

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Klára Šturmová

**Úloha speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem
do tří let věku**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a zdroje, ze kterých jsem čerpala.

V Olomouci dne.....

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. za inspirativní a odborné vedení práce i pracovnícím ze zařízení, které mi poskytly rozhovor.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Speciální pedagog	8
2 Raný věk	14
2.1 Novorozenec	14
2.2 Kojenec	15
2.3 Batole	17
2.4 Potřeby dítěte v raném věku	18
3 Rodina	24
4 Náhradní rodinná péče	26
4.1 Osvojení	28
4.2 Pěstounská péče	30
4.3 Jiné formy péče o dítě	33
5 Ústavní výchova	35
5.1 Dětské domovy pro děti do tří let věku	36
5.2 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	38
6 Deprivace a raná traumata	42
7 Zkušenosti ze zahraničí	48
7.1 Výsledky důležité pro děti a mladé lidi v náhradní rodinné péči	48
7.2 Rozvoj kulturní změny v dětských domovech v Essexu	49
PRAKTICKÁ ČÁST	50
8 Problematika úlohy speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku	51
8.1 Problematika ústavní péče	53
8.2 Rušení kojeneckých ústavů	54
9 Cíl práce	58
10 Metodologie	59
11 Sběr dat	61
12 Vyhodnocení dat	62
13 Diskuze	64

14 Doporučení do praxe	68
Závěr.....	70
Seznam použité literatury	71
Internetové zdroje	74
Seznam použitých zákonů	76
Seznam tabulek.....	77
Seznam příloh.....	78
ANOTACE	

Úvod

V bakalářské práci jsem se věnovala náhradní rodinné péči a v podobném směru jsem chtěla pokračovat i v práci diplomové. Z tohoto důvodu diplomová práce nese název „Úloha speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku“.

Téma náhradní rodinné péče a ústavní péče mě velmi zajímá a je mi blízké. Pracovala jsem jako dobrovolník v zařízení pro děti do tří let a vnímala jsem potřebnost speciálního pedagoga, který by s dětmi pracoval. V jiném zařízení jsem měla možnost být v rámci školní praxe a tato zkušenost se mi potvrdila. Vidím velkou potřebu toho, aby speciální pedagogové v zařízeních fungovali. V rámci diplomové práce chci na tuto skutečnost poukázat a zjistit, jak potřebnost speciálního pedagoga vnímají pracovníci v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku.

Teoretická část se skládá z vymezení pojmu a úlohy speciálního pedagoga, popsání vývoje dítěte, se kterým souvisí důležitost rodiny a poté náhradní rodinná péče, která je jedním z řešení, když biologická rodina selhává. Dále se věnuji ústavní péči, kvůli které může u dětí dojít k deprivaci a raným traumatům.

Cílem praktické části je zjistit, jaká je úloha speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku.

Zařízení poskytující péči dětem do tří let věku v České republice stále fungují a je předpoklad, že ani v budoucnu nebudou zrušeny. Proto je z našeho pohledu důležité, aby v těchto zařízeních byla dětem poskytována všestranná péče, mezi kterou patří i péče speciálněpedagogická.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Speciální pedagog

Speciální pedagog je v této práci důležitým tématem, a proto je nezbytné, abychom vymezili, o koho se jedná.

O pedagogickém pracovníkovi mluvíme tehdy, když tato osoba vykonává přímou vyučovací, speciálněpedagogickou, výchovnou nebo pedagogicko-psychologickou aktivitu přímým působením na vzdělávaného, kterým realizujeme výchovu a vzdělávání. Pedagogický pracovník je zaměstnancem právnické osoby, která provádí činnost školy, nebo i zaměstnanec, jenž provádí přímou pedagogickou aktivitu v zařízeních sociálních služeb. (§ 2 odst. 1 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů) Přímou pedagogickou činnost vykonává vychovatel, psycholog, pedagog volného času, speciální pedagog a další. (§ 2 odst. 2 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů)

Pedagogickým pracovníkem je ten, kdo má odbornou kvalifikaci pro přímou pedagogickou činnost, je bezúhonný, plně způsobilý k právním úkonům, zdravotně způsobilý, prokázal znalost českého jazyka. (§ 3 odst. 1 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů)

Speciální pedagog dosáhne odborné kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v okruhu pedagogickým věd zaměřené na pedagogiku předškolního věku, speciální pedagogiku nebo pedagogiku s doplňujícím studiem. (§ 18 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů)

Pracovní podmínky a klima, ve kterých pedagogové zastávají svou práci, se mohou lišit. Skupiny pedagogických pracovníků jsou různé podle dosaženého vzdělání a náplní práce. Společná je pro ně péče, výchova a vzdělávání osob. Vzdělání v oboru speciální pedagogika musí mít ti, kteří vzdělávají žáky se specifickými vzdělávacími potřebami, jako je například tělesné nebo smyslové postižení. Speciální pedagog, který pracuje ve školství, je pedagogickým pracovníkem. Speciální pedagog musí mít splněné magisterské vzdělání daného směru. (Zvítorský, 2014)

Pedagog je ten, kdo odborně vzdělává a vychovává děti, mládež nebo dospělé. Je iniciátorem výchovného procesu. Má za cíl pečovat o emoční, fyzický, rozumový a volní rozvoj vychovávaného. Prvotními vychovateli a pedagogy jsou rodiče, zejména matka. (Grecmanová, 2002)

O pedagogovi mluvíme tehdy, když jedinec vzdělává a vychovává. Jedná se tedy i o neprofesionála, například o rodiče. Mezi profesionální učitele patří vychovatelé, instruktoři a pedagogové. Úžeji je pedagog odborník v pedagogických vědách. Skupiny pedagogických pracovníků se odlišují náplní práce, získaným vzděláním nebo společenským statutem. Spojuje je náročnost práce a důraz na výchovu a vzdělání. (Bendl, 2015)

Na výchovu dětí má vliv škola, přátelé, rodina, rozhlas, televize, videa, nebo lidé, se kterými přichází dítě do styku. Nejdůležitější status mezi těmito vlivy má rodina a pedagog. Dnes mají na děti velký vliv komunikační prostředky, které redukuje pedagoga jako prvotní a základní zdroj informací. Učitel by měl pracovat na svém technickém poznání, aby mohl odpovídat na poznámky a dotazy žáků. (Grecmanová, 2002)

Osobnost pedagoga se vyvíjí během celého jeho života. Ovlivňuje ji rodinná výchova, kdy si učitel tvoří lásku k druhým osobám, vztahu k dětem, práci, schopnost plánování nebo dodržování režimu dne. Později se rozvíjí díky vzdělání na základní a střední škole a přípravou na povolání. Největší význam na tvorbě osobnosti pedagoga má jeho vlastní pedagogická činnost. Díky dalšímu sebevzdělání si tvoří praktické schopnosti a návyky. (Grecmanová, 2002)

Pro kladný výsledek pedagogické profese jsou nezbytné tyto složky:

1. Všeobecná vzdělanost a rozsáhlý vědecký, filozofický a kulturní přehled

Učitel má na žáky vliv svou celistvou osobností a svými postoji. Musí mít proto přehled o vývoji společnosti, o mezinárodních událostech a vztazích a zaujímat k nim své postoje. Všeobecná orientace, znalost praxe a přehled o ekonomických, politických a sociálních dějích poskytuje správné chápání nových jevů.

2. Praktické a odborné vzdělání

Mezi vědní disciplíny, které jsou součástí studia, patří aplikované disciplíny, profilové disciplíny určitého oboru a pomocné vědy daného oboru. Pedagog musí čerpat z nejnovějších znalostí vědy a výzkumu.

3. Psychologické a pedagogické vzdělání

Pedagogicko-psychologické vzdělání se týká teoretických poznatků o prostředcích, cílech, metodách, principech, podobách výchovné práce a zároveň praktických metodických a pedagogických schopností. (Grecmanová, 2002)

Mezi profesionální kvalifikaci učitele se řadí:

- Diagnostické dovednosti (schopnost určit diagnózu žáka)
- Rozšiřování vzdělání díky dalšímu studiu
- Empatie
- Schopnost komunikace
- Vyjadřovací schopnosti
- Didaktické dovednosti (umět žákům jasně objasnit učivo)
- Dovednost sdělit své vlastní myšlenky
- Schopnost organizace (dovednost řídit práci i kolektiv)
- Umět získat si autoritu (Grecmanová, 2002)

Pro práci pedagoga jsou důležité jeho osobní vlastnosti a chování:

K osobním vlastnostem patří:

- Pracovní atribut (vztah k dětem a k pedagogice)
- Charakter a vůle (upřímnost, zásadovost, čestnost nebo statečnost)
- Intelekt (kreativita a logika)
- Společenské vlastnosti (vlídnost, srdečnost nebo ohleduplnost)
- Temperament (trpělivost a optimismus)

Mezi nároky na chování učitele se řadí:

- Osobní život (správné společenské chování a urovnaný rodinný život)
- Chování ve školním prostředí (taktnost, být pro žáky vzorem)
- Veřejná aktivita (účastnit se společenských činností) (Grecmanová, 2002)

Pedagog řídí výchovně vzdělávací postup a směřuje žáky k osvojování dovedností.

Ovlivňuje růst potřeb, zájmů a schopností dětí. Upevňuje osvojené poznatky, zkouší je a hodnotí. Učitel je ovlivněn osnovami, učebními plány, učebnicemi, pracovními a klasifikačními řády. Při své práci se ale neobejde bez samostatnosti, aby mohl být kreativní. (Grecmanová, 2002)

Kvalita práce pedagoga závisí nejvíce na jeho motivaci k výkonu této profese, pedagogické odbornosti a sociální, osobní a mravnostní vyzrálosti. Jeho práce je velice obtížná, jelikož často dochází ke změně okolností. Žáci i učitelé jsou ovlivněni svým osobním životem, což má vliv i na školní úspěšnost. Pedagog prožívá i několik neúspěchů. (Grecmanová, 2002)

S pedagogickými pracovníky se pojí i pojem pomáhající profese. Jedná se o profese, při kterých dochází k pomoci lidem v nouzi nebo při naplňování a rozvoji osobního potenciálu. Mezi pomáhající profese patří psychologové, lékaři, sociální pracovníci a z pedagogických pracovníků speciální pedagog nebo učitel nižších ročníků. (Zvítorský, 2014)

„Pomáhající profese je souhrnný název pro profese, které se zaměřují na pomoc druhým; pomáhají řešit nesnáze, problémy, zdravotní potíže druhých lidí. Společnými znaky jsou mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a rizika pro vlastní duševní zdraví.“ (Hartl, 2004, s. 188)

Význam pomáhajících profesí
Pomoc druhým dělat něco, co dává smysl životu pomáhajícího.
Základ pomáhající profese
Vlídny vztah mezi klientem a profesionálem, nesoustředění se jen na sebe, potřeba dávat a schopnost komunikace s lidmi.
Prostředek pro vykonávání profese
Osobnost pomáhajícího, neporušený charakter, mravní čistota, odpovědnost, zájem o to, co se děje kolem, vyzrálost osobnosti s jasným životním cílem a realistickým sebepojetím, rozvinuté sebereflexe, dodržování etických principů a norem v práci.
Podstata zdárného vykonávání profese
Odbornost, vědomosti, dovednosti, ochota přinášet oběti, k osobnostním předpokladům patří náklonnost, empatie, trpělivost, vlídnost, osobnost by si měla být vědoma potřeby dalšího vzdělávání a supervize a být si vědomá rizik, která jsou spojená s profesí.
Co je hranicí pro účinné pomáhání?
Limity zatížení osobnosti pomáhajícího jsou současně hranicemi jeho konání v pomáhajícího procesu, pomáhající by měli být dostatečně vzděláni v daném oboru, jelikož následky jejich neprofesionality by mohly být fatální. Nepřijatelnými potížemi jsou neurotické psychosociální rysy u pomáhajícího.

Tab. č.1 znázorňuje podstatu definování pomáhajících profesí (Špirudová, 2015)

Osobnost pomáhajícího má významný vliv na kvalitu práce ve školství, zdravotnictví, v psychologii i psychoterapii. Rozměr včlenění vlastní osobnosti pomáhajícího do vztahu s klientem vnáší do práce zajímavé jevy. Jedná se o pocit naplnění a uspokojení. Na protipólu stojí syndrom vyhoření. (Géringová, 2011)

Jednotlivé pomáhající profese kladou důraz na odlišné vlastnosti osobnosti. Pedagog využívá zejména šarm, žert, organizaci práce a zároveň citlivost, vcítění a vhléd. Lékař by měl umět pracovat s komunikací při jednání s pacienty. (Géringová, 2011)

Pomáhající se během své práce ocitá v roli, která má zřetelná pravidla a očekávání. Pomáhající pracovník by měl mít vlastnosti, mezi které se řadí vlídnost, ochota, vyrovnanost a empatie. Měl by také mít nadšení pro práci. (Géringová, 2011)

V zařízeních, která připravují pracovníky na budoucí povolání, chybí vzdělávání orientované na rozvoj osobnosti, zvládnání stresu a krizových situací, komunikace ve skupině nebo práce v týmu. Dále chybí plány, které by odpovídaly na potřeby zátěže, kterou tato povolání s sebou nesou. (Géringová, 2011)

S termínem pomáhající profese se pojí pojem syndrom pomáhajícího. Autorem tohoto pojmu je německý publicista a psycholog Schmidbauer. Schmidbauer pracoval se skupinou pomáhajících pracovníků a zjistil, že je spojují určité typy potíží. Tyto potíže nazval syndromem pomáhajícího. (Géringová, 2011)

U tohoto syndromu se jedná o seskupení daných symptomů, které se opakují v prožívání a chování a mají vliv na výkon pracovníka. Zpočátku se zdá, že tyto symptomy spolu nesouvisí, ale posléze ve spojení s konkrétní životní minulostí pracovníka se složí do celku, který dává smysl. (Géringová, 2011)

Při syndromu pomáhajícího dochází k nemožnosti dát najevo své potřeby a pocity, problémy ve vztazích, nepřipuštění si vlastní bezmoci a emočních potíží, problémy s vyjádřením agrese. Navenek působí jako smutný, mrzutý, ale zároveň spolehlivý a obětavý. (Géringová, 2011)

Častěji se setkáváme s termínem syndrom vyhoření, který popisuje charakteristické následky jednání pomáhajícího. Syndrom vyhoření má základy v syndromu pomáhajícího. (Gérigová, 2011)

Pozice speciálního pedagoga je vymezena především v zákoně o pedagogických pracovnících. Je podstatné si uvědomit, že speciální pedagog patří mezi pomáhající profese, z čehož vyplývá náročnost povolání.

2 Raný věk

Věnujeme se období do tří let věku dětí, které se nazývá raným věkem. V tomto věku dochází u dětí k velkým vývojovým změnám.

V České republice se obvykle pojem raný věk nepoužívá. Někteří čeští psychologové však tento pojem používají a do období raného věku řadí prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí a předškolní období. (Syslová, Borkovcová, Průcha, 2014) Pro účel diplomové práce se budeme věnovat jen období novorozeneckému, kojeneckému a batolecímu.

2.1 Novorozenec

Novorozenecké období začíná porodem a trvá zhruba měsíc. Plod se rodí ve 38.-42. týdně těhotenství s průměrnou hmotností 3,3 kg a délkou 50cm. (Vágnerová, 2005) Šimíčková-Čížková (2010) uvádí hmotnost novorozence mezi 3000-4000g, délku novorozence mezi 48-52 cm a trvání tohoto období na dobu šesti týdnů. Délku novorozeneckého období vnímají odborníci různě. Záleží, zda se jedná o lékaře nebo o psychology. Lékaři se řídí vývojem základní metabolické kapacity dítěte. Psychologové vnímají novorozenecké období jako stadium, kdy u dítěte převládá spánek. Vymezení tohoto období je tedy různé, v některých zdrojích se mluví o čtyřech či šesti týdnech po porodu, v jiných o prvních třech měsících života. (Šulová, 2010)

Etapa novorozence je dobou adaptace na nové prostředí, které se liší od prenatálního období. Biorytmus novorozence je typický krátkými časovými úseky bdění. Úroveň bdění je nízká. Můžeme ji ovlivnit jen minimálně a to například změnou polohy novorozence. Novorozenec reaguje na podněty pomocí reflexů, které mají různý význam. (Vágnerová, 2005) K základním vrozeným reflexům patří pátrací, sací, úchopový, kašlací, škytací a plantární. Majorita reflexů mizí okolo třetího měsíce. (Šulová, 2010) K vrozeným reflexům se řadí i Pavlovův a Morouův reflex. (Šimíčková-Čížková, 2010)¹

¹ Pavlovův reflex se projevuje jako obrana proti sevřenému svazování do peřinek. Morouův reflex se ukáže tehdy, když novorozenci podtrhneme podložku, na které leží. Po podtrhnutí podložky dojde k rozhození předních končetin, otevření pěstí a na dolních končetinách se zdůrazní flexe. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Učení a rozvoj novorozence závisí na přísunu podnětů. Dítě je v ohledu stimulace závislé především na matce. Reakce dítěte posilují zájem dospělého, aby se dítěti věnoval. Již od počátku se jedná o interakci. První viditelné projevy chování jsou již ve 2.-5. dnu života dítěte a souvisí s krmením. Novorozenec se chová odlišně při sání z prsu a při krmení z lahve. Dítě pozná matku podle hlasu a otáčí hlavičku ve směru, odkud hlas vychází. Po 45 hodinách od narození pozná dítě matku čichem za podmínky, že mělo příležitost být v její těsné blízkosti. Matka je pro novorozence zdrojem podnětů, dítě si pamatuje její hlas a následně na něj reaguje. Kožní kontakt mezi matkou a dítětem jej stimuluje a vyvolává plazivý reflex. Novorozenec je ve vztahu k matce aktivní, upoutává pozornost pláčem, pohyby tělem i grimasy. Přijetí novorozence je dáno již v průběhu těhotenství. Rané zážitky jsou základem pro další učení. (Vágnerová, 2005)

Mezi sociální signály patří křik. V prvních obdobích komunikace mezi matkou a dítětem se vytváří synchronie a asynchronie pozornosti a afektu mezi matkou a dítětem. Vyšle-li jeden ze dvojice signál a druhý mu věnuje pozornost a reaguje na signál pozitivně, mluvíme o synchronicitě v interakci mezi matkou a dítětem. Tím se stabilizují funkční signály a posiluje se pocit jistoty mezi oběma, jejich sebedůvěra a utváří se základ pro další vzájemnou komunikaci. Synchronicitu u matky ovlivňuje její připravenost na mateřství, osobnostní zralost nebo převzaté výchovné praktiky. K nejčastějším příčinám asynchronie v interakci na straně dítěte patří zdravotní stav dítěte, jeho zvýšená dráždivost a dysfunkce jeho smyslů. (Šulová, 2010)

Pro novorozence je podstatné vyrůstat v citově vřelém a stálém prostředí, aby interakce rodiny, obzvláště matky byla v souladu s psychickými stavy novorozence. Interakce matky a dítěte je ovlivněna vlivy vnějšího i vnitřního prostředí, proto je pro novorozence důležitá funkce rodiny. Rodina může svými konflikty dítě traumatizovat již v novorozeneckém věku. (Šimíčková-Čížková, 2010)

2.2 Kojenec

Období kojeneckého věku trvá od jednoho měsíce do jednoho roku. Toto období je charakterizováno rychlým rozvojem v mnoha kompetencích, které vedou k postupnému osamostatňování, ke kterému dochází v následujícím batolecím období. (Vágnerová, 2005)

(Šimíčková-Čížková 2010) vymezuje kojenecké období od konce šestého týdne do jednoho roku.

Pro motorický vývoj kojence platí následující principy dle Arnolda Gessela:

1. Princip vývojového směru

Vývoj novorozence probíhá ve třech směrech:

- a) Směr cefalodální-od hlavy k patě. Dítě zvedá hlavičku, neaktivně sedí, narovná nejdříve krční, poté bederní páteř, nejprve leze po kolenou, poté se staví na chodidla.
- b) Směr proximodistální-vývoj od středu těla k periférii. Pohyb končetin postupuje od pohybů velkých kloubů k jemné motorice.
- c) Směr ulnoradiální-od loketní strany dlaně směrem k palci.

2. Princip střídavého proplétání antagonistických neuromotorických funkcí

Tento princip je viditelný při střídání převahy flexorů a extenzorů nebo při střídání vývojových skoků a období zklidnění.

3. Princip funkční asymetrie

Jedná se o postupnou náklonnost k specializovanosti pravé a levé strany těla.

4. Princip individualizace

Vývoj dítěte je jedinečný, i když jsou zachovány vývojové posloupnosti.

5. Princip autoregulace

Dítě si samo řídí množství podnětů, které přijme a které je schopno zpracovat.

