

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Situace dětí v Dětském domově Charlotty Masarykové a jejich odchod do
náhradní rodinné péče**

Bakalářská práce

Autor: Klára Jalovcová
Vedoucí práce: Mgr. Johana Mertová

11. 5. 2009

Abstrakt

Náhradní výchovná péče obsahuje všechny druhy náhradní rodiny u dětí bez vlastního funkčního rodinného zázemí. Má dvě formy – ústavní a rodinnou. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku dětí z Dětského domova Charlotty Masarykové a jejich odchod do náhradní rodinné péče. Jedná se o zdravotnické zařízení s relativně malou kapacitou, které je určené pro děti od jednoho do tří let.

Praktickou část jsem rozdělila na dvě části v souladu se stanovenými cíly. Prvním cílem bylo zjistit sociální, zdravotní a právní situaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které byly umístěné v Dětském domově Charlotty Masarykové v letech 2005 až 2008. Druhým cílem bylo zmapovat situaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které odešly v letech 2000 až 2008 z Dětského domova Charlotty Masarykové do náhradní rodinné péče. Oba cíle byly splněny. Za účelem dosažení cílů byla použita metoda kvantitativního výzkumu, technika sekundární analýzy dat.

Byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1 - Nejčastějším důvodem pro umístění dětí do dětského domova jsou sociálně zdravotní důvody

Hypotéza 2 – většina dětí přichází do dětského domova ve špatném zdravotním stavu

Hypotéza 3 – Většina dětí z dětského domova je v kontaktu se svou biologickou rodinou

Hypotéza 4 – Děti, umístěné do NRP, odchází nejčastěji do pěstounské péče

Hypotéza 2 nebyla potvrzena, ostatní hypotézy potvrzeny byly. Z výsledků hypotézy 1 vyplývá, že děti přicházejí do dětského domova nejčastěji ze sociálně zdravotních důvodů, čistě zdravotních důvodů je málo. To souvisí s hypotézou 2, která se nepotvrdila. Většina dětí totiž přichází do dětského domova v dobrém zdravotním stavu. Převážná část dětí přichází do dětského domova z rodiny a s rodinou zůstává v kontaktu (hypotéza 3). Děti nejčastěji odchází zpět do rodiny, pokud odchází do NRP, pak pěstounská péče převažuje nad adoptí (hypotéza 4).

Výsledky práce budou použity pro účely dětského domova Charlotty Masarykové a pro sociální pracovníky k získání přehledu o situaci v daném zařízení.

Abstract

The substitute educational care embraces all kinds of a substitute family for children without own functioning family background. There are two forms - the institutional and the family one. In my bachelor thesis I focused on issues relating to children from the Charlotta Masaryk's Children Care Home and their departure to substitute family care. This medical facility has a relatively small capacity and is intended for children from one to three years of age.

In accordance with the set goals, I divided the practical part into two sections. The first goal was to ascertain social, health and legal situation of children with ordered institutional upbringing, who were placed in the Charlotta Masaryk's Children Care Home in the years of 2005 to 2008. The other goal was to map the situation of children with the ordered institutional upbringing, who departed from the Charlotta Masaryk's Children Care Home to the substitute family care. Both goals were fulfilled. In order to fulfil the goals, a quantitative research method was used, i.e. the secondary data analysis technique.

The following hypotheses were set:

Hypothesis 1 - The most frequent reason for placing children in the children's care home are social and health reasons

Hypothesis 2 - the majority of children come to the children's family home in a bad health condition.

Hypothesis 3 - the majority of children from the children's family home are in contact with their biological family

Hypothesis 4 - Children placed in the substitute family care leave most frequently to the foster care.

The hypothesis 2 was not confirmed, while the other hypotheses proved correct. It follows from the results of the hypothesis 1, that children come to the children care home most often out of social and health reasons, there are few purely health reasons. This is connected with the hypothesis 2, which was not confirmed. That is, the majority of children come to the children care home in a good health condition. The predominant majority of children come to the children care home from a family and stay in contact with them (hypothesis 3). Children

most often return to their family; in the event that they leave to the substitute family care, then the foster care prevails over adoption (hypothesis 4).

The results of work will be used for the purposes of Charlotta Masaryk's Children Care Home and also for social workers, so that they can get an overview of the situation in the facility in question.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Situace dětí v Dětském domově Charlotty Masarykové a jejich odchod do náhradní rodinné péče“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích: 11. května 2009

Poděkování

Děkuji Mgr. Johaně Mertové za odborné vedení, podnětné připomínky a trpělivost, s jakou se mi věnovala při vypracovávání mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	11
1.1. Týrané, zneužívané a zanedbávané děti.....	11
1.1.1. Rodiny dětí se syndromem CAN.....	12
1.1.2. Co děti nejvíc potřebují.....	12
1.2. Náhradní výchovná péče.....	13
1.3. Ústavní výchova.....	14
1.3.1. Výkon ústavní výchovy.....	14
1.3.2. Legislativa týkající se ústavní výchovy.....	15
1.3.3. Druhy ústavních zařízení.....	16
1.3.4. Nebezpečí ústavní péče.....	17
1.4. Náhradní rodinná péče.....	18
1.4.1. Rodina a její funkce.....	19
1.4.2. Legislativa týkající se náhradní rodinné péče.....	19
1.4.3. Osvojení (adopce).....	21
1.4.4. Mezinárodní osvojení.....	21
1.4.5. Pěstounská péče.....	22
1.4.6. Pěstounská péče na přechodnou dobu.....	23
1.4.7. Poručenství.....	23
1.4.8. Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče.....	24
1.4.9. Zprostředkování náhradní rodinné péče.....	24
1.5. Dětský domov Charlotty Masarykové.....	26
2. Cíl práce a hypotézy.....	28
2.1. Cíle práce.....	28
2.2. Hypotézy.....	28
3. Metodika.....	29
3.1. Použité metody a techniky výzkumu.....	29
3.2. Charakteristika souborů.....	30
3.2.1. Výzkumný soubor I.....	30
3.2.2. Výzkumný soubor II.....	30
4. Výsledky.....	31
4.1. Výzkumný soubor I.....	31
4.1.1. Důvody pro přijetí do DD.....	31
4.1.2. Odkud dítě do DD přišlo.....	33
4.1.3. Věk při příchodu do DD.....	34
4.1.4. Věk při odchodu z DD.....	34
4.1.5. Délka pobytu v DD.....	36
4.1.6. Etnikum.....	37
4.1.7. Zdravotní stav při příchodu do DD.....	37
4.1.8. Psychický stav při příchodu do DD.....	38
4.1.9. Kontakt s biologickou rodinou.....	40
4.1.10. Odchod z DD.....	41
4.2. Výzkumný soubor II.....	43
4.2.1. Důvody přijetí do DD.....	44

4.2.2.	Věk při příchodu do DD	44
4.2.3.	Věk při odchodu z DD	45
4.2.4.	Délka pobytu v DD	46
4.2.5.	Etnikum.....	46
4.2.6.	Zdravotní stav při příchodu do DD.....	47
4.2.7.	Psychický stav při příchodu do DD	48
4.2.8.	Druh právní volnosti	49
4.2.9.	Druh NRP	50
5.	Diskuze	52
6.	Závěr	60
7.	Seznam použitých zdrojů.....	62
8.	Klíčová slova	65
9.	Přílohy.....	66

Úvod

Osud každého z nás je jedinečný a neopakovatelný. Co je pro někoho samozřejmé, pro jiného znamená jen nereálný sen. Už příchod na svět je podle mnohých odborníků pro člověka velký šok. Ten ale rychle zmizí, pokud dítě končí v láskyplné náruči rodičů. I v pozdějším věku je rodinný kruh důležitá součást života. Někdo ale takové štěstí nemá.

Život téměř každého z nás začíná v jistém slova smyslu v ústavu, jak by se dala porodnice nazvat. Pro někoho je ale toto zařízení pouze prvním zastavením na dlouhé cestě. Následuje další podobné a pak možná ještě další, jen o málo jiné.

Proč a jak se děti do ústavů dostávají? Kdo jsou jejich rodiče a proč se o ně nemohou, nechtějí nebo neumějí postarat? Přicházejí sem pouze děti nemocné, se kterými si blízcí neumějí poradit, nebo i děti zdravé, které se „jen špatně narodily“? Jak dlouho tady musí zůstat, než zase půjdou dál? A kam odchází?

Už na začátku studia jsem věděla, že chci pracovat s dětmi. Během praxe jsem si proto záměrně vybrala práci v Dětském domově Charlotty Masarykové. A hledala jsem tam odpovědi na své otázky...

Mezi lidmi kolují různé mýty o dětských domovech a málokdo si pod tímto pojmem vybaví něco pěkného. V současnosti je velká snaha hledat jiné formy péče, přesto však jsou případy, kdy jiná možnost neexistuje. Proto se alespoň staré ústavy přetvářejí tak, aby se více podobaly rodinnému zázemí.

Dětský domov Charlotty Masarykové na Zbraslavi je svou povahou poměrně výjimečné zařízení. Jednak patří mezi zdravotnická zařízení a také má malou kapacitu. Není tedy možné výsledky výzkumu jakkoliv zobecňovat. Mohou však poukázat na některé situace a společenské jevy, které si jistě zaslouží pozornost.

1. Současný stav

1.1. Týrané, zneužívané a zanedbávané děti

Ochrana týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se poskytuje v rámci působnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí a dále také v působnosti jiných institucí, se kterými orgány sociálně-právní ochrany dětí musí spolupracovat. Pro děti, které jsou takto ohrožené, se v odborné literatuře používá termín „dětí ohrožené syndromem CAN“ (5) Původní představa fyzického týrání dítěte se později rozšířila i na pohlavní zneužívání, zanedbávání a psychické týrání. CAN jsou iniciály anglického termínu „child abuse and neglect“. J. Dunovský definuje v roce 1993 tento společenský jev jako „jakoukoliv nenáhodnou, preventabilní, vědomou či nevědomou aktivitu či neaktivitu, jíž se vůči dítěti dopouští rodič, vychovatel nebo jiná osoba a jež je v dané společnosti nepřijatelná nebo odmítaná a poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt. Za týrání dítěte se považuje i jeho pohlavní zneužívání“. Společným jmenovatelem všech těchto společenských jevů je, že se dítěti ubližuje, že dítě fyzicky a psychicky trpí a je také ohrožován jeho další vývoj. (4,14)

Zanedbávání dítěte je jakýkoliv druh nedostatku péče, který dítěti způsobuje vážnou újmu. Může mít podobu fyzického zanedbávání, které spočívá v neuspokojování základních tělesných potřeb (jídlo, spánek, teplo, ošacení,...) nebo psychického zanedbávání, které znamená neuspokojování citových a kognitivních potřeb dítěte. Matějček prosazuje v posledních letech termín „subdeprivace“, jímž označuje případy, kdy rodiče zanedbávají dítě jen v určitém ohledu, ne ve všech. Následné možné zpoždění vývoje dítěte je pak odvislé od zanedbávané oblasti, věku dítěte a dalších charakteristik. Nicméně neadekvátní vývoj může být jeden z prvních ukazatelů subdeprivace, která se jinak nemusí výrazně projevit. Objektem týrání a zanedbávání bývají často děti předčasně narozené, vážně nemocné, neklidné, zdravotně nebo mentálně znevýhodněné. (6,20)

1.1.1. Rodiny dětí se syndromem CAN

Rodiny zanedbávající a týrající děti mají některé společné rysy. Nejvýraznějším z nich je necitlivost k potřebám dítěte. Podstatný vliv na ní má osobnost rodičů. Tito rodiče se snaží vychovávat děti kritikou a nemají schopnost posilovat pozitivní chování dětí. Špatně ovládají svou agresi a snadno upadají do afektů. Časté tresty zmnožují nežádoucí chování dětí a zvyšují tak rodičovskou pohotovost k opětovnému udělování trestů. Jde o začarovaný kruh. Psychologické statistiky uvádějí jako převládající osobnostní rys agresivitu, rigidní nutkavost nebo pasivní závislost a nezralost. Častěji než v ostatní populaci se u těchto rodičů vyskytují tělesné handicapy, snížená inteligence, duševní nemoci, trestná činnost, psychopatie a silná nespokojenost s vlastním životem. Rodinná atmosféra je charakterizována jako celkově nepřátelská, převládá v ní kritika, odmítání, trestání a to i mezi dospělými členy rodiny. Požadavky, které na sebe jednotliví členové rodiny kladou, jsou nepřiměřeně vysoké, nereálné a nekonzistentní. Očekávání bývají ze zcela nepochopitelných důvodů měněna. Týrání či zneužívání dětí je pak předáváno z jedné generace rodičů na další. (19,18)

1.1.2. Co děti nejvíc potřebují

Základní potřeby dítěte lze rozdělit na biologické a psychické spolu se sociálními. Mezi biologické patří především potrava v náležité kvalitě i množství, teplo, čistota, ochrana před negativními vlivy z okolí, komplexní péče léčebně preventivní a další. Biologické potřeby pak výrazně přesahují do potřeb psychických a sociálních. (2)

Psychické potřeby úzce souvisí s otázkami jistoty a nejistoty v lidském životě, úzkosti a obrany proti ní. (10) Výzkumy ukázaly, že je asi pět základních psychických potřeb, které by měly být naplněny v pravý čas a v dostatečné míře, aby se dítě po duševní stránce vyvíjelo uspokojivě. Mezi tyto potřeby patří:

- Potřeba přiměřené stimulace - centrální nervový systém musí být patřičně podněcován, aby se naladil na optimální výkon. Podněty by měly přicházet v dostatečném množství a kvalitě. Nemělo by

jich být ani příliš málo ani moc, intenzita by neměla být ani silná ani slabá. Navíc to musí být podněty variabilní. (11,23)

- Potřeba smysluplného světa - jakási potřeba řádu ve věcech a vztazích. Jedině tak mohou z podnětů vznikat poznatky a zkušenosti. (11,23)
- Potřeba životní jistoty - teprve s jistotou v zádech se dítě může vydávat na dobrodružné výpravy za poznáním. (23)
- Potřeba pozitivní identity neboli vlastního já - čím je dítě starší, tím více si začíná uvědomovat své vlastní já. A podle toho, jak ho jeho lidé přijímají a jak se k němu chovají, stává se jeho sebevědomí a sebedůvěra silnější nebo slabší, pevnější nebo jen povrchní. Ve věku kolem dvou let přijímá dítě tzv. rodinnou identitu. Toto sebeuvědomování dítě podněcuje, aby se stavělo proti osobě druhého, ale zrovna tak jej nutí, aby usilovalo o náklonnost a úctu druhého člověka. (12,23)
- Potřeba otevřené budoucnosti - tato potřeba patří mezi specificky lidské. Někdy se také označuje jako existenciální. Pouze člověk si totiž uvědomuje plynutí času od počátku až do nevyhnutelného konce. Otevřená budoucnost, životní perspektiva, naděje, to jsou atributy, které dávají lidské existenci smysl. (9)

Pro dítě je rozhodující psychologické rodičovství, založené na vnitřním, psychickém, citovém přijetí dítěte, a nikoliv jen biologické rodičovství. Ve většině případů jde biologické a psychologické rodičovství ruku v ruce. Biologické rodičovství usnadňuje cestu psychologickému rodičovství, ale není jeho nezbytnou podmínkou. Existují případy, kdy biologické rodičovství v psychologické nevyústí. Pak nastupují náhradní formy rodinné výchovy. (25,10)

1.2. Náhradní výchovná péče

Náhradní výchovná péče (dále jen NVP) obsahuje všechny druhy náhradní rodiny u dětí bez vlastního funkčního rodinného zázemí. Má tedy dvě formy –

ústavní a rodinnou. NVP je obecně pro dítě tím lepší, čím více se podobá rodině. Proto se i v ústavních zařízeních prosazuje tzv. rodinný model péče, který spočívá ve zmenšování skupin vychovávaných dětí a skupiny se sestavují z dětí stejného věku. (20)

1.3. Ústavní výchova

Ústav je zvláštní fenomén, ve své podstatě má totiž dvě složky. Personál, který je v něm zaměstnán jako v jakékoliv jiné organizaci a klienty, pro které je dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Tento rozdíl v očekáváních a postojích je hlavním problémem ústavní péče. Personál totiž považuje klienty za objekt své práce, klienti však chtějí být individuálními subjekty. (22)

1.3.1. Výkon ústavní výchovy

Výkon ústavní výchovy je prováděn v instituci, která poskytuje dětem nepřetržitou péči spojenou s pedagogickou činností, ubytováním a stravováním. (21)

K nařízení ústavní výchovy a k podání návrhu orgánem sociálně- právní ochrany dětí se přistupuje ve chvíli, kdy je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a ostatní výchovná opatření nevedla k nápravě. Nebo také v případě, že rodiče nebo jiné osoby zodpovědné za výchovu dítěte tuto nemohou, nechtějí nebo neumějí zabezpečit. Soud může také dítě svěřit do péče zařízení vyžadující okamžitou pomoc. (5) Ústavní výchovu lze uložit jen nezletilé osobě a je možné ji prodloužit nejvýše do doby, kdy tato osoba dosáhne devatenácti let. (20)

Rozhodnutí, kterým se dítě odnímá z péče rodičů a umísťuje do ústavní péče, zasahuje hluboce jak do práv rodičů, tak i do práv dítěte. Před vlastním nařízením ústavní výchovy je proto soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí, tzn. svěřením dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče. Pokud pominou po nařízení ústavní výchovy její důvody nebo pokud je možné umístit dítě do náhradní rodinné péče, soud ústavní výchovu zruší. Soud má pak také povinnost jednou za šest měsíců přezkoumat, zda trvaj

důvody pro nařízení tohoto opatření. Opírá se při tom zejména o zprávy od orgánu sociálně právní ochrany dětí. (5)

