

VYUŽITÍ VYBRANÝCH TERAPIÍ V DĚTSKÝCH DOMOVECH PRO DĚTI DO 3 LET VĚKU

THE USE OF CHOSEN THERAPIES IN THE CHILDREN'S HOMES FOR CHILDREN UNDER 3 YEARS OF THEIR AGE

Kateřina Peřinová

Abstract: *The report is focused on children's homes for children with serious health and social problems. There are 33 these organisations in the Czech Republic. It is well known, that children living in these institutions from neonatal age, suffer lack of incentives. This fact has great influence to personality development. Therapies could help them to obtain more social contacts and experience with another environment. Scientific aim was to find out, if these institutions use special therapy to support children's psychomotor development. The questionnaire was used for the research. The main result was found out if children's homes use therapies.*

Keywords: *Children with serious health problem, Abandoned children, Children's homes, Animal therapy, Music therapy.*

Úvod

Prvního dubna roku 2012 vzešel v platnost Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Tato norma ustanovuje zdravotnické zařízení pro děti do 3 let věku dětskými domovy. Bližší specifikace je daná podle §43 odstavce 1 takto: „*V dětských domovech pro děti do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost.*“ (Česko, 2011)

V lednu roku 2012 vláda České republiky schválila „Národní strategii ochrany práv dětí – Právo na dětství“. Tento dokument si klade za cíl vytvořit systém ochraňující práva všech dětí a podporující naplňování jejich potřeb. Výsledkem bude odstranění nedostatků v péči o nezletilé děti do roku 2018. Devátý cíl strategie je nazván „Podpora náhradní rodinné péče“ a zahrnuje rozvoj pěstounskou péči za účelem zamezení umístování dětí do ústavní výchovy. Z toho vyplývají klíčové aktivity, které jsou: rozvoj a profesionalizace pěstounské péče, aktivní vyhledávání náhradních rodičů, opatření k omezení počtu dětí adoptovaných do ciziny a zajistit právo všech dětí znát od narození své rodiny. Desátý cíl - „Rozvinutí alternativ péče o ohrožené dítě a deinstitucionalizace péče“ obsahuje následující klíčové aktivity: vytvoření sítě služeb – ambulantních, terénních, respitních atd. pro rodiny pečující o nezletilé dítě (včetně náhradních rodin); transformace stávajících ústavních zařízení na služby výše jmenované; legislativní ukotvení věkové hranice, pod níž je nepřipustné umístit dítě

do ústavního zařízení; snižování kapacit pobytových zařízení a legislativní omezení doby nařízené ústavní péče. (MPSV, 2013)

Do oblasti náhradní rodinné péče významně zasahuje novelizovaný zákon o sociálně-právní ochraně dětí (č. 401/2012Sb.) v platném znění s účinností od 1. 1. 2013.

Vzhledem ke stávajícímu procesu transformace cítím potřebu poukázat na výchovnou činnost v dětských domovech pro děti do 3 let věku v užším zaměření na využití terapeutických prostředků. O tom bude pojednávat následující příspěvek.

