

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Pěstounská péče u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Diplomová práce

Autor:	Bc. Zuzana Baczová
Studijní program:	N 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. Martin Kaliba



Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Zuzana Baczová

Studium: P13249

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

Název diplomové práce: **Pěstounská péče u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami**

Název diplomové práce AJ: Foster care for children with special educational needs

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem úvodních kapitol diplomové práce je charakterizovat pěstounskou péči a přiblížit problematiku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, dále pak popsat zvláštnosti v oblasti psychického vývoje dětí žijících v pěstounských rodinách a definovat specifika pěstounské péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami. V prakticky orientované části diplomové práce budou popsána specifika dětí vyrůstajících v pěstounských rodinách, a to včetně dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a na základě konkrétních příkladů z praxe pak definovány možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkové metody a kazuistiky.

Pěstounská péče: manuál pro pomáhající profese. Editor Hana PAZLAROVÁ. Praha: Portál, 2016, 255 s. ISBN 978-80-262-1020-7. ŠMAJDOVÁ BŮŠOVÁ, Katarína a Miloš KUČERA. Profesionální rodičovství: etnografická studie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 223 s. ISBN 978-80-246-2779-3. PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0. MÜLLER, Oldřich. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 289 s. ISBN 80-244-0231-9.

Anotace:

Cílem úvodních kapitol diplomové práce je charakterizovat pěstounskou péči a přiblížit problematiku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, dále pak popsat zvláštnosti v oblasti psychického vývoje dětí žijících v pěstounských rodinách a definovat specifika pěstounské péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami. V prakticky orientované části diplomové práce budou popsána specifika dětí vyrůstajících v pěstounských rodinách, a to včetně dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a na základě konkrétních příkladů z praxe pak definovány možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin. Z metodologického hlediska bude využito dotazníkové metody a kazuistiky.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Martin Kaliba

Datum zadání závěrečné práce: 28.2.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně, pod vedením vedoucí diplomové práce PhDr. Petry Bendové, Ph.D. V práci jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení, četné konzultace, cenné rady a podporu během celého období nezbytného pro zpracování diplomové práce. Taktéž velice děkuji všem pěstounským rodinám, které se zapojily do mého výzkumného šetření, za jejich ochotu poskytnout mi osobní informace a za jejich čas.

Anotace

BACZOVÁ, Z. *Pěstounská péče u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018. 136 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá problematikou dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, které vyrůstají v náhradní rodinné péči pěstounských rodin. V úvodních kapitolách diplomové práce je charakterizována náhradní rodinná péče se zaměřením na péči pěstounskou. Dále se diplomová práce zaměřuje na děti se speciálními vzdělávacími potřebami, jsou konkretizovány jednotlivé druhy zdravotních znevýhodnění, se kterými se mohou náhradní rodiče v rámci pěstounské péče setkat. Další z úvodních kapitol se zabývá psychickým vývojem dětí, které vyrůstají mimo svou biologickou rodinu, vlivem rodinného prostředí na jejich vývoj a možnou psychickou deprivaci u těchto dětí. V poslední kapitole jsou uvedena specifika dětí se speciálními vzdělávacími potřebami žijících v pěstounské péči.

V prakticky orientované části diplomové práce jsou demonstrovány názory a interpretovány poznatky náhradních pěstounů na zvláštnosti ve vývoji dětí, které mají umístěné ve své pěstounské péči. Informace byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření mezi pěstouny. Práce je obohacena třemi případovými studiemi zdravotně znevýhodněných dětí, které vyrůstají v pěstounské péči. Na základě zajištěných a dále vyhodnocených dat jsou poté v závěru práce nastíněny možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin.

Klíčová slova: pěstounská péče, náhradní rodinná péče, děti se speciálními vzdělávacími potřebami

Annotation

BACZOVÁ, Z. *Foster care for children with special educational needs*. Faculty of Education University of Hradec Kralove, the 2018. 136 p. Diploma thesis.

The diploma thesis deal with the isme of children with special educational needs, who grow up in foster family care. In the introductory chapters the substitute family care with focus on foster care is described. In addition, the diploma thesis focuses on children with special educational needs, and the individual types of health diasdvantages with which can substitute parents find in foster care. Another of the introductory chapters deals with the psychological development of children who grow up outsider of thein biological family, the influence of the family environment on thein development, ant the possible psychological deprivation of these children. The last charter presents the specifics of children with special educational needs living in foster care.

In the practically oriented part of the diploma thesis the opinions and knowledge of the substitute fosters on the specialities in the development of the children, which are placed in thein foster care, are demonstrated. Information was gathered through a questionnaire survey among foster parents. The work is enriched by free case studie sof psychic disadvantaged children growing up in foster care. On the basis of secured and further evaluated data, the possiblities of special pedagogice support of foster families are suggested at the end of the thesis.

Key words: foster care, substitutional parental care, children with special educational needs

OBSAH

Úvod.....	2
1 Pěstounská péče v kontextu náhradní rodinné péče	4
1.1 Náhradní rodinná péče.....	6
1.2 Pěstounská péče.....	9
1.2.1 Historie novodobější pěstounské péče	9
1.2.2 Právní aspekty pěstounství	10
1.2.3 Zprostředkování pěstounské péče	11
1.2.4 Typy pěstounské péče	12
1.2.5 Psychologická hlediska pěstounství	15
1.2.6 Finanční zajištění pěstounů	16
1.2.7 Sociálně-pedagogická síť pro pěstounské rodiny	20
2 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami.....	22
2.1 Mentální retardace	24
2.2 Sluchové postižení.....	27
2.3 Zrakové postižení	31
2.4 Tělesné postižení	33
2.5 Narušená komunikační schopnost	35
2.6 Poruchy autistického spektra (PAS)	37
2.7 Specifické poruchy učení.....	39
2.8 Kombinované postižení	44
3 Psychický vývoj dítěte v pěstounské péči	47
3.1 Psychický vývoj dítěte v NRP dle věku	50
3.1.1 Psychický vývoj dítěte do 3 let věku.....	50
3.1.2 Psychický vývoj dítěte v předškolním věku.....	53
3.1.3 Psychický vývoj dítěte školního věku	55
3.1.4 Psychický vývoj v období dospívání.....	59
3.2 Deprivace psychická a citová	60
3.2.1 Projevy dítěte s poruchou vytváření citových vazeb.....	62
3.2.2 Psychické poruchy u dětí.....	63
4 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v pěstounské péči	64
4.1 Děti se zdravotním postižením v pěstounské péči	67
4.1.1 Dítě s mentálním postižením v pěstounské péči	68
4.1.2 Dítě se sluchovým postižením v pěstounské péči	69
4.1.3 Dítě se zrakovým postižením v pěstounské péči.....	70
4.1.4 Dítě s tělesným postižením v pěstounské péči	72
4.1.5 Dítě s pervazivní vývojovou poruchou v pěstounské péči	73
5 Uvedení do praktické části diplomové práce	75
5.1 Cíl diplomové práce.....	75

5.2	Metodologie diplomové práce	76
5.2.1	Kazuistické (případové) studie	76
5.2.2	Dotazníkové šetření	76
5.2.3	Charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření	77
5.2.4	Časový harmonogram realizace praktické části diplomové práce	78
6	Praktické zkušenosti pěstounů s péčí o děti se zdravotním postižením	79
6.1	Kazuistika č. 1 – Karolína, 14 let	79
6.2	Kazuistika č. 2 – Adam, 13 let	86
6.3	Kazuistika č. 3 – David, 8 let	92
6.4	Výsledky dotazníkového šetření	98
6.4.1	Reflexe pěstounů k zajištění pěstounské péče	98
6.5	Možnosti speciálně-pedagogické podpory pěstounských rodin	115
7	Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz diplomové práce	119
	Závěr	122
	Seznam odborných pramenů a literatury	123
	Seznam tabulek a obrázků	130
	Seznam grafů	130
	Seznam použitých zkratek	131
	Přílohy	132

*Děti, kterých se týká náhradní rodinná péče, se většinou narodily jako nechtěné, často z nesledovaných těhotenství, matkám s rizikovým chováním. Po jejich narození jim nebylo připraveno prostředí pro vznik citového pouta a nebyly uspokojovány jejich základní potřeby. **Toto vše činí děti umisťované do náhradní rodinné péče dětmi se speciálními potřebami.** (Zezulová, 2011)*

Úvod

Rodina. Rodina je základní institucí, do které se rodíme, kde cítíme, že nás má někdo rád a vyrůstáme v osobnosti, každý s jinými osobnostními charakteristikami, každý svým způsobem schopný obstát na poli dnešní společnosti. Když máme štěstí. Můžeme se setkat s lidmi různých charakteristik – chudí, bohatí, lidé světlé pleti, lidé tmavé pleti, zdraví nebo zdravotně postižení – a každý má právo cítit se milován, cítit se bezpečně, což rodinné prostředí jedinci poskytuje.

O významu a hodnotě rodiny není třeba polemizovat. K tématu diplomové práce mě přivedla vlastní zkušenost s rodinou, která do pěstounské péče přijala dívku s kombinovaným postižením – nezištně, za účelem ji poskytnout rodinné prostředí, které přináší spoustu lásky a porozumění, za účelem pomoci. Přijali ji za cenu vlastního omezení, vysokého nasazení a zásadní změny životního stylu. Podařilo se jim z holčičky, která byla „malá“ osobností postupně vychovat dívku „velkou“, ač se zdravotním postižením. Její rozkvět byl v průběhu vidět na první pohled. A při pozorování této rodiny mě napadaly otázky: Co děti, které nemají tolik štěstí a vyrůstají v ústavní výchově? Jak velkou šanci mají, že si je někdo do náhradní rodinné péče vezme? A jaké, obzvláště psychické, následky má původní nepříznivé prostředí na jejich vývoj? Dají se případné následky nabídnutím náhradní rodiny zmírnit? Tento proces mě přivedl k tomu, že bych se v rámci své diplomové práce chtěla věnovat dětem zdravotně znevýhodněným, které vyrůstají v náhradním rodinném prostředí.

Cílem teoreticky orientované části diplomové práce je definovat systém náhradní rodinné péče se zaměřením na péči pěstounskou a její jednotlivé aspekty, vymezit problematiku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a popsat jednotlivé druhy zdravotních znevýhodnění, se kterými se můžeme u dětí setkat. Dále v rámci uvedení teoretických východisek diplomové práce budou charakterizovány odlišnosti v psychickém vývoji dětí umístěných do pěstounské péče a konkretizovány zvláštnosti u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v náhradní rodinné péči pěstounských rodin.

V prakticky orientované části diplomové práce budou ověřována zjištěná specifika psychického vývoje dětí, i těch se speciálními vzdělávacími potřebami, v pěstounské péči na základě dotazníkového šetření, jehož respondenty budou samotní pěstouni. Výzkum bude dále obohacen třemi kazuistickými studiemi dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, které vyrůstají v pěstounských rodinách. Na základě zjištěných informací, které budou v rámci

diplomové práce vyhodnoceny, budou nastíněny možnosti speciálně pedagogické podpory
pěstounů.

1 Pěstounská péče v kontextu náhradní rodinné péče

Vhodnost náhradní rodinné péče oproti péči ústavní je nediskutabilní. Pěstounská péče je často využívaným typem náhradní rodinné péče nejen v České republice a je legislativně dobře ukotvena. Zájemci o pěstounskou péči jsou pečlivě vybíráni a prochází dlouhodobým zaškolováním, než jsou na seznam pěstounů skutečně zařazeni. V této kapitole je nastíněn kontext náhradní péče v České republice s následným detailním zaměřením na jednotlivé aspekty péče pěstounské.

Náhradní rodina

„Rodina by měla znamenat pro dítě základní životní jistotu. To je ten nejlepší vklad, který mu můžeme dát. A je v naší moci!“ (Matějček, 1994, s. 17)

Aby dítě mohlo v bezpečí vyrůst a osvojit si adekvátní znalosti a dovednosti, potřebuje k tomu klidné a stabilní prostředí, které ho bude chránit před okolním světem – domov. Domov pro nás znamená místo, kde jsou „naši“. Místo, kde jsou naši lidé, ke kterým patříme, a oni patří k nám. Místo, kde se nemusíme přetvařovat, kde nemusíme nic předstírat, jsme přijímání takoví, jací jsme. Místo, kde se cítíme naprosto bezpečně a klidně. Domov je přístav, kam se můžeme vracet, zaslouží si tedy tu nejvyšší úctu a ochranu.

Rodina je nejstarší lidskou institucí, které vznikla již v dávných dobách z přirozeného pohlavního pudu, ale také z potřeby rodičů své děti chránit, učit, připravovat na další život. Potřeba své potomky ochraňovat, pečovat o ně, vychovávat a vzdělávat je, přetrvala i do dnešní doby, ačkoliv hrozby jsou oproti pravěku diametrálně odlišné. Aby se dítě vyvíjelo ve zdravou osobnost, potřebuje stále a citově vřelé, přijímající prostředí. Tímto prostředním by právě měla být rodina. Dítě vnímá jako rodiče ty, kteří se k němu chovají výše zmíněným způsobem, dalo by se říci mateřsky, a nesejde mu na tom, zda jsou tyto lidé tzv. vlastní či nevlastní. Rodina však není jedinou institucí, která pečuje o prospěch a edukaci dítěte, svou roli sehrává i škola, kamarádi, v pozdějším věku i zaměstnání. Rodina by však měla stále mít své výsostné postavení a to z těchto důvodů:

- stojí na počátku a ovlivňuje dítě v jeho nejcitlivějších fázích;
- nejпřirozeněji a nejvydatněji uspokojuje základní psychické potřeby dítěte;
- je vzorem mezilidských vztahů, které si s sebou dítě odnáší dál do života (Matějček, 1994)

Rodina může a má být místem spolupráce, soužití, souhry, sounáležitosti. V dobré rodině je dán důraz na rozvoj vnitřní kontroly, vnitřních zábran, kritérií, společného vědomí. (Kovařík a kol., 2004) Dle Matouška a Pazlarové (2010) rodinu vnímáme jako instituci, kterou formuje civilizace, kultura i společnost. Ve většině zemí je rodina hlavním socializačním místem pro děti. Termín rodina nelze jednoznačně definovat, v literatuře nacházíme množství definic dle různých kritérií. Matoušek a Pazlarová (2010) se přiklání k tomu, že v dnešní době již místo o rodině (jakožto vztahu, založeném na příbuzenských poutech) by bylo vhodnější mluvit o rodinném soužití lidí. Podstatou tohoto soužití je citová vazba mezi lidmi.

Z výše uvedeného vyplývá, že dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu chovají mateřsky či otcovsky a nezáleží na tom, zda si jej přinesli již z porodnice, resp. zda jsou jeho biologickými rodiči. (Matějček, 1994)

Náhradní péče

Názory na to, co vlastně náhradní (rodinná, příp. výchovná) péče je, se různí. Na nesjednocenost pojmů v této oblasti upozorňuje i Albín Škoviera v publikaci Dilemata náhradní výchovy, kde tvrdí, že termín „péče“ je mnohem vhodnější než termín „výchova“. V termínu péče shledává širokost, která v sobě pojme i výchovu. Také připomíná, že v anglosaských zemích je rozšířen spíše termín péče, např. „foster family care“. Péči chápe jako dlouhodobou, člověk ji potřebuje celoživotně, týká se všech, kdežto výchovu si většina lidí spojuje pouze s dětským věkem. (Škoviera, 2007)

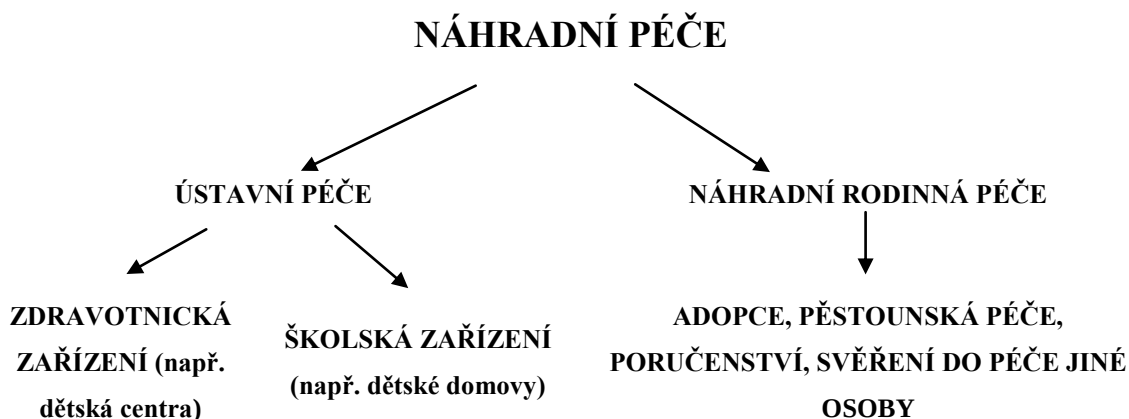
Ve Slovníku sociální práce (Matoušek, 2016, s. 107) je pojem náhradní rodinná péče ekvivalentem k pojmu náhradní výchovná péče, přičemž ta je definována jako „*všechny formy náhrady rodiny u dětí bez vlastního funkčního rodinného zázemí, tj. kojenecké ústavy, dětské domovy, diagnostické ústavy, ústavní služby, pečovatelské rodiny, osvojitelské rodiny, svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodičů.*“ Matoušek zde dále rozděluje náhradní výchovnou péči na dvě zásadní formy – ústavní a rodinnou. (Matoušek, 2016)

S touto definicí ale nesouhlasí více autorů a považuje termín náhradní rodinná péče či náhradní výchovná péče za podkategorie termínu náhradní péče, viz dále.

Náhradní péče je specifikována v článku 20 Úmluvy o právech dítěte, kde je uvedeno v odstavcích 1 až 3, že:

- „*Dítě dočasně nebo trvalé zbavené svého rodinného prostředí nebo dítě, které ve svém vlastním zájmu nemůže být ponecháno v tomto prostředí, má právo na zvláštní ochranu a pomoc poskytovanou státem.*“
- „*Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí ... **náhradní péči.***“
- „*Tato péče může ... zahrnovat předání do výchovy, institut „kalafa“ podle islámského práva, osvojení a v nutných případech umístění do vhodného zařízení péče o děti.*“

Náhradní péče v sobě zahrnuje dvě základní možnosti umístění dítěte mimo rodinu, a to náhradní rodinnou péči a ústavní péči. Ústavní péče je vykonávána ve zdravotnických zařízeních (například v kojeneckých ústavech, v dětských domovech pro děti do tří let věku) či školských zařízeních (například dětské domovy, dětské domovy se školou, diagnostické a výchovné ústavy) na základě uložené ochranné výchovy či nařízené ústavní výchovy. (Sychrová, 2015) Ústavní výchova je přitom soudem nařízena pouze v případě, kdy nelze dítě umístit v náhradní rodinné péči. Rodinná péče má vždy přednost před výchovou ústavní. (Bubleová, 2011)



Obr. 1 – Schéma náhradní péče

1.1 Náhradní rodinná péče

„*Nemůže-li dítě vyrůstat ve své přirozené rodině, zasahuje v zájmu blaha stát. Jde zejm. o případy, kdy rodiče nejsou schopni či ochotni dítě vychovávat nebo dojde ke ztrátě rodičů.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013)

„Náhradní rodinná péče je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině.“ (Bubleová, Kovařík in Matějček a kol., 1999)

„Institut náhradní rodinné péče poskytuje dětem bez rodiny nebo těm, které ve vlastní rodině vyrůstat nemohou, možnost přirozeného rodinného prostředí.“ (Smolíková, 2014)

Sychrová (2015, s. 8) říká, že *„o náhradní rodinné péči mluvíme tehdy, pokud je dítě soudně svěřeno do péče jiné osobě nebo osobám, než jsou jeho rodiče, a tato péče probíhá přímo v jejich rodině.“*

V současnosti se v rámci náhradní rodinné péče v minimálním měřítku řeší děti, které osiřely, tedy jim zemřeli rodiče. V největší míře se setkáváme se situací tzv. sociálně osiřelých dětí, které oba rodiče nebo alespoň jednoho z rodičů mají. Ti se o ně ale buď nechtějí, nemohou nebo neumějí plnohodnotně postarat. Ve všech těchto případech jsou děti umisťovány do péče širší rodiny či blízkých osob, které dítě dobře zná. Až druhou možností je hledání jiných fyzických osob, které jsou ochotny vzít cizí dítě do svého rodinného kruhu. (Bubleová, 2011)

Náhradní rodinná péče je již v dnešní době preferovanou formou náhradní péče, dříve tomu tak ale nebylo. Dnes je již zájem dítěte v centru pozornosti a rodinná péče se stává prioritou v péči o ohrožené děti, především v nižším věku. (Sychrová, 2015)

Formy náhradní rodinné péče dle zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník (NOZ):

- osvojení (adopce);
- poručenství;
- svěření dítěte do péče jiné osoby;
- pěstounská péče.

Jednotlivé formy NRP se od sebe podstatně v mnohém liší.

1.1.1 Osvojení

Jedná se o synonymum k pojmu adopce, nicméně zákon (NOZ) využívá pouze pojmu osvojení. Osvojením se myslí přijetí dítěte za své, mezi osvojitelem (rodiči) a osvojeným dítětem vzniká právně naprosto stejný vztah jako mezi rodičem a dítětem. Právně tedy zaniká jakýkoli nárok biologických rodičů na dítě. Osvojené dítě se stává příbuzným se všemi členy osvojitelské rodiny se všemi právními aspekty, např. ohledně dědického řízení. Osvojením dítě získá novou rodinu a tím právně nejstabilnější prostředí, které mu formy náhradní rodinné

péče mohou nabídnout. O osvojení rozhoduje soud, který také předává pokyn matrice k zapsání osvojitelů jako rodičů. Osvojitelé jako rodiče přebírají veškerou odpovědnost za dítě, což se týče jak práv, tak i povinností. Osvojení s sebou ale také kromě pozitiv nese i určitá rizika, která se pojí s možností ztráty původní identity dítěte, v dnešní době se touto problematikou zabývá především Brodzinsky, dříve Schechter a Kirk. Před samotnou adoptí dítě pobývá 6 měsíců v tzv. předadopční péči u svých budoucích osvojitelů na jejich náklady, stát tedy na osvojené dítě nepřispívá žádnými finančními obnosy. Osvojení lze taktéž ve výjimečných případech do 3 let od rozsudku o adopti zrušit, pouze ale ze zásadních důvodů. V České republice se dodržuje absolutní anonymita mezi biologickými rodiči adoptovaného dítěte a osvojitelskou rodinou, v cizině tomu vždy tak není. (Sychrová, 2015)

Osvojení se týká dětí, které jsou takzvaně právně volné. Pod tímto pojmem si můžeme představit to, že biologičtí rodiče se dítěte vzdali již po narození a své rozhodnutí nezměnili ani v ochranné lhůtě šesti týdnů po porodu, případně je splněna doba tzv. klasifikovaného nezájmu (u novorozenců 2 měsíce, u starších dětí 6 měsíců). Prakticky toto znamená, že po soudním řízení dojde k vymazání biologických rodičů dítěte z jeho rodného listu a je vydán rodný list nový, již se zapsanými adoptivními rodiči. (Zezulová, 2012)

1.1.2 Poručenství

O poručenství mluvíme v případě, kdy nastane situace, že se v pěstounské péči ocitne dítě, které je právně volné. Pěstouni se v tento moment mohou stát zákonnými zástupci dítěte, ale nejsou v rodném listě dítěte uvedeni jako jeho rodiče. (Zezulová, 2012)

Poručenství se využívá v případě, kdy není žádný z rodičů, který má a vůči svému dítěti vykonává rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu. Jde o případy, kdy rodiče zemřeli, byli omezeni na svéprávnosti v rodičovských otázkách, jejich odpovědnost tak byla pozastavena či nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Osobě poručníka jsou vyhrazena všechna práva a povinnosti vůči svěřenému dítěti, stejně jako má rodič. Může dítě vychovávat, není ale zatížen vyživovací povinností. Často poručníkem bývá člověk z blízkého okolí dítěte, poručníka mohou navrhnout i rodiče. Činnost poručníka je pravidelně kontrolována soudem. Poručník může žádat stejné dávky jako v případě pěstounské péče, jen pokud o dítě osobně pečuje. (Sychrová, 2015)

1.1.3 Svěření do péče jiné osoby

O svěření do péče jiné osoby opět rozhoduje soud, jestliže to vyžaduje zájem dítěte, a o dítě se nemůže starat ani jeden z rodičů, ani poručník. Tato osoba se zavazuje řádnou péči o dítě

a se svěřením souhlasí. Soud vymezuje rozsah práv a povinností k dítěti. Důvodem k této náhradní rodinné péči je například výkon trestu rodičů, jejich onemocnění nebo například jejich pobyt v cizině. (Sychrová, 2015)

1.2 Pěstounská péče

Dle pedagogického slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2015, s. 201) je pěstounská péče „*forma náhradní rodinné péče, při níž z právního hlediska je vztah mezi náhradní rodinou a dítětem volnější než při osvojení.*“

Ve slovníku sociální práce (Matoušek, 2016, s. 134) lze nalézt obsáhlejší definici pěstounské péče. „*Pěstounská péče je forma náhradní rodinné péče, kterou v České republice garantuje a financuje stát. Rozhodnutí o svěření do PP přísluší soudu, který dítě do PP svěří, pokud to zájem dítěte vyžaduje a pokud osoba pěstouna poskytuje záruky řádné výchovy dítěte. ...*“

Oproti osvojení se pěstounská péče týká většinou starších dětí, které nejsou vhodnými adepty pro adopci, dále také dětí, které nejsou zcela zdravé či děti odlišného etnika, sourozenců, dětí, o které se rodiče i nadále zajímají, ačkoli u nich nevyrůstají. Pěstounskou péči můžeme označit jako formu dohody mezi státem, který přejal dohled nad výchovou dítěte, a rodinou, která dítě do rodiny přijímá. (Zezulová, 2012)

1.2.1 Historie novodobější pěstounské péče

Po roce 1989 byla pěstounská péče ukotvena v zákoně o rodině č. 94 již z roku 1963 a zákoně o pěstounské péči č. 50/1973 sb. Pěstounství bylo v mnoha ohledech velice podobné adopci. Často děti v pěstounské péči přejímali příjmení svých pěstounů, děti se stávaly trvalou součástí pěstounských rodin i po dosažení jejich plnoletosti. Jakýkoliv kontakt s biologickou rodinou dítěte byl spíše výjimečnou situací. Silně byly podporovány vazby s novou pěstounskou rodinou s vyhlídkou trvalého umístění dítěte. Stát pěstouny podporoval minimálně formou symbolických dávek pěstounské péče. Dlouhodobá péče o děti v pěstounské péči znevýhodňovala starší ženy pěstounky v rámci důchodového zabezpečení, neboť byly z pohledu státu brány jako ženy v domácnosti. Pěstounská péče neměla adekvátní ocenění a podporu. Zákon o pěstounské péči byl zrušen v roce 2000, kdy právní úprava pěstounské péče přešla do novelizace zákona o rodině. (Smolíková, 2014)

