



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Optimalizace péče o ohrožené dítě do 6 let věku**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Markéta Farkašová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Optimalizace péče o ohrožené dítě do 6 let věku“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2017 .....

## **Poděkování**

Ráda bych touto formou poděkovala doc. MUDr. Lubomíru Kuklovi, CSc. za odborné vedení diplomové práce, trpělivost, ochotu, cenné rady a za podporu. Poděkování touto cestou dále patří všem pěstounům, institucím a ÚZIS, jež mi poskytli odpovědi a spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině a nejbližším, kteří mě po celou dobu mého studia podporovali.

# **Optimalizace péče o ohrožené dítě do 6 let věku**

## **Abstrakt**

Diplomová práce byla zpracována na aktuální problematiku, zda je důležité až nutné zachovat institucionální péči pro děti do 3 let věku, nebo zda ji může postupně zcela nahradit pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD).

Výzkum byl uskutečněn kvantitativní strategií a metodou dotazníků, jenž byly určeny jak pěstounům (dlouhodobým a na přechodnou dobu), tak i právě institucím pod gescí MZ pro děti do 3 let v ČR. Dále byla k výzkumu získána data z ÚZIS, jež potvrzují až cca 85 % návratnost dětí do rodin, jak vlastních, tak do náhradních, dohromady. Návrat do biologických rodin nepodkročil v letech 2011 - 2015 50 %. Šetření dále poukázalo na odlišný pohled role PPPD. Pěstouni (jak dlouhodobí, tak přechodní) zastávají více formu PPPD a zdůrazňují její pozitiva, naopak instituce pro děti do 3 let pod gescí MZ si uvědomují možná rizika nedostatku pěstounů (PPPD). Dále je v práci nastíněna problematika nedostatku PPPD pro těžce zdravotně postižené děti či děti jiného etnika, což shledávají zařízení jako velké dilema. S tím souvisí i důvody, pro které jsou děti do náhradní péče rozděleny. Do PPPD jsou více umisťovány děti ze sociálních důvodů a do institucionální spíše děti ze zdravotně sociálních příčin. Sami pěstouni uvádějí situace, za kterých by měli obavu péči vykonávat. Tyto uvedené příklady se vcelku shodují s případy dětí, jež jsou v odborné péči zmiňovaných institucí.

Závěrem lze shrnout a potvrdit, že PPPD, tak péče ústavní hrají v systému péče o děti nezastupitelnou roli a dohromady vytvářejí vyvážený a potřebný komplex péče o ohrožené děti a navzájem se doplňují. Ne každé dítě je totiž vhodné pro péči ústavní a naopak. Např. u dětí s těžkým postižením či opakovaných selhávání v rodinách není vhodné dítě znovu vystavovat stresu, že se opět něco nepovede. Proto by mělo být plánované rušení těchto zařízení znovu prodiskutováno a přehodnoceno.

## **Klíčová slova**

Ohrožené děti; pěstounská péče na přechodnou dobu; ústavní péče; optimalizace péče

# **The care optimization of the child at risk under 6 years of age**

## **Abstract**

The diploma work processes the present issues – if it is important or even necessary keeping the institutional care for the children under 3 years of age or if it can be replaced by short term foster care.

The research was done by quantitative strategy and with the method of forms. The forms were addressed to fosters [short term and long term fosters] and to the child care institutions for children under 3 years of age under the direction of Ministry of Health. The data from ÚZIS also served the research – these data confirm that about 85% of children return to their own or substitute families. The return to biological families did not go under 50% between 2011 and 2015. The inquiry also revealed the different view on the issue of short term foster care where fosters [long and short time] prefer the short time foster care method, while the child care institutions for children under 3 years of age under the direction of Ministry of Health mention the risks connected with the foster [short term] deficiency. The work also shows the problem that short time foster care is not convenient for disabled children and children from different ethnic groups, the institutions see a big problem in this too. The ways how the children are distributed into substitute family care are also connected with above mention. The children come to short time foster care generally from social issues and to institutional care mostly from health-social issues. The fosters themselves mention the situations when they would fear doing the care. These situations mostly correspond with the cases of children placed to the institutions with special care.

Finally it is obvious the short time foster care and the institutional care play their own irreplaceable role in the substitute family care system. Together they make the necessary balanced system for children at risk and they complement each other. Well, not every child is suitable for institutional care and otherwise. For example the children hardly disabled or children from repetitively non-functional families would be in high risk of failing again in the foster care. That is the reason, why the planned closing down of the special facilities should be discussed and reconsider again.

## **Key words**

Children at risk; short time foster care; institutional care; care optimization

## Obsah

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	11
1.1 Současný stav .....	11
1.2 Pojem a význam rodiny.....	12
1.2.1 Socializace dítěte .....	13
1.2.2 Rodina a její základní čtyři funkce:.....	14
1.2.3 Funkčnost rodiny .....	14
1.3 Potřeby dětí .....	16
1.4 Psychická deprivace .....	17
1.4.1 Diagnostika psychické deprivace .....	18
1.4.2 Rizika psychické deprivace dítěte .....	19
1.4.3 Pět typů dětí trpících deprivací.....	21
1.5 Faktory ovlivňující vývoj dítěte .....	22
1.6 Právní úprava náhradní péče dítěte- vývoj náhradní péče dítěte v ČR .....	23
1.6.1 Práva dítěte .....	23
1.6.2 Úmluva o právech dítěte.....	24
1.6.3 Legislativa náhradní péče o dítě v České republice a její změna .....	24
1.6.4 Vznik nové formy NRP - Institutu pěstounské péče na přechodnou dobu... ..	25
1.7 Indikátory rozhodující o druhu náhradní péče .....	26
1.8 Náhradní péče v České republice – ústavní výchova.....	27
1.8.1 Ústavní výchova pod gescí Ministerstva zdravotnictví (MZ) .....	28
1.8.2 Ústavní výchova pod gescí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).....	29
1.8.3 Ústavní výchova pod gescí Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) ..	30
1.8.4 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) .....	31
1.8.5 Charakteristika podmínek pro přijetí do ZDVOP .....	31
1.9 Umístění dítěte do ústavní výchovy .....	32
1.10 Náhradní péče v České republice – náhradní rodinná péče .....	33
1.10.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než je rodič.....	35

1.10.2 Pěstounská péče.....	36
1.10.3 Osvojení.....	37
1.10.4 Poručenství .....	39
1.11 Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD).....	40
1.11.1 Evidence pěstounů na přechodnou dobu .....	43
1.11.2 Podmínky výběru pěstounů na přechodnou dobu .....	43
1.11.3 Základní postup při předávání dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu.....	45
1.11.4 Dohoda o vykonávání pěstounství na přechodnou dobu .....	47
1.11.5 Přemístění dítěte z PPPD do další péče .....	47
1.11.6 Individuální plán ochrany dítěte (IPOD) .....	48
1.12 Dávky pěstounské péče a služby v rámci náhradní rodinné péče .....	49
1.12.1 Dávky pěstounské péče .....	49
1.12.2 Státní příspěvek na výkon pěstounské péče .....	53
1.12.3 Služby poskytované v rámci náhradní rodinné péče .....	53
1.13 Mezinárodní osvojení.....	54
1.13.1 Úmluva o právech dítěte a mezinárodní osvojení .....	54
1.13.2 Haagská úmluva a mezinárodní osvojení .....	55
1.14 Dítě jiného etnického původu a jeho identita.....	55
1.14.1 Rozdíly mezi dětmi jiného etnického původu .....	56
1.14.2 Typické předsudky .....	57
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....	58
2.1 Cíl práce .....	58
2.2 Výzkumné otázky.....	59
2.3 Stanovené hypotézy .....	62
2.3.1 Operacionalizace hypotéz.....	62
3 METODIKA .....	64
3.1 Výzkumný soubor .....	64
3.2 Technika sběru dat .....	65
3.3 Metody a techniky sběru dat .....	67

4 VÝSLEDKY .....	69
4. 1 Základní údaje k získaným datům z ÚZIS .....	69
4.2 Výsledky k VO1 .....	74
4.3 Výsledky k VO2 .....	76
4.4 Výsledky k VO3 .....	77
4.4.1 Popis výsledků k VO3 z dotazníku pro pěstouny .....	77
4.4.2 Popis výsledků k VO3 z dotazníku pro zařízení v gesci MZ v ČR .....	83
4.5 Výsledky k VO4 .....	96
4.5.1 Popis výsledků k VO4 z dotazníku pro pěstouny .....	96
4.5.2 Popis výsledků k VO4 z dotazníku pro zařízení v gesci MZ v ČR .....	99
4.6 Výsledky k VO5 .....	108
4.6.1 Popis výsledků k VO5 z dotazníku pro pěstouny .....	108
4.6.2 Popis výsledků k VO5 z dotazníku pro zařízení pod gescí MZ v ČR .....	112
4.7 Statistický popis pozitiv pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD) .....	114
4.8 Statistický popis negativ pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD) .....	118
4.9 Statistický popis existence odlišného pohledu na PPPD .....	120
4.10 Statistický popis odlišných důvodů pro umístění dětí .....	122
5 DISKUZE .....	124
6 ZÁVĚR .....	135
7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ .....	139
8 SEZNAM TABULEK .....	147
9 SEZNAM GRAFŮ .....	149
10 SEZNAM DIAGRAMŮ .....	150
11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	151
12 PŘÍLOHY .....	152



## Úvod

Ke zpracování diplomové práce jsem si zvolila téma Optimalizace péče o ohrožené děti do 6 let věku a to z důvodu, že mě tato problematika spojená s dětmi velmi zajímá a v budoucnu bych se chtěla tématu věnovat i po pracovní stránce. Navíc je optimalizace péče o ohrožené děti stále aktuálním tématem, což souvisí s novelizací nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb., jež vstoupila v účinnost od 1. 1. 2014.

Změny, jež přišly s novelizací nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb., jsou především upřednostňování pěstounské péče na přechodnou dobu (dále jen PPPD) na úkor péče institucionální, kterou by měla postupem času zcela nahradit. Na první pohled se zdá vize jako dokonalá, ale otázkou zůstává, co s dětmi, které nelze ze zdravotních, psychických či jiných důvodů do PPPD umístit. Aktuálně by měly přijít další změny, které by se měly dotýkat sjednocení všech resortů poskytujících péči o dítě (zdravotní, školní a sociální resort), jež by mělo zastupovat MPSV a následně by umístování dětí do 7 let mělo být zcela zamítnuto. Dle odborníků zapomíná ale MPSV na dilema, jak bude poskytována péče dětem s nařízenou ústavní výchovou s věkovým rozpětím od 7 do 18 let v jednom zařízení.

Dle provedených změn nastává problematika i v přesunu z jedné péče do druhé, prodlužuje se doba odebrání dětí z biologických rodin, jež dítě ohrožují svým chováním a přístupem. V neposlední řadě by mělo být poukázáno na fakt, že hlavní rolí v systému péče o dítě by mělo být především blaho dítěte, nikoli zájem všech a všeho ostatního.

Diplomová práce obsahuje jak teoretickou, tak praktickou část. Cílem práce je zjistit, zda je institucionální péče o děti nutnou součástí péče o děti, a zda ji lze či nelze zcela zrušit.

Z důvodu uvedených dilemat jsem vytvořila následné výzkumné otázky: Kolik dětí se během kalendářního roku dostane ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do rodin? Kolik dětí se v posledních pěti letech navrátilo ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do vlastních rodin? Na tyto otázky bude zodpovězeno na základě poskytnutých dat

z ÚZIS, jež nejsou v současné době volně dostupné. Dále se jedná o otázky: Jakou roli hraje v systému péče o dítě pěstounská péče na přechodnou dobu, její význam, pozitiva, negativa. Jakou roli hraje v současnosti ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc). Za jakých okolností je institucionální péče nenahraditelná?

Na tyto otázky budou vytvořeny dotazníky jak pro instituce do 3 let věku, tak pro pěstouny (pěstouni dlouhodobí a pěstouni na přechodnou dobu), které budou zpracovány kvantitativním způsobem s doplňujícími diagramy u otevřených otázek. Následně budou zodpovězeny hypotézy: H1: Pěstouni a zařízení vidí odlišná pozitiva na PPPD. H2: Pěstouni a zařízení vidí odlišná negativa na PPPD. H3: Mezi zařízeními a pěstouny existuje odlišný pohled na PPPD. H4: Existují odlišné důvody pro umístění dětí do PPPD a do zařízení.

Obě strany, jak pěstouni (na přechodnou dobu a pěstouni dlouhodobí), tak zařízení se vzájemně prolínají a utváří komplexní a vyvážený systém náhradní péče v ČR, proto je mým zájmem podhalit, zda mají tyto dvě skupiny odlišné, či stejné názory na zadané otázky.

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1 Současný stav

V současné době tvoří základní právní rámec náhradní péče především dva zákony, jimiž je zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí (Matoušek, 2013) ve znění všech dalších novelizací a zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Dle těchto zákonných ustanovení je v České republice upřednostňována náhradní rodinná péče před péčí ústavní, tedy, pokud dítě nemůže zůstat ve své původní rodině, dalším krokem je postupovat tak, aby bylo dítě umístěno do náhradní rodinné péče. Dle nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb., zařazení dítěte do ústavní péče by mělo být bráno v potaz až jako poslední možnost.

Dle MPSV má totiž ČR v ústavních zařízeních mnohem víc dětí, než je tomu v zahraničí (Kukla, 2016). Na základě této skutečnosti a snaze snížit počet dětí v kojeneckých ústavech do 3 let věku dítěte je velká snaha rušit v ČR právě tato ústavní zařízení a dětem zachovat bez kompromisně rodinné prostředí a pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) má být kompenzací (Kukla, 2016). Autor se dále zmiňuje, že postoje k této alternativě jsou protichůdné, jedni se jí zastávají, chválí si domácí prostředí, ve kterém dítě může vyrůstat. Druzí oponují s různými riziky a balancováním citové vazby dítěte (Kukla, 2016). Ačkoli existuje právní ustanovení, v němž se jasně hovoří o prioritním zájmu a blahu dítěte, o povinnosti poskytnutí pomoci (forma prevence) ze strany státu k rodině, dále je nejen politicky probírán, řešen, zdokonalován a upřednostňován systém náhradní rodinné péče namísto péče ústavní, domnívají se autoři knihy Sociální a preventivní pediatrie, především doc. Lubomír Kukla a MUDr. František Schneiberg, že chybí právní úprava, která by umožnila uvést prezentované zásady do praxe národních orgánů péče o dítě. Následné schválení Národní strategie ochrany práv dětí (rok 2012), právo na dětství by měla v budoucnu zajistit, aby se všem dětem dostávalo naplnění jejich práv a prioritně si stanovila za cíl

vytvořit funkční systém, který bude zajišťovat právě dětská práva. V nynější době jsou stanoveny body, jako uvádí Kukla (2016), dle kterých by se funkční cíl měl naplnit. V zásadě doplňuje, že je ale velmi důležité, aby politické kroky byly plněny na základě odborných znalostí a konkrétních zkušeností a jedině tím mohou být cíle efektivní ve prospěch dětí (Kukla, 2016).

## **1.2 Pojem a význam rodiny**

Na rodinu můžeme nahlížet jako na interaktivní a komplexní sociální systém (Seligman, Darling, 2007). Označíme-li ji takto, dáváme ji hned jiný, hlubší rozměr, než je pouze utvoření rodiny z členů rodiny. V systému rodiny je právě vyzdvihovaná síť rodinných vztahů a interakcí mezi jednotlivci, jež mezi sebou komunikují, reagují, dávají si zpětnou vazbu apod. (Matějček, 1992). Rodina je tedy dle Vágnerové (2012) základní a nejdůležitější sociální skupina. Její hodnota spočívá v utváření vztahů uvnitř rodiny samotné, ale i mimo ni. Rodina hraje pro vývoj dítěte nezastupitelnou roli, a to nejen v rovině výchovné, ale především po stránce emocionální (Vágnerová, 2012). Jak uvádí Říčan (2008) je nesmírně důležitá pro vývoj, utváření celkového rozvoje osobnosti, a to především v raném období dítěte. Rodina působí v tomto období na stránku tělesnou, duševní i sociální. V rodině dítě prožívá proces socializace (Říčan, 2008). Na základě působení rodiny si uvědomuje svou roli/ hodnotu a místo v životě. (Šulová, 2010). Pro dítě je rodina z jeho vlastního pohledu tak velmi důležitá právě kvůli pocitu mít kolem sebe „své“ lidi, kteří ho ochrání, a dají mu pocit jistoty a bezpečí v případě ohrožení. (Matějček, 2007). Odloučení či chybění rodiny, matky či blízké osoby, je pro dítě největším stresujícím faktorem (Sedlářová, 2008).

### *1.2.1 Socializace dítěte*

Socializace je proces, jenž vystihuje přizpůsobení neboli adaptaci jedince do prostředí, v němž se narodil. (Hoskovcová, 2006). Přizpůsobení jedince do tohoto procesu ovlivňují nejen rodiče, ale i širší okruh příbuzných či instituce (škola apod.), se kterými dítě interaguje a přichází do kontaktu (Denzin, 2010). Jedná se o nepřetržitý proces, díky němuž se jedinec včleňuje do společnosti, učí se hodnotám, způsobům chování aj. Jedinec si uvědomuje vlastní identitu a sebepojetí (Jucovičová, Žáčková, 2014). V socializaci jsou dle Dunovského (1999) významné tři pojmy, jimiž jsou: a) sociální status vrozený (např. pohlaví dítěte, které je dále vnějšími vlivy ovlivňováno a působí na vývoj daného jedince), b) sociální status získaný (např. národnost jedince), sociální pozice a c) sociální role. Dále autor uvádí, že sociální status a sociální pozice, které jedinec postupem času získává, jsou závislé na genotypu, tedy na vrozených vlastnostech a na fenotypu (soubor všech působících vlivů na plod do narození dítěte). Na základě těchto statusů a pozic dodává, že člověk zaujímá sociální role, které se v průběhu vývoje dítěte často mění a ustálí se až v pozdějším věku. Roli je dle Dunovského (1999) možné připodobnit tím, jakou funkci účast jedince ve svém prostředí hraje. Jak autor dále uvádí, jedinec by měl umět přijmout především role, jako jsou role získané a připsané, což dohromady označujeme za schopnost přijmout sociální role. Socializace by neměla být násilným formováním jedince do role či funkce nepříjemné, ale mělo by jít o harmonické spojení osobnosti se sociálním prostředím. Odlišnosti procesu socializace se mohou nejčastěji vyskytnout během zdravotního postižení apod. Je důležité brát v potaz individuální přístup ke každému jedinci (Dunovský, 1999).

### ***1.2.2 Rodina a její základní čtyři funkce:***

- a) *Biologicko – sexuálně - reprodukční* - smyslem této funkce je nejen rozmnožování, ale i sexuální život, který upevňuje jejich společné soužití (Kukla, 2016),
- b) *Ekonomicko – zabezpečovací* - hmotné zajištění dítěte, což jsou jak základní, tak rozvojové potřeby dítěte. (Lohumi, Lohumi 2015),
- c) *Emocionální* - poskytování citové vazby a bezpečí dítěti (Švejcar et al., 2009),
- d) *Socializačně výchovná a vzdělávací* - formování dítěte do dané společnosti a kultury. Dítě je formováno touto složkou utvářet si své hodnoty a normy pro život (Sobotková, 2012).

### ***1.2.3 Funkčnost rodiny***

Rodina měla vždy s ohledem na historii splňovat své jisté funkce (Allender, Rector, Warner, 2013). Nenaplní-li rodina základní funkce rodiny, jedná se dle Dunovského (1999) o poruchu rodiny. Důvodů těchto poruch může být spousta. Za nejvíce poruchovou funkci ve vztahu k dítěti se uvádí funkce socializačně výchovná (Dunovský, 1999).

*Příčiny, které ovlivňují fungování rodiny, rozlišujeme na:*

- objektivní - příčiny nezávislé na možnostech rodiny (válka, hladomor, úmrtí nezaměstnanost apod.),
- subjektivní - příčiny závislé na možnostech rodiny (nezralost rodičů, neochota pečovat o své dítě, apod.),
- smíšené (objektivní a subjektivní) (Velemínský et al., 2009).

### *Diagnostika funkčnosti rodiny*

Dle Dunovského (1999) lze diagnostikovat funkčnost rodiny pomocí dotazníku funkčnosti rodiny (se zkratkou DFR), jenž tvoří osm diagnostických kritérií (Lovasová, 2006). Mezi zmíněné kategorie patří stabilita rodiny, složení rodiny, sociálně ekonomická situace (plynoucí z věku, vzdělání, možností rodičů, dále např. v jakých podmínkách rodina žije, jaké mají rodiče zaměstnání apod.), osobnosti rodičů (hodnotí se zdravotní stav po psychické a fyzické stránce rodičů, následně i úroveň schopnosti adaptace), osobnost samotného dítěte, osobnost sourozenců dítěte, péče o dítě, zájem o dítě (Dunovský, 1986). Ověření funkčnosti rodiny bývá dle autora nelehkou záležitostí. Její součástí je především čas strávený s rodinou, jisté dovednosti a schopnosti posuzujícího, které se získávají především praxí (Dunovský, 1999). Na základě těchto výsledků dále můžeme lépe určit, v jak funkční rodině dítě pobývá (Matoušek, 2013). Na základě získaných bodů v DFR dotazníku rozlišujeme:

- a) Funkční rodina - Těchto rodin je zhruba kolem 80 %, jedná se o rodinu, která dokáže dítěti poskytnout podmínky k jeho dobrému vývoji a celkovému prospěchu. Výsledky DFR dotazníku jsou v rozmezí mezi 0 – 4 body (Dunovský, 1986).
- b) Problémová rodina - V této rodině se vyskytují dle Dunovského (1999) vážnější problémy. Rodina je ale schopná buď sama nebo za pomoci např. OSPODu tyto situace řešit. Problémových rodin se vyskytuje přibližně 15 %. Výsledky DFR dotazníku jsou v rozmezí mezi 5 – 9 body Dunovský, 1999).
- c) Dysfunkční rodina - rodina, ve které se jeden či více členů projevuje maladaptivním chováním, jak uvádí Fischer a Škoda (2014). Tyto rodiny se projevují dle autorů chybějící intimitou, neřešením problémů bez projevu zájmu cokoli řešit, chybějí zde hranice, které určují role každého jedince v rodině. Dalším znakem může být i nejasná komunikace (Fischer, Škoda, 2014). U samotného dítěte dochází právě k ohrožení prospěchu a vývoje dítěte. Tato rodina potřebuje neodkladně pomoc zvenčí

a to neodkladnými opatřeními. Těchto rodin je zaznamenáno okolo 4 %. Výsledky DFR dotazníku jsou v rozmezí mezi 10 – 14 body (Dunovský, 1999).

d) **Afunkční rodina** – je dle Lovasové (2006) rodina, ve které přetrvávají negativní vlivy směrem k dítěti. Dále uvádí, že dítě se nachází v podmínkách, které mu škodí, ba dokonce ho i ohrožují, po všemožných stránkách. Jediným možným východiskem, jak dítěti prospět, je odebrat dítě z původní rodiny a pokusit se mu zajistit péči ve formě náhradní rodinné péče nebo ústavní péče. Těchto rodin se vyskytuje přibližně 1 % (Lovasová, 2006). Výsledky DFR dotazníku jsou v rozmezí mezi 15 – 24 body (Dunovský, 1999).

### 1.3 Potřeby dětí

Jak uvádí Matějček (2007), byly určeny potřeby důležité pro zdravý psychický vývoj dítěte na základě uspokojení biologických a zároveň psychických potřeb dítěte. Mezi základní biologické potřeby řadíme pocit bezpečí, uspokojení pocitu hladu, vhodná teplota prostředí (teplo, chlad) apod. Dle Matějčka (2007) k neodmyslitelným psychickým potřebám pro vývoj dítěte řadíme:

- a) **Potřeba stimulace** – potřeba dítěte dostávat dostatečné množství a kvalitu podnětů, jež jsou zároveň proměnlivé a dítě stimulují (Matějček, 1999).
- b) **Potřeba „smysluplného světa“** – děti potřebují určitá pravidla, podle kterých vědí, jak věci fungují a platí. Tudíž je nepostradatelné, aby dítě mělo jasný řád, pravidla, stálost, jasnost a především, aby vše dohromady dávalo smysl (Matoušek, 2013).
- c) **Potřeba životní jistoty** – potřebu jistoty dítě získává na základě zdravých citových vztahů, které se začínají utvářet primárně mezi dítětem a osobami, jež dítě vychovávají. Pocit bezpečí je pro dítě životní jistota (Matějček, 1992).



Tento pocit dítě shledává, pokud rodina či pečující osoba vytváří stabilní a fungující prostředí (Pringle, 1986).

- d) **Potřeba vlastního „já“/ pozitivní identity** – je potřeba vlastního sebehodnocení. Při dobrém uvědomování si vlastního já si může následně dítě v dalších životních etapách utvořit kvalitní hodnoty a reálné cíle ku prospěchu svého života (Matějček, 1999).
- e) **Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy** – dává člověku pocit naděje, otevřenosti, lehčího pocitu bytí (Vágnerová, 2012).

## 1.4 Psychická deprivace

Jak uvádí Lebl et al. (2007), pokud dítě odloučeno nebo odmítnuto od své rodiny, nastává dítěti frustrace z neuspokojených potřeb, jež jsou pro jeho vývoj neodmyslitelně důležité. Tento jev nazýváme dle uvedení autorů frustrace. Mezi deprivovaným a frustrovaným dítětem je rozdíl takový, že deprivovaný jedinec tyto potřeby uspokojené nikdy nezažil (Lebl et al., 2007). Pan prof. Matějček (2007) přikládá velkou váhu k poslední potřebě „Otevřené budoucnosti“. Ve své knize „Co děti nejvíce potřebují“ popisuje své uvědomění si této potřeby právě v situaci, kdy se děti dostávají z institucionální péče (dětského domova) do náhradní formy rodinné péče, ve které je dítěti umožněno a zprostředkováno tyto potřeby naplnit, což po určité době a navázání vztahu s novou rodinou přechází i v naději a právě ke zmíněné potřebě „Otevřené budoucnosti“. Nedochozí k naplnění těchto potřeb, je dítě ohroženo vznikem psychické deprivace (Matějček, 2007). Psychická deprivace je dle Říčana et al. (2005) označována za nedostatečný pocit lásky, vřelosti, pochopení a to zejména u dětí, kteří jsou umístěny do institucionálních zařízení, kde i přes snahu navázání citového pouta

s pečující osobou nemusí k zabránění deprivace dojít. Není ale rozhodně vyloučeno, že dítě žijící dokonce i ve své vlastní biologické rodině nemůže psychickou deprivací trpět (Říčan, et al., 2005). Matějček a Langmeier (2011, s. 21) citují ve své knize deprivaci následovně: „Deprivace“ (deprivation, popřípadě privation): *značí ztrátu něčeho, strádáním nedostatkem nějaké důležité potřeby. Nejde tu ovšem o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojování základním potřeb duševních (psychická deprivace)*. Často skloňovaným termínem, který uvádí Matějček (1992), je dále psychická subdeprivace, jež se liší od klasické deprivace tím, že ji lze těžko diagnostikovat. Dále uvádí, že ve většině případů ji odborník odhalí až jako odnož prvotního problému a důvodu řešení, přičemž právě toto skryté riziko pro dítě je rizikem tím největším a z něj právě plynou ony „primární“ problémy. Subdeprivací trpí především děti žijící v rodinách, které dětem vytváří špatné psychosociální prostředí, na rozdíl od psychické deprivace, jež se projevuje u dětí v zařízeních ústavní péče (Matějček, 1992).

#### ***1.4.1 Diagnostika psychické deprivace***

Diagnostikovat psychickou deprivaci není lehkou záležitostí (Pokorná, 2012). Nutné je vždy brát v potaz věk dítěte, vnější vlivy působící na dítě, v jakém rozpoložení se celkově dítě nachází, a zakomponovat všechny faktory, které mohly způsobit vznik deprivace (Matějček et al., 2002). Tato forma psychické deprivace se v plném rozsahu projevovala dle Matějčka a Dytrycha (1994) především v kombinaci s více působících škodlivých faktorů na dítě, jimiž můžeme např. uvést ústavní výchovu dítěte spolu s poruchou pohybového či jiného aparátu. Dále autoři uvádí, že v posledních letech klasickou deprivaci neshledáme zdaleka tolik jako dříve, což je určitě zásluhou snížení počtu dětí na pracující pečovatele v ústavním zařízení (Matějček, Dytrych, 1994). Další snahou prevence se uplatnila varianta náhradní rodinné péče, která umožnila většímu počtu dětí dostat se do rodinného prostředí, tedy náhradní rodinné péče namísto

péče ústavní. (Matějček et al., 2002). Psychická deprivace může mít z velké části trvalé následky a neblahé projevy v době dospělosti. Jak uvádí Vágnerová (2012), tito lidé, kteří byli dle výzkumu pana prof. Matějčka od 3 do 15 let věku v dětském domově, mají následně horší sebehodnocení, menší sebevědomí, než dospělí jedinci žijící v běžných rodinách, což s sebou nese riziko horšího uplatnění na trhu práce, než jsou samotné schopnosti jedince. Dalším důsledkem uvádí horší návaznost vztahů, a to ať jde o partnerské či jakékoli jiné. Nejen nízké sebevědomí, které nebylo kvalitně podporováno v době raného věku, ale i ona špatná zkušenost se na někoho „vázat“, odrazuje v mnoha případech citové vazby i jenom navazovat natož je udržet (Vágnerová, 2012).

#### ***1.4.2 Rizika psychické deprivace dítěte***

Následující kapitola je věnována rizikům, jež může zapříčinit psychická deprivace v raném vývoji dítěte.

##### ***I. Vývoj řečových schopností***

Dle Matouška (2013) se zvláště u dětí umístěných v raném věku do ústavní péče, projevuje opožděný vývoj řeči. Ke specifickým poruchám řeči radíme v tomto případě především patlavost, opoždění v obsahu a formulaci (Matoušek, 2013). Pro dítě je dle Ptáčka, Kuželové a Čeladové (2011) nesmírně důležité, aby ke správnému vývoji řeči dostával dostatečné a kvalitní podněty, což i přes velkou snahu ústavní péče nelze dětem poskytnout. Mezi takový podnět je možno zařadit především časté mluvení na dítě, čím jsou trénovány sluchové dráhy a mozková centra (Ptáček, Kuželová, Čeladová, 2011).

## *II. Vývoj intelektu a motoriky*

U dětí může docházet k poruchám jemné motoriky, což jsou jemné pohyby ruky, dále koordinovanost mezi rukou a okem, jež dále přecházejí do motoriky hrubé, kterou se vyznačuje např. chůze, pohybování se, sedání apod. (Matoušek, 2013) Dle knihy „Vývoj dětí v náhradních formách rodinné péče“ se uvádí, že dítěti umístěnému do ústavního zařízení již v raném věku, nemůže být poskytnuto tolik, co dítěti vychovávaném v náhradní rodinné péči (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011).

## *III. Sociálně-emoční vývoj*

Matoušek (2013) uvádí, že se psychická deprivace může projevit u dítěte též na emocionální a sociální stránce vývoje. Poznamenaný emocionální vývoj se může projevit buď nezvladatelnými výbuchy zlosti, nebo naopak necitlivostí až chladností (Matoušek, 2013). Tito lidé mají v dospělosti problém se sociální adaptací, což může vést k problému navázání vztahových kontaktů a kontaktů s okolím (Vágnerová, 2008). Emoční nevyzrálость má pak za následek, že tyto děti, ačkoli by potenciálně mohly být jejich školní výsledky lepší, jsou prokazatelně horší (Matoušek, 2013).

## *IV. Psychické poruchy*

Poruchy psychického rázu jsou velkým rizikem u dětí, které postrádají pocit lásky, bezpečí a jistoty (Shipitsyna, 2008). Mezi takovéto poruchy můžeme řadit např. i zhoršení zvládání stresových situací (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2012). Dále se jedná o poruchy chování a emočního vývoje a to jako dětí, tak u dospívajících, poruchy hyperaktivity, nepozornosti apod. (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011).

## V. *Somatický vývoj*

Dle slov pana prof. O. Matouška může mít psychická deprivace i tento následek: *u velmi těžkých forem deprivace dochází i k poruchám tělesného vývoje a někdy až k úmrtí dítěte* (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015, s. 710). U dětí, jež jsou ohroženy deprivací, je ohrožena somatická stránka vývoje, ačkoli by se zdálo, že dítě přece dostává dostatečný přísun stravy, teplého prostředí, tedy biologické potřeby, ale jde právě o potřeby socio - emoční, které jsou zodpovědné za nižší tělesnou váhu a výšku dítěte (Dunovský, 1999). Tento jev označujeme „psychosociální malý vzrůst“ (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011).

### **1.4.3 Pět typů dětí trpících deprivací**

- a) Dítě relativně dobře přizpůsobené - dítě působí dle Matouška (2013) přizpůsobivě, bez žádných větších výkyvů chování a nálad. Drobné projevy se mohou objevit při velké psychické či stresové zátěži dítěte (Matoušek, 2013).
- b) Dítě sociálně hyperaktivní - dítě je neposedné, nesoustředěné, snaží se ke každému novému člověku přimknout, působí dojmem přelétavosti od jednoho dospělého k dalšímu (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).
- c) Dítě sociálně hypoaktivní - dítě se projevuje uzavřeným chováním, málo komunikuje s okolím, nemá samo od sebe chuť navazovat kontakty, je klidné, někdy až apatické (Matoušek, 2013).
- d) Dítě sociálně provokativní - tyto děti chtějí být za každou cenu dle Svobody, Krejčířové a Vágnerové (2015) středem pozornosti, rádi se předvádějí, bývají také agresivní a neberou v potaz ostatní kolem sebe. Dále autoři uvádějí, že děti projektují touhu po citové stabilitě a jistotě právě tímto způsobem. Jejich chování se mění v případě, kdy mají určitou pečující osobu právě jen pro sebe, v tomto okamžiku se jejich nezkrotné chování zcela mění. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2015).

- e) Dítě hledající náhradní uspokojení - náhradní uspokojení potřeb a touhy si dítě hledá a přenáší např. do množství hraček, do přejídání se. K hledání náhradního uspokojování patří i manipulace s genitáliemi apod. (Matoušek, 2013).

