Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Michaela Stonavská

Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem ***„Možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče“*** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 31. 7. 2019 ……

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Vlastimile Urbanové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a čas, který mi věnovala. Ráda bych poděkovala sociálním pracovníkům za ochotu a spolupráci při zpracování praktické části bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu a pomoc, kterou mi po celou dobu poskytovali.

Možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče

Abstrakt

Náhradní rodinná péče je aktuálním tématem společnosti, především proto, že se stále mnoho dětí ocitá v ústavních zařízeních. Bakalářská práce s názvem „Možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče“ přiblíží danou problematiku čerpající z odborné literatury. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá rodinou, náhradní rodinnou péčí a zdravotním postižením. Kapitola náhradní rodinná péče popisuje, jakým dětem je tato forma péče poskytována a jak se odrážejí negativní dětské prožitky v dospělosti. V této kapitole jsou popsány formy náhradní rodinné péče, finanční příspěvky, které jsou garantovány státem, či kroky k uskutečnění stát se žadatelem a budoucím náhradním rodičem. Další kapitola představí pojem zdravotní postižení, jednotlivé podkapitoly pak popisují druhy zdravotního postižení. Závěr teoretické části patří přijetí dítěte se zdravotním postižením do rodiny.

Praktická část zjišťovala, jak vnímají umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče sociální pracovníci v dětských domovech, a co vnímají jako největší problémy. Dalšími cíli bylo zjistit, jaká forma náhradní rodinné péče je preferována u dětí se zdravotním postižením a jaký je přínos pro děti, které se umístí do náhradní rodiny. Praktická část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Hloubkové rozhovory byly provedeny se sociálními pracovníky dětských domovů v Plzeňském kraji.

Výzkumné šetření ukázalo, že se zdravotní postižení u dětí v dětských domovech vyskytuje velmi často. Při odpovědích na hlavní výzkumnou otázku, tedy umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče, mají děti se zdravotním postižením nižší šanci dostat se do náhradní rodinné péče oproti dětem bez zdravotního postižení. A to především kvůli náročnější výchově a péči o tyto děti. Výzkum ukázal, že náhradní rodiče mnohdy přijmou dítě se zdravotním postižením, které však nezvládají a umisťují ho zpět do ústavního zařízení. Předpokladem pro nezvládající náhradní rodinu je nízká informovanost o zdravotním postižení a odvaha

či kontakty k vyhledání odborné pomoci. Sociální pracovníci vidí problém v začlenění se těchto dětí do společnosti, proto je umístění jich samých do náhradních rodin velkým přínosem a pomocí. Dle zkušeností sociálních pracovníků se děti se zdravotním postižením umisťují pouze do jedné z forem náhradní rodinné péče, a to do pěstounské péče. Této formě často předchází hostitelská péče, kdy se dítě setkává s budoucí náhradní rodinou, posléze přeroste hostitelská péče v péči pěstounskou, a to buď k manželskému páru či jednotlivci. Děti se zdravotním postižením jsou často umisťovány do pěstounské péče k příbuzným či blízkým osobám. Ovšem výzkumné šetření ukázalo, že se většina dětí vrací zpět do ústavního zařízení právě od těchto lidí.

Klíčová slova

Náhradní rodinná péče; zdravotní postižení; dětský domov; rodina

Possibilities of Placement Disabled Children into the Substitute Family Care

Abstract

Substitute family care is a pressing issue for society, mainly because many children are still in institutional care. The bachelor thesis called „Possibilities of Placement Disabled Children into the Substitute Family Care " will introduce the given issue from the professional literature. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part deals with family, substitute family care and disability. The chapter about alternative family care describes how children are given this form of care and how negative childhood experiences are reflected in adulthood. This chapter describes forms of surrogate family care, financial contributions that are guaranteed by the state, or steps to be taken to become an applicant and a future surrogate parent. The next chapter introduces the definition of disability and the individual subchapters describe the types of disability. The conclusion of the theoretical part includes the adoption of a child with disabilities in the family.

The practical part investigated how social workers in children's homes perceive the placement of children with disabilities in substitute family care and what they perceive as the biggest problems. Other goals were to find out what form of substitute family care is preferred for children with disabilities and how can the children benefit from being placed in a substitute family. The practical part of the thesis was processed using qualitative research. In-depth interviews were conducted with social workers in children's homes in the Pilsen Region.

The research revealed that the disability of children in children's homes is very common. In answering the main research question, which was placing disabled children in substitute family care, children with disabilities have a lower chance of getting into foster care compared to children without disabilities. This is mainly due to more demanding education and care for these children. Research has shown that surrogate parents often accept a child with disabilities, but they do not manage and place it back in institutional care. A precondition for an unmanaged substitute family is low awareness of disability and courage to seek professional help. Social workers see the

problem of integrating these children into society, so placing them in substitute families is a great help and benefit. According to the experience of social workers, children with disabilities are placed only in one of the forms of substitute family care, namely in foster care. This form is often preceded by host care, where the child meets a future substitute family, then grows into foster care, either to a married couple or an individual. Children with disabilities are often placed in foster care for relatives or close relatives. However, the research has shown that most children return to institutional care from these people.

Key words

Substitute Family Care; Disability; Children´s Home; Family

Obsah

1. Rodina jako primární socializační činitel 12
2. Náhradní rodinná péče 16
2.1. Osvojení 17
2.2. Pěstounská péče 18
2.2.1. Předpěstounská péče 19
2.2.2. Finanční podpora pěstounské péče 19
2.2.3. SOS dětské vesničky 20
2.3. Pěstounská péče na přechodnou dobu 20
2.4. Poručenství 21
2.5. Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče 21
2.6. Umístění dítěte do náhradní rodinné péče 21
3. Zdravotní postižení 22
3.1. Mentální postižení 23
3.2. Zrakové postižení 24
3.3. Sluchové postižení 26
3.4. Tělesné postižení 29
4. Dítě se zdravotním postižením v rodině 31
4.1. Očekávání a reakce 32
4.2. Přijetí a adaptace 33
5. Výzkumné cíle a výzkumné otázky 35
5.1. Výzkumné cíle 35
5.2. Výzkumné otázky 35
5.3. Operacionalizace pojmů 35
6. Metodika výzkumu 36
6.1. Použité metody a techniky 36

6.2. Charakteristika výzkumného souboru 37
6.2.1. Výzkumný soubor 37
6.2.2. Průběh výzkumu 38
7. Výsledky výzkumu 39
7.1. Rozhovory 39
7.2. Výsledky výzkumného šetření 48
8. Diskuze 52

Úvod

Ne všechny děti mají takové štěstí, aby mohly vyrůstat ve své vlastní rodině a jejich dětství prožily v prostředí milujících lidí, lásky a bezpečí. Každý člověk má právo vyrůstat v rodině, kde se bude cítit dobře a kde si díky svému místu a vztahům s ostatními členy rodiny vybuduje kladný vztah nejen k sobě, ale k celé společnosti. Velké množství dětí se stále ocitá v ústavních zařízeních, a mnohdy čekají na někoho, o koho by se mohli opřít, svěřit se a k někomu prostě patřit. Náhradní rodinná péče je systém umožňující dětem, které nemohou být z různých důvodů vychovávány ve své vlastní rodině, dostat se do nové rodiny a zažít pro ně neznámý pocit rodinného zázemí. Mnozí si často neuvědomují, jak je náročná výchova a péče o tyto děti. Pokud to jsou jedinci se zdravotním postižením, výchova a péče bývá mnohem náročnější a vysilující. Dítě se zdravotním postižením se jinak cítí, má jiné potřeby a reaguje jinak oproti dětem zcela zdravým. Proto je důležité, aby se náhradní rodič pokusil vcítit do potřeb dítěte, nesnažil se ho za každou cenu měnit, a bral ho takového, jaký je.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak je z pohledu sociálních pracovníků v dětských domovech vnímáno umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče, a co vnímají jako největší problém. Dílčími cíli je pak zjistit, jaká z forem náhradní rodinné péče je preferována u dětí se zdravotním postižením a jaký je přínos pro děti, které jsou umístěny do nové rodiny.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První z nich se zaměřuje na rodinu jako na primární sociální skupinu. Pro každého jedince je důležitá socializace, která probíhá prvotně právě v tomto prostředí. Kapitola se věnuje funkcím rodiny, Eriksonově teorii osobnosti či bezpečnému připoutání, teorii attachmentu. Citový vztah mezi matkou a dítětem je nezbytný pro jeho správný vývoj. Pokud se dítě cítí u matky v bezpečí a je mezi nimi citové pouto, nese si do budoucna výbavu, díky které se naučí důvěřovat sám sobě i okolí. Druhá kapitola pojednává o náhradní rodinné péči, jejich formách a jednotlivých krocích k uskutečnění přijetí dítěte do vlastní péče. Práce se dále zabývá zdravotním postižením, rozděleným v podkapitolách dle typu. Závěr teoretické části se věnuje kapitole pojednávající o přijetí dítěte se zdravotním postižením do rodiny a s ním spojené pocity radosti, pomoci, ale i strachu a obav.

V praktické části práce je zkoumána na základě poznatků uvedených v teoretické části problematika náhradní rodinné péče u dětí se zdravotním postižením. Cílem je pomocí hloubkových rozhovorů se sociálními pracovníky v dětských domovech zkoumat, jak tito pracovníci nahlíží na problematiku umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče. V rozhovoru jsou pokládány polostrukturované otázky, tedy takové, aby poskytly informantům dostatečný prostor. Dalším cílem je zjistit, jaká forma náhradní rodinné péče je preferována u dětí se zdravotním postižením a jaký má pro ně přínos nová rodina.

Práce je zakončena shrnutím získaných informací od sociálních pracovníků dětských domovů a odpověďmi na vytyčené cíle. V závěru práce je uvedena diskuse a návrh možného řešení.

Teoretická část

1. Rodina jako primární socializační činitel

Rodina patří mezi nejstarší a nejdůležitější společenskou skupinu. V tomto prostředí vznikají mezi jednotlivými členy silné citové a sociální vazby, a právě zde si každý z nás nachází své místo. Rodina je tou nejvýznamnější institucí a má hluboký vliv na vývoj lidského jedince.

Prvním a nejdůležitějším vztahem vůbec je vazba mezi matkou a dítětem. Pokud se tak z nějakých důvodů nestane, může to do budoucna dítěti zapříčinit problémy v navazování blízkých vztahů (Archerová, 2001).

V rodině je dítě součástí hlubokých citových vztahů. Všechny problémy, starosti, radosti i nadšení jsou součástí celé rodiny. Dítě je vnitřně přijato a spolu se „svými lidmi“ tvoří a plánují budoucnost. To se však nedá říci o dětech v ústavech. Ty jsou o tyto podmínky ochuzeny. Mají sice své vychovatele, se kterými sdílí své úspěchy a neúspěchy, ale jen do určité míry. Vychovatelé mají své vlastní rodiny, do kterých vkládají a přinášejí veškerou lásku a úsilí. V ústavech děti poznávají vychovatele především ve vztahu k nim samotným, nebo ve vztazích vychovatelů navzájem. Kdežto v rodině dítě poznává svého vychovatele z mnoha úhlů. Za prvé jako matku, ale také jako manželku svého otce, matku svého sourozence, kuchařku či účetní (Kovařík a kol., 2004).

S rodinou úzce souvisí pojem domov. Dobrý domov je klíčem ke šťastnému dětství a promítne se v celém zbytku našeho života. Pokud je dítě ve svém prostředí šťastné a spokojené, vyroste z něj vyrovnaný jedinec. Domov však není jen střecha nad hlavou, či místo, kde žijeme, ale především prostředí, ve kterém se dítě cítí v bezpečí a má kolem sebe lidi, na které se může spolehnout. Právě doma se tvoří naše svědomí, které nás provází celým naším životem a díky němuž poznáváme, co je dobré a co zlé (Matějček, 2017).

Žilinčíková (2003) popisuje dětství jako období, do kterého se ve vzpomínkách vracíme celý život. Tisíce dětí, které vyrůstají v ústavních zařízeních, neprožívají toto významné období pozitivně. Sice se v jejich životě vystřídalo mnoho lidí, ale nikomu z nich nemohli říci „mami“ a schoulit se do náruče, když to nejvíce potřebovali.

Pokud dítěti chybí pocit bezpečí, jistoty a sounáležitosti ke svým nejbližším lidem, bude chybět i důvěra, která se projeví jak ve vztahu k samotnému já, tak k okolí a otevření se vnějšímu světu (Kovařík a kol., 2004).

Matějček (2017) uvádí pět hlavních psychických potřeb dítěte, které jsou životně důležité, a které jsou naplňovány právě v rodinném prostředí. Jako první je potřeba stimulace, tedy dostatečného množství podnětů. Uspokojení této potřeby vede organismus k aktivitě. Je proto důležité si od prvních chvil s dítětem hrát, mluvit na něj a mazlit se s ním. Jako druhou potřebu uvádí potřebu učení a získávání zkušeností. Dítě potřebuje být v kontaktu s okolím a již v prvních měsících života objevuje svět. Dalším důležitým bodem je potřeba jistoty a bezpečí. Ta se naplňuje v citových vztazích k blízkým lidem. Dítě se cítí bezpečně, má- li kolem sebe lidi, které ho mají rádi a na které se může spolehnout. Dítě v rodině přijímá lásku, ale také lásku vrací. Potřeba společenského uznání, ocenění a hodnoty je důležitou podmínkou sebevědomí. Bývá proto často nazývána jako vědomí vlastního já. Nejenže děti potřebují nás, ale i my potřebujeme je, a pokud bychom nebyli nikým přijímáni a oceňováni, byl by náš život smutný a neuspokojený. Poslední potřebou, kterou Matějček uvádí, je potřeba otevřené budoucnosti. Každý člověk potřebuje k něčemu směřovat, něco plánovat a z něčeho se těšit.

Stejně tak jako matka, je v rodině důležitý otec. Oba rodiče tak ukazují ženskou a mužskou roli a pro dítě se stávají vzorem mezilidských vztahů – především manželských a rodičovských (Kovařík a kol., 2004).

Funkce rodiny

Rodina je pro dítě základním prostředím, kde se vyvíjí, rozvíjí a připravuje na samostatný budoucí život. Pro dobrý start dítěte do společnosti je potřeba, aby rodina plnila určité funkce. Urbanovská (2017) popisuje rozdělení těchto funkcí takto:

- biologicko-reprodukční
- ekonomická
- socializačně-výchovná
- emocionální (Urbanovská, in Dokoupilová et al., 2017).

