

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

## **Interdisciplinární péče o děti v dětských centrech**

Interdisciplinary care about children in children's centers



### **Bakalářská diplomová práce**

**Autor:**

**Bc. Michaela Krejčí**

**Vedoucí práce:**

**prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.**

Olomouc

**2019**

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Interdisciplinární péče o děti v dětských centrech“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 19. 3. 2019

Podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům ve vybraných pracovištích dětských center za ochotu a skvělou spolupráci při tvorbě interview.

## Obsah

Úvod.....	7
1 Vývoj dítěte do 6 let .....	8
1.1 Emoční vývoj a citová vazba .....	8
1.2 Socializace.....	10
1.3 Kognitivní vývoj .....	11
2 Ohrožené dítě.....	14
2.1 Syndrom CAN.....	14
2.2 Rizikové faktory.....	16
2.3 Psychická deprivace .....	18
3 Systém ochrany dítěte v ČR .....	22
3.1 Právní zakotvení.....	22
3.2 Náhradní rodinná péče .....	24
3.3 Ústavní péče .....	26
4 Specifický popis dětských center .....	29
4.1 Charakteristika dětských center .....	29
4.2 Další podrobnosti .....	29
5 Empirická část .....	33
5.1 Formulování výzkumných otázek a cílů .....	33
5.2 Metoda získávání a analýzy dat .....	34
5.3 Výběr a definice zkoumaného souboru.....	35
5.4 Etická pravidla pro výzkum .....	35
6 Interpretace výsledků.....	37
6.1 Psycholog .....	37
6.2 Speciální pedagogové.....	40
6.3 Sociální pracovníce .....	43
6.4 Vrchní sestry .....	45

6.5	Pediatři .....	47
6.6	Interdisciplinární péče .....	49
7	Diskuze .....	51
8	Závěry .....	55
	Souhrn .....	56
	Seznam použité literatury .....	57
	Seznam příloh .....	60



## Úvod

V životě dítěte se mohou objevit situace, kdy je ohrožen jeho vývoj a musí zasáhnout vnější okolí, aby nedošlo k vážným následkům. Tomu se snaží zabránit stát a společnost. Správný vývoj dítěte je definován v první kapitole teoretické části. Zabývám se vývojem dítěte do 6 let, jelikož v dětských centrech zůstávají v ústavní výchově hlavně děti do školního období. Navazují kapitoly o ohroženém dítěti a o systému péče o něj.

Rizika mohou vzniknout v různých situacích. Společnost se stále pokouší nalézt nejvhodnější formy náhradní výchovy. I přes veškerou snahu se stále objevují případy zanedbání, týrání i zneužívání dítěte. Důležitým krokem je posílit prevenci a celkově zvýšit povědomí o daných jevech.

Obecným cílem je definovat potřebnou péči o děti a zaměřit se na komplexní péči v zařízeních ústavní výchovy, konkrétně na dětská centra. Ty by měly tuto péči zajišťovat a eliminovat tak rizika, která vyplývají z ústavní výchovy.

Jeden z důvodů, proč jsem se zaměřila na ohrožené děti je ten, že se v budoucnu chci věnovat dětské psychologii. Také pracuji jako koordinátorka dobrovolníků v Maltézske pomoci a přicházím do kontaktu s dětmi z daného zařízení. Oblast ohrožených dětí a dětských center je mi tedy blízká a vidím zde určitou perspektivu v poskytování pomoci. Domnívám se, že je správné zajišťovat dětem z ústavní výchovy co nejlepší podmínky, aby v budoucnu prožily kvalitní život a neopakovaly chyby svých rodičů.

# 1 Vývoj dítěte do 6 let

V první kapitole dané bakalářské práce bych se chtěla věnovat obecně vývoji dětí. Definuji zde správný vývoj dětí, abychom dokázali posoudit, ve kterých oblastech je nutné nezanedbat péči o ně. Zabývám se hlavními třemi oblastmi vývoje. Jako první charakterizují emoční vývoj, s čímž souvisí citová vazba, což je podstatný faktor ve správném vývoji jedince. Další oblastí je socializace dítěte a kognitivní vývoj.

## 1.1 Emoční vývoj a citová vazba

Již od doby před narozením působí na dítě různé vlivy z okolí. Nejedná se pouze o správnou výživu v těhotenství, zdravý životní styl (žádný alkohol, drogy a kouření), ale také o celkový klid matky a okolí. Dítě může vnímat vnější prostředí, a pokud je matka ve stresové situaci, může to mít dopad na zdraví dítěte. Důležitým bodem v životě matky, dítěte i celé rodiny je narození. Porod je velmi psychicky i fyzicky náročný a je nutná kvalitní péče a příjemné prostředí (Thorová, 2015).

V dalším období tzv., **novorozeneckém**, se dítě adaptuje na nové prostředí. Stejně tak tělo matky se po porodu vrací do normálního stavu. To, co dítě v daném čase potřebuje, je základní péče matky. Matka je pro novorozence důležitý zdroj podnětů a potravy. V průběhu prvního měsíce dítě vyjadřuje pocity libosti a nelibosti (Vágnerová, 2012).

**Kojenecké období** je typické diferenciací dvou základních emocí. Dítě reaguje úsměvem, když je ve spokojeném stavu, ale dítě projevuje i zlostné reakce. Okolo jednoho roku života jedince jsou emoční projevy jednoznačnější a relativně dlouhotrvající. Objevuje se úzkost a strach při rozpoznávání cizích lidí. Emoční reakce jsou pro kojence velmi důležité, mají za úkol dávat signál okolí (pečující osobě), že je něco v nepořádku (Vágnerová, 2012).

U dítěte v **batolecím věku** je zřetelná separační reakce, kterou blíže definuji v další části této kapitoly. Jedinec prosazuje vlastní vůli, jelikož si je vědom svého já. Objevuje se slabá sebekontrola a také impulzivní agresivní projevy. V průběhu vývoje se ale dítě učí emoce kontrolovat a rozvíjí se jednoduché sebereflexní projevy. Separační úzkost se od 15. měsíce vytrácí (Thorová, 2015).

Dalším a posledním období, které zde charakterizují, je **předškolní období**. Začínají se rozvíjet sebereflexní emoce, například hrdost nebo pocity viny. Děti také mají přecitlivělé reakce na úspěch či neúspěch, ustupuje sobecké chování a objevují se náznaky



altruistického chování. Stále se ale v emocích vyskytuje střídání nálad, negativismus, tvrdohlavost (Thorová, 2015).

U předškoláka se vyvíjí svědomí. Dítě si začíná být vědomo svých povinností a také toho, co smí a co ne. S tím souvisí i pocit viny. Svědomí je vnitřní činitel a u dětí je zpočátku velmi negativní a jeho obsah je složen ze zákazů, zároveň je ale náhodný a různorodý. Například nebit kamaráda, neříkat sprostá slova, nerozbít hrnek (Říčan, 2014).

Další části kapitoly emočního vývoje dítěte bych se chtěla zaměřit na **citovou vazbu** mezi dítětem a pečující osobou. Na začátku života dítěte dochází k synchronizaci interakce mezi matkou a dítětem a poté se tento vztah rozvíjí. Mezi 3. – 6. měsícem je dítě s matkou úzce spojeno. Mahlerová (která se vztahem matky a dítěte podrobně zabývala), nazvala danou fázi jako symbiotickou. Jedná se o uspokojování potřeb a upevňování pocitu jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2012).

V dalších fázích života je význam vazby o něco podstatnější. Jedná se o specifický citový vztah dítěte k pečující osobě a rozvíjí se hlavně v 7. – 8. měsíci. Dítě reaguje, když matka z pokoje odejde, vyžaduje její pozornost a má také strach z cizích lidí. Jedinec totiž v daném období dokáže rozpoznat své blízké (Matějček, 2015).

Vytvořená citová vazba se také podle Bowlbyho označuje jako **připoutání** (attachement). Je to vlastně dlouhotrvající emoční vazba, na které později závisí všechny ostatní vztahy s lidmi. Bezpečná vazba mezi dítětem a pečující osobou je založena na fyzické blízkosti. Ovlivňuje také celkové hodnocení a prožívání a dítě díky tomuto vztahu reguluje své negativní emoce (Vágnerová, 2012).

Dítě si postupně uvědomuje svou závislost na rodičích. Začíná vnímat, když pečující osoba odejde z místnosti a zažívají tzv. separační úzkost. Dítě zneklidní, hledá matku, a pokud ji nenachází, rozpláče se. Jakmile se matka vrátí, dítě se zase zklidní a pokračuje v předchozí činnosti. Jestliže má jedinec kontakt a podporu rodiče, získává dostatečnou sebedůvěru k objevování nového. Tato fáze netrvá dlouho, dítě jen musí pochopit, že krátká nepřítomnost je součástí běžného života (Murray, 2016).

Erik Erikson rozdělil život do osmi etap, ve kterých musíme splnit určitý úkol, abychom mohli pokračovat dál. Právě první etapa je založena na vytváření si důvěrného vztahu k lidem. Jestliže se člověk, který o nás pečuje, vrátí, dítě jemu začne důvěřovat. V budoucnu se vytvoří životní jistota, důvěra a optimismus (Matějček, 2005).

Většinou si jedinci vytvoří danou citovou vazbu, ale existují i případy, kdy tomu tak není. Popíši zde tři formy nejisté citové vazby, které se mohou u dětí vyskytnout. Jako první je **vyhýbavá nejistá vazba**. Tyto děti nereagují na krátkodobou absenci rodiče. Zpravidla

se děti s bezpečnou citovou vazbou rozruší, když jsou v jiném prostředí bez rodiče, avšak tyto děti ne. Naopak se vyhýbají kontaktu s rodičem při jeho návratu a ignorují je. Jejich fyziologická reakce je jiná, dítě má zvýšený puls a je tedy ve stresu, jen na sobě nedá nic znát. Jedinec velmi obezřetně projevuje své emoce. **Ambivalentně-rezistentní nejistá vazba** se u dětí projevuje neschopností se uvolnit i v přítomnosti rodiče. Stále je sledují, reagují extrémně v neznámém prostředí. Bez rodiče i při příchodu rodiče se neuklidní, jako děti s bezpečnou citovou vazbou. Poslední typ nejisté vazby je, **dezorganizovaná vazba**. Tyto děti bývají zmatené ve vyjadřování potřeby citové vazby. Neexistuje žádný vzorec jejich chování. Projevují se bezcílně, zvláštním způsobem. Také se může jednat o neřízené nebo stereotypní pohyby (Murray, 2016).

## 1.2 Socializace

Člověk je bytostí sociální, proto již od narození na dítě působí okolní vlivy a dítě se díky tomu včleňuje do společnosti. Tomuto procesu se říká socializace nebo také akulturace. Jedinec si postupně osvojuje základní kulturní návyky, mluvenou řeč, různé role, hodnoty apod. Jedná se o sociální učení, kdy již od narození získáváme různé podněty od okolí, především od naší rodiny. Socializace je komplexní proces, který je od novorozeneckého věku vytvářen v rodině, poté ve škole, vrstevnické skupině, práci atd. Základem je primární socializace, která je utvářena v rodině dítěte. Je současně mediátorem vlivu dané kultury. Cílem rodiny v tomto smyslu je uvést dítě do společnosti a naučit se zde orientovat. Sociální vývoj jedince směřuje od vnější kontroly chování, prostřednictvím okolního prostředí, ke kontrole vnitřní (Nakonečný, 1999).

Produkt socializace je osobnost jedince jako výsledek sociálních zkušeností. Utváří se tři základní psychické funkce, tedy kognitivní procesy, emoce a motivy a chování. Díky sociálnímu učení si osvojujeme různé způsobilosti. Patří zde systém kulturních návyků, role pohlaví a věku, mluvená řeč a sebeovládání. Podstatná je i aktivita jedince, která může usilovat o změnu sociální zkušenosti. Jedinec tedy svou aktivitou interaguje s prostředím, ovlivňuje ho a následně utváří svou osobnost (Nakonečný, 1999).

Dítě v **kojeneckém období** má tendenci vyhledávat spíše živé než neživé objekty. Lidé bývají ve vztahu k dítěti aktivnější a sami je stimulují. Sociální stimulace má již od narození dítěte velkou váhu. Rodinné prostředí dítěti poskytuje základní poznatky, které budou v budoucnu ovlivňovat způsob, jakým bude chápat svět. Je to vzájemně stimulující

proces, kdy i dítě stimuluje dospělé. Rodina je pro dítě nejdůležitější prostředí, kdy funguje jako zdroj zkušeností, ale také citové zázemí (Vágnerová, 2012).

Jedinec se dostává do **batolecího období**, kdy se osamostatňuje, samo se pohybuje a je schopné základní komunikace. Od reakce na sociální objekty vede vývoj k napodobování, které napomáhá rozvoji sociálních dovedností a zřejmě i schopnosti empatie. Rozvíjí se také imitační dovednosti, „já sám“. Je to také období prvního vzdoru. Dítěti v tomto období krystalizuje osobnostní typ a temperament, který může mít jiné projevy u různých dětí. Temperament se objevují již v prvních týdnech života zejména specifickou reaktivitou batolete. S ostatními dětmi si jedinec hraje spíše paralelně, kdy si děti hrají vedle sebe, později se rozvíjí asociativní hra a v předškolním období hra kooperativní (Thorová, 2015). Rodina je v **předškolním období** stále základním prostředím ve vývoji dítěte. Dítě ale potřebuje pronikat dále do světa a objevovat jej. Navštěvuje mateřskou školu, kde poznává mnoho vrstevníků. Vytvářejí se první přátelské vztahy, i když nejsou stálé, dítě je pořád egocentrické. Jedinec je také schopen střídat své role. Jinou roli zastává v rodině a jinou ve školce, což později vede k dalšímu osvojování si rolí (Říčan, 2014).

U dítěte v předškolním věku se začíná projevat socializace v podobě přejímání sociálních kontrol. Jedinec získává zpočátku vnější kontrolu od prostředí, ale od třetího roku života se objevují počátky sebekontroly. Egocentrismus je vrozený, z něj se postupně utváří negativismus v druhém roce života a poté si dítě začíná uvědomovat své „já“. Dítě se kontroluje ze začátku hlasovými projevy vůči sobě samému, ale postupem času sebeverbalizace ustupuje. Nejdříve se objevuje monolog, pak monolog ve dvojici a potom dialog. Dítě je schopné uvědomovat si své myšlenky, přání a pocity druhých lidí, což se označuje jako teorie mysli. Důležitým krokem v sociálním vývoji u předškolního dítěte je postupné osvojování si mužské a ženské role a také projevy těchto rolí (například ve hře, oblečení apod.). Rozhodujícím činitelem je vztah dívky k matce a chlapce k otci (Langmeier & Krejčířová, 2006).

### 1.3 Kognitivní vývoj

Poznávání se týká procesů nebo schopností, kterými se získávají znalosti. Kognice znamená „být psychický“. Jedná se o reflexi naší mysli. V dětství můžeme zkoumat kognici skrz chování. Kognitivní psychologové se v současnosti většinou nezabývají Piagetovými výzkumy, ale spíše je zajímá, jak jsou dané obrazy vytvářeny. Pokud

psychologové najdou mechanismy, které řídí inteligenční jednání, můžeme lépe porozumět celému vývoji (Bjorklund & Causey, 2018).

Existuje několik faktů o kognitivním vývoji. Je to výsledek dynamických a recipročních transakcí vnitřních a vnějších faktorů. Poznání je strukturováno v rámci sociálního kontextu. Zahrnuje stabilitu, ale i plastičnost a vývoj se může měnit v závislosti na předávání informací. Děti si vytváří záměrnou kontrolu jejich jednání a poznávání a jako poslední, kognitivní vývoj zahrnuje změny v obecných a specifických schopnostech (Bjorklund & Causey, 2018).

Kognitivní schopnosti u **novorozence** jsou vrozené kompletní schopnosti. Jedinci například změni rytmus svého sání, pokud dosáhnou vizuální změny ve svém zrakovém poli nebo zaznamenají sluchový podnět. Veškeré jeho pohyby jsou reflexní, dítě jen uspokojuje své základní potřeby. Nezapomínejme na potřebu stimulace, kdy dítě získává podněty již od narození (Thorová, 2015).

V dalším **kojeneckém období** se rozvíjí zejména vnímání a manipulace s objekty, což souvisí s rozvojem motoriky. Děti své okolí poznávají různými způsoby a jejich percepční schopnosti se rozvíjejí. Piaget nazval tuto fázi jako fázi senzomotorickou. Rozvoj kognitivních schopností souvisí s interakcí s pečující osobou. Díky různým podnětům dítě získává potřebnou zkušenost (Vágnerová, 2012).

Dále pokračuje kognitivní vývoj do **stádia batolecího**. Zde si dítě pomalu začíná osvojovat řeč a díky tomu si může dítě představit objekt, předmět. Významným znakem je centralizace. Dítě je zaměřeno na sebe, je středem celého dění. Vyvíjí se také fiktivní hra a dochází k rozvoji kresby a řeči (Blatný, 2016).

Jedinec začíná být aktivní a zvědavý. Dítě aktivně experimentuje a obměňuje své pokusy. Později pak dokáže použít známé prostředky v nových situacích, získává nový vhled do situace a nalezení prostředku k řešení problému. V předchozím odstavci jsem podotkla, že dítě si pomalu osvojuje řeč. Jde spíše o předpojmy, které jsou založeny na vedlejších vlastnostech (Langmeier & Krejčířová, 2006).

**Předškolní období** je typické pro předoperační stádium. U poznávání je charakteristický fenomenismus (svět je takový, jak ho vnímá dítě) a egocentrismus, který jsem již zmiňovala (Blatný, 2016).

Na přelomu předoperačního stadia a stadia konkrétních operací dochází k přeměně poznávání. Dítě dokáže logicky přemýšlet, i když zpočátku na základě konkrétních činností. Je také schopno řešit některé problémy jen v mysli. Přejít od názorného

myšlení do stadia konkrétních operací Piaget předpokládá na začátku školního věku (Langmeier & Krejčířová, Vývojová psychologie, 2006).

U předškolního dítěte se rychle rozvíjí řeč, mluví hodně, spontánně a hodně se ptá (klasická otázka je „proč“). Narůstá také slovní zásoba a také se řeč zvnitřňuje a stává se hlasem svědomí. Dalšími typickými znaky v myšlení dítěte je *„magická omnipotence, kdy se dítě domnívá, že celý svět ovládá svými činy. V rámci animismu uvažuje o věcech, jako by byly živé, myslely, cítily a chovaly se stejně jako dítě“* (Thorová, 2015, 388).

## 2 Ohrožené dítě

Pojem ohrožené dítě zmiňuji, jelikož se pracovníci z dětských center a z dětských domovů často s danými dětmi setkávají a pracují s nimi. Ohrožené dítě je definováno jako jedinec, u kterého nebyly uspokojeny jeho potřeby. Vývoj dítěte je tedy ohrožen a je potřebný zásah ze strany společnosti nebo státu (Schneiberg, 2011).

V následující kapitole bych se proto chtěla zaměřit na formy ohrožení dítěte, rizikové faktory, s čímž souvisí i psychická deprivace, jako důsledek.

### 2.1 Syndrom CAN

Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) je zkratka pro týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Je charakterizován jako poškození fyzického, psychického i sociálního stavu a vývoje dítěte. Dané poškození vzniká následkem jakéhokoliv nenáhodného jednání ze strany rodičů, příbuzných nebo jiné dospělé osoby, které je společností vyhodnoceno jako nepřijatelné. Již jsem zmínila základní formy syndromu CAN, ale často dochází k jejich kombinaci a i projevy jsou často rozmanité, nelze proto přesně vyobrazit příznaky postiženého dítěte (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995).

Jedna z prvních forem syndromu CAN je týrání, kdy jej následně dělíme na týrání fyzické a psychické. **Fyzické týrání** je spíše spojováno s aktivní agresí (například bití rukou, vařečkou, kopání, pálení cigaretou, kousání, řezání apod.). Je to v podstatě jakékoliv fyzické ublížení dítěti, nebo nezabránění utrpení dítěte. Tyto projevy týrání většinou zaregistrujeme. Hranice mezi výchovnými „pohlavky“ a fyzickým týráním je často subjektivní. Rodiče se dítě snaží vychovávat, pokud to ale nezabírá, stane se jedna ze dvou věcí. Buď daný rodič usoudí, že fyzický trest již nezabírá a zvolí jinou metodu, nebo zvýší intenzitu, což je rizikové chování. Dítě se také stává předmětem agresivity rodiče, jelikož nemá možnost se bránit (Pöthe, 1996).

**Psychické násilí** se naopak projevuje verbálně. Dítě je zesměšňováno, citově vydíráno, což v dítěti podněcuje pocit viny. Může zde patřit také výchovné prostředí v rodině, kdy dítě nemá možnost svobodně se projevit, rodič je přehnaně autoritativní atd. Jedna z forem psychického týrání je neuspokojování daných potřeb a následně psychická deprivace dítěte (Vaničková & kol, 1995).