(Šulová, 2010)

Kojenecké období se dělí na věková pásma ve třetím, šestém, devátém a dvanáctém měsíci. (Šimíčková-Čížková, 2010).

Ve třetím měsíci udrží kojeneček v poloze na břiše zvednutou hlavu s oporou v předloktí, má otevřené dlaně a vydává dlouhé samohláskové zvuky, tzv. broukání. (Šimíčková-Čížková, 2010)

V šestém měsíci se dítě přitahuje do sedu, sedí s oporou, předměty uchopuje čtyřmi prsty bez použití palce, začíná tvořit některé souhlásky, které propojuje samohláskami ve slabiky, jedná se o tzv. žvatláni. (Šimíčková-Čížková, 2010)

V devátém měsíci leze kojeneček po čtyřech, dokáže se sám posadit, při uchopování zapojuje palec, začíná rozumět jednoduchým výzvám. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Ve dvanáctém měsíci chodí za ruku, manipuluje s předměty, aktivní řeč představují dvě až tři slova. (Šimíčková-Čížková, 2010)

Kojenec je velkou část bdělého stavu odkázán na omezený prostor a na aktivitu jiného člověka. Zkušenosti, které kojenec získá, determinují jeho základní poznávací strategie i celostní postoj ke světu. Důležitá je jistota a stálost. Toto období se nazývá období receptivity, jeho základním posláním je získat důvěru. (Vágnerová, 2005) Matka je důležitá osoba v prvních měsících života dítěte, která přesvědčí dítě o tom, že jeho okolí je přátelské, stabilní a že převažuje příjemná atmosféra v prostředí, které ho obklopuje. Toto vede k pozitivnímu vztahu kojence k sobě samému a roste jeho sebevědomí. (Šulová, 2010)

2.3 Batole

Období batolety trvá od jednoho roku přibližně do tří let. (Vágnerová, 2005) Šimíčková-Čížková (2010) uvádí batoletí období jako druhý a třetí rok života dítěte. Batole je samostatnější a aktivní, vědomo si svého bytí. Jedná se o stadium osamostatňování (Vágnerová, 2005). Dítě se učí sebeobsluze a osobní hygieně. (Šimíčková-Čížková, 2010)

K socializaci dítěte dochází v rodině, kde se formují vztahy s dalšími lidmi. Zejména se jedná o členy širší rodiny. Členové širší rodiny mají různé role, které se pojí s různými projevy chování, jednak ve vztahu k dítěti, a jednak mezi sebou. Socializační vývoj dítěte však nejvíce ovlivňují rodiče, kteří mu dávají možnost sledovat, jak se oni sami chovají v různých situacích. (Vágnerová, 2005)

Na emoční ladění batolety má vliv přítomnost dospělé osoby a jeho citově sociální kontakt s ním. City dvouletého dítěte jsou krátkodobé, silné a vznětlivé. Objevují se kladné emoce, jako je radost a spokojenost, ale i negativní, jako je lítostivý pláč nebo vzdorovitá reakce. Batole prožívá i strach. U mladšího batolety může strach vyvolat například zvuk, u staršího se jedná o naučený strach, kdy mu předměty nebo situace připomínají nepříjemné zážitky. Díky rozvoji představivosti nabývá strachu z neskutečných věcí, lidí a zvířat. Na druhou stranu si batole neuvědomuje reálná nebezpečí, jako je vyklánění se z okna a podobně. (Šimíčková-Čížková, 2010)

U batolete se zpomaluje rychlost tělesného vývoje. Dochází k prodloužení dolních končetin a mění se poměr mezi končetinami a hlavou. Motorické aktivity jsou stále rozmanitější. Chůze je stabilnější, pokračuje samostatná chůze, poté chůze do schodů. Batole jezdí na tříkolce a později na kole. (Šulová, 2010)

Dochází i k rozvoji v jemné motorice. Při stavění z kostek lze pozorovat i koordinaci oka a ruky. Dítě navléká korálky na provázek, vhadzuje předměty do otvoru nebo listuje v knize. (Šimíčková-Čížková, 2010)

2.4 Potřeby dítěte v raném věku

Dítě má následující potřeby:

- **Potřeba vnější stimulace** - dítě k rozvoji potřebuje prostředí, které je přiměřeně podnětné ke své vývojové úrovni (Langmeier a Matějček 1974 in Šimíčková-Čížková, 2010)

Vnější stimulace okolního světa musí poskytovat dítěti podněty v daném množství a mít jistou úroveň složitosti, aby docházelo ke smysluplné interakci. Dítě samo vyhledává vnější stimuly, reaguje na ně kladnými citovými odpověďmi a jeho pátrací činnost se zvyšuje. Nadměra složitosti, jednoduchosti či stálost nebo proměnlivost vyvolávají reakce nezájmu. Stupeň proměnlivosti a náročnosti podnětů se mění v závislosti na věku a na předchozích zkušenostech. Ve všech úrovních vývoje je určitý rozsah podnětů základní psychickou potřebou člověka. (Langmeier, Matějček 2011)

- **Potřeba vnější struktury** - aby měl aktivní kontakt dítěte s prostředím smysl, toto prostředí musí mít strukturu (Langmeier a Matějček 1974 in Šimíčková-Čížková, 2010)

Vnější strukturou jsou myšleny smysluplné a diferencované struktury podnětů. Tato potřeba patří k základním psychickým potřebám dítěte v raném věku. V prvních měsících života dítěte je u dítěte znatelná potřeba poznávat svět jako smysluplnou strukturu prožitého a nového, minulého a přítomného a očekávaného a uskutečněného. Ve všech etapách vývoje dítěte pozorujeme, že se dítě potřebuje učit, získávat zkušenosti, vyhledávat obvyklosti. Kojenec si osvojuje svou obratnost neustálým opakováním a procvičováním. Ve věku tří až šesti měsíců je schopen zjistit v zevní stimulaci regulérnost a mění své chování tak, aby směřovalo k nejrychlejšímu dosažení cíle. Kojenci mají radost z toho, když najdou smysl

ve struktuře. Mezi základní životní požadavky tedy patří to, že dítě rozšiřuje díky své aktivitě dění ve světě. (Langmeier, Matějček, 2011)

„Dítě se zřejmě neučí jen proto, že je k tomu podnětovou situací nuceno, ale spíše proto, že je mu to touto situací umožněno, a vyhledává samo aktivně tyto podmínky.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 280)

- **Potřeba specifického sociálního objektu** - tendence dítěte komunikovat s matkou nebo s jiným sociálním objektem (Langmeier a Matějček 1974 in Šimíčková-Čížková, 2010)

Dítě je ke specifickému sociálnímu objektu vázáno osobitým, těsným a stabilním poutem. Nejprve se tímto objektem stává matka, posléze otec, širší rodina, vrstevníci a kulturní vzor. Vytoužená aktivita dítěte je interakce s matkou. Matka je pro dítě celý svět. Verbální i neverbální komunikace s ní je velmi chtěná a motivující. Dítě se na matku směje a chce, aby se i ona smála na něho, poslouchá její hlas a brouká jí odpověď. Tím se rozvíjí dovednosti a schopnosti dítěte. Kontakt matky a dítěte je pro dítě uspokojující, dítě si tento kontakt vyžaduje pohybem nebo zrakem, zvyšuje jeho výkon v učení. (Langmeier, Matějček, 2011)

„Má-li se tato tendence dítěte uplatnit a rozvinout, musí dítě ve svém prostředí najít „objekt“ svého specifického vztahu: objekt nejen dostatečně stabilní a dosti dlouho přítomný, objekt s afektivně vřelým vztahem, ale také s jedinečnou a bezvýhradnou inkluzí dítěte do společného životního prostoru.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 282)

Díky výše popsané potřebě specifického sociálního objektu si můžeme všimnout, že v ústavních zařízeních nejsou schopni dítěti tuto potřebu v takovém rozsahu poskytnout, jelikož se dětem sociální objekty v podobě zdravotních sester denně střídají, tudíž objekt není stabilní a ani dlouho přítomný, protože zdravotní sestra pečuje o několik dětí najednou a pouze po omezenou dobu.

Dítě je aktivní účastník při kontaktu s pečující osobou, je iniciativní v navázání i udržení kontaktu. Mezi dětmi jsou v tomto ohledu velké rozdíly. Některé se kontaktu dožadují energicky a dokážou upoutat vychovatele. Tento jev lze pozorovat v ústavních zařízeních, kde mají vychovatelky své tzv. miláčky. Některé děti jsou nepřiliš aktivní

a vyčkávají na podnět od dospělého, ale kontaktu potřebují naprosto stejně jako děti energické. (Langmeier, Matějček, 2011)

Otázkou je, zda berou pečující osoby v ústavních zařízeních ohled i na děti, které samy nejsou iniciativní v kontaktu s dospělým a věnují se těmto dětem stejně jako těm energickým.

- **Potřeba osobně - sociálního významu** - potřeba nezávislosti dítěte

Dítě zjistí, že je schopné provádět spoustu věcí samo. Snaží se vstoupit v osobní vztah k okolnímu světu a odmítá zasahování do svého autonomního území. Neuznává nabízenou pomoc od ostatních při sebeobsluze. Dítě je pyšné na svou samostatnost. Dosahuje cílů, které si samo stanovilo. Ve vztahu k ostatním nachází podstatu svého „já“. Potřebuje pochvalu a ocenění svých výkonů. Matka znamená pro dítě jistotu i model pro tvorbu vlastního „já“. (Langmeier, Matějček, 2011)

- **Potřeba otevřené budoucnosti** - potřeba naděje a uspokojení prožívání osobního života (Langmeier a Matějček 1974 in Šimíčková-Čížková, 2010)

Pokud nejsou základní životní potřeby dítěte dostatečně naplňovány, dítě se nenaučí rozlišovat žízeň, hlad ani bolest a nespojí si tyto percepce s uspokojováním a zdrojem úlevy. Nenaučí se důvěře a nebude věřit, že pečující osoby mu zvládnou naplnit jeho potřeby. (Archerová, 2001)

Primární nezbytností organismu je potřeba aktivního styku s prostředím. Každá osoba je aktivním směrem ke světu a k objektům v něm. Pokud chceme, aby byl proveden aktivní kontakt osoby se světem, musí být v prostředí splněny určité podmínky, které se vztahují ke struktuře světa a objektů. Musí existovat takové podmínky, které umožňují zmocnit se věcí a vykonávat na ně vliv. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, jedinec nemůže nalézt smysl ve věcech a ztrácí se i jeho pocit vlastní smysluplné aktivity. (Langmeier, Matějček, 1974)

Základní psychické potřeby jsou nejlépe uspokojeny každodenním stykem se společenským prostředím. (Langmeier, Matějček, 1974)

Dítě v raném věku potřebuje dostatek kontaktu, je silně závislé na matce. Krátkodobé odloučení vyvolává prudké separační reakce. Separační reakce dětí ve věku 18 až 24 měsíců popsali Robertson a Bowlby (1952, 1957). Zjistili následující typické fáze:

1. Stadium protestu, kdy dítě křičí a volá matku. Čeká na základě předchozí zkušenosti, že matka přijde, pokud ji bude stále volat.
2. Stadium zoufalství, kdy dítě ztrácí naději, že matku přivolá. Dítě křičí méně a dostává se do stavu stísněnosti. Odmítá navázat kontakt s druhými, odmítá i hračky.
3. Stadium odpoutání se od matky, kdy dítě potlačí své city k matce a je schopno se napojit na jinou osobu, která mu mateřskou péči nahradí. Pokud nenajde tuto osobu, ztrácí vztah k osobám a dává přednost předmětům.

Výše popsaná stadia trvají u dětí odlišně dlouho, může se jednat o hodiny, dny i týdny. Pokud je dítě umístěno do nemocnice bez matky, v dítěti tato situace může vyvolat prudké reakce. Dříve toto chování bylo považováno za hysterii a rozmazlenost, avšak tyto reakce bychom měli přijímat jako přirozené, kdy dítě navázalo kladný vztah ke své matce, tudíž je pochopitelné, že se bojí ztráty matky. Pokud tato reakce chybí, je to podezřelé. Je možné, že vztah dítěte k matce je slabý nebo si dítě již prošlo více separacemi. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Dítě potřebuje vhodné sociální prostředí, které má specifické vlastnosti. Sociální prostředí se liší od světa neživých objektů. Osoby a další živé bytosti na dítě působí aktivně, mohou dítě více stimulovat, upoutávat jeho pozornost a dávat mu tak potřebnou zkušenost. Materiální prostředí je nehybné a funguje pro dítě jen jako nabídka. Sociální stimulace má velký význam, jelikož uspokojuje základní potřeby dítěte, kterými jsou potřeba smysluplného učení a stimulace. Sociální stimul je atraktivnější než podnět z jiné oblasti. Většina stimulů, které jsou nezbytné pro rozvoj dítěte, je sociální povahy. Dítě sociální podněty vnímá a rozlišuje je dle zajímavosti nebo příjemnosti, zapamatovává si je a reaguje na ně. Následující rozvoj dítěte je na sociálních podnětech závislé. Pokud sociální stimulace u dítěte není, dochází k nevyvíjení se v hodně oblastech. Sociální prostředí má vliv na zrakový kontakt, úsměv, mimiku a předřečovou aktivitu dítěte. (Vágnerová, 2005)

Dítě ve třech měsících reaguje jinak na matku než na ostatní osoby, když žije v rodinném prostředí. Jakmile dítě svou matku vidí, projeví se hlasově, usměje se a déle udržuje zrakový kontakt než při kontaktu s ostatními osobami. Lze tedy pozorovat percepční diskriminaci. K matce je toho chování silné a vytrvalé. Pokud otec přichází pravidelně domů, tak ho dítě v šesti až devíti měsících radostně vítá. (Bowlby, 2010)

Novorozenec je opatřen několika behaviorálními systémy, které jsou nachystány k aktivaci. Mezi behaviorálními systémy jsou i ty, které znázorňují základ pro vývoj citové vazby. K základní behaviorální struktuře se řadí pláč, sání, úsměv, žvatlání nebo plazení. (Bowlby, 2010)

Dítě je velmi brzy schopné diskriminovat podněty z okolí. Reaguje specificky na různé druhy stimulů (zrakové, sluchové, kinestetické a hmatové stimuly). Tyto podněty jsou základem pro vývoj citové vazby. (Bowlby, 2010)

Vývoj citové vazby lze rozdělit do několika fází:

1. Orientace a znamení s nedostatečným rozpoznáváním postavy
Dítě se chová určitým způsobem, ale osoby od sebe rozlišuje jen díky sluchovým a čichovým podnětům. Fáze trvá od narození do osmi až dvanácti týdnů.
2. Orientace a znamení nasměrované k určité osobě
Dítě se ke všem osobám chová přátelsky jako ve fázi první, ale výrazněji se projevuje k matce. Tato fáze probíhá od dvanácti týdnů do půl roku.
3. Uchovávaní si blízkosti k určité osobě prostřednictvím signálů a lokomoce
Dochází k rozšiřování reakcí. Dítě dokáže následovat matku, když odchází a vítat ji při jejím příchodu. Cizí lidé způsobují u dítěte odstup a opatrnost. Počátek této fáze je v sedmi měsících a končí ve třech letech.
4. Tvorba partnerství korigovaného k cíli
Ve třetí fázi dítě udržuje blízkost k vazebné osobě. Dítě pozoruje matku a všímá si, co má vliv na její chování. Dítě získává pohled do pohnutek a pocitů své matky. (Bowlby, 2010)

V psychologické literatuře lze objevit čtyři základní teorie ohledně vzniku dětské vazby:

1. Dítě má fyziologické potřeby, které je nutno uspokojit. Mezi fyziologické potřeby patří potřeba tepla a potravy. Když se dítě připoutává k matce, jedná se o následek toho, že matka tyto fyziologické potřeby dítěti naplňuje a ono se průběžně učí, že matka je pramen jeho uspokojení. Tato teorie bývá označována jako „teorie vypočítavé lásky“.
2. Novorozenec má tendenci všimnout si lidského prsu, sát z něj a ústně si jej přivlastňovat. Posléze začíná vnímat, že po přiložení k prstu je u něj přítomna

i matka a naváže kontakt i s ní. Teorii lze označit jako „teorie primárního sání objektu“.

3. U novorozenců lze vyzorovat vrozená náklonnost k lidem a držet se jich. Jedná se o potřebu, kdy novorozenec chce objekt nezávisle na získání potravy.
4. Novorozenec není rád, když dojde k vykázání z dělohy a chce se vrátit zpátky.

Z těchto čtyř teorií je nejčastěji přijímána teorie vypočítavé lásky. (Bowlby, 2010)

Popsali jsme důležitá období života jedince v raném věku a specifika v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím období. Na rozvoj dovedností v jednotlivých vývojových etapách má vliv rodina, ve které dítě vyrůstá.

3 Rodina

Pro dítě v raném věku je rodina velmi významná. Má vliv na jeho rozvoj, vývoj i socializaci.

Pokud definujeme rodinu jako systém, je možné, abychom o systému hovořili jako o souhrnu částí a souvislostí mezi nimi. Autoři z oboru teorie rodinných systémů se vyhýbají přímým definicím rodiny. Jelikož je náročné definovat rodinný systém, autorka se domnívá, že nebude dosaženo jednotné definice. (Sobotková, 2001) Například Možný (1990 in Sobotková, 2001, s. 22) definuje rodinu takto: „Rodina je dnes vnímána současně v řádu světa ji obklopujícího jako instituce racionální, pragmatická, funkčně vertikálně hierarchizovaná a kulturně omezující a současně jako zvláštní soukromý svět autenticity, spontaneity, přirozené rovnosti a emocionality.“

Již několikrát bylo potvrzeno, že rodiči nejsou ti, kterým se dítě narodilo, ale ti, kteří se o ně starají a sdílejí s ním život. (Gabriel, Novák 2008)

Rodinný systém je složen ze subsystémů. Nejdůležitější je partnerský subsystém, sourozenecký subsystém a subsystém rodič-dítě. Partnerský subsystém je hlavní, je důležitý ve všech vývojových etapách životního cyklu rodiny. Vývoj dětí značně ovlivňuje to, jak rodiče zvládají konflikty, jak si navzájem uspokojují potřebu jistoty a jak plánují budoucnost. Subsystém rodič-dítě začíná vznikem těhotenství u ženy a zvětšuje hranice partnerského subsystému. Příchod dítěte na svět je radostná životní zkušenost, ale jedná se i období, které je náchylné ke krizím. (Sobotková, 2001)

Nejdůležitější sociální skupinou je rodina, která ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Členové rodiny jsou ve vzájemné interakci a častokrát se neuvědoměle ovlivňují. Rodina dítěti zprostředkovává sociokulturní zkušenosti. Vztahy mezi jednotlivými členy rodiny jsou pro dítě modelem, který dítě napodobuje a čeká, že se totožným způsobem budou chovat všichni lidé. Rodina by měla být zdrojem jistoty a bezpečí a rozvíjet pocity sebedůvěry. Dítě je rodinou ovlivňováno biologicky i sociálně. Vývoj dítěte závisí na osobnosti a míře vzdělanosti rodičů. Vzdělání u svých dětí považují za důležité rodiče, kteří dosáhli vyšší sociokulturní úrovně. (Vágnerová, 2005)

Rodina je významný socializační činitel. Ovlivňuje vývoj všech osob, které jsou členy rodiny. Lidé jsou procesem socializace začleňováni do celku, avšak socializaci můžeme vnímat i jako osamostatňování se od celku. Plně socializovaný jedinec se postupně osamostatňuje. Dítě přestane být závislé na matce, na podpoře širší rodiny a postupně se stane sám sebou. (Šulová, 2010)

Fungování rodiny lze vymezit ve čtyřech oblastech:

- Partnerské fungování (vzájemný soulad a sexuální spokojenost)
- Socioekonomické fungování (sociální začlenění, ekonomická úroveň a sociálně podporující síť)
- Osobní fungování (uspokojení všech členů rodiny se svou rolí a pozicí)
- Rodičovské fungování (zážitek obohacení z rodičovské role a zodpovědnost za výchovu dětí) (Sauber a kol 1993 in Sobotková, 2001)

Dítě má práva i povinnosti, které vyplývají ze zákona. Rodina dítěti přináší mnoho zkušeností do jeho života. Pokud rodina nefunguje, vstupuje do života dítěte náhradní rodinná péče.

4 Náhradní rodinná péče

Pokud dítě z nějakého důvodu nemůže vyrůstat ve své rodině, je umístěno do náhradní rodinné péče.