## 1.5 Faktory ovlivňující vývoj dítěte

Faktory dle Matouška (2013) rozdělujeme na vnitřní a vnější. Vnitřní přiřazujeme k biopsychosociální složce, což jsou již od pradávna dané dědičné vlivy. Faktory vnějšího charakteru jsou připisovány vnějšímu prostředí, které na dítě působí (Matoušek, 2013). Dle Vágnerové (2012) se rodiče jak vlastní, tak i nevlastní (v našem případě náhradní pečovatelé) se často buďto sami v sobě nebo i navenek ptají, jaké mají asi jejich děti vlohy, co z nich jednou bude. Dle autorky, dá rodičům nevlastním/náhradním, tato otázka mnohem více práce. Často by dle jejích slov rádi věděli, z jakých rodin dítě pochází, kvůli charakteristice biologických genů. Někdy je ale vůbec těžké tyto rodiče vlastní dohledat či k nim najít cestu. Tito náhradní rodiče by si měli ale uvědomit, že i kdyby znali veškeré podrobnosti, vliv na dítě může mít např. špatný vliv jak malou, tak ale i velkou váhu a to neodmyslitelně s dalšími působícími faktory (Vágnerová, 2012). Dle Škoviery (2007) je rozdíl, zda dítě pochází z běžné rodiny, nebo z náhradní výchovy. Dále uvádí, že porovnání mezi těmito dvěma skupinami dětí dochází k rozdílu již na biologické úrovni. Rozdíly jsou zachyceny v oblastech genetického základu, v prostředí, ve kterém dítě žije a je vychováváno a v neposlední řadě způsob a přístup chování matky v době těhotenství (Škoviera, 2007).

Dědičnost může ovlivnit psychické vlastnosti ve 40 – 60 % a řadíme ji k vnitřním vlivům (Vágnerová, 2012). Dědičnost pod sebe zahrnuje např. podobnost rodičům a dále třeba náchylnost k nemocem, které se v rodině již vyskytly. (Kopecká, 2011).

Dalším faktorem je dle Vágnerové (2012) míra vlivu prostředí, kdy máme na mysli především rodinu. Dále autorka dodává, že zde právě záleží na tom, jak dítě např. reaguje na danou situaci, zda se chová impulzivně, zda je úzkostné. Toto chování lze ovlivnit přístupem pečující osoby, ale jen do jisté míry. Vágnerová (2012) uvádí, že právě genetickou výbavou jsou nastaveny jakési mantinely, které ani ten „nejlepší přístup, nejlepšího pečovatele“ neovlivní. Některé dědičné vlastnosti se nemusí dle autorčiných slov projevit, mohou se ukázat až později v situacích, které si tuto vlastnost projevu chování vyžádají nebo až v pozdějším věku dítěte (dospívání, dospělost). Naopak pokud jde o vlastnost dominantnějšího rázu, projevují se tyto geny hned od narození (Vágnerová, 2012).

## **1.6 Právní úprava náhradní péče dítěte- vývoj náhradní péče dítěte v ČR**

### ***1.6.1 Práva dítěte***

Práva dítěte vycházejí ze základních lidských práv, jež právům dítěte utváří jakousi vodící osnovu (Švejcar, 2009). Mezi nejdůležitější historické mezníky, které se svou důležitostí a vahou zasloužily o správné uchopení lidských, a tedy následně především dětských práv, řadíme Ženevskou deklaraci práv dítěte (r. 1924), Chartu práv dítěte (Chicago, r. 1959), Úmluvu o právech dítěte (r. 1989) a Světovou deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dětí (Velemínský et al., 2009).

### ***1.6.2 Úmluva o právech dítěte***

Aktuální dokument chránící dětská práva, Úmluva o právech dítěte, vstoupila v platnost 2. září 1990. Přijata byla ale již 20. listopadu 1989 (Detrick, 1999). Dle Dunovského (1999) má Úmluva nejvyšší právní sílu. Smyslem Úmluvy tedy je, aby státy, které se rozhodly Úmluvu podepsat, vzaly na sebe úkol upravit svůj právní řád do souladu s Úmluvou. (Dunovský, 1999). Tento dokument podepsaly skoro všechny státy světa, kromě Somálska a Spojených Států Amerických. Česká republika přiložila svůj podpis k této mezinárodní dohodě roku 1993. Obsahem Úmluvy je 42 článků. Jak dále uvádí Dunovský (1999), Úmluva je ve zkrácené verzi shrnuta do tří slov, která začínají písmenem P, tudíž „tři P“. Provision, protection, participation, což lze vysvětlit jako zajištění práv dítěte na přežití, rozvoj a vývoj. (Dunovský, 1999). Následně je zde dle Vaníčkové (2009) zahrnuta ochrana před násilím, vykořisťováním a zneužíváním škodlivými vlivy. Dítě má též právo podílet se z určité části na rozhodování ve věcech, které se ho týkají (Vaníčková, 2009). Aby ale nešlo jen o pouhá slova, je dle Švejcara et al. (2009) podstatné uskutečňovat její obsah v praxi a tím naplňovat poselství zmíněného dokumentu. Mezi nejzákladnější práva dítěte patří právo znát své rodiče, právo na jméno, právo na osobní rozvoj aj. (Švejcar et al., 2009).

### ***1.6.3 Legislativa náhradní péče o dítě v České republice a její změna***

Jak již bylo v kapitole č. 1 zmíněno, právní úprava náhradní péče o dítě prošla dle Vyskočila (2014) novelizací, a to konkrétně právní úpravou zákona č. 359/ 1999 Sb., O sociálně právní ochraně dětí, jež vstoupila v účinnost od 1. 1. 2013. Následně dodává, že došlo i ke zrušení zákona o rodině; zákon č. 94/ 1963 Sb., který náhradní péči v ČR dříve upravoval. V účinnost vstoupil od 1. 1. 2014 nový občanský zákoník č. 89/ 2012 Sb., kam jsou změny náhradní rodinné péče přesunuty (Vyskočil, 2014).



#### ***1.6.4 Vznik nové formy NRP - Institutu pěstounské péče na přechodnou dobu***

K lepšímu a přehlednějšímu podtržení právních a systémových změn týkajících se náhradní péče o dítě, ve smyslu deinstitucionalizace, vznikl v březnu 2013 dokument pod záštitou pana Dr. Macely (2013), tehdejšího ředitele odboru rodinné politiky a dávkových systémů. Základním kamenem Institutu pěstounské péče na přechodnou dobu je zajištění péče o dítě u „profesionálních“ pěstounů, u nichž bude dětem zajištěné rodinné prostředí, jedná se v podstatě o dodržení Úmluvy o právech dítěte a zároveň budou tímto krokem naplňovány body Národní strategie ochrany práv dětí (Macela, 2013).

## 1.7 Indikátory rozhodující o druhu náhradní péče

Prvním ukazatelem, který pomáhá rozklíčovat, zda je pro situaci dítěte vhodnější náhradní rodinná péče, nebo institucionální péče, je dle Gabriela a Nováka (2008) **činitel právní**. Dle autorů se jedná se o právní skutečnosti, které dávají určité hranice a směřují, do jaké formy lze dítě umístit. Záleží např. na tom, zda je dítě právně volné či nikoli, zda jsou jeho biologičtí rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti, zda dali souhlas s osvojením apod. (Gabriel, Novák, 2008). Dle zmíněných právních skutečností se primárně odvíjí, zda je dítě možné osvojit či umístit buďto do pěstounské péče nebo do ústavní/ institucionální péče (Matějček, 1992).

**Biofyzické faktory** – těmito faktory je dle Matějčka (1992) myšleno, v jakém zdravotním stavu se dítě nachází a zda jsou pěstouni či budoucí osvojitelé schopni dítě takového typu přijmout a postarat se o něj. Dodává, že pohlaví dítěte patří též do této skupiny. Uvádí se, že u chlapců se více objevují např. drobné poruchy CNS a u dívek bývá např. větší resilience (schopnost zvládat nepříjemné podmínky, odolnost). Je důležité také obeznámit budoucí pečovatele, které nemoci se vyskytují více u dívek a které u chlapců (Matějček, 1992).

**Vývojové činitele** – Příkladem může být dle Matouška (2013) věk kojenecký, kdy je vhodnější forma osvojení. Samozřejmě jsou brány na zřetel další indikace a situace, podle nichž se o formě péče rozhoduje (Matoušek, 2013)

**Sociální činitele** – souvisejí se vztahy mezi biologickými rodiči, prarodiči, sourozenci a je – li možná jejich péče, nelze dítě zařadit k adopci, tudíž nastupuje péče pěstounské formy nebo např. forma SOS dětské vesničky a jiné (Matějček, 1992).

K posledním indikátorům řadíme **činitele situační** – jež je brán v potaz, jaká např. léčebná zařízení dítě navštěvuje nebo jaká vzdálenost by byla mezi biologickou rodinou a náhradní rodinou, dále jaké alergeny působí v novém potenciálním místě bydliště na zdravotní stav apod. (Matoušek, 2013).

## 1.8 Náhradní péče v České republice – ústavní výchova

V České republice je náhradní péče o dítě dle Lebla, Provazníka a Hejčmanové (2007) rozdělena na ústavní výchovu a na náhradní rodinnou péči. Tato kapitola bude věnována ústavní výchově, která nastupuje v nynější době na pořadí až tehdy, není-li možné dítěti poskytnout pěstounskou péči na přechodnou dobu či adopci a ve své původní rodině zůstat nemůže (Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2007). Před samotným umístěním dítěte do ústavní péče je dle Kukly (2016) důkladně prozkoumáno, zda jsou důvody k umístění skutečně závažné a odloučení dítěte je neodkladné, a dále soud zjišťuje, zda není možné dítě přednostně umístit do formy náhradní rodinné péče (NRP) nebo do zařízení vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP). Je-li dítě do institucionální péče umístěno, soud pravidelně jednou za půl roku zkoumá situaci dítěte, zda se skutečnosti nezměnily (Kukla, 2016). V České republice je náhradní péče o dítě dle Lebla, Provazníka a Hejčmanové (2007), je rozdělena na ústavní výchovu a na náhradní rodinnou péči. Tato kapitola bude věnována ústavní výchově, která nastupuje v nynější době na pořadí až tehdy, není-li možné dítěti poskytnout pěstounskou péči na přechodnou dobu či adopci a ve své původní rodině zůstat nemůže (Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2007).

Před samotným umístěním dítěte do ústavní péče je dle Kukly (2016) důkladně prozkoumáno, zda jsou důvody k umístění skutečně závažné a odloučení dítěte je neodkladné, a dále soud zjišťuje, zda není možné dítě přednostně umístit do formy náhradní rodinné péče (NRP) nebo do zařízení vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP). Je-li dítě do institucionální péče umístěno, soud pravidelně jednou za půl roku zkoumá situaci dítěte, zda se podmínky nezměnily (Kukla, 2016).

V České republice rozlišujeme ústavní výchovu dítěte podle tří ministerstev: Ministerstva zdravotnictví (MZ), Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Ministerstva práce sociálních věcí (MPSV). Toto rozdělení do tří kategorií by mohlo být dle nejnovějších aktualit v budoucnu minulostí, jak popisuje Koubová (2017) ve Zdravotnickém deníku rozhovor vážených odborníků. MPSV plánuje dle záznamu Koubové (2017) spojit a sjednotit tato tři ministerstva v rámci péče o dítě dohromady.

Jelikož ohrožené děti ale netrpí pouze nedostatkem sociálním, mělo by dle odborníků v článku Zdravotnického deníku (především dle předsedy Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP Františka Schneiberga a vědeckého sekretáře Společnosti sociální pediatrie docenta Lubomíra Kukly) MPSV zhodnotit toto rozhodnutí. Dále Koubová (2017) popisuje rozhovor odborníků, kteří dodávají, že se jedná o myšlenku, kde by byly děti různého věku a důvodu umístění pohromadě, což může mít neblahé dopady.

Děti, pro které by nebyla vhodná PPPD či jiná forma náhradní rodinné péče by nejspíš musely v budoucnu zůstat na nemocničních lůžkách, ačkoli má totiž MPSV na toto dilema argument, že děti budou v sociálním zařízení, dle odborníků jde o zcestný krok, kde nebudou mít děti kvalitní a dostačující zdravotní péči, tudíž bude toto téma v současnosti zajisté diskutováno ze všech stran (Koubová, 2017).

### ***1.8.1 Ústavní výchova pod gescí Ministerstva zdravotnictví (MZ)***

Jak uvádí Kukla (2016), pod Ministerstvo zdravotnictví (MZ) spadají děti, které potřebují interdisciplinární péči od zdravotní přes výchovnou až po sociální péči. Dodává, že v minulosti byla tato zařízení příliš velká, neosobní a pro velký počet jak laické, tak odborné veřejnosti působila jako nevhodné prostředí pro vývoj a výchovu dítěte. V současné době se ale počet těchto zařízení stabilizoval a i vnitřní prostředí a struktura zařízení pro děti do tří let věku se zútulnila a nabyla dojmu vytvářející rodinné prostředí, kde se dítě může cítit příjemně (Kukla, 2016).

#### *I. Nejčastějšími důvody pro přijetí do zařízení pod gescí MZ ČR:*

Kukla (2016) uvádí, že nejčastější důvody přijetí dětí do zařízení pod gescí MZ jsou důvody zdravotní (genetické vady, smyslová, duševní, tělesná a kombinovaná postižení, dále např. i psychiatrické onemocnění rodičů, požívání návykových látek rodičů – alkohol, drogy apod. Dále dodává, že sociální indikací je nejčastěji nezáměr

rodičů, rodiče ve výkonu trestu, nezletilá matka, týrané a zanedbávané dítě apod.) A v neposlední řadě se jedná o kombinaci zdravotně sociálních důvodů např. nezletilá matka a dítě s postižením a mnoho dalších (Kukla, 2016).

## *II. Rozdělení zařízení pod gescí MZ ČR:*

- a) Kojenecké ústavy – poskytují dle Arnoldové (2016) péči nejmenším dětem, tedy novorozencům a kojencům do věku jednoho roku. Často bývají spojeny s dětskými domovy do tří let věku dítěte, kde může být dítěti poskytnuta navazující péče (Arnoldová, 2016).*
- b) Dětská centra – hlavní výhodou dětských center, jak uvádí Schneiberg (2011), je přítomnost multifunkčního týmu. Tento tým se snaží o aktivní začlenění rodiny dítěte do péče, což znamená, že jsou spolu s dítětem přijati buď oba rodiče, nebo alespoň jeden z nich, pokud je to možné. Spolupráce všech zúčastněných (rodina, odborníci multi - týmu a dítě) vytváří větší šanci, že se bude moci dítě opět vrátit s rodiči domů (Schneiberg, 2011).*
- c) Dětské domovy do tří let věku dítěte – zajišťují dítěti péči dle věku a to s individuálním ohledem (Arnoldová, 2012).*

### ***1.8.2 Ústavní výchova pod gescí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)***

Jedlička (2004) uvádí rozdělení ústavní výchovy dětí pod gescí MŠMT následovně:

- a) Dětský domov – zde jsou umístovány děti od 3 let do dovršení zletilosti. Dodává, že v případě přípravy dítěte na povolání až do věku 26 let. Děti navštěvují školy, které nejsou součástí těchto dětských domovů. Dětské domovy poskytují pomoc též nezletilým matkám a jejich dětem (Jedlička, 2004).*
- b) Dětské domovy se školou – jsou přizpůsobeny pro děti, jimž je nařízena ústavní výchova (výchovně léčebná péče) a to na základě zdravotního stavu (duševní*

poruše). Dítě je přijato v 6 letech až do ukončení povinné školní docházky. Škola je součástí dětského domova, proto výuka a vzdělávání probíhá právě zde. (Jedlička, 2004).

- c) *Dětské výchovné ústavy* – zde jsou umístovány děti od 15 let věku. Konkrétně je tato forma uložena dětem, kterým byla nařízena ústavní výchova nebo ochranná výchova. Dětem a dospívajícím, kterým je určen tento typ ústavu, se projevují závažnými poruchami chování. Hranici 15 let lze snížit na 12 let, pokud dítě trpí tak závažnými poruchami chování, pro které je vyloučeno umístit dítě do dětského domova se školou. (Jedlička, 2004).
- d) *Diagnostický ústav* – provádí diagnostiku dítěte pomocí souhrnných vyšetření. Věk dětí je v rozmezí od 3 do 18 let. Maximální délka pobytu dítěte je 8 týdnů. Tato hranice by neměla být bezdůvodně překročena. Na základě provedených vyšetření je dítě, jemuž je určena ústavní výchova, umístěno do dětského domova, dětského domova se školou nebo do výchovného ústavu (Jedlička, 2004).

### ***1.8.3 Ústavní výchova pod gescí Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV)***

Domov pro děti/ osoby se zdravotním postižením – je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zařízením poskytující odbornou péči (v našem případě) pro děti se zdravotním postižením od 3 do 26 let věku, které nelze ponechat v domácím prostředí. Po uplynutí 26 věku dítěte nastupuje dle Kukly (2016) možnost využití zařízení pro dospělé se zdravotním postižením. Zaštiťovány jsou a měly by být především státem s garancí MPSV ČR, krajem a nestátními neziskovými organizacemi (NNO), které mají zájem a snahu se o děti s různými druhy postižení starat, leč sami organizačně řeší velké personální a finanční nedostatky (Kukla, 2016).

#### **1.8.4 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)**

Mezi ústavní zařízení spadá i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP):

*Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále jen „ZDVOP“) dle § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva.*

#### **1.8.5 Charakteristika podmínek pro přijetí do ZDVOP**

ZDVOP je dle Novotné (2016) určeno dětem ve věku od 0 – 18 let s běžnou dobou pobytu max. 3 měsíce. Vyžaduje ale zájem dítěte, dodává, že lze tuto lhůtu protáhnout na 6 měsíců. Dále popisuje, že nesmí být celková doba jednoho roku. Dále jsou charakteristickými důvody umístění dětí do ZDVOP např. děti ohrožené na zdraví, životě, nepřiměřená péče, týrané a zneužívané děti, porušování práv dětí apod. Počet dětí v ZDVOP může být dle zákona maximálně 28 (Novotná, 2016). Výjimka se dělá na základě zákona pouze v případě, přichází do ZDVOP současně sourozenci. Pokud nastane situace, kdy MPSV žádá zřizovatele ZDVOP o navýšení dočasné kapacity, musí se jednat pouze o krátkodobost a termín, do kdy navýšení trvá, je nutno současně s žádostí uvést (Kukla, 2016). Kukla (2016, s. 262): uvádí: *Umístění probíhá na základě rozhodnutí soudu, na základě žádosti obecního úřadu s rozšířenou působností, na základě žádosti zákonného zástupce dítěte nebo požádá-li o to dítě.*

## *Budoucnost ZDVOP*

Dle Bindera (2016) z května 2016 uvádí Sdružení pro ochranu ohrožených dětí (dále jen SOOD) v souvislosti se ZDVOP (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc), že autoři novely zákona o sociálně právní ochraně dětí z 1.1.2013 chtějí opět měnit zákon a to tak, abychom se přibližovali vzoru Norska a severských států. Konkrétně jde dle autora o znovu znovelizování zákona 359/ 1999 Sb., zákona o sociálně právní ochraně dětí v takovém smyslu, že zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, by byla převedena na typ azylových domů pro děti a to i spolu s dalšími ústavními zařízeními a dětskými domovy. Na základě těchto transformací a změn dodává, že by bylo pojetí zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) jako služba. Služba má být ale brána na bázi dobrovolnosti, tudíž by nebyly zákonně upraveny situace, kdy by rodiny byly proti využívání služby, a přesto by dítě její poskytnutí nutně potřebovalo (Binder, 2016).

## **1.9 Umístění dítěte do ústavní výchovy**

Po výše uvedeném rozdělení institucionální neboli ústavní péče pro děti definuje nový občanský zákoník 89/ 2012 Sb., § 971, v jakých situacích a za jakých okolností je dítě umístěno do ústavní výchovy (Vyskočil, 2014).

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník rozděluje situace, ve kterých je dítě umístěno do ústavní výchovy následovně:

- a) Jedná se o dítě, jehož výchova či vývoj je vážně ohrožen. To nastává v případech, kdy dítě vyrůstá v prostředí, které nepodporuje jeho duševní, rozumový a fyzický stav zdraví. Tyto faktory podílející se na správném prospívání dítěte se tedy stávají takovými, že narušují zájmy dítěte.



- b) Dalším vážným důvodem, kdy lze dítě umístit do ústavní výchovy na základě rozhodnutí soudu, je, když nemohou sami rodiče zajistit dítěti potřebnou a bezpečnou výchovu. Soud většinou takto rozhodne, pokud dřívější předběžná opatření nevedla ke zlepšení a nežádoucí riziko trvá. Soud zpravidla vždy upřednostňuje péči fyzické osoby před ústavní výchovou.
- c) Pokud se jedná o případ, kdy rodiče nemohou výchovu dítěte zajistit pouze na určitou dobu, je soudem rozhodnuto dítě umístit nejdéle na šest měsíců do zařízení pro děti, které vyžadují okamžitou pomoc.
- d) Za předpokladu, kdy rodiče (v jiném případě osoba zodpovědná za péči o dítě) shledávají nedostatečné majetkové a bytové poměry, nemůže být pouze z tohoto důvodu soudem rozhodnuto umístit dítě do ústavní výchovy. Vyřčené pravidlo platí pouze za předpokladu, pokud rodiče či zodpovědná osoba za péči o dítě zabezpečí jinými prostředky potřebnou výchovu dítěte a zároveň bude v plném rozsahu plněna rodičovská odpovědnost.
- e) Pokud soud rozhodne pro zařazení dítěte do ústavní výchovy, přihlíží k vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany dětí a určí, kam má být dotyčné dítě umístěno. V zájmu rozhodnutí soudu je také, aby dítě bylo i přes ústavní výchovu co nejbliže v okolí bydliště rodičů či jiných důležitých/ blízkých osob pro dítě. Následující tvrzení je platné i v případě, pokud se soudem projednává přeložení dítěte do jiné ochranné výchovy či zařízení pro ústavní výkon.

## **1.10 Náhradní péče v České republice – náhradní rodinná péče**

### *I. Obecná charakteristika náhradní rodinné péče*

U dítěte, kdy se jeho rodiče nemohou (zdravotní důvody), nechtějí (nemají o dítě zájem) nebo nedovedou (neumějí to, sami jsou např. ještě dětmi) postarat, je většinou zapotřebí náhradní péče (Dunovský, 1999). Což znamená, že se dítě ocitá v takové rodině,

kde rodiče neplní své funkce v takové míře, že je již ohrožen zdravý vývoj jedince a je třeba rozhodnout, zda je zapotřebí náhradní péči přechodnou nebo trvalou (Klíma, 2016). Dunovský (1999) uvádí, že o tom, kam dítě bude umístěno, rozhoduje soud na základě podání návrhu OSPOD. Dodává, že tento návrh je sestaven na základě vyšetření pediatra, psychologa a mnoho dalších odborníků, kteří jsou zdravotně i nezdravotně zaměřeni. V potaz se vždy bere možné navrácení dítěte do své původní rodiny. Následně se pak vyhodnocuje, zda je pro dítě lepší ústavní péče nebo náhradní rodinná péče (Dunovský, 1999). Z těchto důvodů je dle Matouška (2013) ve fázi hledání NRP vždy primárně kladen zřetel na výběr vhodnosti druhu NRP a na vhodnost osob, jež budou vykonávat a zastupovat roli rodiče. K výběru tedy nejvhodnější formy a osob NRP můžeme využít pět indikačních ukazatelů, skrze ně můžeme lépe odhadnout a vybrat variaci nejvíce vyhovující (Matoušek, 2013).

## *II. Náhradní výchova versus náhradní péče*

Během popisu zařazování dítěte do náhradní péče není od věci vysvětlit i dva pojmy, jež jsou mimo jiné popsány v knize „Dilemata náhradní výchovy“ od Škoviery (2007). Rozdíl mezi pojmy „náhradní výchova“, a „náhradní péče“ je dle autora následovný. Při zvolení slova „výchova“ je spíše všeobecně chápáno jako školský název, jež značí výchovu dítěte, zajištění jeho řádného života aj. Oproti tomu termín „péče“ je vyznačován jako zajištění základních potřeb dítěte, jež by měly předcházet před výchovou, která by měla péči až následovat (Škoviera, 2007).

Rozdělení náhradní rodinné péče v České republice:

Dle Čevely et al. (2015, s. 37) se náhradní rodinná péče rozděluje následovně:

- 1) Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než je rodič*
- 2) Pěstounská péče*
- 3) Pěstounská péče na přechodnou dobu;*

4) *Osvojení nebo – li adopce;*

5) *Poručenství – za předpokladu, že poručník o dítě osobně pečuje.*

### ***1.10.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než je rodič***

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník upravuje, ve kterých situacích lze dítě svěřit do péče jiné fyzické osobě než je rodič:

- a) Soud může svěřit výchovu do rukou jiné fyzické osoby, která není rodičem dítěte, a to v případě, vyžaduje to zájem dítěte. Jiná fyzická osoba musí s náhradní rodinnou péčí souhlasit a dále musí být schopna poskytnout dítěti řádnou výchovu. Pokud je to možné, soud při výběru primárně upřednostňuje osoby příbuzenského vztahu.
- b) Osobě, která vykonává řádnou výchovu dítěte, jsou vždy na základě rozhodnutí soudu upřesněna práva a povinnosti ve vztahu k dítěti. Pečující je především povinen obstarat nezletilému dítěti osobně péči a to po dobu, není-li opět jeden z rodičů této péče schopen. Právem a zároveň povinností pečující osoby je zastupovat dítě v běžných záležitostech, přičemž nerozhodne-li soud jinak, jsou rodiče stále zákonnými zástupci a je zachována jejich rodičovská zodpovědnost.
- c) Od 1. 1. 2013 lze svěřit dítě do péče jiné fyzické osoby než rodiče pouze za předpokladu, jde-li rodičům uložit vyživovací povinnost ve vztahu k dítěti. Je-li dítě svěřeno do výchovy manželů, které může být případným rozvodem zaniknout, je před rozvodem manželství nutné nové úpravy práv a povinností těchto manželů a dítěte. V případě úmrtí jednoho z manželů je dítě svěřeno do péče manžela druhého, pokud s tím druhý manžel souhlasí. Jestliže není ale druhý manžel k právním úkonům zcela způsobilý nebo zda je spjat tento souhlas s těžkou překážkou, není tohoto souhlasu třeba.

### *1.10.2 Pěstounská péče*

Pěstounskou péči upravuje nový občanský zákoník č. 89/ 2012 Sb.; § 958. Proces zprostředkování zaštiťuje zákon č. 359/1999 Sb.; o sociálně právní ochraně dětí (Bubleová et al., 2014). Dítě může být svěřeno do pěstounské péče pouze na základě rozhodnutí soudu (Matoušek, 2013). Jak uvádí Pugnerová a Kvintová (2016), vyžaduje zájem dítěte, může soud svěřit dítě do pěstounské péče (pěstounovi). Dále autorky uvádějí, že pěstoun musí zajistit dítěti řádnou výchovu a péči. I v této formě náhradní rodinné péče soud upřednostňuje svěřeni dítěte dle autorek do rukou osoby příbuzenské či blízké povahy. Tato varianta se zamítá v případě, kdyby tento příbuzenský či blízký vztah mezi dítětem a pěstounem nebyl v zájmu dítěte (Pugnerová, Kvintová, 2016). Pěstounskou péči mohou vykonávat jak manželé, tak i vhodný pěstoun sám (Bořová, 2008). Sedlářová (2008) uvádí, že soud si je povinen před rozhodnutím ve věci vyžádat od OSPODu (orgánu sociálně právní ochrany dětí) vyjádření, ve kterém stojí, zda je pěstoun vhodnou pečující osobou pro dítě. Na základě rozhodnutí soudu pěstounská péče nevzniká nebo vzniká (Sedlářová, 2008). Pěstounská péče končí zpravidla dovršením 18-ti let věku dítěte (Matoušek 2013). Zrušena může být pouze z rozhodnutí soudu a to na žádost pěstouna a to pouze ze závažných důvodů (Sedlářová, 2008).

#### *Práva a povinnosti pěstouna:*

Dle Kukly (2016) upravuje Nový občanský zákoník 89/ 2012 Sb.; § 966 práva a povinnosti pěstouna k dítěti. Pěstoun zastupuje dítě pouze v běžných záležitostech a nevzniká mu, jako rodičům dítěte, vyživovací povinnost ve vztahu k dítěti (Kukla, 2016).

Dle zákona 359/ 1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, (včetně všech následných novelizací) vyživovací povinnost nadále připadá rodičům či osobám pověřeným výživným na základě rozhodnutí a určení soudu, jak uvádí Novotná (2016).

V této souvislosti jsou plátcí výživného povinni předkládat plnění výživného na úřad práce, který vyplácí příspěvek na úhradu pěstounovi a to buď samotnému pěstounovi, nebo přímo dítěti, pokud je ve věku nad 18 let. Má dítě nárok na výživné, které zároveň pobírá příspěvek na úhradu potřeb dítěte, je dle zákona nárok výživného převeden na stát. Pouze v situaci, za které by byl příspěvek na úhradu potřeb dítěte menší, než výživné, umožňuje zákon, že má dítě nárok na tento rozdíl a převyšující částka tedy náleží pěstounovi. V současné době jsou upravena práva a povinnosti pěstounů ve vztahu ke konkrétnímu dítěti a jeho rodině na základě zcela nové dohody o výkonu pěstounské péče. Tato dohoda vstoupila v platnost spolu s novou zákona č. 359/ 1999 Sb.; o sociálně právní ochraně dětí.

### ***1.10.3 Osvojení***

#### *Právní ukotvení:*

Osvojení je ukotveno v Novém občanský zákoník č. 89/ 2012 Sb., Hlava II. Proces osvojení je dle Kovaříka et al. (2004) právně ošetřen v zákoně o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. K dalšímu neméně důležitému zákonu řadíme zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních (Kovařík et al., 2004).

#### *Vztah mezi osvojencem a osvojitelem*

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku vzniká při osvojení mezi dítětem a osvojitelem vztah jako je mezi dítětem a rodiči (Zákon č. 89/2012Sb.). Dítě získává příjmení po svém novém osvojiteli. Do tohoto nově vzniklého rodinného vztahu se dle Gabriela a Nováka (2008) řadí i příbuzní osvojitele ve vztahu k dítěti. Autoři dále popisují, že s původní rodinou zanikají všechna práva a povinnosti.

Osvojitel má k osvojení rodičovskou zodpovědnost, jako by šlo o vlastně dítě osvojitele a osvojitel je tudíž i zákonným zástupcem dítěte (Gabriel, Novák, 2008). Záznam o osvojení je dle Kovaříka et. al (2004) zaznamenán v knize na matričním úřadě, kde jsou osvojitelé uvedeni jako rodiče osvojenice. Zahájení řízení o osvojení je na základě podání žádosti osvojitele. O osvojení je pravomocný rozhodovat opět soud (Kovařík, Bubleová, Šlesingerová, 2004).

### *Podmínky osvojení*

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník osvojitelem musí být svéprávná, fyzická, zletilá osoba, jež může být na základě svých vlastností a možností správným rodičem osvojenice. Od 1. 1. 2014 je podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník možná varianta osvojení jak nezletilého, tak nově i zletilého. Jako v každé formě náhradní rodinné péče je i při osvojení nejdůležitější jednat v tom nejlepším zájmu dítěte. Podmínkou k osvojení je přiměřený věkový rozdíl mezi dítětem/ osvojenцем a osvojitelem. Hranice rozdílu věku mezi osvojenцем a osvojitelem by neměl být nižší než 25 let a naopak by neměl přesahovat rozdíl vyšší než 40 let (Bubleová, 2014). Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník umožňuje za jistých podmínek a souhlasu opatrovnické osoby, že může být hranice rozdílu výjimečně snížena, a je tak možné, aby došlo k osvojení např. mezi sourozenci.

### *Souhlas dítěte s osvojením*

V zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník je uvedeno:

Dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník uvádí, aby dítě mohlo být osvojeno, je nutné, aby rodič či jiný zákonný zástupce dítěte s osvojením souhlasil. Dítě vyslovuje souhlas s osvojením, pokud je starší dvanácti let. Nastává-li situace, že by dítě mohlo jednat v rozporu se svým zájmem nebo není-li schopné věc reálně posoudit, tak se v těchto případech souhlas od dítěte nevyžaduje. Jde-li o rozhodnutí osvojení

u dítěte pod dvanáct let věku, souhlas dítěte se zcela neopomíjí, ba naopak soud by měl zjistit názor dítěte a k němu při rozhodování přihlížet. Potřebný souhlas se bezpodmínečně vyžaduje od opatrovníka dítěte. Před samotným osvojením, o kterém rozhodne soud, je podmínkou, aby dítě/ osvojenec pobýval nejméně šest měsíců u svého budoucího osvojitele a to na osvojitelovy náklady

### *Zrušení osvojení*

Od 1. 1. 2014 o svěřeni dítěte do péče budoucích osvojitelů vždy rozhodne soud. (Novotný et al., 2017). V současné době dle nové právní úpravy je osvojení možné jak u zletilé, tak nezletilé osoby a dřívější možnost zrušitelného osvojení k tomuto datu zanikla, tudíž funguje forma nezrušitelného osvojení (Bubleová, 2014).

### **1.10.4 Poručenství**

#### *Podmínky poručenství*

Za předpokladu, že poručík o dítě osobně pečuje, je možné pokud:

- Rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti vůči svému dítěti nebo
- rodičům byla pozastavena rodičovská zodpovědnost nebo
- byla jejich svéprávnost omezena nebo
- dítěti rodiče zemřeli (Novotný et al., 2017).

### *Určení poručníka*

Soud stanoví dle Matouška a Křišťana (2013) nezletilému dítěti poručníka (tedy zákonného zástupce), aby dítě vychovával, staral se o jeho majetek a zastupoval dítě v běžných záležitostech a to v případě, nemá-li dítě takového rodiče, který by měl vůči dítěti plnou rodičovskou zodpovědnost. Soud zároveň pravidelně kontroluje plnění povinností poručíka vůči dítěti (Matoušek, Křišťan et al., 2013). Aby bylo bráno poručenství za formu náhradní rodinné péče, je dle Sedlářové (2008) nutné, aby poručník o dítě osobně pečoval, pokud tomu tak není, nelze poručenství považovat za náhradní rodinnou péči. Stará-li se osobně poručík o dítě, může si poručník nárokovat peněžitých příspěvků. Vznikají zde totiž obdobná práva a povinnosti, jako je tomu u pěstounské péče (Sedlářová, 2008).

### *Zproštění poručenství*

V zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník je obsaženo:

- *soud zproští funkci poručníka, pokud si současný poručník podá žádost o zrušení poručenství (nepřeje si již dále tuto funkci vykonávat);*
- *stane – li se nezpůsobilý k této náhradní rodinné péči (poručenství);*
- *nebo v případě, kdy poruší své povinnosti, které se vztahují k poručenství.*

## **1.11 Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD)**

### *Právní ukotvení*

Forma této náhradní rodinné péče, tedy pěstounské péče na přechodnou dobu (dále jen PPPD), která se může objevit i pod názvem profesionální pěstounská péče,



je právně ukotvena již od roku 2006 (Gabriel, Novák, 2008). Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí č. 359/ 1999 Sb., která vstoupila v účinnost od 1. 1. 2013, s sebou přinesla jasnější stanoviska, pravidla, možnosti a podmínky, kdy a za jakých okolností lze dle Jedličky (2004) PPPD využít. Dále dodává, že PPPD je krátkodobého charakteru a to do 1 roku. Měla by zajistit péči o dítě v takovém časovém rozsahu, aby umožnila především rodičům dětí potřebnou dobu k urovnání, zlepšení, aby se dítě mohlo opět do původní rodiny navrátit (Jedlička, 2004).