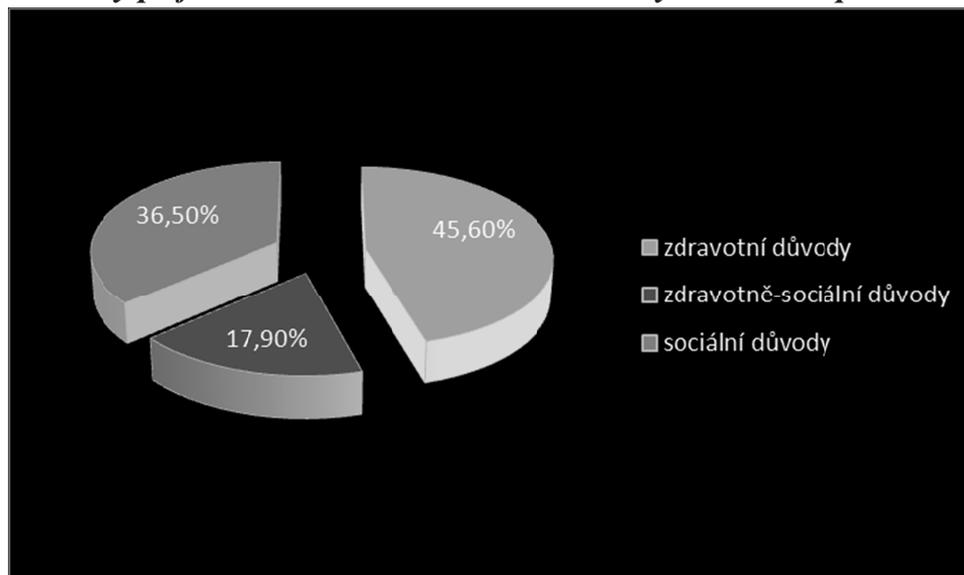
1 Formulace problematiky

1.1 Geografické rozložení kojeneckých ústavů v České republice

Podle zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (dál jen ÚZIS) ze dne 23. 7. 2013 bylo v roce 2012 v České republice celkem 33 kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let. „*V průběhu roku 2012 bylo do kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let přijato 1932 dětí, tedy o 199 dětí méně, než v roce předchozím. Tento pokles znamenal první výraznější změnu v rostoucím trendu přijímaných dětí od roku 2006. Děti byly přijímány (viz obr. 1) nejčastěji ze zdravotních důvodů (45,6%), ze sociálních důvodů (36,5%) a nejméně z důvodů zdravotně sociálních (17,9%).*

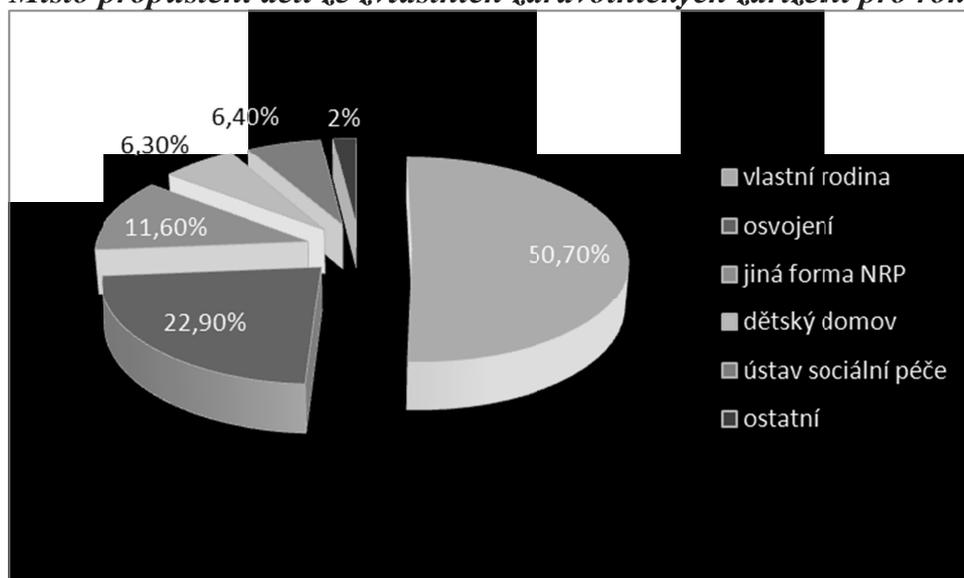
V témže roce bylo z těchto zařízení propuštěno 1940 dětí (viz obr. 2). Polovina z těchto dětí byla propuštěna zpět do vlastní rodiny (50,7%), 22,9% bylo osvojeno a do jiné formy náhradní rodinné péče bylo propuštěno 11,6% dětí. Zbývajících 14,8% bylo propuštěno do jiného než rodinného prostředí. 6,3% dětí odešlo do dětského domova pro děti starší 3 let, 2% do ústavu sociální péče a 6,4% do jiných zařízení. Nejdelší dobu v těchto zařízeních strávily děti propuštěné do ústavů sociální péče, děti osvojované pro zbavení rodičovských práv či pro nezáměr rodičů. Naopak nejkratší dobu zde děti strávily osvojované se souhlasem rodičů a děti propuštěné do vlastních rodin.“ (ÚZIS, 2013).

Obr. 1: Důvody přijetí dětí do zvláštních zdravotnických zařízení pro rok 2012



Zdroj: vlastní zpracování autora ze zdrojů ÚZIS, 2013

Obr. 2: Místo propuštění dětí ze zvláštních zdravotnických zařízení pro rok 2012



Zdroj: vlastní zpracování autora ze zdrojů ÚZIS, 2013

1.2 Dnešní postavení dětských domovů pro děti do 3 let věku v systému sociální péče

Dětské domovy pro děti do 3 let věku spadají pod působnost Ministerstva zdravotnictví České republiky. Domnívám se, že přes tento fakt mají v systému sociálních služeb co nabídnout.

