní rodinné péče. Od 1.4.2000 byla pěstounská péče přesunuta do Zákona o rodině a již se počítá i s pěstounskou péčí krátkodobou. Tato právní úprava již plně odpovídá základnímu pravidlu, podle kterého má náhradní rodinná péče přednost před ústavní výchovou.

Také v České republice bylo během posledních 60 let provedeno mnoho dalších studií s dětmi, které byly v raném dětství různými způsoby ohroženy, ať už u dětí žijících v ústavech nebo u dětí traumatizovaných, zanedbávaných a opuštěných. Všechny studie poukázaly na potřebu uspokojování základních potřeb dítěte v raném dětství, potřebu úspěšného připoutání (attachment) dítěte k jedné osobě. Pokud tomu tak není, dítě je vystaveno psychickému strádání a psychické deprivaci nejen v ústavu, ale i v biologické rodině (26).

1.10.3 Studie a doporučení k transformaci systému péče o ohrožené děti

Česká republika obdržela v posledním období několik významných impulsů vyzývajících k zásadní reformě systému péče o ohrožené děti.

- *V roce 2006 vznikají komparativní studie (31).*
„Zásahy veřejné moci do rodičovských práv a jejich dopad na rodinný život“, které byly vypracovány neziskovými organizacemi, především Poradnou pro občanství, občanská a lidská práva a Nadací OSF v roce 2006. Zaměřují se:
 - *na orgány sociálně právní ochrany dětí, kde doporučují větší zapojení neziskových organizací v péči o ohrožené děti tak, jak je to běžné v zahraničí,*

- *na působnost soudů*, kde poukazují na chybějící soudy zaměřené pouze na problematiku dětí,
 - *poukazují na nedostatky v péči o ohrožené děti* a uvádí příklady péče o ohrožené děti ze zahraničí (Slovenska, Německa, Norska, Francie) a předkládá doporučení v řešení kritických situací (posílení pěstounské péče a uvádí zkušenosti z Velké Británie), doporučují omezit klasickou ústavní péči a zaměřit se na preventivní činnost před odloučením dítěte od rodiny a možnost zprostředkování pěstounské péče nejen úřady, ale i neziskovými organizacemi (31).
- V roce 2007 *Liga lidských práv vydává dokument „Děti z ústavů“*, kde se mimo jiné zaměřuje na nedostatky v zařízeních ústavní výchovy a zejména:
 - na roztržiténosti ústavní péče mezi tři resorty (MZ, MŠTM, MPSV),
 - na chybějící specializovaná zařízení (např. pro děti s výchovnými problémy), která se blíží rodinnému charakteru,
 - zařízení nesplňují podmínky odbornosti (chybí dostatek odborníků s kvalifikací psychologie, speciální pedagogiky, převažují zaměstnanci se středoškolským vzděláním),
 - zařízení nesplňují podmínky kvalifikace, kdy jediným kritériem při přijmu je věk dětí,
 - nesplňují ani charakter rodinného prostředí, kde je možnost individuálního přístupu, vytváření emočních vazeb a vztahů, terapeutické a výchovné působení s ohledem na potřeby dítěte,
 - nesplňují podmínky dočasnosti pobytu z důvodu normativního financování dle kapacity zařízení, které nemotivuje pracovníky možností co nejrychlejšího začlenění dítěte do rodiny vlastní nebo náhradní,
 - neprobíhá efektivní souběžná práce s rodinou,
 - chybí respektování umístění dětí co nejbliže k bydlišti rodičů,
 - narušení sourozeneckých vazeb,
 - nerespektují právo na udržení kontaktu s rodinou prostřednictvím korespondence, telefonátů, osobních návštěv (3).

- *Národní akční plán (48).*

Dne 19. ledna 2009 projednala vláda materiál:

„Návrh opatření k transformaci sjednocení systému péče o ohrožené děti – základní principy“ pro rok 2009 – 2011 a stanovila cíle transformace, mezi které patří:

- zvýšení kvality práce a dostupnosti služeb pro ohrožené děti a rodiny,
- sjednocení postupu pracovníků při řešení konkrétní situace ohrožení dítěte (případová konference, individuální plán práce s klientem),
- snížení počtu dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče (posílení preventivní složky práce s ohroženou rodinou, rozvoj podpůrných služeb pro ohrožené děti a rodiny, navýšení počtu kvalifikovaného personálu),
- zvýšení životních šancí dětí, podpora rozvoje osobnosti dítěte (48).

- *25.7.2011 vychází tisková zpráva (45).*

„Kojenecké ústavy pro děti mladší tří let by měly skončit do konce roku 2013.“

28.6.2011 zveřejnila organizace UNICEF zprávu „*Doma nebo v domově*“, která uvádí, že v oblasti reformy péče o děti ve střední a východní Evropě a Asii došlo za posledních 20 let jen k malým změnám a nastal čas ukončit zavedenou praxi umístování dětí do sirotčinců provozovaných státem. Na základě této zprávy a ve spolupráci s Úřadem vysokého komisaře OSN pro lidská práva (OHCHR) zveřejnily výzvu nazvanou „*Ukončete umístování dětí do tří let do ústavů*“ se 25.8.2011 na ministerstvu sešla mezinárodní skupina expertů za účasti Světové zdravotnické organizace (WHO), Úřadu Vysoké komisařky OSN pro lidská práva (OHCHR), Výboru pro práva dítěte OSN, Mezinárodní federace pěstounské péče (IFCO), odborníků z oborů pediatrie, neonatologie, psychologie a práva, zástupců ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a pracovníků z oblasti ústavní péče. MPSV zde prezentovalo harmonogram kroků, které vedou k omezení, respektive k následnému zrušení institucionální péče o děti do 3 let věku (45).

- *2011 vydává MPSV výsledky studií z Velké Británie (10).*

Systému náhradní péče ve Velké Británii vévodí pěstounská péče s přibližně 57 % dětí oproti pouhým 13 % v ústavní péči. Přestože tento systém je obecně považován za posun k lepšímu od forem ústavní péče, který měl v minulosti na děti nepříznivý vliv, mnozí upozorňují na nedostatky stávajícího systému, zejména pak na následující problémy:

- *nedostatek pěstounů* – podle odhadů chybí ve Velké Británii 10 000 pěstounů, stoupá růst počtu dětí, které potřebují pěstounskou péči,
- *časté přesuny mezi pěstouny* – podle odhadů asi 10 % britských dětí se v pěstounské péči stěhuje třikrát i vícekrát za rok, kolem 1 500 dětí zažilo více než 20 přesunů. Hlavními důvody je nedostatek vhodných pěstounů a fluktuace sociálních pracovníků,
- *nepříznivé výsledky u dětí, které jsou zařazeny do systému péče* – děti, které žijí v Británii v náhradní péči dosahují často nižšího vzdělání, v dospělosti u nich bývá vyšší kriminalita a výskyt duševních poruch z důvodu přesunů nebo problémů, které měly před umístěním (10).

Vlivem výše popsaných faktorů se systémy péče poskytované mimo rodinu dětí blíží ke kritické hranici. Jako možné řešení je stále častěji prosazovaná péče poskytovaná příbuznými. Ozývají se rovněž hlasy volající po uváženější formě ústavní péče. Některé z nich tvrdí, že v místech, kde se pěstounská péče v současnosti využívá u většiny dětí v péči státu, by mohly být ve větší míře využívány domovy pro malé skupiny dětí (10).

1.10.4 Transformace systému péče o ohrožené děti týkající se kojeneckých domovů, dětských center a dětských domovů pro děti do 3 let

Nezbytným krokem k transformaci systému péče o ohrožené děti je podle ministerstva práce a sociálních věcí převod dětských domovů pro děti do 3 let včetně kojeneckých ústavů a dětských center z resortu zdravotnictví do gesce ministerstva práce a sociálních věcí. Dětské domovy pro děti do 3 let, kojenecké ústavy a dětská centra tak ztratí

charakter zdravotnických zařízení a stanou se zařízeními sociálně právní ochrany dětí (46).

Nejčastější příčinou pro umístění dětí do tohoto typu zařízení jsou dle výzkumů sociální důvody, většina dětí trvale nevyžaduje zdravotnickou péči, u minoritní skupiny dětí se zdravotním postižením jsou pak řešeny pouze základní potřeby dítěte (46).

Ve své bakalářské práci *„Zdravotní a sociální problematika dětí přijímaných do kojeneckých ústavů, dětských center a dětských domovů v Kraji Vysočina“* jsem v roce 2008 v letech 1995-2006 sledovala zdravotní, zdravotně sociální a sociální důvody vedoucí k umístění dětí do těchto zařízení. Závěry mé práce ukázaly, že nejhlavnějšími důvody, které vedou k umístění dětí do těchto zařízení, jsou důvody zdravotní a dětem je po této stránce věnována odborná zdravotní péče terapeutická, diagnostická, ošetrovatelská, rehabilitační, psychologická a výchovná (11).

Péči o děti ohrožené rodinným prostředím za tato zařízení převezmou profesionální pěstouni (pěstounská péče na přechodnou dobu), jejichž činnost bude upravena připravovanou novelou Zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí.

Podporu rodinám (i náhradním) při péči o děti se speciálními potřebami či vážným zdravotním handicapem kromě zmíněných terénních a ambulantních služeb budou poskytovat:

- služby rané péče,
- služby rané intervence (odborníci pracující v rodinách – pediatr, zdravotní sestra, fyzioterapeut, psycholog apod.),
- odborné zdravotnické poradenství,
- terénní zdravotnická a ošetrovatelská péče (home care),
- odlehčovací služby,
- pobytová zařízení s velmi malou kapacitou, kde je dítě spolu s rodiči (46).

Návrh na převod dětských domovů pro děti do 3 let věku je motivován předpokladem, že část této sítě služeb vznikne transformací stávajících zařízení při využití jejich personálních a materiálních kapacit (46).

1.10.5 Národní strategie ochrany práv dětí „Právo na dětství“

V současné době vláda schválila Národní strategii ochrany práv dětí „Právo na dětství“.

Cílem strategie je vytvoření takového systému, který zajistí důslednou ochranu práv všech dětí v České republice, která má v tomto ohledu řadu rezerv a také kritiků z řad mezinárodních organizací (48).

Strategie si klade za cíl nedostatky odstranit do roku 2018. Ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek na tiskové konferenci po jednání vlády zdůraznil, že se koncepce zaměřuje i na deinstitucionalizaci systému péče o ohrožené děti:

„V první řadě je třeba vykonat maximum možného, aby dítě mohlo zůstat ve své původní rodině. Pokud to skutečně není možné, pak vláda svým dnešním rozhodnutím potvrdila, že upřednostňuje pro takové dítě individuální péči před péčí ústavní.“

Ministr také připomněl, že jen v roce 2010 prošlo kojeneckými ústavami více než 2000 dětí do tří let věku (49).

2.Cíle

Cílem mé práce bylo provést podrobnou analýzu vývoje a změn v komplexní péči a situaci dětí v Dětském centru Jihlava a v Dětském domově Kamenice nad Lipou v letech 2005, 2010 a 2011 ve vybraných oblastech.

Výzkum je zaměřený na zjištění, k jakým změnám v čase dochází:

- ve skladbě dětí vyrůstajících v konkrétních ústavních zařízeních (věk dětí, právní situace, důvody přijetí, zdravotní stav, psychomotorický vývoj aj.),
- v péči, která je jim poskytována v závislosti na jejich charakteristikách a specifických potřebách,
- ve spolupráci s biologickou rodinou,
- v okolnostech a způsobech ukončování pobytu dětí v zařízeních.

3. Metodika

K dosažení stanovených cílů je v mé diplomové práci využito sekundární analýzy dat a SWOT analýzy. Provedena byla analýza dat dvou souborů Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou ve třech sledovaných obdobích 2005, 2010 a 2011.

Sekundární analýza dat je klasickou metodou, představující analýzu jakýchkoliv dokumentů, které nebyly určeny za účelem plánovaného výzkumu, zpracovaná pomocí tabulek a grafů (14).

Ke stanovení efektivní komunikační strategie by měl předcházet celkový rozbor, který by napomohl k poznání organizace a ucelení jejich vlastností. Nejčastěji je užívána SWOT analýza, což je metoda sloužící k určení silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb (14).

3.1 Metodický postup

Základní soubor pro výzkum představovala dvě nestátní zdravotnická zařízení: Dětské centrum Jihlava a Dětský domov Kamenice nad Lipou. V obou zařízeních byly využity jako informační zdroje statistické výkazy, spisová dokumentace dětí, Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví pro kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let, ošetrovatelská a zdravotní dokumentace, dokumentace o poskytované péči, a to z roků 2005, 2010 a 2011. Získaná data byla podle předem stanovených kritérií analyzována, podle potřeby kategorizována a sumarizována. Následně byla uváděna v tabulkách v absolutních hodnotách.

K uvedeným informačním zdrojům jsem v dětském domově měla přístup jako zdravotnický pracovník dětského domova. Údaje podléhající ochraně osobních údajů jsem v dětském centru získala ve spolupráci se sociální pracovnící, lékařkou a klinickým psychologem zařízení. Ve své diplomové práci nepracuji se jmény dětí, ale pouze analyzuji sledované údaje.

3.2 Charakteristika souboru

Zkoumaný vzorek tvoří 50, 43 a 49 dětí z Dětského centra Jihlava ve sledovaných letech 2005, 2010 a 2011 a 34, 35 a 28 dětí z Dětského domova Kamenice nad Lipou ve sledovaných letech 2005, 2010 a 2011.

3.2.1 Dětské centrum Jihlava (dříve kojenecký ústav)

Historie Kojeneckého ústavu (dále KÚ) sahá do roku 1949, kdy byl KÚ členěn na dvě budovy. V první budově, s kapacitou 30 lůžek, zajišťoval KÚ medicínskou péči o nedonošené novorozence. V druhé budově, s kapacitou 30 lůžek, pak zajišťoval vedle medicínské péče i ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj byl ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do věku jednoho roku. V polovině 80. let přebrala péči o nedonošené děti Nemocnice Jihlava; zůstal pouze kojenecký ústav.

Významným mezníkem pro toto zařízení se stal rok 1991, kdy byl kojenecký ústav transformován na Dětské centrum. Zřizovatelem se stal Okresní úřad v Jihlavě. Zařízení se přestěhovalo do nově upravené budovy bývalých jeslí. Kapacita dětského centra byla 42 lůžek, věková hranice pro pobyt dětí byla 0-3 roky. Vznikla dvě lůžka pro matky s dětmi. Dětské centrum přijímá děti z oblasti Jihočeského a z Jihomoravského kraje, převážně z okresů Jihlava, Třebíč, Pelhřimov, Žďár nad Sázavou.

Jde typově o zdravotnické zařízení, které v sobě slučuje progresivní prvky péče o děti, které nemohou pobývat ve vlastní či náhradní rodině.

Vznikem vyšších územně správních celků v roce 2003 přešlo dětské centrum pod Krajský úřad Kraje Vysočina.

Současnost

Hlavním úkolem Dětského centra je poskytování komplexní péče dětem od narození do věku 3 let se závažnými sociálními a zdravotními problémy. Jedná se o péči diagnostickou, zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, výchovnou, sociálně právní.

Péče je poskytována formou ústavní péče v nepřetržitém provozu a ambulantní složkou.

Zřizovatelem Dětského centra je Krajský úřad Kraje Vysočina. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení s kapacitou 42 lůžek. Jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytuje akutní a neodkladnou péči ohroženým dětem.

Děti jsou přijímány na základě:

- souhlas rodiče (tzv. dobrovolné pobyty),
- respitní (úlevná) péče,
- rozhodnutí soudu o předběžném opatření (§ 76a Občanského soudního řádu),
- nařízené ústavní výchovy (§ 46 Zákona o rodině ve znění pozdějších zákonů),
- pobyt matky s dítětem.

Poskytovaná péče:

Ambulantní část:

- rehabilitační péče,
- ambulance pro rizikové kojence,
- poradna pro náhradní rodinnou péči.

Rehabilitační oddělení

Významnou složkou je v roce 2010 nově otevřený a výrazně rozšířený rehabilitační ambulantní trakt v nové multifunkční budově, který si vynutila potřeba nárůstu dětí s motorickým postižením. Díky rozvoji moderních medicínsko-rehabilitačních metod je možné s dětmi cvičit od nejranějšího věku. Rehabilitační program zajišťují registrované fyzioterapeutky na čtyřech rehabilitačních odděleních.

Pro zařazení do ambulantního rehabilitačního programu je nutné doporučení obvodního pediatra nebo dětského neurologa; rehabilitační oddělení poskytuje tuto péči i dětem z lůžkové části.

Ústavní péče (lůžková část)

Ústavní péče je poskytována dětem na pěti odděleních. V přízemí budovy jsou dvě oddělení mladších a starších batolat, v prvním poschodí se nachází oddělení novorozenců a mladších kojenců, oddělení starších kojenců a jedno oddělení pro handicapované děti. Pro matky s dětmi jsou od roku 2010 k dispozici dva plně vybavené pokoje se sociálním zařízením ve staré části zařízení a dvě nové bytové jednotky s bezbariérovým přístupem v nové budově.

Do roku 2006 byla dětem poskytována péče ze strany personálu dětského centra systémem typické ústavní péče. Změnou vedení ústavu a částečnou rekonstrukcí je současná komplexní péče poskytována na 4 rodinných buňkách; ústavní ráz péče je zachován pouze na oddělení pro nejmenší děti.

Zdravotní, diagnostickou, preventivní, terapeutickou péči koordinuje v Dětském centru lékař – pediatr, který je zároveň ředitelem zařízení. K diagnostice využívá všech dostupných odborných ambulancí Nemocnice v Jihlavě, včetně dětské lůžkové části.

Ošetrovatelskou a výchovnou péči zajišťuje kvalifikovaný ošetřující personál, složený převážně z registrovaných dětských sester, které se (minimálně) střídají na jednotlivých odděleních (buňkách) ve 12 hodinových směnách.

Podklady pro individuální výchovné plány zpracovává klinický psycholog a vrchní sestra, která má specializaci v oblasti výchovné péče. Z individuálních plánů vychází i rehabilitační, výchovné a terapeutické programy.

Sociálně právní poradenství

Sociální oblast v Dětském centru zajišťuje sociální pracovnice, která vede sociální dokumentaci dětí a která spolupracuje s rodiči dětí umístěných v ústavní péči, s oddělením sociálně právní ochrany dětí, se soudy a s policií. Připravuje podklady a spolupracuje při řešení náhradní rodinné péče.

Vize, cíle dětského centra

Hlavní náplní Dětského centra je převzetí dítěte, které se z jakýchkoli důvodů ocitne bez pevného bodu, zmírnění dopadu na jeho psychiku a náhrada nenahraditelného.

V návaznosti na plánovanou transformaci systému péče o ohrožené děti včetně dlouho připravovaného zákona o dětských centrech je žádoucí vytvoření efektivního synergického centra, kde by vedle sociálně právní složky fungovala účinná pomoc jak biologickým, tak náhradním rodinám prostřednictvím ambulantní i pobytové složky a za využití odborné pomoci psychoterapeutů, dětského pediatra, neurologa a dalších odborníků.

