

Děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče

Martina Krejčíková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina KREJČÍKOVÁ**
Osobní číslo: **H09612**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů z daných oblastí (afunkční rodina, dětské domovy a ústavní péče).

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Přijetí odpovídajícího závěru.

Doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BUŠKOVÁ, M. a MUSIL, J. Koncepce dětských domovů. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha : Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7

LUDVÍK, F. Ústavní a ochranná výchova dětí a mládeže. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1958.

ŠVANCAR, Z. a BURIÁNOVÁ, J. Speciálně pedagogické problémy ústavní a ochranné výchovy. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.

VOCILKA, M. Dětské domovy v České republice. Praha: Aula, 1999. ISBN 80-902667-6-2.

BITTNER, P., HAVIGEROVÁ, J., JANIŠOVÁ, I. a LANGHANSOVÁ, H. Děti z ústavů, Právní a psychologické dopady ústavní výchovy z pohledu ochrany rodiny a nejlepšího zájmu dítěte. Brno: Liga lidských práv, 2007. ISBN 978-80-903473-4-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Machů, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

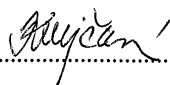
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.3.2012


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce jsou děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče. Teoretická část bakalářské práce se zabývá problematikou života dětí s mentálním postižením, rodinou a jejími poruchami a náhradní rodinnou péčí. Práce se věnuje pojmům, jako je rodina, poruchy rodiny, vybranými typy náhradní rodinné péče a dětmi s mentálním postižením. Praktická část mapuje konkrétní děti s mentálním postižením umístěné v ústavní péči a jejich vychovatele na různých místech v České republice.

Klíčová slova: rodina, dětský domov, ústavní péče, dítě s mentálním postižením

ABSTRACT

The theme of the thesis, are children with mental disabilities from the environment afunctional families and the reasons for their placement in institutional care. Theoretical part deals with the pro-life problems associated with children with mental disabilities, family and their problems and foster care. The work deals with concepts such as family, family disturbances, selected types of foster care and children with mental disabilities. The practical part describes particular children with specific learning disabilities placed in institutional care and their educators in various locations in the Czech Republic.

Keywords: family, children's homes, residential care, children with learning disabilities.

Velice děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Evě Machů, Ph.D., za metodické vedení a odborné rady, které mi poskytla při zpracování mého tématu.

Dále děkuji všem vychovatelům z ústavů sociální péče, za výbornou spolupráci při realizaci projektu.

Čestně prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Martina Krejčíková

Motto:

„Jedinci s postižením jsou denně konfrontováni s mnohonásobným tichým zneužíváním lidských práv.“

Oscar Arias Sanchez (nositel Nobelovy ceny)

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 RODINA	13
1.1 DEFINICE RODINY	13
1.2 FUNKCE RODINY	14
1.3 TYPOLOGIE VÝCHOVNÝCH POTÍŽÍ V RODINĚ.....	16
1.4 SANACE RODINY	17
1.4.1 Definice sanace rodiny	17
1.4.2 Cíle sanace rodiny	17
1.4.3 Znaky sanace rodiny.....	17
1.4.4 podmínky sanace	18
1.5 SOUVISEJÍCÍ ZÁKONY.....	18
1.5.1 Zákon o rodině (zákon č. 94/1963 Sb., o rodině) upravuje:.....	18
1.5.2 Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.	19
1.6 TYPY RODIN	20
1.7 PORUCHY RODINY	21
1.7.1 Porucha biologicko-reprodukční funkce	21
1.7.2 Porucha ekonomicko-zaběhová funkce	21
1.7.3 Porucha emocionální funkce	21
1.7.4 Porucha výchovné funkce	22
1.8 ORGÁN SOCIÁLNĚ - PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ (OSPOD)	23
1.9 ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE	24
2 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE	25
2.1 ÚSTAVNÍ PÉČE	25
2.1.1 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné péče	27
2.1.2 Nedostatky v ústavní péči.....	28
3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	31
3.1 ÚSTAVNÍ PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	31
3.2 DĚLENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE	33
3.3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 POPIS A POJETÍ SMÍŠENÉHO VÝZKUMU	37

4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37
4.2	VÝZKUMNÉ CÍLE.....	37
4.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
4.4	VOLBA VÝZKUMNÝCH METOD SMÍŠENÉHO VÝZKUMU	39
4.4.1	Kvantitativní výzkum.....	39
4.4.2	Kvalitativní výzkum.....	39
4.5	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	40
5	ANALÝZA DAT KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	41
6	ANALÝZA DAT KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	55
6.1	METODA VYTVÁŘENÍ TRSŮ PRO ZPRACOVÁNÍ PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ	55
6.2	METODA VYTVÁŘENÍ TRSŮ PRO ZPRACOVÁNÍ POLOSTRUKTUROVANÉHO DOTAZOVÁNÍ.....	56
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	60
7.1	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	60
7.2	VÝSLEDKY TYPU VÝZKUMU PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ	62
7.3	VÝSLEDKY POLOSTRUKTUROVANÉHO DOTAZOVÁNÍ.....	63
8	SHRnutí PRAKTICKÉ ČÁSTI	67
9	ZÁVĚR.....	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ	73
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Problematika afunkčních rodin, dětí s mentálním postižením, dětské domovy, ústavní péče a další témata jsou v dnešní době velmi diskutovány a jsou bezesporu zajímavé a především nejsou prozatím dovedeny k dokonalosti tak, aby byli v nejlepším zájmu těch, kterých se to týká nejvíce, tedy samotných dětí. Ve své bakalářské práci bych chtěla nastínit především hlavní důvody umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče, pokroky a nedostatky ve výchově dětí s mentálním postižením, dále přístup vychovatelů v ústavní péči k výchově a péči k těmto dětem, které neměly to štěstí narodit se do zdravé a funkční rodiny nebo se jejich rodiče nemohli nebo nedokázali o dítě s mentálním postižením postarat.

V teoretické části popisuji všechny nejdůležitější témata spojená s problematikou, jako jsou rodina, její funkce a typy, její poruchy, její sanace. Dále se věnuji tématu náhradní rodinné péče a v závěru věnuji pozornost různým typům mentálního postižení.

V praktické části hledám odpověď na hlavní výzkumný cíl, tím jsou důvody umístění dětí s mentálním postižením pomocí kvantitativní metody dotazníkovým šetřením a kvalitativních metod pomocí případových studií a polostrukturovaného dotazování s vychovateli pečujícími o děti s mentálním postižením v ústavní péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA

Říkává se, že rodina je základ státu. Rodina je nejvýznamnější společenskou jednotkou, se kterou se každý člověk setká ve všech fázích jeho života.

Aby dávala rodina smysl, musí plnit základní úlohy a funkce.

1.1 Definice rodiny

Existuje mnoho definic rodiny, které se navzájem téměř neliší. Nejjednodušeji lze rodinu definovat, jako manželé a jejich děti. Dále existuje několik variant dělení, jako například základní rodina (muž, žena a jejich děti), širší rodina (zahrnuje i další příbuzenstvo), polygamní rodina (obvykle patriarchální), neúplná rodina (obvykle pouze matka).

Hartl (1994) určuje rodinu, jako společenskou skupinou spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.

Dunovský (1986) charakterizuje rodinu, jako malou primární společenskou skupinu, založenou na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím, na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití, a na souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i celé společnosti.

Rodina je lidskému jedinci prvním přirozeným společenským prostředím, do něhož vstupuje na začátku své existence a je nejdůležitějším převodním mechanismem v předávání hodnot z generace na generaci.

Dle Grecmanové (2003) je rodina fungující jednotkou, která sdružuje oba rodiče a děti. Tato jednotka je zařazena do domácího prostředí. Domácnost se nachází v určitém domě, obci atd. Rodina je neustále v dynamické interakci s okolním světem.

Klapilová (1996) popisuje rodinu jako malou, primární, neformální sociální skupinu, kterou tvoří jedinci spojení pokrevními, manželskými nebo adoptivními vztahy.

Také je to specifická biosociální skupina, ve které se uskutečňují některé společensky i osobně potřebné činnosti a vztahy, které nemohou v plné míře přebírat jiné instituce. Rodina je lidskému jedinci prvním přirozeným společenským prostředím, do něhož vstupuje na začátku své existence.

„Rodina je základem společnosti, jaká rodina-takové děti.“(Helus, 2007, s. 135).

1.2 Funkce rodiny

Jsou to povinnosti, které by měla každá funkční rodina plnit. V dnešní době jsou podmínky života ve společnosti složitější a nároky na rodinu stoupají. Z tohoto důvodu je nezávislost rodiny na společnosti nereálná.

Dle Matouška a Pazlarové (2010) byla až do 18. stol. byla v Evropě rodina společenstvím, které své členy zajišťovalo ekonomicky, poskytovalo jim vzdělání a péči v době nemoci či ve stáří. Rodina byla natolik samozřejmým prostředím, že se o ní nevedl téměř žádný významnější diskurs. Současně bylo téměř nemožné mimo společenství rodiny přežít.

Dnes se původní komplex funkcí rodiny tenčí-některé z nich postupně slábnou, i když úplně nemizí, od konce 19. stol. v Evropě některé z jejích tradičních funkcí začal přebírat vznikající sociální stát.

Dle Matouška a Pazlarové (2010) jsou za základní funkce rodiny považovány tyto:

Ekonomicko – zabezpečovací funkce rodiny

Má několik aspektů. Každý z nich je závažný nejen pro existenci rodiny, ale také pro rozvoj ekonomického systému celé společnosti. Jejich podstata spočívá v začlenění rodinných příslušníků do výrobní nebo nevýrobní sféry v určitých profesích. Rodina je také jakousi jednotkou mikroekonomického rozhodování, která má k dispozici určité finanční a materiální prostředky, které využívá, investuje, ukládá a tím více či méně přispívá ke stabilitě ekonomického systému společnosti. Na rodičích spočívá podstatná část odpovědnosti za zabezpečení materiálních podmínek pro zdravý a plnohodnotný vývoj dětí. I když stát usnadňuje některé z těchto zaopatřovacích úkolů svými sociálními opatřeními, znamenají děti pro současnou rodinu velké finanční zatížení.

Biologicko – reprodukční funkce rodiny

Má význam jak pro společnost jako celek, tak také pro jedince, kteří rodinu tvoří. Má-li společnost zabezpečit perspektivy svého rozvoje, potřebuje stabilní reprodukční základnu. Proto je také v jejím zájmu, aby se rodil takový počet dětí, které tyto perspektivy naplní. Z tohoto důvodu stát zasahuje do oblasti péče o rodinu celou řadou sociálních opatření. Existencí rodiny je také společensky a kulturně regulována sexualita. Význam biologicko –

reprodukční funkce rodiny pro samotného jedince je pak spatřován jednak v uspokojení jeho biologických a sexuálních potřeb, ale také v uspokojování potřeb pokračování rodu každého jedince.

Odpočinek a regenerace tělesných a duševních sil

Patří k těm funkcím rodiny, jejíž význam v současné společnosti spíše narůstá. Příčiny můžeme vidět ve změnách způsobu života členů rodiny ovlivněných například změnami ve vlastnických vztazích, posuny v hodnotových orientacích, invazí technických prostředků do života rodiny, možnosti jak naložit s volným časem atd.

Socializačně – výchovná funkce rodiny

Socializací v rodině rozumíme především proces působení rodiny na své členy v celém souhrnu jevů a procesů - ekonomických, sociálních, kulturních, mravních, estetických, zdravotních a jiných.

Ústřední úlohou socializačního procesu v rodině zůstává příprava dětí a mladistvých na vstup do praktického života. Dítě od narození a po celou dobu života v rodině přijímá velmi široké spektrum nejrůznějších informací a aktivně je zpracovává v souladu se svými přirozenými vlohami, biologickými a psychickými potřebami, se svými zkušenostmi, ale i s hodnotnými orientacemi a vzory, jimiž jsou pro dítě především rodiče a starší sourozenci. Dítě tedy v socializačním procesu, tedy nezůstává pasivním článkem, uplatňuje také svou vůli, své zájmy, přání, orientace.

V generační struktuře rodiny má socializace dětí prvořadou důležitost vzhledem k její závažnosti pro jejich osobní a sociální rozvoj, integraci do rodiny a formování primární skupinové identity.

Sociálně – psychologická funkce rodiny

Pro každého jedince je rodina významným opěrným bodem, v němž hledá bezpečí, založené na vzájemném porozumění. Takové zázemí je pak základem dalších sociálních kontaktů jedince ve společnosti.

Podle Střelce (1998) může být sociálně – psychologická funkce rodiny narušována v celé řadě situací. Jedná se buď o konfliktní situace v rodině (rozvodové rozepře, neshody

mezi generacemi, mezi partnery, psychologické nepřijetí dítěte) či o případy závislosti některého člena rodiny na alkoholu, drogách, hracích automatech. Stejně tak sociálně a emočně nevyzrálí rodiče, kteří velmi často nezískali vhodné vzory v orientační rodině, mívají obtíže v naplňování sociálně – psychologických potřeb svých dětí.

1.3 Typologie výchovných potíží v rodině

Dle Střelce (1998) jsou výchovné potíže v rodině tyto:

Emoční deprivace: tedy absence citů nejen ve výchovných zařízeních, ale bohužel také v rodinách. Dítě potřebuje jakousi jistotu lásky, potřebu bezpečí, zázemí, potřebu být chráněn, mít někoho, kdo ho má rád, komu se může svěřit a kdo ho pochválí nebo pohladí. Absence těchto citů je závažný problém v každém věku dítěte, který ohrožuje jeho psychický i fyzický vývoj. Tento stav může přetrvat až do dospělosti, takovýto člověk může mít problémy v partnerství a výchově vlastních dětí. Zajímavostí je, že se při podrobných rozbo-rech trestných činů u většiny pachatelů docházelo k citové deprivaci v dětství, to je jasný důkaz, že projevování citů ze strany rodičů je nutnost, která se nedá při výchově dítěte opomenout.

Rozvod rodičů: má velmi negativní dopad na dětskou psychiku, může se projevit zlostí, nespavostí a následnou apatií, zhoršením školního prospěchu nebo zhoršením sociální adaptability.

Nekompletní rodina: příčiny mohou být smrt jednoho z rodičů, rozvod, svobodná matka, atd. Možným projevem může být neuznávání autorit, konfliktnost, kompenzace alkoholem, psychická nevyrovnanost, nebo nadměrná fixace na jiné dospělé osoby.

Nekázeň: dítě je neposlušné, nezdvořilé, odmlouvá a lže. Příčinou může být dědičnost nebo slabá vůle. Důsledkem jsou citová nevyrovnanost, pasivita nebo agresivita.

Patologické závislosti: nežádoucí závislosti na alkoholu, cigaretách, jiných drogách, hracích automatech, poruchy sexuálního chování, sledování TV, pracovní činnosti, závislost na jídle, sektách, kultech aj.

1.4 Sanace rodiny

Sanace rodiny představuje formu podpory rodiny. Hlavním úkolem je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině.

1.4.1 Definice sanace rodiny

Dle Bechyňové a Konvičkové (2008) je sanace rodiny postup podporující fungování rodiny, který je opakem postupu vyčleňujícího některého člena rodiny, kvůli tomu, že někoho ohrožuje.

Dle Matouška (2003) je sanace postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu, že někoho ohrožuje, příp. kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen.

V současnosti převažuje názor, že sanace rodiny by měla být metodou první volby u většiny případů domácího násilí.

1.4.2 Cíle sanace rodiny

Dle Bechyňové a Konvičkové (2008) jsou cíle sanace rodiny tyto:

- Předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte.
- Poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny, jako celku.
- Jsou to činnosti směřující k odvrácení možnosti odebrání dítěte mimo rodinu.
- Jsou to činnosti podporující realizaci kontaktů dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění do ÚP a k umožnění jeho návratu zpět do domů.

1.4.3 Znaky sanace rodiny

Dle Bechyňové a Konvičkové (2008) je průběh sanace rodiny takový:

Nejdříve je sestaven sanační tým, který má koordinátora. Členem týmu je vždy pracovník SPOD, CSR, Pracovník pro výkon ÚV, případně další např.: psycholog, učitel, speciální pedagog, dětský lékař, soudce.

Pokud není přítomen pracovník centra pro sanaci rodiny, je sanace všestranně náročnější. Role a úkoly každého člena týmu jsou známy dle předem stanovených pravidel. Pravidla

sanace jsou známa i rodině, všichni s nimi souhlasí a dodržují je. Rodiče a dítě vědí, že jsou zařazeni do programu sanace a se vším souhlasí.

1.4.4 podmínky sanace

Dle Bechyňové a Konvičkové (2008) jsou podmínky sanace tyto:

Rodiče, kteří během svého vývoje byli zanedbáváni nebo ohroženi jsou rizikový, že o dítě nebudou pečovat, nemají připraveny podmínky nebo nemají dostatečnou sociální podporu okolí.