Změny ve společnosti a ve spektru společenských problémů přinášejí i změny v nabízených službách. Převážnou skupinou přijímaných dětí do těchto zařízení v minulosti byly děti bez rodičů, matek s infekční tuberkulózou atd. Dnes už tomu tak není. Jak již bylo výše uvedeno, jsou to převážně děti se zdravotními, zdravotně-sociálními nebo sociálními problémy. A z tohoto důvodu se také služby v těchto

zařízeních vyvíjí směrem k aktuálním potřebám těchto dětí. Kromě péče zdravotnické, zde probíhá i péče sociální, výchovná a psychologická zaměřená nejen na potřeby dítěte, ale celé rodiny. Vedle dětských „uživatelů těchto služeb“ jsou v dětských domovech pro děti do 3 let věku služby poskytovány i rodičům a celé rodině. V první řadě se jedná o toho rodiče, který je spolu s dítětem ubytován v zařízení a nemůže nebo není schopen o něj samostatně pečovat. Zde dochází k edukaci při zácvičku v péči o dítě. V dalších případech jsou to rodiče, jejichž dítěti byla na základě rozhodnutí soudu nařízena ústavní výchova, nebo jejichž dítě bylo do ústavu přijato na jejich vlastní žádost. Poslední skupinu tvoří nemalé množství náhradních rodičů, kterým je poskytováno např. sociální či psychologické poradenství.

Děti mohou být přijaty do zařízení na ambulantní nebo pobytovou formu péče. Většina zařízení nabízí i respitní péči pro rodiny s dětmi těžce nemocnými, které jinak vyrůstají ve svém rodinném prostředí. Péče se poskytuje na nezbytně nutnou dobu, kdy pečující rodiče potřebují čas k odpočinku, nebo náhle onemocněli, či jsou hospitalizováni. Zařízení navštěvují děti v rámci denního či týdenního stacionáře. Tyto děti převážně vyrůstají ve vlastní rodině, ale vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nemohly být zařazeny do klasického školského zařízení.

Řada dětských domovů pro děti do 3 let věku má statut zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Dle Zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 401/2012 Sb. ve znění platných předpisů se jedná o zařízení poskytující pomoc nezletilému dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče a jeho život nebo vývoj je vážně ohrožen. Jedná se tedy o činnost krizovou.

Všechny výše uvedené služby mají společný jmenovatel: podporovat zdravý vývoj dětí, které se ne vlastní vinou ocitly v nouzi se snahou brzkého návratu do zdravé, funkční rodiny.

1.3 Psychoterapie jako nástroj proti psychické deprivaci

Pokud nejsou dítěti uspokojovány jeho základní psychické potřeby (např. potřeba dostatečného množství podnětů, stálosti vnějšího prostředí, prvotních emocionálních a sociálních vztahů aj.) v dostatečné míře, může se u něj vyskytovat psychická deprivace. Známé příklady tzv. vlčích dětí, které jsou samozřejmě extrémem tohoto stavu. Deprivace u dětí se může projevit opožděným psychomotorickým vývojem, opožděním v oblasti vývoje řeči, odlišným prožíváním ve vztahu k druhým lidem popř. k věcem. Hledají si náhradu za neuspokojené potřeby a v následných fázích vývoje se mohou vyskytovat další sociální patologie (Matějček, Langmeier, 2011).

Termín psychoterapie definuje S. Kratochvíl jako: „*léčebnou činnost, léčebné působení, specializovanou metodu léčení, záměrné ovlivňování, proces sociální integrace. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných činností, lze hledat v několika směrech: čím působí, na co působí, čeho má dosáhnout, co se při ní děje a kdo působí. Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky – slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj.*“ (Kratochvíl, 2006, s. 13)

Vymětal vymezuje psychoterapii jako léčebné působení na úrovni primární, sekundární i terciální prevence, které se provádí prostředky komunikačními a vztahovými. (Vymětal, 2004, s. 20)

„Psychoterapie se užívá jako psychoterapie systematická, kdy je metodou první volby a hlavním postupem při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví a metoda podpůrná, či doplňková, což bývá v kombinaci s farmakoterapií, ale i s jinými opatřeními v rámci komplexního léčebného přístupu k nemocnému a jeho rodině.“ (Vymětal, 2004, s. 28)

Psychoterapie dětí je zvláštním oddílem celé problematiky. Uvádí se, že základním terapeutickým prostředkem dětí je volná hra, prvky muzikoterapie a samozřejmě velmi cenná arteterapie. Pokud léčba probíhá pomocí zvířete, mluvíme o zooterapii (v příspěvku zastoupená hipoterapií a canisterapií). Psychoterapie se může zaměřit i na sociální vztahy, sociální okolí malého klienta, což děti v ústavní péči nezbytně potřebují.