První velká novela zákona o rodině přišla až o více než 30 let později od vydání zákona, v roce 1998 (zákon č. 91/1998 sb.) a přinesla například takovou změnu, že prioritním bylo

sledování zájmu dítěte, nebo že přednost musí soud dát příbuznému dítěte před cizím člověkem. Taktéž důležitým milníkem bylo stanovení přednosti náhradní rodinné péče před péčí ústavní. Vypustila se i podmínka dlouhodobosti pěstounské péče. V roce 1999 byl přijat zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 sb., který upravoval (mimo jiné) výkon pěstounské péče. Zákonem č. 165/2005 sb., o státní sociální podpoře, byla nově zavedena odměna pěstouna. Od 1. 1. 2013 platí novela tohoto zákona č. 401/2012, byl zrušen zákon o rodině a v platnost od 1. 1. 2014 vstoupil nový občanský zákoník č. 89/2012, který upravuje i oblast rodinného práva. V rámci těchto novelizací prochází pěstounská péče největší právní úpravou za několik desetiletí. (Pazlarová, 2016)

1.2.2 Právní aspekty pěstounství

Pěstounství představuje formu náhradní rodinné péče, která přísluší dětem, o které rodiče nemohou osobně pečovat v krátkodobějším horizontu, potenciálně i dlouhodobějším. Soud svěří dítě do pěstounské péče v případě, že o dítě nemohou pečovat rodiče ani poručník. Dítě může být svěřeno i do pěstounské péče na přechodnou dobu. Pěstoun má povinnost osobně o dítě pečovat, ale nestává se zákonným zástupcem dítěte, což je zásadní rozdíl mezi pěstounskou péčí a adopcí. Na pěstouna taktéž nespadá vyživovací povinnost vůči dítěti, ta zůstává biologickým rodičům. Pěstoun je oprávněn spravovat a zastupovat dítě pouze v běžných věcech, vykonává v omezeném rozsahu práva a povinnosti rodičů. Například k vyřízení cestovního dokladu musí mít pěstoun souhlasné stanovisko zákonného zástupce dítěte, tedy rodiče. (Bubleová, 2014)

Biologičtí rodiče dítěte jsou oprávněni žádat u soudu o dítě zpět do své péče, a pokud soud uzná, že je v zájmu dítěte návrat k rodičům, návrhu vyhoví. Rodičům dítěte je umožněn kontakt s dítětem, rodiče mají právo vědět, jak se dítěti daří, pěstouni pak musí udržovat kontakty se členy biologické rodiny dítěte a vztahy mezi nimi utužovat, což jsou další rozdíl oproti osvojení. Náplň povinnosti styku s biologickou rodinou dítěte konkrétně může upravovat soudní rozhodnutí. Pěstounská péče by z těchto důvodů měla být vnímána jako péče dočasná, přičemž soud může péči i vymezit na konkrétní určitou dobu, například při pobytu rodiče v léčebně. Pěstounská péče může pomoci dočasně přechkat rodinné krize, nicméně může trvat i do zletilosti dítěte. (Sychrová, 2015)

Při hledání možností náhradní péče o dítě jsou vždy upřednostněny osoby dítěti blízké či příbuzné, pěstouny mohou být jak manželé, tak jednotlivci. Pokud dítěti není nalezen pěstoun v řadách příbuzných či blízkých, probíhá proces zprostředkování náhradní rodinné

péče, kdy jsou pěstouni vybráni z řad prověřených žadatelů o pěstounskou péči. Pěstouni uzavírají s obecním úřadem s rozšířenou působností, s krajským úřadem Dohodu o výkonu pěstounské péče, která upravuje podrobnosti ohledně výkonu práv a povinností pěstounů. (Bubleová, 2014)

1.2.3 Zprostředkování pěstounské péče

Lidé, kteří se informovali o možnostech pěstounské péče a po zvážení se rozhodli, že se chtějí stát pěstouny, stojí před faktickým zahájením procesu zprostředkování, prověření a následné přípravy před přijetím dítěte. Stávají se zájemci či žadateli o pěstounskou péči. Celé zprostředkování je velmi citlivou fází, kdy pracovníci potřebují zajistit celou řadu velmi osobních až intimních informací o žadatelích a tím výrazně zasahují do jejich soukromí. Tato fáze může být potenciálními pěstouny vnímána negativně, je proto více než nutné, aby pracovníci vysvětlovali, za jakým účelem jsou informace shromažďovány. Pro žadatele je důležité nebrat si situaci osobně, získat nadhled na věc zprostředkování a porozumět tak celému procesu. (Pazlarová, 2016)

Zprostředkování je skutečným procesem, což může znamenat, že zprostředkování bude pro žadatele zdlouhavé. Proces má určité náležitosti, fáze, pravidla, které vycházejí z příslušné legislativy. (Nožířová, 2012)

Komplexní proces zprostředkování se skládá z následujících oblastí –

- vyhledávání dětí, kterým je potřeba zajistit péči v náhradním rodinném prostředí;
- vyhledávání fyzických osob vhodných stát se pěstouny;
- odborná příprava fyzických osob vhodných stát se pěstouny k přijetí dítěte do rodiny;
- samotný výběr dané fyzické osoby vhodné stát se pěstounem určitého dítěte, jemuž se pěstounská péče zprostředkovává, a v zajištění osobního seznámení dítěte s touto osobou. (Bubleová, 2014)

Zprostředkování pěstounské péče je v kompetenci pouze zákonem daných orgánů a institucí, v České republice jsou tímto orgánem krajské úřady. Prvotní úkony v procesu zprostředkování jsou ale činěny u obecních úřadů s rozšířenou působností. Proces zprostředkování je zahájen pouze na základě žádosti fyzické osoby, která má zájem stát se pěstounem a přijmout dítě, je občanem České republiky a má na jejím území trvalý pobyt. Žádost se podává u obecního úřadu s rozšířenou působností podle místa trvalé pobytu

žadatele. Žádost si může za specifických podmínek podat i cizinec pobývající na území České republiky.

V pohledu žadatele proces zprostředkování probíhá v prvotní fázi kontaktem s pracovníkem sociálně-právní ochrany dětí, který je pověřen agendou náhradní rodinné péče. Tento pracovník v úvodu shromažďuje veškeré podklady a pomáhá žadatelům zorientovat se v problematice zprostředkování pěstounské péče. Kromě formuláře žádosti o zprostředkování pěstounské péče musí žadatel doložit například zprávu o svém zdravotním stavu, údaje o svých ekonomických a sociálních poměrech či souhlas s účastí na přípravě k přijetí dítěte do rodiny. Na základě shromážděných informací vydává obecní úřad s rozšířenou působností stanovisko k žádosti o zprostředkování pěstounské péče, kterou postupuje společně s žádostí krajskému úřadu. Krajský úřad následně posuzuje vhodnost žadatelů a rozhoduje o jejich ne/zařazení do evidence pěstounů. Odborné posouzení zahrnuje posouzení žadatele z hlediska zdravotního stavu, včetně psychologického zhodnocení jeho osobnosti. (Pazlarová, 2016)

1.2.4 Typy pěstounské péče

V České republice existuje několik druhů pěstounské péče, jedná se o péči dlouhodobou, dále pak péči na přechodnou dobu a příbuzenskou pěstounskou péči.

A/ Dlouhodobá pěstounská péče

Dlouhodobá PP představuje nejběžnější a nejrozšířenější formu pěstounské péče u nás. Velké množství dětí umístěných do pěstounské péče zůstává u svých „náhradních rodičů“, pěstounů, roky, někdy i do jejich dospělosti. Oproti osvojení je udržován kontakt s biologickými rodiči. Děti v dlouhodobé pěstounské péči mohou být děti, které mají zdravotní, popřípadě sociální znevýhodnění, či zdravotní postižení, a jejich biologičtí rodiče o ně nejsou schopni pečovat. Tyto děti by, nebýt pěstounské péče, zůstávaly v ústavní péči. (Virtuální knihovna NRP, online)

B/ Pěstounská péče na přechodnou dobu

Institut pěstounské péče na přechodnou dobu právně v České republice existuje již od roku 2006. Smyslem PPPD je poskytnout ohroženému dítěti okamžitou pomoc a urychlit jeho cestu do náhradní rodiny. Děti jsou do PPPD umisťovány na dobu nejdéle jednoho roku, tato forma klade zvýšené nároky na pěstouny, proto je při jejich výběru ještě důrazněji vybíráno z žadatelů o pěstounskou péči, školení pěstounů oproti dlouhodobé PP trvá 72 hodin. Forma

je využívána především u nejmenších dětí – kojenců a batolat, které se ocitly v krizové situaci. Pěstoun je speciálně vyškolen k okamžitému přijetí dítěte do rodiny. Cílem je hlavně poskytnout biologickým rodičům čas ke stabilizaci rodinného prostředí tak, aby byli opět schopni své dítě do péče převzít, či aby se našla náhradní rodina či pěstoun z řad blízkých příbuzných. Jak z výše uvedeného vyplývá, jedná se o institut krizový a skutečně přechodný. Hlavním smyslem je dítěti nabídnout rodinné prostředí oproti pobytu v ústavním zařízení, byť rodinného typu (viz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – Klokánky). Je statisticky prokázáno, že tento typ pěstounské péče začal být více využíván oproti Klokánkům. (Virtuální knihovna NRP, online)

O pěstounské péči na přechodnou dobu rozhoduje soud na doporučení orgánu sociálně-právní ochrany dětí, a to na dobu:

- po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat (například z důvodů zdravotních či kvůli výkonu trestu odnětí svobody);
- po jejímž uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením (v případě matky po skončení šestinedělí, v případě otce nejdříve po narození dítěte – jedná se o případy odložených novorozenců, kteří nejsou umístěni do předadopční či předpěstounské péče);
- do nabytí právní moci rozhodnutí soudu o tom, že souhlasu rodičů k osvojení není třeba dle § 821 NOZ. (Bubleová, 2014)

Soud ustanovuje pěstounskou péči na přechodnou dobu předběžných opatření na návrh orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Je-li dítě do PPPD umístěno, soud musí nejméně jednou za čtvrt roku přezkoumávat, zda důvody, pro které je dítě v PPPD umístěno, stále trvají. Toto zjišťuje opět orgán sociálně-právní ochrany dětí. Aby byla zajištěna možnost PPPD, vede krajský úřad evidenci osob, které mohou PPPD vykonávat. Osoby uvedené v evidenci musí být připraveny v případě potřeby přijmout dítě neodkladně, za což jim náleží odměna pěstouna. Před umístěním dítěte do PPPD neprobíhá proces zprostředkování náhradní rodinné péče. (Pazlarová, 2016)

C/ Příbuzenská pěstounská péče

Příbuzenská pěstounská péče sice není oficiálním typem pěstounské péče, nicméně je natolik častá, že považuji za důležité se o ní zmínit. Česká republika se může pyšnit přední příčkou v počtu příbuzenských pěstounských péčí. Má u nás dlouhodobou tradici, příčinu můžeme

hledat v minulosti, kdy často nebylo jiné možnosti než dítě umístit k příbuzným, pokud jej biologičtí rodiče nechťeli přenechat v péči ústavní. Dlouhodobě tvoří zhruba polovinu z celkového počtu pěstounů příbuzní dítěte, nejčastěji se jedná o prarodiče. Příbuzní dítěte neprocházejí standardním procesem zprostředkování pěstounské péče, což je dáno zákonem o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 sb. v aktuálním znění. Další odlišností od klasické pěstounské péče je, že příbuzní pěstouni nemají automaticky nárok na odměnu pěstouna, odměna je v tomto případě posuzována velmi individuálně. Ostatní dávky (viz dále) jsou ale příbuzným prisuzovány stejně jako nepřibuzným pěstounům, taktéž jsou povinni se nadále jako každý jiný pěstoun účastnit dalších průběžných vzdělávání. (Pazlarová, 2016)

Příbuzenská pěstounská péče skýtá jak výhody, tak rizika. Mezi výhody patří například:

- pro dítě znalost pečujících osob a prostředí, pro pěstouny naopak znalost dítěte;
- citové vazby bývají mezi pěstouny a dítětem navázány;
- pokud jsou vztahy mezi rodiči a příbuznými pěstouny zachovány, je jednodušší udržet vzájemný kontakt mezi rodiči a dítětem a případný návrat k nim může být také ulehčen;
- pro biologické rodiče představují příbuzní pěstouni menší riziko společenského stigma;
- rodiče mají k dítěti snadněji neformální přístup než v případě cizích pěstounů (v případě zachování kladných rodinných vztahů);
- příbuzní pěstouni mají přehled o historii dítěte a další.

Mezi rizika příbuzenské péče lze zařadit:

- nastavení fungování rodiny příbuzných pěstounů může být velice podobné rodinnému prostředí, odkud bylo dítě odebráno;
- v případě napjatých až narušených vztahů mezi rodiči a příbuznými pěstouny, může být kontakt mezi dítětem a rodiči složitější z důvodů např. vyplouvání nevyřešených konfliktů a podobně;
- u některých pěstounů prarodičů může docházet až k vehementnímu bránění kontaktu mezi dítětem a rodičem;
- může se objevovat tendence snižování kompetencí rodičů před dítětem;
- pro příbuzné pěstouny může být složité nastavování hranic mezi nimi a dítětem (v podstatě změna vztahu) a další. (Pazlarová, 2016)

Děti u příbuzných ale nemusí být automaticky v pěstounské péči, mohou být umístěni na základě svěření do péče jiné fyzické osoby (tato forma ale není finančně podporována státem, napomáhá pouze právně ukotvit vztah mezi dítětem a příbuzným), případně může být využita i forma poručenství s osobní péčí poručníka (dle NOZ má poručník vůči dítěti všechny povinnosti a práva jako rodič, neplatí pro něj ale vyživovací povinnost). (Pazlarová, 2016)

1.2.5 Psychologická hlediska pěstounství

Potomka lze považovat za ztělesněnou podobu lásky, která určuje pokračování našeho života do budoucnosti. I když se porodnost snižuje a narůstá množství partnerů, kteří jsou ne/dobrovolně bezdětní, dítě se stále vyznačuje vysokou hodnotou. Často se děti z psychologického hlediska projevují jako náplň života, uspokojení citových potřeb, naplňují manželství či může být dítě přílivem nových podnětů pro rodinu. (Sychrová, 2015)

Kovařík (2004) se zmiňuje o tom, že mít dítě je něco, co nám dodává sociální postavení jako muže a ženy, že je to něco, co nás zhodnocuje. Vztah rodiče a dítěte naplňuje obě strany. Jedná se o vzájemné uspokojování psychických potřeb.

Pokud se ženy dozvědí, že samy mít děti nemohou, je to pro ně velmi frustrující. Cítí se opuštěné, sklíčené, nenaplněné. Muži v tomto případě projevují zklamání, nedostatečnost, frustraci a obávají se reakce jejich partnerek. Ačkoli již ženy nejsou poměřovány pouze podle toho, že vychovávají děti, děti stále zůstávají vysokou životní hodnotou.

Jak již bylo nastíněno, pěstounská péče by měla mít spíše charakter přechodný, ačkoli někdy může být dlouhodobá. Co tedy vede žadatele o pěstounskou péči o ni požádat? Motivací může být mnoho. Motivace k přijetí biologicky cizího dítěte do rodiny souvisí s otázkou hodnoty dítěte pro konkrétní pár či jednotlivce a s hodnotou dítěte ve společnosti. Každý jedinec si během svého života stanovuje svůj vlastní žebříček hodnot, které následně ovlivňují jeho rozhodování. (Sychrová, 2015)

Nejsilnější motivací bývá touha po dítěti. Proč se tedy lidé nerozhodnou pro adopci? Adopce bývá velmi zdlouhavá, na miminko se čeká řadu let. Děti k umístění v pěstounské péči je více, zájemců méně, proto je reálné, že žadatelé se k dítěti dostanou v kratším časovém horizontu. V tomto případě je nutné si ale uvědomit, že dítě je umisťováno v rámci pěstounské péče a ne osvojení proto, že není právně volné, to znamená, že v jeho životě stále figuruje biologická rodina. Pro někoho může být představa být už jen stýkání se s biologickou rodinou

dítěte nepředstavitelná a psychicky velmi náročná. I ta možnost, že dítě se jednou vrátí k původní rodině, je nutné zohlednit při žádání o pěstounskou péči.

Dalším motivem se může stát snaha pořídit svému dítěti sourozence. K tomuto motivu je nutné přistupovat tak, aby dítě v pěstounské péči pouze neplnilo roli společníka pro biologické dítě pěstounů. Takové dítě potřebuje především lásku, péči a pozornost ze strany pěstounů. Doporučuje se, aby dítě, které bude do rodiny umístěno, bylo mladší než nejmladší dítě v rodině. Pokud žadatele o pěstounskou péči žene tento motiv, určitě není vhodná pěstounská péče na přechodnou dobu. Časté střídání přijatých dětí do rodiny v rámci pěstounské péče na přechodnou dobu může ovlivnit pozici vlastních či již dříve přijatých dětí, také může negativně zapůsobit na atmosféru v rodině.

Častým stimulem se také může stát touha pomoci dítěti nebo udělat dobrý skutek. Je potřeba dopředu zvážit, zda se nejedná pouze o prvotní nadšení. Je třeba si uvědomit, že takové dítě má za sebou řadu negativních zážitků a zkušeností, což se někdy projevuje na jejich chování a celkovém vývoji. Někteří zájemci o pěstounskou péči mohou chtít zase zúročit své výchovatské dovednosti a to je přivede k pěstounské péči. Svě děti mají již například odrostlé, zařadily se do společnosti i života bez problémů a zájemci začnou pomýšlet na to, že ještě nechtějí mít prázdný domov bez dětí. Tento motiv je u náhradních rodičů velmi vítán. Nicméně je opět potřeba si uvědomit, že děti, které jsou umisťovány do pěstounské péče, jsou určitým způsobem poznamenány svou minulostí. Často se může stát, že takoví náhradní rodiče se následně musí zabírat problémy, které u svých dětí nezažili.

Před zvážením pěstounské péče je potřeba se také zamyslet nad tím, zda jako pěstoun má člověk dostatek fyzických a duševních sil na celou dobu, po kterou bude dítě jeho péči potřebovat. Zda je žadatel dostatečně empatický, velkorysý a schopný dítě přijmout i s jeho hranicemi, povahovými vlastnostmi, přístupem k životu. Zda je ochotný vzdát se svého stereotypu způsobu života, svého pohodlí a přizpůsobit chod celé rodiny potřebám přijatého dítěte. Zda je ochoten se plně nově přichozímu dítěti věnovat i za cenu omezení či ztráty profesního působení či zda jeho rozhodnutí přijmout dítě obстоjí i před případným nepochopením ze stran okolí, školy, přátel, ba dokonce i rodiny. (Bubleová, 2014)

1.2.6 Finanční zajištění pěstounů

Finanční podporu pěstounů zajišťuje stát na základě zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 401/2012 Sb. Na základě tohoto zákona jsou pěstounům vypláceny dávky pěstounské péče. Nárok na dávky vzniká svěřením dítěte do péče. Dávky vyplácí příslušná pobočka Úřadu

práce ČR po podání žádostí o dávky. Výše některých dávek byla od 1. 1. 2018 změněna. V případě společné pěstounské péči manželů náleží dávky po dohodě pouze jednomu z pěstounů. Pro potřeby výplaty dávek jsou používány termíny osoba pečující a osoba v evidenci (pěstoun na přechodnou dobu).

Dávkami pěstounské péče jsou:

- příspěvek na úhradu potřeb dítěte,
- odměna pěstouna,
- příspěvek při převzetí dítěte,
- příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla,
- příspěvek při ukončení pěstounské péče. (§47 e zákona 401/2012 Sb.)

A/ Příspěvek na úhradu potřeb dítěte

Nárok na tuto dávku má každé nezletilé nezaopatřené dítě, které je svěřeno do péče osoby pečující nebo osoby v evidenci. Nárok má i dítě, které dovršilo zletilosti, maximálně však do 26 let, jedná-li se o nezaopatřené dítě, které žije ve společné domácnosti s osobou, která byla do jeho zletilosti osobou pečující. V tomto případě si žádá o dávku dítě samo a je mu i vyplácena. Nárok na dávku zaniká v případě, že dítě pobírá důchod (např. sirotčí nebo invalidní), je-li tento důchod vyšší nebo roven příspěvku na úhradu potřeb dítěte. Je-li důchod nižší než tato dávka, náleží dítěti příspěvek v takové výši, který dorovnává výši dávky.

Výše příspěvku se řídí zákonem č. 401/2012 Sb., §47f, odst. 3 a 4, částky náleží dítěti v této výši za kalendářní měsíc:

- dítě do 6 let věku 4.950,- Kč,
- dítě od 6 do 12 let věku 6.105,- Kč,
- dítě od 12 do 18 let věku 6.985,- Kč,
- dítě od 18 do 26 let věku 7.260,- Kč.

Rozdílné částky náleží dítěti, které je dle zákona o sociálních službách osobou závislou, suma odpovídá stupni závislosti následovně.

- Dítě do 6 let věku -
 - o v prvním stupni závislosti 5.115,- Kč,
 - o v druhé stupni závislosti 6.105,- Kč,

- v třetím stupni závislosti 6.490,- Kč,
- ve čtvrtém stupni závislosti 7.040,- Kč.
- Dítě od 6 do 12 let věku -
 - v prvním stupni závislosti 6.215,- Kč,
 - v druhé stupni závislosti 7.480,- Kč,
 - v třetím stupni závislosti 7.975,- Kč,
 - ve čtvrtém stupni závislosti 8.635,- Kč.
- Dítě od 12 do 18 let věku -
 - v prvním stupni závislosti 7.095,- Kč,
 - v druhé stupni závislosti 8.580,- Kč,
 - v třetím stupni závislosti 9.130,- Kč,
 - ve čtvrtém stupni závislosti 9.570,- Kč.
- Dítě od 18 do 26 let věku –
 - v prvním stupni závislosti 7.425,- Kč,
 - v druhé stupni závislosti 8.910,- Kč,
 - v třetím stupni závislosti 9.460,- Kč,
 - ve čtvrtém stupni závislosti 9.900,- Kč.

B/ Odměna pěstouna

Odměna je projevem díků a uznání osobě, která pečuje o dítě svěřené do pěstounské péče. Jedná se o „mzdu“ za péči o dítě, které pěstoun přijímá do své rodiny. Z odměny se podobně jako ze mzdy odečítá záloha na daň a sociální a zdravotní pojištění. Uváděné částky mohou být v reálu poté podstatně nižší. (Dobrá rodina, o.p.s., online).

Nárok na odměnu pěstouna má osoba pečující a osoba v evidenci. Výše odměny za kalendářní měsíc činí:

- 12.000,- Kč, pokud je pečováno o 1 dítě,
- 18.000,- Kč, pokud je pečováno o 2 děti,
- 30.000,- Kč, pokud je pečováno alespoň o 3 děti nebo je-li pečováno alespoň o jedno dítě, které je osobou závislosti na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni dva až čtyři dle zákona o sociálních službách.
- 20.000,- Kč, jedná-li se o osobu v evidenci, a to i v případě, že nepečuje o žádné dítě. (§47j zákona č. 401/2012 Sb.)

C/ Příspěvek při převzetí dítěte

Nárok na tento příspěvek má osoba pečující, která převzala dítě do pěstounské péče. Pokud převezme do pěstounské péče totéž dítě vícekrát, náleží osobě pečující dávka pouze jednou. Příspěvek je vyplácen jednorázově. Výše příspěvku se různí dle věku dítěte následovně:

- do 6 let věku 8.000,- Kč,
- od 6 do 12 let 9.000,- Kč,
- od 12 do 18 let 10.000,- Kč. (§ 47l zákona č. 401/2012 Sb.)

D/ Příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla

Na příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla vzniká nárok v případě, že osoba pečující se stará v rámci pěstounské péče minimálně o 3 děti a zakoupila osobní vůz či zajistila jeho opravu, pokud toto vozidlo nepoužívá pro výdělečnou činnost. Výše příspěvku činí 70 % pořizovací ceny motorového vozidla nebo prokázaných výdajů na opravu, nejvýše ale 100.000,- Kč. Součet těchto příspěvků pro jednu osobu pečující nesmí v období posledních 10 kalendářních let přesáhnout 200.000,- Kč. Příspěvek může být osobě pečující poskytnut ještě před zakoupením vozidla, a to bezhotovostně. Použití finančních prostředků na nákup/opravu vozidla je osoba pečující povinna prokázat do 6 měsíců od jeho poskytnutí. V případě, že osoba pečující vozidlo do 5 let ode dne, kdy ji byl poskytnut tento příspěvek, prodá, daruje či začne využívat pro výdělečnou činnost, případně přestane vykonávat pěstounskou péči (pokud nejde o závažné zdravotní důvody), je povinna vrátit poměrnou část příspěvku. (§ 47m zákona č. 401/2012 Sb.)

E/ Příspěvek při ukončení pěstounské péče

Nárok na příspěvek má fyzická osoba, která byla ke dni dosažení zletilosti v pěstounské péči, a to ke dni zániku nároku této osoby na příspěvek na úhradu potřeb dítěte, viz odstavec o tomto příspěvku dříve. Výše jednorázového příspěvku je 25.000,- Kč a náleží osobě pouze jednou. (§ 47h zákona č. 401/2012 Sb.)

F/ Peněžitá pomoc v mateřství a rodičovský příspěvek

Posuzování nároku na peněžitou pomoc v mateřství vychází ze zákona č. 187/2006 Sb., O nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Nejedná se tedy o dávku pěstounské péče, ale pěstouni ji v určitých případech mohou pobírat. Pojištěnec, který převzal dítě

do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí, má nárok na peněžitou pomoc v mateřství (PPM), pokud splňuje další zákonem dané podmínky, hlavně dobu účasti na nemocenském pojištění alespoň 270 kalendářních dnů v posledních dvou letech před nástupem na PPM, u osob samostatně výdělečně činných se jedná o 180 kalendářních dní v posledním roce před nástupem na PPM. (Pazlarová, 2016)

Rodičovský příspěvek náleží pěstounům na základě zákona č. 200/2017 Sb. O státní sociálně podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Od roku 2018 prošla výplata rodičovského příspěvku pěstounům změnou, kdy pěstouni na přechodnou dobu o možnost pobírat rodičovský příspěvek přišli, klasičtí pěstouni na něj nárok mají a to až do 4 let věku dítěte. (§ 30a, odst. 3 zákona č. 200/2017 Sb., O státní sociální podpoře)

1.2.7 Sociálně-pedagogická síť pro pěstounské rodiny

V České republice převážně pěstouni dlouhodobě vyjadřují potřebu být spojeni v rámci podpůrné sítě. Svědčí o tom například množství neziskových organizací, které se zabývají problematikou náhradní rodinné péče (např. Dobrá rodina o.p.s, AMINA o.p.s., Asociace náhradních rodin ČR, z.s. nebo Centrum Generace, o.p.s.). Do podpůrné sítě patří ale nejen neziskové organizace, ale také pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dítěte, poradenská pracoviště, zdravotnické instituce, školy a další. Veškeré služby jsou spíše zaměřené na pěstounské rodiny, programy pro osvojitele jsou méně časté. (Sychrová, 2015)

Podpora, kterou pěstounské rodiny využívají, působí preventivně nebo řeší již vzniklé obtíže spojené s pěstounskou péčí. Může se jednat o sociální, ekonomickou, právní, psychologickou, zdravotnickou, ale také pedagogickou pomoc. Samotné pěstounské rodiny se chtějí častěji setkávat s dalšími rodinami ve stejné situaci, při schůzkách dochází ke sdílení zkušeností či pomoci při vzniklých situacích. Značnou část služeb v dnešní době zajišťuje orgán sociálně-právní ochrany dětí a postupně se rozvíjejí i další služby poskytované státními institucemi. Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí ale většinou nebyvají vzděláni v oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky a dalších věd, jejich poradenství proto spočívá spíše v sociálně-právní oblasti, což se ukazuje pro rodiče jako nedostatečné. Praxe ukazuje, že je podstatně účinnější, když jsou pěstouni na služby navázáni již od počátku jejich zájmu o pěstounskou péči. (Bubleová, 2014)

Pedagogické aktivity v rámci podpory pěstounských rodin jsou součástí nabízených služeb. Většinou je můžeme najít pod psychologickým poradenstvím. V neziskových organizacích zaměřených na náhradní rodinnou péči fungují pedagogové v menší míře, jejich důležitost

úloha ale stále častěji vyplývá na povrch. Za pedagogické lze brát například vzdělávací akce pro náhradní rodiny, programy rozvoje sociálních dovedností, poradenské činnosti v oblasti edukace, nabídky volnočasových aktivit, doučování dětí umístěných v pěstounských rodinách či další rozvojové aktivity pro náhradní rodiče a děti.

