

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zdravotní a sociální problematika dětí přijímaných do kojeneckých
ústavů, dětských center a dětských domovů v kraji Vysočina**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Blažena Papáčková

Autor:

Jana Fárová

12. 5. 2008

Abstrakt

My thesis deals with the issue of babies and children brought up in a nursing facility: I address the health and social questions of children admitted to infants' homes, children's centres and children's homes in the Vysočina region. These facilities provide needy and disadvantaged children with complex care from their birth until they are three years old. The children who need such kind of care are those who are disabled, come from substandard social environment and whose families are not able to take care of them.

The thesis has two parts, a theoretical and an empirical.

The theoretical part describes the family, its basic functions, parental responsibilities, basic needs of a child and psychic deprivation. The topics of endangered children and substitute care are treated in the closing part of the theoretical introduction.

The empirical part gives insight into the nursing facilities the Children's Center in Jihlava and the Children's Home in Kamenice nad Lipou. Both of the facilities provide substitute care for children whose parents themselves cannot, are not able or do not want to care for them.

The main objective of the thesis is to record reasons leading to placing children into those facilities and children's development and changes over time. Another objective was to examine standards of the care provided.

To achieve the objectives I analyzed the data obtained in the two facilities mentioned – the Children's Center in Jihlava and the Children's Home in Kamenice nad Lipou in four monitoring periods: 1995, 2000, 2005, 2006.

The objectives of my thesis were achieved.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zdravotní a sociální problematika dětí přijímaných do kojeneckých ústavů, dětských center a dětských domovů v kraji Vysočina vypracovala sama pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 12.5.2008

Jana Fárová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Blaženě Papáčkové za věnovaný čas, odborné vedení a cenné připomínky při konzultacích.

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Základní principy sociálně právní ochrany dětí	8
1.2 Domov	9
1.3 Rodina	9
1.3.1 Hlavní poslání rodiny	9
1.3.2 Rodičovská zodpovědnost	10
1.4 Poruchy rodiny-ohrožené dítě	11
1.4.1 Typy funkčnosti rodiny	11
1.4.2 Vnější příčiny poruchy rodiny	12
1.4.3 Vnitřní příčiny poruchy rodiny	13
1.4.4 Poruchy rodičovství	13
1.4.5 Podpora a sanace rodiny	14
1.5 Základní potřeby dítěte	15
1.5.1 Biologické potřeby dítěte	15
1.5.2 Psychické potřeby dítěte	16
1.6 Psychická deprivace	17
1.6.1 Typy osobnosti deprivovaného dítěte	17
1.6.2 Deprivace v rodinném prostředí	18
1.6.3 Náprava psychické deprivace	18
1.6.4 Prevence psychické deprivace v ústavním zařízení	19
1.7 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte, sy.CAN	20
1.7.1 Proč se dětem ubližuje	20
1.7.2 Zanedbávání dětí	21
1.7.3 Tělesné a psychické týrání, sexuální zneužívání	22
1.8 Komplexní interdisciplinární přístup k ohroženým dětem	23
1.8.1 Komplexnost péče o ohrožené dítě	23
1.8.2 Interdisciplinární péče o ohrožené děti	23

1.9 Náhradní výchova v ČR	24
1.9.1 Náhradní rodinná péče	24
1.9.2 Náhradní výchovná péče	25
1.9.3 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let	26
1.10 Metodický pokyn MZ pro KÚ a DD pro děti do 3 let	27
1.10.1 Důvody přijetí dětí do zařízení	27
1.10.2 Důvody přijetí matky s dítětem	28
2. Cíle práce	29
3. Metodika	29
3.1 Metodický postup	29
3.2 Charakteristika souboru	30
3.2.1 Dětské centrum Jihlava	30
3.2.2 Dětský domov Kamenice nad Lipou	33
4. Výsledky	37
4.1 Sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody přijetí dětí do DC Jihlava a DD Kamenice nad Lipou	37
4.1.1 Sociální důvody	40
4.1.2 Zdravotní důvody	43
4.1.3 Zdravotně sociální důvody	47
4.1.4 Souhrnný přehled jednotlivých důvodů	50
4.2 Poskytovaná péče	53
5. Diskuze	57
6. Závěr	65
7. Seznam použitých zdrojů	67
8. Klíčová slova	70
9. Přílohy	71

Úvod:

Stát má klíčovou a nezastupitelnou roli v oblasti ochrany dítěte, garanci naplňování nejvyššího zájmu dítěte, jeho potřeb a práv, zvláště, když je rodina v obtížné situaci.

V posledních několika letech se stále častěji setkáváme na internetových stránkách, na stránkách tisku a v televizi s kritikou, že většina dětí ohrožených rodinným prostředím končí v ústavní péči a jejich odebrání z rodiny je neoprávněné.

Myslí se tím děti, které jsou umístěné v kojeneckých ústavech, dětských centrech a dětských domovech. Jsou podávány informace o tom, že děti jsou svým rodičům odebrány převážně ze sociálních důvodů. Veřejnost pak podléhá dojmu, že děti končí v ústavech pro nedostatek finančních prostředků rodiny. Většina z nás si ale neumí představit, z jakých sociálních poměrů děti do ústavní péče přicházejí a co všechno si doma musely prožít.

Poukazuje se na špatnou úroveň poskytované péče v zařízeních ústavní výchovy a veřejnosti se podsouvá, že ústavní výchova dítě frustruje, neosobní přístupy vychovatelů deformují psychiku dítěte, nejsou respektovány sourozenecké svazky a pobyt dítěte se záměrně prodlužuje. Většina zařízení je pak veřejností negativně vnímána.

Již 30 let pracuji v Dětském domově v Kamenici nad Lipou. Při své profesi se denně setkávám s dětmi, jejichž rodiče nebo funkce rodiny selhala a ohrožení dětí se stalo tak závažným, že bylo nutné z dosavadního prostředí děti odebrat a zajistit jim náhradní péči.

Protože Dětský domov Kamenice nad Lipou spolupracuje s Dětským centrem v Jihlavě, rozhodla jsem se ve své práci využít svých zkušeností, zkušeností svých kolegů a z dostupných materiálů poukázat na sociální a zdravotní problematiku přijímaných dětí do výše jmenovaných zařízení.

O jaké děti tedy vlastně jde a jaká je těmto dětem poskytována péče?

Na tyto otázky chci odpovědět ve své bakalářské práci.

1. Současný stav

Většina dětí v České republice vyrůstá v milujících a pečujících rodinách. Mohou vyrůstat v úspěšné dospělé a v pravý čas poskytnout milující a pečující rodinné prostředí pro své děti. Ne všechny děti mají to štěstí a ocitají se mimo vlastní rodinu v péči státu (12).

V České republice žije, podobně jako v jiných evropských zemích, 1% dětí (kolem 20 000), které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině (18). 10 tisíc dětí je umístěno v ústavech sociální péče, 7,5 tisíce ve školských zařízeních, 2,5 tisíce dětí je ve zdravotnických zařízeních, jako jsou kojenecké ústavy, dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let (31).

Pouze 2% z této skupiny jsou úplní sirotci, 98% dětí svou vlastní rodinu má, ale ta se o ně z nejrůznějších důvodů nemůže, nechce nebo neumí starat (18).

1.1 Základní principy sociálně-právní ochrany dětí v ČR

Zvláštní ochraně dětí je u nás věnována velká pozornost. Je zakotvena v řadě právních předpisů, které ji upravují obecně, ale i konkrétně s ohledem na zvláštní situace. Také rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona (4).

Ústava ČR zaručuje článkem 4 ochranu základních práv a svobod soudní mocí. Tato práva jsou deklarována v Listině základních práv a svobod (4).

Článek 32 této Listiny stanoví ochranu rodičovství a rodiny zákonem a zaručuje zvláštní ochranu dětí a mladistvých. Stanoví, že péče o děti a jejich výchova je právem rodičů a děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona. Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu (35).

Základním principem, na kterém je sociálně právní ochrana dětí v naší republice postavena, je nejlepší zájem, prospěch a blaho dítěte (4).

1.2 Domov

Domov je nesmírně vzácná a důležitá věc. Řekneme-li domov, hned se vynoří celá spousta vzpomínek, myšlenek, pocitů, zpravidla pěkných, milých, hřejivých (20).

Co to ale „domov“ pro dítě je? Psychologicky to znamená především místo, kde se dítě cítí v bezpečí. Je zde chráněno před vším neznámým a nebezpečným (20).

K charakteristice domova patří, že je tam dítěti dobře. Domov je tam, kde má dítě své „místo“, kde se s ním počítá. K domovu patří určitá stálost prostředí. Dítě si vytváří citové vztahy nejen k lidem, kteří s ním žijí, ale i k věcem, které jej obklopují. Konečně k domovu patří i určitá stabilita domácího řádu. Každý domov se vyznačuje trochu jiným denním programem, jiným pořádkem, jinou soustavou hodnot, jiným životním stylem (20).

Dobrý domov je jednou z podmínek šťastného dětství a šťastné dětství je jednou z podmínek pro dobré, zdravé utváření lidské osobnosti (20).

1.3 Rodina

1.3.1 Hlavní poslání rodiny

Rodina je základní stavební jednotkou společnosti, v níž dochází k přípravě lidského jedince na život v širším společenském celku a uskutečňování většiny základních potřeb člověka. Na výkonu svých přirozených funkcí, *biologicko-reprodukční, ekonomicky-zabezpečovací, emocionální a socializačně-výchovné*, není role rodiny plně nahraditelná žádným jiným subjektem, ani co do formy, ani co do naplnění účelu těchto funkcí (26).

Rodina je nejstarší lidskou společenskou institucí. Nepochybně spočívá na manželství (19). Manželství je trvalé společenství muže a ženy založené zákonem stanoveným způsobem. Hlavním účelem manželství je založení rodiny a řádná výchova dětí. Narozením dítěte obecně vzniká rodičovská zodpovědnost (39).

1.3.2 Rodičovská zodpovědnost

Zákon o rodině definuje rodičovskou zodpovědnost jako souhrn práv a povinností v péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, při zastupování nezletilého dítěte, při správě jeho jmění (39).

Dobrá rodina dítěti nabízí, zprostředkuje a otvírá velmi mnoho a i dítě nabízí a otvírá rodičům mnohé nové zkušenosti (12). Dětská psychologie nás učí, že dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu rodičovsky chovají. Myslíme tím nejen vlastního biologického otce a matku, ale všechny, kdo jsou na osudu dítěte životně či bytostně angažováni, kdo se s ním stýkají a sdílejí s ním svůj životní čas, prostor, své starosti, radosti, naděje. Že to jsou nejčastěji vlastní rodiče, je jasné, ale nemusí to být vždycky jen oni (19).

Zneužívá-li rodič svojí rodičovskou zodpovědnost nebo její výkon nebo ji závažným způsobem zanedbává, soud jej rodičovské zodpovědnosti zbaví (39).

1.4 Poruchy rodiny - ohrožené dítě

„Rodina může člověku pomoci, ale taky ho může úplně zlikvidovat. Nejhorší je, že si nikdo nemůže vybrat, kam se narodí“. (mladý muž, který vyrostl ve velmi problematické rodině)

Poruchou rodiny rozumíme takovou situaci, kdy jde o selhání některého člena nebo členů rodiny, které se projevuje v nedostatečném plnění některých nebo všech základních rodinných funkcí. Ve vztahu k dítěti vystupuje jako nejdůležitější funkce rodiny; funkce socializačně-výchovná (7).

Ohrožené dítě je takové dítě, u něhož se jeho prostředí či podmínky života natolik odchýlily od normy, že mohou bezprostředně poškozovat jeho vývoj a začleňování do společnosti. Jde tedy o dítě, jehož život nebo zdraví jsou nějakým způsobem ohroženy jednak z vnitřních příčin, spočívajících především v dítěti (vzhledová odlišnost, etnický původ, vrozená vada či postižení...) nebo příčin vnějších, spočívajících v prostředí, ve kterém dítě žije (7).

1.4.1 Typy funkčnosti rodiny

Funkční rodina má pro psychický i tělesný vývoj dítěte zásadní význam. Je v ní zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je v běžné populaci většina, až 85% (34).

Problémová rodina je rodina, v níž se vyskytují závažnější poruchy některých funkcí, které však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí (7). V populaci se vyskytuje okolo 12 – 13% problémových rodin (34).

Dysfunkční rodina je chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, a proto je nutné učinit řadu opatření zvenčí, známých pod pojmem sanace rodiny. Toto pásmo je nejsvízelnější, protože jde o to, kam až podporovat rodinu a od kdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (7). Takové rodiny tvoří asi 2% (34).

Afunkční rodina je rodina, kde poruchy jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná; jediným řešením, které dítěti může prospět, je dítě z rodiny odebrat a umístit do rodiny náhradní, popř. není-li to možné, tak jinam (7). V populaci se vyskytuje asi 0,5% takových rodin (34).

1.4.2 Vnější příčiny poruch rodiny

K vnějším příčinám poruchy rodiny můžeme počítat jednak složení rodiny, jednak její ekonomickou úroveň a celkové postavení ve společnosti (8).

Ztráta matky, osiření dítěte, nepřítomnost otce může být závažným deprivacním činitelem. *Ztráta obou rodičů* je tradičně pokládána za situaci nejvíce ohrožující, ale je v dnešní době paradoxně zpravidla méně nebezpečnou, neboť takovým dětem je zajištěna náhradní rodinná péče (8).

Druhým okruhem závažných vnějších okolností potencionálně ohrožujících dítě je *nízká socioekonomická úroveň rodiny*. Nízká ekonomická a společenská úroveň rodin bývá však i dnes často kombinována s jinými nepříznivými okolnostmi, *jako je alkoholismus, stále častěji i drogová závislost, promiskuitní sexuální vztahy, nestálost prostředí* (8).

1.4.3 Vnitřní příčiny poruch rodiny

K vnitřním příčinám, které ohrožují dítě zanedbáváním, patří především psychika celkové osobnosti primárních vychovatelů dítěte. V jejich výčtu zpravidla nechybí *citová nezralost a povahová nevyspělost matky nebo otce nebo obou*. Dále rodiče trpící *duševními nemocemi či poruchami*. Jinou kategorií osobností, jež nemohou dobře uspokojovat potřeby dítěte, jsou vychovatelé *s hlubšími či lehčími formami mentální retardace, s vážnými smyslovými poruchami, s invaliditou pohybovou* (8).

Zanedbáváním z hlediska okolní většinové společnosti mohou být ohroženy také děti některých *etnických skupin obyvatelstva* (8).

1.4.4 Poruchy rodičovství

Pro většinu z nás je rodičovství naprosto přirozenou součástí života. Existuje však mnoho vlivů, které působí negativně na schopnost přijmout a zvládat rodičovskou roli (34).

Poruchy rodičovství můžeme třídit několika způsobem:

Rodiče se **nemohou – nechtějí – neumí** o dítě postarat:

- *nemohou se postarat*, nežijí, jsou ve výkonu trestu, nemoc rodiče, rozpad rodiny, zbavení svéprávnosti, zbavení rodičovské zodpovědnosti,
- *nechtějí se postarat*, rodič je dysharmonická osobnost s rysy psychopatie, alkoholik, drogově závislý jedinec, nechtěné dítě. Jde de facto o sociálně osiřelé děti, ohrožené vlastním rodinným prostředím,
- *neumí se o dítě postarat*, nezralost rodiče, neschopnost se vyrovnat se zvláštními situacemi, jako je např. dítě narozené mimo manželství, dítě s postižením, neschopnost přijmout společenské normy,

- *rodiče děti týrají a zneužívají*, mají k dětem nepřátelský vztah, vědomě jim ubližují, týrají a zneužívají. Děti jsou ohroženy na fyzickém i duševním zdraví. Takové zacházení může vést až k smrti dítěte (7).