**Zanedbávání** je další pojem, který patří do anglosaské zkratky syndromu CAN. Definuje se jako opomíjení rodičovské péče nezbytné pro tělesný a duševní vývoj dítěte. Konkrétně je to nedostatek přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, hygieny. Jedná se o nejčastější typ špatného zacházení s dětmi, ale zároveň o jeho formách a následcích víme mnohem méně. Rodiče dítě ignorují, nezajímají se, jejich interakce s nimi kolísá od extrému do extrému s cílem oddechnout si od rodičovských povinností. Také zde existuje bližší souvislost s chudobou. Zanedbávání může působit na dětských psychický vývoj přímo i nepřímo (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Dle Adlerova pojetí může socializační zanedbávání dítěte dojít k trvalým následkům pro osobnost a budoucí psychosociální vztahy. Podle Adlera existují tři po ruchové zkušenosti v dětství: fyzicky a smyslově handicapované dítě, zanedbané nebo nechtěné dítě a rozmazlené dítě. Zanedbané děti se nenaučily spolupráci a nedostávalo se jim lásky. Vnímají tedy život velmi negativní a nedůvěřují společnosti ani sobě. Rozmazlené dítě má své místo zaručené, aniž by se o to pokoušelo. Svůj zájem věnuje sobě a také se nikdy nenaučilo spolupracovat. V dospělosti jsou tito jedinci nepřátelští a tyranizují druhé (Drapela, 2011).

Daleko nebezpečnější formou je zanedbávání dítěte ve zdánlivě dobrých rodinách, kdy mají vysokou životní úroveň. Stává se to zejména v případech, kdy rodiče jsou zaneprázdnění a angažovaní v práci a na dítě nemají čas. Nedostatek lásky a projevu péče se nahrazuje hračkami a drahými věcmi. U těchto dětí může dojít k deprivaci (Vaníčková & kol, 1995).

Jedna z hlavních podob syndromu CAN je **zneužívání**, převážně zneužívání sexuální. Definuje se jako široká škála nevhodných forem sexuální aktivity, kdy někdy dochází i k pohlavnímu styku. Dívky jsou obětmi častěji než chlapci. I když ke zneužívání může dojít v jakémkoliv věku, nejčastěji se to pohybuje okolo 8 – 12 let (Elliot & Place, 2002).

Krátce se zmíním o formách zneužívání. Do bezdotykových podob se řadí exhibicionismus, voyeurství a verbální zneužití. Mezi kontaktní zneužití patří vynucený pohlavní styk (znásilnění, penetrace), intrafemurální pohlavní styk (styk mezi stehna dítěte), osahávání a ohmatávání erotogenních zón dítěte, specifické dráždění, nucení dítěte k masturbaci pachatele a orální sexuální aktivity. Pachatel se nejčastěji vyskytuje v rodině a dítě je zneužíváno osobou, která je mu blízká (Ježková, 2018).

Dále bych se chtěla lehce dotknout dalších forem syndromu CAN. Jako první se jedná o **šikanu**. Šikana je charakterizována jako agrese, které se dopouští skupina nebo jedinec na jednici nebo skupině, jež je vnímána bezbranně fyzicky a nemá možnost obrany.

Nejčastější je fyzické násilí a ponižující manipulace. Individuální charakteristiky agresorů jsou, že se chovají všeobecně agresivně, jsou impulzivní, dominantní. U šikanování je vždy potřeba psychická analýza (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995).

Následujícím pojmem je **systemové týrán**. Charakterizujeme jej jako druhotné ponižování a je prováděno systémem, který by měl dítěti pomáhat. Například je dítěti upřeno právo na informace nebo právo být slyšen. Dítě může být neprávem odděleno od svých rodičů, způsobená újma zbytečnými a necitlivými lékařskými prohlídkami. S jedincem se proto musí zacházet šetrně, aby nedocházelo k dalšímu poškozování dítěte (Vaničková & kol, 1995).

**Organizované zneužívání** můžeme definovat „jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za dosažení tohoto cíle. Jde tedy o situaci, kdy je více zneuživatelů a kde je časový rozměr zneužívání dětí“ (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995). Pachatelé se pak podílí na sexuálních aktivitách s dětmi, dále prostituce dětí, dětskou pornografií apod. Dalším zvláštním typem syndromu CAN je **rituální zneužívání**. Jedná se o takové jednání s dětmi, které zahrnuje nějaké symboly a mají náboženskou, magickou nebo nadpřirozenou charakteristiku. Existují dvě roviny, první je, že opakované aktivity dávají dítěti řád a význam a druhá, že dítě může být zneužíváno až ničeno. Jiná forma syndromu CAN se nazývá **sexuální turismus**. V praxi se jedná o to, že cizinci přijíždějí do země se záměrem vyhledání dítěte k sexuálnímu uspokojení. Posledním typem je **Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)**, v české literatuře spíše známý jako Syndrom barona Prášila. Vyskytly se případy, kdy si rodiče záměrně vymýšlejí různé příznaky onemocnění u svých dětí. Jejich cílem je, aby dítě bylo vyšetřováno a léčeno (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995).

## 2.2 Rizikové faktory

Tato podkapitola se zabývá rizikovými faktory, se kterými se jedinec může v průběhu svého života setkat. U dítěte jsou popsány tři základní skupiny rizikových činitelů. Riziko ze strany rodičů (výchovný styl, chování, různé druhy závislostí), ze strany dítěte a rizikové situace (situace, do nichž se mohou děti dostat) (Matějček, 2015).

Osobnost dítěte se tvoří v průběhu let v závislosti na různých faktorech. Jeden z těchto faktorů je osobnost rodiče a jeho styl výchovy. V prostředí, které je příjemné a podporující, bude dítě přizpůsobivější a společenější. Naopak je očekáváno, že u dětí s negativními



emocemi bude prostředí méně podporující a zodpovědné, možná i hostilní. Tento rizikový vliv, může mít za následek problémové chování dítěte (Cicchetti & Cohen, 2006).

Rizika se mohou dělit ještě do skupin podle formy syndromu CAN. Při fyzickém týrání je u **dospělých** patrná určitá psychopatologie, zvláště u těch, jež zahrnují agresivní povahové rysy osobnosti. Pokud také rodiče trpí závislostním chováním, je pravděpodobnější, že dítě bude týrané. Může se ale také jednat o mladistvé, kteří jsou nevypěstí a nepřipravení k rodičovské povinnosti. Lidé ve stresových situacích se také mohou uchýlovat k agresi vůči dítěti, kdy stresová situace je zapříčiněna například nezaměstnaností. Všechny dané faktory se mohou vzájemně propojovat (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995).

Rizikovní rodiče jsou u zanedbávaného dítěte například mentálně retardovaní, smyslově, somaticky nebo pohybově postižení a na výchovu dítěte nestačí. Může se také jednat o osaměle žijící osoby, mladé rodiče nebo rodiče v hmotné nouzi, což vše může souviset s nedostatkem materiálního zabezpečení. Jestliže rodiče trpěli deprivacním syndromem, mohou vyvářet takové prostředí i pro své dítě. Naopak lidé, kteří hodně pracují, zaměstnávají se hlavně svými zálibami a prací, mohou opomenout péči o dítě (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995).

U rodin, kde se vyskytuje sexuální zneužívání je charakteristické, že uspokojování emočních potřeb není vzájemné, vnitřní struktura vztahů je odrazem sociální izolace rodiny, jelikož nemají mnoho přátel. U pachatelů je přítomen deficit empatie, je nadřazený a dochází k systematickému narušování tělesných a emočních hranic. Rizikovým faktorem je tradice dominantní a silné role mužů v sexuálních vztazích. Dále je to neschopnost identifikovat se s potřebami dítěte a subjektivní přesvědčení otců, že mají „posvátnou“ roli v rodině a to jim zajišťuje zvláštní privilegia (Weiss & kol, 2005).

*„Obětmi špatného zacházení se pravděpodobněji stanou **děti** s vrozeným poškozením nebo z různých dalších důvodů zaostávající ve vývoji, a také děti, jež se chovají v rozporu s očekáváním rodičů“* (Matoušek, Kolářková, & Kodymová, 2005, 29).

Často se jedná o děti, které jsou nechtěné, předčasně narozené, nebo děti, jež trpí nějakou psychickou poruchou. Jsou to děti neklidné, častěji nemocné, hubené nebo naopak obézní apod. U sexuálního zneužívání nejsou, hlavně u předškolního věku, jisté typické znaky. Celkově lze říci, že se častěji objevuje u dívek (Matoušek, Kolářková, & Kodymová, 2005).

Více jsou také ohrožené děti postižené, ať už jde o mentální, tělesné nebo jiné organické postižení centrální nervové soustavy. Dané děti jsou pro rodiče nesrozumitelné.

Z celkového hlediska jde častěji o děti mladší 6 let (v případě tělesného týrání jde ve více jak 50% o děti mladší 6 let) (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

V případě **situací** se nejčastěji jedná o stresovou situaci, která poté může podnítit negativní jednání rodičů. Rizikem se také může stát izolace rodiny, kdy se rodičům nedostává řádné opory. Separace pečující osoby a dítěte je také pokládána za ohrožující situaci, hlavně v období časně postnatálním (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

U fyzického týrání je zřejmá stresová situace při rozvodu nebo rozporu rodičů, kdy jeden z nich se chce „pomstít“ na dítěti. Pokud rodiče zažívají stres z různých důvodů například hmotná nouze, somatické onemocnění apod. U zneužívání dítěte může ohrožující situace vznikat při stísněném životním prostoru rodiny, při různých příležitostech, kdy dítě je s pachatelem samotné, například při nemoci dítěte. U zanedbávání je to složitější, jelikož jde o dlouhodobý proces (Dunovský, Dytrych, Matějček, & kol, 1995).

Podstatné je zmínit, že dané faktory se mohou vzájemně propojovat a kombinovat. Nejsou to pevně daná pravidla a může se stát i to, že na straně dítěte ani rodiče nenacházíme rizikové faktory, a přesto je jejich reaktivita příliš odlišná, aby se na sebe vzájemně adaptovali. Byly vytvořeny různé dotazníky (například „potenciál týrání“ – CAP Inventory). Další se nazývá Kempeho Family Stress Checklist Interview, který se pokouší predikovat týrání na základě pozorování chování rodičů vůči dítěti, podobně je zaměřená i škála HOME. Celkově je ale obtížné zjistit výskyt špatného zacházení s dítětem, jelikož nelze určit pevné hranice u syndromu CAN (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

## 2.3 Psychická deprivace

V prvních měsících života je pečující osoba, jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, zdrojem potravy a péče. Je to nejbližší vztah, ale není založen jen na biologických potřebách, ale na pocitu bezpečí a jistoty. Jedná se o péči psychickou. Matějček mluví o základních psychických potřebách, bez kterých se dítě vyvíjí nesprávně. To je také patrné u dětí vyrůstající mimo rodinu, v dětských domovech nebo v kojeneckých ústavech. Jedna z prvních potřeb je **dostatek podnětů**. I laik si může všimnout, že dítě již od narození potřebuje stimulaci podnětů z vnějšího světa. Mozek musí být přiměřeně podněcován, aby se mohl správně rozvíjet. V raných fázích není význam patrný, ale později se díky dané stimulaci lépe rozvíjí například řeč (Matějček, 2005).

Další potřeba je **smysluplný svět**. Každý člověk potřebuje mít nějaký řád ve svém životě. V raných fázích vývoje dítěte je to o trochu významnější. Například, dítě se usměje a my

se usmíváme zpět. Ať dítě provede jakýkoliv chvályhodný výkon, okolí jej povzbudí. „*To je totiž základní podmínka, aby z podnětů, které smyslové orgány dítěte přivádějí do mozku, mohly vznikat poznatky a zkušenosti – zkrátka, aby se mohlo něčemu naučit*“ (Matějček, 2005, 29).

Interakce matky s dítětem je dokonalá už od početí. Pozorujeme to u matek, které jsou na mateřství připraveny a matka je také vybavena mateřskými instinkty a postoji. Pokud matka dané instinkty nemá, dochází k napětí a zmatku. Matka dítěti nerozumí, nedochází k synchronizaci akcí a reakcí a i výchova je hůře zvladatelná (Matějček, 2015).

Třetí psychickou potřebou je **životní jistota**. Když se jedinec pomalu odpoutává od matky, začíná poznávat svět kolem sebe i svůj prostor. Jistota je důležitá ve chvíli, kdy se dítě vrací zpět ke svým lidem. U rodičů totiž dítě vždy najde ochranu, díky které se v pozdějších etapách života odhodlá do odvážných cest (Matějček, 2005).

**Pozitivní identita** je další základní psychická potřeba. Dítě si postupně vytváří svou vlastní osobnost, samo poznává, že není součástí matky a začne se tak i chovat. Záleží pak na rodičích, jak se v daných situacích zachovají nebo jak jeho identitu přijmou. Na základě toho, se dítěti bude rozvíjet sebedůvěra (Matějček, 2005).

Poslední významnou potřebou je **otevřená budoucnost**. Tato potřeba se vyskytuje jen u lidí a označuje se jako existenciální potřeba. Jen my lidé si dokážeme uvědomovat plynutí času. Naděje, otevřená perspektiva a vyhlídky na budoucnost, jsou něco, co naší existenci pomáhá pokračovat. Zavřená budoucnost v nás vyvolává strach, zoufalství a útlum. Jedinec si tohle vše uvědomuje až v 11 – 12 letech. Děti se však stále na něco těší, čekají, až táta přijde domů apod. (Matějček, 2015).

V předchozí části podkapitoly jsem se zaměřila na popis psychických potřeb jedince. Je to souhrn potřeb, které jsou zásadní při správném vývoji dítěte. Jestliže jedna z potřeb není plněna, může dojít k negativním účinkům. V padesátých letech 19. století byla zkoumána kolektivní výchova a byla objevena **psychická deprivace**. Definice zní „*nedostatečné uspokojování základních psychických potřeb po určité, dosti dlouhou dobu*“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, 289).

Příčiny psychické deprivace se mohou lišit. Zaprvé se jedná o úplnou výchovu v kolektivní, nebo také ústavní péči. Dále se jedná o částečnou kolektivní výchovu, deprivaci v rodině nebo v širším společenském prostředí a mimořádných životních situacích (Langmeier & Matějček, 2011).

Uvádí se dva termíny pro citové strádání. Deprivace, kdy je citové pouto vytvořeno, ale z nějakého důvodu se přeruší. A druhým termínem je privace, což je úplné

znemožnění pouta. Privace je o něco závažnější a má dlouhodobější dopad na rozvoj dítěte. U deprivace nejsou důsledky trvalé, protože nějaké pouto existovalo (Thorová, 2015).

Psychiatr Michael Rutter zkoumal, které činitele souvisí s delikventním chováním. Definoval čtyři a předpokládal, že aby se delikventní chování vyskytlo, musí se u vývoje dítěte vyskytovat alespoň dva faktory. Jedná se o **rodinný nesoulad**, **sociální deviace** (kriminální činnost nebo psychické onemocnění jednoho z rodičů apod.), **relativní sociální znevýhodnění** (dítě se cítí vyčleněné v sociální vrstevnické skupině) a jako poslední, **nekvalitní vzdělávací zařízení** (Thorová, 2015).

Jaké jsou tedy následky psychické deprivace. „*V kojeneckém a batolecím věku bývá pravidlem vývojová retardace různého stupně v závislosti na závažnosti deprivací zkušenosti, častá je apatie a pasivita dítěte, somatické neprospívání a u velmi těžkých forem deprivace dochází i k poruchám tělesného vývoje a někdy úmrtí dítěte*“ (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015, 709-710).

U lehkých forem je typický různý stupeň opoždění, což lze pozorovat u hlavních vývojových mezníků, například u vývoje řeči, jemné motoriky apod. U kognitivních schopností je opoždění znatelné i u starších dětí. V osobnostní složce je narušena schopnost vytvářet hlubší vztahy (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

Jestliže dítě strádá již od raného věku, je větší pravděpodobnost, že jedinec bude trpět zdravotními potížemi a vývojovými poruchami. U dětí v předškolním věku se můžeme setkat s elektivním mutismem, různými druhy úzkostných poruch nebo fobií. U dětí v období mladšího školního období se vyskytují deprese, poruchy pozornosti, chování, zhoršený prospěch apod. Později ve fázi dospívání se mohou objevovat různé druhy patologického a rizikové chování. V dospělosti pak může docházet k horšímu přizpůsobení sociálních rolí jedince a je větší riziko výskytu psychiatrických poruch (Herentin, 2017).

Na závěr bych chtěla uvést příklad projevů chování a sociálních vztahů u deprivovaných dětí. Jedná se o **sociální hyperaktivitu**, kdy děti navazují rychle vztahy s dospělými, ale chybí jim sociální inhibice a strach z cizích lidí. Jde však jen o povrchní vztahy a podle mezinárodní klasifikace nemocí je označována jako „dezinhibovaná příchyllost v dětství“. Dále se objevuje **sociální provokace**, čímž si dítě snaží získat pozornost dospělého. V dalších projevech jsou ale děti **pasivní** a apatické, vyskytuje se i náhradní uspokojování citových potřeb, potřeby biologickými (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015)

Další akutní reakcí na mimořádný stres může být bouřlivá emoční a behaviorální krizová reakce, jež se projeví až po nějaké době. Nazývá se **posttraumatická stresová porucha** a rozvíjí se až po latenci několika týdnů. „*Hlavním projevem je opakované prožívání*

*traumatické události ve snech nebo vnucujících se živých vzpomínkách a snaha vyhýbat se všem situacím, které událost připomínají“ (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015, 696). Posttraumatická stresová porucha bývá následkem zážitků při násilných trestných činech, důsledkem sexuálního nežívání, přírodních katastrof, války apod. (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).*

## 3 Systém ochrany dítěte v ČR

Péče o ohrožené děti ve svém vývoji je nutné řádně definovat. K tomu poslouží daná kapitola. Na začátku se věnuji právnímu zakotvení dětí, z čehož budou vyplývat další podkapitoly, související s náhradní výchovou dětí, které nemají možnost vyrůstat v rodinném prostředí, a jaké jsou tedy jejich možnosti.

### 3.1 Právní zakotvení

V krátkosti bych se chtěla věnovat právním náležitostem v oblasti ochrany dítěte, jeho práv a povinností. Z následujících právních předpisů vychází i státní orgány, které se zaručují za zmíněné ochrany a práva.

Nejvýznamnějším právním dokumentem je **Úmluva o právech dítěte**, která byla přijata 1989 (v České republice byla přijata 1991) a jedná se o nejrozšířenější smlouvu deklarující lidská práva. Obsahuje 54 článků, jež jsou rozdělené do 4 článků. Prvním z nich jsou **Hlavní zásady**, kde jsou stanoveny základní články, dle kterých se ostatní články odvíjejí (právo na život, odstranění diskriminace, apod.). **Právo na přežití a rozvoj** popisuje vše potřebné k tomu, aby se dítě mohlo správně rozvíjet (právo na nezávadnou vodu, domov, základní vzdělání, lékařskou péči). V dalším článku – **Právo na ochranu** - se definuje právo dětí na ochranu a pomoc při zneužívání, před násilím nebo využíváním k prostituci. Tento článek je pro danou práci pravděpodobně nejdůležitější. Poslední článek o **Právu na zapojení se do společnosti** popisuje právo na vyjádření každého dítěte a jeho názor by se měl brát s vážností, podle věku a vyspělosti. Každé dítě má tedy právo na to být vyslyšeno, má právo na informace a právo na zapojení se do společnosti (Úmluva o právech dítěte, 2004-2019).

Obecně jsou práva a povinnosti rodičů vůči dítěti definovány v **Občanském zákoníku v druhé části rodinného práva**. Rodiče i děti mají vůči sobě práva a povinnosti, kterých se nemohou vzdát. Tyto práva a povinnosti vznikají narozením dítěte a zanikají nabytím zletilosti. *„Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud“* (Zákon č. 89/2012 Sb.).

Základním dokumentem pro ochranu dětí je **zákon č. 359/1999, Sb., o sociálně-právní ochraně dětí**. „*Předním hlediskem sociálně-právní ochrany je zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči. Přitom se přihlíží i k širšímu sociálnímu prostředí dítěte*“ (Zákon č. 359/1999, Sb.).

Podstatným paragrafem je paragraf 6, jež popisuje děti, na které se zákon vztahuje. Jsou to děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti, které plynou z rodičovské odpovědnosti, nebo děti, jež nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti. Jedná se i o děti, které jsou svěřeny do výchovy jiné osoby, neplní školní docházku, požívají alkohol nebo drogy, utíkají od rodičů, jsou ohrožovány násilím či na nich byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu apod. (Zákon č. 359/1999, Sb.).

Orgán sociálně-právní ochrany dětí je kolizním opatrovníkem, který chrání zájmy dítěte, hlavně v případě soudního jednání, kdy dítě své zájmy hájit nemůže. To se využívá nejčastěji při úpravě nebo změně styku rodiče s dítětem a výživného. OSPOD také zastupuje dítě při majetkových otázkách, při neplnění rodičovské odpovědnosti, a také pomáhá rodině při řešení tíživých situací (Smrž, 2016).

Práce s rodinou má několik důležitých, systematicky uspořádaných kroků, které zde stručně definuji. Jako hlavní aktivitou SPOD je **hodnocení ohroženého dítěte**. Systém identifikace ohroženého dítěte znamená vyšší efektivitu. Hodnocení je velice individuální, závisí na sociální pracovníci, která by měla situaci dítěte, co nejlépe zhodnotit. Jako první krok je podstatná identifikace dítěte, která probíhá vně systému SPOD. Dále navazuje přijetí informace o ohroženém dítěti. V dané fázi se shromažďují přijaté informace a rozhoduje se o dalším postupu. Další fází je vstupní hodnocení, kdy se zjišťuje závažnost situace dítěte a vymezuje se rychlost a intenzita následujícího postupu. Poté se vyhotoví komplexní hodnocení dítěte nebo rodiny, na které pak navazuje tvoření Individuálního plánu ochrany dítěte, což je komplexní plán ochrany dětí. Obsahuje cíle na straně dítěte, rodiny, osob, jež o dítě pečují a také rodiny jako celku. U poskytování služeb se jedná o veškeré aktivity a služby, které budou dítěti nebo rodině poskytovány za účelem řešení jejich sociální situace (služby sociální, zdravotnické, vzdělávací, poradenské atp.). Závěrečné vyhodnocení případu a realizace IPOD, splnění, případně znovu určení cílů IPOD (Pemová & Ptáček, 2012).