#### *Charakteristika pěstounské péče na přechodnou dobu*

Pěstounská péče na přechodnou dobu má především snižovat počet dětí umístěných do ústavní péče a tím i postupně odstraňovat následky dětských traumat a deprivací, které jsou děti v ústavní péči vystaveny (Matoušek, Kříšťan et al., 2013). Je dítě do PPPD svěřeno, je dle Macely (2013) soud povinen alespoň jednou za 3 měsíce prozkoumat, zda příčiny, pro které bylo dítě svěřeno do PPPD stále existují. K tomuto šetření si soud vyžádá zprávy OSPODu. Soud má jako jediný právní moc rozhodnout o změně výchovy dětí, pokud by důvody, jež byly příčinou svěřením dítěte do PPPD, nebyly již aktuální (Macela, 2013). Dále Novotná (2016) uvádí, že dle zákona 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí trvá nejčastěji nanejvýš 1 rok. Je-li situace ale taková, že do stejné pěstounské péče a přechodnou dobu je později svěřen sourozenec dítěte, může dle autorky dítě zůstat po dobu, po jakou má právo pobýt v pěstounské péči na přechodnou dobu jeho sourozenec, ne však déle. V zájmu soudu je zachovat společné sourozenecké pouto a nerozdělovat tyto bratrské a sesterské vztahy, není-li to bezpodmínečně nutné (Novotná, 2016).

#### *Za pěstounskou péči na přechodnou dobu se považuje:*

- Doba, po kterou se rodič nemůže o své dítě ze závažných důvodů starat a vychovávat jej;

- dále doba, která nastane po uplynutí určité lhůty, po níž je matce umožněn dát souhlas k osvojení, nebo po době, kdy může matka odvolat souhlas k osvojení dítěte;
- a konečně doba, která dovršila pravomocného rozhodnutí soudu, kdy není souhlas rodičů s osvojením podmínkou (Macela, 2013).

V těchto věcech rozhoduje soud na základě návrhu OSPODu. Osoby vykonávající PPPD jsou zapsáni v evidenci (Macela, 2013).

#### *Jakým dětem je pěstounská péče na přechodnou dobu určena*

Nejčastěji bývají děti do PPPD dle Trubačové (2011) umístěny např. proto, že není jasné, zda může déle v biologické rodině dále zůstat nebo zda je zapotřebí najít jiné vhodné prostředí k výchově a péči. Další možnou situaci uvádí příklad, kdy je rodič ve výkonu trestu a není v rodině nikdo jiný, kdo by se o dítě po tuto dobu postaral. Stejnou roli hraje dle autorky i zdravotní stav rodiče, za kterého je nemožné pečovat o dítě, dále jsou zařazeny i děti, jejichž rodiče nezvládají výchovu nebo sami nemají zájem se o dítě starat a pečovat o něj (Trubačová, 2011). V souhrnu se jedná o tzv. ohrožené děti, mezi které řadíme děti, jež se ocitly mimo svoji rodinu, jak již bylo výše zmíněno. Dále uvádí děti zanedbávané, týrané a zneužívané. Následně spadají do této kategorie i děti migranti či cizinci bez doprovodu dospělé osoby (Trubačová, 2011). Pojem ohrožené děti pod sebe zahrnuje i nezletilé osoby páchající trestné činy, a to buď z vlastní iniciativy nebo na podkladě nevhodného prostředí či osob působících na dítě a v neposlední řadě i děti, které potřebují důslednější dohled a pozornost (Jedlička, 2015).

### ***1.11.1 Evidence pěstounů na přechodnou dobu***

Jak uvádí Macela (2013), evidenci osob pěstounů na přechodnou dobu vede dle krajský úřad. Chce-li úřad obce s rozšířenou působností potřebné údaje či informace, je mu příslušný krajský úřad povinen tyto skutečnosti vystavit (Macela, 2013). Klíčovou informací je pro ně dle Novotného et al. (2017) seznam pěstounů, kteří jsou v evidenci zařazeni, který obvykle obsahuje základní údaje, jako je jméno pěstouna, jeho adresa, na níž bude pěstounství probíhat, množství dětí, kteří jsou nebo které je možné do konkrétní rodiny přijmout (Novotný et al., 2017). Součástí je i kontakt na OSPOD, na pracovníky, kteří vykonávají pohotovost mimo pracovní dobu OSPOD a také na instituci, která s pěstouny uzavřela dohodu o výkonu pěstounské péče (Trubačová, 2011).

### ***1.11.2 Podmínky výběru pěstounů na přechodnou dobu***

Pěstounská péče na přechodnou dobu je vykonávána pěstouny, jejichž činnost se nově bere jako zaměstnání, jehož náplní je výchova a péče o ohrožené děti, kteří akutně potřebují stabilní prostředí do doby, než se situace v původní rodině dítěte neustálí a nebude splňovat podmínky, za nichž by se dítě mohlo vrátit, nebo po dobu, než se dítěti najde náhradní rodinná péče dlouhodobého charakteru (Novotný et al., 2017). Těmto pěstounům nekončí práce u výchovy a pečování o děti, ale pokračuje přes spolupráci s rodinou (původní či novou náhradní) a dále s orgány, které pomáhají situaci dítěte stabilizovat (Macela, 2013).

### ***Posuzování rodinného stavu potenciálních pěstounů na přechodnou dobu***

Zda je dle Macely (2013) vztah žadajících partnerů v nynějších pěti letech bez vážných konfliktů. Pokud je dle autora osoba žadající o pěstounství sama smířena s tím,

že je sám/ sama a nehledá momentálně nový partnerský vztah. Další přijatelnou formou pro výkon PPPD se dle Macely (2013) toleruje maximálně jeden rozvod. Děti přijaté do PPPD by neměly být v pěstounské rodině jakkoli ohroženi – prostředí by mělo odpovídat i zdravotnímu stavu dítěte. (Macela, 2013). Náhradní rodinná péče (NRP) má dítěti poskytnout prostředí, ve kterém se bude cítit harmonicky, budou naplňovány jeho psychické potřeby a budou vytvořeny takové podmínky, jež umožní dítěti rozvoj vlastní osobnosti (Matějček, Dytrych, 1994). Ohled je dále dle Macely (2013) brán také na děti žijící v rodině, která chce začít s PPPD, nemělo by dojít k rozporu, že děti vyrůstající v rodině nebudou chápat smysl výkonu PPPD svých rodičů. Dodává, že přijetí nového dítěte do rodiny by mělo dle ideálních kritérií splňovat časový rozestup mezi sebou alespoň 2 – 3 roky. Všem dětem v rodině by měla být poskytnutá stejná péče, proto se počet tří dětí a více bere jako kapacitní strop (Macela, 2013).

#### *Posuzování typu bydlení a možnosti zajistit životní jistotu dítěti*

Každé dítě bezesporu touží po pocitu bezpečí, lásky a uznání (Pöthe, 2013). K tomu, aby pěstouni na přechodnou dobu mohli a byli schopni zajistit tyto jistoty, je potřebné, aby měli takové i bytové možnosti, kvalitu bydlení, typ a stabilitu, aby mohli zajistit dítěti i určitý soukromý prostor právě v případě, jedná – li se o dítě, které si prošlo nelehkou situací. Žadatelé by měli mít stabilní ekonomický a sociální status (Macela, 2013).

#### *Posuzování zdravotního stavu a charakteristika potencionálních pěstounů na přechodnou dobu*

Věkové rozpětí pěstounů by měla být zhruba mezi 28 – 65 lety (Macela, 2013). Pěstouni musí mít čistý výpis z rejstříku trestů, nesmí být alkoholově či jinak drogově závislou osobou (Arnoldová, 2016). Musí být také vybaveni určitou schopností a komunikativností, aby mohli jednat s OSPOD a dalšími orgány, jež spolupracují

s dítětem (Trubačová, 2011). Macela dále uvádí, že pěstoun nesmí být součástí sekty či jiné podobné skupiny, měl by být zdravý i po psychické stránce. Dodává, že mezi očekávané vlastnosti se také např. řadí, že pěstoun nebude očekávat od dítěte vděk, že se o něj staral. S tím souvisí určitá vyzrálost osobnosti. Tito pečující lidé by měli být schopni sebereflexe a zhodnotit své silné a slabé stránky. V neposlední řadě by si pěstoun měl umět představit situaci, že dítě nakonec i po jeho soužití, bude muset rodinu opustit a jít dál (Macela, 2013).

#### *Posuzování podpory okolí směr k pěstounovi na přechodnou dobu*

Pěstoun by měl dostat od své rodiny, příbuzných a přátel určitou míru podpory, která by mu mohla v jistých situacích pomoci, jak uvádí Zezulová (2015). Do širšího okolí patří i škola, dětská hřiště, společná místa setkání pěstounů s dětmi (Zezulová, 2015). Ve svém okolí by měl mít dostatek zdravotní, podpůrné i odborné péče. Pěstouni musí být řádně proškoleni a průběžně vzděláváni (Macela, 2013). Pěstouni na přechodnou dobu musí mimo péči o dítě zvládat i komunikaci s rodiči, či náhradními rodiči (Hofrová, Rotreklová, 2009). Pěstouni, kteří budou dítě přebírat do své péče, budou součástí zprostředkování kontaktu spolu s doprovázející osobou z OSPODu (Semerádová, 2012). Do svěření tohoto druhu náhradní péče může pouze soud na základě návrhu OSPOD a pouze pěstounům na přechodnou dobu (Kukla, 2016).

#### ***1.11.3 Základní postup při předávání dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu***

##### *Seznámení dítěte s pěstouny na přechodnou dobu*

Dle dokumentu Dr. Macely (2013) by před umístěním dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu mělo být dítě seznámeno s celým procesem, kdo jsou pěstouni, a rozhodně by měl být zachován kontakt s biologickými rodiči, pokud je to možné (Macela, 2013). V sumarizaci je tato péče určena všem dětem, než se vyřeší problémy

v biologické rodině, které dítě ohrožovaly, nebo dokud se nenajde náhradní řešení jejich navazující dlouhodobé náhradní péče (Gabriel, Novák, 2008). Nemají-li rodiče o dítě zájem a uplyne potřebná doba šesti neděl, rozhodne soud o neprodleném umístění do pěstounské péče na přechodnou dobu (Macela, 2013).

#### *Nově vzniklé změny u náhradní rodiny*

Během umístění dítěte do náhradní rodinné péče prochází změnou jak dítě, tak nová pěstounská rodina, tak i další příbuzní a známí pěstounské rodiny (Hofrová, Rotreklová, 2009). Jal uvádí Vágnerová (2012), rozdíl je, když biologická matka čekající na příchod dítěte prožívá nejrůznější nejen hormonální změny, které ji na příchod dítěte připravují. Dále dodává, že její okolí, na rozdíl od matky/rodiny, si tímto biologickým procesem (změnou) neprojde. Pro náhradní pečující osoby je někdy dle autorky tento proces přijetí dítěte velmi náhlý, ačkoli absolvovaly dlouhý proces příprav na příchod dítěte. Ne všichni doposud pracující pěstouni si musí ihned zvyknout na opuštění zaměstnání, na adaptaci a přizpůsobení se dítěti a především začátky mohou mít delší adaptační proces, než sami pěstouni mysleli, že bude mít (Vágnerová, 2012).

#### *Chování dítěte v nové rodině*

Chování a projev dětí se dle Grohové et al. (2011) odvíjí od doposud prožitých nepříjemných situací. Tyto děti mohou provázet obavy, zda je jejich nová rodina opět neopustí, zda je nově nabízený pocit bezpečí a lásky potrvá věčně nebo zda nastane zase trýznivé odloučení (Grohová et al., 2011).

#### *Proces upevňování vztahu dítěte s náhradní rodinou*

Vágnerová (2012) uvádí, že vytvoření a udržení kvalitního vztahu, ve kterém se dítě může cítit bezpečně, trvá u každého dítěte jinak dlouho. Jistá je dle autorky

ale skutečnost, že čím dříve se deprimované dítě dostane do náhradní rodinné péče, je šance na jeho úspěšný rozvoj větší. Dále dodává, že tyto děti, jimž je najednou poskytnuta plná a citlivá péče mohou reagovat různorodě, jedno dítě se rychle citově k pečující osobě připoutá, jiné si bude naopak držet odstup nebo se bude k pěstounům chovat stejně jako k osobám cizím (Vágnerová, 2012).

#### ***1.11.4 Dohoda o vykonávání pěstounství na přechodnou dobu***

Dohodu o výkonu pěstounské péče upravuje zákon 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a lze jí dle Novotné (2016) uzavřít:

- a) s krajským úřadem;
- b) s obecním úřadem;
- c) s obcí s rozšířenou působností;
- d) či s organizací, která má pověření s potenciálními pěstouny dohodu uzavírat (Novotná, 2016).

Dohoda o výkonu pěstounské péče má především za úkol pomáhat dle Macely (2013) pečujícím osobám či pěstounům. Každá pečující osoba či pěstoun v evidenci si musí vybrat organizaci, která mu bude nápomocná a bude ho zastupovat, jak autor dodává. Organizace či instituce musí mít oprávnění k výkonu této činnosti (Macela, 2013).

#### ***1.11.5 Přemístění dítěte z PPPD do další péče***

*Návrat k původní rodině či k příbuzným*

Po celou dobu umístění dítěte do PPPD byl zajištěn kontakt s biologickými rodiči či jinými příbuznými, aby dítě mělo jistotu, že o své rodiče či příbuzné nepřijde, ale i především proto, že rodina má větší snahu udělat vše, aby se k nim jejich potomek mohl co nejdříve vrátit (Uhlířová, 2014). Velmi důležité je původní rodině vysvětlit nutnost zachování kontaktu s pěstouny na přechodnou dobu a doprovázející organizací i po návratu do rodiny biologické či příbuzenské, aby se zabránilo náhlému odloučení od pěstounů na přechodnou dobu a dále průběžné kontaktování a návštěvy mohou zamezit či včas znovu upozornit na nevhodnou opakující se péči (Macela, 2013).

#### *Postup přesunu dítěte do náhradní rodinné péče*

Již od samého počátku umístění dítěte do PPPD je hlavním cílem zajistit návrat dítěte do své vlastní rodiny či NRP, aniž by muselo být umístěno do ústavní péče (Barbell, Wright, 2001). Není-li možné, aby se dítě vrátilo ke svým biologickým rodičům či příbuzným, nastává varianta druhá, a to již zmíněná náhradní dlouhodobá rodinná péče (Macela, 2013).

#### **1.11.6 Individuální plán ochrany dítěte (IPOD)**

Jednotlivé kroky jsou časově rozplánované a rozepsané tak, aby bylo jasné, jaké jsou plány, cíle, kdo udělá co, do kdy a koho všeho se individuální plánování týká (Matoušek, Pazlarová, 2016). Důležitými kroky je dle Racka et al. (2013) zhodnocení potřeb dítěte a jejich uskutečnění v rámci rodiny. Dodává, že kromě slabých stránek a potřeb dítěte je nutno popsat i silné stránky. Posuzování probíhá i v širším měřítku. Nejde tedy jen o pouhé zaměření se na samotnou rodinu (Racek et al., 2014). Smyslem je uvést na pravou míru, jak moc je dítě ohroženo a co je nutné dítěti zajistit a co konkrétně změnit či napravit. Samotné zhodnocení slouží právě k tvorbě a naplňování IPOD (Macela, 2013).



## **1.12 Dávky pěstounské péče a služby v rámci náhradní rodinné péče**

### ***1.12.1 Dávky pěstounské péče***

Dávky pěstounské péče podle zákona č. 359/1999 Sb. O sociálně právní ochraně dětí, ve znění zákona č. 401/2012 Sb. rozdělujeme na:

- a) Příspěvek na úhradu potřeb dítěte
- b) Odměna pěstounovi
- c) Příspěvek při převzetí dítěte
- d) Příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla
- e) Příspěvek při ukončení pěstounské péče

- a) Příspěvek na úhradu potřeb dítěte

Příspěvek na úhradu potřeb dítěte (nezaopatřeného) je závislý na věku dítěte a dále se odvíjí dle zdravotního stavu dítěte. Rozlišujeme, zda je dítě zdravé nebo je mu přiznán určitý stupeň závislosti (stupeň I. až IV.). Viz následující tabulka 1 (Novotný et al., 2017).

Tabulka 1: Příspěvek na úhradu potřeb dítěte dle věku a stupně závislosti

Nezaopatřené dítě ve věku	Zdravé	Závislost I.	Závislost II.	Závislost III.	Závislost IV.
do 6 let	4 500	4 650	5 550	5 900	6 400
od 6 do 12 let	5 550	5 650	6 800	7 250	7 850
od 12 do 18 let	6 350	6 450	7 800	8 300	8 700
od 18 do 26 let	6 600	6 750	8 100	8 600	9 000

Zdroj: Vybíhal et al, 2017, s. 422

#### b) Odměna pěstounovi

Odměna pěstounovi je dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí vyplácena pravidelně a opakovaně jednou měsíčně. Dále zákon o sociálně právní ochraně dětí odvozuje výši odměny následovně:

- Péče o jedno dítě – 8 000 Kč;
- Péče o dvě děti – 12 000 Kč;
- Částka 20 000 Kč je vyplácena:

Při péči o tři děti (za každé další dítě navýšení o 4 000 Kč). Jde o dítě, které je závislé na pomoci jiné fyzické osoby a to ve II., III. nebo IV. stupni (středně těžká závislost,

těžká závislost, úplná závislost). Za každé další dítě navýšení o 4 000 Kč. V současné době je konkrétně u pěstouna na přechodnou dobu odměna navýšena a brána jako plat, oproti finančnímu ohodnocení, které fungovalo dříve. Nynější odměna je ve formě platu, který zajišťuje stát. Finanční obnos pobírá pěstoun v evidenci pěstounů i v případě nemá-li zrovna v péči žádné dítě. Pěstoun musí být ale připraven na okamžité přijetí dítěte ocitajícího se v nepříznivých podmínkách (Macela, 2013). Není dítě svěřeno osobě evidované do pěstounské péče na přechodnou dobu, ale do jiné péče, je osobě pečující odměna zvýšena za každé další dítě o 4 000 Kč. Pečuje pěstoun o dítě závislé na pomoci jiné fyzické osoby a to v II., III. a IV. stupni (středně těžká závislost, těžká závislost, úplná závislost), je odměnou stanovena částka 24 000 Kč (Trubačová, 2011).

#### c) Příspěvek při převzetí dítěte

Dále pěstounovi dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, náleží pěstounovi příspěvek při převzetí dítěte. Příspěvek je jednorázový, neopakující se a náleží osobě pečující.

Výše příspěvku se odvozuje od věku dítěte v době převzetí a jde o částky:

- 8 000 Kč u dítěte do 6 let věku;
- 9 000 Kč u dítěte od 6 do 12 let;
- 10 000 Kč u dítěte od 12 do 18 let

#### d) Příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla

Příspěvek na zakoupení motorového osobního vozidla může být dle příslušného zákona schválen osobě - pěstounovi, která má v péči nejméně tři děti. U pořizování motorového vozidla je dle Dukové et al. (2013) pravidlem, že nesmí být užíváno k takovým

činnostem, ze kterých by plynul pěstounům zisk. Výše tohoto příspěvku je 70 % z ceny motorového vozidla. Nejvýše může jít ale o částku 100 000 Kč (Duková et al., 2013). Příspěvek se může také dle zákona č. 359/1999Sb., o sociálně právní ochraně dětí, vztahovat na opravu motorového vozidla. Příspěvek není možno podle právní úpravy využívat neomezeně, jeho výše nesmí za deset kalendářních měsíců překročit částku 200 000 Kč. V jistých případech je dle zákona přípustné, aby byl příspěvek poskytnutý již před zakoupením motorového vozidla. Právní úprava dále upravuje, že osoba pořizující motorové vozidlo (osoba pečující) je ale povinna do šesti měsíců od vydání příspěvku prokázat zakoupení vozidla. Nestane-li se tak, musí být příspěvek ze zákona vrácen. Zákon dodává, že navrácení příspěvku se vyžaduje také v situaci, pokud osoba pečující využila peníze určené ke koupi motorového vozidla k jiným účelům. Přiměřenou část příspěvku na zakoupení motorového vozidla je osoba pečující povinna dle zákona vrátit, pokud byl automobil přepsán na jinou osobu nebo byl využíván k výdělečným činnostem, tudíž k takovým činnostem, ke kterým nebylo vozidlo určeno, jak již výše bylo uvedeno. Toto pravidlo je dle zákona 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí platné i v případě, kdy osoba přestane vykonávat pěstounskou péči. Pouze v případě vážných zdravotních důvodů se vrácení přiměřené částky příspěvku nevyžaduje. Zákon upravuje i vrácení určitého poměru částky peněz. Ta se vyžaduje pouze do pěti let od vyplacení příspěvku, po uplynutí této doby už jsou výše uvedené povinnosti vrácení neplatné a nejde je po pěstounovi vymáhat.

#### *e) Příspěvek při ukončení pěstounské péče*

Jak uvádí Vybíhal (2017) příspěvek při ukončení pěstounské péče je jednorázový a neopakující se. Je určen dítěti/osobě, jež dovršila zletilosti nebo již není nezaopatřeným dítětem do 26- let věku (během studia). Částka příspěvku činí 25 000 Kč (Vybíral, 2017).

### ***1.12.2 Státní příspěvek na výkon pěstounské péče***

Dle Novotného et. al (2017) je další finanční podporou státní příspěvek na výkon pěstounské péče. Na příspěvek mají nárok osoby pečující, dále osoby v evidenci, svěřené děti a při dohledu nad pěstounskou péčí. (Novotný et al., 2017). Jak uvádí Kukla (2016), oprávněné osoby k tomuto příspěvku mají nárok na částku 48 000 Kč za kalendářní rok a to za předpokladu, trvala-li pěstounská péče jeden celý rok. Dále Kukla (2016) dodává, že oprávněná osoba získává jednu dvanáctinu z částky 48 000 Kč/ měsíc, tedy 4 000 Kč nebo poměrnou část z této sumy, pokud pěstounská péče netrvala celý rok (Kukla, 2016).

### ***1.12.3 Služby poskytované v rámci náhradní rodinné péče***

Děti a pečující osoby v evidenci, jež jsou spojeny s náhradní rodinnou péčí, mají možnost využít služeb, jež umožňují:

1. Poskytnutí krátkodobé péče během nutnosti zajištění osobní péče o dítě a to při narození dítěte, při vyřizování neodkladných záležitostí, při úmrtí osoby blízké, nebo během situace, kdy je pečující či osoba vedená v evidenci aktuálně pracovně neschopná a to z důvodu ošetřování blízké osoby;
2. bezplatné zdokonalování, vzdělávání se v oblasti náhradní rodinné péče;
3. jednou za šest měsíců poskytnutí např. terapeutické či psychologické služby;
4. u dítěte nad dva roky, po dobu čtrnácti dnů za rok zprostředkovat celodenní péči o dítě a
5. pomoc během zprostředkovaného styku dítěte s oprávněnou osobou a jeho asistencí (Vyskočil, 2014).

Tyto služby jsou oprávněné zprostředkovávat pracovníci sociálně právní ochrany dětí a dále pod jejich dohledem nestátní neziskové organizace, které se sociálně právní ochranou dětí spolupracují a řídí se jejími pravidly (Vyskočil, 2014).

## **1.13 Mezinárodní osvojení**

V neposlední řadě je vhodné zmínit institut mezinárodního osvojení, který umožňuje v případě nemožnosti osvojení dítěte v zemi jeho původu zvážit jeho umístění do zahraničí za předpokladu, že je tato varianta pro dítě vhodnější (Matoušek, Křišťan, 2013). Rozdíl mezinárodního osvojení oproti klasickému osvojení je dle Novotného et al. (2017) především v tom, že vazby mezi biologickými rodiči a dítětem zanikají. Dále dodává, že pokud by byl totiž vztah mezi dítětem a biologickými rodiči alespoň trochu možný, neputovalo by dítě za pěstounskou rodinou do cizí země (Novotný et al., 2017).

### ***1.13.1 Úmluva o právech dítěte a mezinárodní osvojení***

Úmluva o právech dítěte (r. 1989) si dle Matějčka (1999) vyžaduje, aby mělo osvojené dítě v nové zemi bydliště stejná práva, jako by mělo ve své původní. Jelikož Úmluva o právech dítěte neobsahuje definici země původu dodává, že mohou jako následek vznikat nejasnosti. Jako příklad uvádí Matějček (1999), že může být zmatečnost, zda se země původu určuje dle toho, kde dítě žije, kde se narodilo či podle státu, kde je dítě občanem. Všeobecně se ale dle autora prosazuje myšlenka, že země dítěte se odvíjí dle toho, kde před samotným osvojením bydlelo. Nejlepší zájem dítěte je v článku 3 Úmluvy určen jako „blaho dítěte“ a s tím spojená péče a ochrana, která k tomuto cíli

vede (Matějček, 1999).

### ***1.13.2 Haagská úmluva a mezinárodní osvojení***

Haagská úmluva upravuje jasný postup během mezinárodního osvojení, jež vstoupila v platnost 29. 5. 1993 (Marre, Briggs, 2009). V České republice vstoupila v platnost k 1. 6. 2000, jak uvádí Lebl et al. (2007). Její činností je též udávat kompetence a povinnosti institucím, které do mezinárodního osvojení zasahují (Lebl et al., 2007). Haagská úmluva upřednostňuje právo dítěte na osvojení nejdříve ve své zemi a až v krajních situacích, kdy nelze dítěti najít vhodnou rodinu „uvnitř“, nastupuje možné osvojení do zahraničí (Matoušek, Křišťan et al., 2013). Osvojení lze ve většině zemí uskutečnit jak směrem dovnitř, tak i směrem ven (Kukla, 2016). Matoušek a Křišťan (2013) uvádějí, že pokud se dítěti nepodaří nalézt během 6 měsíců vhodnou rodinu ve své zemi v rámci osvojení, je možné díky ÚMPODu (Brno) zprostředkovat osvojení pro rodinu ze zahraničí. Pokud by nastala ale situace, že se dítěti naskytne rodina v zahraničí a současně i v ČR, má přednost dle autorů rodina ze země původu. Pro dítě je totiž přednostní žít ve své zemi. Forma mezinárodního osvojení dítěte je možné uskutečnit, pokud jde o ohrožené dítě, kterému se ve své původní zemi nedaří nalézt náhradní rodinu. (Matoušek, Křišťan et al., 2013).

## **1.14 Dítě jiného etnického původu a jeho identita**

Mezi děti jiného etnika, které se mohou ocitnout v náhradní péči v České republice, nejčastěji řadíme dle Vančákové (2011) etnikum vietnamského, romského a černošského původu. Další děti s odlišným původem, jež mohou být součástí systému

náhradní péče, jsou ze slovenského, bulharského či např. ukrajinského etnika. Zde už není na první pohled původ dětí jasně odlišný, jako u předešle jmenovaných (Vančáková, 2011). Ať již jde o dítě toho či onoho etnika, je důležité klást na vědomí jak veřejné společnosti, tak pěstounům i pracovníkům v ústavních zařízeních, že každé dítě má svou vlastní identitu, kterou si bere ze své původní rodiny, a následně se jeho identita bude utvářet podle rodiny nové čili pěstounské (Vančáková, 2008). Dále nastává otázka, zda je důležité věnovat pozornost faktu, zda děti, jejichž etnikum je jasně rozpoznatelné, mají dle autorky situaci v náhradní péči složitější a zda u dětí, jejichž odlišnost není přímo viditelná, je cesta v náhradní péči snadnější. Ano, z jistého hlediska děti romského, vietnamského či černošského původu se setkají s větší mírou připisování stereotypního chování veřejnosti nežli děti, jejichž vzhled je víc podobný s českým etnikem (Vančáková, 2011).

#### ***1.14.1 Rozdíly mezi dětmi jiného etnického původu***

Jak uvádí Vančáková (2011), je v první řadě důležité rozlišit etnické a rasové znaky. Dále dodává, že jelikož jsou rasové znaky biologické podstaty a etnické znaky jsou naopak závislé na výchově dítěte už v raném věku, je ukotvenou chybou veřejnosti tvrdit, že to či ono dítě bude nezvladatelné snad i problémové jen pro jeho odlišný etnický původ. Velkou a nezastupitelnou roli, jež bude utvářet a formulovat chování, reakce dítěte, závisí dle autorky právě na výchově rodičů či druhu náhradní péče. Jelikož je bohužel smutnou skutečností, že se romské děti dostávají k náhradní rodinné péči v mnohem menším měřítku, je jejich situace mnohdy složitější. Nesmíme opomenout, že vrozené osobnostní rysy hrají svou roli a nejde je dítěti vysvětlit, přeformulovat a zcela měnit, jak zmiňuje Vančáková (2011). Tyto faktory ale nezávisí na etnickém původu, ale spadají pod psychický a zdravotní stav dítěte a jeho biologických rodičů. (Vančáková, 2011).



### *1.14.2 Typické předsudky*

Typickým předsudkem pro romské děti je hyperaktivita, hudební nadání, lenost a nevěnování škole potřebné pozornosti (Kelnarová, Matějková, 2014). Naopak u dětí vietnamského původu se shledáváme dle Vančákové (2011) se zcela odlišnými vlastnosti, jako je chuť do učení, cílevědomost, poslušnost. Přitom je každé dítě individuální a nelze tyto obecné znaky připsat jednomu či druhému dítěti určitého původu, jak dodává Vančáková (2011). Pokud je tedy dítě umístěno v ústavní péči nebo u náhradních rodičů, přejímá návyky dle výchovy těchto vychovatelů nebo pěstounů, nikoli svých biologických rodičů (Vančáková, 2011). Tyto varianty mohou být dle Vančákové (2008) dvě, buďto si pěstoun uvědomí, že ne veškeré povahové rysy lze u dítěte měnit a bude se chovat rozumně a dítě dostane prostor i pro své vnitřní já a nebo může nastat situace druhá, kdy se pěstoun bude snažit dokázat, že může přeci i z „nezvladatelného“ dítěte vychovat člověka schopného, řádného života. Dítě může přání náhradních rodičů vycítit ale tak, že je ono špatné a snažit se rodičům za každou cenu vyhovět. To s sebou nese za následek citové potlačení a nepřijetí sebe samotného (Vančáková, 2008).

## 2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

### 2.1 Cíl práce

Základním cílem diplomové práce v teoretické části je seznámit se se stávající legislativní a systémovou změnou náhradní péče v České republice, představit si dokumenty, z nichž pramení současná právní úprava. V této části je popsáno rozdělení náhradní péče v České republice (náhradní rodinná péče, ústavní péče) a dále její podrobnější rozčlenění, jež se odvíjí z nejrůznějších podmínek, faktorů, ale především od nejvíce důležitého blaha dítěte. Následně jsou v diplomové práci uvedeny služby, peněžité a další možné příspěvky, na něž mají pečující osoby i samotné děti bez vlastní rodiny nárok. Následuje přiblížení se i mezinárodnímu osvojení a podmínkám, jež tento druh osvojení buďto umožňují, nebo nikoli. V neposlední řadě je důležitou součástí připomenutí nezastupitelné role rodiny, jejího významu, důsledků dětské deprivace vyvolané nedostatkem naplnění dětských potřeb právě v rodině, ale i během vývoje v náhradní rodinné péči či péči ústavní.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je prokázat, že institucionální péče o děti je nutnou součástí péče o děti a nelze ji zcela zrušit. Na tomto základě budou prvotně zpracována data (z ÚZIS a MPSV) dětí v ústavní péči v gesci MZ ČR (dětská centra, kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let věku dítěte). Stanoveným cílem je zhodnotit trendy za posledních pět let (např. návratnost dětí do vlastních rodin či náhradní rodinné péče).

Druhým cílem je vytvořit dotazník pro zvláštní dětská zařízení v gesci MZ, jež vykonávají ústavní péči pro děti do 3 let věku, jenž by měl přinést odpovědi, jak zařízení mj. vnímají novelu zákona o sociálně právní ochraně dětí a nový občanský

zákoník v péči o děti systémem pěstounské péče na přechodnou dobu. Následně jaká jsou negativa a pozitiva této pěstounské péče na přechodnou dobu.

Třetím cílem práce je vytvořit dotazník pro pěstouny a pro pěstouny na přechodnou dobu, jehož výsledky budou brány jako doplňující podklad na předchozí zpracování dat z (z MZ, ÚZIS a z ústavních zařízení pro děti v gesci MZ).

## **2.2 Výzkumné otázky**

V souvislosti s hlavním cílem diplomové práce byly sestaveny následující výzkumné otázky a dále utvořeny hypotézy.

*Výzkumné otázky:*

VO 1. Kolik dětí se během kalendářního roku dostane ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do rodin (NRP)?

VO 2. Kolik dětí se v posledních pěti letech navrátilo ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do vlastních rodin?

Na VO1 a VO2 zodpovídají data získaná z ÚZIS.

VO 3. Jakou roli hraje v systému péče o dítě pěstounská péče na přechodnou dobu, její význam, pozitiva, negativa.

*Zodpovídají otázky z dotazníku pro pěstouny:*

2. Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě?
3. V jakých situacích se nejčastěji ocitly děti, o které jste pečovali nebo pečujete formou pěstounské péče nebo pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)?
4. Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu?
5. Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu?

*Zodpovídají otázky z dotazníku pro zařízení pod gescí MZ:*

4. Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě?
5. Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu?
6. Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu?
7. Zaškrtněte, prosím, jak nahlížíte na pěstounskou péči na přechodnou dobu (PPPD) ve vztahu dítě - pěstoun na přechodnou dobu.
8. Během jaké doby dle Vás vzniká citová vazba mezi dítětem a pěstounem na přechodnou dobu (PPPD)?
9. Odměna pro pěstouna je brána jako plat, tudíž mají pečující osoby i důchodové pojištění. Jak se k tomuto pojetí stavíte?
10. Pociťujete/ vnímáte jako odborník změny, které s sebou přinesl nový občanský zákoník č. 89/ 2012 Sb., a to konkrétně v péči o děti formou pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)?

VO 4. Jakou roli hraje v současnosti ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc).

*Zodpovídají otázky z dotazníku pro pěstouny:*

6. Je dle Vašeho uvážení popřípadě zkušeností možné, aby pěstounská péče na přechodnou dobu zcela nahradila zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)?

7. Jakou roli dle Vás hrají v současné době zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)?

*Zodpovídají otázky z dotazníku pro zařízení pod gescí MZ:*

11. V současné době jsou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP), které čekají na náhradní rodinnou péči.

12. Popište, prosím, stručně, s jakou anamnézou se k Vám děti do zařízení vyžadující okamžitou pomoc, nejčastěji dostávají? Vypište.

VO 5. Za jakých okolností je institucionální péče nenahraditelná?

*Zodpovídají otázky z dotazníku pro pěstouny*

8. Je dle Vás důležité, aby nadále plně fungovala zařízení institucionální péče o děti do tří let věku dítěte (dětská centra, dětské domovy do tří let věku dítěte a kojenecké ústavy)?