„Terapie zanedbaných i deprivovaných dětí by měla být vždy komplexní a měla by se týkat úpravy prostředí i přímé nápravné práce s postiženým dítětem“ (Langmeier, Balzar, Špitz, 2000, s. 303). Komplexností je míněna péče o tělesný vývoj, kognitivní, emoční a sociální vývoj dítěte. Na prvním místě všech nápravných snah by mělo být bezpečí dítěte (l. c.).

1.4 Vybrané terapeutické metody

Canisterapie je druh zooterapie (nebo animoterapie), která využívá léčebného působení psa, jako prostředníka v léčebném kontaktu. Slouží k podpoře zdraví lidí všech věkových kategorií, přičemž zdraví je myšleno z pohledu bio-psycho-sociálního. Jak již bylo v úvodu nastíněno, zmiňovaná zařízení přijímají děti s různými problémy a od těchto problémů se odvíjí terapie. Děti (a nejen ty) obvykle o psa projevují velký zájem. Velmi záhy zjistí, že pes jejich city opětuje. Díky tomuto vztahu prožívá dítě cennou emocionální podporu (Velemínský, 2007).

Cíle této terapie u dětí žijící v ústavním zařízení jsou odlišné od těch, které jsou určeny pro děti žijící ve fungující rodině. V zařízení dítě potřebuje více než kde jinde naplnit potřebu stimulace, prožitek pozitivních pocitů atd. Jednou ze základních metod canisterapie využívaných v zařízeních pro děti s mnohočetnými zdravotními problémy je polohování. Je založeno na přímém kontaktu psa s dítětem, který trvá cca 20 minut. Při terapii je přítomen rehabilitační pracovník, který ve spolupráci s terapeutem a koterapeutem – psem zvolí vždy správnou polohu pro dané dítě. Během polohování dochází k navození libých pocitů, ke zklidnění, zahřátí, uvolnění spazmů, zvýšení citlivosti atd.

Hipoterapie je další z terapeutických metod animoterapie využívající jako prostředníka léčebného působení koně. Podstatou je trojrozměrný pohyb koně, který se následně přenáší na klienta využívající tuto terapii. Podněty se přenášejí pomocí pánve (pokud klient na koni sedí) a pokud na ně pozitivně reaguje, přebírá pravidelnost pohybů, což se může projevit třeba u dětských klientů rozvojem řeči. U klientů, kteří nemohou nebo nejsou schopni samostatně sedět, se využívá poloha tzv. asistovaného

sedu, nebo polohování v různých dalších pozicích-na břicho s hlavou položenou na zadku koně; na břichu přes hřbet koně a další (Holý, Horáček, 2005).

V nedávné době se hipoterapie pro věkovou skupinu kojenců a batolat moc nevyužívala, ale dnes se i toto vývojové období považuje za vhodné. Před započítím hipoterapie probíhá proces indikace. Za týmové spolupráce – rehabilitačního pracovníka, lékaře, výchovné sestry a víceméně i sociálního pracovníka - se vybírá vhodné dítě pro tuto terapii. Zařízení má na každého klienta sepsanou dohodu o poskytování sociální služby – sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením, která je nutně podepsaná zákonným zástupcem nezletilého dítěte. Samotná terapie se uskutečňuje jako týmová práce hipoterapeuta, hipologa a pomocníků, kteří takto malého klienta zabezpečují proti pádům. Délka trvání terapie činí pro každé dítě zhruba dvacet minut.

Muzikoterapie využívá ke svým léčebným účelům hudbu, rytmus, melodii a další hudební prvky. Využití této terapie v dětských domovech pro děti do 3 let věku je v podstatě nejjednodušší co se organizace, prostorů a pomůcek týče. Doporučené nástroje jsou bubínky, zvonky, tamburíny a dřívka. Indikace této terapie je velice široká, v podstatě jsou pouze kontraindikované diagnózy, kde by mohla hudba ublížit – muzikogenní epilepsie, antisociální porucha a další. U dětských klientů se s tímto moc často nesečkáme (Kantor, 2009).