Náhradní rodinná péče je typem péče o děti. Děti jsou vychovávány v náhradní rodině a v prostředí, které se nejvíce shoduje s životem v přirozené rodině (Matějček, 1999). Náhradní rodinná péče je shrnující název pro veškeré typy nekolektivní péče o děti, o které se z různých příčin nemůžou starat jejich biologičtí rodiče. (Klimeš, 2002 in Nožířová, 2012)

Slovník sociální práce používá název náhradní výchovná péče. „V ČR se tímto termínem rozumí formy náhradní rodiny u dětí bez vlastního funkčního rodinného zázemí, tj. kojenecké ústavy, dětské domovy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, ústavy sociální péče, pečovatelské rodiny (jimiž jsou i „rodiny“ pečovatelek v SOS dětských vesničkách), osvojitelské rodiny, svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodičů (obvykle prarodičů nebo jiných příbuzných) a poručenství. Náhradní rodinná péče má tedy zásadně dvě formy-ústavní a rodinnou.“ (Matoušek, 2003, s. 115-116 in Nožířová, 2012)

Ocitne-li se dítě ve stavu nedostatku řádné péče bez ohledu na to, zda tu je či není osoba, která má právo o ně pečovat, anebo je-li život dítěte, jeho normální vývoj nebo jiný důležitý zájem vážně ohrožen nebo byl-li narušen, soud upraví předběžně poměry dítěte na nezbytně nutnou dobu. (§ 924 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Termínem opuštěné dítě je myšleno takové dítě, které se ne svou vinou ocitlo bez své vlastní rodiny a není žádná možnost, že se podmínky v jeho vlastní rodině změní k lepšímu. Proto by společnost měla najít nejvhodnější způsob řešení jeho situace. (Koluchová, Matějček, 2002)

V každé době a společnosti existuje daný počet dětí, o které se jejich rodiče nechtějí nebo nemůžou starat, popřípadě z určitých důvodů není žádoucí, aby se rodiče o děti starali. Úlohou dané společnosti je, aby zajistila těmto dětem tu nejkvalitnější náhradní rodinnou péči a z těchto dětí aby vyrostli dospělí, kteří budou pro společnost přínosem. (Langmeier, Matějček, 1974)

Děti, které jsou přijímány do náhradní rodinné péče, mají stejné potřeby a práva jako všechny ostatní děti. Je tím myšleno právo na bezpečí, lásku, vzdělání, výchovu, sociální a zdravotní péči, na zajištěnou budoucnost. Všechna tato práva jsou podstatné pro jejich zdravý psychosociální vývoj. (Koluchová, Matějček, 2002)

Náhradní rodiče

Většina matek i otců považují za nejkrásnější zážitek v životě narození svého dítěte a toto tvrzení jim trvá až do pozdního věku. U náhradních rodičů může být tento zážitek získání dítěte a jeho vstup do rodiny. Příchod do rodiny se nestane narozením, ale na podkladě úředního rozhodnutí. To nic nemění na tom, že se může jednat o emočně důležitou zkušenost a podstatný předěl v životě rodiče. Nedobrovolná bezdětnost se může stát velkou životní zátěží, která může symbolizovat ztrátu hodnoty, kterou tvoří vlastní dítě, a to i veškerých zkušeností a zážitků, které by jim dítě mohlo přinést. (Vágnerová, 2012)

Lidé, kteří nemají děti, se mohou dostat do situace, kdy je lidé podezírají z kariérismu, egoismu, pohodlnosti nebo sexuální nepřitažlivosti. Bezdětnost může vést k traumatu. (Gabriel, Novák 2008)

Když rodiče adoptují dítě, chtějí, aby zaujalo místo jejich vlastního potomka. A toto s sebou nese určitá nebezpečí. Adoptivní rodiče mají potřebu uspokojit své rodičovské tužby a zároveň chtějí být dobrými rodiči, ale pomoc osamocенému dítěti nemusí být jejich primárním cílem. Ve většině případů nemají s rodičovstvím zkušenosti a jejich představy nemusí být reálné. Nicméně se s novou rolí dokážou vyrovnat a pečovat o dítě jako by bylo jejich vlastní. Adoptivní rodiče mají pocit velké zodpovědnosti. Potřeba rodičovství, která nebyla dlouhodobě naplněna, se může projevit jako nadbytečná péče, nepřiměřené požadavky a očekávání. Tato očekávání mohou být pro dítě velmi stresující. Také se může stát, že rodiče zatajují dítěti i okolí, že je adoptované. Zatajování ohledně adopce dítěte může být z důvodu toho, že rodiče mají problém s naplněním rodičovské identity, protože adoptované dítě není jejich biologickým potomkem. (Vágnerová, 2012)

U pěstounů může být situace často odlišná. Pěstouni už mají většinou své děti a důvody, kvůli kterým se rozhodli vzít do péče dítě, jsou odlišné než u osvojitelů. Mohou mít potřebu přijmout do rodiny další dítě, které je podobného věku jako jejich děti. Dalším důvodem je potřeba pomoci dítěti, jenž nemá rodinu. I pěstouni mohou mít představy o dítěti,

které nemohou naplnit, ale posléze tato stanoviska mění. Představy pěstounů bývají reálnější z důvodu svých rodičovských zkušeností. Přijímají dítě takové, jaké je. (Vágnerová, 2012)

Adaptace náhradní matky na dítě je pro ni náročnější než pro adaptaci biologické matky na své dítě, jelikož náhradní matka nemá možnost, aby si prošla těhotenstvím. A tím přichází o společné prožívání těhotenství. Informaci o tom, že náhradní rodiče dostanou do péče dítě, přichází rychle a náhradní rodiče nemají dostatek času, aby se s touto skutečností vyrovnali. Mohou reagovat šokem, úzkostí nebo pocitem neschopnosti. Často neví, jak se mají k dítěti chovat a potřebují podporu. Obrat dosavadního života vede k nejistotě. (Vágnerová, 2012)

4.1 Osvojení

Osvojením se rozumí přijetí cizí osoby za vlastní (§ 794 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Předpokladem osvojení je takový vztah mezi osvojitelem a osvojencem, jaký je mezi rodičem a dítětem, nebo že tu jsou alespoň základy takového vztahu. Osvojení nezletilého musí být v souladu s jeho zájmy (§ 795 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Osvojení je právní způsob, jakým je vytvořen vztah mezi osvojencem a osvojitelem. Tento vztah je stejný jako mezi biologickým dítětem a biologickým rodičem. Osvojitel má k osvojení vyživovací povinnost, rodičovskou zodpovědnost a další právní povinnosti. (Nožířová, 2012)

Soud rozhoduje ohledně osvojení nezletilého na základě návrhu osoby, která žádá o osvojení dítěte. (§ 796 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Soud také rozhoduje o osvojení zletilého dle návrhu osoby, která si přeje zletilého osvojit. K tomuto návrhu se připojí i zletilý. (§ 796 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Dle verdiktu soudu se osvojitelé či osvojitel zapisou do matriky jako rodiče. (§ 797 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Osvojitelem může být jen zletilá a svéprávná osoba, která zaručí, že bude pro dítě vzorným rodičem, díky svému způsobu života a svým vlastnostem. (§ 799 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Ve velké míře nesmí zdravotní stav osvojitele omezovat péči o osvojené dítě. (§ 799 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Pokud dítě dosáhlo nejméně dvanácti let, pokaždé je potřeba jeho souhlasu s osvojením. (§ 806 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Soud před vyjádřením osvojovaného dítěte upozorní o důsledcích jeho souhlasu. (§806 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb.,občanský zákoník) Osvojované dítě má možnost odvolat svůj souhlas s osvojením až do rozhodnutí o osvojení. (§ 808 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Aby mohlo dojít k osvojení, musí souhlasit oba rodiče osvojovaného dítěte. (§ 809 zákona č. 89/2012 Sb.,občanský zákoník) Osvojením končí práva mezi osvojencem a jeho původní rodinou. Osvojenec má dědické právo, v rodném listě má na místo biologických rodičů uvedené své osvojitele. (Nožířová, 2012) Osvojení nelze zrušit po uplynutí tří let od rozhodnutí o osvojení. To neplatí, je-li osvojení v rozporu se zákonem. (§ 840 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Osvojení se pokládá za nejideálnější formu náhradní rodinné péče. Adoptivní rodiče mívají často vyšší nároky, protože jsou motivováni snahou o doplnění své rodiny. Nedojde vždy k uspokojení přání rodičů, protože chtějí to nejlepší. Tudíž od podání žádosti o převzetí dítěte do péče může uplynout i řada let. Během této doby častokrát žadatelé změní své nereálné požadavky, někteří žádosti zruší a někteří dokonce zruší svá manželství. Adopce je chráněna anonymitou, avšak doporučuje se, aby dítě bylo o opravdové situaci informováno, protože je ohroženo, že se o své adopci dozví nevhodným způsobem. (Matějček,1999) Podle současné právní úpravy je osvojitel povinen informovat osvojence o skutečnostech osvojení, jakmile se to bude jevit vhodné, nejpozději však do zahájení školní docházky. (§ 836 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Jakmile osvojenec nabude svéprávnosti, vznikne mu právo seznámit se s obsahem spisu, který je veden v řízení o osvojení. (§ 838 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Osvojení má za nejdůležitější úkol nahradit nezletilému dítěti chybějící stálé rodinné prostředí. Dále se podílí na péči, výchově a naplňuje smysl života osvojitelů, ve které osvojenec žije. (Koluchová, Matějček, 2002)

O osvojení mají zájem především rodiče, kteří nemají své vlastní děti a přejí si osvojit děti v nízkém věku, v dobrém zdravotním stavu, s pěkným vzhledem a děti inteligentní. Tyto požadavky jsou samozřejmé, ale osvojitelé by měli i přijímat fakt, že je dítě ovlivněno životem ze svého raného dětství a že má biologické rodiče. O adopci žádají i rodiny, které již jedno dítě mají a chtějí pro své dítě sourozence, nebo rodiny, kterým dítě zemřelo. Také

se stává, že osvojitelé se moc neodlišují od rodin, které chtějí dítě do pěstounské péče, ale takovéto rodiny mají strach ze zákroků od biologických rodičů dítěte a z rizika, že se dítě vrátí do své biologické rodiny. Rodiny by si ale měli uvědomit, že žádná osoba nemůže být majetkem další osoby. (Zezulová, 2012)

Pro adopci jsou vhodné takové děti, u kterých je předpoklad, že budou mít méně problémový psychosociální a zdravotní vývoj a které mohou být předány do náhradní rodinné péče v raném věku. (Koluchová, Matějček, 2002)

Osvojení je nejčastější forma náhradní rodinné péče v České republice. Autorka vychází z počtu zprostředkovaného a dokončeného procesu. Děti ke zprostředkování pěstounské péče je víc než dětí ke zprostředkování adopce. Ale je víc žadatelů o osvojení než o pěstounskou péči. (Nožířová, 2012)

4.2 Pěstounská péče

V případě, že se o dítě nemůže starat ani jeden z rodičů, soud může svěřit dítě do péče pěstounovi. (§ 958 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Pěstounská péče má prioritou před ústavní výchovou. (§ 958 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Jestliže je to v souladu se zájmy dítěte, soud může svolit k tomu, aby bylo dítě vráceno zpět rodičům, pokud si o to rodič zažádá. (§ 959 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Rodiče mají k dítěti práva a povinnosti kromě práv, které zákon stanoví pěstounovi. (§ 960 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Rodiče mají právo na pravidelný styk s dítětem a na informace o dítěti, pokud soud nerozhodne jinak. (§ 960 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) I když je dítě umístěno v pěstounské péči, rodiče mají stále vyživovací povinnost. (§ 961 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Pokud je dítě umístěno v pěstounské péči, znamená to většinou, že není tzv. právně volné. Tyto děti nemají správné rodinné prostředí a jsou například v ústavním zařízení. Termín „právně volné dítě“ znamená, že se o dítě jeho rodiče nemůžou nebo nechtějí starat, ale vyjadřují o dítě zájem. (Nožířová, 2012)

Pěstoun musí mít bydliště na území České republiky a musí se svěřením dítěte do péče souhlasit. (§ 962 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Soud dá přednost osobě,

kteřá je dítěti blízká nebo je jeho příbuzná. (§ 962 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Pěstoun je povinen o dítě pečovat a může rozhodovat pouze o obvyklých záležitostech dítěte. (§ 962 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Pěstoun musí prohlubovat sounáležitost dítěte s jeho dalšími příbuznými a rodiči dítěte. (§ 967 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Pěstounská péče je forma náhradní rodinné péče, která je kontrolovaná a garantovaná státem. Zabezpečuje hmotné potřeby dítěte a finanční odměnu pěstounům. Dítě v pěstounské péči má příjmení po svých biologických rodičích, posléze však může na matrice zažádat o jeho změnu. (Koluchová, Matějček, 2002)

Pro pěstounskou péči jsou vhodné opuštěné děti, které potřebují individuální péči a dlouhodobou výchovu. Ve většině případů se jedná o děti se zdravotními či psychomotorickými potížemi, děti staršího věku, skupiny sourozenců nebo děti jiného než většinového etnika. Přijetí dítěte s postižením je pro pěstouny náročný úkol, který vyžaduje trpělivost a znalost této problematiky. Je podstatné vědět o možných odchylkách ve vývoji a specifických potřebách těchto dětí. (Koluchová, Matějček, 2002)

Děti, které jsou umístěné do pěstounské péče, jsou ve většině případů citově deprivované, mají za sebou mnoho traumat, jsou velice obtížně výchovně zvladatelné a mají různé zdravotní obtíže. (Nožířová, 2012)

Pěstounskou péči můžeme rozdělit na individuální a skupinovou. V běžném rodinném prostředí s pěstounem a pěstounkou, kteří mají své děti, probíhá individuální pěstounská péče. Skupinová pěstounská péče se odehrává ve velkých pěstounských rodinách, občas i s vlastními dětmi pěstounů a dalšími čtyřmi až šesti přijatými dětmi. Další možností výkonu pěstounské péče jsou SOS dětské vesničky. V těchto vesničkách pracuje sama pěstounka, které pomáhá další osoba, tzv. teta. Pěstounka bydlí zpravidla se šesti a více svěřenými dětmi v domě. (Matějček, 2002)

Pěstounská péče zaniká nejpozději, když dítě dosáhne svéprávnosti, jinak jeho zletilostí. (§ 970 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Pěstounská péče na přechodnou dobu

Krajský úřad spravuje pro potřeby zajištění pěstounské péče na přechodnou dobu přehled osob, které mohou tuto péči vykonávat. Do evidence se lidé zařadí na základě podání žádosti na obecním úřadě obce s rozšířenou působností. (§ 27a odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí) Ti, kteří mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu a jsou zařazení do evidence, jsou odborně posouzeni, zda mají předpoklad pro výkon péče o dítě a to především z důvodu krátkodobosti péče a péče o dítě těsně po jeho narození. (§ 27a odst. 2 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí)

Pěstounská péče na přechodnou dobu může trvat nejdéle 1 rok. To neplatí, pokud jsou do pěstounské péče téhož pěstouna svěřeni sourozenci dítěte, kteří byli do této péče svěřeni později, ne však na dobu delší, než po kterou má trvat pěstounská péče podle věty první u sourozence, který byl do pěstounské péče na přechodnou dobu témuž pěstounovi svěřen jako poslední. (§ 27a odst. 9 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí)

Rozvoj pěstounské péče na přechodnou dobu začal v roce 2009 spuštěním projektu Narodit se do rodiny. Autorem tohoto projektu jsou manželé Hláskovi. Na rozvoji pěstounské péče na přechodnou dobu měla vliv i osvěta. (Nožířová, 2012)

Pěstounskou péči na přechodnou dobu dělíme:

- Raná pěstounská péče na přechodnou dobu

Tento typ přechodné pěstounské péče na přechodnou dobu dbá na právo dítěte narodit se do rodiny a vyrůstat v ní. V rodině dítě stráví přibližně dva měsíce, do té doby, než se vyřeší právní formality. I po dvou měsících jsou u dětí rozpoznatelné rozdíly. O dítě je pečováno individuálně a dítě žije v přirozeném prostředí.

- Akutní pěstounská péče na přechodnou dobu

Do této pěstounské péče na přechodnou dobu jsou umístěny děti, které jsou náhle bez péče rodičů. Například matka samoživitelka, která musí podstoupit akutní operaci. Často je zbytečné, aby bylo dítě po tuto dobu umístěno v ústavním zařízení (Nožířová, 2012)

Děti z pěstounské péče na přechodnou dobu jsou sociálně zdatnější než děti z ústavní péče. Tyto projevy jsou vidět v úsměvu, komunikaci a uspokojování potřeb. (Nožířová, 2012)

4.3 Jiné formy péče o dítě

Poručenství

Poručník má k dítěti všechna práva a povinnosti jako rodič, s výjimkou, že k dítěti nemá vyživovací povinnost. (§ 928 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Jako veřejný poručník může fungovat orgán sociálně-právní ochrany dětí do doby, než soud dítěti jmenuje poručníka nebo dokud se poručník neujme funkce. (§ 929 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Poručník podává soudu zprávy o vývoji dítěte a dává mu účty ze správy jmění dítěte, a to minimálně jedenkrát za rok. (§ 934 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Opatrovnictví

Jestliže dítěti hrozí střet zájmů s jinou osobou a rodič nechrání zájmy dítěte, soud jmenuje dítěti opatrovníka. (§ 943 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Pro opatrovnictví se vztahují ustanovení o poručenství přiměřeně. (§ 944 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Soud určí z jakého důvodu je opatrovník jmenován, dobu po kterou bude funkci vykonávat, povinnosti a práva, jak bude podávat zprávy soudu a jestli má právo na odměnu. (§ 945 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Svěření dítěte do péče jiné osoby

V případě, že o dítě nemůže pečovat poručník ani jeden z rodičů, soud může svěřit dítě do péče jiné osoby. Tento verdikt musí být v souladu se zájmy dítěte. (§ 953 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Práva a povinnosti osoby, které bylo svěřeno dítě do péče, stanoví soud. Soud přiměřeně použije ustanovení o pěstounské péči. (§ 955 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) Dále soud rodičům určí výši výživného a povinnost platit výživné k rukám pečující osoby. (§ 956 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

	Práva rodičů	Oprávnění náhradního rodiče	Kontakt s původní rodinou	Finanční odměna
Osvojení	zanikají	jako rodiče	ne	ne
Poručenství	zanikají	jako rodiče se schválením soudu	zpravidla ne	ano, pokud poručník o dítě pečuje osobně
Péče jiné fyzické osoby	jsou zachována	v běžných záležitostech	ano	ne
Pěstounská péče	jsou zachována	v běžných záležitostech	ano	ano
Pěstounská péče na přechodnou dobu	jsou zachována	v běžných záležitostech	ano	ano

Tabulka č.2: Formy náhradní rodinné péče (srovnávací tabulka) (nadační fond J and T Obec a ochrana dětí, Možnosti systémové podpory ohrožených a náhradních rodin, Příručka pro starosty a další členy zastupitelstev obcí, s. 17)

Jednotlivé formy náhradní péče mají své výhody i nevýhody. Základní rozdíly mezi jednotlivými typy jsou znázorněny v tabulce č. 2. Pokud není možné dítě umístit v náhradní rodinné výchově, dojde k umístění do ústavní výchovy.

5 Ústavní výchova

K ústavní výchově dojde tehdy, když dítě nemůže vyrůstat ani ve své rodině ani v žádné z forem náhradní rodinné péče.

Ústavními zařízeními jsou výchovný ústav, dětský domov, dětský domov se školou a diagnostický ústav (§ 2 odst. 1 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů)

Pokud je výchova dítěte, jeho duševní nebo tělesný stav, jeho řádný vývoj narušen nebo ohrožen tak, že je v rozporu se zájmy dítěte nebo jsou zde závažné důvody, kvůli kterým by rodiče nemohli péči zabezpečit, může soud nařídit ústavní výchovu. Toto opatření zvolí tehdy, když opatření, která byla provedena dosud, nevedla ke zlepšení. Soud přitom vždy bere zřetel na to, zda není možnost svěřit dítě do péče fyzické osoby. (§ 971 odst.1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

V případě, že rodina přestala fungovat v péči o dítě a není možné, aby bylo dítě svěřeno do pěstounské péče nebo do osvojení, můžeme zvolit umístění do kolektivního zařízení. Umístění v ústavní výchově je obvykle prozatímní. (Matějček, 1999)

Neuspokojivé majetkové nebo bytové poměry rodičů dítěte nemůžou být samy o sobě příčinou pro stanovení ústavní výchovy, pokud jsou rodiče jinak schopni zabezpečit plnění své rodičovské povinnosti. (§ 971 odst.3 zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Soud určí, do kterého zařízení bude dítě umístěno. Bere ohled na zájmy dítěte a na vyjádření orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Soud umístí dítě co nejbližší k bydlišti rodičů nebo jeho blízkých. Toto platí i v případě, když soud rozhoduje o změně zařízení pro výkon ochranné nebo ústavní výchovy. (§ 971 odst. 4 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Ústavní výchovu je možné uložit po dobu maximálně tří let a lze ji před uplynutím tří let od jejího nařízení prodloužit, pokud důvody nařízení ústavní výchovy nadále trvají.