V **zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** jsou upraveny podmínky pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivých situacích. Ráda bych zde uvedla několik pojmů a také sociálních služeb, které souvisí s pomocí a podporou rodiny a dětí. Sociální služby jsou složeny ze sociálního poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

**Sociální poradenství** poskytuje poradenství v různých krizových životních situacích, ve které se jedinci nacházejí. Odborné poradenství se zaměřuje na jednotlivé okruhy sociálních skupin v různých poradnách (například rodinné nebo občanské poradny). Do **služeb sociální péče**, jež poskytují pomoc a podporu rodinám s dětmi, patří sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Jsou to terénní nebo ambulantní služby, které jsou poskytovány rodině s dětmi, u nichž je vývoj ohrožen. Rodiče nejsou schopni sami danou krizovou situaci překonat bez pomoci. Také zde patří například domovy pro osoby se zdravotním postižením, které definuji v další podkapitole. **Služby sociální prevence** se pokouší zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy s různých důvodů. Řadíme zde například ranou péči, což „*je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dále zde patří nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Poskytují ambulantní nebo terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy. Obsahuje i sociálně terapeutické činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V posledním odstavci dané podkapitoly bych chtěla stručně popsat **zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních**. Účelem zařízení je poskytovat nezletilé osobě péči v zájmu jeho zdravého vývoje, výchovy a vzdělání. Dané zařízení také spolupracuje s rodinou dítěte a poskytuje podporu při přechodu dítěte do svého rodinného prostředí nebo do náhradní rodinné péče. Konkrétněji definuji ústavní péči v jiné podkapitole, kde charakterizují i náhradní rodinnou péči (Zákon č. 109/2002 Sb.).

### **3.2 Náhradní rodinná péče**

Může nastat několik situací, kdy dítě může být ohroženo ve svém vývoji. V předchozí kapitole jsem se zaměřila právě na rizikové faktory. Pokud je tedy dítě z nějakého důvodu odebráno z rodiny, existuje několik možností, kam dítě může být umístěno. Nejprve soud zkoumá, jestliže nelze dítě umístit do náhradní rodinné péče nebo do rodinné péče v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které mají přednost před nařízením ústavní výchovy. Definováním ústavní výchovy se budu věnovat v následující podkapitole, nyní bych ráda charakterizovala náhradní rodinnou péči (Skasková, 2019).



**Náhradní rodinná péče** je definovaná jako všechny druhy nekolektivní péče o děti, o které se rodiče nejsou schopni řádně postarat. V současné době se nejčastěji setkáváme se sociálně osiřelými dětmi. Tyto děti mají rodiče, nebo alespoň jednoho z nich, každopádně se o ně nemohou, nechtějí nebo neumějí starat. První volbou pro tyto děti je širší rodina, dále se pak vyhledávají pro dítě neznámé osoby, které se o dané dítě postarat chtějí (Bubleová, Vránová, Vávrová, & Frantíková, 2011).

Existují čtyři základní formy poskytování náhradní rodinné péče. Jako první bych uvedla **svěření do péče jiné osoby než rodiče**. Jak jsem již poznamenala, jako první volba se hledá v širší rodině, kde dítě určité osoby zná. Může se jednat jak o příbuzného, tak o osobu, která je dítěti velmi blízká a má k němu vytvořený citový vztah. Podmínky jsou, že svěření do péče musí být v zájmu dítěte, osoba musí s péčí souhlasit a musí poskytnout záruku zdárné výchovy dítěte. U rodičů stále trvá vyživovací povinnost, ale může být omezena rodičovská odpovědnost. Záleží na rozhodnutí soudu (Bubleová, Vránová, Vávrová, & Frantíková, 2011).

Další formou náhradní rodinné péče je **osvojení** neboli adopce. Adoptivní rodiče v podstatě přijmou dítě za své. Jedná se o umělé navození vztahu mezi osvojitelem a osvojencem, jaký je mezi biologickým rodičem a dítětem. Osvojenec má dědické právo, také zanikají vzájemná práva mezi osvojencem a původní rodinou. V České republice je možné osvojit si jedince do 18 let věku. Zastupující osoba získává plnou rodičovskou zodpovědnost (Nožířová, 2012).

**Pěstounská péče** je garantována a financována státem a rozhodnutí o svěření dítěte do pěstounské péče vydává soud. Pečující osobou se může stát příbuzný nebo osoba dítěti známá či osoba zařazená v evidenci žadatelů o zprostředkování náhradní rodinné péče. Dítě má tedy možnost vyrůstat v rodinném prostředí. Pěstoun dostává odměnu pěstouna, peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek, záleží na věku dítěte. Rodičům trvá vyživovací povinnost a mají plnou rodičovskou odpovědnost. Souhlas rodičů se svěřením dítěte do péče pěstounů není povinný, pokud o tom rozhoduje soud. Jinou formou pěstounské péče je **pěstounská péče na přechodnou dobu**. Pečující osobou se může stát jen osoba zařazená v evidenci žadatelů o zprostředkování náhradní rodinné péče jako vhodná. Po danou dobu, kdy je dítě v péči pěstouna na přechodnou dobu mají rodiče možnost zlepšit poměry, aby se dítě mohlo, co nejrychleji navrátit. Jedná se o přechodný a krizový institut. Nejdéle však pěstounská péče na přechodnou dobu může trvat jeden rok. Daná forma je také finančně podporovaná státem a na pěstouny jsou kladeny zvýšené nároky (Bubleová, Vránová, Vávrová, & Frantíková, 2011).

Poslední formou náhradí rodinné péče je **péče poručníka**. Poručníkem se může stát osoba příbuzná nebo zařazená do evidence žadatelů o zprostředkování náhradní rodinné péče. Rodiče mají vyživovací povinnost, ale rodičovská odpovědnost je pozastavena nebo zrušena. Soud stanovuje poručníka v případě smrti rodičů, zbavení nebo pozastavení rodičovské odpovědnosti nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Poručník je zákonný zástupce dítěte. Výkon poručníka je pod dohledem soudu (Bubleová, Vránová, Vávrová, & Frantíková, 2011).

### 3.3 Ústavní péče

**Ústavní péče** se zaměřuje na péči o děti v zařízeních. Zařízení jsou rozdělena podle ministerstev, pod které spadá. V zákoně č. 109/2002 Sb. jsou popsány druhy zařízení, poskytující ústavní, ochrannou výchovu a preventivně výchovnou péči. Spadají pod **Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy**. Patří zde diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Jako první charakterizují **diagnostický ústav**, který přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Ústav plní několik úkolů. Diagnostické, kdy vyšetřují úroveň dítěte prostřednictvím pedagogických a psychologických postupů. Dále vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační (ústav spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte) a koordinační úkoly dle potřeb dítěte. Na základě těchto výsledků vydává diagnostický ústav komplexní zprávu dítěte. Dítě zde pobývá maximálně 8 týdnů. Dalším zařízením poskytující ústavní výchovu je **dětský domov**, kde jsou umístěovány děti od 3 do 18 let. Pečuje o děti vzhledem k individuálním potřebám (výchovné, vzdělávací a sociální úkoly). „*Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova*“ (Zákon č. 109/2002 Sb.). **Dětské domovy se školou** zajišťují péči o děti s nařízenou ústavní výchovou a mají závažné poruchy chování nebo přechodnou nebo trvalou duševní poruchu. Jsou zde také děti, které mají nařízenou ochrannou výchovu. Domov je se školou, proto zde mohou být děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Posledním typem je **výchovný ústav**. Pečuje o děti starší 15 let, které mají závažné poruchy chování (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Dále se péčí o děti do tří let věku věnuje **Ministerstvo zdravotnictví**. Spadají sem kojenecké ústavy, dětská centra, dětské domovy pro děti do tří let věku. Dále domovy

pro osoby se zdravotním postižením, kdy zařízení se stará o děti, jež jsou zodpovědné o péči o děti s různými handicapy a spadají pod **Ministerstvo práce a sociálních věcí**. Samostatné zařízení, které stojí mimo zařízení pro výkon ústavní výchovy je zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Zařízení má přednost před jinými typy zařízení pro výkon ústavní výchovy a patří také pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Všechny typy zařízení definují v dalších odstavcích (Střediska náhradní rodinné péče, 2019).

Definice **kojeneckých ústavů** není velmi rozsáhlá. V zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, paragraf 124 je definována terminologie „*kojenecké ústavy provozované ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona podle dosavadních právních předpisů se považují za dětské domovy pro děti do 3 let věku podle tohoto zákona*“ (Zákon č. 372/2011 Sb.). Nabití účinnosti daného zákona je 1. dubna 2012. Dětské domovy pro děti do tří let věku jsou charakterizovány dle stejného zákona, což formuluji níže. Dále se kojeneckým zařízením věnuje zákon č. 359/199, Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (Zpráva ze systematických návštěv, 2013).

**Dětské domovy pro děti do 3 let věku** poskytují zdravotní služby a zaopatření dětem do 3 let věku. Pobývají zde děti, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména děti týrané, zanedbávané, zneužívané a ohrožené ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Tyto domovy zaopatřují dětem stravování, ubytování, ošacení a výchovnou činnost (Zákon č. 372/2011 Sb.).

**Dětská centra** nejsou v legislativě zakotvena. Zákon se připravuje a v budoucnu se očekává přechod kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku na dětská centra. Konkrétně dětskými centry se budu věnovat v další kapitole (Dvořák, 2007).

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** jsou definována v zákoně č. 108/2002 Sb., o sociálních službách. Domovy jsou součástí sociální péče a poskytují pobytové služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení. Může zde být vykonávána ústavní výchova, výchovná opatření nebo předběžná opatření. Domovy tedy spolupracují s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, se zákonným zástupcem, popřípadě s opatrovníkem (Zákon č. 108/2002 Sb.).

Poslední zařízení, jež definuji v dané kapitole, se nazývá **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**. Toto zařízení nespadá pod žádný rezort a také se na něj nevztahuje zákon o výkonu ústavní výchovy. Financuje se ze systému dávek státní sociální podpory. Zajišťuje ochranu a pomoc dětem, které se ocitly bez jakékoliv péče a jejich život nebo vývoj je vážně ohrožen. Také poskytuje pomoc a ochranu dětem tělesně, duševně týraným nebo zneužívaným. Může se jednat o dítě, které se vyskytlo v prostředí, kdy jsou ohrožena

jeho základní práva. Dítě zde může být umístěno na základě rozhodnutí soudu, rozhodnutí obecního úřadu obce s rozšířenou působností, žádosti zákonného zástupce, nebo pokud požádá samo dítě. Délka pobytu se může lišit v závislosti na tom, kdo žádost o okamžitou pomoc podává, nesmí ale přesáhnout 12 měsíců. Zařízení dítěti poskytuje ubytování, ošacení, stravu, dále výchovnou, poradenskou péči. Zajišťuje zdravotnické služby, přípravu na školní vyučování, poskytuje zájmovou činnost i odbornou péči prostřednictvím psychologa a sociálního pracovníka. Je také povinno spolupracovat s rodinou dítěte, dle individuálního plánu dítěte zpracovaným orgánem sociálně-právní ochrany dítěte (Zákon č. 359/199 Sb.).

## 4 Specifický popis dětských center

V poslední kapitole teoretické části bych se chtěla věnovat konkrétně definici dětských center. Danou kapitolou budu navazovat na empirickou část, proto se pokusím charakterizovat vše, co může být obsahem výzkumu. Jelikož dětská centra nejsou v současnosti právně zakotvena, je specifikace obtížnější, každopádně není nemožná.

### 4.1 Charakteristika dětských center

V dané podkapitole bych se chtěla zabývat celkovou definicí dětských center, také tomu z jakých důvodů daná centra vznikla a na jakém principu přibližně fungují. Současná struktura kojeneckých ústavů a dětských domovů nevyhovuje potřebám ohrožených dětí, jejichž počet narůstá. Vzorem pro dětská centra v České republice se stala sociálně pediatrická centra v Německu. V hlavním zájmu je zahrnout do péče o děti prevenci, pomoc rodině, která je dítěti nejbližší a mezioborovou spolupráci (Schneiberg, 2009).

Dětské centrum je zařízení, jež **zajišťuje dětem ohroženým, v jakékoliv fázi vývoje, interdisciplinární péči, včetně pomoci jejich rodinám**. Principy dětského centra jsou hlavně: **multidisciplinární spolupráce, včasná detekce, diagnóza a terapie ohrožení nebo postižení**. Dětské centrum se pokouší zapojit rodiče do péče o děti (permanentní doprovázení, vedení a poradenství). Důležitými úkoly dětského centra **jsou diferenciální diagnosa, zdravotní a sociální prognosa, terapie, poradenství, sociálně právní ochrana, pre- a postgraduální vzdělávání**. Dané úkoly jsou vykonávány již zmíněným multidisciplinárním týmem. Tento tým se označuje jako sociálně pediatrický tým a patří zde **lékař** (sociální pediatr), **psycholog, speciální pedagog, terapeut** (dle druhu postižení). Celkově se náš stát snaží posílit rodinu a vyhýbat se ústavní péči. Výhody dětských center jsou v centralizovanosti a komplexnosti péče, rychlosti a pružnosti péče a hlavně přenesení péče směrem k rodině (Schneiberg, 2009).

### 4.2 Další podrobnosti

Zde bych ráda popsala části dětského centra, cílovou skupinu a financování. Části dětského centra jsou služby obligatorní a fakultativní. K **obligatorním** službám patří ambulantní část, lůžková část, sloužící k ubytování matky nebo rodiny s dětmi. Dále zde patří společenská část pro skupinové akce a zařízení pro denní pobyt dětí (aktivní čekání na vyšetření apod.). Do **fakultativních** služeb řadíme poradenské pracoviště různé

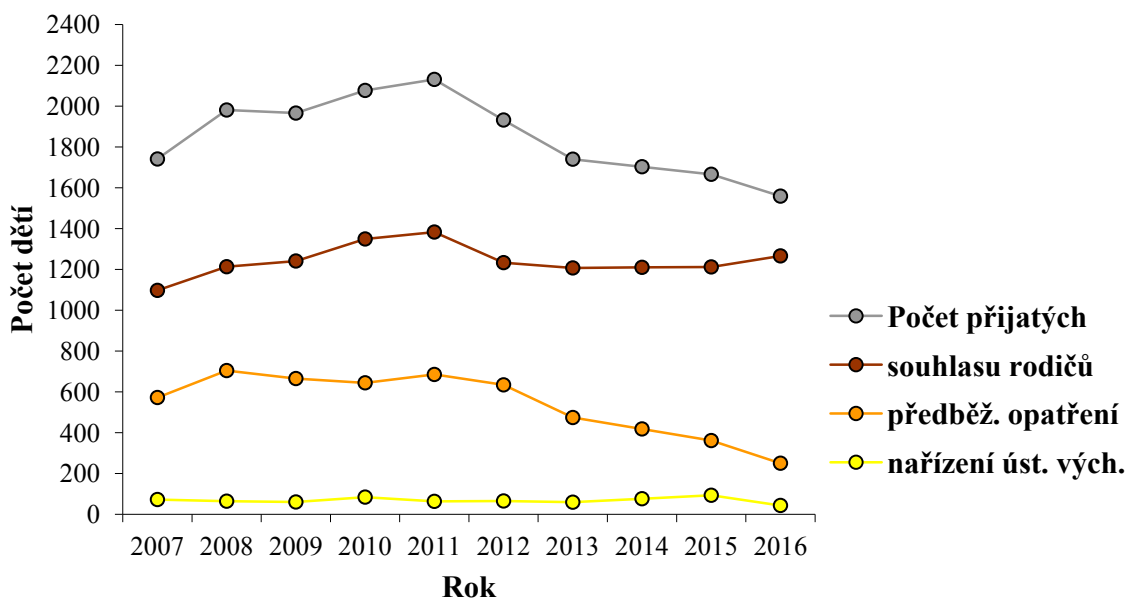
odbornosti, specializované výchovně vzdělávací zařízení, vzdělávací institut, vědecko – výzkumný institut. Podle našich podmínek se **součástí dětského centra** lehce mění. Spadá zde část lůžková (pro děti a pro rodiny s dětmi), ambulantní část, dětský domov rodinného typu, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, denní zařízení, ubytovací zařízení pro rodiče, včetně cvičných místností (s možností přijetí matky před porodem), rodinná poradna, výjezdní tým pro péči přímo v rodině, příprava žadatelů o NRP, setkávání rodin (pěstouni, osvojitelé) (Schneiberg, 2009).

Dětské centrum poskytuje umístěným dětem **zdravotní služby a služby sociálně-právní ochran dětí**, včetně zaopatření. Kapacita různých zařízení je rozmanitá, spolu s vyčleněnými místy pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Komplexní péče je poskytována dětem na základě soudobých poznatků teorie a praxe v příslušných oborech. Vždy je respektována individualita dítěte a je zajištěn všestranný vývoj. Jak jsem již dříve zmínila, péče o děti, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí zahrnuje péči lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, rehabilitační, výchovnou a sociální. Dítě může být přijato na základě indikace lékaře k odborné zdravotnické péči, následně a respitní přímo z novorozeneckých a dětských oddělení nemocnic, ale také na žádost zákonného zástupce či opatrovníka. Pobyt dítěte v dětském centru je situován dle potřeby, většinou na dobu nezbytně nutnou, než bude vyřešena situace, kvůli které bylo dítě přijato. S dítětem může být ubytován i zákonný zástupce a sourozenecké skupiny jsou umísťováni zpravidla spolu. Komplexní péče je poskytována dětem od narození do tří let života (Dětské centrum Ostrůvek, 2019).

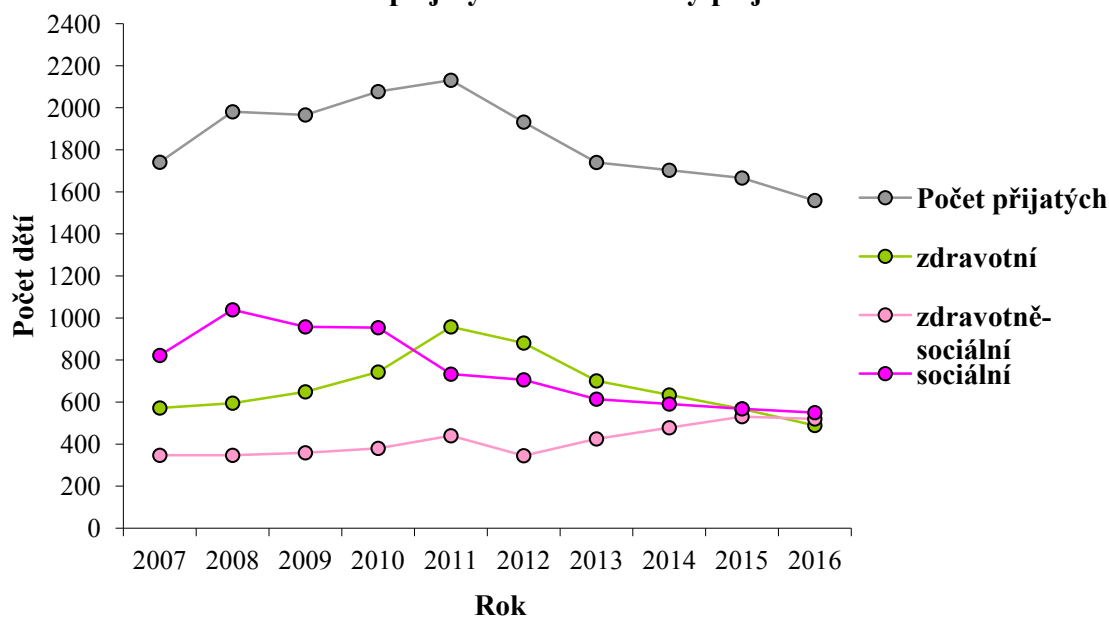
Na závěr bych chtěla vložit **stručný přehled činností v dětských centrech a dětských domovů pro děti do tří let věku za období 2007 – 2016**. Jedná se o informace získané z Ústavu zdravotnických informací a statistik. Přehled se bude týkat počtu přijatých dětí, důvodu přijetí a počtu propuštěných dětí.

V roce 2016 vyplnilo výkaz o činnosti 28 zpravodajských jednotek. Z toho se jedná o 27 dětských domovů pro děti do tří let věku a jedno dětské centrum. Každý rok je do těchto zařízení přijato průměrně 1559 dětí. 63,3 % dětí je do zařízení přijato se souhlasem rodičů, 12,5 % dětí na základě předběžného opatření a 2,1 % dětí na základě nařízené ústavní výchovy (Graf 1). Důvody (zdravotní, zdravotně-sociální, sociální) přijetí dítěte do pomocného zařízení byly v minulém roce vyrovnané (Graf 2) (Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2016).

