



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Vladimíra Dostálová

**Problematika rušení dětských domovů pro
děti do 3 let věku**

*Closing down the Children's Foster Care Institutions
for children under 3 years of age*

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: Vladimíra Dostálová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství

Datum a rok obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 4. 2013

Vladimíra Dostálová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Janečkové PhD. za odborné a cenné rady a za pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	7
1 VÝVOJ NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE	8
1.1 HISTORIE OSVOJENÍ.....	8
1.2 HISTORIE PĚSTOUNSKÉ PÉČE	10
1.2.1 <i>Instituce kojných</i>	10
1.2.2 <i>Pěstounská péče o děti z nalezince na našem území</i>	11
1.2.3 <i>Období první republiky</i>	12
2 SYSTÉM NÁHRADNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	14
2.1 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE	14
2.1.1 <i>Osvojení</i>	14
2.1.2 <i>Pěstounská péče</i>	15
2.2 NÁHRADNÍ VÝCHOVNÁ PÉČE	16
3 VÝVOJOVÉ FÁZE DÍTĚTE	18
3.1 PRENATÁLNÍ VÝVOJ	20
3.2 OBDOBÍ RANÉHO VÝVOJE	20
3.2.1 <i>Období novorozenecké</i>	21
3.2.2 <i>Kojenecké období</i>	21
3.2.3 <i>Batolecí období</i>	23
4 VÝZNAM NÁHRADNÍ PÉČE A JEJÍ VLIV NA VÝVOJ DÍTĚTE	26
4.1 VÝZNAM NÁHRADNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE.....	26
4.2 VLIV NÁHRADNÍ VÝCHOVNÉ PÉČE NA VÝVOJ DÍTĚTE	30
4.2.1 <i>Somatický vývoj</i>	30
4.2.2 <i>Intelektový a motorický vývoj</i>	31
4.2.3 <i>Vývoj řečových schopností</i>	31
4.2.4 <i>Socioemoční vývoj</i>	32
4.2.5 <i>Psychické poruchy u dětí v náhradní výchovné péči</i>	33
4.3 VÝZNAM NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE	33
4.3.1 <i>Pěstounská péče na přechodnou dobu</i>	34
4.3.2 <i>Pozitivita a kontraindikace PPPD</i>	37
4.4 SROVNÁNÍ VLIVU ÚSTAVNÍ VÝCHOVY A PPPD NA VÝVOJ DÍTĚTE	38
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	39
5.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39

5.2	METODY VÝZKUMU.....	40
5.3	KVALITATIVNÍ ROZHOVORY A JEJICH ANALÝZA	40
	5.3.1 <i>Analýza jednotlivých otázek</i>	42
5.4	ZÁVĚR KVALITATIVNÍ ČÁSTI	49
5.5	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A JEHO ANALÝZA.....	50
	5.5.1 <i>Analýza otázek dotazníku</i>	52
	5.5.1.1 Identifikační údaje respondentek.....	53
	5.5.1.2 Názor respondentek na klasickou formu pěstounské péče.....	54
	5.5.1.3 Názor zdravotních sester na problematiku PPPD	56
	5.5.1.4 Věk, sociální situace, zdravotní stav dítěte a předpokládaná délka pobytu dítěte v PPPD jako determinanty umístění dítěte do PPPD	59
	5.5.1.5 Příprava žadatelů o PPPD.....	67
	5.5.1.6 Pozitivita a negativita rušení DD pro děti do 3 let.....	67
6	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	69
7	DISKUZE.....	72
	ZÁVĚR.....	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
	PŘÍLOHY.....	79

Úvod

Nejideálnějším a nejpřirozenějším prostředím, ve kterém by dítě mělo vyrůstat, je jeho biologická rodina. V první řadě se jedná o matku a otce. Bohužel ne všichni rodiče se mohou nebo jsou schopni se o své potomky starat. Důvody, proč tomu tak je, jsou různé.

V současné době je problematika rušení dětských domovů pro děti do 3 let věku velmi diskutovaným tématem. Od začátku roku 2014 by již žádné dítě mladší tří let nemělo být umístěno do ústavní výchovy. Tyto děti, tedy děti, o které se jejich biologická rodina nemůže z jakéhokoliv důvodu starat, by měly být umisťovány do pěstounské péče na přechodnou dobu. Jedná se o profesionální podobu pěstounství a tudíž by tito lidé měli za svou práci pobírat od státu plat.

Samozřejmě, že novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí má svá úskalí a ne všichni odborníci z řad psychologů, sociálních pediatrů, ředitelů dětských domovů pro děti do 3 let a dalších zúčastněných lidí se s touto novelizací ztotožňují. Respektive jejich názory na přijatou novelu se různí. Jedná se především o problematiku psychického vývoje dítěte, připravenosti budoucích profesionálních pěstounů a v neposlední řadě je velmi diskutovanou otázkou, zda vůbec bude dostatek profesionálních pěstounů.

Rušení dětských domovů pro děti do 3 let jsem jako téma své bakalářské práce zvolila z toho důvodu, že já sama jsem pěstovankou a mnohokrát jsem si položila otázku, zda se stát či nestát profesionálním pěstounem.

Má práce si klade za úkol vytvořit komplexní přehled rozdílných názorů z řad odborníků na rušení dětských domovů pro děti do tří let věku a porovnat tento názor s názory dětských zdravotních sester pracujících v ústavních zařízeních. Pro vytvoření přehledu jsem jako výzkumnou metodu zvolila polostandardizovaný rozhovor s odborníky na danou problematiku, pro zjištění názoru zdravotních sester jsem zvolila jako výzkumnou metodu dotazníkové šetření. Pohled do vývoje náhradní rodinné péče a objasnění systému náhradní rodinné péče v České republice je rovněž součástí mé bakalářské práce.

1 Vývoj náhradní rodinné péče

Zodpovědnost společnosti postarat se o opuštěné děti má své kořeny v dávné minulosti. Pro pochopení historického vývoje náhradní rodinné péče (dále jen NRP) je potřeba zohlednit rozdíl mezi různými formami NRP a to především osvojením a pěstounskou péčí.

„...péče o děti opuštěné jest jedním z nejstarších odvětví dobročinnosti. Čím zjevnější byla opuštěnost, tím dříve obracena k ní pozornost - a proto nejdříve bylo postaráno o sirotky, kteří láskyplné rodiče své ztratili, a o ty děti ještě nejšťastnější, které jich nikdy nenalezli... Jedni říkají jim plody lásky a jiné plody hříchu - ale ony samy trpí bez hříchu a rostou bez lásky.“ Napsala M. Červinková-Riegrová, 1894 (MATĚJČEK et.al., 1999).

1.1 Historie osvojení

Osvojení jako právní pojem byl stanoven Římany již před 2200 lety. V zákoně se pravilo, „adoptio naturam imitatur“, což v překladu znamená „přijetí napodobuje přírodu“ a čímž byl vyjádřen vztah mezi osvojencem a jeho osvojitelem, který měl být podobný vztahu mezi vlastním dítětem a jeho rodiči (MATĚJČEK et.al.,1999). P. Vodák ve své knize Problémy osvojení dětí z roku 1967 rozdělil vývoj osvojení do pěti fází:

První fáze spadá do dob starého Říma. Jelikož v této době bylo považováno za velmi důležité zachovat pokračování rodu, bylo cílem osvojitele získat dědice. Z toho důvodu adopce sloužila výhradně osvojiteli. Kromě dítěte bylo možné adoptovat i dospělého. I přes to, že Římané uplatňovali několik druhů adopcí, vždy se upřednostňoval zájem osvojitele nad zájmem osvojence. Matějček et. al. (1999) poukazuje na to, že adopce probíhala zejména ve vyšších společenských kruzích.

Druhá fáze zabírá téměř celý středověk a novověk až do konce 18. století. Oproti tomu, jaký význam měla adopce v období Říma, nebyla v tomto období považována za důležitou. Jestliže přeci jen k osvojení došlo, opět se uplatňoval

převážně zájem osvojitele. Na psychický vývoj dítě a jeho specifické potřeby nebyl brán zřetel. Dítě bylo, až do novověku, považováno za zmenšeného dospělého. Stejně tak, jako v době Říma, se osvojiteli stávala převážně šlechta z důvodu zajištění kontinuity rodu. Podle Matějčka (1999) si osvojoval děti i obyčejný lid a to převážně ze zjištěných důvodů. Tyto děti se pro ně stávaly lacinou pracovní silou. V této době rovněž zaujímaly významnou úlohu nalezince, které byly tzv. zásobárnou dětí pro adopci. Tyto děti byly rovněž levnou pracovní silou a měly nejnižší společenské postavení. V mnoha případech se stávaly členy žebráckých a zločineckých skupin.

Třetí fázi představuje doba osvícenství, tedy 18. století a století následující. Jak uvádí Matějček et. al. (1999) s ohledem na nastupující racionalismus ve filozofii, ekonomice a sociální politice, se nalezince staly v té době obecnou potřebou. V Praze byl první nalezinec založen v roce 1789. Nalezince byly přeplněné dětmi, které byly volné pro adopci, ale oproti dnešnímu stavu, bylo zájemců a uchazečů o ně velmi málo. Vznikaly také nové sirotčince, které představovaly pokročilejší formu ústavní péče o dítě, než byly nalezince. Velký důraz se kladl na výchovu dítěte. Jednalo se o výchovu řádnou, zdravou, přírodní, pracovní, společnosti k užitku. Zvláštní formou adopce byla tzv. adopce z politických důvodů. Příkladem je „státní“ adopce dětí padlých důstojníků a vojáků, kterou nařídil Napoleon Bonaparte po bitvě u Slavkova. I přes to se ve velké míře osvojením řešil osud nemanželského dítěte tak, aby mohlo získat společenské postavení dítěte vlastního a právo na dědictví.

Čtvrtou fází vývoje osvojení je období první republiky, kdy se otázka sirotků po válce stala pro státy vážným finančním i morálním břemenem. V této době již dítě nebylo považováno za zmenšeného dospělého člověka a začal se brát zřetel na jeho zdárný osobnostní vývoj. Z tohoto důvodu se kladl velký důraz na lásku, individuální péči a vyrovnané vztahy v rodině. Postavení osvojeného dítěte bylo dáno příslušnými zákonnými ustanoveními (v ČSR v roce 1926).

V posledním, *pátém období* se do popředí dostává opět otázka válečných sirotků po druhé světové válce. Vzhledem k tomu, že po válce zůstalo hodně dětí bez rodin a stejně tak hodně rodin bez dětí, výrazně stoupla poptávka po dětech

vhodných k adopci. Postavení dítěte se zcela změnilo a lékařská věda zahájila boj proti nepříznivým sociálním a psychologickým vlivům, které by mohly ohrozit vývoj dítěte. Díky novým psychologickým poznatkům se začal přikládat velký význam duševnímu vývoji dítěte. Dobré rodinné prostředí mělo tento vývoj zajistit. I přes všechny tyto poznatky byla v naší republice v padesátých letech minulého století preferována výchova kolektivní a potlačována výchova rodinná. Byla vybudována celá soustava ústavů od kojeneckých ústavů až po školní dětské domovy pro děti bez rodin.

1.2 Historie pěstounské péče

Stejně tak, jako osvojení prošlo historickým vývojem až po současný stav, měl i vývoj pěstounské péče vliv na její formování tak, jak ji v současné době upravuje právní řád.

1.2.1 Instituce kojných

Jestliže se dá z historických pramenů soudit, že adopce měla své kořeny v praktice odkládání přespočetných a nežádoucích dětí, za předchůdce placené pěstounské péče by se mohla považovat instituce kojných. Již ve starověku v městských státech řeckých a i v Římě bylo možno využít placených kojných, stejně tak i chův, opatrovnic a pěstounek. V Římě se kojné shromažďovaly pod sloupem zvaným Columna Lactaria a nabízely své služby manželkám patriciů. V této době bylo samozřejmostí, že kojné a chůvy patřily mezi služebnictvo panovnických dvorů, šlechtických sídel a domácností bohatých měšťanů. Rovněž se stávalo, že v některých zemích, např. ve Francii, městská rodina posílala své dítě na dva roky na venkov k najaté kojné a poté se dítě opět vrátilo zpět do své biologické rodiny. Vývoj instituce kojných zaznamenal změnu až na konci 18. století, kdy se začaly hromadně zřizovat nalezince. Ovšem instituce placených kojných a chův zůstávaly nadále. V této době se jim dostalo úředního názvu „pěstounů“ a stát se začal angažovat svými úředními orgány. Dítě z nalezince, stejně jako dříve z rodiny bylo po narození posíláno ke kojné na venkov, kde

zůstávalo až do šesti let věku. Poměry kojných byly ekonomicky a hygienicky velmi ubohé (MATĚJČEK et.al., 1999).

1.2.2 Pěstounská péče o děti z nalezince na našem území

Zdravotní péče a hygienické podmínky v nalezincích byly značně žalostné, což mělo za následek poměrně vysokou úmrtnost. Pouze 15 % nalezenců se dožívalo deseti let.

Matky, jež pocházely z velmi chudých poměrů a o své potomky se po porodu nemohly starat, odcházely rodit do zemské porodnice, která byla institucí veřejnou a místně a administrativně byla spojena s nalezincem. Pokud bylo dítě po porodu zdravé, mohlo být s matkou v nalezinci osm dní. Poté bylo předáno pěstounce, která zastávala i roli kojné. Vzhledem ke špatným hygienickým podmínkám a nedokonalé zdravotní péči bylo nutností, aby se dítě dostalo z nalezince co nejdříve do osvojení nebo do placené pěstounské péče. Ta se od poloviny 19. století stávala běžnou praxí (MATĚJČEK et.al., 1999).

Od budoucí pěstounky se očekávalo, že bude zdravá, majetná a mravně zachovalá, což měla prokazovat vysvědčením. Každá pěstounka se musela podrobit lékařské prohlídce. Důležité bylo, aby pěstounka byla zdravá a mohla přijatému dítěti poskytnout dostatek mateřského mléka. Opak byl ale často pravdou, jak praví V. Franc (1884) „*bývá to žena nezřídka chudá, téměř sama hladem strápená, matka vlastních 4-6 dětí, která za skrovnou odměnu ústavem jí nabízenou v ošetřování děcka se uváže.*“ Jak již bylo řečeno, pěstounka dostávala od zemského fondu plat. Tento plat byl, zcela nelogicky, vzhledem k věku dítěte sestupný, ale nikoliv jak je domu dnes, vzestupný. Farář obce, ve které pěstounka žila, měl za povinnost každý měsíc potvrdit, že dítě žije a teprve poté si pěstounka mohla vyzvednout svoji peněžní odměnu (MATĚJČEK et.al., 1999).

Dovršením šestého roku, dosahovalo dítě tzv. normálního věku a muselo být vráceno ústavu. Pěstouni měli možnost se o dítě nadále starat, ale již se jednalo o péči, která nebyla placená. Pěstounka předávala dítě v přijímací kanceláři ústavu, ze kterého jí dítě bylo svěřeno. V Mějčkově knize (1999) je uvedena dobová citace: „*Následuje bolestná, srdce rozrývající scéna: loučení dítěte s pěstounkou. I takové dítě, s nímž nebylo právě nejcitelněji zacházeno,*

přilnulo k pěstounce s nejpřímnější láskou něžné duše své, a v obavě, co s ním dále se poděje, bolestně od ní se odlučuje.....“ Často se tedy stávalo, že si pěstouni dítě ponechali a pečovali o ně až do jeho dospělosti. Matějček et. al. (1999) dokonce uvádí, že by se tato situace dala přirovnat situaci, která nastala v padesátých letech minulého století, kdy byla hromadně rušena pěstounská péče.

Na podkladě zemského chudinského zákona z roku 1868 začaly být na našem území zřizovány první sirotčince, které v té době byly pokrokovým zařízením (MATĚJČEK et.al., 1999).

1.2.3 Období první republiky

Po roce 1918 postupně docházelo k rozvoji péče o děti. V roce 1931 bylo v naší republice 24 okresních sirotčinců, jež spadaly pod správu okresů, naproti tomu stát spravoval 60 dětských domovů určených k dočasnému pobytu opuštěných či ohrožených dětí. Funkcí byly podobné diagnostickým dětským domovům. Byly určeny pro zhruba 20 dětí, čímž byl zachován určitý rodinný ráz. Po krátkém pobytu a vyřízení všech soudních formalit se děti vracely buď do svých původních rodin, nebo se pro ně vyhledávali adoptivní nebo pěstounské rodiny. Jestliže se dítě nepodařilo umístit zpět do původní rodiny nebo do rodiny náhradní, přecházely do ústavů pro starší děti (MATĚJČEK et.al., 1999).

Pěstounská péče se dělila na čtyři typy:

1. *Pěstounská péče nalezenecká*, která navazovala na pobyt dítěte v nalezinci nebo v sirotčinci. Dítě bylo svěřováno do pěstounské péče nejčastěji oběma manželům, a to do určitého věku dítěte. V pražském nalezinci to bylo původně do deseti let, později do šestnácti let. Poté se dítě opět vracelo do ústavu. Výběr pěstounů a dohled nad nimi zajišťoval ústav na základě ústavního poručení (MATĚJČEK et.al., 1999).
2. *Pěstounská péče řízená a kontrolovaná Okresními péčemi o mládež*. V roce 1921 byl vydán zákon o ochraně dětí v cizí péči a dětí nemanželských. Na jeho základě sociální pracovníci Okresních péčí o mládež vyhledávali spolehlivé pěstouny, kteří byli mravně bezúhonní,

v dobrém zdravotním i psychickém stavu, s trvalým zaměstnáním, stálým bydlištěm a schopností zajistit dítěti řádnou výchovu (MATĚJČEK et.al., 1999).

3. *Pěstounská péče v tzv. koloniích.* Rodinné kolonie byly zakládány v určité obci, v několika sousedních obcích, v okrese, kde sociální pracovníci vyhledali 1520 vhodných rodin a svěřili jim děti do pěstounské péče. Vzhledem k tomu, že rodiny byly v blízkém sousedství, bylo snazší je kontrolovat a pomáhat jim v případě potřeby s výchovou svěřených dětí. Tato idea vznikla na Moravě a postupně se rozšířila i do Čech (MATĚJČEK et.al., 1999).
4. *Pěstounská péče na základě soukromé dohody mezi rodiči dítěte a pěstouny,* bez soudního jednání. Tento typ péče procházel změnami až do té podoby, že docházelo ke svěřování dětí prarodičům nebo jiným příbuzným. Jednalo se o jediný typ péče, který přetrval z doby první republiky až do sedmdesátých let dvacátého století (MATĚJČEK et.al., 1999).

K významným změnám v systému pěstounské péče došlo po druhé světové válce, zejména po roce 1948. Byl zrušen propracovaný systém péče o ohrožené děti a rovněž byla ukončena činnost všech dobročinných sdružení. V roce 1950 byla zrušena pěstounská péče ve všech formách, kromě formy příbuzenské (MATĚJČEK et.al., 1999). V zákoně č. 69/1952 Sb. o sociálně právní ochraně mládeže §9 je uvedeno: „*Je-li třeba dítě svěřit do péče nahrazující péči rodičů, bude umístěno zásadně do péče kolektivní; jinak lze dítě umístit jen v rodině, která skýtá záruku, že dítě bude vychováno k lásce k lidově demokratickému státu, a která je schopna mu poskytnout prostředí příznivé pro všech stránkách pro jeho rozvoj, a to zpravidla u toho, kdo dítě osvojí.*“

Pěstounská péče byla opět obnovena až po 23 letech, kdy byl přijat zákon č. 50/1973 Sb., o pěstounské péči, kterým byl institut pěstounské péče obnoven. Obsahem tohoto zákona byla úprava pěstounské péče včetně nároku na hmotné zabezpečení dítěte i pečující osoby, nadále však platila přednost ústavní výchovy (VRÁNOVÁ, 2011).

2 Systém náhradní péče v České republice

Jak bylo uvedeno v úvodní kapitole, vývoj náhradní rodinné péče má své kořeny v dávné historii. Od této historie se odvíjel vznik systému NRP tak, jak je znám v současné době. Pro téma mé práce má zásadní význam systém pěstounské péče v naší republice a postavení kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku, nicméně se domnívám, že i objasnění systému adopce by v mé práci mělo mít své místo.

Matějček et.al. (1999) uvádí dva základní termíny, které s náhradní péčí souvisí. Jsou to náhradní výchovná péče a náhradní rodinná péče.

2.1 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče (NRP) je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. Jedná se tedy o pěstounskou péči a osvojení.

2.1.1 Osvojení

Hlavním posláním osvojení neboli adopcí je nahradit nezletilému dítěti chybějící stabilní rodinné zázemí. Osvojitelé by měli při péči o osvojence dbát na jeho výchovu a pečovat o něj s láskou. Osvojení je právně zakotveno v zákoně č. 94/1963 Sb. o rodině (MATĚJČEK et.al., 2002).

Jelikož při osvojení přijímají osvojitelé za vlastní opuštěné dítě, mají k němu stejná práva a povinnosti, jako by byli jeho vlastními rodiči. Vzniká mezi nimi příbuzenský poměr. Z tohoto důvodu vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou osvojením zanikají. Osvojit je možné pouze dítě nezletilé, je-li mu osvojení ku prospěchu. Mezi osvojencem a osvojitelem musí být přiměřený věkový rozdíl. Osvojení je považováno za nejdokonalejší formu NRP (MATĚJČEK et.al., 2002).

Děti vhodné pro osvojení jsou děti, u kterých se předpokládá méně problémový zdravotní stav a psychosociální vývoj a které lze předat do NRP pokud možno v raném věku, pokud byl vyřešen právní vztah s původní rodinou (MATĚJČEK et.al., 2002).

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, §63 - §77, rozlišuje dva druhy osvojení a to osvojení zrušitelné a nezrušitelné. V praxi se můžeme setkat i s mezinárodním osvojením, které je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, která v České republice vstoupila v platnost v roce 2000.