Pomoc a podpora pěstounům je zajištěna od roku 2013 formou dohody o výkonu pěstounské péče. Uzavírá ji dle zákona každý pěstoun nejčastěji s oddělením sociálně-právní ochrany dítěte, obecním úřadem, krajským úřadem nebo například pověřenou neziskovou organizací. Dohoda upravuje konkrétní práva a povinnosti pěstounů a jejich následnou realizaci. Tato dohoda obsahuje například právo na poradenskou činnost pro pěstouny či každoroční čtrnáctidenní respitní péči o dítě starší dvou let, ta zajišťuje pěstounům možnost regenerace a odpočinku. Z povinností můžeme zmínit nutnost spolupráce s orgánem SPOD, umožnění dohledu nad výkonem pěstounské péče nebo udržování a rozvoj vztahů s biologickými rodiči dítěte. Pěstoun je také povinen být minimálně jedenkrát za dva měsíce v kontaktu s pracovníkem instituce, která dohodu uzavřela. Dohody o výkonu pěstounské péče zajišťují formu doprovázení pěstounských rodin a jejich podporu. (Sychrová, 2015)

Podpůrné aktivity pro náhradní rodiny lze rozdělit do těchto skupin:

- odborná podpora (poradenství) – sociální, psychologické, pedagogické, sociálně-právní, ...;
- vzdělávání – rozvoj dovedností a kompetencí, přednášky, besedy;
- služby pro rodiny – pomoc při kontaktu s biologickou rodinou, podpora adaptace v rodině, řešení výchovných problémů, doučování;
- programy pro děti z náhradních rodin – programy rozvoje zdravé identity, podpora dětí při ukončení pěstounské péče zletilostí;
- volnočasové a aktivizační služby – tábory, relaxační pobyty, výtvarné díly;
- informační a koncepční činnost – vydávání časopisů, webové portály, výzkumy, depistáž nových náhradních rodičů;
- finanční podpora – například granty nadací. (Sychrová, 2015)

V pěstounských rodinách vyrůstají děti zdravé, ale také se lze setkat s dětmi se zdravotním postižením.

2 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami

S pojmem speciální vzdělávací potřeby se setkáváme v rámci zákona č. 80/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, a v rámci vyhlášky č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Dle Slovníku speciální pedagogiky (Valenta a kol., 2015, s. 149) je termín „*speciální vzdělávací potřeby*“ (anglicky special education needs, německy spezielle Bildungsbedürfnisse) pojmem školské legislativy, ale i praxe označující potřeby dětí, žáků a studentů, jimž je třeba poskytnout nezbytné úpravy ve vzdělávání spočívající například v používání specifických forem a metod, které odpovídají jejich vzdělávacím možnostem.

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění a užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“ (§ 16, odst. 1 zákona č. 82/2015 Sb.)

Dle § 16 odst. 2 zákona č. 82/2015 Sb., podpůrná opatření spočívají v:

- *poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení,*
- *úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,*
- *úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,*
- *použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů;*
- *úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,*
- *vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu;*
- *využití asistenta pedagoga;*

- *využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo*
- *poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.*

Výše uvedená podpůrná opatření se dělí do pěti stupňů podle organizační, finanční a pedagogické náročnosti a lze je mezi sebou různě kombinovat. Podpůrná opatření, kromě prvního stupně, lze uplatnit na základě doporučení školského poradenského zařízení. S využíváním podpůrných opatření musí dítě, žák nebo student, případně jeho zákonný zástupce, písemně souhlasit. (§ 16 odst. zákona č. 82/2015 Sb.)

V kontextu edukace jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami se lze mj. také setkat s pojmy:

- **vada, porucha** – dle Slowíka (2007, s. 26) se jedná o „*narušení (abnormalitu) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce*“, téměř shodně definuje poruchu Fischer a Škoda (2008, s. 19) „*jakákoli ztráta nebo abnormalita v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře nebo funkci*“, Valenta a kol. (2015, s. 139) k termínu porucha uvádí „*dlouhodobé či trvalé porušení funkce, procesu. Psychický nebo behaviorální syndrom či projev, který je spojen buď s nepříjemnými příznaky, nebo se zhoršením v jedné nebo více důležitých funkčních oblastech organismu.*“,
- **postižení** – „*znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.*“ (Slowík, 2007, s. 27)), dle Valenty a kol. (2015, s. 145) můžeme postižení definovat jako „*narušení běžné každodenní činnosti včetně osobní péče z důvodu tělesné či duševní poruchy.*“,
- **handicap (znevýhodnění)** – autoři se víceméně shodují v definicích handicapu. Dle Valenty a kol. (2015, s. 60) je handicap „*znevýhodnění jedince, jež omezuje či zamezuje výkon jeho běžných rolí v životě a které má sociokulturní rozměr a je takto společensky ovlivnitelné*“, Fischer a Škoda (2008, s. 19) uvádějí, že handicap lze vymezit jako „*nepříznivý stav nebo situace pro daného jedince vyplývající z poruchy či vady, který omezuje nebo znemožňuje plnění úloh, ztěžuje*

jeho uplatnění v porovnání s většinovou populací, ztěžuje dosahování běžných společenských cílů“, Slowík (2007, s. 27) říká, že handicap se projevuje jako „omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální“.

Slowík (2007, s. 27) uvádí, že z výše uvedeného vyplývá:

vady, poruchy → postižení → handicap (znevýhodnění)

Speciální vzdělávací potřeby jsou zjišťovány ve školských poradenských zařízeních, to znamená v pedagogicko-psychologických poradnách, speciálně pedagogických centrech či střediscích výchovné péče. (Valenta a kol., 2015)

S ohledem na strukturu výzkumného vzorku ve výzkumu realizovanému v rámci prakticky orientované části této diplomové práce, jsou níže uvedena specifika jednotlivých typů zdravotních postižení.

2.1 Mentální retardace

Jednu z nejpočetnějších skupin mezi lidmi se zdravotním postižením tvoří jedinci s mentální retardací. Speciálně pedagogická disciplína zabývající se edukací osob s mentálním postižením se nazývá psychopedie. Pojem mentální retardace vznikl z latinského slova „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovným překladem bychom došli k pojmu „*opoždění mysli*“, což je ale velmi nepřesné, neboť mentální retardace postihuje nejenom mentální schopnosti, ale i celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. (Slowík, 2007) Definice pojmu mentální retardace se v české i zahraniční literatuře liší. Bazalová (in Pipeková, 2006) označuje mentální retardaci jako stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo časně získaný (do dvou let věku dítěte). Valenta a kol. (2012) tvrdí, že mentální retardace je vývojová porucha rozumových schopností, která je demonstrována především sníženými kognitivními, řečovými, pohybovými a sociálními schopnostmi. MKN-10 (Valenta a kol., 2012, s. 32) charakterizuje mentální retardaci jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopnosti projevujících se v průběhu vývoje a podílející ses na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout*

s jakoukoli jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich...". Na vzniku mentální retardace se nepodílí pouze jeden činitel, nemá tedy jednotnou příčinu a většinou vzniká současně z vrozených faktorů a faktorů týkajících se okolního prostředí. (Dlouhá a kol., 2011)

V případě mentální retardace se vždy jedná o těžké poškození mozku. Etiologie mentální retardace lze rozlišit na vnější a vnitřní faktory.

Faktory vnější (teratogenní)

Tyto faktory působí prostřednictvím organismu matky a negativně ovlivňují prenatální vývoj jedince, mohou být příčinou mentální retardace. Jde o faktory:

- fyzikální – nedostatek kyslíku, mechanické poškození plodu při porodu, apod.;
- chemické – užívání alkoholu, drog, léků, ... matkou v těhotenství;
- biologické – virové a mikrobiální. (Vágnerová, 2008)

Faktory vnitřní (genetické)

Vznikají na základě poruchy struktury nebo funkce genetického aparátu. Často se jedná o syndrom, jehož příznakem je mentální retardace. Rozlišujeme poruchy vzniklé na bázi:

- odlišného počtu nebo struktury autozomů – například syndrom kočičího křiku nebo Downův syndrom;
- odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů – například Klinefelterův syndrom (XXY);
- onemocnění způsobeného genovou poruchou – například poškození mozku patologickými metabolity;
- polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje – nízký počet funkčních genů, které jsou potřebné k rozvoji mentálních schopností. (Vágnerová, 2008)

Na základě posouzení struktury inteligence a adaptability je určen stupeň mentální retardace, tj. kvantita úbytku daných kompetencí. Klasifikačním kritériem úrovně mentální kapacity je naměřená hodnota inteligenčního kvocientu (IQ), který se porovnává s normou. (Valenta a kol., 2012) Ke klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Mentální retardace je řazena mezi duševní poruchy a poruchy chování, označovaná písmenem F (duševní poruchy). První číslo 7 určuje druh duševní poruchy, tedy mentální

retardaci, druhé číslo pak označuje její stupeň, který je dán hodnotou inteligenčního kvocientu:

- F70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69);
- F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49);
- F72 Těžká mentální retardace (IQ 20-34);
- F73 Hluboká mentální retardace (IQ 0-19).

Dále je ještě uváděna:

- F78 Jiná mentální retardace;
- F79 Neurčená mentální retardace.

Specifika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Níže jsou blíže specifikovány pouze ty stupně mentálního postižení, se kterými se lze setkat v pěstounských rodinách tvořících výzkumný vzorek.

Lehká mentální retardace (IQ 50-69, F70)

Lehká mentální retardace se projevuje obtížemi v učení, objevují se specifické problémy se čtením a psaním. Jedinec není schopen myslet abstraktně, chybí konkrétní mechanické myšlení, má malou slovní zásobu, projevuje se opožděný vývoj řeči s přidruženými vadami řeči, objevuje se malá zvědavost. Paměť je oslabena, jemná a hrubá motorika je lehce opožděná. Dospělý jedinec je schopný pracovat a udržuje sociální vztahy. (Valenta, Müller, 2009)

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49, F71)

Projevuje se značně opožděným vývojem v dětství, přesto je ale většina osob schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti. Rozvoj myšlení je výrazně opožděn, verbální projevy jsou chudé, vyskytují se agramatismy a špatná artikulace, rozvoj jemné a hrubé motoriky je zpomalený. Jedinec může dosáhnout přiměřeného vzdělání, v dospělosti potřebuje různou míru podpory pro zvládání života a práce v prostředí běžné společnosti, většinou je ale potřeba trvalého dohledu. (Valenta, Müller, 2009)

2.2 Sluchové postižení

Pokud bychom jako slyšící ztratili sluch, přišli bychom okamžitě o 60 % z běžně dostupných informací. V mezilidské komunikaci je sluch jedním z nezastupitelných smyslů, uchem totiž přijímáme zvukové podněty neustále, i ve spánku. Pomocí sluchu se bezpečně orientujeme v okolí, v případě jeho ztráty jsme odkázáni pouze na naše zorné pole. U člověka je sluch důležitý i z důvodu normálního vývoje řeči. (Škodová, Jedlička, 2003) Speciálně-pedagogická disciplína zabývající se edukací osob se sluchovým postižením se nazývá surdopedie, název vznikl z latinského „surdus“ (hluchý) a paideia (výchova). Do roku 1983 byla součástí logopedie. (Horáková in Pipeková, 2006)

Hrubý (1999) spatřuje rozdíl mezi vadou a poruchou sluchu. Za vadu pokládá trvalé poškození sluchu, které nemá tendenci ke zlepšování se. Poruchu vidí ve stavu přechodného zhoršení sluchu na základě například onemocnění či změny sluchového orgánu. Poruchu lze léčit a po jejím ústupu se sluch vrací víceméně do normy. Dle Hrubého (1997) lze sluchové postižení interpretovat ze dvou hledisek:

- medicínské hledisko: bere v potaz, že každá porucha funkce sluchového orgánu se hodnotí jako sluchové postižení;
- sociokulturní hledisko: velká část z neslyšících nechce být zařazována mezi sluchově postižené, cítí se jako součást vlastní menšiny, která využívá vlastní jazyk – jazyk znakový.

Klasifikace sluchových vad

Sluchové vady můžeme klasifikovat dle následujících hledisek

- místo vzniku postižení,
- období vzniku postižení,
- stupeň sluchového postižení. (Horáková in Pipeková, 2006)

Dělení sluchových vad dle místa vzniku postižení (Šlapák, Floriánová, 1999)

Sluchové vady lze rozdělit podle místa vzniku na:

- Periferní nedoslýchavost či hluchota
 - o vady převodní – postižena je mechanická část sluchového orgánu v oblasti zevního zvukovodu nebo středního ucha, sluchové buňky jsou v pořádku,

ale nejsou stimulovány zvukem. Příčinou je každá překážka, která brání proniknutí zvuku k citlivým smyslovým buňkám (např. zvětšená nosní mandle).

- Vady percepční – k postižení dochází ve vnitřním uchu, u sluchových buněk či sluchových nervů, jedná se tedy o postižení elektrické části sluchového orgánu. Těchto vad je mnohem více a jsou závažnější než vady převodní.
- Vady smíšené – kombinace převodního a percepčního typu vady.
- Centrální nedoslýchavost či hluchota
 - Jedná se o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku, komplikované defekty způsobené různými procesy.

Dělení dle období vzniku postižení (Horáková, 2012)

Podle období vzniku jsou sluchové vady:

- Vrozené vady sluchu
 - Geneticky podmíněné
 - Kongenitálně získané
 - Prenatální: onemocnění matky v průběhu těhotenství, rentgenové záření
 - Perinatální: protahovaný porod, poporodní žloutenka, Rh inkompatibilita, nízká porodní hmotnost dítěte
- Získané vady sluchu
 - Prelingvální (získané před fixací řeči) – vady vzniklé před zahájením vývoje řeči
 - Postlingvální (získané po fixaci řeči) – vady vzniklé u osob s již rozvinutou řečí

Dělení sluchových vad dle stupně

Stupeň vady se určuje z hlediska kvantity měřené v dB, Světová zdravotnická organizace (WHO, 2001) stanovila následující škálu sluchových poruch.

Velikost ztráty sluchu:

- 0 – 25 dB – normální sluch,

- 26 – 40 dB – lehké poškození sluchu,
- 41 – 60 dB – střední poškození sluchu,
- 61 – 80 dB – těžké poškození sluchu;
- 81 dB a více – velmi těžké poškození sluchu až hluchota.

Jiné posouzení dle Lejsky (2003, s. 36) na základě posouzení výsledků audiometrie podle ztráty v decibelech:

- 0 d– 20 dB – normální stav sluchu;
- 20 – 40 dB – lehká nedoslýchavost;
- 40 – 60 dB – středně těžká nedoslýchavost;
- 60 – 80 dB – těžká nedoslýchavost;
- 80 – 90 dB – velmi těžká nedoslýchavost;
- 90 dB a více – praktická hluchota;
- bez audiometrické odpovědi – totální hluchota.

Sluchové postižení ovlivňuje život jedince mnohem výrazněji, než by se mohlo na první pohled zdát, vytváří:

- komunikační bariéru – narušený vývoj řeči, zhoršená schopnost porozumění si s ostatními;
- deficit v orientačních schopnostech – člověk nemůže doplňovat sluchem zrakovou orientaci;
- psychickou zátěž – „zajetí“ ve světě ticha;
- omezení sítě sociálních vztahů – s ohledem na problémy v komunikaci;
- negativní vliv na vývoj myšlení, které vychází z řeči. (Slowík, 2007)

S ohledem na velikost sluchové ztráty se u jedinců se sluchovým postižením objevují různé obtíže:

Tab. 1 – specifické projevy osob se sluchovým postižením v závislosti na sluchové ztrátě (Potměšil in Michalík, 2011)

Velikost sluchové ztráty	Projevy
Lehké sluchové ztráty	- občasné obtíže ve sledování konverzace, nepřiměřené a nezralé projevy chování, rozdíly ve střídání pozornosti a únavy,
Sluchové ztráty 26 – 40 dB	- zdánlivé stavy denního snění nebo nepozornosti z důvodu zvýšené sluchové námahy, ztráta schopnosti selektivního slyšení, nedostatečná interakce s vrstevníky,
Sluchové ztráty 41 – 55 dB	- významné narušení komunikačního procesu, problémy v socializaci se slyšícími vrstevníky, neustálé využívání kompenzačních pomůcek, obtíže v hlučném prostředí, vysoká míra únavy,
Sluchové ztráty 56 – 70 dB	- výrazné narušení komunikačního procesu, závažné problémy v socializaci, zátěž způsobená technickými pomůckami, nedostatečná úroveň sociální vyzrálosti,
Sluchové ztráty 71 – 90 dB	- nevyhovující úroveň komunikačních kompetencí, závislost na technických kompenzačních pomůckách, preference sluchově postižených osob v okolí, vyšší míra sociální izolace z pohledu integrace,
Sluchové ztráty nad 91 dB	- komunikační preference jsou limitující pro výběr sociálního prostředí a navazování vztahů, v orální oblasti zásadní nedostatečnost, závislost na kompenzační technice, sociální kontakty udržovány spíše mezi neslyšícími.

Potměšil (2011) výše prezentovaný přehled doplňuje o osoby s jednostrannou sluchovou vadou, které se projevují ztrátou iniciativy a aktivity, známkami frustrace, nevhodným či nezralým chováním, problémy v interakci skrze neúměrnou námahu.

V důsledku sluchového postižení vzniká komunikační a informační bariéra, která s sebou přináší závažné komunikační, psychické a sociální důsledky. Komunikační schopnosti jsou přímo úměrné stupni a typu sluchové vady, doby jejího vzniku a ne/přítomnosti dalších

postižení. Největším rizikem sluchového postižení je jeho neviditelnost, která se dále projevuje například nevhodným společenským chováním. (Vítová, 2014)

2.3 Zrakové postižení

Zrak je bez nadsázky jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Využíváme ho jako primární smysl při získávání až 90 % všech informací. Jakékoli zrakové postižení znatelně ztěžuje především orientaci, ale také psychickou integritu a sociální existenci člověka. (Slowík, 2007) Stejně tak Růžičková (2014) uvádí, že omezení či ztráta zraku způsobuje člověku smyslovou deprivaci, která dále způsobuje potíže ve vykonávaných aktivitách, poznávání, chápání, ale i prožívání.

Pojmosloví zabývající se problematikou zrakového postižení je velmi nejednotné. Můžeme se setkat jak s termínem tyflopédie, tak i oftalmopédie.

Klasifikace zrakových vad

Postižení zraku lze rozdělovat dle mnoha různých kritérií. Mezi nejčastější patří doba vzniku postižení, příčina jeho vzniku, prognóza, druh zrakového postižení a stupeň zachování zrakového potenciálu. (Růžičková, 2011)

Tab. 2 - Klasifikace zrakových vad (Slowík, 2007, s. 61)

Podle postižených zrakových funkcí	- snížení zrakové ostrosti, - omezení zorného pole, - poruchy barvocitu, - poruchy akomodace, - poruchy zrakové adaptace, - poruchy okohybné aktivity, - poruchy hloubkového vidění.
Podle stupně zrakového postižení	- slabozrakost, - zbytky zraku, - nevidomost.
Podle doby vzniku	- vrozené, - získané.
Podle etiologie	- orgánové, - funkční.

Tab. 3 – Klasifikace zrakového postižení dle WHO (www.sons.cz)

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

Příčinou zrakového postižení může být vada nebo porucha v jakékoli části zrakového ústrojí – v oblasti receptoru, nervových drah nebo přímo ve zrakovém centru v mozku. Etiologicky lze příčiny zrakového postižení rozdělit dle vlivů prenatálních, perinatálních a postnatálních, další skupinou jsou vady získané v průběhu života. Prenatální vlivy zahrnují hlavně dědičnost a také působení různých teratogenů (vnějších činitelů) v průběhu těhotenství, při porodu či v časném období po něm (např. retinopatie nedonošených). U vad získaných se často jedná o důsledek celkových chorob, například revmatická onemocnění, angíny, tuberkulózy. Zrak se také horší v souvislosti s diabetem (diabetická retinopatie). V souvislosti s věkem můžeme zaznamenat pokles zrakové ostrosti, jehož příčinou bývá skleróza oční čočky. Samozřejmě může zrakové postižení jedince být zapříčiněno i úrazem. Některé vady bývají progresivní, dochází při nich k postupnému zhoršování stavu s možností úplné ztráty zraku. (Nováková in Pipeková, 2006)

Co se týče specifík zrakově postižených osob, ta se manifestují v návaznosti na období vzniku zrakové vady. Zrak poskytuje nejvíce autentické vjemy předmětů, ačkoli není jediným

smyslem, který lze k získání vjemů využít. Výpadek zrakového vnímání proto musí člověk nahrazovat kompenzačními smysly – nejvíce sluchem a hmatem, přičemž tyto smysly si člověk musí vycvičit. Důležité je klást důraz i na využívání zbytků zraku (formou zrakové stimulace či nebo reedukace zraku). Myšlení zrakově postižených osob se výrazně neliší od vidících, výrazné rozdíly jsou znát častěji u zcela nevidomých. Může se u nich například projevit tzv. „verbalismus nevidomých“, kdy nevidomí používají slova a pojmy, u nichž zcela přesně neznají jejich obsah. Těžce zrakově postižení významně využívají své paměti, která bývá lépe rozvinuta na základě dané životní situace. U dětí s těžkým zrakovým postižením dochází k opoždění psychomotorického vývoje či přeskočení určitých vývojových fází. Důležitý je pro zrakově postižené nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu. V oblasti socializace můžeme pozorovat ztrátu možnosti učení nápodobou, nedostatek vizuálního kontaktu v komunikaci, neschopnost vnímat nonverbální komunikační signály, jedinci mají potíže při běžných sociálních situacích (např. připojení se k rozhovoru, nakupování, vstup do místnosti), omezené schopnosti orientace v prostředí mohou vést k větší závislosti na druhých. Velice důležitou roli pro přijetí vady hraje postoj rodiny. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

2.4 Tělesné postižení

Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, ale i poškození nebo poruchy nervového ústrojí (pokud s sebou nesou poruchu hybnosti), včetně vrozených i získaných deformací tvarů těla a končetin. (Ludíková, 2005) Za tělesné postižení jsou považovány „*přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.*“ (Renotiérová, 2002, s. 29)

Mezi hlavní znaky tělesného postižení patří celkové nebo částečné omezení hybnosti, kdy se může jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. V případě prvotního postižení se jedná primárně o postižení hybného ústrojí či centrální nebo periferní nervové soustavy, u druhotného je hybnost omezena z jiných příčin, přičemž centrální i periferní nervová soustava hybného ústrojí není žádným způsobem pozměněna. (Vítková, 2006) Tělesné postižení souvisí s omezenou hybností. Hybnost (motorika) označuje souhrn veškerých pohybů lidského těla a celkovou pohybovou schopnost organismu. Umožňuje člověku pracovní výkon a pohyb těla v prostoru, přičemž pohyb je řízený z motorických center mozku. (Renotiérová, 2002)

Klasifikace tělesného postižení

Tab. 4 – Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení (Slowík, 2007, s. 99)

Podle typu	- postižení hybnosti; - dlouhodobá onemocnění; - zdravotní oslabení.
Podle doby vzniku	- vrozená (např. DMO, rozštěpy páteře, patra, rtu, ...); - získaná (např. úrazy, amputace, následky onemocnění – myopatie atd.).
Podle etiologie	- tělesné odchylky a oslabení (luxace kloubů, ...); - tělesné vývojové vady (rozštěpy, vady končetin, atd.); - úrazy; - následky nemocí (encefalitidy, žloutenky, boreliózy, nádorové onemocnění atd.); - dětská mozková obrna (spastické i nespastické formy); - dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (astma, ekzémy, onkologická onemocnění, epilepsie atd.).

Důsledky tělesného postižení jsou vždy jak pro jedince, tak pro společnost značné. Determinanty, které ovlivňují kvalitu života osob s postižením, můžeme rozlišit na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní činitele patří například osobnostní rysy jedince dané genetickými dispozicemi, které jsou dále ovlivňovány prostředím, vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu handicapu, schopnost zvládat nepříznivou životní situaci. Za objektivní činitele pokládáme například výskyt populace lidí s postižením, sociální politiku a sociální služby, rovné příležitosti, zdravotní péči včetně dostupné rehabilitace, politiku zaměstnanosti, politickou a hodnotovou orientaci společnosti, postoje k lidem s postižením, stigma či předsudky. (Novosad, 2011)

Významným problémem bývá u lidí s tělesným postižením omezená mobilita. Mnozí jedinci s tělesným postižením pocítují velký rozpor mezi naprostou fyzickou závislostí na péči druhých lidí a vlastní psychickou nezávislostí. (Vágnerová, 2004) Osoby s tělesným postižením specifikuje – ztížení či ztráta schopnosti pohybu, problematická koordinace pohybů, pohybové stereotypy, používání kompenzačních pohybů, individuálně zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních, na pomoci, nutnost respektování zdravotních opatření včetně léčebné rehabilitace, ohrožení citovou a informační deprivací, různě závažné obtíže při zvládání procesu osamostatňování, možné poruchy sebepojetí, dle druhu tělesného postižení komunikační bariéry (např. z důvodu narušené funkce sluchu), nezkušenost v mezilidských vztazích, oslabená vůle a další. (Novosad, 2011)

2.5 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost se nejčastěji týká vad a poruch řeči, definuji nejprve termíny jazyk, řeč a mluva.