Ústavní výchovu lze prodloužit opakovaně, pokaždé ale jen po dobu tří let. (§ 972 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

V rámci ústavní výchovy není dítě svěřeno do péče konkrétního náhradního rodiče, ale do péče kolektivní instituce, kde vychovatelé přebírají odpovědnost jen zčásti. (Matějček, 1999)

Počátkem šedesátých let se mění koncepce kojeneckých ústavů. V umístění do ústavních zařízení převažují důvody sociální nad těmi zdravotními. V sedmdesátých letech se snižuje i počet sociálních důvodů, díky materiální podpoře rodin a populačním opatřením. Začátkem osmdesátých let se v kojeneckých ústavech vyskytuje větší počet dětí s postižením. (Matějček, 1999)

Při umístění dítěte do ústavního zařízení bychom měli dbát na:

- a) Věk dítěte - pro malé dítě je pobyt v ústavním zařízení nepoměrně náročnější než pro dítě ve školním věku. Adolescenti se hůř přizpůsobí intimnímu prostředí v náhradních rodinách a lépe jim vyhovují větší ústavy s pracovním a výchovným programem.
- b) Tělesný a duševní stav dítěte - některé nemoci přímo vyžadují ústavní léčbu. I u některých psychických poruch a poruch chování bývá umístění v ústavu užitečné.
- c) Rodinná situace - je samozřejmostí, aby sourozenci byli umístěni spolu. V některých případech je velmi žádoucí, aby dítě s rodinou udržovalo co nejintenzivnější kontakt. Na druhou stranu mohou být případy, kdy je zahájen proces převýchovy a je žádoucí, aby rodina bydlela daleko.
- d) Předpokládaná délka pobytu v ústavu - dítě, které se zanedlouho vrátí zpět do své rodiny, by nemělo navázat úzký citový vztah k zaměstnancům ústavu. U dětí, u kterých je předpoklad, že budou v ústavním zařízení umístěny na dlouho, je důležité, aby byly zaopatřeny všechny podmínky pro výchovu. Citový vztah k pracovníkům je nutný. (Langmeier, Matějček, 2011)

5.1 Dětské domovy pro děti do tří let věku

Zdravotní služby jsou dětem poskytovány v těchto dětských domovech zpravidla do tří let věku dítěte. Tyto děti nemohou vyrůstat v rodinném prostředí. Jedná se o děti

zanedbávané, týrané, zneužívané a ohrožené ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo o děti se zdravotním postižením. Dětem je zaopatřeno ošacení, stravování, ubytování a výchovná činnost. (§ 43 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Dětské domovy pro děti do tří let věku mohou umožnit ubytování ženám v průběhu těhotenství, pokud je jejich zdraví ohroženo z důvodu nepříznivé životní situace. (§ 43 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Jedinci, kteří jsou povinni výživou, jsou povinni přispívat poskytovateli na úhradu zaopatření dítěte, které je umístěno v dětském domově pro děti do tří let věku. (§ 44 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Dětské domovy pro děti do tří let věku se starají o rozvoj dětí, které mají ohrožený vývoj ze sociálních, zdravotních nebo zdravotně - sociálních důvodů. Bydlení dětí musíme chápat jako prozatímní řešení než se vyřeší situace, kvůli které bylo dítě do zařízení přijato. Nemá se jednat o dlouhodobé řešení osudu dítěte, ale brát ho jako pomoc rodině a dítěti. (Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9)

Navrhované důvody přijetí dětí do dětského domova pro děti do tří let věku

Do zařízení mohou být děti přijímány ze zdravotních, sociálních nebo zdravotně-sociálních důvodů. Za zdravotní důvod se může pokládat potřeba dlouhodobé ošetrovatelské péče, potřeba dlouhodobé rehabilitační péče, respitní péče, diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou, diagnostika pro stanovení sociální a zdravotní prognózy dítěte nebo nemoc a hospitalizace rodičů. Za sociální důvod se pokládá náhlá pomoc rodině a dítěti v obtížné sociální situaci. Za zdravotně - sociální důvod zaškolení rodičů před propuštěním dítěte ze zařízení nebo z důvodu postižení dítěte. Jednotlivé důvody se mohou vzájemně překrývat a pozměňovat v průběhu pobytu dítěte v zařízení. (Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9)

Přijímání dětí do dětského domova pro děti do tří let věku

Děti se do zařízení přijímají na bázi rozhodnutí soudu o předběžném opatření, nařízené ústavní výchovy nebo souhlasu rodiče či zákonného zástupce. O přijetí či nepřijetí rozhoduje ředitel daného zařízení. Nepřijmout dítě může ředitel, pokud je zařízení plně obsazeno

nebo pokud to nepovolují hygienické předpisy. (Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9)

Pobyt v zařízení

Zařízení umožňuje komplexní interdisciplinární péči, která se skládá z péče ošetrovatelské, zdravotní, výchovné, sociálně právní, rehabilitační a spolupracuje s orgánem sociálně - právní ochrany dětí. Při určení maximální doby pobytu dítěte v zařízení je nezbytné dbát rozhodnutí soudu. Za nejdelší délku pobytu se pokládá doba šesti měsíců. Rodičům nezanikají práva a povinnosti v případě, že není soudem stanoveno jinak. Dětské domovy pro děti do tří let věku vytváří pro rodiče takové podmínky, aby mohli být s dítětem v pravidelném kontaktu, pozoruje jejich interakci a zisk této interakce pro dítě. Napomáhá rodině při zlepšení jejich podmínek do takového stavu, aby se dítě co nejdříve mohlo vrátit zpět domů. (Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9)

Péče v zařízení

Zařízení dbá na individuální péči, zájmy a potřeby dětí, podobá se rodinnému životu a respektuje sourozenecké skupiny. O děti se pečuje ve skupinách po čtyřech dětech s jednou pečující osobou. Dětem je poskytována i psychologicko - výchovná péče v rámci individuálně vytvořených výchovných plánů, které se revidují jedenkrát za měsíc. Na této revizi se podílí psycholog včetně ostatního personálu. (Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9)

Odchod dítěte ze zařízení

Dítě je propuštěno ze zařízení do své rodiny bez souhlasu náležitýho orgánu, pokud bylo v zařízení umístěno na žádost rodičů nebo pokud byla soudem zrušena ústavní výchova. Dítě může být umístěno do péče jiných osob než svých vlastních rodičů za souhlasu obou rodičů nebo pokud takto určí soud. Na základě rozhodnutí soudu může být dítě umístěno do některé z forem náhradní rodinné péče. (Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9)

5.2 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc patří mezi zařízení sociálně - právní ochrany dětí. (§ 39 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí) Zařízení pro děti

vyžadující okamžitou pomoc umožňuje dětem ochranu, pokud se dostanou do situace bez jakékoli péče nebo bez péče přiměřené jeho věku, pokud je ohrožen jeho život nebo vývoj nebo pokud se jedná o dítě duševně nebo tělesně týrané nebo zneužívané. Ochrana se skládá z uspokojení základních životních potřeb, poskytnutí ubytování, zdravotnických služeb, psychologické a další podobné péči. (§ 42 odst.1 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí)

Dítě se umísťuje v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

- a) na základě rozhodnutí soudu
- b) na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností
- c) na základě žádosti zákonného zástupce dítěte, nebo
- d) požádá-li o to dítě (§ 42 odst. 2 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí)

V zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc může být maximálně dvacet osm dětí, a to i za předpokladu, že je toto zařízení rozmístěno po více budovách. Daný počet dětí může být překročen jen tehdy, pokud budou do zařízení přijati sourozenci. (§ 42 odst. 3 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí) O čtyři děti, které jsou svěřeny do zařízení, může zajišťovat péči jeden zaměstnanec. (§ 42 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí)

Pobyt dítěte v zařízení vyžadující okamžitou péči může trvat nejdéle po dobu:

- a) tří měsíců od jeho umístění do tohoto zařízení na základě žádosti zákonného zástupce dítěte
- b) šesti měsíců, pokud je dítě umístěno na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností
- c) určenou v rozhodnutí soudu (§ 42 odst. 5 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí)

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc:

- a) zabezpečuje plné přímé zaopatření dítěte v zařízení spočívající v poskytování ubytování, stravování a ošacení,
- b) poskytuje výchovnou péči,
- c) zajišťuje poskytnutí zdravotních služeb,
- d) poskytuje poradenství dítěti, jeho rodičům nebo osobám odpovědným za výchovu dítěte,
- e) zajišťuje pomoc při přípravě dětí na školní vyučování a doprovod do školy,

- f) vytváří podmínky pro zájmovou činnost dítěte,
- g) je povinno poskytovat dítěti odbornou péči prostřednictvím sociálního pracovníka a psychologa,
- h) je povinno spolupracovat s rodinou dítěte a poskytnout této rodině pomoc při vyřizování a zjišťování záležitostí týkajících se dítěte, zajistit jim terapii, nácvik rodičovských a dalších dovedností, které rodič nebo jiná osoba odpovědná za výchovu dítěte nezbytně potřebuje pro péči a výchovu dítěte, a to v souladu s individuálním plánem ochrany dítěte zpracovaným orgánem sociálně - právní ochrany,
- i) je povinno vydat vnitřní řád zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, který vychází vymezení činnosti zařízení tímto zákonem (§ 42a odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí)

Zdravotní postižení, chudoba a diskriminace jsou mnohdy příčinou, kdy dojde k oddělení dětí od své rodiny. Je důležité posílit rodinu a komunitu, aby mohli pečovat o své děti. Děti potřebují stabilní a jisté vztahy s dospělými pečovateli. (dostupné z: <http://www.openingdoors.eu/myth-buster/>)

Instituce jsou segregujícími zařízeními, které poskytují péči o děti bez rodičovské péče. Segregací se myslí oddělení od místních komunit a rozbití vazeb s biologickou rodinou a kulturními kořeny. Instituce jsou neosobní, plné rutiny, neumožňující individuální péči a pozornost, kterou děti potřebují, aby prospívaly. Zařízení se nesnaží o udržení vztahů s biologickou rodinou. Kognitivní, emocionální a sociální vývoj může být u dětí, které vyrůstají v ústavní péči, vážně narušen. (Eurochild Working Paper "Deinstitutionalizace a kvalitní alternativa péče o děti v Evropě - Poučení a cesta vpřed", 2014. dostupné z: <http://www.openingdoors.eu/myth-buster/>)

Děti bez rodičovské péče by měly být umístěny v zařízení, které je co nejblíže rodině a v malých skupinách. Instituce nevytváří teplé pečující prostředí. Děti v celé Evropě jsou stále umístěny v zařízeních, které jsou ve špatné kvalitě a to se týká i dětských domovů pro děti do tří let věku. (UNICEF , Doma nebo v domově? Formální péče a adopce dětí ve východní Evropě a střední Asii, 2010. dostupné z: <http://www.openingdoors.eu/myth-buster/>)

Cílem organizace Opening doors for Europe's children je zlepšení kvality života dětí, které jsou v ústavní péči nebo z ní odchází, v celé Evropě. Tohoto cíle dosáhne organizace tím, že podporuje deinstitucionalizaci. (dostupné z: <http://www.openingdoors.eu/myth-buster/>)

Při umístění dítěte do ústavní výchovy by měl soud dbát na individualitu každého dítěte a jeho rodiny. Dítě by mělo žít a vyrůstat v rodině, pokud to z jakéhokoli důvodu není možné, je dle našeho názoru vhodné volit následující postup. Nejprve by se měla hledat možnost umístění dítěte do péče jiné fyzické osoby, protože se mnohdy jedná o příbuzného dítěte, dále osvojení, pěstounská péče a poslední volbou by měla být dle našeho názoru péče ústavní.

6 Deprivace a raná traumata

V případě, že dítě v raném věku nevyrostá v rodině, která by mu poskytla bezpečí a lásku, může díky náhradní rodinné péči nebo ústavní péči u dítěte dojít k deprivaci nebo k ranému traumatu.

„...Neslyší
můj vnitřní pláč,
nedoléhají k nim
mé nevyslovené prosby.
A ve své nehybnosti cítím bolest,
když mi dochází,
že nejsem nic.
Pláčem nikoho nepřivolám,
nikdo si mě nevšímá,
nikdo mě nechce,
spojení se zpřetrhalo,
nic necítím,
na to jsem přece příliš malý,
a tolik se bojím pustit života.“

(Archerová, 2001)

Neporušené rané prožitky dítěte souvisí s chápáním vlastního těla a jeho jednotlivých úseků ve vztahu k prostoru a s uměním řídit, plánovat a provádět tělesné pohyby. Je dokázáno, že vzájemná interakce, která je zahrnuta ve vazebném vztahu, vyvolává větší nervovou organizaci. V mozkovém kmeni, který je zodpovědný za homeostatickou regulaci dechu, tělesné teploty a srdečního rytmu probíhá nervová organizace již v děloze a po porodu. Svízelná formativní etapa pro mezimozek je období prvních třech let života. V tomto období se u dítěte vytváří systémy regulující bdělost a schopnost soustředění a denní vzorce chování týkající se potravy a spánku. Percepce, nervová soustava a porozumění dětí se tvoří dle prožívání v kritických formativních obdobích. Z tohoto důvodu je podstatné, aby děti získaly kompenzující zkušenosti, díky kterým by se mohly učit. (Archerová, 2001)

Deprivace

Gesselova nativistická teorie vychází ze zásady, že základní skladba vývoje je určena vnitřními faktory a prostředí tento interní růst pouze přidržuje. Buhlerová naopak vychází z působení vnějších faktorů na raný vývoj dítěte. Dle ní je i inteligence dítěte v předškolním věku ohlasem prostředí více než vnitřních schopností. (Langmeier, Matějček, 2011)

Deprivace vyjadřuje ztrátu něčeho, neuspokojení některé z podstatných potřeb. Nejedná se o strádání fyzické, ale pouze o uspokojení základních duševních potřeb. Někteří autoři se zaměřují jen na určitou psychickou potřebu, kterou považují za nejdůležitější. Například Ainsworthová deprivaci popisuje jako nedostatečnost ve vzájemné interakci mezi matkou a dítětem, což je nepochybně správně, ale redukuje tím vztah jen na matku nebo osobu, která ji nahrazuje. (Langmeier, Matějček, 1974) Základem deprivace je strádání vztahu dítěte k matce. Pokud dítě ztrácí matku ze své blízkosti, cítí primární úzkost. Úzkost je rizikem vztahu lásky k osobě, které o dítě pečuje. Jestliže trvá ztráta matky déle, vzniká zármutek, ve kterém figuruje i agrese. Agrese má za úkol dosáhnout spojení. (Langmeier, Matějček, 2011)

Avšak setkáváme se i s definicemi, které jsou nadmíru široké, jako například definice Clarkeových, kteří deprivaci popisují jako „každou zevní událost nebo konstelaci událostí, které významně překážejí normálním vývojovým procesům dítěte a které tak nepříznivě ovlivňují jeho mentální a fyzický stav.“ (Langmeier, Matějček, 1974, s. 21) Podstatě věci jsou blíž definice, které vychází z analogie biologické a psychické karence. Tak jako vážné nemoci vznikají z celkového chybění výživy, z karence bílkovin, vitamínů a kyslíku, tak mohou vzniknout i vážné poškození z nedostatku psychického, jako je málo stimulace, sociálního kontaktu, lásky a výchovy. U biologické i psychické oblasti dochází k hladovění a následky se projeví oslabením nebo ochuzením organismu. (Langmeier, Matějček, 1974)

„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Langmeier, Matějček, 1974, s. 22)

Výše uvedená definice mluví pouze o psychických potřebách a ne o biologických, které mohou, ale nemusí, být uspokojovány. Hebbova definice se zabývá psychologickou i biologickou rovinou. (Langmeier, Matějček, 1974) Hebb definuje deprivaci jako „biologicky

adekvátního, ale psychologicky restringovaného prostředí.“ (Langmeier, Matějček, 1974, s. 22)

Životní potřeby můžeme hodnotit pouze ve vztahu k individualitě dítěte a ve vztahu ke společnosti, ve které dítě žije. Můžeme předpokládat, že v různých kulturách budou základní vitální potřeby stejné. Výskyt některé potřeby se ze začátku projeví pohotovostí organismu, eventuálně při její aktivaci celkovým neusměrněným neklidem nebo napětím, které je pohnutkou k činu, který by měl zajistit ukojení potřeby. Když organismus dosáhne cíle, je tato potřeba uspokojena a dochází k vyrovnanosti. Pokud je však uspokojení potřeb stále nedostačující, dochází k vyhladovění organismu a vyrovnanost je na nízké hladině. (Langmeier, Matějček, 1974)

Činitelem vzniku psychické deprivace je nedostatek citových, sociálních a senzorických podnětů. K nedostatku těchto podnětů dochází, pokud dítě žije v sociální izolaci. Dalším činitelem je přerušování vytvořeného vztahu mezi dítětem a sociálním prostředím. K této situaci dojde, pokud je dítě odloučeno od osob, které pro něj byly zdrojem citového uspokojení. Přerušování vztahu mezi dítětem a sociálním prostředím nazýváme separací. (Langmeier, Matějček, 1974)

Deprivace a ústavní péče

Problém psychické deprivace byl objeven a nejvíce zkoumán na dětech v ústavní péči. Byla snaha, aby byly dětské domovy zrušeny, ale došlo se k závěru, že vždy budou existovat děti, pro které bude ústavní péče nezbytná. (Langmeier, Matějček, 2011)

Péči v ústavech o děti vykonává sestra. Nedokážeme však přesně určit, jak by se měla chovat, aby dítěti poskytla vše, co potřebuje. Spoléháme na instinkt a na osobní zkušenosti pečovatelů. Prozatím neexistují vědecké a organizační předpoklady pro náležitý výběr pracovníků. Důležitá je motivace těchto pracovníků. Sestry nemají dostatek možností, aby mohly dítěti matku nahradit. Děti v ústavních zařízeních nejsou děti těchto pracovníků. Tyto děti přijdou a zase odejdou, sestry samy neformují osudy dětí, nemohou prožívat největší radost ani největší úzkost spolu s nimi. (Langmeier, Matějček, 2011)

Podstatnou otázkou je aplikování výchovných metod u dětí v ústavních zařízeních. V těchto zařízeních jsou umístěny děti s mentálním postižením nebo se sníženým nadáním

a děti v raném věku. Záleží i na vnitřním vybavení ústavů, rozdělení prostorů, volnému seskupování ve skupiny a zároveň na intimním prostředí a soukromí. (Langmeier, Matějček, 1974)

Základním požadavkem je, aby umístování dětí do ústavních zařízení bylo bráno jako poslední řešení. Bowlby v některých případech pokládal umístění do ústavního zařízení za výhodu, a to v případě mladistvých a dětí starších šesti až sedmi let, které potřebují umístění jen na krátkou dobu, například z důvodu onemocnění matky. A to z toho důvodu, že citově neutrální prostředí je pro dítě lepší než navazování citových pout v jiné rodině. Toto tvrzení doplňuje Trezner (1956) o skupinu dětí, které byly fyzicky i psychicky zanedbané a rychlá změna prostředí je žádoucí a umístění do ústavního zařízení je pro dítě záchrana. (Langmeier, Matějček, 2011)

V zařízeních ústavní péče může docházet k izolaci. Izolaci lze rozdělit na dokonalou a méně dokonalou. U dokonalé izolace od humánní společnosti po dlouhé trvání je předpoklad, že se základní psychické potřeby nebudou vyvíjet a zůstanou na bazální úrovni, protože nebyly od začátku uspokojovány. Při méně dokonalé izolaci bude porušení a opoždění vývoje potřeb méně zřejmé, tudíž lze předpokládat postup od patologie až k normálu. (Langmeier, Matějček, 1974)

Izolace se prolíná každými sociálními situacemi. V zařízeních ústavní péče je dítě izolováno od stimulů, které by dítěti poskytla rodina a je pod vlivem jednotvárných smyslových i sociálních podnětů. (Langmeier, Matějček, 1974)

Raná traumata

Z mnoha definic jde usoudit, že traumatizující zážitek se skládá ze dvou složek. Musí se vyskytovat externí událost, při které se osoba střetne s reálným nebezpečím, jenž ohrožuje jeho zdraví nebo život nebo zdraví a život jiných lidí. A musí existovat reakce na tuto událost, jejíž prvkem je bezmoc, strach nebo hrůza. Trauma se tedy skládá z vnější události a z vnitřního prožitku. (Cairns, 2013)

Bylo prokázáno, že závažné trauma v raném věku vede ke zvětšené možnosti vzniku disociace.² Může docházet k disociaci mezi implicitní a explicitní pamětí, k disociaci mezi logickými a verbálními funkcemi a intuitivními a vizuálními funkcemi pravé hemisféry. Stavba myšlení je zmatená a objevují se vzorce chování, nad kterými nemá dítě vědomou kontrolu. Obvykle se objevuje i nedostatečné propojení mezi tělem a myslí. (Archerová, 2001)