Ohrožené dítě žije v rodině, kde hrozí zdravotní, psychické a sociální rizika.

Dítě bylo umístěno do ÚV a to, že rodiče nabídku zařazení do sanačního programu odmítli, neznamená, že nemá smysl jim sanaci znovu nabízet.

Dítě je umístěno do ÚV. V této situaci je cílem sanace rodiny vytvořit kvalitní, bezpečné a smysluplné podmínky pro kontakt dítěte s rodinou nebo sourozenci.

Dítěti soud zrušil nařízení ÚV z důvodů změn v kvalitě rodiny. Sanace je důležitá pro bezpečný návrat do rodiny.

Dítě bylo svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu. Sanace je vhodná k udržení nebo zlepšení podmínek pro kontakt dítěte s vlastní rodinou a pro přípravu k návratu zpět domů.

1.5 Související zákony

Vybrané zákony, které souvisejí s tematikou.

1.5.1 Zákon o rodině (zákon č. 94/1963 Sb., o rodině) upravuje:

Vznik manželství, vztahy mezi rodiči a dětmi, definuje rodičovskou zodpovědnost, stanovuje povinnosti nezletilých dětí, výchovná opatření, pěstounskou péči, osvojení, poručenství a opatrovnictví a výživné.

Základní povinnosti členů rodiny jsou:

- Rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností při péči o nezletilé dítě (péče o zdraví, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj), při zastupování dítěte a při správě jeho jmění – lze ji zbavit či pozastavit.

- Dítě, které žije ve společné domácnosti s rodiči, je povinno podle svých schopností jim pomáhat, přispívat na úhradu společných potřeb rodiny (pokud má příjem či majetek).
- Rozhodující úlohu ve výchově dětí mají rodiče.

V současné době proběhla reforma a zkvalitnění systému péče o ohrožené děti, k němuž se zavázala vláda České republiky ve svém programovém prohlášení. Klíčová je novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a v souvislosti s ní potřeba novelizovat další zákony, zejm. zákon o rodině, a další. Novela zákona o rodině se připravuje, nejdiskutovanější body:

- prodloužení lhůty pro popření otcovství,
- podpora střídavé péče (Jsou-li oba rodiče způsobilí dítě vychovávat a mají-li o výchovu zájem, soud svěří dítě do střídavé výchovy obou rodičů, je-li to v zájmu dítěte – nikoli svěřit může) – nejspornější bod novely.

1.5.2 Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 359/1999 Sb., ze dne 9. 12. 1999 o sociálně-právní ochraně dětí upravuje:

Základní pojmy, vztahy státu k rodině, sociálně-právní ochrana dětí a její poskytování, orgány sociálně-právní ochrany dětí, principy sociálně-právní ochrany dětí, děti, jimž sociálně-právní ochrana náleží, práva a povinnosti dětí, práva a povinnosti rodičů.

Novela zákona nabyla účinnosti dnem 1. července 2012. Tato novela zkvalitní systém péče o ohrožené děti. Nastává řada změn, některé vybrané:

- Změna v oblasti pěstounské péče (např. nárok na podpůrné a doprovodné služby, zvýšení odměny pro pěstouny, síť podpůrných a odlehčovacích služeb pro pěstouny, profesionální pěstounská péče a další).
- Systém je více orientován na prevenci ohrožení dítěte a včasná řešení.
- Větší důraz na prevenci díky zavedení do systému péče o ohrožené děti standard kvality či sjednocení postupu péče a sociálně-právní ochrany.

- Nově jsou stanovena jasná pravidla pro výkon zaměstnanců orgánů sociálně-právní ochrany dětí.
- V případě, kdy dítě nebude moci setrvat v rodinném prostředí, další řešení bude náhradní rodinná péče, institucionální péče pouze v případě vyhodnocení, jako nejlepší zájem dítěte.

1.6 Typy rodin

Podle Dunovského (1999), který vypracoval pro potřeby praxe diagnostický nástroj hodnotící funkčnost rodiny sledovaného dítěte – tzv. dotazník funkčnosti rodiny, který se opírá o hodnocení osmi diagnostických kritérií: složení rodiny, stabilita rodiny, sociálně-ekonomická situace (vycházející z věku, z rodinného stavu, vzdělání, zaměstnání rodičů, z příjmu a bydlení rodiny), osobnost rodičů (jejich zdravotní i psychický stav a úroveň jejich společenské adaptace), osobnost sourozenců, osobnost dítěte, zájem o dítě, péče o dítě. Na základě výsledného skóre byly autorem definovány čtyři typy rodin:

Funkční rodina

V podstatě intaktní, v níž je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je v běžné populaci valná většina.

Problémová rodina

Rodina, v níž se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí. Pro pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí představují tyto rodiny potřebu zvýšené pozornosti a sledování.

Dysfunkční rodina

Je chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, a proto je nutno učinit řadu opatření zvenčí, známých pod pojmem sanace rodiny. Toto pásmo je nejsvízelnější, protože jde o to, kam až podporovat takovou rodinu a od kdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (např. zbavením rodičovských práv).

Afunkční rodina

Dle Dunovského (1999) jsou poruchy v afunkční rodině tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci. Sanace, tedy aktivity směřující k zachování nebo obnovení funkcí rodiny je bezpředmětná a zbytečná; jediným řešením, které dítěti může prospět, je vzít ho z této rodiny a umístit do rodiny náhradní, popř. není-li to možné, tak jinam.

1.7 Poruchy rodiny

Poruchy rodiny jsou velmi závažný problém, který je nutno řešit okamžitě, protože ohrožuje zdravý vývoj dítěte a mohou vést k nejrůznějším deformacím psychického nebo fyzického vývoje dítěte.

Velmi podrobně popsal poruchy rodiny Dunovský (1986) ve své knize Dítě a poruchy rodiny:

1.7.1 Porucha biologicko-reprodukční funkce

O poruše biologicko-reprodukční funkce mluvíme tehdy, když se v rodině z nejrůznějších důvodů děti nerodí nebo se rodí děti nějak poškozené. Zvláštní problém podle něj představuje nezodpovědné rození dětí do velmi nepříznivých životních podmínek, nebo rodičům, jejichž zdravotní stav jim neumožňuje tuto roli zastávat.

1.7.2 Porucha ekonomicko-zabezpečovací funkce

Primární selhání ekonomicko-zabezpečovací funkce rodiny pramení z toho, že se rodiče nemohou nebo nechtějí zapojit do výrobního procesu společnosti a tak zabezpečit pro sebe a svou rodinu dostatek prostředků k životu.

1.7.3 Porucha emocionální funkce

Dle Dunovského (1986) je emocionální funkce rodiny významná, a proto jakákoli její porucha zasahuje všechny ostatní sféry života uvnitř rodiny i v jejím vztahu ke společnosti. Poruchy emocionality jsou zdrojem nebo alespoň průvodním jevem většiny rodinných poruch. Proto je pro jejich bližší poznání a pochopení nutná spolupráce psychologie i psychiatrie. Z hlediska dítěte ohrožuje porucha emocionální funkce rodiny především klidnou,

vyrovnanou rodinnou atmosféru. Dítě je o ni připraveno rodinným rozvratem, rozchodem rodičů, jinde nedostatečným zájmem rodičů, vyústujícím někdy až v opuštění, sociální osíření či dokonce týrání a zneužívání.“

1.7.4 Porucha výchovné funkce

Také velice důležitou funkcí pro život dětí je funkce výchovná. Dunovský tuto poruchu rozdělil na tři části podle nedostatků rodičů:

Rodiče se nemohou starat o dítě

Jestliže se rodiče o děti nemohou starat, je možno důvody spatřovat jednak v přírodních podmínkách a situacích (různé katastrofy či uměle znečištěné prostředí), jednak v poruchách fungování celé společnosti, jako jsou války, hladomor a epidemie nebo nezaměstnanost. Dále v poruchách fungování rodinného systému, např. velký počet dětí. A konečně v jedincích samých, členech rodiny. Nejtěžší situace pro rodinu je smrt jednoho nebo obou rodičů, jejich chronické onemocnění, invalidita a podobně. Ve všech těchto případech jsou nedostatky péče o dítě obvykle provázány zájmem o dítě, někdy velmi značným. Například slepí rodiče a vytoužené dítě.

Rodiče se nedovedou starat o dítě

Jestliže se rodiče nedovedou starat o dítě, důvody k tomu lze hledat především v rodinném systému a pak v jedincích samých. V podstatě jde o situace, kdy rodiče nejsou schopni zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby. A to buď proto, že jsou značně nezralí či velmi mladí nebo proto, že nejsou schopni vyrovnat se se zvláštními situacemi, jako je narození dítěte mimo manželství, handicapované dítě, rozvod a vztah k dítěti, přijetí dítěte do NRP apod. Konečně pak sem možno zařadit situace kdy rodiče nejsou schopni přijmout základní společenské normy.

Rodiče se nechtějí starat o dítě

Třetí kategorií rodinných poruch z hlediska výchovné funkce jsou situace, kdy se rodiče o dítě nechtějí starat. Příčinou je zde porucha osobnosti rodičů samých, ať pro jejich maladaptaci, disharmonický vývoj a nejrůznější typy psychopatií.

1.8 Orgán sociálně - právní ochrany dětí (OSPOD)

Dle Novotné a Fejta (2009) má sociálně-právní ochrana dětí v systému veřejného práva významné postavení a v České republice dlouholetou tradici. Výkon sociálně-právní ochrany dětí není zdaleka jednoduchý, neboť sociálně-právní ochrana je ovládána ústavními principy, mezinárodními dokumenty a je zakotvena v řadě právních předpisů. Její výkon není jednoduchý také proto, že se velmi citelně dotýká života dětí a jejich rodin a problémy v rodinách bývají někdy dlouho skryté a nedaří se je snadno a včas řešit. Úspěchy v řešení velice složitých situacích potvrzují, že sociální pracovník vykonávající sociálně právní ochranu musí být teoreticky i prakticky připravený řešit složité životní situace dětí, do kterých se v převážné většině nedostávají vlastním přičiněním nebo vinou, ale například v důsledku nezodpovědného přístupu rodičů.

Sociálně právní ochranu dětí řeší zákon číslo 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Na jeho realizaci se významným dílem podílejí obecní úřady obcí s rozšířenou působností, zejména odbory sociálních věcí a oddělení sociálně právní ochrany.

Orgán sociálně právní ochrany dětí zajišťuje:

terénní sociální pracovníce

Pečuje o rodiny a děti, pomáhá při sepsání a podání návrhů pro soudní jednání, radí, doporučuje, pomáhá rodině při komunikaci s jinými institucemi a další.

pracovnice pro náhradní rodinnou péči

Prověřují prostředí a podmínky v rodinách žádající náhradní rodinnou péči, dohlížejí na děti v náhradní rodinné péči, motivují rodiče, jejichž děti jsou umístěny v ústavní péči, aby mohly jejich děti být navraceny zpět do rodinné péče a další.

kurátor pro mládež

Kurátor pro mládež je státní úředník, jehož úkolem je zabývat se dětmi z nefunkčních rodin, dětmi, které vedou zahálčivý či nemravný život, dětmi zanedbávajícími školní docházku, požívajícími alkohol nebo jiné návykové látky, dětmi které spáchaly před dovršením 15 let čin jinak trestný, dětmi utíkajícími z domova i dětmi na nichž byl spáchán trestný čin.

Cílem OSPOD je chránit práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, chránit oprávněné zájmy dítěte, včetně ochrany jeho jmění a působit k obnovení narušených funkcí rodin.

1.9 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte přijata Valným shromážděním OSN 20. listopadu 1989 je první obecně závazná právní norma týkající se práv dítěte.

Úmluva o právech dítěte dle Davida (1999) obsahuje čtyři základní principy:

Zákaz diskriminace: Děti mají práva, která Úmluva obsahuje. Všechny děti jsou si rovny bez ohledu na rasu, pohlaví, jazyk, náboženství atd. Také děti s handicapem mají rovné šance a práva.

Nejlepší zájem dítěte: Vždy a za každých okolností se přihlíží na nejlepší zájmy dětí.

Právo na život, přežití a rozvoj dítěte: dítěti má být zajištěn maximální rozvoj, a to nejen fyzický, ale také duševní, citový, sociální a kulturní.

Názor dítěte: děti mohou svobodně vyjadřovat své názory. Tyto názory se berou vážně a musí jim být věnována patřičná pozornost, který odpovídá věku a úrovni dítěte.

2 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE

„V ČR nyní neexistuje dostatečná síť služeb pro práci s rodinami a nejsou stanovena přesná kritéria pro umístění dítěte do ústavní péče. Důsledkem je vysoký počet dětí umístěných v institucionální výchově. Podle údajů organizace Eurochild je ve státech Evropské unie v tomto typu péče umístěno cca 140 000 dětí. Česká republika se na tomto počtu podílí téměř 8 % (cca 11 000 dětí v kojeneckých ústavech, dětských domovech, diagnostických ústavech, dětských domovech se školou, výchovných ústavech a domovech pro osoby se zdravotním postižením), ačkoliv její podíl na počtu obyvatel EU činí pouhá 2%.“

(Tisková zpráva o novele zákona č. 359/1999 Sb., OSPOD. MPSV, 2011, s. 1,2.)

2.1 Ústavní péče

Nejlepším výchovným prostředím pro dítě je fungující rodina. Ne všechny děti však mají to štěstí v takovéto rodině vyrůstat, proto existuje řada možností pro umístění dítěte mimo rodinu, jednou z možností je ústavní péče.

V České republice je více typů ústavní péče. Spadají pod tři různé rezorty a mají rozdílný systém financování, odlišné pokyny a právní úpravu. Na webových stránkách střediska náhradní rodinné péče jsou popsány tyto typy náhradní rodinné péče:

- Kojenecký ústav a dětský domov pro děti do tří let věku – spadající pod Ministerstvo zdravotnictví.
- Diagnostický ústav – spadající pod rezort MŠMT, právní úprava zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních.
- Dětský domov – spadající pod rezort MŠMT, právní úprava zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních.
- Dětský domov se školou – spadající pod rezort MŠMT, právní úprava zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních.
- Výchovný ústav – spadající rezort MŠMT, právní úprava zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních.

- Domov pro osoby se zdravotním postižením – spadající pod rezort MPSV, právní úprava – zákon o sociálních službách.

V těchto zařízeních najdeme děti:

- s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou,
- děti, které byly soudem svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
- děti, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči resp. osobami odpovědnými za výchovu dítěte.

Funkce ústavů

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušenostmi rodiny, vyhoštění a vyobcování“ (Matoušek, 1999, s.19).

Hlavní funkce dle Matouška (1999):

- Podpora a péče – je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít.
- Léčba, výchova a resocializace – úsilí o změnu stavu, předpokládá se, že klient z ústavu odejde v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.
- Omezení, vyloučení a represe – zejména ve věznicích, psychiatrických léčebnách a dalších.
- Dále to mohou být funkce rekreační, kulturní a další.

2.1.1 Zařízení pro výkon ústavní a ochranné péče

Dle Matouška (1999) se ústavní a ochrannou péčí zabývají tyto zařízení:

Dětský domov

Do dětského domova mohou být umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let nebo do ukončení přípravy na povolání nejvýše do 26 let. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi. Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou bez závažných poruch chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

Diagnostický ústav

Do diagnostických ústavů jsou po nařízení ústavní výchovy umísťeny děti za účelem komplexního vyšetření. Diagnostický ústav pak děti, na základě komplexního vyšetření zdravotního stavu a volné kapacity jednotlivých zařízení, umísťuje do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů. Pobyt v ústavu trvá zpravidla 8 týdnů. Diagnostické ústavy nebo výchovné skupiny diagnostických ústavů jsou členěny podle pohlaví nebo podle věku dítěte.

Dětský domov se školou

Do dětského domova se školou se umísťují děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Účelem dětských domovů se školou je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou se závažnými poruchami chování, vyžadující pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu výchovně léčebnou péči nebo mající nařízenou ochrannou výchovu. Tyto děti se většinou vzdělávají ve škole, která je součástí zařízení.

Výchovný ústav

Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Do výchovného ústavu může být umísťeno i dítě starší 12 let, má-li uloženu ochrannou výchovu a v jehož chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umísťeno v dětském domově se školou. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit

i dítě s nařízenou ústavní výchovou mladší 15 let. Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Dle § 48 zákona o sociálních službách a podle § 14 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o zabezpečení komplexní, zpravidla trvalé péče. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí.

Poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.1.2 Nedostatky v ústavní péči

Děti z ústavů jsou velmi často opožděni v intelektovém vývoji, mají nedostatky v citových vztazích, v sociální adaptaci, případně i v charakterových vlastnostech. Tyto nedostatky se samozřejmě mohou projevit i v rodinách.