Do biologicko-reprodukční funkce nepatří jen uspokojování sexuálních potřeb, ale především potřeba rozmnožování a zajištění pokračování rodu. Ekonomická funkce rodinu finančně zajišťuje, a to nejen na základní potřeby jako je bydlení, strava či ošacení, ale také na volný čas, kulturu a vzdělávání. Pomocí socializačně- výchovné funkce připravujeme dítě na život a žití ve společnosti. Dítě učíme správnému jednání, chování či společenským pravidlům (Urbanovská, in Dokoupilová et al., 2017). Dunovský (1999) popisuje socializačně- výchovnou funkci jako nejdůležitější funkci rodiny. *Spočívá v opravdovém zájmu o dítě a kvalitní péči o ně, v jeho výchově, v jeho přijetí jaké je, porozumění mu v jeho vývoji a potřebách a požadavcích, jež nutno včas, náležitým způsobem a s plným zaujetím pro ně je uspokojovat, rozvíjet všechny jeho schopnosti a síly* (Dunovský, 1999, s. 93). Do emocionální funkce rodiny patří city a emoce. Dítě potřebuje mít jistotu, že je milováno, a že je pro něj rodina pocitem bezpečí a jistoty (Urbanovská, in Dokoupilová et al., 2017).

Socializace

Jandourek (2008) popisuje socializaci jako *proces, kterým jedinec prochází během svého života. Během něho si osvojuje dovednosti, znalosti a normy, učí se dobře hrát společenské role* (Jandourek, 2008, s. 81). Udává, že prvotní socializace probíhá právě v rodině.

Sollárová (Sollárová, in Výrost, Slaměník, 2008) uvádí výsledek socializace, a to *získání specificky lidských způsobů psychického reagování, vnímání, myšlení, cítění a konání, tedy osvojení si vlastností, které mu umožňují život ve společnosti* (Sollárová, in Výrost, Slaměník, 2008, s. 49). Rodina je místem, kde dítě poznává kulturu a učí se orientovat ve společnosti.

Pokud se jedná o začlenění dítěte do náhradní rodiny, socializace zde hraje zásadní roli. Ukazuje se, jak na dítě působí sociální okolnosti a jak ovlivňuje prostředí rozvoj jedince (Sychrová, 2015).

Teorie attachmentu

Pro správný vývoj dítěte je důležité, aby se již v prvních měsících života vytvořilo pouto k blízké osobě, a tím se vytvořil pevný základ k objevování vnějšího světa. Pojem attachment vyjadřuje citovou vazbu či pouto mezi dítětem a matkou/

pečující osobou. K této osobě se dítě přivine, pokud má strach či obavy z okolního světa (Attachmentové centrum ATTA, © 2018).

John Bowlby se zabýval studiem dětí v nemocničních zařízeních, odloučených od svých rodičů. Spolu s Mary Ainsworth sledoval za druhé světové války děti, které byly násilně odebrány rodičům. Pomocí provedených výzkumů byla sestavena teorie attachmentu, která pojednává o silné potřebě citového pouta k rodičům již v raném dětství (Grohová et al., 2011). Pokud má dítě vedle sebe osobu, ke které má citovou vazbu a vedle níž se cítí bezpečně, bude důvěřovat okolí a bezpečně vnímat i svět kolem sebe. Pokud si dítě nevytvoří v prvních měsících života bezpečné citové pouto ke svým rodičům či pečující osobě, bude brát jako nebezpečný i svět kolem sebe, ve kterém budou převládat negativní emoce jak ve vztahu k sobě, tak k ostatním. Poruchy attachmentu se v budoucnu projevují jako poruchy chování a učení, které vedou k problémům školních neúspěchů a sporům dítěte s rodinou a přáteli. Poruchy attachmentu jsou mnohdy spojovány s dětmi, které byly opuštěny a nevyrůstaly v milující rodině. Často se objevují u dětí v ústavních zařízeních. Následná léčba je složitý a dlouhotrvající proces, zaměřený cíleně na terapii poruch attachmentu (Attachmentové centrum ATTA, © 2018).

Eriksonova teorie osobnosti

S teorií attachmentu souvisí Eriksonova teorie osobnosti. E. H. Erikson popisuje důležitost vztahu mezi matkou a dítětem již od narození. Toto období nazývá základní důvěra proti základní nedůvěře. V této etapě lidského vývoje je podstatné, jak matka o své dítě pečuje a jak jsou naplňovány potřeby dítěte. Vztah mezi matkou a dítětem by měl být vzájemně uspokojován. Na jedné straně budou uspokojovány základní potřeby dítěte, na druhé pak i radost matky ze společného kontaktu. Toto období by mělo být založeno na kvalitním mateřském vztahu. Úkolem prvního roku dítěte je budování si základní důvěry ve svět, a to skrze vztah s matkou. Pokud toto období proběhne správně a dítě bude mít k matce pevný vztah, vytvoří se v něm naděje, že je svět dobrý. Bude důvěřovat sobě i okolnímu světu. Pokud vzájemnost mezi matkou a dítětem neproběhne, bude brát v budoucnu sám sebe i svět jako nedůvěřivý a plný nejistot (Metalová, © 2014).

2. Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče je poskytována dětem, které nejsou vychovávány z různých důvodů ve své vlastní rodině. Dítěti rodiče zemřeli, emigrovali či utrpěli vážnou nemoc nebo postižení a dítě nedokážou zaopatřit. Bohužel jsou i rodiče, které se starat nechtějí, nebo se starají špatným způsobem, a dítě je tak z rodiny odebráno. Pokud dítě nemůže být z jakýchkoliv důvodů ve své vlastní rodině, soud má povinnost hledat řešení o umístění dítěte do náhradní rodinné péče. Ta má vždy přednost před ústavní péčí či zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Ve výběru náhradních rodin mají přednost osoby příbuzné či blízké. Pro děti, které nemohou vyrůstat ve své vlastní rodině, je náhradní rodinná péče tím nejlepším řešením (Matějček, 1994; Bubleová et al., 2014).

Děti přicházející do náhradní rodiny neznají pocit bezpečí, jistoty, neví, co je to rodina a domov. Často procházeli různými ústavy a setkali se s mnoha vychovateli, kteří se neustále měnili. Z těchto zařízení si děti odnáší spíše strach a nejistotu. Kvůli negativním zkušenostem dochází k poruchám citových vztahů a vzniku psychické deprivace. Proto je důležité, aby se náhradní rodiče pokusili vcítit do situace dítěte (Bubleová et al., 2011).

Jak bylo již zmíněno, kvůli negativním zkušenostem z minulosti dochází u dětí k psychické deprivaci. Langmeier a Matějček (2011) popisují psychickou deprivaci jako ztrátu či strádání něčeho. Tím myslí především neuspokojování základních psychických potřeb. K takovému strádání dochází u opuštěných dětí, dětí dlouhodobě odloučených od matky, u dětí, které jsou často hospitalizovány a především u dětí vychovávaných v ústavní péči. Pokud dochází v prvních letech života dítěte k dlouhodobému odloučení od matky, následky duševních poruch jsou patrné i v dospělosti.

Mezi formy náhradní rodinné péče patří:

- osvojení (adopce)
- pěstounská péče
- pěstounská péče na přechodnou dobu
- poručenství

- svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Každá z forem náhradní rodinné péče má něco specifického a každá z nich se tzv. normální rodině jinak přibližuje a jinak vzdaluje (Matějček, 2017).

Existují tzv. přípravné kurzy pro budoucí náhradní rodiče. Odborníci se shodují, že se na náhradní rodinnou péči připravit nedá, dá se však přiblížit k obecným zásadám náhradní rodinné péče a možným problémům. Do jednotlivých okruhů patří např. obecné informace o náhradní rodinné péči, s jakými dětmi přicházející do nové rodiny se můžeme setkat, jaké problémy mohou nastat v začleňování dítěte do rodiny, a také otázky kolem biologické rodiny či sourozeneckých vztahů. Rozsah kurzu je v rozmezí 65- 80 hodin, organizace probíhá většinou v celodenních blocích (Vávrová et al., 2012).

2.1. Osvojení

Tuto formu náhradní rodinné péče upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který jej v § 794 definuje jako *přijetí cizí osoby za vlastní.*

Při osvojení vzniká mezi osvojiteli a osvojeným dítětem vztah jako mezi biologickými rodiči a vlastním dítětem. Dítě dostává příjmení nových rodičů. Vznikají tak i příbuzenské vztahy mezi dítětem a příbuznými členy rodiny. Osvojit lze dítě nezletilé, rozhodnutí o osvojení vydává soud (Matějček et al., 2002). Příbuzenské vztahy původní rodiny v tomto případě zanikají, stejně tak jako práva a povinnosti. Osvojitelé mají plnou rodičovskou odpovědnost za osvojené dítě, jako rodiče jsou také zapsáni v matrice i rodném listě dítěte (Bubleová et al., 2011).

Bubleová (2011) tvrdí, že je pro dítě tato forma náhradní rodinné péče velice přínosná. Jedinec tak získává rodinu se vším všudy, stejně tak jako osvojitelé přijímají toto dítě zcela za své (Bubleová et al., 2011).

Bubleová (2011) dále uvádí 2 typy osvojení:

- zrušitelné
- nezrušitelné

Zrušitelné osvojení, jak uvádí samotný název, lze zrušit, a to pouze z vážných důvodů. Návrh soudu podává osvojitel či osvojenec. Po zrušení osvojení dítě získává zpět jméno původní rodiny, se kterou se také obnovují práva a povinnosti. U tohoto

typu lze osvojit již 3 měsíční dítě. U nezrušitelného typu lze osvojit dítě starší 1 roku. Lidé si často zrušitelně osvojí novorozence a po uplynutí 1 roku žádají o nezrušitelné osvojení. Osvojení druhého typu nelze zrušit. Pokud se z různých důvodů stane, že se rodiče nemohou, nechtějí nebo neumějí o dítě postarat, přichází na řadu opět některá z forem náhradní rodinné péče, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, v poslední řadě ústavní výchova (Bubleová et al., 2011).

Osvojitelé všeobecně více žádají o co nejzdravější a nejmenší děti, nejlépe do věku 1 roku. Pokud si lidé osvojí dítě s postižením, bude tato péče mnohem náročnější a více zatěžující oproti osvojení zdravého dítěte (Sychrová, 2015).

Existuje tzv. přímé osvojení, kde se dítě osvojuje přímo z rodiny vlastní. Tato forma se ovšem vyskytuje minimálně (Sychrová, 2015).

Věk žadatelů by měl být přiměřený k věku dítěte. Neměl by být menší než 16 let. Žádat o osvojení může manželský pár, ale i jednotlivec (Kovařík a kol., 2004). Osvojitelem nemůže být prarodič ani sourozenec (Bubleová et al., 2011).

Pokud se lidé rozhodnou osvojit si dítě, musí si uvědomit, že je toto rozhodnutí na celý život.

2.2. Pěstounská péče

Pěstounská péče je řešením dočasné krizové situace v rodině, nebo může přetrvávat do zletilosti dítěte. Může být tedy na dobu určitou či neurčitou a stanoví ji soud. Děti vyrůstající v pěstounské péči své vlastní rodiče znají. Úkolem pěstounů je tyto vztahy udržovat a rozvíjet, to vše v zájmu dítěte. Práva původních rodičů nemizí, oproti adopci. Pěstouni mohou rozhodovat v běžných záležitostech, v důležitých situacích rozhodují biologičtí rodiče. Jak bylo zmíněno, pěstounská péče začíná rozhodnutím soudu. Soud ji také ruší, a to v případě, kdy o to požádá pěstoun nebo dovrší- li dítě zletilosti. Výchova dítěte je u pěstounů podporována státními finančními příspěvky (Striová, 2013; Bubleová et al., 2014).

Tak jako každá z forem náhradní rodinné péče, má i pěstounská péče přednost před ústavní výchovou. Pěstounem může být manželský pár, ale i jednotlivec. Pečující

osobou se stává dítěti známá či příbuzná osoba, nebo osoba žádající o zprostředkování této péče (Bubleová et al., 2011).

Pěstounská péče se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Podle § 958 občanského zákoníku se pěstounstvím rozumí takový stav, pokud *nemůže-li o dítě osobně pečovat žádný z rodičů ani poručník, může soud svěřit dítě do osobní péče pěstounovi*. Zákon o sociálně- právní ochraně dětí pak v části páté definuje práva a povinnosti při výkonu pěstounské péče a upravuje pravidla pro dávky pěstounské péče.

2.2.1. Předpěstounská péče

Pokud je v jednání svěření dítěte do pěstounské péče a soud ještě nevydal rozhodnutí, může být dítě zatím svěřeno do předpěstounské péče, a to rozhodnutím orgánu sociálně- právní ochrany dětí (MPSV, © 2013).

2.2.2. Finanční podpora pěstounské péče

Dávky pěstounské péče

Dávky pěstounské péče upravuje od 1. 1. 2013 zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Než se zaměřím na samotné dávky, chtěla bych vysvětlit 2 důležité pojmy, a to kdo je osoba pečující, a kdo osoba v evidenci. Osoba pečující je osoba, která nese odpovědnost za výchovu dítěte. Tato osoba se o dítě osobně stará. Patří sem také pěstouni, kteří měli v péči dítě do dosažení jeho zletilosti a to do doby, kdy mělo příspěvek na úhradu potřeb dítěte. Řadíme sem i pěstouny, které čekají na rozhodnutí soudu nebo orgánu sociálně- právní ochrany dětí a dítě mají v tzv. předpěstounské péči (Bubleová et al., 2014; Pazlarová, 2016). Osoba v evidenci je *fyzická osoba, která je vedena v evidenci osob, které mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu* (Bubleová et al., 2014, s. 32).

Mezi dávky pěstounské péče patří:

- příspěvek na úhradu potřeb dítěte
- odměna pěstouna
- příspěvek při převzetí dítěte

- příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla
- příspěvek při ukončení pěstounské péče

(Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, © 2018).