3.2.2 Dětský domov Kamenice nad Lipou

Dětský domov se nachází v malém městečku Kamenice nad Lipou.

V roce 2010 oslavil 60. výročí od založení. Po celou dobu existence byly do Dětského domova přijímány děti ze všech oblastí České republiky, především však z oblasti Jihočeského kraje. Děti byly přijímány jednak z kojeneckých ústavů, jednak z nevyhovujícího domácího prostředí. Zařízení spadalo pod tehdejší Okresní ústav národního zdraví v Pelhřimově (OÚNZ); kapacita zařízení byla 60 lůžek; věková hranice pro přijetí dětí byla 1–3 roky. Dětem byla poskytována základní zdravotní a výchovná péče.

Tento stav přetrval až do roku 1992, kdy delimitací OÚNZ získalo zařízení právní subjektivitu jako rozpočtová organizace Okresního úřadu v Pelhřimově.

Reprofilizací kojeneckých ústavů na dětská centra (1991) změnil Dětský domov věkovou hranici pro přijímané děti. Poskytoval zdravotní a výchovnou péči dětem od 5 měsíců do 5 let. Kapacita zařízení se snížila na 45 lůžek. Zdravotnický personál se rozšířil o klinického psychologa a kvalifikovanou rehabilitační sestru.

V roce 1995 získal statut Dětského domova s ozdravovnou a přijímal na ozdravné pobyty děti s dlouhodobým onemocněním dýchacích cest z celé České republiky. Dětem byla zajištěna klimatoterapie (nadmořská výška Kamenice nad Lipou je 567 m nad mořem), dechová rehabilitace, míčková facilitace a otužování. Péči využívaly děti z běžného domácího prostředí, ale významná spolupráce byla zahájena i s Dětským domovem Most. Přijetí zákona o veřejném zdravotnictví (Zákon č. 48/1997 Sb.) dále

nedovolovalo tuto péči poskytovat a Dětský domov se vrátil k původnímu názvu a k původním službám.

V roce 2003 přešla organizace pod kraj Vysočina.

Současnost

Dětský domov Kamenice nad Lipou je nestátní zdravotnické zařízení, příspěvková organizace, zřizovaná Krajským úřadem Kraje Vysočina s kapacitou 45 lůžek. Do zařízení jsou přijímány děti převážně z Jihočeského kraje a z regionu Vysočina.

Organizace poskytuje komplexní péči dětem od narození do věku 3 let, jejichž duševní a tělesný vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních nebo sociálních a jimž nelze zajistit řádnou péči v rodinném prostředí. Ze zdravotních a sociálních důvodů může tuto péči poskytovat i dětem starším.

Jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytuje od roku 2005 akutní a neodkladnou péči ohroženým dětem.

Děti jsou přijímány na základě:

- souhlas rodiče (tzv. dobrovolné pobyty),
- rozhodnutí soudu o předběžném opatření (§ 76a Občanského soudního řádu),
- nařízené ústavní výchovy (§ 46 Zákona o rodině).

Poskytovaná péče

Zdravotní péči představuje péče diagnostická, terapeutická, preventivní, rehabilitační a ošetrovatelská.

Terapeutickou a preventivní péči zajišťuje přímo v Dětském domově lékař – pediatr; diagnostická péče je zajištěna spoluprací s jednotlivými specialisty prostřednictvím odborných ambulancí (neurologická, kardiologická, alergologická, chirurgická, ortopedická, gastrointestinální, oční, ORL - ušní, nosní, krční, aj.) v městské nemocnici v Pelhřimově. Velmi dobrou spolupráci má Dětský domov s dětským oddělením nemocnice v Pelhřimově, s kterým v rámci hospitalizace řeší závažná onemocnění dětí.

Psychomotorický vývoj dětí společně s pediatrem sleduje klinický psycholog, který je zaměstnancem Dětského domova a společně s ošetřujícím personálem vypracovává individuální výchovné plány, včetně jejich sledování a dalších doporučení.

Ošetřovatelská a výchovná péče

Ošetřovatelský personál Dětského domova tvoří kvalifikované registrované dětské sestry s doplňujícím psychologickým a pedagogickým vzděláním, jedna sestřička má dokončené vzdělání v oboru speciální pedagog. Dvě dětské sestry absolvovaly vzdělávací kurz „Využití hudební výchovy ve výchově dětí“, dvě získaly certifikát v metodách výuky „Montessori“. V ošetřovatelské péči pomáhají ošetřovatelky a sanitárky.

Rehabilitační péče

Rehabilitační péči zajišťuje rehabilitační sestra, která pod vedením rehabilitačního oddělení městské nemocnice v Pelhřimově, využívá dle diagnózy různé rehabilitační metody.

Sociálně právní poradenství

Sociální oblast má na starosti vysokoškolsky vzdělaná sociální pracovnice, která spolupracuje s rodiči svěřených dětí, s oddělením sociálně právní ochrany dětí, dále s centry pro náhradní rodinnou péči, se soudy a s policií.

Současnost

V názvu Dětského domova je obsaženo slůvko „domov“. Byla snaha aby prostorové i režimové podmínky se domovu co nejvíce podobaly, a proto v roce 2010 byla dokončena přestavba Dětského domova, i když rodinnou péči nelze nahradit.

Jednotlivá oddělení se postupně změnila na tzv. „rodinné (domácí) buňky“; k pocitu bezpečí a jistoty přispívá domácí řád a stabilní personál; k minimalizaci psychické deprivace pak „tety“, které mají v individuální péči maximálně 4 děti. Součástí každé

rodinné buňky je kuchyňský koutek, obývací pokoj, dětské pokojíčky, včetně sociálního zázemí a učebna s počítačovým vybavením.

Změna věkové struktury pro přijímané děti přinesla pozitivní výsledky v přijímání sourozeneckých skupin. Sourozenci tak společně vyrůstají v domově, společně se vrací zpět k biologické rodině, společně odchází do náhradní rodinné péče nebo jiného školního dětského domova.

Součástí Dětského domova je 5 lůžek pro děti novorozeneckého a kojeneckého věku. V rámci zahájené transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů se hlavním cílem dětského domova stalo podstatné snížení kapacity pobytové části.

Vize, cíle zařízení

Vzhledem k charakteru a možnostem zařízení je připravována transformace zařízení a odborné služby a poradenství využívané převážně v lůžkové části využít i v terénní oblasti směřované k podpoře biologickým a náhradním rodinám včetně registrace aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi.

V současné době probíhají v některých krajích (Vysočina nebyla zařazena) pilotní programy, které by měly být do konce roku 2012 vyhodnoceny a jejich závěry využity pro další činnost zařízení ústavní péče v Kraji Vysočina.

4. Výsledky

4.1 Přijaté děti do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou a jejich věk při přijetí

Celkový počet přijatých dětí a jejich věk při přijetí do Dětského centra ve sledovaných obdobích 2005, 2010 a 2011 představuje tabulka č. 1.

Uvedená tabulka sleduje čtyři dětská období. Novorozenecké a mladší kojenecké období charakterizuje věková hranice 0-6 měsíců, starší kojenecké období pak věk 7-12 měsíců. Další sledovanou věkovou kategorií jsou děti od 12 měsíců do 3 let věku, tzv. batolecí období. Předškolní věk, tj. od 36 měsíců do 6-7 let je posledním sledovaným věkovým obdobím a představuje přijaté děti nad 3 roky.

Tabulka č. 1 – Přijaté děti do Dětského centra Jihlava a jejich věk při přijetí.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		50	43	49
věk dětí	0-6 měsíců	37	34	29
	7-12 měsíců	5	3	8
	do 3 let	6	5	12
	ostatní	2	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve sledovaných letech bylo v roce 2005 přijato celkem 50 dětí, v roce 2010: 43 dětí a v roce 2011: 49 dětí. Nejvíce zastoupený byl v Dětském centru počet přijatých dětí novorozeneckého období. Tento věk představuje období od narození do 28 týdne po porodu.

V roce 2005 z celkového počtu 50 dětí bylo přijato 37 dětí (tj. 74 %) nejnižší věkové kategorie, z toho 36 novorozenců přímo z porodnického oddělení a jeden kojeneček nad 1 měsíc z rodiny. V roce 2010 bylo z porodnického oddělení přijato 34 novorozenců (tj. 79 %), žádný kojeneček ve věku od 1 do 6 měsíců. V roce 2011 z celkového počtu 49 přijatých dětí bylo do centra umístěno 29 novorozenců (tj. 59 %) z porodnického oddělení, 8 dětí nad 1-6 měsíců bylo přijato přímo z rodiny.

V ostatních sledovaných věkových kategoriích byl celkem vyrovnaný počet přijatých dětí. Rok 2005 představuje 5 dětí staršího kojeneckého období, 6 dětí bylo přijato ve věku od 12 měsíců do 3 let (tzv. batolecí věk) a 3 děti starší 3 let. V roce 2010 byly do zařízení umístěny 3 děti staršího kojeneckého období, 5 dětí batolecího věku a 1 dítě nad 3 roky. V roce 2011 z celkového počtu 49 dětí bylo přijato 8 dětí ve věku 7-12 měsíců, 12 dětí batolecího věku a žádné dítě v předškolním věku.

Počet přijatých dětí do dětského domova a jejich věkové zastoupení ve sledovaných obdobích 2005, 2010 a 2011 představuje tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 – Přijaté děti do Dětského domova Kamenice nad Lipou a jejich věk při přijetí.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		34	35	28
věk dětí	0-6 měs.	11	6	6
	7-12 měs.	9	4	3
	do 3 let	11	13	8
	ostatní	3	12	11

Zdroj: Vlastní výzkum

Děti jsou do zařízení přijímány převážně z Jihočeského kraje a regionu Vysočina. Tabulka sleduje stejná věková rozdělení jako v Dětském centru. Z této tabulky je patrné, že ve sledovaných obdobích byl celkem vyrovnaný počet přijatých dětí. V roce 2005 bylo přijato 34 dětí, v roce 2010: 35 dětí a v roce 2011: 28 dětí.

V roce 2005 bylo do domova přijato 11 dětí (tj. 32 %) novorozeneckého a mladšího kojeneckého období (děti od narození do 6 měsíce) přímo z porodnického oddělení, 9 dětí ve věku 7-12 měsíců bylo do zařízení umístěno z rodiny. V následujících obdobích dochází ke značnému snížení přijatých dětí této věkové hranice.

V roce 2010 bylo přijato celkem 6 dětí (tj. 17 %) věku 0-6 měsíců, 4 děti ve věku 7-12 měsíců. V roce 2011 bylo shodně s rokem 2010 do domova umístěno 6 dětí (tj. 21%) nejnižší sledované kategorie (tj. ve věku 0-6 měsíců) a 3 děti byly přijaty ve věku 7-12 měsíců. Nejvíce vyrovnané co do věkové hranice přijatých dětí tvoří

v Dětském domově děti „batolecího věku“. V roce 2005 bylo přijato 11 dětí , v roce 2010: 13 dětí a v roce 2011: 8 dětí z celkového počtu přijatých dětí.

Na jedné straně dochází ke snížení počtu přijímaných dětí novorozeneckého a kojeneckého období, na druhé straně stoupá počet umístěných dětí nad 3 roky. Tuto změnu vyvolala zvýšená věková hranice pro přijímané děti tak, aby do Dětského domova mohly být přijímány sourozenecké skupiny.

V roce 2005 byly přijaty 3 děti (tj. 9 %) nad věkovou hranici 3 let, v roce 2010 stoupl počet přijatých dětí oproti roku 2005 trojnásobně, do zařízení bylo umístěno 12 dětí (tj. 34 %) a v roce 2011 bylo dětí 11 (tj. 39 %) předškolního věku z celkového počtu přijatých dětí ve sledovaných obdobích.

4.2 Charakteristika přijatých dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova v Kamenici nad Lipou

Charakteristiku dětí přijatých do Dětského centra v roce 2005, 2010 a 2011 znázorňuje tabulka č. 3. Uvedená tabulka sleduje počet dětí, které byly přijaty samostatně, v rámci sourozenecké skupiny nebo společně matka s dítětem, dále uvádí četnost pobytů a etnikum přijatých dětí.

Tabulka č. 3 – Charakteristika přijatých dětí do Dětského centra Jihlava.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		50	43	49
sám - jedinec		42	19	37
v rámci sourozenecké skupiny	dvojice	2	4	2
	trojice	0	0	0
	a více	0	0	0
matka s dítětem		4	8	8
přijetí poprvé		50	41	49
opakovaný pobyt		0	2	8
etnikum	majoritní	37	31	39
	rómské	10	9	9
	polorómské	2	2	1
	jiné	1	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k celkovému počtu přijatých dětí nejnižší věkové kategorie (dětí novorozeneckého věku) uvedené v předcházející tabulce č. 1 vyplývá, že nejvíce dětí bylo v jednotlivých letech přijato samostatně (sám-jedinec).

Z celkového počtu přijatých dětí v roce 2005 bylo samostatně přijato 42 dětí (tj. 84 %), v roce 2010: 19 dětí (tj. 44 %) a v roce 2011: 37 dětí (tj. 75 %). Dvě dvojice v roce 2005 a 2011 představovaly dvojčátka, v roce 2010 čtyři dvojice představovalo 8 dětí přijatých v rámci sourozenecké skupiny.

Pobyty k zácvičku v péči o novorozence využily v roce 2005 pouze 4 maminky, v roce 2010: 8 maminek, z toho dvěma maminkám byl pobyt doporučen pro zanedbanou péči a v roce 2011 bylo 8 maminek přijato k zácvičku v rehabilitaci a v péči o novorozence.

Během roku na opakované pobyty přicházelo malé procento dětí. V roce 2005 bylo 50 dětí (tj. 100 %) přijato poprvé, v roce 2010 byly 2 děti v rámci sourozenecké skupiny umístěny na opakovaný pobyt z důvodu hospitalizace matky v nemocnici, v roce 2011 se 8 dětí vrátilo do zařízení, z toho 6 dětí z důvodu hospitalizace matky a 2 děti pro zanedbanou péči.

Ve sledovaných obdobích největší procento přijímaných dětí tvořily děti majoritní populace (tzv. děti „bílé“). V roce 2005 bylo celkem přijato 37 dětí (tj. 74 %), v roce 2010: 31 (tj. 72 %) a v roce 2011: 39 dětí (tj. 83 %). Ostatní etnikum představovalo v roce 2005: 10 dětí rómských, 2 děti byly přijaty ze smíšeného páru jako děti polorómské a 1 dítě mongolské národnosti. V následujících letech je situace obdobná. Rómské etnikum tvořilo v roce 2010 a 2011 celkem 9 dětí a 2 děti byly polorómské. V roce 2010 bylo do zařízení umístěno 1 narozené dítě slovenské národnosti.

Stejnou charakteristiku přijatých dětí ve sledovaných obdobích 2005, 2010 a 2011 do dětského Domova znázorňuje tabulka č. 4. Dětský domov neposkytuje ubytování matkám s dětmi.

Tabulka č.4 – Charakteristika přijatých dětí do Dětského domova Kamenice nad Lipou.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		34	35	28
sám - jedinec		18	16	8
v rámci sourozenecké skupiny	dvojice	6	7	4
	trojice	0	0	1
	a více	1	1	2
matka s dítětem		0	0	0
přijetí poprvé		34	24	26
opakovaný pobyt		0	8	2
etnikum	majoritní	19	16	18
	rómské	10	7	2
	polorómské	4	11	8
	jiné	1	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

V Dětském domově počet dětí, které byly přijaty samostatně v roce 2005 představuje 18 dětí (tj. 53 %) a 16 dětí (tj. 46 %) v roce 2010. V roce 2011 se počet dětí samostatně přijatých celkově snížil a bylo přijato pouze 8 dětí (tj. 28 %).

Také přijetí dětí v rámci sourozeneckých skupin v jednotlivých letech je proměnlivé. V roce 2005 bylo přijato 6 sourozeneckých dvojic (celkem 12 dětí) a 1 sourozenecká čtveřice, v roce 2010 tvoří 14 dětí (tj. 40 %) 7 sourozeneckých dvojic a z důvodu hospitalizace matky byla přijata 1 sourozenecká pětice různé věkové kategorie. V roce 2011 děti umístěné do Dětského domova v rámci sourozenecké skupiny převažují nad jednotlivci. Byly přijaty 4 sourozenecké dvojice, 3 děti byly do zařízení umístěny v rámci 1 sourozenecké trojice, 4 děti v rámci 1 sourozenecké čtveřice a 5 dětí v rámci 1 sourozenecké pětice. Z celkového počtu 28 dětí bylo v roce 2011 v rámci sourozeneckých skupin přijato celkem 20 dětí (tj. 71 %).

U větších sourozeneckých skupin se jedná převážně o krátkodobé pobyty z důvodu hospitalizace matky v nemocnici, kde chybí návaznost na širší rodinu.

V roce 2005 bylo do zařízení 34 dětí (tj. 100 %) přijato poprvé. V roce 2010 bylo 27 dětí přijato poprvé a 8 dětí se během roku vracelo do zařízení z důvodu hospitalizace matky v nemocnici. V roce 2011 bylo do zařízení umístěno poprvé 26 dětí a 2 děti byly přijaty k opakovanému pobytu pro špatnou ekonomickou situaci rodiny.

I v Dětském domově z celkového počtu přijatých dětí představuje majoritní populace největší procento. V roce 2005 bylo přijato 19 dětí (tj. 56 %), v roce 2010: 16 dětí (tj. 46 %) a v roce 2011: 18 dětí (tj. 64 %) majoritní populace.

Ostatní etnikum zastupovalo v roce 2005: 10 dětí rómských, 4 děti polorómské a 1 přijaté dítě bulharské národnosti. V roce 2010 bylo přijato 7 dětí rómských, 11 dětí ze smíšeného páru jako děti polorómské a 1 dítě slovenské národnosti. V roce 2011 byly přijaty pouze 2 děti rómské a 8 dětí polorómských.

4.3. Právní situace přijatých dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou

Dětské centrum v Jihlavě poskytuje komplexní služby v rámci zařízení ústavní výchovy a zároveň v rámci zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP). Tento status Dětské centrum získalo koncem roku 2005. Tabulka č. 5 charakterizuje právní situace přijatých dětí.

Tabulka č.5 – Právní situace přijatých dětí do Dětského centra Jihlava.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	50	43	49
se souhlasem rodičů do Dětského centra	29	30	15
se souhlasem rodičů do ZPDVOP	0	6	11
předběžné opatření do	ZPDVOP	0	4
	Dětského centra	19	7
následně nařízená ústavní výchova	14	8	9
respitní – úlevná péče	2	0	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle získaných údajů byl počet dětí v roce 2005 největší, 29 dětí (58 %) bylo přijato do Dětského centra na základě souhlasu rodičů s osvojením dítěte. V rámci předběžného opatření bylo do Dětského centra umístěno 19 dětí, hlavními důvody byly špatná péče, opuštění dítěte, výkon trestu, hospitalizace matky nebo důvody sociální (špatná ekonomická situace rodiny z důvodu nezaměstnanosti, ztráta bydlení). Dvě děti byly umístěny do Dětského centra se souhlasem rodiče v rámci respitní (úlevné) péče pro těžká zdravotní postižení dítěte.