1. „*Zrušitelné*“ osvojení, osvojení 1. stupně, kdy práva a povinnosti přecházejí na osvojitele, ale v rodném listu dítěte zůstávají uvedení původní rodiče. Tento typ osvojení lze zrušit a využívá se ho v případě osvojení dítěte mladšího jednoho roku. Nezrušitelně lze osvojit pouze dítě starší jednoho roku.
2. „*Nezrušitelné*“ osvojení, osvojení 2. stupně, je v praxi častěji využíváno a od zrušitelného osvojení se odlišuje tím, že osvojitelé jsou zapsáni v rodném listu dítěte namísto původních rodičů. O tomto osvojení rozhoduje soud a již nelze zrušit.
3. *Mezinárodní osvojení*, osvojení dítěte do ciziny a z ciziny, v případě, že se pro dítě nepodaří najít vhodnou rodinu v zemi původu.

2.1.2 Pěstounská péče

Pěstounská péče je upravena v §45a až §45d zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, a v novele zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, jež vstoupila v platnost 1. 1. 2013.

Pěstounská péče je státem garantovaná a kontrolovaná forma NRP. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě nebo do společné pěstounské péče manželů a to na základě soudního rozhodnutí. Jediným rozhodujícím faktorem z hlediska právního je tu zájem dítěte. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti pouze ve věcech běžných. K výkonu mimořádných záležitostí (např. vyřízení cestovního dokladu) musí mít souhlas zákonného

zástupce dítěte, což v mnoha případech bývá velkým problémem. Z tohoto vyplývá, že pěstoun není zákonným zástupcem dítěte. Podle zákona č. 64/1963 o rodině má pěstoun povinnost o dítě osobně pečovat a má přiměřená práva a povinnosti jako rodič. Pěstounská péče zaniká dosažením zletilosti dítěte. Z velmi závažných důvodů může být zrušena rozhodnutím soudu. O zrušení může soud požádat i sám pěstoun (MATĚJČEK et.al., 2002).

Děti vhodné pro pěstounskou péči jsou z velké části opuštěné děti, které vyžadují jak trvalou individuální péči, tak i dlouhodobou výchovu v náhradní rodině. Jedná se většinou o děti s různými zdravotními či psychomotorickými obtížemi, starší děti, sourozenecké skupiny a děti jiného etnika. Patří sem i takové děti, u kterých brání osvojení překážky právní, především nesouhlas rodičů (MATĚJČEK et.al., 2002).

V praxi se uplatňují dva typy pěstounské péče:

1. *Individuální pěstounská péče*, která probíhá v běžném rodinném prostředí, tj. s pěstounem nebo pěstounkou, kteří mají své vlastní děti nebo již děti vychovali. Jde o péči dlouhodobou, nepředpokládá se tedy, že by se rodiče v dohledné době mohli o své dítě starat (MATĚJČEK et. al., 2002).
2. *Pěstounská péče na přechodnou dobu* je podskupinou pěstounské péče, která byla začleněna do zákona o rodině v souvislosti s novelou zákona 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, která vstoupila v platnost 1. 6. 2006. Jedná se o individuální formu pěstounské péče, která by měla být poskytována nezletilým dětem pouze po nezbytně nutnou a relativně krátkou dobu (www.pestouni.cz).

2.2 Náhradní výchovná péče

Náhradní výchovná péče je forma péče o děti, které z nejrůznějších důvodů nemohou vyrůstat ve své původní rodině, pěstounské rodině nebo nebyly adoptovány. Tyto děti vyrůstají v ústavních zařízeních, kde v mnohých případech zůstávají až do své dospělosti. Tuto formu péče upravuje §46 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině.

Ústavní výchovu nařizuje soud v případě, že je vážně ohrožena výchova dítěte a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo pokud z jiných závažných důvodů nemohou rodiče své dítě vychovávat. Dále jsou do péče ústavu zařazovány ty děti, u kterých se nepodařilo zajistit náhradní rodinnou péči nebo rodinnou péči v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jež mají před ústavní výchovou přednost (www.nahradnirodina.cz).

V rámci ústavní výchovy není dítě svěřováno do péče jedné konkrétní osoby, ale je svěřováno do péče kolektivního výchovného zařízení. V současné době je tendencí, aby dětské domovy byly rodinného typu. Tím by se co nejvíce přiblížily rodinnému prostředí.

V §124 odstavce 2, zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který vstoupil v platnost 1. 4. 2012, je uvedeno: „*Kojenecké ústavy provozované ke dni nabytí tohoto zákona podle dosavadních právních předpisů se považují za dětské domovy pro děti do 3 let věku podle tohoto zákona.*“ Z tohoto důvodu budu nadále psát pouze o dětských domovech pro děti do 3 let (dále jen DD pro děti do 3 let). Taktéž se budu zmiňovat o dětských centrech, neboť velká většina bývalých kojeneckých ústavů a i dětských domovů se v průběhu několika posledních let přejmenovala na dětská centra. Jejich poslání a zaměření je naprosto totožné s dětskými domovy.

V naší republice spravují tato kolektivní zařízení dva resorty, a to Ministerstvo zdravotnictví, pod které spadají dětské domovy pro děti do 3 let věku a Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy pod které spadají dětské domovy, dětské domovy se školou, diagnostické ústavy a výchovné ústavy.

Dalším zařízením, které by se mohlo nazvat zařízením ústavního typu, jsou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kterými jsou Klokánky, dětská centra a další. Tato zařízení nespádají pod žádný resort a nevztahuje se na ně zákon o výkonu ústavní výchovy. Oproti klasické ústavní výchově nabízejí dětem přechodnou péči rodinného typu (www.nahradnirodina.cz).

3 Vývojové fáze dítěte

Pro správný vývoj dítěte je velmi důležité, aby mělo možnost vyrůstat ve stabilním, přátelském, citově příznivém a vřelém prostředí. Velmi významná je rovněž role obou rodičů. Během vývojových fází dítěte, které jsou děleny podle věku, dochází ke změnám v oblastech psychického vývoje, psychomotoriky, emocionality, motivace, řeči, kognitivních funkcí, sociálních vztahů a interakcí.

Vágnerová (1997) zmiňuje dědičnost jako jeden z faktorů, který se projevuje zráním a rovněž ovlivňuje vývoj dítěte. Dále uvádí, že dědičné předpoklady a vliv prostředí by měly být v normě pro úspěšný vývoj jedince a stejně tak zráním i učení by mělo být ve vzájemném souladu i časové shodě. Během vývoje dítěte by mělo docházet k rozvíjení výše uvedených oblastí rovnoměrně a každá jednotlivá fáze by měla navazovat na fázi následující.

Uspokojování základních psychických potřeb, jejich charakter a způsob uspokojování, je ovlivněno psychickým vývojem. V případě, že jakákoliv psychická potřeba není dostatečně uspokojována jak ve své míře, tak po dostatečně dlouhou dobu, dochází v této oblasti ke změnám. Příkladem je citově strádající dítě, u kterého můžeme pozorovat hromadění hraček, chorobné přejídání. V případě, že jsou vývojové potřeby uspokojovány běžným způsobem, v dostatečné míře a v obvyklém časovém intervalu je předpoklad, že se z dítěte vyvine standardní osobnost (VÁGNEROVÁ, 1997). Jak uvádí Matějček (1994a), docent J. Langmeier formoval čtyři základní psychické potřeby, které pokud nejsou naplněny, jsou znakem psychické deprivace, která se později může projevovat neschopností jedince přizpůsobit se, a to atypickým až asociálním chováním. Matějček později přidal potřebu pátou.

Jsou to:

1. Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů.

Dostatečné podněty umožňují organismu naladit se na požadovanou úroveň aktivity, což znamená, že se dítě nebude nudit a zároveň nebude přetěžováno soustavnými podněty.

2. *Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.*

Dosažením této potřeby je umožněno, aby se z podnětů, které k dítěti přicházejí, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie.

3. *Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů.*

Uspokojení těchto potřeb přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro jeho žádoucí vnitřní uspořádání.

4. *Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty.*

Právě uspokojení této potřeby je podkladem pro zdravé vědomí vlastního já. Toto vědomí umožňuje jedinci osvojit si během dalšího vývoje užitečné společenské role a stanovit si hodnotné cíle pro svá snažení.

5. *Potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy.*

Uspokojení této potřeby dává životu jedince časové rozpětí, což znamená rozpětí mezi otevřeností a uzavřeností osudu, mezi nadějí a beznadějí, mezi životním rozletem a zoufalstvím.

Jak bylo řečeno výše, uspokojování základních psychických potřeb je ovlivněno psychickým vývojem. Popsání psychického vývoje je pro mou práci velmi důležité. Jelikož se má práce zabývá rušením kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku, zaměřím se na fázi raného vývoje dítěte, jež zahrnuje první tři roky života, kdy dochází k nejdůležitějším vývojovým změnám. Rovněž v úvodu uvedu i období prenatalního vývoje, v jehož fázi se utvářejí předpoklady pro další vývoj jedince. V tomto období je velice důležité, jaký postoj ke svému nenarozenému potomkovi zaujímá budoucí matka.

3.1 Prenatální vývoj

V období prenatálního vývoje se utvářejí všechny potřebné předpoklady pro samostatný život jedince.

Již od počátku těhotenství se začíná vytvářet individuálně specifický vztah matky k dítěti. V tomto období dochází k interakci mezi matkou a dítětem, obzvláště v posledním trimestru těhotenství. Plod je schopný reagovat na hudbu, na hlasy známých bytostí. Krev procházející placentou zprostředkovává fyziologický způsob komunikace plodu s matkou. Touto cestou mohou procházet z mateřského organismu do organismu dítěte různé látky obsažené v krvi. Např. krevní cukr, adrenalin apod. Jestliže matka prožívá stres, je tímto ovlivněno i dítě, které touto cestou dostává informaci o pocitech matky (VÁGNEROVÁ, 1997). Pro srovnání Matějček (1994b) uvádí, že k součinnosti s psychikou matky dochází prostřednictvím neuroendokrinního systému a takto se plod dovídá o jejím psychickém ladění, jejím stavu a citových hnutích. Rovněž uvádí, že nechtěné děti bývají daleko častěji potraceny než děti chtěné. Organismus matky podává za těchto okolností plodu negativní informaci a nereaguje na jeho signály.

Užívání návykových látek v těhotenství má velmi špatný vliv na příznivý vývoj plodu. Užívání těchto látek se po porodu projevuje abstinčním syndromem novorozence a může mít vliv na jeho následný vývoj. Tyto děti bývají vystaveny daleko větším rizikům (SESTRA 7-8/2007).

3.2 Období raného vývoje

Do období raného vývoje patří období novorozenecké, kojenecké a batolecí. Je to tedy část života dítěte, ve které probíhá vývoj od narození do tří let. Tyto tři roky jsou z hlediska medicínského, psychosociálního a psychologického považovány za nejdůležitější. V tomto období dochází k velmi rychlému vývoji dítěte a změny ve všech oblastech vývoje zaručují kvalitu života budoucího jedince (MPSV, 2011a).

3.2.1 Období novorozenecké

Do novorozeneckého období patří prvních 28 dní života dítěte. V tomto období se dítě adaptuje, přizpůsobuje se podmínkám nového prostředí. Těsně po porodu je chování matky a dítěte instinktivní, tedy pomocí vrozených mechanismů. Kontakt matky s dítětem posiluje toto chování, které je přínosné pro rozvoj dítěte a i pro rozvoj vztahu mezi dítětem a rodičem. Novorozenec stimuluje určité rodičovské chování a ve vzájemné interakci se rozvíjí jejich vztah. Důležitý je rovněž dostatečný přísun individuálních podnětů (VÁGNEROVÁ, 1997).

Podle Čápa (2001) je kožní dotyk pro novorozence emočně velmi důležitý. Učí se velmi rychle, již od třetího dne života má spojeny určité podněty s potravou. Rovněž se u novorozence projevuje orientační reflex, tedy reakce na nové podněty, které jsou podstatné pro další učení jedince.

3.2.2 Kojenecké období

První rok života dítěte je označován jako kojenecké období. V tomto období se projevují jednotlivé rozdíly mezi dětmi v chování, prožívání a celkovém postupu vývoje.

Dítě získává k okolnímu světu primární důvěru. Mezi jeho základní biologické potřeby patří jídlo, teplo, tělesná pohoda. Ústy dítě poznává různé objekty, jsou tedy pro něj v této fázi vývoje velice významné.

Nezastupitelný význam má stimulace kojence ve smyslu aktivace organismu, která je jednou z podmínek dětského učení. Stimulací se rozvíjejí individuální dispozice dítě, kdy dítě přijímá podněty prostřednictvím smyslových orgánů, které zpracovává a tím získává určité zkušenosti. Rovněž je základem kontaktu s prostředím. Dítě se v něm plně orientuje a získává důvěru, že svět není nebezpečný.

Přibližně v šesti týdnech se dítě poprvé usměje. Toto je považováno za projev socializace dítěte. Mimické projevy jsou pro kojence vrozené a jsou u všech lidí obdobné. Takovýto projev je chápán jako projev komunikace. Mezi 2. a 3. měsícem se postupně rozšiřuje zájem dítěte o okolní svět. Dítě zaujímají

různé vnější podněty, ale nejpodstatnější jsou pro něj lidé. Ve 3 měsících si dítě uvědomuje odlišnost živých bytostí od neživých věcí. Pomocí úsměvu dokáže dobře komunikovat. V období mezi 3. a 6. měsícem se mezi dítětem a dospělým objevují jednoduché sociální hry. Matka funguje v interakci s dítětem jako zrcadlo, napodobuje jeho projevy, převážně mimické a hlasové. Takto poskytuje dítěti zpětnou zrcadlovou vazbu na takové komunikační úrovni, která je pro něj srozumitelná. Dítě se takto naučí sledovat matku a napodobovat její projevy. Tímto se vytváří základ pro učení nápodobou, což je jeden z nejvýznamnějších mechanismů socializace. V tomto období dochází ke splnutí matky s dítětem, tedy k tzv. symbióze. Dítě pociťuje s matkou sounáležitost.

Mezi 6. a 9. měsícem začíná dítě rozpoznávat známé a neznámé lidi. Odlišuje tedy matku a nejbližší od ostatních lidí. K cizím lidem projevuje odstup. Obavy z cizích lidí a neznámých situací, které se projevují mezi 7. a 8. měsícem, jsou jedním z nejdůležitějších signálů normálního vývoje. Dítě je svým strachem chráněno před možným nebezpečím a vše, co je pro něj neznámé, takové nebezpečí představuje. Matka je pro dítě naprosto nepostradatelná a stává se nejdůležitějším sociálním objektem, který je chápán jako trvalý. Z toho je patrné, že existence matky je naprosto potřebná. Jistota a bezpečí, které dítě získává v symbiotickém vztahu se svou matkou, je základem dalšího pozitivního rozvoje dětské osobnosti. Tento vztah bude do budoucna určovat intenzitu vnitřní stability, která ovlivní míru a trvalost jakékoliv další vazby a postoje.

Pokud si dítě uvědomuje stálou existenci matky, začne si postupně uvědomovat i to, že je samostatnou bytostí. Matka nadále představuje významný zdroj uspokojení, avšak dítě ví, že o její přítomnost musí usilovat a rozvíjet takové aktivity, které by ji udržely nablízku. Pro udržení jistoty je postačující vědomí existence matky a také převaha pozitivních zkušeností s jejím chováním.

V kojeneckém období si dítě začíná uvědomovat svoje vlastní tělo a jeho aktivity, uvědomuje si své citové prožitky jako součást sebe sama. Rovněž vnímá trvalost a kontinuitu vlastní existence. Podstatou tohoto uvědomění je jeho zkušenost, kterou získává v interakci s jinými lidmi a ve vztahu k okolnímu světu. Identita dítěte je od začátku určována i charakterem sociálního přijetí a ocenění.

Matka uspokojuje prostřednictvím citové vazby nejdůležitější potřebu dítěte, což je potřeba jistoty a bezpečí. Za přijatelnou lze považovat takovou matku, která svým chováním poskytuje dítěti přiměřenou stimulaci, to znamená, že odpovídá na jeho potřeby.

Během prvního roku života by mělo dítě dosáhnout určitých mezníků pro to, aby mělo určitý základ budoucí jistoty. Těmito mezníky jsou:

1. Vědomí vlastní bazální identity, odlišené od okolního prostředí.
2. Základní orientace v bezprostředním okolí a vědomí stability vnějšího světa.
3. Vytvoření základních vztahů k prostředí.
4. Posilování pocitu jistoty ve vztahu k vlastní existenci i ke světu.

Způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoj dítěte k sobě samému, jako i ke světu a k životu. (VÁGNEROVÁ, 1997)

3.2.3 Batolecí období

Batolecí období je období od jednoho roku dítě do jeho tří let. I v tomto období zaujímá významnou roli pro správný vývoj dítěte matka, potažmo osoba, která je mu nejbližší, rodina a prostředí ve kterém vyrůstá.

V této fázi vývoje dochází k osamostatňování a odpoutávání od různých vazeb. Dítě postupně proniká do širšího prostoru a získává větší samostatnost v oblasti stimulace a to díky rozvoji lokomoce, která má sociální význam. Pohybem v prostoru se dítě odpoutává od matky, což je důležité pro formování vývoje samostatné osobnosti a pro navazování nových kontaktů na různé úrovni.

Je potřeba rozlišovat dvě formy separace. Jedná se o separaci aktivní, která závisí na samotném dítěti. Dítě se dobrovolně vzdaluje od matky na takovou vzdálenost a na takovou dobu, která je pro něj přijatelná. Míra separace se postupně zvětšuje a tím dochází k rozvoji osamostatňování dítěte. Druhá forma separace, je separace pasivní, tedy není podmíněna vůlí dítěte. V tomto případě dochází k odloučení matky od dítěte někým jiným a dítě tuto skutečnost nemůže

ovlivnit. V této situaci se u dítěte do tří let objevuje separační úzkost, která má tři fáze:

1. Fáze protestu – dítě se aktivně snaží zbavit cizího člověka a přivolat zpět matku.
2. Fáze zoufalství – dítě postupně ztrácí naději na návrat matky, přestává ji hledat a volat.
3. Fáze odpoutání od matky – pokud odloučení trvá delší dobu, dítě navazuje citovou vazbu k jiné osobě, která je dostupná.

V průběhu batolecího období se objevují dva významné vývojové mezníky. Jsou to separace od matky, která byla popsána výše a potřeba sebeprosazení, jež je důležité pro vývoj osobnosti batolete. Sebeprosazení může mít až charakter negativismu, který se dá vyložit jako pokus o samostatnost, o vlastní řešení situace. Při tomto jednání je již patrné vědomí sebe sama. Negativismus je počátečním a nezralým vyjádřením vlastní vůle, pomáhá dítěti vymezit jeho nové postavení ve společnosti. Výsledkem je ověření a potvrzení aktuálních hranic vlastních možností, aktivit, které jsou dítěti dovoleny. Ukazuje dítěti, kde končí svoboda, a začínají platit pravidla. Dítě potřebuje poznat, jaký panuje ve společnosti řád, protože představuje určitou jistotu.

Během vývoje dítěte v této fázi dochází rovněž k rozvoji řeči, rychle se rozvíjí slovník dítěte. Vznik a rozvoj řeči stimuluje potřeba komunikace. Mezi tyto potřeby patří potřeba sociálního kontaktu, stimulace, potvrzení lásky a bezpečí. Ke správnému rozvoji řeči potřebuje dítě adekvátní verbální vzor, který by mohlo napodobovat. Stupeň řečového projevu je ukazatelem kvality výchovného působení rodiny. Řeč je v batolecím věku velmi zranitelná a to převážně neurotizujícími faktory. Dítě může začít zadržávat v řeči, koktat či přestat úplně mluvit. Opoždění vývoje řeči má značné sociální důsledky. Takovéto dítě je automaticky považováno za hloupé, i přes to, že mu chybí pouze verbální projev. Ke konci tohoto období zná dítě přibližně 100 až 200 slov, umí říci jednoduchou říkanku, pojmenovat věci na obrázku.

Verbální komunikace má velký význam pro socializační vývoj batolete, jelikož přináší informace o žádoucích normách chování a hodnotách. Touto cestou získává dítě informace o vhodném chování. Učí se, jaká platí pravidla a proč je dobré, aby právě tato pravidla platila. Rodiče vysvětlují dítěti, proč se něco musí nebo naopak nesmí. Dítě rovněž získává informace o žádoucím chování prostřednictvím pozorování skutečného chování lidí, ve kterém se projevují určitá pravidla. Dítě pozorované chování napodobuje a tak si osvojuje určité zkušenosti i neverbálně. Batole by mělo mít osvojené základní normy chování na takové úrovni, aby chápalo, proč je dospělí kárají a za svůj prohřešek by se stydělo, což je projevem určité úrovně zvládnutí norem. (VÁGNEROVÁ, 1997)

4 Význam náhradní péče a její vliv na vývoj dítěte

V předchozích kapitolách jsem popisovala systém náhradní péče v České republice a vývojové fáze dítěte. V této kapitole se budu zabývat tím, jaký význam mají jednotlivé složky náhradní péče, tedy náhradní výchovné péče a náhradní rodinné péče a to hlavně s ohledem na vývoj dítěte. Vzhledem k tématu mé bakalářské práce budu při popisu významu náhradní výchovné péče popisovat péči v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku. Stejně tak při popisu významu náhradní rodinné péče budu zmiňovat pouze péči pěstounskou, zejména pěstounskou péči na přechodnou dobu.

4.1 Význam náhradní výchovné péče

Náhradní výchovnou péčí se rozumí taková péče, která je poskytována dětem v ústavních zařízeních.