Je vhodné nezaměňovat poruchy rodičovství s poruchami funkce rodiny. Je však skutečností, že se tyto dva problémy často prolínají (34).

1.4.5 Podpora a sanace rodiny

Pozornost státu věnovaná rodině v obtížné situaci, podpora a sanace biologické rodiny, je jedna z nejúčinnějších forem ochrany dítěte (24). Sanace je chápána jako práce s rodinami, které děti zanedbávají či rodinami sociálně vyloučenými (25).

Program sanace rodin s dětmi ohroženými dysfunkcí je určen na terénní a ambulantní služby poskytované rodinám s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů nepříznivé sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami a bez pomoci překonat. Cílem programu je zaměření se na znovuoobnovení fungování rodiny, včetně prevence odebrání dítěte z rodiny (33). Nelze popírat, že odtržení dítěte od rodiny je v určitých konkrétních případech a v daném okamžiku v jeho zájmu nezbytné. Takové odnětí dítěte z rodiny by mělo být především rodiči chápáno jako prostor určený k uspořádání rodinné situace, obnově jejich narušených funkcí a stabilizaci socioekonomické situace (25).

Sanace může pomoci především rodinám, kde zůstávají zachovány citové vazby, jsou zde dobré vztahy, je vhodná u rodin, kde dochází k zanedbání dítěte v menší míře (33).

1.5 Základní potřeby dítěte

V rodinném životě se přirozeným způsobem a velice účelně uspokojují základní potřeby dítěte, které závisí na věku, pohlaví, zdravotnímu stavu a prostředí, ze kterého dítě vychází. První potřebou dítěte je dobře se narodit, tzn. narodit se zdravé, do prostředí, které se na dítě těší, kde bude milováno a bude mít zajištěny všechny podmínky pro zdárný a všestranný vývoj (9).

Dítě je úplným člověkem, ať už se nachází na kterémkoli stupni vývoje tělesného a duševního a mezi jeho základní potřeby patří:

- potřeby biologické,
- potřeby psychické (1).

1.5.1 Biologické potřeby dítěte

Mezi biologické potřeby patří na první místo potřeby vycházející ze životního prostředí, jako teplo, čisto, ochrana před nejružnějšími negativními vlivy, kvantitativní a kvalitativně vyvážená strava a její vhodné podávání, potřeba rozvoje obranyschopnosti, ať již přirozené, nebo uměle získané (aktivní imunizací) (7, 9).

Další významnou biologickou potřebou dítěte je dostatečná stimulace pro dobrý rozvoj tělesných orgánů a funkcí, péče o zdraví, ochrana a podpora dítěte a v případě potřeby i příslušná léčba a rehabilitace (7, 9).

Biologické potřeby tak výrazně přesahují do potřeb psychických (7, 9).

1.5.2 Psychické potřeby dítěte

Psychické potřeby dítěte dělíme do pěti kategorií, které různé prameny uvádějí v částečné odlišnosti (1).

Využila jsem kategorizaci psychických potřeb dítěte z přednášky Apelové, H. ze setkání pracovníků kojeneckých ústavů, dětských center a dětských domovů (Pardubice 1996), která uvádí:

- potřebu přiměřeného množství, druhu a rozmanitosti podnětů neboli potřebu stimulace,
- potřebu optimálních podnětů k účinnému učení,
- potřebu citových vazeb a lásky k nejbližšímu,
- potřebu společenského uplatnění neboli potřebu „být bráno jako samostatný jedinec“,
- potřebu přirozené seberealizace, která z části souvisí s předchozí potřebou (1).

Mezilidské vztahy a emoce, pocit životní jistoty a bezpečí domova jsou budovány takřka a definitivně právě v prvním roce života dítěte. Jestliže tyto hodnoty byly u dítěte podceněny nebo se na ně zapomnělo, má to pro dítě tragické následky (1).

Každá z uvedených potřeb se v průběhu života postupně dotváří, „dozrává“ již od nejranějšího dětství, a každá také může být kratší nebo delší dobu neuspokojována (22).

Chronickým neuspokojováním psychických potřeb a pouze minimálním uspokojováním potřeb základních biologických nastává deprivace a může dojít k narušení vývoje dítěte. Deprivace je stav strádání z nedostatku podnětů a vede k frustraci a následnému neustálému stresu. Frustrací dochází k narušení citové a psychické rovnováhy, stres je pak stav, kdy je obtížná až nemožná adaptace (1).

1.6 Psychická deprivace

Klasické deprivací studie se zabývaly především osudem dětí v ústavech a jiných zařízeních tzv. kolektivní výchovy, jejich závěr vyzníval někdy v tom smyslu, že „lepší špatná rodina než nejlepší ústav“. Brzy se ukázalo, že deprivací studie se vyskytují i v jiných prostředích a z nich pak především v rodině. Jsou totiž rodiny, kde podmínky pro vývoj dítěte se od podmínek ústavních mnoho neliší. Zkušenost dokonce dokládá, že některé rodiny z hlediska ohrožení dítěte jsou horší než špatné ústavy (8).

Psychická deprivace

Psychická deprivace zahrnuje strádání v oblasti citové i podnětové (14).

Poznamenává podstatným, nikoli však nevratným způsobem další vývoj dítěte. Deprivace různých úrovní potřeb a v různých vývojových stádiích působí odlišně. Podle druhu a závažnost působících podmínek pak vytváří některé charakteristické obrazy (22).

1.6.1 Typy osobnosti deprivovaného dítěte:

- *typ sociálně hyperaktivní*, dožadující se pozornosti, snahou dětí je přimknout se nakrátko ke každému, vymáhají si hračky, jsou žárlivé, protivné s tendencí k agresivitě. V individuálním kontaktu mohou být milé,
- *útlumový (hypoaktivní) typ*, vyznačuje se nápadnou pasivitou, děti si hrají monotónně, mají menší zájem o sociální kontakty, nepřitahují pozornost, zůstávají stranou,
- *náhradní uspokojování afektivních a sociálních potřeb*, u dětí pozorujeme nejružnější nápadnosti. Přejídají se, sbírají nepotřebné předměty, mají necitlivé chování k druhým,

- *relativně dobře přizpůsobené*, bez zvláštních nápadností, děti mající však svá citlivější, zranitelná místa, která se při větším zatížení projeví, jde o děti, které z nějakých důvodů vyvolávají pozitivní reakce vychovatele od útlého věku (14, 22).

1.6.2 Deprivace v rodinném prostředí

Dochází k ní jednak v rodinách s nízkou citovou kulturou (nemusí jít pouze o rodiny tzv. sociálně slabé), kde chybí citová složka výchovy. Mohou to být rodiče, kteří sami nemají dost citových zkušeností, osobnosti citově chudé, psychopatičtí jedinci, rodiny žijící v chronických konfliktech - otec alkoholik, matka osamocená (14). K deprivaci ale dochází i ve zdánlivě dobrých a úplných rodinách, kde profesionálně angažovaní rodiče nemají na dítě čas (15).

1.6.3 Náprava psychické deprivace

Tento termín je výstižnější než terapie. Je třeba jedinci, který byl vystaven psychické deprivaci, připravit a nabídnout program, jenž by vedl k aktivaci jeho pozitivních vlastností (14). Náprava psychické deprivace se kromě obecných zásad musí řídit právě zvláštnostmi výše uvedených individuálních variant. Musí být cíleně zaměřena na ty úrovně, které jsou deprivací nejvíce postiženy, a musí brát v úvahu vývojové a individuální zvláštnosti každého dítěte (22).

Specifickými případy nápravy deprivace se v řadě případů musí zabývat školení a povolání odborníci – lékaři, psychologové, speciální pedagogové, terapeuti a další (22).

Přístup musí být komplexní, zaměřený na dvě otázky:

- zda je nutná *úplná změna výchovného prostředí*, např. odejmutí dítěte z ohrožujícího prostředí rodiny, které musí vždy být oprávněné, v ústavní péči pak zabránit častým neopodstatněným změnám prostředí (z ústavu do ústavu),

- *úprava dosavadního prostředí*, především hlavně úprava vlastního rodinného prostředí, poradenská péče a kvalifikovaná rodinná terapie. Citlivý přístup kvalifikovaného pracovníka by měl být vodítkem pro případná rozhodnutí o ústavní výchově (15, 22).

1.6.4 Prevence psychické deprivace v ústavního zařízení

Prevenici psychické deprivace v ústavním zařízení pro děti, které nemohou zůstat ve vlastní rodině, bylo věnováno hodně pozornosti (15). Jak uvádí Kříž, k nejmenší psychické deprivaci dochází v zařízeních malých, rodinného typu, ve kterých je možná individuální péče a vytvoření citových vazeb (14).

Novější studie poukazují i na úspěchy preventivních a terapeutických opatření, dětské ústavy jsou dokonale hmotně a personálně vybaveny, celý jejich provoz je veden myšlenkou respektovat co nejvíce osobnost každého jednotlivce (16).

Pokud jde o kojenecké ústavy, dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let, mnoho se zlepšilo, když byly zavedeny výchovné programy v oblasti rozumové, pracovní, tělesné, výtvarné a hudební, a když jsou v poslední době v těchto zařízeních stále častěji zaměstnávání speciální pedagogové. V péči o nejmenší se využívají při ošetrovatelských úkonech (krmení, koupání) známé „rituály“ popsané bývalou ředitelkou kojeneckého ústavu v Luhačovicích prim. Damborskou k vytvoření působivé interakce mezi vychovatelem a dítětem (15).

V současnosti z uceleného systému rehabilitace jsou vybírány specifické terapie, mezi které patří zejména *arteterapie* - léčba pomocí výtvarných prostředků, *muzikoterapie* - léčba pomocí hudby, *canisterapie* - léčba pomocí kontaktu se zvířetem, navozující psychickou pohodu, komunikační dovednosti, citové zrání. Dále hipoterapie, která využívá k léčbě koně, dětská *ergoterapie*, kde nejpřirozenější metodou je dětská hra, která musí respektovat vývojová hlediska dětí. Dělí se na hry funkční, manipulační, napodobovací, receptivní, úlohové, konstruktivní a musí respektovat individuální přístup. Významná je pomoc psychologická včetně dětské psychoterapie (10).

1.7 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, syndrom CAN

Na světě žije spousta dětí. Většina dětí je veselá, šťastně si hraje a na něco hezkého se těší. Mohou se s důvěrou obrátit na své rodiče, kteří pro ně představují bezpečné útočiště. Mezi nimi jsou však i děti, které tak šťastné nejsou. Mají pocit, že je nikdo nemá rád, cítí se opuštěné a připadá jim, že jsou svým rodičům spíše na obtíž. Jsou zvyklé na křik a bití a mívají i modřiny. Když se jim něco nepovede, jsou vyděšené a mají strach, že bude následovat krutý trest, výčitky, nadávky a obviňování. Takové děti jsou týrané (27).

S problematikou týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte se dnes setkáváme poměrně často. K neprospěchu věci však spíše v médiích, pro které je toto téma příslibem skandálu a zároveň sledovanosti či prodejnosti (5).

Rizikových faktorů, které vedou k týrání dítěte, je celá řada - například časté konflikty mezi rodiči, domácí násilí, závislost na drogách nebo alkoholu, nepříznivá finanční situace v rodině, nezaměstnanost rodiče nebo naopak velká pracovní zátěž obou rodičů (27).

Praxe ukazuje, že ve výskytu týrání z hlediska sociálního původu, finanční situace, etnického původu či úrovně vzdělání žádné výjimky neexistují. Týrání se dopouštějí vysokoškolsky vzdělaní i prostí lidé, bohatí i nemajetní (27).

1.7.1 Proč se dětem ubližuje

Tato otázka dříve nebo později musí napadnout snad každého soudného člověka. Většina z nás má daleko k tomu, aby svým dětem soustavně a záměrně způsobovala bolest nebo s ním zacházela způsobem, který ohrožuje jejich zdraví, či dokonce život. Je skutečně obtížné představit si rodiče, jak svému dítěti odpírá jídlo, polévá ho ledově studenou vodou, nutí jej klečet několik hodin s knihami na rukách, pálí mu konečky prstů cigaretou nebo jej zamyká celé dny na záchodě. Přejeme si o těchto věcech nevědět, přejeme si, aby se nikdy nestaly. A přece se to stává, možná mnohem častěji, než jsme si schopni a ochotni připustit (29).

Podle odborných odhadů je v České republice týráno až 40 000 dětí. V naprosté většině případů však není odhaleno a trvá po celé dětství. Kolem padesáti dětí ročně u nás na následky týrání a špatného zacházení umírá. Smrtelnými následky jsou nejvíce ohroženy děti kojeneckého a batolícího věku, a to vzhledem ke své zvýšené zranitelnosti a naprosté bezbrannosti(37).

1.7.2 Zanedbávání dětí

Zanedbáváním se míní rodičovská nevšímavost vůči podstatným potřebám – takoví rodiče nereagují na zřetelné signály nouze nebo deprivace svých dětí (23).

Zanedbávání se vyznačuje nedostatkem péče, způsobuje závažné ohrožení vývoje dítěte nebo nebezpečí pro dítě (32).

Tělesné zanedbávání spočívá v selhání při zabezpečení tělesných potřeb dítěte - tj. výživa, ošacení, přístřeší, zdravotní péče a ochrana před ohrožením (32).

Citové zanedbávání se vyznačuje selháním v zabezpečení citových potřeb dítěte v oblasti lásky a smyslu příslušnosti (32)

Výchovné zanedbání postihuje spíše povrchové stránky osobnosti dítěte - jeho běžné hygienické návyky, způsoby životosprávy, osvojování si kulturních dovedností, znalostí, jednání v shodě se sociálními normami. Jindy je zanedbání patrné spíše až později v osvojování dovedností a znalostí nezbytných k úspěšnému zařazení do společenských činností a kulturních aktivit. Tento typ zanedbání je někdy označován jako deprivace kulturní (15).

1.7.3 Tělesné a psychické týrání, sexuální zneužívání

Týráním dětí se v odborné literatuře míní jejich nepřiměřené fyzické trestání (23). Zahrnuje nejčastěji bití, kopání, pálení, kousání, škrcení nebo nepodávání jídla. Tělesné týrání může způsobit zranění, například modřiny, pohmožděniny, popáleniny, jizvy, zlomeniny, poranění vnitřních orgánů nebo poškození mozku. Často vede k hospitalizaci, celkovému oslabení, k trvalým následkům až smrti (8, 27).

Psychické týrání

Psychické týrání spočívá v takovém jednání, které má závažný nepříznivý vliv na citový vývoj a chování dítěte. Obsahuje složku aktivní, která spočívá v cíleném, záměrném a účelovém jednání. Pasivní složkou psychického týrání je naopak absence něčeho, co by se správně dítěti mělo dít. V důsledku toho nejsou uspokojovány základní potřeby dítěte. Konečným výsledkem pak může být psychická deprivace (32).

Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání je nepatřičné vystavování dítěte sexuálnímu kontaktu. Zahrnuje jakékoliv dotýkání se dítěte se sexuálním podtextem, vykořisťování dítěte jakoukoliv osobou v sexuální rovině či pohlavní styk s dítětem. Zneuživatelé může být rodič, příbuzný, přítel, či pro dítě cizí osoba (32).

Touto oblastí se u nás velmi dlouho zabýval zakladatel Dětského krizového centra v Praze Prof. MUDr. J. Dunovský, Dr.Sc. Upozorňuje na to, že řešení syndromu CAN se vyvíjelo v západních zemích od fyzického týrání, jeho diagnostiky, terapie a prevence k problematice psychického a emocionálního týrání, ve kterém se přešlo k interdisciplinárnímu způsobu řešení tohoto problému, a to za pomoci nejen lékařů, ale i psychologů, sociálních pracovníků, pracovníků policie, soudů, zákonodárců (5).

1.8 Komplexní, interdisciplinární a týmový přístup k ohroženým dětem a role sociálního pracovníka, posouzení vhodnosti řešení

Posouzení situace ohroženého dítěte je záležitost složitá a náročná. Jedná se o komplexní problematiku, při jejímž řešení se sociální pracovník neobejde bez spolupráce a pomoci dalších odborníků. Dítě, stejně jako dospělý, je bio-psychosociální individualitou, a tudíž je třeba posoudit každého jedince z hlediska zdravotního, psychologického a samozřejmě i sociálního či sociálně-právního (22).

1.8.1 Komplexnost péče o ohrožené děti

Komplexnost péče, jež se opírá o jednotnou péči o děti zdravé, nemocné, postižené a ohrožené, a to jak v oblasti tělesné, tak duševní a společenské, respektuje všechny potřeby a požadavky dětí, včetně jejich práv v každém vývojovém období a ve vývoji jako celku. Děje se tak v nejužší spolupráci s rodinnou dítěte (8).

1.8.2 Interdisciplinární péče o ohrožené děti

Interdisciplinární péče představuje společnou činnost odborníků různých oborů a pracovního zaměření. Bez pomoci pediatra, nejlépe sociálně orientovaného, a dětského psychologa se sociální pracovník při posuzování potřeb a situace ohroženého dítěte neobejde. Mnohdy je nutné zapojit do posuzování ještě další odborníky - neurologa, dětského psychiatra, speciálního pedagoga, foniatra, logopeda, právníka, popř. další profese. Sociální pracovník by se měl především ujmout role koordinátora a jeho prvním úkolem by mělo být sestavení týmu potřebného k řešení každého jednotlivého případu. Spolu s nimi by měl na závěr stanovit komplexní sociální diagnózu, prognózu, navrhnout postup a alternativy řešení, případné terapie nebo rehabilitace (8, 22).

1.9 Náhradní výchova v ČR

Ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny, může soud nařídit ústavní výchovu nebo dítě svěřit do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (39).

Před nařízením ústavní výchovy je však soud povinen přezkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí, která má přednost před výchovou ústavní. Pominou-li po nařízení ústavní výchovy její důvody nebo lze-li dítěti zajistit náhradní rodinnou péči, soud ústavní výchovu zruší (39).

1.9.1 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině (4, 21).

V České republice rozlišujeme následující formy náhradní rodinné péče:

- svěření dítěte do péče jiné osoby než rodiče,
- osvojení,
- pěstounská péče,
- poručenská péče (4).

Existuje však také méně známá forma tzv. hostitelské péče. Ta je vhodná pro děti, u kterých je malá šance na osvojení nebo pěstounskou péči, např. pro věkově starší děti, sourozenecké skupiny či menšinová etnika. Je vždy krátkodobá, časově omezená (víkendy, prázdniny, svátky). U hostitelské péče je podmínkou stejné prověření žadatelů, jako u osvojení či pěstounské péči (6).

1.9.2 Náhradní výchovná péče

Kořeny současného stavu můžeme hledat ve státní politice realizované bývalou Československou republikou, která po roce 1948 rozdělila ústavní péči o ohrožené děti mezi tři ministerstva, a to Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství a Ministerstvo práce a sociálních věcí (3).

1. Zařízení v gesci Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ)

Podle vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení spadají do resortu MZ zdravotnická zařízení, která poskytují ústavní a výchovnou péči dětem do 3 let věku. Zařízení se dělí na kojenecké ústavy (dnes také dětská centra), dětské domovy pro děti do 3 let (výjimečně do 6 let), dětské psychiatrické léčebny a oddělení psychiatrie (11).

2. Zařízení v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT)

Do tohoto resortu spadají školská výchovná zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Jedná se o soustavu institucí různého typu, které zajišťují ústavní a ochrannou výchovu dětem a mládeži ve věku 3 - 18 let nebo do ukončení přípravy na povolání (případně do 19 let, je-li nařízená ústavní výchova prodloužená rok po dosažení zletilosti). Zákon č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních dělí zařízení na diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav (11).

3. Zařízení spadající do Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV)

Děti s vážnými zdravotními potížemi (handicapy) jsou zařazovány do ústavů sociální péče (dnes domovy pro osoby se zdravotním postižením), které metodicky řídí Ministerstvo práce a sociálních věcí (3).

Do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí spadá také dohled na provoz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (28).

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Podle zákona o sociálně právní ochraně dětí č.359/1999 Sb. poskytují tato zařízení ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo je jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy, 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 (28).

1.9.3 Kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let věku

Kojenecké ústavy a dětské domovy podle Zákona č. 20/1966 Sb. jako zvláštní dětská zařízení, poskytují všestrannou komplexní péči dětem, kterým ji nemůže zajistit rodina. Pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů *zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních*. Pobyt dítěte v zařízení je třeba chápat jako dočasný (přechodný), k vyřešení situace, pro kterou bylo dítě do zařízení přijato. Nemá být trvalým či dlouhodobým řešením osudu dítěte, ale je třeba ho považovat za pomoc dítěti a jeho rodině (3).

Dětská centra

Pojem dětské centrum není v platných právních normách zakotven. Dětské centrum je komplexní zařízení, které zahrnuje jednak ambulantní část a jednak lůžkovou část. V dětském centru působí tzv. sociálně pediatrický tým - lékař (sociální pediatr), psycholog (klinický), speciální pedagog, různí terapeuti (fyzioterapeut, arteterapeut, muzikoterapeut apod.). Úkolem dětských center je zejména diferenciální diagnostika, prognóza (zdravotní i sociální), poradenství a terapie, sociálně-právní ochrana (30).

1.10 Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví

Ve snaze vymezit a sjednotit činnost kojeneckých ústav a dětských domovů pro děti do tří let věku vydalo Ministerstvo zdravotnictví doporučující metodický pokyn (37).

Metodický pokyn mimo jiné stanovuje (37).

1.10.1 Důvody přijetí do zařízení

Do zařízení mohou být děti přijímány z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních (37).

- *Za zdravotní důvody přijetí se považuje zejména:*

- nutnost trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče (kombinované postižení, tracheotomie, použití sond...),
- potřeba dlouhodobé intenzivní péče, rehabilitační péče,
- diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou (sy. CAN, abusus návykových látek u matky, sy. opuštěného dítěte aj.),
- diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte (před umístěním do NRP),
- nemoc či hospitalizace rodičů, infekční onemocnění v rodině,
- respitní a úlevná péče (37).

- *Za zdravotně – sociální důvody přijetí se považuje zejména:*

- každá situace, kdy dítě pro své postižení nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje výše uvedenou speciální ošetrovatelskou péči,
- zácvik rodičů před propuštěním dítěte (37).

- *Za sociální důvody přijetí se považuje zejména:*
 - okamžitá pomoc dítěti a rodině v tíživé sociální situaci (nevhodné bydlení, ztráta bydlení, nedostatek finančních prostředků, kombinace uvedeného),
 - jiný důvod přijetí dítěte považovaného za zdravé, které nevyžaduje žádnou diagnostiku či terapeutickou lékařskou a ošetrovatelskou péči (37).

1.10.2 Důvody přijetí matky s dítětem:

- diagnostické (např. závislost na návykových látkách, podezření na sy. CAN, psychiatrické onemocnění matky),
- výchovné (např. matka neumí, resp. nezvládá péči o dítě),
- zácvik v základní péči, v péči o handicapované dítě, v rehabilitaci, před propuštěním dítěte do NRP,
- utajení (diskrétního) porodu,
- okamžitá pomoci (jako azylové zařízení) (37).

Důvody přijetí se mohou navzájem překrývat a měnit během pobytu dítěte v zařízení (37).

Dále Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví stanovuje personální obsazení, prostorové vybavení zařízení, které má odpovídat moderním požadavkům, režim dne dětí, který se přizpůsobuje jejich věku včetně propouštění dítěte ze zařízení (37).

2. Cíle

Cílem mé práce bylo objektivně informovat o sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodech, které vedou k přijetí dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou; podat informace o jejich závažnosti a podrobně se zaměřit na poskytovanou péči. Práce je zaměřena na období mezi lety 1995 – 2006.

Cíl 1. (C1): Zmapování příčin vedoucích k umístění dětí do těchto zařízení včetně zachycení vývoje a změn v čase.

Cíl 2. (C2): Posouzení úrovně poskytované zdravotní a sociální péče, přehled služeb, metod, technik a požadovaných nároků.

3. Metodika

K dosažení stanovených cílů je v mé bakalářské práci využito sekundární analýzy dat. Provedena byla analýza dat dvou souborů Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou ve čtyřech sledovaných obdobích 1995, 2000, 2005, 2006.

Sekundární analýza dat je klasickou metodou, představující analýzu jakýchkoliv dokumentů, které nebyly určeny za účelem plánovaného výzkumu, zpracovaná pomocí tabulek a grafů (2).

3.1 Metodický postup

Základní soubor pro výzkum představovala dvě nestátní zdravotnická zařízení: Dětské centrum Jihlava a Dětský domov Kamenice nad Lipou.

Rozbor poskytovaných služeb a posuzování sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů vycházel z Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví pro kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku; k jejich vyhodnocení byla použita sociální dokumentace jmenovaných zařízení.

Hodnocení poskytovaných služeb a péče vycházela z osobních zkušeností zaměstnance Dětského domova v Kamenici nad Lipou a dále z pracovní spolupráce se zařízením Dětské centrum Jihlava.

Hodnocení vycházela z popisu zařízení, z dostupné ošetrovatelské a zdravotní dokumentace, včetně záznamu o provedené rehabilitační péči.

3.2 Charakteristika souboru

Zkoumaný vzorek tvoří 54; 42; 50 a 45 dětí z Dětského centra Jihlava ve sledovaných letech 1995; 2000; 2005 a 2006 a 34; 31; 34 a 31 dětí z Dětského domova Kamenice nad Lipou ve sledovaných letech 1995; 2000; 2005 a 2006.

3.2.1 Dětské centrum Jihlava (dříve kojenecký ústav)

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

Významným mezníkem pro toto zařízení se stal rok 1991, kdy byl kojenecký ústav transformován na dětské centrum. Zřizovatelem se stal Okresní úřad v Jihlavě; zařízení se přestěhovalo do nově upravené budovy bývalých jeslí. Kapacita dětského centra: 42 lůžek, věková hranice pro pobyt dětí: 0-3 roky. Vznikla dvě lůžka pro matky s dětmi. Dětské centrum přijímá děti z oblasti Jihočeského kraje, kterému chybí KÚ (v současné době tuto péči zajišťuje Dětské centrum pro ohrožené a zdravotně postižené děti Jihočeského kraje ve Strakonici od roku 2001) a z Jihomoravského kraje, převážně z okresů Jihlava, Třebíč, Pelhřimov, Žďár nad Sázavou. Jde typově o zdravotnické

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

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

Současnost

Hlavním úkolem dětského centra je poskytování komplexní péče dětem od narození do věku 3 let se závažnými sociálními a zdravotními problémy. Jedná se o péči diagnostickou, zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, výchovnou, sociálně právní. Péče je poskytována formou ústavní péče v nepřetržitém provozu a ambulantní složkou. Zřizovatelem dětského centra je Krajský úřad kraje Vysočina; jedná se o nestátní zdravotnické zařízení s kapacitou 42 lůžek. Jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytuje akutní a neodkladnou péči ohroženým dětem.

Děti jsou přijímány na základě:

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

Poskytovaná péče:

Ambulantní část:

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

Rehabilitační oddělení

Rehabilitační program zajišťují registrované fyzioterapeutky na dvou rehabilitačních odděleních. Pro zařazení do ambulantního rehabilitačního programu je nutné doporučení obvodního pediatra nebo dětského neurologa; rehabilitační oddělení poskytuje tuto péči i dětem z lůžkové části.

Ústavní péče (lůžková část)

Ústavní péče je poskytována dětem na pěti odděleních. V přízemí budovy jsou dvě oddělení mladších a starších batolat, v prvním poschodí se nachází oddělení novorozenců a mladších kojenců, oddělení starších kojenců a jedno oddělení pro handicapované děti. Pro matky s dětmi jsou k dispozici dva plně vybavené pokoje se sociálním zařízením.

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

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

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

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

Sociálně právní poradenství

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

Vize, cíle dětského centra

Hlavní náplní dětského centra je převzetí dítěte, které se z jakýchkoli důvodů ocitne bez pevného bodu, zmírnění dopadu na jeho psychiku a náhrada nenahraditelného. Dále vytvoření efektivního synergického centra, kde by vedle sociálně právní složky fungovala účinná pomoc jak biologickým, tak náhradním rodinám, za pomoci psychoterapeutů, dětského pediatra, neurologa a dalších odborníků.

Významnou složkou by měl být rehabilitační ambulantní trakt, který si vynucuje potřeba nárůstu dětí s motorickým postižením. Díky rozvoji moderních medicínsko-rehabilitačních metod by bylo možno začít s dětmi cvičit od nejranějšího věku. V současné době se myšlenkou dostavby ambulantního traktu dětské centrum intenzivně zabývá.

3.2.2 Dětský domov Kamenice nad Lipou

Dětský domov se nachází v malém městečku Kamenice nad Lipou.

V roce 2005 oslavil 55. výročí od založení. Po celou dobu existence byly do dětského domova přijímány děti ze všech oblastí České republiky, především však z oblasti Jihočeského kraje. Děti byly přijímány jednak z kojeneckých ústavů, jednak z nevyhovujícího domácího prostředí. Zařízení spadalo pod tehdejší Okresní ústav národního zdraví v Pelhřimově (OÚNZ); kapacita zařízení byla 60 lůžek; věková hranice pro přijetí dětí byla 1-3 roky. Dětem byla poskytována základní zdravotní a výchovná péče.

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

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

V roce 1995 získal statut dětského domova s ozdravovnou a přijímá na ozdravné pobyty děti s dlouhodobým onemocněním dýchacích cest z celé České republiky. Dětem je zajištěna klimatoterapie (nadmořská výška Kamenice nad Lipou je 567 m nad mořem), dechová rehabilitace, míčková facilitace, otužování. Péči využívají děti z běžného domácího prostředí, ale významná spolupráce byla zahájena i s Dětským domovem Most. Přijetí zákona o veřejném zdravotnictví (Zákon č.48/1997Sb.) dále nedovolovalo tuto péči poskytovat a dětský domov se vrátil k původnímu názvu a k původním službám.

V roce 2003 přešla organizace pod kraj Vysočina.