Pouze 14 dětem byla později nařízena ústavní výchova. V roce 2005 nebylo do zařízení vyžadující okamžitou pomoc svěřeno žádné dítě.

V roce 2010 bylo do Dětského centra přijato 30 dětí (tj. 70 %) převážně z důvodu souhlasu rodiče s osvojením nebo nezvládnuté péče, 6 dětí bylo přijato se souhlasem rodičů do ZPDVOP, z toho 4 rodiče dali souhlas z důvodu ztráty bydlení, 2 maminky z důvodu pobytu na psychiatrickém oddělení. Sedm dětí bylo přijato na základě nařízeného předběžného opatření z důvodu opuštění dítěte rodičem, převážně matkou, 8 dětem byla následně nařízena ústavní výchova.

V roce 2011 bylo do Dětského centra se souhlasem rodiče přijato celkem 23 dětí (tj. 43 %), zvyšoval se počet dětí dobrovolně umístěných do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP). Bylo zde umístěno celkem 10 dětí, hlavními důvody byly převážně důvody sociální a výkon trestu odnětí svobody. K dobrovolnému pobytu také přicházely děti z důvodu nezletilosti matky.

V rámci předběžného opatření do ZPDVOP byly umístěny celkem 4 děti z důvodu týrání a zanedbané péče, 9 dětí bylo soudně svěřeno na základě předběžného opatření do Dětského centra z důvodu opuštění dítěte rodičem a 9 dětem byla následně nařízena ústavní výchova. Respitní péče byla využita 3 rodiči pro zdravotní postižení svých dětí.

Dětský domov Kamenice nad Lipou poskytuje komplexní služby v rámci zařízení ústavní výchovy a jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP). Tento status získal také v roce 2005. Tabulka č. 6 charakterizuje právní situace přijatých dětí.

Tabulka č.6 – Právní situace přijatých dětí do Dětského domova Kamenice nad Lipou.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		34	35	28
se souhlasem rodičů do Dětského domova		0	0	0
se souhlasem rodičů do ZPDVOP		0	10	13
předběžné opatření do	ZPDVOP	1	2	5
	Dětský domov	33	23	10
následně nařízená ústavní výchova		12	12	8
respitní – úlevná péče		0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

V roce 2005 představovalo největší procento (97 %) tj. 33 dětí, děti přijaté v rámci předběžného opatření do ústavní péče, pouze 1 dítě (tj. 3 %) bylo předběžným opatřením svěřeno do péče ZPDVOP.

Rok 2010 již představoval poměrně větší využitelnost Dětského domova jako ZPDVOP. Proti roku 2005, kdy např. dobrovolného pobytu dítěte v zařízení nevyužil žádný zákonný zástupce dítěte, v roce 2010 bylo 10 dětí přijato na žádost rodiče do ZPDVOP pro špatnou ekonomickou situaci rodiny a výkon trestu. Dvě děti byly přijaty na základě předběžného opatření z důvodu ohrožení dítěte na životě a zdraví. Na základě předběžného opatření bylo do Dětského domova přijato 23 dětí (tj. 66 %). Ústavní výchova byla následně nařízena 12 dětem.

V roce 2011 převažoval počet dětí umístěných do ZPDVOP před ústavní výchovou. Se souhlasem zákonného zástupce bylo přijato 13 dětí (tj. 46 %), 5 dětí bylo do ZPDVOP umístěno na základě předběžného opatření. Do ústavní péče na základě předběžného opatření bylo v roce 2011 přijato 10 dětí (tj. 36 %), z toho u 8 dětí byla následně nařízena ústavní výchova.

Na žádost rodiče (tzv. dobrovolný pobyt) přijímá Dětský domov děti pouze v rámci ZPDVOP a mezi hlavní důvody dobrovolného pobytu patří hlavně tíživá finanční situace rodiny a nedostatečné bydlení. To motivuje rodiče k rychlému vyřešení situace.

Pokud byla nařízena předběžná opatření na žádost OSPOD, jednalo se většinou o pobyt matky v léčebně z důvodu užívání alkoholu nebo drog, zanedbanou péči a opuštění dítěte.

Ve sledovaných obdobích nebylo z rodiny ani z porodnického oddělení do Dětského centra ani Dětského domova přijato žádné dítě s nařízenou ústavní výchovou.

4.4 Sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody přijatých dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou

Do Dětského centra jsou přijímány děti na základě sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů, jejichž metodika a diagnostika je zakotvena v Metodického doporučení ministerstvem zdravotnictví. Tyto důvody popisuje tabulka č.7, konkrétněji následující tabulka č. 9.

Tabulka č. 7 – Sociální, zdravotní a zdrav. sociální důvody přijetí dětí do DC Jihlava.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		50	43	49
z toho	sociální důvody	14	14	19
	zdravotní důvody	34	26	26
	sociálně zdravotní důvody	2	3	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze sociálních důvodů, kam řadíme převážně špatnou ekonomickou situaci rodiny, nezaměstnanost, ztrátu a nedostatečné bydlení nebo kombinaci uvedeného a výkon trestu rodiče bylo v roce 2005 a 2010 přijato shodně 14 dětí z celkového počtu přijatých dětí ve sledovaných obdobích, v roce 2011 to bylo 19 dětí. Největší zastoupení měly v jednotlivých letech zdravotní důvody.

V roce 2005 bylo přijato 34 dětí (tj. 68 %) z celkového počtu 50 dětí. V roce 2010: 26 dětí (tj. 60 %) a v roce 2011: 26 dětí (tj. 53 %) přijatých dětí ze zdravotních důvodů.

Zdravotní důvody představují diagnostiku a léčbu dětí s rizikovou anamnézou včetně dětí, které odešly do náhradní rodinné péče.

Ze zdravotně sociálních důvodů přicházelo do zařízení děti, které nemohou pro svá postižení vyrůstat ve své rodině a představují nejmenší podíl v počtu přijatých dětí.

V roce 2005 byly přijaty 2 děti, v roce 2010: 3 děti a v roce 2011: 4 děti z celkového počtu přijatých dětí ve sledovaných obdobích.

Sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody vedoucí k přijetí dětí do Dětského domova sleduje tabulka č. 8, podrobněji pak následující tabulka č. 10.

Tabulka č. 8 – Sociální, zdravotní a zdrav. sociální přijetí dětí do DD Kamenice nad Lipou.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		34	35	28
z toho	sociální důvody	13	10	10
	zdravotní důvody	18	25	18
	Zdravotně sociální důvody	3	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Sociální důvody jsou v jednotlivých letech vyrovnané. V roce 2005 bylo do Dětského domova přijato 13 dětí, v roce 2010 a 2011 to bylo 10 dětí a jednalo se převážně o řešení nedostatečné ekonomické a bytové situace rodiny včetně trestní vazby rodiče.

Mezi zdravotní důvody bylo v roce 2005 zařazeno 18 dětí (tj. 53 %) a v následujících sledovaných letech zdravotní důvody převažovaly nad důvody sociálními a zdravotně sociálními. V roce 2005 bylo ze zdravotní důvodů přijato 18 dětí z celkového počtu 34 přijatých dětí, v roce 2010 zdravotní důvody představovaly 25 dětí (tj. 71 %) a v roce 2011: 18 dětí (tj. 64 %) z celkového počtu přijatých dětí ve sledovaných obdobích.

Zdravotně sociální důvody v roce 2010 a 2011 nejsou vůbec diagnostikovány, v roce 2005 je činilo pouze 9 % dětí (tj. 3 děti) přijatých ze zdravotně sociálních důvodů. Jednalo se převážně o děti s DMO (dětská mozková obrna), s centrální koordinační poruchou včetně vrozené vývojové vady, o které se rodiče nechtěli starat nebo zdravotní péči nezvládli.

4.5 Charakteristika rodiny přijatých dětí v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou

Charakteristiku rodiny v návaznosti na zdravotní, sociální a zdravotně sociální důvody v Dětském centru představuje tabulka č. 9. Tato tabulka popisuje situace, pro které byly děti umisťovány do zařízení ústavní péče v jednotlivých obdobích výzkumu.

Tabulka č. 9 – Charakteristika rodiny přijatých dětí v Dětského centru Jihlava.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		50	43	49
zdravotní důvody	opuštěné dítě rodičem	9	14	7
	zanedbaná péče	4	2	5
	týrané, sy. CAN	4	2	3
	souhlas s adopcí	15	8	12
	abusus alkoholu, drog	2	1	1
	pobyt v nemocnici	2	2	2
sociální důvody	sociální důvody	7	4	5
	výkon trestu rodiče	1	2	6
	zácvik matky v péči	4	8	8
	nezletilé matky	2	0	0
otec neuveden		27	12	21

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro špatnou ekonomickou situaci rodiny, tudíž důvody sociální (nezaměstnanost, špatná finanční situace a nedostatečné nebo chybějící bydlení) bylo v roce 2005 přijato 7 dětí, 1 dítě z důvodu trestní vazby matky. Ze sociálních důvodů byly také přijaty 4 maminky k zácviku v péči o zdravé děti včetně chybějícího bydlení a 2 děti z důvodu nezletilosti matky.

Zdravotní důvody v roce 2005 představovalo 15 novorozenců přijatých z porodnického oddělení se souhlasem k osvojení, z toho 2 děti byly zdravotně postižené. V péči cizí osoby bylo ponecháno 9 dětí. Čtyři děti byly odebrány pro závažné zanedbání péče a 4 děti pro závažné ublížení na zdraví (sy. CAN). Dvě maminky byly z důvodu nemoci hospitalizovány v nemocnici a 2 maminky

absolvovaly léčbu drogové a alkoholové závislosti. U 27 dětí nebyl otec uveden v rodném listě.

V roce 2010 z důvodu špatné finanční a bytové situace byly přijaty celkem 4 děti, 2 děti z důvodu trestní vazby rodiče a 8 maminek pro zácvik zdravého novorozence. Tyto situace tvořily sociální důvody vedoucí k přijetí dítěte do zařízení, tj. celkem 14 dětí. Zdravotní důvody v tomto roce představovalo 14 dětí, které byly ponechány v péči cizí osoby, 2 děti byly odebrány pro zanedbanou péči a 2 děti pro ohrožení na životě (sy. CAN).

Osm maminek v porodnici souhlasilo s osvojením dítěte, 2 maminky byly ze zdravotních důvodů hospitalizovány v nemocnici a 1 maminka podstoupila léčbu drogové závislosti. U 12 dětí nebyl v rodném listě uveden otec dítěte.

V roce 2011 pro špatnou ekonomickou a bytovou situaci bylo přijato 5 dětí, 6 matek bylo ve výkonu trestu a 8 maminek potřebovalo zácvik v péči o novorozence nebo zdravotně postižené dítě. Zdravotní důvody v tomto roce představovalo 7 opuštěných dětí, u 5 dětí byla diagnostikována zanedbaná péče a 3 děti byly svými rodiči týrány.

Se souhlasem s osvojením bylo přijato 12 dětí, z toho 4 děti z důvodu zdravotního postižení, 2 maminky byly pro nemoc hospitalizovány a 1 maminka podstoupila ambulantní léčbu pro drogovou a alkoholovou závislost. U 21 dětí nebyl uveden otec v rodném listě.

Charakteristiku rodiny v návaznosti na zdravotní, sociální a zdravotně sociální důvody v Dětském domově představuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 10 – Charakteristika rodiny přijatých dětí v Dětském domově Kamenice nad Lipou.

sledované období		2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem		34	35	28
zdravotní důvody	opuštěné dítě rodičem	3	7	4
	zanedbaná péče	4	4	4
	týrané, sy CAN	1	1	1
	souhlas s adopcí	7	3	2
	abusus alkoholu, drog	3	3	0
	pobyt v nemocnici	3	7	7
sociální důvody	sociální důvody	8	6	4
	výkon trestu rodiče	3	4	6
	zácvik matky v péči	0	0	0
	nezletilé matky	2	0	0
otec neuveden		10	14	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro špatnou ekonomickou situaci rodiny bylo v roce 2005 přijato 8 dětí, z důvodu trestní vazby matky 3 děti a 2 děti na dobrovolný pobyt z důvodu nezletilosti matky. Zdravotní problematika byla diagnostikována u 3 opuštěných dětí, u 4 dětí byla výrazně zanedbaná zdravotní péče a 1 dítě bylo svými rodiči týráno.

Se souhlasem s osvojením bylo přijato 7 dětí, z toho 3 se zdravotním postižením, 3 maminky byly hospitalizovány na psychiatrickém oddělení a 3 maminky byly umístěny v léčebně pro drogovou závislost. U 10 dětí nebyl otec uveden v rodném listě.

Pro špatnou ekonomickou situaci rodiny a ztrátu bydlení bylo v roce 2010 přijato 6 dětí a 4 děti z důvodu výkonu trestu matky. Zdravotní důvody v roce 2010 představovalo 7 opuštěných dětí, 4 děti pro zanedbanou péči a 1 dítě z důvodu ohrožení na zdraví (sy. Can). Tři děti byly přijaty se souhlasem k osvojení, 7 dětí z důvodu hospitalizace matky a 3 děti pro léčbu rodiče z alkoholové závislosti. U 14 dětí nebyl otec uveden v rodném listě.

V roce 2011 bylo ze sociálních důvodů přijato celkem 10 dětí, 4 děti pro špatnou ekonomickou situaci rodiny a 6 dětí bylo do Dětského domova umístěno z důvodu výkonu trestu matky i otce. Zdravotní důvody v tomto roce představovaly 4 opuštěné děti, 4 děti pro zanedbanou péči a 1 dítě pro ohrožení na životě. Souhlas s adopcí byl podepsán u 2 dětí a 7 dětí bylo přijato na krátkodobý pobyt z důvodu hospitalizace matky v nemocnici. U 6 dětí nebyl uveden otec v rodném listě.

4.6 Poskytovaná zdravotní péče před a při přijetí dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou

Poskytovanou zdravotní péčí dětem před přijetím a při přijetí do Dětského centra znázorňuje tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 – Poskytovaná zdrav. péče před a při přijetí do Dětského centra Jihlava.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	50	43	49
pravidelně sledování v pediatrické ambulanci včetně očkování	3	0	7
nepřavidelně sledování v pediatrické ambulanci včetně očkování	5	3	8
pravidelně sledování v ped.amb.v zařízení	36	34	29
zdravotní zátěž	2	6	4
Zdravotní péče v rodině nezajištěna	4	6	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k tomu, že v roce 2005 bylo do zařízení přijato celkem 36 dětí novorozeneckého věku přímo z porodnického oddělení, komplexní zdravotní péči plně zajistilo zařízení. Dle dostupné zdravotnické dokumentace byly v rodině pravidelně sledovány 3 děti, u 5 dětí rodina preventivní prohlídky včetně očkování zanedbávala, 2 děti byly přijaty se zdravotní zátěží a 4 dětem rodina vůbec zdravotní péči včetně očkování nezajistila.

V roce 2010 byla situace obdobná. Dětské centrum plně zajistilo zdravotní péči 34 dětem, 3 děti byly přijaty z rodiny s nepravidelnou zdravotní péčí, včetně chybějícího očkování, 6 dětem rodina vůbec žádnou zdravotní péči neposkytla.

Z celkového počtu přijatých dětí z rodiny potřebovalo odbornou zdravotní péči neurologickou a kardiologickou 6 dětí a tato péče nebyla rodiči respektována.

V roce 2011 vzhledem k menšímu počtu přijatých dětí novorozeneckého věku byla plně centrem zajištěna péče 29 dětem, 7 dětem zajistila pravidelnou zdravotní péči včetně očkování rodina, 8 dětem byla preventivní péče zajištěna sporadicky. Rodiče vůbec nezajistili zdravotní péči u 5 dětí, a proto byly odebrány pro závažné zanedbání zdravotní péče, z toho 4 děti byly přijaty se zdravotní zátěží a vyžadovaly odborná zdravotní vyšetření.

V DD poskytovanou zdravotní péči před a při přijetí sleduje tabulka č. 12.

Tabulka č. 12 – Poskytovaná zdravotní péče před a při přijetí dětí do DD Kamenice nad Lipou.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	34	35	28
pravidelně sledování v pediatrické ambulanci včetně očkování	9	12	14
nepřavidelně sledování v pediatrické ambulanci včetně očkování	6	11	6
pravidelně sledování v ped.amb.v zařízení	15	6	4
zdravotní zátěž	11	5	10
Zdravotní péče v rodině nezajištěna	4	6	4

Zdroj: Vlastní výzkum

V roce 2005 bylo do zařízení přijato celkem 11 dětí novorozeneckého a kojeneckého věku, pravidelné sledování v pediatrické ambulanci a následnou odbornou péči zajistilo zařízení. U 9 dětí plně zajistila zdravotní péči rodina, u 10 dětí docházeli rodiče do ordinace lékaře nepřavidelně a 4 dětem úplně chybělo řádné očkování včetně pravidelných preventivních prohlídek. Z celkového počtu přijatých dětí bylo 11 dětí přijato se zdravotní zátěží.

V roce 2010 bylo přijato do zařízení celkem 6 dětí novorozeneckého a kojeneckého věku a zdravotní péče byla zajištěna zařízením, 12 dětem zajistila zdravotní péči rodina, 11 dětí v tomto roce bylo sledováno v pediatrické ambulanci sporadicky a většinou

chybělo řádné očkování, které postupně zajistilo zařízení. Zdravotní zaopatření úplně chybělo 6 dětem. Z přijatých dětí vyžadovalo odbornou zdravotní péči 5 dětí.

V roce 2011 byla situace ohledně zdravotní péče lepší, 14 dětem pravidelnou péči zajistila rodina, 4 dětem Dětský domov, 6 dětem nepravidelně a 4 dětem zcela zdravotní péče chyběla. Speciální zdravotní péči potřebovalo 10 dětí.

Nezajištěná péče se převážně objevovala u dětí batolecího věku z důvodu značné migrace rodiny. Zdravotní zátěž většinou pro dítě představuje předčasný porod, potřebná rehabilitační péče pro opožděný motorický vývoj nebo nezajištěná péče alergologická, kardiologická, nefrologická včetně operačních zákroků.

4.7. Psychomotorický vývoj dětí při přijetí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou

Počet dětí a úroveň psychomotorického vývoje v Dětském centru znázorňuje tabulka č. 13 a v Dětském domově tabulka č. 14. V obou zařízeních byl psychomotorický vývoj sledován v rámci požadované zdravotní nebo sociální diagnostiky. Ve spolupráci s ošetřujícím personálem psychomotorický vývoj (úroveň jemné a hrubé motoriky, vývoj řeči, grafomotoriky, sebeobsluhy a sociálního chování) hodnotí klinický psycholog, který je zaměstnancem Dětského centra a Dětského domova.

Psychologická vyšetření jsou prováděna v adaptační době dítěte, v průběhu pobytu a následně před propuštěním dítěte ze zařízení. Děti byly do zařízení přijaty jednak z původní biologické rodiny nebo přímo z porodnického oddělení.