2.2.3. SOS dětské vesničky

SOS dětské vesničky jsou nestátní neziskovou organizací pomáhající ohroženým dětem a rodinám. SOS dětské vesničky působily prvotně jako pomoc pěstounské péči. Postupem času se rozvoj této organizace zaměřil i na děti odcházející z ústavní výchovy, volnočasové aktivity či pomoc rodinám v krizových situacích. Sociální pracovníci pomáhají rizikovým rodinám a snaží se, aby nedošlo k odebrání dítěte. Společně hledají cestu, jak vyřešit krizovou situaci, ať už bydlení, dluhy, či práci, a postavit se zpátky na vlastní nohy. U nás působí SOS vesničky od 60. let 20. století. V roce 1993 jsou SOS dětské vesničky součástí mezinárodní organizace SOS Children´s Villages International. Ročně tato organizace pomáhá dvěma milionům dětí z různých zemí (Spurná, Vašková, © 2019).

Organizace SOS dětské vesničky je dnes rozdělena do 5 druhů služeb, a to:

- SOS Kompas - pomoc rodinám v krizových situacích
- SOS Sluníčko - pěstounská péče v rodinném prostředí
- SOS Přístav- pomoc pěstounům
- SOS Kajuta - nízkoprahové zařízení
- SOS Kotva – dům na půl cesty, pomoc lidem odcházejícím z ústavní péče (SOS dětské vesničky, © 2019).

2.3. Pěstounská péče na přechodnou dobu

Pěstounská péče na přechodnou dobu je krátkodobým řešením krizové situace rodiny. Do této péče se dostávají ohrožené děti. Po dobu, kdy je dítě umístěno v této formě náhradní rodinné péče, má rodina čas vyřešit problémy a upravit své poměry tak, aby se dítě mohlo co nejdříve vrátit do původní rodiny. Tato péče je časově omezena, a to nejdéle na 1 rok (Bubleová et al., 2014).

2.4. Poručenství

Tuto formu náhradní rodinné péče upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Poručníkem se stává osoba tomu dítěti, které nemá ani jednoho z rodičů, který by měl v plném rozsahu rodičovskou odpovědnost. Poručník se stává zákonným zástupcem dítěte, má vůči dítěti práva a povinnosti jako rodič, ale vyživovací povinnost k dítěti nemá. Existují 2 druhy poručenství. Prvním z nich je, že má poručník dítě ve své péči. U druhého typu dítě v osobní péči nemá, a stává se tak pouze zákonným zástupcem. Pokud tato osoba o dítě pečuje, je státem finančně podporována podobně jako pěstounská péče. Soud ustanoví poručníka na základě doporučení rodičů. Pokud se tak nestane, poručníkem může být příbuzná či blízká osoba, popř. jiná fyzická osoba. Poručník podává pravidelné zprávy a je soudem kontrolován (Bubleová et al., 2014; SOS dětské vesničky, © 2019).

2.5. Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

Jednou z možností, které upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, je svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče. Tato forma se nejvíce využívá, pokud mají o dítě zájem příbuzní či blízké osoby, a vyžaduje- li to i samotné dítě. Důvodem může být např. nemoc rodičů, výkon trestu odnětí svobody, pobyt v cizině. Fyzická osoba, které bude dítě svěřeno, ručí za jeho výchovu. Rodiče jsou i nadále zákonnými zástupci dítěte a k dítěti mají vyživovací povinnost. Soud rozhodne o výši výživného, a také právech a povinnostech pečujících osob k dítěti. Pokud rodičům nelze stanovit vyživovací povinnost, tato forma nemůže být uskutečněna (Středisko náhradní rodinné péče, ©).

Dítě může být svěřeno také manželskému páru. Soud vždy přesně vymezí pečující osoby, jejich práva a povinnosti k dítěti (Bubleová et al., 2011).

2.6. Umístění dítěte do náhradní rodinné péče

Pokud se rodiče rozhodnou přivézt do rodiny opuštěné dítě, jejich první cesta bude směřovat na obecní úřad obce s rozšířenou působností, a to na oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Zde se setkají se sociální pracovnicí, která má na starost náhradní rodinnou péči a s kterou se budou potkávat po celou dobu procesu. Každý žadatel musí doložit:

- žádost s osobními údaji
- občanský průkaz
- rodný list, oddací list
- potvrzení o zdravotním stavu
- potvrzení o finanční situaci
- hodnocení ze zaměstnání (Kovařík a kol, 2004).

Dalšími dokumenty, které jsou zapotřebí pro žadatele náhradní rodinné péče je opis trestního rejstříku, zpráva o sociální situaci žadatelů, kterou sepisuje sociální pracovnice a několik písemných souhlasů, které se týkají například účasti jiných fyzických osob k přijetí dítěte do rodiny. Žadatelé musí absolvovat psychologické vyšetření. Sociální pracovnice se nesetkává s žadateli jen na úřadě, ale především v místě bydliště, aby zjistila, v jakých podmínkách lidé žijí. Společně si povídají o průběhu jejich života a o představě o dítěti. Následuje zařazení do evidence žadatelů a příprava pro budoucí pěstouny a osvojitele. Při přípravě se žadatelé setkají s celou řadou odborníků- psychologem, sociální pracovnicí, pediatrem a pracovníky zařízení, ve kterém se dítě právě nachází. Žadatelé mají právo na veškeré informace o dítěti a jeho dokumentaci. Náhradním rodičům se doporučuje, aby strávili alespoň krátkou dobu v zařízení, v jakém se jejich budoucí dítě nachází. Po rozhodnutí rodičů o přijetí dítěte vydá orgán sociálně- právní ochrany dětí rozhodnutí (Kovařík a kol, 2004).

3. Zdravotní postižení

Zdravotní postižení chápe Slowík jako *omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální* (Slowík, 2007, s. 27).

Každý rodič se vyrovnává s postižením svého dítěte rozdílně. Někdo bere tuto situaci jako výzvu a je přesvědčen, že vše zvládne. Někdo danou skutečnost neunese a z boje uteče. Přijmout dítě se zdravotním postižením takového, jaký je, je velká životní zkouška (Chvátalová, 2001).

3.1. Mentální postižení

Mentální postižení se projevuje v duševní, tělesné i sociální složce osobnosti. U těchto osob jsou celkově sníženy intelektové schopnosti. Mentální retardace může vzniknout již před narozením dítěte. Do těchto příčin lze zařadit infekce matky, jako jsou např. zarděnky, toxoplazmóza, syfilis. Negativní vliv na plod má užívání alkoholu, drog či špatná výživa matky v těhotenství. Patří sem také odchylky chromozomů, které mají za následek vznik např. Downova, Turnerova či Klinefelterova syndromu. Rizikovým obdobím je porod a doba těsně po porodu, kdy může dojít k hypoxii plodu a dítě má tak nedostatek kyslíku. Jistým rizikem může být překotný nebo dlouhý a protahovaný porod, klešťový porod, různé úrazy při porodu a v neposlední řadě nezralost dítěte a nízká porodní váha. Rizikovými faktory po narození dítěte mohou být onemocnění centrální nervové soustavy, úrazy a záněty mozku, zanedbávání dítěte a s ním spojené špatné zacházení (Bazalová, in Pipeková et al., 2006; Černá a kol., 2015).

Čím hlubší je postižení, tím dříve se ve vývoji jedince projeví. Závažnou mentální retardaci lze rozpoznat již v kojeneckém období. Příznakem postižení může být v tomto období nízká odezva k okolí. Celkově jsou děti (kojenci) spavé, unavitelné a málo aktivní. Čím je dítě starší, tím snáze lze postižení diagnostikovat. V předškolním období by měla být stanovená prognóza a rodičům tak poskytnuty informace o typu zdravotního postižení a možnostech umístění dítěte do školského zařízení (Bazalová, in Pipeková et al., 2006).

Na procesu zjišťování mentální retardace se podílí tým odborníků. Prvních zvláštností si u dítěte jistě všimnou rodiče, kteří spolupracují s pediatrem a postupně také s dalšími odborníky, jako je např. psycholog, psychiatr, neurolog, speciální pedagog (Slowík, 2007).

Ke zjištění rozumových schopností se používají testy inteligence, kde hraje významnou roli inteligenční kvocient, což je poměr mentálního a fyzického věku. Mezi zkoušky patří Wechslerův test či Stanford- Binetův test (Černá a kol., 2015).

V České republice se ke klasifikaci mentální retardace využívá 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, kterou vydala Světová zdravotnická organizace. Stupně mentálního postižení dělí takto:

- F 70 Lehká mentální retardace IQ 69- 50
- F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49- 35
- F 72 Těžká mentální retardace IQ 34- 20
- F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace (WHO, MKN-10, in Pipeková et al., 2006; Černá a kol., 2015).

Rodiče mohou najít pomoc v centrech rané péče, ve speciálně pedagogických centrech či speciálních školách. Pomoc přichází také ze svépomocné skupiny rodičů dětí s mentálním postižením. Rodiče tak získají oporu a poznají podobné životní příběhy, jako je právě ten jejich. Pořádají se také pobyty pro náhradní rodiny a děti. Součástí těchto pobytů jsou odborníci, u kterých mohou rodiče získat potřebné informace či si popovídat o problémech, které je trápí (Vágnerová, 2011).

3.2. Zrakové postižení

Zrakem vnímáme většinu informací o okolním světě. Tento smysl lze považovat za jeden z nejdůležitějších (Kochová et al., 2015). O zrakové postižení se jedná tehdy, jestliže je omezena vizuální stránka v přijímání informací. U nevidomých osob je toto omezení zcela vyloučeno (Nováková, in Pipeková et al., 2006).

Zrak se vyvíjí do 6 let věku, je tedy časté, že se u dítěte se zrakovým postižením vývoj zastaví či opozdí. Zjistit postižení zraku dítěte lze již v těhotenství, a to pomocí ultrazvukového vyšetření. To se však nestává často. Většinou se odchylky zraku zjistí mnohem později, a to po porodu, či okolo 3 měsíců, kdy u dítěte chybí úsměv a celkově svým chováním nereaguje na okolí (Kochová et al., 2015).

První diagnostika proběhne v rodině, kde si rodiče mohou všimnout jistých zvláštností, které konzultují s pediatrem. Významným odborníkem je oftalmolog a zrakový terapeut. Ti provedou dítěti speciální vyšetření (Kochová et al., 2015).

Je důležité, aby bylo dítě vyšetřeno před nástupem do školy, a bylo tak včas vybráno vhodné školské zařízení. Pokud není takové dítě vyšetřeno a diagnostikováno, ve škole může působit jako neklidné, nepozorné a zlobivé. Příčina může být pouze taková, že sedí dítě daleko od tabule a hůře vidí (Keblová, 2001).

Klasifikace zrakového postižení dle WHO:

1.	**Střední slabozrakost** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2.	**Silná slabozrakost** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3.	**Těžce slabý zrak** **a)** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 **b)** koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4.	**Praktická slepota** zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5.	**Úplná slepota** ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

(Klasifikace zrakového postižení podle WHO, © 2015).

Mezi nejčastější zrakové postižení u dětí patří tupozrakost a šilhavost. Další často se vyskytující skupinou je slabozrakost, která se projevuje snížením zrakové ostrosti. Důležitým úkolem rodičů slabozrakého dítěte je co nejvíce využívat narušený zrak. Do těchto poruch patří např. krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus,

nystagmus, albinismus, glaukom, či barvoslepost. Jako samostatnou skupinu tvoří děti se zbytky zraku a děti nevidomé. U nevidomého dítěte je podstatné rozvíjet co nejvíce ostatní smysly, zejména sluch a hmat (Keblová, 2001).

Aby se mohl jedinec se zrakovým postižením lépe orientovat v prostředí a dosáhnout nejvyšší možné míry samostatnosti, existuje celá řada kompenzačních pomůcek. Mezi ně patří např. zvětšovací lupy, Braillský řádek, speciální tiskárny, PC, mobilní telefony, hodinky, teploměry, bílá hůl, Pichtův psací stroj a diktafony (Slowík, 2007).

Rodiče najdou pomoc v centrech rané péče. Pracovníci mohou navštívit rodinu doma, aby se tak vyvarovali stresu dítěte z neznámého prostředí. Náhradní rodiče často nevědí, že takové dítě potřebuje jiné podněty k aktivizaci. Potřebuje více mluveného projevu, i doteků. Rodiče se proto potřebují naučit, jak s takovým dítětem pracovat (Vágnerová, 2011).

3.3. Sluchové postižení

U sluchového postižení je důležitá doba vzniku, místo vzniku a stupeň postižení.

Základním rozdělením sluchového postižení je na vrozené a získané. U vrozených poruch sluchu záleží především na genetice a dědičnosti. Vrozené poruchy vznikají v těhotenství matky, kdy je nejrizikovějším obdobím prvních 12 týdnů. V této době dochází k vývoji ucha. Nebezpečné jsou infekce matky jako např. zarděnky, toxoplazmóza či spalničky. Nebezpečí pro plod vyvolává alkohol a vznik tzv. fetálního alkoholového syndromu a s ním možnost vzniku percepční sluchové vady. Rizikem může být diabetes mellitus či neléčený vysoký krevní tlak. Období kolem porodu může být nebezpečné v případě těžkého porodu a s ním krvácení do vnitřního ucha či mozku, poporodní žloutenka nebo Rh inkompabilita. Několik dní po porodu se provádí screening novorozenců, který vyšetřuje sluchové vady. Toto vyšetření se u nás provádí pouze v některých nemocnicích a většinou jen u novorozenců s rizikem sluchové vady. Pipeková (2006) a Muknšnáblová (2014) se shodují v rozdělení získaného sluchového postižení, a to na prelingvální a postlingvální. Do prelingválního postižení řadí vrozené a získané vady, které se ukazují ještě před uchopením řeči. Postlingvální postižení vzniká až po dostatečném uchopení řečových dovedností. Jedná se období okolo věku

6 let. V postnatálním období způsobuje sluchové postižení např. zánět středního ucha, encefalitida, meningitida či těžký průběh běžných dětských nemocí. Poruchy sluchu v tomto období vznikají i důsledkem mechanického poškození, tedy různými pády a úrazy hlavy (Horáková, in Pipeková, 2006; Muknšnáblová, 2014).

Dalším dělením, tedy podle místa vzniku, je centrální a periferní poškození sluchu. U centrálního postižení sluchu proudí zvuk dobře, jen je špatně zpracovaný v mozku. Tento druh se u dětí vyskytuje zřídka. Druhým typem je periferní postižení sluchu, které má příčinu v organické poruše ucha. Do této skupiny patří nedoslýchavost a hluchota. Periferní postižení se dále dělí na percepční a převodní postižení sluchu (Muknšnáblová, 2014). U postižení převodního typu je porucha ve vedení zvuku, a to ze zevního zvukovodu a středního ucha. Příkladem může být zvětšená nosní mandle a s ní spojená špatná ventilace středouší přes Eustachovu trubici. U percepčního typu je postiženo vnitřní ucho, sluchové buňky, nebo sluchové nervy (Horáková, in Pipeková, 2006).