Podle §20, vyhlášky 242/1991 o soustavě zdravotnických zařízení, *poskytují kojenecké ústavy ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do jednoho roku věku. Dětské domovy poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, o něž nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči a to ve věku od jednoho do tří let. Ve vyhlášce je dále uvedeno, že kojenecké ústavy a dětské domovy je možno spojit ve společné zařízení a že nové kojenecké ústavy se nezřizují.*

Činnost dětských domovů pro děti do 3 let je stanovena v § 46 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *„V dětských domovech pro děti do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let, které nemohou vyrůst v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost.“*

Dle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů do tří let věku z roku 2005 tato zařízení pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj by mohl být narušen zdravotními a sociálními důvody. Pobyt dítěte v zařízení je chápán jako dočasný, k vyřešení situace. Nemá být dlouhodobým či trvalým řešením, má být považován pouze jako pomoc dítěti a jeho rodině (www.mzcr.cz).

Metodický pokyn upravuje a obsahuje:

1. *Doporučené důvody pro přijetí dětí do zařízení* - mezi které patří zdravotní, sociální a zdravotně-sociální.
2. *Přijímání dětí do zařízení* – děti jsou přijímány na základě souhlasu rodičů nebo jiného zákonného zástupce, rozhodnutí soudu o předběžném opatření, nařízení ústavní výchovy.
3. *Pobyt dětí v zařízení* – zařízení poskytuje dětem komplexní interdisciplinární péči (zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, výchovnou, sociálně právní apod.) a vytváří podmínky pro optimální vývoj dítěte. Z odborného hlediska se za nejzazší délku pobytu považuje doba 6 měsíců. Zařízení vytváří podmínky, aby rodiče mohli být s dítětem v pravidelném osobním kontaktu, a sleduje jejich vzájemnou interakci a její přínos pro dítě. Rovněž napomáhá rodičům upravit jejich poměry tak, aby se dítě v co nejkratší době mohlo vrátit zpět do rodiny.
4. *Péče o děti v zařízení* – péče o děti je zásadně individuální, zohledňuje jeho potřeby a zájmy, přizpůsobuje se rodinnému prostředí. Péče se odehrává ve skupinách s optimálním počtem 4 dětí na 1 pečující osobu. O děti se starají lékaři, psychologové, dětské sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníce a rehabilitační sestry.
5. *Pobyt matek, rodiče nebo zákonného zástupce dětí v zařízení* – tyto osoby lze do zařízení přijmout z důvodů diagnostických (závislost na návykových látkách, podezření ze syndromu týrání u dítěte,

psychiatrické diagnózy), výchovných (matka neumí, nezvládá péči o dítě), zácvičku (základní péče o dítě, péče o handicapované dítě, v rehabilitaci dítěte, před propuštěním do náhradní rodinné péče), okamžité pomoci (jako azylové zařízení)

6. *Propuštění dítěte ze zařízení* – dítě se propouští trvale, pokud pominuly důvody pobytu (do péče vlastní rodiny, do péče jiných osob než rodičů, do náhradní rodinné péče, do péče jiného zařízení) nebo je propuštění pouze dočasné, jestliže to vyžaduje jeho zdravotní, psychický, sociální, citový vývoj. Příkladem je dočasné umístění dítěte k rodičům nebo jiným fyzickým osobám včetně budoucích náhradních rodičů.

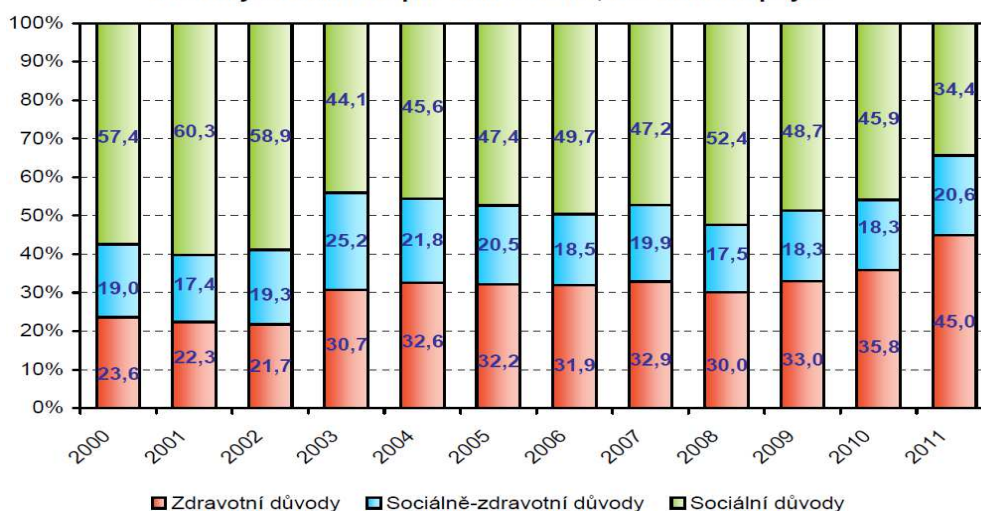
Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let shrnuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále ČR). Aktuální informace o činnosti těchto zařízení byly vydány 12. 10. 2012 a obsahují informace za rok 2011 (www.uzis.cz).

V roce 2011 bylo v ČR 34 kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Jejich kapacita byla 1783 míst a ke konci roku v nich bylo umístěno 1428 dětí. V průběhu roku bylo přijato 2131 dětí. Nejvíce dětí, téměř 45%, bylo přijato ze zdravotních důvodů, 34% dětí bylo přijato ze sociálních důvodů a 21% ze zdravotně sociálních důvodů, kdy děti nevyrostají ve své rodině, i když nevyžadují trvalou a dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Z celkového počtu přijatých bylo 710 dětí se speciálními potřebami (handicapované), 78 dětí týraných. V průběhu roku bylo přijato 386 osob (matek, rodinných příslušníků, zákonných zástupců), pro něž bylo v ústavech evidováno celkem 67 míst. Více než čtvrtinu dětí v těchto zařízeních tvořili děti romské národnosti. 56 dětí mělo jiné než české státní občanství.

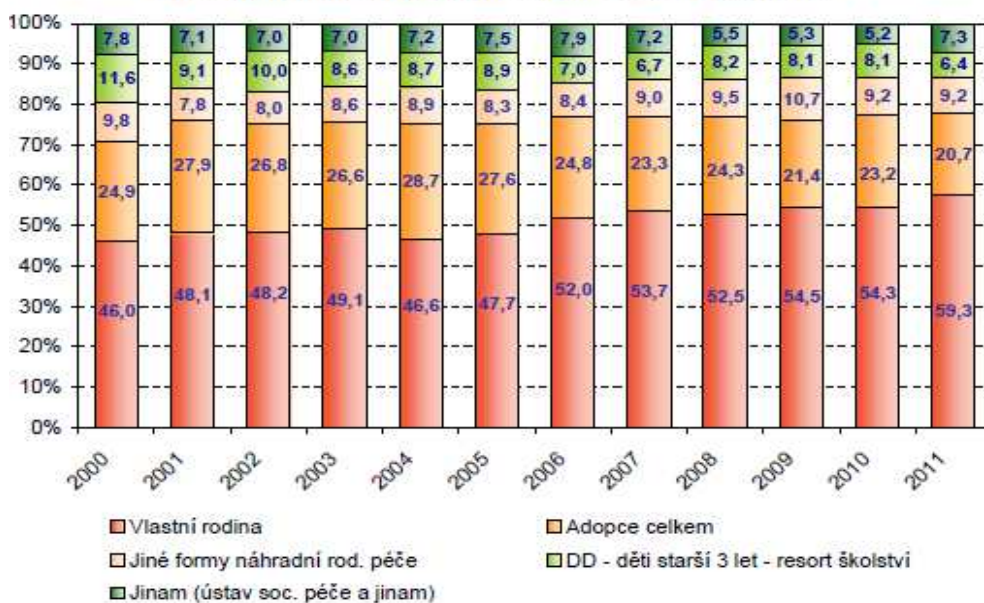
Během roku bylo propuštěno 2195, z toho téměř 58% do vlastní rodiny, 20% bylo osvojeno a 9% bylo propuštěno do jiné formy náhradní péče, 13% dětí bylo propuštěno mimo rodinné prostředí. 6% dětí přešlo do domova pro starší děti, necelá 3% do ústavu sociální péče a 5% dětí bylo propuštěno jinam (Klokánky atp.) Více než čtvrtina propuštěných dětí strávila v ústavu dobu delší

než jeden rok. Nejkratší dobu strávily v ústavech děti propuštěné do péče vlastní rodiny, do osvojení se souhlasem rodičů a propuštěné do speciálních zařízení (Klokánky). Velmi dlouho zůstávaly v ústavech děti, u nichž je nutné čekat, než budou „právně volné“. Tedy děti osvojované pro nezáměr či pro zbavení rodičovských práv a děti přecházející do jiné formy náhradní rodinné péče. Nejdelší dobu strávily v kojeneckých ústavech děti, které byly následně předány do ústavu sociální péče.

Graf č. 1 Vývoj struktury dětí přijatých do kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, dle důvodu přijetí



Graf č. 2 Vývoj struktury dětí propuštěných z kojeneckých ústavů a dětských domovů (DD) pro děti do 3 let, dle umístění



Z výše uvedeného je patrné, že kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let mají v našem státě své nezastupitelné místo. Otázkou je, jaký vliv má tato ústavní výchova na vývoj dítěte, obzvláště na vývoj psychický. Zda dochází k uspokojování všech základních potřeb dítěte tak, jak bylo popsáno v předchozí kapitole.

4.2 Vliv náhradní výchovné péče na vývoj dítěte

Vliv ústavní výchovy na vývoj dítěte je podrobně popsán v publikaci Vývoj dětí v náhradních formách péče, kterou vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) v roce 2011 a jež použiji pro zpracování této části mé práce. Autoři odkazují na vědecké studie, které byly provedeny od poloviny 20. století až do současné doby a jež poukazují na alarmující skutečnost, že u dětí umístěných do ústavní péče dochází v důsledku nedostatečného uspokojování základních duševních potřeb, tedy sociálních, citových i sensorických, k psychické deprivaci. V případě ústavní výchovy chybí citové vazby, které si dítě buduje k osobě jemu nejbližší. Pokud k tomuto navázání nedojde během prvních 8 – 9 měsíců, nelze je již jinak nahradit. Rovněž se opoždí vývoj mimiky, řeči, chybí úsměv. Jestliže dítěti vrozený úsměv nikdo neoplácí, tato dovednost vyhasne a jedinec má celoživotně ochuzenou schopnost neverbální komunikace.

Nekritičtějším obdobím vývoje dítě jsou jeho první tři roky života. V tomto období, se děti vyrůstající v ústavu opoždí v oblasti somatické, intelektové a motorické, rozvoji řečových schopností a v oblasti socioemočního vývoje (MPSV, 2011b).

4.2.1 Somatický vývoj

Prostředí bez dostatečného kontaktu s dospělým a citové strádání ovlivňuje somatický vývoj dítěte. Deprivace a působení negativních faktorů má vliv na zpomalení tělesného vývoje. Vědecké studie poukazují na skutečnost, že u dětí v ústavním prostředí je ohrožena také imunita, jejíž vývoj je bez pravidelného

a intenzivního kontaktu utlumen a tím je ovlivněna celková zdravotní prognóza těchto dětí.

Důsledky ústavní péče v oblasti somatického vývoje:

- Opoždění tělesného vývoje
- Oslabení imunitního systému
- Zvýšená potřeba specializované lékařské péče
- Další interní obtíže

4.2.2 Intelektový a motorický vývoj

Kognitivní vývoj dítěte vyrůstajícím v ústavním zařízení může být v řadě oblastí ohrožen. Rizika ovlivnění tohoto vývoje jsou již v prenatálním období a raném postnatálním (komplikace při porodu, genetické komplikace, rodinná anamnéza). Pobyt dítěte v klidném a stabilním prostředí s individuálním přístupem je nutný pro správný vývoj kognitivních funkcí. Prostor ústavní výchovy nedokáže dostatečně podporovat kognitivní vývoj jedince.

Důsledky ústavní péče v oblasti intelektového a motorického vývoje:

- Opožděný rozumový vývoj
- Nižší hodnoty rozumových schopností
- Opožděný motorický vývoj
- Poruchy koncentrace pozornosti

4.2.3 Vývoj řečových schopností

Rozvoj řečových schopností dítěte závisí na podpoře komunikace mezi ním a dospělými. Nedostatečná komunikace ztěžuje rozvoj mozkových spojení, která jsou zodpovědná za rozvoj řeči a slovní zásoby. Takto jsou negativně ovlivňovány rozumové a komunikační schopnosti dítěte. Děti, jež mají potíže

s vyjadřováním a porozuměním, jsou náchylnější jak k frustraci, tak k rozvoji poruch chování.

Důsledky ústavní péče v oblasti vývoje řečových schopností:

- Opožděný rozvoj řeči
- Omezené schopnosti vyjadřování
- Omezená slovní zásoba

4.2.4 Socioemoční vývoj

Pro správný vývoj dítěte v oblasti psychické a sociální je nutné navázání a zažití vzájemných vztahů mezi dítětem a rodičem, případně osobou jemu blízkou, která o něj pečuje a má k němu ochranný vztah a utěší jej ve stresových situacích. Dítě potřebuje dospělou osobu, která mu poskytne stabilní a individuální péči, a která mu umožní prožít emočně vřelý vztah. V ústavním prostředí není možné dítěti zajistit individuální péči. Žádný ústav nedokáže dítěti zajistit neustálý kontakt a vzájemné citové působení. U dítěte, které bylo umístěno do ústavní výchovy během prvních dvou let života, se rozvíjejí sociální vztahy později, než je běžné. Rovněž nedostatek trvalého vztahu ovlivňuje formování vztahu k dospělým osobám. Častá změna osoby, která o dítě pečuje, vede k pozdější neschopnosti jedince navázat individuální a emočně vřelý vztahy.

Důsledky ústavní péče v oblasti socioemočního vývoje:

- Opožděný socioemoční vývoj
- Obtíže v sociálním kontaktu
- Obtíže s navázáním citových vazeb
- Obtíže v rozpoznávání emocí
- Nedůvěřivost nebo naopak bezmezná důvěřivost
- Nízká sebedůvěra a uvědomění vlastní hodnoty
- Špatné zvládnání stresových situací

4.2.5 Psychické poruchy u dětí v náhradní výchovné péči

U dětí vyrůstajících v náhradní výchovné péči je vyšší riziko rozvoje vývojových psychických problémů a poruch. Psychosociální deprivace v raném období je spojena s horší adaptabilitou na stres. Deprivace v sociální oblasti může vyústit až v psychiatrické problémy v pozdějším věku. Rovněž je u těchto dětí zvýšené riziko rozvoje poruch chování a emocí.

Důsledky ústavní péče v oblasti psychických poruch:

- Častý výskyt psychiatrických obtíží
- Časté užívání psychiatrické medikace
- Vyšší potřeba speciální psychiatrické péče
- Desinhibovaná přichylnost v dětství
- Častý výskyt diagnóz poruch emocí, chování, úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, závislostí
- Obtíže se seberegulací
- Nižší frustrační tolerance

4.3 Význam náhradní rodinné péče

Statistické údaje MPSV z roku 2011 uvádějí, že k 31. 12. 2011 bylo v ČR celkem 14976 dětí v náhradní rodinné péči. Jedná se o péči pěstounskou, osobní péči poručníka a výchova jiné fyzické osoby než rodiče. Dále k tomuto datu MPSV evidovala celkem 7203 pěstounských rodin, počet žádostí o pěstounskou péči bylo v tomto roce podáno 703 (www.mpsv.cz – Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011).

Jak bylo uvedeno ve druhé kapitole, náhradní rodinná péče je v našem právním řádu zakotvena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, kterou upravuje zákon 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí.

Zákon č. 94/1963 Sb., §46 uvádí, že před zařazením dítěte do ústavní výchovy musí soud prozkoumat, zda není možné zajistit výchovu dítěte v náhradním rodinném prostředí nebo rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí v §9a uvádí:

„ Opatření sociálně právní ochrany musí být zvolena tak, aby na sebe navazovala a vzájemně se ovlivňovala. Při výkonu a realizaci opatření mají přednost ta, která zabezpečí řádnou výchovu a příznivý vývoj dítěte v jeho rodinném prostředí a není-li to možné, v náhradním rodinném prostředí.“

Z tohoto je patrné upřednostňování výchovy v náhradní rodinné péči před výchovou ústavní.

4.3.1 Pěstounská péče na přechodnou dobu

Pěstounská péče na přechodnou dobu (dále PPPD) neboli profesionální pěstounská péče je upravena §45a v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině ve znění pozdějších předpisů a dále je upravena v novele zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí zákoně, která je účinná od 1. 1. 2013.

§76a zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu uvádí, pokud se nezletilé dítě ocitne bez jakékoli péče nebo je-li jeho život nebo vývoj ohrožen nebo narušen má být předběžným opatřením na základě soudního rozhodnutí umístěno ve vhodném prostředí, tedy u osoby nebo v zařízení způsobilém zabezpečit nezletilému dítěti řádnou péči s ohledem na jeho duševní a fyzický stav. Tímto prostředím se rozumí i PPPD. Podle §27a zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, může být dítě na základě rozhodnutí soudu svěřeno do PPPD na dobu, po kterou nemůžou rodiče dítě vychovávat ze závažných důvodů. Nebo po dobu, po jejímž uplynutí lez dát souhlas rodiče s osvojením nebo do nabytí právní moci rozhodnutí soudu o tom, že není třeba souhlasu rodičů k osvojení. Délka trvání PPPD je též upravena v tomto paragrafu a to na dobu

nejdéle jednoho roku. Výjimku tvoří pouze sourozenci, kteří nebyli do PPPD umístěni společně.

MPSV v publikaci *Pěstounská péče na přechodnou dobu* vydanou v roce 2011 uvádí: „*Institut pěstounské péče na přechodnou dobu umožňuje, aby dítě mohlo vyrůstat v náhradním rodinném prostředí u proškolených pěstounů i krátkodobě a nemuselo trávit čas v ústavním prostředí. Tato forma péče by měla být využívána pro všechny děti, které musí dočasně žít mimo vlastní rodinu.*“

Úkolem pěstounů na přechodnou dobu je pomáhat dítěti vrátit se domů nebo přejít do jiného typu péče. Velký důraz je kladen na kontakt dítěte s jeho biologickou rodinou. Cílem je rovněž umožnit rodičům, aby si v rámci svých možností upravili osobní, rodinné, majetkové, bytové a jiné poměry tak, aby co nejdříve mohli opět pečovat o své dítě (MPSV, 2011a).

Konkrétní představa o tom, jací by tito pěstouni měli být je uvedena v materiálu MPSV *Pěstounská péče na přechodnou dobu* z roku 2009 (www.mpsv.cz): „*Tito pěstouni by měli mít i předpoklady pro výchovu dětí krátce po narození a pro zvládání psychických zátěží vyplývajících z této práce.*“

Dále je zde uvedena charakteristika přechodných pěstounských rodin:

- Jedná se o rodiny, tedy dospělé zralé lidi, kteří mají dobré předpoklady a schopnosti pro péči o děti, výchovu a rodičovství.
- Jsou dostatečně materiálně a sociálně zabezpečeni, aby se mohli o děti starat bezpečně u sebe doma.
- Jsou dobře informovaní a vzdělaní v oblasti poskytování PPPD.
- PPPD se rozhodli poskytovat vědomě, jsou tedy srozuměni s tím, že se jedná o pěstounskou péči na kratší dobu.

Gabriel, Novák (2008) uvádějí, pro jaké skupiny dětí je PPPD vhodná:

- Pro děti, které mají vlastní biologickou rodinu nebo alespoň jednoho rodiče, který se o dítě nemůže ze závažných důvodů po určitou dobu starat (zdravotní, sociální).
- Děti mladých, nezralých matek, které zatím nejsou schopny plnit zodpovědně rodičovskou roli.
- Děti žijící v rodině dlouhodobě nefunkční, v rodině, kde dochází k domácímu násilí, zneužívání, fyzickému nebo psychickému týrání některého člena rodiny.
- Děti, jejichž rodina je dlouhodobě vážně ohrožena pobytem jednoho či obou rodičů ve výkonu trestu.

Jsou zde uvedeny i další důvody, pro které by děti mohly být umístěny do PPPD a u kterých autoři zmiňují náročnost dané situace vzhledem k pěstounům na přechodnou dobu a i pro děti, které by touto formou péče měly projít. Těmito důvody jsou:

- Děti, které náhle onemocní závažnou nemocí a jejichž rodina či jeden z členů tuto zátěž dočasně nezvládá – zde zmiňují možnost, že by práci PPPD mohla vykonávat zdravotní sestra.
- Děti vykazující podstatné a dlouhodobé poruchy chování – jedná se o variantu velice náročnou na schopnosti, znalosti a celkovou psychickou odolnost pěstounů.
- Děti, které jsou vráceny z neúspěšné formy NRP – u těchto dětí se autoři domnívají, že jejich umístění do PPPD by u většiny z nich posilovalo frustraci z nestálosti rodinného prostředí, z odmítnutí, pocity méněcennosti a viny. Upozorňují na to, že zvláště mladším dětem bude složité vysvětlit, že si je přechodní pěstouni brali již s tím, že je po určité době vrátí.

4.3.2 Pozitivita a kontraindikace PPPD

Jisté je, že PPPD přináší nebo do budoucna bude přinášet určitá pozitivita pro děti, které budou v takovéto péči vyrůstat. Tato péče ovšem nemůže být určena pro všechny děti, které nevyrůstají ve své biologické rodině a jsou odsouzeny vyrůstat ve výchově ústavní.

Podle MPSV (2011a) se pozitivita PPPD odrážejí v těchto oblastech:

Schopnost dítěte navázat výlučný vztah k pečující osobě – pokud dítě vyrůstá v rodině, má možnost naučit se vytvářet zpětné vazby.

Psychomotorický rozvoj dítěte – dítě v PPPD netrpí deprivacími procesy, kterým je vystaveno dítě v ústavní výchově. Pro ohrožené děti není v mnoha případech potřeba odborná zdravotnická péče, kterou poskytují kojenecké ústavy.