Historie ústavní péče dle Matouška (1999):

Dějiny ústavní péče jsou velmi rozsáhlé. První zmínky najdeme ve starověkém Egyptě, zde existovala léčebná místa, na nichž se shromažďovali nemocní, lékaři i studenti medicíny. Tato místa byla považována za sídla bohů.

Ve starověkém Řecku a Římě vznikaly takzvané asklépieia, kde léčba nemocných probíhala ve spánku. V antice se spíše nemocné děti a dospělí zatracovali. S příchodem křesťanství vznikaly první útulky pro nemocné pocestné a první sirotčince. Ve středověku existovala pobytová zařízení, která měla klientovi přivádět jen příjemné zážitky zejména za pomoci drog. Na začátku novověku vzniká nový princip v péči o handicapované tzv. domovské právo. V něm se poprvé ukládá obci pečovat o chudé. Pozdní ani ranní novověk nerozvíjel péči o duševně nemocné lidi. Na konci 17 a začátku 18 stol. Byli duševně nemocní vylučováni ze společnosti a byly zřizovány velké ústavy, kde byli tito lidé drženi

společně s kriminálníky, chudými, vysloužilými vojáky a dalšími. V 18 stol. díky průmyslové revoluci jsou tito lidé využíváni, jako levná pracovní síla, pracující v ústavních dílnách. Nemocní s psychickými poruchami byli v této době drženi v okovech a v ústavech se k pacientům chovali drasticky až mučednický. Až na konci 19 stol. a začátkem 20 stol. se změnil přístup k těmto lidem z vylučování ze společnosti na plnění jejich zájmů. V 60. letech našeho století chránili děti v ústavech před rodiči, zatímco dnes je vztah s rodinou podporován.

Současné nedostatky v ústavní péči v ČR dle Matouška (1999):

-Rozdělení ústavní péče mezi různé rezorty (zdravotnictví, školství a práce a sociálních věcí) způsobuje to, že sourozenci jsou rozdělováni do různých zařízení podle věku a zdravotního stavu, což vede ke ztrátě mnohdy jediné citové vazby, kterou mají.

-Dále je to časté střídání různých zařízení, dítě do svých 18 let vystřídá až čtyři a více zařízení.

-Není vhodné časté střídání personálu, který pečuje o děti.

-Nevhodné typy zařízení jak pobytové, tak školské opět způsobují rozdělení sourozenců.

-Absence některých typů zařízení jako jsou například zařízení pro děti se závislostmi a s těžkými poruchami.

-Děti, které ukončily základní školní docházku, jsou často umísťovány do výchovných ústavů, i když nemají žádné poruchy chování.

-Dalším nedostatkem je skutečnost, že i v jednom zařízení se můžeme setkat s různými úrovněmi péče.

-Různá zařízení se liší a nabízí různé podmínky pro život dětí – některé vybavením, počtem umístěných dětí na pokojích nebo počtem dětí ve skupinách, a také vztahy mezi dětmi a vychovateli jsou v každém ústavu jiné, v některých mohou děti vychovatelům tykat, v jiných je oslovují této/strýci a někde oslovují pane vychovateli/paní vychovatelko. Dále se liší možnostmi dětí poznávat život mimo ústav, nejnevhodnější je internátní způsob výchovy.

-Dále nedostatek kvalifikovaného personálu, zejména na nočních službách a časté střídání služeb je problémem. Vychovatelé nemusejí při přijetí do pracovního poměru předkládat

výpis z rejstříku trestů ani není prováděno psychologické vyšetření. Také se neprovádí žádné preventivní kroky proti syndromu vyhoření.

-Nedostatečné finanční ohodnocení personálu v některých ústavech.

-Velký problém představuje zařazení dětí, kteří většinu života prožili v ústavu do běžného života. Tyto děti jsou často na hranici zákona, nedokážou se starat o své vlastní děti.

-Nejsou dostatečně připravováni na život ve společnosti po odchodu z ústavu, často se nedokážou zorientovat v běžném životě.

-Návštěvy rodičů jsou zcela v kompetenci ústavních zařízení.

3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentálně retardovaní jedinci jsou dle Švarcové (2006) lidé, kteří jsou trvale zaostalí ve svém vývoji, rozumových schopnostech, s poruchami myšlení, s poruchami schopnosti učit se z minulých zkušeností a poruchami v intelektové oblasti. Je to porucha vrozená, trvalá, způsobená poškozením mozku. Stupeň mentální retardace lze měřit psychometrickými testy.

Počet lidí s mentálním postižením stoupá, je to způsobeno zkvalitněním péče o novorozence, kdy jsou zachraňovány i ty děti, které by dříve nepřežily. Také je často uváděn důvod lepší evidence osob s mentálním postižením. I přes to úplný přesný počet není znám. Statistiky uvádějí asi 3% z toho nejvíce, asi 2,5% připadá na lehké mentální postižení.

3.1 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením

Dle Švarcové (2006) postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době prochází vývojem plným různých zvratů. Ještě v předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že člověk (dítě, mladistvý) se závažnějším mentálním postižením patří do ústavu. Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli nezřídka svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti, z něhož stejně nikdy nic nebude. Tyto předsudky se tradovaly velmi houževnatě a byly často zdrojem velkých nedorozumění i uvnitř rodin dětí s mentálním postižením. Dnes se počet dětí s mentálním postižením vyrůstajících v rodinách zvyšuje.

Typy ústavů dle Švarcové (2006):

- Denní ústavy (stacionáře)

Zde pečují o děti, mládež i dospělé. Jejich činnost spočívá ve výchově, pracovní rehabilitaci, terapiích, rehabilitacích, volnočasových aktivitách apod.

V některých případech suplují práci mateřských škol a speciálních základních škol, kam by děti s mentální retardací měly být zařazovány. Podle nového školského zákona by děti s mentální retardací již neměly být osvobozeny od povinného vzdělávání a ve věku povinné školní docházky by měly být zařazovány do vhodného typu školy.

- Týdenní zařízení

Jsou považovány za něco mezi domácí a ústavní péčí a pro rodinu jsou velmi nápomocné. Znamená to, že rodina může během pracovních dnů normálně fungovat – rodiče mohou docházet do zaměstnání a dostatečně se věnovat svým ostatním nepostiženým dětem. Běrou si své dítě s postižením pouze na víkend, díky čemuž dítě neztrácí kontakt s rodinou a blízkými. Děti umístěné v takovýchto zařízeních jsou zpravidla velmi spokojené, protože se na rozdíl od dětí v celoročních ústavěch mají na co těšit.

- Ústavy sociální péče s celoročním provozem

Tyto typy ústavů byly dříve velmi špatně chápány širokou veřejností. V dnešní době jsou to velmi kvalitní zařízení, které poskytují komplexní péči a snaží se svou práci zdokonalovat. Avšak existují stále takové ústavy, kde se nedbá na výchovu, vzdělávání a také na pracovním, rekreačním a volnočasovým činnostem.

- Zařízení rodinného typu

Jsou trendem v dnešní době a představují velmi zdařilou péči o lidi s mentálním postižením. Jsou to chráněné byty pro několik uživatelů nebo integrovaná bydlení s pomocí osobních asistentů v běžné městské zástavbě. Jedinou nevýhodou oproti velkým zařízením je to, že neposkytují komplexní služby, jako jsou například zařízení usnadňující mobilitu, různé terapie nebo třeba bazén.

Některé tyto ústavy sociální péče jsou určeny pouze pro ženy (dívky), jiné pro muže (chlapce). A v některých zařízeních žijí obě pohlaví společně, což je pro ně mnohem přirozenější. Mohlo by to přinášet sexuální problémy, ale v praxi se ukázaly jako neopodstatněné, ale také se vyskytují.

Novým zákonem o sociálních službách dle Švarcové (2006) se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

Centra denních služeb, Denní stacionáře, Týdenní stacionáře, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Chráněné bydlení, Azylové domy, Domy na půl cesty, Zařízení pro krizovou pomoc, Nízko prahová denní centra, Nízko prahová zařízení pro děti a mládež, Noclehárny, Terapeutické komunity, Sociální poradny, Sociálně terapeutické dílny, Centra sociálně rehabilitačních služeb, Praco-

viště rané péče. Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.

3.2 Dělení mentální retardace

Mentální retardaci rozdělila Švarcová (2006) takto:

Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

Na lehkou mentální retardaci má velký vliv dědičnost nebo prostředí, ve kterém dítě vyrůstá je sociokulturně znevýhodněné. Začíná se projevovat od tří let věku, kdy má dítě špatnou slovní zásobu a je nedostatečně zvědavé. Diagnóza se stanoví většinou při nástupu školní docházky, kdy jsou problémy nejvíce výrazné, projevují se omezeností v různých oblastech myšlení. Při splnění stanovených podmínek je možno dítě začlenit do běžné základní školy, pokud nejsou podmínky splněny, jsou umístěny do praktických škol. Tito lidé mohou být v osobním i praktickém životě nezávislí a mohou být zaměstnáni v praktických profesích. Při vzdělávání je důležité klást důraz na rozvíjení jejich dovedností a zmírňování nedostatků. K lehké mentální retardaci se mohou individuálně přidružit vývojové poruchy, autismus, tělesné postižení, epilepsie a poruchy chování.

V celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80% s lehkou mentální retardací, v populaci je to 2,6%.

Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

Zde je již výrazněji omezeno chápání a řeč, než u lehké mentální retardace. Tento stav přetrvává až do dospělosti, kde je znatelná omezenost schopnosti postarat se sám o sebe. Jen někteří lidé s touto retardací se naučí číst, psát a počítat. Jejich vzdělávání probíhá nejčastěji ve speciálních základních školách nebo praktických školách. Mohou vykonávat lehkou manuální práci pod odborným dohledem například v chráněných dílnách. Bohužel ale v dospělosti nejsou schopni vést samostatný život, i když bývají fyzicky zdatní a dokáží navazovat kontakty.

Diagnózou bývá středně těžká mentální abnormalita a těžká oligofrenie a mohou se přidat také dětský autismus, tělesná postižení, neurologická nemoc (epilepsie) nebo psychiatrická nemoc.

V celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 12% se středně těžkou mentální retardací, v populaci je to 0,4%.

Těžká mentální retardace (IQ 21 – 34)

Tito lidé trpí poruchami motoriky, tělesnými vadami a dalšími. Jejich schopnost řeči je velmi omezená jen na několik slov nebo není vyvinutá vůbec. Vzdělávání je omezené a probíhá ve speciálních základních školách. Pokud se dítěti dostatečně dostává péče, můžeme u něj rozvinout řeč, motoriku i soběstačnost.

Diagnózou bývá těžká mentální subnormalita a těžkoá oligofrenie.

V celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci to je 0,2%.

Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)

Většina těchto lidí je velmi omezena ve všech směrech vývoje, bývají nepohybliví, neudrží moč či stolicí a komunikují pouze neverbálně. Pohybují se kývavě, často nepoznávají své okolí, také se sebepoškozují a nejsou schopni se o sebe postarat, proto potřebují stálou péči. Jejich IQ je nezměřitelné. Vzdělávání je takřka nemožné, lze dosáhnout pouze nejjednodušších zrakových orientačních dovedností.

Diagnózou bývá hluboká mentální subnormalita a hluboká oligofrenie (idie)

V celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1% s hlubokou mentální retardací, v populaci to je 0,2%.

Jiná mentální retardace

Sem patří lidé, u kterých nelze určit stupeň retardace, jsou to například nevidomí, neslyšící, němí, lidé s poruchami chování, autisti a další.

3.3 Výchova a vzdělávání dětí s mentálním postižením

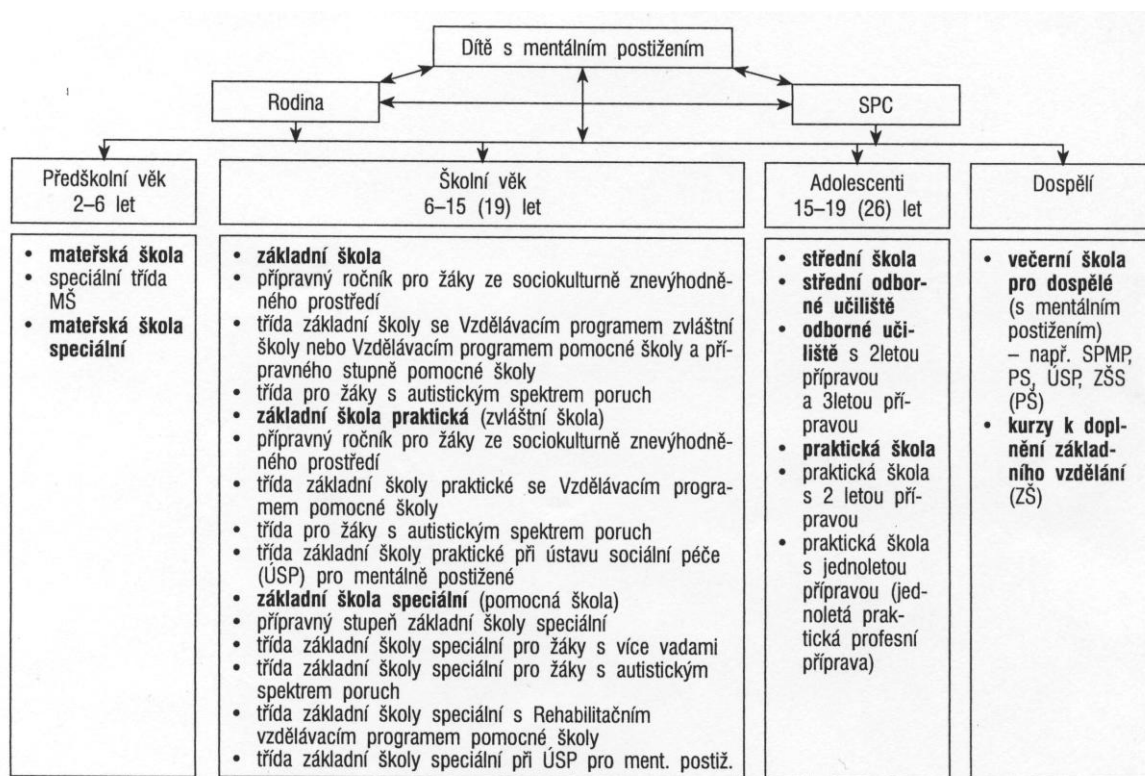
„Prakticky komukoli se může narodit dítě s mentálním postižením. Kdokoli, kdo se dnes cítí zcela zdravý, může v blízké budoucnosti onemocnět a může také začít ztrácet svou intelektovou kapacitu. Nebezpečí současné vyspělé civilizace, především pokud jde o zhoršení životního prostředí a stres, je dostatečně známo“ (Franiok, 2008, s. 47).

Podle Fischera a Škody (2008) je vzdělávání dětí a dospělých s mentálním postižením celoživotním procesem. Je to určitá forma terapie, která vede k pokroku a úspěšné léčbě nemoci.

Integrace dětí s mentálním postižením do škol vede ke změně smýšlení veřejnosti ve prospěch pomáhajících profesí. Začlenění probíhá za pomoci pedagoga či asistenta pedagoga, který učí vrstevníky k pomáhajícímu chování. Takovýto vzájemný kontakt je prospěšný a vzájemně obohacující. Při dobré edukaci a kontrole je možno eliminovat nebezpečí posměchu nebo šikanování.

Začlenění posuzuje speciálně-pedagogické centrum, pedagogicko-psychologická poradna a středisko výchovné péče na základě odborných vyšetření včetně podmínek pro rozvoj dítěte.

System školních zařízení pro děti s mentálním postižením dle Franioka (2008):



Obr. 1. Systém vzdělávání jedinců s mentálním postižením (Franiok, 2008, s. 51)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 POPIS A POJETÍ SMÍŠENÉHO VÝZKUMU

Celá výzkumná část je založena na pohledu vychovatelů. Praktická část projektu, tedy vlastní výzkum je řešen částečně kvalitativně, částečně kvantitativně. Rozhodla jsem se tak z důvodu nedostatečného počtu vzorků pro můj výzkum. Oslovila jsem celkem 26 ústavů sociální péče zaměřených na děti a mládež, avšak pouze ve čtyřech byla potvrzena spolupráce. Z tohoto důvodu jsem nemohla zvolit pouze kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření, ten doplňuji případovými studii a polostrukturovaným dotazováním.

Výzkumný projekt jsem rozdělila na tři fáze:

- Fáze přípravy na výzkum, tedy vyhotovení odpovědního archu dotazování a dotazníku.
- Fáze sběru dat, informací a studium dokumentů (oslovení respondentů, studium případových studií).
- Fáze vyhodnocení výsledků výzkumu včetně interpretace získaných poznatků.

4.1 Výzkumný problém

Téma jsem si zvolila na základě mého osobního zájmu a zvědavosti. Asi každá nastávající matka alespoň jednou pomyslí na to, že by se jí narodilo dítě s mentálním postižením, okamžitě vyvstává spousta otázek a na základě toho vznikl můj výzkumný problém. Ten jsem definovala před zahájením samotného výzkumu. Výzkumným problémem tedy je především objasnění příčin umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče. Tedy z jakých důvodů nemohou děti s mentálním postižením vyrůstat ve svém přirozeném rodinném prostředí.