Terapie se může uskutečňovat v součinnosti tance, dětských říkadél, tleskání a jiným vyluzováním zvuků i pohybů. Průběh v ústavním zařízení zaznamenává výchovná sestra do zvláštního formuláře, který je při odchodu dítěte součástí výchovné zprávy o psychomotorickém vývoji dítěte.

2 Metody

V roce 2010 byl proveden výzkum pomocí dotazníkového šetření zaměřený na dětské domovy pro děti do 3 let věku. Byl použit dotazník vlastní konstrukce, který byl rozeslán všem 33 ústavním zařízením. Dotazník obsahoval 22 otázek uzavřených a dvě otevřené. Respondenti volili odpověď za zařízení, ve kterém pracují. Po urgenci byla návratnost dotazníků stoprocentní. Pro popsání jevů bylo využito deskriptivní statistiky.

Dotazník a výsledky z něj plynoucí byly pro účely tohoto příspěvku kráceny autorem.

3 Rozbor problému

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu byla snaha zmapovat využití vybraných terapií v dětských domovech pro děti do 3 let věku, neboť dle Langmeiera, Matějčka (2011) v ústavních zařízeních pro děti byl problém psychické deprivace objeven a práce se zabývá právě tímto typem zařízení a formami, jak psychickou deprivaci překonat. Hlavním cílem bylo zjistit, zda-li tato zařízení používají některé z vybraných terapií (canisterapii, hipoterapii a muzikoterapii). Dílčími cíli bylo zmapování časového rozsahu jejich

využití, čili jak často jsou jednotlivé terapie prováděny, z jakých finančních zdrojů jsou hrazeny a kdo terapii vykonává a kde se terapie provádí.

3.2 Interpretace výsledků

Na otázku, zda jednotlivá zařízení využívají terapií, čtyři respondenti odpověděli (viz tab. 1), že žádnou z uvedených terapií nevykonávají, jedno zařízení naopak vykonává hydroterapii, která nebyla do šetření zahrnuta. To znamená, že celkem vybrané terapie provádí 28 zařízení z celkových 33, což odpovídá **85%**.

Tab. 1: Využití vybraných terapií

Počet zařízení	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Celkem	33	100%
Provádí vybrané terapie	28	85%
Neprovádí žádné terapie	4	12%
Provádí jiné, než vybrané terapie	1	3%

Zdroj: vlastní zpracování autora

Pokud shrneme pozorované terapie a četnost jejich využití (viz tab. 2), ukazuje se, že nejčastěji se využívá muzikoterapie a to v 59% více než dvakrát týdně. Canisterapie se využívá ve sledovaných zařízeních nejčastěji jednou za týden (44%) a hipoterapie jednou za čtrnáct dní (36%).

Tab. 2: Relativní četnost využití vybraných terapií

Četnost využití	Vybrané terapie		
	<i>canisterapie</i>	<i>hipoterapie</i>	<i>muzikoterapie</i>
<i>Více než dvakrát týdně</i>	0%	0%	59%
<i>Dvakrát za týden</i>	6%	18%	9%
<i>Jednou za týden</i>	44%	18%	9%
<i>Jednou za 14 dní</i>	33%	36%	14%
<i>Jednou za měsíc</i>	6%	9%	0%
<i>Méně než 1x/měsíc</i>	11%	18%	9%

Zdroj: vlastní zpracování autora

Jednou z dalších položek v distribuovaném dotazníku byla otázka týkající se financování terapií (tab. 3). Cílem bylo zjistit, zda pro zajištění terapií využívají

zařízení sponzorské prostředky, dotace z fondů EU, příspěvek od zřizovatele, přídavek na dítě, příspěvek od rodičů na zajištění péče o dítě, či jiné dostupné prostředky.

Dle odpovědí respondentů bylo zjištěno, že téměř polovina zařízení využívá příspěvek od zřizovatele, stejně jako sponzorské prostředky k zajištění těchto aktivit.

Dvě zařízení využívají příspěvek od rodičů, jedno dotaci z evropských nebo jiných fondů. Jedno zařízení využívá finanční pomoci Nadace Terezy Maxové. Žádné zařízení nevyužívá přídavku na dítě jako zdroj financování pro tyto aktivity.