Preventivní aspekt PPPD – dítě, které pobývá po určitou dobu v kvalitní rodině, místo v ústavní výchově, není tolik ohroženo vznikem traumatizujících a stigmatizujících zážitků.

Přijetí dítěte definitivní rodinou – psychomotorický vývoj dítěte v PPPD odpovídá chronologickému věku a tím je pro definitivní rodinu usnadněno přijetí takového dítěte. Pěstouni mohou definitivní rodině předat zkušenosti s chováním dítěte v rodině. Dítě je schopné se pohybovat v běžném sociálním prostředí.

Kontraindikace PPPD jsou v této publikaci uvedené takto:

„Absolutní kontraindikace ze zdravotního hlediska se kryjí s kontraindikacemi standardního domácího ošetření. Relativní kontraindikací jsou případy, kdy dítě trpí nebo má podezření na virulentní infekční onemocnění a trpí dlouhodobým onemocněním, které po dobu PPPD bude vyžadovat dlouhodobou zdravotní ústavní péči. Jsou to zejména vrozené vývojové vady, stavy spojené s plánovaným transplantačním řešením a neurochirurgické korekce. Tyto případy je třeba posoudit a vyloučit z PPPD vždy individuálně. „

4.4 Srovnání vlivu ústavní výchovy a PPPD na vývoj dítěte

Z předchozí kapitoly o vývoji dítěte a z výše uvedeného v této kapitole je zřejmé, že pro správný vývoj dítěte je důležité, aby mohlo vyrůstat v prostředí stabilním, citově příznivém, rodinném. Tedy v takovém, kde je mu poskytnuta individuální péče a jsou upokožovány základní psychické a biologické potřeby. Právě pro děti, které nejsou „právně volné“ je pěstounská péče nejlepším řešením. Otázkou je, zda pěstounská péče na přechodnou dobu, která by měla být upřednostňována před umístěním dítěte do ústavní výchovy, je pro vývoj dítěte tím správným řešením.

Matějček (1994a) uvádí, že dítě přijímá za své rodiče ty, kteří se o něj starají, chovají se k němu mateřsky a otcovsky.

MPSV (2011a) uvádí v tabulce přehledné srovnání vlivu ústavní výchovy a PPPD

Tabulka č. 1 Srovnání vlivu ústavní výchovy a PPPD

Specifika péče	KOJENECKÝ ÚSTAV		PĚSTOUNSKÁ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU	
		Následek		Následek
Intenzita kontaktu dospělého s dítětem	nedostatečná	opoždění vývoje ve všech oblastech	dostatečná	podpora vývoje ve všech oblastech
Individuální péče	nedostatečná, jen v některých případech, omezený čas na jedno dítě	opoždění vývoje ve všech oblastech	dostatečná	podpora vývoje ve všech oblastech
Vztahy	nemožnost zažít oboustranné vzájemné vztahy dítěte s dospělým	opoždění v socioemočním vývoji	podpora vzájemných vztahů dítěte a dospělého	podpora socioemočního vývoje, poskytnutí pocitu bezpečí, citového zázemí
Variabilita a intenzita podnětů	nedostatečná	opoždění intelektového a motorického vývoje	dostatečná	podpora intelektového a motorického vývoje
Charakter prostředí	ústavní	omezená podpora vývoje na zajištění základních biologických potřeb	rodinná struktura	podpora socioemočního vývoje, chápání rodinné struktury, pocitu bezpečí

5 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření mé bakalářské práce je zaměřeno na problematiku rušení DD pro děti do 3 let. Přijetí novely zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí vyvolalo mnoho diskuzí s různými názory nejen v řadách odborníků, ale i mezi zdravotními sestrami pracujícími v těchto ústavních zařízeních. V tomto zákoně je upravena PPPD, s tím, že od počátku roku 2014 by již žádné dítě mladší tří let nemělo být umístěno do ústavní výchovy, nýbrž do PPPD.

Při popisu výzkumné části mé práce a jejím vyhodnocení budu používat slovo odborník ve smyslu mediálně známých osobností, které svým vzděláním a profesním zaměřením reprezentují různé názory na danou problematiku v oblasti NRP.

5.1 Cíle výzkumného šetření, výzkumné otázky

Výzkumnou část mé bakalářské práce jsem rozdělila na část kvalitativní a část kvantitativní.

Cílem kvalitativní části výzkumného šetření bylo zmapovat existující spektrum názorů a problémů spojených s rušením DD pro děti do tří let.

Cílem kvantitativní část výzkumného šetření bylo zjistit názor zdravotních sester pracujících v těchto ústavních zařízeních na danou problematiku.

Pro zpracování výzkumu jsem si stanovila výzkumné otázky týkající se dané problematiky, které jsem rozdělila na hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky.

Výzkumné otázky:

HVO. V čem se liší a v čem se shodují názory zdravotních sester a názory předních odborníků?

DVO1. Jaké faktory ovlivňují názory zdravotních sester na rušení DD pro děti do 3 let?

DVO2. Pro které děti je dle názoru zdravotních sester vhodné umístění do PPPD?

DVO3. Jaká by dle názoru zdravotních sester měla být maximální doba umístění dítěte do PPPD?

5.2 Metody výzkumu

K dosažení cíle mé bakalářské práce jsem zvolila smíšený výzkumný design. Pro tento design jsem se rozhodla z toho důvodu, že jsem nejprve potřebovala zjistit názory odborníků na danou problematiku. Následně jsem z výsledků tohoto šetření definovala okruhy, ze kterých sestavila otázky pro dotazníkové šetření tak, abych mohla zjistit, jaký zaujímají zdravotní sestry názor na danou problematiku. Výzkum se skládal z kvalitativní části (rozhovory s odborníky na danou problematiku) a z části kvantitativní (dotazníkové šetření mezi zdravotními sestrami).

Pro dobré porozumění a popsání dané situace je kvalitativní metoda velmi výhodná, neboť tazatel má možnost sblížit se s respondenty, což mu umožňuje hlouběji proniknout do dané situace (GAVORA, 2000). S respondenty z řad odborníků jsem uskutečnila polostandardizované rozhovory. Pomocí analýzy těchto rozhovorů jsem stanovila jednotlivé oblasti problematiky rušení DD pro děti do 3 let. V rámci těchto oblastí jsem vytvořila otázky pro dotazníkové šetření, tedy pro kvantitativní část výzkumu. Z výsledků této části výzkumu jsem získala názor zdravotních sester na danou problematiku.

5.3 Kvalitativní rozhovory a jejich analýza

Polostandardizované rozhovory, které jsem uskutečnila s odborníky na problematiku rušení DD pro děti do 3 let a jejich analýza, byly součástí kvalitativní části výzkumu.

Příprava této části výzkumu zahrnovala vhodný výběr dotazovaných, které jsem volila tak, aby svým profesním zaměřením představovali co možná nejširší spektrum odborníků na danou problematiku. Dále jsem sestavila soubor sedmi otázek, které byly voleny tak, aby umožňovaly komplexně zanalyzovat přehled jejich názorů. Všem dotazovaným jsem kladla stejné otázky. Pořadí otázek bylo předem stanoveno, nicméně na některé otázky dotazovaní odpověděli již při zodpovídání otázek jiných. Na zachování pořadí otázek jsem nekladla žádný důraz. Považovala jsem za nejvhodnější nechat dotazované hovořit k tématu a pouze jsem svými doplňujícími dotazy korigovala rozhovor tak, aby bylo z analýzy rozhovoru patrné, jaký názor dotazovaní na danou problematiku zaujímají. Jejich odpovědi jsem průběžně zaznamenávala písemnou formou do předem připravených formulářů, následně jsem je přepsala do elektronické podoby a provedla analýzu pomocí otevřeného kódování (GAVORÁ, 2000). Analýzu rozhovorů jsem doplnila o přepis některých částí rozhovorů, který není v plném rozsahu, ale jeho obsah a význam mají vypovídající hodnotu pro dokreslení problematiky a vyjádření názoru dotazovaného.

Všechny dotazované jsem nejprve kontaktovala telefonicky a požádala jsem je o možnost osobního setkání za účelem realizace rozhovoru. Předem jsem se seznámila s cílem mé bakalářské práce a vysvětlila jsem jim důležitost rozhovoru pro zpracování výzkumné části mé práce. Všichni oslovení respondenti projevíli svou ochotu spolupracovat na výzkumu. Bohužel ne se všemi respondenty bylo možno uskutečnit osobní setkání a to z důvodu jejich pracovní vytíženosti. Proto jsem v některých případech volila možnost telefonického rozhovoru, který mi nabídli.

Dotazovaní, jejich profesní zaměření, datum a způsob uskutečnění rozhovoru:

JUDr. Marie Vodičková – předsedkyně Fondu ohrožených dětí.
Telefonický rozhovor dne 25. 10. 2012 od 18.00 do 19.00

MUDr. František Schneiberg – předseda Společnosti sociální pediatrie. Osobní rozhovor na půdě Ústavu sociální medicíny a veřejného zdravotnictví 1. lékařské fakulty dne 26. 10. 2012 od 11.00 do 12.30.

PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš Ph.D. – psycholog, psychoterapeut, poradce ministra práce a sociálních věcí v oblasti NRP v letech 2006 – 2011. Rozhovor prostřednictvím programu Skype dne 26. 10. 2012 od 17.00 do 18.00.

MUDr. Jaroslava Lukešová – ředitelka Dětského centra v Krči (dříve kojenecký ústav v Praze Krči). Osobní rozhovor, který proběhl v prostorách Dětského centra v Krči dne 7. 11. 2012 od 10.00 do 12.00

PhDr. Petra Vrtbovská Ph.D. – ředitelka Institutu náhradní rodinné péče. Telefonický rozhovor dne 9. 11. 2012 od 11.30 do 12.00.

5.3.1 Analýza jednotlivých otázek

Na základě dohody s dotazovanými nejsou v zájmu zachování jejich částečné anonymity v analýzách a citacích uváděna jejich jména.

Otázka č. 1

Jaký je Váš názor na rušení kojeneckých ústavů - DD pro děti do 3 let? Odůvodněte prosím svůj názor.

V odpovědi na tuto otázku se čtyři dotazovaní shodli na tom, že tyto ústavy bude možné zredukovat. Nicméně se domnívají, že některé bude potřeba zachovat. Tři dotazovaní uvedli, že by bylo vhodné tyto ústavy přetransformovat na Dětská centra, jejichž úkolem bude zajistit komplexní a multidisciplinární péči o dítě a jeho rodinu. Rovněž dva dotazovaní uvedli, že je nutné snížit počet dětí v ústavech na jednu zdravotní sestru.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„Je potřeba vytvořit dostatek služeb pro pěstouny a pak nebude potřeba těchto zařízení. Kojenecké ústavy by zredukovat šlo, v každém kraji by stačilo jedno takovéto zařízení.“

„Myslím si, že 95 % ústavů je zbytečných. Stačí zachovat 1 až 2 v celé republice. Další kojenecké ústavy by se měly přetransformovat v dětská centra, která supervizují a koučují pěstouny. Malé děti mají mít chuva, na jedno dítě má připadat jedna chuva.“

„Pokud nebudou klienti, tak ústav bez klientů nemá opodstatnění.“

„Kojenecké ústavy by se měly zredukovat. Měl by se snížit počet dětí na jednu sestru. Je důležité mít kvalitní personál, a zajistit kvalitní péči je velmi těžké.“

„Rušení kojeneckých ústavů je nesmysl. Pokud bude hodně pěstounských rodin, nebude problém tato zařízení zredukovat. Kojenecké ústavy jsou zařízení odborná, medicínská. Bylo by dobré je přetransformovat v dětská centra, která nemají být odkladištěm dětí, ale mají být komplexní, multidisciplinární péčí o dítě a jeho rodinu. Některá centra již takto pracují.“

Otázka č. 2

Jak se díváte na umístění dětí se závažným onemocněním či postižením do PPPD, například dětí závislých na inzulinu, dětí s mozkovou obrnou, s postižením CNS, dětí s HIV pozitivitou?

Čtyři dotazovaní uvedli, že je možné takovéto děti umístit do rodin. Dva z nich se shodli na tom, že je důležité, aby rodina dítě s postižením či onemocněním bezmezně přijala takové, jaké je. Jeden z těchto dotazovaných uvedl, že v pěstounské rodině bude dítětem věnována větší péče než dítětem v ústavech. Dva respondenti uvedli, že vždy je potřeba brát v úvahu konkrétní diagnózu dítěte a každý případ posoudit individuálně. Jeden respondent se domnívá, že vzhledem k nedostatku pěstounů, bude problém takovéto děti umístit do rodin.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„I pro tyto děti se dá najít rodina, ale těch rodin je velmi málo. Rodina, která si takovéto dítě bere do péče, si ho musí vzít bez výhrad, se všemi jeho zdravotními problémy.“

„Z mé vlastní zkušenosti je možné takovéto dítě umístit, ale pěstoun nebo osvojitel s tím musí souhlasit, být na to připraven a dítě bezvýhradně přijmout. Profesionální pěstoun bude muset přijmout jakékoliv dítě a je možné, že s takovouto situací nebude ztotožněn.“

„Dítě potřebuje rodiče. Dobrá rodina má své děti doma.“

„Zatím není dostatek pěstounů pro zdravé a méně rizikové děti.“

„Je třeba posoudit, zda je dítě upoutáno na lůžko, či nikoliv. Pokud bude dítě s mozkovou obrnou vyrůstat v ústavu, pravděpodobně s ním nikdo nebude cvičit Vojtovu metodu. V rodině s ním pěstouni cvičit budou. Jestliže se jedná o inzulin dependentní děti, pěstounkou může být zdravotní sestra.“

Otázka č. 3

Domníváte se, že je reálné umístění všech dětí do tří let do PPPD nebo bude nutné některá centra zachovat a umístit do rodin prioritně zdravé děti z majoritního etnika?

Tři dotazovaní uvedli, že nebude reálné umístit všechny děti do tří let do PPPD. Jeden z dotazovaných se domnívá, že teoreticky je možné, aby všechny děti byly umístěny do PPPD. Jeden dotazovaný uvedl, že dítě se závažnou diagnózou nemůže být doma, ale že rodina by měla být s dítětem ve zdravotním zařízení. Čtyři dotazovaní se vyjádřili pro zachování center s tím, že je důležité, aby tato centra byla centra pomáhající. Taktéž se tři dotazovaní domnívají, že se lépe budou umisťovat do rodin děti zdravé a z majoritního etnika.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„Určitě se budou umisťovat lépe děti zdravé z majoritního etnika. V rámci center je nutné pracovat s komunitou matek.“

„Neumístí se všechny děti. Ani zdravé, ani z majoritního etnika.“

„První zkušenosti hovoří o tom, že profesionální pěstouni chtějí zdravého novorozence.“

„Teoreticky je možné umístit všechny děti do PPPD. Profesionálními pěstouny se mohou stát bývalí zaměstnanci kojeneckých ústavů.“

„Dítě na přístrojích nemůže být doma. Pokud má dítě rodinu, tak rodina má být s dítětem ve zdravotním zařízení.“

Otázka č. 4

Domníváte se, že v roce 2014, což je rok, kdy má být zahájeno umístování dětí z kojeneckých ústavů a DD do 3 let do PPPD, bude Česká republika dostatečně připravena na rušení těchto ústavních zařízení? Co tomu může případně zabránit?

Čtyři dotazovaní z dotazovaných se domnívají, že ČR nebude dostatečně připravena k zahájení umístování dětí do PPPD. Jeden dotazovaný doplnil, že připraven nebude nikdo. Jeden dotazovaný uvedl, že je reálné, aby v tomto roce mohly být děti předávány do PPPD. Ke druhé části otázky dva dotazovaní uvedli, že vše záleží na tom, zda bude schválena novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. S tím, že jeden z těchto dotazovaných je pro schválení novely a druhý je proti schválení novely. Ostatní dotazovaní se ke druhé části otázky nevyjádřili.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„Nikdo nebude dostatečně připravený. Zabránit rušení ústavů může neschválení novely zákona č. 359/1999 poslanci.“

„Česká republika nebude dostatečně připravena. Doufám, že novela zákona neprojde, že poslanci nepřehlasují veto prezidenta.“

„Česká republika nebude dostatečně připravena. Nebude dostatek pěstounů a pěstouni nebudou kvalitně připraveni.“

„Nebude, nejsou rodiny ani pro standardní děti. Je potřeba posílit klasickou pěstounskou péči.“

„Reálné to je. Za rok připravíme dostatečné množství pěstounů. Není problém je vyškolit.“

Otázka č. 5

**Domníváte se, že počet žadatelů o PPPD bude v dané době dostatečný?
Jak by se podle Vás měli pěstouni hledat, vybírat?**

V odpovědi na první část otázky dva dotazovaní předpokládají, že počet žadatelů bude dostatečný, ale domnívají se, že tyto žadatele nebudou dostatečně kvalitní. Obávají se zároveň, že mnoho žadatelů bude chtít vykonávat tento druh práce pouze z finančních důvodů. Dva dotazovaní se domnívají, že počet žadatelů o PPPD v dané době dostatečný nebude.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„Počet žadatelů bude dostatečný, ale nebudou kvalitní.“

„Počet bude dostatečný, žadatelů je hodně, ale malé procento je vhodné. Musíme žadatele znát a prošetřit ho.“

„Počet žadatelů určitě dostatečný nebude. V současné době je v České republice zhruba 30 profesionálních pěstounských rodin a prověřuje se dalších 30 – 50. Bohužel někteří chtějí být pěstouny na přechodnou dobu kvůli penězům.“

„Počet žadatelů dostatečný nebude. Pokud bude, tak motivací budou finance, což je motivace špatná. Toto bude řešit nezaměstnanost a je dokázáno, že nezaměstnanost je rizikový faktor pro týrání dítěte.“

Jelikož se ke druhé části odpovědi vyjádřili dotazovaní rozdílně, uvedu zde přepis rozhovoru tak, jak jsem jej zaznamenala. Jeden z dotazovaných na tuto otázku neodpověděl.

„Ze začátku by se měla zaměstnancům kojeneckých ústavů, se kterými bude rozvázána pracovní poměr nabídnout možnost být profesionálním pěstounem. Zaměstnanci pracovních úřadů by měli monitorovat žadatele o práci a z nich vybírat vhodné profesionální pěstouny a tuto práci jim nabízet.“

„Pěstouni by se měli sami přihlásit, měla by být síť vzdělávání, aby věděli, co to přináší, co je to za děti.“

„Při hledání pěstounů je potřeba aktivnější přístup. Nečekat, až rodina podá žádost. Za dobré považuji kampaně pozitivních případů v médiích. Rozhodně jsem proti billboardům.“

„Nejlepší je, pokud se žadatelé o dítěti nějak dozvěděli. Velmi pomáhá zveřejnění fotografií dětí. Takto může přeskočit jiskra a do rodiny se může dostat i dítě s handicapem.“

Otázka č. 6

Jak by podle Vašeho názoru měli být budoucí pěstouni proškoleni?

Tři dotazovaní se shodli na tom, že příprava profesionálních pěstounů v rozsahu hodin zakotvených v zákoně (72 hodin), je nedostatečná. Jeden dotazovaný se domnívá, že rozsah hodin tak, jak je zakotven v zákoně, je dostatečný, pokud školení bude kvalitní. Jeden z dotazovaných vnímá školení jako nadstavbu, za důležité považuje emoční inteligenci. Všichni dotazovaní kladou důraz na kvalitu a obsah školení.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„Metodika kurzů by se měla zlepšit. 72 hodin přípravy pro profesionální pěstouny je velmi málo. Tyto kurzy by měli edukovat budoucí profesionální pěstouny o tom, jakým způsobem předávat dítě do další rodiny, jak pracovat s postiženými dětmi.“

„Příprava pěstounů, jak ji upravuje zákon, je nedostatečná. Za vhodné považují rozsah minimálně 150 hodin. Důležité jsou přednášky pediatrické, psychologické, z genetiky, neurologie a přednášky sociálních pracovníků. Velmi pomáhají zážitkové programy, společné víkendy, návštěvy v ústavech.“

„Důležité je, co je obsahem vzdělávání. Vytvořit jednotné standardy, jednotný certifikát. Sjednotit náplň, systematicky pracovat nejméně půl roku a ne v kuse. Zatím to tak není.“

„Měli by projít speciálním školením. Takovýto pěstoun musí mít kompetence, postoje, znalosti, dovednosti. 72 hodin, pokud budou kvalitní, je dostatečné. Dnes je náplň hodin vzdělávání pěstounů špatná.“

„Nejvíce záleží na osobnosti pěstouna. Komu není z hůry dáno.... Velmi záleží na emoční inteligenci. Člověk to musí mít v sobě a je velmi důležité to, co je v lidech. Školení je dobré jako nadstavba. Tito pěstouni by měli být starší lidé, kteří toto celé berou jako pomoc, mají životní zkušenosti. Měli by mít pozitivní pohled na život, smysl pro humor, nadhled.“

Otázka č. 7

Jaký je Váš názor na situaci, kdy se pěstoun nadále odmítne o svěřené dítě starat a dítě bude muset jít k dalším pěstounům, tudíž může v průběhu svého života vystřídat více pěstounských rodin? Může tato situace významně narušit jeho vývoj?

Při analýze této otázky budu vycházet nejprve z její druhé části. Tedy zda situace střídání rodin může významně narušit vývoj dítěte. Čtyři dotazovaní uvedli, že takováto situace dítě poznamená a může ohrozit nebo narušit jeho vývoj. Jeden dotazovaný uvedl, že vývoj dítěte narušily již předchozí okolnosti, jako je ústavní výchova, dítě odložené matkou, střídání sester v ústavech.

Z důvodu toho, že názor jednotlivých dotazovaných na situaci, kdy dítě bude muset v průběhu svého života vystřídat více rodin, byl rozdílný, rozhodla jsem se opět uvést přepis rozhovorů tak, jak jsem je zaznamenala.