4.2 Výzkumné cíle

Mým výzkumným cílem je proniknout do úskalí života dětí v ústavní péči za pomoci vychovatelů, kteří s těmito dětmi denně pracují.

Hlavní výzkumný cíl pro kvantitativní i kvalitativní výzkum:

- Zjistit jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče z pohledu vychovatelů.

Dílčí cíle pro kvantitativní výzkum:

- Zjistit jaká je úroveň ústavní péče v ČR.
- Zjistit (ne) dostatečnost právní úpravy v péči a výchově dětí s mentálním postižením.
- Zjistit jaké přístupy ve výchově vychovatelé navrhnou.
- Zjistit jaké je nejvhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat.

Dílčí cíle pro kvalitativní výzkum:

- Zjistit rozpory v péči o děti s mentálním postižením, jak by se měli starat a jak se doopravdy starají.
- Zjistit zájem společnosti o děti s mentálním postižením.
- Zjistit jaké změny v péči o děti s mentálním postižením vychovatelé navrhnou.
- Zjistit jaké je nejvhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat.
- Zjistit jaké změny by vychovatele udělali pro lepší život dětí s mentálním postižením.

4.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vychází z formulací výzkumných cílů a jsou následující:

Hlavní výzkumná otázka pro kvantitativní i kvalitativní výzkum:

- Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče z pohledu vychovatelů?

Dílčí výzkumné otázky pro kvantitativní výzkum:

- Jaká je úroveň ústavní péče v ČR?
- Jsou právní úpravy v péči a výchově dětí s mentálním postižením dostatečné?
- Jaké přístupy ve výchově vychovatelé navrhnou?
- Jaké je nejvhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat?

Díličí výzkumné otázky pro kvalitativní výzkum:

- Jaké jsou rozpory v péči o děti s mentálním postižením?
- Jaký je zájem společnosti o děti s mentálním postižením?
- Jaké změny v péči o děti s mentálním postižením vychovatelé navrhnou?
- Jaké je nevhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat?
- Jaké změny by vychovatelé udělali pro lepší život dětí s mentálním postižením?

4.4 Volba výzkumných metod smíšeného výzkumu

Jako metodu získávání dat jsem si zvolila kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod z důvodů nedostatečného výzkumného vzorku pro toto téma, jsou to metody:

4.4.1 Kvantitativní výzkum

- **Dotazník**

Jako doplněk ke kvalitativnímu výzkumu jsem zvolila metodu kvantitativní pomocí dotazníku zahrnující větší počet vzorků, tedy vychovatelů pracujících s dětmi s mentálním postižením. Zvolila jsem 10 uzavřených a 5 otevřených otázek. Matematickým vyhodnocením dotazníku můžeme srovnat názory všech vychovatelů.

Dotazník se nachází v příloze PI.

4.4.2 Kvalitativní výzkum

Pro triangulaci byly zvoleny dvě výzkumné metody získávání kvalitativních dat dotazování a případové studie. Pro analýzu kvalitativních dat byla zvolena metoda vytváření trsů.

- **Případové studie**

Na základě požádání oslovených ústavů sociální péče jsem získala 14 různých případových studií dětí s mentálním postižením umístěných do ústavní péče. Aby byla zachována anonymita a dodrženy etická pravidla nebyly mi sděleny žádná jména, věk ani konkrétní místa. Tyto případové studie zdůrazňují komplexnost celého výzkumu.

Jednotlivé případové studie se nacházejí v příloze PV.

- **Dotazování**

Sběr dat metodou dotazování jsem zvolila formou e - mailového odpovědního archu, který obsahuje 10 otázek.

Výhodou je anonymita, tedy přítomnost dotazovatele nepřipustí zkreslení odpovědí a dále je výhodou snadnější záznam odpovědi. Nevýhodou je nemožnost pozorování při rozhovoru.

Jako metodu vyhodnocování pro tento druh výzkumu jsem zvolila metodu vytváření trsů.

Záznamy jednotlivých odpovědí jsou v přílohách PII, PIII a PIV.

4.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Typ výběru výzkumných vzorků byl dostupný. Jako výzkumný vzorek jsem zvolila záměrně vychovatele, kteří pracují s dětmi s mentálním postižením. Bohužel z oslovených 26 ústavů sociální péče zaměřených na péči a výchovu dětí s mentálním postižením po celé České republice bylo ochotno spolupracovat pouze čtyři, a to dva ÚSP ve Zlínském kraji, ÚSP v Jihočeském kraji a ÚSP ve Středočeském kraji.

Pro kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření bylo získáno celkem 46 vyplněných dotazníků od vychovatelů, pracujících s dětmi s mentálním postižením ve Zlínském, Jihočeském a Středočeském kraji.

Pro kvalitativní metodu dotazováním jsou záměrně zvoleni 2 vychovatelé pracující v Dětském domově ve Zlínském kraji a 1 vychovatelka pracující v Ústavu sociální péče ve Středočeském kraji.

5 ANALÝZA DAT KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

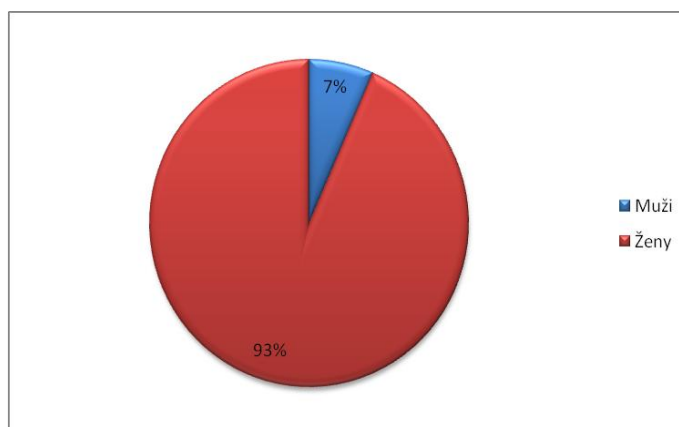
Analýza dat kvalitativního výzkumu pomocí dotazníku je zpracována formou matematického sčítání a procentuálního vyčíslení odpovědí respondentů, dále grafického vyjádření a popisu ke každé otázce.

Otázka č. 1.: Pohlaví respondenta?

Tab.č.1. - pohlaví respondentů

	a.č.	%
Muži	3	7%
Ženy	43	93%
Celkem	46	100%

Graf č.1.- zastoupení pohlaví respondentů



Z grafu vyplývá, že většinu respondentů tvoří ženy, tato skutečnost se dala předpokládat, vzhledem k tomu, že většinové zastoupení pracovníků v sociálních službách tvoří ženy. Vyplývá to z profesní kompetence, motivace pro volbu sociální práce jako povolání, hodnocení a prožívání vlastních profesních činností a celkových pracovních podmínek v sociální práci. Myslím si, že muži by v této profesi byli velikým přínosem.

Otázka č. 2.: Jaký je Váš věk?

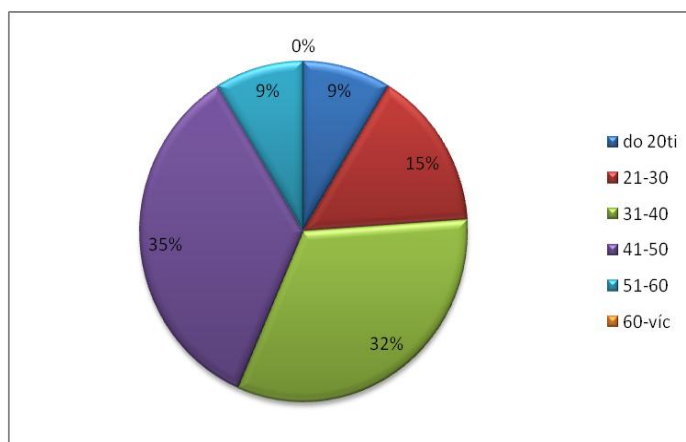
Tab.č.2. - věkové zastoupení respondentů

věk	celkem	%
do 20ti	4	9%
21-30	7	15%
31-40	15	33%
41-50	16	35%
51-60	4	9%
60-víc	0	0%
celkem	46	100%

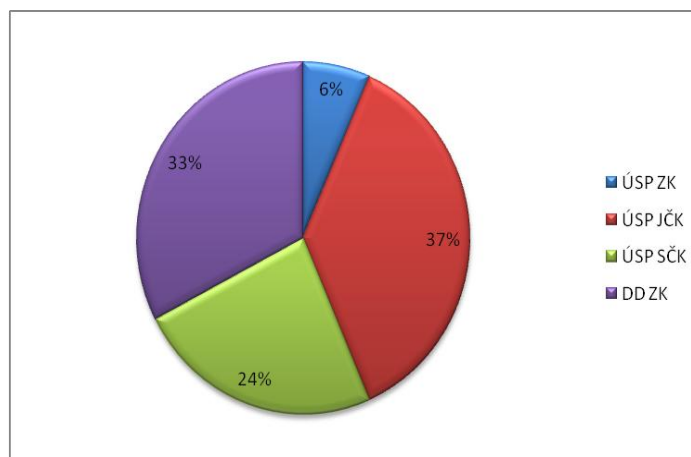
Tab.č.3. - věkové zastoupení respondentů v jednotlivých ústavech soc. péče

	do 20 ti let		21-30		31-40		
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	
ÚSP ZK	0	0%	0	0%	2	13%	
ÚSP JČK	2	50%	3	43%	6	40%	
ÚSP SČK	0	0%	2	29%	3	20%	
DD ZK	2	50%	2	29%	4	27%	
Celkem	4	100%	7	100%	15	100%	
41-50		51-60		60-víc		celkem	
a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
1	6%	0	0%	0	0%	3	7%
5	31%	1	25%	0	0%	17	37%
6	38%	0	0%	0	0%	11	24%
4	25%	3	75%	0	0%	15	33%
16	100%	4	100%	0	0%	46	100%

Graf č.2. – věkové zastoupení respondentů



Graf č.3. – věkové zastoupení respondentů



Z věkového průměru respondentů vyplývá, že nejvíce věkového rozmezí zastoupení pracovníků pečujících o děti s mentálním postižením je nadpoloviční většina ve věku mladších 20 let až 40 let, tedy velice mladí. Tato skutečnost je povzbuzující, protože mladí pracovníci mohou do této oblasti přispět novým přístupem a novými myšlenkami, ale na druhou stranu postrádají zkušenosti, které jsou v této oblasti nenahraditelné.

Další výraznou skupinou jsou pracovníci ve věku 41 až 50 let, tedy zkušení pracovníci samozřejmě v závislosti na délce praxe. Pouze 9% tvoří pracovníci ve věku 51 až 60 let.

Otázka č. 3.: Jaký typ zařízení je Váš ústav?

Tab.č.4. – typ zařízení

Zařízení	Typ zařízení
ÚSP ZK	ÚSP s celoročním provozem
ÚSP JČK	ÚSP s celoročním provozem
ÚSP SČK	Denní ústav, týdenní zařízení, ÚSP s celoročním provozem
DD ZK	zařízení rodinného typu

Dle tabulky je patrné, že:

Domov se zvláštním režimem ve Zlínském kraji je:

- ÚSP s celoročním provozem

Tyto typy ústavů byly dříve velmi špatně chápány širokou veřejností. V dnešní době jsou to velmi kvalitní zařízení, které poskytují komplexní péči.

ÚSP pro mentálně postiženou mládež v Jihočeském kraji je více typové zařízení:

- ÚSP s celoročním provozem

Tyto typy ústavů byly dříve velmi špatně chápány širokou veřejností. V dnešní době jsou to velmi kvalitní zařízení, které poskytují komplexní péči.

ÚSP ve Středočeském kraji je:

- Denní ústav

Zde pečují o děti, mládež i dospělé. Jejich činnost spočívá ve výchově, pracovní rehabilitaci, terapiích, rehabilitacích, volnočasových aktivitách apod.

- Týdenní zařízení

Jsou považovány za něco mezi domácí a ústavní péčí a pro rodinu jsou velmi nápomocné. Znamená to, že rodina může během pracovních dnů normálně fungovat – rodiče mohou docházet do zaměstnání a dostatečně se věnovat svým ostatním nepostiženým dětem. Berou si své dítě s postižením pouze na víkend, díky čemuž dítě neztrácí kontakt s rodinou a blízkými.

Dětský domov ve Zlínském kraji je:

- Zařízení rodinného typu

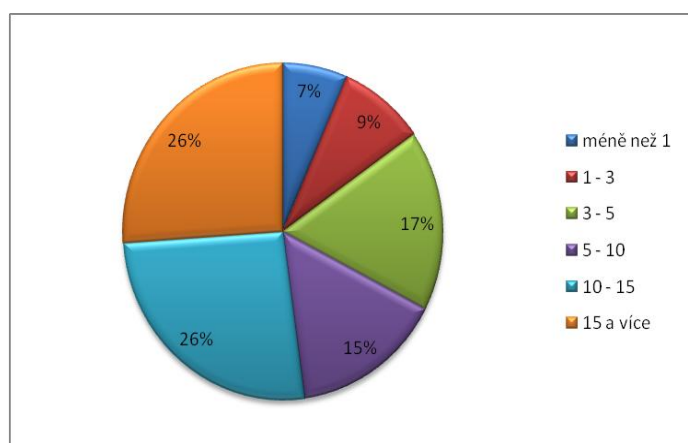
Jsou trendem v dnešní době a představují velmi zdařilou péči o lidi s mentálním postižením. Jsou to chráněné byty pro několik uživatelů nebo integrovaná bydlení s pomocí osobních asistentů.

Otázka č. 4.: Jak dlouho pracujete s dětmi s mentálním postižením?

Tab.č.5. – délka praxe jednotlivých respondentů v práci s dětmi s mentálním postižením

délka práce	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
méně než 1	0	0%	1	6%	0	0%	2	13%	3	7%
1 - 3	0	0%	2	12%	1	9%	1	7%	4	9%
3 - 5	3	100%	4	24%	0	0%	1	7%	8	17%
5 - 10	0	0%	3	18%	1	9%	3	20%	7	15%
10 - 15	0	0%	7	41%	0	0%	5	33%	12	26%
15 a více	0	0%	0	0%	9	82%	3	20%	12	26%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.4. – délka praxe jednotlivých respondentů v práci s dětmi s mentálním postižením



Nadpoloviční většina dotázaných respondentů pracuje s dětmi s mentálním postižením 10 a více let, tedy se dá předpokládat, že o tyto děti pečují velmi zkušené pracovníci, což je velmi pozitivní jev. Další početnou skupinou jsou vychovatelé s délkou praxe 3 až 10 let. Vychovatelů s kratší praxí než 3 roky je velmi málo.

Otázka č. 5.: Jaký je počet zaměstnanců ve Vašem zařízení pečujících o děti s mentálním postižením?

Tab.č.6. – počet zaměstnanců v jednotlivých zařízeních

Zařízení	Počet zaměstnanců pečujících o děti
ÚSP ZK	11 -20
ÚSP JČK	31 a více
ÚSP SČK	11 -20
DD ZK	21 -30

Otázka č. 6.: Jaký je počet dětí ve Vašem zařízení?

Tab.č.7. – počet zaměstnanců v jednotlivých zařízeních

Zařízení	Počet dětí
ÚSP ZK	5 a méně
ÚSP JČK	31 a více
ÚSP SČK	6 -10
DD ZK	11-20

Na vychovatele jsou v dnešní době kladeny stále vyšší požadavky nejen z hlediska kvalifikace, ale také charakteristiky osobnosti. Je důležité umět profesionálně komunikovat, být psychicky odolní, mít svou důstojnost, morální vyzrállost, splňovat pedagogické kvality, jako pedagogický optimismus a takt, lásku a úctu k dětem, intuici, empatii, toleranci atd.

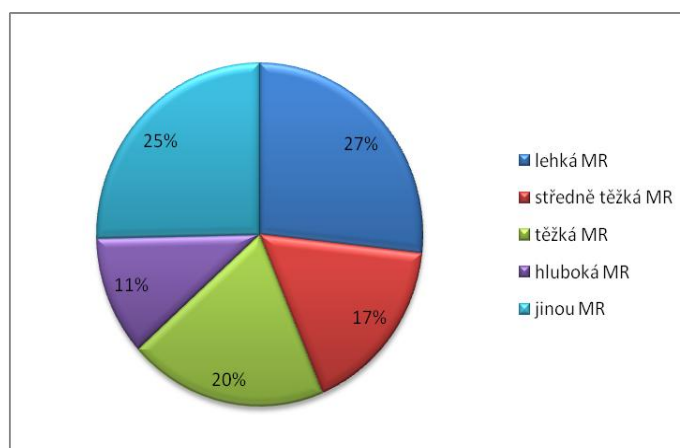
Počty dětí a vychovatelů v ústavech jsou stanoveny zákonem na 6-8 dětí v jedné výchovné skupině.