Tabulka č. 13 – Psychomotorický vývoj dětí při přijetí do Dětského centra Jihlava.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	50	43	49
celkový počet sledovaných dětí	21	28	35
odpovídá věku	8	6	18
odpovídá vyššímu věku	0	0	0
nerovnoměrný vývoj	6	5	7
psychomotorická retardace	5	13	6
zdravotní postižení	2	4	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 přijatých dětí v roce 2005 bylo v Dětském centru pravidelně sledováno 21 dětí. Ostatní děti nebyly sledovány z důvodu svého krátkého pobytu v zařízení (nap. zácvik matky, hospitalizace matky), v jiných případech šlo převážně o jedno psychologické vyšetření před svěřením dítěte do náhradní rodinné péče.

Z 21 sledovaných dětí bylo přijato do zařízení 8 dětí, jejichž psychomotorický vývoj ve všech oblastech vývoje odpovídal věku. V pásmu nerovnoměrného vývoje (sledujeme nápadné rozdíly ve vývoji, kdy jedna složka dominuje nad druhou) bylo diagnostikováno 6 dětí, u 5 dětí byla zjištěna psychomotorická retardace (opožďení vývoj v pohybové i mentální oblasti). Psychomotorická retardace byla také zjištěna u 2 dětí, které byly přijaty z důvodu zdravotního postižení. Opožděný vývoj byl diagnostikován u 13 dětí (tj. 61 %) z celkového počtu sledovaných dětí při příjmu.

V roce 2010 bylo z celkového počtu 43 přijatých dětí pravidelně sledováno 28 dětí. Při přijetí 6 dětí v rámci psychomotorického vývoje odpovídalo věku, u 5 dětí byl sledován nerovnoměrný vývoj. V tomto roce byla u 13 dětí diagnostikována psychomotorická retardace a 4 děti byly přijaty z důvodu mentálního a zdravotního postižení. Do centra přišlo 22 dětí (tj. 79 %) s nerovnoměrným nebo opožděným vývojem.

Ze 49 přijatých dětí v roce 2011 bylo sledováno 35 dětí. U 18 dětí psychomotorický vývoj odpovídal věku, u 7 dětí byl hodnocen vývoj jako nerovnoměrný, u 6 dětí byla diagnostikována psychomotorická retardace a 4 děti měly těžká zdravotní postižení a byly opožděny jak v mentální tak motorické oblasti. V roce 2011 byl nerovnoměrný nebo opožděný vývoj sledován u 17 dětí (tj. 49 %) z celkového počtu sledovaných dětí.

Tabulka č. 14 – Psychomotorický vývoj dětí při přijetí do DD Kamenice nad Lipou.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	34	43	28
celkový počet sledovaných dětí	29	26	19
odpovídá věku	14	11	3
odpovídá vyššímu věku	0	5	0
nerovnoměrný vývoj	3	5	9
psychomotorická retardace	9	4	6
zdravotní postižení	3	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

V Dětském domově bylo v roce 2005 z celkového počtu 34 přijatých dětí klinickým psychologem pravidelně sledováno 29 dětí. Psychomotorický vývoj, který při příjmu odpovídal věku, byl zjištěn u 14 dětí. Tři děti byly hodnoceny v pásmu nerovnoměrného vývoje na podkladě lehké mozkové dysfunkce. Psychomotorická retardace byla diagnostikována u 9 dětí jednak z důvodu zdravotní zátěže a jednak z důvodu zanedbané péče. Tři děti byly přijaty se zdravotním postižením (dětská mozková obrna, pravostranná hemiparéza a metabolické onemocnění) a všechny 3 děti byly výrazně opožděné v motorické i mentální oblasti vývoje. V roce 2005 bylo 15 dětí (tj. 52 %) hodnoceno v pásmu nerovnoměrného nebo opožděného vývoje.

V roce 2010 byl ze 43 přijatých dětí psychomotorický vývoj sledován u 26 dětí. Ze zjištěných výsledků psychologického vyšetření psychomotorický vývoj i vývoj řeči u 11 dětí odpovídal věku, u 5 dětí byly rozumové schopnosti hodnoceny jako nadprůměrné (odpovídaly vyššímu věku), a to převážně v oblasti rozumových schopností. U 5 dětí byl vývoj hodnocen jako nerovnoměrný, kdy posuzovanou úroveň rozumových schopností ovlivnil neklid, nesoustředěnost. Čtyři děti byly hodnoceny v pásmu psychomotorické retardace a 1 dítě bylo přijato z důvodu mentálního postižení. Také v roce 2010 z 26 sledovaných dětí byl u 15 dětí (tj. 58 %) diagnostikován při příjmu opožděný vývoj.

V roce 2011 bylo z 28 přijatých dětí pravidelně sledováno 19 dětí. U 3 dětí psychomotorický vývoj odpovídal věku, 9 dětem byl diagnostikován nerovnoměrný vývoji. U 6 dětí byla zjištěna psychomotorická retardace a 1 dvouletému dítěti bylo při příjmu zjištěno těžké sluchové postižení. Z celkového počtu sledovaných dětí v roce 2011 je nerovnoměrný nebo opožděný vývoj hodnocen u 16 dětí (tj. 84 %).

4.8 Psychomotorický vývoj dětí při propuštění z Dětského centra Jihlava a z Dětského domova Kamenice nad Lipou

V následující tabulce č. 15 a č. 16 (psychomotorický vývoj dětí při propuštění) v návaznosti na předcházející tabulky č. 13 a tabulku č. 14 (psychomotorický vývoj dětí při přijetí), dochází u Dětského centra a Dětského domova k porovnání hodnocení psychomotorického vývoje během pobytu v obou zdravotnických zařízeních.

Tabulka č. 15 – Psychomotorický vývoj dětí při propuštění z Dětského centra Jihlava.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	50	43	49
celkový počet sledovaných dětí	21	28	35
odpovídá věku	12	11	19
odpovídá vyššímu věku	0	0	0
nerovnoměrný vývoj	4	7	11
psychomotorická retardace	3	6	1
zdravotní postižení	2	4	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 21 sledovaných dětí v Dětském centru v roce 2005 při propuštění 12 dětí proti 8 přijatým odpovídalo věku, nerovnoměrný vývoj z 6 dětí při příjmu byl na konci sledovaného období hodnocen u 4 dětí, v pásmu psychomotorické retardace z důvodu intenzivní rehabilitace byly hodnoceny koncem roku 3 z 5 přijatých, u 2 dětí se zdravotním postižením došlo k pozvolnému zlepšení v psychomotorickém vývoji, hlavně v oblasti jemné a hrubé motoriky. Z celkového počtu 21 sledovaných v roce 2005 nebyl hodnocen u žádného dítěte na konci sledovaného období opožděný vývoj, naopak u 8 dětí došlo během pobytu ke zlepšení v motorické a psychické oblasti vývoje.

Také v roce 2010 na konci sledovaného období 11 dětí proti 6 dětem při příjmu odpovídalo svému věku, u 7 dětí byl hodnocen nerovnoměrný vývoj, 6 dětí proti 13 zůstávalo v pásmu psychomotorické retardace a 4 děti ke svému zlepšení potřebovaly dlouhodobější intenzivní péči. V roce 2010 bylo hodnoceno u 12 dětí zlepšení v psychomotorickém vývoji.

V roce 2011 bylo klinickým psychologem pravidelně sledováno 35 dětí. U 19 dětí z 18 odpovídal psychomotorický vývoj ve všech složkách věku, u 11 dětí ze 7 přijatých byl hodnocen nerovnoměrný vývoj, 1 dítě z 6 sledovaných zůstávalo v pásmu psychomotorické retardace a 4 postižené děti potřebovaly intenzivnější péči jako děti v předešlých sledovaných obdobích. Také v roce 2011 u 10 dětí byl psychomotorický vývoj hodnocen ve vyšším pásmu vývoje.

Hodnocení psychomotorického vývoje při propuštění dětí v Dětském domově sleduje tabulka č. 16.

Tabulka č.16 – Psychomotorický vývoj dětí při propuštění z DD Kamenice nad Lipou.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	34	35	28
celkový počet sledovaných dětí	29	26	19
odpovídá věku	15	12	9
odpovídá vyššímu věku	4	8	0
nerovnoměrný vývoj	6	4	5
psychomotorická retardace	2	1	4
zdravotní postižení	2	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 29 sledovaných dětí v roce 2005 dle psychologického vyšetření při příjmu 14 dětí odpovídalo věku, 3 děti vykazovaly nerovnoměrný vývoj, u 9 dětí byla zjištěna psychomotorická retardace a 3 děti byly zdravotně postižené.

Tabulka č. 16 následně znázorňuje, že 14 dětí na konci sledovaného období nadále odpovídalo věku a u žádného dítěte nedošlo k opožděnému vývoji, u 4 dětí byly hodnoceny nadprůměrné schopnosti. Šest dětí bylo při propuštění hodnoceno v pásmu nerovnoměrného vývoje. Psychomotorické retardace byla na konci sledovaného období z 9 sledovaných diagnostikována pouze u 2 dětí, a to vzhledem ke zdravotní zátěži. U 2 dětí ze 3 přijatých se zdravotním postižením byly nadále hodnoceny 2 děti v pásmu psychomotorické retardace a 1 v pásmu nerovnoměrného vývoje. V roce 2005 se 12 dětí ve svém vývoji postupně zlepšilo.

V roce 2010 z 26 sledovaných dětí zůstalo 12 dětí proti 11 přijatým v normě, u 8 dětí byly hodnoceny nadprůměrné schopnosti (při příjmu 5 dětí), 4 děti proti 5 zůstaly v pásmu nerovnoměrného vývoje. Psychomotorická retardace byla na konci období sledována u 1 dítěte proti 4 přijatým a u 1 dítěte z důvodu mentálního postižení ke zlepšení nedocházelo v rozumové oblasti vývoje, ale vzhledem k intenzivní rehabilitaci došlo ke zlepšení v motorické oblasti. U 8 dětí v roce 2010 docházelo v psychomotorickém vývoji k výraznému zlepšení.

V roce 2011 z celkového počtu 19 diagnosticky sledovaných dětí 9 dětí ze 3 přijatých odpovídalo věku, žádné dítě v tomto roce neodpovídalo vyššímu věku, 5 dětí proti 9 přijatým bylo hodnoceno v pásmu nerovnoměrného vývoje, 4 děti proti 6 sledovaným dětem v adaptační době zůstávalo v pásmu psychomotorické retardace. U 1 dítěte byl hodnocen nerovnoměrný vývoj v důsledku svého zdravotního postižení. Zlepšení v tomto roce vykazuje 12 dětí, vzhledem k věku hlavně v rozumové oblasti.

U žádného dítěte ze sledovaných dětí v jednotlivých obdobích výzkumu nedošlo k opoždění psychomotorického vývoje.

4.9 Přehled služeb s uvedením realizované péče v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou

Přehled služeb s uvedením realizované péče v Dětském centru uvádí tabulka č. 17.

Tabulka č. 17 – Přehled služeb s uvedením realizované péče v DC Jihlava.

sledované období		2005	2010	2011	
ambulantní	rehabilitační	80	290	320	
	poradna pro rizikové kojence	5	14	10	
	poradna pro NRP	80	29	22	
lůžková	diagnostická	33	25	10	
	terapeutická	X	X	X	
	ošetřovatelská	X	X	X	
	rehabilitační	Vojtova metoda	18	26	29
		Bobathova metoda	8	10	9
		vodoléčba	5	6	4
		míčkování	0	6	0
	výchovná	X	X	X	
	psychologická	21	28	35	
soc. právní poradenství	X	X	X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Dětské centrum kromě lůžkové části zajišťuje také složku ambulantní, a to především v nově vybudovaném multifunkčním středisku, které bylo uvedeno do provozu v roce 2010. Ambulantní složka představuje čtyři rehabilitační ambulance, odbornou pediatrickou ambulanci pro rizikové novorozence včetně ordinace klinického psychologa. V nové budově jsou rovněž 2 bytové jednotky pro matky s dětmi.

Odborné ambulance, hlavně rehabilitační oddělení, je především využíváno matkami s dětmi z Jihlavy a jeho blízkého okolí a do Dětského centra přichází na doporučení svého obvodního pediatra, dětského neurologa nebo ortopeda. Pokud v roce 2005 bylo v ambulantní složce rehabilitováno 80 dětí, pak v roce 2010 to bylo 290 dětí a v roce 2011 to bylo 320 dětí.

Poradnu pro rizikové kojence využívají náhradní rodiče, kteří přijímají do své péče děti s rizikovou anamnézou. Jde o děti nedonošené nebo o děti s mentálním a tělesným postižením. Nabízenou péčí, kterou zajišťuje ústavní pediatr, mohou využívat i biologičtí rodiče. V roce 2005 byla poradenská činnost věnována 5 nedonošeným dětem, v roce 2010: 14 dětí a v roce 2011: 10, které docházely na pravidelné konzultace včetně potřebné rehabilitační péče.

Od roku 2005 se Dětské centrum podílelo na přípravě vhodných žadatelů pro náhradní rodinnou péči. V roce 2005 bylo připraveno celkem 80 žadatelů pro náhradní rodinnou péči.

Od roku 2009 přípravu žadatelů pro náhradní rodinnou péči na Vysočině zajišťuje brněnský Trialog. V roce 2010 bylo připraveno 27 adoptivních a 12 pěstounských párů, v roce 2011 bylo 18 adoptivních párů a 4 páry pro pěstounskou péči. Dětské centrum a Dětský domov v závěru přípravy umožňuje žadatelům návštěvu v zařízení, odkud budou do náhradní rodinné péče přijímat vhodné děti.

Tabulka č. 17 také uvádí počet dětí v ústavní péči (lůžková část), které využívaly rehabilitační oddělení. Počet dětí v uvedené rehabilitační péči je proměnlivý a je ovlivněn diagnózami, se kterými děti do Dětského centra přicházejí. V roce 2005 bylo do rehabilitačního programu zapojeno 18 dětí, v roce 2010 to bylo 26 dětí a v roce 2011 právě 29 dětí. Z používaných metod byla nejvíce využívána Vojtova reflexní terapie, která má obrovské úspěchy v léčbě DMO (dětská mozková obrna); vede k uvolnění spasticity nebo naopak k léčbě hypotonie. Vodoléčba a vířivé koupele podtrhují kvalitu poskytované péče, facilitační míčková technika je využívána u dětí s onemocněním dýchacích cest.

Přehled služeb s uvedením realizované péče v Dětském domově je znázorněn v následující tabulce č. 18.

Tabulka č.18 – Přehled služeb s uvedením realizované péče v DD Kamenice nad Lipou.

sledované období a počet dětí v uvedené péči		2005	2010	2011	
lůžková část	diagnostická	20	18	14	
	terapeutická	X	X	X	
	ošetřovatelská	X	X	X	
	rehabilitační	Vojtova met.	10	12	9
		Bobathova met.	9	0	0
		vodoléčba	0	3	3
		míčkování	5	0	5
		bazální stimulace	0	4	4
	výchovná	X	X	X	
	psychologická	29	26	19	
	soc. právní poradenství	X	X	X	
	pedagogická	11	12	12	
		logopedie	3	5	6
		arteterapie	2	3	3
muzikoterapie		2	3	3	

Zdroj: Vlastní výzkum

V roce 2003 vzniklo v Dětském domově nově vybudované rehabilitační oddělení, které v roce 2010 bylo rozšířené o vodoléčbu (perličkové koupele). Rehabilitační terapii poskytuje dětem rehabilitační sestra Dětského domova. Jsou zde rehabilitovány děti pro hypotonii, predilekci, celkové neprospívání, hemiparézy, diparézy a jiná postižení, pro která jsou do zřízení přijímány.

V roce 2005 bylo rehabilitačního programu zařazeno 10 dětí, v roce 2010 celkem 12 dětí a v roce 2011; 9 dětí a využívaly v kombinaci uvedené rehabilitační metody. Facilitační míčková technika má v Dětském domově delší tradici; již v roce 1995 byla významně využívána k léčbě dětí, které byly přijímány na ozdravný pobyt, v roce 2010 rehabilitační pracovnice získala certifikát v bazální stimulaci.

Všechny děti předškolního věku jsou od roku 2003 zařazovány na dopolední pobyt do městské mateřské školy se speciálními třídami (logopedickou a pro kombinované vady) a jsou tak integrovány mezi děti z běžného rodinného prostředí. Ve třídě pro

kombinovaná postižení jsou umístěny děti s psychomotorickou retardací, u nichž je prostřednictvím vyškolených terapeutů prováděna muzikoterapie a arteterapie.

Individuální logopedická cvičení doporučená logopedem, který pravidelně dochází do mateřské školy, se provádí přímo v Dětském domově. Významným způsobem využívá Dětský domov k diagnostice dětí služeb speciálního pedagogicko-psychologického centra v Jihlavě a pedagogicko-psychologické poradny v Pelhřimově. V roce 2005 bylo do mateřské školy zařazeno 11 dětí, v roce 2010 a 2011 shodně 12 dětí. Uvedená čísla nejsou alarmující, ale podtrhují komplexnost poskytované péče. V roce 2011 navštěvovaly 2 děti základní školu.

V lůžkové části je věnována velká pozornost v Dětském centru a v Dětském domově diagnostice dětí. Jejich počet je znázorněn v tabulce č. 17 a v tabulce č. 18. Diagnostická péče je poskytována hlavně dětem, které mají možnost odejít do náhradní rodinné péče; zahrnuje vyšetření neurologická včetně UZ CNS, genetická včetně HIV pozitivitu z důvodu drogově závislých matek, psychologická, oční a ušní vyšetření a další dle zdravotního stavu posuzovaného dítěte. Terapeutická, ošetrovatelská a výchovná péče je věnována všem dětem, které jsou v zařízení, proto počet dětí v realizované péči není uveden.

Zdravotní stav dětí je sledován ústavním pediatrem v pravidelných preventivních prohlídkách, součástí je očkování a hodnocení psychomotorického vývoje dětí. Ošetrovatelskou péči zajišťují dle pokynů lékaře středoškolsky i vysokoškolsky vzdělané dětské sestry, speciální pedagog, pedagog volného času a ošetrovatelky. K výchovné činnosti a k zajištění důležitých psychických potřeb se využívá všech dostupných metodik pro oblast rozumovou, pracovní, tělesnou, hudební a výtvarnou. Základem je dětská hra a dostatek přiměřených podnětů. V individuální péči za psychomotorický vývoj dětí odpovídá jedna sestra, která má v individuální péči maximálně 4 děti. Hodnocení psychomotorického vývoje pravidelně zaznamenává do neuropsychického záznamu. Při propuštění dítěte do náhradní rodinné péče vypracovává pro náhradní rodiče komplexní zprávu o vývoji dítěte v průběhu pobytu. Náhradní i biologické rodině je při propuštění předáno album z fotografiemi dětí z průběhu pobytu v zařízení. Psychologická vyšetření jsou diagnostikována hlavně u

děti připravovaných do náhradní rodinné péče, ostatní vyšetření se odvíjí dle individuálního stavu a vývoje dítěte.

V oblasti sociální péče se do popředí dostává spolupráce s biologickou rodinou. V pravidelných konzultačních hodinách je rodičům nabízena pomoc a podpora při řešení jejich nepříznivé sociální situace.