Malé děti, kterým chybí jistá vazba, nedokážou řídit stres. Dítě tedy reaguje buď disociací nebo nadměrným rozrušením. Mladší děti reagují spíše disociací, starší děti naopak nadměrným rozrušením. Děti, které byly vystaveny bolesti, mají tendenci k disociaci a ty, které pozorovaly násilné jednání jiných lidí, jsou rozrušené. Výsledek disociace a rozrušení je celostní. Můžeme vidět děti, které pláčou neustále a děti, které nepláčou nikdy. Nebo děti, které mají ztuhlé svaly a děti, které jsou pružné. (Cairns, 2013)

Prokázala se existence spojení mezi vývojem dítěte ve všech sférách, navázání citové vazby a traumatem. Pochopení traumatu může být nápomocné pro lepší porozumění osudů osvojených dětí. Slovo trauma pochází z řečtiny a znamená zranění jak tělesné, tak psychické. Tragické příhody mají větší účinek na osoby, které nemají silnou síť osob, na které se můžou spolehnout a nemají rozumovou schopnost, aby do hloubky pochopili to, co se kolem nich děje. I malé trauma ať už fyzické nebo psychické, může mít špatný vliv na vývoj malého dítěte. V rámci psychologické roviny může narušit pocit bezpečí a důvěry k ostatním osobám. Ve fyziologické rovině ovlivňuje rychlost dechu, tep a emoce jako jsou strach a hněv. (Archerová, 2001)

Pokud je osoba pod vlivem nevládnutých silných emocí, tyto emoce poté prostřednictvím vegetativní nervové soustavy přetíží tělesné systémy a orgány a zapříčiní jejich onemocnění nebo selhání. Duševní stavy působí i na imunitní systém. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000)

Genetické nebo konstituční tělesné poškození je občas rozhodujícím, ale přehlíženým faktorem u dětských duševních selhání. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000)

² Disociace znamená ztrátu spojení mezi pocity, smysly, poznatky nebo oblastmi nervového systému. Směřuje ke snížené schopnosti chápat sama sebe a získávat informace z nových zkušeností. (Archerová, 2001)

Jestliže je vývoj dítěte narušen v etapě, kdy dochází k rozvoji středního mozku, může to mít vliv na motoriku. Takové dítě se jeví jako neohrabané a nekoordinované. Jelikož se poškození, která vznikla v raném vývoji, přenáší do dalších stádií vývoje mozku, je narušeno i porozumění významu a paměť. Děti mají také problém s tvorbou slov a řeči. (Cairns, 2013)

Pro dítě je prožití traumatu těžší než pro dospělého, protože dosud nemá dostačující kvantum kompenzujících kladných zkušeností a navíc zcela nechápe, co se odehrává. Malé děti chápou svět jako nahodilé úkazy, prožívají zrovna probíhající události. Z tohoto důvodu, když matka dítě opustí jen na pár minut, dítě tuto situaci vnímá tak, jako by odešla navždy. Když matka opustí novorozence hned po porodu, dítě toto odloučení prožívá jako absolutní opuštění a nezáleží na tom, zda jde o odloučení dočasné nebo trvalé. V obou situacích dítě přichází o všechno, co dosud znalo v matčině těle (matčin srdeční rytmus, teplotu, její hlas, tělesné pohyby,...). V tomto okamžiku dítě nemá žádné obranné mechanismy proti traumatu, tudíž ho tato zkušenost může hluboce poznamenat. (Archerová, 2001)

Traumata nejvíce postihnou ty nejzranitelnější jedince, ale zdrcující děs může zasáhnout i tu nejodolnější osobnost. Traumatické zážitky totiž přesahují hranice běžných obav a úzkostí. Důsledky špatných zkušeností mohou ublížit i dětem, které dosud nebyly vystaveny nepřízní osudu. Tyto zkušenosti mohou být odrazem ve vývoji osobnosti. (Cairns, 2013)

Děti po traumatické zkušenosti mohou mít přehnané reakce. Lehce se vylekají, těžko se soustředí, mají problémy se spánkem (často se budí a nemůžou usnout). (Archerová, 2001)

Majorita lidí se dovede po prožitém traumatickém stresu zotavit. Na výsledku zotavení má vliv míra osobní zranitelnosti a rozsah a povaha stresoru. Mezi faktory, které pomáhají k zotavení, patří stabilita a bezpečí, dobrá sociální síť a schopnost formulovat, co se stalo. (Cairns, 2013)

Propojenost mezi dětmi, které vyrůstají v ústavní péči nebo obecně bez rodičů, a deprivací, je vidět v předchozí kapitole. Pečující osoby, které pracují v ústavních zařízeních, by si měly být vědomy potřeb dětí, které mají a naplňovat je v největším možném rozsahu.

7 Zkušenosti ze zahraničí

7.1 Výsledky důležité pro děti a mladé lidi v náhradní rodinné péči

Článek se zabývá tím, jak pečovatelé, učitelé a sociální pracovníci poskytují služby dětem, které žijí mimo svůj domov.

Vývoj dětí souvisí s osobními a sociálními schopnostmi. Je důležité dbát na rozvoj dětí nebo mladých lidí, kteří nežijí ve svých vlastních rodinách. (Fulcher, Garfat, 2013)

Kvalitní péče o děti, které žijí mimo domov, začíná tehdy, když pečovatelé a sociální pracovníci začnou důkladně a pozorně sledovat, co se může dít s mladým člověkem umístěným v náhradní rodinné péči. Jedná se o chvíle, kdy si všimneme, že potřebují nějaký druh intervence nebo pochopit spojení mezi událostmi, které mají vliv na jejich život. Pečovatel musí stále aktivně pozorovat, co se děje a co může být pro dítě důležité. Pozorování dětí kolem dětí se může zdát velmi jednoduché, ale není vždy samozřejmé, že si všímáme všeho, co kolem nás probíhá. Je potřeba věnovat zvláštní pozornost životnímu prostoru a působení životního prostředí, kde mladý člověk funguje a všimnout si, co se děje a jak se to děje. (Fulcher, Garfat, 2013)

Pozorování se týká všech pečovatelů nebo sociálních pracovníků. Je nezbytné, aby se pracovníci odprostili od svých předsudků. Sociální pracovníci a pečovatelé musí systematicky přemýšlet o tom, co se „děje tam venku“ a co se děje tady v zařízení. (Fulcher, Garfat, 2013)

Článek se dále zabývá výzkumem, kdy si pracovníci nahrávali a zaznamenávali práci s dětmi. Výsledky přinesly důležité informace o tom, co se děje mezi mladými lidmi a jejich pečovateli. Dále poskytl detailní informace o plánování a poskytování kvalitní péče. Lepší péče a vzdělávací plány zvýšily kvalitu poskytování péče. (Fulcher, Garfat, 2013)

Je důležité dbát na potřeby dětí, které pečující osoby mohou zjistit tak, že budou dětem věnovat svou pozornost.

7.2 Rozvoj kulturní změny v dětských domovech v Essexu

Tento článek popisuje způsoby, ve kterých sociální pedagogika ovlivnila kulturu a praxi v dětských domovech. Ve tříletém projektu bylo cílem poskytnout vhléd na zaměstnance a na vylepšení jejich praktik. Strategie, kterou společně vytvořili, se týkala toho, že sociální pedagogika bude rámcem pro rozvoj změn v domovech. Celková strategie směřovala tak, aby se zapojili všichni v celém systému. Jednalo se o sérii kurzů, podporu a rozvoj týmů, zapojení praktických lékařů a povzbuzení zaměstnanců, aby převzali zodpovědnost. Klíčovým faktorem byla komunikace a schopnost překonat všechny problémy v komunikaci v rámci komplexního systému tím, že zaměstnanci vytvořili správné zpětné vazby. (Eichsteller, Holthoff, 2012)

U sociálních pedagogů je nezbytné využít svou osobnost a svou vlastní etickou orientaci na celý svět jako součást bytí profesionálem. To znamená, že reflexe a reflexní dialog v rámci týmu jsou prvořadé. Odraz umožňuje sociálním pedagogům vztáhnout své teoretické znalosti do praktických situací, stejně jako využít jejich vlastní zkušenosti se způsoby, které mohou prospět dětem v jejich rozvoji. (Eichsteller, Holthoff, 2012)

Napříč dětskými domovy sociální pedagogika ovlivnila vztahy velmi pozitivně. Zaměstnanecké týmy uznaly význam budování užších, silnějších a vyrovnaných vztahů s dětmi a toto využít v rámci týmu jako základ své praxe. Týmy kladly velký důraz na poznávání dětí a daly si na čas, aby skutečně porozuměly jejich pocitům, myšlenkám a zkušenostem. Toto jim poskytlo lepší vhléd do dětského vnitřního a vnějšího světa, možnost vcítit se a být s nimi více v kontaktu. (Eichsteller, Holthoff, 2012)

K životu v domovech se pojí termíny jako životní prostor, skupinová práce a posílení týmu. Životní prostor souvisí s nastavením v daných domovech. Týmy uznaly, že je důležité najít soulad mezi fyzickým prostředím a emocemi. Týmová práce souvisí se spoluprací mezi dětmi a dospělými. Posílení týmu se týkalo lehčího k porozumění jejich vlastnímu chování a dopadu na lidi kolem nich. (Eichsteller, Holthoff, 2012)

Díky informacím a zkušenostem ze zahraničí se můžeme inspirovat při práci s dětmi, které vyrůstají v ústavních zařízeních.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Problematika úlohy speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku

Problematikou úlohy speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péče dětem do tří let věku se takřka nikdo nezabývá. Jsou rozpracovány potřeby dětí v ústavních zařízeních a úlohy zdravotních sester, které o děti pečují, ale o speciálním pedagogovi se literatura nezmiňuje. Zjišťovali jsme informace i ze zahraničních zdrojů, ale v zahraničí již zařízení pro děti do tří let takřka nefungují, tudíž bylo náročné získat informace, které by se této problematice věnovaly. V zařízení v Šumperku od speciální pedagožky víme, že pro ni bylo taktéž náročné hledat a získat informace o úloze speciálního pedagoga v zařízeních. Svou práci v zařízení začínala díky podpoře pana profesora Potměšila, se kterým společně nastavovali způsob fungování její pozice v zařízení.

V jednom anglickém příspěvku ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy s názvem *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se můžeme dočíst o zásadách a právech dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.*

„(1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“ (§ 16 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.)

Zásady a cíle vzdělávání:

- Stejný přístup ke vzdělávání bez diskriminace
- Brát zřetel na vzdělávací potřeby každého jedince
- Oboustranná úcta, respekt a důstojnost
- Dbát na vývoj osobnosti, obzvláště na sociální, kognitivní, morální a duchovní hodnoty (dostupné z: <http://www.msmt.cz/areas-of-work/social-programs/the-education-of-pupils-with-special-educational-needs>)

Jelikož děti se speciálními vzdělávacími potřebami se nachází i v ústavní péči, mají taktéž tyto práva:

- Právo na vzdělání, které odpovídá potřebám dítěte
- Právo podmínky, které umožní vzdělávání
- Právo na poradenství
- Právo na vzdělávání alternativními formami komunikace (dostupné z: <http://www.msmt.cz/areas-of-work/social-programs/the-education-of-pupils-with-special-educational-needs>)

Pokud v zařízení pro děti poskytující péči dětem do tří let věku speciální pedagog pracuje, měl by si být vědom výše uvedených práv a zásad vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, aby mohl dětem pomáhat tyto práva užívat.

Speciální pedagogika je k dispozici studentům, kteří mají určeny speciální vzdělávací potřeby díky vyšetření ve školském poradenském zařízení a také pro studenty, kteří jsou umístěni ve školách zřízené v rámci vzdělávacích institucí, které poskytují ústavní péči. (dostupné z: <http://www.msmt.cz/areas-of-work/social-programs/the-education-of-pupils-with-special-educational-needs>)

Důležitou funkcí speciální pedagogiky ve speciálních školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy zmiňuje ředitel Dětského diagnostického ústavu Pavel Jánský v Učitelských novinách.

Nejdůležitější práce s dětmi ve speciálních školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je reedukace těchto dětí. Jedná se o celostní speciálně pedagogickou péči, která směřuje ke kompenzaci a nápravě jejich problémů. Odborné týmy, které se skládají z psychologů, vychovatelů, speciálních pedagogů a učitelů tvoří individuální reedukační programy. Základ v poskytované péči je zejména ve speciálně pedagogické péči. (Jánský, 2007, dostupné z: <http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=367>)

Domníváme se, že stejný přínos speciální pedagogiky by byl i v oblasti zařízení pro děti do tří let věku.

8.1 Problematika ústavní péče

Výzkum se věnoval tématu, kam směřuje péče o děti, která je mimo jejich domov. Výsledkem výzkumu, který byl vytvořen na základě spolupráce s organizací Sirius je zjištění, že v Anglii a v Dánsku pro důvod pěstounské péče je touha pomoci lidem. V České republice, Polsku a Slovensku se jako nejčastější odpověď objevila vlastní bezdětnost. Ve východních zemích včetně České republiky je pěstounská péče vnímána jako forma osvojení a v západních jako dočasná služba dítěti. (Novák, Paleček, Šmídová, dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Nahradni-pece-o-deti-v-Dansku-Anglii-a-Walesu-na-Slovensku-a-v-Polsku.pdf>)

V zemích se shodli na tom, že náhradní rodina je pro dítě lepším opatrovatelem než stát a souhlasí s finančními odměnami pro pěstouny. (Novák, Paleček, Šmídová, dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Nahradni-pece-o-deti-v-Dansku-Anglii-a-Walesu-na-Slovensku-a-v-Polsku.pdf>)

V Anglii a Walesu existuje zákon o ochraně dětí („The Children Act“) a pro oblast náhradní péče zákon „The Children Leaving Care Act“ (2001), který zajišťuje princip subsidiarity institucionální péče, z čeho vyplývá, že náhradní rodinná péče má přednost před péčí ústavní. Princip subsidiarity institucionální péče je využíván i na Slovensku. (Novák, Paleček, Šmídová, dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Nahradni-pece-o-deti-v-Dansku-Anglii-a-Walesu-na-Slovensku-a-v-Polsku.pdf>)

Všechny země dbají na mezioborový přístup, koordinaci služeb a součinnost jednotlivých zemí. Zároveň také dbají na důsledné omezování ústavní péče. (Novák, Paleček, Šmídová, dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Nahradni-pece-o-deti-v-Dansku-Anglii-a-Walesu-na-Slovensku-a-v-Polsku.pdf>)

Podněty pro Českou republiku:

- Pokračování v procesu deinstitucionalizace
- Dodržovat práva dítěte

- Efektivitě systému by prospělo sjednocení náhradní rodinné péče pod jedno ministerstvo, úřad nebo instituci
- Sanace biologické rodiny (aby v ní dítě mohlo zůstat).
- Vyhledávání a zavádění metod, postupů a služeb pro práci s původní rodinou
- Vymezení hranice pro okamžité řešení situace dítěte, které je v ohrožení
- Využívat a vyhodnocovat individuální plány
- Zavádět nové metody, např. kazuistiky a rodinné konference
- Zapojit dítě do procesu rozhodování při řešení jeho situace
- Vytvoření studijního oboru, který by byl zaměřen na náhradní rodinnou péči
- Propagace díky mediím (televizní spoty, rádio, tisk) (Novák, Paleček, Šmídová, dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Nahradni-pece-o-deti-v-Dansku-Anglii-a-Walesu-na-Slovensku-a-v-Polsku.pdf>)

8.2 Rušení kojeneckých ústavů

Když dítě nemá možnost vyrůstat ve stabilním prostředí s osobou, která o něj pečuje, která dovede rozpoznat, co potřebuje a adekvátně na něj reagovat, mohou se u dítěte projevit následky, které ovlivní jeho budoucí život. (Černá, dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=temata/archiv/pece-o-deti-do-3-let.html&comment=11>)

Důvodem, proč se kojenecké ústavy nezruší, je domněnka, že by se o děti nikdo nepostaral lépe než ústavní zařízení nebo by se o něj nikdo jiný starat nechtěl. Jedná se o zdravotní komplikace, které mohou dítě provázet, tudíž je potřeba zdravotnická péče. Ze statistických údajů však vyplývá následující. (Černá, dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=temata/archiv/pece-o-deti-do-3-let.html&comment=11>)

V roce 2010 byly dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky umístěny do kojeneckých ústavů děti z těchto důvodů: zdravotní (35,8 %), sociální (45,9%), zdravotně-sociální (18,3%). V roce 2010 propustili ze zařízení 2085 dětí. 54% z nich se vrátilo do vlastní rodiny, 23% bylo osvojeno a 9% bylo propuštěno do jiného typu náhradní

rodinné péče. Můžeme si tedy všimnout, že polovina dětí se vrátí do své původní rodiny. (Černá, dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=temata/archiv/pece-o-deti-do-3-let.html&comment=11>)

Cesty, které by mohly vést k tomu, aby dítě se závažným zdravotním postižením, které vyžaduje lékařskou péči, žilo v domácím prostředí:

- V případě, že je dostačující ambulantní péče, mohl by do nemocnice každý den dítě doprovodit rodič nebo pěstoun
- Zdravotnický personál může rodiče vyškolit v péči o dítě
- Podpora od profesionálů podobně jako v případě zdravotně sociální služby v domácnosti pro seniory
- Totožný přístroj, který potřebuje dítě v kojeneckém ústavu, by mohl být zapůjčen do rodiny (Černá, dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=temata/archiv/pece-o-deti-do-3-let.html&comment=11>)

Takřka tři sta dětí je ve Zlínském a Jihomoravském kraji umístěno do kojeneckých ústavů. Poslanci opět schválili novelu zákona, ve které se jedná o to, že novorozenci budou moci vyrůstat u přechodných pěstounů. Do této doby musely děti být nejprve umístěny v ústavní péči. Pěstouni na přechodnou dobu se o děti starají do doby, než si je může biologická rodina vzít zpět nebo než se najde rodina, která je přijme nastálo. Kritici varianty zrušení kojeneckých ústavů mají obavu z toho, že pěstounů na přechodnou dobu bude nedostatek. (Gardner, 2012, dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/archiv/1136028-novela-schvalena-o-nejmensi-deti-se-budou-starat-profesionalni-pestouni>)

Režisérka Linda Kallistová Jablonská v roce 2016 během několika měsíců pozorovala životy dětí, které jsou umístěny buď do kojeneckých ústavů nebo do péče přechodných pěstounů. Chtěla vědět, z jakých důvodů se volí jedna nebo druhá varianta. (dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10408111009-cesky-zurnal/215562262600004-v-nejlepsim-zajmu-ditete>)

V dokumentu je řečeno, že jedna zdravotní sestra má na starost šest dětí, které jsou v podobném věku. Jedna ze zdravotních sester uvedla, že dětem nezáleží na tom, jestli se o ně stará matka a otec nebo jako v jejich případě tři sestry, které se v péči o ně střídají

po dvanáctihodinových směnách. Po roce a čtvrt děti přechází na další oddělení. (dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10408111009-cesky-zurnal/215562262600004-v-nejlepsim-zajmu-ditete>)

Paní ředitelka kojeneckého ústavu v Mostě Milada Šilhová tvrdí, že děti potřebují lidský kontakt, který jim poskytují tety, ale neváží se na ně citově, aby děti poté při odchodu ze zařízení nebyly frustrovány. Pracovníci nevytváří dětem dojem, že jsou tam jen pro ně. (dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10408111009-cesky-zurnal/215562262600004-v-nejlepsim-zajmu-ditete>)

Z kojeneckých ústavů přechází do následujícího ústavního zařízení 10% dětí, kdežto z přechodné pěstounské péče jen 1,5 % dětí. V roce 2015 bylo v dětských centrech 1 666 dětí, v pěstounské péči 614 dětí. Česká republika je jedna z posledních zemí Evropské Unie, kde jsou děti do tří let věku zařazeny do ústavní péče. (dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10408111009-cesky-zurnal/215562262600004-v-nejlepsim-zajmu-ditete>)

Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová si myslí, že veřejnost a úředníci jsou přesvědčeni, že zdravotní péče je stále to nejdůležitější, co děti v raném věku potřebují, a proto je pro ně vhodné, aby žily v ústavech. Sama nevidí žádný důvod, proč by měly být děti umístěny v ústavním zařízení. (dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10408111009-cesky-zurnal/215562262600004-v-nejlepsim-zajmu-ditete>)

Na případném zrušení kojeneckých ústavů se musí shodnout ministerstvo sociálních věcí, školství a zdravotnictví. Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová vyvíjí úsilí k tomu, aby se všechna zařízení sjednotila pod jeden resort. Pod ministerstvo práce a sociálních věcí spadají zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Kojenecké ústavy patří pod resort zdravotnictví a dětské domovy pod ministerstvo školství. (Martinek, Právo, 2017, <https://www.novinky.cz/domaci/428430-deti-budou-dal-zustavat-v-kojenacich-ministerstva-se-nedohodla.html>)

„V Evropě už prakticky klasické kojenecké ústavy neexistují a opuštěné zdravé děti do tří (či více) let se umísťují výhradně do rodin. Kvůli našim dětem věříme, že i ČR

se konečně vydá touto cestou, narážíme ale na konzervatismus některých zaměstnanců kojeneckých ústavů a dětských domovů.“ (Marksová, 2017 in Martinek, Právo, 2017)

Marksová říká, že ústavní zařízení a jejich odborníci budou vždy potřeba, ale je důležité, aby byly pod jedním resortem. Ministerstvo práce a sociálních věcí se chce zaměřit na preventivní služby, které budou pracovat s rodinami zejména ambulantní formou. (Martinek, Právo, 2017)

Ministerstvo zdravotnictví se transformaci nebrání, je připraveno umožnit maximální součinnost. Ministryně školství Kateřina Valachová je transformaci také nakloněna, ale chce, aby diagnostické a výchovné ústavy setrvaly pod jejím resortem. (Martinek, Právo, 2017)

9 Cíl práce

Hlavní cíl: Zjistit, jaká je úloha speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku.