Jazyk označuje souhrn sdělovacích prostředků používaných ve společenské skupině. Řečí rozumíme schopnost užívat verbální a nonverbální jazykové prostředky v komunikaci a interakci. Mluva je poté způsob používání řeči, včetně emocionálního zabarvení. Narušená komunikační schopnost se netýká pouze mluvené řeči, avšak ta je nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem ve společnosti, ale zahrnuje i její grafickou formu, mimoverbální prostředky nebo netradiční komunikační kanály. (Slowík, 2007)

Klasifikace narušení komunikační schopnosti (Lechta in Škodová, Jedlička, 2003) založená na symptomatologii projevů jednotlivých vad řeči:

- vývojová nemluvnost;
 - o vývojová dysfázie – porucha centrálního charakteru, těžká porucha vývoje řečových funkcí.
- získaná orgánová nemluvnost
 - o afázie – centrální porucha řeči, ztráta porozumění či vyjadřování řeči.
- získaná psychogenní nemluvnost
 - o mutismus – neurotická a psychotická porucha, ztráta schopnosti artikulace řeči
- narušení zvuku řeči;

- rinolalie (huhňavost) – patologicky změněná nosovost, snížená nebo zvýšená nazalita v mluvené řeči
- palatolalie – poruchy rezonance, artikulace, nonverbálního chování na základě rozštěpu v obličejové části (rtu, měkkého nebo tvrdého patra)
- narušení fluence řeči
 - balbuties (koktavost) – jedna z nejtěžších a nejnapadnějších druhů narušené komunikační schopnosti, porucha fonačních, dýchacích i artikulačních pohybů
 - tumultus sermonis (breptavost) – porucha tempa mluvy, nadměrně zrychlené tempo řeči až do úrovně nesrozumitelnosti sdělení.
- narušení článkování řeči
 - dyslalie (patlavost) – porucha artikulace, neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikaci (např. hláska L – lambdacizmus, hláska R – rotacizmus, hláska Ř – rotacizmus bohemicus a další), nejčastěji rozšířená v populaci.
 - dysartrie – porucha procesu artikulace řeči při organickém poškození CNS, je narušena i respirace, fonace, zvuk řeči.
- narušení grafické stránky řeči – specifické poruchy učení
- symptomatické poruchy řeči – porucha řeči je symptomem jiného dominantního postižení, onemocnění nebo poruchy (např. při mentálním postižení).
- poruchy hlasu – patologické změny individuální struktury hlasu
 - organicky podmíněné – úrazy, obrny, nádory
 - funkční – přemáhání, nesprávné užívání hlasu
 - psychogenní – hlasové neurózy
- kombinované vady a poruchy řeči. (Klenková in Pipeková, 2006)

Komunikační schopnost může být narušena z mnoha různých důvodů. Často se vyskytuje v souvislosti s nezralostí (opožděným vývojem), také v rámci organického poškození centrální nervové soustavy. Komunikační schopnost bývá narušena důsledkem sluchového postižení, další vývoj řeči závisí na kompenzaci sluchové vady. Poškození mluvidel zapříčiňuje komunikační obtíže, projevují se ale většinou jen v oblasti výslovnosti, ne v oblasti obsahového sdělení. Svou roli hrají i psychické faktory, přičemž narušená komunikační schopnost je druhotný projev psychických obtíží a reedukace komunikační schopností bez zaměření se na psychický problém by nebyla efektivní. (Slowík, 2007)

Poruchy řeči a jazyka mohou vést, dle jejich typu, až k narušení kognitivních funkcí a socializace. Nedostatky v porozumění řeči a aktivním orálním projevu mohou ovlivňovat rozvoj poznávacích procesů a omezují jejich uplatnění. Jedinci se dostává méně smysluplných verbálních podnětů, které ho informují a přispívají tak k jeho rozvoji znalostí a schopnosti. Jedinec s poruchou řeči často působí jako jedinec s nižší úrovní vzdělanosti. Narušená komunikační schopnost souvisí i se specifickými poruchami učení (dyslexií a dysortografií). Poruchy řeči se projevují v narušení celkové sociální adaptace, může být narušen vývoj sociálních dovedností, hlavně pokud souvisí s komunikací. Jedinci obtížně odpovídajícím způsobem vyjadřují vlastní pocity a přání, a tím prožívají frustraci a komunikace se stává jejich stresem. Jako u všech postižení je důležité sebehodnocení a subjektivní vnímání poruchy řeči. Jakékoli narušení komunikační schopnosti je sociálně nápadným postižením, které nelze schovat. Narušení řeči může vyvolávat negativní emoce, a tím dochází ke zhoršení sebehodnocení, snížení důvěry sám v sebe a naopak ke stimulaci různých obranných reakcí. Postižený jedinec proto může veškerou orální komunikaci omezit s vidinou eliminace všech projevů, kterými by na sebe mohl negativně upozornit. Postižení řeči proto může vést až k sociální izolaci. (Vágnerová, 2008)

2.6 Poruchy autistického spektra (PAS)

Autismus je považován za pervazivní (neprostupující, všepřonikající) vývojovou poruchu. Jedná se o postižení hluboké, projevuje se především v oblasti komunikace, sociálního chování a vnímání. (Opatřilová in Pipeková, 2006)

Opatřilová (2006) charakterizuje poruchy autistického spektra u jedinců triádou příznaků, a to:

- Neschopnost vzájemné společenské interakce – brání se adaptaci na prostředí, ve kterém žije. Toto prostředí pro ně znamená chaos, proto si raději vytvářejí vlastní svět s vlastními pravidly.
- Neschopnost komunikace – kvalita komunikace je narušena, dítě s PAS často nemluví, pokud ano, není schopno konverzace. Chybí oční kontakt, emoční reakce. Dítě často bývá extrémně pohrouženo samo do sebe, neprojevuje zájem o své okolí, nemazlí se.
- Omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit – dítě nezvládá jakékoli změny, upíná se na neobvyklé předměty, trvá na vykonávání rutin.

Sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s poruchou autistického spektra v hlubokém deficitu. Sociální chování má dva protipóly, oba extrémní. Jeden pól Thorová (2006) označuje jako osamělý, kdy se člověk při snaze o sociální kontakt odvrací, nevyhledává ho, schovává se, hučí, zakrývá si oči či uši. Druhým protikladem jsou nepřiměřené sociální aktivity, kdy se člověk snaží kontakt navázat všude a se všemi, dotýká se lidí, upřeně na ně zírá, kontaktem až obtěžuje. Odlišná je i míra poruchy u lidí s PAS. Většina dětí s PAS o sociální kontakt stojí, za jejich odtažitostí stojí strach a nejistota. Porucha komunikace je primárně typickým znakem poruchy autistického spektra. Často je opožděný vývoj řeči to první, čeho si rodiče u dítěte všimnou. Porucha komunikace se projevuje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování, verbální i neverbální. Řeč ale nemusí být poškozena. (Thorová, 2006)

Obvykle se vyskytují neběžné smyslové reakce. Autismus doprovází problémové chování, vztek, agrese, sebepoškozování. Člověk s autismem nezvládá správně vyhodnocovat senzorické a jazykové informace, objevují se problémy ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a také si obtížně osvojuje běžné sociální dovednosti. (Opatřilová in Pipeková, 2006)

Autismus často bývá nakombinován s jinými psychickými či fyzickými poruchami či handicapem (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, genetické podmíněné vady atd.). Přidružuje se i problematické chování. Někteří lidé s autismem nemají výrazné problémy, u jiných pozorujeme auto/agresivní chování, často se k autismu připojuje i hyperaktivita, neschopnost soustředění nebo naopak výrazná pasivita. (Fischer, Škoda, 2008)

Stupeň závažnosti poruch bývá různorodý, symptomy se liší v četnosti a síle projevu, některé se nemusí projevovat vůbec. Projevy autismu se mění s věkem, různě se objevují a zase mizí. Jednotlivé typy autismu se různě překrývají, někdy je velice složité jednoznačně druh autismu diagnostikovat. (Thorová, 2006)

Jedinci s PAS se ve svých projevech odlišují, avšak mají i některé společné rysy dané konkrétní diagnózou. Lze rozlišit:

- Dětský autismus – z historického hlediska klasická varianta poruchy, stupeň poruchy bývá různý od mírné formy až po těžkou. Problémy se projevují v každé části diagnostické triády.
- Atypický autismus – diagnostická triáda není kompletní, kritéria jsou splněna pouze částečně.

- Aspergerův syndrom – různorodý syndrom, jehož symptomy postupně přechází do normy. Intelekt bývá úměrný normě, průměrné řečové schopnosti, obtížné chápání společenského chování, snížená adaptabilita.
- Dětská dezintegrační porucha – kolem třetího až čtvrtého roku života nastane v klasickém vývoji regres a nástup mentální retardace, autismu. Projevuje se emoční labilita, vztek, potíže se spánkem, hyperaktivita, dráždivost, porucha má velký dopad na kognitivní funkce.
- Jiné pervazivní vývojové poruchy – nejsou splněna klasická kritéria autismu, ani atypického autismu, přesto se ale vyskytují problémy v komunikaci, sociální interakci, hře. Symptomy jsou různorodé.
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- Rettův syndrom – neurologické postižení, pervazivně dopadá na somatické, motorické i psychické funkce. Dochází ke ztrátě kognitivních schopností, poruše koordinace pohybů a ztrátě účelných schopností rukou. Výskyt je zaznamenán pouze u dívek. (Thorová, 2006)

Prognóza léčebného úspěchu u lidí s PAS není příliš příznivá. K úplnému vyléčení v 98 % případech nedochází. Na druhou stranu speciální přístup dokáže eliminovat problematické chování a lze zaznamenat kvalitativní zlepšení kognitivních funkcí, zvýšení samostatnosti i adaptability. (Fischer, Škoda, 2008)

2.7 Specifické poruchy učení

Poruchy učení jsou nejčastějším druhem znevýhodnění, které dítě řadí do kategorie žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Samotné poruchy učení nejsou spojeny s viditelným stigmatizujícím vzhledem či chováním a v minulosti se velice těžko rozpoznávaly. (Slowík, 2007)

Vzhledem k celosvětové, tedy i české, terminologické nejednotnosti je definování specifických poruch učení velice problematické. (Vitásková in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006) V zahraničních zdrojích se mluví o learning disability, specific learning difficulties, ve francouzštině dyslexie či v německy mluvících zemích Legasthenie či Kalkulasthenie. (Zelinková, 2003) Setkáváme se s označením vývojové poruchy učení, specifické poruchy učení, specifické vývojové poruchy školních dovedností. (Pokorná, 2010) Termín specifické poruchy učení můžeme definovat jako „heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při

osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy.“(Zelinková, 2003, s. 10) Slowík (2007, s. 124) uvádí, že „*pojmem poruchy učení je souhrnným označením různorodých skupin poruch, které se projevují nejčastěji obtížemi při nabývání a užívání zejména tzv. školních dovedností (čtení, psaní, počítání, atd.) u jedinců s alespoň průměrnou úrovní intelektu.*“

Poruchy se projevují i v dalších oblastech, nejen v té nejvýrazněji zasažené. Objevují se ve větší či menší míře i poruchy řeči, obtíže se soustředěním, poruchy orientace, často nedostatečná úroveň zrakového a sluchového vnímání a další obtíže. (Zelinková, 2003)

Kategorie specifických poruch učení

Dle MKN-10, F81, hovoříme o následujících typech specifických vývojových poruch školních dovedností, které spadají do kategorie poruch psychického vývoje:

- F81 – specifické vývojové poruchy školních dovedností -
 - F81.0 – specifická porucha čtení,
 - F81.1 – specifická porucha psaní,
 - F81.2 – specifická porucha počítání,
 - F81.3 – smíšená porucha školních dovedností,
 - F81.8 – jiné poruchy školních dovedností,
 - F81.9 – vývojové poruchy školních dovedností nespecifikované.

Nejznámější a nejčastěji používaná je ale klasifikace vytvořená na symptomatickém podkladě - na základě projevů při osvojování si čtení, psaní a dalších školních dovedností. Terminologie postižených školních dovedností je odvozena z řeckých pojmů s předponou dys-, která vyjadřuje narušení nebo odchylku od normy. Dle tohoto dělení lze rozpoznat tyto poruchy učení:

Tab. 5 – Klasifikace poruch učení dle postižených školních dovedností (Slowík, 2007, s. 127)

Dyslexie	- Specifická porucha čtení, jedinec se při ní potýká s problémy s rozpoznáváním a zapamatováním jednotlivých písmen, rozlišováním písmen tvarově podobných, má potíže s rychlostí a správností čtení, také s porozuměním čteného textu, objevuje se tzv. dvojí čtení (tiché předčítání slova před jeho vyslovením nahlas).
Dysgrafie	- Specifická porucha psaní, postihuje písemný projev, bývá nečitelný a neuspořádaný, jedinec si špatně pamatuje tvary písmen a zaměňuje je, píše pomalu a s námahou.
Dysortografie	- Specifická porucha pravopisu, specifické chyby v pravopisu, často se vyskytuje v kombinaci s dyslexií a agraphií.
Dyspraxie	- Specifická porucha obratnosti, projevuje se při činnostech náročných na pohybovou rychlost a koordinaci (hry, sporty, manuální činnosti).
Dysmúzie	- Specifická porucha vnímání a reprodukce hudby, problémy s rozlišováním tónů, nepamatuje si melodie, problémy s rytmem.
Dyskalkulie	- Specifická porucha matematických schopností, postihuje operace s čísly, matematické představy, prostorové představy a další.
Dyspinxie	- Specifická porucha kreslení, nízká úroveň kresby, potíže s kombinováním barev.

Specifické poruchy učení se projevují různými symptomy, typické obtíže jsou dány pro typ poruchy učení. Druhy specifických poruch učení se různě prolínají. Dále se ale objevují nespecifické symptomy, které se mohou vyskytovat i u jiných poruch (např. poruch pozornosti, vývojové dysfázie a další):

- Deficity pozornosti – častý výskyt u specifických poruch učení. Pozornost je závislá na míře únavy pozornosti, projevují se mezi všemi smyslovými modalitami. Můžeme se u dítěte setkat s roztržitostí, hlubokou koncentrací pozornosti, obtíže se manifestují i při distribuci pozornosti. Dítě nemusí reagovat na výzvy, a tak se jeví jako neposlušné.;
- Zvýšená unavitelnost – nápadně brzy nastupující únava, dítě potřebuje častěji pauzy od aktivity.;
- Deficity paměti – v oblasti krátkodobé i dlouhodobé paměti, zrakové i sluchové. Dítě má potíže s například zapamatováním si slovních řad či bývá zapomnětlivé.;
- Motorické deficity – poruchy koordinace pohybů a poruchy jemné motoriky, nevhodný úchop psacího či kresebného náčiní, neschopnost vyvíjet adekvátní tlak na pero, také se objevují tzv. artikulační neobratnosti.;
- Obtíže v časoprostorové orientaci a ve vnímání posloupnosti – funkce, která je budována na základě schopnosti předpovídat následný krok na základě znalosti pořadí jednotlivých prvků.;
- Obtíže v pravolevé orientaci – potíže v diferenciaci zrakových a sluchových podnětů, které mohou ovlivňovat výkon v grafomotorických činnostech.;
- Obtíže v jazyce a v řeči – snížení úrovně jazykového citu, poruchy výslovnosti, malá slovní zásoba, poruchy rychlého pojmenování slov, artikulační neobratnost.;
- Emoční labilita, psychomotorická instabilita – výkyvy ve výkonech, nečekané a překvapivé projevy jednání.;
- Poruchy aktivity – hyperaktivita či hypoaktivita, bývají spojeny s poruchami pozornosti.;
- Poruchy senzorické integrace – obtíže s vytváření vztahu mezi slyšeným, vnímaným a pociťovaným. (Vitásková in Renotiérová, Ludíková a kol., 2006)

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity disorder)

Jedná se o poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. Zařazuji ji do této kapitoly, protože se často pojí se specifickými poruchami učení. ADHD je vývojová porucha charakteristická

dle věku dítěte nepřiměřenou pozorností, hyperaktivitou a impulzivitou. Tyto projevy značně ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou, celou společností. Dříve se využívalo pojmu lehká mozková dysfunkce či lehká dětská encefalopatie. (Šlapal, 2002) Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se používá označení Hyperkinetické poruchy, pod nímž nalezneme s číslem F90.0 Poruchu aktivity a pozornosti a s číslem F90.1 Hyperkinetickou poruchu chování.

Syndrom ADHD nepříznivě ovlivňuje veškeré chování a v důsledku snížené pozornosti mívají jedinci horší školní výsledky, porucha ale nesouvisí s inteligencí. Deficit pozornosti dítěti s ADHD umožňuje pouze zaměření pozornosti po krátkou dobu na určitou věc, dítě se špatně soustředí, nevydrží u stereotypních činností. Hyperaktivita se projevuje častými pohyby, neklidem v motorické oblasti, zvýšeným řečovým projevováním. Neklid souvisí i s impulzivitou, dítě dělá unáhlené reakce, nevyhodnocuje vůbec situaci dopředu a bývá vztahovačné. (Zelinková, 2003) Hlavní symptomy ADHD –

- nepozornost – dítě nevěnuje pozornost detailům, dopouští se mnoha chyb, neudrží pozornost, nepostupuje podle pokynů, má obtíže se splněním úkolů, ztrácí pomůcky, snadno se nechá vyrušit, zapomíná;
- hyperaktivita – dítě je nezvykle neklidné, pořád se vrtí, pobíhá, nadměrně mluví, nevydrží být zticha;
- impulzivita – dítě nevydrží čekat, skáče lidem do řeči, odpovídá ještě před dokončením otázky. (Bragdon a Gamon, 2006)

Etiologie syndromu ADHD může být široká. Nejčastěji se jedná o vliv genetických činitelů, až v polovině případů. Syndrom ADHD také často souvisí s porušenými chemickými pochody v mozku. Původ může být v narušené funkci přenašečů signálů mezi neurony. Další příčinou mohou být neprogresivní poškození mozku a centrální nervové soustavy, která mohla vzniknout v prenatálním, perinatálním i raně postnatálním období. V prenatálním období můžeme zmínit například horší výživu matky, prodělání závažného onemocnění matky či úraz v těhotenství. Svůj vliv mohou hrát i alkohol, kouření, užívání drog či různých léků. V perinatálním období může zapříčinit vznik ADHD komplikovaný či protahovaný porod a následná nízká hladina kyslíku u dítěte. V postnatálním období zmiňme nedostatečnou výživu dítěte nebo jeho onemocnění či úraz. Problém mohou zapříčinit i metabolické poruchy. Někdy však zůstává i příčina syndromu ADHD nezjištěna. (Train, 1997)

2.8 Kombinované postižení

Kombinované postižení představuje nesložitější a nerozmanitější skupinu osob se zdravotním postižením, současně je také ale nejméně propracovanou oblastí speciální pedagogiky. Samotný název napovídá, že se jedná o souběh dvou nebo více postižení, vad nebo poruch u jedné osoby. Dřívější koncepce speciální pedagogiky, která vycházela z teorie profesorů Sováka (1986) o primárním a sekundárním defektu, je již překonáno. Na jedince, u kterých se souběžně objevuje více postižení, již nepohlížíme jen v kontextu jejich postižení v jejich součtu, ale v jejich násobku, jedná se o novou kvalitu, která potřebuje odlišné pojetí ve všech směrech. (Ludíková, 2005)

„Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“ (Vašek, Vančová, Hatos, 1999, s. 5)

V České republice se nejčastěji můžeme setkat s termíny vícenásobné postižení, kombinované postižení, kombinované vady. Všechny tyto termíny se využívají jako synonyma. V anglicky mluvících zemích se používá termín „multiply handicap“ – vícenásobné postižení, či „severe/multiple disabilities – těžké/vícenásobné postižení. V němčtině dohledáme kombinované postižení pod termínem schwerstmehrfachbehinderung – vícenásobné postižení. Na Slovensku se setkáme s pojmy viacnásobné postihnutie a víceré chyby. Terminologie kombinovaných vad tudíž není ještě zcela propracována ani v cizině. (Ludíková, 2005)

Těžké postižení může být způsobeno jak v období prenatálním, perinatálním i postnatálním. Příčiny vzniku kombinovaného postižení zahrnují celou škálu, od chromozomálních, genetických, přes neurologické až po metabolické či traumatické příčiny. (Vítková, 2006) K tomuto Ludíková (2005) uvádí, že k nejčastějším faktorům patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikaci, poškození mozku a CNS a další.

Etiologie vícenásobného postižení je velmi rozmanitá, často nejasná. Nejtěžší postižení zpravidla vznikají z prenatálních příčin. Pro příklad uvádím nejčastější diagnózy, u kterých se vyskytuje kombinované postižení, a to jsou DMO, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Downův syndrom a další. (Ludíková, 2005) Pipeková (2006) k tomuto uvádí, že velká část dětí s kombinovaným postižením má v anamnéze předčasné narození s nízkou porodní hmotností.

Cílem péče o osoby s vícenásobným postižením by mělo být dosažení maximální míry socializace, což je u každého jedince velice individuální záležitost a je ovlivněna celou řadou faktorů. Důležité je zajistit komplexní služby po celou dobu jejich života - včasnou odbornou péči, poradenské služby, odpovídající možnost edukace, tvorbu pracovních míst, volnočasových aktivit, a další. Očekávaným závěrem celé péče je socializace jedince s kombinovanou vadou, jeho vytržení ze samoty a zapojení do společnosti. (Ludíková, 2005)

Velmi často se setkáváme u osob s vícenásobným postižením s problémy v oblasti komunikace, neboť tito jedinci často nemohou využívat orální řeč, jsou tak odkázáni na používání systémů alternativní a augmentativní komunikace. Alternativní komunikace nahrazuje orální komunikaci, tyto systémy lze rozdělit na dynamické (znakový jazyk, Makaton, ...) a statické (piktogramy, Bliss systém, ...). Augmentativní komunikace se využívá tam, kde jsou určité předpoklady pro využití orální řeči, ale jsou nedostatečné. Nejčastěji se v rámci alternativní a augmentativní komunikace setkáváme například s těmito systémy:

- znakový jazyk;
- Braillovo písmo;
- bliss systém – soustava grafických, obrázkových nebo abstraktních znaků a symbolů na základě běžných geometrických tvarů;
- Lormova abeceda – dlaňová abeceda, každému písmenu odpovídá část prstu či dlaně, písmena se vyjadřují pomocí čar a stisků příslušných bodů na prstech a dlani;
- TADOMA – vibrační metoda, odcítění vibrací a pohybů čelistních, lícních a krčních svalů mluvího;
- makaton – jazykový program, který používá znaky doplněné mluvenou řečí a symboly. (Renotierová, Ludíková, 2006)

Kategorizace kombinovaných postižení

Ludíková (2005) zmiňuje, že podobný problém poté najdeme i při vymezování jednotlivých skupin osob s kombinovaným postižením. Kategorizovat kombinované vady lze na základě celé řady kritérií, navíc se budou více či méně osoby s kombinovaným postižením prolínat jednotlivými kategoriemi z důvodu kombinování různých druhů, stupňů atd. postižení. O tomto problému hovoří i Vančová (in Renotierová a Ludíková, 2006), která navíc dodává, že jednotlivá postižení jsou ve vzájemné součinnosti, násobí se, přičemž jejich charakteristiky

se v průběhu života mění na základě vývoje, věku, speciálněpedagogického či jiného působení.

Vančová (2001) i přesto udává snahu o kategorizaci, z hlediska míry potřeby speciálních edukačních opatření dle projevů a jejich dopadů na rozvoj osobnosti a socializace. Tato kategorizace neřeší dále druh či hloubku postižení. Rozlišuje dvě kategorie:

- lehce vícenásobně postižení – jedinci jsou schopni relativně samostatně zvládat běžný život, mohou získat jistou kvalifikaci k pracovnímu zařazení, zvládají edukaci v běžných či speciálních školách, atd.;
- těžce vícenásobně postižení – zvládají pouze základní praktické životní situace, potřebují pomoc druhých, využívají alternativní a augmentativní formy komunikace, používají speciální pomůcky.

Část speciálních pedagogů se přiklání k rozdělení kategorií na základě druhu postižení. Nejčastěji je za prvotní postižení považována mentální retardace, ke které se dále pojí další druh postižení. Vymezením kategorií se zabýval profesor Sovák (1986), Jesenský (2000), Vašek (2003) nebo Pipeková (2006). (Ludíková, 2005)

Za specifickou skupinu můžeme považovat jedince s duálním postižením zraku a sluchu, hluchoslepé. Opět ale narážíme na velké množství kategorizací od různých autorů.

3 Psychický vývoj dítěte v pěstounské péči

Dítě, které se dostává do nové náhradní rodiny, si s sebou vždy přináší svou minulost, své zkušenosti a zážitky z předchozího života. Většinou se jedná o dítě, jehož psychické potřeby, byť ty nejzákladnější, nebyly dostatečně uspokojované. Tato osobnost dítěte si neměla možnost osvojit a vytvořit potřebné pevné citové pouto k jedné osobě, nechápe význam rodiny a domova, nepoznala pocit bezpečí a jistoty, naopak zná spíše vnitřní nejistotu a strach. Dítě většinou do rodiny přichází z různých výchovných prostředí a v minulosti si prošlo rukama mnoha vychovatelů. (Grohová, 2011) Umístění dítěte do náhradní péče přináší obrovský zásah do jeho života, který výrazným způsobem ovlivňuje jeho vývoj a další život. Pravděpodobně největší roli hraje narušení vztahů s biologickými rodiči, prožitá specifická traumata, emoční stres a nutnost přizpůsobit se náhradnímu prostředí. (Ptáček a kol., 2015)

Děti v pěstounských rodinách se ale v oblasti schopností rozeznávání emocí a porozumění sociálním situacím přibližují dětem, které žijí v biologických rodinách. Model rodiny vnímají děti v pěstounské péči také hodně obdobně jako děti v biologických rodinách. Děti se projevují mírnými pocity osamělosti. (Ptáček a kol., 2015)

Prokazatelně u dětí vychovávaných v náhradní péči dochází k narušení emočního vývoje. Tyto děti v porovnání s dětmi vyrůstajícími ve vlastních rodinách jsou méně schopné rozumět emocím a objevují se u nich v podstatně větší míře poruchy emocí. (Wiik at al., 2011) Pro správný a zdravý socioemoční vývoj se ukazuje jako zásadní dostatečné zažití vztahů v dětství, a k tomu dítě potřebuje minimálně čtyři základní aspekty:

- vnímat, že dospělý reaguje bezprostředně a adekvátně na chování dítěte,
- emocionální podporu obsahující vřelost, smích a absentující zvýšený hlas a fyzickou konfrontaci,
- podporu dětských zájmů a udržení dětí ve středu pozornosti,
- jazykovou složku, která podporuje rozvojové potřeby dítěte. (Landry at al., 2006)

Vliv rodinného prostředí na vývoj psychiky dítěte

Ve vztahu ke vlivu rodinného prostředí lze vycházet z předpokladu, že pro dítě představují rodiče nejdůležitější lidi na světě. Chování rodičů ovlivňuje, jak bude dítě vychováno, jaký člověk se z dítěte stane, jak se dokáže vyrovnat s vlastním životem. Vztahy mezi rodiči a dětmi mají svůj význam po celý život člověka, představují vazbu k rodu a tím i pevné

postavení jedince. A není rozhodující, zda se jedná o rodinu biologickou či náhradní. (Vágnerová, 2012)

Pro zdravý vývoj dítěte je přirozené a stoprocentně potřebné vyrůstat v rodinném prostředí, které mu poskytuje dostatek podnětů. Pouze podnětné a kontinuální prostředí je schopné pozitivním způsobem ovlivnit narušený vývoj jedince. Významným problémem je nemožnost udržovat si a rozvíjet emočně vřelý, stabilní a uspokojivý vztah s pečující osobou. Pokud pečující osobu není biologický rodič, měl by jím být rodič náhradní. (Ptáček a kol., 2015)

Jak již bylo v dřívějších kapitolách prezentováno, rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Standardní rodina, kde jsou zastoupeny všechny role – otec, matka, sourozenci, občas další příbuzní – je ideální pro rozvoj malého dítěte. Dítě napodobuje chování a členové rodiny mu slouží jako model. Dětská osobnost dětí z dysfunkčních rodin se může vyvíjet disharmonicky, děti mohou mít problémy v chování nebo prožívání. Pokud by dítě přišlo z disfunkční rodiny do náhradní (což je nejčastější situace), nese si s sebou svou předchozí zkušenost, která se vždy nějakým způsobem projeví. Dítě může reagovat různě na zanedbávání a citové strádání, důsledkem tohoto strádání bývá jak narušení psychického vývoje, tak z něj vyplývající nápadnosti v chování a citovém prožívání dítěte. Matějček (2017) rozlišuje tři hlavní varianty, které jsou následkem způsobu strádání:

- apatie a pasivita – přízpůsobení se nepodnětnosti prostředí. Děti nejeví zájem o žádné podněty na základě zvyku, protože jim prostředí nic nenabízelo. Samy většinou nejsou schopny si podněty zajistit. Pokud se takové dítě dostane do náhradní rodiny, je důležité dítě podněcovat a vyzívat k aktivitě pomalými kroky, aby nebylo zahlceno novými zkušenostmi.;
- zvýšené úsilí o získání podnětů – vynucování si pozornosti, vymáhání projevů přízně. Děti jsou lépe disponované, samy se snaží podněty nalézt, dokážou vynaložit větší úsilí, avšak používají neúčinné prostředky. Objevuje se provokace, vynucování si zájmu dospělých či vrstevníků, zlost. Jsou rády i za negativní reakci na jejich chování, nepoznávají rozdíl mezi projevy náklonnosti a opaku. V náhradních rodinách se může jednat o strach, že je stejně nakonec náhradní rodiče opustí, že o ně nestojí. Dítě se chová nepříjemně, aby se jeho obavy naplnily a nemuselo zůstat v nejistotě. Když náhradní rodiče situaci zvládnou, dítě se po určité době uklidní.;

- setrvávání na úrovni povrchní kontaktů – děti jsou stejně milé ke komukoliv, nedokážou rozlišit hluboké a povrchní city. Nerozpoznání přátelskosti je jedním z důsledků rané citové a psychosociální deprivace. Důvodem bývá nepoznání zkušenosti spolehlivého a citově uspokojivého vztahu. (Matějček, 2017)

Proces vytváření vztahů k náhradním rodičům či pěstounům může probíhat různě a může trvat různě dlouho, než se stane uspokojivým. Ukazuje se, že existuje přímá úměra mezi délkou deprivace zkušenosti a odlišností ve vztahu k náhradním rodičům. Rodina je pro dítě nejvýznamnějším prostředím, které by mělo sloužit nejenom jako zdroj zkušeností, ale hlavně také jako citové zázemí. Rodina se spolupodílí na rozvoji pocitů sebejistoty a sebedůvěry. To, jaký vztah má dítě s rodiči, především matkou (vlastní či náhradní) představuje základní zkušenost, která ovlivňuje důvěru v existenci stabilních a spolehlivých citových vazeb s kýmkoliv dalším. Rodinné prostředí určuje význam toho, co bude ceněno a co bude považováno za zbytečné. Dítě je v rodině formováno, a pokud by prostředí rodiny nebylo standardní, může ho nežádoucím způsobem ovlivnit. Rodina na dítě, ale i dospělé, působí hlavně ohledně vlastností, jako jsou stabilita, soudržnost, otevřenost, míra začlenění v širším kontextu (příbuzní, sousedi, atd.). Žádní rodiče nevychovávali všechny děti naprosto stejným způsobem. Rodiče se mohou každému dítěti věnovat trošku odlišně a děti mohou tyto podněty zpracovávat rozdílně. Důležitým aspektem rodiny oproti ústavnímu zařízení je trvalost a spolehlivost citových vztahů, což se projevuje sdílením života a potřebou blízkosti včetně tělesného kontaktu. V žádné rodině neoddělujeme život rodičů a dětí, všechno je prožíváno společně, ať už to hezké, tak i to špatné. (Vágnerová, 2012)

Ústavní výchova, hlavně v nízkém věku, ovlivňuje zásadním způsobem vývoj dítěte. Řada studií prokázala, že děti v ústavní výchově dosahují nižších výsledků v oblasti kognitivního vývoje a jsou opožděny v rozvoji řeči. Po odchodu z ústavního prostředí do náhradní rodiny se děti postupně zlepšují v rozumových schopnostech, uvádí se období přibližně 4 let. V institucionální péči trpí i socioemoční vývoj z důvodu nedostatečného prožívání blízkých vztahů s pečující osobou. Je prokázáno, že aby se dítě vyvinulo v psychicky zdravého člověka, potřebuje mít vztah s dospělým jedincem, a ideálně již od svého narození. Děti v ústavní péči tuto možnost většinou nemají. Potíže s navázáním vztahu mohou přetrvávat i po přechodu do náhradní rodinné péče, protože děti prošly výrazným emocionálním stresem v raných stádiích vývoje mozku a vytváření osobnosti. (Ptáček a kol., 2015)

Aby se dítě vyvinulo v psychologicky zdravého jedince, musí mít vztah s dospělou osobou založený především na vzájemné důvěře a pocitu bezpečí. Za zdravé a úspěšné rodičovství můžeme označit to, které je založené na uctívém a dlouhotrvajícím vztahu s dítětem. Rodičovství z psychologického hlediska vede dítě k tomu, že daného dospělého člověka přijme za svého rodiče. Tento dojem je u dítěte velice žádoucí, aby si vytvořilo správnou sebedůvěru a uvědomilo si vlastní hodnotu. I když mnohé institucionální zařízení nabízejí lepší životní prostředí než prostředí nefungující rodiny, nemůže poskytnout dítěti podnětnou individuální péči, kterou může dítěte věnovat pouze dospělý člověk v individuálním kontaktu. Umisťování dětí do náhradní rodinné péče by vždy mělo maximalizovat nápravné/léčebné aspekty pěstounské péče a mělo by být založeno na potřebách dítěte. (Ptáček a kol., 2011)

Psychický vývoj dítěte ovlivňuje mnoho různých faktorů. Rozvoj psychických funkcí i dětské osobnosti je dán komplexem vnějších vlivů a dispoziční složkou. Náhradní rodiče si, stejně jako biologičtí rodiče, kladou otázku, v jaké má jejich dítě další předpoklady a jak se projeví v jeho životě. Náhradní rodiče spíše ale hledají, zda si dítě od biologických rodičů nenese nějaké nežádoucí dispozice. Dědičnost psychických vlastností je komplikovaná a jejich předpovídání je nejistá disciplína, může dojít k nejrozumnějším kombinacím dílčích vloh od obou rodičů. (Vágnerová, 2012)

3.1 Psychický vývoj dítěte v NRP dle věku

Každé vývojové období dítěte s sebou přináší různá specifika, každé dítě se vyvíjí různě rychle, ale určitým věkovým obdobím odpovídají určité projevy. Děti, které ale vyrůstají mimo svou biologickou rodinu v náhradním rodinném prostředí, se mohou na základě své minulosti vyvíjet odlišně.

3.1.1 Psychický vývoj dítěte do 3 let věku

V kontextu medicíny, psychologie a sociálních věd je období od narození do tří let považováno za nejdůležitější a zároveň nejcitlivější období. Probíhají zásadní vývojové změny, a to ve všech oblastech vývoje, které přímo souvisí s kvalitou budoucího života jedince. Toto rané období charakterizuje velmi rychlý vývoj, který v žádném z dalších období již není natolik markantní, tzv. období význačných vývojových skoků. (Ptáček a kol., 2011)

Již v nejnižším věku můžeme pozorovat projevy dětského temperamentu a měli bychom respektovat jeho individuální zvláštnosti. V nejnižším věku je důležité uspokojit potřebu citové jistoty a bezpečí. Citové prožitky jsou důležitým aspektem veškerého učení a tím

i celkového rozvoje. Citové projevy jsou pro takto malé dítě základním prostředkem komunikace s okolím, již kojenec dokáže vyjádřit, co cítí, aniž by uměl mluvit. U nedostatečně stimulovaných dětí nemusí emoční vývoj probíhat zcela standardním způsobem, mohou se proto chovat jinak, než by se dalo vzhledem k jejich věku očekávat. (Vágnerová, 2012)

Zkušenosti s blízkým sociálním vztahem je zcela zásadním předpokladem pro normální vývoj dítěte v oblasti emocí, sociálních vztahů, inteligence, prolíná se i do vývoje somatického. Děti, kterým v raném věku chybí blízký vztah s dospělým, vykazují v budoucnosti obtížné navazování a udržování sociálních kontaktů, ale také vyšší výskyt duševních onemocnění, nižší intelekt. (Ptáček a kol., 2011)

U kojenců, kteří přišli do náhradní rodiny, můžeme pozorovat z počátku zmatenost. Kojenec přešel z jednoho prostředí do druhého, starší kojenec již nejspíše navázal vztah s pečující osobou (třeba sestrou v kojeneckém ústavu) a najednou ji ztratil a neví proč. Na základě této situace prožíván nejistotu, nepříjemné pocity, strach. Dítě, ačkoli velmi malé, může mít za sebou již různé špatné zkušenosti, nemuselo mít uspokojované všechny potřeby, může jít o dítě zanedbávané, hladové, ponechané špinavé a v tělesné nepohodě, nestimulované, citově strádalo. Tyto zkušenosti se projevují na psychickém stavu dítěte, může trpět psychickou deprivací. V kojeneckém věku se setkáváme na základě prožitých zkušeností buď s apatií a nezájem nebo aktivním odmítavým projevem. Děti mohou být úzkostné, ulpívat na stereotypch, nemají rády změny. Odmítání postupně přechází do fáze silné fixace na jednu osobu. I přesto je třeba říci, že v nejranějším věku je umístění do náhradní rodiny nejsnazší, neboť dítě se teprve začíná orientovat. (Vágnerová, 2012)

Batolecí věk může být jedním z nejkrásnějších období, jak pro dítě, tak pro rodiče. Může být ale také pro dítě obdobím strádání či hlubokých duševních traumat, které dítě poznamená a zatíží na celý další život. Chybí-li v raném dětství opakovaná fyzická, ujišťující zkušenost, že je dítě přijímáno a milováno, může vše nové přijímat se strachem, úzkostí a podezřením. Přesně toto se děje, když je dítě umístěno do ústavního zařízení, odkud poté přechází k náhradním rodičům. Bez rodičovské náruče, která poskytuje jistotu a bezpečí, se dítě nenachází v duševním klidu a nemusí se zdravě vyvíjet. Může se objevit tzv. „sociální separace“, což je stav, kdy sociální vztahy zakládající pocity jistoty a bezpečí a podporující růst základní životní důvěry a sebedůvěry sice vznikly, byly navázány a po určitou dobu i trvaly, ale pak byly náhle přerušeny a dítě bylo ponecháno samo sobě mezi lidmi, které

nezná. Pocity sociální separace sice po čase odezní, ale nejprve se objeví vzdor a vztek, který dále přechází v zoufalství a žal, téměř srovnatelný s těžkou depresí. Tato fáze je po čase vystřídána fází rezignace a apatie. (Kovařík a kol., 2004)

Batolecí věk mezi druhým a třetím rokem života je obdobím, kdy dochází k osamostatňování spojeným s prozkoumáváním okolního světa. Rozvíjí se řeč, která je citlivým ukazatelem kvality výchovného působení rodiny a souvisí s vývojem dětského uvažování. Taktéž potvrzuje normalitu psychického vývoje dítěte, nemluvící dítě bývá automaticky považováno za hloupější, i když může být opožděné pouze v jedné oblasti. V emočním projevu se manifestují prožité zkušenosti. Děti, které přichází do náhradní rodinné péče v tomto věku, mohou mít za sebou nezáměr či odmítání ze strany biologické matky, ale také týrání. Běžně kolem druhého a třetího roku života roste schopnost prožívat situace různými způsoby a emočně na ně reagovat. Objevuje se proto například i silný vztek, u dětí, které byly citově deprivované, se tento prožitek může objevovat i v pozdějším věku, mohou přetrvávat dlouhodobě a mohou být intenzivnější. Také si můžeme všimnout projevů strachu, který předpokládá, že dítě očekává negativní reakce a je spojen s konkrétními obavami. Strach posiluje celkový pocit nejistoty. V náhradní rodině mohou být tyto prožitky v tomto věku posílené. Také vztah k náhradní matce bude jiný než u dětí, které jsou ve své biologické rodině. Dítě si bude nyní vynahrazovat blízkost matky, kterou dříve nepoznalo. Kolem třetího roku dítě začíná rozlišovat různé emoční projevy, které slouží jako významné sociální signály. V náhradních rodinách se v nich děti u svých nových rodičů ne vždy vyznají, a proto mohou působit zlobivěji či neposlušněji. V tomto věku také dítě již vnímá vědomí příslušnosti ke své rodině a domov se stává důležitou součástí sebepojetí. Prvně se objevuje zkušenost osobního vlastnictví (moje hračky apod.). Tento prožitek bude u dětí v náhradní péči velmi intenzivní a je potřeba ho nejprve důkladně nasytit, než jej dítě bude považovat za samozřejmost – toto může být z počátku pro náhradní rodiče nepříjemné. Batolata taktéž již rozlišují lidi sobě blízké a neznámé, dle pohlaví i věku. Kontakt s vrstevníky je pro ně zdrojem zkušeností. U dětí, které dříve pobývaly v ústavním zařízení, může jít o pocit nutnosti se ve vrstevnické skupině prosadit, ostatní bývají chápáni jako konkurence. Výchovné působení rodičů vede k osvojení si základních norem chování. Děti, které přichází do náhradní rodiny, mohou mít osvojené různé normy chování. Náhradní rodiče jim proto musí nejprve své požadavky na chování jasně vymezit a ukázat, co od nich chtějí. Dlouhá a nadměrná tolerance problematického chování se v důsledku ukazuje jako nevhodná. V batolecím věku se děti projevují egocentricky, rády prosazují svou. Objevuje se negativismus, v náhradní rodinné

péči mívá charakter pouhé afektivní nelibosti v situaci, kterou dítě nezvládá nebo se v ní dobře neorientuje na základě opožděného osobnostního vývoje. Lze jej ale interpretovat i jako projev nezralé dětské vůle. Svou nezastupitelnou roli hraje i postupná separace ve vázanosti na matku, tento proces probíhá pozvolna a je možný pouze v případě, kdy si dítě již dostatečně uspokojilo pocit bezpečnosti, má důvěru ve stabilitu vztahu a získává pocit vnitřní jistoty. Toto ale u dětí přicházejících do náhradních rodin nebývá zvykem, citová vazba s osobou blízkou přichází až později. Její rozvoj je navíc zatížen negativními zkušenostmi z minulosti dítěte. Bývá proto opožděná i separace od matky. Citově strádající dítě usiluje v tomto věku o infantilní způsob uspokojení potřeby jistoty a bezpečí (drží se matky a nechce ji nikam pustit). Může docházet až k separační úzkosti, která může nastat i u dětí v náhradní péči a která se vyznačuje třemi fázemi:

- fáze protestu – dítě se aktivně snaží přivolat matku zpět, pokud se mu to nepodaří, nastává druhá fáze,
- fáze zoufalství – dítě postupně ztrácí naději, že se matka vrátí, a proto ji přestává volat a stává se apatické s nezájmem o cokoliv,
- fáze odpoutávání od matky – pokud odloučení trvá delší dobu, dítě si svou potřebu citové vazby uspokojuje ve vztahu k jinému blízkému člověku. (Vágnerová, 2012)

V tomto věku je zcela rozhodné, aby dítě mělo možnost zažívat intenzivní individuální péči, která je spojena s pozitivními pocity a je vzájemně uspokojivá. Vývojové teorie poukazují na podstatnost rané sociálně emoční zkušenosti a možnosti zažít lidské vztahy pro zdravý duševní a somatický vývoj člověka. Nejistotu a nedostatek zkušeností spojujeme se změnami ve vývoji a například také s pozdějším objevením problémů v chování. Děti, které neměly možnost prožít v raném věku emočně vřelý vztah, vykazují v budoucnosti vyšší nemocnost, nižší sociální uplatnění, vyšší výskyt závislostí, vyšší nezaměstnanost a častěji konají trestnou činnost. Objevuje se také spojitost mezi pobytem v ústavní péči, ač pár měsíců, a selháváním ve škole, zaměstnání a partnerském životě. Pro dítě je naprosto prioritní zažít v raném věku individuální péči s možností navázat blízký vztah. (Ptáček a kol., 2011)

3.1.2 Psychický vývoj dítěte v předškolním věku

Období trvá od 3 do 6 až 7 let. Stabilizuje se pozice dítěte ve světě. Jeho svět by měl zahrnovat rodinu, další instituce (mateřská škola) a další lidi, kteří jsou zdrojem zkušeností. Děti, které mají za sebou negativní zkušenosti z minulosti a neměly vždy dostatečnou oporu, mohou být hůře laděny a mohou reagovat nepřiměřeně, až vztekle a zlostně. Může se jednat

i o neschopnost zvládat nepříjemné situace. Také se může objevit ale reakce v podobě strachu a úzkosti. Typ reakce záleží na temperamentních vlastnostech jedince, ale i na zkušenostech, míře jistoty a bezpečí, kterou mělo dítě šanci zažít. Rozvíjí se emoční inteligence. Běžně se od předškolních dětí vyžaduje, aby svoje emoce ovládaly, hlavně ty negativní. Děti v náhradní péči s tímto korigováním emocí mohou mít problém, objevují se nepřiměřené emoční výbuchy nebo také žádné emoce. Standardně se již ukazuje schopnost empatie. Děti, které neprožily dostatek zkušeností, většinou příliš neuvažují nad emocemi jiných lidí, natož aby se v nich dokázaly správně orientovat. Dítě již začíná rozpoznávat vztahové emoce jako je láska, pocit blízkosti, sympatie, ale i nenávisť, zklamání. Tyto emoce prožíváme v případě dlouhodobého soužití a vzájemného působení života všech členů rodiny. V ústavní výchově se vztahové emoce takovým způsobem rozvíjet nemohou a v dysfunkční rodině také ne. Socializace dítěte v tomto věku probíhá i mimo rodinu, v dalších sociálních skupinách, na což dítě musí být psychicky připravené. Rodiče v tomto věku dítě vnímá jako vzor a významnou autoritu, potřebuje o nich vědět všechno, rády poslouchají o jejich vlastním dětství. Děti v náhradní rodinné péči, které se setkávají s biologickými rodiči, mohou vnímat zmatek v tom, kdo je skutečnou autoritou – biologičtí rodiče nebo pěstouni, biologické rodiče si může dítě idealizovat a život v pěstounské rodině, kde je na něj vynakládán určitý požadavek, odmítat jako něco cizího. Sourozenci jsou v tomto věku také zdrojem socializace a to i v náhradní rodině, i zde vzniká spojenectví či rivalita. Dítě klade důraz na stabilitu rodiny, její rozpad pro něj v tomto věku představuje velkou psychickou zátěž, přičemž rozpad náhradní rodiny může být ještě větším psychickým břemenem. (Vágnerová, 2012)

Předškolní období je obdobím hry a fantazie, občas má dítě potíže s odlišením reality a tím, co vytvořila jeho představivost. V tomto není rozdíl mezi dětmi, které vyrůstají v biologické rodině či v rodině náhradní. Toto vše dle Kovaříka (2004) může vytvářet vhodné podmínky pro sdělení dítěti pravdu o tom, že je osvojené či svěřené do pěstounské péče a to i z důvodu, že z tohoto věku si dítě vybavuje své první vzpomínky. Důležité je formu sdělení tzv. ušít dítěti na míru, některým stačí vysvětlit, že někomu se děti rodí a k někomu se dostanou jiným způsobem, jiným je potřeba situaci osvětlit například formou pohádky. (Kovařík, 2004)

Předškolní dítě inklinuje k přeceňování sebe sama a nadhodnocování svých možností. Dětské sebepojetí je závislé na hodnocení jinými osobami, zejména rodiči. Vymezuje se lidmi, ke kterým patří, rodiče slouží jako opora a zdroj jistoty. Dítě přejímá nekriticky názory rodičů, stávají se pohledem dítěte na sebe sama. Rodiče tak mohou své dítě ovlivnit emočně, tak racionálně. Zafixovaný názor se mění velmi těžko a tím spíš pokud se jedná o názor

na svou osobu. Přechod z prostředí do prostředí v tomto věku proto může vést k pocitu dezorientace i v oblasti sebepojetí. V náhradní rodinné péči jsou jakékoli nápadnosti nápadnější než u batolat. Některé nežádoucí projevy dítěte mohou být důsledkem nezvládnuté komplexní deprivace zkušeností z raného dětství, které dítě ještě nezpracovalo. Děti mohou být zranitelnější, dítě nemusí vědět, kam vlastně patří. Někdy se mohou problémy v prožívání a chování dítěte v tomto věku ukázat na základě zjištění, že není vlastním potomkem rodičů, a to proto, že nezvládá nejistotu a nejasnost vztahu k vlastním a náhradním rodičům. Důsledkem rané psychické deprivace se projevují nápadnosti v emočním prožívání a reagování, které občas přerůstají až v separační úzkostnou poruchu (nadměrná úzkostná reakce na odloučení od, v tomto případě, náhradního rodiče, k němuž si dítě vytvořilo pevné citové pouto). Děti se uchylují k zvýšenému prožívání svých obav, které vedou až k fobiím. Taktéž častěji reagují neadekvátně na jakoukoli subjektivní nepohodu, a to až afektivním výbuchem. Objevuje se i agrese (i obranná), nezvladatelnost, problémy s přijetím autorit a idealizace matky, se kterou dítě nežije. Děti, které přišly do náhradní rodiny po třetím roce života, častěji mívají poruchy v chování, které se manifestují na základě změny - nástupu do mateřské školy. (Vágnerová, 2012)

3.1.3 Psychický vývoj dítěte školního věku

Nástup do školy je pro každé dítě důležitým sociálním mezníkem. Pro dítě žijící v náhradní rodině možná ještě významnějším, protože se ve školním prostředí mohou více projevovat jeho nedostatky, které přetrvávají, ačkoli již žije v podnětném prostředí. Tyto nedostatky mohou být dány na základě genetiky či dlouhodobou negativní zkušeností z doby před příchodem do nové rodiny. Předpokladem školní úspěšnosti je mimo jiné i dostatečná zralost a připravenost, přičemž všechny děti tyto požadavky nesplňují. Zralost nervového systému se projevuje zklidněním dítěte, zlepšením jeho sebeovládání, vyšší emoční stabilitou a odolností vůči zátěži. Zralé dítě je schopné respektovat učitele, soustředit se na výuku, vydrží u zadané práce adekvátně jeho věku určitou dobu a tím pádem dosahuje lepších výsledků ve školních dovednostech.

Vývoj pozornosti a sebeovládání jako dvě zásadní schopnosti pro školní prostředí závisí i na geneticky daných temperamentních vlastnostech, ale je dané, že u dětí impulzivních či úzkostně laděných se tyto schopnosti mohou vyvíjet v nežádoucí formě. Škola může v dětech, které jsou citlivější, vyvolávat negativní odezvu jakožto na velkou změnu, a tak posílit tendenci vzdávat náročnější úkoly a nesnažit se docílit úspěchu. Školní zralost nemusí být u dítěte vyvinuta ani v 7 letech, po odkladu školní docházky, na základě genetických vloh,

ale také na základě zanedbávání či prožitých zkušeností. Pro náhradní rodiče dítěte toto může být velmi těžké a mohou si klást za vinu školní neúspěch svěřeného dítěte. Odlišný pohled na problematiku nezvládání učiva se může projevit i v delším časovém úseku na poli mezi školou a rodiči, kdy škola může nabýt dojmu, že rodiče situaci neřeší, a rodiče zase, že situaci sami nezvládají. Důvodem vývojového opoždění či nerovnoměrného zrání mohou být genetika, ale také rozdílná kvalita stimulace před nástupem povinné školní docházky, a proto se mohou děti v náhradních rodinách jevit častěji jako nezralé. Vždy je velmi důležité zjistit příčinu nezralosti pro zajištění účinné nápravy.

Školní připravenost představuje různé dovednosti a běžné znalosti, které si děti v náhradní rodinné péči ve velké většině případů dříve neměly možnost osvojit. Potřebné znalosti si ale dítě může osvojit i později, nicméně často je tento zkušenostní deficit zátěžovým aspektem na počátku školní docházky. Způsob, jakým dítě zvládá různé výukové a jazykové požadavky, ovlivňuje jeho postoj ke škole samotné. V případě dětí v náhradní rodinné péči se může objevit i postoj, který ke škole vykazovala biologická rodina. Děti v raných školních letech přejímají názory svých rodičů na školu a následně se dle nich i chovají. Náhradní rodiče chtějí, aby dítě dobře učilo, což je rizikové – může se stát, že na dítě budou klást příliš velké nároky. U biologické rodiny se navíc dítě obvykle setkávalo s jiným hodnotovým žebříčkem, kde vzdělání nemělo až takový význam, a musí se pak vyrovnávat s rozdílností názorů rodičů. Některým dětem v náhradní rodinné péči pak může chybět motivace ke školní práci, zejména pokud by pro něj byla práce náročná. Náhradní rodiče by proto měli mít představu o tom, jaké předpoklady svěřené dítě má a jaké výsledky od něj reálně mohou vyžadovat, očekávat. Důležitý je postoj dítěte k učení se čemukoliv novému, přičemž v ústavním zařízení může dítěti chybět ocenění za úspěch a jeho významnost pro člověka, který by byl dítěte citově důležitý. Náhradní rodiče proto musí pracovat s motivací dítěte a jednoznačně mu dávat najevo, že jim na jeho výsledku záleží.

Vstup do školy více poukazuje na sociální dovednosti, které se projevují schopností dítěte vytvářet a udržovat přijatelné vztahy s lidmi, chovat se dle pravidel, komunikovat a spolupracovat s ostatními. Škola tyto dovednosti považuje za samozřejmé, ale u dětí, které žily delší dobu v nepodnětném prostředí, ať rodinném či ústavním, se nemusely rozvinout, naopak se mohly rozvinout dovednosti nežádoucí. Děti nerespektují dospělé jako autoritu nebo se jich bojí, k vrstevníkům se chovají agresivně a bezohledně, protože na ně nikdo také ohledy nebral. Zvykly si, že se musí umět prosadit samy bez ohledu na způsob, který k prosazení použijí. Změna v tomto případě může někdy trvat velmi dlouho. Nedostatek

klasických požadovaných dovedností a zkušeností pak u dítěte působí jako jeho handicap, který ve vztahu se školou je rizikovým faktorem. Tyto problémy lépe zvládají pěstounské rodiny, kde žije větší množství dětí různého věku, kde se chod rodiny řídí potřebami všech, i když na potřeby jednotlivého dítěte je samozřejmě brán ohled. Také se u dětí v náhradní rodinné péči můžeme setkat s tím, že je původní rodina nepřipravila na nutnost podřizovat se požadavkům dospělého a dělat i věci, které právě nechťejí.