Současnost

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

Organizace poskytuje komplexní péči dětem od narození do věku 3 let, jejichž duševní a tělesný vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních nebo sociálních a jimž nelze zajistit řádnou péči v rodinném prostředí. Ze zdravotních a sociálních důvodů může tuto péči poskytovat i dětem starším; v případě Dětského domova v Kamenici nad Lipou dětem do 6ti let věku.

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

Děti jsou přijímány na základě:

- souhlas rodiče (tzv. dobrovolné pobyty) se souhlasem oddělení sociálně právní ochrany dětí,

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

Poskytovaná péče

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

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

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

Ošetrovatelská a výchovná péče

Ošetrovatelský personál dětského domova tvoří kvalifikované registrované dětské sestry s doplňujícím psychologickým a pedagogickým vzděláním, jedna sestřička nyní dokončuje vzdělání v oboru speciální pedagog. Dvě dětské sestry absolvovaly vzdělávací kurz „Využití hudební výchovy ve výchově dětí“, dvě získaly certifikát v metodách výuky „Montessori“. V ošetrovatelské péči pomáhají ošetrovatelky a sanitárky.

Rehabilitační péče

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

Sociálně právní poradenství

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

Vize, cíle zařízení

V názvu dětského domova je obsaženo slůvko „domov“. Vrátime-li se na začátek k citaci prof. Matějčka, co pro dítě domov znamená, pak reprofilizace zařízení na zařízení rodinného typu se stala dlouhodobým cílem dětského domova. Snaží se, aby se prostorové i režimové podmínky domovu co nejvíce podobaly, i když rodinnou péči nelze nahradit.

Jednotlivá oddělení se postupně mění na tzv. „rodinné (domácí) buňky“; k pocitu bezpečí a jistoty přispívá domácí řád a stabilní personál; k minimalizaci psychické deprivace pak „tety“, které mají v individuální péči maximálně 4 děti. Součástí každé rodinné buňky je kuchyňský koutek, obývací pokoj, dětské pokojíčky, včetně sociálního zázemí, učebna s počítačovým vybavením.

Změna věkové struktury pro přijímané děti v roce 2003 přinesla pozitivní výsledky v přijímání sourozeneckých skupin. Sourozenci tak společně vyrůstají v domově, společně se vrací zpět k biologické rodině, společně odchází do náhradní rodinné péče nebo jiného školního dětského domova.

V současné době jsou v dětském domově dvě rodinné buňky; připravuje se přestavba posledního oddělení pro batolata.

Součástí dětského domova je 5 lůžek pro děti novorozeneckého a kojeneckého věku.

4.Výsledky

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

Zastoupení sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů ve sledovaných obdobích v dětském centru představuje tabulka č.1 a graf č.1.

Z tabulky je zřejmé, že zdravotní důvody představují nejvyšší procento z celkového souboru. Nejvíce dětí bylo přijato v roce 2005; šlo o 36 dětí (tj. 72%) z celkového počtu 50 dětí. Nejméně dětí bylo přijato v roce 2000, kdy z celkového počtu 42 dětí zdravotní důvody představovaly 43% (tj. 18 dětí).

Sociální důvody vykazují druhé místo.

Nejnižší počet dětí ve sledovaných obdobích, tj. 5 dětí (1995, tj. 10%), 9 dětí (2000, tj. 21%), 4 děti (2005, tj. 8%) a 12 dětí (2006, tj. 27%) bylo přijato ze zdravotně sociálních důvodů.

Tabulka č.2 a graf č.2 poskytuje přehled sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů v dětském domově. V roce 1995 ještě výrazně převýšily sociální důvody; z celkového počtu 34 přijatých dětí tvořily 73% (tj. 25 dětí). V ostatních sledovaných obdobích se zdravotní a sociální důvody vyrovnávaly, od roku 2000, 2005 a 2006 začínaly mírně převládat důvody zdravotní.

Zdravotně sociální důvody z celkového počtu přijatých dětí v jednotlivých sledovaných obdobích tvoří nejmenší procento.

V roce 1995 přijal dětský domov ještě 12 dětí z Dětského domova Most na ozdravné pobyty. Tento počet dětí nebyl zahrnut v počtu přijatých dětí do Dětského domova Kamenice nad Lipou; důvody, pro které byly děti do DD Most umístěny, nebyly dětskému domovu známy a zkreslily by uvedené údaje ve sledovaných letech.

Podrobněji jsou sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody analyzovány v následujících kapitolách.

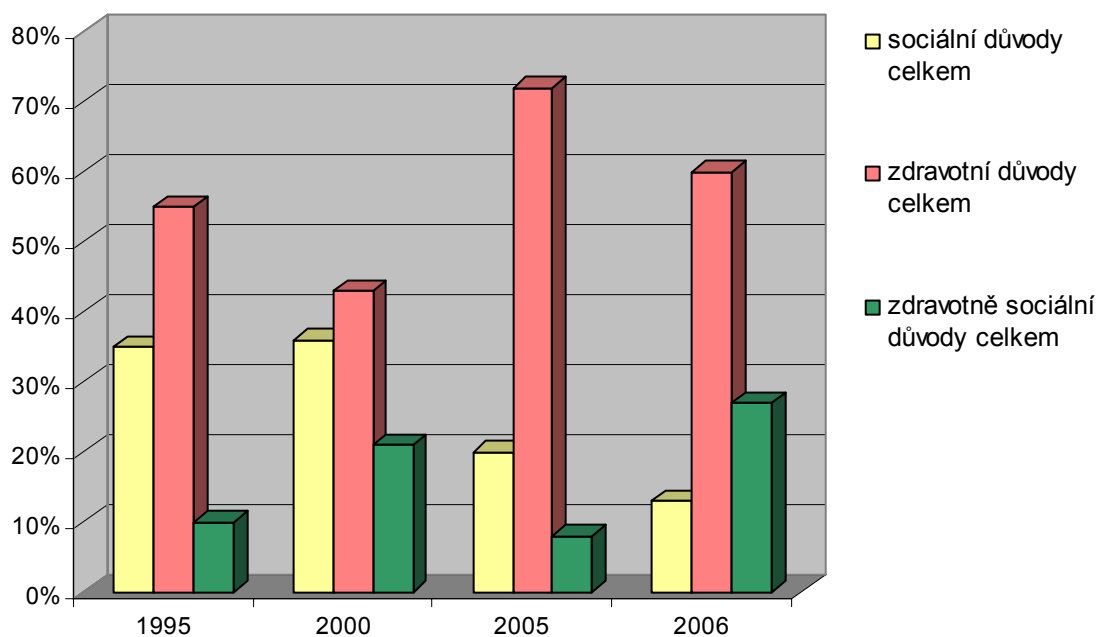
Sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody umístění dětí do DC Jihlava

Tabulka č.1

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		54	100	42	100	50	100	45	100
z toho	sociální důvody celkem	19	35	15	36	10	20	6	13
	zdravotní důvody celkem	30	55	18	43	36	72	27	60
	zdravotně sociální důvody celkem	5	10	9	21	4	8	12	27

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.1



Zdroj: Vlastní výzkum

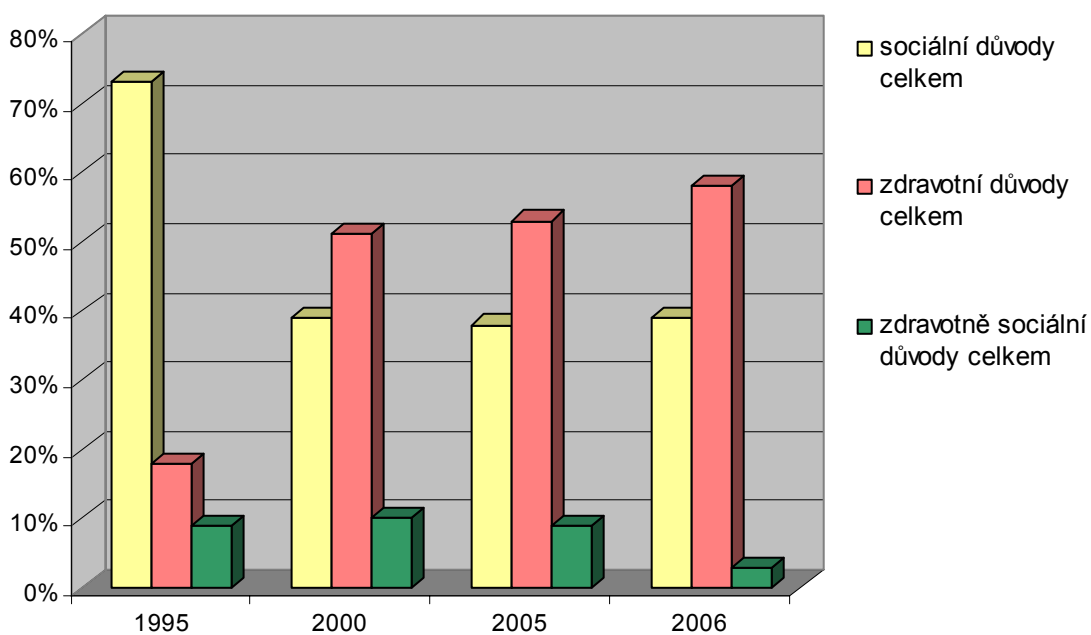
Sociální, zdravotní a zdravotně sociální důvody umístění dětí do DD Kamenice nad Lipou

Tabulka č.2

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		34	100	31	100	34	100	31	100
z toho	sociální důvody celkem	25	73	12	39	13	38	12	39
	zdravotní důvody celkem	6	18	16	51	18	53	18	58
	zdravotně sociální důvody celkem	3	9	3	10	3	9	1	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.2



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.1 Sociální důvody

Sociální důvody vedoucí k umístění dětí do Dětského centra Jihlava jsou znázorněny v tabulce č.3 a grafu č.3. V roce 1995 převažovaly socioekonomické důvody, které souvisely se špatnou finanční a bytovou situací rodiny, která ji odmítala řešit. Z celkového počtu 19 dětí ze sociálních důvodů bylo přijato celkem 8 dětí (tj. 42%) a ve všech případech byla vydána předběžná opatření. V ostatních sledovaných obdobích byly důvody přijetí obdobné, jen se jejich počet výrazně snížil. Stejný počet dětí, tedy 8 (tj. 42%), přišlo v roce 1995 do zařízení na tzv. dobrovolné pobyty se souhlasem rodičů. Důvodem bylo nevhodné bydlení. V roce 2000 a 2005 se jednalo o jeden pobyt pro domácí násilí. Pobyt byly krátkodobé. Od roku 2000 z důvodu špatné bytové situace využívaly matky s dětmi dvě bytové jednotky dětského centra; v roce 2006 zde jedna maminka našla zázemí před umístěním do azylového domu. Nejméně dětí (v roce 1995 - 3 děti, /tj. 16%/ a 1 dítě v roce 2005, /tj. 10%/) přijalo dětské centrum pro trestnou činnost rodičů s následným odsouzením.

Sociální důvody, pro které jsou děti přijímány do Dětského domova Kamenice nad Lipou, představuje tabulka č.4; jejich proměnlivost pak graf č.4. Nejvyšší procento socioekonomických důvodů, které lze přičíst špatné finanční a bytové situaci rodiny, vykázal rok 1995, kdy z celkového počtu 25 dětí přijatých ze sociálních důvodů tyto důvody představovaly 52% (tj. 15 dětí) a v roce 2000 z celkového počtu 12 dětí přijatých ze sociálních důvodů - 10 dětí (tj. 84%). Jednalo se o rodiny, které odmítaly spolupráci při řešení své ekonomické situace a většinou byla vydána předběžná opatření. V dalších letech se počet dětí snížil. Pro stejnou tíživou socioekonomickou situaci byly přijímány děti na dobrovolné pobyty se souhlasem rodičů; tyto pobyty byly většinou krátkodobé a rodiče motivují, aby si svou sociální situaci snažili vyřešit. Nejvyšší procento takto přijatých dětí představoval rok 1995 36%, (tj. 9 dětí). Ze sociálních důvodů jsou zároveň přijímány děti pro trestnou činnost rodičů s následným odsouzením, ve sledovaných období jde tak o 3 děti ročně.

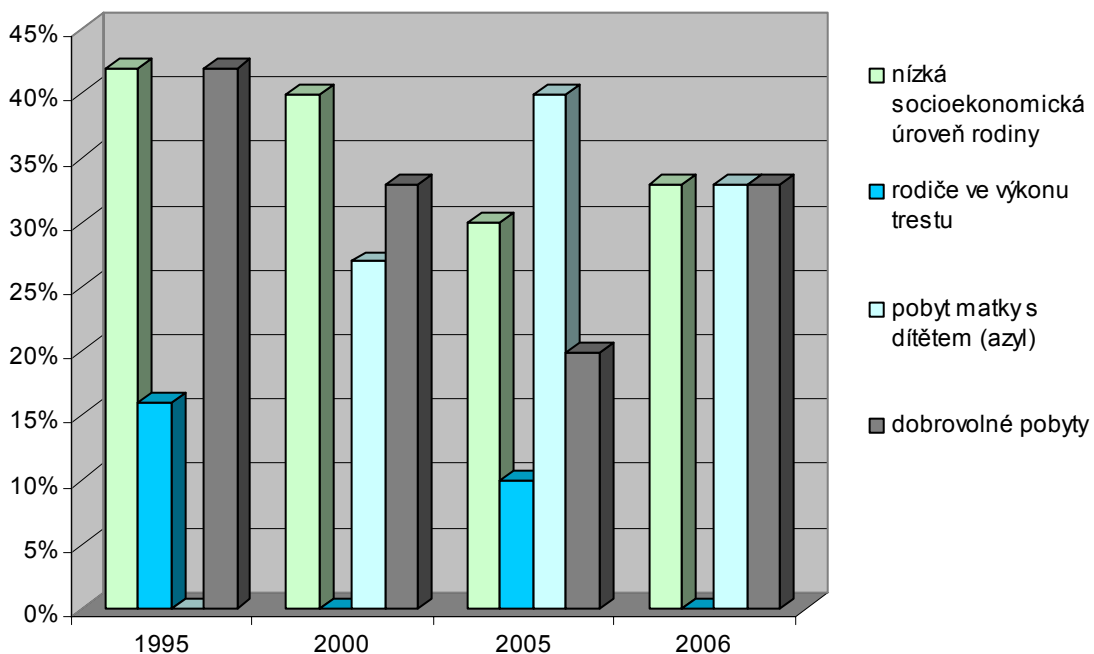
Sociální důvody přijetí dětí do DC Jihlava

Tabulka č.3

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		54		42		50		45	
sociální důvody celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		19	100	15	100	10	100	6	100
z toho	nízká socioekonomická úroveň rodiny	8	42	6	40	3	30	2	33
	rodiče ve výkonu trestu	3	16	0	0	1	10	0	0
	pobyt matky s dítětem (azyl)	0	0	4	27	4	40	2	33
	dobrovolné pobyty	8	42	5	33	2	20	2	33