Dílčí cíle:

1. Zjistit náplň práce speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku
2. Zjistit možnosti speciálněpedagogické podpory v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku
3. Stanovit přínos individuálního plánu v zařízeních
4. Popsat způsob práce s dětmi s postižením v zařízeních

Stanovili jsme si tyto výzkumné otázky:

1. Pokud je v zařízení speciální pedagog, jaká je jeho náplň práce?
2. Pokud není speciální pedagog v zařízení, mají zařízení nějakou jinou speciálněpedagogickou podporu?
3. Jaký je přínos individuálního plánu?
4. Jak pracují zaměstnanci s dětmi s postižením v zařízeních?

10 Metodologie

Pro sběr dat jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, který byl veden s pracovníky Dětského centra v Olomouci a v Šumperku. V každém zařízení jsme hovořili se zdravotní sestrou a sociální pracovnící nebo speciálním pedagogem.

Podrobnou přípravou rozhovoru dokážeme dotazovanému důležitost, kterou náš rozhovor má. Díky tomuto získáme respondentův respekt a upřímné odpovědi. Při správné přípravě objevíme nepřesnosti a získáme širší znalosti. (Vaněk, Mücke, 2015)

Rozhovor je používán ve výzkumu v mnoha oborech, jako je antropologie, pedagogika, psychologie, sociologie a podobně. Využívá se v kvalitativních i kvantitativních přístupech. V kvalitativním přístupu rozhovor vede jedna osoba a v kvantitativním šetření provádí rozhovor několik osob. Dotazované osoby se nazývají respondenti. V kvalitativním šetření se využívají tyto formy rozhovoru:

- Volný rozhovor (nestrukturovaný, neformální) – při rozhovoru otázky nejsou předem stanoveny a vznikají až při komunikaci s respondentem, tudíž respondent nemusí ani vědět, že je středem výzkumu. Výhodou této formy rozhovoru jsou spontánní odpovědi. Nevýhodou je nárok na zvládnutí situace tazatelem. Problémem je i zaznamenávání informací a vyhodnocení. Velikost i souhrn rozhovoru se od sebe velmi liší a je náročné je utřídit. Mezi volný rozhovor se řadí narativní rozhovor, který má v kvalitativním výzkumu velké využití. Respondent vypráví na určené téma (zážitek, příběh, životní událost,...).
- Polostrukturovaný rozhovor je charakterizován souhrnem otázek, které budou jeho předmětem. Otázky nemají stanovené pořadí. Tazatel může otázky z části upravovat, ale je důležité, aby došlo na zodpovězení všech otázek. Tazatel může pokládat i doplňující otázky.
- Strukturovaný rozhovor (řízený) má stanovené otázky a pořadí. Jedná se o volné otázky, které jsou předem dané a formulované. Získaná data se dobře vyhodnocují díky rozsahu a struktuře. Časový rozsah je v některých případech určen. (Reichel, 2009)

Hodnotný a cenný rozhovor je takový, když respondent do vyprávění zahrne i své hodnoty, pocity a zásady. Dle spousty vědců se má dobrý rozhovor podobat nenucenému

rozhovoru. Tazatel by neměl předstírat odbornost a i když tazatel nemůže respondentovi opětvat sdělení svého příběhu, může projevit zájem a být upřímný. Pokud dojde k tomu, že tazatel projeví zájem o respondentův příběh nebo sdělení, může dojít k opravdové komunikaci a lidskému setkání, který přináší nejlepší výsledky. (Vaněk, Mücke, 2015)

11 Sběr dat

Pro získání dat jsme oslovili sociální pracovníci a zdravotní sestru z Dětského centra Ostrůvek v Olomouci (viz. Příloha č. 1 a 2) a speciální pedagožku a staniční sestru v Dětském centru v Šumperku (viz. Příloha č. 3 a 4). V Olomouckém zařízení jsem byla na školní praxi a navázala jsem se zařízením spolupráci a z tohoto důvodu mi poskytli rozhovor. V zařízení v Šumperku víme, že pracuje speciální pedagog, proto jsme oslovili je, abychom zjistili, jaká je úloha speciálního pedagoga v zařízení poskytující péči dětem do tří let věku. Kontaktovali jsme i Kojenecké a dětské centrum ve Valašském Meziříčí, protože zde jsem pracovala jako dobrovolník, ale toto dětské centrum se neozývalo, proto jsme rozhovor s nimi nezískali.

Dětské centrum Ostrůvek v Olomouci a Dětské centrum v Šumperku

Dětské centrum Ostrůvek, příspěvkovou organizaci, zřizuje Olomoucký kraj. Od 1.1.2015 je nástupnickou organizací spojených dětských center Pavučinka Šumperk a Ostrůvek Olomouc. Centra umožňují dětem, které jsou zde umístěny, služby sociálně-právní ochrany dětí a zdravotní služby. Kapacita zařízení je padesát míst, z toho dvanáct je určeno pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Dětem je celková péče poskytována od narození do zpravidla věku tří let. Zařízení respektuje individualita dítěte a zajišťuje všestranný rozvoj dětí. Péče o děti se skládá z péče ošetřovatelské, lékařské, rehabilitační, výchovné, sociální a psychologické. (dostupné z: <http://www.dc-ostruvek.cz/>)

12 Vyhodnocení dat

Výzkumné otázky

1. Pokud je v zařízení speciální pedagog, jaká je jeho náplň práce?

Speciální pedagog provádí diagnostiku psychomotorického vývoje ve spolupráci s psychologem a pediatrem. Vypracovává individuální plán, ve kterém stanoví jednotlivé cíle. Pracuje na naplnění jednotlivých cílů společně s klíčovou tetou. Následně individuální plán vyhodnocuje. Náplň práce je i pozorování, rozhovor a aktivity s dětmi. S dětmi v průběhu týdne pracuje individuálně nebo skupinově. Provádí průběžnou diagnostiku, díky které poté stanoví cíle na následující měsíc. Při propuštění dítěte ze zařízení vypracovává závěrečnou zprávu o psychomotorickém vývoji dítěte. Spolupracuje s dalšími odborníky ze zdravotní, sociální nebo pedagogické oblasti a také s pracovníky v zařízení.

2. Pokud není speciální pedagog v zařízení, mají zařízení nějakou jinou speciálně-pedagogickou podporu?

Speciálně-pedagogickou péči v zařízení zastává psycholog. Další podporu v oblasti speciální pedagogiky zařízení získalo díky spolupráci s panem profesorem Potměšilem. Pokud by potřebovali prokonzultovat další případ z této oblasti, mohou se obrátit i na Dětské centrum v Šumperku, kde je zaměstnán speciální pedagog. Na pohybovém rozvoji dětí pracuje fyzioterapeut. Některé sestry díky kurzu Bazální stimulace využívají principy z této metody. Externě zařízení spolupracuje s logopedem. Děti využívají muzikoterapii, hippoterapii i canisterapii. Párkrát zařízení využilo služeb rané péče.

3. Jaký je přínos individuálního plánu?

Všechny děti v zařízení v Šumperku mají individuální plán, který se skládá z oblastí hrubé motoriky, jemné motoriky, kognitivních funkcí, řeči, sebeobsluhy a sociálního vývoje. Individuální plán sestavuje speciální pedagog, který zároveň přichystá i pomůcky, které jsou pro naplnění cílů potřeba. Klíčová teta poté dle individuálního plánu s dětmi pracuje a zaznamenává si pokroky do podkladů připravených od speciálního pedagoga.

V Olomouci mají zdravotní sestry v bodech sepsáno, co by děti v určitém vývojovém období měly umět a jak s nimi mají pracovat.

4. Jak pracují zaměstnanci s dětmi s postižením v zařízeních?

V zařízení v Šumperku mají i děti s těžkým kombinovaným postižením individuální plán, který je pro ně stanoven na dva měsíce, a týká se především bazální stimulace. Pro ostatní děti se zdravotním postižením se plán sestavuje na jeden měsíc a týká se oblastí hrubé a jemné motoriky, kognitivních funkcí, řeči, sebeobsluhy a sociálního vývoje. Zařízení pracuje podle tematických plánů, například Halloween, Mikuláš, podle jednotlivých období v roce. Zařízení spolupracuje s logopedem, orgánem sociálně-právní ochrany dětí, s ranou péčí, s lékaři, soudem, školními institucemi, Maltézskou pomocí, dobrovolníky, Speciálněpedagogickým centrem, Pedagogicko - psychologickou poradnou a s fyzioterapeuty.

V olomouckém zařízení děti s těžkým kombinovaným postižením taktéž využívají bazální stimulaci a prvky snoezelenu. Zdravotní sestry děti často polohují, rehabilitují, cvičí s nimi ve vodě, předčítají jim pohádky nebo s nimi chodí na procházky. S dětmi se zdravotním postižením pracuje muzikoterapeut nebo canisterapeut.

13 Diskuze

Z odpovědí na výzkumné otázky můžeme vyčíst úlohu speciálního pedagoga v zařízení poskytující péči pro děti do tří let. Speciální pedagog pracuje s dětmi individuálně i skupinově. Pozoruje je při různých činnostech a vede s nimi rozhovor. Na základě těchto diagnostických metod poté stanovuje individuální plán a jeho cíle, které následně zároveň se zdravotními sestrami naplňuje a vyhodnocuje.

Pokud v zařízení speciální pedagog není, jeho funkci zastává psycholog. Dle našeho názoru psychologovi chybí speciálně pedagogické zkušenosti a vzdělání, tudíž nemůže naplnit všechny oblasti, které děti v zařízení potřebují rozvíjet. Další podporu má zařízení díky externím odborníkům. Kdyby v zařízení speciální pedagog byl, mohl by všechny tyto odborníky stmelovat.

Když zařízení nepracuje podle individuálního plánu, pracuje podle harmonogramu. Odpověď sociální pracovnice z Olomouckého zařízení na otázku, jestli mají děti individuální plán:

„Nevím, jestli bych to nazvala individuálním plánem. Mají v bodech něco daného. Tety vědí, co mají děti v daném období umět, protože jsou to většinou dětské sestry, a toho se vlastně drží. A když to dítě má právě nějaké speciální potřeby, buď logopedii, nebo cokoli jiného, jako rehabilitaci, tak to tety mají napsané a vědí, co má to dítě v tom daném období nebo v části dne realizovat s tím dítětem. Plán se týká vývoje dítěte, a jak se s ním má pracovat. Dle doporučení ve zprávě od paní psychologičky, kterou mají sestry k dispozici, jsou další možnosti, jak mohou dítě „rozvíjet.“ Z tohoto vyplývá, že tety nemají k dispozici individuální plán, který by se týkal konkrétního dítěte, ale obecně danou strukturu, kterou aplikují u všech dětí. Jediný nástroj pro individuální práci mají díky doporučení od paní psychologičky.

Odpověď zdravotní sestry ze Šumperku na otázku, zda mají nějaký plán, podle kterého s dětmi pracují:

„Tady máme spíše harmonogram pro děti a podávání léků, které je pravidelné třikrát denně, protože na noční se léky už nepodávají, jelikož je tam jen jedna sestra, tak by té práce bylo hodně. Někdy se stává, že se harmonogram přesně nedodržuje, protože je tu třeba hodně dětí a do toho ještě děti se zdravotním postižením, takže se stane, že někdy nestíháme. Ráno

v sedm hodin začínáme, poté je podávání léků a vizita a pak už jen běžné práce. Ty starší děti se dávají třeba na balkon, když je zima, tak se oblečou, nebo alespoň otevřeme okno. Když je pěkně, tak se snažíme i chodit ven, aby děti nebyly pořád zavřené a dostaly se i na vzduch. Takže harmonogram se týká hlavně podávání léků a stravy.“ Zdravotní sestra nezmínila plán, o kterém mluvila sociální pracovnice, zřejmě z toho důvodu, že tato sestra pracuje na oddělení s dětmi s kombinovaným postižením, kde s plány příliš nepracují.

Přínos individuálního plánu vidíme především v tom, že když jsou sestry zdravotnický personál, neznají všechny oblasti vývoje, na kterých je potřeba s dítětem pracovat (hrubá motorika, jemná motorika, komunikace, socializace, kognitivní funkce). Kdyby speciální pedagog tvořil individuální plán, zdravotní sestry by měly nástroj, kterého by se mohly držet a pracovat podle něj. Dále by díky správně nastavenému individuálnímu plánu viděly pokroky u dětí, které, když nejsou průběžně zaznamenávány, nejsou tak zřetelně vidět. Což by mohla být poté i motivace pro to, že speciálně pedagogická intervence má smysl.

Při popisu denního režimu s dětmi sdělila sestra z olomouckého zařízení toto:

„Ráno, když nastoupíme do služby, tak nám noční směna předává děti, takže musíme chodit po pokojích a rozdělujeme si děti a předá nám informace, jak probíhala noc, jestli se změnil zdravotní stav dítěte, prostě co vše se v noci s dítětem událo. Dále se ráno začíná vizitou, takže si lékař všechny děti prohlédne podle potřeby: dále děti vykoupeme a provede se ranní toaleta podle rozpisu a pak už se začíná svačinou a mezi tím už je třeba ten výchovný program dětí nebo vycházka na zahradu. Dále je poledne a podávání polední stravy. Odpoledne se podávají zase léky, dále je tam třeba muzikoterapie. Když to počasí dovolí, tak se jde i odpoledne ven nebo se otevrou více okna a provětrá se. Když přijdou dobrovolnice, tak ty mají s dětmi svůj program a večer zase je podávání léků dle rozpisu, nebo koupání a večerní toaleta. Končíme o půl osmé a předáváme děti noční službě, zase musíme informovat o zdravotním stavu dítěte, jak to probíhalo, jestli byla nějaká změna, hlavně ve zdravotním stavu, jestli je potřeba více dítě kontrolovat. Noční služba už má zase rozepsaný svůj harmonogram, co si třeba chystáme na druhý den za dokumentaci, nebo podle potřeby vyšetření. Když jsou potřeba nějaké odběry, tak to dělá většinou noční služba ráno, aby to všechno bylo nachystané.“ Z této odpovědi si lze všimnout, že sestra často zmiňuje lékařskou a ošetrovatelskou péči. Oblastem rozvoje vývoje dítěte a speciálněpedagogické péče se zmiňuje jen ve výchovném programu a muzikoterapii.

Výpověď sestry ze Šumperka o režimu dne dětí:

„Ráno se děti převléknou a snídají. U snídaně jim sestřičky podají léky, pokud je potřeba. Dále následuje hygiena. Po hygieně děti, které navštěvují mateřskou školu, odjíždí do mateřské školy. Děti, které do mateřské školy nechodí, zůstávají v zařízení a sestřičky nebo speciální pedagog s dětmi pracují dle individuálního plánu. Poté následuje oběd opět s podáním léků, pokud děti nějaké užívají a spánek. S dětmi, které nespí, pracuje buď speciální pedagog, nebo si děti volí nějakou „tichou“ činnost. Po probuzení probíhá svačinka, procházka nebo práce dle individuálního plánu. Poté večere (opět s podáním léků dle potřeby), hygiena a ukládání ke spánku.“

„Pokud je venku hezky, snaží se sestřičky s dětmi chodit co nejvíce ven. V předchozím domě, ve kterém děti bydlely, měly tělocvičnu, nyní po přestěhování již tělocvičnu k dispozici nemají, proto navštěvují s dětmi nedaleké zařízení, ve kterém jsou k dispozici vnitřní průlezký a podobně, kde se děti mohou proběhnout.“ Zde zdravotní sestra taktéž mluví o lékařské péči, ale častěji zmiňuje i práci speciálního pedagoga, individuální plán a rozvoj hrubé motoriky díky tělocvičně.

V obou zařízeních zdravotní sestry často zmiňovaly lékařskou péči, což je pro ně dle našeho názoru zřejmé, jelikož jsou zdravotnický personál a tudíž plní zdravotnickou péči o děti. Z režimu dne, který ale popisovaly, vidíme, že speciálně pedagogické intervence je u dětí velmi málo, a to především u výpovědi od první sestry.

Z pozorování ze zařízení v Olomouci jsme si při prohlídce všimli, že zaměstnanci chodí ve stejném oblečení, děti dle našeho názoru mají tím pádem menší šanci rozeznat, o koho se jedná. V místnostech nejsou žádné koberce, ale jen podlahy. Dle sociální pracovnice je to z důvodu udržování lepší hygieny. Podle nás by ale v některých místnostech koberec dodal prostoru útulnější domácí prostředí.

Děti s těžkým kombinovaným postižením ležely v místnostech v postelích, které měly po stranách příčky. V místnosti hrála televize s hudebním programem. Když děti ležely a byly vzhůru, měly možnost pozorovat jen bílý strop. Kolem sebe měly plyšové hračky. Pokoje byly vymalované barevnými obrázky. Celé zařízení na nás působilo spíše jako zařízení zdravotnické a ne jako rodinné a domácí.

Co v zařízení z oblasti speciální pedagogiky chybí, uvedly zaměstnankyně zařízení kompenzační pomůcky a speciální pomůcky pro děti s kombinovaným postižením. Potřebnost speciálního pedagoga v zařízení vyjádřila zdravotní sestra takto: „Je to takové nárazové, zejména když je víc těch respitních pobytů. Ale určitě by se využil. Jsme tady vlastně dvě patra dětí a určitě by nějakou péčí v tomhle tom směru děti potřebovaly. Dole jsou děti i s různými poruchami chování, takže tam by se uplatnil.“ Z odpovědi zdravotní sestry můžeme vyčíst, že vnímá potřebu využití speciálního pedagoga zejména u dětí s lehčím stupněm zdravotního postižení.

Zdravotní sestra z Olomouce také zmínila, že pozoruje rozdíly mezi dětmi s těžkým kombinovaným postižením, které využívají zařízení jako respitní pobyt³ a těmi, kteří jsou v zařízení na delší dobu. Všimla si rozdílů v oblasti vnímání a reagování. Děti na respitních pobytech jsou podle ní více vnímavější a lépe reagují. Zřejmě z toho důvodu, že doma na ně rodiče více mluví a odpovídají na jejich podněty. Vliv může mít dle zdravotní sestry i přítomnost jejich sourozenců. Zdůraznila však, že tyto rozdíly se objevují jen u některých dětí.

³ Respitní pobyt je krátké setrvání osob se zdravotním postižením v ústavním zařízení. (Kalvach, 2011)

14 Doporučení do praxe

Pro všechny zaměstnance, kteří pracují v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku, by bylo přínosné, kdyby se vzdělávali v oblastech intuitivního rodičovství, potřeb dětí v raném věku, vývojové psychologii a dalších podobných tématech.

Z diskuze s pracovníci v dětském centru jsme se dozvěděli, že mnoho dětí v tomto zařízení má narušenou komunikační schopnost. Zdravotní personál nemá dostatek prostoru pro to, aby se u dětí rozvoji komunikační schopnosti věnoval, a proto by zařízení mohlo buď navýšit počet pracovníků, nebo tuto péči o děti zajistit pomocí dobrovolníků, kteří by pravidelně za dětmi do zařízení docházeli a prováděli podle instruktáže odborníka rozvoj komunikace.

Z internetových stránek Dětského centra Ostrůvek se můžeme dočíst následující: „Odborná péče o děti, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zahrnuje péči lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, rehabilitační, výchovnou a sociální.“ (dostupné z: <http://www.dc-ostruvek.cz/>) Z toho vyplývá, že toto dětské centrum nenabízí pedagogickou ani speciálně-pedagogickou péči.