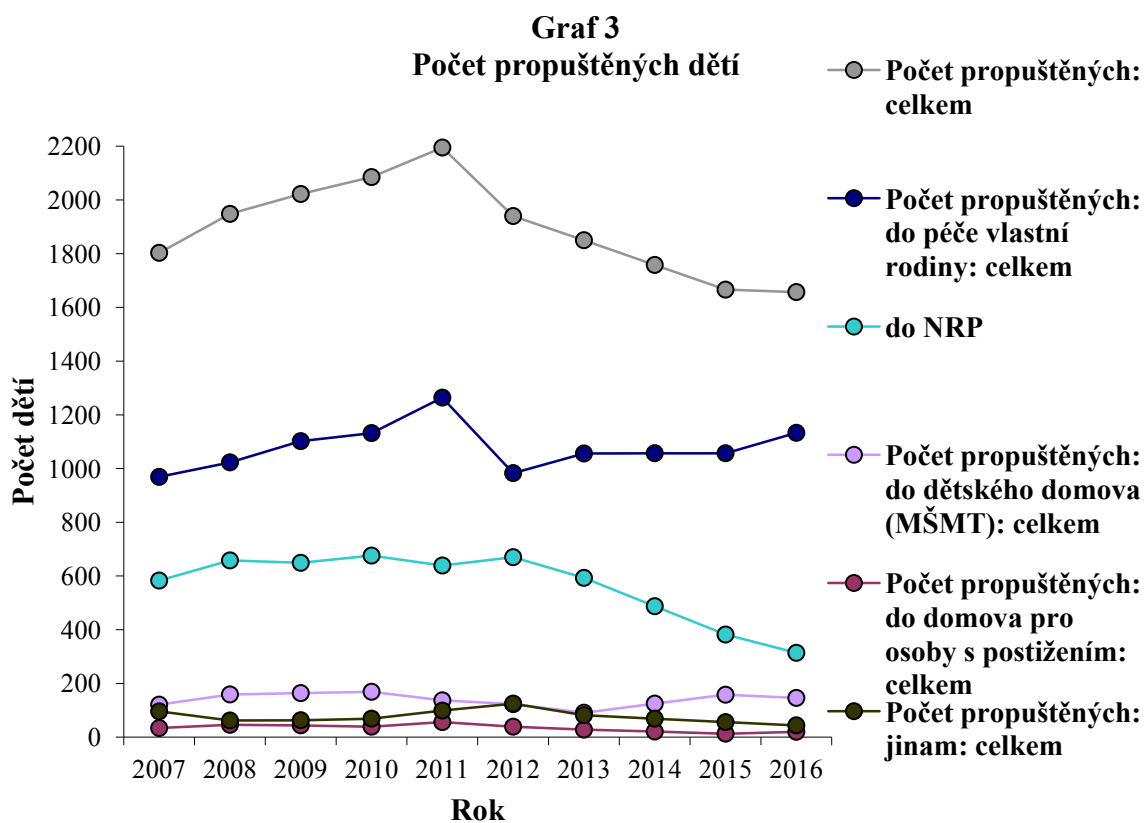
**Graf 1**  
**Počet přijatých dětí**



**Graf 2**  
**Počet přijatých dětí - důvody přijetí**



V roce 2016 bylo ze zařízení propuštěno 1 657 dětí. 82,8 % dětí přešlo do péče vlastní rodiny. Do náhradní rodinné péče bylo propuštěno 15,7 % dětí, do dětského domova spadající pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy bylo přemístěno 7,3 % dětí, do domova pro osoby s postižením 1 % dětí a jinam odešlo celkem 2,2 % dětí (Graf 3) (Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2016).



Graf 1, 2, 3 zpracován podle Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2016.



## 5 Empirická část

V empirické části dané bakalářské diplomové práce jsem se zaměřila na problematiku ohrožených dětí. Hlavním problémem je nedostatek spolupráce všech resortů podílejících se na péči o ohrožené děti. Problematika je stále závažnější a je nutné systematické řešení daného problému. Východiskem je posílení meziresortní a multidisciplinární spolupráce, což v naší zemi řeší dětská centra.

Z dětských center jsem vybrala dvě, každé v jiném městě, ale se stejným zaměřením. Tato centra poskytují dětem zdravotní služby a služby sociálně-právní ochrany, jak jsem již popsala v předchozí kapitole, teoretické části. V životě dítěte mohou nastat rizikové situace, kdy za něj místo rodiny musí převzít částečnou odpovědnost stát a společnost. I když se různé instituce a služby pokouší předcházet těmto rizikům, stále se objevují případy, kdy nic jiného dělat nelze. V empirické části se zabývám systémem péče o děti v dětských centrech. Je to forma relativně nového zařízení pečující o ohrožené děti, neboť zahrnuje interdisciplinární spolupráci týmu pracovníků a tím intenzivní a zároveň rodinnou péči.

### 5.1 Formulování výzkumných otázek a cílů

Problémem dané práce je tedy nedostatek spolupráce mezi jednotlivými resorty, které zajišťují jakoukoliv péči o děti. V praxi to pak může znamenat, že nespolupracují ani pracovníci z různých oblastí, jež se podílejí na péči o ohrožené děti. Východiskem je podporovat kooperaci a zajistit multidisciplinární a meziresortní provázanost péče. V České republice již dochází k transformaci a výsledkem jsou dětská centra.

Položila jsem si tedy tři výzkumné otázky.

#### 1. Jakým způsobem probíhá péče o ohrožené děti v dětských centrech?

První otázka má deskriptivní charakter. Pokusím se popsat průběh péče o děti v dětských centrech.

#### 2. Jak je zajišťována interdisciplinární péče o děti dětských centrech?

Odpovědí na danou otázku se zaměřím na komplexní péči o děti a na multidisciplinární spolupráci pracovníků dětského centra.

#### 3. Co je náplní práce vybraných pracovníků dětského centra?

Třetí otázka je doplňující ke dvou předchozím. Pomůže mi popsat péči o děti i celkovou spolupráci pracovníků v dětském centru.

Hlavním cílem bakalářské práce je **popsat, jak probíhá systém péče o ohrožené děti v dětských centrech a prostřednictvím výzkumného šetření prozkoumat interdisciplinární péči o děti v dětských centrech.**

Dílčím cílem je **analyzovat náplň práce pracovníků v dětských centrech, kteří se podílejí na komplexní péči o děti.**

## 5.2 Metoda získávání a analýzy dat

Jedná se o kvalitativní výzkum, který popisuje, jak jedinci nebo skupiny vnímají svět. Design, dle kterého se pokusím vytvořit teorii je **zakotvená teorie**. Je to nejčastěji používaný přístup v kvalitativním výzkumu. Teorie se tvoří tím, že ze získaných dat vybíráme důležité oblasti a témata a poté tvoříme teorii. Proces sběru a analýzy dat končí tím, že se nevyskytnou nová data doplňující danou teorii (Hendl, 2016).

Bude se jednat o **strukturované interview**, které využiji u pracovníků dětských center. Strukturované interview má pevně dané schéma. Pořadí a znění otázek je fixované. Díky standardizovaným otázkám, je dané interview na pomezí dotazníků. Výhodou však je osobní kontakt s respondenty a motivační práce, kdy můžeme dojít k validnějším odpovědím. Hlavní nevýhodou je omezení se jen na připravené otázky a nemožnost rozvíjet zajímavá témata. Jelikož jsem si vybrala strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, z nichž některé jsou velmi obsáhlé, předpokládám, že odpovědi budou dostatečné. Ze získaných dat vyvodím závěr (Mioviský, 2006).

Základním účelem strukturovaného interview s otevřenými otázkami je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Získaná data se lépe analyzují, jelikož se témata snadně lokalizují. Nevýhodou také je, že stejnými otázkami přehlídíme situovanost rozhovoru a také nebereme v úvahu individuální rozdíly a okolnosti (Hendl, 2016).

Data jsem získávala pomocí strukturovaného rozhovoru. Bohužel jsem nemohla použít nahrávací zařízení, jelikož s tím měli pracovníci špatné zkušenosti. To jsem respektovala a odpovědi jsem se pokusila, co nejpodrobněji popsat. Přepsané interview jsem pracovníkům zpětně poslala z důvodu případných nesrovnalostí. Otázky k interview i odpovědi pracovníků jsou vloženy na konci práce v příloze 2 i v kapitole interpretace výsledků.

Po provedení interview nastane fáze analýzy kvalitativních dat. Dělí se do několika fází, dle kterých bych chtěla postupovat. Jako první je **kódování**, což znamená přiřazování klíčových slov k částem textu tak, aby byla usnadněna práce s danými částmi. Dále probíhá

**archivace textu a propojování dat**, kdy hledáme spojitosti v datech a propojujeme části do větších celků. Poté nastává fáze **komentování a doplňování dat**, kdy píšeme komentáře, které doplňují a rozšiřují existující data a tím zpřesňují analýzu. Dále **interpretujeme údaje a ověřujeme platnost** našich závěrů, hledáme také výhody a nevýhody. A jako poslední nastává fáze **budování teorie a grafické mapování** (Mioviský, 2006).

### 5.3 Výběr a definice zkoumaného souboru

Metodu výběru pro danou bakalářskou práci jsem zvolila nepravděpodobnostní metody výběru, jelikož se jedná o kvalitativní výzkum. Patří zde několik metod, já jsem si vybrala **metodu záměrného výběru**, protože zkoumám respondenty podle zvolených kritérií. Mým zkoumaným vzorkem jsou totiž pracovníci daných dětských center. Konkrétně jde o prostý záměrný výběr, jelikož se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor (Mioviský, 2006).

Zkoumaným vzorkem jsou tedy pracovníci dětských center v Olomouckém kraji. Jelikož se jedná o interdisciplinární péči o děti v těchto zařízeních, musí se na to zaměřit i empirická část. Vzhledem k multidisciplinární spolupráci všech pracovníků jsem se zaměřila na práci **psychologa**, jako psychologickou péči. Původně jsem chtěla interview s dvěma psychology, ale bohužel na jednom pracovišti psycholog aktuálně chybí. Dále zdravotní péči z pohledu **dvou pediatrů** v dětských centrech. **Dvě sociální pracovníce**, jako zástupkyně ohrožených dětí v kontextu sociální péče. **Dvě speciální pedagožky** popíší péči o děti z jejich perspektivy. A každodenní chod zařízení definují **dvě vrchní sestry**. Dohromady tedy provedu 9 interview, ve kterých mi určití pracovníci charakterizují svou pracovní náplň a péči o děti v dětských centrech. Pracovníci budou odpovídat na stejné otázky, které pojmu dle svého pracovního zaměření. Po provedení rozhovorů se pokusím analyzovat interdisciplinární péči o děti v dětských centrech a vyhodnotím jejich spolupráci.

### 5.4 Etická pravidla pro výzkum

V psychologickém výzkumu jsme konfrontováni s otázkami morálky, etiky a odpovědnosti. Proto bych v této podkapitole chtěla uvést některá rizika, jež se mohou v mém výzkumu objevit a pokusit se je určitým způsobem obhájit. Také bych se chtěla zaměřit na zásady při výzkumu, dle kterých jsem si řídila (Ferjenčík, 2010).

Jako první rizikovou oblast bych definovala **respekt vůči účastníkům výzkumu**, kdy by výzkumník měl zachovat úctu vůči zkoumaným lidem. V mém výzkumu jsem se zabývala náplní práce a analýzou situace dětí v dětských centrech. Respektovala jsem pracovníky a pokoušela jsem se o tom, aby nedošlo k žádným následkům mého konání. Zkoumaní lidé mají také **právo na informace**, tedy mají právo vědět, čeho se účastní. V mém případě byli pracovníci seznámeni s cíly a smyslem výzkumu. Dle mého podstatnou zásadou psychologického výzkumu je **právo na soukromí a důvěrnost informací o účastnících**. Všechny údaje o účastnících výzkumu zůstávají důvěrné. Z daného hlediska jsem byla velmi pečlivá, i na základě žádosti daných pracovníků centra. V celé práci nezmiňuji jména výzkumných osob, ani název daných pracovišť dětských center, se kterými jsem pracovala. Jednak jsem chránila informace o pracovnících centra, ale hlavně důvěrné informace o dětech, které by mohly být dohledatelné. Řídila jsem se zákonem č. 101/2000 Sb. Každý účastník výzkumu má také **právo na to odstoupit z výzkumu**, jelikož výzkum je založen na dobrovolnosti, což souhlasí i s konkrétním výzkumem této práce (Ferjenčík, 2010).

Rizika, jež mohou narušit práva účastníků mého výzkumu, souvisejí hlavně s důvěryhodností informací o účastnících výzkumu. Již ve fázi mapování pracovišť dětských center jsem byla obeznámena s citlivostí obsahu informací o péči o děti v dětských centrech. Již preventivně jsem se pokoušela nezmiňovat konkrétní dětská centra, informace o pracovnících a konkrétní instituce v daném městě. Ohledně zkoumání péče o děti v dětských centrech jsem chtěla vytvořit několik kazuistik, které by popisovaly průběh péče o děti. Jelikož by ale tyto informace mohly být dohledatelné, a porušila bych tím právo na soukromí, spokojila jsem se jen s interview s pracovníky. Každopádně by výsledky měli být dostačující, protože mám zajištěné rozhovory s poměrně velkým množstvím respondentů. Další rizika spojená s výzkumem by neměla být přítomna.

## 6 Interpretace výsledků

Otázky k interview jsem rozdělila do tří bloků, které jsou zaměřeny na diagnózu, průběh péče, tedy terapii a na prognózu další péče o děti. Tyto oblasti lépe poslouží při popisu interdisciplinární péče. Jako první interpretuji odpovědi pracovníků dle profesí, přičemž se již pokusím analyzovat náplň práce pracovníků a popsat průběh péče o děti z hlediska jejich práce. Poté se zaměřím na interdisciplinární spolupráci všech pracovníků a vysvětlím, jakým způsobem tato spolupráce probíhá. Přepsané rozhovory budou součástí Přílohy č. 2.

### 6.1 Psycholog

#### 1. okruh – Detekce a diagnóza

##### ➤ Co je náplní Vaší práce v dětském centru?

**Psycholog** uvedl, že zajišťuje psychologickou péči o děti v dětském centru a ambulantní péči. Psychologická péče zahrnuje psychologické vyšetření, poradenství, terapii a krizovou intervenci. Dané služby psycholog poskytuje rodičům i dětem. Už v této otázce se psycholog zmiňuje o spolupráci s multidisciplinárním týmem, kam patří sociální pracovník, speciální pedagog, pediatr a zdravotní sestry, které zajišťují přímou péči o děti.

##### ➤ S jakými zařízeními mimo dětské centrum nejčastěji spolupracujete?

**Psycholog** v rámci spolupráce s dalšími zařízeními/institucemi pracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, zde se může účastnit i případových konferencí, kde projednává jednotlivé případy dětí. Spolupracuje také se soudy, jež mohou žádat různé zprávy o stavu dítěte apod. Dále pracuje se školami, mateřskými školami, s pedagogicko-psychologickou poradnou a také se speciálně pedagogickým centrem. Také spolupracuje s neziskovou organizací Maltéžská pomoc, jejíž dobrovolníci zajišťují dětem různé aktivity

##### ➤ Jak probíhá vyšetření přijatého dítěte v oblasti Vaší profese?

Psychologické vyšetření probíhá po měsíci adaptace dítěte. „*Vyšetření může být zaměřené na různé oblasti dle potřeby, např. posouzení psychomotorického vývoje, rozumových schopností, osobnosti či rodinných vztahů.*“ Dle oblastí pak **psycholog** vyhotovuje doporučení ohledně další péče o dítě, ohledně vhodného přístupu k dítěti a stanovení aktivit v centru. V průběhu pobytu dítěte probíhají kontrolní vyšetření.

➤ **Jakými rizikovými faktory bývají děti nejčastěji ohroženy?**

První **psycholog** zmiňuje syndrom CAN, dále ohrožení sociálním prostředím. U rizikového chování rodičů se nejčastěji jedná o „*zneužíváním návykových látek, pobytem ve vězení, domácím násilím, chybějícím rodinným zázemím, sníženými výchovnými dovednostmi, osobnostní nezralostí, absencí financí či bydlení*“. Děti jsou pak přijaty na základě těchto faktorů, kdy jsou ohroženy ve vývoji, a neexistuje nikdo z rodiny, kdo by o ně mohl pečovat. Tato ohrožení se mohou kombinovat s různým druhem postižení a rodina není schopna péči zajistit.

## **2. okruh – Terapie**

➤ **Jaké projevy chování jsou pozorovatelné u dětí přijímaných do dětských center?**

**Psycholog** zpočátku dodává, že projevy a adaptace na nové prostředí jsou velmi individuální, záleží na osobnosti dítěte, věku, na situaci, ve které se dítě nachází a na zdravotním a psychickém stavu. Patologie se nemusí vůbec projevit. „*U dětí se můžeme setkat s různými psychickými obtížemi, zdravotními riziky a druhy postižení (tělesné, smyslové, mentální či jejich kombinace), projevy podnětové a citové deprivace,...* Z psychických poruch je možné jmenovitě uvést reakce na stres, poruchy chování a emocí, psychosomatické obtíže, poruchy spánku, enurézy, enkoprézy, atd.“

➤ **Jak se podílíte na péči o děti a v jakých oblastech péči zajišťujete?**

**Psycholog** se zaměřuje na psychologickou péči o děti, jedná se o psychologická vyšetření dle již popsaných oblastí. Stanovuje další průběh péče pro ostatní pracovníky. Dětem i jejich rodičům poskytuje psycholog i psychologické poradenství, terapii a krizovou intervenci.

➤ **Kdo zajišťuje výchovnou péči o děti a volnočasové aktivity?**

Výchovnou péči a volnočasové aktivity pro děti zajišťují dětské sestry a speciální pedagog, ti na danou otázku odpoví podrobněji.

➤ **Jakým způsobem pracujete s rodiči a s dětmi?**

Rodina dítěte může využít různých poradenství a konzultací jak s psychologem, tak s dalšími pracovníky v dětském centru. Pro spolupráci s rodiči je důležitá jejich motivace a zájem o řešení situace. „*Cílem je podpořit vzájemné vztahy a zdravý kontakt dítěte s jeho rodinou.*“ Kontakt dítěte s rodinou je vyhodnocován pracovníky dětského centra

a orgánem sociálně-právní ochrany dítěte. V zařízení dětského centra také nabízí návaznou péči po ukončení pobytu dítěte a speciální pedagog nabízí i terénní formu spolupráce.

### **3. okruh – Prognóza**

- **Jaké jsou nejčastější důvody ukončení pobytu/přesunu dítěte do jiného zařízení?**

**Psycholog** vysvětluje, že pokud dojde ke zlepšení podmínek v rodinném prostředí, dítě se vrací zpět do původní rodiny. Děti mohou přejít do různé formy náhradní rodinné péče. V další skupině jsou děti, které se nemohou vrátit do rodinného prostředí ani do náhradní rodinné péče a zůstávají v péči dětského centra. Když děti nastoupí do povinné školní docházky, přesouvají se do vybraných dětských domovů.

- **Jaké hodnotíte změny v psychickém, sociálním a zdravotním stavu dětí na konci pobytu v dětském centru?**

Změny jsou u dětí individuální. V sociální situaci je cílem navrátit dítě zpět do rodiny. Z psychologického pohledu se u dětí deprivovaných projevuje zlepšení. „...*při vhodné stimulaci v dětském centru dosáhnout pokroku v jejich psychomotorickém vývoji a v oblasti sociálního chování (např. hygienické návyky). Následky emoční deprivace v původní rodině však mohou v našem typu zařízení i nadále pokračovat.*“ U dětí s těžším typem postižení je cílem zajistit odbornou a zdravotní péči. Výrazné změny se ale nedostavují.

- **Kdo je cílovou skupinou zařízení pro děti vyžadující mimořádnou okamžitou pomoc?**

*„Jedná se o děti, u kterých je vývoj vážně ohrožen. V těchto případech nejvíce spolupracujeme s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte“.*

- **Co dětem v ZDVOP poskytnete z pohledu Vaší profese?**

Dětem a jejich rodinám poskytuje **psycholog** ambulantní psychologickou péči, která zahrnuje psychologické vyšetření dětí, psychologické poradenství, terapii a krizovou intervenci, stejně jako dětem z ústavní péče dětského centra.

## 6.2 Speciální pedagogové

### 1. okruh – Detekce a diagnóza

#### ➤ Co je náplní Vaší práce v dětském centru?

**Speciální pedagog 1** rozdělil svou náplň práce na dvě oblasti. První zahrnuje poskytování edukace matkám, které odešly z nemocnice, a pedagog je vzdělává v oblastech péče o dítě. Tato péče probíhá buď ambulantně, nebo terénně. Druhá oblast se zabývá péčí o děti v dětských centrech, kde provádí vyšetření, sestavuje individuální plán a organizuje volnočasové aktivity. Také zmiňuje interdisciplinární spolupráci celého týmu. Tým se pravidelně setkává na supervizích, intervizích a provozních poradách. Intervize jsou realizovány 1x měsíčně a řeší se zde situace dítěte a další strategie.

Náplň práce **speciálního pedagoga 2** je stejná. Vypracovává individuální výchovný plán pro děti z dětského centra, organizuje volnočasové aktivity a také se zabývá „*podporou rozvoje rodičovských kompetencí u biologické rodiny dítěte*“. Také se zmínil o poskytování terénní služby pro rodiny, aby nedošlo k odebrání dítěte, což má preventivní charakter.

#### ➤ S jakými zařízeními mimo dětské centrum nejčastěji spolupracujete?

Oba speciální pedagogové se shodli na spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, se speciálně pedagogickými centry, pedagogicko-psychologickou poradnou, mateřskými a základními školami. **Speciální pedagog 2** zmiňuje speciální školy. **Speciální pedagog 1** doplňuje spolupráci s psychology, psychiatry, logopedy a organizace doprovázející pěstouny.