9. Existuje situace, za které byste pro svou fyzickou či psychickou kapacitu/ sílu nemohli o určité dítě pečovat?

*Zodpovídají otázky z dotazníku pro zařízení pod gescí MZ:*

3. Z jakého/ jakých důvodů jsou ve Vašem zařízení nejčastěji děti umístěny?

13. Jaké jsou dle Vás důvody, pro které lze/ nelze nahradit zcela institucionální péčí pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD)?

## **2.3 Stanovené hypotézy**

*Hypotézy:*

H1: Pěstouni a zařízení vidí odlišná pozitiva na PPPD.

H2: Pěstouni a zařízení vidí odlišná negativa na PPPD.

H3: Mezi zařízeními a pěstouny existuje odlišný pohled na PPPD.

H4: Existují odlišné důvody pro umístění dětí do PPPD a do zařízení.

### **2.3.1 Operacionalizace hypotéz**

Pěstoun: myšleno dohromady - pěstouny vykonávající pěstounskou péči dlouhodobou a pěstouny vykonávající pěstounskou péči na přechodnou dobu.

Pěstoun vykonávající pěstounskou péči dlouhodobou: osoba zajišťující náhradní rodinnou péči o dítě na místo rodiče při výchově dítěte. Pěstoun vykonává přiměřeně povinnosti a práva rodičů. Dle nového občanského zákona č. 89/ 2012 Sb.

Pěstoun na přechodnou dobu: osoba zajišťující náhradní rodinnou péči o dítě na místo rodiče při výchově dítěte a to nejdéle po dobu 1 roku. Dle zákona o sociálně právní ochraně dětí č. 359/ 1999 Sb.

Zařízení: zařízení či instituce pod gescí MZ, vykonávající péči o děti do 3 let věku (kojenecké ústavy, dětské domovy do 3 let věku a dětská centra).

Odlišný pohled: je jiný názor/ úhel pohledu, než mají ostatní na danou situaci, věc či chování.

Odlišný důvod: je v nynějším označení myšleno důvod zdravotní např. těžký zdravotní stav dítěte, dále důvod sociální např. rodič ve výkonu trestu a zdravotně sociální důvod např. rodiče závislí na omamných látkách.

Existují (existence): vyznačuje přítomnost či možnost něčeho.

Umístění dětí: vyznačuje v kontextu s tématem přemístění/ přesun dětí.

## 3 METODIKA

### 3.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl utvořen z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS). Data za rok 2011 a 2012 byla dostupná z webových stránek ÚZIS (Kojenecké ústavy, dětské domovy a další zařízení pro děti, 2014). Jelikož nebyla ale volně dostupná data na webových stránkách za rok 2013, 2014 a 2015, byla poslána žádost o zaslání dat, které bylo vyhověno.

Výzkumný soubor byl dále utvořen z pěstounů jak dlouhodobých, tak pěstounů na přechodnou dobu vykonávajících pěstounskou péči. Osloveni byli skrze OSPOD Český Krumlov, dále přes sociální síť Facebook, na níž mají pěstouni své stránky např. Pěstouni, Na slovíčko; Pěstounská péče nanečisto anebo Pojd'te do toho s námi, Pěstounská péče známá – neznámá. Celkový počet oslovených respondentů je mi neznámý, jelikož jsem dotazník přikládala jako soubor na webových stránkách sociální sítě Facebook a je jen na respondentech, kdo odkaz otevře a kdo nikoli. Ohledně OSPODu Český Krumlov bylo též v rukou sociálních pracovníků, komu dotazník nabídly a přeposlaly na základě usouzení vhodnosti předání dotazníku danému respondentovi. V diplomové práci jsou respondenti uvedeni jako respondent 1- 30, pro lepší přehlednost.

Výzkumný soubor tvořila také zařízení pod gescí MZ z celé ČR (dětské domovy do 3 let věku, kojenecké ústavy a dětská centra.) Těch bylo v roce 2016 celkem 29 dle aktualizovaného sčítání institucí (Ministerstvo zdravotnictví, 2016) Na rok 2016 budou data připravována ÚZIS na podzim roku 2017, až tehdy bude možné zjistit další podrobnější údaje za rok 2016. Z celkového počtu rozeslaných dotazníků 29 se mi navrátilo 22 dotazníků vyplněných potřebným zařízením pod gescí MZ. Z počtu 29 se mi 7 zařízení pod gescí MZ se mi neozvala, ačkoli jsem celoplošně



rozesílala elektronickou poštou prosbu o vyplnění opakovaně. Problémem bylo zjistit, o jaká zařízení se konkrétně jedná, jelikož některá zařízení rozesílala vyplněné dotazníky pod anonymním e- mailem. V diplomové práci jsou jednotlivá zařízení značena zařízení 1- 22.

### **3.2 Technika sběru dat**

Všechna zařízení pro děti do 3 let věku pod gescí MZ v ČR byla oslovena prostřednictvím e- mailové adresy, uvedené na webových stránkách daného zařízení v období duben, květen a červen 2016. Jelikož nebyl po prvním oslovení návrat ze zařízení 100%, kontaktovala jsem instituce ještě jednou, telefonicky a následně po domluvě znovu e-mailem. Ačkoli byla zařízení poučena o anonymitě, i přesto některá z nich zasílala pro svou vlastní ochranu vyplněné dotazníky pod anonymním e- mailem. Z těchto důvodů mi bylo opakované kontaktování ztíženo, jelikož bez názvu zařízení byl návrat až osmi dotazníků. Celkový počet získaných dotazníků od institucí byl tedy 22 z 29. V e-mailové adrese byl přiložen samotný dotazník, který v první části seznamuje respondenty (zařízení) s důvodem, prosbou, zaručením anonymity a poděkováním za spolupráci.

Respondenti (pěstouni na přechodnou dobu a pěstouni dlouhodobí) byli osloveni na základě telefonické domluvy sociální pracovnící z OSPODu v Českém Krumlově, která se s určitými pěstouny domluvila a po jejich souhlasu jim zaslala e-mailem vytvořený dotazník. Dále byli pěstouni osloveni na sociální síti Facebook, kde byl dotazník zveřejněn na konkrétních stránkách určený pro pěstouny. Celkový počet navrácených dotazníků byl 30, a jelikož byl dotazník volně přístupný, nelze určit, kolik pěstounů odmítlo vyplnit, či kolik přesně bylo pěstounů osloveno.

Potřebná data z ÚZIS byla získána na základě podané žádosti na ÚZIS a z dostupných dat na webových stránkách..

Pro sběr dat k dotazníku pro pěstouny a dotazník určený institucím pod gescí MZ v ČR byla určena metoda dotazování a technika dotazníku. Oba dotazníky zajišťovaly vyplňujícím anonymitu, jež podporuje respondenty v upřímnosti (Hendl, 2012). Otázky v obou dotaznících obsahují jak uzavřené, tak otevřené odpovědi. V některých je dokonce možnost více odpovědí. Má-li respondent možnost uzavřené odpovědi, zvolí vždy variantu odpovědi, jež je v dotazníku uvedena. V případě otevřené odpovědi v dotazníku je příležitost zjistit od respondenta jeho vlastní názor, což může výzkum velmi obohatit (Kotler, 2007). V dotaznících uvedené i polouzavřené odpovědi, jež jsou mezníkem mezi uzavřenou a otevřenou odpovědí, jak uvádí Kozel et al. (2011). V tomto případě může respondent zvolit buďto navrhouanou odpověď nebo uvést svou vlastní do příslušného prostoru (Kozel et al., 2011). Jelikož dotazníky obsahují i otázky otevřené či polouzavřené, zvolila jsem pro vyhodnocování těchto odpovědí otevřené kódování a axiální kódování, ačkoli se tento typ vyhodnocování využívá především u kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šedová, 2007). Pro přehlednost jsem kódy přenesla do diagramů, z nichž lze čitelně rozeznat shodu více respondentů či naopak individuální odpověď.

Dotazník určený pěstounům obsahoval 9 otázek. První otázka rozdělila pěstouny na dvě skupiny, na dlouhodobé a na přechodnou dobu. Otázky 2, 3, 4 a 5 byly sestaveny na základě VO 3, která zkoumá roli PPPD, její pozitivita a negativa. Na základě VO4 byly sestaveny otázky 6 a 7, jež se zabývají rolí ZDVOP. Na zodpovězení VO 5. Za jakých okolností je institucionální péče nenahraditelná, byly sestaveny otázky 8 a 9.

Dotazník určený institucím pod gescí MZ v ČR je vytvořen z 13 otázek. Otázky 1, 2 zjišťovaly o zařízení základní údaje. K VO3 (role PPPD, pozitivita a negativa) byly vytvořeny otázky 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. VO4 zjišťující postavení ZDVOP zkoumaly otázky 11, 12. Na VO5 mají zodpovědět otázky 3, 13, jež se zabývají, zda lze či nelze institucionální péče nahradit.

Získaná data z ÚZIS a webových stránek jsem pouze převedla do vlastních tabulek a grafů, které jsem sama popsala a označila. Tato data jsou brána pouze jako možnost

posoudit kompletně systém péče o dítě, ačkoli zodpovídají VO1 a VO2. Ve výsledcích uvádím zdroj: ÚZIS.

Sebraná data z dotazníkového šetření (pěstouni a instituce) budou zpracována v Microsoft Excel. Každý dotazník bude mít tímto způsobem svou tabulku, v níž budou uvedena veškerá data, jež budou následně zpracována.

Odpovědi, jež respondenti měli možnost v obou dotaznících zvolit, jsou různorodé. Oba dotazníky jsou k dispozici, viz přílohy.

### **3.3 Metody a techniky sběru dat**

Diplomová práce je zpracována kvantitativním způsobem, metodou dotazování a technikou dvou dotazníků. Dotazníky jak pro pěstouny, tak pro zařízení pod gescí MZ v ČR měly zaručenou anonymitu. Dotazníky obsahují uzavřené, otevřené a polouzavřené odpovědi. Z těchto důvodů bylo využito otevřeného kódování a axiálního kódování a následně jsou výsledky těchto kódů vneseny do přehledných diagramů. Sebraná data u uzavřených odpovědí byla následně zanesena do dvou tabulek Microsoft Excel, pro každou skupinu zvlášť a dále proběhlo zpracování pomocí tabulek, grafů a výpočtů.

Sběr dat u institucí proběhl pomocí zaslání dotazníků na e-mailové adresy, jež byly uvedeny na webových stránkách daného zařízení v období. Sběr dat probíhal v měsících duben, květen a červen 2016. Z důvodu malé návratnosti byly instituce znovu vyzvány k vyplnění dotazníků, ale přesto se z 29 zařízení vrátilo pouze 22 dotazníků, viz Technika sběru dat.

Respondenti (pěstouni a pěstouni na přechodnou dobu) byly osloveni přes sociální pracovníci OSPODu z Českého Krumlova a dále přes sociální síť Facebook přímo

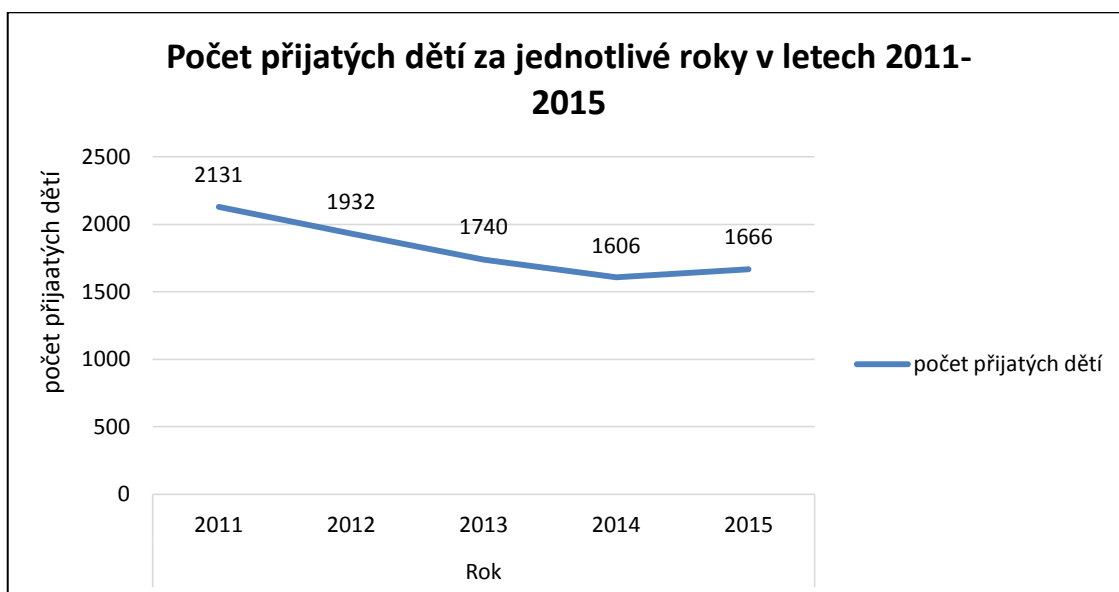
na stránkách Pěstouni, Na slovíčko; Pěstounská péče nanečisto anebo Pojd'te do toho s námi, Pěstounská péče známá – neznámá. Sběr dat probíhal od března do července roku 2016. Návratnost dotazníků je v celkovém počtu 30. Nelze určit, jaká je konkrétní návratnost a to z důvodu, že nelze určit, kolik pěstounů odmítlo dotazník sociální pracovníci vyplnit či kolik pěstounů na sociální síti dotazník přehlédlo. Dotazník pro pěstouny obsahuje 9 otázek a dotazník určen institucím pod gescí MZ v ČR tvoří 13 otázek. V obou dotaznících jsou zpracované otázky tak, aby bylo možno odpovědět na *VO 3. Jakou roli hraje v systému péče o dítě pěstounská péče na přechodnou dobu, její význam, pozitiva, negativa.*, *VO 4. Jakou roli hraje v současnosti ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc).*, *VO 5. Za jakých okolností je institucionální péče nenahraditelná?*

Data pro zodpovězení *VO1. Kolik dětí se během kalendářního roku dostane ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do rodin (NRP)?* a *VO 2. Kolik dětí se v posledních pěti letech navrátilo ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do vlastních rodin?* Byla využita data z ÚZIS.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Základní údaje k získaným datům z ÚZIS

Graf 1: Počet přijatých dětí celkem za rok 2011- 2015



Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava

Nejprve byl zpracován graf 1, který popisuje, kolik dětí celkem bylo přijato za jednotlivé roky od roku 2011- 2015. Podle grafu 1 je viditelné, že počet přijatých dětí do zařízení pod gescí MZ mezi roky 2011- 2014 klesá. Výjimkou je rok 2015. Zde se počet přijatých dětí od předchozího roku 2014 zvedl.

Tabulka 2: Důvody přijetí dětí do zařízení v gesci MZ v letech 2011 - 2015

Důvod přijetí	Rok				
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>zdravotní</b>	958 (44,96 %)	881 (45,60 %)	701 (40,29 %)	567 (35,31 %)	567 (34,03 %)
<b>zdravotně sociální</b>	440 (20,65 %)	345 (17,86 %)	425 (24,43 %)	487 (30,32 %)	531 (31,87 %)
<b>sociální</b>	733 (34,40 %)	706 (36,54 %)	614 (35,29 %)	552 (34,37 %)	568 (34,09 %)

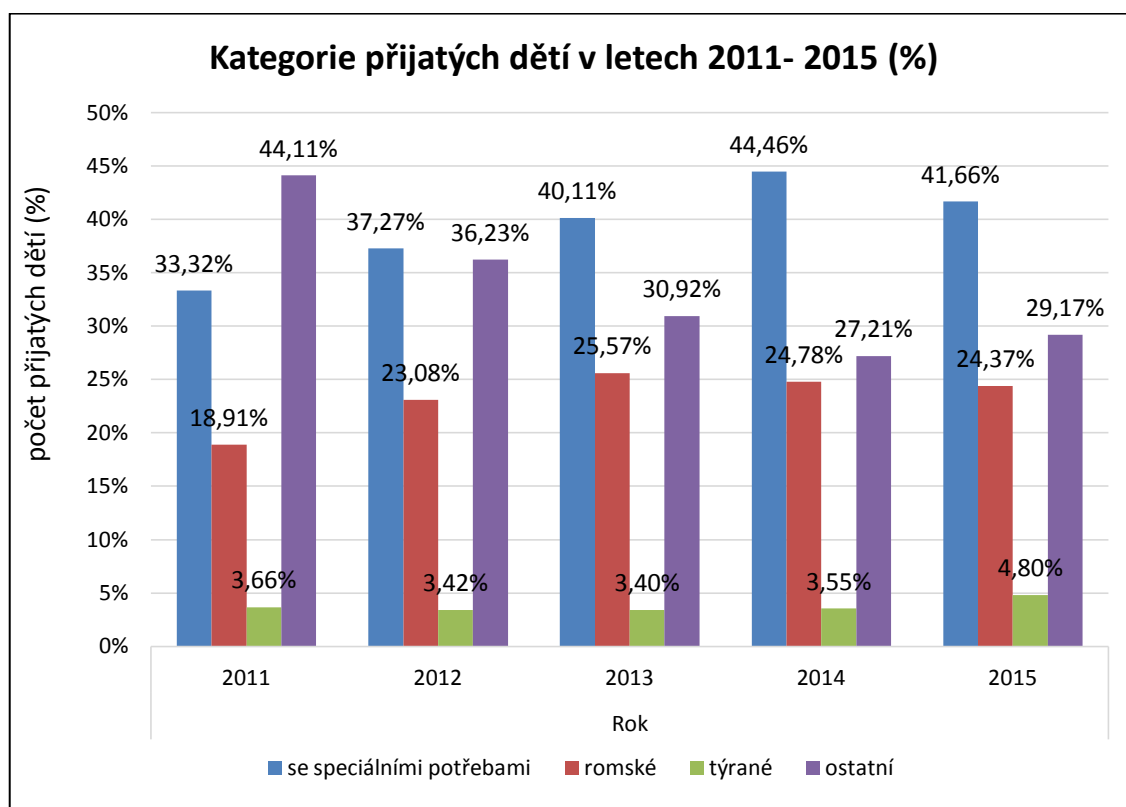
Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Tabulka 2 znázorňuje, že nejčastějším faktorem pro přijetí dětí do zařízení spadající pod MZ jsou důvody zdravotní a to ve všech zkoumaných pěti letech. Pouze v roce 2015 přesahuje důvod zdravotní důvod sociální o jedno číslo. Celkově přijetí dětí ze zdravotních důvodů postupně klesá.

Sociální důvod je na druhé příčce a každým rokem tyto důvody klesají, až na rok 2015, ve kterém bylo o 16 přijatých dětí víc ze sociálních důvodů, než v roce 2014.

Zdravotně sociální důvody jsou těmi nejméně častými, ačkoli od roku 2013 se zvyšují.

Graf 2: Kategorie přijatých dětí v letech 2011- 2015 (%)



Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

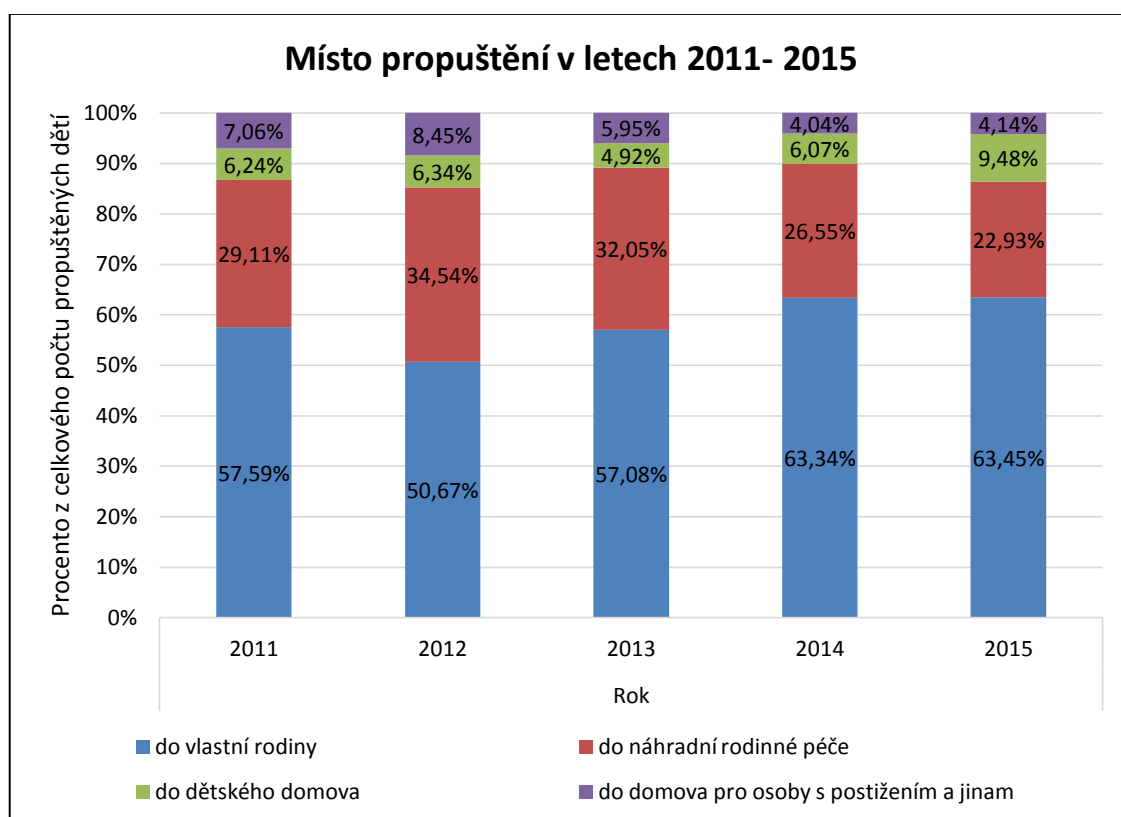
Tabulka 3: Kategorie přijatých dětí do zařízení pod gescí MZ v letech 2011 - 2015

Kategorie dětí:	Rok				
	2011	2012	2013	2014	2015
se speciálními potřebami	710	720	698	714	694
romské	403	446	445	398	406
týrané	78	66	59	57	80
ostatní	940	700	538	437	486

Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Graf 2 a tabulka 3 zobrazuje počet přijatých dětí do zařízení pod MZ během jednotlivých let 2011- 2015. Nejpočetnější zastoupení mají děti se speciálními potřebami od roku 2012. Počet přijetí těchto dětí má střídavou tendenci. Na druhém místě jsou děti s názvem „ostatní“, u kterých se od roku 2012 počet přijímaných dětí sestupně snižuje, až na rok 2015, ve kterém se oproti předchozímu roku 2014 zvýšil počet o 49 dětí. Romské děti jsou přijímány z těchto kategorií na třetím místě a počet romských dětí se v průběhu roku 2011- 2015 výrazně nemění. Čtvrté a nejmenší zastoupení mají děti týrané, u nichž se přijetí během let 2011- 2014 snižoval, ale v roce 2015 se počet od předchozího roku 2014 zvýšil o 23 dětí.

Graf 3: Navazující místo propuštění dětí ze zařízení MZ v letech 2011- 2015



Zdroj: Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování



Graf 3 člení, kolik dětí se dostane během roku 2011 - 2015 ze zařízení za každý rok jednotlivě, a to do vlastních rodin, do náhradní rodinné péče, do dětského domova a do domova pro osoby s postižením či jinam.

Nejvíce dětí ze zařízení jsou umístěné zpět do vlastních rodin. Od roku 2011- 2015 neklesl návrat do vlastních rodin pod 50 %. O roku 2013 se navrácení do vlastních rodin zvyšuje.

Náhradní rodinná péče je na druhém místě příčin nejčastějšího propouštění dětí. Od roku 2013 se procentuálně zastoupení náhradní rodinné péče snižuje.

Děti propuštěných do dětského domova od 3 let mělo od roku 2011 - 2014 sestupnou tendenci. Rok 2015 s sebou přinesl navýšení počtu dětí o 3,41 %, než tomu bylo v roce 2014.

Děti, jimž je nutné poskytnou následující péči v domově pro osoby s postižením nebo dokonce zcela jiné místo, je z celkového zastoupení nejmenší. Od roku 2013 se množství těchto dětí snížilo o 2,86 % s ohledem na předchozí rok 2012. V letech 2014 a 2015 je návrat do vlastní biologické rodiny téměř ve 2/3.“

Tabulka 4: Děti propuštěné do rodin v letech 2011- 2015

	Rok				
	2011	2012	2013	2014	2015
Návrat do vlastní rodiny	1264	983	1056	1033	1057
Náhradní rodinná péče	639	670	593	433	382
<b>Celkem (vlastní rodina a NRP)</b>	<b>1903</b>	<b>1653</b>	<b>1649</b>	<b>1466</b>	<b>1439</b>

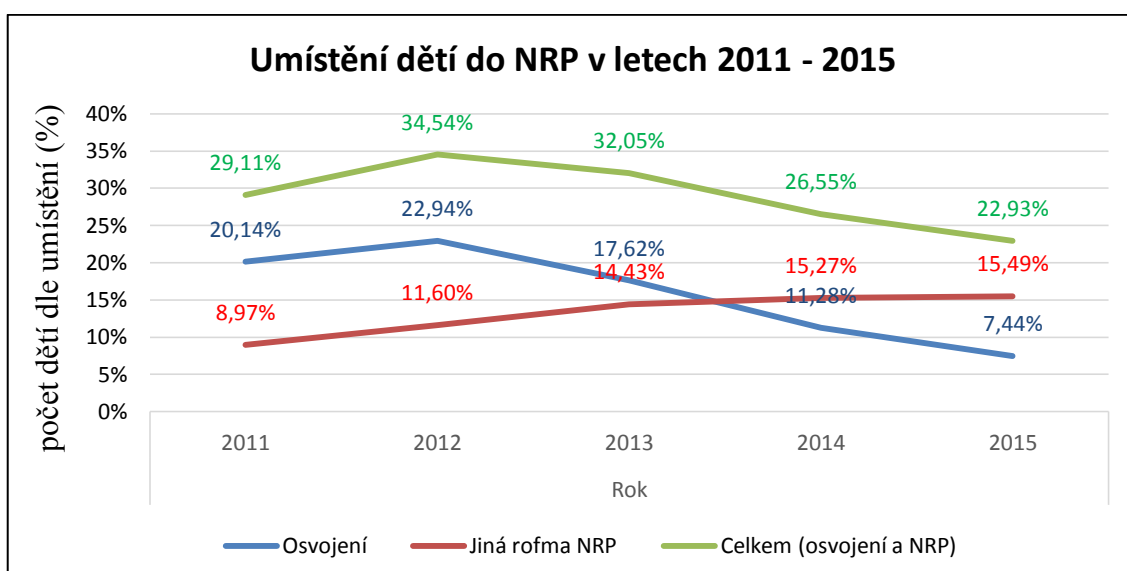
Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Celkový počet umístěných dětí do rodin, jak do vlastních, tak do náhradní rodinné péče v letech 2011 - 2015 převyšuje více jak 85 % (viz graf 5 a tabulka 4). Zbytek dětí je přemístěn buďto do dětského domova od 3 let věku, nebo do domova pro osoby s postižením nebo jinam. O dětech umístěných do vlastních rodin viz kapitola 4.3 Výsledky k VO2.

## 4.2 Výsledky k VO1

VO1 Kolik dětí se během kalendářního roku dostane ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do náhradní rodinné péče (NRP)?

Graf 4: Počet umístěných dětí do náhradní rodinné péče (NRP) v letech 2011 - 2015



Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Tabulka 5: Počet umístěných dětí do náhradní rodinné péče (NRP) v letech 2011- 2015

Rok:	2011	2012	2013	2014	2015
Osvojení:	442	445	326	184	124
Jiná forma náhradní rodinné péče:	197	225	267	249	258
Celkem NRP:	639	670	593	433	382

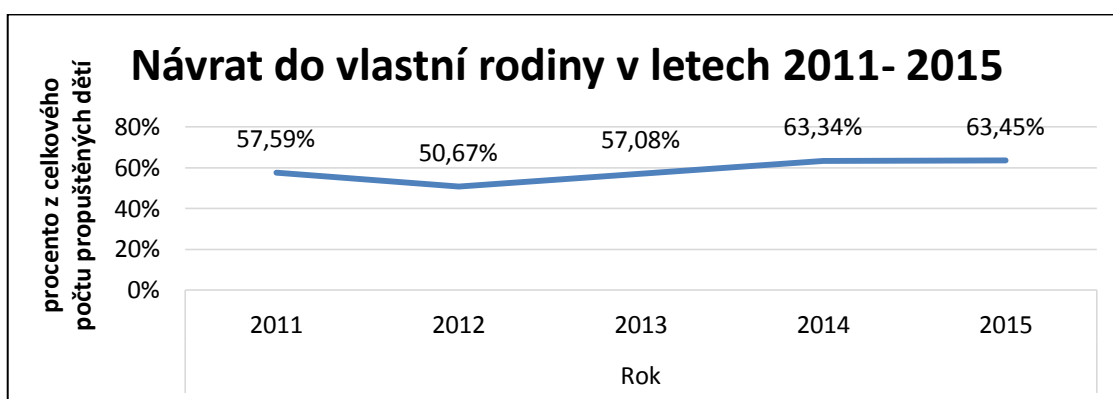
Zdroj: zaslaná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Graf 4 a tabulka 5 ukazují, kolik dětí se umístilo do **osvojení** v letech 2011 a 2012. Od roku 2013 tato forma náhradní péče klesá a v roce 2015 má osvojení zastoupení pouze v 7,44 %. **Jiné formy náhradní rodinné péče** mají naopak od roku 2011 do roku 2015 postupný nárůst, ačkoli jejich nejvyšší zastoupení je v roce 2015 s 15,49 %. V roce 2014 a 2015 mají jiné formy náhradní péče větší zastoupení, než samotná forma osvojení, ta měla naopak větší zástupnost mezi roky 2011- 2013.

### 4.3 Výsledky k VO2

VO 2. Kolik dětí se v posledních pěti letech navrátilo ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do vlastních rodin?

Graf 5: návratnost dětí do vlastních rodin v letech 2011- 2015



Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Tabulka 6: návrat do vlastní rodiny a do jiné formy péče v letech 2011 - 2015

	Rok				
	2011	2012	2013	2014	2015
Návrat do vlastní rodiny	(57,59 %)	(50,67 %)	(57,08 %)	(63,34 %)	(63,45 %)
Jiná forma navazující péče	(42,41 %)	(49,33 %)	(42,92 %)	(36,66 %)	(36,55 %)
Celkem propuštěných dětí	2195	1940	1850	1631	1666

Zdroj: zasláná data z ÚZIS, vlastní úprava a zpracování

Ve zkoumaném období let 2011-2015 dle grafu 5 a tabulky 6 neklesl počet propouštěných dětí do vlastních (biologických) rodin pod 50 %. Od roku 2013 se návratnost do vlastních rodin zvyšuje.

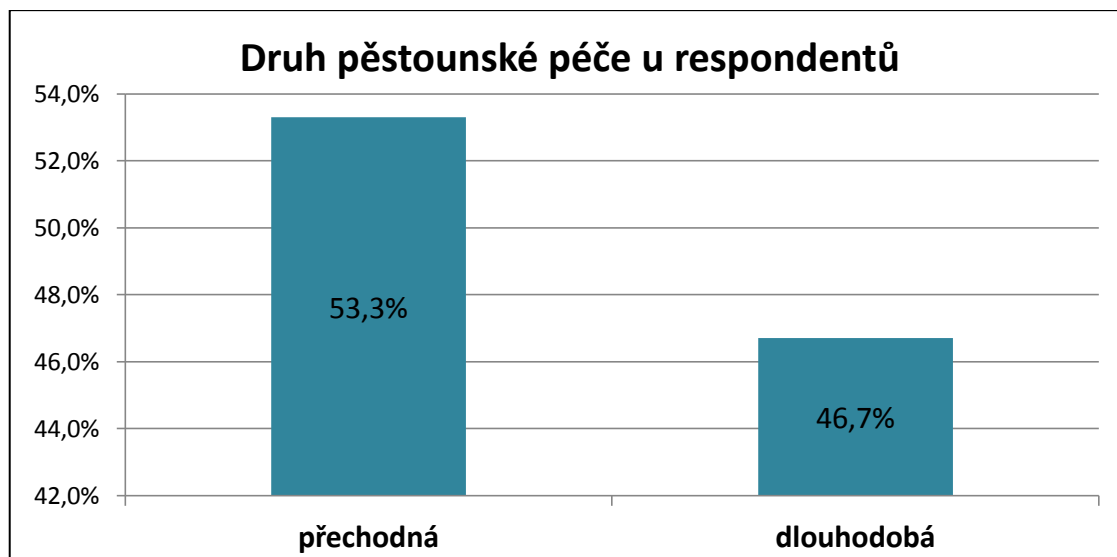
#### **4.4 Výsledky k VO3**

VO 3. Jakou roli hraje v systému péče o dítě pěstounská péče na přechodnou dobu, její význam, pozitiva, negativa.

##### ***4.4.1 Popis výsledků k VO3 z dotazníku pro pěstouny***

Na tento dotazník odpovědělo 30 pěstounů, z čehož 53 % (16 respondentů) vykonává PPPD a 47 % (14 respondentů) dlouhodobou pěstounskou péči. O PPPD si 53 % (16 respondentů) z nich myslí, že hraje nezastupitelnou roli v systému péče o dítě a 47 % (14 respondentů) se domnívá, že v kombinaci s péčí institucionální se jedná o komplexní systém potřebné péče.

Graf 6: Druh pěstounské péče u respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 7: Role PPPD v systému péče ČR

<b>Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě?</b>		
<b>Možnost jedné odpovědi</b>	<b>Počet</b>	<b>Procento</b>
Nezastupitelná role	16	53 %
V kombinaci s péčí institucionální se jedná o komplex potřebné péče	14	47 %
<b>Celkový součet</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8: Situace dětí umístěných do PPPD

<b>V jakých situacích se nejčastěji ocitly děti, o které jste pečovali nebo pečujete formou pěstounské péče nebo pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)?</b>		
<b>Zvolená respondenty pouze jedna odpověď</b>	Počet	Procento
Zdravotní důvody, pro které nelze vykonávat péči o dítě v rodině.	1	3 %
Sociální důvody (např. rozvrat v rodině, rodiče ve výkonu trestu apod.)	15	50 %
Zdravotní a sociální důvody (např. zdravotní problémy rodičů, závislost na omamných látkách rodičů, podezření na syndrom CAN apod.)	14	47 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dále byli pěstouni dotazováni (viz tabulka 8), v jakých situacích se nejčastěji ocitly děti, o které se starali. Sociální důvody 50 % (15 pěstounů) byly nejčastějšími, na druhém místě byly děti se zdravotními a sociálními důvody 47 % (14 pěstounů) a pouze 3 % (1 pěstoun) uvedl péči o dítě ze zdravotních důvodů.