Tab. 3: Relativní četnost zajištění finančních prostředků na realizaci terapií

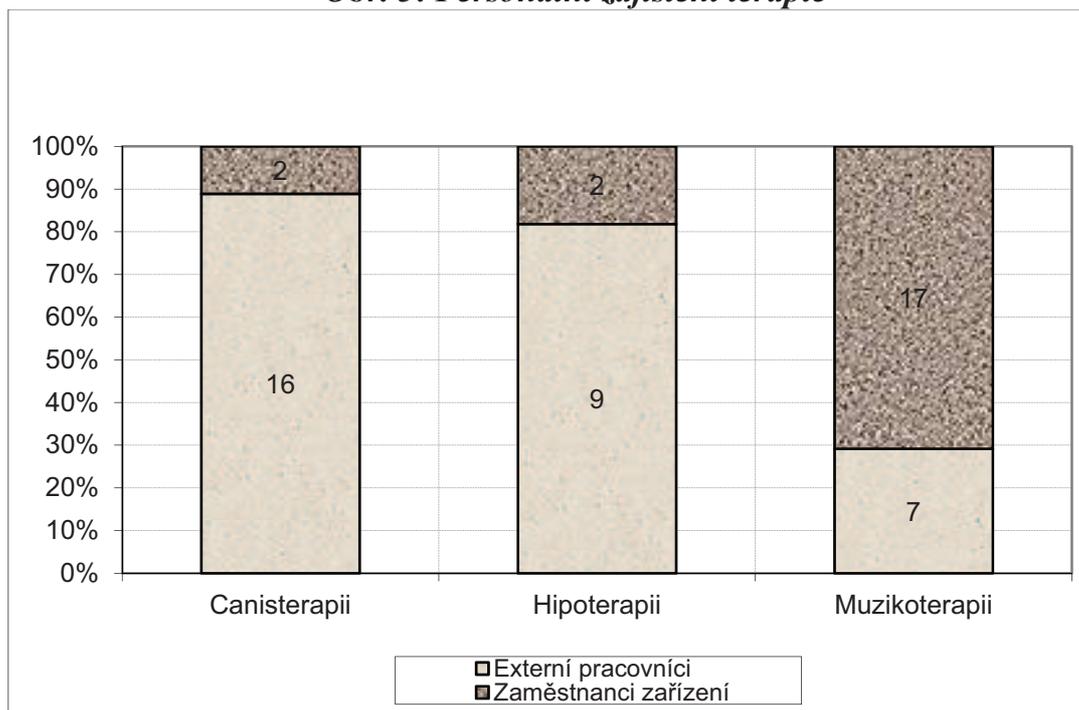
Způsob financování	Relativní četnost
Příspěvek od zřizovatele	48%
Sponzorské prostředky	44%
Příspěvek rodičů na zajištění péče o dítě	4%
Dotace z evropských fondů	2%
Jiné	2%
Přídavek na dítě	0%

Zdroj: vlastní zpracování autora

Posledním souborem otázek byly ty, které směřují k naplnění posledního dílčího cíle výzkumu - personální a místní zajištění konání canisterapie, hipoterapie a muzikoterapie. Cílem bylo zjistit, zda jsou tyto terapie prováděné v zařízení, nebo mimo a zda jsou vedeny zaměstnanci zařízení či externími pracovníky.

Z výsledků šetření vyplývá, že zooterapii provádějí většinou externí pracovníci (obr. 3). Pouze ve dvou případech, a to u obou terapií ji provádějí zaměstnanci zařízení. Měli by tedy mít další specializované vzdělání v daném oboru. Naopak muzikoterapii ve většině případů provádějí zaměstnanci zařízení a i tady by měla být ovšem splněna podmínka pro vzdělání. V sedmi případech ji realizují externí pracovníci, což z celkového počtu zabírá 29%.