Existuje několik klasifikací stupně sluchového postižení. Muknšnáblová (2014) uvádí českou klasifikaci dělení sluchového postižení dětí dle Sedláčka, který rozděluje stupně podle ztráty sluchu takto:

- normální sluch (do 20 dB)
- lehká nedoslýchavost (20- 40 dB)
- střední nedoslýchavost (40- 50 dB)
- těžká nedoslýchavost (50- 60 dB)
- malé zbytky sluchu, praktická hluchota (60 dB a více)
- úplná hluchota (nad 90 dB)(Muknšnáblová, 2014).

Horáková (in Pipeková, 2006) uvádí stupně sluchového postižení dle klasifikace Světové zdravotnické organizace sluchového postižení takto:

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle Vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb.
0–25 dB	normální sluch	
26–40 dB	lehká nedoslýchavost	lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41–55 dB	střední nedoslýchavost	středně těžká nedoslýchavost
56–70 dB	středně těžké poškození sluchu	těžká nedoslýchavost
71–90 dB	těžké poškození sluchu	praktická hluchota
více než 90, ale body v audiogramu i nad 1 kHz	velmi závažné poškození sluchu	úplná hluchota
v audiogramu **nejsou žádné body nad 1 kHz**	neslyšící	úplná hluchota

(Horáková, in Pipeková, 2006).

Úkolem diagnostiky je zjistit stav sluchu a místo, které je příčinou poruchy. Jako prvním důležitým zjištěním lékaře je anamnéza dítěte a rodiny. Lékaře zajímá, jak dítě reaguje na zvuky a hlasy, jaké prodělalo nemoci a zda se v rodině vyskytuje porucha sluchu. Lékař dítěti prohlédne zevní ucho. Následuje sluchová zkouška, kdy je dítěti předříkáváno několik slov, a ono opakuje. Slova jsou vyslovována nahlas i šepotem. Místo slov lze využít obrázků. Vyšetřující vysloví slovo, dítě jej ukáže na obrázku. Pokud dítě neumí mluvit, sledují se nepodmíněné reflexy a reakce na zvuky u jeho hlavy. K vyšetření sluchu se používá také ladička. K vyšetření vnitřního ucha se používá prahová tónová audiometrie. Ta měří sluchový práh frekvencí. Existuje i audiometrie slovní, kdy se zjišťuje především porozumění řeči. K dalším metodám diagnostiky patří tympanometrie, otoakustické emise neboli OAE či elektro fyziologická metoda vyšetření pomocí evokovaných potenciálů neboli BERA (Muknšnáblová, 2014).

U nedoslýchavých dětí existují pomůcky, jako jsou sluchadla. Tyto elektronické přístroje zesilují a formulují zvuk. Existuje několik druhů sluchadel. Nejvíce se používají závěsná sluchadla, která jsou zavěšena za boltcem. Kapesní sluchadlo se používá především u malých dětí, nebo u dětí s deformací ušního boltce. Nosí se v kapsičce, která je pověšená na krku dítěte a připevněná k tělu. Dalšími typy jsou např. nitroušní individuální či brýlová sluchadla (Muknšnáblová, 2014).

U neslyšících dětí lze voperovat kochleární implantát. Tento přístroj se voperuje do vnitřního ucha a nahradí tak funkci hlemýždě. Před samotným zákrokem dochází k předoperační přípravě. Protože je tato operace velmi nákladná a riziková, rozhoduje o ní komise s odborníky, jako jsou lékaři, psycholog, zástupce zdravotní pojišťovny, zástupce ministerstva zdravotnictví a samozřejmě rodiče. Operaci hradí zdravotní pojišťovna. Po tomto zásahu je důležitá dlouhodobá odborná péče (Muknšnáblová, 2014).

Mezi další kompenzační pomůcky patří např. vibrační a světelné budíky, speciálně upravené PC, hodinky a mobilní telefony či logopedické pomůcky jako je např. artikulační zrcátko (Horáková, in Pipeková, 2006).

Pokud je u dítěte zjištěna porucha sluchu již v raném dětství, rodiče mohou hledat pomoc u odborníků v centrech rané péče. U dětí školního věku se nabízí pomoc ve speciálně pedagogických centrech. Pro děti s touto poruchou je důležitá logopedická péče, která pomáhá v řečových dovednostech a schopnostech komunikovat s ostatními (Vágnerová, 2011).

3.4. Tělesné postižení

Většina lidí si pod termínem jedinec s tělesným postižením představí člověka na vozíku či chodícího o berlích. Nepatří sem však jen lidé s poruchou hybnosti, ale veškerá zdravotní onemocnění a oslabení týkající se našeho těla (Slowík, 2007).

Slowík nazývá osoby s tělesným postižením jako *osoby s postižením hybnosti, dlouhodobě nemocné a zdravotně oslabené* (Slowík, 2007, s. 97).

Základním dělením tělesného postižení je na vrozené a získané. Nejčastějším vrozeným postižením je dětská mozková obrna (DMO). Do získaných postižení patří úrazy, následky vážných nemocí, deformity páteře či dlouhodobá onemocnění (Slowík, 2007).

Vítková (in Pipeková, 2006) popisuje rozdělení pohybových vad podle místa postižení,
a to na obrny, amputace, deformace a malformace. Obrny jsou děleny na centrální a periferní. Do centrální části patří mozek a mícha, do periferní obvodové nervy. U obrn

dochází k částečnému či úplnému ochrnutí. Částečné ochrnutí značí parézy, úplné ochrnutí plégie. U deformací dochází k odchylce tvaru některého orgánu či části těla. Získané deformace mohou vzniknout po úrazech či zánětlivých onemocněních. Do vrozených deformací patří různé vady končetin či jiných částí těla. Malformace je vrozená vývojová vada, nejčastěji končetin. Pro včasné zjištění se provádí ultrazvukové vyšetření na vrozené vývojové vady již v těhotenství. Amputací rozumíme umělé odnětí části končetiny. Důvodem mohou být úrazy, cévní onemocnění či zhoubné nádory na končetinách (Vítková, in Pipeková, 2006).

Mezi nejčastější onemocnění patří dětská mozková obrna, lehká mozková dysfunkce, dětská obrna, různé druhy mozkových zánětů, nádorů, traumatické obrny či roztroušená skleróza (Vítková, in Pipeková, 2006).

DMO

Dětská mozková obrna patří mezi nejčastější vrozené tělesné postižení. Dochází k poškození centrální nervové soustavy, a to v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období, nejčastěji v době kolem porodu. DMO se značí poruchou hybnosti, nerovnoměrným vývojem a celkovou tělesnou neobratností. Dítě je neklidné, roztěkané, náladové, často má vznětlivé reakce. Tuto poruchu doprovází mentální retardace, vady řeči, poruchy chování, často i epilepsie. DMO se rozděluje do dvou forem- spastické a nespastické. Spastická forma je často označována jako křečovitá. V tomto případě se svalstvo stahuje, oslabuje, nebo zcela ochrnuje (Vítková, in Pipeková, 2006; Slowík, 2007).

Spastické formy DMO:

- diparéza – postižení dolních končetin
- hemiparéza – postižení obou končetin na jedné polovině těla
- kvadruparéza – postižení všech 4 končetin (Vítková, in Pipeková, 2006; Slowík, 2007)

Slowík uvádí do spastických forem ještě paraplegie, hemiplegie a kvadruplegie. Toto dělení patří do spastických forem, kdy část těla ochrnuje (Slowík, 2007).

Nespastické formy DMO:

- hypotonická
- dyskinetická (Vítková, in Pipeková, 2006; Slowík 2007).

Pokud si shrneme, co vše patří do tělesného postižení, použiji klasifikaci tělesných postižení a zdravotních oslabení dle Slowíka:

- podle typu: postižení hybnosti, dlouhodobá onemocnění, zdravotní oslabení
- podle doby vzniku: vrozená, získaná
- podle etiologie: tělesné odchylky a oslabení, tělesné vývojové vady, úrazy, následky nemocí, DMO, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení

(Slowík, 2007).

Lidem s tělesným handicapem pomáhají k činnostem každodenního života kompenzační pomůcky. Mezi ně patří různé ortopedické hole a berle, ortopedické vozíky, speciálně upravené automobily nebo např. speciální počítačové pomůcky. K náhradě chybějící části těla napomáhá protetika, kam patří protézy a epitézy. Pro tyto osoby je důležitá bezbariérovost a tím snazší přemisťování a fungování nejen doma, ale také na veřejnosti (Slowík, 2007).

Rodiče dětí s tělesným postižením mohou hledat pomoc v centrech rané péče, ve speciálně pedagogických centrech či v zařízeních nabízející asistenční služby a respitní péči. Velkou pomoc může přinést svépomocná skupina rodičů pohybově postižených dětí. Zde se rodiče sblíží s rodinami podobného osudu, získají určitou oporu, a zjistí, že nejsou sami, kdo má v rodině dítě s tělesným postižením (Vágnerová, 2011).

4. Dítě se zdravotním postižením v rodině

Tak jako každé zdravé dítě, potřebuje i dítě se zdravotním postižením lásku a jistotu, že je milováno. Tyto děti mají ještě větší potřebu pochopení a porozumění, aby se snáze vyrovnaly se svým znevýhodněním. Neznamená to však, že by měli rodiče dítě s postižením vyzdvihovat, rozmazlovat či více milovat. Děti s postižením by neměly mít v rodině více výhod oproti zdravému sourozenci. Tak by mezi nimi mohlo dojít ke

konfliktům
a žárlivosti. Důležitá je pomoc odborníků. Pokud rodina spolupracuje s odborníky, usnadňuje tak cestu sobě i dítěti se zdravotním postižením (Keblová, 2001).

Dítě s postižením rodinu sbližuje a stmeluje. Může jí ale i zatěžovat a rozbíjet (Matějček, 1994).

Jestliže bylo dítě nějakou dobu v nemocnici, či prožilo nepříjemná zdravotní vyšetření, podepíše se to na jeho důvěře k lidem. I když je cílem zlepšit jeho zdravotní stav, některá vyšetření mohou být nepříjemná a bolestivá. Dítě ztrácí důvěru k ostatním lidem a nerozeznává, že jsou absolvovaná vyšetření správná a pro jeho dobro (Archerová, 2001).

Tím nejlepším, co může rodina udělat pro dítě se zdravotním postižením, je dát mu svůj čas, trpělivost, důslednost a důvěru (Kochová et al., 2015).

4.1. Očekávání a reakce

Co rodiče očekávají od dítěte často ani oni sami nevědí. Jsou rodiny, které si sami vyberou přijmout dítě se zdravotním postižením. Jsou ale také rodiny, které zjistí postižení mnohem později. Rodiče toto zjištění neočekávali a situace je tedy daleko traumatizující. Některá postižení se nezjistí ihned po narození, projeví se později. Náhradní rodiče se proto mohou cítit podvedeni. Nedokážou rozpoznat, zda chování dítěte souvisí s postižením, minulém zanedbání a strádání či je vina na jejich straně (Vágnerová, 2011).

Na samém začátku mají náhradní rodiče velké představy a nepřipouští si, že by mohly nastat nějaké problémy. Postupem času poznávají, že není vše tak jednoduché a podle jejich představ. Důsledkem toho může být obviňování samotných rodičů ze selhání a neschopnosti. Pomoc a poradenství mohou hledat jak u odborníků, tak u pěstounů a osvojitelů, kteří si sami prošli stejnou cestou (Vágnerová, 2011).

Dítě se zdravotním postižením se jinak cítí, má jiné potřeby a nedovede dělat stejné věci jako jeho vrstevníci. Je proto důležité, aby se náhradní rodiče snažili dítě pochopit a rozumět mu. Hledat možnosti, jak s dítětem pracovat a také přehodnotit dosavadní představy a plány. Rodiče si často neuvědomují, že se od základu změní

jejich životní styl. Náročná situace to ovšem není jen pro rodiče, ale také sourozence, kteří budou vystaveni, stejně jako rodiče, tlaku z okolního světa (Vágnerová, 2011).

4.2. Přijetí a adaptace

Nejen v České republice, ale celkově ve světě je malé množství náhradních rodin, které mají v péči dítě se zdravotním postižením.

S příchodem dítěte do náhradní rodiny přichází pocity radosti, nadšení, a také obavy a nejistoty z reality. Adaptace probíhá na straně dítěte a také na straně rodičů a celé rodiny. I když mohou být náhradní rodiče sebelépe připraveni, realita je vždy trochu jiná a mnohdy složitější, než očekávali (Pazlarová, 2016).

Dítě se seznamuje s chodem domácnosti, poznává okolí svého nového bydliště a také široké příbuzenstvo. Pokud mají náhradní rodiče své vlastní děti, měli by jim dát pocit jistoty a zabránit, aby se cítili odstrčeni či zanedbáni. Je zcela přirozené, že mají vlastní děti obavy doprovázené s žárlivostí k novému přijatému dítěti. Důležité je, aby tyto pochyby rodiče rozpoznali a vlastním dětem neubírali společný čas a pozornost (Pazlarová, 2016).

Když se rodina rozhodne přijmout dítě se zdravotním postižením, musí se vyrovnat jak se samotným handicapem, tak i s minulostí jedince. Děti citově strádají a nesou si v sobě mnoho traumatických zážitků. Bohužel informace o tom, co dítě dříve prožilo, náhradní rodiče často nevědí. Těmto rodinám pomáhá klíčový pracovník. Klíčový pracovník poskytuje poradenství a podporu náhradním rodinám a spolupracuje se sociálním pracovníkem OSPOD. Nejen, že se zajímá o adaptaci dítěte v rodině a naopak, ale zprostředkovává také např. rehabilitační, respitní či terapeutické služby (Pazlarová, 2016).

Mít v rodině dítě se zdravotním postižením je psychicky náročné a často vyčerpávající. Proto by měl být pracovník s rodinou v neustálém kontaktu a v případě vyčerpání najít pomoc. Pracovník pomáhá vyhledávat a zprostředkovávat služby jako jsou stacionáře, raná péče, pomáhá také s vyřizováním peněžité podpory či speciálních zdravotnických pomůcek. Velkým přínosem může být i spojení s jinými rodinami, které si prošli stejnou či podobnou zkušeností, a to přijetí dítěte se zdravotním postižením. Tyto rodiny se často sblíží a najdou mezi sebou přátele (Pazlarová, 2016).