Tabulka 9: Rizika PPPD dle pěstounů

<b>Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu? (možnost více odpovědí)</b>		
<b>Zvoleno více odpovědí</b>	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupení
Žádná	4	11 %
Vytvoření citové vazby mezi pečující osobou a dítětem – následné přerušení této vazby	13	36 %
Nedostatek pěstounů na přechodnou dobu a to především pro děti jiného etnického původu, starších dětí, pro děti se zdravotním postižením, pro děti v sourozeneckých skupinách apod.	13	36 %
Uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu jako finanční cíl	3	8 %
Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) nebude nikdy vhodná pro všechny děti	3	8 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 9 jsou patrné výsledky rizik PPPD. Mezi odpovědi s nejpočetnějším zastoupením respondentů patří negativum vytvoření citové vazby mezi pěstounem a dítětem s následným odloučením 36 % (13 respondentů). Se stejnými výsledky



je na tom i odpověď s obavou nedostatku PPPD pro starší děti, sourozenecké skupiny, děti jiného etnika apod. Po 8 % (3 respondenti) uvedli možné riziko v uchopení PPPD jako finanční cíl a obavu, že PPPD nikdy nebude vhodná pro všechny děti. 11 % (4 respondenti) nevnímají žádná rizika PPPD. Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

V této otázce byla dále možnost otevřené odpovědi, kam mohli pěstouni zaznamenat rizika či negativa PPPD, pokud nabízený výběr možností nebyl dostačující. Pouze jeden respondent z dotazníku 1 využil možnost otevřené odpovědi a popsal jako **riziko nefunkčnost návaznosti péče z PPPD do pěstounské péče dlouhodobé a následně přebývání a prodlužování doby u PPPD, ačkoli jsou pěstouni dlouhodobí volní**. Respondent 1 uvádí: *Není dostatek dlouhodobých pěstounů, kteří by děti z PPPD přebírali. Resp. Je jich určitě dostatek, ale nefunguje úřednická mašinerie tak, aby byly děti co nejdříve předávány do dlouhodobé PP, nebo adopce a to napříč celou republikou.* A dále popisuje: *Na jedné straně jsou volní pěstouni a na druhé děti, které zbytečně zůstávají buď u PPPD, nebo se v krajních případech vrací do ústavu.*

Tabulka10: Pozitiva PPPD dle pěstounů

<b>Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu?</b>		
<b>Zvoleno respondenty více odpovědí</b>	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupení
Žádná	0	0 %
Dítě je možno umístit okamžitě do náhradní rodinné péče – nemusí být vůbec předem umístěno do ústavní péče	22	44 %
Předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy	18	36 %
Navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou	9	18 %
Jiné	1	2 %

Zdroj: vlastní výzkum

Pěstouni oceňují na PPPD ze 44 % (22 pěstounů) možnost okamžitého umístění dítěte do rodiny. V 36 % (18 pěstounů) připisují pozitivum PPPD především předcházení citové deprivace dítěte. 18 % (9 pěstounů) vnímají jako pozitivum bezpečnou citovou vazbu mezi dítětem a pečující osobou – pěstounem na přechodnou dobu (viz tabulka 10). Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

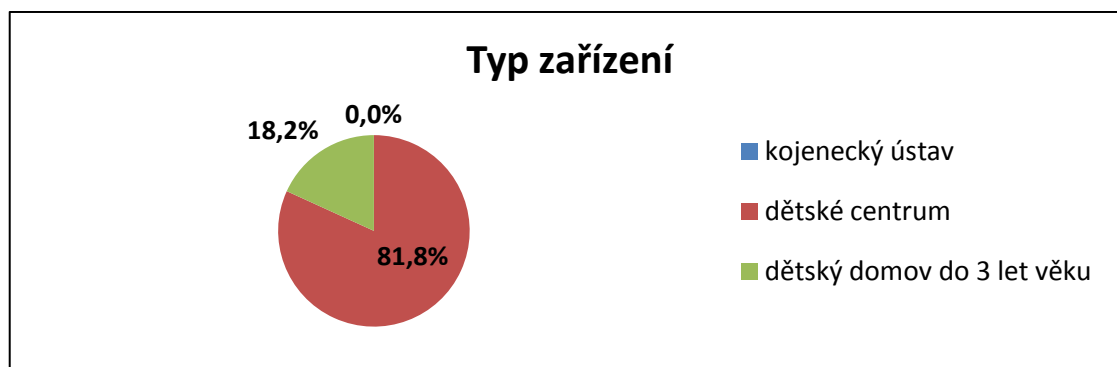
Tato otázka v dotazníku pro pěstouny umožnila otevřené odpovědi, kde respondenti mohli uvést další pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu, pokud výběr vypsanych odpovědí byl nedostačující. Této volby využil pouze 1 respondent (2 %)

z dotazníku pro pěstouny 2, který uvedl následující výhodu PPPD: *Zamezení opakování genealogického problému, dítě, které nepozná odložení, nebude mít takový problém postarat se i o své děti, předcházení opakování situace odloženého dítěte.* Respondent tedy shledává pozitivum v tom, že **děti vyrůstající v PPPD budou mít lepší vzor jak vychovávat i své děti a zamezí se opakování odloženého dítěte.**

#### 4.4.2 Popis výsledků k VO3 z dotazníku pro zařízení v gesci MZ v ČR

Základním souborem, z něhož byla následně oslovována zařízení pod gescí MZ v ČR pro výzkum vyplývá, že v roce 2016 byl celkový počet těchto institucí 29 (Ministerstvo zdravotnictví, 2016). Na dotazník odpovědělo 22 zařízení - 4 dětské domovy (18 %), 18 dětských center (82 %) a z kojeneckých ústavů byla návratnost nulová (viz graf 10). U 19 (tj. 86 %) z nich je součástí i ZDVOP (viz tabulka 11, graf 7).

Graf 7: Typ zařízení výkonu povolení u respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11: Součást ZDVOP v zařízení pod gescí MZ v ČR

Součást ZDVOP	Počet	Procento
Ano	19	86 %
Ne	3	14 %
Celkový součet	22	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dále byla zařízení dotazována, z jakého důvodu jsou do nich nejčastěji umisťovány děti. Zařízení mohla vybrat více než jednu odpověď. Výsledky jsou patrné v tabulce 12. Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

Tabulka 12: Důvody přijetí děti do zařízení pod gescí MZ

Důvod přijetí (možnost více odpovědí)	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupení
Zdravotní	5	18 %
Sociální	5	18 %
Zdravotní a sociální	18	64 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13: Role PPPD v systému péče o dítě

<b>Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě? (možnost více odpovědí)</b>		
Odpovědi	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupení
Nezastupitelnou, má své přednosti před dalšími variantami v náhradní péči o dítě.	2	8 %
V kombinaci s institucionální péčí (kojenecké ústavy, dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let) a péčí v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) se jedná o vyvážený komplex potřebné péče.	22	92 %
Pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) lze nahradit institucionální péčí.	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Žádné ze zařízení se nedomnívá, že lze PPPD nahradit institucionální péčí. Všechna zařízení se naopak domnívají, že v kombinaci s institucionální péčí se jedná o vyvážený komplex potřebné péče (podrobněji viz tabulka 13). Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

Dále byla zařízení dotazována na negativa a pozitiva, pěstounské péče na přechodnou dobu, výsledky jsou v tabulce 14 a 15. Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

Tabulka 14: Rizika a negativa PPPD popsaná institucemi MZ v ČR

<b>Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu?</b>		
Odpovědi	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupení
Žádná negativa si neuvědomuji.	0	0 %
Některá rizika/ negativa existují, ale nejde dle mě o nic zásadního, co by pěstouni sami či za pomoci např. podpůrných, poradenských, psychologických či jiných služeb nezvládli.	3	8 %
Vytvoření citové vazby mezi pečující osobou a dítětem – následné odloučení se a přerušení této vazby.	14	34 %
Nedostatek pěstounů na přechodnou dobu a to především pro děti jiného etnického původu, starších dětí, pro děti se zdravotním postižením, pro děti v sourozeneckých skupinách apod.	14	34 %
Uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu především jako finanční cíl pro některé potenciální profesionální pěstouny.	10	24 %

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měla zařízení možnost zaškrtnout více odpovědí. 34 % (14 zařízení) uvedlo jako riziko vytvoření citové vazby a následné odloučení. Ve stejném procentuálním zastoupení je uveden i nedostatek pěstounů, jež by pečovali o děti s jiným etnickým původem, o sourozenecké skupiny apod. V 24 % (10 zařízení)

má obavu z uchopení PPPD především pro finanční zisk. 8 % (3 zařízení) uvádí, že mohou existovat rizika PPPD, ale nejedná se o nic závažného, co by nebylo možné zvládnout.

Tabulka 15: Pozitiva a přednosti PPPD popsaná institucemi MZ v ČR

<b>Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu? (možnost více odpovědí)</b>		
<b>Možnost výběru více odpovědí</b>	<b>Počet zvolených odpovědí</b>	<b>Poměr % zastoupení</b>
Žádná	0	0 %
Dítě je možno umístit okamžitě do náhradní rodinné péče k pěstounům – nemusí si projít umístěním do ústavní péče.	9	33 %
Předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy.	1	4 %
Navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou.	10	37 %
Dítě má v náhradní rodinné péči (u pěstounů na přechodnou dobu) více pozornosti a péče, jako od rodičů – na rozdíl od institucí/ ústavů.	7	26 %

Zdroj: vlastní výzkum

V otázce pozitiv a předností PPPD bylo možné zvolit více odpovědí. 37 % (10 zařízení) uvedlo jako pozitivum bezpečné navázání citové vazby s novou rodinou. Okamžité umístění do náhradní rodiny, aniž by muselo být dítě předtím v ústavní péči, zastává 33 % (9 zařízení). 26 % (7 zařízení) vnímá, že má dítě více pozornosti v náhradní rodinné péči, než v péči ústavní. V zastoupení 4 % (1 zařízení) zařadilo mezi pozitiva i předcházení citové deprivace dítěte.



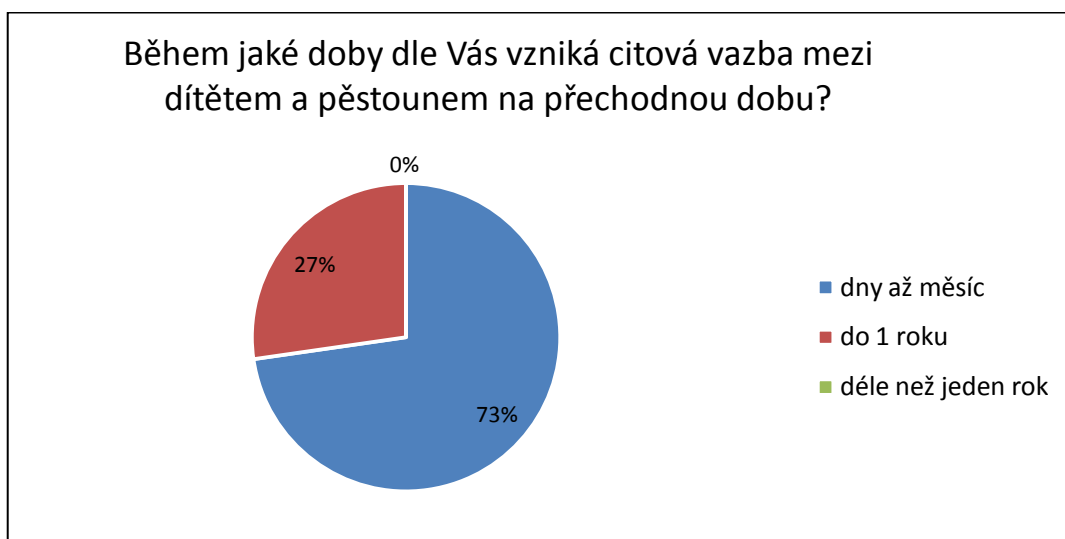
Tabulka 16: PPPD ve vztahu dítě a pěstoun

<b>Jak nahlížíte na pěstounskou péči na přechodnou dobu (PPPD), ve vztahu dítě - pěstoun na přechodnou dobu. (možnost více odpovědí)</b>		
Odpovědi	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupení
Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) se mi jeví jako lepší, než institucionální péče (dítě zde má osobu, která o něj pečuje v rodinném zázemí).	0	0 %
Pro dítě je pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) nebezpečná v tom, že si na pěstouna zvykne a po této době je opět přemísťováno - citová nestabilita u dítěte apod.	13	37 %
Nemůžu určit, zda je pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) lepší nebo horší, než institucionální péče.	4	11 %
Jedná se o individuální situaci. Ne u každého dítěte je vhodné zařazení do PPPD, zároveň existují ale děti, u kterých se jeví PPPD jako vhodnější forma, než institucionální péče).	18	52 %

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce bylo možné uvést více odpovědí. 52 % (18 zařízení) se shoduje, že vždy záleží na individuálním posouzení a druhu situace dítěte. V určitých případech je tedy více vhodná PPPD, jindy institucionální. 37 % (13 zařízení) vnímá PPPD jako citovou nestabilitu dítěte, nejdříve si dítě u PPPD zvykne a následně je přemísťováno opět jinam. 11 % (4 zařízení) nemůže určit, zda je PPPD lepší než institucionální a naopak. Nikdo ze zařízení neuvedl upřednostnění PPPD před institucionální péčí (viz tabulka 16). Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

Graf 8: Délka vzniku citové vazby



Zdroj: vlastní výzkum

27 % (6 zařízení) uvádí, že citová vazba mezi dítětem a pěstounem vzniká do 1 roku a 73 % (16 zařízení) uvádí, že vznik citové vazby je otázkou několika dní až měsíce. Déle než jeden rok neuvedlo žádné zařízení (viz graf 8).

Tabulka 17: Odměna pro PPPD z pohledu institucí MZ v ČR

<b>Odměna pro pěstouna je brána jako plat, tudíž mají pečující osoby i důchodové pojištění. Jak se k tomuto pojetí stavíte?</b>		
<b>Zvolená jen jedna odpověď</b>	Počet	Procento
Nemám s tím problém	7	32 %
Mám s tím problém	5	23 %
Nedokážu posoudit	10	45 %
Celkový součet	22	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dále byla zařízení dotazována na odměnu pro pěstouny. 32 % (7 zařízení) uvedlo, že jim přijde správné, že pěstouni dostávají za pečování o děti plat. 23 % (5 zařízení) ale nesouhlasí s tím, že by pěstouni plat měli dostávat, neboť by k pěstounství mohli přistupovat za účelem zisku. 45 % (10 zařízení) tuto problematiku nedokáže posoudit (viz tabulka 17).

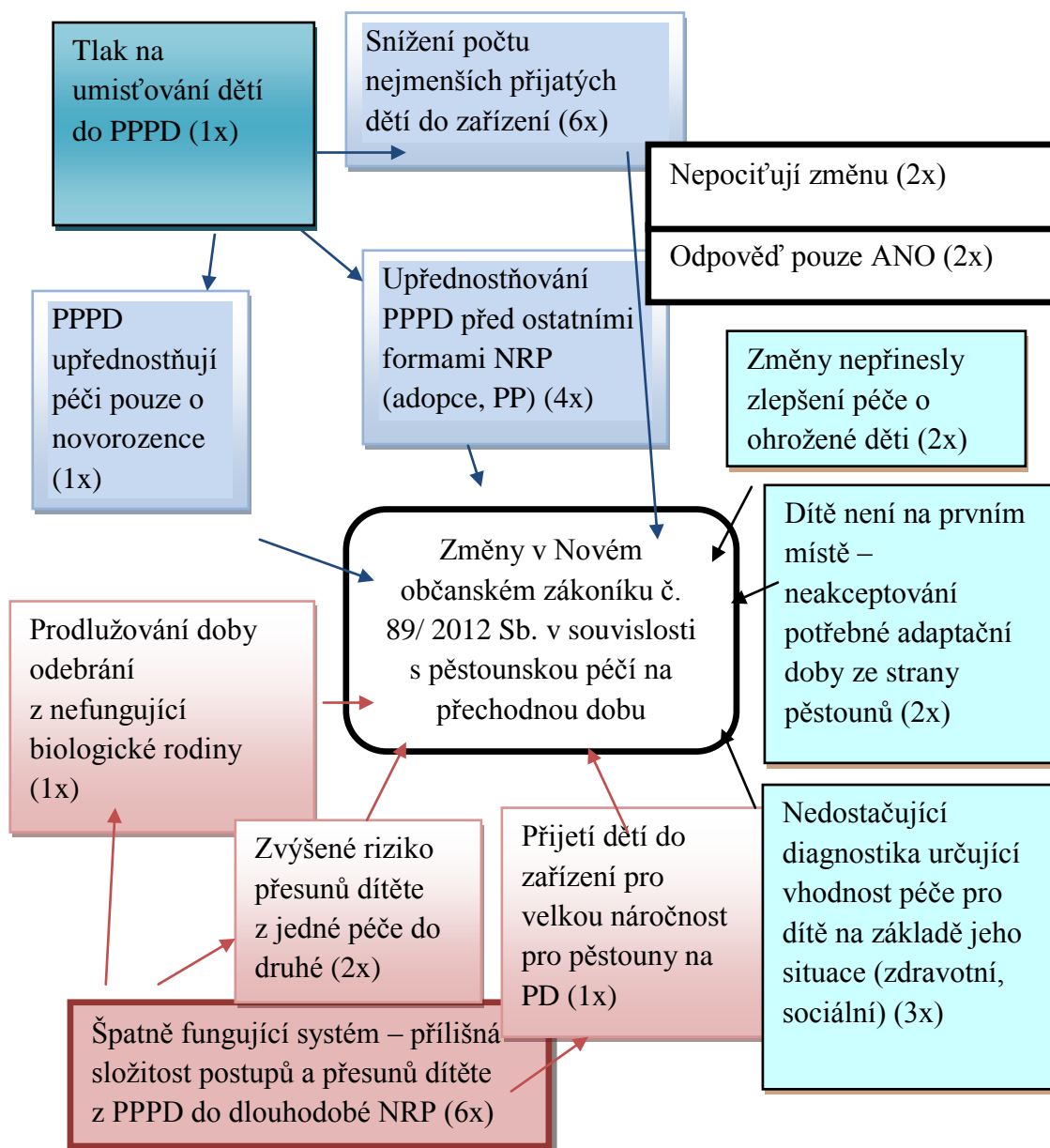
Tabulka 18: Pociťování změn nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb.

<b>Pociťujete/ vnímáte jako odborník změny, které s sebou přinesl nový občanský zákoník č. 89/ 2012 Sb., a to konkrétně v péči o děti formou pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)?</b>		
Zvolená jen jedna odpověď	Počet	Procento
Ano	20	91 %
Ne	2	9 %
Celkový součet	22	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Změny, které s sebou přinesl občanský zákoník, pociťuje 91 % (20 zařízení). 9 % (2 zařízení) změny nepociťují. Zařízení měla možnost u odpovědi ano, doplnit, jaké konkrétní změny jako odborníci pociťují (viz tabulka 18). Pro přehlednost těchto změn dotýkajících se zařízení pod gescí MZ v souvislosti s PPPD jsou zaznamenány v diagramu 1.

Diagram 1: Záznam změn od respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Diagram 1 znázorňuje, že respondenti pracující v zařízení pod gescí MZ (dětské domovy, domovy do 3 let věku dítěte a kojenecké ústavy) zaznamenávají největší změnu v Novém občanském zákoníku č. 89/ 2012 Sb. v souvislosti s pěstounskou péčí v podobě tlaku na umístování dětí, především těch nejmenších, do pěstounské péče na přechodnou dobu, tudíž se množství těchto dětí v zařízeních snížilo. V závorkách

v diagramu je vždy uveden počet, kolikrát danou odpověď jednotlivá zařízení uvedlo, v případě zmíněného snížení počtu dětí byla zaznamenána odpověď 12x. **Zařízení 1** uvádí: *Tlak na umístování všech dětí do PPPD*, dále **zařízení 2** sděluje: *Děti jsou předávány přímo do péče PPPD*. **Zařízení 3** pociťuje významné změny: *Změny jsou významné, zcela zmizely děti novorozené bez postižení určené do NRP*. **Zařízení 6:** *je úbytek dětí, umísťuje se mnohem méně než dříve*. **Zařízení 8** potvrzuje opět zmíněné: *Snížil se počet nejmladších dětí v DC*. **Zařízení 13** dodává: *Upřednostňování PPPD před ostatními formami NRP (adopce, PP)*. **Zařízení 15** zaznamenalo: *snížení počtu dětí přijímaných ve věku 0 – 1 rok*. **Zařízení 16** upozorňuje na fakt, který s tlakem na PPPD souvisí: *Novorozenec se prakticky nedostane do péče odborného zařízení, pěstouni PPPD si vybírají děti, odmítají jiné než novorozence*. **Zařízení 18** zastává následující názor: *výšený počet přechodných pěstounů na úkor pěstounů trvalých, které jsou pro zdárný psychický vývoj dítěte těmi důležitějšími*. **Zařízení 19** také poukazuje na snížení počtu dětí tvrzením: *snížení kapacity zařízení*. **Zařízení 21** uvedlo také snížení počtu přijatých dětí v zařízení.

Dále je v diagramu záznam odpovědí, jenž poukazuje na špatně fungující systém, čímž je na myšleno prodlužování a složitost přestupu dětí z PPPD do další péče s čímž souvisí prodlužování odebrání dětí z vlastních rodin dle **zařízení 3:** *děti přicházejí více poškozené svou biologickou rodinou - dlouho se s rodinou experimentuje pod pláštěm podpory rodiny a vazeb*. **Zařízení 18** uvádí: *riziko neustálého přemísťování dítěte z rodiny do rodiny z důvodu, že se během roku nepodařilo sehnat trvalou NRP – dítě zažívá neustále adaptace a následné zklamání z odloučení, pocity že selhalo, i když se tak snažilo*. **Zařízení 20** se přidává k tvrzení zařízení 18 následovně: *Nový OZ výrazně prodloužil dobu před umístěním do osvojení či PP, hůře se daří umísťovat děti*. **Zařízení 3** poukazuje také na následnou problematiku: *Nově taky jsme zaznamenali případy odevzdání dětí z PPPD do zařízení z důvodů, že jsou náročné a za ty peníze to nestojí, nebo přijetí pěstouna s dítětem se zakázkou "naučení vztahu k dětem"*.

Z diagramu lze dále vyčíst, že proběhlé změny nepřinesly očekávané zlepšení např. **Zařízení 10** uvádí: *Zavedené změny nepřinesly zlepšení systému péče o ohrožené*

*děti. Zařízení 12* zaznamenalo následující tvrzení o změnách v novém občanském zákoníku: *neodborný zásah do fungujícího systému.*

Dále bylo zachyceno, že se některá zařízení setkávají s postupy, kdy není bráno dítě na prvním místě, mezi ně patří **zařízení 9**, které uvádí: *Dítě je nyní až na posledním místě, složitost adopcí, rozdělování sourozenců, nedostatečná informovanost osvojitelů od PPPD ohledně zdr. stavu, nedostatečná zdr. péče (neprovádí se odborná vyšetření), chybí návaznost – PPPD pouze na rok a co dál? Pokud nejsou dlouhodobí pěstouni nebo osvojitelé, dítě jde do ústavu.* Následně je totožné i **zřízení 4** se svou odpovědí: *zvýšila se verbální agresivita těchto pěstounů, často neakceptují adaptační fázi přechodu dítěte z DC do PPPD apod.*

Celkem 4x zařízení zaznamenala nedostačující diagnostiku určující vhodnost péče pro dítě na základě jeho situace, ať již jde o stránku zdravotní, nebo sociální. Mezi ně patří **zařízení 11**, které uvádí: *nedostatečné informace o zdravotním stavu dítěte z PPPD.* **Zařízení 17** se shledává s následujícím případem: *Do pěstounské péče jsou umisťovány děti, které do tohoto typu péče nejsou zcela vhodné, ať už z důvodu zdravotní zátěže dítěte anebo zdravotní či sociální zátěže rodiny.* **Zařízení 18** se domnívá o současné situaci: *nedostatečná diagnostika dětí s rizikovou pre/perinatální dispozicí a jejich následné umístění do PPPD, která nemá zkušenost.*

Pouze dvě zařízení žádné změny nepocítují a dvě zařízení uvedla pouze odpověď ano bez popisu.

## 4.5 Výsledky k VO4

VO 4. Jakou roli hraje v současnosti ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc).

### 4.5.1 Popis výsledků k VO4 z dotazníku pro pěstouny

Tabulka 19: Možnost nahrazení ZDVOP pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD)

<b>Je dle Vašeho uvážení, popřípadě zkušeností možné, aby pěstounská péče na přechodnou dobu zcela nahradila zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)?</b>		
<b>Zvolená pouze jedna odpověď</b>	Počet zvolených odpovědí	Procento
Ano	11	37 %
Ne	10	33 %
Nevím	9	30 %
Celkový součet	30	100 %

Zdroj: vlastní výzkum



Z výsledků šetření vyplývá, že 37 % (11 pěstounů) se domnívá, že PPPD může zcela nahradit ZDVOP a 33 % (10 pěstounů) s tímto tvrzením nesouhlasí. 30 % (9 pěstounů) uvedlo, že neví (viz tabulka 19). Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

Dále můžeme z pohledu pěstounů vypočítat, že z průměru 1,9 a mediánu 2, lze ZDVOP plně nahradit PPPD.

Následně pouze 2 pěstouni z těchto 11, kteří odpověděli, že lze institucionální péči nahradit PPPD, uvedli, že pěstounská péče na přechodnou dobu v kombinaci se ZDVOP je ideální. Tudíž jde o rozporuplnost s tím, co uvedli v otázce 6, jež zní: Je dle Vašeho uvážení, popřípadě zkušeností možné, aby pěstounská péče na přechodnou dobu zcela nahradila zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Kde tito 2 respondenti uvedli, že lze zcela nahradit ZDVOP pěstouny na přechodnou dobu, tudíž tyto dva respondenty můžeme u těchto otázek označit za nekonzistentní.

Shrneme-li tuto otázku, je z výsledků patrné, že z 30 respondentů odpovědělo 11, že lze pěstounskou péči na přechodnou dobu lze nahradit ZDVOP a 9 z těchto 11 respondentů je v dotazníku konzistentní a neprotiřečí si v otázce 2, která zní: Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě? A otázce 6: Je dle Vašeho uvážení, popřípadě zkušeností možné, aby pěstounská péče na přechodnou dobu zcela nahradila zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Viz tabulka 20.

Tabulka 20: Role ZDVOP dle PPPD

Jakou roli dle Vás hrají v současné době zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)?		
Zvolená jen jedna odpověď	Počet	Procento
Nezastupitelná role ZDVOP	8	27 %
Lze nahradit PPPD	14	47 %
Nevím	8	27 %
Celkový součet	30	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

27 % čili 8 dotázaných pěstounů považuje ZDVOP za nezastupitelnou, 47 % (14) se ale domnívá, že by ji bylo možné nahradit PPPD a 27 % (8) neví (viz tabulka 20).

U této otázky měli respondenti možnost při volbě odpovědi, že je ZDVOP nezastupitelné, vypsát situaci, u které si myslí, že dítě bezpodmínečně potřebuje pomoc od odborníků v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP). Možnost otevřené odpovědi zvolili tři respondenti. **Respondent 13** uvádí: *když je potřeba okamžité odebrání dítěte od rodičů, kdy může být ohrožen jeho život a je potřeba rychlého řešení.* **Respondent 16** zastává názor: *Myslím si, že je nedostatek rodin, které mají možnost se stát pěstouny na přechodnou dobu.* **Respondent 17** zaujímá potřebnost ZDVOP v případě: *když je opuštěné dítě těžkých narkomanů nebo alkoholiků, dítě nebo děti, které rodiče doma nechají samotné bez jídla a podobně.*

**Dle respondentů 13, 16 a 17** je nezastupitelná péče ZDVOP v případě potřeby rychlého odebrání – ohrožení života dítěte, dále z důvodu nedostatku pěstounských rodin, dítě rodičů závislých na návykových látkách a opuštěné děti bez péče.

#### 4.5.2 Popis výsledků k VO4 z dotazníku pro zařízení v gesci MZ v ČR

Tabulka 21: Role ZDVOP dle zařízení

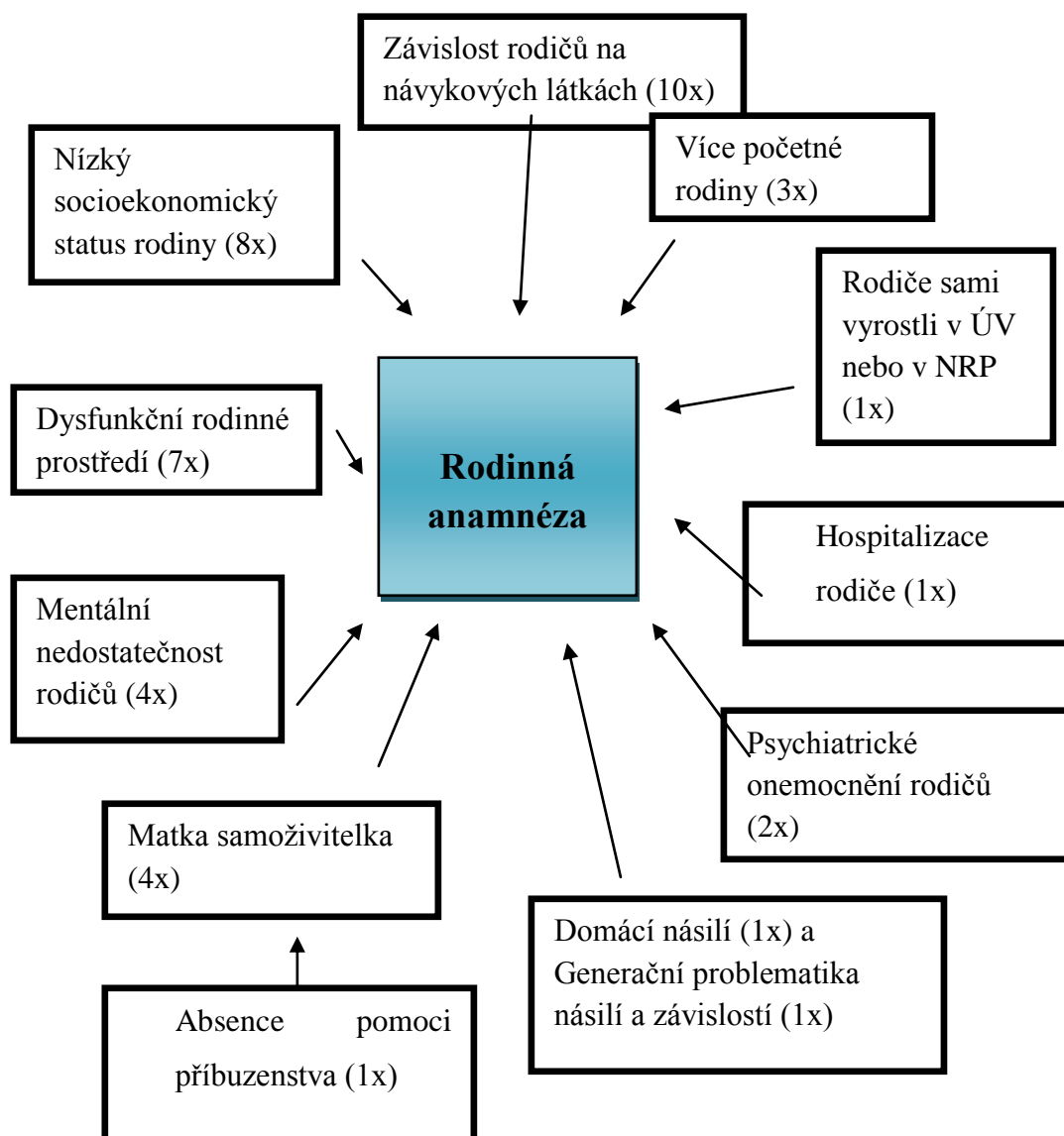
<b>V současné době jsou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP), které čekají na náhradní rodinnou péči.</b>		
<b>Zvolená jen jedna odpověď</b>	Počet	Procento
Nezastupitelná role ZDVOP	22	100 %
ZDVOP je nedostačující zařízení	0	0 %
Celkový součet	22	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 21 je znázorněno, že 100 % zařízení uvedlo, že ZDVOP hraje v systému péče o ohrožené děti nezastupitelnou roli.

Následně byla utvořena otázka, jež zjišťovala, jaké příčiny jsou nejčastější u zařízení, jejíž součástí je ZDVOP (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc). V následujících diagramech lze rozpoznat různé příčiny jednotlivých anamnéz. Zjišťována byla anamnéza rodinná (viz diagram 2 a popis diagramu), sociální (viz diagram 4 a popis diagramu), a zdravotní (viz diagram 3 a popis diagramu).

Diagram 2: Rodinná anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR



Zdroj: vlastní výzkum

Diagram 2 vysvětluje, jaké rodinné anamnézy (pouze RA) jsou nejčastější u přijatých dětí. Z 22 zařízení vypsalo odpovědi 17 zařízení, 5 je nevyplnilo. Nejčastěji opakovanou RA je **závislost rodičů na návykových látkách (10x)**. **Zařízení 2** uvádí: *problematika závislosti na návykových látkách*. **Zařízení 4** - *závislosti rodičů*, **zařízení 6** - *závislost*

rodičů na alkoholu nebo omamných látkách, zařízení 7 - problematika návykových látek u rodičů, **zařízení 10** - závislost na návykových látkách, **zařízení 15** - Rodiče závislí na návykových látkách, **zařízení 17** - uživatelé návykových látek, **zařízení 20** - abusus drog, alkoholu, nikotinismus, gamblerství. **Zařízení 21** - Rodiče závislí na návykových látkách (alkohol, drogy).

Další častou RA je nízký **socioekonomický status rodiny**, který se ve výzkumu vyskytl 8x. Uvádí jej **zařízení 2** - rodina na nízké socioekonomické úrovni, zanedbávající a nedostatečně podnětné prostředí, nezvládající péči o dítě. **Zařízení 4** - rodiče ze slabých sociálních podmínek nemající ukotveny základní návyky (pracovní, hygienické, společenské,..). **Zařízení 6** uvádí: neschopnost zajistit základní životní potřeby dítěte. **Zařízení 7** - snížené výchovné kompetence rodičů, bytová a sociální problematika (ubytovny), finanční problematika (vysoká zadluženost, příjem dávky SSP, hmotná nouze). **Zařízení 14** - snížení intelektu. **Zařízení 15** - rodiče nepracují, nemají zajištěné bydlení, bez finančních prostředků. **Zařízení 17** - rodiče s nižšími rozumovými schopnostmi, bezdomovci, velmi sociálně slabé rodiny. **Zařízení 21** - velmi nízká sociální úroveň rodičů.

**Dysfunkční rodinné prostředí** bylo uvedeno ve výzkumu 7x. Uvedla jej tato zařízení. **Zařízení 7** - nestabilní rodinné zázemí, neúplná rodina, děti většinou v péči matky, bez podpory širšího příbuzenstva. **Zařízení 8** - dítě z nefunkčního vztahu. **Zařízení 9** - rozvedené rodiny, rodiny, kde není otec uveden v rodném listě. **Zřízení 12** - selhání fungování rodiny. **Zařízení 15** - neúplné rodiny. **Zařízení 19** - děti z partnerského soužití. **Zařízení 20** - otec může a nemusí být uveden.