Příklady odpovědí dotazovaných:

„Tato situace by byla hrozná. Pro dítě je velké trauma, pokud má jít do jiné rodiny. Pokud by se dítě mělo vracet zpátky do biologické rodiny, tak v tom problém nevidím. U většiny dětí do jednoho roku to asi nebude problém. Jde o to, aby nedošlo k přilnutí dítěte k rodině a dítě tuto rodinu mělo opustit a odejít do pěstounské rodiny s trvalou péčí.“

„Přechodná pěstounská péče předpokládá, že dítě vystřídá více rodin. Dítě se buď vrací do své biologické rodiny, nebo odchází do trvalé pěstounské péče nebo do další PPPD.“

„Toto se dá eliminovat podpůrnými službami. Je potřeba mít kvalitní a emočně připravené lidi. Vystřídat tři až čtyři kvalitní rodiny už není dobře. Střídání rodin není pro děti.“

„V ústavních zařízeních se toto běžně děje. Děti jsou předávány z ústavu bez přípravy, naprosto nešetrně. Od PPPD očekávám, že předávání bude probíhat šetrněji než v ústavech. Děti budou méně traumatizované. Dítě by se mělo s novým pěstounem postupně seznamovat a předání by mělo proběhnout postupně.“

„V prvních třech letech života je pro dítě lepší vystřídat dvě pěstounské rodiny, i když ani toto není ideální. Takovému dítěti je tam mnohem lépe než dítěti, které prošlo ústavem. Je potřeba najít nejmenší zlo.“

5.4 Závěr kvalitativní části

Z analýzy rozhovorů celkově vyplynulo, že redukce DD pro děti do tří let je žádoucí, přestože úplné zrušení v tuto chvíli není úplně reálné i s ohledem na to, že některé děti bude obtížné umístit do PPPD z důvodu zdravotního stavu nebo postižení dítěte. Odborníci předpokládají, že v roce 2014 nebude Česká republika připravena realizovat novelu zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. V názorech na počet žadatelů o PPPD, systém jejich výběru a přípravy na PPPD se odborníci vyjadřovali nejvíce rozdílně. Další rozpor je patrný v názoru na situaci, kdy by dítě muselo vystřídat více pěstounských rodin.

Z analyzovaných výpovědí realizovaných rozhovorů jsem definovala několik okruhů pro tvorbu následného dotazníku určeného zdravotním sestřám.

- Rušení DD pro děti do 3 let
- Problematika PPPD
- Determinanty ovlivňující umístování dětí do PPPD
- Příprava a výběr žadatelů
- Přínos a rizika PPPD

Tyto okruhy jsem rozpracovala do jednotlivých dotazníkových položek.

5.5 Dotazníkové šetření a jeho analýza

Ke zjištění názoru zdravotních sester pracujících v DD pro děti do 3 let na problematiku rušení těchto ústavních zařízení, jsem zvolila dotazníkové šetření, tedy kvantitativní výzkum. Otázky, které byly součástí dotazníkového šetření, jsem vytvořila na základě analýzy rozhovorů s odborníky na danou problematiku a na základě studia odborné literatury vztahující se k tématu mé práce.

Dotazník jsem distribuovala v listopadu 2012 mezi zdravotní sestry pracující v DD pro děti do 3 let a v dětských centrech. V současné době je v České republice celkem 34 těchto zařízení. V rámci svého výzkumu jsem oslovila vrchní sestry nebo ředitele čtyř zařízení tohoto typu a požádala je o spolupráci na tomto projektu. Od všech oslovených jsem dostala souhlas s distribucí dotazníků v jejich zařízeních.

Oslovená zařízení:

- Dětské centrum v Krči (dříve kojenecký ústav v Praze Krči)
- Dětský domov Charlotty Masarykové, Praha 5
- Dětské centrum Strančice (dříve dětský domov Strančice)
- Dětský domov Kladno pro děti do 3 let věku

Jednalo se o zařízení, se kterými jsem v minulosti měla osobní zkušenost. Dvě z těchto zařízení, Dětské centrum Strančice a Dětský domov Kladno pro děti do 3 let věku, jsem navštívila v rámci školení budoucích náhradních rodičů v roce 2007. Dětské centrum v Krči jsem volila z toho důvodu, že s paní ředitelkou tohoto zařízení jsem v rámci kvalitativní části výzkumu dělala rozhovor. Dětský domov Charlotty Masarykové jsem zvolila z toho důvodu, aby vzorek respondentů měl zastoupení v poměru 2 ve Středočeském kraji a 2 v Praze.

V uvedených zařízeních jsem rozdala 80 dotazníků. Celkem se mi jich vrátilo 71 (89 %), ale 6 z nich obsahovalo neúplně zodpovězené otázky. Proto jsem tyto dotazníky vyřadila. K analýze jsem tedy použila 65 vyplněných dotazníků (N=65, 100 %). I přes to, že jsem při analýze dotazníků zjistila, že velké části respondentek činilo problém zodpovědět otázky číslo 12, 15 a 20,

rozhodla jsem se zahrnout do analýzy i dotazníky, ve kterých tyto otázky nebyly zodpovězeny. Na otázku č. 12, ve který měly respondentky vyjádřit svůj názor na umístění dítěte do PPPD podle věku, sociální situace dítěte, zdravotního stavu a maximální doby, po kterou by dítě do této formy NRP bylo umístěno, odpovědělo 31 respondentek z 65. Na otázku 15, týkající se umístění dítěte do PPPD, které by byly závislé na inzulinu, dětí s mozkovou obrnou, postižením CNS, HIV pozitivitou, hepatitidou typu C nebo cystickou fibrózou a otázku 20, ve které respondentky měly zvolit osoby, které by se případně mohly stát se pěstouny na přechodnou dobu, odpovědělo 38 respondentek z 65. Respondentky na tyto otázky nedokázaly jednoznačně odpovědět, a proto je nevyplnily. Tuto informaci jsem obdržela zprostředkovaně od ředitelů ústavů, či od vrchních sester. Při vyhodnocování dotazníkového šetření jsem toto zohlednila a v následné diskuzi jsem k této problematice zaujala stanovisko.

Dotazník tvořilo celkem 23 otázek. První část (otázky číslo 1 – 6) byla zaměřena na zjištění identifikačních údajů respondentek, zjištění věku, délky praxe a dosaženého vzdělání, místa výkonu práce, počtu vlastních dětí, případně počtu dětí, o které respondentky pečují nebo pečovaly v NRP. Druhá část dotazníku (otázky 7 – 23) byla zaměřena na zjištění názoru zdravotních sester na rušení DD pro děti do tří let. Původním záměrem mého šetření bylo porovnat názor sester s vlastními dětmi a názor sester, které pečují o dítě v náhradní péči. Při analýze se to však ukázalo jako nedůležitý faktor, protože pouze 6 respondentek z celkového počtu 65 uvedlo, že pečuje o dítě v NRP. Těchto 6 respondentek činilo 9 %, což jsem nepovažovala za reprezentativní vzorek. Z tohoto důvodu jsem tyto otázky nekomentovala a při analýze jsem je nezohlednila, pouze jsem je uvedla pro celkový přehled složení skupiny respondentek.

V dotazníku jsem kombinovala otázky škálové (otázky číslo 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20), uzavřené (otázky číslo 1, 2, 3, 4, 6, 7, 15, 16, 17, 18, 21) polootevřené (otázka číslo 19) a otevřené (otázky číslo 22, 23), na které respondentky odpovídaly podle svého vlastního uvážení a mohly takto lépe vyjádřit svůj postoj k dané problematice (GAVORÁ, 2000).

Při tvorbě škálových otázek jsem použila Likertovy škály, které se aplikují na měření postojů a názorů lidí a skládají se z výroku a stupnice, na které měly respondentky možnost vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s výrokiem (GAVORA, 2000). Respondentky si vybíraly jednu z pěti nabízených možností, kdy svůj názor měly vyjádřit na škále od 1 do 5, kde 1 znamenala rozhodně ano, 2 znamenala spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne a 5 rozhodně ne. Odpovědi na tyto otázky jsem vyhodnocovala procentuálním poměrem. Při analýze škálových otázek jsem toto zvolila jako nejpřesnější metodu.

V rámci uzavřených otázek respondentky označily vhodnou odpověď z nabízených možností. Při vyhodnocování těchto otázek jsem počítala, kolikrát respondentky odpověděly na každou alternativu.

Slovní odpověď na polootevřenou otázku a otázky otevřené jsem považovala za doplňující, a při analýze dotazníků jsem zaznamenala nejfrekventovanější a nejzajímavější odpovědi.

Pro celkový přehled a analýzu jednotlivých otázek dotazníku jsem vytvořila tabulku v programu Excel, kde jsem jednotlivé odpovědi zaznamenávala a program je následně vyhodnotil. Z vyhodnocených otázek jsem sestavila tabulky a grafy, které jsem použila při podrobném rozboru dotazníkového šetření.

5.5.1 Analýza otázek dotazníku

Při sestavování dotazníkových otázek a jejich analýze, jsem stanovila šest okruhů, které vplynuly z analýzy rozhovorů. První okruh otázek (otázky číslo 1 – 6) tvořily otázky identifikační, pomocí kterých jsem získala údaje o složení jednotlivých respondentek. Druhý okruh otázek (otázky číslo 7 – 10) se týkal názoru respondentek na současnou situaci týkající se klasické formy pěstounské péče. Třetí okruh (otázky číslo 11 – 21) zahrnoval otázky, pomocí kterých jsem získala názor zdravotních sester na problematiku PPPD. Čtvrtý okruh zahrnoval otevřené otázky číslo 22 a 23, kdy respondentky měly možnost vyjádřit pozitivita a negativita rušení DD pro děti do 3 let. Zodpovězení výzkumných otázek a ověření či vyvrácení hypotéz jsem věnovala následující kapitole.

5.5.1.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka č. 2 Věk a délka praxe respondentek

VĚK	TOTAL	DO 40 LET	41-50 LET	51 + LET
DÉLKA PRAXE				
0 – 10 let	15	11	4	0
11 – 20 let	13	10	3	0
21 – 30 let	21	0	19	2
31 – a více let	16	0	1	15
Total	65	21	27	17

Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky ve věkové kategorii 41 – 50 let a to 27 (42 %). Respondentek ve věkové kategorii 51 a více let bylo 17 (26 %), ve věkové kategorii 31 – 40 let jich bylo celkem 14 (21 %) a nejnižší počet 7 (11 %) byl ve věkové kategorii do 30 let.

Nejvíce byly zastoupeny respondentky s délkou praxe 21 – 30 let, těchto respondentek bylo celkem 21 (32 %). Respondentek s délkou praxe 11 – 20 let odpovídalo 13 (20 %). Délku praxe 31 – 40 let uvedlo 12 (18 %) respondentek. Shodný počet respondentek 7 (11 %) bylo ve věkové kategorii 3 – 6 let a 7 – 10 let. Délku praxe 41 a více let uvedly 4 (6 %) respondentky, pouze 1 respondentka uvedla délku praxe 0 – 2 roky.

Na základě vyhodnocení otázky týkající se věku respondentek jsem se pro nedostatečný počet respondentek ve věkové kategorii do 30 let (7 respondentek) rozhodla sloučit věkovou kategorii do 30 let s věkovou kategorií 31 – 40 let. Tímto vznikla věková kategorie do 40 let, která zahrnovala 21 (32 %) respondentek. Při následném vyhodnocování otázek zohledňující věk dotazovaných jsem tedy odpovědi dělila pouze do třech věkových kategorií.

Rovněž tak při vyhodnocení otázky týkající se délky praxe jsem dospěla k závěru, že počet respondentek s délkou praxe 0 – 2 roky (1 respondentka), 3 – 6 let (7 respondentek), 7 – 10 let (7 respondentek) a 41 a více let (4 respondentky) netvoří v těchto kategoriích dostatečně velký reprezentativní vzorek. Po modifikaci jednotlivých skupin vznikly čtyři kategorie. Kategorie s délkou praxe

0 – 10 let (15 respondentek – 23 % dotazovaných), 11 – 20 let (13 respondentek – 20 % dotazovaných), 21 - 30let (21 respondentek – 32 % dotazovaných) a poslední kategorii zastupovaly respondentky s délkou praxe 31 a více let, ve které bylo 16 (25 %) respondentek.

Součástí otázek, pomocí kterých jsem zjišťovala identifikačních údaje respondentek, bylo jejich dosažené vzdělání. 52 (80 %) dotazovaných bylo středoškolsky vzdělaných. Vyšší odbornou školu vystudovalo 12 (18 %) dotazovaných. Pouze jedna respondentka uvedla, že vystudovala vysokou školu a má udělen titul Mgr.

Původním záměrem při sestavování tohoto dotazníku bylo kontaktovat i zdravotní sestry pracující v ordinacích dětského lékaře. Po zvážení jsem se rozhodla distribuovat dotazníky pouze do výše uvedených ústavních zařízení, neboť jsem se domnívala, že zdravotní sestry pracující v těchto zařízeních budou mít větší přehled o problematice týkající se rušení DD pro děti do 3 let.

Respondentky rovněž odpovídaly na otázku ohledně počtu jejich vlastních dětí, včetně dětí v NRP. 12 (18 %) respondentek uvedlo, že nemá žádné dítě. Jedno dítě má 14 (22 %) z dotazovaných. Nejvíce respondentek, a to 26 (40 %) má 2 děti. 3 děti má 9 (14 %) respondentek. 4 (6 %) respondentky uvedly, že mají více jak 3 děti. Z celkového počtu zdravotních sester pouze 6 (9 %) uvedlo, že má nebo mělo dítě v NRP a to v počtu 1. Jak jsem již uvedla v úvodu této kapitoly, mým původním záměrem bylo porovnat názor zdravotních sester s vlastními dětmi s názorem sester, které pečují o dítě v NRP. Jelikož počet sester pečujících o dítě v NRP bylo 6 (9 %) z celkového počtu, nepovažovala jsem tento vzorek za reprezentativní a při analýze jsem toto nezohlednila a nadále nekomentovala.

5.5.1.2 Názor respondentek na klasickou formu pěstounské péče

Cílem okruhu těchto otázek bylo zjistit, jaký mají respondentky přehled o současné situaci týkající se problematiky klasické pěstounské péče v ČR.

Ohledně celkového počtu pěstounských rodin pouze 8 % dotazovaných správně uvedlo, že v ČR je v současné době okolo 7500 pěstounských rodin.

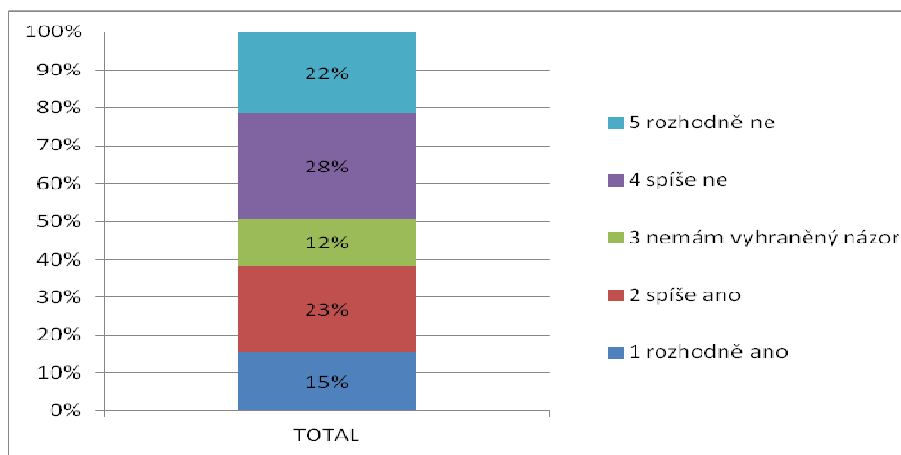
Podle statistických údajů MPSV z roku 2011 bylo ke dni 31. 12. 2011 v ČR evidováno celkem 7203 pěstounských rodin (www.mpsv.cz – Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011). Nejvíce respondentek 69 % uvedlo, že v ČR je 2500 pěstounských rodin.

Respondentky rovněž vyjadřovaly svůj názor ohledně toho, zda je počet rodin, které vykonávají klasickou pěstounskou péči dostatečný a zda je dostatečný počet žadatelů o tuto formu NRP. Z analýzy odpovědí vyplynulo, že respondentky nepovažují počet rodin vykonávajících tuto formu NRP za dostatečný. Takto odpovědělo 83 % dotazovaných. Pouze 11 % dotazovaných se přiklonilo k názoru, že v ČR je takovýchto rodin dostatek. Podobné údaje se týkají i názoru sester na počet žadatelů o pěstounskou péči. 85 % respondentek nepovažuje počet žadatelů o klasickou pěstounskou péči za dostatečný. Opačný názor vyjádřily pouze 4 respondentky.

Poslední část tohoto okruhu otázek jsem zaměřila na zjištění názoru zdravotních sester ohledně proškolení žadatelů o klasickou formu pěstounské péče. V případě této otázky respondentky volily všechny možnosti odpovědí. Polovina dotazovaných nepokládá proškolení žadatelů o pěstounskou péči za dostatečné. Nicméně 38 % uvedlo, že žadatelé o pěstounskou péči jsou řádně proškoleni.

Z analýzy otázky dle délky praxe, jak je z grafu č. 1 patrné, vyplynulo, že respondentky s délkou praxe 21 – 30 let se domnívají, že pěstouni jsou řádně proškoleni. Respondentky s délkou praxe 0 – 10 se naopak domnívají, že pěstouni nejsou řádně proškoleni, stejně tak se k tomuto názoru přiklánějí i respondentky s délkou praxe 11 – 20 let. Respondentky se s délkou praxe více jak 31 let taktéž domnívají, že pěstouni spíše nejsou řádně proškoleni.

Graf č. 3 Názor na proškolení pěstounů (N=65)



Celkově je názor na úroveň vzdělání stávajících pěstounů u zdravotních sester rozporuplný. Polovina respondentek se domnívá, že pěstouni nejsou dostatečně proškoleni a polovina je spíše opačného názoru nebo nemá vyhraněný názor, přičemž pozitivně přípravu na pěstounství hodnotí spíše profesně zkušenější sestry.

5.5.1.3 Názor zdravotních sester na problematiku PPPD

V rámci odpovědí na otázky z tohoto okruhu, jsem zjišťovala názor zdravotních sester na umístování dětí do PPPD.

Dotazované odpovídaly na otázku, zda je vhodné umisťovat děti do PPPD. 78 % respondentek se domnívá, že rozhodně není vhodné umisťovat děti do PPPD. Žádná z dotazovaných neodpověděla rozhodně ano.

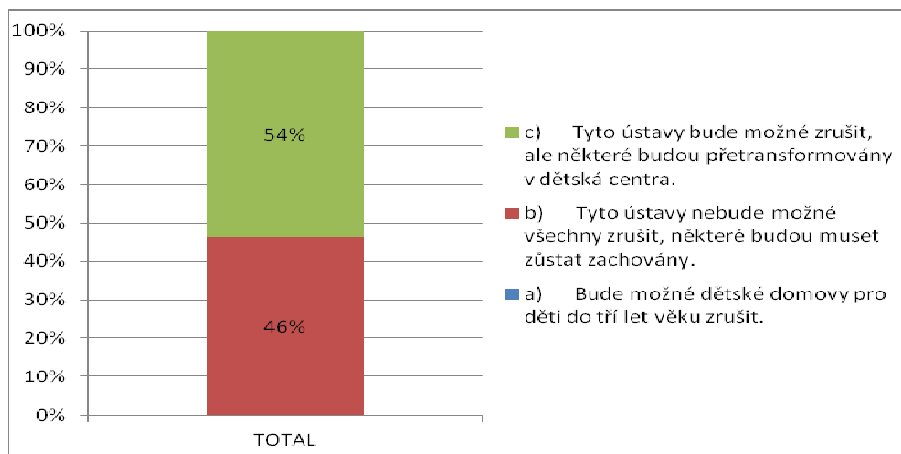
89 % zdravotních sester se domnívá, že PPPD nemůže zajistit adekvátní péči o deprivované děti ihned po odebrání z rodiny. Pouze jedna respondentka uvedla, že PPPD může tuto péči zajistit.

Stejně tak se dotazované shodly (97 %), že děti se závažnou diagnózou - inzulin dependentní, mozková obrna, postižení CNS, HIV pozitivní, hepatitida typu C atd. budou muset zůstat v ústavech, neboť pro ně bude těžké najít vhodnou pěstounskou rodinu na přechodnou dobu.

Názor zdravotních sester na střídání pěstounských rodin na přechodnou dobu, kdy podle připravované legislativy budou moci pěstouni na přechodnou dobu tuto pěstounskou péči kdykoliv zrušit, byl naprosto jednoznačný. 100 % dotazovaných se domnívá, že tato situace by byla pro děti deprivující, považují za nutné před umístěním dítěte do PPPD zvážit veškeré okolnosti dítěte a rodiny a pěstounskou péči volit jako dlouhodobé a trvalé řešení. Pokud takovéto řešení nelze zajistit, považují za vhodnější ústavní péči. 59 respondentek (91 %) se domnívá, že pro dítě je vhodnější, aby vyrůstalo v ústavním prostředí. Pouze 6 sester by raději volilo prostředí rodinné.

V souvislosti s přijetím novely zákona č. 359/1999, jejíž praktické dopady se projeví postupným rušením DD pro děti do 3 let věku, se více než polovina respondentek 54 % domnívá, že tato ústavní zařízení bude možné zrušit, ale některá budou muset být přetransformována v dětská centra. 46 % dotazovaných si myslí, že tyto ústavy nebude možné zrušit, některé budou muset zůstat zachovány. Je možné, že respondentky nebyly schopny přesně rozlišit významový rozdíl mezi částečným zachováním DD pro děti do 3 let a jejich transformací v dětská centra. Nicméně je důležitým zjištěním, že žádná z dotazovaných nesouhlasí se zrušením všech DD pro děti do 3 let (viz graf č. 4). Rovněž 62 (96 %) dotazovaných uvedlo, že ČR není dostatečně připravena na rušení DD pro děti do 3 let. Nejčastěji uvedeným důvodem byl nedostatek pěstounů a nedostatek žadatelů o tuto formu NRP. Dotazované také vyjádřily obavy z toho, že lidé tuto formu péče budou vykonávat pouze z finančních důvodů.