Děti, které žijí v náhradní rodinné péči, mohou být dispozičně znevýhodněné natolik, že ani sebelepší výchova nemůže změnit jejich předpoklady a udělat je nadanějšími, než skutečně jsou. Školní věk u dětí se projevuje i způsobem poznávání, děti dávají přednost věcem či informacím, které si mohou samy ověřit. Nejraději vycházejí z vlastní zkušenosti, což v případě dětí v náhradní rodinné péči může být v podstatě na obtíž, protože tyto minulé zkušenosti vycházejí i z období předcházejícímu pobytu v ústavním prostředí a náhradní rodině. Děti si vybaví určitou vzpomínku z minulosti, na základě níž hodnotí aktuální podobnou situaci. Podstatou je si uvědomit, že minulost je pro dítě stejnou součástí skutečnosti jako přítomnost, jeho dřívější zkušenosti tak snadno nezmizí. Ve školním věku se také u dětí umístěných do náhradních rodin setkáváme poprvé s otázkou „proč mě moje maminka opustila“. Děti chtějí znát objasnění, vysvětlení skutečnosti bývá zjednodušené a úměrné věku, také chtějí znát důvody, proč zrovna je si k sobě vzali náhradní rodiče. Jako vhodné a dobré se ukázalo vysvětlení, které zdůrazňuje, že konkrétně jej jako dítě si rodiče vybrali, protože jeho/ji právě chtěli. Děti uvažují také nad pojmy vlastní/nevlastní. (Vágnerová, 2012)

Ve školním věku dítěte začíná jeho boj o vlastní identitu, zde se rozhodne, jak o sobě dítě bude smýšlet. Dítě, které má bezpečné a dobré zázemí ve své pěstounské (osvojitelské) rodině a zná svou historii, svou identitu posuzuje poměrně dobře a je pravděpodobné, že za pomoci rodiny a ostatních se dobere zdárného konce. Dítě v náhradní péči si uvědomuje, že situaci, kdy si ho náhradní rodiče vybrali, předcházela situace odmítnutí a zavržení. Vyrovnání se s touto životní okolností bývá dlouhodobé a náročné, v různých životních situacích se k ní jedinec chť nechť bude myšlenkami vracet. V případě, že se dítě bude zaobírat myšlenkami, proč ho rodiče opustili, je pro něj důležité nebýt na to samo, mít se komu svěřit. (Kovařík a spol., 2004)

U školou povinných dětí se zvyšuje emoční stabilita a odolnost vůči zátěži, bývají optimistické, vše je pro ně pozitivní. Oproti tomu děti, které byly dlouhodobě vystaveny

citovému strádání, nebývají ani ve školním věku vyrovnané. Jejich emoční labilita se projevuje hlavně v situacích pro ně těžko zvládnutelných, což v některých případech může být i klasický běžný den. Náhradní rodiče často udávají, že jsou děti rozladěné, reagují zlostně, emočně vybuchují, nebo naopak se projevují nadměrně úzkostně. Emoční výbuchy, vztek a agrese můžou napovědět, že dítě danou situaci nezvládá, příčin může být nespočet. Jednou ze zátěží je zásadní změna životní situace, což umístění do nové rodiny bezesporu je. Ve školním věku se rozvíjí i emoční inteligence. Děti, které neměly v nižším věku šanci naučit se rozpoznávat pocity jiných lidí, v této době naráží, zdají se neohleduplné, provokativní. U dětí s negativními zkušenostmi v oblasti citů mohou přetrvávat obavy, očekávání nejhoršího a nejistota pak u nich vedou k nadměrné obraně i v situacích, kdy to není potřeba. Také se objevuje přetrvávající sklon k negativnímu hodnocení situace, děti očekávají špatné úmysly od každého. Vztahy s lidmi by měly sloužit jako emoční opora, pro děti mohou ale být i zdrojem strachu. Rodiče bývají pro děti oporou, v náhradní rodině tomu může být jinak. Děti bez pozitivních emočních zkušeností obtížně rozeznávají neverbální signály ostatních a špatně je vyhodnocují, stává se, že špatně vyhodnocují i své vlastní pocity. (Vágnerová, 2012)

Děti se ve vrstevnických skupinách setkávají i s negativní reakcí na to, že jsou vychovávané v náhradní rodině. Děti jsou schopny na sebe vzájemně i dost krutě útočit i kvůli zdánlivé maličkosti – brýle, obezita, potíže ve škole. Cílem těchto útoků se pak může stát i dítě v pěstounské péči (např. „Ty nejsi jejich!“). V těchto chvílích je vhodné stát jako náhradní rodič dítěti po boku a s vyrovnáváním mu pomoci. Dítě potřebuje okruh lidí (nejen rodinu), mezi kterými se cítí přijaté, kde je ceněno pro nějakou vlastnost či dovednost. (Kovařík a kol., 2004)

Vágnerová (2012) uvádí tři oblasti důležité pro rozvoj dětské osobnosti:

- Rodina – ať vlastní nebo nevlastní, představuje nejdůležitější zázemí, ovlivňuje uplatnění dítěte ve škole i jinde (svými nároky na dítě v oblastech chování např.), dítě může negativně vstřebávat informaci o nebiologickém rodičovství svých náhradních rodičů hlavně v případě, kdy mu tato informace byla cíleně zatajována;
- škola – umožňuje rozvoj žádoucích schopností a vzorců chování, dítě zde získává předpoklady ke společenskému uplatnění. Děti, které se nevyvíjely standardně kvůli špatnému rodinnému zázemí, mohou mít větší obtíže se zvládnutím požadavků školy.;

- vrstevnická skupina – rozvoj vlastností a dovedností užitečných pro život mezi lidmi, pro děti v náhradní rodinné péči může tato oblast představovat problém hlavně v případě, kdy si své postavení mezi ostatními musely získávat nestandardním způsobem (např. silou). Potíže se objevují v navazování přátelství a následném udržování společenských kontaktů.

3.1.4 Psychický vývoj v období dospívání

Období dospívání rozdělujeme na dvě fáze – pubescenci (ranou adolescenci) a pozdní adolescenci.

- Pubescence - probíhá od 11 do 15 let, projevuje se tělesnou proměnou spojenou s pohlavním dozráváním. Pubescent se začíná osamostatňovat z vázanosti na rodinu, důležitou roli hrají vrstevníci. Změny v dospívání zde vedou ke ztrátě starých jistot a posilují potřebu vyznat se v nové situaci.
- Pozdní adolescence – probíhá od 15 do 20 let, projevuje se pohlavním dozráním, vyznačuje se dobou celkové psychosociální proměny týkající se osobnosti dospívajícího a jeho sociálního postavení. Objevuje se otázka ekonomické samostatnosti (s ohledem na vzdělávání). Důraz je kladen na rozvoj vlastní identity, důležité je zmínit i riziko možného selhání (odmítání povinností, nedodělání školy, neochotou pracovat), může dojít až k užívání drog a následnému asociálnímu chování. (Vágnerová, 2012)

V době dospívání se více projevují některé dědičné dispozice, které v předcházejícím období nemusely být zcela patrné. Příčinou bývá možnost samostatného rozhodování dospívajícího, předtím za něj rozhodovali rodiče. Náhradní rodiče mohou být z této změny rozhozeni, nechápou tu náhlou změnu. Vzrůstá potřeba vyhledávání vzrušujících zážitků a riskantního chování. Adolescent se projevuje spíše emocionálně, reaguje nevyzpytatelně, a to z důvodu rozdílného tempa rozvoje citového prožívání a rozumového uvažování. Prožívají silné emoce, které nejsou schopni žádoucím způsobem regulovat. Roste subjektivní význam zevnějšku, zevnějšek a jeho projev vyjadřuje sebepojetí jedince.

Dospívající přemýšlí, co mohlo být, kdyby... Zabývá se více vlastnostmi náhradních rodičů a rozdíly mezi nimi a sebou. Narůstá v něm potřeba poznat biologické rodiče. V případě setkání se s biologickými rodiči nemusí být dospívající uspokojen, hledá někoho, s kým si je podobný, když u náhradních rodičů našel rozdíly. Jedinec se v období dospívání přemýšlí nad budoucností, ale také nad minulostí. Hledá důvody, proč se některé věci staly

a zda nebylo možné, aby se jeho život vyvíjel jinak. Tento způsob uvažování ale může být zdrojem nejistoty, vyplývá z něho i zvýšená kritičnost čehokoli. Vzhledem k hormonálním výkyvům se dějí i změny v citovém prožívání, adolescent reaguje nepřiměřeně a neočekávaně. Náhradní rodiče mohou prožívat pocit, že dítě si s nimi nevytvořilo tak hluboký vztah, jaký si mysleli, a že je špatně vychovali, protože se dítě může chovat bezohledně. Kolísání nálad a sebeovládání je běžným projevem puberty, což můžeme pozorovat hlavně ve stresujících situacích. Objevují se i výkyvy v sebehodnocení. (Vágnerová, 2012)

Osobnostní rozvoj dospívajících závisí stále na rodině, škole a vrstevnících, jako v předchozí fázi vývoje, nyní mají tyto subjekty jiný význam:

- rodina - Představuje sociální zázemí, ale pubescenti se od ní začínají odpoutávat a osamostatňují se. Pro náhradní rodiče může být období osamotňování dítěte náročnější, u dětí se projevuje tendence neposlouchat někoho, kdo není vlastním rodičem. Ve větší míře se dospívání projevuje, jaký je vztah přijatého dítěte a jeho náhradních rodičů. Rozpad náhradní rodiny je pro přijaté dítě v náhradní rodinné péči náročnější. Rodič již bývá hodnocen realisticky až kriticky.;
- škola – významná spíše z hlediska budoucího sociálního zařazení a profesní přípravy;
- volnočasové instituce – ovlivňují sociální zařazení, rozvoj schopností a dovedností jedince;
- vrstevnická skupina – nabírá na důležitosti, pubescent se s ní ztotožňuje, rozvíjí se zde přátelství a první lásky. Pubescenti se navzájem napodobují. Pro děti v náhradní rodinné péči může být složité navázat hlubší přátelské vztahy a těžké říci partnerovi/partnerce, že nežije s vlastními rodiči. (Vágnerová, 2012)

3.2 Deprivace psychická a citová

Děti přicházející do pěstounské péče si s sebou nesou psychickou zátěž z původní rodiny, pokud přicházejí z ústavní výchovy, tak i zní. Psychická zátěž může v některých případech přejít až do deprivace, proto pokládám za důležité se touto problematikou zabývat.

Děti, které jsou u nás svěřovány do péče náhradních rodin, mají často za sebou negativní životní zkušenosti. V nefunkční rodině či v ústavním zařízení strávily poměrně dlouhou dobu, která je výrazně poznamenala. Namísto láskyplné náruče rodičů mnohé děti zažívají strádání,

bolest a odloučení a proces vytváření citových vazeb je narušený. V tomto případě pak mluvíme o poruše vzniku citových vazeb a psychické deprivaci. (Grohová, 2011)

Pojem deprivace znají všichni, kdo se zabývají náhradní rodinnou péčí. Obecný pojem deprivace je „stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ (Vágnerová, 2008, s. 53) Koncepce psychické deprivace dosud není ustálená, využívá se velkého množství rozmanitých termínů, můžeme se setkat i s psychickým hladověním či psychickou karencí. Na základě ne zcela dostačujících definic některých autorů (např. M. D. Ainsworthová) můžeme nakonec jako psychickou deprivaci vnímat „psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 26) Od pojmu deprivace odlišujeme pojem „zanedbanost“, kterým rozumíme spíše následky vnějších nepříznivých výchovných vlivů, dále pojem „frustrace“, který vyjadřuje stav napětí závislý na zablokování cesty k cíli. (Langmeier, Matějček, 2011) Citová deprivace dle Vágnerové (2008, s. 54) „vzniká v důsledku neuspokojení potřeby spolehlivé a jistého citového vztahu s matkou, event. jinou osobou.“, přičemž citové strádání podstatným způsobem ovlivňuje komplexní rozvoj osobnosti dítěte, jeho vztah k ostatním lidem i k sobě samému.

Aby se dítě mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost, je třeba, aby byly uspokojeny jeho základní psychické potřeby. Jedná se o potřebu:

- potřeba stimulace – příjem dostatečného množství podnětů v uspokojivé kvalitě a proměnlivosti,
- potřeba smysluplného světa – řád a smysl v podnětech (nabývání zkušeností, učení, přizpůsobení se, osvojování postupů),
- potřeba životní jistoty – dodává pocit bezpečí a zbavuje úzkosti,
- potřeba pozitivní identity, vlastního „já“ – pozitivní přijetí sebe sama,
- potřeba otevřené budoucnosti, naděje a životní perspektivy – umožňuje uspokojivé prožití života. (Matějček, 1999)

Psychická deprivace je vážné narušení psychického vývoje, může se projevit v celé struktuře osobnosti, v chování, v sociálním začlenění, v postojích, v celé životní orientaci i hodnotách. (Koluchová, 1992)

V případě, že v raném období vývoje jedince nedochází k uspokojování základních psychických potřeb a nezbytnému citovému poutu k rodiči či k jiné blízké osobě, dítě je vystaveno psychickému strádání, traumatu, s nímž se pak vyrovnává po celý zbytek života. Nevyhnutelnost *attachementu* – citového pouta – je potvrzena řadou studií (například studie Mary Ainsworthové a dalších). Tématu *attachementu* v kontextu náhradní rodinné péče se věnuje například Petra Vrtbovská. (Grohová, 2011)

Deprivace vzniká na základě neuspokojování potřeb dítěte, jde o nedostatek různých podnětů, citových vazeb a možností. Je podmíněna sociálně patologicky, nikoli biologicky. Čím je dítě menší, tím je závislejší na svém okolí, respektive matce a rodině, proto je nebezpečí deprivace největší v raném věku. Rodina v nízkém věku nejlépe uspokojuje psychické potřeby dítěte. Děti, které se ocitnou v pěstounské péči, většinou pocházejí z rodin dysfunkčních až afunkčních, kde jejich psychické potřeby uspokojovány nejsou dostatečně nebo vůbec. Na pěstouny je pak vyvíjen tlak (i vlastní), aby dítěti dodatečně psychické potřeby uspokojili. Jde hlavně o potřebu tělesného kontaktu, mazlení, blízkost. Pouze touto cestou lze dítěti pomoci s vyrovnáním deprivčních poškození ve všech složkách vývoje. (Koluchová, 1992)

U dětí, které nepoznaly pocit bezpečí a jistoty a prožívaly spíše nejistotu a strach, vedou tyto negativní zkušenosti k tomu, že postupně přestanou dávat najevo své pocity a přestane se hlásit o uspokojování svých potřeb normálním způsobem. Komunikace s okolím se pro ně stává problematickou. Dítě nerozumí své minulosti a netuší, jaká bude jeho budoucnost. Doposud žilo většinou v prostředí chudém na jakékoli podněty, proto jeho psychomotorický vývoj není rovnoměrný a zaostává za vývojem svých vrstevníků. V tomto případě mluvíme o psychické deprivaci, poruše vzniku citové vazby a oslabené identity. (Ptáček a kol., 2015)

3.2.1 Projevy dítěte s poruchou vytváření citových vazeb

Náhradní rodina ideálně poskytuje dítěti bezpečné a citově bohaté prostředí. Přesto se z minulosti mohou vynořovat určité vzpomínky a zkušenosti, které dítě dále ovlivňují. Projevují se pak změnami v chování, reakcích i vývoji. Důležitou roli hraje prostředí, kde dítě před příchodem do náhradní rodiny žilo.

Náhradní rodiče se mohou setkat s následujícími projevy dítěte, přičemž tyto projevy lze mírnit:

- úzkostnost, obavy z dalšího zklamání a strádání, užívání obranných mechanismů, které okolí nechápe,

- u menších dětí poruchy řeči, problémy s výslovností, neobvyklá mluva, netradiční až vulgární slovník,
- manipulace dítěte s ostatními lidmi z obavy, že budou samy manipulovány,
- impulzivita, agresivita z důvodu pocitu ohrožení,
- problémy s pozorností, poruchy učení,
- problémy s udržováním očního kontaktu, problémy s doteky, nebo naopak vyžadování přehnaného fyzického kontaktu,
- nerovnoměrný psychosociální vývoj, emocionální složka zaostává, nerozvinutá empatie, povrchní sociální kontakty, strach, emoční labilita, nezralost, chudost emočních vztahů,
- nepřiměřené sociální chování v kolektivu, sociální provokace, sociální nejistota,
- školní či pracovní nezvládání nároků, obtíže s učením, nízká motivace k učení.

Klasicky využívané výchovné tresty u psychicky deprivovaných dětí nevedou ke kýženému výsledku (např. poznámky, zákazy atd.). Ke každému dítěti musíme přistupovat individuálně a velmi kladné výsledky dosahují pedagogové, kteří znají minulost dítěte, a mohou tedy své působení dítěti přizpůsobit. Pedagog naváže s náhradní rodinou dobrý vztah a mohou pak společně hledat a volit nejvhodnější způsoby podpory každého jednoho dítěte. Mnoho z výše zmíněných projevů se dá zmírnit až odstranit správným přístupem – laskavým, chápajícím, bezpečným a srozumitelným. Dítě se v daném prostředí musí cítit dobře, musí se v něm umět orientovat a mít v něm své právoplatné místo, mít v něm s sebou blízkou osobu. Příchodem do nové rodiny by dítě mělo najít naději na lásku, jistotu, a nový a šťastnější život. Tuto naději mu předávají hlavně náhradní rodiče, ale může to být například i pedagog, který může být dítěti vzorem, oporou, může se podílet na jeho „uzdravování“. (Grohová, 2011)

3.2.2 Psychické poruchy u dětí

Umístěním dítěte do náhradní ústavní péče narůstá riziko rozvoje vývojových a psychických problémů a poruch. Neboť děti přicházejí do pěstounských rodin z velké části z ústavních zařízení, uvádím i informace o této problematice. Děti taktéž vykazují vyšší možnost vzniku poruch chování a emocí v dětství a adolescenci. U téměř 30 % dětí v ústavní péči se vyskytuje nepozornost, nadměrná aktivita a další symptomy poruchy ADHD. Tím se i zvyšuje možný výskyt pozdějších závislostí. Výzkumy ale jednomyslně prokazují zlepšení projevů psychických poruch a vývoje při raném příchodu dítěte do náhradního rodinného prostředí. U dětí v pěstounské péči se často vyskytují poruchy chování, poruchy učení, hyperaktivita. (Ptáček a kol. 2011)

4 Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v pěstounské péči

Děti, které přichází do náhradní rodinné péče, nemusí být vždy zdravé, naopak, mohou být různě znevýhodněné. Zdraví definujeme jako stav fyzické a psychické pohody, na základě této definice můžeme říci, že žádné dítě, které přichází do náhradní rodiny, není zcela zdravé. (Zezulová, 2012) Může se jednat o znevýhodnění na základě předchozích negativních zkušeností z biologické rodiny či ústavního zařízení, citového strádání, týrání, psychických problémů, ale také zdravotního postižení. Při příchodu dítěte do nové rodiny může být již jasné, že má dítě určitý zdravotní handicap, na druhou stranu se může stát, že zdravotní postižení se objeví až po určité době a je diagnostikováno na základě toho, že si náhradní rodiče všimli, že je u dítěte „něco jinak“. (Vágnerová, 2011)

Děti, kterých se týká náhradní rodinná péče, se většinou narodily jako nechtěné, často z nesledovaných těhotenství, matkám s rizikovým chováním. Po jejich narození jim nebylo připraveno prostředí pro vznik citového pouta a nebyly uspokojovány jejich základní potřeby. Toto vše činí děti umisťované do náhradní rodinné péče dětmi se speciálními potřebami. Navíc některé děti mohou mít ke všemu ještě i jiné zdravotní potíže, vývojové vady či poruchy. (Zezulová, 2011)

Pěstounů, kteří ochotně přijmou do své rodiny dítě se zdravotním znevýhodněním, není nikde na světě mnoho. Počet dětí s vážným postižením v pěstounské péči se dlouhodobě pohybuje okolo tří set, což dokládají roční výkazy orgánu sociálně právní ochrany dětí, za rok 2016 bylo celkem do pěstounské péče přijato 10 380 dětí, z toho se zdravotním postižením 324. (Roční výkazy OSPOD, MPSV) Osob mladších 18 let je v domovech pro osoby se zdravotním postižením dle ročenky MPSV k roku 2016 celkem 543. (Ročenka MPSV 2016, s. 75) Z těchto statistických údajů ale není patrné, kolik dětí je v nich je na základě rozhodnutí rodičů, kteří o ně nemohou, nechtějí nebo neumí pečovat v domácím prostředí, a kolik z těchto dětí nemá rodinné zázemí a potřebovalo by novou pěstounskou rodinu. Dříve ani některé děti se zdravotním postižením nebyly zařazovány do evidence dětí do náhradní rodinné péče, přičemž rozhodnutí o zařazení záleželo na posouzení pracovníka zařízení, ve kterém dítě žilo. Pokud pracovník usoudil, že dítě nemá šanci na nalezení nové rodiny, do evidence ani zařazeno nebylo. Ale po novele zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, která zajišťuje fakt, že každé dítě má právo na zařazení do této evidence, se praxe změnila a do evidence je zařazováno každé dítě, které je umístěno v zařízení

na základě svěření do ústavní péče. Uváděné statistické údaje ale také nezahrnují děti, které nemají přiznaný žádný stupeň závislosti na péči jiné osoby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ačkoli se potýkají s potížemi, které ale nejsou definovány jako zdravotní postižení. Jedná se například o poruchy pozornosti, poruchy chování, specifické poruchy učení, psychické obtíže a další. Tyto obtíže jsou ale v náhradních formách péče v celku časté. Jako důležité se projevuje to, aby takto znevýhodněné děti měly v rámci získání výraznější podpory definované jejich potřeby v individuálním plánu ochrany dítěte, který se následně promítne v dohodě o výkonu pěstounské péče. Pravděpodobně budou potřebovat vyšší míru odborného poradenství a pěstouni více nápomocných služeb. (Pazlarová, 2016)

Přijetí zdravotně znevýhodněného dítěte do pěstounské péče

Náhradní rodiče mají oproti biologickým rodičům dítěte se zdravotním znevýhodněním výhodu v tom, že získávají čas a možnost se na příchod dítěte a specifika jeho handicapu připravit. Snadnější pozici pro náhradní rodiče nese i to, že se nemusí zaobírat otázkou viny ohledně postižení dítěte, taktéž se mohou svobodně rozhodnout, zda na zvýšenou potřebu péče o dítě mají fyzické a psychické předpoklady. Toto rozhodnutí není vnímáno jinak než ohledně dítěte zdravého, je tedy dobrovolné a očekávané. Jinou situaci představuje fakt, kdy se u zdravého dítěte (ač třeba jen zdánlivě), které v náhradní rodině již určitou dobu pobývá, projeví onemocnění či postižení až po čase. Může se stát, že diagnóza na základě projevů dítěte není v rámci ústavní péče stanovena správně, nebo se do té doby neprojevil žádné příznaky onemocnění či postižení. (Zezulová, 2011)

V případě, že se rodina rozhodne pro pěstounskou péči dítěte se zdravotním znevýhodněním, je velmi důležité je informovat o možných potížích, které s sebou tato situace přináší. Jako podstatné se ukazuje nabídnout v případě potíží rodičům pomocnou ruku (ideálně již předtím, než ji skutečně potřebují) v podobě předání informací o nabídce kvalifikované pomoci při řešení problémů. Očekávání rodičů při přijímání dětí se zdravotním handicapem mohou být značně nerealistická, což se projevuje jejich nejistotou, úzkostí, sníženou důvěrou ve vlastní schopnosti zdravotně postižené dítě dobře vychovat. Mnohdy pěstouni ani zcela přesně nevědí, co jejich dítěte je. Zda se právě jedná o projev postižení nebo dřívějšího zanedbávání nebo zda není dokonce vina na jejich straně. Důležité je, aby si rodiče uvědomili, že výchova zdravotně znevýhodněného dítěte je vždy náročnější, zejména i v případě, kdy si s sebou nese zátěž v podobě dřívějšího zanedbávání či citového strádání. Náhradní rodiče se musí připravit na to, že jejich přijaté dítě bude srovnáváno s dětmi stejného věku a výsledek hodnocení

nebude příznivý. Náhradní rodiče mívají dost často idealizovanou představu o zvládnání problémů, které výchova takového dítěte přináší. Navíc se k počátečnímu optimismu objevuje i naivita, kdy si rodiče myslí, že zvládnou každou potíž, která přijde. Na toto je vhodné rodiče dopředu připravit, aby věděli, že nejsou sami a že se jedná o běžný postup, ideální je nabídnout jim odbornou pomoc i shledávání se s ostatními pěstouny. Náhradní rodiče také reagují přetrvávající iluzí o tom, že se stav dítěte jejich působením musí zlepšit. Těžko akceptují hranice daného postižení dítěte. Nicméně realistického náhledu nakonec dospějí všichni, ačkoli u některých rodičů akceptace trvá delší dobu. (Vágnerová, 2011)

Pocit jistoty náhradní rodičům dodá větší míra informací o diagnóze dítěte. Samotná diagnóza rodičům nestačí, potřebují podrobnosti. Většina rodičů jsou laici, nevědí, co která diagnóza přesně znamená, nevědí, jaké problémy dítě má, čím jsou komplikovány, jak se mohou projevat a jak by měli dítě s ohledem na výše zmíněné vychovávat. Některé projevy zdravotního postižení mohou náhradní rodiče chápat jako projev předchozích negativních zkušeností z biologické rodiny či ústavního zařízení a mohou se tak mylně domnívat, že příchodem a postupným působením jejich rodiny tyto projevy pominou. Nejistota může pramenit i z ještě nestanovené přesné diagnózy dítěte. Rodiče vidí, že je něco špatně, a tak vyhledají odborníka a začínají sami pátrat po příčině odlišností jejich dítěte. Mnohá zdravotní postižení se neprojevují ihned po narození, proto ani není možné je diagnostikovat, jak by si rodiče přáli (například DMO, lehčí formy mentálního postižení nebo sluchového postižení). Tento postup je pro rodiče stresující a v rodičích může budovat dojem, že bylo něco zanedbáno. Rodiče by proto měli mít možnost ptát se na všechno, co je zajímá. (Pazlarová, 2016)

Příchod dítěte do rodiny, která má již svůj zaběhnutý rytmus, je vždy náročný. V případě, kdy má dítě ještě zdravotní handicap, může jít o velice zásadní změnu dosavadního životního stylu, což si rodiče dopředu nemusí příliš připouštět. Platí, že dítě zdravotně znevýhodněné nemůže vykonávat totéž, co jeho zdraví vrstevníci, nemá stejné možnosti, ani stejné potřeby. Všechny děti jsou individuality, což platí dvojnásobně u dětí zdravotně postižených. Zdravotní znevýhodnění může být umocněno negativními zkušenostmi z předchozího života dítěte, chování dítěte proto může být netypické. Dítě se potřebuje vyrovnat s další změnou, kterou mu život přinesl. Náhradní rodiče by měli dítěti poskytnout dostatek času na adaptaci, přičemž tento proces může trvat různě dlouho podle toho, jaké má dítě zkušenosti a jak situaci chápe, respektive zda ji vůbec chápe. První zážitky s přijatým dítětem s postižením mohou vyvolávat protichůdné pocity. Rodiče jsou rádi, že dítě mají, zároveň se ale projevuje strach,

zda jeho výchovu zvládnou. Od svěřeného dítěte musí očekávat pouze to, co je v jeho silách. Nemá smysl požadovat od dítěte něco, co je přes jeho hranice, trápili by se jak dítě, tak i rodič. Navíc přetrvávající tlak by mohl být i příčinou dalších komplikací. Jako vhodné se ukazuje snížení nároků na dítě i na sebe sama bez toho, aby si rodiče připadali neschopní či rezignovaní. V této fázi jich přichází k náhradním rodičům myšlenka, že dítě by mělo být hlavně šťastné a spokojené, čehož lze dosáhnout i v případě, že není zcela zdravé. Rozdíl představuje situace, kdy se u dítěte handicap projeví a potvrdí až později po přijetí do rodiny. Náhradní rodiče s ním nepočítali, mohou se cítit zklamáni a adaptace na novou skutečnost může být obtížnější a delší. (Vágnerová, 2011)

U pěstounů se v době přijetí dítěti mohou výrazněji dostavit pocity nejistoty až úzkosti ohledně vlastních sil a schopností pečovat o dítě s postižením. Pochybnosti tohoto typu jsou ale celkem běžnou záležitostí, která se řeší tím, že pěstouni dostanou prostor tyto pochybnosti vyjádřit a sdílet. Často pomáhá setkávat se s rodinami s podobnými zkušenostmi a sdílet své obavy. Řada rodin hovoří o tom, že s přijetím dítěte s postižením se jim velmi výrazně změnil okruh přátel.