Uložení ústavní výchovy může předcházet uložení výchovných opatření. Není to však nutností, v akutních případech se navrhuje tzv. předběžné opatření, o kterém musí soud rozhodnout do dvaceti čtyř hodin. Toto opatření může trvat nejvýše tři měsíce nebo v případě že bylo v souvislosti s výchovou nezletilého zahájeno jakékoliv řízení, trvá předběžné opatření po dobu, dokud nezačne platit nové rozhodnutí. (34)

1.3.2. Legislativa týkající se ústavní výchovy

Základy institutu ústavní výchovy jsou založeny zákonem o rodině č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů (§ 46). (33) Konkrétní úprava jejího výkonu a okolností s ní souvisejících je obsažena v dalších právních předpisech. (32) Pro případ, že se ústavní výchova vykonává v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku, právní úprava je obsažena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Děti, které jsou starší než tři roky, jsou umístovány do školských zařízení a v tomto případě je výkon ústavní nebo ochranné výchovy upraven zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. (20)

Ústavní výchovu je ale také možno vykonávat v ústavech sociální péče, resp. v zařízeních sociálních služeb pro děti různě zdravotně handicapované. Zákonnou podporu zde pak tvoří předpisy o sociálním zabezpečení, konkrétně zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. (5)

Důležitou roli hraje orgán sociálně-právní ochrany dětí, jehož zákonný rámec je dán zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. (34) Pokud je nutné rozhodnout o umístění dítěte do ústavní výchovy okamžitě, je možné využít institut předběžného opatření, popřípadě

vyslovení předběžné vykonatelnosti rozsudku. Zákonná úprava se nachází v zákoně č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád. (37)

1.3.3. Druhy ústavních zařízení

Zařízení pro výkon ústavní výchovy se rozdělují na:

Zařízení pro péči o děti novorozené a do věku tří let

Ministerstvo zdravotnictví:

- Kojenecký ústav
- Dětský domov pro děti do tří let věku

Zařízení pro péči o děti od tří let věku do dosažení zletilosti

Ministerstvo školství:

- Diagnostický ústav
- Dětský domov
- Dětský domov se školou
- Výchovný ústav

Zařízení pro děti s tělesným nebo mentálním postižením

Zařízení sociálních služeb – Ministerstvo práce a sociálních věcí:

- Ústav pro tělesně postiženou mládež
- Ústav pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením
- Ústav pro tělesně postiženou mládež s více vadami
- Ústav pro mentálně postiženou mládež (20,35)

Kojenecký ústav pečuje o děti od narození do jednoho roku věku dítěte. *Dětský domov pro děti do tří let věku* plní stejné úkoly jako kojenecké ústavy. V některých případech zde mohou děti pobývat až do šesti let věku. (20,35)

Diagnostický ústav existuje ve dvou podobách jako dětský diagnostický ústav a diagnostický ústav pro mládež. Je určen pro diagnostický pobyt zpravidla na dobu prvních osmi týdnů před zařazením do jiného druhu zařízení. (20,35) *Dětský domov* je zařízení určené pro děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Patří sem děti ve věkové kategorii zpravidla od tří do osmnácti let. Do dětského domova se mohou také umístit nezletilé matky se svými dětmi. (34,35) *Dětský domov se školou* pečuje o děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování nebo vyžadují výchovně léčebnou péči z důvodu duševní poruchy přechodného nebo trvalého rázu. Patří sem také děti s uloženou ochrannou výchovou a dále nezletilé matky s dětmi. (20) Výchovný ústav existuje ve dvou formách-výchovný ústav pro děti a mládež a výchovný ústav pro mládež. Výchovný ústav pro děti a mládež je jakýmsi spojením dětského domova se školou a výchovného ústavu pro mládež. Do výchovného ústavu pro mládež jsou zařazovány děti starší patnácti let, které mají závažné poruchy chování a byla u nich nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Může sem být ale zařazeno výjimečně i dítě starší dvanácti let s uloženou ochrannou výchovou, u kterého se projevují velmi závažné poruchy chování. (20,35)

Zařízení sociálních služeb jsou určena pro děti od tří let do ukončení školní docházky, případně do ukončení přípravy na povolání. (20,35)

1.3.4. Nebezpečí ústavní péče

Deprivace a subdeprivace

Situace, kdy nejsou dostatečně uspokojovány potřeby, a to v podobě absolutní nebo relativní. Deprivace menší intenzity se označuje jako subdeprivace. (6) Psychickou deprivací u dětí se pak myslí chybění příležitosti k budování pevné vazby s pečujícím dospělým a nedostatek příležitostí k rozvoji duševních schopností. (13,20)

Hospitalismus

Hospitalismus patří mezi nejzávažnější nebezpečí dlouhodobé ústavní péče. Ve své podstatě znamená stav, kdy se dítě adaptovalo na nepřírozené

ústavní podmínky a není již schopné dobře fungovat v neústavním, přirozeném, prostředí. (21)

Ponorková nemoc

Vzniká častěji v uzavřených ústavech, nicméně dotýká se v zásadě ústavní péče jako takové, tedy všude tam, kde se skladba obyvatel příliš nemění. (21)

Šikana

Existuje ve všech institucích, které jsou uzavřené a kde vládne autoritativní režim. Obětí šikany se stávají lidé nesebevědomí, slabí, jakkoliv od celku odlišní nebo nemocní. V ústavech má pak šikana ještě dalšího účastníka, kterým je personál. Ten může šikaně napomáhat třeba jen přehlížením zjevných signálů. Daleko tragičtější je ovšem šikana přímo ze strany personálu. (20,21)

Ztráta soukromí

Tento jev je pravidelnou daní za pobyt v jakémkoliv veřejném zařízení. V ústavní výchově to ale platí dvojnásob, jde totiž o jev dlouhodobý, a proto způsobující nedozírné následky. (21)

Zvláštnosti hodnotové orientace

Význam hodnotové orientace je pro člověka nedozírný. Jedná se vlastně o soubor vztahů jedince ke skutečnosti, který vzniká z jeho potřeb a interakcí v sociálním prostředí. Nejčastěji jsou hodnoty definovány na základě preference věcí, lidí a způsobů chování. (31)

1.4. Náhradní rodinná péče

Biologický rodič vnímá umístění dítěte do náhradní rodiny nebo do dětského domova jako zásadně odlišná řešení. Na jedné straně by chtěl, aby dítě mělo co nejlepší materiální podmínky, na druhé straně se ale bojí, že své dítě ztratí, jeho lásku a pozornost. (8) Proto je pro biologické rodiče často přijatelnějším řešením dětský domov, i přesto, že jsou seznámeni s výsledky výzkumů o vlivu ústavní péče na dítě. Z jejich pohledu je tam totiž dítě materiálně

zabezpečeno a přitom necítí ohrožení svého vztahu s dítětem. Náhradní rodinu rodiče vnímají jako velmi ohrožující, jako konkurenta a rivala, se kterým může jejich dítě navázat hluboký emocionální vztah. (1,28)

1.4.1. Rodina a její funkce

Rodina v naší době a poměrech ztratila mnohé funkce a vlastnosti, které jí dříve byly vlastní. Pokud bychom však ve stručnosti měli vyjmenovat ty, které zůstaly a případně i nabyly silnějšího významu a vytvářejí skutečně tu „správnou“ rodinu, patřily by tam tyto: přinášet citové uspokojení všem svým členům, připravit dítě pro život v dané společnosti, fungovat jako systém se zapojením do širší společnosti, mít schopnost sebezáchovy a sebeopravy, vzájemné uspokojování duševních potřeb dětí a jejich rodinných vychovatelů, přinášet trvalost a hloubku citových vztahů, mít společnou budoucnost, schopnost sdílení místa, času a prožitků, interakční model výchovy (vychovatelé i dítě přijímají i dávají, nikdo není pasivní příjemce), princip soužití a sdílení je povýšen nad pouhou výchovnou technologií (odměny se dávají i bez zásluhy a odpouští se bez odčinění). (15)

Rodina tedy má být místem soužití, spolupráce, souhry, sounáležitosti a sdílení. Zatímco ústavní výchova vede k důrazu na kontrolu vnější a děti většinou poslouchají a dodržují určitý řád jen v přítomnosti vychovatele, v dobré rodině je kladen důraz na rozvoj kontroly vnitřní. Na jakési zvnitřněné svědomí toho, co je správné a špatné, zlé a dobré. Mluví se o jakési kontrole na dálku, která nevyžaduje bezprostřední přítomnost vychovatele k tomu, aby dítě jednalo správně. (3,27)

1.4.2. Legislativa týkající se náhradní rodinné péče

Protože v právním řádu ČR není jasně definován pojem rodina, je také obtížně vymezitelný pojem náhradní rodinné péče (dále jen NRP). V širším slova smyslu lze tento výraz chápat jako péči o děti, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině, ať už jsou k tomu důvody jakékoliv. Úkolem NRP je pak nahradit chybějící péči rodičů péčí jiných fyzických osob a to tak, aby se tato podobala co

nejvíce péči rodičů. Konkrétní formu náhradní rodinné péče vždy určuje soud. (18)

Náhradní rodinná péče je druhem velmi specifické sociální pomoci, která zohledňuje dlouhodobé souvislosti v oblasti psychiky, sociálních vazeb a oblasti práva všech účastníků, to znamená dětí a žadatelů, případně rodičů. Tato péče vytváří velmi závažné vztahy, které se odehrávají v relativně dlouhém čase a mají velmi zásadní právní i lidské důsledky. (30)

Legislativně je NRP zajištěna v rámci sociálně- právní ochrany dětí. Jedná se konkrétně o Listinu základních práv a svobod, zákon č. 104/1991 Sb., Úmluvu o právech dítěte (32), zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Tento legislativní rámec formuluje zásady a pravidla zprostředkování náhradní rodinné péče, při tom stát je určen jako jediný oprávněný subjekt pro zprostředkování této péče. Významnou roli hrají soudy a orgány sociálně-právní ochrany dětí. (22) V pěstounské péči pak nachází své uplatnění zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře ve znění pozdějších právních předpisů (dávky pěstounské péče) a právní předpisy o sociálním zabezpečení (nemocenské a důchodové pojištění pěstounů). (16,36)

Do náhradní rodinné péče patří:

- Osvojení
- Mezinárodní osvojení
- Pěstounská péče
- Pěstounská péče na přechodnou dobu
- Poručenství
- Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče (5)

Obecní úřad obce s rozšířenou působností sleduje vývoj dětí, které byly svěřeny do výchovy jiných fyzických osob než rodičů; přitom jsou zaměstnanci obce s rozšířenou působností povinni navštěvovat rodinu, kde dítě žije, popřípadě jiné prostředí, kde se dítě zdržuje, nejméně jednou za tři měsíce v období prvních

šesti měsíců péče nahrazující péči rodičů, a poté v souladu se zájmy dítěte podle potřeby, nejméně však jednou za šest měsíců, a to na základě zvláštního oprávnění vydaného obecním úřadem obce s rozšířenou působností. (17,24)

1.4.3. Osvojení (adopce)

Mezi osvojitelem a osvojenecem vznikají vztahy jako mezi rodiči a dětmi a mezi osvojenecem a příbuznými osvojitele vztahy příbuzenské. Dítě získává příjmení nových rodičů. Osvojitelé mají v plném rozsahu rodičovskou zodpovědnost při výchově osvojeného dítěte. Vztahy dítěte k původní rodině zanikají (na rozdíl od pěstounské péče). Mezi osvojenecem a osvojitelem musí existovat přiměřený věkový rozdíl a osvojit lze pouze dítě nezletilé. Osvojit dítě může manželská dvojice, manžel nebo manželka rodiče dítěte i osamělá osoba. Musí to být však fyzické osoby, které zaručují svým způsobem života, že osvojení bude ku prospěchu dítěte. (16,26) K osvojení je třeba souhlasu zákonného zástupce dítěte, pokud je dítě schopno pochopit dosah osvojení, je nutný i jeho souhlas. Není třeba souhlasu rodičů v případě, že tito neprojeví po určitou dobu o dítě zájem (šest měsíců nebo dva měsíce po narození). Před rozhodnutím soudu o osvojení na návrh osvojitele musí být dítě na náklady budoucího osvojitele v jeho péči, a to po dobu nejméně tří měsíců (předadopční péče). O této předadopční péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. (34)

Zákon o rodině rozlišuje dva druhy osvojení: zrušitelné a nezrušitelné. *Zrušitelné* (1. stupně, prosté) lze z důležitých důvodů soudně zrušit, přičemž návrh může podat jak osvojenec, tak i osvojitel. *Nezrušitelným* osvojením (2. stupně) lze osvojit dítě starší jednoho roku a nelze zrušit. Osvojení zrušitelné může být změněno v osvojení nezrušitelné, naopak nikoliv. Po pravomocném rozhodnutí soudu o osvojení matrika automaticky změní u obou typů osvojení koncovku rodného čísla dítěte. Rovněž osvojitelé jsou na základě rozhodnutí soudu zapsáni v rodném listě dítěte. (5,38)

1.4.4. Mezinárodní osvojení

Pro realizaci mezinárodních osvojení byla v roce 1993 přijata Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení. Po ratifikaci Českou

republikou je toto osvojení možné i u nás od 1. 6. 2000. Tento dokument spolu se zákonem o sociálně- právní ochraně dětí (č. 359/1999 Sb.) umožňuje osvojení z ciziny a do ciziny v případě, kdy se nepodaří pro dítě najít rodinu v domovské zemi. Úmluva zavazuje všechny zúčastněné státy ke zřízení zprostředkovatelského orgánu na svém území. V České republice byl pro tyto účely zřízen Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí v Brně. Jeho úkolem je mimo jiné spolupracovat s orgány a subjekty vykonávajícími obdobnou činnost v cizině. (5,16)

1.4.5. Pěstounská péče

Do pěstounské péče se svěřují děti, u nichž není výchova u biologických rodičů dostatečně zajištěna a zájem dítěte takovou péčí vyžaduje. Tato forma náhradní rodinné péče je státem garantovaná a kontrolovaná. Dítě může být svěřeno fyzické osobě nebo manželům. Pokud je dítě schopno posoudit význam tohoto rozhodnutí, má se zjišťovat také jeho názor. (8) Tato péče má přednost před ústavní výchovou s ohledem na právo dítěte vyrůstat v rodinném prostředí. Ve srovnání s osvojením je svazek pěstouna s dítětem výrazně volnější. Především nevzniká příbuzenský vztah dítěte s pěstouny. I tato forma náhradní rodinné péče musí být ale schválena soudní cestou. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech, v podstatných záležitostech věci dítěte i nadále spravují biologičtí rodiče, pokud ovšem nejsou svých rodičovských práv zbaveni. Pěstoun se tedy nestává zákonným zástupcem dítěte. Biologickým rodičům také i nadále náleží právo stýkat se s dítětem, pokud v tomto svém právu nejsou omezeni soudem. Co se týká vyživovací povinnosti, ta i nadále náleží rodičům nebo osobám, které určí soud. Pěstoun tuto povinnost nemá. Ten má pouze práva a povinnosti v oblasti výchovné. Dítěti zůstává příjmení po vlastních rodičích. Pěstoun o dítě pečuje buď doma (individuální pěstounská péče) nebo v zařízení pro výkon pěstounské péče (skupinová pěstounská péče). Tato zařízení mohou zřizovat obce, kraje a nestátní subjekty, jako např. SOS sdružení dětských vesniček. (34)

Zákon o státní sociální podpoře přiznává dítěti v pěstounské péči tyto dávky:

- Příspěvek na úhradu potřeb dítěte

A pěstounovi za výkon pěstounské péče tyto dávky:

- Odměna pěstouna a odměna pěstouna ve zvláštních případech (pokud v péči tři a více dětí nebo dítě těžce zdravotně postižené)
- Příspěvek při převzetí dítěte
- Příspěvek na zakoupení motorového vozidla (pokud v péči tři a více dětí nebo dítě těžce zdravotně postižené)

Pěstounská péče zaniká dosažením zletilosti dětí, to znamená v osmnácti letech, může být ovšem soudem z důležitých důvodů nebo na žádost pěstouna zrušena i dříve. (16,36)

1.4.6. Pěstounská péče na přechodnou dobu

Na návrh orgánu sociálně- právní ochrany dětí může soud svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu a to takovým osobám, které jsou zařazeny do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče po přechodnou dobu. Toto opatření se realizuje pouze, když rodič nemůže ze závažných důvodů dítě vychovávat, na přechodnou dobu než může dát rodič souhlas s osvojením nebo na dobu do pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že není třeba souhlasu rodičů. (38)

Ve všech těchto případech je ale soud povinen jedenkrát za tři měsíce přezkoumat, zda důvody pro pěstounskou péči trvají. Pokud důvody odpadnou, musí o dalším osudu dítěte rozhodnout opět soud. Pěstouni mají nárok na dávky pěstounské péče pouze po dobu, kdy je dítě v jejich péči. (5,34)

1.4.7. Poručenství

Tato forma NRP řeší situaci dítěte, když oba rodiče dítěte zemřeli, oba rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon jejich rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven nebo rodiče nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. (16,38)

Poručník má za úkol dítě vychovávat, zastupovat a spravovat jeho majetek místo rodičů. (34) Poručníka musí ustanovit soud. Pokud tento bude o dítě řádně pečovat a plnit všechny složky rodičovské zodpovědnosti, pak zastupuje rodiče téměř v plném rozsahu a můžeme zde mluvit o náhradní rodinné péči. Poručník je v této situaci zabezpečen dávkami státní sociální podpory jako pěstoun. (5) Poručník je pod pravidelným dohledem soudu. Tomu je také povinen podávat zprávy o osobě poručenec, většinou v ročních intervalech. Jakékoli rozhodnutí poručníka v podstatné věci týkající se dítěte vyžaduje schválení soudem. Pokud by poručník rozhodl bez schválení soudu, pak je toto rozhodnutí neplatné. Soud může svým rozhodnutím úmysl poručníka schválit nebo zamítnout, nemůže jej však změnit, rozšiřovat či omezovat. Poručník se může proti zamítnutí odvolat. Po skončení poručenství je poručník povinen do dvou měsíců předložit soudu závěrečnou zprávu. (38)