#### ➤ Jak probíhá vyšetření přijatého dítěte v oblasti Vaší profese?

Speciální pedagogové se shodují na tom, že provádí speciálně pedagogickou diagnostiku a jedná se o vstupní diagnostiku. Zhodnocují různé oblasti dětského vývoje z hlediska speciální pedagogiky. Dle **speciálního pedagoga 2** zde patří „*anamnézy, aktuální stav, také například psychomotorický, kognitivní, osobnostní vývoj dítěte*“. **Speciální pedagog 1** uvádí podobný popis zkoumaných oblastí „*rozumových schopnostech, jemnou, hrubou motoriku, sebeobsluhu, myšlení, řeč, chování. Také se zaměřuji na posouzení stupně postižení dítěte*“.

#### ➤ Jakými rizikovými faktory bývají děti nejčastěji ohroženy?

**Speciální pedagog 1** vysvětluje, že se jedná o rodiče, kteří se neumějí, nechtějí nebo nemohou o dítě starat. V prvním případě se nejčastěji jedná o drogovou závislost rodičů,



nebo také o to, že jim jejich rodiče neposkytnou podnětné prostředí, a proto jej nedokáží poskytnout svým dětem. Faktory se často prolínají a důležitým faktorem je osobnost rodičů.

**Speciální pedagog 2** uvádí nejčastější rizikový faktor prostředí, ze kterého dítě pochází. Závislosti u rodičů, nejvíce drogová závislost, nízká socioekonomická situace rodiny, nezaměstnanost, nezralé nebo nezletilé matky.

## **2. okruh – Terapie**

- **Jaké projevy chování jsou pozorovatelné u dětí přijímaných do dětských center?**

**Speciální pedagog 1** rozděluje projevy chování dětí na projevy související s handicapem a projevy vycházející z určitého stupně zanedbání dítěte. Jestliže projevy souvisí s určitým druhem postižení, zjišťuje na jakém stupni dítě je. Pokud souvisí se zanedbáním, při posouzení stavu dítěte se pedagog zaměřuje na úroveň dítěte.

**Speciální pedagog 2** uvedl, že projevy dětí jsou velmi rozmanité. Mohou mít problémy se záškoláctvím, některé jsou plačtivé, jiné se těší na změnu. „Často jsou děti velmi motivované, protože dostanou najíst, v centru mají celkově lepší podmínky než v rodinném prostředí“. Objevují se i projevy deprivace.

- **Jak se podílíte na péči o děti a v jakých oblastech péči zajišťujete?**

Speciální pedagogové zajišťují každodenní péči o děti, vzhledem k tomu, že vytváří individuální plány. Podílí se na organizaci volnočasových aktivit. Individuální práce s dětmi zahrnuje terapie, skupinová práce je uskutečňována formou hry. **Speciální pedagog 2** dodává, že péče o dítě souvisí i se sanací rodiny a péče o děti se poskytuje komplexně.

- **Kdo zajišťuje výchovnou péči o děti a volnočasové aktivity?**

Výchovnou přímou péči zajišťují dětské sestry a pracovníci v přímé péči, kteří se řídí podle individuálního plánu. Volnočasové aktivity jsou plánovány společně se sestrami a s vrchní sestrou. **Speciální pedagog 1** uvádí, že organizují různé hry, akce, jezdí do zábavního parku, na koně, plavání apod. **Speciální pedagog 2** zmiňuje dobrovolníky z organizace Maltéžské pomoci a studenty ze střední průmyslové školy, kteří se podílí na volnočasových aktivitách. Také integrují děti do zájmových kroužků v domově dětí a mládeže.

➤ **Jakým způsobem pracujete s rodiči a s dětmi?**

Speciální pedagogové se podílí na vzdělávání rodičů v oblastech péče o děti. Zaměřují se na rodičovské kompetence a jejich uplatnění. Jsou to výchovně-vzdělávací služby. **Speciální pedagog 2** doplňuje, že vytvořil „herničky“, což má za cíl podporovat vztah rodiče s dítětem, učit je jak si s dětmi hrát, trávit s nimi volný čas apod.

**3. okruh – Prognóza**

➤ **Jaké jsou nejčastější důvody ukončení pobytu/přesunu dítěte do jiného zařízení?**

Důvody ukončení pobytu dítěte jsou stejné a speciální pedagogové se na nich shodli. Jedná se o návrat zpět do rodiny, přemístění do určité formy náhradní rodinné péče, do pěstounské péče, nebo přesun dítěte do jiného zařízení, zdravotnické zařízení nebo dětské domovy se školou. Odpovědi se lišily v nejčastějším důvodu ukončení pobytu. **Speciální pedagog 1** uvádí nejčastější důvod návrat dítěte do rodiny a **speciální pedagog 2** dosažení věkové hranice a tedy přemístění dítěte do dalšího zařízení. Odlišnosti mohou být způsobeny tím, že první pedagog počítal i se zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc a druhý se zabýval jen pobytem v ústavní výchově.

➤ **Jaké hodnotíte změny v psychickém, sociálním a zdravotním stavu dětí na konci pobytu v dětském centru?**

**Speciální pedagog 2** sděluje, že celkový stav dětí se velmi zlepšuje. Je to způsobeno značným stupněm zanedbání, když jsou děti přijímány. Zdravotní péče je dle obou pedagogů nadstandartní. Ve zmíněných oblastech se tedy opoždění zlepšuje a cílem je zlepšení udržet. **Speciální pedagog 1** dodává, že emoční deprivace může trvat.

➤ **Kdo je cílovou skupinou zařízení pro děti vyžadující mimořádnou okamžitou pomoc?**

Speciální pedagogové uvádějí, že jsou to děti od narození do 18 let, které se vyskytly v akutním ohrožení a dle zákona č. 359/1999 Sb. jim zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, poskytne vše, aby se ohrožení zabránilo.

➤ **Co dětem v ZDVOP poskytujete z pohledu Vaší profese?**

**Speciální pedagog 1** se pokouší dětem poskytovat pocit bezpečí, podporu, aby zvládly stav odloučení. **Speciální pedagog 2** uvádí, že poskytuje sejné intervence jako dětem z ústavní výchovy. Každopádně se více zaměřuje na práci s rodinou a udržení kontaktu.

## 6.3 Sociální pracovníce

### 1. okruh – Detekce a diagnóza

#### ➤ Co je náplní Vaší práce v dětském centru?

**Sociální pracovníce 1** uvedl, že jeho náplní práce v dětském centru je „*hlavně administrativa, různá hlášení, příjmy dětí, ukončování pobytu a to i u dětí zdravotně postižených*“. Pracuje jako sociální pracovník pro ústavní výchovu a zvláště pro zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. „*Dále pak pracuji jakou součástí interdisciplinárního týmu s pediatrem, psychologem, speciálním pedagogem, například i s fyzioterapeutem a s dětskými sestrami*“. **Sociální pracovníce 2** doplňuje, že součástí náplně práce je řešení sociální situace dětí.

#### ➤ S jakými zařízeními mimo dětské centrum nejčastěji spolupracujete?

Největší spolupráci obě sociální pracovníce přisuzují orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Dále spolupracují s policií, soudy, kam posílají zprávy ohledně situace dítěte. **Sociální pracovníce 1** popisuje i spolupráci s městským a krajským úřadem, s azylovými domy, SOS Kompas, Maltézká pomoc. **Sociální pracovníce 2** uvádí navíc spolupráci s neziskovými organizacemi Charita, Člověk v tísni, Dobrá rodina. „*Dále mateřské školy, základní školy, speciálně pedagogická centra, střediska rané péče, pedagogicko-psychologické poradny, školní dětské domovy*“.

#### ➤ Jak probíhá vyšetření přijatého dítěte v oblasti Vaší profese?

**Sociální pracovníce 1** poznamenala, že hledá důvody přijetí dítěte. U dětí přijímaných do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc se zpočátku důvod nemusí vědět, důraz je kladen na okamžitou pomoc. Jako tým pak zpracovávají celkovou anamnézu dítěte. **Sociální pracovníce 2** rozvádí téma tím, že spíše posuzuje sociální situaci dítěte společně s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte a rodiči. Cílem je pak navrácení dítěte zpět do rodiny.

#### ➤ Jakými rizikovými faktory bývají děti nejčastěji ohroženy?

Sociální pracovníce se shodují, že nejčastěji se objevují drogově závislí rodiče a finanční problémy, ze kterých plyne i ztráta bydlení. **Sociální pracovníce 2** rozděluje důvody přijetí na sociální, sociálně zdravotní a zdravotní. Kombinace sociálního a zdravotního důvodu je velmi častá, rodiče nezvládají péči o handicapované dítě.

## 2. okruh – Terapie

- **Jaké projevy chování jsou pozorovatelné u dětí přijímaných do dětských center?**

**Sociální pracovníce 1** uvádí, že děti jsou zpočátku zakřivené a vděčné za to, že mají stabilní prostředí a materiální zabezpečení. U starších sourozenců jsou často pozorovatelné přebírání role rodiče. Obě sociální pracovníce popisují výskyt opoždění ve vývoji u dětí. Nejvíce bývají děti opožděné v hygienických návycích, sociálních dovednostech a v řeči. **Sociální pracovníce 2** doplňuje i možnost verbální a fyzickou agresi.

- **Jak se podílíte na péči o děti a v jakých oblastech péči zajišťujete?**

Pracovnice se nepodílejí na přímé péči o děti. Zajišťují vše ohledně dalšího pobytu dětí, vyřizují například i zdravotnickou i jinou dokumentaci dětí.

- **Kdo zajišťuje výchovnou péči o děti a volnočasové aktivity?**

Danou péči zajišťují dětské sestry, vrchní sestra a speciální pedagog. **Sociální pracovníce 1** doplňuje i spolupráci s Maltézskou pomocí a střední průmyslovou školou.

- **Jakým způsobem pracujete s rodiči a s dětmi?**

Hlavní práce sociálních pracovníků spočívá v práci s rodiči. Cílem je zlepšit situaci v biologické rodině, aby se dítě mohlo vrátit. Pomáhají jim vyřídit si potřebné příspěvky, aby se zlepšila finanční situace a byla vyřešena například bytová situace rodiče, podepisují s nimi souhlasy na různé aktivity apod.

## 3. okruh – Prognóza

- **Jaké jsou nejčastější důvody ukončení pobytu/přesunu dítěte do jiného zařízení?**

Sociální pracovníce mi poskytly výkaz činnosti za rok 2018. Počet ubytovaných dětí v **dětském centru 1** (které popisuje sociální pracovníce 1) je 41 dětí, z toho bylo 17 dětí navraceno zpět do rodiny. V **dětském centru 2** bylo za rok 2018 přijato 68 dětí, s tím, že propuštěno bylo 77 dětí. Z toho 63 bylo navraceno zpět do rodiny, 8 do náhradní rodinné péče, 4 do pěstounské péče a do jiného zařízení odešly 2 děti. Jiné zařízení může být buď zdravotnické zařízení, nebo děti pokračují do ústavní výchovy pod Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

- **Jaké hodnotíte změny v psychickém, sociálním a zdravotním stavu dětí na konci pobytu v dětském centru?**

**Sociální pracovnice 1** sděluje, že většinou vždy dochází ke zlepšení stavu, hlavně vzhledem k tomu, že děti přicházejí zanedbané a díky podnětnému prostředí v dětském centru se opoždění zlepšuje. Hlavně v oblastech hygienických návyků a řeči, jelikož v centru pracuje logoped a pediatr, kdy je péče velmi přímá. Stále chybí vztahová osoba, takže dítě může zůstat emocionálně deprivované.

- **Kdo je cílovou skupinou zařízení pro děti vyžadující mimořádnou okamžitou pomoc?**

**Sociální pracovnice 2:** „Cílovou skupinou jsou děti od narození do 18 let, které z určitých důvodů nemohou zůstat ve stávajícím bydlišti, nebo jsou ohroženi ve svém vývoji.“

**Sociální pracovnice 1** doplňuje, že cílovou skupinou jsou jedinci definovaní v zákoně č. 359/1999 Sb., konkrétně paragraf 6. „Jako sociální pracovník musím být neustále na příjmu, jelikož se kdykoliv může vyskytnout akutní situace a dítě musí být do zařízení přijato“.

- **Co dětem v ZDVOP poskytnete z pohledu Vaší profese?**

Odpověď je již probírána v otázce 1, jde o stejnou péči jako u dětí s ústavní výchovou. **Sociální pracovnice 2** uvádí, že dětem poskytuje péči z právního hlediska. Snaží se, co nejvíce zpříjemnit přemístění dítěte a poskytnout pro dítě adaptaci.

## **6.4 Vrchní sestry**

### **1. okruh – Detekce a diagnóza**

- **Co je náplní Vaší práce v dětském centru?**

Náplň práce vrchních sester spočívá v organizační činnosti a fungování chodu celého dětského centra. Jedná se o kontrolní činnost, personální administrativu, provoz centra, plány služeb a nákupy jídla a zdravotnických materiálů. Kontrolní činnost je realizována prostřednictvím auditů, kontrolou únikových cest v centru, kontrola zdravotních sester při podávání stravy, léků apod. Vše probíhá podle stanovených standardů kvality centra.

**Vrchní sestra 1** dodává: „spolupracuji hlavně s hlavní sestrou a ředitelkou, z jiného pracoviště, pod které spadáme. Zastupuji také sociální pracovníci v její nepřítomnosti. Pokud se objeví nárazová situace ohledně dětí, řešíme ji komplexně jako multidisciplinární tým“. **Vrchní sestra 2** doplňuje, že se zaměřuje také na aktivitu dětí.

➤ **S jakými zařízeními mimo dětské centrum nejčastěji spolupracujete?**

**Vrchní sestra 1** popisuje spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, jestliže zastupuje sociální pracovníci. V souvislosti s různými akcemi a volnočasovými aktivitami spolupracuje se sborem daného města, se střední průmyslovou školou, která organizuje pro děti různé akce, a přispívají peníze na výlety dětí. Také spolupracuje s Maltézskou pomocí.

**Vrchní sestra 2** spolupracuje s podobnými institucemi, ale jedná se i o spolupráci s různými ambulancemi, nemocnicemi a ostatními lékaři, podobně jako pediatr. Spolupracuje také s mateřskými školami, denním stacionářem pro děti. Ohledně volnočasových aktivit se shoduje s vrchní sestrou 1. Maltézská pomoc zajišťuje dobrovolníky, kteří pravidelně navštěvují děti. Dobrovolnická činnost se dělí na individuální, kdy dobrovolník navštěvuje jedno dítě a vytváří si unikátní vztah. Skupinová činnost spočívá v navštěvování všech dětí, účastnění se akcí, poskytují doprovod dětem apod. Spolupracují také s různými sponzory.

➤ **Jakými rizikovými faktory bývají děti nejčastěji ohroženy?**

**Vrchní sestra 2** popisuje rizikové faktory na straně sociální a sociálně zdravotní a pak jen zdravotní. Podrobnější odpověď poskytují jiní pracovníci.

## **2. okruh – Terapie**

➤ **Jaké projevy chování jsou pozorovatelné u dětí přijímaných do dětských center?**

**Podle vrchní sestry 2** jde o to, odkud dítě pochází. Většinou jsou to děti s výchovnými problémy. „*U dětí z rodin s nízkým socioekonomickým statusem se často objevuje opoždění ve vývoji. Neumí základní hygienické návyky, zaostávají v řeči. Také bývají emočně i podnětově deprivované*“.

➤ **Jak se podílíte na péči o děti a v jakých oblastech péči zajišťujete?**

**Vrchní sestra 1** se podílí skrze již popsané organizační činnosti v dětském centru. **Vrchní sestra 2** popisuje péči zdravotnickou, ošetrovatelskou, výchovnou a pedagogickou. Zmiňuje se o komplexní péči o děti, kam patří i péče fyzioterapeuta, lékaře.

➤ **Kdo zajišťuje výchovnou péči o děti a volnočasové aktivity?**

Výchovnou péči poskytují dětské sestry a pracovníci v přímé péči. Také zajišťují volnočasové aktivity dle individuálního plánu, ale plánují i aktivity s dětmi odpoledne a o víkendech. Jinak volnočasové aktivity plánují vrchní sestry a speciální pedagog.

Navštěvují kina, divadla, bazén, zábavní park nebo jezdí na koních. Dále jsem již zmínila dobrovolnickou činnost a spolupráci se studenty.

➤ **Jakým způsobem pracujete s rodiči a s dětmi?**

Vrchní sestra 2 pracuje s rodiči na základě nácviku výchovných dovedností.

### **3. okruh – Prognóza**

➤ **Jaké jsou nejčastější důvody ukončení pobytu/přesunu dítěte do jiného zařízení?**

Nejčastěji je to návrat do biologické rodiny. Pokud děti nastupují do školy, přechází do dětského domova se školou v místě původního bydliště. Většinou jsou umístěny v okolí, kde bydlí rodiče, aby byl umožněn kontakt.

➤ **Jaké hodnotíte změny v psychickém, sociálním a zdravotním stavu dětí na konci pobytu v dětském centru?**

Ze zdravotního hlediska poskytuje centrum veškerou péči. Opoždění se u dětí zlepšuje, protože dětské centrum má k dispozici materiální zabezpečení. Každopádně stále chybí jedna vztahová osoba.

➤ **Co dětem v ZDVOP poskytnete z pohledu Vaší profese?**

Práce vrchních sester je obdobná. **Vrchní sestra 2:** „*Děti se zde také začleňují do skupiny s ostatními dětmi, účastní se volnočasových aktivit. Vše po personální, organizační a materiální stránce zařizují stejně*“.

## **6.5 Pediatři**

### **1. okruh – Detekce a diagnóza**

➤ **Co je náplní Vaší práce v dětském centru?**

Dětsští lékaři zajišťují zdravotnickou péči pro děti v dětském centru. V jedné oblasti se jedná o zdravotnickou péči o děti v ústavní výchově, kde jsou umístěné i děti s různými postiženími a handicapem. V druhé oblasti se věnují ambulantní službám dětem a dorostu, které nejsou v péči dětského centra.

➤ **S jakými zařízeními mimo dětské centrum nejčastěji spolupracujete?**

**Pediatr 1** spolupracuje hlavně s ostatními ambulancemi, nemocnicemi, dětskou klinikou, ortopedií, fakultními nemocnicemi. **Pediatr 2** spolupracuje se stejnými zařízeními, jen

kooperace probíhá lokálně, jelikož dětská centra jsou umístěny v různých městech. Doplňuje také ambulance oční, zubní a psychiatrické.

➤ **Jak probíhá vyšetření přijatého dítěte v oblasti Vaší profese?**

Diagnóza dítěte začíná vstupní prohlídkou dítěte. Pediatri zabezpečují zdravotní dokumentaci, například očkovací průkaz dítěte. Prohlídka probíhá v doprovodu rodičů nebo jsou diagnostikovány samy. Objeví-li se problém, poskytnou zdravotní péči, určí další postupy, které konzultují s dalším personálem dětského centra.

➤ **Jakými rizikovými faktory bývají děti nejčastěji ohroženy?**

**Pediatr 1** se zaměřil na rizikové faktory ze zdravotního hlediska. Nejčastěji se vyskytuje infekce, alergie a poruchy imunity. Ohledně očkování bylo překvapivé, že i zanedbané děti bývají očkovány. Je to z důvodu toho, aby systém na nefunkčnost v rodině nepřišel. **Pediatr 2** popisuje vážnější ohrožení dětí špatnou a nedostatečnou výživou. Rodiče musí dbát na správnou výživu, aby dítě dobře prospívalo. Objevuje se i kombinace rizikových faktorů sociálních a zdravotních.

## **2. okruh – Terapie**

➤ **Jaké projevy chování jsou pozorovatelné u dětí přijímaných do dětských center?**

Závisí na individuálních charakteristikách a na důvodu umístění dítěte. **Pediatr 1** uvádí projevy chování například vystrašenost, agrese, strach z prostoru apod. **Pediatr 2** uvádí za časté projevy opožděn dítěte. Jedná se o řeč, komunikační dovednosti, hygienické návyky.

➤ **Jak se podílíte na péči o dítě a v jakých oblastech péči zajišťujete?**

Jako dětské lékaři poskytují dětem v dětském centru veškerou zdravotnickou péči. Péče je velmi přímá, jelikož má pediatr ambulanci přímo v centru.

➤ **Jakým způsobem pracujete s rodiči a s dětmi?**

Spolupráce probíhá hlavně s matkami, které lékaři edukují v oblasti rodičovských kompetencí. Spolupracují i se speciálním pedagogem, vrchními sestrami i dětskými sestrami.



### 3. okruh – Prognóza

- **Jaké hodnotíte změny v psychickém, sociálním a zdravotním stavu dětí na konci pobytu v dětském centru?**

Pediatři se shodují na tom, že se zdravotní stav u akutních nemocí zlepšuje, u chronických nemocí může dojít ke zlepšení, když probíhá kvalitní rehabilitace. Potřebná je i návazná zdravotní péče o dítě. Vzhledem ke komplexní péči se zlepšuje opoždění.

- **Co dětem v ZDVOP poskytnete z pohledu Vaší profese?**

Děti ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc mají své registrované lékaře a měli by docházet k nim. Pediatři z dětského centra mohou poskytnout péči dětem z tohoto zařízení jen v akutních případech.

## 6.6 Interdisciplinární péče

Jako poslední část interpretace dat bych chtěla definovat interdisciplinární péči v dětských centrech tak, že z realizovaných rozhovorů vyhledám dané oblasti a analyzuji práci zaměstnanců dětských center. Každý pracovník charakterizoval svou náplň práce a tím přispěl k odpovědi na otázku, jakým způsobem komplexní péče probíhá. Analýza interdisciplinární péče je rozdělena do skupiny diagnóza, terapie a prognóza.