**Mentální nedostatečnost rodičů** byla popsána 4x. Popisují jí tato zařízení (4, 7, 8 a 18). **Zařízení 4** uvádí: mentální nedostatečnost rodičů ( často pouze matky - samoživitelky, není schopná řádné péče o děti, nezvládá vyhodnocování různých situací a potřeb dítěte např. mléko pro dítě je pro ní i mouka rozmíchaná ve vodě, z lahvičky „ to přeci dítě pije“). **Zařízení 8** popisuje: rodiče mají nízké rodičovské kompetence. **Zařízení 7** - snížené výchovné kompetence rodičů. **Zařízení 18** - nezodpovědní rodiče, kteří nenahlédnou na své činy a vinu svalují vždy na druhé, rodiče rodičů kteří sami

*selhali v péči o děti, osobnostně nevyzrálí rodiče, pro něž je prioritou uspokojování vlastních potřeb, nežli potřeb svých dětí.*

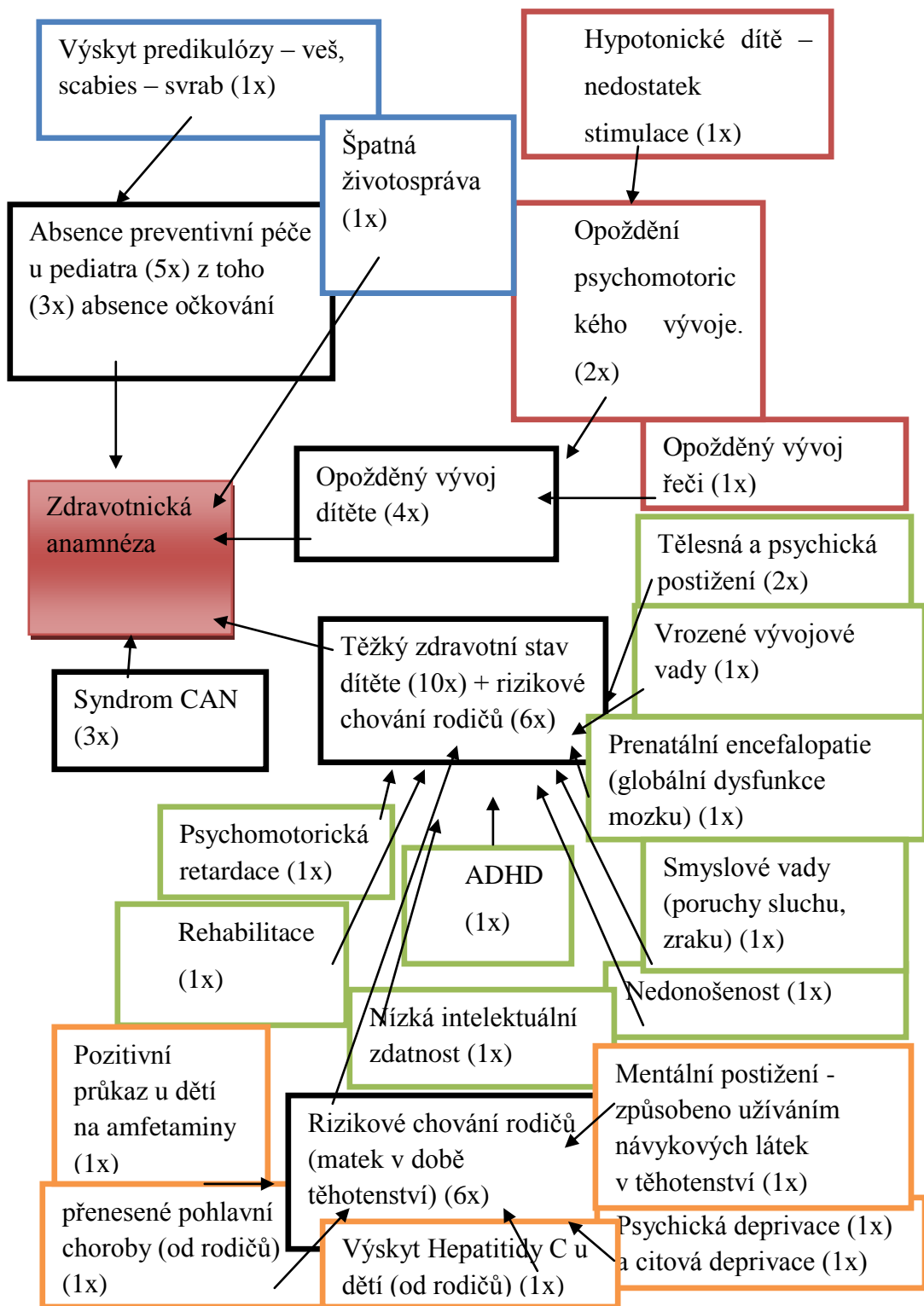
Dalším uvedeným příkladem z výskytu RA je **matka samoživitelka** (4x). Uvádí ji **zařízení 5** - *Matka samoživitelka, bez výživného (v případě, že je otec uveden).* Dále **zařízení 7** - *děti většinou v péči matky, bez podpory širšího příbuzenstva.* Následně **zařízení 9** - *rozvedené rodiny, rodiny, kde není otec uveden v rodném listě, chybí nebo v minulosti selhalo širší příbuzenstvo.* **Zařízení 20** popisuje: *svobodná matka, otec může a nemusí být uveden.*

**Výskyt více početné rodiny** (3x) byly popsány **zařízením 18**, jež na otázku uvádí: *více početná rodina*, dále **zařízení 20** s odpovědí: *sourozenci* a **zařízení 21** s popisem: *děti často pochází z více sourozenců a velké rodiny, avšak nikdo z nich nemá zájem o děti pečovat.*

**Rodiče sami vyrostli v ÚV nebo v NRP** je uvedeno 1x a jejím autorem je **zařízení 5**, jež popisuje: *často jsou to rodiče, kteří i sami vyrostli v ÚV nebo v NRP.* Důvod, pro který je dítě umístěno do zařízení MZ v ČR, je uveden **zařízením 22** a je jím **hospitalizace rodiče.** **Psychiatrické onemocnění rodičů** je zaznamenáno 2x

a to **zařízením 5** - *matka samoživitelka, bez výživného (v případě, že je otec uveden), často s psychiatrickým onemocněním* a dále **zařízení 17** - *rodiče s psychiatrickým onemocněním.* **Domácí násilí** (1x) popsal **zařízení 17** a **generační problematika násilí a závislostí** (1x) uvedlo **zařízení 1.**

Diagram 3: Zdravotnická anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR



Zdroj: vlastní výzkum

Diagram 3 znázorňuje, jaké nejčastější zdravotnické anamnézy (dále jen ZA) mají děti v jednotlivých zařízeních. Z celkového počtu 22 zařízení vyplnilo zdravotnickou anamnézu 16 zařízení. (Vyplňoval pouze ZDVOP)

V zařízeních se objevují **děti s těžkým zdravotním stavem**, tento fakt uvedlo 10 zařízení. Mezi tuto kategorii je zařazeno **zařízení 2**, které uvádí: *tělesná a psychická postižení, vrozené vývojové vady*, dále **zařízení 10**- *prenatální encefalopatie, handicap, který rodina doma nezvládá*. **Zařízení 15** uvedlo: *dítě narozené s vadami sluchu, zraku*, **Zařízení 19** popisuje: *nedonošenost - přicházejí i s matkou*. **Zařízení 21** označilo jako nejčastější ZA- *ADHD, psychomotorická retardace a nízká intelektuální zdatnost*. Důvod přijetí *rehabilitace* uvedlo **zařízení 22**.

**Rizikové chování rodičů (matek v době těhotenství) (6x)** uvedlo **zařízení 4**, které uvedlo: *Psychická deprivace až do fáze sebepoškozování a pokusů o sebevraždu* a **zařízení 21** dodává: *citová deprivace*. **Zařízení 15** popisuje: *děti mentálně opožděné v důsledku užívání návykových látek matek během těhotenství*). **Zařízení 17** - *Děti pozitivní na amfetaminy, děti s přenesenými protilátkami na Hepatitidu typu C, s přenesenými látkami na pohlavní choroby*. Posledním zařízením, které uvádí podobnou kategorii rizikového chování rodičů v době gravidity je **zařízení 18** s tvrzením: *Dítě z nesledované gravidity, matka v těhotenství kouřila, pila či užívala jiné návykové látky; dítě obézní – krmené rohlíky a cukry, oslazeným sunarem*.

**Syndrom CAN** neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte uvedla tři zařízení, Mezi ně patří **zařízení 9,15 a 17**.

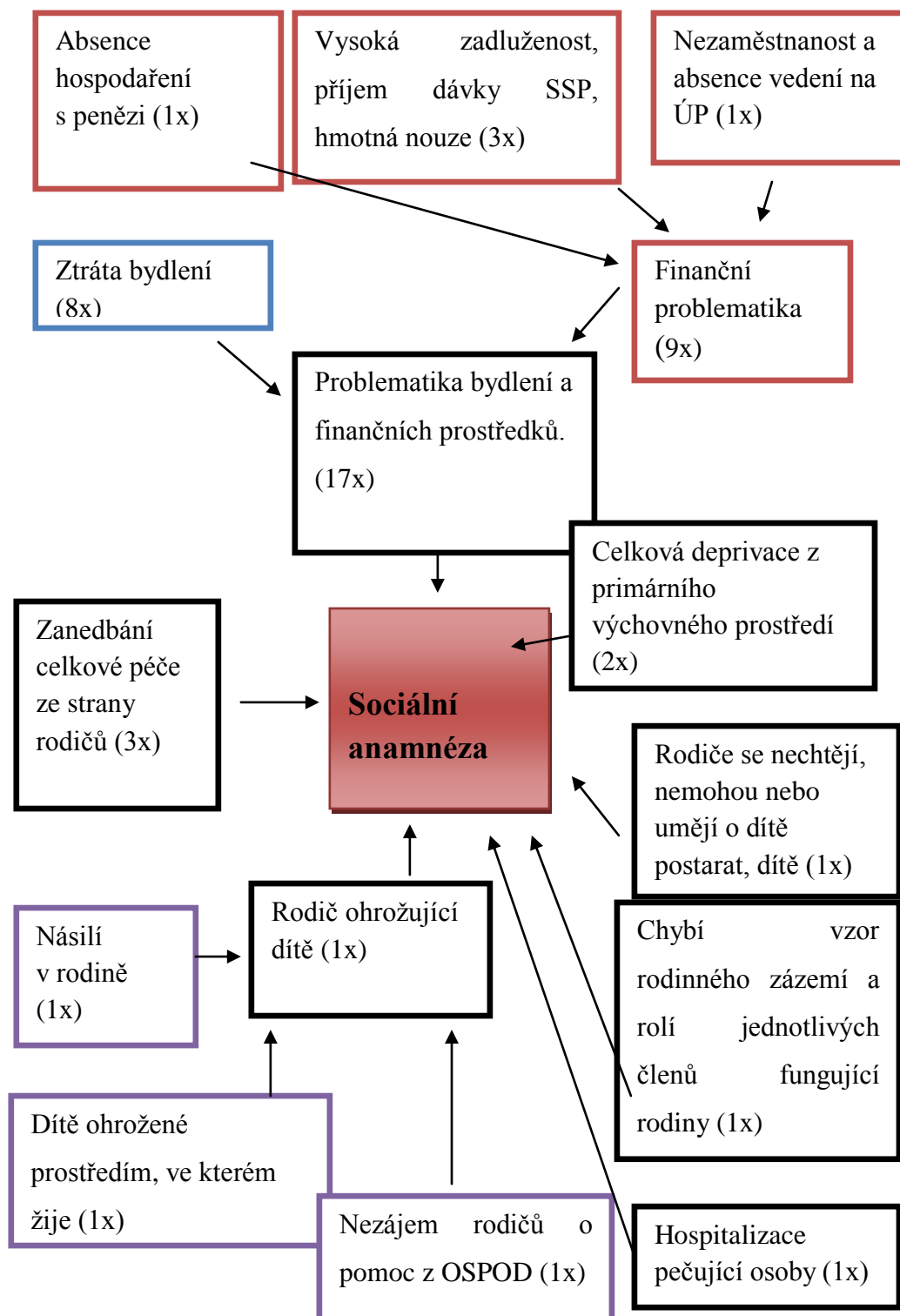
Další zdravotnickou anamnézou je **opožděný vývoj dítěte (4x)**, který uvedlo **zařízení 2**- *Opoždění psychomotorického vývoje*, dále **zařízení 6**- *Špatný vývoj dítěte – jeho vývoj neodpovídá věku*, následně **zařízení 18** uvádí: *dítě opožděné ve svém vývoji z nedostatečné stimulace, hypotonické*. **Zařízení 21**- *opožděná řeč... .*

Absence preventivní péče u pediatra (5x) z toho (3x) absence očkování je další kategorií, jež zařízení uvedla jako vyskytující se ZA u přijatých dětí. **Zařízení 4** uvedlo: *kožní onemocnění, obezita, časté zlomeniny kostí, modřiny, zanedbaný chrup, naprostá absence preventivní péče u pediatra*. **Zařízení 5** popisuje: *chybí řádné očkování, pravidelné prohlídky*. Totožné tvrzení uvádí i **zařízení 6**: *špatné oči sluch, krev,*



zažívání. **Zařízení 7** - Zanedbané očkování, preventivní lékařské prohlídky. **Zařízení 18** - dítě obézní – krmené rohlíky a cukry, oslazeným sunarem. **Zařízení 20** - Nedostatečná ev. chybějící prevence (včetně očkování), zanedbávání (včetně pedikulózis, scabies), někdy podvýživa. Závažná onemocnění zpravidla nebývají.

Diagram 4: Sociální anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR



Zdroj: vlastní výzkum

V diagramu 4 sociální anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR je znázorněno, z jakých sociálních důvodů jsou v jednotlivých zařízeních děti nejčastěji umístěny. Z celkového počtu 22 zařízení sociální anamnézu (dále jen SA) vyplnilo 17 zařízení. (vyplňuje pouze ZDVOP)

Nejvíce zmiňovaným tématem je **problematika bydlení a finančních prostředků** (17x). **Zařízení 4** popisuje nejčastější SA následovně: *ztráta bydlení*. **Zařízení 5** uvádí: *Ztráta bydlení, nedostatek financí*. **Zařízení 7-** *Bytová a sociální problematika (ubytovny), finanční problematika (vysoká zadluženost, příjem dávky SSP, hmotná nouze)*. **Zařízení 8** doplňuje: *Bytová nedostatečnost, zadluženost*. **Zařízení 9** uvedlo: *Ztráta bydlení a finančních prostředků*. **Zařízení 12** připsalo k SA: *Nedostatek finančních prostředků*. **Zařízení 14** - *Chudoba rodiny, nevhodné bydlení, péče, nedostatek financí*. **Zařízení 18** uvádí častost: *Rodina závislá na sociálních dávkách*. **Zařízení 19** vyplnilo: *Bytová a finanční krize – děti přicházejí i s matkou*. **Zařízení 20** připsalo: *Nedostatečné bytové podmínky; často přicházejí i o ubytovnu (neplatí), materiální nedostatek mnohdy způsobený vlastní vinou (dávky zneužijí nevhodným způsobem)*. Dále uvádí situaci, kdy rodiče nepracují: *Nepracují, mnohdy nejsou ani v evidenci ÚP*. **Zařízení 22** uvedlo pouze: *ztráta bydlení*.

Dalším důvodem je **celková deprivace z primárního výchovného prostředí** (2x). Uvádí jej **zařízení 7**, které cituje: *Celková deprivace z primárního výchovného prostředí (citová, podnětová...)*. Dále toto tvrzení popisuje **zařízení 17**: *rodinné vztahy jsou bez lásky a citové vřelosti, dítě nemá dlouhodobě dostatek podnětů pro zdárný vývoj*.

**Zanedbání celkové péče ze strany rodičů (3x)** je dalším příkladem SA, jež zařízení ve výzkumu uvedla. **Zařízení 2**: *Souvisí s rodinnou anamnézou, jedná se o děti citově a podnětově deprivované, zanedbané, nechtěné, opuštěné*. Dále **zařízení 4** uvedlo: *Zanedbání péče*. **Zařízení 5** dodává: *špatná a nedostatečná péče ze strany rodičů*.

Následující příklad SA dětí ze zařízení je případ, kdy **rodič ohrožuje svým chováním samotné dítě**. S tímto faktem se setkávají nejvíce **4 zařízení**. **Zařízení 3** uvedlo právě tento výrok, pro který je často dítě umístěno do zařízení a je jím: *Rodič nebezpečný svému dítěti*. Dále **zařízení 4-** *násilí v rodině*. **Zařízení 10** popisuje nejčastější SA jako:

*Dítě ohrožené prostředím. Zařízení 18* uvedlo za největší problematiku neochotu rodiny pracovat s odborníky: *Rodina nekomunikující s OSPOD.*

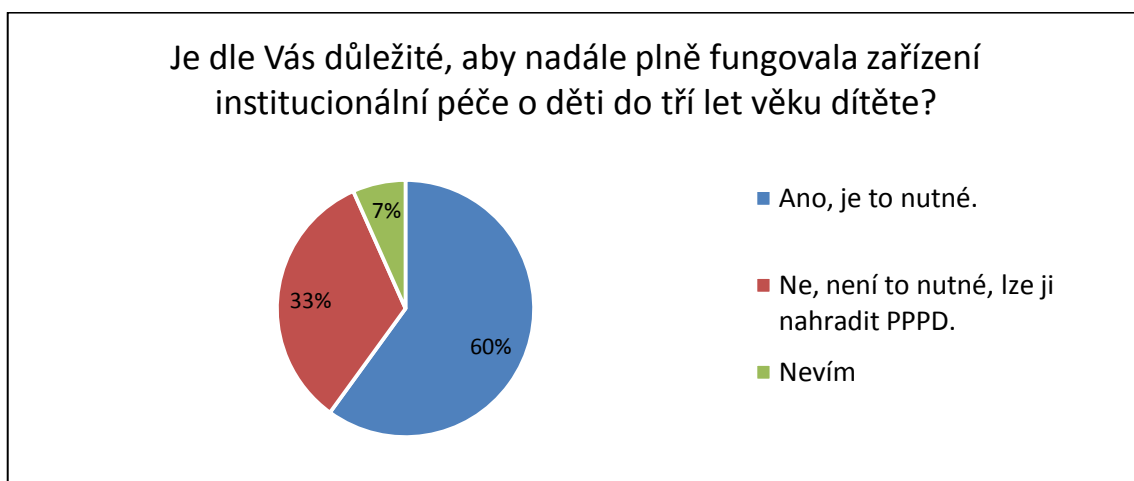
1 x byl zaznamenán důvod: *Rodiče se nechtějí, nemohou nebo umějí o dítě postarat (zařízení 17).* Dále byla 1x uvedena: *Hospitalizace pečující osoby.* Od *zařízení 15* byl zjištěn důvod přijetí následující: Chybí vzor rodinného zázemí a rolí jednotlivých členů fungující rodiny.

## 4.6 Výsledky k VO5

VO 5. Za jakých okolností je institucionální péče nenahraditelná?

### 4.6.1 Popis výsledků k VO5 z dotazníku pro pěstouny

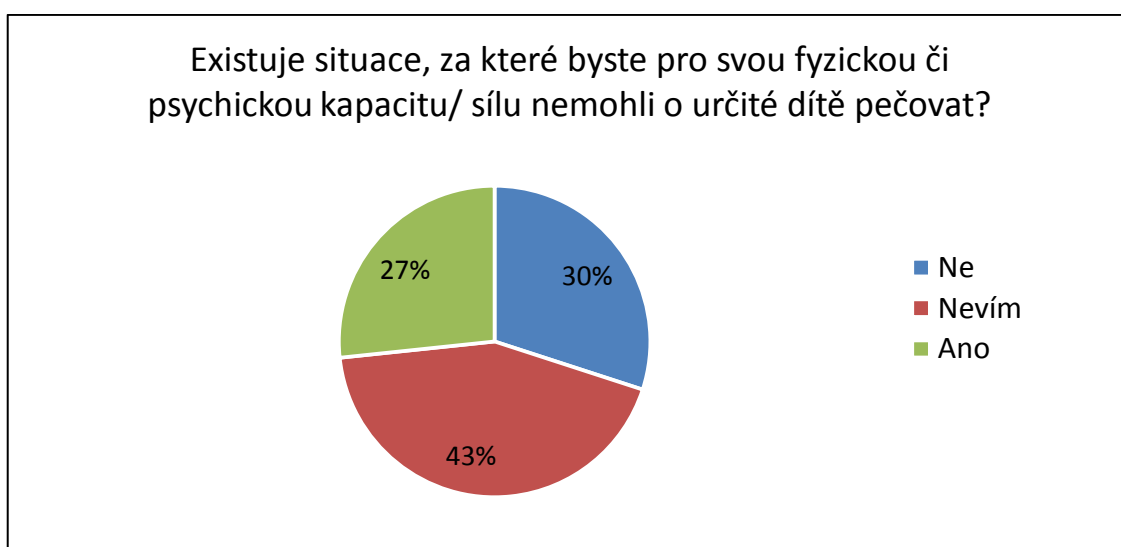
Graf 9: Důležitost institucionální péče dle PPPD



Zdroj: vlastní výzkum

Pouze 33 % (10 respondentů) z dotázaných pěstounů se domnívá, že by mohla být institucionální péče o děti do tří let nahrazena PPPD, 60 % (18 respondentů) zastává názor, že je důležité, aby nadále tato zařízení fungovala a 7 % (2 respondenti) neví (viz graf 9).

Graf 10: Existence náročné situace dítěte dle pěstounů



Zdroj: vlastní výzkum

30 % (9 respondentů) dotázaných pěstounů si nedovede představit situaci, za které by se nemohli o dítě postarat, 27 % (8 respondentů) naopak ano a 43 % (13 respondentů) uvedlo, že neví (viz graf 10).

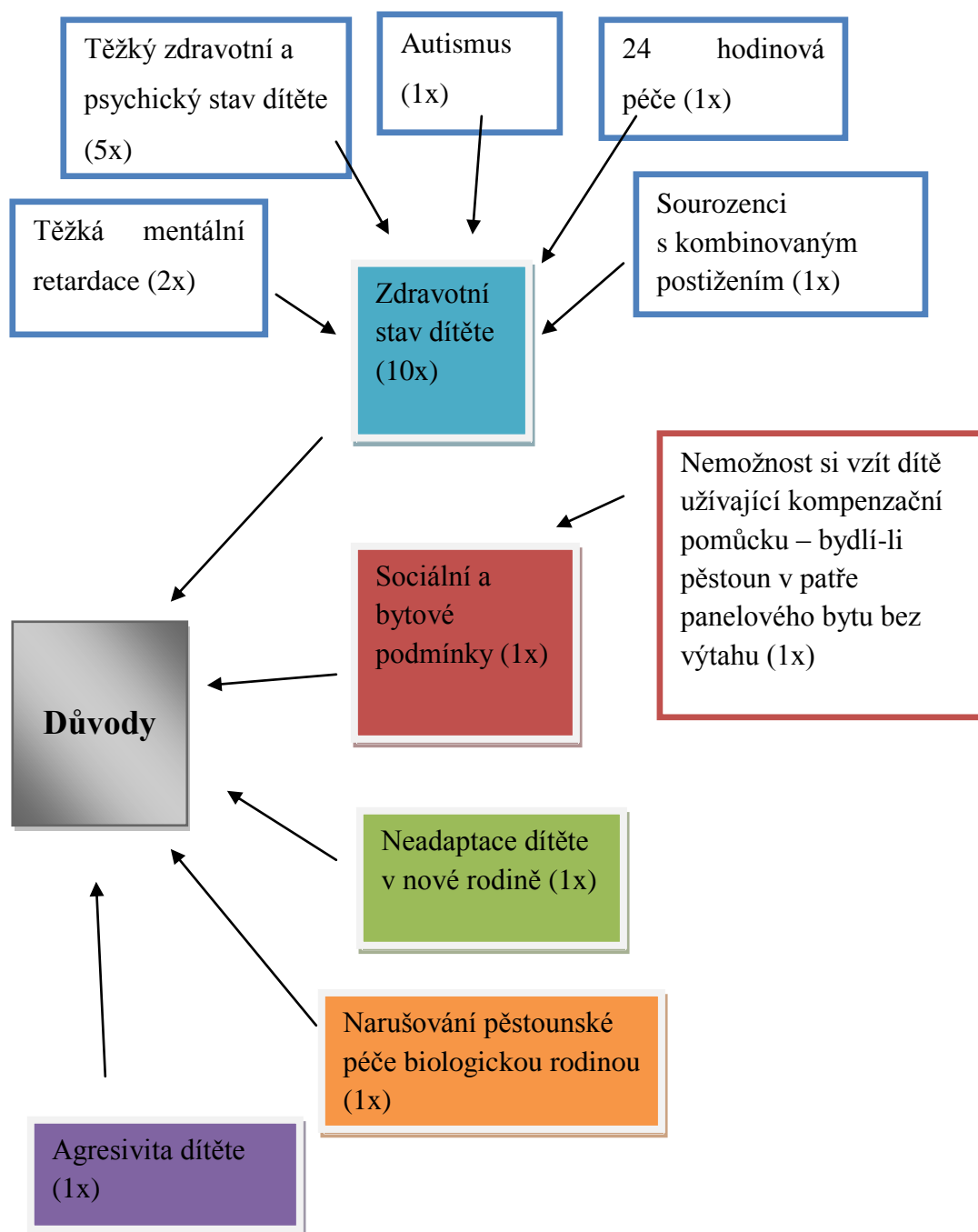
Diagram 5 pod textem vyznačuje, z jakých situací by měli respondenti (pěstouni) obavy. Uvedení těchto situací splnilo 14 respondentů z celkového počtu 30 respondentů. Nejčastější odpovědí je **zdravotní stav dítěte v celkovém počtu (10x)**. **Respondent 10** uvádí obavy ze zvládnutí péče u dětí s: *těžkou MR, dítě ležáček, agresivní dítě, schizofrenik*. **Respondent 11** popsal: *velmi těžké postižení*. **Respondent 17** - *těžce zdravotně postižené (vážná nemoc)*. **Respondent 23**- *těžký zdravotní stav dítěte*.

**Respondent 30-** *těžce postižené děti.* Respondenti 11 a 17 uvádějí: *těžká mentální retardace.* **Respondent 17** připisuje dále situaci: *24 hodinová péče o dítě s těžkým stupněm postižení.* **Respondent 24** uvádí: *sourozenci s kombinovaným postižením.*

**Sociální a bytové podmínky**, které by mohly být nezvladatelné pro výchovu a péči o dítě v pěstounské péči, uvedl **respondent 2:** *ano těchto situací je spousta, protože každý jsme jiný a každý své limity má, někdo třeba i sociální a bytové kdo bydlí v domě ve čtvrtém patře bez výtahu těžko se zvládne v pohodě pro obě strany starat o dítě na vozíku, ale to je přesně o tom, aby stát vybíral lidi různého prostředí a různých možností aby bylo široké spektrum ne uniformita pěstounů.*

**Respondent 9** má obavy z **neadaptace dítěte v nové rodině** a popisuje: *když odrostlejší dítě nechce být v rodině a všemožně to dává najevo a velmi to ovlivňuje a ničí zbytek rodiny.* Dále uvádí problematiku, kdy **biologická rodina zasahuje do pěstounské péče**, cituji: *když biologická rodina dítěte narušuje a ovlivňuje chod rodiny za tichého souhlasu OSPOD.*

Diagram 5: Důvody, jež by mohly být pro pěstouny nezvladatelné



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.6.2 Popis výsledků k VO5 z dotazníku pro zařízení pod gescí MZ v ČR

Tabulka 22: Nejčastější důvody umístěných dětí do zařízení MZ v ČR

<b>Z jakého/ jakých důvodů jsou ve Vašem zařízení nejčastěji děti umístěny? (možnost více odpovědí)</b>		
<b>Možnost více odpovědí</b>	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupe ní
Zdravotní důvody, pro které nelze vykonávat péči o dítě v rodině.	5	18 %
Sociální důvody (např. rozvrat v rodině, rodiče ve výkonu trestu apod.)	5	18 %
Zdravotní a sociální důvody (např. zdravotní problémy rodičů, závislost na omamných látkách rodičů, podezření na syndrom CAN apod.)	18	64 %

Zdroj: vlastní výzkum

Jelikož měla zařízení možnost více odpovědí, je ve výsledcích nyní uvedený poměr % zastoupení, jako je tomu u některých předchozích tabulek. Nejčastěji jsou do zařízení pro děti do 3 let věku dítěte umístěny děti ze zdravotně sociálních důvodů a to až v 64



% (18 zařízení). Ve stejném zastoupení 18 % (5 zařízení) jsou sociální důvody a zdravotní důvody (viz tabulka 22). Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

Tabulka 23: Lze či nelze nahradit institucionální péči PPPD

<b>Jaké jsou dle Vás důvody, pro které lze/ nelze nahradit zcela institucionální péči pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD)? (možnost více odpovědí)</b>		
<b>Možnost více odpovědí</b>	Počet zvolených odpovědí	Poměr % zastoupen í
Mým názorem je, že vždy zůstanou děti např. různého etnika, zdravotního postižení, věku apod., které si nikdo nevezme - nelze nutit pěstouny či je přemlouvat, aby se o dané/ konkrétní dítě postarali.	20	80 %
Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) může péči institutů nahradit, ale pouze částečně s dopomocí institucionální péčí.	5	20 %
Neexistují důvody, institucionální/ ústavní péči lze dle mého zcela nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) a to po jejich plánovaném profesionálním zaškolení.	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dotazující měli i v této otázce příležitost zvolit více odpovědí. V 80 % (20 zařízení) má názor, že vždy zůstanou děti, kterých si PPPD neujmou např. děti s těžkým zdravotním postižením, odlišné etnikum apod. 20 % (5 zařízení) se domnívá, že lze z určité části institucionální péči nahradit PPPD, ale pouze částečně a s dopomocí péče institucionální (viz tabulka 23). Uvedená procenta jsou poměr % zastoupení.

#### **4.7 Statistický popis pozitiv pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)**

Vzhledem k malému počtu respondentů nebylo možné využít ke zpracování všech hypotéz chí-kvadrát test. Proto byl k ověření hypotéz využit test o shodě dvou relativních četností. Tento test ověřuje hypotézu, že relativní četnost z prvního souboru je shodná s relativní četností ze souboru druhého, tedy že mezi dvěma soubory neexistuje statisticky významný rozdíl ve sledovaném parametru. Ke statistickému výpočtu hladiny významnosti (p-hodnoty) bylo použito reálných %, nikoli poměr procentuálního zastoupení.

Nulová hypotéze je tedy:

$$H_0: \pi_0 = \pi_1$$

Alternativní hypotézou je:

$$H_1: \pi_0 \neq \pi_1.$$

Na základě výběrových údajů hodláme nulovou hypotézu ověřit. Jestliže provedeme výběr dostatečného rozsahu, můžeme v testu jako testovou statistiku použít:

$$U = \frac{\pi_0 - \pi_1}{\sqrt{\pi * (1 - \pi) / (n_0 + n_1)}}$$

Kde

$\pi_0$  představuje relativní četnost z prvního souboru,

$\pi_1$  představuje relativní četnost z druhého souboru

$p$  představuje skutečně zjištěnou relativní četnost,

$n_0$  představuje velikost prvního souboru,

$n_1$  představuje velikost druhého souboru.

Tato statistika  $U$  má při platnosti testované hypotézy  $H_0$  asymptoticky normované normální rozdělení. Při provádění testu zvolíme obvyklou hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$ . Test podrobně popisuje (Pecáková, 2008).

## H1: Pěstouni a zařízení vidí odlišná pozitiva na PPPD.

Tabulka 24: Pozitiva PPPD a její porovnání mezi institucemi a pěstouny

<b>Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu?</b>			
Odpověď	Pěstouni	Zařízení	p-hodnota
Žádná	0 %	0 %	1,000
Dítě je možno umístit okamžitě do náhradní rodinné péče k pěstounům – nemusí si projít umístěním do ústavní péče.	73 %	41 %	0,020
Předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy.	60 %	5 %	0,000
Navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou.	30 %	45 %	0,267
Dítě má v náhradní rodinné péči (u pěstounů na přechodnou dobu) více pozornosti a péče, jako od rodičů – na rozdíl od institucí/ ústavů.	3 %	32 %	0,004

Zdroj: vlastní výzkum

Červeně jsou označeny p-hodnoty menší než 0,05.

Z výsledku testu vyplývá, že existuje odlišný pohled na pozitiva na PPPD mezi pěstouny a zařízeními. Pěstouni více na PPPD oceňují, že je možné díky PPPD dítě umístit do náhradní rodinné péče a nemusí projít vůbec péčí ústavní. Stejně tak se pěstouni domnívají, že velké pozitivum PPPD spočívá v tom, že dítě v náhradní rodinné

péči má větší šanci na předcházení citové deprivaci dětí, než kdyby bylo umístěno do péče ústavní. Jak zařízení, tak pěstouni vidí stejně pozitivum PPPD zejména v navazování bezpečných citových vazeb s pečující osobou v náhradní rodinné péči. Zařízení se domnívají více, než pěstouni, že v děti v PPPD mají i více pozornosti od pečujících osob vykonávající PPPD. Ve výsledku lze ale hodnotit, že zařízení i pěstouni vidí na PPPD pozitiva, jen se každá skupina přiklání k něčemu trochu jinému (viz tabulka 24). Procenta jsou v tomto případě vysoká z toho důvodu, že nebyl a uvedena v poměru % zastoupení, ale aby bylo viditelné, kolik % má přesně každá odpověď.

## 4.8 Statistický popis negativ pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)

**H2: Pěstouni a zařízení vidí odlišná negativa na PPPD.**

Tabulka 25: Negativa PPPD a její porovnání mezi institucemi a pěstouny

<b>Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu?</b>			
Odpověď	Pěstouni	Zařízení	p-hodnota
Žádná	13 %	0 %	0,078
Vytvoření citové vazby mezi pečující osobou a dítětem – následné přerušení této vazby	43 %	64 %	0,134
Nedostatek pěstounů na přechodnou dobu a to především pro děti jiného etnického původu, starších dětí, pro děti se zdravotním postižením, pro děti v sourozeneckých skupinách apod.	43 %	64 %	0,134
Uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu jako finanční cíl	10 %	45 %	0,004

Zdroj: vlastní výzkum

Červeně jsou označeny p-hodnoty menší než 0,05.

U negativ se názory pěstounů a zařízení neshodují pouze v názoru na uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu, neboť zařízení se častěji než pěstouni domnívají, že by mohlo sloužit jako finanční cíl. V otázce, zda jsou rizika PPPD zaškrtno pouze 13% pěstounů, že nejsou žádná rizika, zbytek pěstounů se domnívá, že rizika PPPD existují. Žádné zařízení se nepřiklonilo k odpovědi, že PPPD je bezchybná a domnívá se, že rizika u PPPD existují. Vytvoření citové vazby mezi dítětem a pečující osobou (PPPD) pocitují jak pěstouni, tak zařízení jako možné riziko pro dítě. Stejně tak vidí statisticky podobně pěstouni i zařízení problematiku nedostatku pěstounů na přechodnou dobu pro děti jiného etnického původu, pro děti s postižením apod. (viz tabulka 25). Procenta jsou v tomto případě vysoká z toho důvodu, že nebyla uvedena v poměru % zastoupení, ale aby bylo viditelné, kolik % má přesně každá odpověď.