Otázka č. 7.: Jaký je počet dětí ve Vašem zařízení?

Tab.č.8. – počet dětí s jednotlivým postižením v jednotlivých ústavech

stupeň postižení	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
lehká MR	4	80%	0	0%	0	0%	15	100%	19	27%
středně těžká MR	1	20%	10	22%	1	17%	0	0%	12	17%
těžká MR	0	0%	12	27%	2	33%	0	0%	14	20%
hluboká MR	0	0%	5	11%	3	50%	0	0%	8	11%
jinou MR	0	0%	18	40%	0	0%	0	0%	18	25%
Celkem	5	100%	45	100%	6	100%	15	100%	71	100%

Graf č.5. – počet dětí s jednotlivým postižením v jednotlivých ústavech



Nejvíce dětí umístěných v dotázaných ústavech je s lehkou mentální retardací, tedy tyto děti mohou být v osobním i praktickém životě nezávislí a mohou být zaměstnáni v praktických profesích.

Další velmi početnou skupinou jsou děti jsou s jinou mentální retardací, ze 100% jde o kombinaci postižení.

20% dětí umístěných v dotázaných ústavech je s těžkou mentální retardací, tedy tyto děti trpí poruchami motoriky, tělesnými vadami a dalšími. Jejich schopnost řeči je velmi omezená jen na několik slov nebo není vyvinutá vůbec.

17% dětí trpí středně těžkou mentální retardací, tedy zde je již výrazněji omezeno chápání a řeč, než u lehké mentální retardace. Tento stav přetrvává až do dospělosti, kde je znatelná

omezenost schopnosti postarat se sám o sebe. Jen někteří lidé s touto retardací se naučí číst, psát a počítat.

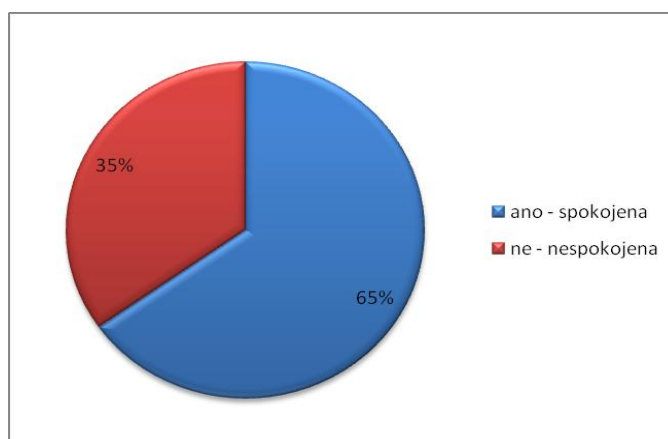
Poslední nejméně početnou skupinu 11% dětí tvoří děti s hlubokou mentální retardací, jsou velmi omezeni ve všech směrech vývoje, bývají takřka nepohybliví.

Otázka č. 8.: Jak jste spokojen (a) s úrovní ústavní péče v ČR?

Tab.č.9. – spokojenost s úrovní ÚP v ČR

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano - spokojena	0	0%	16	94%	3	27%	11	73%	30	65%
ne - nespokojena	3	100%	1	6%	8	73%	4	27%	16	35%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.6. – spokojenost s úrovní ÚP v ČR



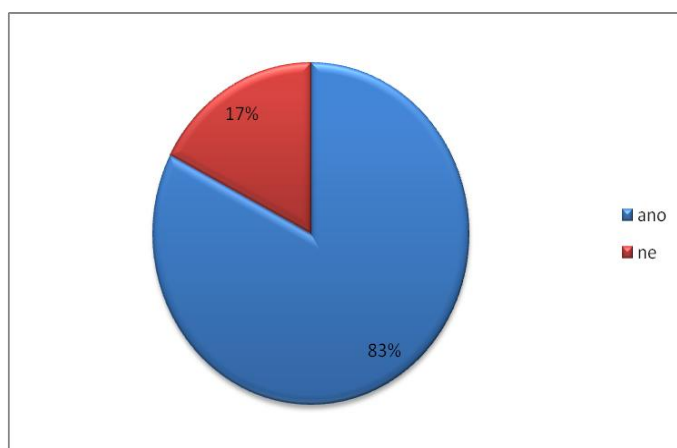
Téměř $\frac{3}{4}$ většina dotázaných vychovatelů je spokojena s úrovní ústavní péče na území ČR, zbylých 35% nebylo spokojeno z finančních důvodů, celkové nespokojenosti, nejistoty nebo špatného ukotvení legislativy.

Otázka č. 9.: Myslíte si, že současná právní úprava v péči o děti s mentálním postižením je dostatečná?

Tab.č.10. – spokojenost s právní úpravou v péči o děti s mentálním postižením

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	0	0%	16	94%	10	91%	12	80%	38	83%
ne	3	100%	1	6%	1	9%	3	20%	8	17%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.7. – spokojenost s právní úpravou v péči o děti s mentálním postižením



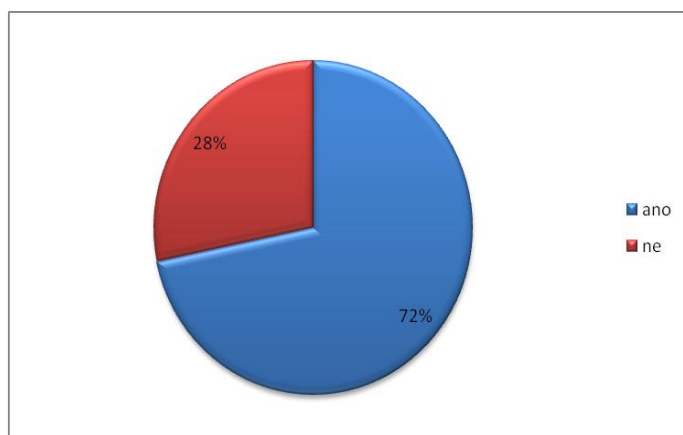
Většina vychovatelů je spokojena s právní úpravou v péči o děti s mentálním postižením, 17% ze vzorku 46 dotázaných vychovatelů bylo nespokojených, většinou z finančních důvodů, dále nestálosti nebo špatně upravených zákonů.

Otázka č. 10.: Myslíte si, že současná právní úprava ve výchově dětí s mentálním postižením je dostatečná?

Tab.č.11. – spokojenost s právní úpravou ve výchově dětí s mentálním postižením

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
ano	0	0%	17	100%	6	55%	10	67%	33	72%
ne	3	100%	0	0%	5	45%	5	33%	13	28%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.8. – spokojenost s právní úpravou ve výchově dětí s mentálním postižením



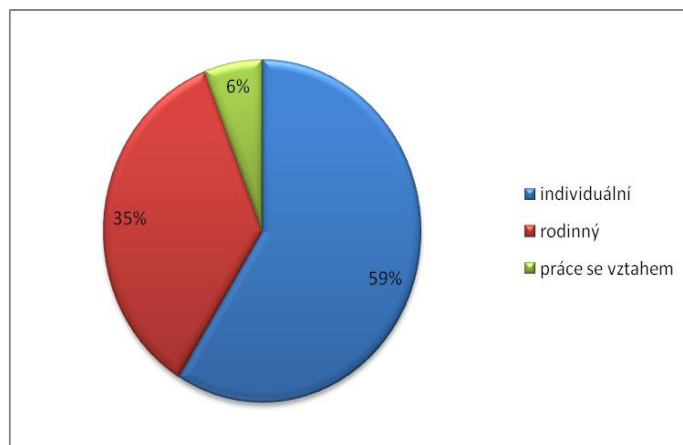
Většina vychovatelů je spokojena s právní úpravou ve výchově dětí s mentálním postižením, 28% ze vzorku 46 dotázaných vychovatelů bylo nespokojených, většinou z finančních důvodů nebo neustálých změn v zákonných úpravách.

Otázka č. 11.: Jaký přístup péče ústavní výchovy doporučujete?

Tab.č.12. – doporučované přístupy péče

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
individuální	1	100%	5	56%	4	67%	0	0%	10	59%
rodinný	0	0%	4	44%	2	33%	0	0%	6	35%
práce se vztahem	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	6%
Celkem	1	100%	9	100%	6	100%	1	100%	17	100%

Graf č.9. – doporučované přístupy péče



Většina vychovatelů doporučuje individuální přístup ve výchově dětí s mentálním postižením, to znamená, že ke každému dítěti přistupují podle jeho individuálních možností a schopností na základě jednotlivého stupně postižení.

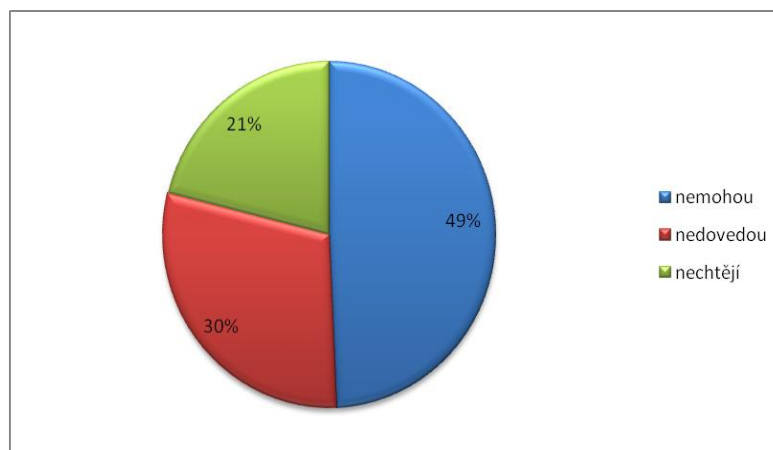
Další početnou skupinou jsou vychovatelé upřednostňující rodinný přístup, to znamená, že se snaží, aby se děti v ústavu cítili jako doma ve fungující rodině, tento přístup je v dnešní době populární a velmi prospěšný pro děti, kteří takové fungující zázemí nikdy nepoznaly.

Otázka č. 12.: Uved'te nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do Vašeho zařízení?

Tab.č.13. – příčiny umístění dětí s mentálním postižením do jednotlivých ústavů.

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
nemohou	5	100%	25	56%	2	33%	3	20%	35	49%
nedovedou	0	0%	15	33%	3	50%	3	20%	21	30%
nechtějí	0	0%	5	11%	1	17%	9	60%	15	21%
Celkem	5	100%	45	100%	6	100%	15	100%	71	100%

Graf č.10. – příčiny umístění dětí s mentálním postižením do jednotlivých ústavů.



Téměř polovina z celkového počtu dětí umístěných do ústavní péče je zde z důvodů, že se o dítě rodiče nemohou postarat. Je to proto, že je pro ně starost o dítě s mentálním postižením velmi náročná, jsou zaměstnaní, mají více dětí, nevyhovující sociální nebo materiální podmínky nebo jsou v příliš pokročilém věku, aby zvládaly tuto nelehkou péči.

Další početnou skupinou zastoupenou 30-ti procenty jsou děti o které se rodiče nedovedly postarat převážně z důvodů složitosti péče, kombinovaných nebo těžkých vad, nedostatku zkušeností, časové náročnosti nebo z finančních důvodů.

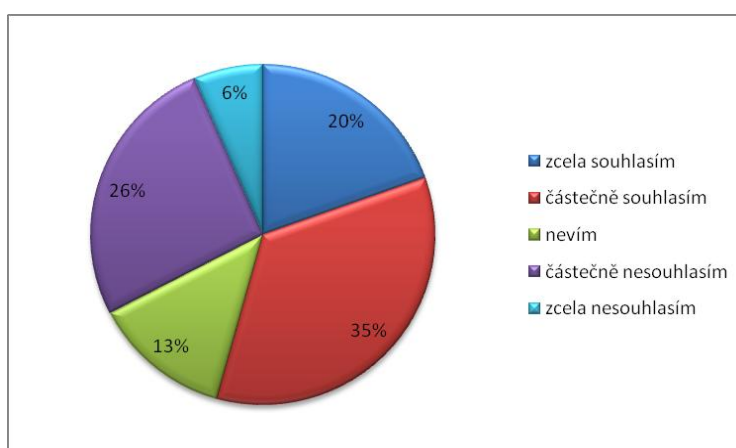
21% rodičů se záměrně nechce o dítě s mentálním postižením postarat z důvodů nezájmu, závislosti na drogách nebo jeden z rodičů – otec nemá absolutně zájem starat se o dítě a matka musí dokonce volit mezi ním a dítětem.

Otázka č. 13.: Děti s mentálním postižením by měly být vychovávány v rodinách?

Tab.č.14. – názory na výchovu dětí s mentálním postižením v rodině mimo ÚP

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
zcela souhlasím	0	0%	1	6%	4	36%	4	27%	9	20%
částečně souhlasím	0	0%	6	35%	4	36%	6	40%	16	35%
nevím	0	0%	3	18%	0	0%	3	20%	6	13%
částečně nesouhlasím	1	33%	7	41%	2	18%	2	13%	12	26%
zcela nesouhlasím	2	67%	0	0%	1	9%	0	0%	3	7%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.11. – názory na výchovu dětí s mentálním postižením v rodině mimo ÚP



Více než polovina dotázaných částečně nebo zcela souhlasí s tím, aby děti s mentálním postižením vyrůstali v rodinách a ne v ústavech sociální péče. 32% s tím částečně nebo úplně nesouhlasí a 6% neví. Rodina je po psychické stránce jistě pro dítě potřebná, a pokud se o dítě s postižením dokáže postarat je to ideální, z rozhovorů s některými vychovateli, kteří nesouhlasí však vyplývá, že existují rodiny, které žijí na úkor těchto dětí ve smyslu, že

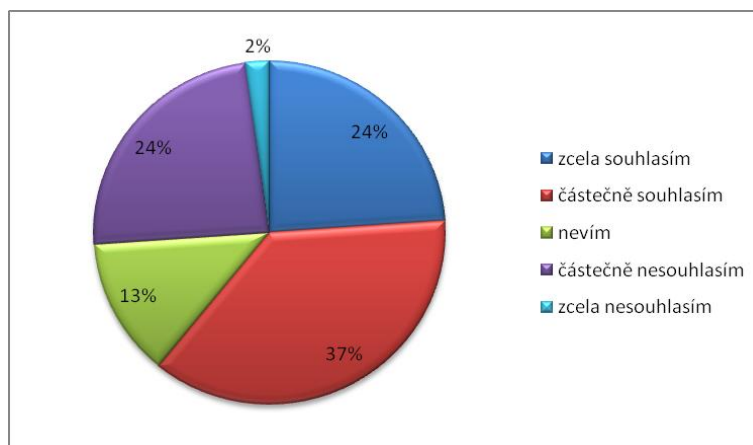
dávky, které na dítě dostávají od státu používají na vlastní potřeby a dětem nedopřejí péči, kterou potřebují.

Otázka č. 14.: Děti s mentálním postižením se mají v ústavní péči lépe, než u rodičů, kteří nesplnili své rodičovské povinnosti?

Tab.č.15. – názory zda se mají děti s mentálním postižením lépe v ÚP, než u rodičů, kteří nesplnili svou povinnost

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
zcela souhlasím	2	67%	1	6%	4	36%	4	27%	11	24%
částečně souhlasím	1	33%	6	35%	4	36%	6	40%	17	37%
nevím	0	0%	3	18%	0	0%	3	20%	6	13%
částečně nesouhlasím	0	0%	7	41%	2	18%	2	13%	11	24%
zcela nesouhlasím	0	0%	0	0%	1	9%	0	0%	1	2%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.12. – názory zda se mají děti s mentálním postižením lépe v ÚP, než u rodičů, kteří nesplnili svou povinnost



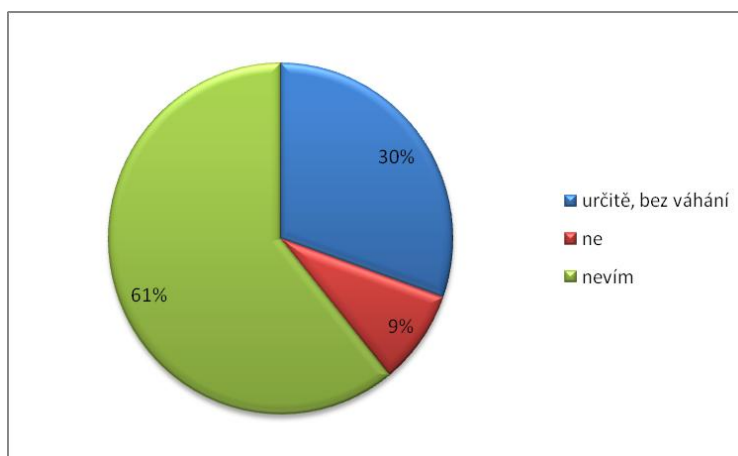
Více než polovina dotázaných částečně nebo zcela souhlasí s tím, že se mají děti s mentálním postižením lépe v ústavní péči, než u rodičů, kteří nesplnili svou povinnost. Avšak velká část, ¼ částečně nebo úplně nesouhlasí. 13% dotázaných neví. Rodina, i když špatná je tedy podle některých pro dítě s mentálním postižením lepší než výchova a péče v ústavu sociální péče.