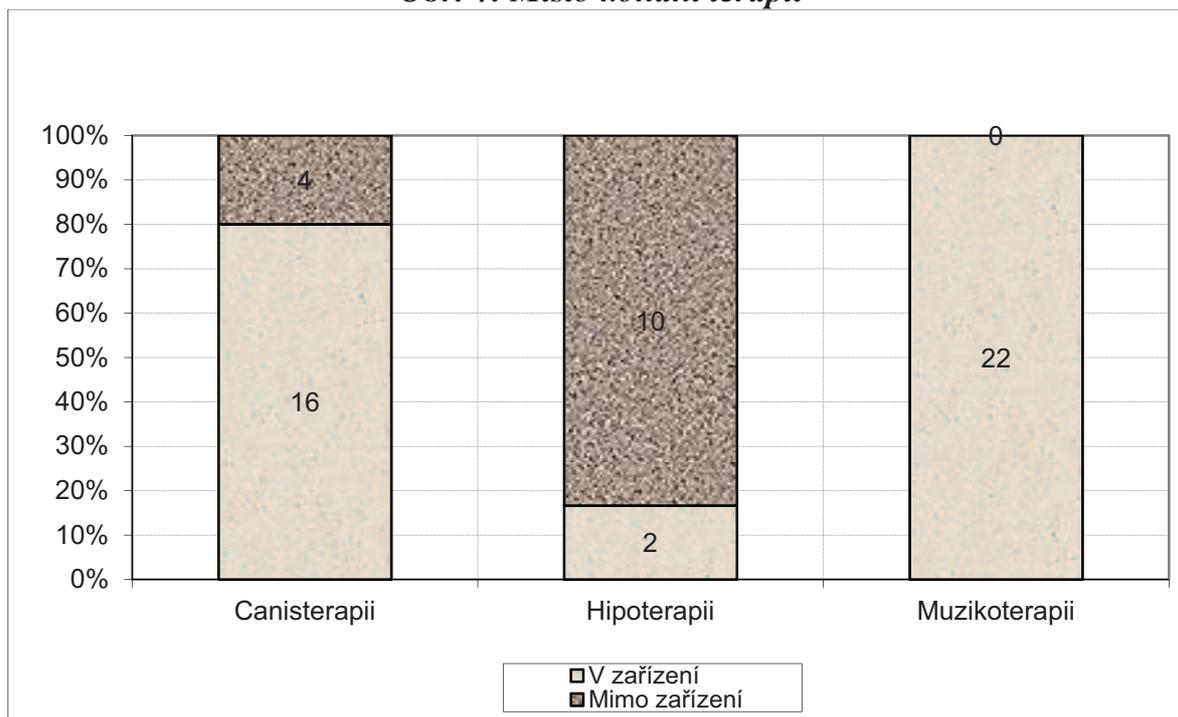
Obr. 3: Personální zajištění terapie



Zdroj: vlastní zpracování autora

Canisterapie se ve většině případů realizuje v ústavním zařízení (obr. 4). Opačná situace nastává u další ze zooterapie – hipoterapie. V deseti z dvanácti případů dojíždí dětské klienty za touto terapií mimo zařízení. U muzikoterapie je situace opět opačná. V celých sto procentech se tato terapie realizuje uvnitř zařízení, bez ohledu na to, jestli jí zajišťují zaměstnanci zařízení nebo externí spolupracovníci.

Obr. 4: Místo konání terapií



Zdroj: vlastní zpracování autora

4 Diskuze

Jak uvádí Bachtjan ve svém článku *Arteterapie s dětmi z dětských domovů* dítěti, které od útlého věku vyrůstalo v ústavním zařízení, nejsou naplněny jeho základní potřeby. Tato skutečnost neblaze ovlivňuje jeho osobnost. Pozitivní na tom je, že se jedná o sociálně podmíněnou skutečnost. Z tohoto důvodu dětské domovy využívají terapií (Bachtjan, 2013).

Do výzkumné části bylo zařazeno všech 33 dětských domovů pro děti do 3 let věku. Hlavním cílem bylo zjistit, zda zařízení využívají terapie. Z prvního oddílu šetření je patrné, že většina z nich (85%) využívá jednu či více z vybraných terapií. Tato skutečnost je velmi povzbudivá, i přesto že se jedná o data stará třech let. Vzhledem k nepříznivé náladě společnosti směrem k těmto zařízením jejich počet zůstává i v roce 2012 stejný. Lze předpokládat, že i využití terapií bude shodné. Dle odpovědí respondentů se nejčastěji využívají terapie, které probíhají přímo v místě zařízení – muzikoterapie.

Co se týče financování podpůrných terapií, zde nemůžeme uvažovat shodně. Vzhledem k tomu, že se často mluví o zrušení těchto zařízení, lze předpokládat, že i finanční příspěvky od zřizovatelů jsou sníženy. Jak jsou tedy dnes financovány tyto činnosti, je námětem pro další zpracování. V roce 2010 ani jedno zařízení nevyužilo k financování přídatku na dítě. Přídatok na dítě náleží dle Zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře v platném znění ústavu, pokud je dítě v jeho plném přímém zaopatření. Tato dávka pomáhá krýt náklady spojené s výchovou a výživou nezletilých dětí. Zařízení tedy pobírají přídatky na děti, které jsou v jejich plném přímém zaopatření, ale zřejmě ji využívají k jiným účelům, než k financování terapií.