Graf č. 4 Názor na zachování DD pro děti do 3 let (N=65)



Z analýzy otázek vyplynulo, že respondentky upřednostňují dvě formy NRP. První formou péče, kterou respondentky doporučují je pěstounská péče jako dlouhodobé řešení. Takto se vyjádřilo 61 (94 %) dotazovaných. Dětský domov pro děti do tří let věku jako formu NRP by doporučilo 56 (87 %) dotazovaných. S PPPD souhlasily pouze 3 (5 %) zdravotní sestry (viz tabulka č. 3).

Tabulka č. 3 Doporučené formy NRP (N=65)

	určitě doporučil	spíše doporučil	nedovedu posoudit	spíše nedoporučil	určitě nedoporučil
a) <i>Kojenecký ústav nebo dětský domov do 3 let.</i>	42%	45%	0%	12%	2%
b) <i>Pěstounská péče na přechodnou dobu</i>	0%	5%	0%	52%	43%
c) <i>Pěstounská rodina jako dlouhodobé řešení</i>	60%	34%	0%	5%	2%

Za nejvhodnější osoby, které by se mohly stát pěstouny na přechodnou dobu, považují zdravotní sestry zaměstnance DD pro děti do 3 let (76 %) a pěstouny vykonávající klasickou pěstounskou péčí rovněž 76 %. Naopak lidi registrované na úřadu práce a lidi z řad běžné populace, kteří by o profesionální pěstounskou péčí projevili zájem na základě marketingové kampaně, by zdravotní sestry nedoporučily. Dokonce 68 % z těch, které na tuto otázku odpověděly, by jako budoucí pěstouny na přechodnou dobu rozhodně nedoporučily lidi, kteří jsou registrovaní na úřadu práce a byli s možností tohoto pracovního poměru osloveni zaměstnanci úřadu práce. Rovněž jsou patrné obavy z nábory provedených v běžné populaci na základě marketingové kampaně. Tuto formu oslovení možných zájemců o PPPD by rozhodně nedoporučilo 55 % respondentek (viz tabulka č. 4).

Tabulka č. 4 *Názor na osoby, které by mohly vykonávat PPPD (N=38)*

	rozhodně ano	spíše ano	nedovedu posoudit	spíše ne	rozhodně ne
a) <i>Zaměstnanci kojeneckého ústavu, se kterými by byl rozvázán pracovní poměr z důvodu rušení ústavu.</i>	42%	34%	21%	3%	0%
b) <i>Lidé registrovaní na úřadu práce, kterým by, po zvážení, tuto možnost pracovního poměru nabízeli zaměstnanci úřadu práce.</i>	0%	0%	16%	16%	68%
c) <i>Pěstouni vykonávající klasickou pěstounskou péči, kteří by byli osloveni pracovníky OSPOD.</i>	29%	47%	13%	5%	5%
d) <i>Lidé z řad běžné populace na základě marketingové kampaně – billboardy, spoty v televizi, kampaň v médiích.</i>	0%	8%	18%	18%	55%

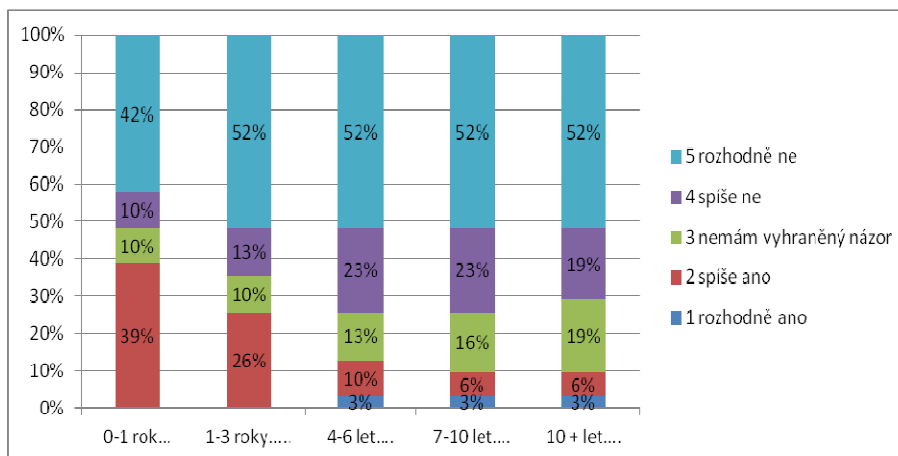
5.5.1.4 Věk, sociální situace, zdravotní stav dítěte a předpokládaná délka pobytu dítěte v PPPD jako determinanty umístění dítěte do PPPD

Dále bylo cílem zjistit, pro jaké dítě je podle zdravotních sester tato forma NRP vhodná. Zkoumanými determinantami, které jsou významné při rozhodování o umístění dítěte do PPPD byly věk dítěte, sociální situaci dítěte, zdravotní stav dítěte a délku pobytu dítěte v PPPD. Tuto problematiku jsem zjišťovala v otázce číslo 12.

Jak jsem již zmínila v úvodu této kapitoly, část respondentek 34 (52 %) odmítlo na tuto otázku odpovědět, jelikož se domnívaly, že otázka je zavádějící a nelze na ni jednoznačně odpovědět. Přesto jsem se rozhodla otázku vyhodnotit. V případě této otázky jsem vzhledem k malému počtu respondentek jednotlivé podkategorie nehodnotila podle věku a délky praxe respondentek. Celkový počet dotázaných je tedy 31.

a) Věk

Graf č. 5 Umístění dítěte do PPPD podle věku (N=31)



Z grafu č. 5 vyplývá, že respondentky se přiklánějí k názoru, že dítě ve věku 0 – 1 rok by nemělo být umístěno do PPPD. Takto odpovědělo 52 % dotazovaných. V případě věku dítěte 1 – 3 roky se 65 % dotazovaných shodlo, že takto staré dítě není vhodné pro umístění do PPPD. 75 % dotazovaných by nedoporučilo umístit dítě ve věku 4 – 6 let do PPPD. Rovněž 75 % dotazovaných nesouhlasí s umístěním ve věku 7 – 10 let do PPPD. V případě dítěte staršího 10 let se 71 % respondentek shodlo na tom, že takto staré dítě není vhodné umístit do PPPD.

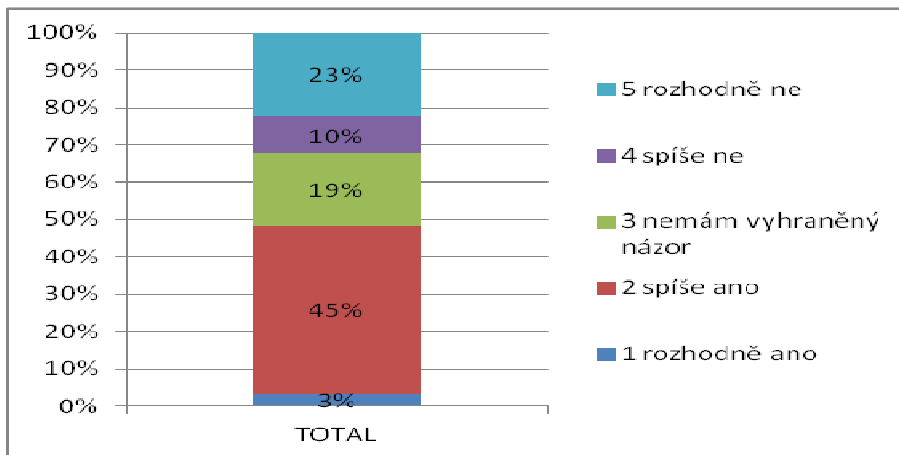
Z celkové analýzy této otázky lze usoudit, že pokud už by sestry souhlasily s umístěním dítěte do PPPD tak spíše v případě dítěte do 3 let. Převážně však sestry s umístěním dětí do PPPD nesouhlasí nezávisle na věku (u dětí do 3 let v 52%, u dětí starších v až 75%).

b) Sociální situace

Zde jsem se zabývala názorem sester na situace, které nejčastěji přivádějí děti do NRP. Těmito situacemi jsou děti nezralých matek, které nejsou schopny plnit zodpovědně rodičovskou roli, děti drogově závislých matek, které potřebují nějaký čas na doléčení, děti žijící v rodině dlouhodobě nefunkční (násilí, zneužívání, týrání člena rodiny), děti, jejichž rodiče/rodič jsou/je ve výkonu trestu,

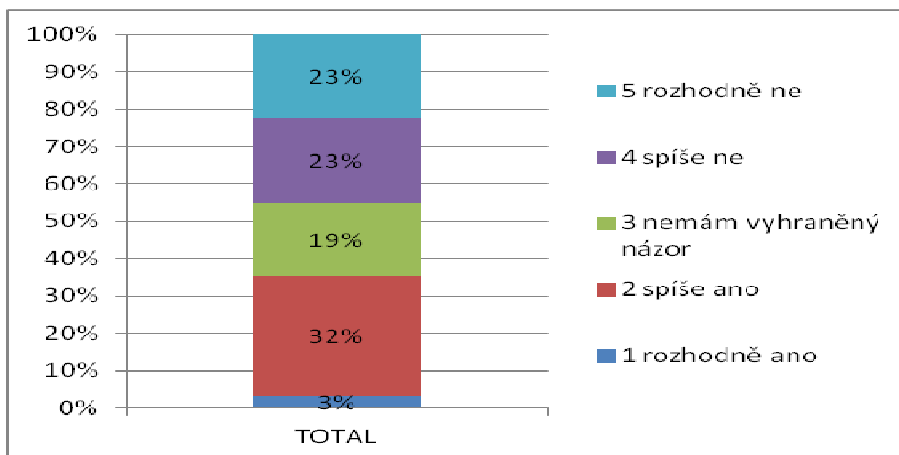
děti s dlouhodobými poruchami chování a děti, které jsou vráceny z neúspěšné formy NRP.

Graf č. 6 Děti nezralých matek (N=31)



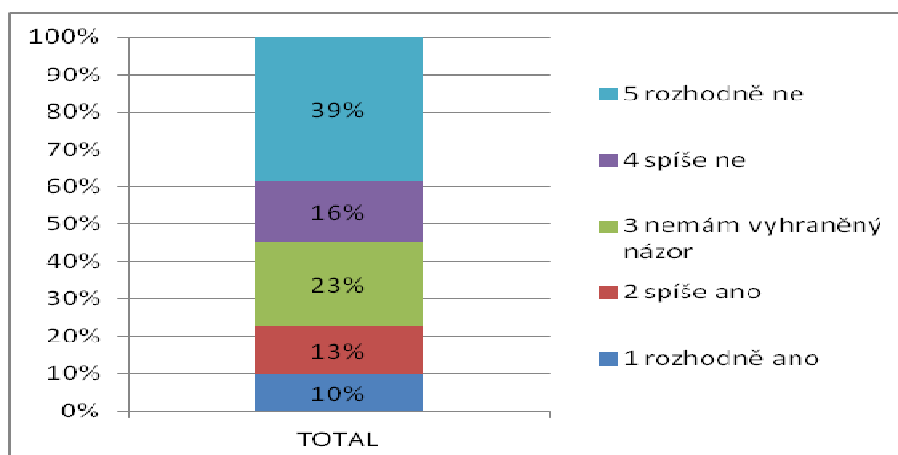
Z grafu č. 5 vyplývá, že 48 % respondentek se přiklání k názoru, že dítě nezralé matky by mělo být umístěno do PPPD. 33 % dotazovaných s umístěním dítěte takovéto sociální situace do PPPD nesouhlasí. Poměrně velká skupina 19 % nemá vyhranění názor.

Graf č. 7 Děti drogově závislých matek (N=31)



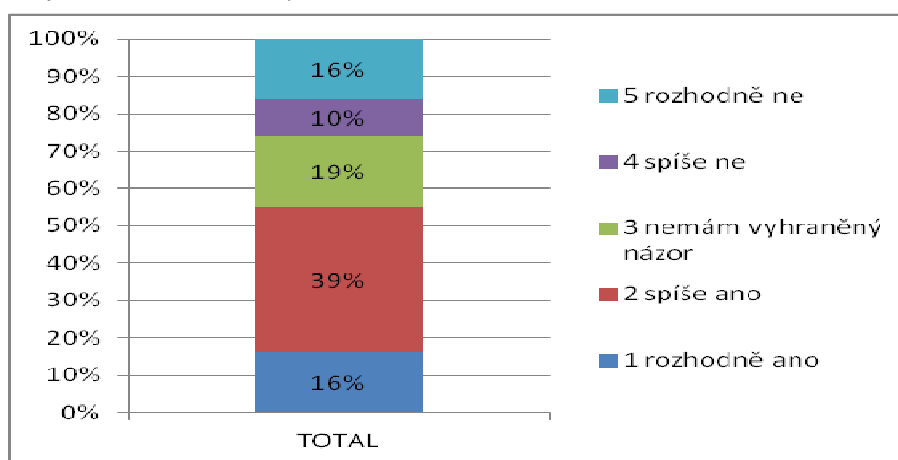
Z celkového počtu dotazovaných 35 % respondentek uvedlo, že dítě v takovéto sociální situaci by do PPPD umístilo. 46 % respondentek uvedlo, že dítě v takovéto sociální situaci by do PPPD nemělo být umístěno.

Graf č. 8 Děti žijící v nefunkčních rodinách (N=31)



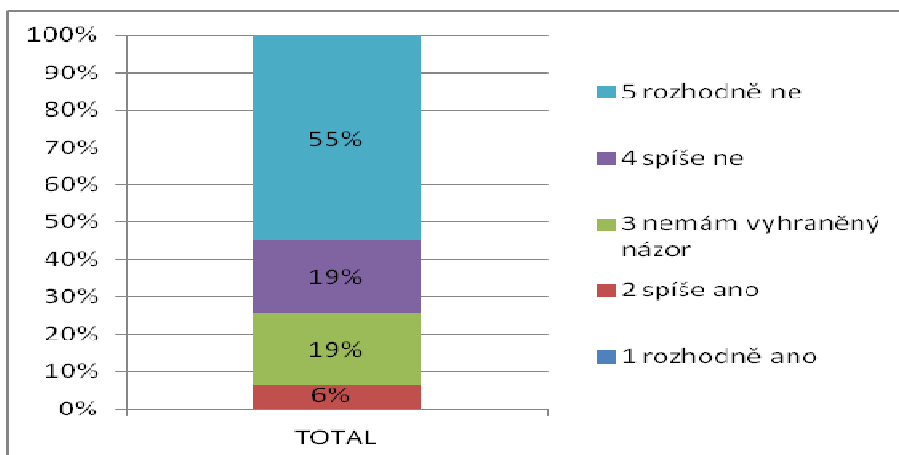
Pouze 23 % dotazovaných by využilo možnosti dítě z rodin, kde se vyskytuje násilí a týrání, umístit do PPPD. Většinou se dotazované domnívají, že není vhodné umístit dítě takovéto sociální situace do PPPD. Takto odpovědělo 55 % dotazovaných.

Graf č. 9 Děti rodičů ve výkonu trestu (=31)



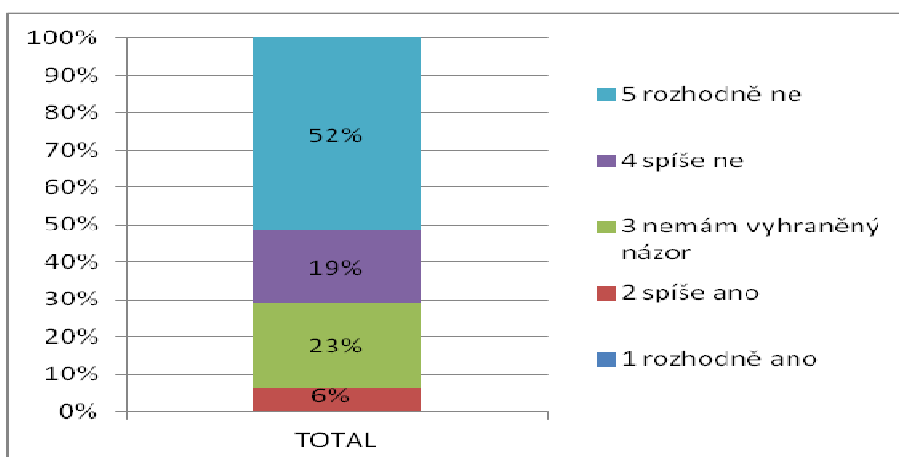
V případě, kdy jsou rodiče ve výkonu trestu, 55 % dotazovaných souhlasí s umístěním dítěte do PPPD. 26 % dotazovaných vyjádřilo nesouhlas s umístěním dítěte v takovéto situaci do PPPD.

Graf č. 10 Děti s poruchami chování (N=31)



Pouze 6 % dotazovaných by dítě s dlouhodobou poruchou chování do PPPD umístilo. Celé třičtvrtiny (74 %) dotazovaných vyjádřilo nesouhlas s umístěním dítěte do PPPD v takovémto případě.

Graf č. 11 Děti vrácené z neúspěšné formy NRP (N=31)



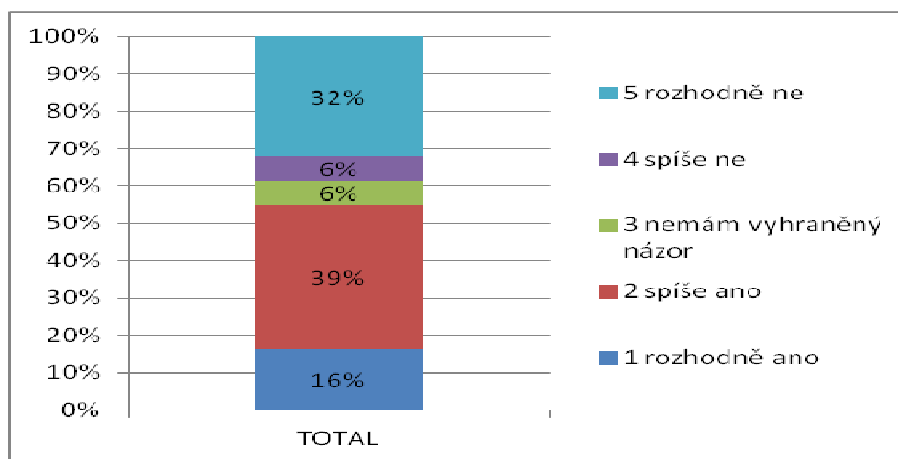
Pouze 6 % dotazovaných by využilo možnosti umístit dítě této sociální situace do PPPD. I v tomto případě většina respondentek vyjádřily nesouhlas s umístěním takovéhoho dítěte do PPPD. Takto se vyjádřilo 71 % dotazovaných.

V případě celkové analýzy této podotázky lze říci, že dotazované by jako vhodné dítě pro umístění do PPPD vzhledem k sociální situaci doporučily dítě nezralých matek, které nejsou schopny plnit zodpovědně rodičovskou roli. Dále děti rodičů ve výkonu trestu. Ostatní nabízené možnosti považovaly dotazované za méně vhodné nebo nevhodné pro umístění dítěte do PPPD.

c) Zdravotní stav jako determinanta umístění dítěte do PPPD

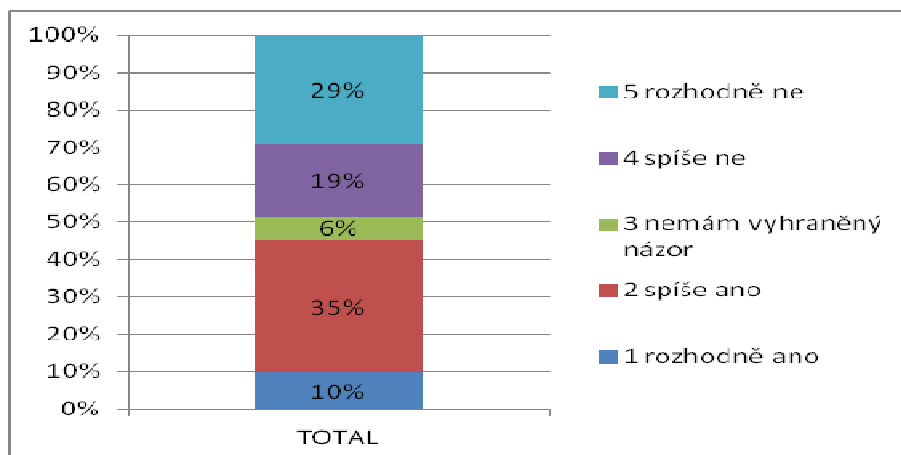
Většina žadatelů o pěstounskou péči žádá do své péče dítě zdravé, či jen s lehkým onemocněním. I pro děti, jejichž onemocnění je závažnější, bude potřeba najít vhodnou pěstounskou rodinu na přechodnou dobu. V této části měli zdravotní sestry posoudit, dítě jakého onemocnění nebo postižení by podle nich bylo vhodné umístit do PPPD. Vybíraly z možností dítě naprosto zdravé. Dítě s málo závažným onemocněním jako je atopický ekzém, sluchová vada, oční vada, brýlová korekce. A dítě se závažným onemocněním například mozková obrna, postižení CNS, HIV pozitivita, hepatitida typu C, děti závislé na inzulínu, cystická fibróza.