Po přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do pěstounské péče je velmi významná role klíčového pracovníka, který by rodině měl věnovat větší pozornost a sledovat adaptaci dítěte i rodiny na novou situaci. Rodiny ve vyšší míře potřebují zprostředkování různých služeb z oblasti zdravotnictví, terapie, rehabilitace a další. Mnohdy se využívá tzv. případové konference, kdy se sejde rodina, dítě, škola, doprovázející organizace, OSPOD a další zapojené subjekty a společně řeší a plánují další postup. Přes veškerou přípravu pěstounů není v jejich možnostech připravit se adekvátně na realitu, která s přijetím dítěte přichází. (Pazlarová, 2016)

4.1 Děti se zdravotním postižením v pěstounské péči

V náhradní rodinné péči se můžeme setkat s celou škálou zdravotních znevýhodnění u dětí. Zezulová (2012) kromě postižení mentálního, smyslového, tělesného, kombinovaného, poruch autistického spektra, uvádí, že mezi nejčastější druhy postižení patří i fetální alkoholový syndrom, psychiatrické diagnózy, progredující onemocnění a neurologické poruchy. Pazlarová (2016) souhlasí s výrokem Zezulové, viz výše, a potvrzuje, že nejčastěji se objevují děti se smyslovým postižením, fyzickým nebo mentálním handicapem.

V České republice data o postoji pěstounů k různým druhům znevýhodnění nejsou, zahraniční výzkumy ale ukazují, že největší obavy pěstouni mívají z péče o děti s HIV/AIDS, těhotné dospívající dívky a děti v terminálním stadiu nemoci. (Pazlarová, 2016)

Možnosti podpory rodinám s přijatým dítětem se zdravotním postižením jsou u jednotlivých postižení podobná. Rodiče/pěstouni by měli zdravotní postižení dítěte vždy konzultovat s odborníky na danou problematiku. Informace z původního zázemí dítěte nemusí být kompletní a náhradní rodiče pak mohou trápit nezodpovězené otázky. Náhradní rodiče by se proto neměli bát zeptat na specifika daného postižení odborných pracovníků, kteří se orientují a dokážou poradit. Taktéž i sami pěstouni si aktivně mohou vyhledávat odborné informace a připravovat se na specifika života s dítětem se zdravotním znevýhodněním. Velmi užitečné je využívat podpůrné skupiny rodičů zdravotně postižených dětí (většinou bývají konkretizovány dle jednotlivých druhů zdravotního postižení), kde se podělí o své starosti, strachy a problémy, získají naopak oporu a cenné informace. V některých skupinách lze trávit i volný čas. V předškolním věku lze využívat služeb rané péče. Po dosažení školního věku u dítěte jsou nápomocná speciálně pedagogická centra, případně speciální školy. (Vágnerová, 2011)

4.1.1 Dítě s mentálním postižením v pěstounské péči

U malých dětí (tj. novorozenců, kojenců) nemusí být při přijímání dítěte do pěstounské péče ještě zřejmé, jak hluboký mentální deficit dítě má. Náhradní rodiče tak nemají předem všechny potřebné informace. Pěstouni se mohou domnívat, že nezvyklé chování a reagování dítěte je následkem předchozího zanedbávání nebo naopak, že oni sami selhávají v rodičovské roli, že dítě špatně vychovávají. Pokud budou náhradní rodiče včas informováni o všech aspektech, tak k těmto problémům docházet nemusí. Závažnost mentálního postižení však lze někdy vymezit až kolem předškolního věku. Rodiče/pěstouni by v případě podezření na mentální handicap měli požádat o posouzení struktury rozumových schopností svěřeného dítěte a o informace o jeho individuálních zvláštěnostech, přednostech a nedostacích. V případě mentálního postižení nemohou rodiče/pěstouni počítat s vyrovnaným rozvojem všech jeho kompetencí. Nerovnoměrný vývoj se projevuje hlavně v rozdílnosti výkonu oproti zdravým dětem, například v oblasti řeči, hře, udržení pozornosti, paměti. Vývoj schopností dítěte záleží na příčině mentálního postižení, ale i na prostředí, ze kterého dítě do náhradní rodiny přišlo.

U starších dětí by hodnocení kognitivních schopností mělo zahrnovat i posouzení míry jejich využitelnosti, kterou předurčuje nejen celková úroveň a struktura inteligence ale i další neintelektové faktory. Značný význam představuje emoční stabilita, schopnost adaptace dítěte, volní vlastnosti a mnoho dalších vlastností. Některé vlastnosti jsou vrozené, jiné dané výchovou. V případě mentálně postižených je význam neintelektových předpokladů vyšší než u dětí zdravých. Vhodné je u dítěte zhodnotit i dynamiku vývoje jeho kognitivních schopností, tempo a plynulost vývoje může kolísat více než za normálních okolností. Náhradní rodiče se musí přizpůsobit mantinelům a možnostem dítěte, stimulovat ho jen v takové míře, kterou dítě zvládá. Malé děti s mentálním postižením mívají problémy s adaptací na nové prostředí, přičemž na zásadní změnu svého života – příchod do náhradní rodiny – mohou reagovat apatií, ale i afektivními záchvaty. Důvodem bývá dostatečné nepochopení situace, nevědí, co se s nimi děje a je pro ně těžké zvyknout si na nové lidi. Na tomto základě se dítě může projevovat typicky pro poruchy chování, po čase, když si dítě zvykne, se ale chování upravuje.

U dítěte s mentálním handicapem v náhradní rodinné péči je nutné vycházet ze základních charakteristik mentálního postižení, na základě nichž se rodiče, ať již biologičtí či náhradní, učí dítě adekvátně jeho možnostem vychovávat. Mentální postižení a jeho projevy navíc mohou být umocněny pobytem v nepodnětném rodinném prostředí, zanedbáním či pobytem v ústavním zařízení. Náhradní rodiče by však měli být připraveni na skutečnost, že vzít si do pěstounské péče dítě s mentálním postižením, je závazek dlouhodobější – ne-li trvalý. Vždy je třeba uvažovat i nad tím, co bude, až dítě dospěje. (Vágnerová, 2011)

4.1.2 Dítě se sluchovým postižením v pěstounské péči

Těžce sluchově postižené dítě omezeněji vnímá řeč a chybí mu možnost sluchové orientace v prostředí, takové dítě často správně nerozumí pokynům a následně reaguje jinak, než by se předpokládalo. Může se tedy jevit jako neposlušné až výchovně nezvladatelné. Problém sluchového postižení může být delší dobu skryt, protože dítě na výraznější zvuky reaguje dobře, rodiče se proto mohou domnívat, že reaguje pouze na to, co ho zajímá. V případě, že ke sluchovému postižení ještě dítěti chybí podstatné zkušenosti, protože žilo v nefunkční rodině nebo ústavním zařízení, mohou být jeho projevy ještě více nápadné. Kombinace výchovného zanedbání, citového strádání, sluchového handicapu (a na jeho základě horších rozumových schopností) často přispívá k označení dítěte za mentálně postižené. Až při přechodu dítěte z ústavní péče do péče pěstounské může dojít k odhalení závažnosti a potvrzení sluchové vady a odlišení jednotlivých problémů od mentálního postižení.

Sluchové postižení klade zvýšené nároky na náhradní rodiče zejména v oblasti komunikace, neboť představuje komunikační a informační bariéru a pro slyšící pěstouny nový aspekt. Náhradní rodiče se proto musí naučit s dítětem komunikovat tak, jak to vyhovuje jemu – doteky, znakový jazyk. Na základě ztížené komunikace se náhradní rodiče musí připravit na to, že i výchova bude náročnější. Obtíže ve vzájemném porozumění vždy zatíží jak rodiče, tak i dítě. Zásadní pro jedince se sluchovým postižením je včasné odhalení sluchové vady a její případná kompenzace (pokud lze) sluchadly, nebo úprava komunikace na takovou, která je dítěti blízká. Toto ve velké míře ovlivňuje následný vzájemný vztah pěstounů a dítěte. Opět se ukazuje, že odlišnost reakcí a opoždění je v první době přičítáno spíše ranému psychickému strádání. K sluchovému postižení se může přidružit opožděný vývoj řeči, dítě mluvenému sdělení nerozumí a samo používá málo slov, které nevyslovuje správně. Informační omezení pak negativně ovlivňuje vývoj poznávacích procesů. Náhradní rodiče také musí mít na paměti, že emoční ladění sluchově postižených dětí bývá narušováno právě obtížemi v porozumění. Psychický vývoj dítěte se závažnější vadou sluchu závisí na adekvátnosti jeho výchovného vedení. Problémem bývá neznalost potřeb a možností dítěte se sluchovým postižením. Jak již bylo řečeno, náhradní rodiče v první řadě musí vyřešit způsob komunikace, který bude pro dítě zdrojem porozumění a následné jistoty. (Vágnerová, 2011)

V případě dítěte se sluchovým postižením v náhradní rodinné péči je pro náhradní rodiče důležité uvědomit si komunikační bariéru a na ní společně pracovat. Aby se rodiče naučili s dítětem správně pracovat, mohou mimo standardní služby využívat i specializovaného Centra pro dětský sluch TAMTAM, o.p.s., které nabízí komplex vzájemně navazujících služeb rodinám z celé České republiky. Rodiny s dětmi se sluchovým postižením se na centrum mohou obrátit v případě potřeby sociálních služeb (raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, odborné sociální poradenství), informačních a vzdělávacích služeb a kulturně osvětových služeb. (Centrum pro dětský sluch TAMTAM, o.p.s., online)

4.1.3 Dítě se zrakovým postižením v pěstounské péči

Pokud je dítě v rodině od raného dětství, náhradní rodiče si většinou všimnou, že dítě nesleduje například věci, které mu ukazují nebo že s nimi nedokáže navázat oční kontakt. Mohou tak dojít k názoru, že o takové podněty dítě nemá zájem, i když důvod může být ve zhoršeném vidění. Zrak nám přináší většinu informací o okolním světě a umožňuje snadno a rychle získat poznatky a orientovat se v situaci. Když dítě nedokáže zrakem vnímat okolí

dostatečně jasně, začne se více zaměřovat na sluchové podněty. Děti s vážným poškozením zraku využívají sluchu ve velké míře, proto si i cíleně sluchové vnímání procvičují a sluch se poté stává citlivější. V praxi toto pak znamená, že dítě raději naslouchá než by si něco prohlíželo. Rodičům se pak zdá, že dítě nic nezajímá a u ničeho nevydrží, ale je to tím, že pro něj například klasické hračky nepřinášejí nic zajímavého. Aby pro ně hračky byly zajímavější, musí být barevně kontrastní, zajímavé povrchem, aby si je dítě mohlo osahat, či musí vydávat zvuky. Náhradní rodiče opět se musí naučit s dítětem komunikovat dle jeho požadavků, ačkoli v případě zrakového postižení je využívána orální řeč. Dítě se zrakovým postižením, zvláště tím závažnějším, využívá především popisu věcí a situací. Náhradní rodiče musí dítěti všechno, co je běžně k vidění, nějak přiblížit. Slovní výklad tedy nahrazuje chybějící zrakové poznatky a zkušenosti.

I zrakové postižení může zůstat relativně dlouho skryté a to i v případě, kdy dítě přichází do rodiny až v předškolním věku. Takové dítě může být pokládáno za jinak postižené či zanedbávané, protože se projevuje zvláště oproti svým vrstevníkům. Tato situace je typická pro děti, které žily v disfunkčním rodinném prostředí a nikdo se o ně příliš nezajímal, nebo v ústavním prostředí, kde bylo pokládáno za vývojově opožděné. Zásadní věcí zůstává, že náprava lehčích zrakových vad může být dostatečně účinná, jen pokud je dítě malé. Ve školním věku je naděje na zlepšení podstatně nižší. Dítě, jehož vada není korigována optickou pomůckou (např. brýlemi), může dle typu a stupně vady vidět opravdu velmi málo. Ale pokud dítě trpí postižením optického aparátu oka, což bývá nejčastější, může se jeho vidění díky brýlím postupně zlepšovat a tím pádem se snižovat i jeho vývojový skluz. Problémem bývá, že děti v náhradní péči, které jsou zdravotně znevýhodněné či výchovně zanedbané, těžko spolupracují s očním lékařem, a pak nemusí předepsané brýle zcela ideálně pomáhat.

V rámci výchovy dítěte se zrakovým postižením je žádoucí využívat služeb center rané péče, které napomohou rodinám s rozvojem zrakového vnímání. Zbytky zraku je třeba stimulovat, aby se schopnost mohla rozvíjet. Pracovníci centra rodiče naučí, jak se stimulací správně postupovat. Pracovníci dochází i k rodinám domů, aby dítě nebylo zbytečně stresováno ještě změnou prostředí. Tento postup sice nevede ke zlepšení zrakové vady, ale umožňuje efektivnější využívání zachovaných zrakových funkcí. Začít se zrakovou stimulací je vhodné již v raném věku. (Vágnerová, 2011)

4.1.4 Dítě s tělesným postižením v pěstounské péči

Těžké pohybové postižení u dítěte může být příčinou podnětové deprivace a citového strádání, častěji tomu tak bývá v případě dítěte z dysfunkční rodiny či ústavního zařízení. Pohybově postižené děti bohužel zůstávají v ústavní výchově delší dobu, dítě se tak do náhradní rodiny, když už, dostane až v pozdějším věku, kdy je jasné, jak moc bude jeho hybnost omezena. Příchod pohybově postiženého dítěte do nové náhradní rodiny bývá velmi náročný. Náhradní rodiče potřebují vědět, jak postupovat, aby bylo možné dosáhnout s dítětem co nejlepších výsledků, ale zároveň dítě nepřetěžovat. Rehabilitace nebývá snadná nikdy. Všichni rodiče včetně těch náhradních těžce nesou, že je dítěti cvičení nepříjemné a že se mu brání, i když vnímají, že cvičení je potřebné pro jeho zdraví. Komplikací může být i to, že si dítě teprve na nové rodiče zvyká a vytváří si k nim vřelé emoce, a tento proces mohou nepříjemné prožitky spojené s cvičením ztěžovat. Toto se alespoň náhradní rodiče domnívají. Náhradní rodiče potřebují v této situaci podporu například lékařů či rehabilitačních pracovníků, kteří jim dodávají informace o dítěti a zpětnou vazbu, zda o něj pečují dostatečně dobře. Náhradní rodiče citlivě vnímají přístup odborníky, jsou rádi za jejich ochotu naslouchat a jsou vděční za to, že jim mohou důvěřovat. Pěstouni s přibývajícím věkem dítěte také zjišťují, že péče o nepohyblivé dítě je čím dál (nejen) fyzicky náročnější. Jedná se o trvalou zátěž, proto je vhodné využívat potřebných služeb, což z počátku náhradní rodiče mohou vnímat jako své selhání, ačkoli se jedná spíše o realistický odhad vlastních možností.

V raném věku dítěte ovlivňuje jeho psychické funkce, protože omezuje možnost získat různé zkušenosti. Dítě je odkázané na rodiče či jiné pečující osoby a těžko samo ovlivňuje, co by právě chtělo poznat. Omezené jsou i jeho možnosti kontaktu s ostatními lidmi, v některých případech dle druhu postižení ani nemůže dát najevo, že by o takový kontakt stálo. V důsledku pak dochází k nestandardnímu rozvoji vztahu mezi (náhradní) matkou a dítětem, protože dítě nereaguje na matku obvyklým způsobem. Náhradní rodiče si musí uvědomit, že se nejedná o projev nezájmu, ale o neschopnost používat ke komunikaci například ruce či mimiku a dítě tak nemůže komunikovat ze začátku v podstatě žádným typickým způsobem. Pěstouni potřebují proto získat od zkušenějších informace, že dítě potřebuje jejich pozornost, i když jim to není schopno dát najevo. Jakékoli, obzvláště to závažnější, pohybové postižení dítěte limituje celou rodinu. Pokud se tělesně postiženého dítěte pěstounská rodina ujme okolo jeho cca tří let, bývá již jasné, jaká je prognóza dalšího vývoje. Rodina tak již nebývá překvapena fyzickými omezeními dítěte. Dočasné problémy někdy představuje iluze náhradních rodičů, že zvýšenou péčí a úsilím by se přece jen stav

mohl zlepšit. Zlepšení většinou nastává pouze v případě, kdy dítě přijmou do pěstounské rodiny značně zanedbané a dosud mu nebyla věnována pozornost. (Vágnerová, 2011)

I náhradní rodiče si mohou procházet typickými fázemi akceptace postižení, které popisuje např. Vágnerová (2008, s. 165):

- fáze šoku a popření – první reakce na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé.;
- fáze bezmocnosti – rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobným problémem nesetkali;
- fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem – v tomto období rodiče sbírají informace o postižení, zjišťují, jak by měli o dítě správně pečovat;
- fáze smlouvání – rodiče již akceptují postižení dítěte, ale stále chtějí získat alespoň malé zlepšení, mění se charakter zátěže rodičů (prvotní trauma je nahrazeno únavou a vyčerpáním);
- fáze realistického postoje – akceptace skutečnosti, že je dítě postižené a jeho přijetí takového, jaké skutečně je.

Děti s tělesným postižením mívají nižší šance kontaktu s vrstevníky a aktivně se nemohou podílet společenských her. S ohledem na tuto skutečnost je přínosem, pokud v pěstounské rodině vyrůstá více dětí. Díky nim takto postižené dítě nezůstane v izolaci pouze s dospělými. Jeho socializace pak probíhá o něco lépe, může děti pozorovat, sledovat dětskou interakci, i když se jí nemůže aktivně účastnit. I školní prostředí může dítěti napomoci s navázáním požadovaných sociálních kontaktů. Najít vhodnou školu ale může být pro náhradní rodiče náročné. Ne každá škola je dostatečně připravená na přijetí dítěte s pohybovým postižením. Některým problémům se lze vyhnout umístěním dítěte do školy speciální, která s tělesně postiženými žáky umí pracovat. Speciální školy ale nebývají všude a pobyt na internátě není pro děti z náhradní rodinné péče příliš vhodný. Dítě by si muselo opět zvykat na odloučení od rodiny a adaptovat se na další prostředí. (Vágnerová, 2011)

4.1.5 Dítě s pervazivní vývojovou poruchou v pěstounské péči

Pervazivní vývojovou poruchu lze u dětí v náhradní rodinné péči lehce zaměnit za projevy deprivace. Dítě s poruchou autistického spektra zaostává v sociálním vývoji a komunikaci za svým celkovým vývojem, což je ale typické i pro sociální zanedbání způsobené málo podnětným prostředím a nízkou citovou odezvou v původní rodině či ústavním zařízení. Když zdravé dítě přichází do pěstounské rodiny, rychle začne dohánět komunikační a sociální

handicap. Pokud toto náhradní rodiče u dítěte nepozorují, může se jednat o hlubší deprivaci či právě pervazivní vývojovou poruchu a je na místě zvážit odborné vyšetření dítěte. (Zezulová, 2012)

Zezulová (2012) uvádí, že pervazivní vývojové poruchy se u dětí v náhradní rodinné péči objevují v celku běžně a často bývají pozdě diagnostikovány. Odborníci se shodují na tom, že náhradní rodiče mají u dětí s později diagnostikovaným autismem tendenci vše svádět na ranou deprivaci dítěte, jeho mentální opoždění či etnické zvláštnosti.

5 Uvedení do praktické části diplomové práce

Problematika pěstounských rodin je řešena především na úrovni dětí zdravých, ale problematice rodin s dětmi se zdravotním postižením není věnováno příliš mnoho pozornosti. Ačkoli jsou děti se zdravotním postižením do pěstounských rodin umisťovány, rozhodně v menší míře než děti zdravé.

5.1 Cíl diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce je popsat specifika dětí vyrůstajících v pěstounské péči a nastínit možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin na základě zjištěných dat a potřeb pěstounských rodin vyplývajících z realizovaného výzkumného šetření.

Hlavní cíl bude naplňován prostřednictvím cílů dílčích:

DC1: Definovat nejčastější projevy dětí, nejen se zdravotním postižením, s nimiž se mohou pěstouni při výchově dětí setkat.

DC2: Ověřit, jaká specifika dětí, nejen se zdravotním postižením, pěstouni vnímají.

DC3: Definovat možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin vychovávajících děti se zdravotním postižením.

Hypotézy

V rámci výzkumného šetření v této diplomové práci byly stanoveny tyto hypotézy:

H1 – Děti, včetně těch se speciálními vzdělávacími potřebami, umístěné v pěstounské péči, se v emoční oblasti projevují odlišně oproti stejně starým dětem vyrůstajícím v biologických rodinách.

H2 – V čím vyšším věku jsou děti umístěny do náhradní rodinné péče, tím více se v emoční oblasti projevují nestandardním způsobem.

H3 – Pěstounské rodiny, které přijmou dítě se zdravotním znevýhodněním, potřebují a také využívají speciálně pedagogických služeb.

5.2 Metodologie diplomové práce

Výzkumné šetření zjišťující informace pro potřeby diplomové práce je realizováno na základě kvalitativně-kvantitativní formy výzkumu, využívá metody kazuistických (případových) studií a dotazníkového šetření.

5.2.1 Kazuistické (případové) studie

Smyslem kazuistické studie je podrobné zkoumání a porozumění případu nebo několika případům. Základem kazuistického šetření je sběr skutečných dat, která se vztahují k objektu výzkumu. Zkoumání probíhá v co nejpřírozenějších podmínkách, v reálném kontextu a jsou využívány všechny dostupné zdroje. (Gavora, 2000)

Hendl (2017, s. 212) uvádí hlavní vlastnosti případové studie:

- používají se z různých důvodů a týkají se různých celků, jednotkou analýzy může být jedinec, skupina, organizace nebo i program;
- mívají často deduktivní povahu;
- mohou zahrnovat jednu nebo několik jednotek analýzy;
- data pro případovou studii jsou získávána z mnoha různých zdrojů.

Kazuistické studie v diplomové práci byly zpracovány na základě několika diskuzí s pěstouny vybraných dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a navštívení dětí přímo v pěstounských rodinách. Náhradní rodiče vybraných dětí nabídli k prostudování i dokumentaci dětí – od lékařů, ze speciálně pedagogických center či doprovázejících organizací. Cílem kazuistických studií bylo ověřit zjištěná data o specifikách dětí vyrůstajících v náhradní rodinné péči a následně definovat možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin. Pro výzkum mi byly doporučeny v doprovázející organizaci Amina o.p.s – společnost pro podporu náhradní rodinné péče - dvě děti se speciálními vzdělávacími potřebami a jednu pěstounskou rodinu s dítětem zdravotně znevýhodněným jsem znala osobně již delší dobu. Jedná se o jednu dívku a dva chlapce. Jména dětí byla změněna. Volně jsem se nechala inspirovat zpracováním etnografických studií z knihy Profesionální rodičovství. (Šmajdová Búšová a Kučera, 2015)

5.2.2 Dotazníkové šetření

Jedná se o kvantitativní formu výzkumu a zároveň nejčastěji používanou metodu zjišťování údajů. Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání odpovědí, je určen pro

hromadné získávání požadovaných poznatků, data jsou tedy zjišťována na základě odpovědí velkého množství respondentů. (Gavora, 2000)

Dotazník pro potřeby této práce je rozdělen na dvě části. První část je určena všem respondentům, druhá část těm, kteří mají v pěstounské péči dítě se zdravotním znevýhodněním. Otázky byly použity uzavřené, polouzavřené i otevřené, s možností jedné i více odpovědí. Dotazník obsahuje celkem 18 otázek.

5.2.3 Charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření

Výzkumný vzorek byl pro výzkumná šetření každý jiný. Každý výzkum probíhal v jiném prostředí.

Kvalitativní výzkum

Výzkumný vzorek je tvořen třemi pěstounskými rodinami, které vychovávají dítě se zdravotním znevýhodněním.

První rodina má v pěstounské péči umístěnou Karolínu, 14 let. Karolína má diagnostikované mentální a sluchové postižení. Druhá rodina se stará o Adama, 13 let. Adam má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci a ADHD. Poslední kazuistické šetření proběhlo v pěstounské rodině, která vychovává Davida s Aspergerovým syndromem, kterému je 8 let. Podklady pro kazuistické šetření byly sbírány z rozhovorů s pěstouny těchto dětí, vlastního pozorování dětí v prostředí jejich pěstounské rodiny a z odborných zpráv - lékařských, zpráv SPC a dalších dokumentů, které mi pěstouni poskytli k nahlédnutí.

Výzkumné šetření bylo realizováno v rodinném prostředí pěstounských rodin daného dítěte na základě několika osobních návštěv a následného sumarizování získaných informací.

Kvantitativní výzkum

Výzkumný vzorek tvoří pěstouni, kteří se delší dobu starají o děti, které z nějakého důvodu nemohou žít ve svých biologických rodinách. Respondenty jsem vybírala dle doporučení doprovázející organizace AMINA o.p.s., kde bylo i dotazníkové šetření realizováno. Dále bylo pro sběr dat využito internetového prostředí, kde jsem navázala kontakt s pěstouny v rámci sociálních sítí. Celkem na dotazník odpovědělo 85 respondentů, z nichž 17 má v pěstounské péči dítě se zdravotním handicapem. Návratnost dotazníků byla v prostředí organizace AMINA o.p.s. stoprocentní, odpovědělo 53 pěstounů, v internetovém prostředí vyplnilo dotazník 32 respondentů.

Věk respondentů byl zjišťován jednou z otázek dotazníku. Nejčastější věk odpovídajících pěstounů je mezi 35 až 45 lety (44 %), druhou nejpočetnější skupinou jsou pěstouni ve věku 45 až 55 let (33 %), v rozmezí 55 až 65 let odpovídalo 16 % respondentů. Ve věku 18 až 25 let je podíl pěstounů na výzkumu nulový, nad 65 let 2 %. Pohlaví respondentů bylo zjišťováno také otázkou dotazníku, většina respondentů šetření byly ženy (92 %).

Jak jsem již napsala výše, dotazníkové šetření probíhalo hlavně mezi pěstouny využívající služeb doprovázející organizace AMINA o.p.s., celým názvem Společnost pro podporu náhradní rodinné péče – AMINA o.p.s. která sídlí v Liberci. Tato organizace má pověření k výkonu sociálně právní ochrany v Libereckém kraji, a to v oblasti uzavírání dohod o výkonu pěstounské péče, poskytování odborného poradenství žadatelům i pěstounům. Dále se věnuje pořádání vzdělávání v oblasti náhradní rodinné péče a organizuje pobytové akce. Cílem organizace je podpora pěstounských rodin při naplňování potřeb dětí, které vyrůstají v náhradní rodinné péči a aby pěstouni byli schopni zajistit stabilní a podnětné prostředí pro zdravý vývoj dětí. Podporují také pevné a bezpečné vztahy dětí s pěstouny i s vlastní (biologickou) rodinou. (dostupné z: <http://www.amina-nrp.cz/onas.php>)

5.2.4 Časový harmonogram realizace praktické části diplomové práce

Kvalitativní výzkum

Každá pěstounská rodina, v které bylo realizováno výzkumné šetření, byla navštívena v jejich rodinném prostředí minimálně třikrát.