Pokud rodiče zjistí postižení dítěte až po přijetí do rodiny, tento fakt doprovází mnoho negativních reakcí jako je šok, vztek či smutek. Vágnerová (2003) popisuje jednotlivé fáze reakce rodičů na postižení dítěte takto:

1. Fáze šoku a popření
2. Fáze postupného vyrovnávání
3. Fáze smlouvání
4. Fáze vyrovnání a přijetí skutečnosti (Vágnerová, in Vágnerová, HadjMoussová, 2003).

Pokud si rodiče vyslechnou diagnózu svého dítěte, nevyhnou se šoku a slovům, že to nemůže být pravda. Tato situace je velice traumatizující, zprvu rodiče danou skutečnost popírají a odmítají ji přijmout. V druhé fázi získávají rodiče informace o podstatě zdravotního postižení a možnostech dalšího vývoje jejich dítěte. Postupné vyrovnávání závisí na osobnosti rodičů, jejich dosavadních zkušenostech či psychickém a somatickém stavu. Krizové situace, jako je právě zjištění zdravotního postižení, doprovázejí obranné mechanismy. Jedním z nich je útok. Rodiče se s realitou nedokážou vypořádat a hledají viníka, např. v partnerovi či zdravotnickém personálu. Druhým typem obranných mechanismů je únik, a to do fantazie, izolace, nebo dalšího popírání situace. Časté jsou pocity zoufalství, beznaděje, agrese. Rodiče mají vztek na sebe i na celý svět. Jakmile se rodiče alespoň trochu vyrovnají se skutečností, nastává fáze smlouvání. Když už nelze, aby bylo dítě zcela zdravé, touží alespoň po malém zlepšení. Velkou pomocí je zde naděje. V poslední fázi se rodiče vyrovnávají s realitou a své dítě berou takové, jaké je. Mnoho rodin se však se zdravotním postižením nikdy nevyrovná (Vágnerová, in Vágnerová, HadjMoussová, 2003).

Praktická část

5. Výzkumné cíle a výzkumné otázky

V této části práce bude podrobně představen hlavní cíl práce a na něj navázané cíle dílčí. K dosažení vytyčených cílů byly zvoleny výzkumné otázky, které byly položeny vybraným informantům.

5.1. Výzkumné cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímají možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče sociální pracovníci v dětských domovech, a co vnímají jako největší problémy.

Dílčími cíli je zjistit, jaká forma náhradní rodinné péče je preferována u dětí se zdravotním postižením. Cílem je dále zjistit, jaký je přínos pro děti se zdravotním postižením, které jsou umístěny do náhradní rodinné péče, a to z pohledu sociálních pracovníků v dětských domovech.

5.2. Výzkumné otázky

1. Jaká forma náhradní rodinné péče je preferována u dětí se zdravotním postižením?

2. Jaký je přínos pro dítě se zdravotním postižením, které je umístěno do náhradní rodinné péče?

5.3. Operacionalizace pojmů

Sociální pracovník – zaměstnanec sociální sféry, kterou upravuje § 109 v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Do jeho pracovní náplně patří sociální šetření a činnosti v sociální oblasti, řešení sociálně právních problémů v zařízeních se službami sociální péče, sociální poradenství a rehabilitace, depistáž, pomoc v krizových situacích. Zjišťuje potřeby obyvatel, koordinuje poskytování sociálních služeb.

Dětský domov – ústavní zařízení pro děti od 3 do 18 let, nebo pro nezletilé matky a jejich děti, které nemají vážné poruchy chování. Děti navštěvují školy, které nejsou součástí zařízení. Dětský domov pečuje o děti po výchovné, vzdělávací a sociální stránce. Dětský domov upravuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo

ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

6. Metodika výzkumu

Následující kapitola podrobně představí zvolenou metodiku výzkumu. Bude zdůvodněna volba vybrané metody a charakterizován výzkumný soubor.

6.1. Použité metody a techniky

Praktická část bakalářské práce na téma „Možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče“ byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. U tohoto typu výzkumu si badatel určí výzkumné téma a výzkumné otázky, které mohou být v průběhu bádání upravovány. Dle Glasera a Corbinové (1989, in Hendl 2005) je kvalitativní výzkum takový, ve kterém se výsledků nedocílí pomocí statistických metod. Stejně tak Dismas nazývá kvalitativní přístup jako *nenumerické šetření* (Dismas, 1998, in Švaříček, Šeďová, 2007, s. 15).

Hendl (2005) označuje badatele kvalitativního výzkumu jako detektiva, který zjišťuje jakékoliv informace potřebné k jeho cíli práce. Výzkumník pracuje přímo v terénu, a tak snáze pronikne do problematiky daného tématu.

Nejčastěji používanou metodou kvalitativního výzkumu je hloubkový rozhovor. Švaříček a Šeďová (2007) popisují dva typy rozhovorů, a to rozhovor polostrukturovaný a nestrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor, který je zvolen pro zpracování výzkumné části práce, je charakterizován předem připravenými tématy a otázkami. Švaříček a Šeďová (2007) udávají, že hloubkový rozhovor nezahrnuje pouze samotný rozhovor a následný přepis. Badatel by měl mít před samotnou přípravou rozhovoru teoretické znalosti o dané problematice. Poté by měla být sestavena základní témata, ke kterým si badatel vytvoří otázky, pomocí nichž se bude ptát. Tento typ rozhovoru bude vzhledem ke zkoumané problematice tou nejvhodnější metodou k získání informací a dat pro danou práci.

Pomocí hloubkového rozhovoru bude zkoumáno téma zdravotní postižení a umístění dětí do náhradní rodinné péče v dětských domovech. Připraveno bylo 12 hlavních otázek. Samotný rozhovor je sestaven ze dvou částí. 1. – 5. otázka směřují ke zdravotnímu postižení dětí v dětských domovech, otázka 6. – 12. zjišťují umístění dětí

do náhradní rodinné péče. Rozhovor byl uskutečněn se sociálními pracovníky v dětských domovech.

6.2. Charakteristika výzkumného souboru

6.2.1. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen sociálními pracovníky dětských domovů. Rozhovory se uskutečnily se čtyřmi pracovníky (dále jen „informanti“). Kvalitativní výzkum probíhal v osobním kontaktu s informanty přímo v jejich místě zaměstnání. Všechna zařízení, která byla vybrána, spadají do Plzeňského kraje. Z důvodu zachování osobních údajů nejsou v bakalářské práci jména informantů a názvy dětských domovů. Informanti jsou uváděny v číslech, názvy dětských domovů písmeny. Následující tabulka slouží k přehledu informací o sociálních pracovnících:

Dětský domov	pohlaví	věk	vzdělání	praxe v DD
Informant č. 1 – DD A	žena	37 let	VOŠ, sociální práce	6 let
Informant č. 2 – DD B	žena	29 let	JČU, ZSF, sociální práce	2 roky
Informant č. 3 – DD C	žena	55 let	VOŠ, sociální práce	22 let
Informant č. 4 – DD D	žena	48 let	VOŠ, sociální práce	15 let

Dětský domov A

V dětském domově bydlí v současnosti 48 dětí, rozdělených do 6 rodinných skupin, sedmou skupinu tvoří děti žijící samostatně v bytech. Rodinné skupinky pomáhají dětem k samostatnosti, vytváří si zde mezilidské vztahy a získávají přehled o společenských zvycích a pravidlech lidského soužití a respektu. Děti by si měly do života odnést základní znalosti o hospodaření, úctě a toleranci nejen k ostatním členům rodiny, ale k celé společnosti.

Dětský domov B

Dětský domov má aktuálně v péči 33 dětí. Ústavní zařízení zajišťuje právo každého dítěte na výchovu a vzdělávání, plní veškeré zaopatření a o své děti pečuje dle jejich individuálních potřeb. Dětský domov tvoří 5 rodinných skupin, z nichž 3 sídlí přímo v daném městě, ostatní ve vedlejší obci. Zařízení podporuje děti při jejich návratech do rodin nebo umístění do náhradní rodinné péče.

Dětský domov C

V dětském domově je umístěno 54 dětí. Cílem je zajistit klidné prostředí, resocializaci dětí a vychovat je k samostatnosti tak, aby byly schopny se po odchodu z dětského domova o sebe postarat a osamostatnit se. Rodinné skupiny dětského domova jsou ve 2 městech a jedné obci.

Dětský domov D

Dětský domov má v ústavní péči celkem 31 dětí, které jsou rozmístěny do 5 rodinných skupin. 3 skupiny jsou umístěny v hlavní budově, 2 skupiny bydlí v samostatných domech. Cílem dětského domova je zajistit dětem základní podmínky pro jejich vývoj, výchovu a vzdělání, vytvořit rodinné prostředí a připravit děti co nejlépe na samostatný život.

6.2.2. Průběh výzkumu

Rozhovory se sociálními pracovníky proběhly v období od března do začátku května 2019. Předem jsme se telefonicky domluvili na datu a místě našeho setkání. Pracovníkům jsem zaslala informace o bakalářské práci do jejich emailových schránek. Všechny rozhovory proběhly v kancelářích sociálních pracovníků v místě jejich zaměstnání, tedy v dětských domovech. Předem byli všichni informováni o nahrání

rozhovoru na diktafon, se kterým souhlasili. Po zpracování a přepisu všech potřebných dat a informací byl záznam smazán. Samotný rozhovor trval od 40 do 70 minut. Pořadí otázek nebylo dodržováno. Striktní vedení otázek by narušovalo vzájemnou komunikaci. Proto jsme otázky přeskakovali, k některým se vraceli a docílili tak odpovědí, které byly potřeba do této práce.

7. Výsledky výzkumu

V této kapitole budou představeny výsledky výzkumného šetření. Na základě zvolené metodiky a techniky byly pokládány následující otázky.

7.1. Rozhovory

1. **Kolik je nyní v dětském domově (dále jen „DD“) dětí se zdravotním postižením?**

Tuto otázku jsem si zvolila na úvod záměrně. Pokud budeme se sociálními pracovníky mluvit o tématu zdravotní postižení u dětí v ústavním zařízení, bylo by vhodné, aby zde tací jedinci byli, a odpovědi tak byly aktuální.

Informantka č. 1 mi již v telefonickém spojení sdělila, že zde mají mnoho dětí se zdravotním postižením. *Skoro polovina dětí má lehkou mentální retardaci a navštěvují praktickou školu. Máme zde tři děti se středně těžkou mentální retardací, ty navštěvují speciální školu v Merklíně. Jedna holčička má sluchové postižení, používá naslouchadla a navštěvuje školu pro sluchově postižené. Dále tu máme holčičku s poruchou řeči, a to s mutismem.*

Informantka č. 2 odpověděla takto: *Máme zde mnoho dětí s lehkou mentální retardací, jedno dítě se středně těžkou mentální retardací. Tři sourozenci mají celiakii. Přibližně čtyři děti mají poruchy řeči, nejčastěji dyslalii. Jeden chlapec trpí obezitou, váží 130 kg. Dříve jsme tu měli dvě děti se středně těžkou mentální retardací, které byly přemístěny do domova pro osoby se zdravotním postižením do Milířů. Proces to byl velice dlouhý, trval rok. Než se zařídí příspěvek na péči, to trvá čtvrt až půl roku. Soudům jsme museli složitě dokazovat, že bude umístění do domova pro osoby se zdravotním postižením mnohem přínosnější než pobyt u nás v domově. Bylo tu také jedno dítě s epilepsií.*

Informantka č. 3 sdělila, že mají v dětském domově chlapce se středně těžkou mentální retardací, kterou doprovází oční vada a porucha pozornosti. *Tento kluk chodí do speciální školy. U nás je 3 roky a každý den je jiný. Pokud má dobrou náladu, je s ním trávit čas jedna radost. Ve škole se snaží a chválí ho. Pokud má špatnou náladu, dokáže nespolupracovat, nekomunikovat, často i plakat a nadávat. Máme také dívku s epilepsií. V jiné skupince jsme měli chlapce také se středně těžkou mentální retardací a ADHD. S ním byla velmi těžká práce. Cokoliv po něm vychovatel chtěl, odmítal udělat, bylo tam i verbální napadání jak dětí, tak vychovatelů. Byl hospitalizován i v psychiatrické léčebně. Když se vrátil, byl chvíli v klidu, a pak začalo vše nanovo. V 18 letech odešel do domova pro osoby se zdravotním postižením. Jinak tu máme několik dětí s lehkou mentální retardací a ADHD.*

Informantka č. 4 uvedla velký počet dětí s lehkou mentální retardací. *Necelá polovina dětí má lehkou mentální retardaci. Máme zde holčičku, která má 12 dioptrií. Měli jsme tu také dívku s lehkou mentální retardací, která měla nádor na mozku. U nás byla přes rok, přišla až v necelých 17 letech. Nádor jí byl vyoperován. Když dosáhla zletilosti, přeřadili jsme ji do domova pro osoby se zdravotním postižením, kde má samostatné bydlení. V tomto zařízení je dodnes. Měli jsme tu také chlapce, který se narodil s otočenou nohou. Již v dětství prodělal několik operací a fungoval úplně bez problémů. Neměl žádné omezení.*

2. Jak často přijímáte do DD dítě se zdravotním postižením (dále jen „ZP“)?

U této otázky se sociální pracovníci shodli. Pokud je volná kapacita, děti se zdravotním postižením přijímají velmi často.

Informantka č. 1 udává, že každé druhé nebo třetí dítě, které přijímají do svého zařízení, má lehkou mentální retardaci. *S ostatními handicapy je to málo. A hlavně je to dost nárazové, takže nejde říci, jak často. Pokud se ale jedná o lehkou mentální retardaci, kterou má mnoho dětí, tak můžu říct, že takové přijímáme velmi často.*

Informantka č. 2 potvrzuje časté přijetí dětí se zdravotním postižením. Pokud se ale jedná o náročnou péči, doporučují dětský domov v krajském městě. *Když máme přijmout dítě, které potřebuje velmi častou odbornou pomoc, doporučujeme raději dětský domov v Plzni. Jednou nám měli umístit dítě se zrakovým postižením, které*

bychom museli vozit denně do školy pro zrakově postižené do Plzně. Z tohoto důvodu jsme raději doporučili DD Plzeň.

Informantka č. 3 uvedla přijetí dítěte vždy, když je volná kapacita.