Otázka č. 15.: Kdyby se Vám narodilo dítě s mentálním postižením, postarali byste se o něj?

Tab.č.16. – názory zda by si vychovatel ponechal dítě s mentálním postižením, pokud by se mu narodilo

	ÚSP ZK		ÚSP JČK		ÚSP SČK		DD ZK		Celkem	
	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%	a.č.	%
určitě, bez váhání	1	33%	6	35%	3	27%	4	27%	14	30%
ne	0	0%	0	0%	1	9%	3	20%	4	9%
nevím	2	67%	11	65%	7	64%	8	53%	28	61%
Celkem	3	100%	17	100%	11	100%	15	100%	46	100%

Graf č.13. – názory zda by si vychovatel ponechal dítě s mentálním postižením, pokud by se mu narodilo



Celých 30% by se o dítě s mentálním postižením určitě postaralo, přes to je to překvapivě nízký počet vzhledem k tomu, že mají dostatek zkušeností s výchovou a péčí. Nejvíce dotázaných uvedlo, že neví, zda by dítě neumístili do ústavné péče a 4 vychovatelé by si toto dítě neponechali z důvodů obtížnosti péče nebo psychické i časové náročnosti.

6 ANALÝZA DAT KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Analýza dat kvalitativního výzkumu mé bakalářské práce má dvě části. Nejprve se zabývám analýzou dat metodou vytváření trsů pro zpracování případových studií a dále metodou vytváření trsů pro zpracování polostrukturovaného dotazování.

6.1 Metoda vytváření trsů pro zpracování případových studií

Pro analýzu dat kvalitativní metodou případových studií jsem zvolila metodu vytváření trsů. Ve výsledcích výzkumu jsou srovnávány data dle indukovaných kategorií vztahující se pouze k hlavní výzkumné otázce.

Jednotlivé indukovaná kategorie:

D. 1.: Rodiče nikdy o dítě nepečovali, a nic na těchto skutečnostech nechtějí měnit.

D. 2.: Po narození další dcery se byla schopna starat vždy jen o jednu dceru a druhou dávala prarodičům. Neuměla hospodařit a postarat se o své děti.

D. 3.: V rodině nedostatečné bytové podmínky. Důvodem pro nařízení ÚV u dítěte bylo, že ji matka nechala ve velmi špatném zdravotním i celkovém stavu na hlídání cizí paní a situace si vyžádala hospitalizaci, později konstatováno dlouhodobé zanedbávání hygieny, pitného režimu.

D. 4.: Po narození kvůli potvrzení diagnózy, později s tím otec nesouhlasil, takže kontakt byl ukončen.

D. 5.: Matka nezletilá, rodinné prostředí matky nevhodné. V dětském domově matka i babička zpočátku navštěvovaly, vše ustalo po pěti letech, kdy se matka narodilo další dítě.

D. 6.: Dítě se narodilo nezletilé matce, která měla v době početí nařízenou ÚV. V primární rodině pohlavní zneužívání, dítě ihned umístěno do KÚ.

D. 7.: Matka chce, aby dítě bylo umístěno do ÚV, protože jí nezvládá, matka už není schopná ani ochotná výchovu nezletilé zajišťovat.

D. 8.: Kvůli složitosti mentální retardace je dítě umístěno v dětském domově.

D. 9.: Dítě ihned po narození a potvrzení diagnózy umístěno do KÚ, rodiče o ni nikdy osobně nepečovali a na tom ani nechtějí nic měnit.

D. 10.: Matka nezletilého opustila a dlouhodobě se o něj nezajímala. Matka dítěte není schopná samostatného života a řádné péče o sebe, natož o dítě. Prostředí rodiny nevhodné až závadové.

D. 11.: Docházelo ke zhoršení péče, Byt byl bez elektřiny atd., nebyl ani dostatek jídla. Dítě živili sousedé. U rodičů alkohol, konflikty. Dítě nemělo kontakt s vrstevníky.

D. 12.: Těžká vrozená vývojová vada spojená s MR, na základě které nemohou rodiče zabezpečit adekvátní péči.

D. 13.: Matka neměla pro dítě připravenou výbavu ani bytové podmínky, v porodnici nebyla schopna se naučit základní úkony kolem dítěte.

D. 14.: Dítě ze sociálně slabé rodiny s nedostatečným bytovým a materiálním zázemím-bez vody, bez koupelny. Otec o ni prakticky nejeví zájem, agresivní, často pod vlivem alkoholu. Matka péči nezabezpečovala-dítě špinavé, zavšivené, nevhodně oblékané, nerespektovala lékařku ani žádné instituce, rovněž chodila do restaurace, vůči OSPOD arogantní.

6.2 Metoda vytváření trsů pro zpracování polostrukturovaného dotazování

Pro analýzu dat kvalitativní metodou polostrukturovaného dotazování jsem zvolila metodu vytváření trsů. Jsou srovnávány data dle indukovaných kategorií vztahující se k jednotlivým otázkám v metodě polostrukturovaného dotazování.

Jednotlivé skupiny:

O. 1.: Dodržování práv dle deklarace práv v oblasti sociální sféry.

Dotazování příloha PII: Domnívám se, že ano. Pomoc rodinám dětí s mentálním postižením je určitě dostatečná, hodně záleží na typu postižení.

Dotazování příloha PIII: Určitě ano. Veškerá pomoc je zakotvena v zákonech a práva jsou dodržována.

Dotazování příloha PIV: Pokud se jedná o ústavní péči-zařízení, které znám. Myslím, že ano.

O. 2.: Důsledky vyššího finančního zaopatření na počet dětí s mentálním postižením v ústavní péči.

Dotazování příloha PII: spíše hrozí nebezpečí, že by si dítě s mentálním postižením nechávali doma, pouze kvůli penězům.

Dotazování příloha PIII: Pouze by to podpořilo rodiny, které mají dítě ze zjištěných důvodů.

Dotazování příloha PIV: Určitě ne, pokud by rodiny dostávaly ještě více peněz na dítě s mentálním postižením, hrozilo by zneužívání těchto financí.

O. 3.: Současný zájem společnosti o děti s mentálním postižením a návrhy možností zlepšení.

Dotazování příloha PII: Myslím si, že systém péče o MP je dostatečný.

Dotazování příloha PIII: Rozdíly ve městech a na vesnici, mladší a vzdělanější část populace se více angažuje.

Dotazování příloha PIV: Zájem je dostatečný, naše děti si každý oblíbí a snaží se pomoci.

O. 4.: Zájem vlády o děti s mentálním postižením a návrhy změn v právní úpravě.

Dotazování příloha PII: Podchytit zmiňované zneužívání příspěvků na MP.

Dotazování příloha PIII: Hmotná zajištěnost je dobrá s výjimkou podpory rodičů dětí s mentálním postižením, i když je to pro stát výhodnější.

Dotazování příloha PIV: ÚP je pro stát méně výhodná, podpora dětí v rodinách je dostatečná, návrh kontroly výdajů dávek.

O. 5.: Nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením.

Dotazování příloha PII: Příčiny jsou různé, rodiče se nesmíří se skutečností, že se jim narodilo dítě s mentálním postižením, neumí se o dítě postarat, nemohou se o dítě postarat nebo vyrůstají bez výchovy.

Dotazování příloha PIII: Neschopnost, či nemožnost primární rodiny se adekvátně postarat o potřeby dětí s ohledem na jejich komplikovanost v souvislosti s postižením.

Dotazování příloha PIV: Příčiny jsou různé, nejčastěji je to nemohoucnost (z pracovních důvodů, tedy nedostatku času), nezájem (nechtějí se starat nebo se nemohou smířit s postižením svého dítěte), ale také přicházejí děti ze špatných sociálních podmínek (rodič

je nezletilý, nemá dostatečné bydlení, nezajišťuje základní hygienické podmínky, nebo je závislý na drogách).

O. 6.: Návrhy změn v péči a výchově v případě neomezených prostředků.

Dotazování příloha PII: O této možnosti nepřemýšlela.

Dotazování příloha PIII: Větší integrace, osobní asistence.

Dotazování příloha PIV: Péče je dostatečná, v zařízeních, které znám, ale pro děti by bylo přínosem více se začlenit do společnosti, být více mezi lidmi.

O. 7.: Nejlepší prostředí pro děti s mentálním postižením.

Dotazování příloha PII: Hlavně v klidném a harmonickém a už nezáleží na tom, jestli je to v rodině nebo v zařízení, hlavně by měly cítit lásku, podporu a důvěru k lidem, kteří se o ně starají.

Dotazování příloha PIII: Adekvátní k jeho potřebám, bez ohledu zda v rodině nebo ústavu.

Dotazování příloha PIV: V prostředí, kde je o ně zájem. Péče a výchova těchto dětí je mnohem složitější než je tomu u dětí bez handicapu, z toho důvodu je potřeba zvláštní přístup.

O. 8.: Rozpory v péči o děti s mentálním postižením, jak by se měli starat a jak se doopravdy starají.

Dotazování příloha PII: Polovina rodičů spolupracujících se zařízením se stará dobře, se zájmem. Ostatní nemají zájem, jeden klient je radši v zařízení než doma.

Dotazování příloha PIII: Děti s mentálním postižením se často rodí do zdravotně a sociálně zatížených rodin. Takže takovýto rodiče péči o dítě s postižením často vůbec nezvládají. Jindy se péče o dítě s postižením rovnou vzdají, protože chápou její komplikovanost a náročnost.

Dotazování příloha PIV: Naším dětem lépe v ústavu. Zním však i rodiče, kteří se velmi dobře dokáží o své dítě s mentálním postižením postarat, je to otázka zájmu, časové náročnosti a psychické odolnosti.

O. 9.: Návrhy na lepší život dětí s mentálním postižením.

Dotazování příloha PII: Myslím, že svou každodenní práci, mnohdy nad rámec svých povinností.

Dotazování příloha PIII: Integrace a podpora volnočasových aktivit.

Dotazování příloha PIV: Dáváme dětem, co můžeme.

O. 10.: Zpozorování syndromu vyhoření.

Dotazování příloha PII: Pozoruji z důvodů neutěšené situace ve financování, čekáme na dotace, zda budeme muset dělat úsporné opatření, jestli nebudeme muset skončit.

Dotazování příloha PIII: Zcela určitě s přicházejícím věkem a zátěží.

Dotazování příloha PIV: Bohužel ano.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části jsou shrnuty všechny výsledky smíšeného výzkumu, tedy kvantitativního pomocí dotazníkového šetření, případových studií a kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného dotazování.

7.1 Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření jsou aplikovány na výzkumné otázky pro kvantitativní výzkum.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče z pohledu vychovatelů?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce dětí umístěných do ústavní péče v dotázaných zařízeních je zde z důvodů, že se o dítě rodiče nemohou postarat. Je to proto, že je pro ně starost o dítě s mentálním postižením velmi náročná, jsou zaměstnáni, mají více dětí, nevyhovující sociální nebo materiální podmínky nebo jsou v příliš pokročilém věku, aby zvládaly tuto nelehkou péči. Další početnou skupinou jsou děti o které se rodiče nedovedly postarat převážně z důvodů složitosti péče, kombinovaných nebo těžkých vad, nedotatku zkušeností, časové náročnosti nebo z finančních důvodů. Nejméně rodičů se záměrně nechce o dítě s mentálním postižením postarat z důvodů nezájmu, závislosti na drogách nebo jeden z rodičů – otec nemá absolutně zájem starat se o dítě a matka musí dokonce volit mezi ním a dítětem.

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaká je úroveň ústavní péče v ČR?

Většina dotázaných vychovatelů je spokojena s úrovní ústavní péče na území ČR, zbylých 35% nebylo spokojeno z finančních důvodů, celkové nespokojenosti, nejistoty nebo špatného ukotvení legislativy.

- Jsou právní úpravy v péči a výchově dětí s mentálním postižením dostatečné?

Většina vychovatelů je spokojena s právní úpravou ve výchově dětí s mentálním postižením, 28% ze vzorku 46 dotázaných vychovatelů bylo nespokojených, většinou z finančních důvodů nebo neustálých změn v zákonných úpravách.

- Jaké přístupy ve výchově vychovatelé navrhují?

Většina vychovatelů doporučuje individuální přístup ve výchově dětí s mentálním postižením, to znamená, že ke každému dítěti přistupují podle jeho individuálních možností a schopností na základě jednotlivého stupně postižení.

Další početnou skupinou jsou vychovatelé upřednostňující rodinný přístup, to znamená, že se snaží, aby se děti v ústavu cítili jako doma ve fungující rodině, tento přístup je v dnešní době populární a velmi prospěšný pro děti, kteří takové fungující zázemí nikdy nepoznaly.

- Jaké je nejvhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat?

Více než polovina dotázaných částečně nebo zcela souhlasí s tím, aby děti s mentálním postižením vyrůstali v rodinách a ne v ústavech sociální péče. 32% s tím částečně nebo úplně nesouhlasí a 6% neví. Rodina je po psychické stránce jistě pro dítě potřebná, a pokud se o dítě s postižením dokáže postarat je to ideální, z rozhovorů s některými vychovateli, kteří nesouhlasí však vyplývá, že existují rodiny, které žijí na úkor těchto dětí ve smyslu, že dávky, které na dítě dostávají od státu používají na vlastní potřeby a dětem nedopřejí péči, kterou potřebují.

7.2 Výsledky typu výzkumu případových studií

V kvalitativním výzkumu pro pochopení a analyzování toho, jaké byly důvody pro umístění dětí s mentálním postižením, jsem použila 14 případových studií. K jejich zpracování jsem použila získané diagnostické materiály jednotlivých dětí. Tyto materiály mi byly poskytnuty anonymně bez udání jmen, věku či lokace umístění. Tyto informace však pro můj výzkum nebyly důležité.

Centrem pozornosti tohoto typu výzkumu je skupina případů různých dětí s mentálním postižením umístěných do ústavní péče. Zdrojem dat mi byly odpovědi získané e-mailovým dotazováním. Pro interpretaci výsledků hledám v jednotlivých případech společné znaky, které mi mohou odpovědět na hlavní výzkumný cíl.

- Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče z pohledu vychovatelů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce se dětem v jejich biologické rodině nedostávalo zájmu o jejich osobnost a péči, schopnosti postarat se a dát dítěti potřebné základní podmínky k životu. Vedle základních potřeb, funkcí, které je dítěti nutno poskytovat, jako jsou ekonomicko – zabezpečovací, biologicko – reprodukční, výchovná a funkce odpočinku a regenerace tělesných a duševních sil je velmi důležitá citová funkce, dítě potřebuje cítit lásku a o to více, pokud se jedná o dítě s mentálním postižením. Většinou jde o celkovou absenci zájmu. Menší skupinu tvoří děti, jejichž postižení je tak komplikované, že rodiče nejsou schopni se o něj postarat, tak, jak jeho postižení vyžaduje. Zajímavou skupinu tvoří děti, o které je zejména nezájem ze strany otce, který nesnese dítě s postižením. S tímto faktem matka většinou nic nezmůže, musí si vybírat mezi soužitím s otcem nebo svým dítětem, což je jistě nelehká volba.

7.3 Výsledky polostrukturovaného dotazování

Výsledky polostrukturovaného dotazování jsou aplikovány na výzkumné otázky, pro kvalitativní výzkum. Ke zpracování těchto výsledků jsem použila metodu vytváření trsů.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče?

Odpověď:

PII: Příčiny jsou různé, rodiče se nesmíří se skutečností, že se jim narodilo dítě s mentálním postižením, neumí se o dítě postarat, nemohou se o dítě postarat nebo vyrůstají bez výchovy.

PIII: Neschopnost, či nemožnost primární rodiny se adekvátně postarat o potřeby dětí s ohledem na jejich komplikovanost v souvislosti s postižením.

PIV: Příčiny jsou různé, nejčastěji je to nemohoucnost (z pracovních důvodů, tedy nedostatku času), nezájem (nechtějí se starat nebo se nemohou smířit s postižením svého dítěte), ale také přicházejí děti ze špatných sociálních podmínek (rodič je nezletilý, nemá dostatečné bydlení, nezajišťuje základní hygienické podmínky, nebo je závislý na drogách).

Hodnocení:

Příčin umístění dětí s mentálním postižením je poměrně hodně, nejčastěji se rodiče nemohou o takovéto dítě postarat z pracovních, tedy časových důvodů, a také dítě s mentálním postižením potřebuje speciální přístup, pomůcky a celodenní zdravotní péči, což je časově, finančně i psychicky náročné. V tomto případě jsou nejvýhodnějším řešením týdenní zařízení, kde dítě tráví od pondělí do pátku a na víkend si ho rodiče berou domů.