Soud ustanoví poručníka na základě doporučení rodičů. Pokud takové doporučení neexistuje, soud stanoví některého příbuzného nebo osobu blízkou dítěti nebo jeho rodině nebo jinou fyzickou osobu, případně orgán sociálně-právní ochrany dětí. Tento také činí úkony v zájmu dítěte do doby, než je poručník ustaven. Poručenství zaniká ze zákona ve chvíli, kdy poručenec dosáhne zletilosti. (34)

1.4.8. Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Důvody pro svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče spočívají nejčastěji v objektivních okolnostech krátkodobého charakteru. Rodiče momentálně nejsou schopni o dítě pečovat, ale mají zájem zachovat vazbu s dítětem. Při výběru vhodné osoby se dává přednost příbuzným dítěte. Pokud je dítě schopno formulovat své názory, je třeba jeho názor respektovat. Rodiče i nadále zůstávají zákonnými zástupci dítěte, mají k dítěti vyživovací povinnost a spravují jeho majetek. (34,38)

1.4.9. Zprostředkování náhradní rodinné péče

Zprostředkování náhradní rodinné péče spočívá na jedné straně ve vyhledávání dětí vhodných pro náhradní rodinnou péči a na straně druhé nalezení

vhodných osvojitelů nebo pěstounů pro tyto děti. Toto zprostředkování se provádí jen na žádost fyzické osoby, která má zájem osvojit dítě nebo jej přijmout do pěstounské péče. Žádost se podává u obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Vlastní zprostředkování provádí v České republice krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí. Osvojení mezi Českou republikou a cizinou zajišťuje Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí. (38)

Nejprve je třeba ze strany zájemců o NRP, aby navštívili obecní úřad obce s rozšířenou působností. Sociální pracovník zde seznámí žadatele s jednotlivými formami NRP a průběhu zprostředkování. Žadatelé obdrží žádost o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování NRP. Sociální pracovník provede šetření v rodině a shromáždí všechny potřebné doklady. Obecní úřad pak postoupí kopii kompletní spisové dokumentace žadatelů krajskému úřadu, který tvoří a zároveň vede evidenci dětí a žadatelů a rozhoduje na základě odborného posouzení o zařazení do této evidence. V rámci odborného posouzení žadatelé absolvují psychologické vyšetření a posouzení zdravotního stavu u posudkového lékaře. Patří sem také příprava žadatelů, která se soustřeďuje na schopnost pečovat o přijaté dítě. Po vyhodnocení všech skutečností rozhodne krajský úřad o zařazení do evidence kladně nebo zamítavě. Žadatelé mají právo se proti negativnímu rozhodnutí odvolat. Krajský úřad vede paralelně evidenci dětí vhodných pro NRP. Po vydání rozhodnutí o zařazení do evidence žadatelů následuje vlastní zprostředkování. Krajský úřad průběžně hledá vhodné žadatele pro konkrétní děti zařazené v evidenci. V každém kraji existuje poradní sbor pro náhradní rodinnou péči. Je to tým odborníků sestavený z pracovníků náhradní rodinné péče krajského úřadu, sociálních pracovníků, psychologů, dětských lékařů, ředitelů kojeneckých ústavů, dětských domovů a jiných ústavních zařízení. Poradní sbor posuzuje jednotlivé případy dětí, které mohou být předány do nové rodiny, a z evidence žadatelů doporučuje konkrétním dětem vhodné rodiny. Je snaha pro dítě vybrat z evidence žadatelů nejméně tři páry vhodných rodičů, kterým se stanoví pořadí. Pokud se poradnímu sboru nepodaří v jeho evidenci žadatelů nalézt vhodné rodiče pro dítě, rozešle se kopie údajů o dítěti po ostatních krajských pracovištích náhradní rodinné péče s žádostí o pomoc při vytipování vhodných žadatelů. V situaci, kdy jsou již žadatelé vybráni jako vhodní rodiče pro konkrétní dítě,

zašle jim krajský úřad oznámení o vhodnosti stát se osvojiteli nebo pěstouny. Na základě tohoto oznámení se žadatelé mohou s dítětem seznámit. Pokud se pak rozhodnou dítě přijmout do své péče, požádají obecní úřad o vydání rozhodnutí o svěřeni dítěte do předadopční péče nebo do péče budoucích pěstounů. Konečné slovo má ale soud, ke kterému musí žadatelé podat návrh na svěřeni dítěte do PP nebo osvojení. (7,38)

Pokud dali rodiče souhlas k osvojení dítěte předem ve vztahu k určitým osvojitelům nebo pokud podal návrh na osvojení manžel rodiče dítěte nebo pozůstalý manžel po rodiči, zprostředkování se neprovádí. Matka může dát souhlas s osvojením bez vztahu k určitému osvojiteli až šest týdnů po porodu. U pěstounské péče se neprovádí zprostředkování v situaci, kdy návrh podala osoba dítěti příbuzná nebo blízká dítěti či rodině. (34)

Zprostředkování náhradní rodinné péče je upraveno v zákoně 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění. (22)

1.5. Dětský domov Charlotty Masarykové

Dětský domov založila v roce 1946 Charlotta Masaryková. O výstavbu se postarala Okresní péče o mládež ve Zbraslavi. Jednalo se v té době o zařízení pro děti, mládež a matky s dětmi. Teprve začátkem padesátých let se zařízení stalo dětským domovem pro děti od jednoho do tří let věku s kapacitou padesát lůžek a z názvu zmizelo jméno Charlotty Masarykové. Od 1. 1. 2003 se s přechodem na kraje stal dětský domov nestátním zdravotnickým zařízením, příspěvkovou organizací. Zřizovatelem se stalo Hlavní město Praha. Byl také obnoven původní název Dětský domov Charlotty Masarykové. (29)

V současné době je Dětský domov Charlotty Masarykové nestátním zdravotnickým zařízením s kapacitou třicet dětí převážně ve věku od jednoho do tří let. Výjimečně jsou zde děti mladší či starší, nejvýše však předškolní. Jedná se o děti, které mají v dětském domově sourozence, nebo pokud ještě není vyřešen jejich další osud. Je tak upřednostněno vyřešení budoucnosti dítěte před zbytečným putováním do dalších dětských domovů. Dětský domov je také zařazen mezi zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, z celkové kapacity je zde rezervováno na tyto účely pět lůžek. Děti do zdejšího dětského domova

přicházejí pokud se o ně rodina nemůže, nechce nebo neumí postarat, ale domov zde nacházejí i děti týrané a zneužívané. Nejčastěji jsou sem děti umíst'ovány rozhodnutím soudu, někdy je to však i na žádost samotných rodičů. A to ve chvíli, kdy se rodina nachází v tíživé sociální situaci nebo rodič samoživitel je hospitalizován, apod. Takové děti jsou zde pouze na dobu přechodnou, než se situace v rodině vyřeší. Pokud nepříznivé podmínky v biologické rodině trvají a dítě se sem nemůže vrátit, odchází po nezbytných právních procedurách do náhradní rodinné péče. Pouze v krajním případě dítě odchází do dalšího dětského domova, tentokrát školského typu. (29)

V současnosti pracuje v Dětském domově Charlotty Masarykové třicet dva zaměstnanců, z toho čtrnáct sester, dvě ošetrovatelky, sestra pro rehabilitaci, výchovná sestra, sestra pro sociální práci, dětská lékařka (ředitelka) a pracovníci hospodářsko-technického úseku (kuchyně, prádelna, úklid, údržba). Na částečný úvazek zde působí psycholog a logoped. Díky relativně malé kapacitě se všichni zaměstnanci znají se všemi dětmi a domov tak vlastně funguje jako velká rodina. (29)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cílem práce je zjistit sociální, zdravotní a právní situaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které byly umístěné v Dětském domově Charlotty Masarykové v letech 2005 až 2008. Druhým cílem je zmapovat situaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které odešly v letech 2000 až 2008 z Dětského domova Charlotty Masarykové do náhradní rodinné péče.

2.2. Hypotézy

Hypotéza 1

Nejčastějším důvodem pro umístění dětí do dětského domova jsou sociálně zdravotní důvody.

Hypotéza 2

Většina dětí přichází do dětského domova ve špatném zdravotním stavu.

Hypotéza 3

Většina dětí z dětského domova je v kontaktu se svou biologickou rodinou.

Hypotéza 4

Děti, umístěné do NRP, odchází nejčastěji do pěstounské péče.

3. Metodika

3.1. Použité metody a techniky výzkumu

Pro dosažení výše zmíněných výzkumných cílů a potvrzení či vyvrácení hypotéz jsem použila metodu kvantitativního výzkumu. U výzkumných souborů jsem pak využila techniku sekundární analýzy dat, která slouží k odhalení obsahu dokumentů.

V Dětském domově Charlotty Masarykové mi byla poskytnuta veškerá dokumentace týkající se všech dětí umístěných v dětském domově v letech 2005 až 2008. Pro druhý soubor jsem pak z dokumentace vybírala pouze děti, které odešly do náhradní rodinné péče, a to v letech 2000 až 2008. Oba soubory v souladu s cíli tvoří děti s nařízenou ústavní výchovou. Při výzkumu jsem zjistila, že část dětí je v dětském domově umístěna jen na denní pobyt v režimu mateřské školky, případně na ozdravný prázdninový pobyt. Protože tyto děti nepředstavují klasickou ústavní výchovu, nezahrnula jsem tyto děti do prvního základního souboru. Jedná se o 26 dětí (tj. 32%) z celkového počtu 82 umístěných dětí.

Při příchodu dítěte do domova se zakládá spis, kde se zaznamenává jeho zdravotní stav jak při příchodu, tak i v průběhu pobytu, rodinná i osobní anamnéza, návštěvy rodinných příslušníků i návštěvy dítěte doma a průběh těchto návštěv a dále veškeré právní úkony týkající se dítěte. Součástí jsou také výsledky psychologického, logopedického a dalších odborných vyšetření. Personál do dokumentace zaznamenává rovněž veškeré neobvyklé reakce, změny či vývoj dítěte ať už po stránce zdravotní či psychické.

Do předem vypracovaných tabulek jsem z dokumentace vypisovala data podle oblastí zájmu. U prvního výzkumného souboru jsem se soustředila především na důvody pro přijetí dítěte do dětského domova (dále jen DD), odkud dítě do DD přišlo, věk při příchodu do DD, věk při odchodu z DD, délku pobytu v DD, etnikum dítěte, zdravotní a psychický stav, kontakt dítěte s biologickou rodinou, případně s kým z rodiny a kam dítě z DD odešlo. U druhého výzkumného souboru jsem pak kladla důraz na důvody pro přijetí dítěte do DD, věk při příchodu do DD, věk při odchodu z DD, délku pobytu v DD, etnikum,

zdravotní a psychický stav, druh právní volnosti a do jakého druhu NRP dítě odešlo.

Sběr těchto dat pro první soubor jsem provedla v období od října do prosince 2008 a pro druhý soubor od listopadu do prosince 2008 a ještě během měsíce ledna 2009. Tabulky jsem následně zpracovala v databázi a výsledky výzkumného šetření vyjádřila tabulkově a graficky.

3.2. Charakteristika souborů

Vzhledem k zadaným cílům jsem vytvořila dva výzkumné soubory.

3.2.1. Výzkumný soubor I

První soubor tvoří všechny děti, které byly umístěné v Dětském domově Charlotty Masarykové v letech 2005 až 2008 a byla u nich nařízená ústavní výchova. Jedná se o 56 dětí.

3.2.2. Výzkumný soubor II

Druhý soubor je tvořen všemi dětmi, které odešly do náhradní rodinné péče v letech 2000 až 2008. Jedná se o 60 dětí, u kterých byla soudně nařízená ústavní výchova.

Tabulka č. 1: Děti umístěné do NRP v letech 2000 až 2008

Rok odchodu	Počet	Procento
2000	15	25%
2001	2	3%
2002	7	12%
2003	7	12%
2004	8	13%
2005	3	5%
2006	7	12%
2007	4	7%
2008	7	12%
Celkem	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4. Výsledky

4.1. Výzkumný soubor I

První soubor tvoří všechny děti, které byly umístěné v Dětském domově Charlotty Masarykové v letech 2005 až 2008 a byla u nich nařízená ústavní výchova.

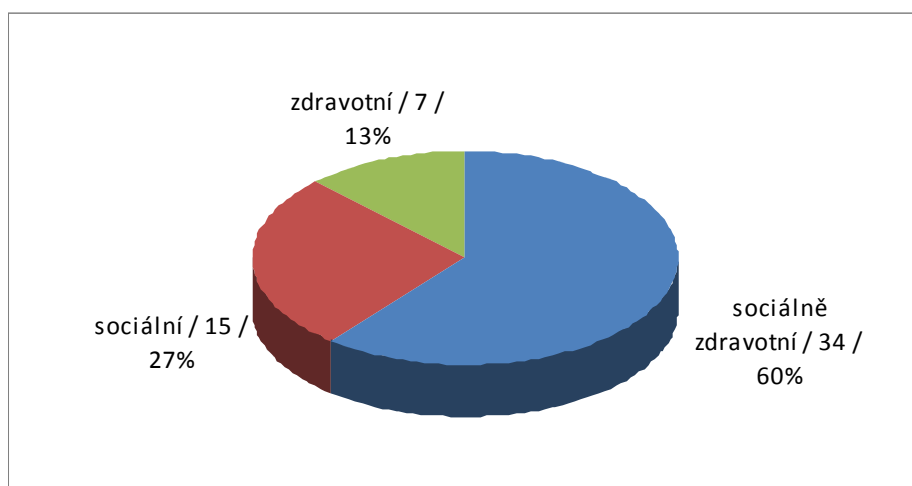
U prvního souboru, tvořící děti s nařízenou ústavní výchovou umístěné do DD v letech 2005-2008, jsem sledovala tyto parametry:

- Důvody pro přijetí do DD
- Odkud dítě do DD přišlo
- Věk při příchodu do DD
- Věk při odchodu z DD
- Délku pobytu v DD
- Etnikum
- Zdravotní stav při příchodu do DD
- Psychický stav při příchodu do DD
- Kontakt s biologickou rodinou
- Kam dítě z DD odešlo

4.1.1. Důvody pro přijetí do DD

Nejvíce dětí, tj. 34 (tj. 60%) bylo přijato ze smíšených sociálně zdravotních důvodů. 15 dětí (tj. 27%) přišlo do DD ze sociálních důvodů a nejméně dětí, tedy 7 (tj. 13%) přišlo z důvodů zdravotních.

Graf č. 1: Důvody pro přijetí dětí do DD



Zdroj: vlastní výzkum

Konkrétní důvody, které jsou zařazeny mezi sociálně zdravotní, jsou uvedeny v tabulce č. 2. Nejvíce se vyskytovalo zanedbání výchovy a péče 25 dětí (tj. 45%), což obnášelo zanedbání jak fyzické tak i psychické. V 5 případech (tj. 9%) se vyskytl abusus drog u rodičů a po dvou případech (tj. 4%) abusus alkoholu u rodičů a léčba rodičů na psychiatrii.

Nejčastějšími sociálními důvody bylo bezdomovectví rodičů u 6 dětí (tj. 11%), jejich neschopnost dítě zabezpečit po stránce finanční a materiální. Mezi další sociální důvody pak patří okamžitá pomoc, tedy pomoc rodinám, které se náhle a nečekaně ocitly v sociální nouzi. Ať už tato nouze byla způsobená umístěním rodičů do vazby (1 dítě, tj. 2%), výkonu trestu (3 děti, tj. 5%) či nemocničního zařízení (3 děti, tj. 5%). Zcela specifickou skupinou jsou pak děti opuštěné, které tvořily 4% (2 děti).

Mezi zdravotní důvody pro přijetí jsou zařazena těžká somatická či smíšená postižení. Vyskytly se zejména kombinované vrozené vývojové vady nebo epilepsie. Týrání a pohlavní zneužívání je zařazeno také mezi zdravotní důvody, i když děti s takovou anamnézou samozřejmě vyžadují komplexní péči.

Tabulka č. 2: Důvody pro přijetí dětí do DD – detailní dělení

Důvod přijetí	Důvod přijetí - detail	Počet	Procento
sociálně zdravotní	zanedbání výchovy a péče	25	45%
	rodiče abusus drog	5	9%
	rodiče abusus alkoholu	2	4%
	rodiče léčba na psychiatrii	2	4%
sociální	bezdomovectví	6	11%
	okamžitá pomoc - opuštěné dítě	2	4%
	okamžitá pomoc - rodiče výkon trestu	3	5%
	okamžitá pomoc - rodiče vazba	1	2%
	okamžitá pomoc - rodiče hospitalizace	3	5%
zdravotní	těžké zdravotní postižení	3	5%
	týrání	2	4%
	pohlavní zneužívání	2	4%
Celkem		56	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.2. Odkud dítě do DD přišlo

Největší počet dětí přišel do dětského domova z rodiny, jednalo se o 44 dětí (tj. 79%). Druhým nejčetnějším místem, odkud děti přišly do dětského domova, byla nemocnice (6 dětí, tj. 11%). Jiné ústavní zařízení se vyskytlo ve 4 případech (tj. 8%). Ve 2 případech (tj. 8%) byla předchozím místem pobytu ubytovna. Jednalo se o sociální případy, rodiny bez bytu a finančních prostředků.

Tabulka č. 3: Odkud děti do DD přišly

Předchozí pobyt	Počet	Procento
DD	2	4%
kojenecký ústav	2	4%
nemocnice	6	11%
rodina	44	79%
ubytovna	2	4%
Celkem	56	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.3. Věk při příchodu do DD

Nejvíce dětí přišlo ve věku od jednoho do dvou let. Jednalo se o 13 dětí (tj. 23%). Naopak dětí starších šesti let bylo nejméně, pouze 5 (tj. 9%). Nejmladšímu dítěti byly tři měsíce, nejstaršímu devět let.