Zákon o sociálně právní ochraně dětí ukládá povinnost Dětskému centru a Dětskému domovu spolupracovat se sociálními pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí. V pravidelných tří-měsíčních intervalech sociální pracovníce tohoto oddělení své děti v uvedených zařízeních pravidelně navštěvují. Snahou všech pracovníků je, aby pobyt dětí v ústavní péči trval co nejkratší dobu a aby se děti vracely do rodin, ať už vlastních nebo náhradních.

4.10 Spolupráce zařízení s rodinou v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou

Zákon o sociálně právní ochraně dětí ukládá pracovníkům oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) a jednotlivým zařízením ústavní výchovy spolupracovat s rodinou umístěného dítěte v zařízení ústavní péče.

Spolupráce s rodinou prostřednictvím návštěv, telefonické komunikace, korespondence a balíčků v Dětském centru sleduje tabulka č. 19. Spolupráce s rodinou je v Dětském centru upravena vnitřními předpisy. Návštěvy v zařízení jsou povoleny 1 x týdně a jsou časově omezeny.

Tabulka č.19 – Spolupráce zařízení s rodinou v Dětském centru Jihlava.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	50	43	49
návštěvy rodičů v zařízení	16	22	21
návštěvy dětí v rodině	0	5	7
telefonická komunikace	4	5	3
korespondence, balíčky	2	8	3
návštěvy dětí u rodičů ve výkonu trestu	0	2	2
návštěvy širší rodiny	9	11	13
bez kontaktů s rodiči	19	8	12

Zdroj : Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 přijatých dětí v roce 2005 rodiče pravidelně navštěvovali v zařízení 16 dětí, žádné dítě v tomto roce nebylo propuštěno na návštěvu domů. Čtyřem rodičům vzhledem k věku dětí podávala informace o zdravotním stavu a vývoji sociální pracovníce, 2 dětem rodina posílala dopisy včetně balíčků a u 9 dětí probíhala osobní návštěva v zařízení s prarodiči. O 19 přijatých dětí biologická ani širší rodina neměla žádný zájem, jednalo se převážně o děti, které byly do zařízení umístěny se souhlasem s osvojením.

V následujících sledovaných letech 2010 a 2011 se situace mění. Pravidelnou návštěvu rodiče v zařízení mělo v roce 2010 právě 22 dětí, u 11 dětí se návštěvy biologických rodičů kombinují s návštěvou širší rodiny, převážně prarodičů, z toho 5 dětí bylo opakovaně propuštěno na návštěvu k biologické rodině. Pět rodičů se na děti dotazovalo prostřednictvím telefonátu, 8 dětem posílala rodina balíčky a dopisy. Jedna sourozenecká dvojice odcházela za matkou do věznice. Balíčky s dopisy a sladkostmi posílali dětem prarodiče a matky, které byly ve výkonu trestu. Osm dětí v roce 2010 nemělo žádný kontakt s rodinou a jednalo se o děti se souhlasem matky s osvojením.

V roce 2011 osobní kontakt s dítětem v zařízení udržovalo 21 rodičů, z toho 7 dětí odcházelo na pravidelnou návštěvu ke své rodině, u 3 dětí se kombinovaly telefonické dotazy s balíčky od matek z výkonu trestu a také 2 sourozenci odcházely za matkou do věznice, 13 dětí navštěvovala širší rodina. V tomto roce 12 dětí biologická ani širší

rodiny nekontaktovala, nebyly zaznamenány žádné návštěvy, žádná telefonická komunikace ani žádné balíčky a dopisy.

V Dětském domově je kontakt s rodinou také upraven vnitřními předpisy a četnost kontaktů rodičů s dětmi znázorňuje tabulka č. 20.

Tabulka č. 20 – Spolupráce zařízení s rodinou v Dětském domově Kamenice nad Lipou.

sledované období	2005	2010	2011
počet přijatých dětí celkem	34	35	28
návštěvy rodičů v zařízení	6	8	5
návštěvy dětí v rodině	1	2	5
telefonická komunikace	1	10	18
korespondence, balíčky	4	8	12
návštěvy dětí u rodičů ve výkonu trestu	0	1	2
návštěvy širší rodiny	4	3	5
bez kontaktů s rodiči	16	8	7

Zdroj : Vlastní výzkum

Každý zákonný zástupce je při příjmu dítěte osobně nebo písemně informován o možnosti a formě styku s dítětem. V roce 2011 byla uzavřena spolupráce Dětského domova s Helsinským výborem pro ochranu lidských práv k zajištění návštěv dětí rodiče umístěného ve výkonu trestu. Návštěvy v Dětském domově jsou pro rodiče povoleny každý den a jsou časově omezeny.

Z celkového počtu 34 přijatých dětí v roce 2005 mělo 9 dětí se svým rodičem pravidelný osobní a telefonický kontakt, z toho pouze 1 dítě jezdilo na pravidelné návštěvy ke své matce. V tomto roce byla v osobním spise u 1 dítěte zaznamenána pravidelná telefonická komunikace. Jednalo se o maminku, která pro své mentální postižení nebyla schopna do zařízení dojíždět. Telefonická komunikace probíhala prostřednictvím sociální pracovnice oddělení sociálně právní ochrany dětí. Čtyřem dětem rodina pravidelně posílala dopisy a balíčky a 4 děti navštěvovala v domově širší rodina, převážně prarodiče. U 16 dětí nebyl zaznamenán žádný osobní, telefonický ani písemný kontakt biologické ani širší rodiny.

V následujících letech se četnost kontaktů postupně zvyšovala, ale kontakt s dítětem udržovali hlavně rodiče, kteří dali souhlas s umístěním dítěte do zařízení pro své onemocnění, léčbu nebo špatnou ekonomickou situaci.

V roce 2010 z 35 přijatých dětí bylo prostřednictvím návštěv v kontaktu s rodinou 8 dětí, z toho 2 děti jezdily na pravidelné návštěvy k matce, jednalo se o sourozeneckou skupinu. U 10 dětí byla zaznamenána pravidelná telefonická komunikace, 8 dětem byly posílány balíčky a dopisy od širší rodiny a od rodičů umístěných ve výkonu trestu. Tři děti měly pravidelnou návštěvu širší rodiny. Osm dětí rodina v zařízení nenavštěvuje a ani se jiným způsobem o děti nezajímá.

V roce 2011 se 18 rodičů dotazovalo na děti prostřednictvím telefonické komunikace, kterou vzhledem k věku dětí jednak vyřizovala sociální pracovníce nebo byly děti k telefonu přizvány. Byly zaznamenány i e-mailové dotazy na zdravotní stav dětí. Pět dětí mělo pravidelný kontakt s rodiči v domově včetně návštěv v rodině. Dopisy a balíčky byly posílány 12 dětem, obsahovaly většinou hračky a sladkosti. Dvě sourozenecké dvojice každé tři měsíce jezdily za matkou do věznice a 5 dětí mělo pravidelný kontakt se širší rodinou, kde se angažovali převážně prarodiče a tety. V roce 2011 nemělo s rodinou žádný kontakt 7 dětí.

V Dětském centru, tak i v Dětském domově ve většině případů dochází ke kumulaci uvedených druhů kontaktů. Pokud rodina ve stanovené lhůtě neprojeví o dítě opravdový zájem, může být dítě svěřeno do některé z forem náhradní rodinné péče.

4.11 Délka pobytu dětí v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou

Délku pobytu dětí v Dětském centru zobrazuje tabulka č. 21.

Tabulka č. 21 – Délka pobytu dětí v Dětském centru Jihlava.

sledované období		2005				2010				2011			
délka pobytu v zařízení (v měsících)		0-2	3-6	7-12	1r.a více	0-2	3-6	7-12	1r.a více	0-2	3-6	7-12	1r.a více
věk dětí při přijetí	0-6 měs.	10	14	4	9	19	8	0	7	13	9	2	5
	7-12 měs.	2	2	0	1	0	0	0	3	5	3	0	0
	do 3 let	5	0	0	1	0	2	0	3	8	0	4	0
	nad 3 roky	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

V roce 2005 bylo do Dětského centra přijato celkem 50 dětí. Ve věkové hranici 0-6 měsíců bylo přijato celkem 37 dětí, z toho 36 novorozenců. Do 2 měsíců odešlo 7 dětí do osvojení pro souhlas matky, 3 děti byly propuštěny z důvodu zácvičku matky v péči. Do 6 měsíců bylo propuštěno 12 dětí do osvojení, délka pobytu se prodloužila z důvodu právního uvolnění dítěte pro nezáměr, 2 děti se vrátily zpět k matce z důvodu její hospitalizace. Déle jak 7 měsíců čekaly 3 děti pro formální zájem rodiny na osvojení, 1 dítě odebrané z důvodu zanedbané péče bylo svěřeno do péče babičky. Déle než 1 rok této věkové kategorie zůstávalo v zařízení celkem 9 dětí, z toho 3 děti pro zájem rodiny později odešly do pěstounské péče, 2 děti z důvodu výkonu trestu matky, 2 děti nešlo umístit do náhradní rodinné péče z důvodu rómského etnika a 2 děti zůstaly v zařízení pro svá těžká zdravotní postižení.

Ve stejném roce ve věku 7-12 měsíců bylo do Dětského centra přijato 5 dětí staršího kojeneckého věku, 2 děti se do 1 měsíce vrátily ke své rodině, 2 děti po 3 měsících byly svěřeny do péče prarodičů, 1 dítě pro těžké popáleniny zůstalo v péči zařízení déle než 1 rok.

V batolecím období bylo přijato 6 dětí převážně ke krátkodobým pobytům z důvodu drogové závislosti matky a péči o děti přebrala širší rodina. Pouze jedno dítě zůstalo déle než 1 rok z důvodu zdravotního postižení (Dawnův syndrom). Nad věkovou hranici 3 let byly přijaty 2 děti na respitní, úlevou péči a do měsíce se vrátily ke své rodině. Z celkového počtu 50 přijatých dětí v roce 2005 bylo do 2 měsíců pobytu propuštěno 21 dětí, 14 dětí bylo propuštěno do 6 měsíců, 4 děti byly v zařízení déle než 7 měsíců a 11 dětí déle než 1 rok.

V roce 2010 ve věku 0-6 měsíců bylo přijato do Dětského centra 34 dětí z porodnického oddělení, do 2 měsíců od přijetí bylo propuštěno 9 dětí do osvojení, 1 novorozenec byl svěřen do péče prarodičů a 1 novorozenec byl pro těžké zdravotní postižení převezen do FN Brno. Do 6 měsíců od přijetí bylo 8 dětí svěřeno do adopce z důvodu právního uvolnění. Déle než 1 rok zůstalo v centru 5 dětí z důvodu zdravotního postižení (metabolická vada a vrozené vývojové vady), a 2 rómské děti byly propuštěny do pěstounské péče.

Ve věkové hranici 7-12 měsíců byly v roce 2010 přijaty 3 děti a zůstaly v zařízení déle než 1 rok. Později 2 děti byly propuštěny ke své biologické rodině a 1 dítě bylo svěřeno do pěstounské péče.

Do 3 let věku bylo přijato 5 dětí, 2 děti se z důvodu hospitalizace matky a vrátily se do 3 měsíců ke své rodině, 3 děti zůstaly v péči zařízení z důvodu ztráty bydlení a výkonu trestu rodičů. S dětmi rodina udržovala pravidelný kontakt.

Nad věkovou hranici 3 let bylo v roce 2010 přijato 1 dítě z Dětského domova na prázdninový pobyt. V roce 2010 do 2 měsíců od přijetí bylo propuštěno 19 dětí, 10 dětí do 6 měsíců a 14 dětí zůstalo déle než 1 rok v Dětském centru.

V roce 2011 bylo přijato 49 dětí. Ve věku 0-6 měsíců bylo přijato 29 dětí. Do 2 měsíců bylo propuštěno celkem 13 dětí, z toho 7 dětí do osvojení, 5 dětí odešlo po zácviku v péči s matkou domů a 1 dítě bylo svěřeno do péče babičky. Do 6 měsíců bylo umístěno 8 dětí do osvojení a 1 dítě bylo svěřeno do péče prarodičů. Déle než 7 měsíců zůstaly v zařízení 2 děti z důvodu ztráty bydlení rodičů a 5 dětí bylo v zařízení déle než 1 rok z důvodu zdravotního postižení, rómského etnika a léčby drogově závislé matky.

Ve věku 7-12 měsíců bylo přijato do zařízení 8 dětí, do 1 měsíce bylo 5 dětí propuštěno do péče rodiny a 3 děti jsou v současné době z důvodu výkonu trestu rodičů 6 měsíců v zařízení.

Do 3 let věku bylo přijato 12 dětí. Čtyři děti byly propuštěny domů pro krátkém zácviku v rehabilitaci pro zdravotní postižení dětí, 2 děti do 2 měsíců odešly do pěstounské péče a 2 děti byly po krátkém zácviku propuštěny s matkou domů. Déle jak 6 měsíců byly v zařízení 2 děti pro ztrátu bydlení a 2 děti z důvodu hospitalizace matky. V roce 2011 do 2 měsíců od přijetí bylo propuštěno 26 dětí, 12 dětí nebylo v zařízení déle než 6 měsíců, 6 dětí zůstalo v zařízení déle jak 7 měsíců a 5 dětí déle než 1 rok.

Délka pobytu dětí v Dětském domově je znázorněna v tabulce č. 22.

Tabulka č. 22 – Délka pobytu dětí v Dětském domově Kamenice nad Lipou.

sledované období		2005				2010				2011			
délka pobytu v zařízení (v měsících)		0-2	3-6	7-12	1r.a více	0-2	3-6	7-12	1r.a více	0-2	3-6	7-12	1r.a více
věk dětí při přijetí	0-6 měs.	3	3	0	5	2	0	2	2	1	2	0	3
	7-12 měs.	0	5	2	2	2	0	0	2	0	1	1	1
	12-36 měs.	0	5	1	5	0	3	0	10	5	0	1	2
	nad 3 roky	0	0	0	3	6	0	5	1	5	3	3	0

Zdroj: Vlastní výzkum

V roce 2005 bylo do Dětského domova přijato 11 dětí novorozeneckého věku. Tři děti během 2 měsíců byly propuštěny se souhlasem matky do náhradní rodinné péče, 3 děti byly do 6 měsíců od narození propuštěny do náhradní rodinné péče z důvodu právního uvolnění. Pět dětí bylo v zařízení déle než 1 rok, z důvodu zdravotního postižení a rómského původu, poději odešlo za sourozenci do školního dětského domova. Dále bylo přijato 9 dětí kojeneckého období, z toho 5 dětí bylo do 6 měsíců propuštěno domů, do 1 roku byly propuštěny 2 děti v rámci náhradní rodinné péče, 2 děti přijaté v kojeneckém věku zůstaly v zařízení déle než 1 rok, a to z důvodu hospitalizace matky pro drogovou závislost, později byly matce svěřeny do péče.

Dětí ve věku 12-36 měsíců bylo přijato 11. Do 6 měsíců bylo propuštěno 5 dětí, které se vrátily ke své původní rodině, 1 dítě čekalo 1 rok na právní uvolnění pro osvojení, 5 dětí zůstalo v zařízení déle než 1 rok pro trvalý zájem biologické rodiny a později odešlo do pěstounské péče.

Předškolního věku byly přijaty 3 děti. Jedno dítě se později vrátilo ke své rodině, 2 děti rómského etnika byly propuštěny za sourozenci do školního dětského domova. V roce 2005 byly 3 děti propuštěny z domova do 2 měsíců, 13 dětí nebylo v zařízení déle jak 6 měsíců, 3 děti odešly do 12 měsíců a 15 dětí bylo v zařízení déle jak 1 rok.

V roce 2010 bylo do Dětského domova celkem přijato 6 dětí ve věku 0-6 měsíců, 2 děti byly do 2 měsíců propuštěny do osvojení, 2 děti čekaly déle než 6 měsíců na právní uvolnění pro náhradní rodinnou péči (osvojení) a 2 děti byly po 1 roce svěřeny do péče matky.

Ve věku 7-12 měsíců byly přijaty 4 děti, 1 dítě bylo v rámci sourozenecké skupiny svěřeno do pěstounské péče, 1 dítě v rámci sourozenecké skupiny do osvojení, 2 děti zůstaly déle než 1 rok z důvodu výkonu trestu matky a špatné bytové situace rodiny.

Ve věku 1-3 roky bylo přijato 13 dětí, 2 děti byly během 3 měsíců propuštěny domů, 1 dítě do pěstounské péče, 5 dětí zůstalo déle než 1 rok v zařízení pro zájem rodiny, z toho 2 děti později odešly do osvojení, 3 děti byly propuštěny domů a 5 dětí zůstalo v rámci sourozenecké skupiny v domově.

Nad věkovou hranici 3 let bylo přijato 12 dětí, 10 dětí v rámci sourozenecké skupiny, z toho se 6 dětí vrátilo k biologické rodině do 2 měsíců a 4 děti do 6 měsíců, 1 dítě v rámci sourozenecké skupiny do osvojení, 1 dítě zůstalo v zařízení z důvodu špatné finanční situace rodiny.

V roce 2010 do 2 měsíců od přijetí bylo propuštěno 10 dětí, 3 děti odešly do 6 měsíců od přijetí, 7 dětí do 12 měsíců a 15 dětí zůstalo v zařízení déle než 1 rok.

V roce 2011 bylo do Dětského domova přijato 6 dětí ve věku 0-6 měsíců, 2 děti do 3 měsíců byly propuštěny do osvojení, 1 dítě bylo po 1 měsíci pobytu svěřeno do péče rodiny, 2 děti čekaly na osvojení déle než 1 rok, 1 dítě zůstalo v zařízení z důvodu zdravotního postižení (vrozená vývojová vada).

Ve věku 7-12 měsíců byly přijaty 3 děti, 1 dítě v rámci sourozenecké trojice odešlo do 3 měsíce domů, 1 dítě je v současné době v Dětském domově 7 měsíců z důvodu špatné péče a potřeby intenzivní rehabilitace, 1 dítě zůstává v zařízení v rámci sourozenecké skupiny – matka je ve vězení a děti matku pravidelně navštěvují.

Do 3 let věku bylo přijato 8 dětí, 5 dětí v rámci sourozeneckých skupin odešlo do 1 měsíce zpět do rodiny, 2 děti zůstaly déle jak jeden rok pro zájem rodiny, později odešly do pěstounské péče, 1 dítě zůstává v současné době 7 měsíců v zařízení – nutná intenzivní rehabilitační péče pro výrazně zanedbanou péči.

Nad věkovou hranici 3 let bylo přijato 11 dětí, 5 dětí odešlo v rámci sourozenecké skupiny do 1 měsíce domů, 3 děti byly do 3 měsíců svěřeny do péče otce, 3 děti zůstávají již 8 měsíců v zařízení, z toho 2 děti z důvodu špatné ekonomické situace rodiny a 1 pro výkon trestu matky a v rámci sourozenecké dvojice pravidelně matku ve vězení navštěvuje.

V roce 2011 bylo do 2 měsíců propuštěno 11 dětí, 6 dětí do 6 měsíců, 5 dětí do 7 měsíců a 6 dětí zůstalo v zařízení déle než 1 rok.