Další příčinou je nezájem rodičů, nedokážou se vyrovnat se skutečností, že je jejich dítě postižené a je pro ně snazší ho nemít nablízku, většina takovýchto rodičů ani své dítě nenavštěvuje. Do této skupiny také patří případy, kdy otec absolutně odmítá takového potomka a zakazuje matce se s ním vídat, musí volit mezi ním a dítětem.

Další skupinu tvoří rodiče, kteří nemají vhodné podmínky pro život dítěte, jejich bytová a sociální situace není pro dítě vhodná.

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaké jsou rozpory v péči o děti s mentálním postižením?

Odpověď:

PII: Polovina rodičů spolupracujících se zařízením se stará dobře, se zájmem. Ostatní nemají zájem, jeden klient je radši v zařízení než doma.

PIII: Děti s mentálním postižením se často rodí do zdravotně a sociálně zatížených rodin. Takže takovýto rodiče péči o dítě s postižením často vůbec nezvládají. Jindy se péče o dítě s postižením rovnou vzdají, protože chápou její komplikovanost a náročnost.

PIV: Naším dětem lépe v ústavu. Znam však i rodiče, kteří se velmi dobře dokáží o své dítě s mentálním postižením postarat, je to otázka zájmu, časové náročnosti a psychické odolnosti.

Hodnocení:

Vychovatelé se shodují na tom, že je dítěti lépe v ústavní péči, jsou samozřejmě i rodiče, kteří jsou příkladní a svou péči berou zodpovědně a snaží se dát dítěti s mentálním postižením vše, co potřebuje. Někdy je však podle vychovatelů, vzhledem k náročnosti postižení zvolit ústavní péči.

Otázka:

- Jaký je zájem společnosti o děti s mentálním postižením?

Odpověď:

PII: Myslím si, že systém péče o MP je dostatečný.

PIII: Rozdíly ve městech a na vesnici, mladší a vzdělanější část populace se více angažuje.

PIV: Zájem je dostatečný, naše děti si každý oblíbí a snaží se pomoci.

Hodnocení:

Zájem společnosti dle vychovatelů je dostačující, chtěli by však umožnit dětem větší integraci do většinové společnosti. Pozorují větší zájem mladých a vzdělaných lidí, kteří se více zajímají a angažují. Také spatřují rozdíly ve městech a na vesnicích, kdy na vesnici přetrvávají stereotypní prvky chování (vesnický blázen) a vesnice přijímá změny postojů obecně pomaleji. Ve městě je vše rychlejší - včetně integrace.

Otázka:

- Jaké změny v péči o děti s mentálním postižením vychovatelé navrhnou?

Odpověď:

PII: O této možnosti nepřemýšlela.

PIII: Větší integrace, osobní asistence.

PIV: Péče je dostatečná, v zařízeních, které znám, ale pro děti by bylo přínosem více se začlenit do společnosti, být více mezi lidmi.

Hodnocení:

V případě neomezených finančních prostředků by vychovatelé usilovali o integraci mezi dětmi bez handicapu a také osobní asistenci, která je finančně náročnější, avšak je pro dítě lepší, není totiž možné se tak kvalitně postarat o více dětí současně.

Otázka:

- Jaké je nejvhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat?

Odpověď:

PII: Hlavně v klidném a harmonickém a už nezáleží na tom, jestli je to v rodině nebo v zařízení, hlavně by měly cítit lásku, podporu a důvěru k lidem, kteří se o ně starají.

PIII: Adekvátní k jeho potřebám, bez ohledu zda v rodině nebo ústavu.

PIV: V prostředí, kde je o ně zájem. Péče a výchova těchto dětí je mnohem složitější než je tomu u dětí bez handicapu, z toho důvodu je potřeba zvláštní přístup.

Hodnocení:

Za nejvhodnější místo pro život dětí s mentálním postižením vychovatelé považují takové, kde je dostatek zájmu, lásky, klidu, harmonie, podpory, důvěry a nezáleží, zda jde o ústav sociální péče nebo rodinu.

Otázka:

- Jaké změny by vychovatele udělali pro lepší život dětí s mentálním postižením?

Odpověď:

PII: Myslím, že svou každodenní práci, mnohdy nad rámec mých povinností.

PIII: Integrace a podpora volnočasových aktivit.

PIV: Dáváme dětem, co můžeme.

Hodnocení:

Vychovatelé dělají vše pro to, aby se u nich děti cítily co nejlépe a nic jim nechybělo po všech stránkách, i když všichni postupem času pociťují syndrom vyhoření. Navrhovali by integraci do společnosti a podporu volnočasových aktivit, které jsou pro děti největšími zážitky.

8 SHRUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Pomocí tří typů výzkumu jsem si udělala komplexní přehled o dané problematice. Získané informace a údaje v kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu odkrývají problematiku každodenní práce s dětmi s mentálním postižením. Na jejich vychovatele jsou v dnešní době kladeny velmi vysoké nároky. Pracovníci pečující o děti s mentálním postižením by měli zastupovat jejich rodiče, kromě vzdělání je zapotřebí kvalit ve všech oblastech pedagogiky a samotné osobnosti vychovatele. Tento vychovatel se vzdělává celý život a stává se odborníkem.

Kladením otázek pomocí dotazníku, rozhovoru a také studiu dokumentů konkrétních dětí jsem získala pohledy odborníků na výchovu a péči dětí s mentálním postižením a na problematiku důvodů umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče.

Kvalitativní výzkum měl pomocí metody polostrukturovaného dotazování zodpovědět výzkumné otázky. Díky ochotě dotázaných vychovatelů z různých zařízení ústavní péče v ČR, kteří se zabývají výchovou a péčí o děti s mentálním postižením jsem uskutečnila vyhodnocení a prezentaci výsledků výzkumu, které mi poskytli ucelený přehled o problematice.

Většina výsledků výzkumu jak kvalitativního, tak kvantitativního se shoduje. Hlavním cílem bylo vždy objasnění nejčastějších příčin umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče. Ve všech typech smíšeného výzkumu vyplynulo z pohledu vychovatelů toto:

Z dotazníkového šetření vyplynulo:

Rodiče se nejčastěji o dítě s mentálním postižením nemohou postarat, nemají zájem se postarat anebo nemají vhodné podmínky pro život dítěte s mentálním postižením.

Z případových studií vyplynulo:

Rodiče nejvíce nemají zájem, dále nejsou schopní se o dítě s mentálním postižením postarat nebo je komplikovanost postižení nutí, aby dítě umístili do ústavní péče.

Z dotazníkového šetření vyplynulo:

Nejčastěji se rodiče nemohou, dále neumějí a nejméně nechtějí postarat o dítě s mentálním postižením.

9 ZÁVĚR

V teoretické části jsem se zabývala hlavním tématem, tedy rodinou a její definicí, funkcí, typů, poruch a sanací, dalším tématem byla náhradní rodinná péče a její vybrané typy, ústavní péče a její nedostatky, posledním souvisejícím tématem bylo mentální postižení, ústavní péče pro děti s mentálním postižením a také výchova a možnosti vzdělávání dětí s mentálním postižením.

Cílem mé praktické části mé bakalářské práce bylo odpovědět si na výzkumné otázky, tedy zejména na důvody umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče. Zmapovat úroveň ústavní péče v ČR v současné době s ohledem na možnosti nabízené státem, dále zmapování zájmu společnosti o děti s mentálním postižením. Získat přehled změn v péči o děti s mentálním postižením, které vychovatelé navrhují. Zjistit jaké je nejvhodnější prostředí, kde by měli děti s mentálním postižením vyrůstat a jaké změny by vychovatelé udělali pro lepší život dětí s mentálním postižením.

Výsledky výzkumu jsou předloženy v praktické části, bohužel se potvrdila má osobní hypotéza, že mnoho rodičů nemá velký zájem o děti s mentálním postižením. Největší počet tvoří rodiče, kteří se o dítě nemohou postarat, ale nezájem rodičů je však druhou nejčastější příčinou umístění dětí do ústavní péče.

Avšak veřejnost se stále více zajímá o tyto děti a v ústavech sociální péče je stále vyšší úroveň péče i přes nedostatek finančních prostředků. Snad se podaří i úplná integrace, kterou si vychovatelé přejí. Návrhem pro praxi z mé strany jsou vzdělávací programy pro rodiče nejen těch, kteří mají dítě s mentálním postižením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Publikace:

- [1] BAŤOVÁ A., V. HOFROVÁ, T. JANDOVÁ, S. KALÁBOVÁ, E. ROTREKLOVÁ, a D. ŠTĚRBOVÁ. *Náhradní rodinná péče a transformace systému péče o ohrožené děti v České republice*. Brno: Triada, 2008. ISBN 978-80-254-3353-9.
- [2] BECHYŇOVÁ Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
- [3] BITTNER P., J. HAVIGEROVÁ, I. JANIŠOVÁ a H. LANGHANSOVÁ. *Děti z ústavů!* Praha, Brno, Liga lidských práv, 2007. ISBN 978-80-903473-4-2.
- [4] ČÁP Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele, vyd.2*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7
- [5] DAVID Roman. *Práva dítěte. Úmluva o právech dítěte a její charakteristika. Mezinárodní ochrana práv dítěte a některé další dokumenty. Rodina a základy rodinného práva*. Olomouc: Olomouc, 1999. ISBN 80-7182-076-8.
- [6] DUNOVSKÝ Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1986.
- [7] DUNOVSKÝ, Jiří a kol., *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
- [8] FRANIOK Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.
- [9] GAVORA Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [10] GRECMANOVÁ H., D. HOLOUŠOVÁ, E. URBANOVSKÁ a A. BŮŽEK. *Obecná pedagogika II*. Olomouc: Hanex, 2003. ISBN 80-85783-24-X.
- [11] HARTL Pavel. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1994. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- [12] HELUS Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
- [13] HENDL Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

- [14] KLAPILOVÁ Světlá. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-669-8.
- [15] LEČBYCH Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladém dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [16] MAŘÍKOVÁ, Hana. *Velký sociologický slovník: P-Z*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 8071843113
- [17] MATOUŠEK Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- [18] MATOUŠEK Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*, Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.
- [19] MATOUŠEK Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- [20] MIOVSKÝ Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [21] NOVOTNÁ Věra a Vladimír FEJT. *Sociálně právní ochrana dětí*. Praha: Univerzita Jna Amose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-77-8.
- [22] STRAUSS Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovi-
ce: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [23] STŘELEČ Stanislav. *Rodina jako výchovné prostředí*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-58-3.
- [24] ŠVARCOVÁ Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- [25] ŠVAŘÍČEK Roman, a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [26] VÁGNEROVÁ Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Zákony:

- [27] ČESKO. Zákon č. 94 ze dne 1. dubna 1964 o rodině, ve znění pozdějších předpisů (zákon o rodině). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1964. Dostupný také z: <http://www.sbirkazakonu.info>.

[28] ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí., ve znění pozdějších předpisů (zákon o sociálně-právní ochraně dětí.). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupný také z: [http:// www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz).

[29] ČESKO. Zákon č. 182 ze dne 10. července 1998 o sociálním zabezpečení., (zákon o sociálním zabezpečení.). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998. Dostupný také z: <http://http://www.zakonyprolidi.cz>.

Webové stránky:

[30] Středisko náhradní rodinné péče. *Nahradnirodina.cz* [online]. © 2009-2011 [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece.html

[31] ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. MŠMT, ©2006 [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DD	Dětský domov
CSR	Centrum pro sanaci rodiny
JČK	Jihočeský kraj
KÚ	Kojenecký ústav
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NRP	Náhradní rodinná péče
OSPOD	Orgán sociálně - právní ochrana dětí
SČK	Středočeský kraj
SPOD	Sociálně - právní ochrana dětí
ÚP	Ústavní péče
ÚSP	Ústav sociální péče
VÚ	Výchovný ústav
ZK	Zlínský kraj

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. <i>Systém vzdělávání jedinců s mentálním postižením (Franiok, 2008, s. 51)</i>	36
Graf č.1.- <i>zastoupení pohlaví respondentů</i>	43
Graf č.2. – <i>věkové zastoupení respondentů</i>	45
Graf č.3. – <i>věkové zastoupení respondentů</i>	45
Graf č.4. – <i>délka praxe jednotlivých respondentů v práci s dětmi s mentálním postižením</i>	47
Graf č.5. – <i>počet dětí s jednotlivým postižením v jednotlivých ústavech</i>	49
Graf č.6. – <i>spokojenost s úrovní ÚP v ČR</i>	50
Graf č.7. – <i>spokojenost s právní úpravou v péči o děti s mentálním postižením</i>	51
Graf č.8. – <i>spokojenost s právní úpravou ve výchově dětí s mentálním postižením</i>	52
Graf č.9. – <i>doporučované přístupy péče</i>	52
Graf č.10. – <i>příčiny umístění dětí s mentálním postižením do jednotlivých ústavů</i>	53
Graf č.11. – <i>názory na výchovu dětí s mentálním postižením v rodině mimo ÚP</i>	54
Graf č.12. – <i>názory zda se mají děti s mentálním postižením lépe v ÚP, než u rodičů, kteří nesplnili svou povinnost</i>	55
Graf č.13. – <i>názory zda by si vychovatel ponechal dítě s mentálním postižením, pokud by se mu narodilo</i>	56

SEZNAM TABULEK

Tab.č.1. - <i>pohlaví respondentů</i>	43
Tab.č.2. - <i>věkové zastoupení respondentů</i>	44
Tab.č.3. - <i>věkové zastoupení respondentů v jednotlivých ústavech soc. péče</i>	44
Tab.č.4. – <i>typ zařízení</i>	46
Tab.č.5. – <i>délka praxe jednotlivých respondentů v práci s dětmi s mentálním postižením</i>	47
Tab.č.6. – <i>počet zaměstnanců v jednotlivých zařízeních</i>	48
Tab.č.7. – <i>počet zaměstnanců v jednotlivých zařízeních</i>	48
Tab.č.8. – <i>počet dětí s jednotlivým postižením v jednotlivých ústavech</i>	49
Tab.č.9. – <i>spokojenost s úrovní ÚP v ČR</i>	50
Tab.č.10. – <i>spokojenost s právní úpravou v péči o děti s mentálním postižením</i>	51
Tab.č.11. – <i>spokojenost s právní úpravou ve výchově dětí s mentálním postižením</i>	51
Tab.č.12. – <i>doporučované přístupy péče</i>	52
Tab.č.13. – <i>příčiny umístění dětí s mentálním postižením do jednotlivých ústavů</i>	53
Tab.č.14. – <i>názory na výchovu dětí s mentálním postižením v rodině mimo ÚP</i>	54
Tab.č.15. – <i>názory zda se mají děti s mentálním postižením lépe v ÚP, než u rodičů, kteří nesplnili svou povinnost</i>	55
Tab.č.16. – <i>názory zda by si vychovatel ponechal dítě s mentálním postižením, pokud by se mu narodilo</i>	56

SEZNAM PŘÍLOH

PI.....	Dotazník
PII.....	Odpovědní arch dotazování
PIII.....	Odpovědní arch dotazování
PIV.....	Odpovědní arch dotazování
PV.....	Případové studie

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník pro zaměstnance (vychovatele) zařízení pro výkon ústavní péče, zaměřené na děti s mentálním postižením

Vážení vychovatelé,

jmenuji se Martina Krejčíková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru sociální pedagogika.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a bude použit při zpracování mé bakalářské práce na téma: Děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče.

1. Jste?

- Žena
- Muž

2. Jaký je Váš věk?

- 20 let a méně
- 21 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 61 let a více

3. Jaký typ zařízení je Váš ústav?

- Denní ústav (stacionář).
- Týdenní zařízení.
- Ústav sociální péče s celoročním provozem.
- Zařízení rodinného typu.
- Jiný, uveďte jaký

4. Jak dlouho pracujete s dětmi s mentálním postižením?

- Méně než 1 rok
- 1 rok – 3 roky
- 3 roky – 5 let
- 5 let – 10 let
- 10 let – 15 let
- 15 let a více

5. Jaký je počet zaměstnanců ve Vašem zařízení pečujících o děti s mentálním postižením?

- 5 a méně
- 6 – 10 zaměstnanců
- 11 – 20 zaměstnanců
- 21 – 30 zaměstnanců
- 31 a více

6. Jaký je počet dětí ve Vašem zařízení?

- 5 a méně
- 6 – 10 dětí
- 11 – 20 dětí
- 21 – 30 dětí
- 31 a více

7. Jaký je počet dětí ve Vašem zařízení?

S lehkou mentální retardací dětí.

Se středně těžkou mentální retardací dětí.

S těžkou mentální retardací dětí.

S hlubokou mentální retardací dětí.

S jinou mentální retardací dětí, uveďte jakou

8. Jak jste spokojen (a) s úrovní ústavní péče v ČR?

Ano, jsem spokojen (a).