Jelikož se od 1.1.2015 sloučily zařízení Pavučinka Šumperk a Ostrůvek Olomouc, bylo by dle našeho názoru velmi přínosné, kdyby si tato zařízení mezi sebou vyměnila zkušenosti a aplikovala postupy z dřívějšího zařízení Pavučinka i v Ostrůvku v Olomouci, jelikož v Pavučince v Šumperku speciální pedagog pracuje a funguje.

Pro zařízení, která poskytují péči dětem do tří let věku a nemají zaměstnaného speciálního pedagoga, je poměrně náročné najít oporu a zdroje, které by jim pomohly zařadit do péče i péči speciálněpedagogickou, protože pokud v zařízení není speciální pedagog, na jaké jiné zařízení se mají obrátit? Dle sociální pracovnice ze zařízení v Olomouci dříve oslovili ranou péči, ale zde nastává problém v tom, že raná péče je primárně nastavena pro práci s rodinou, tudíž pokud si zařízení pozve na konzultaci poradkyni z rané péče, jedná se o fakultativní službu a zařízení ji musí uhradit. S ranou péčí je problém i v tom, že dle svých pravidel a povahou služby jako služba prevence o sobě říká, že chce být prevencí před tím, aby dítě nebylo umístěno do ústavní výchovy. Tudíž spolupráce v těchto ohledech není příliš vhodnou volbou.

Zařízení pro děti do tří let věku mohou získávat speciálněpedagogickou podporu od mateřských škol, které jejich děti navštěvují, pokud speciální pedagog v dané mateřské škole působí. Mají možnost se speciálních pedagogů v mateřských školách zeptat, jak by mohli upravit prostředí pro dítě, doporučit vhodné pomůcky a další intervenci. Nebo čerpat informace od externích logopedů v oblasti rozvoje řeči.

Z našeho hlediska by bylo nejvhodnější, aby každé zařízení, které poskytuje péči dětem do tří let věku, mělo jako zaměstnance speciálního pedagoga. Speciální pedagog by pro děti mohl připravovat a řídit režim dne a víkendu, pracovat podle individuálního plánu, provádět speciálněpedagogickou diagnostiku a intervenci a další. Dále by mohl podpořit zdravotní sestry v tom, aby společně s dětmi uklízeli, chystali svačinu, nakupovali, vařili oběd nebo večeři, aby měly děti co nejvíce zkušeností s běžným životem a chodem domácnosti.

Obecně by dle našeho názoru mohlo dojít ke změně oděvu pracovníků i oblečení dětí. Personál nosí oblečení, které odpovídá zaměstnání, ale už ne rodinnému životu. Děti nepřichází do styku se zkušeností, že má dospělý jedinec jiné oblečení na doma a jiné na ven. Děti mnohdy nemají své vlastní oblečení, ale mají ho všichni společné. Důležité je, aby dítě mělo možnost volby, aby se učilo umět se samo rozhodnout, co si oblékne nebo co bude jíst.

Pro navazování a udržování vztahů je vhodné, aby na oddělení pracovaly stále stejné zdravotní sestry a na jednom oddělení například jen dvě pracovnice z toho důvodu, aby si děti navázaly vztah a důvěru ke konkrétním osobám. Podstatné je, aby sestry reagovaly na potřeby dětí individuálně, tudíž by skupinka dětí měla být složena jen z malého počtu dětí. Pro socializaci dětí navrhuje, aby děti navštěvovaly mateřské školy mimo budovu areálu, tím budou v kontaktu s veřejností a s ostatními dětmi.

Celkově je pro vývoj dítěte velmi přínosné, aby žilo a vyrůstalo v rodinném prostředí a ne v tom ústavním. V kapitole s názvem Rušení kojeneckých ústavů popisujeme praxi ohledně zrušení kojeneckých ústavů, tudíž si můžeme všimnout, že v České republice zřejmě k ukončení zařízení pro děti do tří let věku nedojde, a proto by bylo vhodné, kdyby se kvalita péče v těchto zařízeních zlepšila a mohl zde pracovat speciální pedagog, který by vývoj dětí podpořil.

Závěr

V teoretické části jsme se věnovali vymezení speciálního pedagoga, vývojem dítěte a jeho potřebám v raném věku, rodině a náhradní a rodinné péči. Díky těmto informacím jsme získali přehled o problematice, kterou jsme se zabývali v praktické části.

V praktické části jsme provedli rozhovory s pracovníci ze zařízení poskytující péči dětem do tří let věku a vyhodnotili jsme získaná data. Zjistili jsme, že zdravotní sestry poskytují dětem zdravotnickou a ošetrovatelskou péči, ale speciálněpedagogickou péči se v zařízení v Olomouci nezabývají. V Šumperském zařízení speciální pedagog pracuje. Věnuje se dětem individuálně i skupinově, provádí diagnostiku, vytváří individuální plány, které následně i vyhodnocuje a věnuje se oblastem rozvoje motoriky a kognitivních dovedností.

Do budoucna je vidina, že se dětská centra zruší. Než ke zrušení ale dojde, je potřeba, aby děti v zařízeních měly k dispozici veškerou péči, která je bude rozvíjet.

Seznam použité literatury

ARCHER, Caroline. *Dítě v náhradní rodině: [nejčastější problémy při výchově mladších dětí v náhradní rodině]*. Přeložil Petra VLČKOVÁ. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-578-4.

BALCAR, Karel, Jan ŠPITZ a Josef LANGMEIER. *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2000, 431 s. ISBN 8071783811.

BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.

BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

CAIRNS, Kate. *Bezpečná vazba mezi náhradními rodiči a dítětem: traumata v raném vztahu a psychická odolnost*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0370-4.

EICHSTELLER, Gabriel a Sylvia HOLTHOFF. The Art of Being a Social Pedagogue: Developing Cultural Change in Children's Homes in Essex. *International Journal of Social Pedagogy*. 2012, (1), 45.

Emmerová, Věstník ministerstva zdravotnictví 9/2005/9

FULCHER, Leon a Thom GARFAT. Outcomes that Matter© for Children and Young People in Out-of-Home Care. *International Journal of Social Pedagogy*. 2013, (1), 46.

GABRIEL, Zbyněk a Tomáš NOVÁK. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1788-3.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.

GRECMANOVÁ, Helena, Eva URBANOVSKÁ a Drahomíra HOLOUŠOVÁ. *Obecná pedagogika*. Olomouc: Hanex, 1998. Edukace (Hanex). ISBN 80-85783-20-7.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 8071788031.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOLUCHOVÁ, Jarmila, MATĚJČEK, Zdeněk (ed.). *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 3., dopln. vyd. Praha: Avicenum, 1974.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.

NADAČNÍ FOND J&T. *Obec a ochrana dětí, Možnosti systémové podpory ohrožených a náhradních rodin, Příručka pro starosty a další členy zastupitelstev obcí*. Praha, 2014.

NOŽÍŘOVÁ, Jana. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Linde Praha, 2012. ISBN 978-80-86131-91-7.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

SYSLOVÁ, Zora, Irena BORKOVCOVÁ a Jan PRŮCHA. *Péče a vzdělávání dětí v raném věku: komparace české a zahraniční situace*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. ISBN 978-80-7478-354-8.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1820-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2012. ISBN 978-80-87455-14-2.

VANĚK, Miroslav a Pavel MÜCKE. *Třetí strana trojúhelníku: teorie a praxe orální historie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. Orální historie a soudobé dějiny. ISBN 978-80-246-2931-5.

ZVÍROTSKÝ, Michal. *Kapitoly z obecné pedagogiky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-660-4.

Internetové zdroje

ČERNÁ, Ria, Zrušit kojenecké ústavy? Ano, ale ne teď. A proč ne teď? Právě teď!. *Čí je dítě?* [online]. [cit. 2017-01-12]. dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=temata/archiv/pece-o-deti-do-3-let.html&comment=11>

Dětské centrum Ostrůvek [online]. [cit. 2017-02-05]. dostupné z: <http://www.dc-ostruvek.cz/>

Facts and figures: 2016. *Opening doors for Europe's children* [online]. [cit. 2017-02-05]. dostupné z: <http://www.openingdoors.eu/resources/facts-and-figures-2016/>

GARDNER, Richard. *Novela schválena. O nejmenší děti se budou starat profesionální pěstouni* [online]. [cit. 2016-08-07]. dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/archiv/1136028-novela-schvalena-o-nejmensi-deti-se-budou-starat-profesionalni-pestouni>

MARTINEK, Jan. *Děti budou dál zůstávat v kojenečcích, ministerstva se nedohodla* [online]. [cit. 2017-02-04]. dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/428430-deti-budou-dal-zustavat-v-kojenacich-ministerstva-se-nedohodla.html>

NOVÁK, PALEČEK, ŠMÍDOVÁ a KOL. *Výsledky a závěry zahraničního výzkumu v oblasti náhradní rodinné péče v Polsku, Dánsku, Slovensku a Velké Británii* [online]. [cit. 2017-01-07]. dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Nahradni-pece-o-deti-v-Dansku-Anglii-a-Walesu-na-Slovensku-a-v-Polsku.pdf>

JÁNSKÝ, Pavel, Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy pod ministerstvo práce a sociálních věcí. *Učitelství* [online]. 2007, (17) [cit. 2017-03-05]. dostupné z: <http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=367>

THE EDUCATION OF PUPILS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS. *Ministry of education youth and sports* [online]. [cit. 2017-04-05]. dostupné z: <http://www.msmt.cz/areas-of-work/social-programs/the-education-of-pupils-with-special-educational-needs>

V nejlepším zájmu dítěte [online]. [cit. 2016-12-10]. dostupné z:
<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10408111009-cesky-zurnal/215562262600004-v-nejlepsim-zajmu-ditete>

Seznam použitých zákonů

Zákon č. 561/ 2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. [online]. 19.11.2004 [cit. 2017-02-10]. Dostupný z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-c-561-2004-sb-o-predskolnim-zakladnim-strednim-vyssim?lang=1>

Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů [online] 22.3.2012 [cit. 2017-02-10]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. [online] 30.12.1999 [cit. 2017-08-10]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. [online]. 8.12.2011 [cit. 2017-12-10]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.[online]. 29.3.2002 [cit. 2017-11-5]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 10.11.2004 [cit. 2017-10-12]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

Seznam tabulek

Tab. č.1 znázorňuje podstatu definování pomáhajících profesí (Špirudová, 2015)

Tabulka č.2: Formy náhradní rodinné péče (srovnávací tabulka) (nadační fond J and T Obec a ochrana dětí-Možnosti systémové podpory ohrožených a náhradních rodin-příručka pro starosty a další členy zastupitelstev obcí s.17)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Rozhovor se sociální pracovnící z olomouckého zařízení

Příloha č. 2: Rozhovor se zdravotní sestrou z Olomouce

Příloha č. 3: Rozhovor se speciální pedagožkou z Šumperského zařízení

Příloha č. 4: Rozhovor se staniční sestrou z Šumperku

Příloha č. 1: Rozhovor se sociální pracovníci z olomouckého zařízení

Kdo u Vás provádí zhodnocení psychomotorického vývoje dětí?

Psychomotorický vývoj vyhodnocuje psycholog. Většina dětí také samozřejmě prochází neurologickým vyšetřením, které iniciuje pediatr. Pak tady chodí paní doktorka, která má atestaci na rehabilitace a ta si myslím je taky schopná zhodnotit motorický vývoj dětí. Především reflexy, které jsou patologické a které nejsou a co se tam odehrává.

A když se zjistí, že se u dětí objevilo něco patologického, kdo na rozvoji dětí pracuje?

Záleží v jakém směru a co se tam zjistí patologického. Pokud je to v rehabilitační sféře, tak máme dvě fyzioterapeutky, které by měly být proškoleny na Vojtovu metodu i na Bobath koncept a různé další techniky měkkých tkání. Pokud se tam zjistí něco v jiné rovině psychologické, tak je to psycholog, který může spolupracovat nebo kontaktovat nějakého pedopsychiatra, pokud je potřeba. Pak je to zase ten psycholog, který iniciuje další odborníky, jako je logoped. Pokud je tam nějaká ušní vada, tak se směřuje tam, kam je potřeba, třeba na ORL nebo na další vyšetření, které je potřeba ještě dál.

Pokud potom chodí dítě k logopedovi, tak chodí se svou klíčovou tetou?

Ano

Když mají zadaný úkol od logopeda, kdo na úkolech s dětmi pracuje?

Dostanou vždycky úkoly, teta to s nimi pravidelně procvičí, myslím, že jednou týdně dochází na tu logopedii.

Mají děti individuální plán?

Nevím, jestli bych to nazvala individuálním plánem. Mají v bodech něco daného. Tety vědí, co mají děti v daném období umět, protože jsou to většinou dětské sestry a toho se vlastně drží. A když to dítě má právě nějaké speciální potřeby buď tu logopedii, nebo cokoliv jiného jako rehabilitaci, tak to tety mají napsané a vědí, co má to dítě v tom daném období nebo v části dne realizovat s tím dítětem.

Ten plán se týká vývoje?

Určitě se to týká vývoje a toho, co to dítě má dělat a jak se s ním má pracovat. To vše mají tety napsané, jak se s ním má pracovat a co vše se realizuje u toho dítěte.

Takže vlastně sestavujete pro dítě individuální plán. Mají nějakou šablonu, které se drží?

Sestry pracují s tzv. Velkým individuálním plánem, který se průběžně hodnotí na vizitě jedenkrát za týden. Primární teta ví, na co se má zaměřit, na čem má s dítětem pracovat. Každý den píšou, co se s dítětem dělo. Dle doporučení ve zprávě od paní psychologičky mají typy, jak s dítětem pracovat.

Potom je i každý den zápis?

Každý den se zapisuje do několika různých formulářů a pak se hodnotí i další věci. Dále třeba ošetřovatelský plán, co se dělo s tím dítětem, jestli proběhla nějaká canisterapie, bazén, vycházka, školka, stacionář a další. Dále máme dokumentace zaměřené na psychomotorický vývoj, které se zapisují myslím co týden.

Ale spíše je vše zdravotně zaměřené, že? Není tam třeba v tom individuálním plánu dál cíl: dítě se zlepšit v jemné motorice v pinzetovém úchopu?

To vše mají možná napsané v těch psychologických, to by se tam asi našlo. Paní psychologička píše spíše takové doporučení, jak udělá vyšetření. To mají v dokumentaci sestry a tím by se měly nějak řídit.

Zdravotní sestra rozhoduje o tom, kterou oblast bude s dítětem rozvíjet?

Ano. Sestra ví, co má dělat a už to je více méně na ní, co přesně konkrétně bude dělat. A už to spíš konzultují se staniční sestrou.

Takže s dětmi na tom plánu pracuje především ta klíčová teta?

Klíčová teta má na starosti veškerou dokumentaci toho dítěte. Takže ona je ten kdo určuje, co se bude dělat a zapisuje to do papírů. Ty se pořád kontrolují a hodnotí a dávají se paní psychologičce a ta si udělá svoje další vyšetření a zase napíše doporučení pro sestry. Oni poté hodnotí, jestli zvládá třeba psát tužkou na papír a další věci.

Nevíte, po jaké době odevzdává sestra hodnotící list paní psycholožce?

Asi po třech měsících. U každého dítěte je to trochu jinak. Záleží i podle věku, takže u menších dětí je to častěji asi jednou za měsíc a u těch starších jednou za tři měsíce, ale záleží na paní psycholožce, kdy si je vyžádá.

Ale základ je, že u mladších je to častěji jak u starších.

Ano.

Plán vyhodnocuje paní psycholožka?

Paní psycholožka vyhodnocuje všechno, co se týká toho psychomotorického vývoje dítěte, takže ona je ten, kdo všechny záznamy dává dohromady a využívá je k tomu vyšetření. Tady není bohužel žádný speciální pedagog, protože bychom ho tady neuživili.

Dá se říci, že z části roli speciálního pedagoga zastává paní psycholožka?

Ano. Ona zadá ty úkoly, protože ví, jako psycholog, co je u toho dítě potřeba rozvíjet a to se dále rozvíjí. Když je potom potřeba nějakého odborníka v oblasti té speciální pedagogiky, tak se to snaží zajistit.

Pokud zdravotní sestra nebo klíčová teta neví, jak s dítětem pracovat na základě doporučení od paní psycholožky, za kým se jde zeptat na nějakou radu nebo pomoc?

Jde rovnou za paní psycholožkou.

Takže ta jí potom pomůže.

Ano.

Spolupracujete s dalšími odborníky zvenčí?

Kromě logopeda tady dochází paní na muzikoterapii, která má probíhat dvakrát týdně, ale momentálně probíhá jen jednou týdně, protože nám onemocněla paní, co vede jednu hodinu. Pak canisterapii a dále se jezdí s dětmi jednou týdně na hippoterapii. Jinak co se týče odborníků, tak my využíváme hlavně lékaře, přes rehabilitace atd.

Přímo v zařízení máte i fyzioterapeuty?

Ano máme tady dvě fyzioterapeutky. Máme tu doktorku, která se zabývá čistě tou rehabilitací, pak jsou tu kontakty na všechny doktory z fakultní nemocnice. Už dlouho jsme

nepotřebovali nikoho z rané péče, protože s tím byl i tenkrát problém. Když jsme chtěli, aby za nějakým dítětem poradkyně šla, tak byl problém, že my nemůžeme poskytovat služby žádným organizacím. Je to škoda, protože předtím jsme tady měli holčičku, které se implantoval kochleární implantát. Ze začátku to bylo v pořádku, ale pak začaly problémy. Takže když něco potřebujeme, tak do rané péče jde někdo na školení, například na orofaciální stimulaci. Sestřičky jezdí na školení ohledně bazální stimulace a na další školení.

Máte nějakou speciální pedagogickou podporu?

Máme v zařízení dítě s tělesným postižením. Řešili jsme něco s panem Potměšilem, ale jelikož to bylo loni, tak už si nevzpomínám, co to bylo. Víím, že s ním hodně spolupracují v Šumperku, ale my moc ne.

Navštěvují Vaše děti i mateřskou školu?

Ano. Momentálně dvě školky, každé do jiné. My, když potřebujeme nějakou speciální pedagogickou radu, tak využíváme dva speciální pedagogy v Šumperku, takže se můžeme kontaktovat s nimi.

Je něco, co by vám pomohlo při práci s dětmi s postižením?

To se spíše zeptáme sester. Tady je spíše někdy problém s dobou, než se získá kompenzační pomůcka. Například polohovací postel atd., to všechno trvá, než se vše zařídí a nachystá.

Kolik máte dětí s postižením?

Momentálně sedm.

Využívají rodiče respitní pobyty?

Moc ne. Tímhle způsobem tady máme momentálně tři děti.

A jak dlouho nejdéle můžou respitní pobyt využít?

Maximálně dva týdny v měsíci. Víc ne, ale oni to ani tak dlouho využívají, většinou týden.

Příloha č. 2: Rozhovor se zdravotní sestrou z Olomouce

Jak dlouho tady pracujete?

Už třicetsedm let.

Máte ve skupince dětí, o které se staráte, i děti se zdravotním postižením?

Ano mám. Tady je to vlastně zdravotní oddělení, takže vždycky je tu nějaké dítě se zdravotním postižením. Buď to pohybově, metabolické vady, dědičné nemoci nebo s poruchou příjmu potravy a tak.

Momentálně máte kolik dětí se zdravotním postižením?

S ostatními sestrami se střídáme u dětí a já mám momentálně na starosti 3 děti se zdravotním postižením a ještě pomáhám s jednou třináctiletou holčičkou, protože se musí často polohovat, aby neměla proleženiny, takže jim pomáhám, protože jedna sestra by to nezvládla.

Jak máte směny?

Směny máme dvanácti hodinové i noční s tím, že když tu máme jako nyní holčičku na respitní pobyt, tak jsou noční směny zdvojené, kdyby nastaly nějaké komplikace.

Máte nějaký plán, podle kterého s dětmi pracujete?

Tady máme spíše harmonogram pro děti a podávání léků, které je pravidelné třikrát denně, protože na noční se léky už nepodávají, jelikož je tam jen jedna sestra, tak by té práce bylo hodně. Někdy se stává, že se harmonogram přesně nedodrží, protože je tu třeba hodně dětí a do toho ještě děti se zdravotním postižením, takže se stane, že někdy nestíháme. Ráno v sedm hodin začínáme, poté je podávání léků a vizita a pak už jen běžné práce. Ty starší děti se dávají třeba na balkon, když je zima, tak se oblečou, nebo aspoň otevřeme okno. Když je pěkně, tak se snažíme i chodit ven, aby nebyly pořád zavřené a dostaly se i na vzduch.

Takže harmonogram se týká...

Hlavně podávání léků a stravy a mezi tím si to přizpůsobíme podle potřeby.

Znáte zdravotní postižení nebo diagnózy dětí?