## 4.9 Statistický popis existence odlišného pohledu na PPPD

**H3: Mezi zařízeními a pěstouny existuje odlišný pohled na PPPD.**

Tabulka 26: Role PPPD a její porovnání mezi institucemi a pěstouny

<b>Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě?</b>			
Odpověď	Pěstouni	Zařízení	p-hodnota
Nezastupitelnou, má své přednosti před dalšími variantami v náhradní péči o dítě.	53 %	9 %	0,001
V kombinaci s institucionální péčí (kojenecké ústavy, dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let) a péčí v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) se jedná o vyvážený komplex potřebné péče.	47 %	100 %	0,000
Pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) lze nahradit např. institucionální péčí – není nutné jí přikládat zvláštní význam.	0 %	0 %	1,000

Zdroj: vlastní výzkum

Červeně jsou označeny p-hodnoty menší než 0,05.



Hypotéza se potvrdila (viz tabulka 26), neboť z výsledku testu je patrné, že mezi zařízeními a pěstouny existuje odlišný pohled na PPPD. Pěstouni považují PPPD za nezastupitelnou a zařízení naopak preferují kombinaci s institucionální péčí. Procenta jsou v tomto případě vysoká z toho důvodu, že nebyla uvedena v poměru % zastoupení, ale aby bylo viditelné, kolik % má přesně každá odpověď.

## 4.10 Statistický popis odlišných důvodů pro umístění dětí

**Hypotéza 4: Existují odlišné důvody pro umístění dětí do PPPD a do zařízení.**

Tabulka 27: Situace dětí žijících mimo domov a její porovnání mezi institucemi a pěstouny

<b>V jakých situacích se nejčastěji ocitly děti, o které jste pečovali nebo pečujete formou pěstounské péče nebo pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)? (dotazník pěstouni)</b>			
<b>Z jakého/ jakých důvodů jsou ve Vašem zařízení nejčastěji děti umístěny? (dotazník zařízení)</b>			
Odpověď	Pěstouni	Zařízení	p-hodnota
Zdravotní důvody dítěte	3 %	23 %	0,025
Sociální důvody (např. rozvrat v rodině, rodiče ve výkonu trestu apod.)	50 %	23 %	0,048
Zdravotně sociální důvody (např. zdravotní problémy rodičů, závislost na omamných látkách rodičů, podezření na syndrom CAN apod.)	47 %	82 %	0,010

Zdroj: vlastní výzkum

Červeně jsou označeny p-hodnoty menší než 0,05.

Důvody u obou skupin (pěstouni a zařízení) jsou odlišná (viz tabulka 27). Dosažená hladina významnosti p-hodnota je u všech odpovědí menší než 0,05, tudíž se hypotéza potvrdila. Zařízení pro děti do 3 let mají nejpočetnější zastoupení dětí se zdravotně sociálními důvody a se zdravotními důvody v porovnání s pěstouny. Pěstouni mají ve své péči nejčastěji děti ze sociálních důvodů. Procenta jsou v tomto případě vysoká z toho důvodu, že nebyl a uvedena v poměru % zastoupení, ale aby bylo viditelné, kolik % má přesně každá odpověď.

## 5 DISKUZE

Cílem práce bylo prozkoumat, zda je institucionální péče o děti nutnou součástí systému náhradní péče, nebo zda ji lze zcela zrušit a případně nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD).

Na základě dat z ÚZIS je ze sečtených dat návratnost dětí do rodin, ať již bereme v potaz do vlastních či náhradních dohromady, za posledních pět sledovaných let větší než 85 %. Otázkou ale zůstává, zda je vysoké procento návratnosti do rodin, jak do vlastních, tak či přechod do náhradních, vždy lepší, než jiná varianta náhradní péče. Jak uvádí docent Lubomír Kukla (2004) ve svém odborném článku, bývá všeobecná povědomost a náhled na systém náhradní péče zkreslován a v mnoha situacích jsou médií propagována tvrzení, jež ve výsledku zastiňují práci a péči ústavních zařízení a naopak jsou vyzdvihovány polopravdy, kdy je návrat do vlastních či náhradních rodin jednoznačně nejlepším řešením (Kukla, 2004). Dilema nastává v okamžiku, kdy ačkoli máme nástroj podporu sanace rodiny, jenž by měl optimalizovat problémy a pomoci jak rodině, tak především dítěti, existují situace, za nichž si rodiče před úplným návratem dítěte z pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD) uvědomí, že pečovat o dítě není jejich snem. Zde souhlasím s tvrzením, jež uvádí Gabriel a Novák (2008), zda je v tuto situaci vhodné zvolit druh pěstounské péče dlouhodobé, jelikož je dítě zklamané, citově deprivované a opět má dovolit ostatním, aby mu mohlo být znovu ublíženo (Gabriel, Novák, 2008).

### *Nenahraditelnost institucí pro děti do 3 let věku*

V diplomové práci jsem vytvořila k tomu tématu hypotézu 4, jež zní: **Hypotéza 4. Existují odlišné důvody pro umístění dětí do PPPD a do zařízení.** Hypotéza 4. má potvrdit či zamítnout odlišné důvody přijetí dětí jak do institucí, tak do pěstounské péče, jak dlouhodobé, tak přechodné. Důvody přijetí dětí jsou u obou skupin (pěstouni a zařízení) odlišná. Dosažená hladina významnosti u zdravotních důvodů je  $p=0,025$ , u sociálních důvodů je  $p=0,048$  a u zdravotně sociálních důvodů je  $p=0,010$ . P-hodnota

je u všech odpovědí menší než 0,05, tudíž se nulová hypotéza nevyvrací a existují odlišné důvody pro přijetí dětí jak do péče pěstounské, tak do péče institucionální. Zařízení pro děti do 3 let mají nejpočetnější zastoupení dětí se zdravotně sociálními důvody (82 %) oproti pěstounům (47 %). Druhým nepočetnějším důvodem institucí jsou zdravotní důvody (23 %) v porovnání s pěstouny (pouze 3 %). Pěstouni mají naopak největší zastoupení dětí ze sociálních důvodů (50 %) oproti institucím (23 %). Jelikož byla tato procenta uvedena nikoli v poměru % zastoupení, ale v přesných procentech z důvodu možnosti více odpovědí, jsou procenta vysoká. Jelikož jsou situace přijetí dětí jak do ústavní, tak do pěstounské péče dle výsledků odlišné, domnívám se, že jsou k takovému rozdělení jisté důvody. Institucionální péče je pravděpodobně více připravená a znala se zdravotně sociálními důvody, naopak pěstounská péče na přechodnou dobu si dle mého posouzení a výzkumu dokáže nejvíc poradit s dětmi, jenž strádaly po sociální stránce. Zařízení pro děti do 3 let věku mají i tu výhodu, že péči věnují jak dětem, tak i pracují na podpoře rodiny, jak cituje Koubová (2017) odborné pracovníky (vědeckého sekretáře Společnosti sociální pediatrie docenta Lubomíra Kuklu a předsedu Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP Františka Schneiberga). Dále tito odborníci uvádějí, že dětem by mělo být poskytnuto po velmi stresujících a nepříjemných zážitcích, nestranné prostředí a péče opravdových odborníků. Koubová (2017) popisuje a cituje odborníky, že je samo sebou lepší, pokud nemůže být dítě ve své rodině, aby bylo umístěno do péče náhradní, ale stát by měl být připravený i na děti, u kterých tato varianta nelze. Příkladem odborníci uvádějí děti romského původu, velké sourozenecké skupiny aj. Oprávněná obava panuje i ve smyslu, co s dětmi, které mají např. těžké zdravotní postižení (Koubová, 2017).

#### *Role zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)*

ZDVOP jsou valnou součástí právě těchto zařízení a to až v 86 % (19 zařízení z 22 zkoumaných zařízení). Z výsledků šetření vyplývá, že poměrná část 37 % (11 pěstounů) se domnívá, že PPPD může zcela nahradit ZDVOP a 33 % (10 pěstounů) s tímto tvrzením nesouhlasí. 30 % (9 pěstounů) uvedlo, že neví. Dále můžeme z pohledu pěstounů vyzorovat, že z průměru 1,9 a mediánu 2, lze ZDVOP plně nahradit PPPD.

Následně pouze 2 pěstouni z těchto 11, kteří odpověděli, že lze institucionální péči nahradit PPPD uvedli, že pěstounská péče na přechodnou dobu v kombinaci se ZDVOP je ideální. Tudiž jde o rozporuplnost s tím, když uvedli, že PPPD může zcela nahradit ZDVOP. Tito dva respondenti byli označeni za nekonzistentní, zbytek 9 respondentů za konzistentní. Nezastupitelná péče ZDVOP dle 3 pěstounů je v případě potřeby rychlého odebrání – ohrožení života dítěte, dále z důvodu nedostatku pěstounských rodin, dítě rodičů závislých na návykových látkách a opuštěné děti bez péče. Všechna zařízení uvedla, že ZDVOP hraje v systému péče o ohrožené děti nezastupitelnou roli. Charakteristickými důvody umístění dětí do ZDVOP jsou např.: děti ohrožené na zdraví, životě, nepřiměřená péče, týrané a zneužívané děti, porušování práv dětí aj. (Novotná, 2016). Dle mého názoru je ZDVOP nezastupitelnou rolí v systému péče o dítě a to z důvodu nezvladatelných a komplikovaných situací, v nichž dítě přebývá. Dále zastávám názor, že ačkoli by byli pěstouni na přechodnou dobu jakkoli připraveni a proškoleni, nelze dosáhnout takové „profesionality“, aby tito pěstouni zvládli náročné situace dětí ve svém domácím prostředí a to i proto, že si nemohou odpočinout a nabrat znovu sílu, jako pracovníci v institucích.

Jak již bylo zmíněno, nejčastěji ZDVOP přijímá děti, jejichž stav je velmi komplikovaný a závažný. Mezi nejčastější rodinné anamnézy (RA) dítěte, jenž vyplnilo 17 institucí z celkového počtu 22, patří: závislost rodičů na návykových látkách (v 10 zařízeních), nízký socioekonomický status rodiny, který se ve výzkumu vyskytl v 8 zařízeních, dysfunkční rodinné prostředí (v 7 zařízeních), dále mentální nedostatečnost rodičů byla popsána ve 4 zařízeních, matka samoživitelka (ve 4 zařízeních), výskyt více početné rodiny (ve 3 zařízeních). Případ, kdy rodiče sami vyrostli v ústavní výchově nebo v NRP (1 zařízení). Dalším důvodem je uvedena hospitalizace rodiče (1 zařízení). Psychiatrické onemocnění rodičů (ve 2 zařízeních), domácí násilí (v 1 zařízení) a generační problematika násilí a závislostí (v 1 zařízení).

Z celkového počtu 22 zařízení vyplnilo zdravotnickou anamnézu (ZA) 16 zařízení. Mezi nejčastější (ZA) patří děti s těžkým zdravotním stavem, tento fakt uvedlo 10 zařízení. Rizikové chování rodičů (matek v době těhotenství) (v 6 zařízeních). Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte uvedla

jako nejčastější ZA 3 zařízení. Opožděný vývoj dítěte (ve 4 zařízeních). Mezi další časté ZA byly zařazeny: absence preventivní péče u pediatra (v 5 zařízeních) z toho (ve 3 zařízeních) absence očkování.

Z celkového počtu 22 zařízení sociální anamnézu (SA) vyplnilo 17 zařízení. Všechna zařízení uvedla jako nejčastější SA problematiku bydlení a finančních prostředků (v 17 zařízeních). Mezi další patří: celková deprivace z primárního výchovného prostředí (ve 2 zařízeních), zanedbání celkové péče ze strany rodičů (ve 3 zařízeních). Situace, kdy rodič ohrožuje svým chováním samotné dítě, uvedla 4 zařízení jako nejčastější SA. Následně byl zaznamenán nejčastější důvod hospitalizace pečující osoby (1 zařízení) a situaci, kdy se rodiče nechťejí, nemohou nebo neumějí o dítě postarat (1 zařízení). Děti s těmito anamnézami si z mého pohledu zaslouží skutečné odborníky, kteří dokáží přistupovat k dítěti citlivě na základě pravidelných kontrol přímo v zařízení MZ pro děti do 3 let. Skutečné potřeby nemusí být na první pohled u těchto dětí viditelné a mohou se projevat nenápadně až skrytě. Odborníci, kteří se věnují těmto dětem denně a zároveň jsou ve svém oboru profesionály, nemůže dle mého nahradit pěstoun na přechodnou dobu, ačkoli jím může být velmi schopný a vnímavý člověk, protože i odborníci mohou mít s odhalením spoustu práce. Jak dále uvádí Matějček (1992) jedná se o často skloňovaný termín psychická subdeprivace, jež se liší od klasické deprivace tím, že ji lze těžko diagnostikovat. Dále autor dodává, že ve většině případů ji sám odborník odhalí až jako odnož prvotního problému a důvodu řešení, přičemž právě toto skryté riziko pro dítě je rizikem tím největším a z něj právě plynou ony „primární“ problémy. (Matějček, 1992).

#### *Možnost náhrady institucionální péče péčí PPPD*

Dle výzkumu se pouze 33 % (10 respondentů) domnívá, že by mohla být celkově institucionální péče o děti do tří let nahrazena PPPD, 60 % (18 respondentů) zastává názor, že je důležité, aby nadále tato zařízení pro děti do 3 let věku fungovala a 7 % (2 respondenti) neví. 30 % (9 respondentů) dotázaných pěstounů si nedovede představit situaci, za které by se nemohli o dítě postarat a jsou si jisti, že by veškerou péči zvládli. 27 % (8 respondentů) naopak ano a 43 % (13 respondentů) uvedlo, že neví.

Ve výzkumu pěstouni uvedli příklady, kdy by měli obavu vykonávat péči o dítě. Těžký zdravotní stav dítěte byl uveden až (5 x). Dále byla uvedena mentální retardace a to v počtu 2 pěstounů. Mezi další obavy pěstounů patří autismus, 24 hodinová péče o dítě, sourozenci s kombinovaným postižením. K následujícím rizikovým situacím byly uvedeny silná agrese dítěte (1 x), neadaptace dítěte (1 x), zásah biologických rodičů do náhradní péče (1 x) a sociální a bytové podmínky (2 x). Z těchto příkladů je dle mého patrné, že systém náhradní rodinné péče nemůže nutit osoby vykonávající náhradní péči, aby se staraly o všechny děti, jež mohou péči potřebovat. Z mého pohledu a uvedených problematik zastávám názor, že je všeobecně vytvářen tlak na umístění dětí, jak do vlastních, tak do náhradní rodinné péče (přechodné i dlouhodobé pěstounské péče), ačkoli vždy nejde o zájem a pomoc dítěti, ale prodlužuje se doba odebrání dětí z rizikových rodin a nebere se v potaz citlivost dětí na přílišné přemísťování dětí z jedné péče do druhé. Uvedené příklady situací, za kterých by se pěstouni obávali péče o dítě, úzce souvisí s dětmi, které přijímají ZDVOP a instituce pro děti do 3 let. Z čehož dle mého plyne a opět se potvrzuje nezbytnost kombinace jak institucionální péče, tak péče PPPD.

#### *Novela občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. a tlak na umístování dětí do PPPD*

Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí č. 359/ 1999 Sb., která vstoupila v účinnost od 1. 1. 2013 s sebou přinesla dle Novotné (2016) jasnější stanoviska, pravidla, možnosti a podmínky, kdy a za jakých okolností lze PPPD využít. Dále zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, jež vstoupil v účinnost od 1. 1. 2014 (Vyskočil, 2014). Upozornění na tlak umístování dětí do náhradních rodin je též patrné z výzkumu, v němž zařízení pod gescí MZ pro děti do 3 let v ČR 91 %, tedy 20 institucí z 22 uvádějí, že změnou občanského zákoníku č. 89/1012 Sb. je znatelně snížený počet dětí v zařízení (6 zařízení), dále je dle zařízení upřednostňována PPPD před ostatními formami NRP (4 zařízení). Dalším důležitým faktorem, který je nutný z výzkumu v souvislosti se změnou NOZ uvést, je špatně fungující systém, jenž je velmi složitý, náročný a prodlužuje dobu přesunu dítěte z jedné péče do druhé. Toto tvrzení bylo zaznamenáno 6 institucemi pod gescí MZ pro děti do 3 let. Dle odborníků dítě nejvíce



trpí v situaci, kdy stále přebývá u své rodiny, která jej týrá, zneužívá, neposkytne potřebný pocit jistoty, bezpečí a lásky, jak uvádí Koubová (2017), dle slov již zmíněných odborníků.

Mezi další uvedené změny institucemi patří: nedostatečná diagnostika, jež by správně určila, jaký druh péče by byl pro dítě nejvhodnější (3 zařízení), dále se shledáváme s tvrzením, že PPPD upřednostňuje novorozence a v poslední řadě není dítě bráno na prvním místě. Dokonce se i v jednom případě objevuje problematika nezvládnutí pěstounské péče, přičemž přišel pěstoun s dítětem sám do zařízení, aby jej péči naučili. Do popředí se dostává dle odborníka Albína Škoviery především administrativa a politický záměr, nikoli tak často skloňovaný zájem dítěte (Kukla, 2016).

Nejčastěji bývají dle Trubačové (2011) děti do PPPD umístěny např. proto, že není jasné, zda může déle v biologické rodině zůstat, nebo zda je zapotřebí najít jiné vhodné prostředí k výchově a péči. Další možnou situací je příklad, kdy je rodič ve výkonu trestu, a není v rodině nikdo jiný, kdo by se o dítě po tuto dobu postaral. Svoji roli hraje i zdravotní stav rodiče, za kterého je nemožné pečovat o dítě, tudíž jsou do PPPD zařazeny i děti, jejichž rodiče nezvládají výchovu nebo sami nemají zájem se o dítě starat a pečovat o něj (Trubačová, 2011). Jak bylo již v diskuzi uvedeno, dle mého názoru je PPPD vhodná pro děti, jež mají sociální důvod pro přemístění z vlastní rodiny, nikoli pro děti např. s těžkým zdravotním stavem. Tlak na umístění do PPPD (ačkoli se tomuto umístění běžných dětí daří), nemusí být pro všechny vhodný a prospěšný.

### *Pozitiva PPPD*

Ačkoli bylo výše v textu upozorněno na jistá negativa PPPD, dovoluji si tvrdit, že pěstounská péče na přechodnou má i své výhody. Pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu byla v této práci testována hypotézou **H1: Pěstouni a zařízení vidí odlišná pozitiva na PPPD**, jež měla potvrdit nebo vyvrátit, zda mají pěstouni a instituce pod gescí MZ odlišný názor na PPPD. Hypotéza byla testována pěti otázkami. První testování proběhlo na odpovědi, zda vidí stejnou výhodu pěstouni

i zařízení v okamžité možnosti umístění dítěte do náhradní rodinné péče (aniž by muselo být dítě umístěno předem do péče ústavní). Dosažená hladina významnosti  $p=0,020$  potvrzuje a říká, že pěstouni a zařízení mají odlišný názor. Pěstouni vidí pozitivum konkrétně v 73 % a zařízení pouze v 41 %. Tato procenta jsou vysoká také proto, že se při statistickém výzkumu nejedná o poměr % zastoupení, ale o konkrétní přesná procenta. Pěstouni, jenž jsou uvedeni v evidenci pěstounů na přechodnou dobu, musí být v neustálé pohotovosti a jsou vždy připraveni přijmout dítě do péče, aniž by byl před umístěním probíhalo zprostředkování kontaktu s pěstounem (Macela, 2013). Určitá výhoda okamžitého umístění dítěte je podle mého názoru velmi vhodná, pokud to situace dítěte umožňuje. Dítě se ocitne i během pár hodin v prostředí, kde na něj mají pečující osoby čas a chtějí se mu věnovat. Na druhou stranu mohou být, dle mého názoru a z nastudované literatury, u dítěte skryté diagnózy, jež se nemusí ihned projevit a v zařízení by měli lepší odhad už jen proto, že mají větší zkušenost a tyto děti svým způsobem znají, ačkoli vždy jde o individuální posouzení dítěte. Z tohoto důvodu se domnívám, proč právě zařízení MZ byla tak málo „nadšená“ z okamžitého umístění dítěte do náhradní rodinné péče.

Testování bylo proto provedeno i na základě této možné odpovědi, jež zachycuje pozitivní význam pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD) v předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy. Dosažená hladina významnosti  $p=0,000$  potvrzuje, že i v tomto případě upřednostňují pěstouni výhodu PPPD v 60 % a zařízení v 5 %, ale zároveň se od sebe znatelně statisticky liší. (Tato procenta jsou vysoká také proto, že se při statistickém výzkumu nejedná o poměr % zastoupení, ale o přesná procenta.) Následně byla testována odpověď, jež zachycuje pozitivum PPPD právě v tom, že má dítě v náhradní rodinné péči (u pěstounů na přechodnou dobu) více pozornosti a péče, jako od rodičů – na rozdíl od institucí/ústavů. Dosažená hladina významnosti  $p=0,04$ , tudíž stanovenou hypotézu potvrzuje. I v tomto případě vidí pěstouni (pouze ve 3 %) a zařízení (v 32 %) odlišně toto pozitivum PPPD. (Tato procenta jsou vysoká také proto, že se při statistickém výzkumu nejedná o poměr % zastoupení, ale o přesná procenta.)

Problematiku citové deprivace si s sebou neseme právě z dětství a mohou následně ovlivnit i život v dospělosti. (Langmeier, Matějček, 2014). Autoři dále dodávají, že děti odebrané z biologických rodin jsou většinou vystavovány velkému riziku deprivace a je velmi důležité, aby dítěti bylo umožněno náhradní prostředí s pozitivními a trvalými vztahy. Takto vhodné prostředí by v případě vhodnosti pěstounské péče na přechodnou dobu mohli vytvářet právě tito pěstouni, kteří by měli ideálně spolupracovat i s rodinou biologickou (Langmeier, Matějček, 2014). V současné době má ale i institucionální péče, jak kapacitu, tak charakter srovnatelný se zařízením rodinného typu (Koubová, 2017).

Statisticky stejný názor na kladný význam PPPD mají mezi sebou pěstouni a zařízení v odpovědi, jako je navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou. Dosažená hladina významnosti je v tomto případě  $p=0,267$ , která není statisticky významná, a hypotézu v tomto případě vyvrací pro nedosaženou hladinu významnosti menší než  $p=0,05$ . Zařízení (v 45 %) a pěstouni (v 30 %) mají stejný statisticky významný názor na pozitivum PPPD v bezpečném navázání citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou. (Tato procenta jsou vyjádřena v přesných procentech, nikoli v poměru % zastoupení.) Ptáček (2011) popisuje pozitivum pěstounské péče na přechodnou dobu právě v možnosti vytvoření vhodné citové vazby mezi pěstounem a dítětem, kterou bude dítě schopno opětovat další osobě. Dítě, jež vyrůstá ve vhodné náhradní rodině (PPPD) má větší příležitost vytvářet sebedůvěru, sociální komunikaci a lze tuto formu NRP považovat z určité části za prevenci před patologickým chováním v dospělosti (Ptáček et al, 2011). Osobně se přikláním k názoru, že institucionální péče je dnes na jiné úrovni, než kdykoli dřív. Charakter institucí stojí již na jiných základech a zmíněný rodinný typ mění chladné prostředí na přátelské, lidské a citlivé prostředí, ve kterém se dítě může cítit i bezpečně.

#### *Negativa PPPD*

Druhá hypotéza měla buď potvrdit, nebo vyvrátit, zda mají pěstouni a zařízení odlišný či stejný názor na určitá negativa pěstounské péče na přechodnou dobu. Hypotéza zní:

H2. Pěstouni a zařízení vidí odlišná negativa na PPPD. V odpovědi z uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu jako finanční cíl statisticky vyšla hladina významnosti  $p=0,004$ , což hypotézu potvrzuje a pěstouni a zařízení mají na toto negativum statisticky odlišný názor, tudíž se hypotéza v této odpovědi potvrzuje. Zařízení (v 45 %) berou novou finanční odměnu pro PPPD jako negativum, zato pěstouni berou toto za negativum pouze v 10 %. Tato procenta jsou vyjádřena v přesných procentech, nikoli v poměru % zastoupení. V současné době je dle Macely (2013) u pěstounů na přechodnou dobu odměna navýšena a brána jako plat, oproti finančnímu ohodnocení, které fungovalo dříve, před novelizací. Dodává, že nynější odměna je ve formě platu, který zajišťuje stát.

Finanční obnos pobírá pěstoun v evidenci pěstounů i v případě, kdy nemá zrovna v péči žádné dítě. Pěstoun musí být ale připraven na okamžité přijetí dítěte ocitající se v nepříznivých podmínkách (Macela, 2013). Valenta (2017) uvádí, že financování pěstounů na přechodnou dobu je státem lépe ohodnoceno, než pěstounská péče dlouhodobá. Dodává, že pěstoun dlouhodobý pobírá za péči o jedno dítě 8000 Kč, za dvě 12 000 Kč a v případě více dětí při péči o dítě s postižením je mu uznána odměna 20 000 korun. 20 000 Kč pobírá i pěstoun na přechodnou dobu a to každý měsíc, ať již v péči dítě zrovna má nebo nemá. V případě, že pečuje pěstoun na přechodnou dobu o dítě s postižením, uvádí, že mu činí odměna 24 000Kč, tedy o 4 000 Kč víc, než pěstounovi dlouhodobému (Valenta, 2017).

Financování pěstounské péče na přechodnou dobu je dle mého názoru vhodné proto, že pěstouni musí být neustále připraveni a zároveň se domnívám, že lidé odhodlaní vykonávat pěstounskou péči nebudou mít prioritní finanční cíl. Odlišný názor na financování pěstounů a zařízení si vykládám tak, že může být spjatý se zkušenostmi jednotlivých respondentů, kteří odpovídají na základě svých poznatků. Zároveň si ale uvědomuji, že pěstouni dlouhodobí mohou pociťovat nespravedlnost. Z tohoto důvodu si myslím, že by bylo během dalšího výzkumu velmi vhodné zaměřit se právě na rozdíly mezi pěstouny dlouhodobými a přechodnými. Ve své práci jsem porovnávání nevěnovala pozornost z toho důvodu, že jsem prioritně uchopila zkoumání

rozdílů mezi institucemi a pěstouny celkově. Nyní si připouštím, že detailnější průzkum obou pěstounů by mohl být velmi zajímavý a pro praxi přínosný (nejen u finančního odměňování).

Stejně negativum vnímají mezi sebou instituce (v 64 %) a pěstouni (v 43 %) v nedostatku pěstounů na přechodnou dobu a to především pro děti jiného etnika, sourozenecké skupiny či těžká zdravotní postižení s dosaženou hladinou významnosti  $p=0,134$ . (Tato procenta jsou vysoká také proto, že se při statistickém výzkumu nejedná o poměr % zastoupení, ale o přesná procenta, jež respondenti zvolili.) Jak uvádějí Matoušek a Palzarová (2016), pěstounů na přechodnou dobu je i přes veškerou snahu stále nedostatek, proto je nezbytné, aby se na rozvoji přechodného pěstounství stále pracovalo a rozšiřovalo se (Matoušek, Palzarová, 2016). Nedostatek pěstounů na přechodnou dobu pro děti jiného etnika, sourozenecké skupiny si vysvětlují pro náročnost a strach z neznámého. Instituce hodnotí nedostatek pěstounů dle mého názoru proto, že stále jsou do institucí přijímány děti, pro které není vhodných pěstounů jak přechodných, tak dlouhodobých. I sami pěstouni si jsou dle výsledků vědomi situací, pro něž by se péče o děti obávali.

Negativum vidí zařízení (v 64 %) a pěstouni (v 43 %) s dosaženou hladinou významnosti  $p=0,134$  v odpovědi, jež poukazuje na dilema vytvoření citové vazby mezi dítětem a osobou pečující a následným přerušením. (Tato procenta jsou vysoká také proto, že se při statistickém výzkumu nejedná o poměr % zastoupení, ale o přesná procenta, jež respondenti zvolili.) Vytvoření citové vazby může být dle mého názoru prvotně bráno jako pozitivum a na druhé straně, když se dítě musí od této rodiny opět odpoutat, bych hodnotila přerušení vazby jako negativum, které může dítě z jistého hlediska opět zasáhnout.

### *Role PPPD*

Následující hypotéza měla potvrdit či vyvrátit, zda existuje odlišný pohled pěstounů a zařízení na pěstounskou péči na přechodnou dobu: Hypotéza zní: **H3. Mezi zařízeními a pěstouny existuje odlišný pohled na PPPD. Zda hraje PPPD**

nezastupitelnou roli vyšla dosažená hladina významnosti  $p=0,01$ , jenž hypotézu potvrzuje a to konkrétně v porovnání názoru mezi pěstouny 53 % a institucemi pouze v 9 %. (Tato procenta byla uvedena v přesných procentech, nikoli v poměru % zastoupení.) Odlišný pohled se potvrdil i u odpovědi, že pokud je PPPD v kombinaci s institucionální péčí, jedná o vyvážený komplex potřebné péče a to s dosaženou hladinou významnosti  $p=0,000$ . Zařízení toto tvrzení preferují ve 100% a pěstouni pouze v 47 %. (I zde byla procenta uvedena v přesných procentech, nikoli v poměru % zastoupení). Velmi zajímavým výsledek sledávám u odpovědi, že ani zařízení ani pěstouni se nedomnívají, že je PPPD lepší, než institucionální, ale naopak se shodují obě skupiny v tom, že kombinace PPPD a ústavní péče je ideálním řešením.

Před umístěním dítěte do ústavní péče je dle Kukly (2016) důkladně prozkoumáno, zda jsou důvody k umístění skutečně závažné a odloučení dítěte je neodkladné a dále soud zjišťuje, zda není možné dítě přednostně umístit do formy náhradní rodinné péče (NRP) nebo do zařízení vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP). Je-li dítě do institucionální péče umístěno, soud pravidelně jednou za půl roku zkoumá situaci dítěte, zdali se skutečnosti nezměnily (Kukla, 2016). V případě zvolení formy PPPD je dle Macely (2013) dítěti poskytnuta náhradní rodinná péče, ve které může přetrvat s délkou max. 1 roku a dále je dítě přemístěno do další náhradní péče. V lepším případě dodává, že je vráceno zpět do vlastní rodiny (Macela, 2013).

Jak již z výzkumu a literatury vyplývá, je vždy nutné zhodnotit všechny faktory a okolnosti dítěte, pro které muselo být přemístěno z původní rodiny. Institucionální péče, ale i pěstounská péče na přechodnou dobu, má dle mého nezastupitelnou roli a nelze, aby jedna nahradila druhou. Institucionální zařízení MZ se dokáží profesionálně (v zastoupení odborníků, nikoli proškolených osob) postarat o děti, které mají především zdravotně sociální důvody. Do PPPD mohou naopak být zařazeny děti se sociálními problémy. Spolu dohromady (instituce MZ a PPPD) utváří vyváženou a ucelenou péči pro děti, které jsou ohroženy rizikovým prostředím, ve kterém vyrůstají.

## 6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo prokázat či ujasnit, zda je institucionální péče o děti do 3 let věku nutnou součástí systému péče o děti anebo, zda ji lze či nelze zcela zrušit a nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD).

Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření směrem k pěstounům (dlouhodobým i přechodným) a dále institucím pro děti do 3 let věku v ČR, jenž měl zodpovědět výzkumné otázky 3, 4 a 5. Dotazníky byly v obou případech rozesílány přes e-mailové adresy. Dotazníky pro pěstouny byly dále zprostředkovány přes OSPOD v Českém Krumlově a sociální síť Facebook, kde mají pěstouni své soukromé stránky. Výzkumné otázky 1 a 2 byly zodpovězeny na základě získaných dat na požádání z ÚZIS, data nejsou již volně dostupná na webových stránkách a v diplomové práci doplňují potřebné informace.

Výzkumných otázek bylo pět:

1. Kolik dětí se během kalendářního roku dostane ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do rodin (NRP)?
2. Kolik dětí se v posledních pěti letech navrátilo ze zvláštních dětských zařízení (ZDZ) do vlastních rodin?
3. Jakou roli hraje v systému péče o dítě pěstounská péče na přechodnou dobu, její význam, pozitiva, negativa.
4. Jakou roli hraje v současnosti ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc).
5. Za jakých okolností je institucionální péče nenahraditelná?

Ve shrnutí můžeme odpovědět na VO1, že na základě zaslaných dat z ÚZIS je ze sečtených dat návratnost dětí do rodin, ať již bereme v potaz do vlastních či náhradních dohromady, za posledních pět sledovaných let (2011 – 2015) větší než 85 %.

Dle dat z ÚZIS můžeme uvést, že v letech 2011 – 2015 návrat dětí zpět do vlastních rodin nebyl nikdy menší než 50 % a v posledních dvou sledovaných letech 2014 a 2015 dosáhl až cca k 63 %.

VO3 byla zodpovězena převážně hypotézou 1, 2 a 3.

**Hypotéza 3** zněla: **Mezi zařízeními a pěstouny existuje odlišný pohled na PPPD.** Zda hraje PPPD nezastupitelnou roli vyšla dosažená hladina významnosti  $p=0,01$ , jež hypotézu potvrzuje, a to konkrétně v porovnání názoru mezi pěstouny 53 % a institucemi pouze v 9 %. Odlišný pohled se potvrdil i u odpovědi, že pokud je PPPD v kombinaci s institucionální péčí, jedná o vyvážený komplex potřebné péče a to s dosaženou hladinou významnosti  $p=0,000$ . Zařízení toto tvrzení preferují ve 100 % a pěstouni pouze v 47 %.

Dále Hypotéza 1, která zní: **Pěstouni a zařízení vidí odlišná pozitiva na PPPD.** Odlišně vidí pěstouni a zařízení pozitivum v tom, že je dítě je možno umístit okamžitě do náhradní rodinné péče k pěstounům – nemusí si projít umístěním do ústavní péče ( $p=0,020$ ), pěstouni v pozitivním ohlasu 73 % a zařízení ve 41 %. Dále vidí odlišně obě skupiny pozitivum v předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy ( $p=0,000$ ). Pěstouni v 60 % a zařízení v 5 %. Dalším a posledním odlišným pohledem na pozitivum PPPD je tvrzení, že u pěstounů na přechodnou dobu má dítě více pozornosti a péče, jako od rodičů – na rozdíl od institucí/ ústavů ( $p=0,004$ ). Pěstouni zastávají názor ve 3 % a zařízení v 32 %. Stejně pozitivum shledávají pěstouni v 30 % a zařízení v 45 % v navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou ( $p=0,267$ ).