Tabulka č. 4: Věk při příchodu do DD

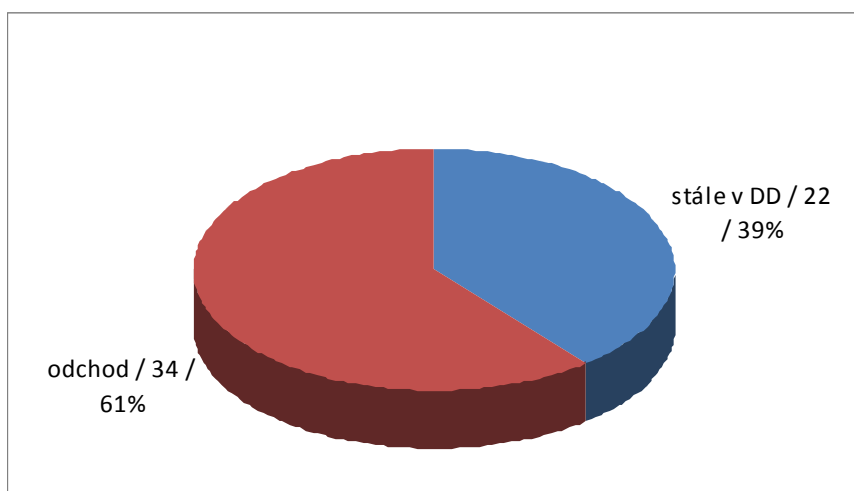
Věk při příchodu	Počet	Procento
do 1 roku	10	18%
do 2 let	13	23%
do 3 let	6	11%
do 4 let	7	13%
do 5 let	8	14%
do 6 let	7	13%
starší	5	9%
Celkem	56	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.4. Věk při odchodu z DD

Graf č. 2 znázorňuje poměr dětí, které v době do ukončení výzkumu odešly z DD a dětí, které zde ještě zůstaly. Většina dětí (34, tj. 61%) odešla, v DD zůstalo pouze 22 dětí (tj. 39%).

Graf č. 2: Poměr dětí, které odešly a které zůstaly v DD



Zdroj: vlastní výzkum

První údaj v následující tabulce č. 5 tvoří děti, které v době sběru dat byly stále ještě v dětském domově. Jednalo se o 22 dětí (tj. 39%) z celkového počtu dětí ve zkoumaném souboru. Nejvíce dětí odešlo mezi pátým a šestým rokem, jednalo se o 9 dětí (tj. 16%). Naopak nejméně dětí, pouze 1 dítě (tj. 2%), odešlo mezi třetím a čtvrtým rokem. Nejstarší dítě odešlo ve věku devíti let. Nejmladší dítě odešlo jako půlroční.

Tabulka č. 5: Věk při odchodu z DD

Věk při odchodu	Počet	Procento
Zde	22	39%
do 1 roku	3	5%
do 2 let	4	7%
do 3 let	3	5%
do 4 let	1	2%
do 5 let	7	13%
do 6 let	9	16%
jako starší	7	13%
Celkem	56	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.5. Délka pobytu v DD

Tabulka č. 6 znázorňuje délku pobytu dětí, které zůstaly v DD. 11 dětí (tj. 50%) se v dětském domově vyskytovalo od jednoho do dvou let. 7 dětí (tj. 32%) bylo v DD v délce do jednoho roku. Naopak délka pobytu od třech do čtyřech let se nevyskytla u žádného dítěte. Nejdéle je ve zdejším DD umístěné dítě, které je zde již pět a půl roku.

Tabulka č. 6: Délka pobytu dětí, které jsou stále v DD

Délka pobytu	Počet	Procento
do 1 roku	7	32%
do 2 let	11	50%
do 3 let	2	9%
do 4 let	0	0%
do 5 let	1	5%
do 6 let	1	5%
Celkem	22	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7 ukazuje délku pobytu dětí, které z DD již odešly a jejich pobyt je tedy ukončený. Nejvíce dětí (16, tj. 47%) zde bylo do jednoho roku, následovaly děti s pobytem od jednoho do dvou let (10, tj. 29%). Pouze 1 dítě (tj. 3%) zde bylo od čtyře do pěti let. Nejkratší dobu zde byl devítiletý chlapec, pouze na čtrnáct dnů. Naopak nejdéle bylo v tomto zařízení umístěné dítě, které odešlo do náhradní rodinné péče po pětiletém pobytu.

Tabulka č. 7: Délka pobytu dětí, které odešly z DD

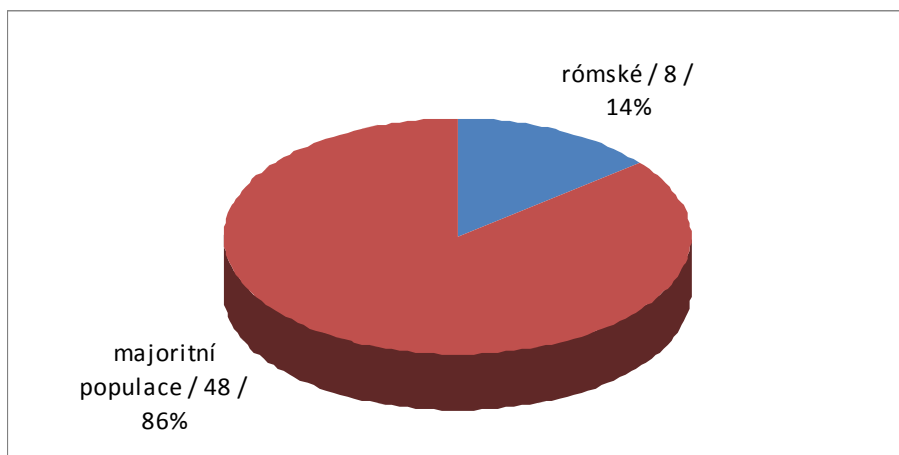
Délka pobytu dětí, které odešly z DD	Počet	Procento
do 1 roku	16	47%
do 2 let	10	29%
do 3 let	3	9%
do 4 let	4	12%
do 5 let	1	3%
Celkem	34	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.6. Etnikum

48 dětí (tj. 86%) patřilo mezi majoritní populaci, 8 (tj. 14%) pak tvořilo rómské etnikum. Nejčastějším důvodem pro přijetí přitom byly u rómského etnika sociální důvody (rodiče bez práce, bytu a finančních prostředků), případně smíšené sociálně zdravotní důvody (rodiče nástup do vazby nebo výkonu trestu).

Graf č. 3: Etnické složení



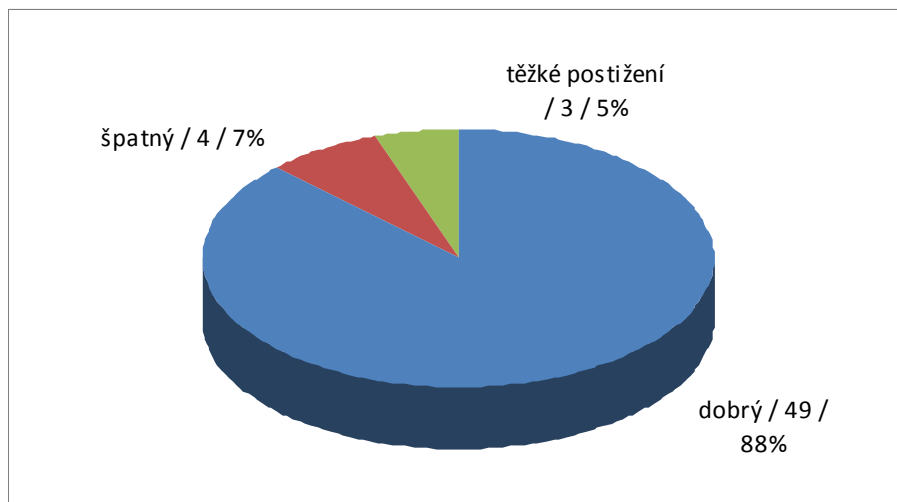
Zdroj: vlastní výzkum

4.1.7. Zdravotní stav při příchodu do DD

V tomto souboru se vyskytly 4 děti (tj. 7%) ve špatném zdravotním stavu. Špatným zdravotním stavem se rozumí stavy po týrání nebo sexuálním zneužívání, případně velmi špatné péči rodičů, kdy dítě fyzicky strádá. Nejedná se

o stav nevratný či nevléčitelný, dítě však vyžaduje zvýšenou zdravotnickou péči. U 3 dětí (tj. 11%) byl jejich zdravotní stav kvalifikován jako těžké postižení. Jedná se zejména o kombinované vrozené vývojové vady či epilepsii. Vyskytl se i nevyvinutý polykací reflex a těžké postižení trávicího traktu. 49 dětí (tj. 88%) bylo při příchodu v dobrém zdravotním stavu.

Graf č. 4: Zdravotní stav dětí při příchodu do DD

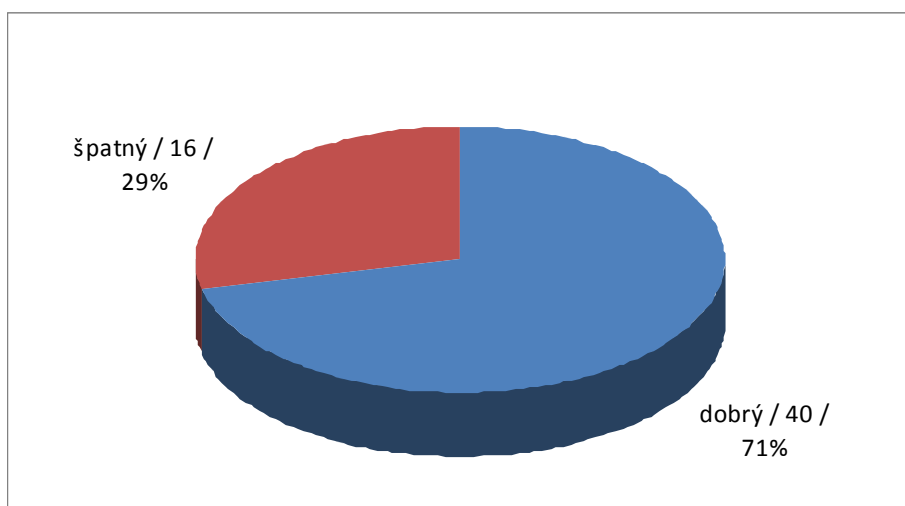


Zdroj: vlastní výzkum

4.1.8. Psychický stav při příchodu do DD

V dobrém stavu bylo 40 dětí (tj. 71%). Naopak ve špatném stavu bylo 16 dětí (tj. 29%). K této kategorii je nutné dodat, že dělení psychického stavu na dobrý a špatný je relativní. Z krátkodobého hlediska je stav všech dětí při přijetí do dětského domova špatný. Zde jsou do kategorie „špatný psychický stav“ zařazeny děti, u kterých se jedná o dlouhodobou záležitost spojenou ještě s jinými událostmi než je vlastní nástup do ústavního zařízení.

Graf č. 5: Psychický stav dětí při příchodu do DD



Zdroj: vlastní výzkum

Následující tabulka č. 8 rozděluje špatný psychický stav na další kategorie podle důvodu vzniku. Opožděný psychomotorický vývoj, který se vyskytl u 6 dětí (tj. 11%), je častější u dětí zanedbaných ze sociálně slabých rodin. Také se o něco častěji objevuje u rómského etnika. Naopak týrání (2 děti, tj. 4%) a pohlavní zneužívání (3 děti, tj. 5%) se objevuje více u majoritní populace. Těžké postižení bylo zaznamenáno u 5 dětí (tj. 9%).

Tabulka č. 8: Psychický stav dětí při příchodu do DD – detailní dělení

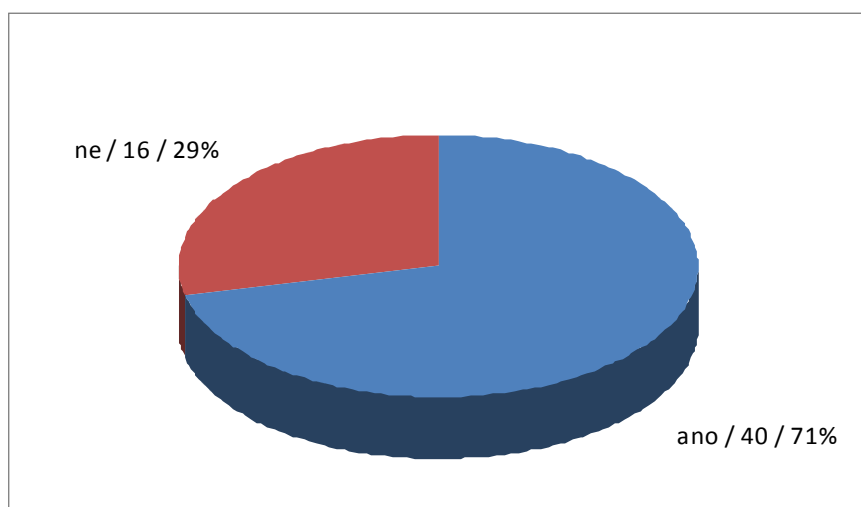
Psychický stav	Počet	Procento
dobrý	40	71%
opozděný PMV	6	11%
špatný - pohlavní zneužívání	3	5%
špatný - týrání	2	4%
těžké postižení	5	9%
Celkem	56	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.9. *Kontakt s biologickou rodinou*

Kontaktem s rodinou se myslí pravidelný nebo alespoň častější kontakt. Nejsou sem např. zařazeny děti, u nichž byl kontakt ojedinělý a následně bylo rozhodnuto o půlročním nezájmu nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti. Kontakt s rodinou mělo 40 dětí (tj. 71%). Naopak zcela bez kontaktu s rodinou bylo 16 dětí (tj. 29%).

Graf č. 6: Kontakt s rodinou



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější byl kontakt dětí s oběma rodiči (24 dětí, tj. 60%). Druhý nejčastější byl se samotnou matkou (6 dětí, tj. 15%), a to v případech neúplných rodin. Kontakt se samotným otcem se vyskytl pouze v 1 případě (tj. 3%), kdy matka dítě opustila. V 9 případech (tj. 23%) měly děti kontakt s prarodiči samotnými nebo v kombinaci s matkou či rodiči.

Tabulka č. 9: Kontakt s rodinou a příbuznými - detail

Kontakt s kým	Počet	Procento
matka	6	15%
matka, prarodiče	5	13%
otec	1	3%
prarodiče	2	5%
rodiče	24	60%
rodiče, prarodiče	2	5%
Celkem	40	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 10 je samostatně znázorněn kontakt dětí se sourozenci. Nejtěsnější je kontakt mezi sourozenci, kteří jsou stále spolu (14 dětí, tj. 39%), ať už v DD Charlotty Masarykové nebo spolu odešli do jiného ústavního zařízení, rodiny nebo NRP (7 dětí, tj. 19 %). Ve 2 případech (tj. 6%) spolu sourozenci strávili společně čas v DD Charlotty Masarykové, ale odešli každý jinam, konkrétně jeden do pěstounské péče prarodičů a druhý do jiného ústavního zařízení. 13 sourozenců (tj. 36 %) není spolu.

Tabulka č. 10: Kontakt se sourozenci

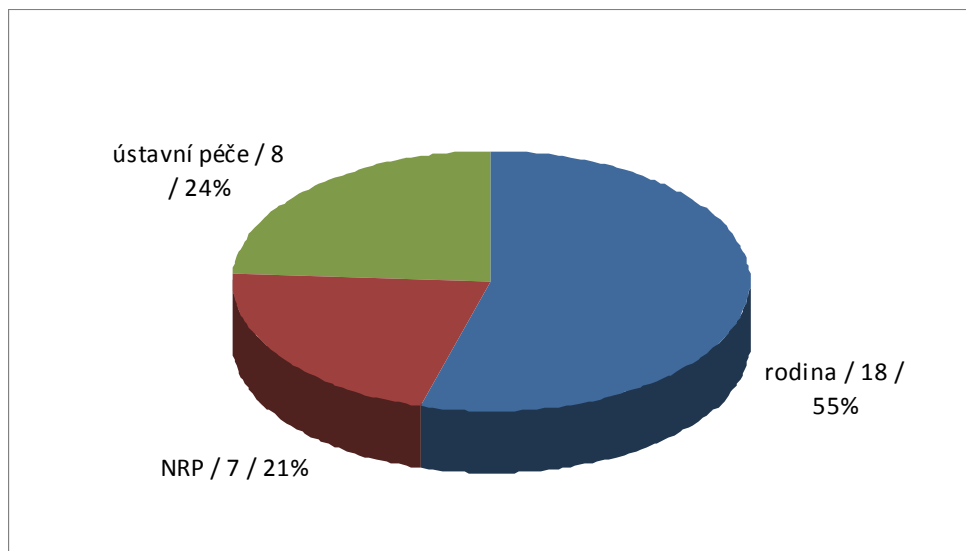
Kontakt se sourozenci	Počet	Procento
Sourozenci stále spolu v DD CH.M.	14	39%
Sourozenci odešli spolu z DD	7	19%
Sourozenci odešli jinam z DD	2	6%
Sourozenci jinde než v DD CH.M.	13	36%
Celkem	36	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.10. Odchod z DD

Nejvíce dětí (18, tj. 55%) odešlo z DD zpět do rodiny. Do jiného druhu ústavní péče odešlo 8 dětí (tj. 24%). Nejméně dětí ze sledovaného souboru odešlo do NRP (7 dětí, tj. 21%).

Graf č. 7: Odchod z DD



Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 11 tvoří první údaj děti, které se vyskytovaly v době ukončení výzkumu stále ještě v DD. Jedná se o 22 dětí (tj. 39 %). Z ostatních dětí, které odešly do rodiny, odešlo nejvíc dětí k rodičům nebo v neúplných rodinách k matce (6 dětí, tj. 11%). K otci odešly 2 děti (tj. 4%), kde matka buď rodinu opustila nebo byla umístěna do výkonu trestu. K prarodičům odešly 4 děti (tj. 7%), z toho 1 dítě k oběma prarodičům, 3 děti pouze k babičce.