**Psycholog** se poskytuje psychologickou péči o děti, což znamená, že se zaměřuje na vyšetření dítěte, terapie i poradenství pro rodiče. **Speciální pedagogové** také vytvářejí posouzení o stavu dítěte a spolu s psychologem pak vytvářejí **individuální plán**. Na tvorbě individuálního plánu se podílí i další pracovníci. Psycholog: „*Dále je důležitá spolupráce s ostatními pracovníky dětského centra, například se sociální pracovníci, speciálním pedagogem, dětským lékařem a zdravotními sestrami, které zajišťují přímou péči o děti*“.

**Sociální pracovník** zajišťuje péči v oblasti rodinné situace dítěte. Zjišťuje původní bytové podmínky, situaci v rodině, důvody přijetí dítěte apod. Tím také připívá na péči o děti v dětském centru. **Lékař** stanovuje diagnózu, jestliže se vyskytuje handicap. **Pediatr 2**: „*Určuji další péči a komplexně danou péči řeším s vrchní sestrou, dětskými sestrami, speciálním pedagogem atd.*“

Návazná péče spočívá hlavně v **přímé péči dětských sester a pracovníků v přímé péči**, jež se řídí podle vypracovaného plánu. Na základě tohoto plánu může návazná péče spočívat kupříkladu v péči logopeda, pokud je dítě opožděné v řeči. Psycholog se speciálním pedagogem určují i aktivity, které pomáhají dětem zlepšit psychomotorický

vývoj, sociální dovednosti atp. **Speciální pedagog 1** popisuje provázanost a četnost sezení ohledně komplexní péče o děti. „*Alespoň jednou měsíčně se personál, který se stará o děti setkává na **intervizích**, kde řešíme situaci dětí, jejich stav, jaké další strategie budeme volit. Také probíhají **provozní porady**, a **supervize pracovníků**“.* **Speciální pedagog 2** se také zaměřuje na podporu vztahu rodičů a dětí ve volnočasových aktivitách a učí rodiče, jak s dětmi tento čas trávit aktivně. S dětskými sestrami pak organizují aktivity, které vztah posilují. Komplexní péči také popisují obě vrchní sestry, **vrchní sestra 1** spolupracuje s hlavní sestrou a ředitelkou ohledně organizačních věcí a zastupuje sociální pracovníci v době nepřítomnosti. Pokud se vyskytne nárazová situace, řeší ji jako interdisciplinární tým. Vzhledem k trávení volného času dětí spolupracují obě dětská centra s neziskovou organizací Maltéžská pomoc. **Vrchní sestra 2** zmiňuje, že dobrovolníci „*nám dělají doprovod při různých akcích a také nějaké akce pořádají. Individuální práce s dětmi z jejich strany spočívá v tom, že dítě má svou tetu a s dobrovolníkem si tvoří vztah*“. Vztah je pak jistou podporou, kdy dítě má vztahovou osobu, která se nachází mimo centrum a také mimo nefunkční rodinu. Všichni pracovníci pak jmenovali instituce, se kterými spolupracují, což je také součást komplexní péče o děti. Jedná se o orgán sociálně-právní ochrany dětí, policie, soudy, mateřské školy, základní školy, krajský, městský úřad, azylové domy, SOS Kompas, speciální školy, speciálně-pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny, oční, zubní, psychiatrická ambulance, nemocnice, dětské kliniky, Charita, Člověk v tísni.

Všichni pracovníci participují na péči o děti v dětských centrech a cílem je úspěšné navrácení se do rodiny, což je v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc časté. Vždy by se dítě mělo vracet do lepších podmínek a zlepšený vývoj by měl být udržitelný. V případě, že zlepšení podmínek biologické rodiny nenastává, je důležité jednat vzhledem ke stavu dítěte. Jestliže má dítě určitý handicap, při odchodu z dětského centra pediatr vypracovává doporučení navazující péče.

## 7 Diskuze

V této kapitole bych se chtěla věnovat zasazení práce do širšího kontextu, dále bych popsala další výzkumy na dané téma a objasnila případné rozdíly. Poté bych reflektovala možné chyby a limity práce. Jako poslední bych chtěla stručně popsat možnosti další výzkumné práce v dané oblasti a zamyšlení nad aplikací výsledků.

Hlavním cílem bakalářské diplomové práce bylo **popsat péči o děti v dětských centrech a pomocí výzkumného šetření prozkoumat interdisciplinární péči o děti v dětských centrech**. Tyto cíle byly naplněny a za hlavní dosažené výsledky považuji podrobnou analýzu práce pracovníků v dětském centru a s tím související péči o děti. Jak jsem již zmínila v teoretické části, cílem dětských center je komplexní péče o ohrožené děti, která je poskytována přímo v daném zařízení. Multidisciplinární péče eliminuje zápor, které byly přítomny v jiných zařízeních podobného typu (například kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do tří let věku apod.). Ve čtvrté kapitole teoretické části popisují, za jakým účelem tyto centra vznikaly. Důvody se týkají většího množství ohrožených dětí, chybějící prevence a důležitost zaměření se na spolupráci s rodiči. Výpovědi pracovníků se zaměřovaly na prevenci ve spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte, kdy speciální pedagog navštěvoval terénně rodiny a poskytoval edukaci v rámci rodičovských kompetencí a sanaci rodiny. Pokud došlo k umístění dítěte, celý interdisciplinární tým se pokouší navazovat kontakt s rodiči a pomáhá jim zlepšit situaci, aby dítěte mohlo zpět do biologické rodiny a nebyl ohrožen jeho vývoj.

Ohledně studií na dané téma jsem vyhledala několik prací. Jako první bych zmínila článek o dětských centrech od MUDr. Františka Schneiberga s názvem **Dětská centra – moderní forma komplexní péče o ohrožené děti**. Citovala jsem z daného textu již v teoretické části. Autor se zaměřuje na popis sociálně-pediatrických center v Německu, která byla vzorem pro dětská centra u nás. Hlavním principem sociálně-pediatrických center je multioborová týmová spolupráce. U daného zařízení je také podstatná spolupráce se svépomocnými skupinami, občanskými sdruženími, jinými poradenskými zařízeními a praktickými lékaři v terénu. Zde dochází k preventivnímu zásahu ve prospěch ohrožených dětí. Také orgány státní správy se podílejí na formování diagnózy a následné terapie v sociálně-pediatrických centrech (Schneiberg, 2011).

Je zřejmá podobnost těchto center v Německu s naším systémem interdisciplinární spolupráce v dětských centrech. Jádrem činnosti je naplnit všechny sociální atributy zdraví, nemoci a vývoje dítěte. Ohledně ohroženého dítěte je cílem optimální vývoj v prostředí

rodiny vlastní nebo náhradní. Součástí toho je začlenění jedince mezi vrstevníky, do vzdělávacího procesu a dále do společenského života. Základem dětského centra je také multidisciplinární tým. Dále autor popisuje veškeré služby, které by mělo dětské centrum poskytovat. Shoduje se to s mými výsledky empirické části. Jedná se například o poskytování permanentního poradenství rodinám, rozšiřování terapie pro děti i rodiče, rozšířené poskytování ambulantních služeb apod. Následným krokem pro dětská centra by mělo být zakotvení daných center do legislativy. (Schneiberg, 2011).

Z vlastních zjištění mohu potvrdit cílenost péče o děti, mezioborovou spolupráci v praxi a intenzivní spolupráci i s terénními zařízeními. Dle mého je dalším důležitým krokem zabývat se komplexní péčí i v dětských domovech se školou. Dětské domy s velkou kapacitou dětí by měly nahradit dětské domovy rodinného typu.

Další studie se nazývá **Transformace systému péče o ohrožené děti očima ředitelů dětských domovů** a autorkami jsou Soňa Vávrová a Radana Kroutilová Nováková. Zabývaly se hodnocením procesu transformace dětských center hlavními představiteli institucionální péče o děti. Jednalo se o kvalitativní výzkum a data byly získány pomocí hloubkových rozhovorů s řediteli vybraných dětských domovů. Výsledky ukázaly, že si ředitelé uvědomují nutnost transformace péče o děti, ale neschvalují několik dílčích kroků tohoto procesu. Za hlavní nedostatky byly označeny nedostatečná příprava a změna pravidel v průběhu reformy. Autorky se tedy zaměřily na hodnocení transformace a na jejich výsledky lze navázat tím, jak v praxi tato péče probíhá. Výsledky tedy potvrzují hlavní problém v péči o děti v institucionální péči a nutnost transformace. Studie byla provedena roku 2015, kdy centra začala vznikat, mé výsledky potvrzují, že i přes počáteční nedostatky se transformace zdařila a dětská centra jsou kvalitní péčí o ohrožené děti (Vávrová & Nováková Kroutilová, 2015).

Další práce se nazývá **Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život** z roku 2011. Autorka PhDr. Leona Běhounková v závěru práce popisuje, že se podmínky péče o ohrožené děti zlepšují, ale stále nedosahují vítaných výsledků. Reakcí na kritiku těchto výsledků byla transformace péče o děti v ústavní výchově. Práce se dále zaměřuje na analýzu rozvoje sociálních dovedností u dětí v dětských domovech. Z výsledků je patrné, že pedagogičtí pracovníci v daných institucích cílí spíše na funkční dovednosti a to i přesto, že souhlasí s deficitem sociálních dovedností. Prohlubování tohoto deficitu pak autorka vnímá jako rizikový faktor při integraci těchto dětí do společnosti. Zde je patrný hlavní problém, kterým jsem se

ve své práci zabývala. V ústavní péči je nutné zaměřit se na komplexní péči o ohrožené děti a podporovat všechny složky rozvoje osobnosti (Běhounková, 2011).

Také zahraniční zdroje se zaměřují na péči o děti v ústavní výchově. Například studie s názvem **A Descriptive Study on Behavioral and Emotional Problems in Orphans and Other Vulnerable Children Staying in Institutional Homes** z roku 2018 se zabývá sirotky a dalšími ohroženými dětmi a adolescenty vyrůstající v institucionalizované péči. Cílem studie bylo zjistit, jestli jsou tito jedinci náchylnější k problémům v chování a emocionálním problémům. Ukázalo se, že 16, 78 % dětí, z celkového počtu 292 zkoumaných dětí tyto problémy má. Důvody pro umístění dítěte do ústavní péče byly opuštění dítěte, ztráta rodičů a útěk dítěte od rodiny. Děti trpěly emocionálními problémy, hyperaktivitou a také nízkým prosociálním chováním. Další směr výzkumu byl popsán jako zaměření se na hlubší prozkoumání rozsahu těchto problémů. Je také potřeba zavést do péče o děti psychologickou a terapeutickou péči (Kaur, Vinnakota, Panigrahi, & Manasal, 2018).

Ze všech uvedených výzkumů vyplývá, že je nezbytné zaměřit se na komplexní péči o děti a to i v dětských domovech, kde jsou umístěné děti od 6 do 18 let. Komplexní péče o děti by tedy měla eliminovat záporny zmíněné ve dvou předchozích výzkumech. Instituce zabývající se péčí o ohrožené děti by také měly podporovat prevenci v rodinách, jak zmiňuji v prvním článku.

Kvalitativní výzkum podle Miovského (2006) popisuje do hloubky zkoumaný jev a nelze jej aplikovat na celou populaci, v mém případě na všechna dětská centra. Každopádně dětská centra vznikaly na podobném principu, proto si myslím, že výzkum by se dal aplikovat na další dětská centra a výsledky by byly obdobné. Ve své práci jsem se pokoušela, co nejpodrobněji analyzovat komplexní péči o děti. Původně jsem chtěla vypracovat i několik kazuistik dětí, které by popsaly podrobnou situaci dětí a následnou péči o ně. Bohužel mi to nebylo povoleno, což vidím jako nedostatek, kdy jsem mohla popsat péči z jiného hlediska a zaměřit se na konkrétní případy. Nedokonalost také vnímám v tom, že ohledně psychologické péče byl tázán pouze jeden psycholog. V druhém centru psycholog nebyl přítomen. Výzkum by se v budoucnu mohl rozšířit o kvantitativní výsledky ohledně interdisciplinární péče o děti, které by zaštiťovaly všechna centra v České republice.

Omezení také vnímám v tom, že jsem se nezabývala komparací dětských center se současnými zařízeními ústavní výchovy a také srovnáním péče o děti v historickém

měřítku. Získané informace mohly ukázat další skutečnosti a vývoj péče o děti v ústavní výchově, což by mohlo být součástí další diplomové práce.

Ústavní výchova je neoddelitelnou součástí náhradní výchovy. I když by na prvním místě v péči o dítě měla stát původní rodina, domnívám se, že hranice mezi tím, co ohrožuje dítě a důležitostí biologické rodiny je otázkou. Z interview často vyplývá, že děti z původních rodin přicházejí do dětských center opožděné ve svém vývoji a i přesto, že se zde jejich stav zlepšuje, je podstatná intervence biologické rodiny. Stát se snaží zaměřit na rodinnou formu náhradní výchovy, jako je náhradní rodinná péče, avšak spolupráce by měla probíhat v meziresortním a mezioborovém měřítku. Velkým pozitivem u dětských center je právě provázanost spolupráce s pěstouny a orgánem sociálně-právní ochrany dětí, kdy je zajištěna nejlepší forma péče o dítě.

Dětskými centry jsem se zabývala, jelikož s nimi skrz práci v Maltézké pomoci spolupracuji. Dle mého uvážení se o těchto typech zařízení pro ohrožené děti v laické veřejnosti neví. Z mé zkušenosti vím, že mnoho lidí má negativní pohled na ústavní výchovu, ale z výsledků práce je zřejmé, že dětská centra zabezpečují kvalitní a komplexní péči o děti a zaměřují se i na preventivní opatření. Výsledky by mohly zvýšit povědomí o dětských centrech a také by se výsledky daly aplikovat v další transformaci systému péče o děti. Přispěly by tak k potvrzení účinnosti, komplexnosti a rychlosti péče o ohrožené děti.

## 8 Závěry

Na základě zjištěných výsledků lze definovat interdisciplinární péči o děti v dětských centrech. Na péči se podílejí odborníci z různých odvětví, získávají rozsáhlejší informace o ohrožených dětech ubytovaných v centru. **Multidisciplinární péče** o děti zahrnuje **psychologickou péči**, kterou vyplňuje práce psychologa, dále **pedagogickou, volnočasovou a výchovnou činnost** zabezpečují speciální pedagog, vrchní sestra, dětské sestry a pracovníci v přímé péči. Náplň práce dětských sester a pracovníků v přímé péči souvisí s každodenním kontaktem s dětmi a tedy výchovnou činností. Vrchní sestra také zaujímá pozici v **organizačním chodu** dětského centra. Speciální pedagog spolu s psychologem vytváří individuální plán dítěte na základě vyšetření v daných oblastech. Pediatři zaopatřují **zdravotní péči** o děti. V dětském centru je také přítomna sociální pracovnice, která zajišťuje kontakt s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte. Tím poskytuje všem spolupracovníkům veškeré informace o **situaci dítěte**. Informace spočívají ve zjištění bytových podmínek rodiny, socioekonomického statusu, vztahů v rodině a hlavně se jedná o důvod umístění dítěte.

Z výsledků vyplývá, že péče o děti v dětských centrech je kvalitně zajištěná všemi odborníky. Péče plní všechny oblasti správného vývoje dítěte. Nedostatek je spatřován v chybějící vztahové osobě, což dětské centrum nemůže poskytnout. Proto je důležitá spolupráce s rodinou dítěte.

## Souhrn

V teoretické části bakalářské diplomové práce popisuji vývoj dítěte od narození po předškolní rok v hlavních oblastech, definuji jeho základní psychické potřeby a charakterizuji, jakým způsobem může dojít k ohrožení dítěte, a jaké mohou být následky. Také se zabývám systémem ochrany dítěte, včetně právního zakotvení a formulování náhradní výchovy v České republice. Navazuji na autory z vývojové psychologie, hlavně na Kateřinu Thorovou Ph.D., Prof. PhDr. RNDr. Marii Vágnerovou, CSc., Prof. PhDr. Josefa Langmeiera, CSc. a PhDr. Danu Krejčířovou. Má práce také souvisí s výzkumy Prof. PhDr. Zdeňka Matějka, CSc., který se podrobně zabýval psychickou deprivací a psychickými potřebami dětí.

Všechny tyto oblasti souvisejí s empirickou částí, kde byl stanoven cíl popsat péči o děti v dětských centrech a pomocí výzkumného šetření prozkoumat interdisciplinární péči o děti v dětských centrech. V dílčím cíli se zaměřuji na analyzování práce pracovníků dětských center.

Jedná se o kvalitativní výzkum, kdy jsem jako metodu získávání dat zvolila strukturovaný rozhovor a zkoumaný vzorkem byly pracovníci dvou dětských center, které jsem vybrala z důvodu spolupráce s Maltézskou pomocí. Zvolila jsem pracovníky, kteří zajišťují péči psychologickou, pedagogickou, výchovnou, sociální, ve smyslu hledání řešení pro umístěné dítě, a péči zdravotní. Společnou participací pracovníků pak dochází k interdisciplinární péči o děti v dětských centrech. Jedná se také o prevenci, kontakt s původní rodinou a efektivní zlepšení situace dítěte.

Data byly interpretovány na základě zakotvené teorie, což znamená, že jsem neurčovala teorie, ale spíše jsem sledovala, jaké významné oblasti se objeví. Závěr empirické části lze stručně shrnout do pár vět. Interdisciplinární péče o děti v dětských centrech je na vysoké úrovni, kdy se dítěti poskytuje veškerá potřebná péče. Analýzou činnosti zaměstnanců dětských center jsem byla schopna komplexně popsat důvody přijetí dítěte, průběh péče o děti i důvody ukončení pobytu dítěte. Výsledky potvrdily komplexnost, centralizaci a rychlost péče o děti v dětských centrech.

Nedostatkem může být interview jen s jedním psychologem, jelikož v druhém centru nebyl přítomen. Dále jsem měla v úmyslu doplnit interview kazuistikami dětí, což mi nebylo umožněno vzhledem k ochraně osobních údajů.



## Seznam použité literatury

### Seznam tištěné literatury

- Bjorklund, D. F., & Causey, K. B. (2018). *Children's thinking: cognitive development and individual differences*. United States of America: SAGE Publications.
- Blatný, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum.
- Bubleová, V., Vránová, L., Vávrová, A., & Frantíková, J. (2011). *Základní informace o náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče o. s.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology*. New Jersey: Wiley.
- Drapela, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z., & kol. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing.
- Elliot, J., & Place, M. (2002). *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada Publishing.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
- Matějček, Z. (2005). *Prvních 6 let ve vývoji dítěte*. Praha: Grada Publishing.
- Matějček, Z. (2015). *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Murray, L. (2016). *Psychologie malých dětí*. Praha: Triton.
- Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Nožířová, J. (2012). *Náhradní rodinná péče*. Praha: Linde Praha.
- Pemová, T., & Ptáček, R. (2012). *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Pöthe, P. (1996). *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G.
- Ravneet, K., Vinnakota, A., Panigrahi, S., & Manasa, R. (2018). A Descriptive Study on Behavioral and Emotional Problems in Orphans and Other Vulnerable Children Staying in Institutional Homes. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 402,161-168. Databáze: Academic Search Ultimate.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem - Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

- Schneiberg, F. (2009). *Dětská centra – moderní nástroj komplexní péče o ohrožené děti a jejich rodinu*.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie - Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vaníčková, E., & kol. (1995). *Násilí v rodině - syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Karolinum.
- Vávrová, S. & Nováková Kroutilová, R. (2015). Transformace systému péče o ohrožené děti očima ředitelů dětských domovů. *Sociální pedagogika/Social education*. 3(2), 25-37.
- Weiss, P., & kol. (2005). *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing.
- Zdravotnictví ČR: *Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období 2007–2016*. NZIS REPORT č. K/33 (08/2017).
- Zpráva ze systematických návštěv: *Zdravotnická zařízení poskytující péči ohroženým dětem do 3 let věku, kojenecké ústavy*. (2013). Brno: Veřejný ochránce práv - ombudsman.
- Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník
- Zákon č. 359/1999, Sb. o sociálně-právní ochraně dětí
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- Zákon č. 109/2002 Sb. o ústavní výchově
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách

## Seznam elektronických zdrojů

Dětské centrum Ostrůvek. (2019). *Vítejte na stránkách Dětského centra Ostrůvek*. Získáno z Dětské centrum Ostrůvek: <http://www.dc-ostruvek.cz/>.

Dvořák, J. (22. listopad 2007). *Systém náhradní výchovy*. Získáno z <https://docplayer.cz/125267-System-nahradni-vychovy-jakub-dvorak.html>.

Herentin, V. (24. březen 2017). *Šance dětem: Emoční potřeby dítěte a důsledky jejich deprivace*. Získáno z Šance dětem: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/psychicke-problemy-ditete/emocni-potreby-ditete-a-dusledky-jejich-deprivace.shtml>.

Ježková, Z. (7. září 2018). *Šance dětem: Mýty a fakta o sexuální zneužívání dětí*. Získáno z Šance dětem: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/myty-a-fakta-o-sexualnim-zneuživani-deti-63.html#p-mid>.

Schneiberg, F. (2011). Děti jsou ohroženější, než se může zdát. *Právo a rodina*, 13(4), s. 12-16. Získáno 25. ledna 2019

z <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/odborna-knihovna/deti-jsou-ohrozenejsi-nez-se-muze-zdat-18263.html>.

Skasková, P. (23. leden 2019). *Šance dětem: Situace před odebráním dítěte*. Získáno z Šance dětem: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/dite-mimo-vlastni-rodinu/situace-pred-odebranim-ditete.shtml>.