4.12 Celkový počet propuštěných dětí v Dětském centru Jihlava a Dětském domově Kamenice nad Lipou

Tabulka č. 23 a následně tabulka č. 24 znázorňuje celkový počet propuštěných dětí z Dětského centra a Dětského domova za jednotlivá sledovaná období 2005, 2010, 2011.

Tabulka č. 23 – Celkový počet propuštěných dětí z Dětského centra Jihlava.

sledované období		2005	2010	2011	
počet propuštěných dětí celkem		49	51	39	
do péče vlastní rodiny		16	23	27	
do NRP	osvojení	pro nezájem	5	6	0
		se souhlasem rodičů	20	11	3
		pro zbav.rod.práv	0	0	1
jiné formy NRP		7	2	4	
NRP celkem		32	19	8	
do Dětského domova		1	5	1	
do ústavu soc. péče		0	1	1	
jinam		0	3	2	

Zdroj: Vlastní výzkum

V roce 2005 bylo z Dětského centra propuštěno celkem 49 dětí. Do své biologické rodiny se vrátilo 16 dětí, 25 dětí bylo osvojeno, z toho 20 se souhlasem rodičů a 5 pro prošlý dvou měsíční nezájem. Do pěstounské péče bylo svěřeno 7 dětí a 1 dítě převezeno do školního Dětského domova za svým sourozencem. Do NRP odešlo celkem 32 dětí (tj. 62 %) z celkového počtu 49 propuštěných dětí a 16 dětí (tj. 33 %) bylo propuštěno zpět do biologické rodiny.

V roce 2010 bylo propuštěno celkem 51 dětí. Do své biologické rodiny se vrátilo 23 dětí, 17 dětí osvojeno, z toho 11 se souhlasem rodiny a 6 pro prošlý nezájem o dítě. Dvě děti byly svěřeny do pěstounské péče. Pět dětí odešlo do školního Dětského domova z důvodu rómského etnika a v rámci sloučení sourozeneckých dvojic, 1 dítě odešlo z důvodu těžkého zdravotního postižení do ústavu sociální péče a 3 děti s matkou do azylového domu. Do NRP odešlo celkem 19 dětí (tj. 37 %) a ke své rodině odešlo 23 dětí (tj. 45 %) z celkového počtu 51 propuštěných dětí.

V roce 2011 bylo propuštěno celkem 39 dětí. Domů bylo propuštěno 27 dětí, 4 děti byly osvojeny, z toho 3 se souhlasem rodičů a 1 dítě pro zbavení rodičovských práv a 4 děti odešly do pěstounské péče. Jedno dítě se vrátilo zpět po prázdninovém pobytu do DD a 2 děti odešly s matkou do azylového domu. Do NRP odešlo celkem 8 dětí (tj. 20 %) a zpět k rodině bylo propuštěno 27 dětí (tj. 69 %) ze 39 propuštěných dětí.

Počet propuštěných dětí z Dětského domova zobrazuje tabulka č. 24.

Tabulka č. 24 – Celkový počet propuštěných dětí z DD Kamenice nad Lipou.

sledované období		2005	2010	2011	
počet propuštěných dětí celkem		29	28	36	
do péče vlastní rodiny		9	7	22	
do NRP	osvojení	pro nezájem	4	3	7
		se souhlasem rodičů	6	4	2
		pro zbav.rod.práv	0	0	0
	jiné formy NRP	5	9	0	
NRP celkem		15	16	9	
do Dětského domova		3	2	4	
do ústavu soc. péče		2	0	1	
jinam		0	3	0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z Dětského domova bylo v roce 2005 propuštěno celkem 29 dětí, 9 dětí se vrátilo ke své rodině, 10 dětí bylo osvojeno, z toho 5 pro prošlý nezájem a 6 se souhlasem rodičů s osvojením dítěte. Pět dětí bylo svěřeno do pěstounské péče. Tři děti byly převezeny za staršími sourozenci do školního Dětského domova, jednalo se o rómské děti. Do NRP bylo propuštěno 15 dětí (tj. 52 %) a do biologické rodiny 9 dětí (tj. 31 %) z celkového počtu 29 propuštěných dětí.

V roce 2010 bylo propuštěno celkem 28 dětí. Zpět do péče biologické rodiny bylo svěřeno 7 dětí, 7 dětí bylo osvojeno, z toho 3 pro nezájem a 4 se souhlasem rodičů. Celkem 9 dětí vzhledem k věku odešlo do pěstounské péče a 2 děti byly propuštěny do školního dětského domova. Tak jako v předešlém roce, jednalo se o rómské sourozence. Tři děti odešly po krátkém pobytu zpět za nezletilou matkou do výchovného ústavu. Do NRP odešlo celkem 16 dětí (tj. 57 %), zpět k rodině se vrátilo 7 dětí (tj. 25 %) z celkového počtu 28 propuštěných dětí.

V roce 2011 bylo celkem propuštěno 36 dětí. 22 dětí se vrátilo zpět k biologické rodině, 9 dětí bylo svěřeno do osvojení, 7 pro nezájem rodiny a 2 děti se souhlasem matky s osvojením. Čtyři rómské děti odešly do školního dětského domova a 1 dítě bylo z důvodu těžkého mentálního postižení svěřeno do péče ústavu sociální péče. Do NRP odešlo celkem 9 dětí (tj. 32 %) a do biologické rodiny bylo propuštěno 22 dětí (tj. 61 %) z celkového počtu 36 propuštěných dětí.

4.13 SWOT analýza pro DC Jihlava a DD v Kamenici nad Lipou

- Pro Dětské centrum lze znázornit SWOT analýza:

STRENGTHS – silné stránky

- status dětského centra a status ZPDVOP
- propojenost zdravotní a sociální oblasti
- interdisciplinární péče zdravotní, ošetrovatelská, rehabilitační, výchovná, sociálně právní



(zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT>)

- ambulantních složka péče propojená s pobytovou částí zařízení (specializovaná rehabilitační péče, poradny)
- bytové jednotky pro matky s dětmi
- vysoká odborná úroveň personálu včetně vedení dobré výsledky v umístění dětí do rodinného nebo náhradního rodinného prostředí

WEAKNESSES – slabé stránky

- nízké a často zkreslené podvědomí veřejnosti o zařízení
- velká kapacita pobytové části
- omezená spolupráce s biologickou rodinou
- chybějící pěstouni pro minoritní etnikum

OPPORTUNITIES – příležitosti

- připravovaný zákon o dětských centrech
- rozšíření ambulantní a terénní složky péče
- získání jedinečnosti zařízení v regionu
- nové finanční zdroje – granty, fondy EU
- využití stávajícího potenciálu

THREADS – hrozby

- převod z gesce MZ pod MPSV
- ztráta odbornosti v péči diagnostické, terapeutické, ošetrovatelské, výchovné
- omezení počtu kvalifikovaného personálu
- nedostatečné finanční zdroje

- *Pro Dětský domov lze znázornit SWOT analýza:*

STRENGTHS – silné stránky

- návaznost ZPDVOP na ústavní péči
- rodinné prostředí – stálost personálu
- propojenost zdravotní a sociální oblasti



- komplexní péče zdravotní, ošetřovatelská, rehabilitační, výchovná a soc. právní
- úprava věkové hranice pro přijímané děti- sourozenecké skupiny
- velmi dobrá spolupráce v rámci integrace dětí do městských školních zařízení; MŠ speciální, ZŠ, ZŠ praktická; zajištění pedagogické i speciálně pedagog. péče)
- kvalifikovaný personál
- dobré výsledky v umístění dětí do rodinného nebo náhradního rod. prostředí

WEAKNESSES – slabé stránky

- velká kapacita pobytové části
- omezená spolupráce s biologickou rodinou
- chybějící pěstouni pro minoritní etnikum
- chybějící prostory pro pobyt rodiče s dítětem

OPPORTUNITIES – příležitosti

- změna systému v péči o ohrožené děti
- registrace sociálních služeb směrem k podpoře rodiny biologické i náhradní
- snížení kapacity pobytové části
- nové finanční zdroje, granty, fondy EU
- využití stávajícího potenciálu

THREADS – hrozby

- převod z gesce MZ pod MPSV
- ztráta odbornosti a komplexnosti služeb
- omezení počtu kvalifikovaného personálu
- nedostatečné finanční zdroje v sociální oblasti
- zánik zařízení

5. Diskuze

V úvodu své diplomové práce jsem uvedla, že základní principy dětských práv jsou zakotveny v mezinárodních dokumentech a odpovídajícím způsobem se promítají do národní legislativy. Mezi nejvýznamnější mezinárodní dokument patří Úmluva o právech dítěte (15). Bezprostředně na Úmluvu o právech dítěte navazuje Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte, která zavazuje členské státy, aby podávaly pravidelně zprávu o stavu svých dětí Výboru OSN pro dětská práva k posouzení (44).

Takovou zprávu vypracovala i Česká republika. První ani druhá zpráva o situaci našich dětí a péče o ně pro nás nevyzněla nijak příznivě a až na druhou zprávu v roce 2003 poprvé zareagovala naše vláda. Mezi nejzávažnější nedostatky patřil neexistující Národní plán péče o rodinu a děti, rovněž tak neexistence interdisciplinárního útvaru, který by tuto oblast komplexně řídil, koordinoval a kontroloval (44). Kritika na péči o ohrožené děti zesílila bezprostředně po vstupu naší republiky do EU. Zaměřuje se především na zastaralost ústavní péče v souvislosti s totalitním režimem, popisuje katastrofální počty dětí v našich kojeneckých ústavech (51). Poukazuje na málo rozvinutý institut náhradní rodinné péče, na nedostatečnou síť služeb vedoucí k podpoře ohrožené rodiny (32). Kritika vychází především z řad organizací týkající se ochrany práv dítěte, angažuje se především Výbor pro práva dítěte při OSN, IFCO a některé neziskové organizace v naší republice (51).

Na podkladě podávaných zpráv 28.6.2011 vydává UNICEF ve spolupráci s Vysokým komisařem OSN pro lidská práva výzvu pro vlády střední a východní Evropy a střední Asie „Ukončete umístování dětí do tří let do ústavů“. Vychází ze dvou zpráv „*Zapomenutým Evropanům*“, která se týká postavení osob v institucionální péči a zpráva „*Doma nebo v domově*“ reaguje na počet dětí umístovaných z důvodu chudoby rodiny, nedostatku rodičovských kompetencí a špatný systém sociální ochrany do výchovy ústavních zařízení. Zpráva popisuje ničivé účinky této péče ve výchově dětí, zvláště pak na děti ve věku do 3 let, poukazuje na nestandardní péči ve velkých institucích, kde často děti žijí v odsouzeníhodných podmínkách (45).

Abych některé nepravdy, které pracovníky v této oblasti trápí, korigovala, stanovila jsem si ve své diplomové práci za cíl podat aktuální, komplexnější a objektivnější obraz o dětech ve dvou zdravotnických zařízeních v Kraji Vysočiny. Konkrétně zjišťuji na základě analýzy situace dětí ve věku 0-6 let vyrůstajících v Dětském centru Jihlava a v Dětském domově Kamenice nad Lipou ve sledovaných obdobích 2005, 2010 a 2011, k jakým změnám v čase dochází ve skladbě dětí vyrůstajících v obou ústavních zařízeních (věk dětí, právní situace, důvody přijetí, zdravotní stav, psychomotorický vývoj aj.), dále v péči, která je jim poskytována v závislosti na jejich charakteristikách a specifických potřebách, ve spolupráci s biologickou rodinou a v okolnostech a způsobech ukončování pobytu dětí v zařízeních. SWOT analýza na konci uvedených výsledků podtrhuje komplexnost celého výzkumu.

Děti mají přirozené právo na rodiče, výchovu, individuální vývoj a vzdělání (6). Rodina jsou rodiče s dětmi, rodiče jsou otec a matka, rodiče a děti tvoří domov (37).

Děti bez vlastního rodinného zázemí se ocitají v důsledku určité patologie rodiny a děti jsou buď vlastní rodinou opuštěné nebo jsou z rodiny odebrané (51). Jak uvádí Matějček, opuštěné jsou zpravidla děti mladší, které rodinné zázemí vůbec nemají, děti odebrané jsou děti starší, které rodinné zázemí mají, zpravidla krajně problematické (23).

Dle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let poskytují komplexní zdravotní, výchovnou a sociální péči dětem od narození do 3 let věku, v individuálních případech i dětem starším, zpravidla do věku 6 let (56). Z tohoto důvodu tabulka č. 1 (Dětské centrum) a tabulka č. 2 (Dětský domov) sleduje čtyři dětská období vedoucí k přijetí dětí do těchto zařízení, rozdělená na období bezprostředně po porodu, období kojenecké, batolecí a předškolní věk (1).

V Dětském centru nejvíce přijatých dětí ve sledovaných obdobích představují děti novorozeneckého a kojeneckého věku a potvrzuje specializaci zařízení kojeneckého ústavu. V Dětském domově toto věkové období co do počtu přijatých dětí procentuálně převyšuje do roku 2005, kdy bylo přijato 11 dětí (tj. 32 %), v následujících letech se počet dětí z důvodu otevření Dětského centra ve Strakonici výrazně snížil. V následujících obdobích stabilní počet dětí přijatých v batolecím věku a narůstající

počet dětí předškolního věku vypovídá o postupné změně ve věkovém pásmu přijímaných dětí, a je pravdou, že tyto děti se řadí mezi děti tzv. z rodiny odebrané (26).

V roce 2007 Liga lidských práv vydává dokument „Děti z ústavů“, kde z důvodu nařízené ústavní péče, která spadá do kompetence tří ministerstev, dochází vzhledem k věku dětí k jejich rozdělení a k nerušení sourozeneckých vazeb (3). Je pravda, že v předškolním věku se utváří sourozenecké vztahy a pokud je věkový rozdíl větší, stávají se starší sourozenci pro mladší zdrojem bezpečí a jistoty, mnohému je naučí (38). Jak uvádí Matoušek, ve velkých rodinách, kde chybí otec a odpovědnost za výchovu je přenesena na matku, mohou sourozenci vytvářet náhradní systém podpory, stávají se „rodičovským dítětem“ (27). Při rozhodování o náhradních formách péče je potřeba tyto vazby zohlednit a sourozence nerozdělovat (2). V Dětském centru vzhledem k počtu přijímaných dětí převážně novorozeneckého a kojeneckého věku, kde sourozenecké vazby zpravidla nevznikají, se s sourozeneckými skupinami setkáváme ojediněle, na druhé straně jsou zde poskytovány zdravotní a sociální služby matkám s dětmi (56). Využitelnost bytových jednotek pro matky s dětmi není nijak alarmující, ale podtrhuje komplexnost péče. Dětský domov postupně reagoval na uvedenou kritiku, na potřeby terénu a hlavně na potřeby dětí a v rámci sourozeneckých skupin přijímaných do zařízení rozšiřuje věkovou hranici na předškolní a mladší školní věk (1). Tabulka č. 4 „charakteristika dětí“ představuje postupný nárůst takto přijatých dětí a v roce 2011 z 28 přijatých dětí sourozenci představují 20 dětí (tj. 71%). V případech krátkodobých pobytů se jedná o vícečlenné skupiny dětí, v jiných případech za svými mladšími nebo staršími sourozenci postupně přichází.

Péče o děti umístěné do obou zařízení je péčí dočasnou (56). Děti se posléze vrací zpět k biologické rodině nebo odchází do náhradní rodinné péče (6). Jednou z diskutabilních otázek je počet dětí vracějící se zpět do zařízení, ať z rodiny biologické nebo náhradní. Pokud se v Dětském centru a v Dětském domově s opakovanými pobytů setkáváme, tak jen z důvodu hospitalizace matky v nemocnici nebo pro špatnou ekonomickou situaci rodiny a jedná se většinou o krátkodobé pobyty. Pouze v roce 2011 se 2 děti vrací do Dětského centra z důvodu zanedbané péče, žádné dítě se nevrací zpět do zařízení z náhradní rodinné péče a většina dětí je do obou zařízení umístěna

poprvé. Vysvětlení lze hledat v dobré sanaci rodiny před propuštěním dítěte ze zařízení a vhodným výběrem náhradní rodinné péče.

Často se setkávám s názorem, že do ústavní péče jsou převážně umisťovány děti rómského nebo polorómského etnika: 74% v roce 2005: 72 % v roce 2010 a 83 % v roce 2011 přijatých dětí do Dětského centra z majoritní populace dávají dostatečný důkaz, že tomu tak není. Rómské rodiny své děti zpravidla neopouští, většinou jsou z rodiny děti z různých důvodů odebrané, a proto v Dětském domově jsou počty dětí sledující etnikum vyrovnané.

Je nepopíratelné, že ústavní péče nikdy nemůže nahradit péči o dítě ve funkční rodině, ale s tou rodinou se v našich zařízeních prakticky nesetkáváme (51). Vrátime-li se k Dunovskému dotazníku funkčnosti rodiny, je zřejmé, že pracujeme převážně s rodinou mnoho problémovou nebo také s rodina se zvláštními potřebami, dále s rodinou dysfunkční, opakovaně s rodinou afunkční, vykazující závažné poruchy ve všech svých funkcích (37). Pokud vývoj dítěte je ohrožen a jestliže je výchova závažným způsobem ohrožena, může soud nařídit ústavní výchovu (60). Ta je v současné době nařizována minimálně. Do Dětského centra a Dětského domova jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP) mohou být přijímány děti na základě nařízeného předběžného opatření (58). Jde o krátkodobé nařízení, trvá zpravidla 1 měsíc, nejdéle 6 měsíců, dále se souhlasem rodiče na tzv. dobrovolný pobyt, nebo na základě nařízené ústavní výchovy (56). Dobrovolnost pobytu i preference předběžného opatření umožňuje umístění dítěte do obou forem péče, jak ústavní, tak v rámci zařízení vyžadující okamžitou pomoc (ZPDVOP) a motivuje rodiče k vyřešení si své situace. V případě potřeby umožňuje rychlou sanaci rodiny a následně rychlý návrat dítěte zpět do původní rodiny (2). Dobrovolného pobytu využívají rodiče k řešení své tíživé ekonomické a bytové situace, v Dětském centru k zácvičku v péči o dítě nebo dávají souhlas s osvojením. Předběžná opatření na žádost orgánů sociálně právní ochrany dětí jsou nařizována pro závažnější porušení péče (zanedbaná péče, opuštěné dítě, drogově nebo alkoholově závislí rodiče, rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody), i když ve většině případů jde o kombinaci uvedených právních situací, které se vždy v rámci závažnosti ohrožení dítěte posuzují individuálně (56). Pokud si rodiče do 6 měsíců své

rodinné poměry neuspořádají nebo neprojevují o dítě opravdový zájem, nařizuje soud ústavní výchovu (6). Např. v roce 2011 byla ústavní výchova shodně u Dětského centra a Dětského domova nařízena celkem u 8 dětí.