Do NRP odešlo 21 % dětí, z toho 5 dětí (tj. 9%) do adopce. Do pěstounské péče odešly 2 děti (tj. 4%). Umístěno do pěstounské péče bylo také dítě zdravotně postižené. Do dalšího ústavního zařízení odešlo 8 dětí (tj. 15%), z toho 5 do dalších dětských domovů. V několika případech se jednalo o umístění na žádost rodičů. 2 děti (tj. 4%) odešly do speciální mateřské školky, jedno dítě (tj. 2%) odešlo do ústavu sociální péče.

Tabulka č. 11: Odchod z DD - detail

Odchod z DD	Počet	Procento
zde	22	39%
matka	6	11%
otec	2	4%
rodiče	6	11%
babička	3	5%
prarodiče	1	2%
pěstounská péče	2	4%
adopce	5	9%
DD	5	9%
speciální MŠ	2	4%
ústav sociální péče	1	2%
zemřelo v DD	1	2%
Celkem	56	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.2. Výzkumný soubor II

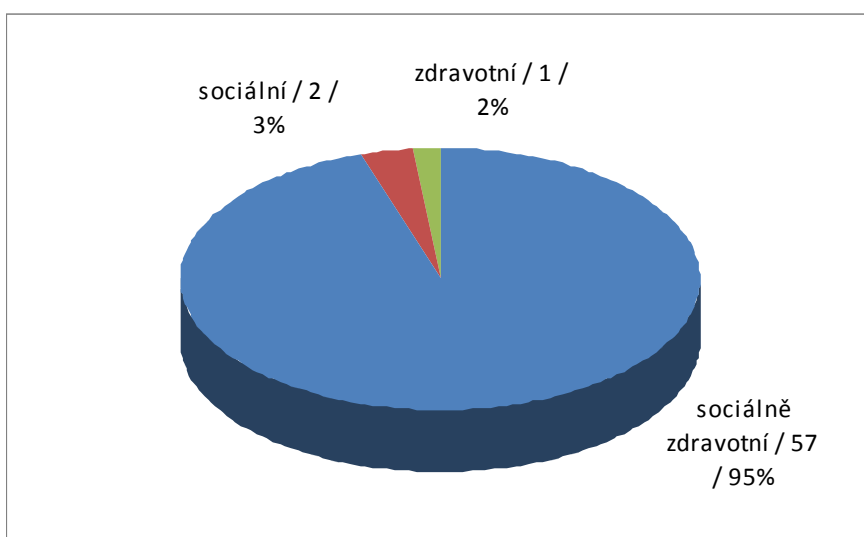
Druhý soubor je tvořen všemi dětmi, které odešly do náhradní rodinné péče v letech 2000 až 2008. Jedná se o 60 dětí, u kterých byla soudně nařízená ústavní výchova. Sledované parametry ve druhém souboru byly:

- Důvody pro přijetí do DD
- Věk při příchodu do DD
- Věk při odchodu z DD
- Délku pobytu v DD
- Etnikum
- Zdravotní stav při příchodu do DD
- Psychický stav při příchodu do DD
- Druh právní volnosti
- Druhu NRP, kam dítě z DD odešlo

4.2.1. Důvody přijetí do DD

Důvody sociálně zdravotní u dětí, které následně odešly do NRP, výrazně převažují, vyskytly se u 57 dětí (tj. 95%). Jedná se o smíšené důvody, kde byla nutná zvýšená péče jak po stránce psychické, tak i po stránce zdravotní. Zdravotní důvod pro přijetí se vyskytl u 1 dítěte (tj. 2%). U tohoto chlapce byla diagnostikovaná poměrně vzácná vrozená choroba trávicího traktu. Sociální důvody při přijetí byly shledány u 2 dětí (tj. 3%). U obou dětí se jednalo o nedostatečnou péči rodičů, která ovšem neměla dopady na zdravotní stav dětí, ale byl zde výrazný vliv ve sféře sociální a psychické.

Graf č. 8: Důvody přijetí do DD



Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2. Věk při příchodu do DD

Nejvíce dětí (14, tj. 23%) se při příchodu nacházelo ve věku od jednoho do dvou let. Do tří let pak bylo dětí jen o jedno procento méně (13, tj. 22%). Naopak nejméně dětí, pouze 1 dítě (tj. 2%), bylo při přijetí ve věku mezi šestým a sedmým rokem. Nejmladšímu dítěti byly při příchodu tři měsíce. Naopak nejstaršímu bylo při přijetí šest let a dva měsíce.

Tabulka č. 12: Věk dětí při příchodu do DD

Věk při příchodu	Počet	Procento
do 1 roku	10	17%
do 2 let	14	23%
do 3 let	13	22%
do 4 let	10	17%
do 5 let	7	12%
do 6 let	5	8%
do 7 let	1	2%
Celkem	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.3. Věk při odchodu z DD

Ve věku do jednoho roku se nenacházelo žádné dítě při odchodu z dětského domova. Velmi málo dětí se také nacházelo ve věku od jednoho do dvou let (2 děti, tj. 3%). Naopak nejvíce dětí odešlo ve věku od čtyřech do pěti let (13 dětí, tj. 22 %).

Nejmladšímu dítěti bylo při odchodu osmnáct měsíců. Nejstaršímu dítěti bylo při odchodu osm let a sedm měsíců.

Tabulka č. 13: Věk dětí při odchodu z DD

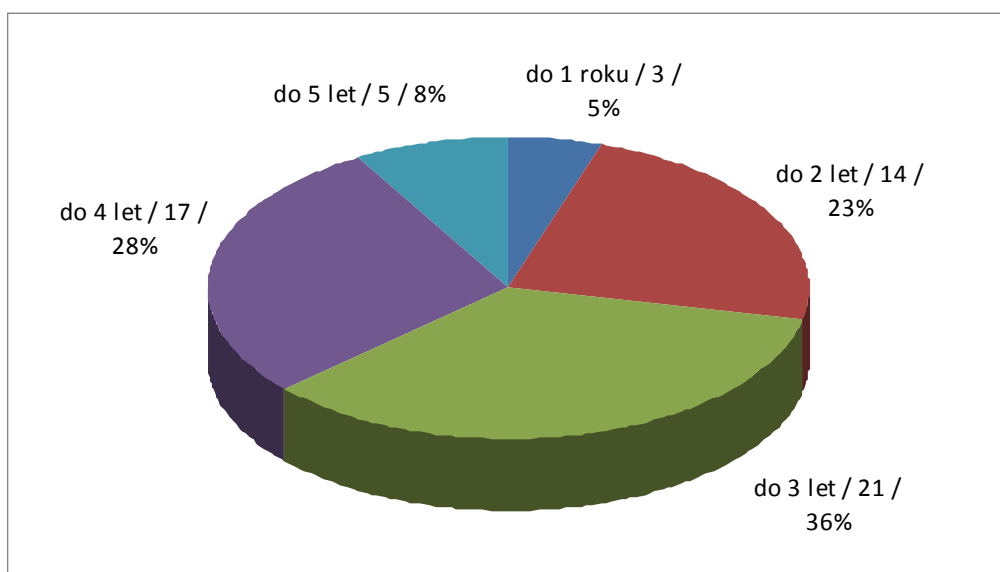
Věk při odchodu	Počet	Procento
do 1 roku	0	0%
do 2 let	2	3%
do 3 let	6	10%
do 4 let	6	10%
do 5 let	13	22%
do 6 let	9	15%
do 7 let	11	18%
do 8 let	8	13%
do 9 let	5	8%
Celkem	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.4. Délka pobytu v DD

Největší počet dětí (21, tj. 36 %) zde byl od dvou do tří let. 17 dětí (tj. 28%), pak zde pobývalo od tří do čtyř let. Naopak nejméně dětí bylo ve zdejším zařízení po dobu do jednoho roku (3, tj. 5%). Nejkratší dobu ve zdejším zařízení strávilo dítě, které zde bylo pět měsíců. Naopak nejdelší dobu v dětském domově strávila dívka, která zde byla čtyři roky a devět měsíců.

Graf č. 9: Délka pobytu dětí v DD

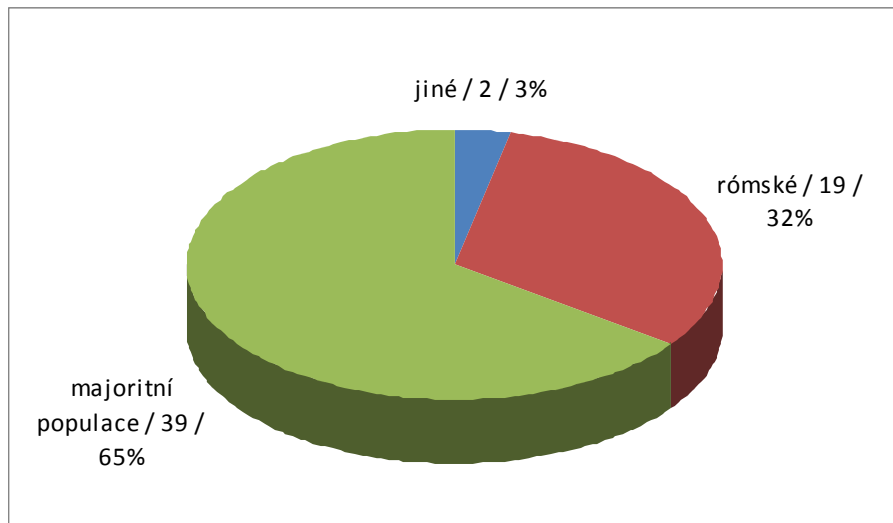


Zdroj: vlastní výzkum

4.2.5. Etnikum

Co se týká zastoupení jednotlivých etnik ve sledovaném souboru, největší část tvořila majoritní populace (39 dětí, tj. 65%). Rómské etnikum představovalo 19 dětí (tj. 32%). Jiného etnika byly 2 děti (tj. 3%). Jednalo se o jedno dítě černé pleti. Druhým dítětem jiného etnika byla dívka, jejíž otec byl Arab.

Graf č. 10: Etnické složení

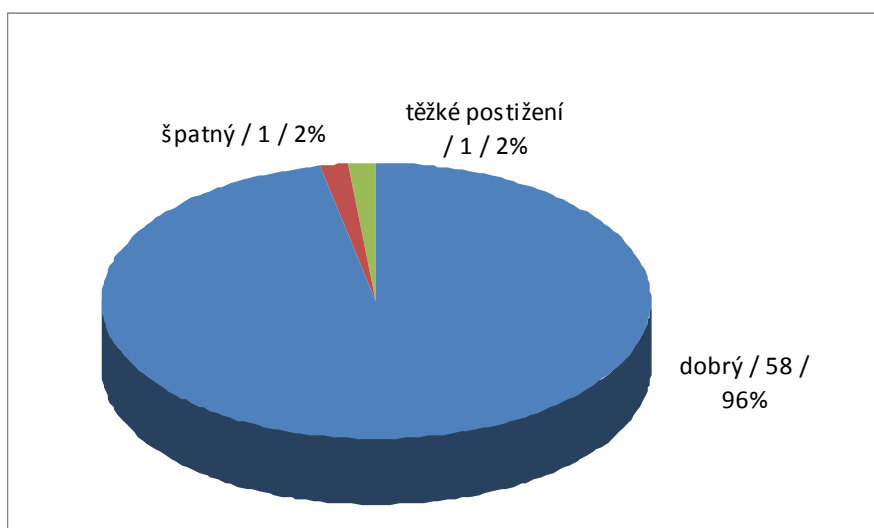


Zdroj: vlastní výzkum

4.2.6. Zdravotní stav při příchodu do DD

Většina dětí (58, tj. 96%) bylo při přijetí v dobrém zdravotním stavu. Ve špatném zdravotním stavu bylo při přijetí 1 dítě (tj. 2%). V tomto případě byla u dítěte diagnostikována spastická fibróza. Těžce postižené přišlo do DD 1 dítě (tj. 2%). Jednalo se o chlapce s poměrně vzácným vrozeným postižením trávicího traktu.

Graf č. 11: Zdravotní stav při příchodu do DD

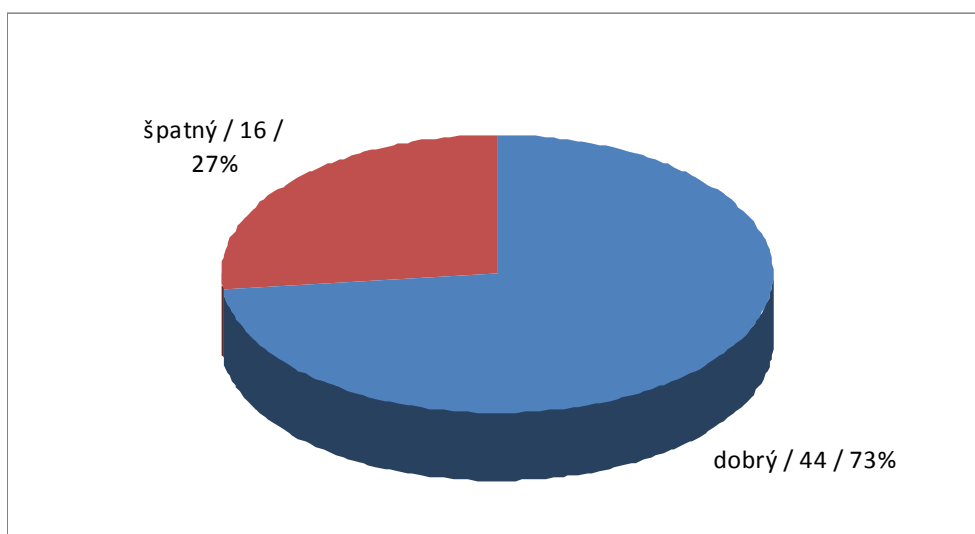


Zdroj: vlastní výzkum

4.2.7. Psychický stav při příchodu do DD

U dětí ve zkoumaném souboru se nevyskytlo žádné těžké psychické postižení. Děti v dobrém zdravotním stavu převažují, je jich 44 (tj. 73%). Jak bylo již výše zmíněno, dobrý psychický stav je relativní. Samotné přijetí do dětského domova je totiž pro dítě velkým stresem. Zde se dobrým psychickým stavem míní stav, který není dlouhodobě špatný a nevyskytují se v anamnéze dítěte další závažné okolnosti jako týrání, zneužívání, apod. Ve špatném psychickém stavu se při přijetí nacházelo 16 dětí (tj. 27%).

Graf č. 12: Psychický stav při příchodu do DD



Zdroj: vlastní výzkum

V následující tabulce č. 14 je ze špatného psychického stavu ještě vydělen opožděný psychomotorický vývoj, o kterém mluvíme u 15 dětí (tj. 25%). Špatný psychický stav se vyskytl u jednoho dítěte (tj. 2%). Jednalo se o následek týrání.

Tabulka č. 14: Psychický stav při příchodu do DD – detail

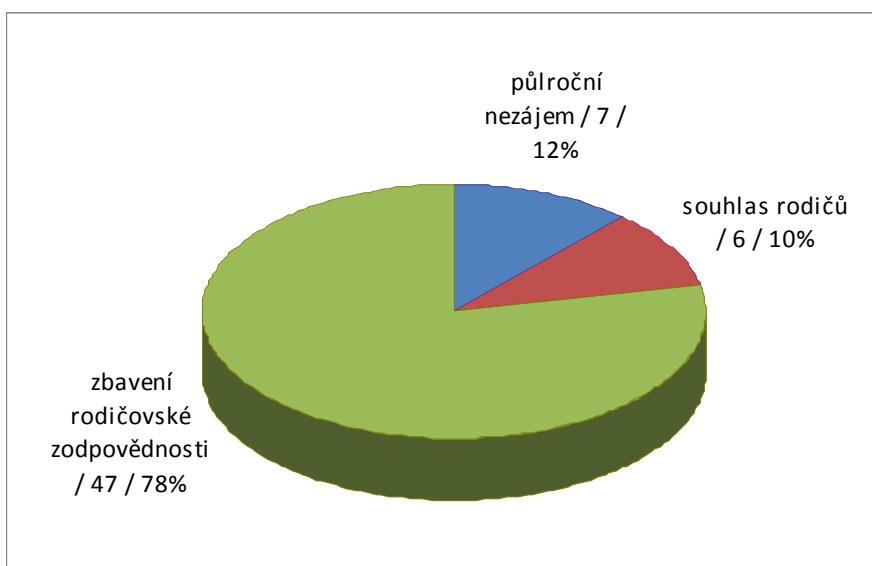
Psychický stav	Počet	Procento
dobrý	44	73%
opožděný PMV	15	25%
špatný	1	2%
Celkem	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.8. Druh právní volnosti

Největší část, u 47 dětí (tj. 78%), tvoří zbavení rodičovské zodpovědnosti. Následuje u 7 dětí (tj. 12%) půlroční nezámek. Souhlas rodičů není příliš častý. Vyskytl se u 6 dětí (tj. 10%). U 3 dětí se pak jednalo o souhlas samotného otce, v 1 případě o souhlas samotné matky, 2 děti měly souhlas obou rodičů.

Graf č. 13: Druh právní volnosti

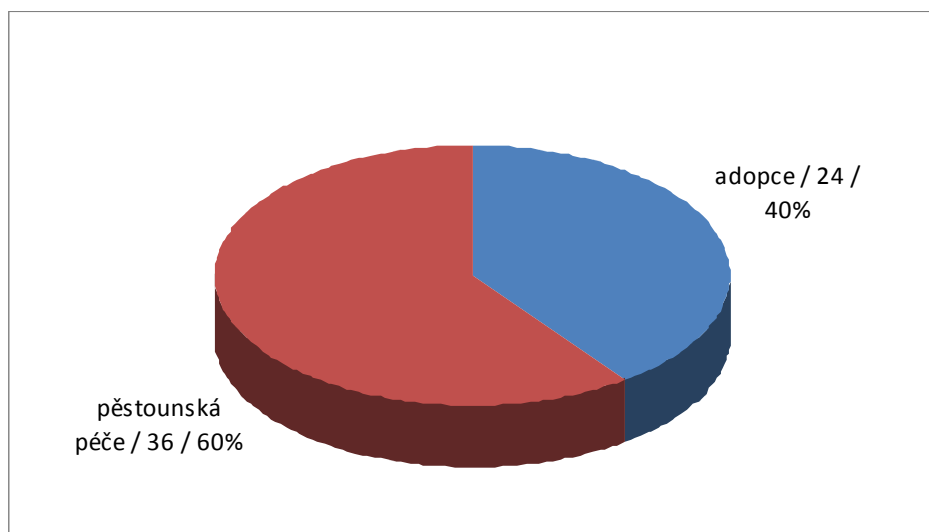


Zdroj: vlastní výzkum

4.2.9. Druh NRP

Ve sledovaném souboru převažoval odchod do pěstounské péče, do tohoto druhu NRP odešlo 36 dětí (tj. 60%). Adopce pak tvořila menší část. Do adopce odešlo 24 dětí (tj. 40%).