Informantka č. 4 poukazuje na přijetí dětí také v případě, pokud jsou volná místa ve školách. *Koho nesmíme přijmout, jsou děti se schizofrenií a podobným psychotickým onemocněním.*

3. Stává se, že je dítěti diagnostikováno ZP až po přijetí do DD?

Informantka č. 1 uvádí, že je vždy podstatné, odkud dané dítě přichází. *Pokud jde z nějakého jiného ústavního zařízení, tak je to málo pravděpodobné. Ale pokud jde z rodiny, nebo tzv. z ulice, kde jeho problémy dlouhodobě nikdo neřešil, tak se to stává. Taky se stane, že se v dětství nic nezjistí, a když dítě nastoupí do školy, problémy vygradují. Mluvím hlavně o lehké mentální retardaci. Záleží tedy na okolnostech, kolik je dítěti, odkud přichází.*

Informantka č. 2 tvrdí, že se tak stává. Často mají nějaké podezření, které potvrdí školské poradenské zařízení. *Když je dítě vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně nebo speciálně pedagogickém centru, diagnostika se potvrdí. Časem se to třeba zhorší. Jinak mají přicházející děti už diagnostikované dané zdravotní postižení, které zůstává, nebo se zhoršuje.*

Informantka č. 3 uvádí jako nejčastější druh zdravotního postižení, které se zjišťuje často až po nástupu dítěte do DD, mentální postižení. *Setkáváme se s tím, že má dítě odklad školní docházky, po roce nastoupí do 1. třídy, kterou ještě kvůli obtížím opakuje, je znovu vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně a zde je diagnostikováno lehké mentální postižení a následné doporučení o přeřazení do třídy speciální či praktické.*

Informantka č. 4 popisuje časté zjištění zdravotního postižení před nástupem do základního vzdělávání, a to v pedagogicko-psychologické poradně. *Na základní škole se pak stává, že to často děti nezvládají, proto jsou také vyšetřeny v pedagogicko-psychologické poradně nebo speciálně pedagogickém centru a jsou většinou přeřazeny do praktické školy.*

4. Jak se chovají/chovaly ostatní děti k jedinci se ZP?

Informantka č. 1 odpověděla, že se děti vzájemně akceptují a nevidí v chování mezi jedinci se zdravotním postižením a bez zdravotního postižení žádný problém. *Měli jsme tu dříve chlapce, který měl lehkou mentální retardaci a k tomu výchovné problémy a autistické rysy, a ten se často nedokázal ovládat. Děti ho snadno vyprovokovaly, a on to sám v sobě nedokázal zpracovat. Takové dítě ve skupině extrémně vybočuje. I tak mohu ale říct, že ho děti braly jako součást kolektivu. Určitě nešlo o výsměchy ani žádné urážky. Brali ho takového, jaký je. A naopak mě ještě překvapili, když řekli, že je s ním docela sranda a že je prostě takový. Jsou ale také děti, které dělají ve skupině zle, nabourávají klid a tím si samozřejmě zajišťují individuální přístup a přirozeně se hranice těchto dětí posouvají trochu jinam. Pokud by se tak nestalo, tak by tu takové dítě nemohlo být. A právě to může vadit ostatním dětem. Často za námi chodí děti, a ptají se, proč on tohle může a my ne. Ale aby tu probíhala nějaká šikana, výsměchy, to určitě ne.* Sociální pracovnice zmiňuje občasné využívání dětí s nižším intelektem k domácím pracím či k věcem, na které by si ostatní děti netroufly. *Myslím tím věty typu: Jdi a udělej to … Dotyčný jde a udělá. Chce být pozitivně přijímaný od ostatních. Tyto děti si dost často uvědomují, že ostatním nestačí, takže to řeší buď agresivitou, nebo tím, že se jim snaží zalíbit, a udělají tedy cokoliv.*

Informantka č. 2 popsala dítě se stereotypními pohyby. Tato dívka byla umístěna do domova pro osoby se zdravotním postižením. *Neustále se kývala. Tak právě tady se vyskytovaly posměšky od ostatních dětí a poznámky, že „není normální“. Pak jsou děti, které mají podobné postižení, takže těm to ani nepřijde. Chovají se k sobě normálně a bez nějakých větších problémů.*

Informantka č. 3 popisuje chování dětí podle situace, většinou bez problémů. *Jsou ale děti, které se jedincům s postižením smějí, ukazují na to, že chodí do speciální či praktické školy. Posmívají se, mají ošklivé připomínky. Některé děti dokážou být až zlé.*

Informantka č. 4 vnímá vztahy mezi dětmi pozitivně. *V chování žádný problém nevidíme. Máme tu mnoho dětí s lehkou mentální retardací, takže si myslím, že jsou na stejné úrovni, co se týče intelektu. Nesetkáváme se s tím, že by se někdo někomu vysmíval.*

5. **S jakým druhem postižení jste se setkala u dětí ve vašem DD?**

Informantka č. 1 se setkala s těmito druhy zdravotního postižení: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, sluchové postižení, poruchy řeči.

Informantka č. 2 udává lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, epilepsii, obezitu, celiakii.

Informantka č. 3 uvádí lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, epilepsii, ADHD, oční vady.

Informantka č. 4 se setkala u dětí v dětském domově s tímto zdravotním postižením: lehká mentální retardace, dioptrie, nádor na mozku.

6. **Jakou mají podle vás šanci děti se ZP dostat se do náhradní rodinné péče (dále jen „NRP“)?**

Informantka č. 1 tvrdí, že mají děti se zdravotním postižením menší šanci umístit se do náhradní rodinné péče oproti dětem bez zdravotního postižení. *Záleží ale na osobnosti žadatele. Důležité je, co od dítěte očekává pěstoun či náhradní rodič. Pokud bude brát dítě takové, jaké je, a společně se sžijí, nevidím problém.*

Informantka č. 2 uvádí, že je péče o zdravotně postižené dítě mnohem náročnější než u zcela zdravých dětí. Je stejného názoru jako informantka č. 1, tedy že mají tyto děti menší šanci dostat se do náhradní rodinné péče.

Informantka č. 3 tvrdí, že je šance těchto dětí mizivá. *Každý, kdo si vezme dítě do své péče, chce dítě zcela zdravé.*

Informantka č. 4 nevidí rozdíl. *Podle mého názoru mají děti se zdravotním postižením stejnou šanci jako děti bez postižení. Pokud si rodina vezme dítě do své péče, nezkoumají, kolik a jaké postižení mají. U nás mají děti převážně lehkou mentální retardaci, což není zase takové omezení v životě.*

7. **Jaký vidíte přínos v umístění dítěte se ZP do NRP?**

Pokud se dítě se zdravotním postižením dostane do náhradní rodiny, tak je to absolutně jeho záchrana. U těchto dětí nelze říct, že dosáhnou zletilosti, odejdou z domova

a dokážou se postavit na vlastní nohy, takže v tom je umístění do náhradní rodinné péče obrovským přínosem. Jinak musíme dětem shánět např. chráněné bydlení. Tyto děti nejsou schopny orientovat se ve společnosti, zacházet s penězi a pojmout běžné věci. Pokud to v pěstounské rodině půjde, je předpoklad, že budou v kontaktu a ve styku i v budoucnosti. Což si myslím, že je velká výhoda, tvrdí informantka č. 1.

Informantka č. 2 uvádí, že je obecně pro všechny děti přínosem být v náhradní rodině. Avšak děti se zdravotním postižením si náhradní rodiny více váží.

Pokud se vlastní rodina nedokáže postarat, určitě je pro dítě lepší nová rodina, než aby vyrůstalo v ústavním zařízení. Přínos je tedy veliký, odpověděla informantka č. 3. Dodává však, že se děti se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče neumisťují.

Informantka č. 4 vidí velkou výhodu v umístění dítěte se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče. *Tyto děti tak mohou vyrůstat v menším kolektivu a mají větší klid, než kdyby byly umístěny v ústavním zařízení. I když se snažíme dětem zajistit rodinné prostředí, nikdy to nebude tak, jako když bude dítě v rodině.*

8. Proč si myslíte, že lidé přijímají dítě se ZP do NRP? Jaká je jejich motivace?

Informantka č. 1 odpověděla takto: *Ještě jsem se nesetkala s tím, že by byli žadatelé, kteří by vyloženě chtěli dítě se zdravotním postižením. Většinou se stává, že chce rodina nějaké dítě. A když se dozví o jeho handicapu, i tak dítě přijmou. Mnoho rodin si myslí, že tu mají děti srdce na dlani, že jim budou vděční, budou si všeho vážit, tak to ale není. Takže záleží určitě nejen na samotném dítěti, ale především na očekávání a osobnosti žadatele. Říká se, že si tyto děti berou lidé věřící. Nebo se stane, že přijde dítě do styku s budoucím žadatelem někde jinde mimo naše zařízení, nebo mají jeho známí takové zkušenosti, a oni si začnou dotyčné dítě brát, až to přeroste do pěstounské péče. Myslím si, že si takové děti berou i jednotlivci, kteří sami neměli svojí rodinu, protože jim vztah nějak nefungoval, nebo nemohli mít děti, nebo nejsou ve věku, kdy by bylo vhodné mít dítě. Takoví lidé ale nemají rodičovské kompetence, neví, do čeho jdou, neví, jaké jsou naše děti. To může být někdy i průšvih. Ale často si vezme dítě do pěstounské péče pouze jedna osoba a funguje to.*

Informantka č. 2 tvrdí, že si berou děti se zdravotním postižením rodiny na základě jejich předchozích zkušeností. *Tyto rodiny už mají dítě s podobným postižením v rodině či blízkém okolí, takže už ví, co to obnáší. Nebo jsou to rodiny, které chtějí někomu pomoct, o někoho se starat.*

Informantka č. 3 se ještě nesetkala s umístěním dítěte se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče. Myslí si, že by to mohly být rodiny, které nemohou mít své vlastní děti a zároveň tak chtějí někomu pomoct a o někoho pečovat.

Informantka č. 4 odpověděla: *Myslím si, že si takové děti berou lidé, kteří jsou nábožensky založeni. Možná to berou jako povinnost, někomu pomoct. A bohužel bych řekla, že je důvod také ve finanční podpoře od státu.*

9. Podle Vašich zkušeností, jsou děti se ZP umisťovány do NRP stejně jako děti bez ZP?

Informantka č. 1 tvrdí, že ano. Za předpokladu, že žadatelé vědí, co mají od dítěte očekávat. *Vždy záleží na očekávání dospělých. Pokud přijde rodina, která by se chtěla postarat o nějaké dítě, musíme vždy zvážit jaké dítě. Když je enormní zájem od vlastních rodičů, častý kontakt či jsou v domově ještě sourozenci, tam to zprostředkovat nejde. A to obecně u dětí bez postižení i s postižením. Ale pokud je tu dítě, které je samo, nikoho nemá, je tu jako kůl v plotě, tak ty jsou pro náhradní rodinu nejvhodnější. Snažíme se i o umístění dětí právě z praktických škol.*

Informantka č. 2 tvrdí, že jsou umisťovány téměř stejně.

Informantka č. 3 odpověděla, že děti se zdravotním postižením nejsou umisťovány do náhradní rodinné péče tak jako děti bez zdravotního postižení.

Informantka č. 4 uvádí, že jsou děti umisťovány zcela stejně. Nehraje roli, zda je dítě nějak omezeno, či nikoliv. Problém v umisťování dětí do náhradních rodin vidí v případě, kdy má dítě v ústavním zařízení další sourozence. *Rodiny si chtějí vzít do péče jedno dítě. Proto je předem upozorňujeme na fakt, že má dítě např. ještě 2, 3 sourozence, a nebylo by dobré je od sebe odtrhnout. V tom jsou sourozenci v DD omezeni, obecně se zdravotním postižením i bez zdravotního postižení.*

10. Jaká forma NRP je preferována u dětí se ZP ve vašem DD?

U nás se děti dostávají pouze do pěstounské péče. Bohužel jsou ale také často vraceny zpět do dětského domova. A vrací se nejčastěji od příbuzenských osob. Pěstounské péči předchází zhruba z 80 % hostitelská péče, což vidím jako obrovskou výhodu, uvedla informantka č. 1.

Také informantka č. 2 se setkává pouze s pěstounskou péčí. *Většinou je to v rámci rodiny, ojediněle jdou děti k úplně cizím lidem. I kolegyně, která zde pracovala přede mnou, se nesetkala s žádnou jinou formou náhradní rodinné péče, pouze s pěstounskou péčí.*

Informantka č. 3 uvedla, že se ještě nesetkala s umístěním dítěte se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče. Tyto děti jsou v DD většinou do dospělosti. *Když dovrší zletilosti, odejdou buď ke své vlastní rodině, nebo odchází do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Setkala jsem se s adopcí a pěstounskou péčí, ale to u zcela zdravých dětí.*

Pouze pěstounskou péči uvedla informantka č. 4.

11. Jaké rodiny přijímají děti se ZP do své péče? Mají se zdravotním postižením nějaké zkušenosti?

Děti odchází často k blízkým či příbuzným, takže se nezamýšlí nad tím, zda má dítě nějaké postižení, je tam rodinné pouto a neřeší, jaké to dítě je. Často přijme dítě do své péče pouze jednotlivec. To je ve většině případů člověk, který nemá děti, nemá rodinu, a v pozdějším věku by se chtěl o někoho starat, nebo pro někoho něco udělat. Jsou rodiny, které už mají, nebo měli dítě se zdravotním postižením, mají s tím tedy zkušenost. Náš dětský domov spolupracuje s různými neziskovými organizacemi a dalšími službami, takže mnoho dětí odešlo do náhradní rodinné péče přes tyto organizace. Děti vystupují na různých akcích, kde se nějakým náhodným setkáním dostanou k těmto rodinám. Spolupracujeme s Dejme dětem šanci, kde si také vzali 3 paní děti se zdravotním postižením. Jsou to ženy, které se chtějí o někoho starat, a vidí, jak to funguje u ostatních. Nemají takové obavy, jsou rády, že má někdo stejné zkušenosti. Měli jsme tu také děvče, které si vzala do péče Nela Boudová. Nyní probíhá žádost od paní z Tábora, která má známé muzeum čokolády. Takže si tyto děti bere i určitá skupina lidí, která je v nějakém kontaktu, předávají si zkušenosti a vyhovuje jim,

že v tom není člověk sám. Často si rodiny berou dítě do hostitelské péče, a třeba po 2 letech to přejde v pěstounskou péči. Tak je to u nás nejčastější, uvedla informantka č. 1.