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.3



Zdroj: Vlastní výzkum

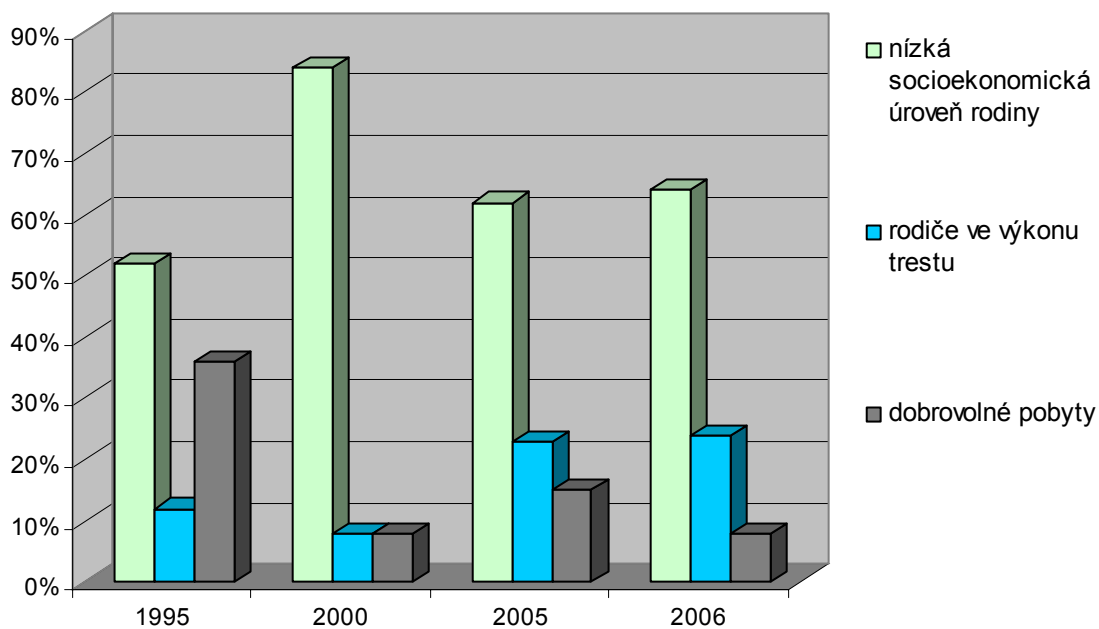
Sociální důvody přijetí dětí do DD Kamenice nad Lipou

Tabulka č.4

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		34		31		34		31	
sociální důvody celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		25	100	12	100	13	100	12	100
z toho	nízká socioekonomická úroveň rodiny	13	52	10	84	8	62	8	64
	rodiče ve výkonu trestu	3	12	1	8	3	23	3	24
	dobrovolné pobyty	9	36	1	8	2	15	1	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.4



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Zdravotní důvody

Zdravotní důvody, které analyzuje tabulka č.5 a následně graf č.5, jsou největší specifikací dětského centra. Do zařízení jsou přijímány děti převážně novorozeneckého a kojeneckého věku. Do uvedeného souboru v jednotlivých sledovaných obdobích jsou také zahrnuti novorozenci a kojenci, u nichž rodiče souhlasí s osvojením (adopcí). V roce 1995 z celkového počtu 10 dětí (tj. 32%) přijatých pro novorozenecký a kojenecký věk to byly celkem 3 děti; v roce 2000 byly 2 děti přijaté se souhlasem rodiče s osvojením. Nejvyšší počet dětí takto přijatých představoval rok 2005 (z 20 dětí, tj. 52 %/, bylo 10 dětí určeno k adopci) a v roce 2006 (z 10 dětí, tj. 36%/, bylo 5 dětí k adopci).

Pro dlouhodobou zdravotní a ošetrovatelskou péči jsou přijímány nejčastěji děti nedonošené s následným neprospíváním; patří sem i děti přijaté na rehabilitaci kvůli hypotonii nebo pohybovým postižením. V roce 1995 a v roce 2000 byly přijaty do zařízení 2 děti s Dawnovým syndromem (mongolismus); ve stejných letech byly přijaty 2 děti pro fetální alkoholový syndrom (FAS); v roce 1995 to byly 2 děti s rozštěpem rtu a patra. V roce 2005 a 2006 byly přijaty děti s vrozenými vývojovými srdečními vadami; v roce 2006 se jednalo o jeden pobyt dítěte pro genetickou stigmatizaci Sy.Tracher-Collins (dědičné onemocnění-anomálie v obličejové části). V roce 2006 byl do dětského centra umístěn chlapec kvůli rozsáhlým popáleninám (rodina sociálně slabá). V uvedených případech rodiče péči o děti nezvládají.

Pro týrání byly přijaty v roce 2005: 1 dítě (tj. 3%) a v roce 2006: 2 děti (tj. 8%) s následky poranění CNS s následnou hemiparézou, ostatní pro četné hematomy. Ve dvou případech byla rodičům prokázána vina a byli odsouzeni.

Mezi další důvody vedoucí k přijetí dětí do dětského centra lze zařadit krátkodobé (z důvodů vyšetření) nebo dlouhodobé (z důvodů onemocnění nebo operace) hospitalizace maminek v nemocnici. Nejvíce takto přijatých dětí bylo v roce 1995; jednalo se o 5 dětí (tj. 17%) z celkového počtu 30 dětí přijatých ze zdravotních důvodů. V dalších sledovaných obdobích šlo o 2-4 děti za rok. Mezi zdravotní důvody byly také zařazeny děti, které jsou zde z důvodu alkoholové a drogové závislosti rodičů.

Syndrom ohroženého dítěte (tzv. sociální osiření) v roce 1995 představovalo 14% (4 děti); v roce 2000: 23 % (4 děti), v roce 2005: 6% (2 děti) a v roce 2006: 18% (5 dětí), z celkového počtu přijatých dětí ze zdravotních důvodů ve sledovaných obdobích 1995; 2000; 2005 a 2006. Šlo o děti, které matky opustily nebo zanechaly v péči cizí osoby nebo péči výrazně zanedbaly.

Respitní a úlevnou péči využívají převážně rodiny s dětmi s těžkým zdravotním postižením.

Problematiku zdravotních důvodů Dětského domova Kamenice nad Lipou představuje tabulka č.6 a graf č.6. Nejvyšší procento přijímaných dětí ve sledovaných obdobích představuje syndrom ohroženého dítěte. V roce 1995 šlo o 3 děti (tj. 49%); v roce 2000 o 6 dětí (tj. 38%); v roce 2005: 4 děti (tj. 24%) a v roce 2006 o 8 dětí (tj. 44%), které matky opustily nebo jejich péči výrazně zanedbaly.

Od roku 2000 se zvyšuje počet dětí přijatých pro alkoholovou a drogovou závislost rodičů.

Mezi týranými jsou děti často bité, s výraznými hematomy, zlomeninami kostí. V roce 2005 byl přijat chlapeček s poraněním CNS s kombinovaným postižením (hemiparéza, těžká oční vada).

V dětském domově jsou také umístěné děti pro psychiatrické onemocnění matek. Jde převážně o matky trpící psychózami, schizofrenií, depresí nebo o matky výrazně simplexní, které péči o své děti nezvládají.

Vzhledem k tomu, že od roku 2003 dětský domov snížil věkovou hranici pro přijímané děti, rozšiřují se zdravotní důvody o indikaci dětí novorozeneckého a kojeneckého věku. Jsou přijímány děti se souhlasem rodičů s osvojením, nebo se jedná o sourozence již umístěných dětí. V roce 2005 takto bylo přijato 7 dětí (tj. 36%) a v roce 2006: 5 dětí, (tj. 28%) z celkového počtu přijatých dětí ze zdravotních důvodů.

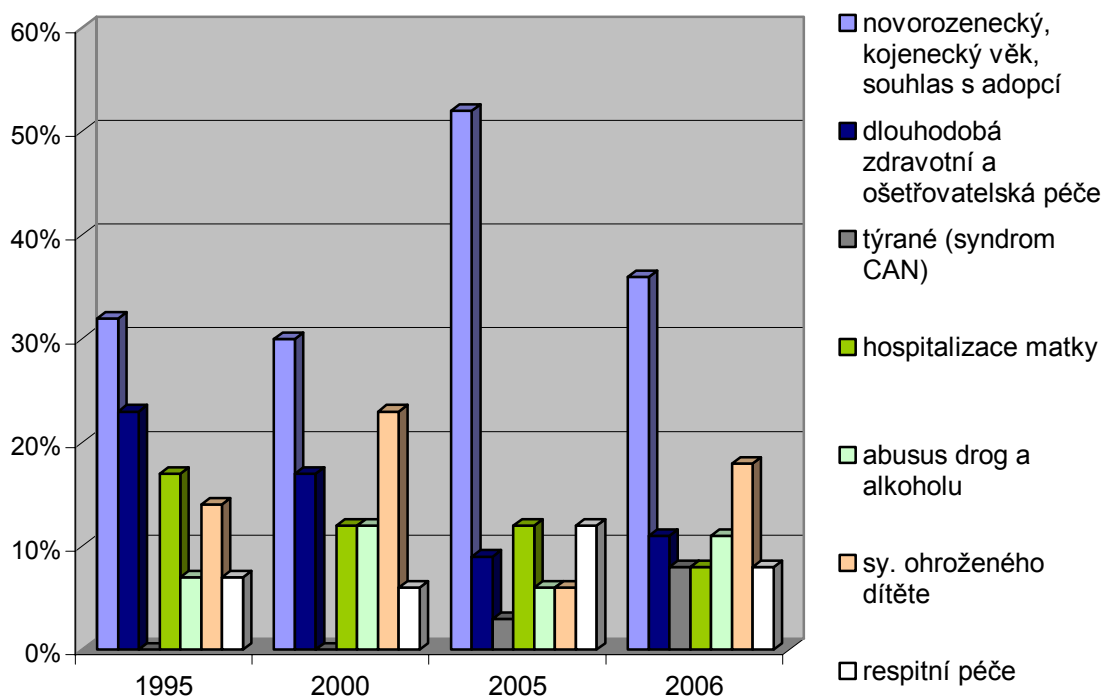
Zdravotní důvody přijetí dětí do DC Jihlava

Tabulka č.5

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		54		42		50		45	
zdravotní důvody celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		30	100	18	100	36	100	27	100
z toho	novorozenecký, kojenecký věk, souhlas s adopcí	10	32	6	30	20	52	10	36
	dlouhodobá zdravotní a ošetrovatelská péče	7	23	3	17	3	9	3	11
	týrané (syndrom CAN)	0	0	0	0	1	3	2	8
	hospitalizace matky	5	17	2	12	4	12	2	8
	abusus drog a alkoholu	2	7	2	12	2	6	3	11
	sy. ohroženého dítěte	4	14	4	23	2	6	5	18
	respitní péče	2	7	1	6	4	12	2	8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.5



Zdroj: Vlastní výzkum

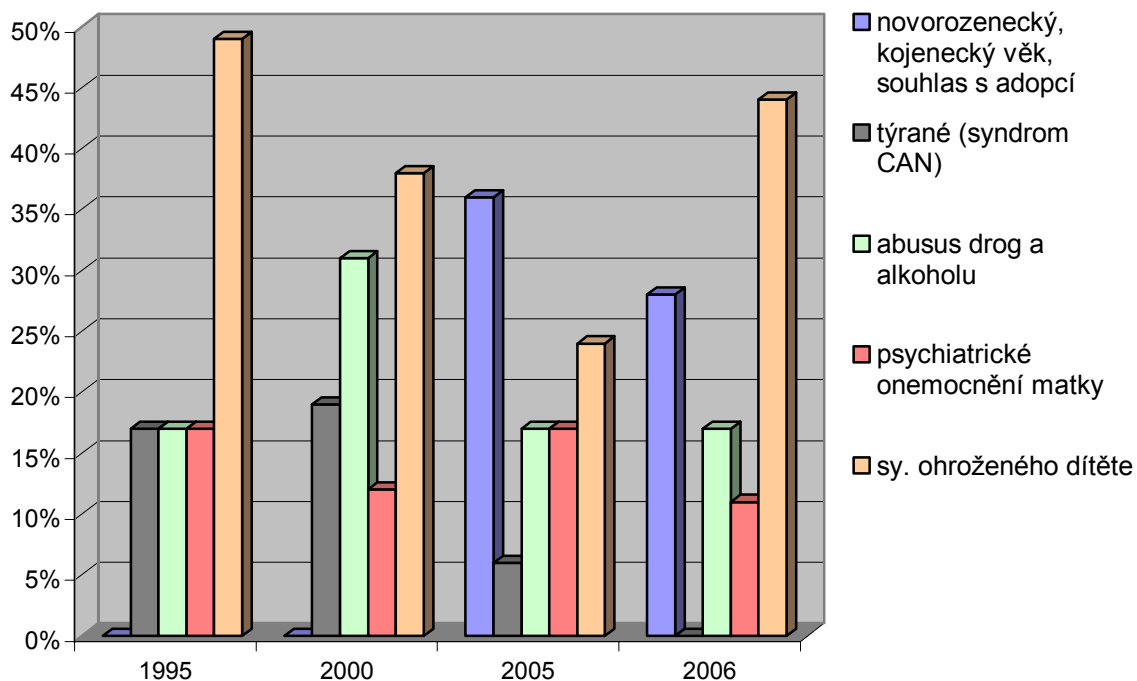
Zdravotní důvody přijetí dětí do DD Kamenice nad Lipou

Tabulka č.6

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		34		31		34		31	
zdravotní důvody celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		6	100	16	100	18	100	18	100
z toho	novorozenecký, kojenecký věk, souhlas s adopcí	0	0	0	0	7	36	5	28
	týrané (syndrom CAN)	1	17	3	19	1	6	0	0
	abusus drog a alkoholu	1	17	5	31	3	17	3	17
	psychiatrické onemocnění matky	1	17	2	12	3	17	2	11
	sy. ohroženého dítěte	3	49	6	38	4	24	8	44

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.6



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.3 Zdravotně sociální důvody

Nemalé procento zdravotně sociálních důvodů představují v dětském centru děti, o které se rodiče pro jejich zdravotní postižení odmítají starat. Nejde jenom o děti ze sociálně slabých rodin, ale i o děti z rodin funkčních. Jejich počet znázorňuje tabulka č. 7 a graf č.7. Mezi hlavní onemocnění patří poruchy psychického vývoje, kombinované vady, DMO s parézami. Z dietních potíží jde ve všech uvedených případech o intoleranci (nesnášenlivost) bílkoviny kravského mléka.

Možnosti zácviku v péči o dítě využily v roce 2000: 1; v roce 2005 a 2006: 2 matky.

Ze zdravotně sociálních důvodů jsou do dětského domova umístěny shodně děti, o které se rodiče pro jejich zdravotní postižení odmítají starat, a jejich věk je tak nízký (děti do 3 let věku), že nemohou být umístěny v ústavu sociální péče. Netvoří velké procento, ale jejich péče vyžaduje velké nároky na personál, zařízení. Jejich pobyt v zařízení je dlouhodobý. Jde převážně o děti s DMO (dětská mozková obrna) s centrální koordinační poruchou, diparézami dolních končetin, vývojovými srdečními vadami (VVV), s celkovým neprospíváním. Oligofrenií vývoj (slabomyslnost) a psychomotorická retardace představuje oblast mentálního postižení. Tato problematika je znázorněna v tabulce č.8 a grafu č. 8. Tyto diagnózy pak kopírují celé sledované období.