Poslední část práce pojednává právě o místním a personálním zajištění canis-, hipo- a muzikoterapie. Velice specifická z tohoto pohledu je muzikoterapie, která je ve sto procentech prováděna uvnitř zařízení a ze sedmdesáti jedněch procent ji provádějí zaměstnanci zařízení. Je na dalším zpracování tohoto tématu, zda jsou tito zaměstnanci v muzikoterapii proškoleni, nebo jiným způsobem vzděláni v oboru.

Závěr

V České republice existuje 33 dětských domovů pro děti do 3 let věku. V loňském roce zaznamenal ÚZIS pokles přijatých dětí do tohoto typu zařízení. Můžeme uvažovat o tom, zda se jedná o trend do budoucna, podpořený přijatou novelou zákona o sociálně-právní ochraně dětí a dalšími normami. Není na místě tohoto příspěvku hodnotit komplexní práci zařízení. Zaměřuje se pouze na oblast péče poskytující dětem v ústavních zařízeních větší množství podnětů pro jejich zdravý růst a vývoj.

Velmi povzbudivý je výsledek výzkumného šetření, že 85% těchto zařízení alespoň jednu z vybraných terapií realizuje. Svědčí to mimo jiné i o posunu práce s dětmi v takovém typu zařízení. V minulosti byla typická nemocniční sterilita v přeneseném slova smyslu a univerzálnost prostředí. Děti se rodičům ukazovaly přes sklo v přesně určených hodinách návštěvního dne, měly jenom omyvatelné hračky, vážně nemocné děti se oddělovaly od těch „zdravých“. Nyní je praxe odlišná. Výrazně odlišná. Snahou dnešní doby je co nejméně traumatizovat pobyt dítěte v zařízení na příklad tím, že velká oddělení jsou nahrazována tzv. rodinnými buňkami, které čítají kolem čtyř dětských obyvatel.

Na závěr mi dovoluť ocitovat nejmenovanou pracovníci, která mi k vyplněnému dotazníku připsala pár slov: *„Je nádherné vidět, jak se děti uvolňují a vše prožívají, jak začaly pomalu přes pejska se nebát věcí, začínají komunikovat, vyslovovat slabiky. Nejideálnější pro děti je, že u většiny metod se pracuje individuálně, poznají nové věci a prožívají příjemné chvíle a to je hlavním cílem naší práce, jak jim zpříjemnit co nejkratší pobyt tady u nás.“* A přesně to by měl být cíl všech pracovníků těchto zařízení. Zpříjemnit dětem co nejkratší pobyt v ústavním zařízení. Pokud zde budou takové děti, které potřebují péči společnosti, snažme se o to, aby byla co nejkvalitnější, nejstabilnější a plná rozvíjejících podnětů. Je třeba si uvědomit, že takové dítě se dostalo do situace ne svojí vinou a my jsme mu povinni vytvořit takové prostředí, aby se sociální patologie neopakovaly a dál probíhal jeho zdravý vývoj.

Reference

BACHTAJAN, P. *Arteterapie s dětmi z dětských domovů*. 2013. [cit. 2013-10-24]. Dostupné na WWW: <<http://casopiscaa.wz.cz/cas26.htm>>.

ČESKO *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. In: Sbírká zákonů České republiky. 2011. Dostupné na WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&fulltext=d~C4~9Btsk~C3~BD~20domov&nr=372~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>>.

HOLÝ, K., HORÁČEK, K. *Hipoterapie, léčba pomocí koně*. 1. vyd. Ostrava: Montanex 2005. 293 s. ISBN 80-7225-190-2.

KANTOR, J., a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál 2000. 431 s. ISBN 80-7178-381-1.

ÚZIS ČR *Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2012*. 2013. [cit. 2013-08-28]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-kojeneckych-ustavu-detskych-domovu-pro-deti-do-tri-let-dalsich-zarizeni-pro-deti-roce-2012>>.

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

MPSV *Národní strategie ochrany práv dětí*. 2013. [cit. 2013-10-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf>>.

VELEMÍNSKÝ, M., a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, s.r.o. 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VYMĚTAL, J., a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 339 s. ISBN 978-80-247-0723-5.

VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

Kontaktní adresa

Mgr. Kateřina Peřinová

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice, Česká republika

E-mail: katerina.perinova@upce.cz

Tel. číslo: 466 037 734