Jedním z cílů reformy systému péče o ohrožené děti je převod kojeneckých ústavů, dětských center a Dětských domovů do sociální oblasti. Dle ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) nejčastější příčinou vedoucí k umístění dětí do těchto zařízení jsou důvody sociální (nedostatek finančních prostředků, ztráta nebo špatné bydlení, nezaměstnanost), většina dětí nevyžaduje trvalou zdravotní péči, u dětí se zdravotním postižením jsou řešeny pouze základní potřeby (46). V rozporu s tvrzením poukazují na výsledky ze své bakalářské práce „Zdravotní a sociální problematiky dětí přijímaných do kojeneckých ústavů, dětských center a dětských domovů v Kraji Vysočina“ z roku 2008, která sledovala důvody vedoucí k přijetí v letech 1995: 2000: 2005 a 2006. Zjištěné výsledky jednoznačně potvrdily, že tomu tak není a největší procento v počtu přijatých dětí představovaly důvody zdravotní (11). Uvedené údaje v mé diplomové práci jen potvrzují pravdivost údajů. V Dětském centru v roce 2005, 2010 a 2011 bylo přijato 34: (tj. 68 %), 26: (tj. 60 %) a 26: (tj. 53 %) a v Dětském domově 18: (tj. 53 %), 25: (tj. 71 %) a 18: (tj. 64 %) dětí se zdravotní indikací, mezi které patří souhlas s adopcí a následná zdravotní a sociální diagnostika dítěte, opuštěné dítě, zanedbaná péče, týrání (56). Ostatní důvody představují důvody sociální a zdravotně sociální. Výsledky mé práce samozřejmě nebyly a ani nejsou MPSV známé, ale jsou známé studie vypracované v rámci „analýzy systému péče o ohrožené děti“ v roce 2011 a ty potvrdily, že ze sociálních důvodů do zařízení přichází pouze 5 % dětí, pro špatnou finanční situaci rodiny 10 % dětí. Ostatní důvody představovala zanedbaná péče, alkohol v rodině, týrání, rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody a výchovné problémy (32).

V životě rodiny nastávají situace, kdy se rodiče z určitých důvodů nemohou, nedovedou nebo nechtějí o své děti starat (37). Jiná situace nastává, pokud se rodiče *neumějí* nebo *nedovedou* starat o dítě z důvodů nezralosti, vlastního handicapu nebo rozpadu manželství (2). V rámci výzkumu jde převážně o děti postižené, tzv. zdravotně sociální důvody a jejich počet je zanedbatelný (17). Jiná situace nastává, kdy se rodiče

nemohou starat a pokud je zachována funkčnost rodiny, je tato situace dobře řešitelná v rámci širší rodiny, ale ta dětem v ústavní péči většinou chybí (9). Umístěné děti pochází převážně z tzv. neúplných rodin (9). Typickým příkladem je i skutečnost uvedená ve spodní části tabulky č. 8 (Dětské centrum) a č. 9 (Dětský domov) „charakteristika rodiny“, kde není otce uveden v rodném listě a většinou se na péči o dítě nepodílí. Mezi závažnější poruchy rodiny patří situace, kdy se rodiny nechtějí starat, odmítají péči, dítě je nechtěné, v extrémních případech své děti týrají, zneužívají a zanedbávají (15). V Dětském centru bylo z této rodiny přijato 32 dětí (tj. 64 %), 26 dětí (tj. 60 %) a 27 (tj. 55 %), v Dětském domově 15: (tj. 44 %), 15: (tj. 43 %) a 11: (tj. 40 %) ve sledovaných obdobích a výše uvedenou charakteristiku rodiny jen potvrzují. Ze sociálních důvodů, kam jednoznačně patří špatná ekonomická situace rodiny, chybějící nebo nedostatečné bydlení, ztráta zaměstnání, přichází z rodin v roce 2005: 7 dětí (tj. 14 %), v roce 2010 4 děti (tj. 9 %) a v roce 2011: 10 % (tj. 4 děti).

Na základě výsledků provedených studií v roce 2011 se 66 % dětí do jednotlivých typů ústavní péče dostává z důvodu nedostatečné nebo zanedbané péče (32).

V návaznosti na základní potřeby dítěte řadí Dubowitz tyto formy zanedbávání; špatná výživa, hladovění, nedostatečné oblečení, bezdomovectví, zanedbané vzdělání, neadekvátní dohled a v neposlední řadě zanedbávání zdravotní, kdy chybí preventivní zdravotní péče, v případě potřeby i péče specializovaná (8). V obou zařízeních je zdravotní péči o děti věnována velká pozornost. První skupinu dětí, které je věnována zvýšená péče, představují děti tzv. „novorozenci“, přicházející do Dětského centra a Dětského domova přímo z porodnického oddělení. Jedná se především o děti s velmi rizikovou anamnézou, ve většině případů neznámou. Děti se narodí z nesledovaných těhotenství, matky nadměrně užívají alkohol, drogy, cigarety, chybí údaje o rodině a otec je většinou neznámý. Novorozenec pak trpí abstinenčními příznaky a projevují se adaptační a později i vývojové odchylky. Jejich postižení pak mohou být rozmanitá a různého stupně závažnosti (9). Dunovský definuje zanedbání jako všechny škodlivé vlivy „ne-péče“ o dítě spojené se všemi nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj (9). Z celkového počtu přijatých dětí jsou tzv. „ne péčí“ ohroženy děti, kde rodiče nezajistili potřebnou zdravotní péči nebo ji zajistili sporadicky. Do Dětského centra

byly na základě předběžného opatření z důvodu zanedbané péče přijaty v roce 2005: 4 děti, v roce 2010: 6 dětí a v roce 2011: 5 dětí. V Dětském domově 4; 6 a 4 děti, kterým rodiče nezajistili žádnou zdravotní péči. Nepravidelnou péči převážně s chybějícím očkováním a potřebou specializované péče (hlavně rehabilitační), nezajistila rodina 5; 3 a 8 přijatým dětem, v Dětském domově 6; 11; a 6 umístěným dětem. Nepravidelná zdravotní péče se objevuje u dětí batolecího věku v důsledku migrace rodiny. Se zdravotní zátěží vyžadující odborná vyšetření (kardiologická, neurologická, alergologická) přichází do Dětského centra 2; 6 a 4 děti, v Dětském domově 11; 5 a 10 dětí v jednotlivých sledovaných obdobích.

Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a forma péče a výchovy mají zásadní vliv na všechny oblasti dalšího vývoje dítěte. Vývoj dítěte je do jisté míry dán geneticky, dochází ke zrání centrální nervové soustavy (CNS), postupně se rozvíjí fyzické i mentální schopnosti (42). Jakékoliv poškození CNS může způsobit její dysfunkční činnost a následně odchylky v psychomotorickém vývoji, od nerovnoměrného vývoje až po těžká postižení v oblasti jemné a hrubé motoriky a oblasti psychické. Rizikovými faktory může být genetická zátěž nebo škodlivé vlivy životního prostředí, špatná výživa, alkohol, drogy (43). Pokud mluvíme o opožděném vývoji u dětí v ústavní výchově, řada studií popsala opožďování vývoje převážně u dětí v ústavní péči, a to na podkladě psychické deprivace (22). Na druhé straně k opožděnému vývoji dítěte na podkladě psychické deprivace může dojít v zanedbávajícím rodinném prostředí, v rodinách, které žijí v chronických konfliktech, v rodinách neúplných a citově chudých (37).

Vývoj dítěte je hodnocen v rovině somatického, motorického a kognitivního vývoje, tedy ve vývoji rozumových schopností včetně vývoje socioemočního (32).

V uvedených tabulkách jsou klinickým psychologem sledovány v obou zařízeních děti v adaptační době, tedy v době v prvním měsíci při přijetí, v průběhu pobytu a bezprostředně před propuštěním ze zařízení. V Dětském centru (tabulka č. 13 psychomotorický vývoj při přijetí) bylo v roce 2005 takto sledováno 21 dětí, z toho 13 dětí přijatých z rodin, v roce 2010: 28 dětí, z toho 9 dětí z rodiny a 35 dětí, z toho 20 dětí z rodiny v roce 2011. U 13 dětí (tj. 61 %): 22 dětí (tj. 79 %) a 17 dětí (tj. 49 %) ve sledovaných obdobích byl diagnostikován opožděný vývoj. Vzhledem k věku dětí se

týkal převážně jemné a hrubé motoriky na podkladě genetické zátěže (Downův syndrom) a na podkladě škodlivých vlivů, převážně alkoholu; drogy a následně dětí vykazující známky fetálního alkoholového syndromu (FAS). V Dětském domově (tabulka č. 14) bylo v roce 2005 sledováno 29 dětí, v roce 2010: 26 dětí a v roce 2011: 28 dětí. Většina dětí byla přijata z rodiny, přesto v roce 2005 a v roce 2010 u 15 dětí (tj. 52 %) a v roce 2011: 16 dětí (tj. 82 %) byl diagnostikován nerovnoměrný vývoj a psychomotorická retardace z důvodu nepodnětného rodinného prostředí, zanedbané zdravotní péče a zdravotního postižení.

Psychickou deprivaci považujeme za změnu reparaibilní, opravitelnou a jsou prokázané situace, kdy odebrání dětí ze špatných rodin, kde děti trpí nedostatkem podnětů, dochází ke zlepšení intelektové úrovně dítěte (18). Popisovanou psychickou deprivaci dětí, jak uvádí Kříž se zaměstnanci snaží minimalizovat vypracovanými metodikami k zabránění deprivace, individuální prací a stálostí personálu, tzv. "tet" na jednotlivých rodinných buňkách s prodlouženou péčí, kde jsou respektovány sourozenecké svazky. Důležitým přínosem jsou motivovaní pracovníci se středoškolským a vysokoškolským vzděláním (20). Při sledování psychomotorický vývoj při propuštění je vyhodnocen psychomotorický vývoj dětí na konci sledovaného období a výsledky dokazují, že změna systému v poskytované péči má své úspěchy. V Dětském centru v roce 2005 u 8 dětí, v roce 2010 u 12 dětí a v roce 2011 u 10 dětí z celkového počtu sledovaných dětí byl psychomotorický vývoj na konci sledovaného období hodnocen ve vyšším pásmu, u žádného dítěte nebyl zaznamenán opožděný vývoj během pobytu v zařízení. V Dětském domově stejné výsledky znázorňuje tabulka č. 16, kdy v roce 2005: 12 dětí, v roce 2010: 8 dětí a v roce 2011: 12 dětí se výrazně ve vývojovém stupni zlepšilo, v roce 2005: 4 děti a v roce 2011: 8 dětí dokonce odpovídají vyššímu věku, a to v oblasti týkající se rozumových schopností, řeči, grafomotoriky.

Jedním z cílů reformy systému péče o ohrožené děti je převod kojeneckých ústavů, (dětských center) a dětských domovů do sociální oblasti (46). Dětská centra v 90. letech vznikají z kojeneckých ústavů, dětské domovy si ponechávají svůj název (5). Obě zařízení se při přijímání dětí řídí Metodickým pokynem vydaným ministerstvem

zdravotnictví v roce 2005 a poskytují komplexní zdravotní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je narušen z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních (56).

Poskytovaná péče v kojeneckých ústavech a dětských domovech byla vždy na vysoké úrovni. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku byly vždy a jsou stále kvalitně personálně obsazeny. Jejich činnost upravoval Zákon č. 20/1966 Sb., o péči lidu (5). V současné době nahrazen Zákonem o zdravotních službách (59).

Ve své práci jsem se zaměřovala na druhy a kvalitu poskytované péče, na zachycení nových trendů, nově zaváděných metod a technik. Pro tento záměr není možné využít nějaké kvantitativní metody (i když přehledné tabulky pro ilustraci uvádím), ale realitu lépe a výstižněji přibližuje kvalitativní deskripce.

Odbornou zdravotní péči zajišťuje sociálně pediatrický tým ve složení lékař (sociální pediatr), psycholog (klinický), speciální pedagog, zdravotní sestry a terapeuti (fyzioterapeut, arteterapeut, muzikoterapeut), jejichž úkolem je zejména diferenciální diagnostika, prognóza zdravotní a sociální, poradenství, terapie. Dětská centra kromě lůžkové části zajišťují i služby ambulantní (5).

V oblasti poskytované zdravotní a rehabilitační péče je těmto dětem věnována pod jednou střechou odborná komplexní péče, vycházející z uceleného systému rehabilitace (17). Dá se říci, že v některých případech není dostupná ani dětem z běžného rodinného prostředí. Využitím nejmodernějších technik (uvedených terapií) a speciálních vyšetřovacích metod se daří děti léčit, v některých případech dětem zachránit život, nebo zmírnit, popřípadě navrátit některou z poškozených funkcí organismu (17).

Zaváděním známých i méně známých metodik do péče, vzděláváním ošetřujícího personálu, integrací dětí do běžného prostředí, se dětem otvírají stále nové možnosti.

Proč se většina pracovníků obává přechodu do sociální oblasti? Odpovím slovy pana doktora Škowiery, které vycházejí ze zkušeností z proběhlé transformace ústavních zařízení na Slovensku. „*Přesun dětských domovů z rezortu zdravotnictví a školství pod resort sociální přinesl několik pozitivních momentů, přísun peněz, sourozenci mohou být v zařízení pohromadě, zvýšil dynamiku nepochybně potřebných změn v zařízení. Na druhé straně snížil kvalitu poskytované zdravotní péče a zejména úroveň výchovy a vzdělání*“ (35).

Zákon o sociálně právní ochraně dětí ukládá pracovníkům oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) a jednotlivým zařízením ústavní výchovy spolupracovat s rodinou umístěného dítěte v zařízení ústavní péče (61). V rámci sanace rodiny je podpora zaměřena především na upevnění vztahů a udržení kontaktů mezi rodiči a dítětem, na vyhodnocování průběhu návštěv v zařízení ústavní výchovy, písemného a telefonického kontaktu a propustkám dítěte do rodiny. Umístění dítěte do zařízení pak dává rodině ve spolupráci s pracovníci sociální ochrany dětí prostor, aby byl tento čas věnován ke stabilizaci vlastní situace, využít – pro intenzivní léčbu nebo hledání práce, na úpravu podmínek v rodině tak, aby umožňoval návrat dítěte (2). Zákon o rodině ve svém § 68, odst. 1, písmeno a; říká, že není souhlasu rodičů k osvojení dítěte, pokud po dobu nejméně šesti měsíců soustavně neprojevovali opravdový zájem o dítě (60). Tak, jak se na jedné straně setkáváme s opravdovým zájmem o dítě, kdy návštěvy v zařízení se uskutečňují pravidelně, osobní návštěvy v zařízení nebo v rodinném prostředí se kombinují s telefonickými dotazy, u starších dětí s osobní telefonickou komunikací nebo prostřednictvím dopisů, tak na druhé straně existuje nemalý počet tzv. „matek“, které poměrně přesně na den navštíví jednou za půl roku své dítě v zařízení. I přes poměrně velkou možnost uvedených kontaktů, jsou v zařízení děti, na které rodiče „zapomněli“. Uvedené počty dětí bez zájmu rodiny představují poměrně vyrovnané číslo a vzhledem k věkové hranici přijímaných dětí se ve sledovaných obdobích nemění, představují v průměru 28 % z celkového počtu přijatých dětí ve sledovaných obdobích.

V Dětském domově vzhledem k měnící se skladbě dětí a také k rozšířeným možnostem kontaktů s rodičem, převážně matkou (doprovod dětí za rodičem do výkonu trestu), dochází k postupnému snižování počtu dětí bez kontaktu s rodinou. Pokud v roce 2005 bez rodičovského zájmu zůstává 16 dětí (tj. 47 %), v roce 2011 je to pouze 7 dětí (tj. 25 %) z celkového počtu přijatých dětí.

Dle Metodického pokynu MZ kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodu zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních. Pobyt v zařízení je třeba chápat jako dočasný (přechodný), k vyřešení situace, pro kterou bylo do zařízení přijato. Nemá být

trvalým či dlouhodobým řešením osudu dítěte, ale je ho třeba považovat za pomoc dítěti a jeho rodině (56). Délka pobytu dětí v zařízení je předmětem kritiky většiny neziskových organizací (3).

O tom, že pobyt dětí v Dětském centru Jihlava a v Dětském domově Kamenice nad Lipou je pobytem dočasným, vypovídají v závěru výzkumu dvě poslední tabulky „Délka pobytu dítěte v zařízení“ a „Celkový počet propuštěných dětí“.

Pokud porovnáme čtyři dětská věková období uvedená při příjmu dítěte do zařízení, tak z tabulky č. 21 (Dětské centrum) vyplývá, že z celkového počtu 142 dětí za sledovaná období 2005: 2010 a 2011 bylo do půl roku od přijetí propuštěno celkem 102 dětí (tj. 72 %), z toho 66 dětí nebylo v zařízení déle jak dva měsíce. Do jednoho roka je propuštěno 10 dětí a déle než jeden rok zůstává z celkového počtu 142: 30 dětí, (tj. 21 %). V Dětském domově bylo za všechna sledovaná období (tabulka č. 22) přijato 97 převážně starších dětí přímo z rodinného prostředí. Délka pobytu se postupně zkracuje, pokud v roce 2005 do dvou měsíců odchází pouze 3 děti (tj. 9 %), tak v roce 2011 je to 11 dětí (tj. 39 %) z celkového počtu přijatých dětí. V ostatních sledovaných letech z celkového počtu 97 dětí do šesti měsíců odchází 22 dětí, do jednoho roka 15 dětí a 36 dětí z celkového počtu 97 dětí zůstává déle jak jeden rok. Délka pobytu shodně s Dětským centrem se prodlužuje u dětí z důvodu rómského etnika, u dětí se zdravotní zátěží, kde většinou chybí spolupráce s rodinou a obtížně se hledá náhradní rodinná péče. Další důvody představují výkonu trestu odnětí svobody, léčby drogově závislé matky, v menší míře špatná bytová situace rodiny, kde rodiče udržují pravidelný kontakt s dítětem.

V úvodu své diplomové práce jsem uvedla, že v České republice vyrůstá zhruba 1 % dětí mimo vlastní rodinu (32). Jedná se o děti, jejichž rodiče je nemohou, nechtějí nebo nezvládají vychovat sami a děti jsou umístěny do náhradní péče (15). Náhradní péče zahrnuje dva odlišné modely výchovy dítěte, náhradní péči ústavní a náhradní péči rodinnou (6). Náhradní rodinná péče má v České republice svojí tradici a jedná se o několik typů náhradní rodinné péče; svěření dítěte do péče jiné osoby než dítěte, kde přednost má příbuzenský vztah, poručenství v případě úmrtí rodiče nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti (6). Hostitelská péče pro převážně starší děti s objektivně

nízkou šancí na pěstounskou péče nebo osvojení (39). V dětských centrech a dětských domovech pro děti do tří let se setkáváme v rámci náhradní rodinné péče s osvojením, kam jsou umísťovány děti právně volné, u kterých se předpokládá méně problémový zdravotní a psychomotorický vývoj. Proto požadovaná zdravotní a sociální diagnostika hraje při svěřením dítěte do této formy náhradní rodinné péče (NRP) důležitou roli. Pěstounská péče je využívána pro děti s různými zdravotními nebo psychomotorickými obtížemi, pro děti starší, sourozenecké skupiny nebo děti jiného etnika. Pro tyto skupiny dětí se náhradní rodinná péče hledá velmi obtížně, protože žadatelů v současné době nepřibývá (6). V tabulce přehled služeb tuto skutečnost, alespoň v regionu Vysočina, potvrzují následující čísla. V roce 2005 prošlo přípravou v Kraji Vysočina 80 manželských párů, z toho 20 párů upřednostňovalo pěstounskou péči. V roce 2010: 39 žadatelů o náhradní rodinnou péče, z toho 12 párů pro pěstounskou péči. V roce 2011: 22 žadatelů, z toho pouze 4 páry uvažovaly o přijetí dítěte do pěstounské péče. Čtyři páry z celkového počtu 36 párů mělo toleranci k rómskému etniku, dva páry k větší sourozenecké skupině dětí, ke zdravotnímu postižení žádný pár, většině žadatelům nevalila lehčí forma zdravotního onemocnění.