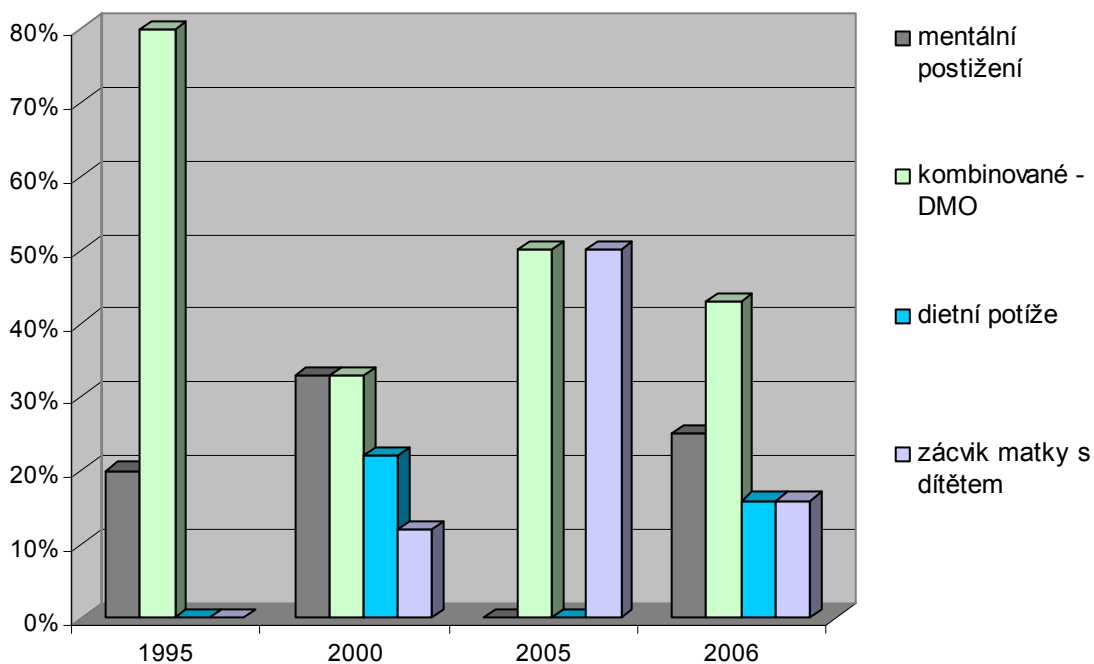
Zdravotně sociální důvody přijetí dětí do DC Jihlava

Tabulka č.7

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		54		42		50		45	
zdravotně sociální důvody celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		5	100	9	100	4	100	12	100
s postižením	mentálním	1	20	3	33	0	0	3	25
	kombinovaným - DMO	4	80	3	33	2	50	5	43
	dietními potížemi	0	0	2	22	0	0	2	16
	zácvik matky s dítětem	0	0	1	12	2	50	2	16

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.7



Zdroj: Vlastní výzkum

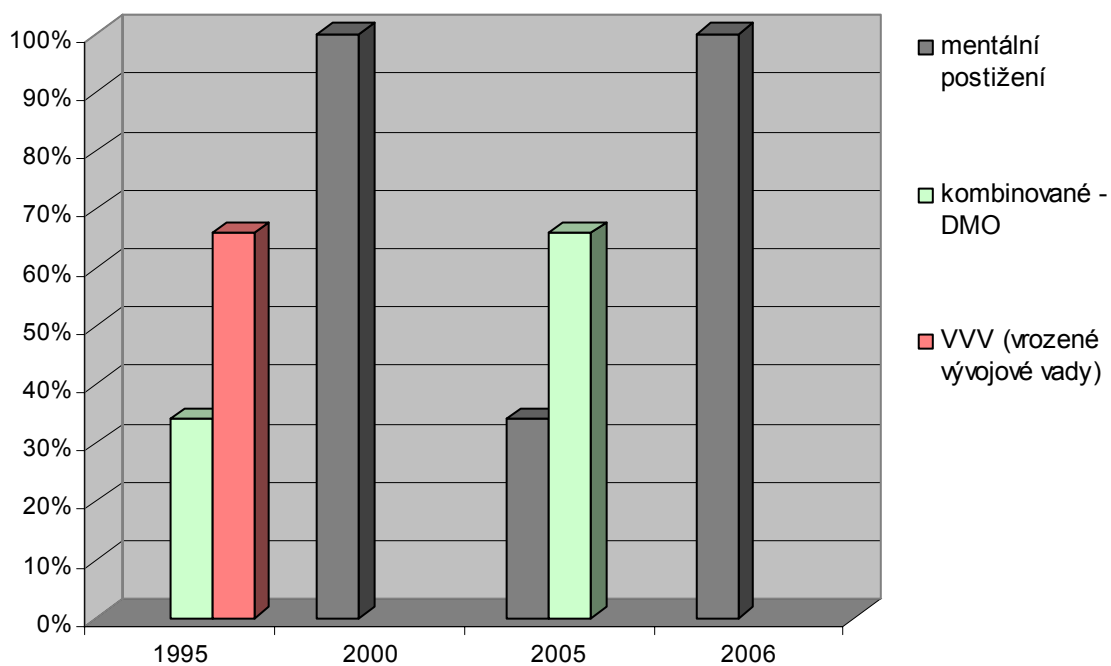
Zdravotně sociální důvody přijetí dětí do DD Kamenice nad Lipou

Tabulka č.8

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		34		31		34		31	
zdravotně sociální důvody celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		3	100	3	100	3	100	1	100
s postižením	mentálním	0	0	3	100	1	34	1	100
	kombinovaným - DMO	1	34	0	0	2	66	0	0
	VVV (vrozené vývojové vady)	2	66	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.8



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.4 Souhrnný přehled jednotlivých důvodů

Po provedené analýze sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů vedoucích k přijetí dětí do zařízení předkládám pro zajímavost a srovnání zastoupení jednotlivých dílčích důvodů, a to k celkovému počtu přijatých dětí ve sledovaných obdobích.

Počet, proměnlivost a závažnost uvedených důvodů znázorňuje tabulka č.9 (dětské centrum) a tabulka č.10 (dětský domov).

Zastoupení jednotlivých důvodů v celkovém počtu přijatých dětí v DC Jihlava

Tabulka č.9

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		54	100	42	100	50	100	45	100
z toho	nízká socioekonomická úroveň rodiny	8	15	6	14	3	6	2	4
	rodiče jsou ve výkonu trestu	3	6	0	0	1	2	0	0
	pobyt matky s dítětem (azyl)	0	0	4	10	4	8	2	4
	dobrovolné pobyty	8	15	5	12	2	4	2	4
	novorozenecký, kojenecký věk, souhlas s adopcí	10	18	6	14	20	40	10	22
	dlouhodobá zdravotní a ošetrovatelská péče	7	13	3	7	3	6	3	8
	týrané (syndrom CAN)	0	0	0	0	1	2	2	4
	hospitalizace matky	5	9	2	5	4	8	2	4
	abusus drog a alkoholu	2	4	2	5	2	4	3	8
	sy. ohroženého dítěte	4	7	4	10	2	4	5	11
	respitní péče	2	4	1	2	4	8	2	4
	mentální postižení	1	2	3	7	0	0	3	8
	kombinovaná postižení-DMO	4	7	3	7	2	4	5	11
	dietní potíže	0	0	2	5	0	0	2	4
	zácvik matky s dítětem	0	0	1	2	2	4	2	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Zastoupení jednotlivých důvodů v celkovém počtu přijatých dětí v DD Kamenice nad Lipou

Tabulka č.10

sledované období		1995		2000		2005		2006	
počet přijatých dětí celkem		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
		34	100	31	100	34	100	31	100
z toho	nízká socioekonomická úroveň rodiny	13	38	10	32	8	23	8	26
	rodiče jsou ve výkonu trestu	3	9	1	3	3	9	3	10
	dobrovolné pobyty	9	26	1	3	2	6	1	3
	novorozenecký, kojenecký věk, souhlas s adopcí	0	0	0	0	7	20	5	16
	týrané (syndrom CAN)	1	3	3	10	1	3	0	0
	abusus drog a alkoholu	1	3	5	16	3	9	3	10
	psychiatrické onemocnění matky	1	3	2	6	3	9	2	6
	sy. ohroženého dítěte	3	9	6	20	4	12	8	26
	mentální postižení	0	0	3	10	1	3	1	3
	kombinovaná postižení-DMO	1	3	0	0	2	6	0	0
	VVV (vrozené vývojové vady)	2	6	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Poskytovaná péče

Přehled služeb s uvedením realizované péče v dětském centru představuje tabulka č.11. Prioritní částí ambulantní složky jsou dvě rehabilitační oddělení, kam jsou přijímány děti, které potřebují rehabilitační terapii. Do dětského centra přichází na doporučení svého obvodního pediatra, dětského neurologa nebo ortopeda. Pro srovnání lze uvést rok 1995, kdy do rehabilitačního programu bylo zahrnuto celkem 60 dětí; v roce 2006 se již počet zvýšil na 96 dětí. Součástí rehabilitace je i zácvik rodičů.

Poradnu pro rizikové kojence využívají náhradní rodiče, kteří přijímají do své péče děti s rizikovou anamnézou. Jde o děti nedonošené nebo o děti s mentálním a tělesným postižením. Nabízenou péči, kterou zajišťuje ústavní pediatr, mohou využívat i biologičtí rodiče.

Od roku 2005 se dětské centrum podílí na přípravě vhodných žadatelů pro náhradní rodinnou péči. Spolupracuje s Krajským úřadem v Jihlavě a prostřednictvím poradny pro náhradní rodinnou péči připraví ročně kolem 80 - 100 žadatelů. Kromě odborných přednášek si budoucí osvojitelé nebo pěstouni mohou prohlédnout uvedené zařízení.

Tabulka č. 11 také uvádí počet dětí v ústavní péči (lůžková část), které využívají rehabilitační oddělení. Počet dětí v uvedené rehabilitační péči je proměnlivý a je ovlivněn diagnózami, se kterými děti do dětského centra přicházejí. Z metod je nejvýznamněji využívána Vojtova reflexní terapie, která má obrovské úspěchy v léčbě DMO (dětská mozková obrna); vede k uvolnění spasticity nebo naopak k léčbě hypotonie. Vodoléčba a vířivé koupele podtrhují kvalitu poskytované péče, facilitační míčková technika je využívána u dětí s onemocněním dýchacích cest.

Přehled služeb s uvedením realizované péče v dětském domově je znázorněn v tabulce č.12. V roce 2003 vzniklo v dětském domově nově vybudované rehabilitační oddělení. Rehabilitační terapii poskytuje dětem rehabilitační sestra dětského domova. V předešlých letech tuto péči zajišťovaly rehabilitační pracovnice zdravotního střediska, které docházely do zařízení.

Jsou zde rehabilitovány děti pro hypotonii, predilekci, celkové neprospívání, hemiparézy, diparézy a jiná postižení, pro která jsou do zařízení přijímány. V roce 2005 se jednalo o 24 dětí a v roce 2006 o celkový počet 17 dětí, které byly zařazeny do tohoto rehabilitačního programu a využívaly uvedené rehabilitační metody. Facilitační míčková technika má v dětském domově delší tradici; již v roce 1995 byla významně využívána k léčbě dětí, které byly přijímány na ozdravný pobyt.

Všechny děti předškolního věku jsou od roku 2003 zařazovány na dopolední pobyt do městské mateřské školy se speciálními třídami (logopedickou a pro kombinované vady) a jsou tak integrovány mezi děti z běžného rodinného prostředí. Ve třídě pro kombinovaná postižení jsou umístěny děti s psychomotorickou retardací, u nichž je prostřednictvím vyškolených terapeutů prováděna muzikoterapie a arteterapie.

Individuální logopedická cvičení se provádí přímo v dětském domově. Významným způsobem využívá dětský domov služeb speciálního Pedagogicko - psychologického centra v Jihlavě k diagnostice dětí. V roce 2005 a v roce 2006 bylo do mateřské školy shodně zařazeno 11 dětí. Uvedená čísla nejsou alarmující, ale podtrhují komplexnost poskytované péče.

V lůžkové části je věnována velká pozornost v dětském centru a v dětském domově diagnostice dětí. Jejich počet je znázorněn v tabulce č.11 a v tabulce č.12. Diagnostická péče je poskytována všem dětem, které mají být umístěny do náhradní rodinné péče; zahrnuje vyšetření neurologická včetně UZ CNS, genetická včetně HIV, psychologická, oční vyšetření a další dle zdravotního stavu posuzovaného dítěte.

Terapeutická, ošetrovatelská, výchovná a psychologická péče je věnována všem dětem, které jsou v zařízení, proto počet dětí v realizované péči není uveden.

Zdravotní stav dětí je sledován ústavním pediatrem v pravidelných preventivních prohlídkách, součástí je očkování a hodnocení psychomotorického vývoje dětí. Ošetrovatelskou péči zajišťují dle pokynů lékaře dětské sestry. K výchovné činnosti a k zajištění důležitých psychických potřeb se využívá všech dostupných metodik pro oblast rozumovou, pracovní, tělesnou, hudební a výtvarnou. Základem je dětská hra a dostatek přiměřených podnětů. V individuální péči za psychomotorický vývoj dětí

odpovídá jedna sestra, která má v individuální péči maximálně 4 děti. Hodnocení psychomotorického vývoje pravidelně zaznamenává do neuropsychického záznamu dítěte.

Klinickým psychologem jsou vyšetřeny v průběhu pobytu všechny děti; četnost následných vyšetření se odvíjí dle individuálního stavu a vývoje dítěte.

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

Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí ukládá povinnost dětskému centru a dětskému domovu spolupracovat se sociálními pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí. V pravidelných tří-měsíčních intervalech sociální pracovníce tohoto oddělení své děti v uvedených zařízeních pravidelně navštěvují.

Snahou všech pracovníků je, aby pobyt dětí v ústavní péči trval co nejkratší dobu a aby se děti vracely do rodin, ať už vlastních nebo náhradních.

Přehled služeb s uvedením realizované péče v DC Jihlava

Tabulka č. 11

sledované období a počet dětí v uvedené péči		1995	2000	2005	2006	
ambulantní	rehabilitační	60	68	80	96	
	poradna pro rizikové kojence	6	5	5	3	
	poradna pro NRP	0	0	80	100	
lůžková	diagnostická	23	38	33	25	
	terapeutická	X	X	X	X	
	ošetřovatelská	X	X	X	X	
	rehabilitační	vodoléčba	0	10	12	9
		Vojtova met.	18	10	12	9
		Bobathova met.	11	6	5	8
		míčkování	3	0	0	5
	výchovná	X	X	X	X	
	psychologická	X	X	X	X	
	soc. právní poradenství	X	X	X	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Přehled služeb s uvedením realizované péče v DD Kamenice nad Lipou

Tabulka č. 12

sledované období a počet dětí v uvedené péči			1995	2000	2005	2006
lůžková část	diagnostická		10	11	20	13
	terapeutická		X	X	X	X
	ošetřovatelská		X	X	X	X
	rehabilitační	Vojtova met.	0	0	10	8
		Bobathova met.	0	0	9	5
		míčkování	12	6	5	4
	výchovná		X	X	X	X
	psychologická		X	X	X	X
	soc. právní poradenství		X	X	X	X
	pedagogická		0	0	11	11
		logopedie	0	0	3	4
		arteterapie	0	0	2	3
muzikoterapie		0	0	2	3	

Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuze

Systém péče o ohrožené děti, jak uvádí Schneiberg ve svém příspěvku „Zdravotní a sociální problematika dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech (2005)“, má v naší republice dlouholetou tradici (3). Již Zákon o zemské péči o mládež z roku 1920 dával v této oblasti mnoho povinností státu i obcím. Právě v této době také vznikaly první kojenecké ústavy, jejichž tradice významně posílila v 50. letech 20. století, kdy se komunistická ideologie snažila potlačit úlohu rodiny v péči o dítě, z rodičů udělat pouhý pracovní nástroj státu, a proto podporovala zřizování různých kolektivních zařízení pro kratší či dlouhodobý pobyt dětí mimo vlastní rodinu. Zrušena byla pěstounská péče. Stát garantoval ústavní péči a popíral jakékoliv sociální problémy (3).