Ano musíme, abychom věděli, nebo konzultujeme s lékařem, co je potřeba u každé diagnózy na co si třeba dát pozor u dětí, nebo rodiče nám předají své zkušenosti s diagnózou, ale

musíme mít aspoň trochu přehled. Sice nejsme na takové úrovni jako lékař ale i tak je musíme znát, abychom s dětmi mohli pracovat. Musíme znát i potřeby i rizika těch dětí co se tam dá předpokládat, nebo i při zhoršení zdravotního stavu jak se zachovat jak jednat, co je důležitější pro ty děti, co udělat přednostně a co počká.

Kde ty informace o dětech získáte?

Jednak máme zprávy zdravotní, dále má předávací zprávu z nemocnice, nebo od obvodního lékaře, ale většinou je to z nemocnice, kde ty děti často pobývají. Poté každý den, když se dělá vizita, bývá konzultace, kdy i lékař nám řekne, co je potřeba za vyšetření a tak.

Je rozdíl, když pracujete s dětmi, které nemají rodiče a jsou zde umístěny v ústavní péči a práce s dětmi, které jsou zde na respitním pobytu? Vnímáte nějaké rozdíly?

Rozdíly tam třeba jsou, že ty děti třeba jsou víc takové jinak vnímavé. Děti na respitních pobytech jsou takové víc vnímavější, přece jenom doma kolem nich tak víc točí nebo třeba tu maminku slyší, vnímají ten hlas už třeba i ty sourozence tak nějak reagují. Tady se jim taky samozřejmě musíme věnovat. Není to ale u všech případů stejné.

Takže reagují jinak děti z těch rodin a jinak ústavní.

Ano. Sice to není u všech, ale ano.

Byla jste někdy v situaci, kdy jste nevěděla co si počít s dítětem?

Zezačátku kdy měli ty zdravotní indikace, tak ne že bych nevěděla, ale byl člověk více nervózní, nebo znejistěl, než si to tak srovnal v hlavě co dělat první, co druhé a tak. Musíme se s tím srovnat, protože to je něco úplně jiného, než péče o zdravé děti. Chce to hlavně praxi a zkušenost.

Kdybyste si nevěděla rady, co s dítětem, tak kam se půjdete zeptat?

Když je zhoršení stavu u dítěte, tak první voláme panu doktorovi a on nám řekne, co máme dělat. Když má čas, tak i přijede a sám si dítě ohlídá a řekne jestli dítě přeložit, a nebo máme pokračovat v léčení. Kdybychom nemohli zkontaktovat pana doktora a bylo by to něco vážného, tak voláme sanitku a poté informujeme pana doktora.

Věnujete se dětem i po té vývojové stránce?

Ano. Buď tady chodí paní na muzikoterapii, nebo canisterapie. Snažíme si je pochovat, nebo hladit. Není to tak, že bychom je tam nechali celý den ležet. Polohujeme je různě, dále rehabilitace i to koupání je svým způsobem rehabilitace, protože některé děti to mají hodně rády, tak s nimi ve vodě děláme i nějaké cviky a dělá jim to dobře. Po obědě jim většinou necháme klid, aby si odpočinuly a nebo usnou a ti kteří neusnou, tak si s nimi povídáme, a nebo tady chodí i studentky a předčítají jim pohádky, nebo nám pomáhají s více postiženými třeba na vozíčky, kočárky a berou je na zahradu, nebo vycházku.

Využíváte bazální stimulaci?

Taky. To je v péči fyzioterapeutky. Když jsou třeba problémy s příjmem potravy, tak je učí třeba sát brčkem a přijímat potravu. Ale i my už to máme nacvičeno a víme jak postupovat, jak dítě nepolohovat, aby nemělo otlaceniny. A když děláme něco špatně, tak nám poradí, jak to dělat správně.

Je něco co by Vám pomohlo, nebo co byste potřebovala při práci s dětmi s postižením?

Co bychom potřebovali, tak třeba lepší vybavení pomůcek, což vážně na penězích. Nedá se to všechno pořídit naráz, takže se to dokupuje postupně. Ale snaží se tady paní ředitelka všechny potřebné pomůcky zajišťovat postupně. Vše je drahé, jako například podložky, mobilní vany, antidekubitní podložky, nebo i zdravotnické materiály. Vše je mnohem dražší, než pro zdravé děti. To vybavení by bylo potřeba zlepšit.

Máte vyzorované, co děti mají rády a nemají rády podle neverbální komunikace?

Všechny mají rády klid a pohodu. Když je nějaká nervozita, nebo když jsme malovali, tak bylo poznat, když jsme děti převáželi na dolní patro, že byly takové rozhozené. Oni to neřeknou, protože nemluví, ale bylo to na nich poznat. Dále mají rády svůj režim, rituály, koupání a hlavně relaxační hudbu a tu mají rády nejvíc.

Jak s nimi komunikujete?

Mluvíme s nimi jako se zdravými dětmi. Pohladíme je, zeptáme se, jak se mají, načešeme, okoupeme, napolohujeme a to ony mají rády.

Poznáte to podle výrazu tváře?

Ano. Oni se třeba začnou usmívat, a nebo je vidět, že se třeba zklidní. Hlavně je brát jako zdravé děti a podle toho výrazu poznáme, jestli se jim to líbí, nebo ne.

Máte i nějaký snoezelen? Využíváte třeba práci se světýlky?

Něco máme a něco si nosí rodiče, že to třeba bliká, nebo řetězy, lampičky atd. Někdy nám to tady nechají, třeba na Vánoce nám to tady nosí.

A využíváte ta světýlka?

Ano. Třeba večer před spaním nebo i přes den aby se jim třeba zlepšila nálada.

A když se ještě vrátím k harmonogramu, tak vy dětem vlastně nastavujete nějaký režim, třeba koupaní a podobně?

Ano. Koupaní hlavně ráno. Když je léto, tak i večer se aspoň opláchnou nebo osprchují. Harmonogram už je tady nastavený. Hlavně aby tam byla hygiena, léky a strava. Může se stát, že to někdy nevyjde přesně, třeba kvůli lékaři a vyšetřením, ale snažíme se ho dodržovat a hlavně nic nevynechat, ale léky se jim dávají pravidelně.

Přístupujete jinak třeba k mladším dětem, když je tady třeba roční a čtyřleté? Vnímáte tam nějaký rozdíl?

To samozřejmě. Hlavně záleží na případě. Co jsou tady třeba miminka nezralé, tak se musí sondovat nebo krmit, takže zase ta péče je tam taková větší, že se třeba krmí co dvě hodiny, léky co mají různé nebo masáže. Je o nich potřeba více pečovat. Ten harmonogram je u nich takový, že se třeba celý den nezastavíte, ale zase co jsou třeba děti, které jsou už větší, není u nich potřeba tak velké péče, ale zase se musí třeba sledovat podávání kyslíku, takže je intenzivnější tady ta péče. U těch nezralých dětí je to hlavně potrava a u postižených hlavně ta zdravotní stránka. Nedá se říct u kterých dětí je to horší, záleží případ od případu.

Jak probíhá práce s paní psycholožkou?

Všechny děti si paní psycholožka prohlíží a poté to konzultujeme, co každé dítě potřebuje a pokud je to starší dítě třeba s postižením, tak s ní konzultujeme třeba změnu chování, nebo když jsou to děti aspoň trochu pohyblivé a vidíme nějaké poruchy chování, tak to vše s paní psycholožkou konzultujeme, jak postupovat, zklidnit, jak mluvit s rodiči, aby si nemysleli, že jsme moc přísní. Toto vše konzultujeme s paní psycholožkou, abychom věděli, jak

postupovat. Někdy je to jasnější, ale někdy je to závažnější problém, který je lepší konzultovat. Zase je to případ od případu.

Říkáte paní psycholožce, jak na tom to dítě aktuálně je, jak reaguje?

Ano. Hlavně když jsou sociální vizity, nebo velké vizity jak my říkáme, tak tam se to probírá jednotlivě případy s panem doktorem a psycholožkou. Ale i my sledujeme a píšeme si psychický vývoj dítěte, kdy si paní psycholožka může podle našich poznámek zjistit, jestli se dítě vyvíjí podle toho, jak by mělo a samozřejmě vzhledem k tomu svému postižení, co je jeho maximum.

Jak často chodí paní psycholožka za dětmi?

K nám ještě patří rehabilitační stacionář, takže asi jednou týdně, ale i podle potřeby. Jeden den v týdnu chodí do rehabilitačního stacionáře, kde jsou děti na rehabilitační pobyt a plus je to taková jakoby školka, ale to je zařízení jenom denního typu, takže tam chodí děti jenom na ráno. Takže jeden týden je tam, další týden navštěvuje zařízení v Šumperku a podle potřeby k nám nebo jí voláme. Děti, které mají být propuštěny, tak si je musí prohlídnout, aby je mohla předat dál a napsat o nich zprávu. Ale jednou týdně je u nás určitě.

Spolupracujete ještě s dalšími odborníky, kromě těch, o kterých jsme už mluvili?

Tady na tom oddělení ani ne. Spíš jsou to lékařské prohlídky. Když jsou to děti na spodním patře, což jsou chodící, tak je to třeba logoped nebo foniatr pokud je tam sluchový problém, ale jinak ty naše děti mají své kontroly oční, neurologii, gastroretrologické poradny a dobrovolníci. Spíš je to tady ta odborná stránka.

Stimulujete ještě nějak jinak děti?

Je to hlavně o té bazální stimulaci a rehabilitaci.

Dáváte dětem do postýlky nějaké hračky, nebo stimulační pomůcky?

Většina dětí mají rády zvukové pomůcky nebo hračky, takže tady tyto jim dáváme. Nebo co mají ještě rády hodně, tak plyšové hračky. Když je pokládáme nebo polohujeme, tak jim podkládáme třeba hlavičky plyšákama a jim to dělá dobře.

Můžete mi shrnout ve stručnosti, jak probíhá Vaše dvanáctihodinová ranní směna?

Ráno, když nastoupíme do služby, tak nám noční směna předává děti, takže musíme chodit po pokojích a rozdělujeme si děti a předá nám informace, jak probíhala noc, jestli se změnil zdravotní stav dítěte, prostě co vše se v noci s dítětem událo. Dále se ráno začíná vizitou, takže si lékař všechny děti prohlídne podle potřeby: dále děti vykoupeme a provede se ranní toaleta podle rozpisu a pak už se začíná svačinou a mezi tím už je třeba ten výchovný program dětí nebo vycházka na zahradu. Dále je poledne a podávání polední stravy. Odpoledne se podávají zase léky, dále je tam třeba muzikoterapie. Když to počasí dovolí, tak se jde i odpoledne ven nebo se otevřou více okna a provětrá se. Když přijdou dobrovolnice, tak ty mají s dětmi svůj program a večer zase je podávání léků dle rozpisu, nebo koupání a večerní toaleta. Končíme o půl osmé a předáváme děti noční službě, zase musíme informovat o zdravotním stavu dítěte, jak to probíhalo, jestli byla nějaká změna, hlavně ve zdravotním stavu, jestli je potřeba více dítě kontrolovat. Noční služba už má zase rozepsaný svůj harmonogram, co si třeba chystáme na druhý den za dokumentaci, nebo podle potřeby vyšetření. Když jsou potřeba nějaké odběry, tak to dělá většinou noční služby ráno, aby to všechno bylo nachystané.

Kdybyste měli mít k dispozici speciálního pedagoga ve vašem zařízení, tak myslíte, že byste ho využili?

Je to takové nárazové, zejména když je víc těch respitích pobytů. Ale určitě by se využil. Jsme tady vlastně dvě patra dětí a určitě by nějakou péčí v tomhle tom směru děti potřebovaly. Dole jsou děti i s různými poruchami chování, takže tam by se uplatnil.

Příloha č. 3: Rozhovor se speciální pedagožkou ze Šumperského zařízení

Kdo provádí diagnostiku specifických potřeb dětí (zhodnocení psychomotorického vývoje)?

Speciální pedagog, psycholog a pediatr provádí diagnostiku psychomotorického vývoje. Sociální pracovník realizuje sociální diagnostiku.

Když se zjistí specifické potřeby dětí, kdo na rozvoji těchto potřeb s dětmi pracuje?

Speciální pedagog vypracuje individuální plán, ve kterém stanoví jednotlivé cíle a na rozvoji jednotlivých potřeb pracuje klíčová teta a speciální pedagog.

Mají děti individuální plán? Pokud ano - čeho se týká?

Všechny děti mají individuální plán. V každém individuálním plánu má dítě stanovené cíle z oblasti hrubé motoriky, jemné motoriky, kognitivních funkcí, řeči, sebeobsluhy a sociálního vývoje.

Kdo individuální plán sestavuje?

Individuální plán sestavuje speciální pedagog. Speciální pedagog individuální plán předá klíčové tetě a zároveň ji i nachystá pomůcky, které při naplňování cílů s dětmi potřebuje.

Kdo na naplnění cílů dle individuálního plánu s dětmi pracuje?

Na naplnění cílů individuálního plánu pracuje speciální pedagog a klíčová teta. Speciální pedagog průběžně během týdne s dětmi pracuje buď individuálně nebo skupinově. Například při procházce s dětmi pozoruje, na jaké úrovni je hrubá motorika dětí a podobně. Během této práce s dětmi využívá diagnostické metody jako pozorování, rozhovor s dětmi a podobně. Provádí tedy i průběžnou diagnostiku, díky které poté stanoví cíle na další měsíc. Při propuštění dítěte ze zařízení vypracovává závěrečnou zprávu o dítěti. Klíčová teta pracuje s dětmi během dne dle individuálního plánu pomocí pomůcek.

Na jak dlouho je individuální plán sestaven?

Pro děti s těžkým kombinovaným postižením je plán stanoven na dva měsíce. S dětmi s kombinovaným postižením pracují pracovníci především dle bazální stimulace. Pro ostatní děti se zdravotním postižením se plán stanovuje na dobu jednoho měsíce.

Kdo plán vyhodnocuje a s kým?

Klíčová teta zapisuje pokroky do připravených podkladů od speciálního pedagoga. Pokroky zapisuje klíčová teta, aby se dosáhlo toho, že dítě posuzuje jen jedna osoba, které ho zná nejlépe. Speciální pedagog poté s klíčovou tetou plán vyhodnotí.

Když zdravotní sestra - klíčová teta neví, jak danou aktivitu dítě naučit, za kým se jde zeptat pro radu?

Podle toho, čeho se dotaz týká se obrátí na někoho z kolegů. A zároveň v zařízení pracují interdisciplinárně. Jednou týdně se schází psycholog, speciální pedagog, sociální pracovníce a pediatr a předávají si informace o dětech.

Spolupracuje s nějakými odborníky? S jakými?

Spolupracujeme s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí, s Ranou péčí, s takřka všemi lékaři, soudem, školními institucemi, Maltézskou pomocí, dobrovolníky, Speciálně pedagogickým centrem, Pedagogicko psychologickou poradnou a fyzioterapeuty.

Máte nějakou speciálně pedagogickou podporu?

Speciální pedagožka spolupracuje s panem profesorem z Pedagogické fakulty, kterého považuje za svého supervizora.

Navštěvují děti MŠ?

Ano, děti chodí do mateřské školy.

Jak probíhá spolupráce mezi Vámi a sestřičkami?

Speciální pedagožka i sestřičky uvítaly, že speciální pedagožka pracovala dříve v zařízení také jako sestra a posléze jako výchovná sestra. Tudiž se s kolegyněmi znala a bylo pro všechny i lepší, že se speciální pedagožka zapojovala do všech aktivit s dětmi.

Co by vám pomohlo při práci s dětmi s postižením?

Díky dalšímu studiu a panu profesorovi získávám další informace, které mi pomáhají při práci s dětmi s postižením.

Příloha č. 4: Rozhovor se staniční sestrou z Šumperku

Máte ve skupince dětí, o které se staráte dítě s postižením?

Sestřička se stará i o děti s postižením.

Máte plán, podle kterého s dětmi pracujete?

Sestřička uvedla stejné informace jako speciální pedagog. A navíc dodala, že v zařízení mají i tématické plány jako například Halloween, Mikuláš a podobně dle jednotlivých období v roce.

Víte o daném zdravotním postižení dětí? Víte, co obnáší? Kde získáváte informace o postižení?

Staniční sestřička získává informace od pediatra, z předešlého zařízení, ve kterém dítě bylo, dále z internetu, knih nebo od kolegů. Dle sestřičky mají v zařízení všichni snahu o daném postižení získat informace, aby následně věděli, jak s dítětem pracovat.

Stalo se vám někdy, že jste nevěděla, co si počít? Jestli ano, co jste dělala?

Sestřička popisovala situaci, kdy dítě přestalo dýchat. Ona ihned situaci vyřešila. Všechny sestry znají a umí první pomoc, tudíž situaci zvládla bez problémů.

Co by vám pomohlo při práci s dětmi s postižením?

Dle sestřičky by zařízení potřebovalo více speciálních pomůcek zejména pro děti s kombinovaným postižením.

Jak probíhá spolupráce se speciální pedagogkou a zdravotními sestrami?

Dříve byl problém zavést dané postupy do praxe, ale nyní všichni spolupracují. Sestřičky aktivně a zodpovědně zapisují údaje o pokrocích dětí.

Spolupracujete s dalšími odborníky?

Sestřička uvedla stejné odborníky jako speciální pedagog (viz. Otázka č. 9 pro speciálního pedagoga) a navíc uvedla spolupráci s logopedkou. Některé děti navštěvují externě paní logopedku. Když paní logopedka zadá dítěti úkol, speciální pedagog daný úkol rozpracuje a předá podrobnější informace klíčové tetě, která následně s dítětem pracuje.

Jak vypadá Váš den s dětmi?

Ráno se děti převléknou a snídají. U snídaně jim sestřičky podávají léky, pokud je potřeba. Dále následuje hygiena. Po hygieně děti, které navštěvují mateřskou školu, odjíždí do mateřské školy. Děti, které do mateřské školy nechodí, zůstávají v zařízení a sestřičky nebo speciální pedagog s dětmi pracují dle individuálního plánu. Poté následuje oběd opět s podáním léků, pokud děti nějaké užívají a spánek. S dětmi, které nespí pracuje buď speciální pedagog nebo

si děti volí nějakou „tichou“ činnost. Po probuzení probíhá svačinka, procházka nebo práce dle individuálního plánu. Poté večere (opět s podáním léků dle potřeby), hygiena a ukládání ke spánku.

Pokud je venku hezky, snaží se sestřičky s dětmi chodit co nejvíce ven. V předchozím domě, ve kterém děti bydlely, měli tělocvičnu, nyní po přestěhování již tělocvičnu k dispozici nemají, proto navštěvují s dětmi nedaleké zařízení, ve kterém jsou k dispozici vnitřní průlezký a podobně, kde se děti mohou proběhnout. Sestřička dále uvedla, že při doprovodu dětí do mateřské školy nastal problém, kdy paní učitelky nevěděly, jestli je vyzvedává opravdu kompetentní osoba, protože se při vyzvedávání dětí v mateřské škole sestřičky střídají. Proto se sestřičky vyfotily a k fotce napsaly svá jména, aby paní učitelky věděly, že se opravdu jedná o sestřičku, které můžou děti předat.

Další informace od pracovníků:

Kapacita zařízení je osm dětí v Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a v ústavní péči čtrnáct dětí. V zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc můžou být děti ve věku od narození do osmnácti let a v ústavní péči od narození do nástupu do základní školy. Momentálně jsou v zařízení spíše děti předškolního věku. V zařízení je nyní zhruba třetina dětí se zdravotním postižením.

Dle speciální pedagožky je v řešení, že by na částečný úvazek pracovala i v Dětském centru Ostrůvek v Olomouci, protože tam speciálního pedagoga nemají.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Klára Šturmová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Úloha speciálního pedagoga v zařízeních poskytující péči dětem do tří let věku
Název v angličtině:	The role of a special education teacher in institutions providing care for children under free years of age
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá úlohou speciálního pedagoga v zařízeních, která poskytující péči dětem do tří let věku. Teoretická část práce se věnuje tématu speciální pedagog, vymezení raného věku, náhradní rodinné péče, ústavní péče a deprivaci. Praktická část popisuje výsledky získané z rozhovorů ze dvou zařízení pro děti do tří let.
Klíčová slova:	Speciální pedagog, raný věk, náhradní rodinná péče, ústavní péče, deprivace
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the role of a special education teacher in facilities that provide care for children under free years of age. The theoretical part deals with the topic of special education teachers, defining early age, substitute family care, institutional care and deprivation. The practical part describes the results obtained from interviews of two facilities for children under three years of age.

Klíčová slova v angličtině:	Special education teacher, early age, substitute family care, institutional care, deprivation
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Rozhovor se sociální pracovnící z olomouckého zařízení Příloha č. 2: Rozhovor se zdravotní sestrou z Olomouce Příloha č. 3: Rozhovor se speciální pedagožkou z Šumperského zařízení Příloha č. 4: Rozhovor se staniční sestrou z Šumperku
Rozsah práce:	78 stran
Jazyk práce:	Český