Graf č. 12 Děti naprosto zdravé (N=31)



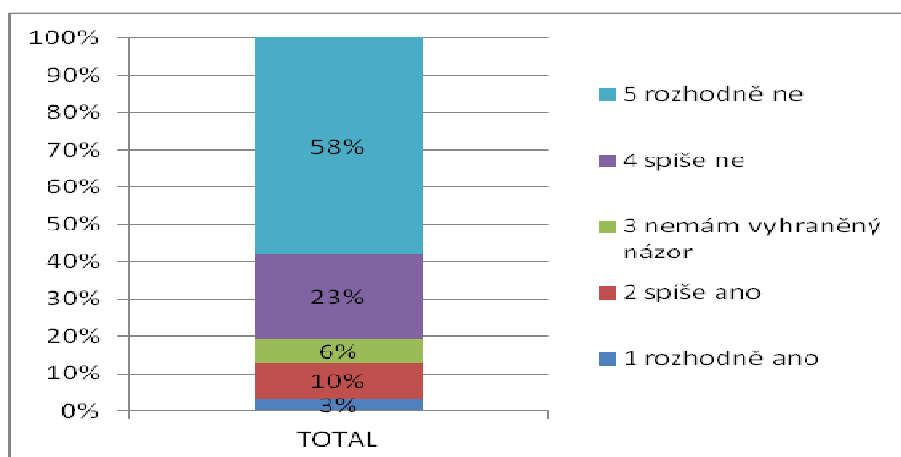
V tomto případě se dotazované v 55% shodly na tom, že dítě naprosto zdravé je vhodné umístit do PPPD. 28 % dotazovaných by ani zdravé dítě do PPPD neumístilo.

Graf č. 13 Děti s málo závažným onemocněním (N=31)



Dítě s takovýmto zdravotním stavem by do PPPD umístilo 45 % respondentek, naopak 48 % respondentek shledalo dítě s takovýmto postižením jako nevhodné pro PPPD.

Graf č. 14 Děti se závažným onemocněním (N=31)



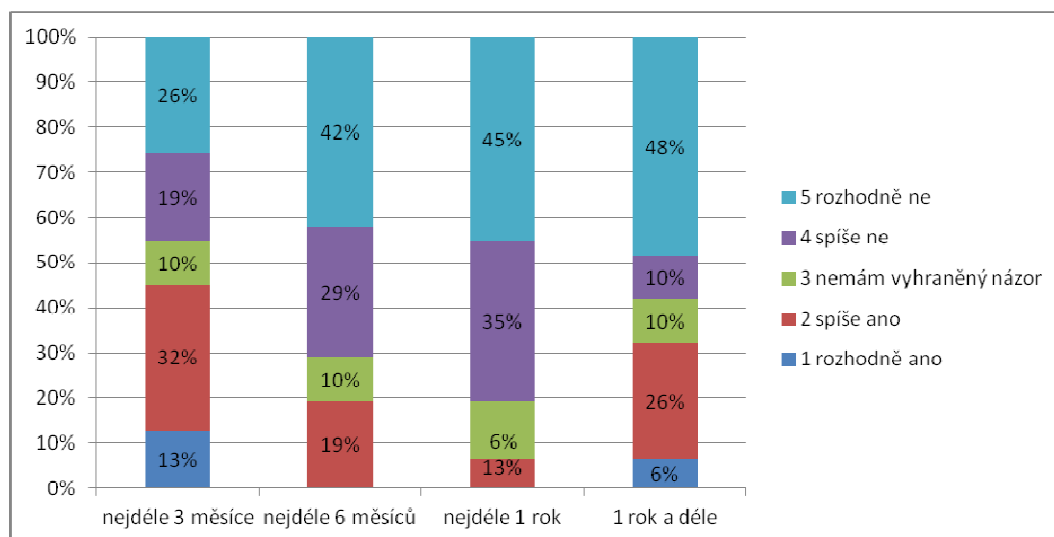
Pouze 13 % dotazovaných by využilo možnosti takového dítě umístit do PPPD. 81 % dotazovaných odpovědělo, že dítě s takovýmto postižením není vhodné umístit do PPPD.

Celkově lze říci, že dotazované by umístily do PPPD pouze dítě naprosto zdravé. Ostatní zdravotní omezení či postižení považují za nevhodné pro umístění dítěte do PPPD, přes to téměř polovina (45 %) respondentek by souhlasilo s umístěním dítě s málo závažným onemocněním do PPPD.

d) Na jakou dobu by mělo být dítě umístěno do této formy péče

Získání názoru na dobu délky pobytu dítěte v PPPD jsem zvolila z tohoto důvodu, že v novele zákona 359/1999 Sb. §27 je uvedeno, že dítě by mělo být do PPPD umístěno na co nejkratší dobu a to maximálně jeden rok. Poté by mělo být umístěno zpět do biologické rodiny či jiné formy NRP, za kterou se považuje forma klasické pěstounské péče nebo adopce. Po dobu umístění dítěte v PPPD by každé 3 měsíce měl soud přezkoumat, zda trvají podmínky pro ponechání dítěte v PPPD. Zajímalo mě, zda sestry budou považovat trvání PPPD jeden rok jako přijatelnou nebo budou spíše preferovat dobu kratší nebo naopak by se přiklonily k tomu názoru, že je vhodnější, aby dítě v PPPD bylo déle než jeden rok.

Graf č. 15 Délka pobytu dítěte v PPPD (N=31)



Z grafu č. 15 je patrné, že počet respondentek, které by umístily dítě do PPPD na dobu nejdéle 3 měsíce (45 %) byl shodný s počtem těch, které by dítě na takovou dobu do PPPD neumístily. Na dobu nejdéle 6 měsíců by to PPPD umístilo 19 % dotazovaných. Pouze 6 % dotazovaných by umístilo dítě do PPPD na dobu 1 roku. V případě umístění dítěte do PPPD na dobu delší než jeden rok, by 32 % respondentek souhlasilo s umístěním dítěte do PPPD.

Při celkové analýze této podotázky jsem dospěla k závěru, že respondentky nesouhlasí s umístěním dítěte do PPPD na jakoukoli nabízenou dobu. Pouze v případě první možnosti, která byla nejdéle 3 měsíce, stejné procento respondentek vyjádřilo souhlas i nesouhlas s takovou délkou PPPD.

Také v případě umístění, které by mělo trvat déle než jeden rok je souhlasné stanovisko relativně vysoké (32 %).

5.5.1.5 Příprava žadatelů o PPPD

V novém znění zákona o sociálně právní ochraně dětí je uveden počet hodin přípravy pro pěstouny na přechodnou dobu. Počet hodin stanovených zákonem je 72. Jelikož jsem nepředpokládala, že by zdravotní sestry měly přehled o počtu hodin přípravy stanovených zákonem, považovala jsem za důležité zjistit, zda by žadatelé o PPPD měli absolvovat speciální školení, které by bylo obsáhlejší, zaměřené na problematiku PPPD a všech úskalí, která tato forma NRP s sebou přináší. Z vyhodnocení vyplynulo, že většina 54 (83 %) dotazovaných se domnívá, že by žadatelé o PPPD měli projít speciálním školením. Současně 25 (38 %) dotazovaných se domnívá, že žadatelé o klasickou pěstounskou péči jsou řádně proškoleni a seznámeni se všemi riziky, které tato forma NRP s sebou přináší. Z toho lze tedy soudit, že respondentky si uvědomují náročnost PPPD a z tohoto důvodu se přiklánějí k tomu, aby žadatelé o tuto formu NRP absolvovali speciální školení (viz graf č. 3).

5.5.1.6 Pozitivita a negativita rušení DD pro děti do 3 let

Do posledního okruhu jsem zahrнула otázky, ve kterých respondentky byly požádány, aby uvedly pozitivita a negativita rušení DD pro děti do 3 let. Jednalo se o otázky otevřené, které jsem považovala za doplňující, a při analýze dotazníků jsem zaznamenala nejfrekventovanější a nejzajímavější odpovědi.

Celkem 22 (34 %) dotazovaných využilo možnosti vyjádřit svůj názor ohledně pozitiv, které by s sebou rušení DD pro děti do 3 let mohlo přinést. 12 z těchto respondentek neshledalo žádná pozitivita. 2 respondentky jako pozitivní vidí to, že stát by tímto mohl ušetřit peníze. Možnost vyrůstat v rodině, vytvořit si vazby a fixace na dospělého jedince shledává jako pozitivní pouze 8 dotazovaných.

Ohledně negativ vztahujících se k rušení DD pro děti do 3 let se vyjádřilo 28 (43 %) respondentek. 11 z nich se domnívá, že nebude dostatek pěstounských rodin na přechodnou dobu, které by se mohly adekvátně ujmout péče o dítě. 6 z dotazovaných se obává případné citové deprivace dítěte, které by mělo být umístěno do PPPD. 6 respondentek vyjádřilo své obavy ohledně umístění dětí nemocných, postižených do PPPD. 5 respondentek za negativní pokládá vymizení odborné, profesionální péče o děti.

6 Shrnutí výzkumného šetření

Výzkumné šetření přineslo odpovědi na mnou stanovené výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka se týkala porovnání názoru odborníků s názory zdravotních sester. Problematiku této otázky jsem při vyhodnocování rozdělila do šesti částí. Zbývající dílčí výzkumné otázky byly pouze ve vztahu ke zdravotním sestřím.

Vyhodnocení HVO: V čem se liší a v čem se shodují názory zdravotních sester a názory předních odborníků?

1. Z vyhodnocení odpovědí odborníků na danou problematiku vyplývá, že 4 z nich připouštějí možnost redukce DD pro děti do 3 let, s tím, aby některé byly přetransformovány na dětská centra. Tento názor zastávají 3 z dotazovaných. Zdravotní sestry se celkově domnívají, že nebude možné zrušit všechny DD pro děti do 3 let. Takto odpovědělo celkem 100 % dotazovaných, z toho 54 % uvedlo, že některé DD pro děti do 3 let bude třeba přetransformovat na dětská centra. Z toho je patrné, že odborníci na danou problematiku i zdravotní sestry se v tomto názoru shodují.

2. Větší část (3) dotazovaných odborníků uvedla, že nebude možné umístit do PPPD všechny děti do 3 let, s tím, že lépe se budou umisťovat děti majoritního etnika. Rovněž 4 dotazovaní se domnívají, že bude možné umístit i děti se závažnou diagnózou. Většina zdravotních sester (78 %) uvedla, že nevidí jako vhodné řešení umisťování dětí do PPPD, 91 % zdravotních sester upřednostňuje DD pro děti do 3 let před profesionální pěstounskou péčí. Jako formu náhradní výchovné péče by volily DD pro děti do 3 let (48 %) a pěstounskou péči jako dlouhodobé řešení. Děti se závažnou diagnózou by do PPPD zdravotní sestry neumístily. Tento názor zastává 81 % dotazovaných. Tyto respondentky by spíše umístily do PPPD dítě naprosto zdravé nebo s málo závažným onemocněním. Celkově lze říci, že v tomto bodě se názor odborníků rozchází s názory zdravotních sester.

3. 4 dotazovaní odborníci uvedli, že Česká republika nebude dostatečně připravena na takovou reformu v oblasti ústavních zařízení pro děti do 3 let. Zdravotní sestry se také domnívají (96 %), že Česká republika nebude připravena na rušení DD pro děti do 3 let. Celkově lze říci, že názor zdravotních sester a odborníků na danou problematiku byl shodný.

4. 2 dotazovaní odborníci uvedli, že počet žadatelů o PPPD bude dostatečný, ale nebudou kvalitní. Dva se obávají, že motivem k výkonu PPPD by mohly být finanční důvody. K této problematice se zdravotní sestry vyjadřovaly v polootevřené otázce č. 19. a otevřené otázce č. 23. Ne všechny respondentky využily možnosti na tuto otázku odpovědět. Přesto dotazované uvedly, že nebude dostatek žadatelů o PPPD, rovněž tak vyjádřily obavy z toho, že motivem žadatelů o tuto formu NRP budou finanční důvody. V celkovém vyhodnocení této otázky bych uvedla, že i přes to, že odpověď na tuto otázku byla pro zdravotní sestry dobrovolná, většina z těch, které se rozhodly tuto otázku zodpovědět, nesouhlasí s tím, že počet žadatelů o PPPD bude dostatečný. S názorem odborníků se shodují v možném finančním motivu žadatelů o tuto formu NRP.

5. Jako nedostatečný počet hodin přípravy (72 hodin) pro pěstouny na přechodnou dobu považují 3 dotazovaní odborníci. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že tato školení musí být kvalitní. V případě této problematiky zdravotní sestry byly dotazovány, zda by pěstouni na přechodnou dobu měli absolvovat speciální školení, neboť jsem se domnívala, že tyto sestry nemají, na rozdíl od odborníků, přehled o počtu hodin, které musí uchazeči o pěstounskou péči absolvovat. Zdravotní sestry (83 %) uvedly, že by žadatelé o PPPD měli absolvovat speciální školení.

6. 4 dotazovaní odborníci vyjádřili názor, že střídání pěstounských rodin na přechodnou dobu by mohlo vést k narušení vývoje dítěte. V odpovědi na tuto otázku se zdravotní sestry jednoznačně shodly v tom (100 %), že střídání pěstounských rodin by bylo pro dítě deprivující¹. Zdravotní sestry se domnívají, že pro dítě je lepší vyrůstat v DD pro děti do 3 let (91 %), než střídat pěstounské

¹ Viz také kapitola č. 5.5.1.3

rodiny. Celkově lze tedy soudit, že názor zdravotních sester je totožný s názorem některých odborníků.

Vyhodnocení DVO1: Existuje vztah mezi věkem a délkou praxe zdravotních sester a jejich názorem na rušení či zachování DD pro děti do 3 let?

Z celkového vyhodnocení dotazníkového šetření lze na tuto otázku jednoznačně odpovědět, že věk a délka praxe nejsou faktorem, který by ovlivňoval názor zdravotních sester na tuto problematiku.

Vyhodnocení DVO2: Pro které děti je dle názoru zdravotních sester vhodné umístění do PPPD?

Při celkovém vyhodnocení této otázky vyšlo najevo, že zdravotní sestry by nedoporučily umístit do PPPD dítě žádné věkové kategorie, která jim byla nabízena v rámci dotazníkového šetření. Největší procento zdravotních sester (39 %) by do této formy péče umístilo dítě ve věku 0 – 1 rok.

Naprosto zdravé dítě by do PPPD umístilo 55 % zdravotních sester, s méně závažným onemocněním by dítě do této formy péče umístilo 45 % respondentek. Dítě se závažným onemocněním by do PPPD umístilo pouze 13 % dotazovaných.

Možnost umístit do PPPD dítě matek, které jsou nezralé a nejsou schopny plnit zodpovědně rodičovskou roli, by využilo 48 % zdravotních sester. Děti drogově závislých matek by do této formy péče umístilo 35 % respondentek. 55 % dotazovaných by do PPPD umístilo dítě, jehož rodič/rodiče jsou ve výkonu trestu.

Vyhodnocení DVO3: Jaká by dle názoru zdravotních sester měla být maximální doba umístění dítěte do PPPD?

Jako nejvhodnější maximální dobu, po kterou by dítě mělo být umístěno do PPPD, zdravotní sestry uvedly dobu nejdéle 3 měsíce. Takto odpovědělo 45 % dotazovaných sester.

7 Diskuze

Rušení či zachování DD pro děti do 3 let je v současné době velmi diskutovanou otázkou jak mezi odborníky na danou problematiku, tak i mezi zdravotními sestrami, které pracují právě v těchto ústavních zařízeních. Novelu zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí prezident Václav Klaus v září roku 2012 vetoval, nicméně poslanecká sněmovna toto veto v listopadu téhož roku přehlasovala. 1. ledna 2013 tato novela vstoupila v platnost. Jedním z cílů novely je, aby dítě pokud možno vyrůstalo v rodinném prostředí. V souvislosti s tímto by docházelo k utlumení ústavní výchovy pro děti do tří let. Pokud by dítě přeci jen bylo umístěno do ústavní výchovy, tak jen na dobu nezbytně nutnou. Počínaje rokem 2014 by žádné dítě mladší tří let nemělo být nově umístěno do DD pro děti do tří let.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit názor odborníků na problematiku rušení DD pro děti do 3 let a tento názor porovnat s názory zdravotních sester pracujících v těchto ústavních zařízeních.

Názor odborníků na danou problematiku jsem zjišťovala prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru. Jednalo se tedy o kvalitativní formu výzkumu. Respondenty jsem vybírala tak, aby odráželi co největší názorové spektrum. Oslovenými respondenty byli JUDr. Marie Vodičková, MUDr. František Schneiberg, PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš Ph.D., MUDr. Jaroslava Lukešová a PhDr. Petra Vrtbovská Ph.D. Celkem jsem pro respondenty připravila 7 otázek. Odpovědi na tyto otázky měly vytvořit přehled o tom, jaký názor mají jednotliví respondenti na problematiku rušení DD pro děti do 3 let věku. Vzhledem ke složení dotazovaných jsem na základě jejich projevu v médiích, kde prezentovali své názory v době, kdy tato problematika byla diskutovaná, předpokládala, že jejich názory na danou problematiku budou zcela odlišné. Tento můj předpoklad se dle výsledku analýzy rozhovorů potvrdil pouze částečně. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že tito odborníci nezastávají ve všech bodech jednotný názor na danou problematiku, nicméně ve větší míře mají podobný postoj. Zaujalo mě, že tito dotazovaní se shodli na tom, že je potřeba ústavní zařízení pro děti do 3 let

částečně zachovat a jako důležité považovali jejich transformaci na dětská centra. Já osobně jsem se domnívala, že tři z dotazovaných budou zásadně proti rušení těchto ústavů. Pro přesnější a snadnější analýzu rozhovorů bych příště volila pořízení audio nahrávky. Rovněž se domnívám, že by bylo zajímavé s odstupem času, tedy poté, co děti začnou být primárně umisťovány do rodin, s těmito respondenty uskutečnit další rozhovor. Domnívám, se, že ohledně této problematiky by u nich mohlo dojít k myšlenkovému posunu, což by mohlo přinést další zajímavé názory, které nyní zůstaly skryty.

Pro zjištění názoru zdravotních sesterná tuto problematiku jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníky jsem distribuovala mezi zdravotními sestrami pracujícími v DD pro děti do 3 let. Konkrétně se jednalo o Dětské centrum v Krči, Dětský domov Charlotty Masarykové, Dětské centrum Strančice a Dětský domov Kladno. Při analýze dotazníkového šetření mě překvapila názorová jednotnost těchto zdravotních sester. Domnívala jsem se, že sestry s větší délkou praxe a věkově starší budou zaujímat striktnější stanovisko, tedy budou pro zachování těchto ústavních zařízení, zatímco sestry s kratší délkou praxe a věkově mladší budou spíše zastávat názor, že DD pro děti do 3 let bude možno zrušit. Při vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že části respondentek činilo problém vyplnit otázky č. 12, 15 a 20. Jak jsem již uvedla v celkové analýze dotazníkového šetření, tuto informaci jsem obdržela od ředitelů ústavů, či od vrchních sester. Zdravotní sestry tyto otázky považovaly za zavádějící, na které se nedá jednoznačně odpovědět. Při sestavování otázky č. 12 jsem vycházela z prostudované literatury (Gabriel, Novák, 2008), ve které byly uvedeny ty příklady, jež jsem v dotazníku použila. Rovněž jsem vycházela z návrhu novely zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde by tato ústavní zařízení měla být přejmenována na dětská centra, která by měla poskytovat pomoc dětem se zdravotními potřebami, a to zejména dětem s perinatální zátěží a zdravotním rizikem, se zdravotním postižením, dětem týraným, zanedbávaným nebo zneužívaným. Zdravotní služby poskytované v těchto centrech by měly poskytovat péči diagnostickou, léčebnou, preventivní, dispenzární, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní a posudkovou. Tuto otázku jsem volila jako otázku škálovou z toho důvodu, aby respondentky měly

možnost výběru odpovědi z několika možností, včetně odpovědi „nemám vyhraněný názor“. Z mého pohledu tato otázka byla vytvořena správně a bylo možno na ni odpovědět. Otázka č. 15 byla v souvislosti s otázkou č. 12c, která se týkala toho, jakého zdravotního stavu by dotazované doporučily umístit do PPPD. Jelikož většina dětí, které se v současné době nacházejí v ústavních zařízeních pro děti do 3 let, jsou handicapované nebo nejsou úplně zdravé, pokládala jsem za nutné tuto otázku dotazovaným položit, stejně tak, jako jsem tu samou otázku položila zástupcům z řad odborníků. V případě této otázky měly dotazované možnost výběru odpovědi ze tří nabízených možností. Nabízené možnosti zahrnovaly všechny možné varianty. Proto se domnívám, že na tuto otázku odpověď byla možná a to i z toho důvodu, že celkově se zdravotní sestry shodly na tom, že je potřeba DD pro děti do 3 let zachovat. Otázka č. 20 se týkala osob vhodných stát se pěstouny na přechodnou dobu. Tuto otázku jsem do dotazníkového šetření zahrnula, jelikož jedním z dotazovaných odborníků byly právě všechny tyto alternativy navrhnuty. Pokládala jsem za zajímavé zjistit, jaký názor ohledně vhodných budoucích pěstounů mají zdravotní sestry. Tato otázka byla opět otázka škálová, tudíž dotazované měly možnost volby z pěti nabízených možností odpovědí, včetně možnosti „nemám vyhraněný názor“. Z mého pohledu se tato otázka dala zodpovědět.

Ostatní otázky dotazníkového šetření respondentky zodpověděly bez problémů.

I přes toto respektuji názor či postoj zdravotních sester, které se rozhodly otázky č. 12, 15 a 20 nezodpovědět.

Na základě provedeného šetření jsem začala uvažovat o tom, že by bylo zajímavé zvolit i v případě zdravotních sester kvalitativní formu výzkumu. Metodou hloubkových rozhovorů se samotnými zdravotními sestrami, případně jejich nadřízenými, by se mohla odkrýt řada dalších informací k této problematice a využít jich případně i jako úvodní část pro širší kvantitativní šetření zahrnující i více zdravotnických pracovišť, což by jistě poskytlo řadu nových údajů a skutečností. Nicméně takovýto rozsah výzkumu není možné realizovat v rámci bakalářské práce.