V současné době je ústavní systém péče o ohrožené děti výrazně kritizován (11). Některé kritiky stále vycházejí z tradic minulého režimu; vyzdvihují se negativní zkušenosti a jednotlivá fakta jsou vytrhována z kontextu. Jsou výrazně zlehčovány důvody vedoucí k přijetí dětí do těchto zařízení a všechny se zahrnují pod jednotný název: "sociální důvody" (37).

Abych některé nepravdy, které pracovníky v této oblasti trápí, uvedla na pravou míru, vybrala jsem si pro svou bakalářskou práci jako první cíl "analýzu sociálních a zdravotní důvodů", pro které jsou děti přijímány do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou. Druhým cílem mé práce je "podat objektivní obraz o stále se zvyšující péči" o tyto děti v ústavním prostředí. Můj výzkum je přesně rozpracován dle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví pro kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku, jak jej rozděluje a popisuje (37).

Nechci v žádném případě vyzdvihovat a upřednostňovat ústavní péči (39), nechci ani zlehčovat základní funkce rodiny, které jsou nenahraditelné (26).

Na druhé straně je nutné upozornit na povinnosti rodičů, vyplývající z rodičovské zodpovědnosti tak, jak to ukládá Zákon o rodině; tj. dbát o zdraví dítěte, jeho tělesný, duševní a mravní vývoj, včetně jeho řádné výchovy (39). Následně pak, jak uvádí Dunovský a Appelová, uspokojovat základních biologické (7) a psychické potřeby dítěte (1). Bohužel se setkáváme s rodinami, kde tyto potřeby dětí uspokojovány

nejdou, rodina se pro poruchu některé nebo všech svých funkcí stává dysfunkční, afunkční a výchova a vývoj dítěte je následně ohrožen (7). Stát má povinnost se o tyto děti postarat, děti z nevyhovujícího prostředí odebrat a svěřit do péče jiné fyzické osoby nebo do některé z forem ústavní péče (39).

Četnost a vážnost celkových a dílčích sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů (37), které vedou k přijetí dětí do ústavní péče (39), můžeme pozorně sledovat ve všech sledovaných obdobích 1995; 2000; 2005; 2006 v Dětském centru Jihlava a v Dětském domově Kamenice nad Lipou.

Tabulka č.1 (dětské centrum) a tabulka č. 2 (dětský domov) představují celkový přehled sociálních, zdravotních a zdravotně sociálních důvodů vedoucích k přijetí dětí do jmenovaných zařízení. Společně s grafem č.1 (dětské centrum) a grafem č.2 (dětský domov) znázorňují, že v převážné většině jsou děti do dětského centra a dětského domova přijímány ze zdravotních důvodů (37). Nejvyšší počet těchto důvodů v dětském centru představuje rok 2005, kdy z celkového počtu 50 dětí bylo takto přijato 36 dětí (tj. 72%). V dětském domově pak rok 2006, kdy z celkového počtu 31 dětí bylo 18 dětí (tj. 58%) umístěno do zařízení z některých uvedených zdravotních důvodů.

Jednotlivé dílčí důvody vedoucí k přijetí dětí do dětského centra znázorňuje tabulka č.9 a do dětského domova tabulka č.10 s názvem; „Zastoupení jednotlivých důvodů v celkovém počtu přijatých dětí.“

Mezi hlavní zdravotní důvody, pro které jsou děti přijímány do dětského centra, lze zařadit děti novorozeneckého a kojeneckého věku, včetně souhlasu s osvojením. Těmto dětem musí být v zařízení věnována zvýšená zdravotní péče a před svěřením do náhradní rodiny musí být provedena komplexní péče diagnostická. Proto tyto důvody právem patří mezi zdravotní indikace. V roce 1995 z celkového počtu 54 přijatých dětí bylo do dětského centra umístěno 10 dětí (tj. 18%) novorozeneckého a kojeneckého věku; nejvíce pak v roce 2005: 20 dětí (tj. 40%) z celkového počtu 50 dětí v ústavní péči. V roce 1995 byly 3 děti předány do osvojení; v roce 2005 bylo z celkového počtu 20 dětí 10 dětí svěřeno do náhradní rodinné péče (4).

V dětském domově tyto důvody znázorňuje rok 2005, kdy se snížila věková hranice pro přijímané děti. Z celkového počtu 34 dětí bylo pro novorozenecký a kojenecký věk

přijato 7 dětí (tj. 20%); stejný počet (tj. 7 dětí) bylo svěřeno do náhradní rodinné péče. V roce 2006 byli také v tomto věku přijímáni sourozenci již umístěných dětí.

Vrátíme-li se zpět k teoretické části a k názvům jako "zanedbávání", "týrání" a "zneužívání" (8), právě v dalších uvedených zdravotních důvodech najdeme hlavní příčiny, které vedou k umístění dětí do dětského centra a dětského domova.

Vzhledem k tomu, že hlavním posláním uvedených zdravotnických zařízení je péče o děti ohrožené, opuštěné a s postižením, získali obě organizace v roce 2006 statut zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (28). Zde se setkáváme se syndromem ohroženého dítěte, známým pod názvem sociální osiření, který provází celá sledovaná období 1995; 2000; 2005 a 2006. Jde o děti, které jsou svými rodiči, převážně matkami, opuštěny (7). Tyto děti jsou následně ohroženy na životě i zdraví a jejich situace musí být dle Zákona o sociálně právní ochraně dětí (28) okamžitě řešena. Právě tyto důvody jsou v některých případech spojeny se špatnou sociální situací rodiny, ale jejich závažnost by neměla být těmito důvody zlehčována. V obou zařízeních má sy. ohroženého dítěte spíše zvyšující tendenci. Nejvyšší počet takto odebraných dětí představuje shodně v dětském centru a v dětském domově rok 2006. Z celkového počtu 45 dětí bylo do dětského centra přijato 5 opuštěných dětí (tj. 11%) a v dětském domově to bylo z celkového počtu 31: 8 dětí (tj. 26%). Šlo většinou o děti velmi zdravotně oslabené a výchovně zanedbané. V mnoha případech není výjimkou, že většině dětí chybí základní očkování nebo dosud nenavštívily žádného dětského lékaře. Dohledat zdravotní dokumentaci pro neustálé změny bydliště je velmi obtížné. Dětem musí být poskytována komplexní zdravotnická péče a jejich zdravotní stav musí být sledován odborným zdravotnickým personálem.

Dětské centrum a dětský domov se také setkávají s dětmi týranými (38) a zanedbávanými, sy. CAN (32). Následky týrání pak v některých případech vedou k trvalému poškození zdraví, jak po stránce tělesné, tak po stránce mentální. Velmi těžko se týrání prokazuje. Ani novela Zákona o sociálně právní ochraně dětí a oznamovací povinnost pro odbornou i neodbornou veřejnost nepřináší očekávané výsledky. Stále v této oblasti chybí významná spolupráce hlavně dětského obvodního lékaře a sociálního pracovníka. V některých případech se děti týrané (z důvodu

neprokázané viny týrané osobě - rodičům) skrývají v důvodech péče o děti vyžadující dlouhodobou zdravotní a ošetrovatelskou péči, nebo v důvodech zdravotně sociálních. Nejde o závratná čísla, pro podezření na týrání je nejvíce dětí do dětského centra umístěno v roce 2006. Z celkového počtu 45 představují tyto děti 4% (tj. 2 děti) přijatých pro týrání, za které byli rodiče odsouzeni. Na druhé straně je v tomto roce nejvíce dětí do dětského centra přijato z důvodů zdravotně sociálních, pro kombinovaná postižení, s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Šlo o 5 dětí (tj. 11%) z celkového počtu 45 dětí. O tyto děti se rodiče pro jejich postižení odmítali starat a děti jsou opuštěny, tzn. péči rodiče odmítají (7). V dětském domově se sy. CAN setkáváme nejvíce v roce 2000, kdy byly takto přijaté 3 děti.

Využití lůžek z důvodů hospitalizace matky v nemocnici nebo pro léčbu v psychiatrické léčebně je proměnlivé. Nepatrný nárůst v roce 2000 vykázal počet dětí přijatých pro alkoholovou a drogovou závislost matky, a to v dětském domově. Jedná se o 5 dětí (tj. 16%) z celkového počtu 31 přijatých dětí. Zde se výrazně spolupracuje se širší biologickou rodinou, ale i ta většinou později selhává.

Poskytovaná respitní péče v dětském centru (37) výrazně ulevuje v péči rodinám s dětmi s těžkým zdravotním. V tomto případě jde o funkční rodiny (7), kde je zachována citová vazba a děti se po dohodnuté době vrací zpět domů. Dětský domov o tuto péči ve sledovaných obdobích nebyl požádán.

Již v úvodu jsem uvedla, proč jsem si vybrala zdravotní a sociální problematiku přijímaných dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou. Na dílčích zdravotních a zdravotně sociálních důvodech ve sledovaných obdobích 1995; 2000; 2005 a 2006 v uvedené tabulce č.9 a v tabulce č.10 jsem představila jejich proměnlivost a závažnost.

Největší kritice, pro které jsou děti přijímány do ústavní péče, jsou vystaveny důvody sociální. Jak ve svém příspěvku uvádí Sobotková, důvody umístění nejmenších dětí do kojeneckých ústavů jsou uváděny různými zdroji odlišně (31). Často se na internetových stránkách, na stránkách tisku setkáváme s alarmujícími čísly, že sociální důvody představují 83% příčin vedoucích k přijetí dětí do kojeneckých ústavů a dětských domovů.

Z podrobné analýzy, která je uvedena v dílčích výsledcích v tabulce č.9 (dětské centrum) a v tabulce č.10 (dětský domov) za sledovaná období v jednotlivých zařízeních vyplývá, že některá prezentovaná čísla jsou zkreslující a mnohdy i zavádějící.

Nejvyšší procento, tj.15% (tj. 8 dětí) z celkového počtu 54 přijatých dětí v roce 1995 a 14% (tj. 6 dětí) z celkového počtu 42 dětí v roce 2000 tvoří děti umístěné do dětského centra pro špatnou ekonomickou situaci rodiny nebo pro ztrátu či jeho nevhodnost (8). V roce 2006 šlo pouze o 2 děti (tj. 4%), a to z celkového počtu 45 dětí.

V dětském domově bylo nejvíce dětí ze sociálních důvodů přijato v roce 1995, kdy z celkového počtu 34 dětí šlo o 13 dětí (tj. 38%), které byly odebrány z rodiny pro nevhodné bydlení nebo jeho ztrátu. V ostatních sledovaných období zůstávají tyto sociální příčiny vyrovnané; v průměru se jedná o 8 - 10 dětí z celkového počtu přijatých dětí, jak vidíme v tabulce č.10.

Lze se domnívat, že tyto důvody mohou být v těchto rodinách ovlivněny změnou režimu po roce 1989, kdy tyto rodiny pro nedostatečné vzdělání přichází o práci, ztrácí finanční prostředky; navrácením majetku do soukromých rukou přichází o bydlení a odmítají se přizpůsobit novým podmínkám.

Jak shodně uvádí Dunovský, Dytrych, Matějček, socioekonomické problémy jsou stále více kombinovány požíváním alkoholu nebo drog (8). Rodiče svou finanční situaci řeší posléze trestnou činností a jsou za ni odsouzeni. I tyto důvody se do jednotlivých období promítají, ale tvoří velmi malé procento. Dle tabulky č. 9 a tabulky č. 10 jde v jednotlivých obdobích o 2 až 3 děti umístěné do zařízení pro odsouzení rodiče s následným nástupem do výkonu trestu. Tyto příčiny lze řadit do poruch rodičovské zodpovědnosti (39), kdy rodiče, jak uvádí Dunovský, nechtějí (7) o své děti pečovat.

V roce 1995 významný počet umístěných dětí v obou zařízeních tvoří tzv. pobyty dobrovolné. Do dětského centra v tomto roce přichází 8 dětí (tj. 15%) z celkového počtu 54 přijatých dětí a v dětském domově 9 dětí (tj. 26%) z celkového počtu 34 dětí, a to vždy se souhlasem rodičů. Tyto důvody se v dalších sledovaných obdobích výrazně snižují. Jedná se o rodiny spíše problémové (7), které svou situaci chtějí řešit. Pobyty jsou krátkodobé (maximálně 3 měsíce) a děti se vrací zpět ke své rodině.

V dětském centru jsou rovněž využívány dvě bytové jednotky pro matky s dětmi.

Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí v roce 2000 (28) a výrazný tlak a kritika neziskových organizací na terénní práci sociálních pracovníků s ohroženými rodinami, vedou ke změně důvodů přijetí dětí do ústavní péče. Sociální pracovníce intenzivněji spolupracují s ohroženou rodinou, tzv. sanací rodiny (24); pokud rodiny pomoc a podporu přijímají, nejsou děti do zařízení pro výkon ústavních výchovy odebírány, nebo je tomu tak velmi zřídka. Pokud se v dalších sledovaných obdobích objevují děti přijaté ze socioekonomických důvodů (8), tak jen proto, že jakákoliv opakovaná pomoc ze strany státu nebyla rodiči přijata a pro ohrožení hlavně biologických (7) a výchovných (15) potřeb dítěte bylo umístění nevyhnutelné (28). Pokud se zaměříme na tabulku č.1 a graf č.1 (dětské centrum) a tabulku č.2 a graf č.2 (dětský domov) pak lze konstatovat, že sociální důvody nepatří mezi hlavní důvody vedoucí k přijetí dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou. Pokud by tato analýza byla provedena i v jiných kojeneckých ústavech, dětských centrech a dětských domovech pro děti do 3 let, určitě by se výrazněji nelišila.

Zdravotně sociální důvody (38) vedoucí k přijetí dětí do sledovaných zařízení potvrzují komplexnost poskytované péče a jsou určeny převážně dětem, o které se rodiče pro jejich postižení nechtějí nebo nedovedou starat a děti opouští (7). Je velmi obtížné těmto dětem najít náhradní rodinu (4), a tyto děti jsou ve vyšším věku většinou přemístěny do ústavů sociální péče (11).

Poskytovaná péče

Poskytovaná péče v kojeneckých ústavech a dětských domovech byla vždy na vysoké úrovni. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku byly vždy a jsou stále kvalitně personálně obsazeny (37).

Odbornou zdravotní péči zajišťuje v obou zařízeních lékař-pediatr. Jak jsem již uvedla, není neobvyklé setkat se s dětmi, které přichází do zařízení a nejsou vedeny u žádného obvodního pediatra; chybí jim základní očkování. Vyhledání zdravotní dokumentace je pro opakované změny pobytů takřka nemožné. Proto je potřeba v uvedených zařízeních odborného zdravotnického personálu, který dále tvoří

kvalifikované sestry s doplněným psychologickým a pedagogickým vzděláním; součástí týmu je klinický psycholog.

Popisovanou psychickou deprivací dětí, jak uvádí Kříž (14), se zaměstnanci snaží minimalizovat zaváděním výchovných programů (15), které vychází ze základních psychických potřeb dětí (1), v péči o novorozence a kojence se využívá tzv. „rituálů“ (15).