Smrž, J. (4. duben 2016). *Šance dětem: Co se skrývá pod orgánem sociálně právní ochrany dětí?* Získáno z Šance dětem: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/problemy-v-rodine/co-se-skriva-pod-organem-socialne-pravni-ochrany-deti.shtml>.

Střediska náhradní rodinné péče, o. s. (23. leden 2019). *Šance dětem: Systém náhradní péče*. Získáno z Šance dětem: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemovye-situaci/dite-mimo-vlastni-rodinu/system-nahradni-pace.shtml>.

Úmluva o právech dítěte. (2004-2019). Získáno z UNICEF - Česká republika: <https://www.unicef.cz/aktualne/82292-umluva-o-pravech-ditete>.

Běhounková, L. (2011). *Rozvoj sociálních dovedností ohrožených dětí v institucionální výchově v kontextu přípravy na samostatný život (Disertační práce)*. Získáno 12. března 2019 z [https://is.muni.cz/th/qen12/Disertacni\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/qen12/Disertacni_prace.pdf).

## **Seznam příloh**

**Příloha 1:** Abstrakt v českém a anglickém jazyce

**Příloha 2:** Interview s pracovníky dětských center v přesném znění

**Příloha 1:** Abstrakt v českém a anglickém jazyce

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Interdisciplinární péče o děti v dětských centrech

Autor práce: Bc. Michaela Krejčí

Vedoucí práce: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Počet stran a znaků: 59 stran a 113 816 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů literatury: 46

Bakalářská diplomová práce je zaměřena na interdisciplinární péči o děti v dětských centrech. V teoretické části jsou definovány vývojové mezníky ve třech základních oblastech vývoje dítěte do šesti let. Dále se zabývám formami ohrožení dítěte, rizikovými faktory a psychickou deprivací, která vzniká jako důsledek těchto ohrožení. Charakterizují také právní zakotvení práv a povinností dítěte a také systém péče o dítě, pokud je v ohrožení. V souvislosti s empirickou částí se věnuji popisu dětských center. Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, kdy jsem použitím strukturovaného interview získala data ohledně komplexní péče o děti v dětských centrech. Interview jsem prováděla s pracovníky dvou dětských center a soustředila jsem se na psychologa, speciální pedagogy, sociální pracovníce, vrchní sestry a pediatry. Cílem bylo analyzovat danou interdisciplinární péči v dětských centrech. Výsledky přispívají k potvrzení komplexnosti, centralizovanosti a rychlosti péče o děti v dětských centrech.

Klíčová slova: dětské centrum, děti, ohrožené, komplexní péče

## ABSTRACT OF THESIS

Title: Interdisciplinary care about children in children's centers

Author: Bc. Michaela Krejčí

Supervisor: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Number of pages and characters: 59 pages a 113 816 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 46

The bachelor thesis is focused on interdisciplinary care of children in children's centers. The theoretical part defines developmental milestones in three basic areas of child development within six years. I also deal with forms of child threats, risk factors and psychological deprivation that arise as a result of these threats. I also describe the legal enshrinement of the rights and obligations of the child and also the child care system. In connection with the empirical part, I describe the children's centers. The empirical part focuses on qualitative research, when I used the structured interview to obtain data on comprehensive childcare in children's centers. I interviewed the staff of two children's centers and focused on psychologists, special educators, social workers, nurses and pediatricians. The aim was to analyze the given interdisciplinary care in children's centers. The results contribute to confirming the complexity, centrality and speed of childcare in children's centers.

Keywords: children's center, children, endangered, comprehensive care

## **Příloha 2:** Interview s pracovníky dětských center v přesném znění

### **1. okruh – Detekce a diagnóza**

#### **➤ Co je náplní Vaší práce v dětském centru?**

Psycholog

*Náplň mojí práce zahrnuje péči o děti v dětském centru, tedy lůžkovou péči a ambulantní péči. Jako psychologka poskytuji psychologické vyšetření dětí, psychologické poradenství, terapii a krizovou intervenci, zmíněné služby jsou určeny dětem a jejich rodinám. Dále je důležitá spolupráce s ostatními pracovníky dětského centra, například se sociální pracovníci, speciálním pedagogem, dětským lékařem a zdravotními sestrami, které zajišťují přímou péči o děti.*

Speciální pedagog 1

*Moje náplň práce zahrnuje dvě oblasti. První oblast je poskytování edukace rodičům, spíše matkám, po odchodu z nemocnice. Jedná se o matky, které nemají výchovné zkušenosti. Například posílení laktace, jak pečovat o dítě i o dítě se zdravotním omezením. V této oblasti nabízím i ambulantní a terénní služby rodinám s dětmi do školkového roku, kdy mě informuje orgán sociálně-právní ochrany dětí. Jsou to matky například drogově závislé, mají více dětí a nezvládají péči, může se jednat také o nezralé matky. Služby mají sociálně-zdravotní plus edukační rozměr. V druhé oblasti se zaměřuji na děti svěřené do péče dětského centra. Navazuji s dětmi kontakt, dělám speciálně-pedagogické vyšetření, individuální plán, aktivity s dětmi.*

Speciální pedagog 2

*V dětském centru pracuji jako speciální pedagog. Mojí náplní práce je vypracování individuálního výchovného plánu pro děti z dětského centra i pro děti se zdravotním postižením. Organizuji volnočasové aktivity. Dále se zabývám podporou rozvoje rodičovských kompetencí u biologické rodiny dítěte. Mé služby se dělí na ambulantní, což zahrnuje péči o děti umístěné v dětském centru. Kde se pokouším spolu s rodiči napravit prostředí, aby se dítě do rodiny mohlo vrátit. A dále služby terénní, což zahrnuje hlavně prevenci, aby nedošlo k odebrání dítěte.*

*Také připravuji školní děti do školy, pokud jsou to děti, které v danou chvíli nemohou navštěvovat školu, pracuji s nimi podle osnov školy v externí výuce.*

Sociální pracovnice 1

*Pracuji jako sociální pracovník pro ústavní výchovu v dětském centru a zvláště pro zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Náplní mé práce je hlavně administrativa, různá hlášení, příjmy dětí, ukončování pobytu a to i u dětí zdravotně postižených. Zpracovávám*

veškerou agendu spojenou s příjmem dětí, jejich evidencí a ukončení pobytu v dětském centru. Mám oznamovací povinnost na zřizovatele, tedy Olomoucký kraj a na odbor sociálních věcí v Olomouci, kde je informuji o přijatých dětech. Dále pak podle rozhodnutí krajského úřadu dostáváme na dítě státní příspěvek. Dále pak pracuji jakou součástí interdisciplinárního týmu s pediatrem, psychologem, speciálním pedagogem, například i s fyzioterapeutem a s dětskými sestrami.

#### Sociální pracovnice 2

Mou náplní práce je řešení sociální situace dětí. Hlavně se jedná o administrativu, zakládání spisů všem dětem. Nejedná se tedy o přímou péči o děti, ale o souhrn administrativních prací související s příjmem, evidencí a ukončování pobytu dětí.

#### Vrchní sestra 1

Náplní mojí práce je kontrolní činnost, personální administrativa, provoz celého centra, plány služeb, to znamená denní noční služby zdravotních sester, nákupy a hlavně organizační činnost. Zajišťuji také nákupy jídla a zdravotnických materiálů, kdy musím požádat ředitelku, ta to schválí a poté informuji sekretářku o dodacích listech. Také prezentuji centrum navenek, obrací se na mě sponzoři. Spolupracuji hlavně s hlavní sestrou a ředitelkou, z jiného pracoviště, pod které spadáme. Zatupuji také sociální pracovníci v její nepřítomnosti. Pokud se objeví nárazová situace ohledně dětí, řešíme ji komplexně jako multidisciplinární tým.

Kontrolní činnost spočívá v auditech, kontrola únikových cest v centru, kontrola zdravotních sester při podávání stravy, léků. Kontrola probíhá na základě standardů kvality, kdy zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc mají standardy trochu jiné.

#### Vrchní sestra 2

Jsem vrchní sestra a mou náplní práce je organizace celého chodu zařízení po zdravotní i ošetrovatelské stránce. Zajišťuji zásobování, rozpisy a výkazy služeb, také kontroly služeb, zdravotnické materiály, oblečení pro děti apod. Také zajišťuji aktivity dětí, ve školkách, mimoústavní aktivity.

#### Pediatr 1

Starám se o děti po zdravotní stránce. Jedná se hlavně o děti z ústavní výchovy. Děti přijaté do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc mají vlastního registrovaného lékaře, proto řeším maximálně akutní případy, kdy například rodiče nejsou dostupní. Mám zde také ambulanci, kdy ke mně docházejí děti a dorost, jež nejsou v péči dětského centra.

#### Pediatr 2



*Moje náplň práce je realizována ve dvou oblastech. První je zdravotnická péče o děti v dětském centru a jedná se o děti umístěné do ústavní výchovy. Jsou to i děti s různými handicapem a postiženími. Další oblast je ambulantní dětská ordinace, kam dochází děti z okolí.*

➤ **S jakými zařízeními mimo dětské centrum nejčastěji spolupracujete?**

Psycholog

*Při své práci spolupracuji např. s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) ohledně řešení sociální situace umístěných dětí a zajištění psychologické péče. Jako psycholog se v případě potřeby účastním případových konferencí, kde jsou jednotlivé případy dětí s pracovníky OSPOD projednávány. OSPOD a také např. soudy mohou v některých případech žádat o spolupráci při poskytování informací a zpráv ohledně umístěných dětí. Dále spolupracujeme třeba se školami, školkami, s pedagogicko-psychologickou poradnou či speciálně-pedagogickým centrem, kam děti posíláme např. k posouzení odkladu školní docházky. Jako psycholog dále spolupracuji s organizací Maltézská pomoc, která v dětském centru zajišťuje dobrovolnický program pro umístěné děti.*

Speciální pedagog 1

*Orgán sociálně-právní ochrany dítěte, psychologové, psychiatři, speciálně pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny, logopedie, organizace doprovázející pěstouny, školy mateřské školy. Interdisciplinární spolupráce je velmi provázaná. Alespoň jednou měsíčně se personál, který se stará o děti setkává na intervizích, kde řešíme situaci dětí, jejich stav, jaké další strategie budeme volit. Také probíhají provozní porady, a supervize pracovníků.*

Speciální pedagog 2

*Jsou to mateřské školy, základní školy, samozřejmě i speciální školy. Dále s pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickými centry a orgánem sociálně-právní ochrany dítěte.*

Sociální pracovnice 1

*Nejčastěji spolupracuji s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte. Jedná se o největší gró mojí práce. První impulz o přijetí dítěte je většinou od nich. Sociální pracovnice na OSPODU volá mě, jestli máme kapacitu a pokud příjem bude, informuji celý tým. S OSPODem vše vyřizuji, hlavně po administrativní stránce. Existují tři důvody pro umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Dále spolupracuji s policií, ohledně plnění vyživovací povinnosti rodičů nebo zpětné vyhledávání rodičů a*

děti. S tím souvisí i spolupráce se soudem, který si žádá zprávy, například ohledně projevení zájmu rodičů, jestli platí příspěvky, jaký je vývoj dítěte. Také spolupracuji s krajským i městským úřadem, s azylovými domy pro matky nebo rodiče s dětmi, se SOS Kompas, což jsou dětské vesničky, které kontaktuji v případě krizové intervence.

#### Sociální pracovnice 2

Nejvíce spolupracuji s obecním úřadem s rozšířenou působností, s orgánem sociálně právní ochrany dítěte, dále také se soudy a policií, kterým poskytujeme různé zprávy, pokud se rodiče na dětech dopouští trestních činů. Spolupracuji s azylovými domy, neziskovými organizacemi, například s Člověkem s tísní, Dobrou rodinou, Charitou, Maltézskou pomocí. Jde hlavně o organizace pracující s rámci péče o rodinu. Dále mateřské školy, základní školy, speciálně pedagogická centra, střediska rané péče, pedagogicko-psychologické poradny, školní dětské domovy.

#### Vrchní sestra 1

V případě, že zastupuji sociální pracovníci, spolupracuji s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Dále při různých akcích spolupracuji se sborem Motýli, který nám každoročně zpívají u Radnice a výtěžek jde na naše centrum. Také spolupracuji se Střední Průmyslovou školou, kdy nám studenti pomáhají při organizování různých akcí, volnočasových aktivitách, také dělají sbírky pro naše centrum. Například vybrali určitý obnos a věnovali nám reflexní vesty pro děti a výlet do ZOO. Spolupracujeme také s Maltézskou pomocí, kdy děti navštěvují dobrovolníci a ti jim poskytují různé volnočasové aktivity, pořádají akce a výlety. Spolupracujeme také s městem, například při uskutečňování akce Strom splněných přání.

#### Vrchní sestra 2

Ohledně zdravotnické péče spolupracuji, podobně jako pediatr s různými ambulancemi (zubní, psychiatrická, oční), s dětskou klinikou, fakultní nemocnicí, s dalšími lékaři. Skrz školní docházku spolupracuji s mateřskými školami, dětským stacionářem. Dále s Maltézskou pomocí, s domovy dětí a mládeže, kam děti chodí na kroužky. S různými sponzory např. Dobré místo pro život. Také střední zdravotní škola u nás má pravidelné praxe.

#### Pediatr 1

Nejčastěji spolupracuji s dětským oddělením v nemocnici daného města. Dále s dětskou klinikou v Olomouci a s fakultní nemocnicí v Brně, oddělení ortopedie. Také jsem v kontaktu s dalšími ambulantními službami v tomto městě.

#### Pediatr 2

*Spolupracuji s dalšími ambulancemi. Například se jedná o oční, zubní nebo i psychiatrickou ambulanci. Také s dětskou klinikou, fakultní nemocnicí.*

➤ **Jak probíhá vyšetření přijatého dítěte v oblasti Vaší profese?**

Psycholog

*Po přijetí dítěte nejdříve probíhá jeho adaptace na nové prostředí, délka a průběh adaptace může být značně individuální, např. dle věku dítěte. Po adaptaci na nové prostředí (obvykle v 1. měsíci po přijetí) je realizováno psychologické vyšetření. Vyšetření může být zaměřené na různé oblasti dle potřeby, např. posouzení psychomotorického vývoje, rozumových schopností, osobnosti či rodinných vztahů. Na základě vyšetření se stanovuje doporučení ohledně další potřebné péče (např. logopedie), vhodného přístupu k dítěti s ohledem na jeho potřeby, stanovení vhodných aktivit pro rozvoj psychomotorického vývoje, apod. Po určité době, dle potřeby a vývoje stavu dítěte, probíhají kontrolní vyšetření.*

Speciální pedagog 1

*Jde spíše o diagnostiku, z mé pracovní pozice spíše o posouzení stavu dítěte. Diagnóza je pak výsledek všech vyšetření, které může stanovit jen lékař. Posuzuji ze speciálně pedagogického hlediska děti v rozumových schopnostech, jemnou, hrubou motoriku, sebeobsluhu, myšlení, řeč, chování. Také se zaměřuji na posouzení stupně postižení dítěte.*

Speciální pedagog 2

*Jako speciální pedagog provádím speciální pedagogickou diagnostiku, jedná se o vstupní diagnostiku. Zhodnocuji všechny oblasti vývoje dítěte. Jde, podobně jako v psychologii o anamnézy, aktuální stav, také například psychomotorický, kognitivní, osobnostní vývoj dítěte.*

Sociální pracovnice 1

*Já hledám spíše důvod přijetí dítěte. Například u zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc se zpočátku pravý důvod nemusí vědět. Dítě být přijato musí, protože se jedná o akutní případ a ohrožení dítěte. Jako tým zpracováváme anamnézu o dítěti.*

Sociální pracovnice 2

*Posuzuji sociální situaci dítěte společně s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte a s rodiči. Spolu s nimi také vypracováváme plán ke zlepšení rizikové situace a cílem je navrátit dítě do původní rodiny. Neposuzuji tedy stav dítěte samotného ale celkovou situaci a okolnosti, které mohou být ohrožující.*

Pediatr 1

*Diagnózu určuji buď za v doprovodu rodičů, kdy například zacvičuji matky v péči o dítě, nebo děti vyšetřuji bez doprovodu rodičů. Diagnóza začíná vstupní prohlídkou a zajištění zdravotní dokumentace dítěte. Pokud jsou děti postižené, určuji jim diagnózu a následnou péči.*

Pediatr 2

*Vyšetření začíná vstupní prohlídkou dítěte. Kontroluji jeho zdravotní dokumentaci, například očkovací průkaz, různé spisy od ostatních lékařů apod. Jestliže se objeví zdravotní problém, poskytuji dětem zdravotní péči, nebo posílám do jiných ambulancí. Dětem s handicapem stanovuji diagnózu, určuji další péči a komplexně danou péči řeším s vrchní sestrou, dětskými sestrami, speciálním pedagogem atd.*

➤ **Jakými rizikovými faktory bývají děti ohroženy?**

Psycholog

*Jako první bych určitě zmínila syndrom CAN, tedy problematiku týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Často to bývá také ohrožení sociálním prostředím, kdy se u rodičů můžeme setkat například se zneužíváním návykových látek, pobytem ve vězení, domácím násilím, chybějícím rodinným zázemím, sníženými výchovnými dovednostmi, osobnostní nezralostí, absencí financí či bydlení. Děti jsou do dětského centra přijaty z výše uvedených sociálních důvodů, pokud je nepříznivě ovlivněn jejich další vývoj a není nikdo další z rodiny, kdo by o dítě mohl pečovat. Dalším důvodem přijetí může být zdravotní stav dítěte, jedná se např. o děti s různými formami postižení v kombinaci se zmíněnými sociálními riziky, kdy rodina není schopna dostatečnou péči o dítě zajistit. Další skupinou jsou např. děti předčasně narozené, nezralé, děti s vrozenými vývojovými vadami či jinou zdravotní indikací - v této oblasti zařízení poskytuje možnost zácvičku v péči o dítě, které je přijato k pobytu i spolu s matkou.*

Speciální pedagog 1

*Jestliže myslíte rizikové faktory, které vedou k umístění dětí do dětského centra, tak jsou to situace, kdy se rodiče neumějí, nechtějí nebo nemohou o dítě starat. V prvním případě je nejčastější drogová závislost rodiče, který nemá oporu rodiny a díky tomu dochází k zanedbávání dítěte. Rodiče také mohou sami pocházet z nepodnětného prostředí, a proto neumějí správné prostředí pro dítě zajistit. Pokud se rodiče starat nechtějí, okolnosti mohou být podobné, plus může být rodič ve výkonu trestu. V posledním případě jde o bytovou a finanční situaci. Rodiče mohou být zadlužení, nezaměstnaní, vyskytuje se špatná finanční gramotnost. V důsledku těchto událostí ztrácí bydlení a potřebují pomoc. Dané faktory se často prolínají. Důležité jsou také osobnostní faktory rodičů.*

Speciální pedagog 2

*Je to právě prostředí, kterým jsou děti nejčastěji ohroženy. Různé závislosti u rodičů, nejvíce drogy a alkohol. Dále určitě nízká socioekonomická úroveň rodiny, s čímž souvisí i nezaměstnanost rodičů. Také se jedná o nezralost rodičů, nezletilé matky.*

Sociální pracovníce 1

*Nejčastěji to jsou bytové a finanční důvody. Jako další bych hned uvedla různé závislosti, hlavně drogy a alkohol. Velmi často se objevují matky alkoholičky, které nejsou schopny poskytnout dítěti náležitou péči.*

Sociální pracovníce 2

*Mohou to být sociální, sociálně-zdravotní a čistě zdravotní důvody. U sociálních důvodů to jsou často drogově závislí rodiče, rodiče ve výkonu trestu. Také se jedná o situaci finanční, kdy rodiče bývají zadlužení, a hrozí ztráta bydlení. Rodiče také mohou vést rizikový způsob života, a pokud mají větší počet dětí, nezvládají péči o ně. Rizika vznikají při kombinaci sociálního důvodu a určitého handicapu dítěte, kdy rodiče nezvládají péči.*

Vrchní sestra 1

*Jsou faktory na straně sociální a sociálně zdravotní a pak jen zdravotní.*

Pediatr 1

*Z lékařského hlediska jde o rizika infekce, alergie, poruchy imunity. Překvapivě děti bývají očkovány, což bývá proto, aby se neidentifikovala nefunkčnost v rodině. Častější je zanedbání dítěte a špatná výživa dítěte.*

Pediatr 2

*Děti bývají často ohroženy špatnou výživou, která může souviset s nízkým socioekonomickým statutem rodiny. Aby dítě nebylo ohroženo na vývoji, musí matka dbát na správnou výživu, jak v těhotenství, tak v období postnatálním. Vyskytují se také kombinace rizikových faktorů. Děti mají určitý handicap a zároveň se o ně rodiče nedokáží správně postarat.*

## **2. okruh – Terapie**

- **Jaké projevy chování jsou pozorovatelné u dětí přijímaných do dětských center?**

Psycholog

*To bývá hodně individuální, není možné stanovit určité stejné projevy chování u všech dětí. Každé dítě má své specifické projevy chování, které záleží např. na situaci, ve které se dítě nachází (rodinné, sociální), jeho věku, osobnosti, zdravotním a psychickým stavu, atd. Některé děti se na prostředí dětského centra adaptují rychleji, jiným trvá adaptace déle a*