Graf č. 14: Druh NRP při odchodu



Zdroj: vlastní výzkum

Z 24 dětí, které odešly do adopce, bylo 6 dětí rómských (tj. 25%), jiného etnika bylo 1 dítě (tj. 4%). 17 dětí (tj. 71%), pocházelo z majoritní populace.

Z 36 dětí, které odešly do pěstounské péče, bylo 13 dětí rómských (tj. 36%), 1 dítě bylo jiného etnika (tj. 3%). Z majoritní populace pocházelo 22 dětí (tj. 61%).

Tabulka č. 15: Druh NRP při odchodu dle etnika

Druh NRP	Etnikum	Počet	Procento
Adopce	jiné	1	4%
	rómské	6	25%
	majoritní populace	17	71%
Celkem adopce		24	100%
Pěstounská péče	jiné	1	3%
	rómské	13	36%
	majoritní populace	22	61%
Celkem pěstounská péče		36	100%
Celkem		60	

Zdroj: vlastní výzkum

U dětí, které odešly do pěstounské péče, jsem se zajímala, zda tyto děti odešly do rodiny nebo mimo vlastní rodinu. K příbuzným odešlo 7 dětí (tj. 19%), do pěstounské péče cizích lidí odešlo 29 dětí (tj. 81%).

Tabulka č. 16: Odchod do pěstounské péče

Druh NRP	Odchod	Počet	Procento
Pěstounská péče	k příbuzným	7	19%
	jinam	29	81%
Celkem		36	100%

Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuze

Výzkumnou část své práce jsem rozdělila na dvě části. V první části jsem se zaměřila na situaci dětí v DD. Výzkumný soubor byl tvořen všemi dětmi, které byly umístěné v Dětském domově Charlotty Masarykové v letech 2005 až 2008 a byla u nich nařízená ústavní výchova. Jednalo se o 56 dětí.

Při výzkumu jsem zjistila, že část dětí je v dětském domově umístěna jen na denní pobyt v režimu mateřské školky, případně na ozdravný prázdninový pobyt. Protože tyto děti nepředstavují klasickou ústavní výchovu, nezahrnula jsem je do prvního základního souboru. Jedná se o 26 dětí, což je 32 % z celkového počtu 82 umístěných dětí.

Nejvíce dětí (tj. 60%) bylo přijato do DD ze smíšených sociálně zdravotních důvodů. Naopak nejméně dětí přišlo z důvodů zdravotních. Potvrdila se tak hypotéza 1. Při tvorbě hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že čistě zdravotních důvodů je v současné době málo díky vysoké úrovni lékařské vědy. Podle Dunovského jsou zdravotní důvody spíše výjimečné. (3) Na druhou stranu výrazně přibýlo sociálních problémů. Ze zkušeností sociálního pracovníka ale vím, že je málo případů, kdy se dá hovořit o jednom jasném důvodu, většinou se jedná o kombinaci několika problémů. Sociální aspekt nicméně tvoří podstatnou část. K němu se pak přidávají zdravotní důvody nejen na straně dítěte, ale velmi často také na straně rodičů či dalších členů rodiny. Výsledek se rozchází s literaturou, kdy Dunovský tvrdí, že většina dětí se dostává do DD ze sociálních důvodů. (3) Dle mého názoru však není úplně jasná definice sociálně zdravotních důvodů, respektive jejich odlišení od důvodů sociálních. Z velké části se překrývají a často je možné zařazení do obou typů. Jakýsi návod pro rozlišení obou druhů důvodů dává doporučující metodický pokyn pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví. (viz. Příloha č. 1) Zde je podrobně specifikováno, jaké důvody se považují za zdravotní, sociálně zdravotní a sociální. Já jsem použila dělení dle DD Charlotty Masarykové, které se od výše zmíněného metodického pokynu částečně liší. Mezi sociálně zdravotní důvody jsem zahrnula zanedbání výchovy a péče, které tvořilo plných 45% z důvodů pro přijetí. Dále je do této kategorie zařazen

abusus drog (9%) či alkoholu (4%) u rodičů a léčba rodičů na psychiatrii (4%). Do sociálních důvodů je zařazeno bezdomovectví (11%) a okamžitá pomoc v různých rodinných situacích jako jsou výkon trestu či vazba rodičů nebo okamžitá hospitalizace rodičů (celkem 16%). Do zdravotních důvodů zde patří kromě těžkého zdravotního postižení také týrání (4%) a pohlavní zneužívání (4%). Vzhledem k tomu, že zanedbání výchovy a péče patří k nejčastějším důvodům pro přijetí, převažují tak i sociálně zdravotní důvody.

Největší počet dětí přišel do DD z rodiny (79%). Dunovský píše, že do DD pro děti do 3 let přicházejí děti nejčastěji z rodiny. Tato rodina výrazně selhává ve svých funkcích. Méně častým místem předchozího pobytu je pobyt na dětském oddělení nemocnice. (3) V tomto bodě se výzkum liší, nemocnice je s 11% druhý nejčastější předchozí pobyt dítěte. Nemusí se však nutně jednat o dlouhodobý pobyt, jako příchod z nemocnice je zaznamenáván i stav, kdy je dítě do zdravotnického zařízení přijato na pozorování nebo krátkodobý pobyt. A na takový pobyt jsou přijímány děti po pohlavním zneužívání, týrání či výrazném zanedbávání. Jiné ústavní zařízení je až na třetím místě (4% DD a 4% kojenecký ústav). Rozdíl v počtu dětí je ale malý, proto se z této skutečnosti nedá udělat jasný závěr.

Věk dítěte hraje velmi důležitou roli. Podle Matějčka, situace malého dítěte je v ústavech nepoměrně náročnější a nebezpečnější než situace dítěte školního věku. (7) Obecně platí, že čím mladší dítě je, tím větší je riziko následků ústavní péče, nejvíce pak deprivace, případně subdeprivace. Nejvíce dětí přišlo do zdejšího DD ve věku od jednoho do dvou let (23%). Tato skutečnost zcela odpovídá tomu, že děti do jednoho roku pobývají nejčastěji v kojeneckých ústavech. DD Charlotty Masarykové je určen pro děti od jednoho roku. Kolem prvního roku věku přichází tedy první děti z kojeneckých ústavů. Výjimečně DD přijímá i děti mladší, většinou se však jedná o sourozence. Naopak dětí starších šesti let bylo nejméně (9%). Důvodem je to, že tyto děti jsou již školního věku a nemohou proto ve zdejším zařízení zůstat. Jediná možnost, jak jejich pobyt prodloužovat, je odklad školní docházky.

Nejvíce dětí odešlo z DD mezi pátým a šestým rokem (16%). Je to proto, že pro děti je hledána vhodná forma NRP nebo je snaha dát biologické rodině čas

a šanci vytvořit podmínky pro návrat dítěte. Pro dítě se tak hledá nejvhodnější řešení i za cenu strávení delší doby v DD.

Délka pobytu je dalším důležitým kritériem pro vznik deprivace. Dle Matějčka dítě, které se vrátí brzy zpět do rodiny, nepotřebuje navázat s personálem těsný citový vztah. Jinak je tomu u dlouhodobě umístěných dětí, tam je navázání vztahu s vychovateli nezbytným předpokladem. (7) Žádná „ideální“ délka pobytu se v literatuře neudává, čím kratší je pobyt, tím je to pro dítě lepší. Myslím si, že v současné době není systém nakloněn rychlému řešení situace dítěte. Zvláště soudní průtahy komplikují všem zainteresovaným pracovníkům práci a rozhodování. Ve zdejších DD se 50% dětí vyskytovalo od jednoho roku do dvou let. Tato doba by se dala, dle mého názoru, zkrátit jen úpravou legislativy a celého systému. Mám tím na mysli urychlení soudního řízení o určení nezájmu či zkrácení lhůt pro rozhodování soudů a lepší spolupráci všech zainteresovaných institucí.

86% dětí patřilo mezi majoritní populaci, rómského etnika bylo 14%. Novotný uvádí, že v DD pro děti do 3 let v Ostravě v letech 1993 až 2001 bylo přijato do zařízení 679 dětí rómského etnika oproti 1 570 dětem majoritní populace. (30) Rómové zde tedy tvoří výrazně větší část než v DD Charlotty Masarykové. Je to dáno pravděpodobně tím, že v Ostravě je výrazněji než jinde v ČR zastoupena rómská komunita. I když Rómové netvoří ve zdejších zařízení většinu, mají své zcela specifické problémy. Pokud totiž zůstávají v ústavech, je jejich následné umístění do NRP mnohem obtížnější. (31)

88% dětí bylo při příchodu do DD v dobrém zdravotním stavu. Pouze 7% dětí bylo ve špatném stavu a 5% těžce postižených. Špatným zdravotním stavem se zde rozumí stavy po týrání nebo sexuálním zneužívání, případně velmi špatné péči rodičů, kdy dítě fyzicky strádá. Nejedná se o stav nevratný či nevléčitelný, dítě však vyžaduje zvýšenou zdravotnickou péči. Jak již bylo výše řečeno, je vysoké procento zdravých dětí pravděpodobně způsobené dobrou úrovní zdravotnictví. Většina těžkých vrozených vad se diagnostikuje již před porodem a v těchto případech je rodičům doporučováno umělé přerušování těhotenství. Ti rodiče, kteří se přesto rozhodnou zákrok nepodstoupit, jsou připraveni se o dítě

starat. Z praxe sociálních pracovníků vyplývá, že jen málo takových rodičů své dítě nakonec umístí do ústavního zařízení. Hypotéza 2 se tedy nepotvrdila.

V dobrém psychickém stavu bylo při přijetí 71% dětí, ve špatném 29%. K této kategorii je nutné dodat, že dělení psychického stavu na dobrý a špatný je relativní. Z krátkodobého hlediska je stav všech dětí při přijetí do dětského domova špatný. Zde jsou do kategorie „špatný psychický stav“ zařazeny děti, u kterých se jedná o dlouhodobou záležitost spojenou ještě s jinými událostmi než je vlastní nástup do ústavního zařízení. Nejčastější formou špatného psychického stavu je pak opožděný psychomotorický vývoj. Pravděpodobně by bylo možné toto opoždění zkonstatovat u více dětí, jejich stav se však většinou po přijetí do DD poměrně rychle zlepšil, opoždění u nich tedy bylo malé a přechodného rázu. K týrání a pohlavnímu zneužívání je třeba uvést, že odhaleno je bohužel stále jen mizivé procento případů. (30)

Kontaktem s rodinou se myslí pravidelný nebo alespoň častější kontakt. Nejsou sem např. zařazeny děti, u nichž byl kontakt ojedinělý a následně bylo rozhodnuto o půlročním nezájmu nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti. Kontakt s rodinou mělo 71% dětí. Hypotéza 3 se potvrdila. Nejčastější kontakt pak měly děti s oběma rodiči (60%), případně u neúplných rodin se samotnou matkou (15%). K této problematice Matějček uvádí, že v některých případech je velmi žádoucí, aby dítě mohlo s rodinou udržovat kontakt co možná nejintenzivnější, v jiných je naopak vzdálení dítěte od vlivu rodiny nezbytnou podmínkou k tomu, aby mohl být zahájen proces převýchovy. (7) S ohledem na vlastní zkušenost musím s tímto tvrzením souhlasit. Jsou rodiče, u nichž je kontakt s dítětem doslova škodlivý. Takoví rodiče pak dítěti nic dobrého nepřinášejí, naopak zmenšují jeho šance na lepší budoucnost např. v nové rodině. Nelze tedy hodnotit číslo jako celek, ale je třeba hodnotit každý případ individuálně. Samostatnou kapitolou je pak kontakt se sourozenci. Požadavkem dle zákona 109/2002 Sb. je, aby sourozenci byli umístováni společně. (35) Tento požadavek je ve zdejších DD dodržován, pokud mezi dětmi není příliš výrazný věkový rozdíl. Zařízení je omezeno věkem dětí a starší sourozence školního věku bohužel nemůže přijmout.

Dle Dunovského se většina dětí z dětského domova vrací do vlastní rodiny, část dětí přechází do pěstounské péče, ostatní děti je třeba přeložit do dalšího DD. Méně často se vyskytuje osvojení, tam je snaha vyřešit situaci co nejdříve. (3) Výsledky výzkumu toto částečně potvrzují. Nejvíce dětí (55%) odešlo z DD do rodiny, 24% do ústavní péče a nejméně (21%) do NRP. Je třeba zmínit, že do rodin sice odchází velká část dětí, ale to neznamená, že jejich další vývoj bude bezproblémový. Z vlastní praxe a od pracovníků DD vím, že některé děti se vrací do ústavního zařízení i opakovaně. Tímto problémem se ale výzkum nezabýval. V náhradní rodinné péči převažuje adopce (9%) nad pěstounskou péčí (4%). Zdejší dětský domov patří mezi zařízení s malou kapacitou. Sociální pracovníce se tedy může intenzivně věnovat konkrétním dětem a jejich osobním potřebám a nárokům. Protože se navíc jedná o malé a většinou zdravé děti, je zdejší zařízení schopno ve spolupráci se sociální pracovnící obecního úřadu obce s rozšířenou působností, dětem vhodným pro NRP, najít rodinu. Ve druhém souboru, který se zabývá již pouze dětmi, které odešly do NRP, se tento výsledek nepotvrdil.

V druhé části svého výzkumu jsem se zaměřila na děti, které byly umístěny do NRP. Výzkumný soubor byl tvořen všemi dětmi umístěnými do NRP v letech 2000 až 2008. Jedná se o 60 dětí, u kterých byla soudně nařízená ústavní výchova.

V 95% se vyskytly sociálně zdravotní důvody pro umístění těchto dětí do DD. Smíšené důvody se v tomto souboru vyskytly ještě ve větším procentuálním zastoupení než v souboru předešlém. Tuto skutečnost si lze vysvětlit dle Matějčka tak, že děti zdravotně postižené se obtížně umísťují do NRP, proto se zde téměř nevyskytují. (18) Mezi sociální důvody se řadí především okamžitá pomoc v krizových situacích. Jedná se např. o okamžité umístění rodiče do nemocničního zařízení, výkonu trestu nebo vazby, apod. Tyto situace jsou však často přechodného charakteru, dítě se proto vrací zpět do biologické rodiny a o náhradní rodině není ani uvažováno.

Nejvíce dětí se při příchodu do DD nacházelo ve věku od jednoho do dvou let (23%). Tento fakt zcela odpovídá údajům z prvního výzkumného souboru.

Nejvíce dětí odešlo ve věku od čtyř do pěti let (22%). V předešlém souboru odešlo nejvíce dětí mezi pátým a šestým rokem, tedy o rok později. Tuto skutečnost si lze vysvětlit tak, že věkovou hranici u NRP výrazně snižuje adopce. Do adopce se nejčastěji dostávají nejmladší a zdravé děti. (18) Naopak ty děti, které nejsou přijaty do adopce, mají šanci ještě odejít do pěstounské péče.

Nejvíce dětí strávilo ve zdejší DD dobu od dvou do tří let (36%). Doba pobytu dětí z tohoto souboru je o rok delší než v předešlém výzkumném souboru. Je to dáno tím, že poměrně dlouho trvá, než se dítě právně uvolní a než se mu následně vytipuje vhodná rodina. Navíc je v některých případech lepší počkat na vhodnou rodinu, než dělat rychlé a neuvážené kroky. Pečlivě se zvažuje, kam dítě odejde a jaké má možnosti. Často se zde využívá odklad školní docházky, aby děti vyzrály a byly co nejlépe umístěny, ať už do rodiny biologické, náhradní nebo do jiného ústavního zařízení.

Největší část dětí byla ve sledovaném souboru majoritní populace (65%). Rómských dětí bylo 32%. V předešlém souboru bylo pouze 14% dětí rómského etnika. Větší počet Romů v tomto souboru je pravděpodobně dán možností společného umístění sourozenců do pěstounské péče. Dalším možným vysvětlením je fakt, že sledovanými roky v tomto souboru byly roky 2000 až 2008. V roce 2000 bylo v DD více dětí než v letech následujících, kdy došlo ke snížení kapacity zařízení (viz příloha č. 3). Každopádně je, dle mého názoru, dobře, že se podařilo takovému počtu rómských dětí najít náhradní rodinu. Z celkového počtu dětí, které odešly do adopce pak rómské etnikum tvořilo 25%, u pěstounské péče se jednalo o 36%. Matějček uvádí, že pokud jde o skladbu dětí v pěstounské péči v ČR, tak se pozvolna zvyšuje podíl rómských dětí. (18).

96% dětí bylo při přijetí do DD v dobrém zdravotním stavu. To potvrzuje skutečnost, že těžce zdravotně postižené děti nebo děti ve špatném zdravotním stavu jsou jen velmi obtížně umístitelné do NRP. Odchod do adopce je téměř nemožný, variantou je pro tyto děti pěstounská péče. (31) Nicméně při těžkém postižení děti nejčastěji odchází do ústavu sociální péče, případně do speciálních mateřských škol, apod.