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

Kojenecký ústav (4), nyní dětské centrum (30), zajišťoval dříve péči pouze o děti do jednoho roku, dětský domov (4) pak péči o děti do 3 let věku. Poté děti odcházely do školních dětských domovů (11), v některých případech přes diagnostický ústav. Tento systém je stále prezentován a v současnosti kritizován, i když dávno neplatí a nefunguje.

V posledních několika letech, jak vyplývá z popisu jednotlivých zařízení, se systém péče výrazně mění. Zvýšení a zároveň snížení věkové hranice pro přijímané děti v obou ústavech umožňuje z části přijímání sourozeneckých skupiny dětí, které by pro svůj rozdílný věk musely být rozděleny. Tato změna a rozšíření kvality poskytované péče (15) snižuje procento přemísťovaných dětí z jednoho zařízení do druhého, a tím i částečně předchází psychické deprivaci (14). Pracovníky sociálně právní ochrany dětí jsou tyto služby respektovány a v případě nezbytného odebrání ohroženého dítěte z rodiny dle potřeby využívány.

Vytvořením rodinných buněk v obou zařízeních se starším dítětem nabízí možnost vyrůstat v rodinném prostředí; snížením počtu dětí na jednoho vychovatele se daří navazovat citové vazby (1) a eliminovat vznik či prohloubení psychické deprivace (14). Zaváděním známých i méně známých metodik do péče, vzděláváním ošetřujícího personálu, integrací dětí do běžného prostředí, se dětem otvírají stále nové možnosti.

V oblasti poskytované zdravotní a rehabilitační péče je těmto dětem věnována pod jednou střechou odborná komplexní péče, vycházející z uceleného systému rehabilitace (10). Dá se říci, že v některých případech není dostupná ani dětem z běžného rodinného

prostředí. Využitím nejmodernějších technik (uvedených terapií) a speciálních vyšetřovacích metod se daří děti léčit, v některých případech dětem zachránit život, nebo zmírnit, popřípadě navrátit některou z poškozených funkcí organismu (10).

Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí (28) umožňuje oběma zařízením výrazně spolupracovat s biologickou rodinou; rodiče mohou v zařízení své děti pravidelně navštěvovat (dle vedené dokumentace této služby využívá v DC ročně 5 rodin, v DD mezi 2-5 rodinami). Zároveň mohou rodiče využít sociálně-právního poradenství, které jim nabízí podporu a informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit nebo zmírnit jejich obtížnou situaci.

Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí mimo jiné ukládá povinnost ústavním zařízením a oddělením sociálně-právní ochrany dětí vzájemně spolupracovat. V pravidelných 3 měsíčních intervalech pak společně řeší osudy dětí v ústavní péči tak, aby byly zachovány jejich práva a práva a povinnosti jejich rodičů. Ročně se uskuteční v dětském centru 44 a v dětském domově kolem 56 návštěv sociálních pracovníků oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Výsledky jednání jsou vždy zaznamenány do spisové dokumentace dítěte, včetně podpisu příslušné sociální pracovníce, která návštěvu provedla. Součástí návštěvy jsou i osobní setkání s umístěnými dětmi.

Snaha zaměstnanců dětského centra a dětského domova je obrovská. Rádi by i výrazněji spolupracovali s neziskovými organizacemi. Bohužel v některých případech jejich podpora chybí, přetrvává spíše kritika, mnohdy chybí i podpora soudů a pomoc státu.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřovala na analýzu sociálních a zdravotních důvodů, které vedou k přijetí dětí do Dětského centra Jihlava a Dětského domova Kamenice nad Lipou v letech 1995-2006. Druhým cílem bylo představení činnosti výše uvedených zařízení, včetně poskytované péče.

Na základě sekundární analýzy dat, která vycházela z dostupné sociální a zdravotní dokumentace, jsem zjistila, že nejhlavnějšími důvody, které vedou k umístění dětí do těchto zařízení, jsou důvody zdravotní. V obou uvedených zařízeních se vzhledem ke stále se zvyšující péči o ohrožené rodiny, tzv. sanací rodiny, snižují sociální důvody vedoucí k umístění dětí do ústavní péče; na druhé straně přibývá dětí ohrožených zanedbáním a opuštěním; přibývají děti se zdravotními problémy, setkáváme se s dětmi týranými.

Z popisu zařízení a z dokumentů o poskytované péči uvedených v realizované práci lze říci, že je dětem věnována velká pozornost hlavně po stránce zdravotní, rehabilitační, výchovné a psychologické v souladu s jejich individuálními potřebami. Vzhledem k tomu, že Dětský domov Kamenice nad Lipou poskytuje péči i dětem předškolního věku, je těmto dětem zajištěna prostřednictvím integrace do mateřské školy odborná péče pedagogická, speciálně pedagogická, včetně péče pedagogicko-psychologické a jsou využívány alternativní metody výchovy.

Dětské centrum výrazným způsobem zajišťuje péči o děti s postižením na svém rehabilitačním oddělení, jak v oblasti ústavní, tak ambulantní. V péči o rizikové kojence spolupracuje s náhradními rodiči, kteří převzali do své péče nedonošené děti nebo děti s postižením. Tato poradna tyto služby nabízí i biologickým rodičům.

V sociální oblasti se u obou zařízení dostává do popředí sociálně-právní poradenství biologickým rodičům, kteří mohou podle své potřeby využívat nabízené konzultační hodiny. Velmi dobrá je i spolupráce s oddělením sociálně-právní ochrany dětí a spolupráce s centry pro náhradní rodinnou péči.

Cíle této bakalářské práce byly naplněny. Na jejich základě bylo shledáno, že důvody vedoucí k přijetí dětí do těchto dvou zařízení jsou vážné, ukazují na svou opodstatněnost, proměnlivost a kvalifikovanost a neměly by být zlehčovány.

Poskytovaná péče pak vychází z náročnosti jednotlivých diagnóz a je zřejmé, že jsou vždy využívány individuální přístupy a možnosti, které jsou v medicínské, výchovné a sociální oblasti nejnověji dostupné.

Domnívám se, že závěry a výsledky výzkumu by mohly být jistou předlohou nebo alespoň podnětem k zamyšlení pro nově se připravující koncepci v péči o ohrožené děti. Práce by mohla pomoci i k vyvrácení některých mýtů, kterými je ústavní péči o ohrožené děti v současnosti provázena.

Na úplný závěr bych použila slova prof. Matějčka z díla:
„Psychologické eseje (z konce kariéry)“

„Mít děti otevírá budoucnost – s dětmi se stále na něco těšíme a něčeho se obáváme. V dětech také překonáváme svůj osobní čas - v dětech pokračuje dál do další generace náš osobní vklad a tvořivé dílo naší výchovy. Tím se stáváme součástí mohutného proudu vývoje lidského rodu“.

To je moje osobní vyznání, které dává smysl této práci. Tedy ne tři tečky na konec..., ale otevřená budoucnost jako výzva pro všechny.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. APPELOVÁ, H. Potřeby dítěte. *Sborník přednášek. Tradiční setkání pracovníků KÚ, DC, DD a všech přátel dětí s mezinárodní účastí Pardubice 17.-18.5. 1996*, s.15-16.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X
3. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., PECHANOVÁ, M. *Zdravotně sociální služby v KÚ s DD pro děti do tří let věku*. VÚPSV Praha 2005, 60 s.
4. BUBLEOVÁ, V., DECKÁ, J., HABERLOVÁ, V. *Pěstouni mají právo na služby*. Občanské sdružení Rozum a cit, 2007, 241 s.
5. BUCHLOVSKÁ, A. *Úvod do problematiky týraných a zneužívaných dětí*. Sociální práce. Brno: 1998, vydáno s podporou programu SWIF – PHARE, s.25.
6. ČERNOUŠEK, Š. *Každé dítě potřebuje mít někoho blízkého*. [online] [citováno 2008-03-11] Dostupné z: www.rodinavezline.cz/clanek.php?id.=56&nazev=Ka%9E
7. DUNOVSKÝ, J., et. al. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999, 279 s. ISBN 80-7169-254-9
8. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbané dítě*. 1. vyd., Praha : Grada, 1995, 245 s. ISBN 80-7169-192-5
9. DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989, 252 s. 34-35
10. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd., JU ZSF České Budějovice, 2005, 103 s. ISBN 80-7040-826-X
11. KLUSOVÁ, M. *Institucionální péče o ohrožené děti*. Zásahy veřejné moci do rodičovských práv a jejich dopad na rodinný život. Dostupné z: www.poradna-prava.cz, str.46-47.
12. KOVAŘÍK, J. *Náhradní rodinná péče v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s.14-15, ISBN 80-7178-957-7
13. KREJČOVÁ, H. *Prožít několik životů*. Agentura eF, České Budějovice, 2000, 60 s.

14. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2.vyd. JU ZSF, České Budějovice 2004, 128 s. ISBN 80-7040-724-7
15. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000, 431 s. ISBN 80-7178-381-1
16. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace*. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1974, str.15.
17. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíce potřebují*. 4.vyd. Praha: Portál, 2007, 108 s. ISBN 97-880-7367-272-0
18. MATĚJČEK, Z. *Náhradní rodinná péče*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 183 s. ISBN 80-7178-304-08
19. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994, s. 9. ISBN 80-85282-83-6
20. MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989, 336 s.
21. MATĚJČEK, Z., KOLUCHOVÁ, J., BUBLEOVÁ, V. *Osvojení a pěstounská péče*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002, 152 s. ISBN 80-7178-637-3
22. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2
23. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003, 161 s., ISBN 80-86429-19-9
24. MORAVCOVÁ, E. *Práva dětí v Evropské Unii. Práva dětí a jejich ochrana v české republice*. [online] [citováno 2007-12-07] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4356>
25. MOTEJL, O., ČERNÁ, I., PANOVSÁ, K. *Rodina a dítě*. Sborník stanovisek veřejného ochránce práv. Kancelář veřejného ochránce práv, 2007, s. 67.
26. MULLEROVÁ, L. *Reflexe významu rodiny pro stát a společnost*. [online] [citováno 2007-11-24] Dostupné z: <http://www.profam.cz/index.html?a=6&id.=628>.
27. Nadace naše dítě. *Dejme týrání dětí červenou kartu*. [online] [citováno 2007-11-10] Dostupné z: <http://nasedite.cz/webmagazineúkategorie.asp.?idk.=378>.
28. NOVOTNÁ, V., BURDOVÁ, E. *Zákon o sociálně právní ochraně dětí*. 3.vyd. Praha: Linde, 2007, 471 s. ISBN 978-80-86131-72-6
29. POTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G ,1999, 186 s.

30. SCHNEIBERG, F. *Systém péče o děti mimo rodinu*. [online] [citováno 2008-01-27]
Dostupné z: <http://www.cabrnoc.cz/index.php/anonce-situace-deti-v-cr-a-eu>.
31. SOBOTKOVÁ, I. *Proč je u nás tolik dětí v ústavech?* Psychologie dnes.
[online] [2005-04-13] Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek4388.htm>.
32. ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha : Linde, 2003,
156 s. ISBN 80-86131-44-0
33. SVOBODOVÁ, A. *Proč sanace rodiny*. Metodika poskytování sociálních služeb
rodinám, které mají děti umístěné v ústavní výchově, nebo jimž umístění do
ústavní výchovy hrozí zařízením sociálních služeb prostřednictvím komplexu
sociálních služeb a jiných aktivit . [online][citováno 2008-03-25]
Dostupné z: <http://www.diskriminace.cz/dp.-bydlení/metodika.phtml>.
34. ŠULCOVÁ, L.. *Poruchy rodičovství či rodiny, jako základní příčina náhradní
rodinné péče*. Náhradní rodinná péče a její úskalí.[online][citováno 2007-11-24]
Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1211&tmplid=45>
35. *Úmluva o právech dítěte v letech 1993-1994*. 1.vyd. Praha: MPSV, 1996, s.30.
36. VÁGNEROVÁ , M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál,
2008, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-438.
37. Věstník MZ č.9/2005. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost
kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku*.
38. VODIČKOVÁ, M. *O týrání*. [online] [citováno 2008-03-08]
Dostupné z: http://www.fod./stranky/tyrani/o_tyran.htm
39. *Zákon o rodině, zákon o sociálně právní ochraně dětí*. Praha: C.H.Beck, 2007,
219 s. ISBN 978-80-7179-027

8. Klíčová slova

Rodina

Ohrožené dítě

Náhradní výchovná péče

Dětské centrum

Dětský domov

9. Přílohy

Příloha č. 1 : Fotografie č. 1 - Dětské centrum Jihlava

Příloha č. 2 : Fotografie č. 2 - Dětské centrum: zahradní altán

Příloha č. 3 : Fotografie č. 3 - Dětské centrum: rehabilitační oddělení

Příloha č. 4 : Fotografie č. 4 - Dětské centrum: relaxační vana

Příloha č. 5 : Fotografie č. 5 - Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi

Příloha č. 6 : Fotografie č. 6 - Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi

Příloha č. 7 : Fotografie č. 7 - Dětské centrum: rodinná buňka, herna batolata

Příloha č. 8 : Fotografie č. 8 - Dětské centrum: rodinná buňka, kuchyňský kout

Příloha č. 9 : Fotografie č. 9 - Dětské centrum: rodinná buňka, koupelna

Příloha č.10 : Fotografie č. 10 - Dětské centrum: rodinná buňka, ložnice

Příloha č.11 : Fotografie č.11 - Dětský domov Kamenice nad Lipou

Příloha č.12 : Fotografie č.12 - Dětský domov: zahrada

Příloha č.13.: Fotografie č.13 - Dětský domov: rodinná buňka, kuchyňský kout

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

Příloha č.15 : Fotografie č.15 - Dětský domov: rodinná buňka, ložnice

Příloha č.16 : Fotografie č.16 - Dětský domov: rodinná buňka, ložnice

Příloha č.17 : Fotografie č.17 - Dětský domov: rodinná buňka, učebna

Příloha č.18 : Fotografie č.18 - Dětský domov: rodinná buňka, koupelna

Příloha č.1



Fotografie č.1 – Dětské centrum Jihlava

Příloha č.2



Fotografie č.2 – Dětské centrum: zahradní altán

Příloha č.3



Fotografie č.3 – Dětské centrum: rehabilitační oddělení

Příloha č.4



Fotografie č.4 – Dětské centrum: relaxační vana

Příloha č.5



Fotografie č.5 – Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi

Příloha č.6



Fotografie č.6 – Dětské centrum: pokoj pro matky s dětmi

Příloha č.7



Fotografie č.7– Dětské centrum: rodinná buňka, herna batolata

Příloha č.8



Fotografie č.8– Dětské centrum: rodinná buňka, kuchyňský kout

Příloha č.9



Fotografie č.9– Dětské centrum: rodinná buňka, koupelna

Příloha č.10



Fotografie č.10– Dětské centrum: rodinná buňka, ložnice

Příloha č.11



Fotografie č.11– Dětský domov Kamenice nad Lipou

Příloha č.12



Fotografie č.12– Dětský domov: zahrada

Příloha č.13



Fotografie č.13– Dětský domov: rodinná buňka, kuchyňský kout s jídelnou

Příloha č.14



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

Příloha č.15



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

Příloha č.16



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

Příloha č.17



Fotografie č.17– Dětský domov: rodinná buňka, učebna

Příloha č.18



Fotografie č.18– Dětský domov: rodinná buňka, koupelna