*mohou zpočátku smutnit po původní rodině. U dětí se můžeme setkat s různými psychickými obtížemi, zdravotními riziky a druhy postižení (tělesné, smyslové, mentální či jejich kombinace), projevy podnětové a citové deprivace, atd. Žádné poruchy či patologie se v projevu dětí také objevit nemusí. Z psychických poruch je možné jmenovitě uvést reakce na stres, poruchy chování a emocí, psychosomatické obtíže, poruchy spánku, enurézy, enkoprézy, atd.*

Speciální pedagog 1

*U handicapovaných dětí projevy chování odpovídají druhu postižení. U dětí bez postižení může jít o opoždění ve vývoji, kdy zjišťuji na jaké úrovni dítě je. Rozdělujeme projevy zanedbání dítěte a souvislost se zdravotním stavem. Uvedu příklad chlapce, jež měl diagnostikovaný autismus, ale v zařízení se začal projevovat mnohem lépe a došlo ke zlepšení stavu, kdy je otázka, jestli to bylo v důsledku zanedbání nebo vzhledem ke zdravotnímu stavu.*

Speciální pedagog 2

*Zrovna aktuálně jsme přijali děti, které mají problém se záškoláctvím. Jinak se to u dětí liší. Některé jsou plačtivé, další jsou usměvavé, těší se na změnu. Často jsou děti velmi motivované, protože dostanou najíst, v centru mají celkově lepší podmínky než v rodinném prostředí. Samozřejmě se také objevují projevy deprivace, kdy jsou děti opožděné, a chování je nepřiměřené věku. Například pětiletý kluk si cucá palec.*

Sociální pracovnice 1

*Děti jsou zpočátku vděčné, zakřiknuté. Jsou rády za to, že mají stabilní prostředí, jídlo, oblečení a určitou péči. Ve vývoji jsou velmi často opožděné, hlavně co se týká řeči, sociálních dovedností a hygienických návyků. U starších sourozenců lze pozorovat přebírání role rodiče, jelikož jsou zvyklí se doma starat o mladší sourozence.*

Sociální pracovnice 2

*Projevy jsou individuální, vždy závisí na tom, z jakého prostředí dítě pochází. Vyskytuje se opoždění v důsledku zanedbání péče. Dětem chybí základní hygienické návyky, jsou opožděny i v řeči. Například děti z prostředí domácího násilí mohou projevovat verbální i fyzickou agresi.*

Vrchní sestra 1

*Jde hlavně o to, odkud dítě přichází. Hodně to bývají děti problematické ve svém chování a děti, které nejsou umístitelné. U dětí z rodin s nízkým socioekonomickým statusem se často objevuje opoždění ve vývoji. Neumí základní hygienické návyky, zaostávají v řeči. Také bývají emočně i podnětově deprivované.*

Pediatr 1

*Většinou záleží na důvodu umístění dítěte. Deprivované děti jsou ustrašené, některé nejsou vůbec zvyklé být v nějakém prostoru a vždy hledají úkryt, jelikož byly stále zavírány v postýlkách. Trpí také nadměrným strachem, citovou deprivací, což se může projevat tiky apod. U dětí se také objevuje agrese.*

Pediatr 2

*Děti přijímané do ústavní výchovy jsou velmi často deprivované, hlavně podnětové. Vývojový stupeň neodpovídá věku dítěte. Nejčastěji se jedná o řeč, sociální komunikaci a hygienické návyky. Jsou viditelné i následky citové deprivace, strach, agrese.*

➤ **Jak se podílíte na péči o dítě a v jakých oblastech péči zajišťujete?**

Psycholog

*Zaměřuji se na psychologickou péči, vše, co je zmíněno v první otázce k náplni práce.*

Speciální pedagog 1

*Mám každodenní kontakt s dětmi, zajišťuji volnočasové aktivity, péče je provázaná buď individuální práce s dítětem, nebo skupinová péče o děti.*

Speciální pedagog 2

*Zajišťuji speciálně pedagogické intervence, u dětí dělám diagnózy a terapie uvedené v první otázce. Jinak pracuji s dětmi většinou formou hry. Hlavně se pokouším pracovat s rodinou v rámci sanace rodiny. Každopádně péče je vždy poskytována komplexně.*

Sociální pracovníce 1

*Přímo na péči o děti se nepodílím. Zajišťuji vše ohledně dalšího průběhu pobytu dětí, vyřizuji dětem zdravotní průkazy a další dokumentaci. Také u rodičů řeším všechny potřebné náležitosti, například příjmy, příspěvky.*

Sociální pracovníce 2

*Nepodílím se na přímé péči o dítě, spíše se podílím na právní stránku situace. Komunikuji s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte.*

Vrchní sestra 1

*Je to spíše organizační činnost a kontrolní činnost. Dětem zajišťuji péči touto formou, jak jsem již popsala v první otázce.*

Vrchní sestra 2

*Poskytuji péči zdravotnické, ošetrovatelské, výchovné, pedagogické. Celkově v centru zajišťujeme komplexní péči i ve spolupráci například s fyzioterapeuty, lékaři a péče je velmi provázaná.*

Pediatr 1

*Zajišťují zdravotní péči o děti. Jedná se o preventivní prohlídky, pravidelné kontroly, očkování. Také zajišťují zdravotnickou péči v akutních případech.*

Pediatr 2

*Jedná se o zdravotnickou péči o děti. Vyšetření, kontrolní prohlídky, stanovení diagnóz. V případě nemoci zajištění potřebné medikace.*

➤ **Kdo zajišťuje výchovnou péči o děti a volnočasové aktivity?**

Psycholog

*Danou péči zajišťují zdravotní sestry a speciální pedagog.*

Speciální pedagog 1

*Výchovnou péči zajišťují dětské sestry a já jako speciální pedagog. Společně pořádáme různé hry, akce, například jezdíme do Krokodýlka (zábavní park), na koně, na plavání.*

Speciální pedagog 2

*Jak jsem již zmínila, vypracovávám individuální výchovný plán, podle kterého se pak řídí dětské sestry a pracovníci v přímé péči s dětmi. Dětské sestry a ošetřovatelky jsou pak pod mým vedením ve výchovné péči.*

*Volnočasové aktivity poskytují dobrovolníci z Maltéžské pomoci a studenti z průmyslové školy. Snažíme se také zintegrovat děti do kroužků v domově dětí a mládeže.*

Sociální pracovnice 1

*Danou péči o děti a volnočasové aktivity zajišťují pracovníci v přímé péči a speciální pedagog. Aktuálně zde byla akce pečení perníčků, v nejbližší době proběhne karneval. Také spolupracujeme s Maltéžskou pomocí a jejich dobrovolníky, se střední průmyslovou školou, která si připravuje mnoho aktivit pro děti. Dále se o dané oblasti stará vrchní sestra.*

Sociální pracovnice 2

*Odpoví spíše speciální pedagog a vrchní sestra.*

Vrchní sestra 1

*Danou péči poskytují zdravotní sestry a speciální pedagog. Volnočasové aktivity mohou poskytovat i studenti ze střední školy nebo dobrovolníci z Maltéžské pomoci. Jako vrchní sestra nepracuji přímo s dětmi, na přímé péči se podílí zdravotní sestry. O dětech v centru přehled ale mám, kontrolu péči o ně, jejich stav, celkovou situaci.*

Vrchní sestra 2

*Dětské sestry zajišťují i výchovnou i volnočasovou péči. Jedná se o přímou činnost. Zajišťují volnočasové aktivity o víkendech, odpoledne. Speciální pedagog vypracuje individuální plán, dle kterého se sestry řídí. Navštívíme kino, divadlo, muzea, zábavní*



centrum Krokodýlek, bazén apod. Tyto akce organizujeme se speciální pedagožkou. Dále spolupracujeme s dobrovolníky z Maltézské pomoci, kteří nám dělají doprovod při různých akcích a také nějaké akce pořádají. Individuální práce s dětmi z jejich strany spočívá v tom, že dítě má svou tetu a s dobrovolníkem si tvoří vztah.

➤ **Jakým způsobem pracujete s rodiči a s dětmi?**

Psycholog

Rodina umístěného dítěte může v případě potřeby využít služeb odborného poradenství a konzultací s personálem DCO (psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog). Pro vzájemnou spolupráci je důležitá především motivace rodičů a zájem o řešení situace. Cílem je podpořit vzájemné vztahy a zdravý kontakt dítěte s jeho rodinou. Průběh spolupráce a kontaktů dítěte s rodinou je průběžně vyhodnocován pracovníky dětského centra a OSPOD. V případě zlepšení podmínek a sociální situace může dojít k navrácení dítěte zpět do původní rodiny. Po ukončení pobytu v zařízení nabízíme rodinám také návaznou péči ambulantní formou. Speciální pedagog kromě ambulantní služby nabízí i terénní formu spolupráce, kdy jezdí na konzultace přímo do vybraných rodin.

Speciální pedagog 1

Rodiče se snažím učit jednoduchým způsobem, jaké potřeby děti mají a jak je uspokojovat. Učím je také, jak s dětmi mají trávit volný čas apod. Jedná se o výchovně vzdělávací služby.

Speciální pedagog 2

Kromě toho, co jsem již podotkla, se zaměřuji na vedení rodičů k optimální péči o děti prostřednictvím ambulantních a terénních konzultací, které se zaměřují na rodinné kompetence a jejich uplatnění. Také kontroluji péči o děti, materiální zabezpečení, trávení volného času rodičů s dětmi. V souvislosti s tím jsem vymyslela pro rodiče s dětmi aktivizační „herničky“. Dětské sestry, rodiče a děti jsou ve společenské místnosti s hračkami a hrají různé hry, což má za cíl podporovat vztah rodičů a dětí, vedení dětí ke hře. Dětské sestry si pak všímají vztahu, jak se k sobě rodiče a děti chovají, jakým způsobem dokáží rodiče využít volný čas s dítětem.

Sociální pracovnice 1

Práce s rodiči je vlastně mojí hlavní náplní. Pokoušíme se o to, aby se poměry v rodině zlepšily natolik, aby mohlo dítě zpět. Pomáhám jim vyřídit si všechny potřebné příspěvky, aby se zlepšila situace finanční a následně i bydlení. Snažím se vést rodiče, aby projevily zájem, jelikož píše zprávy na OSPOD a na soud, kde jim to může pomoci. Rodičům poskytují i poradenství.

## Sociální pracovníce 2

*Pracuji hlavně s rodiči. Rodiče nemusí vůbec projevovat zájem o dítě a nejsme s ním v žádném kontaktu, jen v případě, že se jedná o podpis různých souhlasů a hospitalizací. Jsou i samozřejmě rodiče, kteří chodí za dítětem pravidelně a spolupracují. S rodiči také plánuji kontakt, pokud něco nefunguje, snažím se přizpůsobit komunikaci jejich intelektu, aby mi ve všem rozuměli. Jestliže něčemu nerozumí, pozvu si pediatra nebo speciální pedagožku, aby pomohli rodičům porozumět situaci.*

## Vrchní sestra 2

*S každým rodičem je jiná spolupráce, někteří chodí pravidelně, jiní nemají zájem se podílet na péči. Rodiče mohou být přijaty s dítětem a těm pomáháme při nácviku výchovných dovedností.*

## Pediatr 1

*Nejčastěji pracuji s matkami novorozenců, které se snažím edukovat v péči o dítě související se zdravotním stavem. Pokouším se na ně apelovat, aby s dětmi chodily na pravidelné prohlídky a vyšetření.*

## Pediatr 2

*Práce s rodiči souvisí s edukací matek. Ambulanci navštěvují matky, které nezvládají péči o dítě. V této oblasti spolupracuji se speciálním pedagogem.*

## **3. okruh – Prognóza**

### **➤ Jaké jsou důvody ukončení pobytu/přesunu dítěte do jiného zařízení?**

## Psycholog

*V případě zlepšení podmínek na straně rodiny dochází k návratu dětí zpět do původního rodinného prostředí (viz. výše). V jiných případech mohou děti přecházet do určité formy náhradní rodinné péče (pěstounská péče, adopce). Děti, které není možno umístit zpět do biologické či do náhradní rodiny, zůstávají v péči dětského centra, kde je snahou vytvořit takové podmínky, které jsou co nejvíce podobné podmínkám v běžné rodině. Děti, které musí nastoupit povinnou školní docházku, jsou poté nejčastěji přemísťovány do vybraného dětského domova.*

## Speciální pedagog 1

*Podrobněji Vám odpoví sociální pracovníce. Nejčastěji je to návrat zpět do rodiny, do náhradní rodinné péče, pěstounské péče. Děti jsou také přesouvány do dalších dětských domovů, když začnou chodit do školy. Mohou být také přesunuty do jiného zdravotnického zařízení.*

## Speciální pedagog 2

*Důvody pro ukončení pobytu v dětském centru jsou nejčastěji, dosažení věkové hranice tím pádem přesun do jiného zařízení, například do dětského domova se školou. Může to být také přesun do náhradní rodinné péče, nejlepší je samozřejmě dlouhodobá. Bohužel je někdy problematické najít místo pro dítě v jiném zařízení, například z důvodů zdravotního znevýhodnění. Dále se je ukončen pobyt dítěte v dětském centru, jelikož se zlepšily poměry v rodinném prostředí nebo pominul důvod umístění dítěte do dětského centra.*

Sociální pracovnice 1

*Podle výroční zprávy u nás v dětském centru bylo ubytováno 41 dětí, z nich 19 navštívilo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Z těchto 19 dětí zůstaly jen 2 děti, které byly přemístěny do ústavní výchovy v dětském centru. Zbytek se vrátil do původní nebo širší rodiny nebo do náhradní rodinné péče. Důvody jsou tedy přemístění dítěte do jiné ústavní výchovy, do náhradní rodinné péče nebo zpět do rodiny. Z ústavní výchovy se ale děti většinou k rodičům zpět nevracejí.*

Sociální pracovnice 2

*Přinesla jsem Vám zprávu za rok 2018 o počtu přijatých, propuštěných dětí. Přijatých dětí bylo 68, propuštěných 77. Z toho 63 dětí bylo navráceno zpět do rodiny, což je záměr naší práce. 8 dětí bylo přijato do náhradní rodinné péče. Do pěstounské péče přešly 4 děti, z toho 2 do dlouhodobé péče. Poslední 2 děti byly přesunuty do jiného zařízení buď zdravotnického, nebo do školního domova. Většina tedy byla přesunuta zpět do rodiny. U sourozenců se situace vyhodnocuje tak, aby byli pohromadě, například chodí spolu do dětského domova.*

Vrchní sestra 2

*Jedná se nejčastěji o návrat do biologické rodiny, přesun do náhradní rodinné péče. Pokud mají děti školní věk, přechází do školního domova v místě původního bydliště. Sociální pracovnice se pokouší umístit dítě tam, kde bydlí i rodiče, aby byl umožněn kontakt.*

Pediatr 1

*Z hlediska mé profese jsou nejčastější důvody pominutí zdravotních důvodů.*

- **Jaké hodnotíte změny v psychickém, sociálním a zdravotním stavu dětí na konci pobytu v dětském centru?**

Psycholog

*Změny v těchto oblastech jsou u jednotlivých dětí značně individuální. Co se týče sociální situace, tak je cílem návrat dítěte zpět do původní biologické rodiny popřípadě jeho umístění do některé z forem náhradní rodinné péče. Pokud však ani jedno není možné, dítě zůstává v péči dětského centra a může být i soudem nařízena ústavní výchova. U dětí*

*deprivovaných se může při vhodné stimulaci v dětském centru dosáhnout pokroku v jejich psychomotorickém vývoji a v oblasti sociálního chování (např. hygienické návyky). Následky emoční deprivace v původní rodině však mohou v našem typu zařízení i nadále pokračovat. U dětí se závažnějšími typy postižení je cílem především zajištění odborné zdravotní a ošetrovatelské péče a poskytnutí jednoduché smyslové stimulace, výraznější pokroky ve vývoji se s ohledem na závažný zdravotní stav mnohdy nedostavují.*

Speciální pedagog 1

*Vždy se pokoušíme připravit dítě na odchod z dětského centra. Zajišťujeme adaptační proces, záleží na tom, kam dítě jde. Dítě navštěvuje zařízení nebo se seznamuje s novou osobou. Sociálně jsou děti přesouvány do lepšího prostředí. Zdravotně se snažíme dohnat handicap oproti ostatním dětem. V centru máme nadstandartní zdravotnickou péči. Opoždění se často zlepšuje, děti mají spoustu podnětů, každopádně emoční deprivace trvá.*

Speciální pedagog 2

*Možná to bude znít nadneseně, ale většina dětí udělá pokrok ve všech zmíněných oblastech, protože byly v rodinném prostředí zanedbávány. V psychickém ohledu se určitě stav zlepšuje, jelikož pořád podporujeme kontakt s rodinou. Zdravotní péči máme na dětských centrech prvotřídní, proto i zde jsou viditelná zlepšení. Určitě ale musíme vzít v úvahu stav, ve kterém děti přicházejí. Cílem je pak zlepšení v dalším prostředí udržet.*

Sociální pracovnice 1

*Na tuto otázku Vám spíše odpoví psycholog a speciální pedagog. Každopádně vždy píšou do zpráv, že děti udělaly pokrok. Ať už se jedná o psychomotorický vývoj, řeč nebo hygienické návyky. Zlepšení je patrné, jelikož je v zařízení přítomný logoped, pediatr a péče je velmi přímá. Každopádně zde chybí jedna vztahová osoba pro dítě, proto může strádat po emocionální stránce. Na rozdíl ale od rodinného prostředí mají stabilní prostředí, jistotu atp.*

Sociální pracovnice 2

*Odpoví spíše ostatní pracovníci centra, jelikož nejsem v přímém kontaktu s dětmi.*

Vrchní sestra 2

*U zdravotního stavu se snažíme řešit problém a jedná se o průběžné zlepšení stavu. Ale stav se zlepšit nemusí, i když vše uděláme správně. Opoždění se zlepšuje díky podnětnému prostředí, ale stále děti vyrůstají ve skupině a nemají jednu vztahovou osobu. Materiální věci mají zajištěné.*

Pediatr 1

*Hodnotím zdravotní důvody. Akutní stavy se zlepší, chronické většinou přetrvávají. Pokud je ale účinná rehabilitace, stav se může zlepšit. Po ukončení pobytu dítěte píší zprávy o návazné léčbě dítěte.*

Pediatr 2

*Děti se ve svém stavu většinou zlepšují. Opoždění se díky přísunu podnětů a péče zlepšuje. Ohledně zdravotní stránky se akutní stavy zlepší, ale je potřebná další návazná péče. Chronicky postižené děti se mohou zlepšit v důsledku rehabilitace, ale ne vždy se něco zlepšit dá.*

➤ **Kdo je cílovou skupinou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc?**

Psycholog

*Jedná se o děti, u kterých je vývoj vážně ohrožen. V těchto případech nejvíce spolupracujeme s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte.*

Speciální pedagog 1

*Děti do 18 let, které se vyskytly v ohrožení vývoje. Vše je popsáno v zákoně 359 z roku 1999.*

Speciální pedagog 2

*Na našich stránkách je uvedena přímo cílová skupina. Jsou to děti, které se vyskytly v akutním ohrožení a spolupráce s orgánem sociálně právní ochrany dítěte jim zajistí okamžitou pomoc.*

Sociální pracovnice 1

*Jsou to děti již zmiňované, podrobněji je cílová skupina popsána v zákoně č. 359/1999 Sb., kde nejdůležitější částí je paragraf 6. Jako sociální pracovník musím být neustále na příjmu, jelikož se kdykoliv může vyskytnout akutní situace a dítě musí být do zařízení přijato.*

Sociální pracovnice 2

*Cílovou skupinou jsou děti od narození do 18 let, které z určitých důvodů nemohou zůstat ve stávajícím bydlišti, nebo jsou ohroženi ve svém vývoji. Vyžaduje-li dítě ochranu a pomoc, spoluprací s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte mu jej poskytneme se všemi materiálními prostředky.*

➤ **Co dětem v ZDVOP poskytujete z pohledu Vaší profese?**

Psycholog

*Dětem a jejich rodinám poskytují ambulantní psychologickou péči, která zahrnuje psychologické vyšetření dětí, psychologické poradenství, terapii a krizovou intervenci.*

Speciální pedagog 1

*Pokouším se dětem poskytovat psychickou podporu. Snažím se, aby měly pocit bezpečí, podpory, aby zvládly pocit odloučení. Zaměřuji se na rozvojové a vzdělávací aktivity.*

Speciální pedagog 2

*Zaměřuji se na stejné intervence. V zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc více spolupracuji s rodinou a více podporuji jejich vztahy s dítětem.*

Sociální pracovnice 1

*Odpověděla jsem v první otázce.*

Sociální pracovnice 2

*Zajišťuji právní stránku. Orgán sociálně-právní ochrany dítěte mě kontaktuje, mou prací je zvážit, jestli je vhodné je přijmout, co bude pro dítě potřebné zajistit, zjistím si veškeré informace o situaci dítěte. Pokud je to možné zajistíme adaptaci pro dítě, u dětí umístěvaných do zařízení pro okamžitou pomoc dítěte bývá ale situace neodkladná a na adaptaci není čas.*

Vrchní sestra 2

*Náplň práce je u dětí umístěných v tomto zařízení podobná. Děti se zde také začleňují do skupiny s ostatními dětmi, účastní se volnočasových aktivit. Vše po personální, organizační a materiální stránce zařizují stejně.*

Pediatr 1

*Těmto dětem nemohu poskytovat péči jako dětem registrovaným, jelikož mají doktora jinde. Řeším tedy jen akutní případy.*

Pediatr 2

*Dětem ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc neposkytuji zdravotní péči, jelikož mají svého lékaře a za ním pravidelně docházejí. Řeším jen akutní případy ze zdravotnického hlediska.*