Ne, uveďte důvod

.....

9. Myslíte si, že současná právní úprava v péči o děti s mentálním postižením je dostatečná?

Ano

Ne, uveďte důvod

.....

10. Myslíte si, že současná právní úprava ve výchově dětí s mentálním postižením je dostatečná?

Ano

Ne, uveďte důvod

.....

11. Jaký přístup péče ústavní výchovy doporučujete?

.....

.....

12. Uveďte nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do Vašeho zařízení?

Rodiče se o dítě **nemohou** starat, počet dětí, uveďte nejčastější příčiny:

.....

Rodiče se o dítě **nedovedou** starat, počet dětí, uveďte nejčastější příčiny:

.....

Rodiče se o dítě **nechtějí** starat, počet dětí, uveďte nejčastější příčiny:

.....

13. Děti s mentálním postižením by měly být vychovávány v rodinách?

- Zcela souhlasím.
- Částečně souhlasím.
- Nevím.
- Částečně nesouhlasím.
- Zcela nesouhlasím.

14. Děti s mentálním postižením se mají v ústavní péči lépe, než u rodičů, kteří nesplnili své rodičovské povinnosti?

- Zcela souhlasím.
- Částečně souhlasím.
- Nevím.
- Částečně nesouhlasím.
- Zcela nesouhlasím.

15. Kdyby se Vám narodilo dítě s mentálním postižením, postarali byste se o něj?

- Určitě, bez váhání.
- Ne, uveďte důvod
- Nevím.

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali na vyplnění tohoto dotazníku!

Autor: Martina Krejčíková

Datum: 1. 3. 2012

Datum vyplnění:

PŘÍLOHA P II: ODPOVĚDNÍ ARCH DOTAZOVÁNÍ

Polostrukturované dotazování

Odpovědní arch rozhovoru pro kvalitativní výzkum bakalářské práce na téma Děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče.

Čas a datum: 20. 3. 2012, 16.15. hod.

Místo: Kutná Hora

Údaje o dotazované osobě:

Pohlaví: žena

Věk: 49 let

Bydliště: Čáslav

Vzdělání: vysokoškolské

Pracovní zařazení: vedoucí přímé péče

Délka praxe: 28 let

1. Jsou dodržována všechna práva dle Deklarace práv, jako je například pomoc rodinám, které mají děti s mentálním postižením?

Domnívám se, že ano. Pomoc rodinám dětí s mentálním postižením je určitě dostatečná, hodně záleží na typu postižení. Někteří rodiče si však ztěžují například na neustálé změny ve výši příspěvků, aniž by kdokoliv přišel a na dítě se skutečně podíval. Po upozornění se výše příspěvků vrátí do původního stavu.

2. Myslíte si, že by vyšší finanční zaopatření způsobilo menší počet dětí s mentálním postižením v ústavní péči?

To si nemyslím. Tady spíše hrozí nebezpečí, že by si mentálně postižené dítě nechávali doma, pouze kvůli penězům, / mám zkušenosti, že mnohdy z peněz určených na péči MP dítěte žije celá rodina a dítě zůstává stranou./

3. Jak hodnotíte současný zájem společnosti o děti s mentálním postižením, navrhl byste nějaké možnosti zlepšení?

Myslím si, že systém péče o MP je dostatečný.

4. Jak hodnotíte současný zájem vlády o děti s mentálním postižením, navrhl byste nějaké změny v právní úpravě?

Nějakým způsobem podchytit právě zmiňované zneužívání příspěvků na MP.

5. Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče?

Příčiny jsou různé, rodiče se nesmíří s tím, že se jim narodilo postižené dítě, neumí se o postižené dítě sami postarat, protože potřebuje speciální přístup. Pomůcky a celodenní zdravotní péči. Rodiče jsou zaměstnaní a nemohou se postarat / v tomto případě je ideální volit týdenní péči, v pondělí do ústavu v pátek domů/, nebo vyrůstají v rodině bez náležité výchovy a když už je situace neúnosná a dítě se stává nebezpečným pro ně i okolí ,hledají pomoc v zařízeních pro MP. Bohužel v takovém případě je dost pozdě.

6. Jaké změny v péči a výchově dětí s mentálním postižením byste navrhovali, kdybyste měli neomezené prostředky?

Tak o tom jsem nepřemýšlela.

7. V jakém prostředí by podle Vás měly děti s mentálním postižením vyrůstat?

Hlavně v klidném a harmonickém a už nezáleží na tom, jestli je to v rodině nebo v zařízení, hlavně by měly cítit lásku, podporu a důvěru k lidem, kteří se o ně starají. Mnohdy jim v zařízení zaměstnanci dají víc, než rodina a také třeba bydlí v daleko lepších podmínkách než doma, kde nemají ani svou vlastní postel.

8. Jak by se měli rodiče starat o dítě s mentálním postižením, a jak se dle Vašich zkušeností o tyto děti doopravdy starají?

Není na to jednoznačná odpověď, zhruba polovina našich rodičů se stará dobře, dítě si bere domů na víkendy, svátky, prázdniny. Někteří si je berou jen sporadicky a někteří bohužel vůbec, i když těch máme celkem málo. Máme však i klienta, který domů vůbec nechce, protože mu je zde lépe než doma.

9. Co Vy samotní byste chtěli udělat pro lepší život dětí s mentálním postižením?

Myslím, že svou každodenní prací, mnohdy nad rámec mých povinností. Dělán dost.

10. Pozorujete ve své práci syndrom vyhoření?

Pozoruji, není to však samotnou prací s mentálně postiženými, ale spíše z celkové neutěšné situace ve financování sociálních služeb, kdy vyloženě čekáme, jestli dostaneme dotace, v jaké výši, jaká budeme muset dělat úsporná opatření, co nás čeká a jestli vůbec přežijeme rok nebo budeme muset skončit.

PŘÍLOHA P III: ODPOVĚDNÍ ARCH DOTAZOVÁNÍ

Polostrukturované dotazování

Odpovědní arch rozhovoru pro kvalitativní výzkum bakalářské práce na téma Děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče.

Čas a datum: 14:52, 10. 4. 2012

Místo: Zlín

Údaje o dotazované osobě:

Pohlaví: muž

Věk: 36

Bydliště: Zlín

Vzdělání: SpgŠ, CŽV, student VŠ

Pracovní zařazení: vychovatel DD

Délka praxe: 9

1. Jsou dodržována všechna práva dle Deklarace práv, jako je například pomoc rodinám, které mají děti s mentálním postižením?

Určitě ano. Veškerá pomoc je zakotvena v zákonech a práva jsou dodržována.

2. Myslíte si, že by vyšší finanční zaopatření způsobilo menší počet dětí s mentálním postižením v ústavní péči?

Myslím, že by to jen podpořilo nefunkční rodiny, které mají dítě ze zjištěných důvodů.

3. Jak hodnotíte současný zájem společnosti o děti s mentálním postižením, navrhl byste nějaké možnosti zlepšení?

Velký rozdíl město x vesnice a různých generací. Obecně mladší a vzdělanější část populace se více angažuje.

4. Jak hodnotíte současný zájem vlády o děti s mentálním postižením, navrhli byste nějaké změny v právní úpravě?

Vláda poměrně dobře zajišťuje hmotnou podporu s výjimkou dětí podpory rodičů dětí s mentálním postižením. Péče v primární rodině je vždy pro stát levnější.

5. Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče?

Neschopnost, či nemožnost primární rodiny se adekvátně postarat o potřeby dětí s ohledem na jejich komplikovanost v souvislosti s postižením.

6. Jaké změny v péči a výchově dětí s mentálním postižením byste navrhovali, kdybyste měli neomezené prostředky?

Větší integrace, osobní asistence.

7. V jakém prostředí by podle Vás měly děti s mentálním postižením vyrůstat?

V adekvátním jeho potřebám – bez ohledu zda žijí v ústavní výchově, nebo v rodině.

8. Jak by se měli rodiče starat o dítě s mentálním postižením, a jak se dle Vašich zkušeností o tyto děti doopravdy starají?

Otázka je komplikovanější, děti s mentálním postižením se často rodí do zdravotně a sociálně zatížených rodin. Takže takovýto rodiče péči o dítě s postižením často vůbec nezvládají. Jindy se péče o dítě s postižením rovnou vzdají, protože chápou její komplikovanost a náročnost.

9. Co Vy samotní byste chtěli udělat pro lepší život dětí s mentálním postižením?

Větší integrace do většinové společnosti, podpora volnočasových aktivit.

10. Pozorujete ve své práci syndrom vyhoření?

Zcela určitě, přichází s věkem a zatížením.

PŘÍLOHA P IV: ODPOVĚDNÍ ARCH DOTAZOVÁNÍ

Polostrukturované dotazování

Odovědní arch rozhovoru pro kvalitativní výzkum bakalářské práce na téma Děti s mentálním postižením z prostředí afunkčních rodin a důvody jejich umístění do ústavní péče.

Čas a datum: 9. 4. 2012, 10:12. hod.

Místo: Vizovice

Údaje o dotazované osobě:

Pohlaví: žena

Věk: 37 let

Bydliště: Zlín

Vzdělání: SŠ, VŠ

Pracovní zařazení: Vychovatelka v Dětském domově

Délka praxe: 11 let

1. Jsou dodržována všechna práva dle Deklarace práv, jako je například pomoc rodinám, které mají děti s mentálním postižením?

Pokud se jedná o ústavní péči-zařízení, které znám. Myslím, že ano. Co se týče dodržování práv v rodinách nevím.

2. Myslíte si, že by vyšší finanční zaopatření způsobilo menší počet dětí s mentálním postižením v ústavní péči?

Určitě ne, pokud by rodiny dostávaly ještě více peněz na dítě s mentálním postižením, hrozilo by zneužívání těchto financí.

3. Jak hodnotíte současný zájem společnosti o děti s mentálním postižením, navrhl byste nějaké možnosti zlepšení?

Zájem je dostatečný, naše děti si každý oblíbí a snaží se pomoci.

4. Jak hodnotíte současný zájem vlády o děti s mentálním postižením, navrhl byste nějaké změny v právní úpravě?

Ústavní péče je pro stát méně výhodná, a tak podpora dětí v primárních rodinách je dostatečná, stálo by však za zvážení nějaký způsob kontroly výdeje těchto dávek.

5. Jaké jsou nejčastější příčiny umístění dětí s mentálním postižením do ústavní péče?

Příčiny jsou různé, nejčastěji je to nemohoucnost (z pracovních důvodů, tedy nedostatku času), nezájem (nechtějí se starat nebo se nemohou smířit s postižením svého dítěte), ale také přicházejí děti ze špatných sociálních podmínek (rodič je nezletilý, nemá dostatečné bydlení, nezajišťuje základní hygienické podmínky, nebo je závislý na drogách).

6. Jaké změny v péči a výchově dětí s mentálním postižením byste navrhovali, kdybyste měli neomezené prostředky?

Myslím, že péče je dostatečná, v zařízeních, které znám, ale pro děti by bylo přínosem více se začlenit do společnosti, být více mezi lidmi.

7. V jakém prostředí by podle Vás měly děti s mentálním postižením vyrůstat?

Určitě v prostředí, kde je o ně zájem. Péče a výchova těchto dětí je mnohem složitější než je tomu u dětí bez handicapu, z toho důvodu je potřeba zvláštní přístup, který je časově a psychicky náročný, některé rodiny nejsou schopny toto zajistit a tak se dítě ocitne v ústavní péči, která však tyto potřeby dítěti zajistí.

8. Jak by se měli rodiče starat o dítě s mentálním postižením, a jak se dle Vašich zkušeností o tyto děti doopravdy starají?

Má zkušenost je taková, že v našem zařízení jsou děti denně, rodiče o ně nejeví zájem z různých důvodů, tedy myslím si, že je našim dětem lépe v ústavu. Zním však i rodiče, kteří se velmi dobře dokáží o své dítě s mentálním postižením postarat, je to otázka zájmu, časové náročnosti a psychické odolnosti.

9. Co Vy samotní byste chtěli udělat pro lepší život dětí s mentálním postižením?

Myslím, že se všichni snažíme dát dětem, co můžeme.

10. Pozorujete ve své práci syndrom vyhoření?

Bohužel ano, i když mám děti moc.

PŘÍLOHA V: PŘÍPADOVÉ STUDIE

Dítě č. 1.:

Rodiče nikdy o dítě nepečovali, do 3 let byl v kojeneckém ústavu, poté v DD, kde ho rodiče navštěvovali asi 1x za 3 měsíc a nic na těchto skutečnostech nechtějí měnit. ÚV je třeba nařídit z důvodů vzdělávání a umístění dítěte v úst. Zařízení.

Dítě č. 2.:

Dítě se narodilo z druhovského poměru, nejprve matka bydlela u svých rodičů, pak v domově, po narození další dcery se byla schopna starat vždy jen o jednu dceru a druhou dávala prarodičům. Neuměla hospodařit a postarat se o své děti, poté požádala o umístění dítěte do DÚ.

Dítě č. 3.:

Nejprve nařízena ÚV u nejstarší dívenky a nad ostatními dětmi v rodině stanoven dohled. V rodině nedostatečné bytové podmínky. Důvodem pro nařízení ÚV u dítěte bylo, že ji matka nechala ve velmi špatném zdravotním i celkovém stavu na hlídání cizí paní a situace si vyžádala hospitalizaci, později konstatováno dlouhodobé zanedbávání hygieny, pitného režimu.

Dítě č. 4.:

Po narození kvůli potvrzení diagnózy umístěn v kojeneckém ústavu, kde ho matka navštěvovala asi 2 roky, později s tím otec nesouhlasil, takže kontakt byl ukončen.

Dítě č. 5.:

Matka v době narození dítěte nezletilá, rodinné prostředí matky nevhodné ať už pro vztah (soudní dohled) i proto že nejsou bytové podmínky. Žijí ve staré hájovně, která není uznána jako obydlí k trvalému žití. V dětském domově matka i babička zpočátku navštěvovali, vše ustalo v pěti letech dítěte, kdy se matka narodilo další dítě.

Dítě č. 6.:

Dítě se narodilo nezletilé matce, která měla v době početí nařízenou ÚV. V primární rodině pohlavní zneužívání, dítě ihned umístěno do KÚ. Zpočátku navštěvovala 2-3x měsíčně, pouze však formálně a velmi rychle, mateřská vazba nevznikla. O dítě projevuje zájem

babička, která však nemá bytové podmínky a přesto se snaží všemožně pomáhat širší rodině.

Dítě č. 7.:

Matka uvedla, že chce, aby dítě bylo umístěno do ÚV, protože jí nezvládá, dítě neposluhá. Soud zjistil, že matka už není schopná ani ochotná výchovu nezletilé zajišťovat.

Dítě č. 8.:

Kvůli mentální retardaci je dítě umístěno v dětském domově a s ohledem na přemístění do školského zařízení je nutno nařídit ÚV.

Dítě č. 9.:

Dítě ihned po narození a potvrzení diagnózy umístěno do KÚ, rodiče o ni nikdy osobně nepečovali a na tom ani nechtějí nic měnit.

Dítě č. 10.:

Matka nezletilého opustila a dlouhodobě se o něj nezajímala, protože odjela s přítelem mimo bydliště. V době kdy dítěti bylo půl roku. Při předběžném umístění do domova matka uvedla, že neví od kdy tam je, a nezná ani jeho zdravotní stav. Matka dítěte není schopná samostatného života a řádné péče o sebe, natož o dítě. Prostředí rodiny nevhodné až závadové. Pomoc zvenku například od CSP rodina znemožňuje.

Dítě č. 11.:

Původně byl nařízen nad rodinou dohled, přesto docházelo ke zhoršení péče, neposílali do stacionáře, kde jim bylo doporučeno, ani do MŠ nevyřídili odklad školní docházky. Byt byl bez elektřiny atd., nebyl ani dostatek jídla. Dítě živili sousedé. U rodičů alkohol, konflikty. Dítě nemělo kontakt s vrstevníky, později na byt exekuce. Po umístění dítěte do DD zájem pouze telefonický, i ten pak ustal.

Dítě č. 12.:

Těžká vrozená vývojová vada spojená s MR, na základě které nemohou rodiče zabezpečit adekvátní péči.

Dítě č. 13.:

Matka neměla pro dítě připravenou výbavu ani bytové podmínky, v porodnici nebyla schopna se naučit základní úkony kolem dítěte. Při zjištění, že se jedná o rizikové dítě, bylo umístěno do dětského centra a následně nařízeno předběžné opatření.

Dítě č. 14.:

Dítě ze sociálně slabé rodiny s nedostatečným bytovým a materiálním zázemím-bez vody, bez koupelny. Otec o ni prakticky nejeví zájem, agresivní, často pod vlivem alkoholu. Matka péči nezabezpečovala-dítě špinavé, zavšivené, nevhodně oblékané, nerespektovala lékařku ani žádné instituce, rovněž chodila do restaurace, vůči OSPOD arogantní.