Hypotéza 2 zní: **Pěstouni a zařízení vidí odlišná negativa na PPPD.** Odlišně vidí negativum PPPD pouze v případě uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu jako



finanční cíl ( $p=0,004$ ). Pěstouni vidí riziko v 10 %, zařízení v 45 %. Naopak stejně statisticky vidí pěstouni v 43 % a zařízení v 64 % negativum ve vytvoření citové vazby mezi pečující osobou a dítětem – následné přerušení této vazby a dále také v nedostatku pěstounů na přechodnou dobu, a to především pro děti jiného etnického původu, starších dětí, pro děti se zdravotním postižením, pro děti v sourozeneckých skupinách apod. ( $p=0,134$ ). Žádná rizika uvedlo 13 % pěstounů a 0 % zařízení,  $p=0,078$ .

VO4 byla zodpovězena opět jak pěstouny, tak zařízeními. ZDVOP jsou valnou součástí právě těchto zařízení a to až v 86 % (19 zařízení z 22 zkoumaných zařízení). Celkově vyplývá, že 37 % (11 pěstounů) se domnívá, že PPPD může zcela nahradit ZDVOP a 33 % (10 pěstounů) s tímto tvrzením nesouhlasí. 30 % (9 pěstounů) uvedlo, že neví. V diplomové práci jsou k ZDVOP zpracovány anamnézy, jež uvádějí velmi vážné důvody, pro které nelze péči o děti vykonávat v PPPD, ale je nutná péče odborníků v zařízení.

VO5 byla zpracována za pomoci hypotézy 4, která zní: **Existují odlišné důvody pro umístění dětí do PPPD a do zařízení.** Důvody přijetí dětí jsou u obou skupin (pěstouni a zařízení) odlišná. Dosažená hladina významnosti u zdravotních důvodů je  $p=0,025$ , u sociálních důvodů je  $p=0,048$  a u zdravotně sociálních důvodů je  $p=0,010$ . Tudíž se hypotéza potvrzuje ve všech třech důvodech. Zařízení pro děti do 3 let mají nejpočetnější zastoupení dětí se zdravotně sociálními důvody. Pěstouni mají naopak největší zastoupení dětí ze sociálních důvodů. Dále je možno nahlédnout do uvedených obav přímo od pěstounů, za kterých okolností by se péče o dítě obávali.

Z výsledků plyne, že ačkoli je návratnost dětí do vlastních a náhradních rodin většinová, je nutné brát v potaz, zda je forma PPPD či návrat do vlastních rodin vždy tím nejlepším řešením, zda není prioritou stavěná na něčem jiném, než na blahu dítěte. Existují totiž děti, jejichž zdravotní či psychický stav si vyžaduje péči odbornou a pod neustálým dohledem. A ačkoli mají v některých situacích PPPD a instituce pro děti do 3 let věku odlišný pohled, je nutno dodat, že spolu dohromady utváří komplex vyvážené péče. V případě, kdy by nastalo rušení institucí pro děti do 3 let, mohlo by dojít k selhání celkového systému péče o děti.

Tato diplomová práce může sloužit jako podklad k dalšímu odbornému šetření v oblasti optimalizace péče o dítě a jako ukázka toho, že rušit institucionální péče je nesystémové až nesmyslné. Z těchto důvodů by měly být všechny následující kroky, týkající se změn v systému péče o dítě, důkladně prodiskutovány s odborníky, jež dané problematice z letitých zkušeností rozumí a nejde jim o osobní zájem, ale o zájem dítěte. K dalšímu šetření bych doporučila větší soubor pěstounů přechodných a dlouhodobých, aby mohlo být provedeno porovnání odpovědí mezi pěstouny dlouhodobými a přechodnými. Uvědomuji si, že výsledky by mohly být velmi zajímavé a přínosné. Jelikož jsem měla malý soubor celkového počtu pěstounů (přechodných a dlouhodobých), porovnávala jsem pouze výsledky institucí a pěstounů (dlouhodobých a přechodných celkem). Výsledky pokládám ale i tak za přínosné a obohacující.

## 7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ALLENDER, J.A., RECTOR, CH., WARNER, K.D. 2013. *Community and public health nursing: promoting the public's health*. 9th edition. ISBN 9781496349828.
2. ARNOLDOVÁ, A. 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.
3. ARNOLDOVÁ, A. 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
4. BARBELL, K., WRIGHT, L. c2001. *Family foster care in the next century*. New Brunswick: Transaction Publishers. ISBN 0765807122.
5. BINDER, J.V. 2016. *Tisková zpráva pro tiskovou konferenci ze dne 19.5.2016* [online]. Praha: Sdružení na ochranu ohrožených dětí. [cit: 2017-10-06]. Dostupné z: <http://www.sood.cz/tiskova-zprava-pro-tiskovou-konferenci-ze-dne-19-5-2016/>.
6. BOŤOVÁ, A. 2008. *Náhradní rodinná péče a transformace systému péče o ohrožené děti v České republice*. Brno: Triada - poradenské centrum. ISBN 978-80-254-3353-9.
7. BUBLEOVÁ, V. 2014. *Základní informace o osvojení (adopci)*. 3., přeprac. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-18-0.
8. BUBLEOVÁ, V. et al. 2014. *Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka*. 3., přeprac. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-19-7.
9. ČEVELA, R. et al. 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2938-4.
10. DENZIN, N. K. c2010. *Childhood socialization*. Rev. 2nd. ed: Transaction Publishers. ISBN 978-1-4128-1059-3.

11. DETRICK, S. c1999. *A commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*. Boston: M. Nijhoff Publishers. ISBN 9041112294.
12. DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ, I. 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3880-2.
13. DUNOVSKÝ, J. 1986. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum).
14. DUNOVSKÝ, J. 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-254-9.
15. FISCHER, S., ŠKODA, J. 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
16. GABRIEL, Z., NOVÁK, T. 2008. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1788-3.
17. GROHOVÁ, J., Bubleová, V., Vávrová, A., Frantíková, J. 2011. *Dítě v náhradní rodině potřebuje i vaši pomoc!: informace a pracovní listy pro pedagogy*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-06-7.
18. HENDL, J. 2012. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0200-4.
19. HOFROVÁ, V., ROTREKLOVÁ, E. 2009. *Odborná příprava budoucích pěstounů a osvojitelů: Koncepční a metodické poznámky* [online]. Brno: Triada-Poradenské centrum o.s. [cit: 2017-05-28]. ISBN: 978-80-254-4588-4. Dostupné z: <http://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2017/03/publikace-152.pdf>
20. HOSKOVCOVÁ, S. 2006. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1424-8.
21. JEDLIČKA, R. 2004. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis. ISBN 80-7312-038-0.

22. JEDLIČKA, R. 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
23. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. 2014. *Je naše dítě zralé na vstup do školy?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4750-7.
24. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
25. KLÍMA, J. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
26. Kojenecké ústavy, dětské domovy a další zařízení pro děti. 2017. [online]. ÚZIS ČR. [cit. 2017-06-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/kojenecke-ustavy-detske-domovy-dalsi-zarizeni-pro-deti>
27. KOPECKÁ, I. 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.
28. KOTLER, P. 2007. *Moderní marketing: 4. evropské vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1545-2.
29. KOUBOVÁ, 2017. MPSV chce sjednotit péči o ohrožené děti pod sebe a zakázat ústavní péči u nejmenších. Odborníci se bouří [online]. [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/07/mpsv-chce-sjednotit-peci-ohrozene-deti-sebe-zakazat-ustavni-peci-u-nejmensich-odbornici-se-bouri/>.
30. KOVAŘÍK, J, BUBLEOVÁ, V., ŠLESINGEROVÁ, K. 2004. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-957-7.
31. KOZEL, R., MYNÁŘOVÁ, L., SVOBODOVÁ, H. 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3527-6.
32. KUKLA, L. 2004. Mýty a skutečnosti o náhradní péči o děti v ČR. *Pediatric pro praxi*. 5, 231-2. ISSN: 1803-5264.

33. KUKLA, L. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
34. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024619835.
35. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. c2007. *Preklinická pediatrie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-438-6.
36. LOHUMI, S., LOHUMI, R. 2015. *Sociology for nurses*. India: Elsevier. ISBN: 978-81-312-4010-6.
37. LOVASOVÁ, L. 2006. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 8086991660.
38. MACELA, M. 2013. *Informace o postupech spojených s umístováním dětí do pěstounské péče na přechodnou dobu* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Odbor rodiny a ochrany práv dětí. 14 s. [cit: 2017-06-10]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/14851/umistovani\\_deti\\_PPPD.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14851/umistovani_deti_PPPD.pdf)
39. MARRE, D., BRIGGS, L. c2009. *International adoption: global inequalities and the circulation of children*. New York: New York University Press. ISBN 0814791018.
40. MATĚJČEK, Z. 1992. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2.
41. MATĚJČEK, Z. 1999. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-304-8.
42. MATĚJČEK, Z. 2007. *Co děti nejvíc potřebují: [potřeba otevřené budoucnosti, mateřská a otcovská identita, jistota namísto úzkosti, problém týrání dětí]*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 9788073672720.
43. MATĚJČEK, Z. et al. 2002. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071786373.
44. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. 1994. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-06-x.

45. MATOUŠEK, O., PALZAROVÁ, H. 2016. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: Dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Karolinum. ISBN 9788024633367
46. MATOUŠEK, O. 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
47. MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., ed. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
48. MATOUŠEK, O., PALZAROVÁ, H. 2016. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024633367.
49. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2016. *Přehled dětských domovů do 3 let věku*. [online]. Copyright 2015: Asociace Dítě a rodina, z.s. [cit: 1.6.2016]. Dostupné z: <http://mapa.ditearodina.cz/kojenecke-ustavy.html>
50. NOVOTNÁ, V. 2016. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí s komentářem*. 2., aktualizované vydání. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7554-022-5.
51. NOVOTNÝ, P., IVIČIČOVÁ, J., SYRŮČKOVÁ, I., VONDRÁČKOVÁ, P. 2017. *Nový občanský zákoník*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. Právo pro každého (Grada). ISBN 978-80-271-0431-4.
52. PECÁKOVÁ, I. 2008. *Statistika v terénních průzkumech*. Praha: Professional Publishing. ISBN 978-80-86946-74-0.
53. POKORNÁ, P. 2012. *Metodika podpůrných aktivit pro náhradní rodinnou péči: podpora pěstounských a osvojitelských rodin s romskými dětmi, arteterapie, Klub náhradních rodin, videotrénink interakcí*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-13-5.
54. PÖTHE, P. 2013. *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4585-5.
55. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. 2012. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.
56. PRINGLE, M.K. 1986. *The needs of children a personal perspective*. 3rd ed. London: Hutchinson. ISBN 9781905818662.

57. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. 2011. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 9788074210402.
58. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-9519-0.
59. RACEK, J., SOLAŘOVÁ, H., SVOBODOVÁ, A. c2014. *Vyhodnocování potřeb dětí: praktický průvodce : metodika vyhodnocování*. Praha: Lumos Foundation. ISBN 978-80-260-5521-1.
60. ŘÍČAN, P. 2008. *Psychologie: příručka pro studenty*. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-406-9.
61. ŘÍČAN, P. et al. 2005. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024710495.
62. SEDLÁŘOVÁ, P. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
63. SELIGMAN, M., DARLING, R. B. 2007. *Ordinary families, special children: a systems approach to childhood disability*. 3rd ed. New York: Guilford Press. ISBN 9781593853624.
64. SEMERÁDOVÁ, M. 2012. Metodika: Zprostředkování kontaktu dítěte s vlastní rodinou [online]. Chrudim: Občanské sdružení Amalthea [cit: 2017-06-08]. Dostupné z: <http://valika.cz/wp-content/uploads/2014/05/publikace-6.pdf>
65. SHIPITSYNA, L.M. 2008. *Psychology of Orphans*. Bloomington: iUniverse, 2008. ISBN 9780595430185.
66. SCHNEIBERG, F. 2011. Dětská centra – moderní forma komplexní péče o ohrožené děti. *Pediatric pro praxi*. 12(2), 136-7. ISSN: 1803-5264.
67. SOBOTKOVÁ, I. 2012. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0217-2.
68. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. 2015. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0899-0.



69. ŠKOVIERA, A. 2007. *Dilemata náhradní výchovy: [teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-318-5.
70. ŠULOVÁ, L. 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 9788024618203.
71. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
72. ŠVEJCAR, J. et al. 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Praha: HBT. ISBN 978-80-87109-14-4.
73. TRUBAČOVÁ, K. 2011. *Pěstounská péče na přechodnou dobu pro nejmladší děti* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit: 2017-06-03]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/15309/PPPDpro\\_nejmensi\\_deti.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15309/PPPDpro_nejmensi_deti.pdf)
74. UHLÍŘOVÁ, V. 2014. *Kontakt dítěte v náhradní rodinné péči s biologickou rodinou* [online]. Nový Bor. [cit: 2017-6-1]. Dostupné z: <http://www.velkyvuz-sever.cz/downloads/kontakt-ditete-v-nahradni-rodinne-peci.pdf>
75. VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
76. VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-14-2.
77. VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
78. VALENTA, I. 2015. *Parlamentní listy: Přibývá profesionálních pěstounů za finanční odměnu, počet se rok ztrojnásobil* [online]. Parlamentní listy [cit: 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Pribyva-profesionalnich-pestounu-za-financni-odmenu-pocet-se-za-rok-ztrojnásobil-362067>.
79. VANČÁKOVÁ, M. 2008. *Romské dítě v náhradní rodině*. [online]. Praha: Občanské sdružení Rozum a Cit. [cit: 10.6.2017]. Dostupné z:  
[http://www.adopce.com/\\_files/adopce-](http://www.adopce.com/_files/adopce-)

01f73088f177faab63667d41c2f2af40/rozum-a-cit-romske-dite-v-nahradni-rodine.pdf

80. VANČÁKOVÁ, M. 2011. *Dítě jiného etnika v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-05-0.
81. VANÍČKOVÁ, E. 2009. *Deklarace práv dítěte* [online]. [cit: 2017-06-03]. Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid-560/>.
82. VELEMÍNSKÝ, M. et al. 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-182-6.
83. VYBÍHAL, V. et al. 2017. *Mzdové účetnictví 2017: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0426-0.
84. VYSKOČIL, F. 2014. *Právní úprava náhradní rodinné péče v České republice* [online]. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, spolek Praha [cit: 2017-05-02]. Dostupné z: [http://www.nahradnirodina.cz/files/File/Projekty/Pravni\\_uprava\\_NRP\\_v\\_CR\\_2014.pdf](http://www.nahradnirodina.cz/files/File/Projekty/Pravni_uprava_NRP_v_CR_2014.pdf).
85. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit: 2017-05-02]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)
86. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, 1999. [online]. [cit: 2017-05-20]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 147/2012Sb., s. 5090-5139. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14305/novela.pdf>
87. Zákon č. 89/2012Sb., občanský zákoník, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 33, s. 1026-1368. ISBN: 1211-1244.
88. ZEZULOVÁ, D. 2015. *Podpora náhradní rodiny*. In: MPSV. Sborník příspěvků k aktuálním tématům náhradní rodinné péče. Ministerstvo práce sociálních věcí ČR, s. 199-219. ISBN: 978-80-7421-103-4.

## 8 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Příspěvek na úhradu potřeb dítěte dle věku a stupně závislosti .....	50
Tabulka 2: Důvody přijetí dětí do zařízení v gesci MZ v letech 2011 – 2015 .....	70
Tabulka 3: Kategorie přijatých dětí do zařízení pod gescí MZ v letech 2011 – 2015...	71
Tabulka 4: Děti propuštěné do rodin v letech 2011- 2015 .....	73
Tabulka 5: Počet umístěných dětí do náhradní rodinné péče (NRP) v letech 2011-2015.....	75
Tabulka 6: Návrat do vlastní rodiny a do jiné formy péče v letech 2011 – 2015 .....	76
Tabulka 7: Role PPPD v systému péče ČR .....	78
Tabulka 8: Situace dětí umístěných do PPPD .....	79
Tabulka 9: Rizika PPPD dle pěstounů .....	80
Tabulka 10: Pozitiva PPPD dle pěstounů .....	82
Tabulka 11: Součást ZDVOP v zařízení pod gescí MZ v ČR .....	84
Tabulka 12: Důvody přijetí dětí do zařízení pod gescí MZ .....	84
Tabulka 13: Role PPPD v systému péče o dítě .....	85
Tabulka 14: Rizika a negativa PPPD popsaná institucemi MZ v ČR .....	86
Tabulka 15: Pozitiva a přednosti PPPD popsaná institucemi MZ v ČR .....	87
Tabulka 16: PPPD ve vztahu dítě a pěstoun .....	89
Tabulka 17: Odměna pro PPPD z pohledu institucí MZ v ČR .....	91

Tabulka 18: Pociťování změn nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. ....	92
Tabulka 19: Možnost nahrazení ZDVOP pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) .....	96
Tabulka 20: Role ZDVOP dle PPPD .....	98
Tabulka 21: Role ZDVOP dle zařízení .....	99
Tabulka 22: Nejčastější důvody umístěných dětí do zařízení MZ v ČR .....	112
Tabulka 23: Lze či nelze nahradit institucionální péčí PPPD .....	113
Tabulka 24: Pozitiva PPPD a její porovnání mezi institucemi a pěstouny .....	116
Tabulka 25: Negativa PPPD a její porovnání mezi institucemi a pěstouny .....	118
Tabulka 26: Role PPPD a její porovnání mezi institucemi a pěstouny .....	120
Tabulka 27: Situace dětí žijících mimo domov a její porovnání mezi institucemi a pěstouny.....	122

## 9 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Počet přijatých dětí celkem za rok 2011- 2015 .....	69
Graf 2: Kategorie přijatých dětí v letech 2011- 2015 (%) .....	71
Graf 3: Navazující místo propuštění dětí ze zařízení MZ v letech 2011- 2015 .....	72
Graf 4: Počet umístěných dětí do náhradní rodinné péče (NRP) v letech 2011 - 2015 ..	74
Graf 5: návratnost dětí do vlastních rodin v letech 2011- 2015 .....	76
Graf 6: Druh pěstounské péče u respondentů .....	78
Graf 7: Typ zařízení výkonu povolení u respondentů .....	83
Graf 8: Délka vzniku citové vazby .....	90
Graf 9: Důležitost institucionální péče dle PPPD .....	108
Graf 10: Existence náročné situace dítěte dle pěstounů .....	109

## 10 SEZNAM DIAGRAMŮ

Diagram 1: Záznam změn od respondentů.....	93
Diagram 2: Rodinná anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR.....	100
Diagram 3: Zdravotnická anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR.....	103
Diagram 4: Sociální anamnéza dětí v zařízení pod gescí MZ v ČR.....	106
Diagram 5: Důvody, jež by mohly být pro pěstouny nezvladatelné.....	111

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PPPD – pěstounské péče na přechodnou dobu

ÚZIS – ústav zdravotnických informací a statistiky

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

ČR – Česká republika

OSPOD – oddělení sociálně právní ochrany dětí

ZDVOP – zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

DFR – dotazník funkčnosti rodiny

## 12 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro pěstouny a pro pěstouny na přechodnou dobu.

Vážení respondenti,

jmenuji se Markéta Farkašová a studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který je před Vámi, je neoddelitelnou součástí mé diplomové práce s názvem: Optimalizace péče o ohrožené děti do 6ti let věku. Otázky jsou utvořené tak, aby se dalo následně vyhodnotit, zda je institucionální péče pro děti do 3 let věku důležitá až nepostradatelná nebo zda ji lze nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu. Dotazník je zcela anonymní. Mohu Vás ujistit, že uvedené odpovědi proti Vám nemohou být jakkoli zneužity. Velmi Vás prosím o vyplnění a zároveň moc děkuji za Váš čas a ochotu.

Vámi zvolenou odpověď zaškrtněte, prosím, např. červenou barvou, děkuji.

1. Činnost, kterou vykonáváte je:

A. Pěstounská péče (dlouhodobá)

B. Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD)

2. Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě?

A. Nezastupitelnou, má své přednosti před dalšími variantami v náhradní péči o dítě.



B. V kombinaci s institucionální péčí (kojenecké ústavy, dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let) a péčí v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) se jedná o vyvážený komplex potřebné péče.

C. Pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) lze nahradit např. institucionální péčí – není nutné jí přikládat zvláštní význam.

3. V jakých situacích se nejčastěji ocitly děti, o které jste pečovali nebo pečujete formou pěstounské péče nebo pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)?

A. Zdravotní důvody dítěte

B. Sociální důvody (např. rozvrat v rodině, rodiče ve výkonu trestu apod.)

C. Zdravotně sociální důvody (např. zdravotní problémy rodičů, závislost na omamných látkách rodičů, podezření na syndrom CAN apod.)

4. Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu?

(zaškrtněte libovolný počet odpovědí)

A. Žádná

B. Vytvoření citové vazby mezi pečující osobou a dítětem – následné přerušení této vazby

C. Nedostatek pěstounů na přechodnou dobu a to především pro děti jiného etnického původu, starších dětí, pro děti se zdravotním postižením, pro děti v sourozeneckých skupinách apod.

D. Uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu jako finanční cíl

E. Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) nebude nikdy vhodná pro všechny děti

5. Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu?

(zaškrtněte libovolný počet odpovědí)

- A. Žádná
- B. Dítě je možno umístit okamžitě do náhradní rodinné péče – nemusí být vůbec předem umístěno do ústavní péče
- C. Předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy
- D. Navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou
- E. Jiná, uveďte, prosím jeden příklad: .....

6. Je dle Vašeho uvážení, popřípadě zkušeností možné, aby pěstounská péče na přechodnou dobu zcela nahradila zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

7. Jakou roli dle Vás hrají v současné době zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)?

A. Nezastupitelnou – jsou situace, které si bezpodmínečně vyžadují pomoc v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)

Vypište, prosím, alespoň jednu takovou situaci:.....

B. Domnívám se, že péči, kterou vykonávají zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc lze nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu.

C. Nevím - nedokáži v současné době posoudit.

8. Je dle Vás důležité, aby nadále plně fungovala zařízení institucionální péče o děti do tří let věku dítěte (dětská centra, dětské domovy do tří let věku dítěte a kojenecké ústavy)?

A. Ano, je to nutné, vždy budou děti, o které se bude muset postarat institucionální péče, a to např. z důvodů zdravotního stavu dítěte apod.

B. Ne, není to nutné, lze ji nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu.

C. Nevím

9. Existuje situace, za které byste pro svou fyzickou či psychickou kapacitu/ sílu nemohli o určité dítě pečovat?

A. Ano, jsou takové situace (napište prosím jednu, pro Vás nejvíce nezvladatelnou situaci např. těžký zdravotní stav dítěte apod.).....

B. Ne, není žádná situace, které bych se obával(a)

C. Nevím – nedokáži momentálně posoudit

## Příloha 2: Dotazník pro zařízení pod gescí MZ v ČR.

Vážení respondenti,

jmenuji se Markéta Farkašová a studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který je před Vámi, je neoddelitelnou součástí mé diplomové práce s názvem: Optimalizace péče o ohrožené děti do 6ti let věku. Otázky jsou utvořené tak, aby se dalo následně vyhodnotit, zda je institucionální péče pro děti do 3 let věku důležitá až nepostradatelná nebo zda ji lze nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu. Dotazník je zcela anonymní. Mohu Vás ujistit, že uvedené odpovědi proti Vám nemohou být jakkoli zneužity. Velmi Vás prosím o vyplnění a zároveň moc děkuji za Váš čas a ochotu.

Zaškrtněte prosím, Vámi zvolenou odpověď, u některých otázek je možnost více odpovědí, děkuji.

1. Zařízení, ve kterém pracujete v rámci ministerstva zdravotnictví (MZ) je:
  - A. Kojenecký ústav
  - B. Dětský domov pro děti od 0 do 3 let věku
  - C. Dětské centrum
  
2. Je součástí Vašeho pracoviště i ZDVOP (tedy Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc)?
  - A. Ano
  - B. Ne

3. Z jakého/ jakých důvodů jsou ve Vašem zařízení nejčastěji děti umístěny?  
(možnost více odpovědí)
- A. Zdravotní důvody, pro které nelze vykonávat péči o dítě v rodině.
  - B. Sociální důvody (např. rozvrat v rodině, rodiče ve výkonu trestu apod.)
  - C. Zdravotní a sociální důvody (např. zdravotní problémy rodičů, závislost na omamných látkách rodičů, podezření na syndrom CAN apod.)
4. Jakou roli dle Vás hraje pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) v systému péče o dítě?  
(možnost více odpovědí)
- A. Nezastupitelnou, má své přednosti před dalšími variantami v náhradní péči o dítě.
  - B. V kombinaci s institucionální péčí (kojenecké ústavy, dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let) a péčí v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) se jedná o vyvážený komplex potřebné péče.
  - C. Pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) lze nahradit institucionální péčí.
5. Jaká jsou dle Vás možná rizika/ negativa pěstounské péče na přechodnou dobu?  
(možnost více odpovědí)
- A. Žádná negativa si neuvědomuji.
  - B. Některá rizika/ negativa existují, ale nejde dle mě o nic zásadního, co by pěstouni sami či za pomoci např. podpůrných, poradenských, psychologických či jiných služeb, nezvládli.

C. Vytvoření citové vazby mezi pečující osobou a dítětem – následné odloučení se a přerušení této vazby.

D. Nedostatek pěstounů na přechodnou dobu a to především pro děti jiného etnického původu, starších dětí, pro děti se zdravotním postižením, pro děti v sourozeneckých skupinách apod.

E. Uchopení pěstounské péče na přechodnou dobu především jako finanční cíl pro některé potencionální profesionální pěstouny.

F. Jiná  
odpověď:.....

6. Jaká jsou dle Vás možná pozitiva pěstounské péče na přechodnou dobu?

(možnost více odpovědí)

A. Žádná

B. Dítě je možno umístit okamžitě do náhradní rodinné péče k pěstounům – nemusí si projít umístěním do ústavní péče.

C. Předcházení citové deprivace, kterou by mohly být děti v ústavním zařízení ohroženy.

D. Navázání bezpečné citové vazby s pečující osobou i s celou novou rodinou.

E. Dítě má v náhradní rodinné péči (u pěstounů na přechodnou dobu) více pozornosti a péče, jako od rodičů – na rozdíl od institucí/ ústavů.

F. Jiná odpověď.....

7. Zaškrtněte, prosím, jak nahlížíte na pěstounskou péči na přechodnou dobu (PPPD), ve vztahu dítě - pěstoun na přechodnou dobu:

(možnost více odpovědí)

- A. Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) se mi jeví jako lepší, než institucionální péče (dítě zde má osobu, která o něj pečuje v rodinném zázemí).
  - B. Pro dítě je pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) nebezpečná v tom, že si na pěstouna zvykne a po této době je opět přemísťováno - citová nestabilita u dítěte apod.
  - C. Nemůžu určit, zda je pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) lepší nebo horší, než institucionální péče.
  - D. Jedná se o individuální situaci. Ne u každého dítěte je vhodné zařazení do PPPD, zároveň existují ale děti, u kterých se jeví PPPD jako vhodnější forma, než institucionální péče).
8. Během jaké doby dle Vás vzniká citová vazba mezi dítětem a pěstounem na přechodnou dobu (PPPD)?
- A. Už během krátkodobé pěstounské péče na přechodnou dobu (dny až měsíc).
  - B. Během střednědobé pěstounské péče na přechodnou dobu (do jednoho roku péče).
  - C. Během dlouhodobé pěstounské péče na přechodnou dobu (trvajících déle než jeden rok) – taková může být jen výjimečně.
9. Odměna pro pěstouna je brána jako plat, tudíž mají pečující osoby i důchodové pojištění. Jak se k tomuto pojetí stavíte?
- A. Nemám s tím problém, přijde mi to správné, alespoň se pěstouni budou moci naplno věnovat dětem.

B. Mám s tím problém, myslím si, že na pěstounství budou někteří pomýšlet hlavně z tohoto důvodu - z hlediska finančního zisku, než jako primární pomoc a péče dětem.

C. Nedokážu to momentálně posoudit.

10. Pociťujete/ vnímáte jako odborník změny, které s sebou přinesl nový občanský zákoník č. 89/ 2012 Sb., a to konkrétně v péči o děti formou pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD)?

A. Ano, konkretizujte, prosím:

B. Ne

C. Nevím

11. V současné době jsou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP), které čekají na náhradní rodinnou péči:

A. Zařízením, které hraje nezastupitelnou roli, kde se dítěti dostane potřebné a náležité péče.

B. Nedostačujícím zařízením, lepší by byla péče v běžném domácím prostředí – u profesionálních pěstounů.

C. Nedokážu posoudit.

12. Popište, prosím, stručně, s jakou anamnézou se k Vám děti do zařízení vyžadující okamžitou pomoc, nejčastěji dostávají? Vypište:

A. Jaká je nejčastější rodinná anamnéza dítěte:



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

B. Jaká je nejčastější zdravotnická anamnéza dítěte:

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

C. Jaká je nejčastější sociální anamnéza dítěte:

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

13. Jaké jsou dle Vás důvody, pro které lze/ nelze nahradit zcela institucionální péči  
pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD)?

(možnost více odpovědí)

- A. Mým názorem je, že vždy zůstanou děti např. různého etnika, zdravotního postižení, věku apod., které si nikdo nevezme - nelze nutit pěstouny či je přemlouvat, aby se o dané/ konkrétní dítě postarali.
- B. Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) může péči institutů nahradit, ale pouze částečně s dopomocí institucionální péčí.
- C. Neexistují důvody, institucionální/ ústavní péči lze dle mého zcela nahradit pěstounskou péčí na přechodnou dobu (PPPD) a to po jejich plánovaném profesionálním zaškolení.

Příloha 3: Žádost o poskytnutí dat z ÚZIS.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Palackého nám 4, P.O.BOX 60

Praha 2 Nové Město

128 01

Žádost o poskytnutí informace ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném  
přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů

Jméno a příjmení: Bc. Markéta Farkašová

Datum narození: 28.9.1990

Adresa: |Nad Cihelnou 597, Velešín, 382 32

e-mail: FM28@seznam.cz

Ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb. žádám o:

Sdělení níže specifikovaných údajů týkající se činnosti kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku. Tyto informace byly do roku 2013 dostupné ve Zdravotnických ročenkách České republiky v tabulce č. 3.6 s názvem „Činnost

kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku“ avšak ročenka již není vydávána.

Proto Vás prosím a konkrétně žádám o údaje za roky 2013(v tento rok byla sice ročenka vydána, ale údaje v ní jsou za rok 2012, vždy zpětně a tudíž už za rok 2013 údaje na internetových stránkách nejsou k dispozici. Dále prosím o údaje za rok 2014, 2015 a 2016 (každý rok samostatně) a to o :

1. počet zařízení
2. počet míst
3. počet přijatých ve sledovaném roce
4. z toho děti
  - a. se speciálními potřebami
  - b. romské
  - c. týrané
5. důvod přijetí
  - a. zdravotní
  - b. zdravotní a sociální
  - c. sociální
6. Kam byly děti ze zařízení propuštěny? (Např. vlastní rodina, náhradní rodina, následná institucionální péče ....)

Pokud je to možné, zdvořile žádám o zaslání materiálů elektronickou cestou na výše uvedený e-mail.

Srdečně děkuji a s pozdravem

Bc. Markéta Farkašová

V Českých Budějovicích dne 19. 4. 2017

## Příloha 4: Rozhodnutí ÚZIS o poskytnutí dat.



### Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Praha 2, Palackého nám. 4  
(128 01 Praha 2, P.O.BOX 60)

Vážená paní  
**Bc. Markéta Farkašová**  
Nad Cihelnou 597  
382 32 Velešín

Váš dopis č.j. / ze dne  
19. dubna 2017

Naše č.j.  
UZIS/003441/2017

Vyřizuje / linka / e-mail  
Mgr. Petra Hrabcová  
224 972 343  
[petra.hrabcova@uzis.cz](mailto:petra.hrabcova@uzis.cz)

V Praze dne  
19. dubna 2017

Vážená paní,

sděluji Vám, že Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále také jen ÚZIS ČR), organizační složka státu, jako povinný subjekt ve smyslu ustanovení § 2 odst. 1 a 2 zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, dále jen „zákon“, posoudil Vaši žádost - žádost **paní Farkašové**, adresa trvalého pobytu: Nad Cihelnou 597, 382 32 Velešín, ze dne 19. dubna 2017, která se týká níže uvedených informací a podle § 14 odst. 5 a § 15 odst. 1 uvedeného zákona

#### rozhodl takto:

1) V rozsahu těchto otázek **rozhodl vyhovět**:

1. *Činnosti kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku v letech 2013-2015, požadované údaje: počet zařízení, počet míst, počet přijatých ve sledovaném roce (z toho děti se speciálními potřebami, romské, týrané), důvod přijetí (zdravotní, zdravotní a sociální, sociální), počet propuštěných ve sledovaném roce (důvod propuštění - do vlastní rodiny, náhradní rodiny, následné institucionální péče...)?*

Informace k této problematice naleznete v publikaci ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2015 NZIS REPORT č. K/33 (09/2016), tento přehled je volně ke stažení na adrese: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>. Informace se nacházejí také ve Zdravotnických ročenkách České republiky 2013, 2014 a 2015 v tabulce č. 3. 5 s názvem „Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku“ dostupné na webových stránkách <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>). Požadované informace za roky 2013-2015 taktéž přikládáme v příloze.

TELEFON  
E-MAIL  
[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

22497 2712  
[uzis@uzis.cz](mailto:uzis@uzis.cz)

IČO 00023833  
DIČ 00200023833

BANKOVNÍ SPOJENÍ  
ČNB - Na příkopě 28, Praha 1  
účet č. 2928 - 101 / 0710

2) Podle § 2 odst. 4 zákona o svobodném přístupu k informacím žádost o poskytnutí informace se na žádost v rozsahu následující otázky:

**2. Činnosti kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku v roce 2016, požadované údaje: počet zařízení, počet míst, počet přijatých ve sledovaném roce (z toho děti se speciálními potřebami, romské, týrané), důvod přijetí (zdravotní, zdravotní a sociální, sociální), počet propuštěných ve sledovaném roce (důvod propuštění - do vlastní rodiny, náhradní rodiny, následné institucionální péče...)?**

**zákon o svobodném přístupu k informacím se na tuto informaci nevztahuje**, a to z toho důvodu, že se jedná o budoucí informaci, která v současné době není k dispozici. Údaje Vámi požadované budou k dispozici na podzim letošního roku ve Zdravotnické ročenke České republiky 2016 dostupné na internetové stránce <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013> v tabulce č. 3.5 s názvem „Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku“.

**Poučení o opravném prostředku:**

Pokud s uvedeným způsobem vyřízení žádosti nesouhlasíte, můžete na postup podle § 16a zákona o svobodném přístupu k informacím podat stížnost ve lhůtě 30 dnů ode dne jeho doručení k Ministerstvu zdravotnictví České republiky **prostřednictvím** Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Lhůta pro podání stížnosti počíná běžet dnem následujícím po dni doručení tohoto sdělení.

S pozdravem,



Mgr. JUDr. Vladimíra Těšitelová  
statutární zástupce ředitele