Špatný psychický stav dětí při příchodu je zastoupen obdobně jako u předchozího souboru. Vysvětlením může být to, že při umísťování dětí do NRP

psychický stav nehraje tak vážnou roli jako zdravotní postižení. Navíc se u špatného psychického stavu často jedná o dočasnou záležitost, kterou je možné odstranit zvýšenou péčí o dítě. Samotné umístění do náhradní rodiny a existence rodinného zázemí má na dítě pozitivní vliv a jeho psychický stav většinou výrazně a rychle zlepšuje. (3)

Nejčastějším druhem právní volnosti bylo zbavení rodičovské zodpovědnosti (78%). Následuje s 12% půlroční nezámem. Souhlas rodičů je nejméně častý. Novotný z DD pro děti do 3 let v Ostravě ve svých statistikách uvádí na prvním místě co do počtu souhlas rodičů, následuje půlroční nezámem a na posledním místě je zbavení rodičovské zodpovědnosti (30) Rozdíl je pravděpodobně v jiném rozložení etnických menšin v obyvatelstvu a rozdílném sociokulturním zázemí na Ostravsku. Pravdou ale je, že souhlas rodičů je nejrychlejší cesta, jak se dítě může dostat do náhradní rodiny. Bohužel se však sociální pracovníci v praxi setkávají s výrazně negativními reakcemi rodičů k tomuto způsobu právního uvolnění dítěte. Mají totiž pocit, že své dítě nechtějí dát žádným jiným rodičům, proto raději volí umístění v DD, kam za dítětem mohou chodit a stále jsou „jeho rodiče“.

60% dětí odešlo z DD do pěstounské péče, 40% do adopce. Potvrdila se hypotéza 4. Tyto údaje se liší od výsledků v předešlém výzkumném souboru. Pravděpodobné důvody již byly popsány. Jinak se převaha pěstounské péče nad adoptí uvádí i v literatuře, např. u Dunovského (3). V národní zprávě o rodině z roku 2004 se nicméně píše, že u pěstounské péče se projevuje tendence k poklesu zájmu žadatelů (23). Ministerstvo práce a sociálních věcí k tomu uvádí, že jednou z příčin může být skutečnost, že pěstounská péče klade na žadatele velké nároky, pokud jde o právo biologických rodičů udržovat s dítětem kontakt a zasahovat do jeho výchovy. Další příčinou může být rovněž nedostatečné finanční a sociální zajištění pěstounů. Nedostatečná je také informovanost veřejnosti o institutu pěstounské péče. (38) Děti rómského etnika častěji odcházejí do pěstounské péče než do adopce, u majoritní populace je tomu naopak. U rómského etnika může hrát důležitou roli fakt, že do pěstounské péče se přijímají sourozenci najednou, pokud je to možné. Do pěstounské péče k příbuzným se

dostalo jen 19% dětí. Je patrné, že ani ochota k přijetí dítěte ve vlastní rodině není velká. Příčin bude pravděpodobně víc a budou se lišit u jednotlivých rodin.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit sociální, zdravotní a právní situaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které byly umístěné v Dětském domově Charlotty Masarykové v letech 2005 až 2008. Druhým cílem bylo zmapovat situaci dětí s nařízenou ústavní výchovou, které odešly v letech 2000 až 2008 z Dětského domova Charlotty Masarykové do náhradní rodinné péče. Oba cíle byly splněny.

Stanovená hypotéza 1 – Nejčastějším důvodem pro umístění dětí do dětského domova jsou sociálně zdravotní důvody – byla potvrzena.

Stanovená hypotéza 2 – Většina dětí přichází do dětského domova ve špatném zdravotním stavu – se nepotvrdila.

Stanovená hypotéza 3 – Většina dětí z dětského domova je v kontaktu se svou biologickou rodinou – byla potvrzena.

Stanovená hypotéza 4 – Děti, umístěné do NRP, odchází nejčastěji do pěstounské péče – byla potvrzena.

Problematika dětských domovů je v současné době velmi diskutovaná a komplikovaná. Výsledky výzkumu vyvracejí některé obecně zažité mýty o ústavních zařízeních. Nejčastějšími důvody pro přijetí dětí nejsou zdravotní, ale smíšené důvody. Neplatí, že postižené dítě musí skončit v ústavním zařízení, ale ani bohužel často neplatí, že zdravé a bezproblémové dítě vyrůstá ve své biologické rodině. Příčin je většinou více a i když se dají rozdělit do určitých kategorií, výsledný efekt je vždy jedinečný a neopakovatelný. Ke každému dítěti, ke každé rodině je třeba přistupovat individuálně. Zcela samostatnou kapitolou je délka pobytu dítěte v ústavním zařízení. Přestože výzkum ukázal, že se jedná nejčastěji o délku pobytu do dvou let, odborníci se shodují, že i to je doba příliš dlouhá a riziko deprivace velké. Dalším mýtem mezi lidmi je názor, že v dětském domově převažují děti rómského etnika. Výzkum prokázal pravý opak, totiž že 86% dětí patřilo mezi majoritní populaci. Rómové však, přestože jsou zde v menšině, mají své problémy a zaslouží si pozornost. Ani názor, že rodiče dají dítě do dětského domova a už se o něj dál nezajímají, se nepotvrdil. 71% dětí mělo kontakt se svou biologickou rodinou. Otázkou zůstává, jak moc je tento kontakt pro dítě dobrý, a nebo naopak, jak moc mu škodí. Tím se ale tato práce

nezabývala. Fakt, že se nakonec většina dětí (55%) vrátila zpět do rodiny, vzbuzuje mírný optimismus. Přesto, dle mého názoru, by bylo ještě třeba výrazně více pracovat s rodinami dětí umístěných v ústavních zařízeních, a to nejen na poli sociálně zdravotním a psychologickém, ale také např. ekonomickém.

Ve druhé části výzkumu jsem se věnovala dětem, které odešly z dětského domova do náhradní rodinné péče. Pobyt těchto dětí v dětském domově byl o něco delší než dětí ostatních. Pěstounská péče převažovala nad adoptí. Velkým problémem, který se týká především adoptce, jsou průtahy v soudním řízení o právním uvolnění dětí. Do evidence dětí vhodných k osvojení se tak dostávají děti starší, o které už není tak velký zájem. Nepatrný zájem je rovněž o děti etnicky odlišné, zdravotně postižené nebo se špatnou rodinnou anamnézou. V oblasti pěstounské péče klesá počet žadatelů, kteří by byli ochotni dítě přijmout. Největším problémem zde totiž zůstává pěstounská péče za přítomnosti biologických rodičů. Ti mohou udržovat s dítětem kontakt a zasahovat do výchovy. Samostatnou kapitolou je zprostředkování NRP. Zde je velkým problémem fakt, že tuto činnost často vykonávají subjekty, které k tomu nemají oprávnění a provozují ji nezákonným způsobem. Zvyšuje se tak pravděpodobnost selhání NRP a návrat dítěte do ústavní péče.

Nezastupitelnou roli hraje terénní sociální práce zaměřená zejména na biologickou rodinu. Je třeba neustále vyvíjet snahu, aby se dítě vůbec do ústavního zařízení nedostalo. Pokud se však už tak stane, pobyt dítěte by měl být co nejkratší. Dalšími nutnými opatřeními je zjednodušení celého systému, lepší provázanost a informovanost jednotlivých zainteresovaných subjektů a zásadní zkrácení lhůt u soudů a dalších státních orgánů. Stále je málo dořešená péče o náhradní rodiny a měla by se více rozvíjet profesionální pěstounská péče.

Výsledky práce budou použity pro účely dětského domova Charlotty Masarykové a pro sociální pracovníky k získání přehledu o situaci v daném zařízení. Nicméně je mnoho otázek, kterými se tato práce nezabývala. Proto by na ni mohla navázat např. diplomová práce, která by se podrobněji zabývala pouze odchody dětí z dětského domova do NRP.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARCHEROVÁ, C. *Dítě v náhradní rodině*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-578-4.
2. DUNOVSKÝ, J. et al. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
3. KOVAŘÍK, J. et al. *Náhradní rodinná péče v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-957-7.
4. KOVAŘÍK, J. Deprivace, CAN, špatné zacházení s dětmi a dětská práva. *Náhradní rodinná péče*, 2004, roč. 7, č. 3, s. 5-10. ISSN 1212-3765.
5. KRAUSOVÁ, L., NOVOTNÁ, V. *Sociálně-právní ochrana dětí*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2006. ISBN 80-7357-214-1.
6. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Zd. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1974. ISBN nevedeno.
7. MATĚJČEK, Zd. et al. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.
8. MATĚJČEK, Zd. et al. *Náhradní rodinná péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.
9. MATĚJČEK, Zd. et al. *Rodičům na nejhezčí cestu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H & H, 2004. ISBN 80-7319-023-0.
10. MATĚJČEK, Zd. *Co děti nejvíc potřebují*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-272-0.
11. MATĚJČEK, Zd. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-325-3.
12. MATĚJČEK, Zd., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1986. ISBN nevedeno.
13. MATĚJČEK, Zd., LANGMEIER, J. *Výpravy za člověkem*. 1. vyd. Praha: Odeon, 1981. ISBN nevedeno.
14. MATĚJČEK, Zd., DYTRYCH, Zd. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.
15. MATĚJČEK, Zd., DYTRYCH, Zd. *Nevlastní rodiče a nevládní děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-897-0.

16. Hlavní město Praha. *Mateřství, rodičovství, náhradní rodinná péče*. 2007. 175 s. ISBN neuvedeno.
17. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-85824-06-X.
18. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8.
19. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
20. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
21. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
22. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní zpráva o rodině*. 2004. 224 s. ISBN neuvedeno.
23. PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-608-X.
24. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-85850-00-1.
25. SAUZEDE, J., SAUZEDE-LAGARDE, A. *Spokojené soužití v nové rodině*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 978-80-7367-295-9.
26. SCHOOLEROVÁ, J. *Adopce: vztah založený na slibu*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2002. ISBN 80-7255-066-7.
27. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
28. ŠKOVIERA, A. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.
29. *Dětský domov Charlotty Masarykové 1946-2006*. Praha: vlastní náklad, 2006.
30. *Sborník přednášek tradičního setkání*. Praha: Fakultní Thomayerova nemocnice, 2003.

31. *Sborník přednášek z 6. konference o náhradní rodinné péči*. Praha: MPSV, 1999. ISBN 80-85529-66-1.
32. Úmluva o právech dítěte, č. 104/1991 Sb., v platném znění.
33. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění.
34. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně – právní ochraně dětí, v platném znění.
35. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy, v platném znění.
36. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění.
37. Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění.
38. *Zprostředkování náhradní rodinné péče*. [online]. 2005 [2009-04-14].
Dostupné z:
<[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=371&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=371&par[lang]=CS)>

8. Klíčová slova

Ústavní výchova

Náhradní rodinná péče

Osvojení

Pěstounská péče

Dětský domov

9. Přílohy

Příloha č. 1: Doporučující metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví

Příloha č. 2: Tabulky některých sledovaných parametrů ve výzkumném souboru I – detailní dělení po letech

Příloha č. 3: Tabulky některých sledovaných parametrů ve výzkumném souboru II – detailní dělení po letech

<p style="text-align: center;">ČINNOST KOJENECKÝCH ÚSTAVŮ A DĚTSKÝCH DOMOVŮ PRO DĚTI DO 3 LET VĚKU</p>

ZN.: 24039/2005

REF.: MUDr. Truellová Iva, tel. 22497 linka 2351

Ve snaze vymezit a sjednotit činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku vydává Ministerstvo zdravotnictví tento doporučující metodický pokyn, který se doporučuje k využití dalším obdobným zařízení, zejména dětským centrům:

I. Úvod

- 1) Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku (dále jen „zařízení“) pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních, zdravotně–sociálních nebo sociálních.
 - 2) Pobyt dítěte v zařízení je třeba chápat jako dočasný (přechodný), k vyřešení situace, pro kterou bylo dítě do zařízení přijato. Nemá být trvalým či dlouhodobým řešením osudu dítěte, ale je třeba ho považovat za pomoc dítěti a jeho rodině.

II. Doporučené důvody přijetí dětí do zařízení

- 1) Do zařízení mohou být děti přijímány samy či s doprovodem, a to z důvodů zdravotních, zdravotně–sociálních nebo sociálních.
- 2) Za zdravotní důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) nutnost trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče (dítě s kombinovaným handicapem, tracheostomií, vyžadující dlouhodobou oxygenoterapii, použití sond, aj.),
 - b) potřeba dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče,
 - c) diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnezou (sy. týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte – dále jen sy. CAN, abusus návykových látek u matky, sy. opuštěného dítěte aj.),
 - d) diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte (před umístěním např. do náhradní rodinné péče, dále jen NRP),
 - e) nemoc či hospitalizace rodičů, infekční onemocnění v rodině, nebo

- f) respitní a úlevná péče.
- 3) Za zdravotně–sociální důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) každá situace, kdy dítě pro své postižení – handicap, nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje výše uvedenou speciální ošetrovatelskou péči,
 - b) zácvek rodičů před propuštěním dítěte.
- 4) Za sociální důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) okamžitá pomoc dítěti a rodině v tíživé sociální situaci,
 - b) jiný důvod přijetí dítěte považovaného za zdravé, které nevyžaduje žádnou diagnostickou či terapeutickou lékařskou a ošetrovatelskou péči.
- 5) Důvody pro přijetí se mohou navzájem překrývat a měnit během pobytu dítěte v zařízení.

III. Přijímání dětí do zařízení

- 1) Děti se přijímají na základě
 - a) souhlasu rodiče (rodičů) nebo jiného zákonného zástupce dítěte (dále jen „rodiče“),
 - b) rozhodnutí soudu o předběžném opatření (§ 76a občanského soudního řádu), nebo
 - c) nařízené ústavní výchovy (§ 46 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů).
- 2) O přijetí (nepřijetí) do zařízení rozhoduje ředitel zařízení. Odmítnout přijetí může tehdy:
 - a) pokud nejsou splněny důvody přijetí, uvedené v kapitole II,
 - b) pokud je zařízení plně obsazeno, nebo
 - c) pokud to nedovolují důvody hygienické či epidemiologické.
- 3) Při přijetí dítěte si zařízení vyžádá předložení těchto dokumentů:
 - a) řádně vyplněný evidenční list dítěte (SEVT skl. č. 14440 0),
 - b) zprávu o současném zdravotním stavu dítěte,
 - c) vykonatelné rozhodnutí soudu, pokud je dítě přijímáno z tohoto důvodu.
- 4) V naléhavých případech (např. bezprostřední ohrožení života či zdraví dítěte, nemožnost okamžitého obstarání všech dokladů) je možno dítě přijmout bez dokumentace uvedené v odstavci 3).
- 5) Během pobytu dítěte si zařízení doplní další dokumentaci dítěte zejména o:
 - a) rodný list dítěte,
 - b) legitimaci pojištěnce,
 - c) zdravotní a očkovací průkaz dítěte,
 - d) další dokumentaci o zdravotních a sociálních poměrech dítěte a jeho rodiny.

- 6) Při přijetí dítěte poučí ředitel zařízení, nebo jím pověřený zaměstnanec, rodiče o jejich právech a povinnostech k dítěti během pobytu dítěte v zařízení i o důsledcích, které by vyplynuly z jejich neplnění. Je vhodné, aby rodiče podepsali souhlas k poskytování údajů vyplývajících ze zdravotnické dokumentace dítěte a z poznatků získaných příslušným zdravotnickým zařízením při poskytování zdravotní péče dítěti.
- 7) Bylo-li dítě přijato v naléhavých případech (odstavec 4) bez příslušné dokumentace (odstavec 3), je žádoucí, aby zařízení oznámilo tuto skutečnost v nejbližším možném termínu místně příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte (dále jen „OSPOD“).

IV. Pobyt dětí v zařízení

- 1) Zařízení poskytuje svěřeným dětem komplexní interdisciplinární péči (zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, výchovnou, sociálně právní apod.) a vytváří podmínky pro optimální vývoj dětí ve všech jeho složkách. Péče je poskytována na základě moderních poznatků teorie a praxe tak, aby mohly být uspokojovány v maximální možné míře všechny potřeby dítěte.
- 2) Zařízení prověřuje ve spolupráci s příslušnými orgány OSPOD, zda trvají důvody, pro které bylo dítě přijato. Ve spolupráci s nimi a dalšími institucemi dbá na to, aby pobyt dítěte v zařízení byl co nejkratší.
- 3) Při stanovení maximální doby pobytu dítěte v zařízení je nutné respektovat současné právní úpravy, zejména dobu trvání rozhodnutí soudu. Z odborného hlediska se za nejzazší délku pobytu dítěte považuje doba 6 měsíců.
- 4) Přijetím dítěte do zařízení nezanikají rodičům práva a povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, pokud soudem není rozhodnuto jinak. Zařízení může uzavřít dohodu s rodiči o příspěvku na úhradu nákladů na pobyt dítěte v zařízení.
- 5) Zařízení vytváří podmínky, aby rodiče mohli být s dítětem v pravidelném osobním kontaktu a sleduje jejich vzájemnou interakci a její přínos pro dítě. Zařízení napomáhá rodičům upravit jejich poměry tak, aby se dítě v co nejkratší době mohlo vrátit zpět do rodiny.
- 6) Zařízení vypracovává vnitřní řád pro návštěvy rodiče v zařízení, ve kterém je stanoveno, že tyto návštěvy musí respektovat denní režim a aktuální zdravotní stav dítěte. Četnost návštěv je individuální podle zájmu a potřeb dítěte a podle možností rodičů, v optimálním případě denně, minimálně však 1x týdně.

- 7) Průběh návštěv je zaznamenáván do dokumentace dítěte a stvrzen podpisem rodičů.