Informantka č. 2 uvádí, že jsou děti se zdravotním postižením umisťovány k příbuzným či blízkým osobám. *Často jsou tyto děti umístěny ke svým tetám, strýčkům, babičkám. Což si myslím, že není úplně nejlepší, protože většinou je „zakletá" celá rodina. Zažila jsem pouze jednu pěstounskou péči, kdy bylo dítě umístěno k cizím lidem. Rodina byla velmi solidní. Vzali si chlapce, který chodil do mateřské školy, jeden rok měl odklad školní docházky. Vlastní rodiče tohoto dítěte byli zbaveni rodičovské odpovědnosti. Před tím, než si vzali malého do pěstounské péče, proběhl dlouhodobý pobyt. My jsme byli pravidelně informováni, rodina posílala fotky a psala zážitky. Vše proběhlo bez problémů. Tato rodina žádné dítě neměla, byl to pár ve věku 35- 40 let.*

Informantka č. 3 se s takovou situací nesetkala.

Rodiny, které v sobě mají potřebu někomu pomoct. Nebo jak už jsem říkala, nábožensky založení lidé, odpověděla informantka č. 4.

12. Myslíte si, že je pro dítě se ZP přínosnější náhradní rodina oproti ústavní výchově?

Pro děti se zdravotním postižením je náhradní rodina tím nejlepším, úplně bez diskuze. Myslím si, že je to jejich jediná šance pro budoucí život po ústavní výchově. Obecně pro všechny děti nedokážu říct, že je náhradní rodina tím nejlepším řešením. Někteří pěstouni nemají žádné rodičovské zkušenosti, a dané dítě pak vrátí zpět do dětského domova či jiného zařízení. Pokud jde tedy zprostředkování postupně, není to rozhodnutí ze dne na den, tak si myslím, že je to dobré a pro děti přínosné. Ale naopak dítě, které je svěřeno do pěstounské péče k příbuzným, jenom proto, aby nemuselo být v dětském domově, a po čase ho vrátí zpět, tak to moc velký přínos není. Pro děti je to další negativní zkušenost. Pokud už jedinec projde náhradní rodinnou péčí, která nějakým způsobem nevyjde, dítě se tak stane nevhodným pro další náhradní rodinnou péči, je vyřazen z registru, uvedla informantka č. 1.

Informantka č. 2 odpověděla takto: *Pokud to s nimi myslí náhradní rodina dobře a není to pouze pro peníze, tedy příspěvky z pěstounské péče, tak si myslím, že je snad téměř vždycky lepší náhradní rodina.*

Informantka č. 3 tvrdí, že je vhodnější náhradní rodina. *V ústavním zařízení je ve skupince mnoho dětí, každý potřebuje pozornost, každý potřebuje své lidi, kterým se může zpovídat, každý potřebuje člověka, který je prostě jen jeho. To ústavní péče bohužel nemůže splnit. Vychovatel je tzv. rodič pro všech 7,8 dětí ve skupině. Takže je jasné, že se nemůže věnovat každému dítěti tak, jak by to potřebovalo.*

Informantka č. 4 uvádí: *Vždy je pro dítě výhodnější náhradní rodina, pod to se mohu podepsat. Ale nastává problém, když rodina dítě nezvládá a vrátí ho zpět do domova. To samozřejmě dítěti moc ublíží.*

7.2. Výsledky výzkumného šetření

Získaná data z hloubkových rozhovorů jsou rozdělena do 12 kategorií.

Kategorie 1 – výskyt dětí se zdravotním postižením (dále jen „ZP“) v dětském domově (dále jen „DD“)

Výsledky výzkumu ukázaly, že každý zkoumaný dětský domov má v péči mnoho dětí se zdravotním postižením. Dle sociálních pracovníků má přibližně polovina dětí (z celkového počtu dětí v dětském domově) zdravotní postižení.

Kategorie 2 – přijetí dítěte se ZP do DD

Sociální pracovníci se shodli na velmi častém přijetí těchto dětí. Avšak za předpokladu volné kapacity zařízení. Důležitou roli hrají i volná místa ve školách. Nejčastěji jsou přijímány děti s lehkou mentální retardací. Z výzkumu vyplynulo, že do takových zařízení nemohou být umístěny děti se schizofrenií a jiným psychotickým onemocněním.

Kategorie 3 – diagnostika dětí se ZP v DD

Výzkum ukázal, že se sociální pracovníci setkávají s diagnostikou ZP až po příchodu dítěte do DD. Důvodem je nízký věk dítěte, a následné zjištění ZP při nástupu do 1. třídy ZŠ. Mnohdy se jedincům v základní škole nedaří, nezvládají učivo, a vyšetřením v pedagogicko-psychologické poradně či speciálně pedagogickém centru je dítěti zjištěno zdravotní postižení. Následuje přeřazení do praktické či speciální třídy. Zjištění ZP až po přijetí do DD bývá především u dětí, které jsou zanedbávány, a jejich

problémy dlouhodobě nikdo neřešil. Pokud dítě přichází z jiného ústavního zařízení, většinou je diagnostika známá.

Kategorie 4 – chování ostatních dětí k jedincům se ZP

Některé děti reagují výsměchy, poukazují na fakt, že jedinci se zdravotním postižením navštěvují praktickou či speciální třídu, využívají jejich nižších intelektových možností k věcem, na které si ony samy netroufnou. Celkově však hodnotí sociální pracovníci chování ostatních dětí bez větších problémů.

Kategorie 5 – ZP v DD

Největší zastoupení ZP v DD má lehká mentální retardace. Dále se vyskytuje středně těžká mentální retardace, epilepsie, oční vady, celiakie, ADHD, sluchové postižení, poruchy řeči, obezita. Dříve byla umístěna do dětského domova dívka s nádorem mozku.

Kategorie 6 – šance dětí se ZP na umístění do náhradní rodinné péče (dále jen „NRP“)

Tato otázka sloužila ke zjištění pohledu sociálních pracovníků na náhradní rodinnou péči u daných dětí. Výsledky výzkumného šetření ukazují rozdílné odpovědi. Dvě informantky tvrdí, že mají děti se zdravotním postižením menší šanci oproti dětem bez zdravotního postižení. Péče o děti se zdravotním postižením je náročnější, mnohdy vysilující a zátěž náhradních rodičů je především po psychické stránce. Uvádí, že záleží na osobnosti žadatele. Pokud bude brát dítě takové, jaké je, pak nevidí žádné komplikace. Další sociální pracovnice mluvila o téměř mizivé šanci. Poslední tázaná zaměstnankyně uvedla šance stejné.

Kategorie 7 – přínos pro děti se ZP umístěných do nové rodiny

Výzkumné šetření prokázalo, že je náhradní rodina pro dítě jistá záchrana. Tyto děti si získané rodiny více váží, mají zde více prostoru, klidu a o své lidi se nemusí dělit s dalšími mnoha dětmi, jako je tomu v DD. V dospělosti mají problémy se začleněním do společnosti, proto je umístění jich samých v nové rodině výhodou a velkým přínosem. I když dítě v dospělosti rodinu opustí, i nadále s ní může být v kontaktu a kdykoliv přijít pro radu a pomoc.

Kategorie 8 – motivace rodin k přijetí dítěte se ZP do NRP

Výzkum ukázal mnoho faktorů, které rodinu motivují k přijetí dětí se zdravotním postižením. Tito lidé mají často se zdravotním postižením zkušenosti. Mají své vlastní dítě se zdravotním postižením, nebo se s ním setkávají u svých blízkých či příbuzných.

Sociální pracovníci dále uvádějí, že se mohou náhradní rodiče setkat s dítětem mimo dětský domov, např. na akcích, na kterých dítě vystupuje.

Často přijme dítě pouze jednotlivec – nemajíc žádné děti, rodinu.

U páru je motivací nemožnost mít své vlastní děti, či pokročilý věk, ve kterém by už nebylo vhodné založit rodinu. Tito lidé chtějí někomu pomoct, o někoho se starat – sociální pracovnice zmiňuje, že taková motivace může být u nábožensky založených lidí.

Pro někoho může být motivací finanční podpora od státu.

Kategorie 9 – stejné umístění dětí se ZP a dětí bez ZP do NRP

U této otázky měli sociální pracovníci různé zkušenosti. Dvě pracovnice odpověděly souhlasem, tedy že se děti se zdravotním postižením umisťují do náhradních rodin stejně jako ostatní děti. Další pracovnice tvrdí, že se umisťují téměř stejně. U dětí se zdravotním postižením je tedy umisťování poněkud menší. Poslední pracovnice má zkušenost negativní, a sdělila, že se děti se zdravotním postižením zcela jistě neumisťují ve stejné míře jako ostatní.

Kategorie 10 – preference forem NRP u dětí se ZP

Dětské domovy, které byly součástí výzkumného šetření, se setkávají pouze s pěstounskou péčí. Pokud se dítě dostane do pěstounské péče, předchází tomu ve většině případů hostitelská péče. Mimo jeden dětský domov, ve kterém neodešlo žádné dítě se zdravotním postižením do náhradní rodiny. Sociální pracovnice uvedla, že zde jedinec žije většinou do dospělosti, poté často odchází do své vlastní rodiny či domova pro osoby se zdravotním postižením.

Kategorie 11 – rodiny přijímající dítě se ZP do NRP

Nejčastěji odchází děti do péče svých příbuzných či blízkých, což nevidí sociální pracovníci jako nejlepší řešení. Sice je dítě u své rodiny, ale pokud se umístí k příbuzným lidem pouze proto, aby nebylo v ústavním zařízení, není pro dítě toto řešení vždy výhra.

Sociální pracovníci se dále shodují v přijetí dítěte do rodin, které mají se zdravotním postižením zkušenosti. Takoví lidé mají, nebo měli dítě se zdravotním postižením, nebo ho mají v blízkém okolí.

Děti odchází často do rodin, či k jednotlivým žadatelům, kteří mají potřebu někomu pomoct a o někoho pečovat. Sociální pracovníci uvedli i nábožensky založené rodiny.

Kategorie 12 – náhradní rodina x ústavní výchova

Odpovědi na tuto otázku jsou zcela shodné. Všechny informantky uvedly, že je pro jedince se zdravotním postižením bezesporu výhodná náhradní rodina, pokud se tak děje za dobrým účelem a rodiny nemotivuje pouze finanční podpora pěstounské péče. Problém však nastává, pokud rodina výchovu nezvládá a dítě vrátí zpět do dětského domova. Jedinec tak prožívá velké zklamání a bolest.

8. Diskuze

Každý člověk má právo prožít šťastné dětství a vyrůstat po boku milujících lidí. Pro zdravý vývoj dítěte je důležité, aby vyrůstalo ve stálém a citově vřelém prostředí, ve kterém se mají rodiče a dítě rádi a společně tak tvoří celek, který trvá celý život (Matějček, 2017). V České republice je však stále velký počet dětí, které nemohou být vychovávány ve své vlastní rodině. Pomocí těmto dětem je náhradní rodinná péče – systém zabývající se dětmi, které prožily náročné životní situace a nikdy nezažily pocit milující rodiny. Tento systém upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně- právní ochraně dětí. Občanský zákoník stanovuje veškeré formy péče, další ustanovení a podrobnosti pak zákon o sociálně- právní ochraně dětí (Sychrová, 2015).

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče sociální pracovníci v dětských domovech, a co vnímají jako největší problémy. Cajthamlová (2017) popisuje dětský domov jako typ ústavního zařízení, určený pro děti zpravidla od 3 do 18 let, bez závažnějších poruch chování. Před umístěním dítěte do dětského domova probíhá většinou v diagnostickém ústavu všeobecné vyšetření a určení vhodného ústavního zařízení. Výhodou dětského domova jsou jistá a pevná pravidla, která musí dítě dodržovat. Jako výhodu vidí Cajthamlová i v dětské skupině o více členech. Nevýhodou tohoto typu zařízení je nemožnost vytvořit si pevný citový vztah k jednomu vychovateli či naivní představa o dalším samostatném životě.

Dětské domovy se řídí zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních.

Výzkumný soubor této práce tvořili sociální pracovníci, se kterými byly provedeny hloubkové rozhovory a jejich odpovědi použity do bakalářské práce na téma „Možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče“.

Na základě provedeného šetření lze v prvé řadě usoudit, že se zdravotní postižení vyskytuje v dětských domovech ve velké míře. Z toho lze vyvodit, že odpovědi informantů vycházely z jejich empirických zkušeností. Všechny sociální pracovnice,

se kterými byl rozhovor uskutečněn, potvrzují ve svém zařízení mnoho dětí s handicapem.

Při zjišťování hlavního cíle práce, tedy jak vnímají možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče sociální pracovníci, lze s ohledem na uvedené odpovědi jednoznačně konstatovat, že nejen podle mínění, ale zejména zkušeností sociálních pracovníků, mají děti se zdravotním postižením nižší šanci dostat se do náhradní rodinné péče oproti dětem bez zdravotního postižení. Důvodem je podle nich náročnější výchova a péče o tyto osoby, především po psychické stránce. Vágnerová (2011, in Sychrová, 2015) popisuje časté negativní reakce okolí na přijetí jedince se zdravotním postižením do rodiny. Mnohdy lidé nechápou, jaká je jejich motivace a proč se tak rozhodli. Někteří rodiče jsou dokonce přesvědčeni o nereálných pokrocích, a nevěří odborné pomoci. Podstatné tedy je, aby byli žadatelé dostatečně informováni a věděli, co od daného jedince a typu zdravotního postižení čekat, znát jeho projevy a prognózu. Výzkumné šetření ale ukázalo, i když mají děti se zdravotním postižením nižší šanci dostat se do náhradní rodiny, že jsou lidé, kteří se chtějí o nějaké dítě starat, a zdravotní postižení jim není překážkou. Náhradní rodiče však výchovu dítěte mnohdy nezvládnou a umístí ho zpět do ústavního zařízení. Dítě si tak odnáší do života další zklamání a negativní zkušenosti. Lze opět předpokládat, že je to především proto, že nejsou náhradní rodiče dostatečně informováni o daném postižení a nemají odvahu či kontakty na odbornou pomoc, nebo odborné pomoci nevěří. Bez povšimnutí není ale to, že sociální pracovnice shodně uvedly, že dítě se zdravotním postižením je v kolektivu bezproblémové a chováním mezi nimi většinou nevybočuje. Můžeme tak usoudit, že důvodem, proč jsou tyto děti umisťovány do náhradní rodinné péče méně často, nemusí nutně být dítě a jeho handicap, ale malá informovanost nebo zkušenost žadatelů s péčí o dítě se zdravotním postižením. Dle Palečka (2018) je důležité tyto rodiny podporovat. A to nejen rodiny náhradní, ale i biologické, které pečují o dítě se zdravotním postižením. Autor uvádí jisté výhody pro pěstounské rodiny oproti rodinám biologickým. Pěstouni jsou za svou práci finančně odměněni, a pomocí různých organizací se jim dostává pomoci, např. při zprostředkování některých služeb. Biologické rodiny, mající dítě se zdravotním postižením, se mohou bez odborného vedení ve zdravotním a sociálním světě ztrácet.