Závěr

Svou prací jsem chtěla objasnit problematiku rušení DD pro děti do 3 let věku. Teoretickou část bakalářské práce jsem věnovala vývoji NRP, jednotlivým formám NRP. Rovněž vývojové fáze dítěte a vliv ústavní výchovy na vývoj dítěte byly součástí teoretické části této práce. V praktické části jsem zjišťovala pomocí rozhovorů názor odborníků na danou problematiku a tento názor jsem porovnávala s názorem zdravotních sester. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že názory odborníků jsou vesměs podobné. Mezi zdravotními sestrami panovala názorová jednotnost.

To, zda novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí bude pro děti prospěšná či nikoliv se ukáže až časem. Rozhodně je pro děti podstatné, aby vyrůstaly v prostředí co možná nejvíce podobném prostředí rodinnému. Ovšem je spousta dětí, které jsou závislé na péči zdravotnického personálu a tyto děti nebude jednoduché umístit do PPPD. Pokud se rodina rozhodne takovéto dítě do péče přijmout, bude tak muset učinit naprosto nezištně a přijmout ho takové, jaké je. Při umísťování dětí do PPPD bude potřeba brát v úvahu všechna pro a proti tak, aby nedošlo k narušení vývoje dítě tím, že by v průběhu svého vývoje vystřídal více takovýchto rodin. Je třeba zvážit, zda ústavní výchova by v tomto případě nebyla pro dítě přínosnější. Z hlediska výzkumu v oblasti humanitních věd se zde otevírá řada oblastí pro budoucí výzkumné projekty, které jistě budou realizované, a pokusí se na otázku prospěšnosti této změny odpovědět.

Závěrem bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na výzkumné části mé práce. Všichni zúčastnění projevili velkou ochotu spolupráce. Bez jejich součinnosti by výzkum nebylo možné realizovat a má práce by nemohla vzniknout.

Seznam použité literatury

1. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha : Portál, 2001. 656s. ISBN 80-7178-463-X.
2. GABRIEL, Z., NOVÁK, T. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2008. 144s. ISBN 978-80-247-1788-3.
3. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. 207s. ISBN 80-85931-79-6.
4. MATĚJČEK, Z. et. al., *Osvojení a pěstounská péče*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2002. 155s. ISBN 80-7178-637-3.
5. MATĚJČEK, Z. et. al., *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vydání. Praha : Portál, 1999. 183s. ISBN 80-7178-304-8.
6. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha : Portál, 1994a. 100s. ISBN 80-7178-006-5.
7. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha : Portál, 1994b. 98s. ISBN 80-85282-83-6.
8. MPSV. *Pěstounská péče na přechodnou dobu pro nejmladší děti*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011a. 81s. ISBN 978-80-7421-039-6.
9. MPSV. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011b. 54s. ISBN 978-80-7421-040-2.
10. MPSV. *Pěstounská péče na přechodnou dobu*. [online]. 2009 [cit. 2012-09-23]. Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/7296/Pestounska_pece_na_prechodnou_dobu.pdf

11. MPSV. *Statistická ročenka 2011*. [online]. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13613/rocenka_2011.pdf
12. MZCR. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR o činnostech kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku*. s. 20 – 27. [online]. 9/2005 [cit. 2012-12-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3577_1771_11.html
13. SEDLÁČKOVÁ, K., ŽIŽKOVÁ, B. Dopad užívání psychoaktivních látek v těhotenství. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 35-36. ISSN 1210-0404.
14. SDRUŽENÍ PĚSTOUNSKÝCH RODIN. *Pěstounská péče na přechodnou dobu*. [online]. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z: <http://www.pestouni.cz/pestouni/clanky/cz/19/pestounska-pece-na-prechodnou-dobu>
15. STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE. *Ústavní péče*. [online]. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html
16. ÚZIS. *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších a dalších zařízení v roce 2011*. [online]. [cit. 2012-12-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskych-domovu-pro-deti-do-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-deti-roce-2011>
17. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.* Praha : Karolinum, 1997. 353s. ISBN 80-7184-317-2
18. VODÁK, P. et. al., *Problémy osvojení dětí*. 1. Vydání. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1967. 243s. 77s. ISBN 08-019-67
19. VRÁNOVÁ, L. *Sociálně-právní analýza přechodné pěstounské péče v České republice*. 1. Vydání. Praha : Středisko náhradní rodinné péče, 2011. 77s. ISBN 978-80-87455-09-8.

20. Vyhláška č. 242/1991 o soustavě zdravotnických zařízení. In Sbíрка zákonů České a Slovenské federativní republiky. [online]. [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=242/1991&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
21. Zákon č. 69/1952 Sb., o sociálně právní ochraně mládeže. In Sbíрка zákonů Československé republiky. [online]. [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=69&r=1952>
22. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině. In Sbíрка zákonů Československé socialistické republiky. [online]. [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=94&r=1963>
23. Zákon č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu. In Sbíрка zákonů Československé socialistické republiky. [online]. [cit. 2012-12-08] Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=99&r=1963>
24. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In Sbíрка zákonů České republiky. [online]. [cit. 2012-12-08]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
25. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In Sbíрка zákonů České republiky. [online]. [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=359/1999&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Přílohy

Příloha č. 1 Seznam zkratk

Příloha č. 2 Seznam tabulek

Příloha č. 3 Seznam grafů

Příloha č. 4 Otázky ke kvalitativnímu výzkumu

Příloha č. 5 Dotazník

Příloha č. 6 Fotografie

Příloha č. 1 Seznam zkratk

NRP	náhradní rodinná péče
DD	dětský domov
PPPD	pěstounská péče na přechodnou dobu
KÚ	kojenecký ústav
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ČR	Česká republika

Příloha č. 2 Seznam tabulek

Tab. č. 1	Srovnání vlivu ústavní výchovy a PPPD	38
Tab. č. 2	Věk a délka praxe respondentek	53
Tab. č. 3	Doporučené formy NRP	58
Tab. č. 4	Názor na osoby, které by mohly vykonávat PPPD	59

Příloha č. 3 Seznam grafů

Graf č. 1	Vývoj struktury dětí přijatých do KÚ a DD	29
Graf č. 2	Vývoj struktury dětí propuštěných z KÚ a DD	29
Graf č. 3	Názor na proškolení pěstounů	56
Graf č. 4	Názor na zachování DD pro děti do 3 let	57
Graf č. 5	Umístění dítěte do PPPD podle věku	60
Graf č. 6	Děti nezralých matek	61
Graf č. 7	Děti drogově závislých matek	61
Graf č. 8	Děti žijící v nefunkčních rodinách	62
Graf č. 9	Děti rodičů ve výkonu trestu	62
Graf č. 10	Děti s poruchami chování	63
Graf č. 11	Děti vrácené z neúspěšné formy NRP	63
Graf č. 12	Děti naprosto zdravé	64
Graf č. 13	Děti s málo závažným onemocněním	65
Graf č. 14	Děti se závažným onemocněním	65
Graf č. 15	Délka pobytu dítěte v PPPD	66

Příloha č. 4 Otázky ke kvalitativnímu výzkumu

Otázka č. 1

Jaký je Váš názor na rušení kojeneckých ústavů - DD pro děti do 3 let? Odůvodněte prosím svůj názor.

Otázka č. 2

Jak se díváte na umístění dětí se závažným onemocněním či postižením do PPPD, například děti závislých na inzulinu, dětí s mozkovou obrnou, s postižením CNS, dětí s HIV pozitivitou?

Otázka č. 3

Domníváte se, že je reálné umístění všech dětí do tří let do PPPD nebo bude nutné některá centra zachovat a umístit do rodin prioritně zdravé děti z majoritního etnika?

Otázka č. 4

Domníváte se, že v roce 2014, což je rok, kdy má být zahájeno umístování dětí z kojeneckých ústavů a DD do 3 let do PPPD, bude Česká republika dostatečně připravena na rušení těchto ústavních zařízení? Co tomu může případně zabránit?

Otázka č. 5

Domníváte se, že počet žadatelů o PPPD bude v dané době dostatečný? Jak by se podle Vás měli pěstouni hledat, vybírat?

Otázka č. 6

Jak by podle Vašeho názoru měli být budoucí pěstouni proškoleni?

Otázka č. 7

Jaký je Váš názor na situaci, kdy se pěstoun nadále odmítne o svěřené dítě starat a dítě bude muset jít k dalším pěstounům, tudíž může v průběhu svého života vystřídat více pěstounských rodin? Může tato situace významně narušit jeho vývoj?

Příloha č. 5 Dotazník

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na 3. lékařské fakultě UK obor všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci, jejímž tématem je rušení kojeneckých ústavů.

8. listopadu poslanecká sněmovna přehlasovala veto pana prezidenta a tím pádem bude od ledna 2013 platit novela zákona 359/1999 – zákon o sociálně právní ochraně dětí. V této novele se upravuje pojem pěstounská péče na přechodnou dobu a tato péče se stává péčí profesionální. Lidé vykonávající pěstounskou péči na přechodnou dobu budou od státu pobírat plat. Cílem novely je, aby od ledna 2014 již žádné dítě mladší tří let nebylo umístěno do kojeneckého ústavu či dětského domova pro děti do tří let věku. Důsledkem toho by bylo postupné rušení těchto zařízení.

Pro zpracování mé bakalářské práce bych Vás ráda požádala o anonymní vyplnění tohoto dotazníku. Zavazuji se, že nedojde ke zneužití jakýchkoli vámi uvedených údajů.

Děkuji za spolupráci

Vladimíra Dostálová DiS

1. Uved'te, prosím Váš věk.

- a) Do 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

2. Jaká je Vaše délka praxe dětské zdravotní sestry?

- a) 0 – 2 roky
- b) 3 – 6 let
- c) 7 – 10 let

- d) 11 – 20 let
- e) 21 – 30 let
- f) 31 – 40 let
- g) 41 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské zakončené titulem Bc.
- d) Vysokoškolské zakončené titulem Mgr. či jiné plné vysokoškolské vzdělání

4. Pracujete jako zdravotní sestra v

- a) Kojeneckém ústavu
- b) V ambulanci dětského lékaře

5. Jaký je počet vašich dětí (i dětí které případně máte v náhradní rodinné péči).

0 1 2 3 více

6. Máte vy osobně (nebo jste někdy měla) dítě v náhradní rodinné péči? Pokud ano, uveďte počet. Prosím zakroužkujte.

- a) Ano
- b) Ne

7. Váš odhad počtu pěstounských rodin v současné době v České republice. Jedná se i o rodiny, kdy pěstouny jsou také rodinní příslušníci. Prosím zakroužkujte.

- a) 2500 pěstounských rodin
- b) 5000 pěstounských rodin
- c) 8500 pěstounských rodin

8. Domníváte se, že je v České republice dostatek rodin vykonávajících klasickou pěstounskou péči? (Klasická pěstounská péče je trvalá, dlouhodobá forma náhradní rodinné péče) Svůj názor vyjádřete na

škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

9. Myslíte si, že je v současné době v České republice dostatek žadatelů o klasickou pěstounskou péči? Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

10. Jste přesvědčen/přesvědčena, že jsou žadatelé o klasickou pěstounskou péči v současné době řádně proškoleni a seznámeni se všemi riziky, které s sebou pěstounská péče přináší? Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

11. Domníváte se, že je vhodné umisťovat děti do pěstounské péče na přechodnou dobu. (Pěstounská péče na přechodnou dobu je profesionální péče, kde má dítě podle zákona být maximálně jeden rok a poté má být umístěno do jiné formy náhradní rodinné péče, zpátky do biologické rodiny, případně do jiné pěstounské péče na přechodnou dobu.)

Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano,

3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

12. Pro jaké dítě je podle Vašeho názoru pěstounská péče na přechodnou dobu vhodná? Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne. Číslo napište za každou nabízenou možnost.

a) **Věk:**

0-1rok.....

1-3 roky.....

4-6let....

7-10let....

starší 10ti let....

b) **Sociální situace:**

Děti nezralých matek, které nejsou schopny plnit zodpovědně rodičovskou roli....

Děti drogově závislých matek, které potřebují nějaký čas na doléčení....

Děti žijící v rodině dlouhodobě nefunkční – násilí, zneužívání, týrání člena rodiny....

Děti, jejich rodiče/rodič který ho má v péči, jsou/je ve výkonu trestu....

Děti, u kterých se projevují dlouhodobé poruchy chování....

Děti, které jsou vráceny z neúspěšné formy NRP....

c) **Zdravotní stav:**

Dítě naprosto zdravé....

Dítě s málo závažným onemocněním – atopický ekzém, sluchová vada, oční vada s korekcí brýlemi....

Dítě s vážným onemocněním – mozková obrna, postižení CNS, HIV pozitivní, hepatitida typu C, inzulín dependentní, cystická fibróza.....

d) **Na jakou dobu by mělo být dítě umístěno do této formy péče:**

nejdéle 3 měsíce.....

nejdéle 6 měsíců.....

nejdéle 1 rok.....

1 rok a déle.....

13. Myslíte si, že by žadatelé o pěstounskou péči na přechodnou dobu měli absolvovat další speciální školení? (Delší a obsáhlejší příprava než u žadatelů o klasickou pěstounskou péči) Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

14. Myslíte si, že pěstounská rodina na přechodnou dobu může zajistit adekvátní péči o deprivované děti ihned po odebrání z rodiny? Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

15. Jak se díváte na umístění dětí do pěstounské rodiny na přechodnou dobu se závažnými diagnózami – inzulín dependentní, mozková obrna, postižení CNS, HIV pozitivní, hepatitida typu C, cystická fibróza? Prosím zakroužkujte.

- a) Tyto děti by měly zůstat v kojeneckém ústavu pod odborným dohledem zdravotního personálu.
- b) I pro tyto děti je nutné najít vhodnou pěstounskou rodinu na přechodnou dobu.
- c) Pro tyto děti bude těžké najít vhodnou pěstounskou rodinu na přechodnou dobu, a proto budou muset zůstat v kojeneckém ústavu, případně být do kojeneckého ústavu umístěny.

16. Pěstouni na přechodnou budou moci, dle připravené legislativy, kdykoli pěstounskou péči zrušit. Jaký je Váš názor na situaci, kdy se pěstoun o přijaté dítě po určité době dále odmítne starat a dítě bude muset jít k dalším pěstounům, tudíž může ve svém životě vystřídat více pěstounských rodin. Prosím zakroužkujte.

- a) Rodinné prostředí je vždy pro dítě lepší variantou než umístění dítěte do ústavní výchovy i za předpokladu vystřídání více pěstounských rodin.
- b) Střídání pěstounských rodin je pro dítě deprivující. Před umístěním do rodiny je nutné zvážit veškeré okolnosti týkající se dítěte a rodiny a pěstounskou péči volit pouze jako dlouhodobé a trvalé řešení. Pokud takovéto řešení nelze zajistit je vhodnější ústavní péče.

17. Myslíte si, že je pro dítě lepší, aby prošlo několika rodinami profesionálních pěstounů nebo kojeneckým ústavem-dětským domovem? Prosím zakroužkujte.

- a) Rodinné prostředí profesionálních pěstounů
- b) Kojenecké ústavy, dětské domovy

18. Oznamkujte na škále od 1 do 5 vhodnost následujících forem náhradní rodinné péče. Kterou z těchto forem byste doporučil?

Kde 1 - znamená určitě doporučil, 2 – spíše doporučil, 3 – nemám vyhraněný názor, 4 – spíš nedoporučil, 5 – určitě nedoporučil.

- a) Kojenecký ústav nebo dětský domov do 3 let.....
- b) Pěstounská péče na přechodnou dobu.....
- c) Pěstounská rodina jako dlouhodobé řešení.....

19. Myslíte si, že je Česká republika v tuto chvíli připravená na rušení kojeneckých ústavů? Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor a 4 spíše ne, 5 určitě ne.

1 2 3 4 5

Odůvodněte svůj názor:

20. Myslíte si, že je vhodné, aby se následující osoby staly pěstouny na přechodnou dobu? Svůj názor vyjádřete na škále od 1 do 5, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 nemám vyhraněný názor, 4 spíše ne, 5 určitě ne.

- a) Zaměstnanci kojeneckého ústavu, se kterými by byl rozvázán pracovní poměr z důvodu rušení ústavu.
1 2 3 4 5
- b) Lidé registrovaní na úřadu práce, kterým by, po zvážení, tuto možnost pracovního poměru nabízeli zaměstnanci úřadu práce.
1 2 3 4 5
- c) Pěstouni vykonávající klasickou pěstounskou péči, kteří by byli osloveni pracovníky OSPOD.
1 2 3 4 5
- d) Lidé z řad běžné populace na základě marketingové kampaně – billboardy, spoty v televizi, kampaň v médiích.
1 2 3 4 5

21. Domníváte se, že i poté, co vstoupí platnost novela zákona 359/1999 bude možné postupně zrušit všechny kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku, nebo bude nutné některé zachovat, případně přetransformovat v dětská centra? (Dětská centra, která budou pomáhat pěstounům, zajišťovat respitní péči, podporovat prevenci v biologické rodině tak, aby dítě nemuselo být odebráno.) Prosím zakroužkujte.

- a) Bude možné kojenecké ústavy i dětské domovy pro děti do tří let věku zrušit.
- b) Tyto ústavy a dětské domovy nebude možné všechny zrušit, některé budou muset zůstat zachovány.
- c) Tyto ústavy a dětské domovy bude možné zrušit, ale některé budou přetransformovány v dětská centra.

22. Uveďte jednu, dle vašeho názoru, nejvíce pozitivní věc na zrušení kojeneckých ústavů:

23. Uveďte jednu, dle vašeho názoru, nejvíce negativní věc na zrušení kojeneckých ústavů:

Příloha č. 6 Fotografie

Leták Dětského centra v Praze Krči

Těhotným ženám, které chtějí své těhotenství utajit, poskytujeme:

- ✦ oporu
- ✦ poradenství
- ✦ informace
- ✦ doprovázení

Těhotná žena, která se chce ukryt před porodem, může родit „diskrétně“ nebo v režimu utajeného porodu. Těhotné ženě kromě klidného, bezpečného a chráněného prostředí bezplatně poskytujeme:

- ✦ pobyt před porodem včetně komplexní zdravotní, psychologické a sociální péče
- ✦ zajištění kontaktů na porodnici
- ✦ po porodu přijmeme dítětko
- ✦ pokud si žena souhlas s náhradní rodinnou péčí rozmyslí, přijmeme ji zpět k jejímu dítěti
- ✦ pokud žena v šestinedělí podepíše souhlas s náhradní rodinnou péčí, dítě odchází do náhradní rodinné péče

ZELENÁ LINKA 800 260 900

Pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí

V souladu se zákonem č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí máme pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí, v rozsahu:

1. pomoc rodičům při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě
2. poskytování nebo zprostředkování poradenství rodičům při výchově a vzdělávání dítěte a při péči o dítě zdravotně postižené
3. pořádání přednášek a kurzů v rámci poradenské činnosti zaměřených na řešení výchovných, sociálních a jiných problémů souvisejících s péčí o dítě a jeho výchovu
4. zřizování a provoz zařízení odborného poradenství pro péči o dítě
5. zřizování a provoz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc



Poskytujeme ambulantní služby

Biologickým rodičům:

- ✦ sociální a psychologickou podporu a poradenství
- ✦ pravidelné informace o zdravotním a psychickém stavu dítěte
- ✦ v rámci návštěv děti uzavíráme s biologickými rodiči smlouvu o spolupráci na sanaci jejich rodiny

Rodičům, kteří se rozhodli přijmout dítě do adopce nebo do pěstounské péče:

- ✦ spolučast na přípravných kurzech pro budoucí osvojitele a pěstouny
- ✦ možnost individuální návštěvy zařízení v době zařazení do přípravných kurzů
- ✦ individuální konzultace s lékařem a psychologem
- ✦ výchovné a speciálně pedagogické poradenství a následnou péči pro děti v adopci nebo pěstounské péči
- ✦ společná přátelská setkání

Cíle práce zaměstnanců a přátel Dětského centra

- ✦ všestranně pomáhat dětem
- ✦ vychovávat děti v zařízení rodinného typu v atmosféře domova
- ✦ umožnit co největšímu počtu dětí návrat do rodinného prostředí
- ✦ pomáhat v sanaci biologické rodiny
- ✦ prohlubovat uvědomování si souvazitosti široké rodiny v níž jeden nese odpovědnost za druhého
- ✦ obnovovat úctu ke každému životu a probouzet zájem o opuštěné děti
- ✦ podporovat šíření adopce, pěstounské péče pro děti zdravé a i pro děti s postižením
- ✦ pomáhat při přípravě potenciálních rodičů a pěstounů
- ✦ následně podporovat rodiče s dětmi v náhradní rodinné péči i rodiče biologické

Kontaktní adresa:
Dětské centrum s komplexní péčí Nadací fond Dětský úsměv a podpůrnou rodinnou terapií

Sulická 120,
Reditelka: MUDr. Jaroslava Lukešová 140 00 Praha 4 – Krč
Sulická 120, 140 00 Praha 4 – Krč IČO: 60447231
Tel. 241 714 764, 241 715 252 – 3 CSOB: 572187093 / 0300
fax: 241 714 764 detskyusmev.wz.cz
e-mail: jaroslava.lukesova@ftn.cz

ZELENÁ LINKA: 800 260 900
Občanské sdružení MALICEK dobrovolnická služba -
Telefon: 737 500 313

FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE PRAHA

Dětské centrum

s komplexní péčí
a podpůrnou rodinnou terapií



Děkujeme z celého srdce všem sponzorům a všem dobrovolníkům, že našim dětem vytrvají a účinně pomáhají.

Poskytujeme široké spektrum služeb dětem a jejich rodinám.



www.ftn.cz/fileadmin/ftn/Kliniky/Kojenecky_ustav/Dokumenty/letakDC.pf

Herna v Dětském centru Strančice



<http://www.ddstrancice.cz/gallery/nabytek-na-hracky-29/#imghttp>

Dětský domov Charlotty Masarykové, Praha 5



http://www.ddzbraslav.cz/o_nas.php

Dětský domov Kladno