V. Péče o děti v zařízení

- 1) Péče o děti je komplexní (viz kap. IV odstavec 1), má výrazně interdisciplinární charakter.
- 2) Péče o dítě je zásadně individuální, zohledňuje jeho potřeby a zájmy, přizpůsobuje se rodinnému prostředí a respektuje sourozenecké skupiny.
- 3) Péče se odehrává ve skupinách dětí s optimálním počtem 4 děti na 1 pečující osobu, která využívá při ošetrovatelské a výchovné péči poznatky známých dostupných metodik (např. forma rituálů dle Damborské).
- 4) Personální obsazení zařízení je v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a odpovídá doporučenému normativu (viz příloha). Základem je týmová práce. Dle příslušného personálního klíče se o děti starají lékaři (pediatrii), psychologové, dětské sestry (všeobecné sestry se specializací v pediatrii), ošetrovatelky, popř. speciální pedagogové (dle věkového složení dětí). Nezbytnou součástí týmu jsou sociální pracovníce a rehabilitační sestry, popř. další terapeutický personál. Strukturu zaměstnanců doplňuje pomocný a technický personál.
- 5) Materiálně – technické vybavení umožňuje poskytovat péči uvedenou ve zřizovací listině. Nezbytnou součástí je vybavení k resuscitaci a poskytnutí první pomoci.
- 6) Zdravotní péče spočívá v provádění pravidelných preventivních prohlídek v souladu s vyhláškou č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů, v očkování v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Řeší se akutní i chronické stavy dítěte s vypracováním krátkodobého i dlouhodobého léčebného plánu. Vyšetřovacími metodami ve shodě s moderními poznatky lékařské vědy se určuje diagnóza a prognóza dalšího vývoje dítěte.
- 7) Rehabilitační péče je poskytována formou ambulantní i lůžkovou. Využívá moderních poznatků vědy a je přísně individuální. Dbá se na spolupráci rodičů, zejména v jejich zácvičku v této péči.

- 8) Psychologicko – výchovná péče je poskytována v rámci individuálně vypracovaných výchovných plánů, které se průběžně kontrolují minimálně 1x měsíčně. Podílí se na ní kromě psychologa i ostatní personál.
- 9) Sociálně právní ochrana vychází především ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a ze zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. Spočívá v hájení zájmu a prospěchu dítěte v duchu Úmluvy o právech dítěte. Zaměstnanci zařízení:
- a) v čele se sociální pracovníci sledují zájem rodičů o dítě (návštěvy rodičů v zařízení viz. kapitola IV a další důležité okolnosti, které vypovídají o situaci dítěte, zejména ve vztahu k vlastním rodičům),
 - b) neprodleně oznamují OSPOD děti vhodné pro NRP,
 - c) jsou v pravidelném kontaktu s příslušnými OSPOD, popř. se soudy,
 - d) pravidelně tyto orgány informují o všech skutečnostech, které doplňují či mění stávající sociální situaci dítěte, popř. jeho zdravotní stav,
 - e) umožňují pověřeným zaměstnancům OSPOD návštěvu dítěte v zařízení a nahlédnutí do sociální dokumentace dítěte (zákon č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů),
 - f) připravují podklady pro jednání aktivu pro NRP příslušného krajského úřadu,
 - g) v součinnosti s OSPOD se podílejí na opatřeních vedoucích k sanaci dysfunkční rodiny dítěte,
 - h) jsou připraveni poskytovat rodičům dítěte (vlastním, popř. náhradním) umístěného v zařízení poradenskou péči v oblasti sociálně právní ochrany;
dbají přitom důsledně na ochranu zájmu a prospěchu dítěte včetně ochrany osobních dat dítěte,
 - i) podílejí se na přípravě budoucích žadatelů o NRP.
- 10) Prostorové vybavení zařízení odpovídá moderním požadavkům na péči o dítě. Zařízení je členěno na ambulantní a lůžkovou část
- a) ambulantní část tvoří, a to vždy s příslušným vybavením:
 - ordinace (vyšetřovna) lékaře,
 - pracovna psychologa,
 - kancelář sociální pracovníce s prostorem pro přijímání návštěv,
 - místnost pro návštěvy rodičů či žadatelů o NRP s herním prostorem pro dítě,
 - pracovny dalších zdravotnických pracovníků,
 - b) lůžkovou část tvoří jednotka ložnice, obývací místnosti (herny) a hygienického koutku pro dítě:
 - obývací místnost (herna) musí být prostorná, vybavena pestrým zařízením pro volný pohyb a hru dítěte, které musí odpovídat požadavkům vyhlášky č. 84/2001 Sb., o hygienických požadavcích na hračky a výrobky pro děti do 3 let věku,

- ložnice má být maximálně pro 4 děti (postýlky), přizpůsobena dle věku dítěte,
- obývací místnost (herna) a ložnice mohou tvořit společný celek v rámci zařízení rodinného typu,
- hygienický koutek obsahuje stůl na přebalování dětí, vanu či umyvadlo pro koupání a sprchování dětí.

11) Režim pobytu se přizpůsobuje věku dítěte, stupni jeho vývoje a zdravotnímu stavu. Je vyhrazena dostatečná doba pro spánek, pro odpočinek a hru, pro krmení, ošetřování a další pečovatelské úkony. Odpočinek i „odpolední“ spánek děti tráví podle klimatických podmínek na vzduchu ve volné přírodě, pobyt venku je i součástí výchovného herního programu.

12) Nejméně 1x ročně děti starší 1 roku věku vyjíždějí na ozdravné pobyty v délce minimálně 1 týdne.

VI. Pobyt matek, resp. rodiče nebo zákonného zástupce (dále jen „matky“) dětí v zařízení

1) Matku s dítětem lze do zařízení přijmout na žádost orgánu sociálně právní ochrany dětí, na základě předběžného opatření soudu nebo na vlastní žádost se souhlasem vedení zařízení z těchto důvodů:

- a) diagnostických (např. závislost na návykových látkách, podezření na sy. CAN u dítěte, psychiatrické diagnózy),
- b) výchovných (např. matka neumí, resp. nezvládá péči o dítě),
- c) zácvičku
 - v základní péči o dítě,
 - v péči o handicapované dítě,
 - v rehabilitaci dítěte,
 - před propuštěním dítěte do NRP,
- d) utajeného (diskrétního) porodu,
- e) okamžité pomoci (jako azylové zařízení).

2) Matka pečuje o své dítě systémem rooming-in, zpravidla pod dohledem odborného ošetřovatelského personálu.

3) Pobyt matky se řídí vnitřními předpisy zařízení.

4) Z důvodu uvedeného v bodě 1 písm. d) se těhotná matka přijímá v dostatečně dlouhé době před porodem.

5) Utajený (diskrétní) porod znamená, že matka přichází k pobytu před porodem dle svého rozhodnutí. Porod je zajištěn po domluvě s matkou na příslušném gynekologicko porodnickém oddělení. Po porodu je matka umístěna na gynekologicko porodnickém oddělení a dítě po pobytu na novorozeneckém oddělení je přeloženo do zařízení. Sociální pracovníce je nápomocna matce při poskytování všech informací, týkajících se

eventuálního umístění dítěte do NRP. Současně matce zajišťuje kontakt s OSPOD, zejména při eventuálním podpisu souhlasu s osvojením podle platných právních norem, se získáním dávky porodného aj.

VII. Propuštění dítěte ze zařízení

- 1) Dítě se propustí ze zařízení trvale, jestliže pominuly důvody jeho pobytu:
 - a) do péče vlastní rodiny
 - bez souhlasu příslušných orgánů (OSPOD, soud), bylo-li umístěno na žádost rodičů,
 - jestliže byla soudem zrušena ústavní výchova, nebo bylo zrušeno či zaniklo předběžné opatření soudu, na jehož základě bylo dítě do zařízení umístěno,
 - b) do péče jiných osob než rodičů pouze po souhlasném vyjádření obou rodičů, nebo na základě rozhodnutí soudu o svěřeni do péče,
 - c) do náhradní rodinné péče formou
 - osvojení,
 - pěstounské péče,vždy pouze na základě rozhodnutí soudu nebo rozhodnutí OSPOD o svěřeni dítěte do předadopční péče nebo předpěstounské péče,
 - d) do péče jiného zařízení (např. ústav sociální péče, dětské domovy v gesci resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy)
 - po dohodě s tímto zařízením,
 - v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou či předběžným opatřením po dohodě s OSPOD.

- 2) Dítě se propustí ze zařízení dočasně, jestliže to vyžaduje jeho zdravotní stav, psychický, citový i sociální vývoj, popř. jiné okolnosti:
 - a) v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou nebo předběžným opatřením na přechodný pobyt k rodičům nebo jiným fyzickým osobám (včetně budoucích náhradních rodičů) na dobu nejvýše 14 kalendářních dnů při jednom pobytu pouze se souhlasem OSPOD dle místa bydliště dítěte a místa bydliště navštívených,
 - b) do příslušného lůžkového zdravotnického zařízení, vyžaduje-li to zdravotní stav dítěte (dětské oddělení, ozdravovna, dětská odborná léčebna).

* * *

Zrušuje se metodické opatření č. 7 - Postup kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let při zabezpečování sociálně právní péče o děti zveřejněné ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví v částce 1-2 z roku 1972.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc., v. r.
ministřině zdravotnictví

Doporučený počet zaměstnanců pro kojenecké ústavy (KÚ) a dětské domovy (DD) do 3 let věku

doporučený počet zaměstnanců na 100lůžek/míst v KÚ+DD do 3 let věku	
lékaři	3
jiní odborníci s VŠ kvalifikací (psycholog, logoped, pedagog, fyzioterapeut a jiní)	4
sociální pracovníci	2
rehabilitační pracovníci	2*)
SZP + NZP	celkem 56 z toho 20% NZP*)
celkem	67

Poznámka:

SZP – tzv. střední zdravotnický personál (dětské sestry, všeobecné sestry se specializací na pediatrii),

NZP – tzv. nižší zdravotnický personál (ošetřovatelky).

Pokud v KÚ + DD do 3 let věku jsou oddělení umístěna ve více budovách či podlažích, je nutno upravit normativy tak, aby byla zajištěna nepřetržitá přítomnost SZP na každém podlaží.

*)

Pokud v KÚ+DD do 3 let věku tvoří děti s handicapem více než 30% všech dětí, doporučuje se navýšení doporučeného počtu zaměstnanců.

Příloha č. 2

Tabulka č. 1: Důvody pro přijetí dětí do DD – detailní dělení po letech

Rok	Důvod přijetí	Počet	Procento
2005	sociálně zdravotní	10	83%
	sociální	1	8%
	zdravotní	1	8%
Celkem za rok		12	100%
2006	sociálně zdravotní	10	83%
	sociální	2	17%
	zdravotní	0	0%
Celkem za rok		12	100%
2007	sociálně zdravotní	16	89%
	sociální	1	6%
	zdravotní	1	6%
Celkem za rok		18	100%
2008	sociálně zdravotní	11	79%
	sociální	3	21%
	zdravotní	0	0%
Celkem za rok		14	100%
Celkem		56	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 2: Odkud děti do DD přišly – detailní dělení po letech

Rok	Předchozí pobyt	Počet	Procento
2005	DD	2	17%
	kojenecký ústav	1	8%
	nemocnice	1	8%
	rodina	8	67%
Celkem za rok		12	100%
2006	nemocnice	1	8%
	rodina	11	92%
Celkem za rok		12	100%
2007	kojenecký ústav	1	6%
	nemocnice	2	11%
	rodina	15	83%
Celkem za rok		18	100%
2008	nemocnice	2	14%
	rodina	10	71%
	ubytovna	2	14%
Celkem za rok		14	100%
Celkem		56	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 3: Etnické složení – detailní dělení po letech

Rok	Etnikum	Počet	Procento
2005	romské	1	8%
	majoritní populace	11	92%
Celkem za rok		12	100%
2006	romské	0	0%
	majoritní populace	12	100%
Celkem za rok		12	100%
2007	romské	5	28%
	majoritní populace	13	72%
Celkem za rok		18	100%
2008	romské	2	14%
	majoritní populace	12	86%
Celkem za rok		14	100%
Celkem		56	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 4: Zdravotní stav dětí při příchodu do DD – detailní dělení po letech

Rok	Zdravotní stav	Počet	Procento
2005	dobrý	11	92%
	špatný	0	0%
	těžké postižení	1	8%
Celkem za rok		12	100%
2006	dobrý	11	92%
	špatný	0	0%
	těžké postižení	1	8%
Celkem za rok		12	100%
2007	dobrý	14	78%
	špatný	2	11%
	těžké postižení	2	11%
Celkem za rok		18	100%
2008	dobrý	13	93%
	špatný	1	7%
	těžké postižení	0	0%
Celkem za rok		14	100%
Celkem		56	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 5: Psychický stav dětí při příchodu do DD – detailní dělení po letech

Rok	Psychický stav	Počet	Procento
2005	dobrý	9	75%
	opožděný PMV	2	17%
	těžké postižení	1	8%
Celkem za rok		12	100%
2006	dobrý	11	92%
	těžké postižení	1	8%
Celkem za rok		12	100%
2007	dobrý	8	44%
	opožděný PMV	4	22%
	špatný - pohlavní zneužívání	3	17%
	těžké postižení	3	17%
Celkem za rok		18	100%
2008	dobrý	12	86%
	špatný - týrání	2	14%
Celkem za rok		14	100%
Celkem		56	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Příloha č. 3

Tabulka č. 1: Délka pobytu dětí v DD – detailní dělení po letech

Rok	Délka pobytu	Počet	Procento v roce
2000	do 1 roku	0	0%
	do 2 let	5	33%
	do 3 let	6	40%
	do 4 let	4	27%
	do 5 let	0	0%
Celkem v roce		15	100%
2001	do 1 roku	0	0%
	do 2 let	1	50%
	do 3 let	0	0%
	do 4 let	0	0%
	do 5 let	1	50%
Celkem v roce		2	100%
2002	do 1 roku	1	14%
	do 2 let	1	14%
	do 3 let	1	14%
	do 4 let	2	29%
	do 5 let	2	29%
Celkem v roce		7	100%
2003	do 1 roku	0	0%
	do 2 let	1	14%
	do 3 let	2	29%
	do 4 let	4	57%
	do 5 let	0	0%
Celkem v roce		7	100%
2004	do 1 roku	0	0%
	do 2 let	1	13%
	do 3 let	4	50%
	do 4 let	3	38%
	do 5 let	0	0%
Celkem v roce		8	100%
2005	do 1 roku	1	33%
	do 2 let	0	0%
	do 3 let	1	33%
	do 4 let	1	33%
	do 5 let	0	0%
Celkem v roce		3	100%
2006	do 1 roku	1	14%
	do 2 let	1	14%
	do 3 let	4	57%
	do 4 let	0	0%
	do 5 let	1	14%
Celkem v roce		7	100%
2007	do 1 roku	0	0%
	do 2 let	1	25%
	do 3 let	1	25%
	do 4 let	1	25%
	do 5 let	1	25%
Celkem v roce		4	100%
2008	do 1 roku	0	0%
	do 2 let	3	43%
	do 3 let	2	29%
	do 4 let	2	29%
	do 5 let	0	0%
Celkem v roce		7	100%
Celkem		60	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 2: Etnické složení – detailní dělení po letech

Rok	Etnikum	Počet	Procento
2000	rómské	6	40%
2000	majoritní populace	9	60%
Celkem za rok		15	100%
2001	majoritní populace	2	100%
Celkem za rok		2	100%
2002	rómské	3	43%
2002	majoritní populace	4	57%
Celkem za rok		7	100%
2003	rómské	3	43%
2003	majoritní populace	4	57%
Celkem za rok		7	100%
2004	rómské	2	25%
2004	majoritní populace	6	75%
Celkem za rok		8	100%
2005	jiné	1	33%
2005	rómské	1	33%
2005	majoritní populace	1	33%
Celkem za rok		3	100%
2006	rómské	1	14%
2006	majoritní populace	6	86%
Celkem za rok		7	100%
2007	rómské	1	25%
2007	majoritní populace	3	75%
Celkem za rok		4	100%
2008	jiné	1	14%
2008	rómské	2	29%
2008	majoritní populace	4	57%
Celkem za rok		7	100%
Celkem		60	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 3: Druh právní volnosti – detailní dělení po letech

Rok	Druh právní volnosti	Počet	Procento
2000	půlroční nezájem	2	13%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	13	87%
Celkem za rok		15	100%
2001	souhlas rodičů	1	50%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	1	50%
Celkem za rok		2	100%
2002	půlroční nezájem	2	29%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	5	71%
Celkem za rok		7	100%
2003	půlroční nezájem	1	14%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	6	86%
Celkem za rok		7	100%
2004	půlroční nezájem	1	13%
	souhlas rodičů	1	13%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	6	75%
Celkem za rok		8	100%
2005	souhlas rodičů	1	33%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	2	67%
Celkem za rok		3	100%
2006	půlroční nezájem	1	14%
	souhlas rodičů	3	43%
	zbavení rodičovské zodpovědnosti	3	43%
Celkem za rok		7	100%
2007	zbavení rodičovské zodpovědnosti	4	100%
Celkem za rok		4	100%
2008	zbavení rodičovské zodpovědnosti	7	100%
Celkem za rok		7	100%
Celkem		60	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty

Tabulka č. 4: Druh NRP při odchodu – detailní dělení po letech

Rok	Druh NRP	Počet	Procento
2000	adopce	2	13%
	pěstounská péče	13	87%
Celkem za rok		15	100%
2001	adopce	1	50%
	pěstounská péče	1	50%
Celkem za rok		2	100%
2002	adopce	3	43%
	pěstounská péče	4	57%
Celkem za rok		7	100%
2003	adopce	2	29%
	pěstounská péče	5	71%
Celkem za rok		7	100%
2004	adopce	4	50%
	pěstounská péče	4	50%
Celkem za rok		8	100%
2005	adopce	1	33%
	pěstounská péče	2	67%
Celkem za rok		3	100%
2006	adopce	3	43%
	pěstounská péče	4	57%
Celkem za rok		7	100%
2007	adopce	3	75%
	pěstounská péče	1	25%
Celkem za rok		4	100%
2008	adopce	5	71%
	pěstounská péče	2	29%
Celkem za rok		7	100%
Celkem		60	

Zdroj: DD Charlotty Masarykové, vlastní výpočty