Odpovědí na otázku, co vnímají sociální pracovnice proto jako největší problém u dětí se zdravotním postižením, je především nemožnost se později začlenit do společnosti. Podle mého názoru jsou problémy v socializaci dětí zapříčiněny poruchami bezpečného připoutání k pečující osobě již v raném dětství. Grohová (Grohová et al., 2011) popisuje teorii attachmentu jako silnou potřebu citového pouta k pečující osobě. Pokud si dítě k této osobě nevytvoří pevné pouto již v prvních měsících života, nedůvěřivost a strach se v budoucnu promítne nejen ke vztahu k sobě samému, ale k celé společnosti. Do poruch attachmentu jsou často řazeny právě děti vyrůstající v ústavním zařízení. Cajthamlová (2017) vidí problém v hospodaření s penězi. Těmto dětem dělají potíže také pracovní a sousedské vztahy a vhodné pracovní chování, spojené s problémy v plnění požadavků zaměstnavatele. Proto dotazovaní informanti shodně uvedli, že je důležité, aby bylo dítě v náhradní rodině, od které se mu dostane pomoci a i když v určitém věku rodinu opustí, byl s ní i nadále v kontaktu.

Dle zkušeností dotazovaných sociálních pracovníků ve výzkumném šetření jsou děti se zdravotním postižením umisťovány pouze do jedné z forem náhradní rodinné péče, a to péče pěstounské. Této formě často předchází hostitelská péče, kdy se dítě z dětského domova navštěvuje s hostitelskou rodinou či jedním hostitelem, tráví zde některé víkendy, prázdniny. Hostitelská péče často přeroste v pěstounskou péči, což vidím velmi pozitivně. Hostitelé dané dítě dobře znají, a ví, co od něho mohou očekávat. Nožířová (2012) však udává, že o možnosti hostitelství mnoho lidí neví, i když je tato forma pro děti v ústavním zařízení velkým přínosem.

Jak výzkum ukázal, děti se zdravotním postižením jsou nejvíce umisťovány do pěstounské péče příbuzných a blízkých osob dítěte. Z odpovědí sociálních pracovnic ovšem vyplynulo, že se tyto děti vracejí zpět do ústavního zařízení právě od příbuzenských a blízkých lidí.

Informanti bez výjimky uváděli, že je pro děti se zdravotním postižením záchranou přijetí jich samých do náhradní rodiny. Sociální pracovnice poukazují na skutečnost, že mají tyto děti v rodině více prostoru, klidu a náhradní rodič se jim tak může věnovat daleko více, než vychovatel v dětském domově, který má na starost mnoho dalších dětí. Nezanedbatelnou výhodou z dlouhodobého hlediska je pak dle

dotazovaných sociálních pracovnic větší šance na zapojení dítěte do běžného života v dospělosti.

Výhodu v umístění dítěte se zdravotním postižením do náhradní rodiny osobně vidím v zajištění jeho budoucnosti. Většina dětí se zdravotním postižením z dětského domova není schopna se po odchodu ze zařízení o sebe postarat a sama hospodařit. Mnohdy neumí hospodařit s penězi, neumí si zajistit běžné věci. Podle mého názoru by ke zlepšení této situace jistě přispěla osvěta ohledně zdravotního postižení. Nelze si nevšimnout, že nejenom děti, ale i dospělí jedinci se zdravotním postižením, jsou často vnímáni jako „jiní“ a někteří se jich dokonce bojí a straní se jich. Vágnerová (2003) popisuje postoje lidí k jedincům se zdravotním postižením. Po emoční stránce se setkáváme s lidmi, kteří s rodinou soucítí, na druhé straně jsou tací, kteří cítí odpor a těmto lidem se vyhýbají. Z pohledu kognitivní složky je veřejnost málo informována. Zdravotní postižení bylo již dříve záležitostí spíše odborníků, pro laiky bylo toto téma většinou tabu (Vágnerová, in Vágnerová, HadjMoussová, 2003). Domnívám se, že i malý krok, například ve formě většího zapojení dětí se zdravotním postižením při kulturních akcí, by mohl přispět ke zlepšení všeobecného mínění o takových jedincích. V neposlední řadě by situaci mohla zlepšit i následná péče, tedy pomoc od odborníků. Ať již v podobě poradenství, kde mohou náhradní rodiče navštěvovat spolu s dítětem pedagogicko-psychologickou poradnu, speciálně pedagogické centrum, středisko výchovné péče či využít odborného poradenství ve zdravotnictví. Velký přínos vidím ve spojení s dalšími rodinami, které mají v péči dítě se zdravotním postižením. Tímto náhradní rodiče zjistí, že prochází stejnou cestou jako mnoho dalších rodin, poznávají podobné příběhy, mohou se podělit o zkušenosti, a pomocí těchto svépomocných skupin zjišťují, že nejsou na danou situaci sami.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak nahlíží na problematiku náhradní rodinné péče u dětí se zdravotním postižením sociální pracovníci v dětských domovech, jaká z forem náhradní rodinné péče je u těchto dětí preferována a jaký vidí sociální pracovníci přínos v umístění dítěte se zdravotním postižením do nové rodiny. Pro tuto práci byl použit kvalitativní výzkum. Vytyčených cílů bylo dosaženo pomocí hloubkových rozhovorů se čtyřmi sociálními pracovníky dětských domovů v Plzeňském kraji.

Výsledky ukázaly, že se v dětských domovech vyskytuje velké množství dětí se zdravotním postižením. Sociální pracovníci nejčastěji uváděli lehkou mentální retardaci. Mezi další zdravotní postižení řadili středně těžkou mentální retardaci, epilepsii, ADHD, sluchové a oční vady, celiakii, poruchy řeči, obezitu či nádorové onemocnění.

Hlavní výzkumná otázka, tedy jak vnímají možnosti umístění dětí se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče sociální pracovníci, zjistila menší šanci v umístění zdravotně postižených dětí do náhradních rodin oproti dětem zcela zdravým. Informanti se shodli a udávali mnohem náročnější výchovu a péči o děti se zdravotním postižením oproti ostatním. Péče o tyto děti je náročná především po psychické stránce. Rodiče nevidí pokroky vývoje dítěte, často si sami sobě dávají vinu. Mnohdy na rodinu, mající v péči dítě se zdravotním postižením, reaguje okolí negativně, zavrhují je a nedají náhradním rodičům sílu, pokoru a podporu, kterou by tak moc potřebovali. Dle sociálních pracovníků se stává, že náhradní rodiče výchovu a péči nezvládnou a dítě umístí zpět do ústavního zařízení. Dítě prožívá velké zklamání a nese si do života další bolestnou událost. Proto je důležité, aby byli náhradní rodiče dostatečně informováni a využívali odborné pomoci či pomoci od ostatních rodin, které mají také v péči dítě se zdravotním postižením a procházeli stejnou cestou jako dotyční. Na základě této pomoci rodina pozná, že není na problém sama, a že je v podobné situaci i mnoho dalších rodin. Problém, který vidí sociální pracovníci u dětí se zdravotním postižením, je jejich nízká schopnost začlenit se v budoucnu do společnosti.

Při zjišťování, jaká z forem náhradní rodinné péče je preferována, byla uvedena zcela jasná odpověď. V dětských domovech se vyskytuje pouze jedna z forem náhradní rodinné péče, a to péče pěstounská.

Dalším cílem práce bylo zjistit, jaký je přínos pro děti se zdravotním postižením v umístění jich samých do náhradní rodiny. Sociální pracovníci shodně uvedli přínos především v klidném rodinném prostředí, kde mají děti více prostoru a náhradní rodič se jim může věnovat daleko více, než je tomu v ústavním zařízení. Jak bylo již zmíněno, tyto děti mají později problémy v začlenění se do společnosti. Mají problémy s hospodařením peněz, i celkové samostatnosti. Proto je náhradní rodina pro děti se zdravotním postižením velkou záchranou.

Seznam použitých zdrojů

ARCHEROVÁ, C., 2001. *Dítě v náhradní rodině*. Praha: Portál. 119 s. ISBN 80-7178-578-4.

BUBLEOVÁ, V. et al., 2011. *Základní informace o náhradní rodinné péči.* Praha: Středisko náhradní rodinné péče. 94 s. ISBN 978-87455-01-2.

BUBLEOVÁ, V. et al., 2014. *Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka*. 3. vydání. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. 60 s. ISBN 978-80-87455-19-7.

CAJTHAMLOVÁ, K., 2017. *Abeceda moderního rodiče*. Praha: Vyšehrad. 480 s. ISBN 978-80-7429-913-1.

ČERNÁ, M. et al., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

DUNOVSKÝ, J. a kol., 1999. *Sociální pediatrie, vybrané kapitoly.* Praha: Grada. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.

GROHOVÁ, J. et al., 2011. *Dítě v náhradní rodině potřebuje i vaši pomoc.* Praha: Středisko náhradní rodinné péče. 42 s. ISBN 978-80-87455-06-7.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

CHVÁTALOVÁ, H., 2001. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 80-7178-588-1.

JANDOUREK, J., 2008. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.

KEBLOVÁ, A., 2001. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima. 68 s. ISBN 80-7216-191-1.

KOCHOVÁ, K., SCHAEFEROVÁ, M., 2015. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0782-5.

KOVAŘÍK, J. a kol., 2004. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 80-7178-957-7.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 577 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATĚJČEK, Z., 1994. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.

MATĚJČEK, Z. et al., 2002. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 80-7178-637-3.

MATĚJČEK, Z., 2017. *Rodiče a děti*. 3. vydání. Praha: Vyšehrad. 360 s. ISBN 978-80-7429-797-7.

MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.

NOŽÍŘOVÁ, J., 2012. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Linde. 94 s. ISBN 978-80-86131-91-7.

PALEČEK, J., a kol., 2018. *Model náhradní rodinné péče pro děti se zdravotním znevýhodněním*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. 22 s.

PAZLAROVÁ, H., 2016. *Pěstounská péče: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1020-7.

PIPEKOVÁ, J. et al., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido. 386 s. ISBN 80-7315-120-0.

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

STRIOVÁ, M., 2013. *Děti, které se rodí v srdci*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0359-9.

SYCHROVÁ, A., 2015. *Pedagogické aspekty náhradní rodinné péče*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 240 s. ISBN 978-80-7395-955-5.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

URBANOVSKÁ, E., 2017. Funkce rodiny. In: DOKOUPILOVÁ, I. et al. *Rodina a dítě se zdravotním postižením.* Brno: Paido, s. 20-27. ISBN 978-80-7315-262-8.

VÁGNEROVÁ, M., 2003. Rodiče postižených dětí. In: VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ,Z. *Psychologie handicapu. 2. část. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, s. 23-35. ISBN 80-7083-764-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2011. *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. 52 s. ISBN 978-80-87455-04-03.

VÁVROVÁ et al., 2012. *Přípravy pro budoucí náhradní rodiče*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. 80 s. ISBN 978-80-87455-16-6.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK I., 2008. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

ŽILINČÍKOVÁ, D., 2003. *Dlhá cesta domov*. Vrútky: Advent- Orion. 48 s. ISBN 80-8071-030-9.

Internetové zdroje

Attachment a mozek. [online]. [cit. 2019-05-22]. Dostupné z: http://www.attachment.cz/attachment-a-mozek/

Klasifikace zrakového postižení podle WHO. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: http://archiv.sons.cz/klasifikace.php

METALOVÁ, L., © 2014. *Eriksonova teorie osobnosti* [online]. [cit. 2019-20-06]. Dostupné z: http://www.psychologie-metalova.cz/clanky/osm-veku-zivota.html

MPSV., 2013. *Formy náhradní rodinné péče*. [online]. [cit. 2019-07-03]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/14501.

Poruchy attachmentu. [online]. [cit. 2019-05-22]. Dostupné z: http://www.attachment.cz/poruchy-attachmentu/

SOS dětské vesničky [online]. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: https://www.sos-vesnicky.cz/o-nas/kdo-jsme/

SPURNÁ, VAŠKOVÁ, © 2015. *SOS vesničky: Naděje na normální dětství*. [online]. Praha.
[cit. 2019-03-05]. Dostupné z: https://www.denik.cz/z_domova/sos-vesnicky-nadeje-na-normalni-detstvi-20151221.html

STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE. *Svěření dítěte do péče jiné osoby.* [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: https://www.nahradnirodina.cz/svereni-ditete-do-pece-jine-osoby

Legislativní dokumenty

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí [online]. [cit. 2019- 05-29]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník [online]. [cit. 2019-05-28]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89

Přílohy

Otázky polostrukturovaného rozhovoru:

1. Kolik je nyní v dětském domově (dále jen „DD“) dětí se zdravotním postižením?
2. Jak často přijímáte do DD dítě se zdravotním postižením (dále jen „ZP“)?
3. Stává se, že je dítěti diagnostikováno ZP až po přijetí do DD?
4. Jak se chovají/chovaly ostatní děti k jedinci se ZP?
5. S jakým druhem postižení jste se setkala u dětí ve vašem DD?
6. Jakou mají podle vás šanci děti se ZP dostat se do náhradní rodinné péče (dále jen „NRP“)?
7. Jaký vidíte přínos v umístění dítěte se ZP do NRP?
8. Proč si myslíte, že lidé přijímají dítě se ZP do NRP? Jaká je jejich motivace?
9. Podle Vašich zkušeností, jsou děti se ZP umisťovány do NRP stejně jako děti bez ZP?
10. Jaká forma NRP je preferována u dětí se ZP ve vašem DD?
11. Jaké rodiny přijímají děti se ZP do své péče? Mají se zdravotním postižením nějaké zkušenosti?
12. Myslíte si, že je pro dítě se ZP přínosnější náhradní rodina oproti ústavní výchově?

Seznam použitých zkratek

DD dětský domov

NRP náhradní rodinná péče

ZP zdravotní postižení