Pokud na jedné straně bylo do Dětského centra v roce 2005 přijato 50 dětí, v roce 2010 43 dětí a v roce 2011: 49 dětí, pak uvedených letech bylo propuštěno 49: 51 a 27 dětí. Do náhradní rodinné péče bylo propuštěno celkem 32 dětí (tj. 62 %), z toho do pěstounské péče sedm dětí; 33 % (16 dětí) bylo propuštěno zpět do biologické rodiny. V roce 2010 do NRP odešlo celkem 19 dětí (tj. 37 %), z toho dvě děti do pěstounské péče, ke své rodině bylo propuštěno 23 dětí (tj. 45 %) V roce 2011 do NRP odešlo celkem 8 dětí (tj. 20 %), z toho 4 děti do pěstounské péče, zpět k rodině bylo propuštěno 27 dětí (tj. 69 %).

V Dětském domově bylo v roce 2005 přijato 34 dětí, v roce 2011: 35 dětí a v roce 2011: 28 dětí., propuštěno 29: 28: a 36 dětí ve sledovaných obdobích. Do NRP bylo propuštěno 15 dětí (tj. 52 %), z toho pěstounská péče představovala pět dětí, do biologické rodiny se vrací 9 dětí (tj. 31 %). V roce 2010 do NRP odešlo celkem 16 dětí (tj. 57 %), z toho do pěstounské péče devět dětí, zpět k rodině se vrátilo 7 dětí (tj. 25 %). V roce 2011 NRP představovalo 9 dětí (tj. 32 %), z toho žádné dítě

neodchází do pěstounské péče, naopak 22 dětí (tj. 61 %) se vrací do své biologické rodiny. Ostatní malá procenta propuštěných dětí představuje přemístění dítěte do školního dětského domova, převážně v rámci sloučení sourozeneckých skupin, nebo propuštění dítěte k nezletilé matce do výchovného ústavu. Myslím, že uvedená čísla nepotřebují komentáře a že dostatečně vypovídají o snaze všech pracovníků sociálně právní ochrany dětí, aby pobyt dítěte v kojeneckých ústavech, dětských centrech a dětských domovech byl co nejkratší.

Ve stávajícím systému náhradní rodinné péče se od 1.6.2006 objevuje nový institut, kterým je pěstounská péče na přechodnou dobu a v současné době tato forma péče bude upravena novelou zákona o sociálně právní ochraně dětí (50).

Jde o rodinnou, individuální formu péče, státem podporovanou, která by měla být nezletilým dětem a jejich rodinám poskytována po nezbytně nutnou, relativně krátkou dobu v domácnostech pěstounů nebo v zařízeních pro výkon pěstounské péče a měla by nahradit současnou péči ústavní. Péče by měl být dočasná, neměla by trvat déle než jeden rok a měla by být profesionální (50).

6. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zaměřovala na analýzu situace dětí ve věku 0-6 let vyrůstajících v ústavních zařízeních v Kraji Vysočina.

Cílem mé práce bylo provést podrobnou analýzu vývoje a změn v komplexní péči a situaci dětí v Dětském centru Jihlava a v Dětském domově Kamenice nad Lipou v letech 2005, 2010 a 2011 ve vybraných oblastech.

Výzkum je zaměřen na zjištění, k jakým změnám v čase dochází ve skladbě dětí vyrůstajících v konkrétních ústavních zařízeních (věk dětí, právní situace, důvody přijetí, zdravotní stav, psychomotorický vývoj, aj.), dále v péči, která je jim poskytována v závislosti na jejich charakteristikách a specifických potřebách, ve spolupráci s biologickou rodinou a v okolnostech a způsobech ukončování pobytu dětí v zařízeních.

K dosažení stanovených cílů je v mé diplomové práci využito sekundární analýzy dat a SWOT analýzy. Na základě sekundární analýzy dat, která vycházela ze statistické výkazů, z dostupné spisové dokumentace dětí, z ošetřovatelské a zdravotní dokumentace, dokumentace o poskytované péči, a to z let 2005, 2010 a 2011, jsem zjistila, že v Dětském centru vzhledem ke skladbě dětí dominuje komplexní zdravotní, ošetřovatelská a výchovná péče převážně o děti ve věku od narození do 3 let. V Dětském domově lze hovořit o prodloužené péči, kde na rodinných buňkách v režimu „Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc“ jsou využívány pobyty pro sourozenecké skupiny dětí různého věku. Předškolním a školním dětem je zajištěna prostřednictvím integrace do mateřské školy se speciálními třídami a základní školy odborná péče pedagogická, speciálně pedagogická, včetně péče pedagogicko-psychologické a jsou využívány alternativní metody výchovy.

Dětské centrum poskytuje péči matkám s dětmi, na nově vybudovaném rehabilitačním oddělení zajišťuje ambulantní a ústavní péči o děti s postižením. V poradně pro rizikové kojence spolupracuje s náhradními i biologickými rodiči, kteří mají ve své péči děti s rizikovou zdravotní anamnézou.

Děti jsou do obou zařízení přijímány převážně se zdravotní indikací a těmto dětem je věnována velká pozornost hlavně po stránce zdravotní, rehabilitační, výchovné a psychologické v souladu s individuálními potřebami. K odstranění psychické deprivace přispívá stabilita kvalifikovaného personálu a vypracované metodiky práce, jejichž používání je prevencí před opožděním vývoje dítěte v ústavní péči. Spolupráce s oddělením sociálně právní ochrany dětí, podpora (sanace) biologické rodiny a přijímání dětí se souhlasem rodiny nebo na základě předběžného opatření, zaručuje dočasnost pobytu a včasný návrat dětí do původní rodiny nebo umístění do rodiny náhradní.

SWOT analýza na konci uvedených výsledků podtrhuje komplexnost celého výzkumu.

Cíle této diplomové práce byly naplněny a byl podán komplexní přehled o vybraných zařízeních. Výsledky práce ukazují, že ve sledovaných ústavních zařízeních jsou zřejmé posuny v péči o přijaté děti s důrazem na minimalizaci negativního dopadu na jejich vývoj.

Zrušení nebo převod těchto zařízení z gesce MZ pod MPSV by znamenal ztrátu odbornosti v poskytované péči diagnostické, terapeutické, ošetrovatelské a výchovné, včetně omezení počtu kvalifikovaného personálu.

Nahrazení ústavních zařízení profesionálními pěstounskými rodinami by měl být proces postupný, při vědomí, že ne pro všechny děti se podaří vhodnou pěstounskou rodinu nalézt.

Jednou z možných cest jak vybrat správnou formu péče o děti, kterým se nedostává rodičovské péče, je spolupráce a komunikace s těmi, kterých se to týká – s dětmi, rodinami, lidmi z jejich okolí, ale také s odborníky, kteří mají v této oblasti profesionální zkušenosti.

Nezbývá tedy než popřát všem dětem „Právo na dětství“.

7. Seznam použitých zdrojů

Literatura:

1. ALLEN, K.,E., MORATZ, L.,R. *By the agens, Přehled vývoje dítěte*, z amerického originálu přeložila Petra Vlčková, 2. vyd., Praha: Portál, 2005, 187 s.
ISBN 80-7367-022-0
2. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. 2. vyd., Praha: Portál, 2008, 152 s. ISBN 978-80-262-0031-434
3. BITTNER, P., HAVIGEROVÁ, J., JANIŠOVÁ, S. *Děti z ústavů*. 1. vyd., Atron 2005, Liga lidských práv 2007, 72 s. ISBN 978-80-903473-4-2
4. BOWLBY, J. *Attachment*. 2. vyd. Random House UK, 1997, 425 s.
ISBN 9780712674713
5. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., PECHANOVÁ, M. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku*. VÚPSV Praha, 2005, 60 s.
6. BUBLEOVÁ, V., VÁVROVÁ, A., FRANTÍKOVÁ, J. *Průvodce náhradní rodinnou péčí*. Praha: OPSN, 2008. Dostupné z: <http://www.nahradnirodina.cz>.
7. *Děti a mládež v náhradní péči. Poznej svá práva*. Rada Evropy, 2010, 1.vyd. Rada Evropy F-67075 Strasburg Ceres, 39 s.
8. DUBOWITZ, H., DePANFILIS, D. *Handbook for Child protection Praktice*. 1. vyd., Publications, Inc., Thousand Oaks 200, 704 s. ISBN 978-07-619-1371-9.
9. DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H. *Sociální pediatrie*. 1. vyd., Praha: Avicenum 1989, 253 s. ISBN 08-030-89
10. EveryChild. *Pomáháme k lepší péči*. MPSV ČR, 2011, 52 s.
ISBN 978-80-7421-035-8
11. FÁROVÁ, J. *Zdravotní a sociální problematika dětí přijímaných do kojeneckých ústavů, Dětských center a dětských domovů v Kraji Vysočina*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích.

12. HANUŠOVÁ, J. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. 1. vyd., Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 24 s. ISBN 80-86991-78-4
13. HELLUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004, 240 s. ISBN 80-7178-888-0
14. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 408 str. ISBN 987-80-7367-485-4
15. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1. vyd., Praha: Galén, 2002, Kapitoly Speciální pediatrie, 733 s. ISBN 80-7262-178-525
16. HRUŠÁKOVÁ, H., KRÁLÍČKOVÁ, Z. *České rodinné právo*. Masarykova universita, 1999, 398 s. ISBN 80-723-9192-5
17. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd., JU ZSF České Budějovice, 2005, 103 s. ISBN 80-7178-957-7
18. KOLUCHOVÁ, J. *Diagnostika a reparabilita psychické deprivace*. Praha: SPN, 1987, 138 s.
19. KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. 1. vyd., Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-1568-1
20. KRŮŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2.vyd., JU ZSF, České Budějovice, 2004, 127 s. ISBN 80-7040-724-7
21. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd., Praha: Portál, 2000, 432 s. ISBN 80-7178-381-14
22. LANGMEIER J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 4.vyd., Praha: Karolinum, 2011, 398 s., ISBN 978-80-246-1983
23. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. 5.vyd. Praha: Portál, 2008, 112 s. ISBN 978-80-7367-504-2
24. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd., Grada, 2002, 128 s. ISBN 80-247-0332-7
25. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd., Praha: Portál, 2003, 384 s., ISBN 80-7178-548-2

26. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Slon, 2003, 161 str. ISBN 80-86429-19-9
27. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
28. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. 1. vyd., Praha. Portál, 2010, 184 s. ISBN 978-80-7367-739-8
29. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2. vyd., Praha: Slon, 2006, ISBN 8-80-86429-87-8
30. OPATŘILOVÁ, D. *Vývoj, diagnostika redukce jemné motoriky*. In: Vítková, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2.vyd., 2004, 463 s., ISBN 80-7315-071-9.
31. Poradna pro občanství, občanská a lidská práva. *Právní komparativní studie: Zásahy veřejné moci do rodičovských práv a jejich dopad na rodinný život*. Praha, 2006, 33 s.
32. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. 1. vyd., MPSV: 2011, 50 s. ISBN 978-80-7421-040-2
33. *Rodinné právo. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, Sociálně právní ochrana dětí*. Sagit, 2012, ISBN 978-80-7208-924-6
34. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007, 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8
35. ŠKOWIERA, A. *Dilemata náhradní výchovy*. 1.vyd., Praha: Portál, 2007, 144 s., ISBN 978-80-7367-318-5
36. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z vývojové psychologie pro učitele mateřských škol*. 1.vyd. Technická univerzita Liberec 2003, 84 s. ISBN 80-7083-697-0
37. UHLÍKOVÁ, P. *Rodiče a rodina v životě dítěte*. In: *Služby pro rodinu a děti-sborník přednášek ze semináře konaného dne 16.8.2011*. 1.vyd., MPSV 2011, str.5- 7. ISBN 978-80-7421-041-9
38. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, 528 s., ISBN 80-7178-308-0
39. ZEZULOVÁ, D. *Domov je místo, odkud tě nevyhodí*. 2. vyd., Smart Press, 2012, 160 s. ISBN 978-80-87049-50-1

Internet:

40. DVOŘÁK, J. *Sytém náhradní výchovy*. Praha 2007, 26s.
Dostupné z: http://www.anv.cz/System_nahradni_vychovy.pdf
41. Evropská úmluva o právech dítěte.[online] [citováno 2012 -07-24]
Dostupné z: <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020109>
42. FERENCOVÁ, M. *Psychomotorický vývoj*. [online] [citováno 2012-06-11] Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/detske-lekarstvi/novinky/psychomotoricky-vyvoj>
43. JAKUBUV, M. *Příčiny a prevence mentální retardace*. In: The Arc – Introduction to Mental Retardation.
Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=252>
44. KOVAŘÍK, J., PALZAROVÁ, H., BUBLEOVÁ, V. *Práva ohrožených dětí*. [online] [citováno 2012-07-12] Dostupné z: http://www.ceskaghetta.cz/download/stav_systemu_nahradni_pece.pdf
45. MPSV. *Kojenecké ústavy pro děti mladší tří let by měly skončit do roku 2013*. Tisková zpráva. Dostupné z: www.mpsv.cz
46. MPSV. *Převod gesce ke kojeneckým ústavům, dětským domovům pro děti do 3 let věku z Ministerstva zdravotnictví na Ministerstvo práce a sociálních věcí*. Věcný podklad pro legislativní řešení. [online] [citováno 2011-07-30]
Dostupné z: <http://www1.lf1.cuni.cz/~fschn/hldoc.html>
47. MULHEIR, M., BROWNE, K. *De-institutionalizing and Transforming Children s Service*. University of Birmingham [online] [citováno 2012-07-18]
Dostupné z: <https://www.google.cz/search?q=M>
48. Národní akční plán k transformaci systému péče o ohrožené děti. [online] [citováno 2012-07-31] Dostupné z: www.mpsv.cz
49. Národní strategie ochrany práv „Právo na dětství“. [online] [citováno 2012-07-24]
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11901>
50. Pěstounská péče na přechodnou dobu. MPSV Praha, 2009, 6 s.
Dostupné z: www.mpsv.cz

51. SOBOTKOVÁ, I. *Poznámky k současné situaci v ústavní výchově*. [online] [citováno 2012-07-23] Dostupné z: <http://www.anv.cz/odborne/121-poznamky-k-soucasne-situaci-v-ustavni-vychove-det>
52. Současný systém sociálně právní ochrany dětí v České republice. SNRP 2009-2011. [online] [citováno 2012-07-23] Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/soucasny_system_socialne_pravni_ochrany_deti_v_ceske_republice.html
53. Teoretická pojetí náhradní rodinné péče. [online] [citováno 2012-07-18] Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/uvod_teoreticke_pojeti_nahradni_rodinne_pece.html
54. Transformace systému péče o ohrožené děti. Dostupné z: www.mpsv.cz
55. TYL, J., PTÁČEK, R., TYLOVÁ, V. *Lehká mozková dysfunkce*. [online] [citováno 2012-06-15] Dostupné na: <http://www.rodina.cz/clanek532.htm>

Zákony a vyhlášky

56. Věstník MZ č. 9/2005. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let*.
57. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Dostupné z: <http://www.kr-vysocina.cz/pravni-predpisy/ds-302106/p1=52540>
58. Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád 2011. Dostupné z: <http://www.pracepropravniky.cz/zakony/obcansky-soudni-rad-uplne-zneni>
59. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dostupné z: www.mzcr.cz
60. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.
61. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění.

8. Klíčová slova

Rodina

Ohrožené dítě

Náhradní výchovná péče

Dětské centrum

Dětský domov

9. Přílohy

- Příloha č. 1: Fotografie č. 1 – Dětské centrum v Jihlavě
- Příloha č. 2: Fotografie č. 2 – Dětské centrum: rodinná buňka
- Příloha č. 3: Fotografie č. 3 – Dětské centrum: ložnice
- Příloha č. 4: Fotografie č. 4 – Dětské centrum: koupelna
- Příloha č. 5: Fotografie č. 5 – Dětské centrum: rehabilitace
- Příloha č. 6: Fotografie č. 6 – Dětské centrum: psychologická ambulance
- Příloha č. 7: Fotografie č. 7 – Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi
- Příloha č. 8: Fotografie č. 8 – Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi
- Příloha č. 9: Fotografie č. 9 – Dětský domov Kamenice nad Lipou
- Příloha č. 10: Fotografie č. 10 – Dětský domov: zahrada
- Příloha č. 11: Fotografie č. 11 – Dětský domov: rodinná buňka, kuchyňský kout
- Příloha č. 12: Fotografie č. 12 – Dětský domov: rodinná buňka, ložnice
- Příloha č. 13: Fotografie č. 13 – Dětský domov: koupelna
- Příloha č. 14: Fotografie č. 14 – Dětský domov: rodinná buňka, obývací pokoj
- Příloha č. 15: Fotografie č. 15 – Dětský domov: rodinná buňka, ložnice
- Příloha č. 16: Fotografie č. 16 – Dětský domov: rodinná buňka, koupelna

Příloha č. 1



Fotografie č. 1 – Dětské centrum v Jihlavě

Příloha č. 2



Fotografie č. 2 – Dětské centrum: rodinná buňka

Příloha č. 3



Fotografie č. 3 – Dětské centrum: ložnice

Příloha č. 4



Fotografie č. 4 – Dětské centrum: koupelna

Příloha č. 5



Fotografie č. 5 – Dětské centrum: rehabilitace

Příloha č. 6



Fotografie č. 6 – Dětské centrum: psychologická ambulance

Příloha č. 7



Fotografie č. 7 – Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi

Příloha č. 8



Fotografie č. 8 – Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi

Příloha č.9



Fotografie č. 9 – Dětský domov Kamenice nad Lipou

Příloha č. 10



Fotografie č. 10 – Dětský domov: zahrada

Příloha č. 11



Fotografie č. 11 – Dětský domov: rodinná buňka, kuchyňský kout s jídelnou

Příloha č. 12



Fotografie č. 12 – Dětský domov: rodinná buňka, ložnice

Příloha č. 13



Fotografie č. 13 – Dětský domov: koupelna

Příloha č. 14



Fotografie č. 14 – Dětský domov: rodinná buňka, obývací pokoj

Příloha č. 15



Fotografie č. 15 – Dětský domov: rodinná buňka, ložnice

Příloha č. 16



Fotografie č. 16 – Dětský domov: rodinná buňka, koupelna