Rodina Karolíny, 14 let – Rodinu znám osobně, navštěvuji ji pravidelně. Pozorování tak probíhá dlouhodobě. Rozhovory s pěstounkou pro potřeby diplomové práce probíhaly ve dnech 3. 1. 2018 (75 minut), 20. 1. 2018 (100 minut) a 28. 1. 2018 (60 minut). Následně probíhalo studium poskytnuté dokumentace pro potřeby kompletace kazuistické studie (29. 1. 2018 – 120 minut).

Rodina Adama, 13 let – Rodina mi byla doporučena organizací AMINA o.p.s., první seznámení proběhlo na půdě organizace dne 15. 1. 2018 (45 minut). Následně byla rodina navštívena v místě bydliště 3 x ve dnech 18. 1. 2018 (120 minut), 8. 2. 2018 (90 minut) a 15. 2. 2018 (90 minut). Studium poskytnuté dokumentace pro potřeby kompletace kazuistické studie jsem poskytla časovou dotaci 120 minut dne 20. 2. 2018.

Rodina Davida, 8 let – Rodina mi byla také doporučena organizací AMINA o.p.s., první kontakt proběhl v jejich doprovázející organizaci dne 15. 1. 2018 (45 minut). Rodina byla

následně pro potřeby rozhovorů a pozorování dítěte navštívena v jejich domově 3 x ve dnech 23. 1. 2018 (150 minut), 3. 2. 2018 (120 minut) a 23. 2. 2018 (80 minut). Studium dokumentace trvalo 150 minut dne 28. 2. 2018.

Kvantitativní výzkum

Dotazníkové šetření bylo v organizaci AMINA o.p.s. realizováno dne 1. 3. 2018. Účastníci výzkumu byli o dotazníkovém šetření předem informováni pracovníky organizace. Časová dotace vyplnění dotazníku byla 20 minut, což se potvrdilo jako dostačující, většina respondentů měla dotazník vyplněný v kratším časovém úseku.

V internetovém prostředí byl dotazník vyvěšen v rámci uzavřené skupiny pěstounů na sociální síti ode dne 20. 2. 2018 do 5. 3. 2018.

6 Praktické zkušenosti pěstounů s péčí o děti se zdravotním postižením

Praktické zkušenosti pěstounů s péčí o děti se zdravotním postižením budou prezentovány s využitím kazuistických studií. Jejich cílem je popsat odlišnosti jednotlivých dětí před jejich umístěním do pěstounské péče, v období adaptace na novou rodinu a v současnosti. Na základě zjištěných informací jsou ověřovány stanovené hypotézy diplomové a naplňovány cíle diplomové práce (viz kapitola 5.1 Cíl diplomové práce)

6.1 Kazuistika č. 1 – Karolína, 14 let

Diagnóza

Kombinované postižení – těžká sluchová vada (oboustranná percepční vada sluchu - vlevo středně těžká nedoslýchavost, vpravo těžká sluchová vada na hranici praktické hluchoty, částečně kompenzováno sluchadly) a středně těžké mentální postižení s přesahem některých oblastí psychomotorického vývoje do pásma lehké mentální retardace, opožděný vývoj řeči, porucha metabolismu. Vývoj opožděn.

Rodinná anamnéza

Karolína se narodila roku 2003 jako čtvrté dítě do rodiny matky s minulostí drogově závislé a zdravého otce. Matka z předchozího vztahu měla dvě zdravé dcery, ani jednu neměla v péči. Nejstarší dcera adoptována, druhá dcera v péči prarodičů. Po narození Karolíny do rodiny

přibyla ještě jedna sestra (2004) a bratr (2006), oba zdraví, ti jsou nyní v pěstounských rodinách. Kvůli minulosti matky byla rodina sledována OSPODem, Karolína pak byla umístěna v roce 2007 v 2 a ¾ letech na základě předběžného opatření do FOD Klokánku a následně do Dětského domova v Berouně. V Berouně pobývala do počátku roku 2008, ve 4 a ¼ letech byla svěřena do pěstounské péče rodině, ve které nyní žije. Pěstounská rodina se skládá z matky (44 let) a 4 biologických synů matky (27 a 25 let, kteří již s rodinou nežijí, a 14 a 7 let), otec od rodiny v roce 2016 odešel. V současné době je biologická matka ve výkonu trestu odnětí svobody, otec a další příbuzní o ni nejeví zájem. Karolína se nepravidelně setkává pouze s pěstounskými rodinami jejích mladších sourozenců.

Osobní anamnéza

Karolína se narodila spontánně v 39. týdnu těhotenství matce s drogovou minulostí, vážila 3300 g a měřila 49 cm. Vyvíjela se fyziologicky až do osmého měsíce, kdy nastala regrese. Karolína přestala projevovat zájem o cokoli v okolí a pouze ležela. Před druhým rokem života jí byla stanovena diagnóza. Komunikuje pomocí mluvené řeči doplňované jednotlivými znaky ze znakového jazyka. Pěstounka měla podezření na pervazivní vývojovou poruchu, ta se ale nepotvrdila, avšak na základě doporučení SPC se vzdělává ve speciální třídě pro děti s autismem.

Před příchodem do pěstounské rodiny (před adaptační období)

Před příchodem do pěstounské péče Karolína žila v Dětském domově v Berouně. Karolína v dětském domově neprojevovala zájem o okolí, pouze na pobídku dospělého člověka, nevyhledávala oční kontakt. Velice jí zajímaly hračky, které vydávaly hlasité zvuky, což bylo logické vzhledem ke stanovené diagnóze. Karolína byla schopna se samostatně najíst, napít, dojít si na toaletu.

V psychické rovině byla Karolína pasivní až apatická nebo naopak velice vzteklá až agresivní, projevovala se tedy emoční labilitou. Běžně u ní kolísaly nálady bez zjevné příčiny, ačkoli častěji se u ní objevovaly špatné nálady. Agresi směřovala pouze sama proti sobě. Byla z ní znát nejistota ze změněného prostředí, na které si po celou dobu pobytu v dětském domově těžko zvykala. V některých situacích (např. při nečekaném kontaktu ze strany ostatních dětí, vychovatelek) se bála lidí a kryla si obličej, padlo podezření na násilí v biologické rodině. Pro ni stresové situace vyhodnocovala jako nebezpečné a podle toho se také chovala – vztek, agrese, křik, pláč. Emoce těžko ovládala. Psychický vývoj byl těžce

narušený. Na orální mluvu nereagovala, dorozumívala se pomocí tzv. totální komunikace – nejčastěji ukazovala, vydávala zvuky bez hlubšího smyslu. Hlasité zvuky vydávala i bez podnětů ke komunikaci, sama pro sebe. V případě nelibosti byla tento stav ale schopna dát mimikou a gesty velice dobře najevo. Projevovala se stereotypními pohyby (hlavně kýváním). Nevyhledávala ani nevyžadovala lidský kontakt, nemazlila se. Hrubá i jemná motorika byla na standardní úrovni, v prostoru se orientovala s ohledem na sluchovou vadu dobře. Pozornost Karolína udržela krátkou dobu, nebyla schopná se dlouho soustředit.

Pěstounka uvedla, že sama s manželem zvažovala, zda péči o dívku s tímto kombinovaným postižením vůbec zvládnou. Karolína orálně nekomunikovala, nejevila příliš zájem o své okolí, projevovala se záchvaty vzteku a autoagrese. Pěstounka se ještě před svěřením Karolíny do péče naučila znakový jazyk, aby s ní mohla komunikovat, a aktivně si samostatně vyhledávala informace o jejích zdravotních znevýhodněních.

Po příchodu do pěstounské rodiny (adaptační období)

Před umístěním do pěstounské rodiny byla Karolína navštěvována pěstounkou a jejím mužem v dětském domově. Poté si ji pěstounka brala na odpoledne, později přes noc až na víkend. Uvedla, že testovala i sama sebe a své schopnosti péče o postiženou dívku. Při návštěvách v ústavním zařízení se Karolína o někoho, kdo ji přišel navštívit, nezajímala. Při prvním stráveném odpoledni byla Karolína apatická. Při dalších již bylo znát, že pěstounku vnímá, nicméně nedalo se mluvit o funkční komunikaci.

Na Karolíně se dalo dle slov pěstounky poznat, že se cítí v novém prostředí nejistě. V prvním měsíci se často vyskytovaly velké změny nálad, převažoval vztek a agrese. Nedokázala navázat sociální vztahy, oční kontakt nevyhledávala (maximálně na pár vteřin), nerozuměla orálním elementárním sdělením. Reagovala až po kombinaci spousty způsobů komunikace – ukazování, předvádění, a podobně. Dle slov pěstounky komunikovala ukazováním prstem, různými pohyby těla, nemluvila. Stále se projevovala se nevhodnými stereotypními pohyby (kývání) a neartikulovanými hlasitými zvuky. S rodinnými příslušníky pěstounské rodiny nekomunikovala takřka vůbec, pěstounku tolerovala a byla ochotná ji věnovat pozornost. Lidi, které neznala, nechávala bez povšimnutí. Karolína nevyhledávala fyzický kontakt, nechtěla se mazlit, pěstounka uvedla, že zpočátku byla z tohoto nejvíce zklamaná. Po prvním měsíci vzteku se Karolína projevovala převážně pasivitou, nejevila zájem o lidi kolem sebe či hračky. Jediné, co ji zajímalo, byly hračky, které vydávaly velký hluk, měla oblíbený bubínek. Při zvýšeném stresu, například návštěvě lékaře, z počátku reagovala brekem

a vzteklostí. I vzhledem k mentálnímu postižení byl její psychický vývoj opožděn. Pěstounka měla téměř stejně starého syna, rozdílly byly velice znát.

Pěstounka využívala služeb doprovázející organizace (v tomto případě organizace Dobrá rodina o.p.s), ranou péčí nevyhledala. Samostatně s Karolínou zkoušela různé způsoby vzájemné komunikace, který by odpovídal možnostem Karolíny. Znakový jazyk pěstounka prozatím vůbec nepotřebovala.

Období po adaptaci na rodinu až do současnosti (postadaptační období)

Doba, po které si Karolína na rodinu zvykla, činila dle slov pěstounky zhruba rok a půl. Některé projevy z adaptačního období vymizely – například apatie a pasivita. Karolína začala reagovat na lidi kolem sebe, dokonce začala lidi vyhledávat, cizí osoby vnímala pozitivně. Trpělivou péčí pěstounky se naučila celá rodina i Karolína společně komunikovat, stále spíše v rámci totální komunikace, ale Karolína se již naučila některé znaky (znaky pro ostatní členy rodiny, jídlo, pití, toaleta, spánek apod.). Znaky se postupně učila celá rodina. Pěstounka učila Karolínu i vyslovování slov, některé se dařily, některé méně, nicméně stále převažovaly neorální způsoby komunikace. Fyzický kontakt Karolína stále nevyhledávala.

Sebepoškozování ve stresových situacích ubylo, ale stále se u Karolíny objevovalo, ačkoli se mu pěstounka snažila předcházet. Snažila se Karolínu na stresové situace připravovat vysvětlováním, co se bude dít, někdy Karolína rozuměla. Bylo vidět, že občasné i na orální řeč reaguje porozuměním. Míra agresivity i vzteku mohla klesat i z důvodu adaptace na novou rodinu a zvýšením jistoty a bezpečí.

Karolína si začala hrát i s hračkami, které nevydávaly zvuky. Hrála si s ostatními biologickými dětmi pěstounky, objevil se u ní zájem o psa, kterého pěstounka měla. Hrála si s ním a ráda se o něj starala (dávala mu každé ráno jídlo a česala ho). Karolínin negativismus se hodně zmírnil, začala se těšit z běžných věcí. Ráda chodila na procházky po okolí, hlavně pokud na procházku vzali psa.

Lehčí krok zpět nastal, když se pěstounce narodil čtvrtý syn, v roce 2012. Karolína o dítě nejevila zájem, spíše se jej stranila a začala na sebe upozorňovat nevhodným chováním (křik, vztek) ve větší míře se opět vrátilo sebepoškozování. Nechtěla pomáhat s péčí o miminko, spíše vypadala, jako by se ho bála. Pěstounka sdělila, že po konzultaci situace v doprovázející organizaci a u psychologa dospěli k názoru, že si mohla vzpomínat na situaci z biologické rodiny, kdy k nim přibyla její mladší sestra. Situace se vylepšila po cca půl roce, kdy se dle

pěstounky nejmladší syn začal více hýbat. Karolína si „bratra“ začala všimát a projevy agrese se zmírnily.

V současné době je Karolíně 14 let, navštěvuje speciální třídu pro autisty při Základní škole speciální v Jablonci nad Nisou. U Karolíny je znát obrovský posun od pobytu v dětském domově. Pěstounka se s Karolínou po nástupu do první třídy (po dvouletém odkladu) učila i doma, na doporučení SPC s učebnicemi pro sluchově postižené, které Karolíně vyhovují. Komunikuje orálně s doprovodem znaků, snaží se artikulovat. Pro cizího člověka je ale přese všechno těžké Karolíně mluvě plně rozumět. Karolína často používá a opakuje jen některé slovní druhy, doplňuje je pohybem ruky či těla člověk, který ji zná, je z jejího sdělení většinou schopný rozpoznat jeho význam. Rozumí lehčímu čtenému textu, je schopna přečíst i lehčí neznámý text s porozuměním, ačkoli chybí správná intonace a rytmus. Je schopná k obrázku, který vidí, přiřadit správné slovo, i je schopna slovo poskládat ze samostatných písmen. Je schopna analýzy a syntézy slov. Slovní zásoba je věkově těžce podprůměrná, ačkoli pro potřeby Karolíny dostačující. Náhradní matka velice důsledně dbá na správné vyslovování jednotlivých slov, důsledně Karolínu opravuje, a to jak při čtení, tak i v běžném rozhovoru. Pěstounka uvedla, že schválně například v případě, že Karolína řekne, že chce maslo, ale myslí maso, dostane maslo, aby byla nucena snažit se slovo vyslovit správně. Dochází tak k praktickému propojení zvuku a významu slova a důležitosti jej správně vyslovit, přečíst a poslouchat. Ačkoli Karolína mluví, slova jsou používána volně za sebou, bez jakýchkoli gramatických vazeb – ať znakového jazyka či českého jazyka. Karolína má navozeny všechny hlásky kromě sykavek, vibrantů, obtížně rozlišuje G, H, CH, A, E. Velice podstatné je mluvenou řeč doprovázet znaky českého znakového jazyka.

V přítomnosti cizí osoby se Karolína chovala přiměřeně situaci, uvolněně, po určitou dobu byla i schopná reagovat na usměrňující pokyny pěstounky. I přesto bylo znát, že potřebuje podporu ze strany osoby blízké. Pěstounka poukazovala na projevy puberty, což bylo znát i z mé návštěvy v rodině – např. odmítání pěstounce, prosazování si svého, zkoušení hranic. Karolína bývá pozitivně naladěna, ačkoliv má i dny, kdy s nikým nekomunikuje, což můžeme přisuzovat právě probíhající pubertě. Karolíně velice pomohlo nastavit jasné hranice a důsledně je dodržovat. Hra je v rozvoji, ráda si hraje napodobovací hry – v současné chvíli má oblíbenou hru „restauraci“. Hraje si na stolování, přípravu stravy, zajímá se o postup při přípravě pokrmu a podobně.

Mezi pěstounkou a Karolínou nebyl navázán adekvátní vztah matky x dcery, Karolína stále nevyhledává fyzický kontakt, ačkoli velmi zřídka přijde a pomazlí se. Navázala i přátelství v rámci školní docházky, což je znát hlavně z její kresby, na které kamarády často vyobrazuje a také jim píše „dopisy“ (dává většinou papír s pár slovy do obálky, na kterou nakreslí postavu). Je tedy schopna navazovat sociální kontakty i se svými vrstevníky. Ráda s pěstounkou jezdí na pobyty s doprovázející organizací a nevadí ji, oproti dřívější době, změny prostředí, pokud jí je pěstounka na blízku. Karolína si je jistější sama sebou a svým okolím, je vidět, že ví, že se na pěstounku může spolehnout. V rodině v současné době žije s pěstounkou a dvěma syny, s oběma vychází dobře, s mladším hraje různé napodobovací hry. Autoagrese přetrvává, ale ve velice nízké míře a převážně ve vypjatých stresových situacích (např. odběr krve u lékaře). U Karolíny se již neobjevují nesrozumitelné zvuky či hlasité vykřikování. Když zůstane na chvíli zamyšlená a bezcílně bloumá, začne se ještě občas kývat, což se pěstounka snaží korigovat.

Pěstounka neustále využívá služeb doprovázející organizace, navštěvuje pravidelně jednou týdně psychologa, s Karolínou využívá na vlastní žádost služeb SPC cca jednou za půl roku až rok, kde konzultuje nejen její školní dovednosti, ale i psychické projevy.

V následující tabulce jsou stručně uvedeny změny Karolíny na počátku pěstounské péče, v jejím průběhu a v současnosti.

Tab. 6 - Porovnání projevů - Karolína

PŘEDADAPTAČNÍ OBDOBÍ	ADAPTAČNÍ OBDOBÍ	SOUČASNOST (cca 10 let po příchodu do rodiny)
- nezám o okolí - neudržování očního kontaktu - neschopnost navázání sociálních kontaktů	- stále spíše nezám o okolí, příslušníky pěstounské rodiny či cizí lidi, tolerance pěstounky - oční kontakt po dobu pár vteřin	- vyhledávání a udržování sociálních kontaktů s rodinou, vrstevníky, spolužáky, kamarády - pozitivní vnímání cizích lidí - navazování očního kontaktu
- nelibost fyzických kontaktů	- nevyhledávání fyzických kontaktů	- nevyhledávání fyzických kontaktů - výjimečně se přijde pomazlit s pěstounkou
- nezám o hračky adekvátní mentálnímu věku, pouze ty hlasité	- nezám o hračky adekvátní věku, pouze ty hlasité	- hra i s tichými hračkami - hra s hračkami odpovídajícími mentálnímu věku - napodobovací hry - hra s vrstevníky a mladším sourozencem
- těžká emoční labilita, výkyvy nálad (pasivita x vztek) - převažující negativismus - neschopnost ovládní emocí	- časté změny nálad, přetrvávající emoční labilita, z počátku spíše projevy vzteku, po cca měsíci pasivita - negativismus - neschopnost ovládní vlastních emocí	- vymizení pasivity - vztek spíše projevem puberty - převládající pozitivní naladění - další projevy puberty (odmlouvání, zkoušení hranic)
- častá autoagrese	- přetrvávající autogrese	- méně časté projevy autoagrese hlavně ve stresových situacích

- problémy s adaptací na nové prostředí	- přetrvávající problémy s adaptací na nové prostředí a nové situace	- nové prostředí v přítomnosti pěstounky zvládá dobře
- nejistota a bojácnost	- přetrvávající nejistota a bojácnost	- větší sebejistota
- nevyužívání orální mluvy - neporozumění řeči - domlouvání hlavně ukazováním	- občasné pochopení jednodušších orálních sdělení - nevyužívání řeči - komunikace pomocí ukazování celým tělem	- využívání orální řeči doprovázené znaky českého znakového jazyka ke komunikaci - snaha o správnou artikulaci, nepoužívání gramatiky - porozumění lehčímu čtenému textu, schopnost jej přečíst, horší intonace a rytmus - porozumění orálním sdělením - slovní zásoba podprůměrná, ale dostačující
- vydávání hlasitých zvuků beze smyslu - téměř neustálé stereotypní pohyby	- přetrvávající vydávání nejasných hlasitých zvuků - kývání	- vymizení hlasitých neartikulovaných zvuků - kývání pouze v určitých situacích, korigováno pěstounkou

6.2 Kazuistika č. 2 – Adam, 13 let

Diagnóza

Lehká mentální retardace, ADHD

Rodinná anamnéza

Adam se narodil v dubnu 2005 jako první dítě do rodiny romského etnika, biologická matka má diagnostikovanou sluchové postižení, biologický otec je zdravý. Již od narození s péčí o dítě pomáhala otcova matka, neboť matka péči samostatně nezvládala. Do biologické rodiny

postupně přibývali další sourozenci Adama a matka již péči o dítě nezvládala vůbec. Na vlastní žádost proto požádala, aby byl Adam vychováván babičkou. Do výchovy babičky Adam přešel v necelých 4 letech. Babička ale v Adamových 5 letech zemřela a Adam tak byl umístěn do ústavní výchovy. Matka s biologickým otcem sdělili, že by péči o Adama nezvládali, byl příliš „živý“. V 6 letech byl Adam umístěn do současné pěstounské rodiny. Rodinu tvoří náhradní otec (51 let), náhradní matka (43 let) a další dvě děti v pěstounské péči (10 a 12 let) – obě zdravé. Biologičtí rodiče se o Adama zajímají, navštěvují se pro velkou vzdálenost párkrát do roka. Biologická rodina čítá celkem dalších 8 dětí – všechny zdravé a všechny jsou rodinou vychovávány.

Osobní anamnéza

Adamův porod proběhl po termínu ve 42. týdnu těhotenství císařským řezem s mírami 4020 g a 53 cm. Prodělal novorozeneckou žloutenku, ale nebyl léčen fototerapií. Psychomotorický vývoj u něj byl opožděn již od kojeneckého věku, byl sledován pediatrem. Adam velice špatně spal a byl neobratný. Mluvit začal kolem 2,5 let, ostatní vývoj byl oproti vrstevníkům výrazně opožděn zhruba o rok až rok a půl. Ve třech letech již byla stanovena diagnóza lehká mentální retardace.

Před příchodem do pěstounské rodiny (před adaptační období)

Adam do pěti let žil v atypickém, avšak rodinném prostředí. Starala se o něj babička. Mateřskou školkou nenavštěvoval. Do ústavního prostředí dětského domova v Otnicích (okr. Vyškov) se dostal po smrti babičky a žil zde po dobu jednoho roku. Biologičtí rodiče ho zde navštěvovali i s jeho sourozenci.

Adam nesl těžce smrt babičky a změnu prostředí, uzavřel se do sebe. Byl velmi plačtivý, smutný, nechtěl se zapojovat do kolektivních aktivit, raději posedával sám mimo hlavní dění, někdy byl naopak vzteklý až agresivní. Začal se pomočovat, ačkoli dříve již hygienu zvládal bez potíží, měl potíže se spánkem. Situaci řešili v dětském domově s pomocí psychologa, po půl roce se situace zlepšila. Adam se upnul na jednu z vychovatelek, dle slov současných pěstounů až příliš, což se dále projevovalo v období, kdy si Adama vzali domů. Je možné, že si vynahrazoval chybějící roli „matky“.

V biologických pěti a půl letech na základě psychologického vyšetření bylo určeno, že mentální výkon Adama odpovídal zhruba čtyřem a půl až pěti letem. Adam byl velmi hyperaktivní, neposedný, neklidný, a jakékoli vyšetření těžko zvládal. Adam začal

navštěvovat přidruženou MŠ speciální, měl obtíže s obratností, potřeboval pomoci s jídlem, oblékáním a další sebeobsluhou. Vcelku hezky ale mluvil. Adam vyžadoval stereotypní režim, změny zvládal velmi obtížně s výbuchy vzteku. Byl impulzivní, afektivní. Do aktivit v MŠ se ale zapojoval, těžko udržoval pozornost po delší dobu, o ostatní děti jevil zájem. Cizí lidi Adam vítal s nejistotou, po chvíli, kdy si byl jistý bezpečím, byl velice milý. Měl rád fyzický kontakt, chodil si pro pohlázení.

Po příchodu do pěstounské rodiny (adaptační období)

Současní pěstouni původně žili v Brně, což bylo kousek od dětské domova, kde Adam bydlel. Projevili o něj zájem, chodili ho navštěvovat a vzhledem k tomu, že mají v pěstounské péči další dvě děti, odhodlali se k jeho přijetí. Z počátku k nim byl Adam nedůvěřivý, hlavně k náhradnímu otci, se kterým příliš nekomunikoval. Matku si po pár návštěvách oblíbil.

Když se Adam do rodiny odstěhoval, stále byl udržován poměrně častý (1x měsíčně cca) kontakt s biologickými rodiči. Adam ale přechod do domácího prostředí pěstounů nesl těžce, uhrančivě plakal, ze spaní volal vychovatelku z dětského domova, kterou měl rád. Občas volal i babičku. Je možné, že si spojil situace, kdy babička zemřela a on změnil prostředí s novou změnou prostředí a vrátily se mu některé projevy z této doby. Opět se začal pomočovat a hůře spal. Náhradní rodiče vyhledali služby rané péče, která jim pomáhala zvládnout toto náročné období. Adam dostal i kvůli adaptaci odklad školní docházky o jeden rok, bylo diagnostikováno ADHD.

Přetrvávaly potíže s obratností, jemná a hrubá motorika byla lehce opožděna. Adam měl problém zkoordinovat pohyby, byl „neohrabaný“. Měl problém se zavazováním tkaniček či zapnutím knoflíků. Řeč byla v normě, ačkoli chyběly abstraktní pojmy a používal často řečové stereotypy. Adam byl nadměrně aktivní až těžko „ukočírovatelný“. U stereotypních činností se ale dokázal na chvíli zklidnit (např. u každodenního rituálu večeře, který rodina dodržuje stále), byl rád, že ví, co bude následovat. V emoční oblasti nezralý, impulzivní. Ačkoli s pěstounkou vycházel poměrně dobře, fyzický kontakt od ní nevyhledával. Sourozence spíše šikanoval, házel po nich různé předměty, dělal jim naschvály.

Období po adaptaci na rodinu až do současnosti (postadaptační období)

Adam si v rodině opravdu zvykl dle slov pěstounů zhruba po jednom roce. Adam se začal těšit z rodinného prostředí a upnul se na náhradní matku, dával jí až nepřiměřeně často a nevhodnými způsoby najevo svou náklonnost (například ji chtěl neustále olizovat krk).

Sourozence šikanoval již méně často, dokázal s nimi vycházet. Rodina se obávala, jak Adam zvládne blížící se povinnou školní docházku. Rodiče konzultovali vše s doprovázející organizací a ranou péčí, která následně předala spolupráci s Adamem SPC. Adamovi bylo vysvětlováno, co se bude dít. Adam začal navštěvovat Základní školu praktickou v Brně a přes počáteční krátké projevy nelibosti, si ve škole zvykl poměrně rychle, párkrát vybuchl, což náhradní rodiče očekávali. Adam nedokázal chvíli posedět, stále se potřeboval hýbat nebo si s něčím pohrávat. Učivo zvládal průměrným způsobem, lehce se unavil, nedokázal udržet pozornost delší dobu. Udržoval velice hezký kontakt se spolužáky, s některými si rád hrál i mimo školu a rád je navštěvoval. Někdy byl však příliš prudký a impulzivní a dětem zřejmě nechtěně ublížil (např. holčičce při hře vsedě na zemi vyrazil zub, když neočekávaně vyskočil). Zdálo se, že stereotypní režim, který s sebou přinesla docházka do školy, Adamovi prospíval. Projevoval radost, když byl pedagožkou chválen.

Rodina se po dvou letech, na konci docházky Adama do druhého ročníku, musela přestěhovat za otcovou novou prací do Liberce, na druhý konec republiky. Zde pěstouni na doporučení OSPODu začali využívat k doprovázení organizaci Amina o.p.s. Adama opět čekalo zvykání si na nové prostředí, opět změnu těžce nesl, možná i hůře než když poprvé přišel do pěstounské rodiny. Oproti jeho minulé reakci na změnu, kdy byl sklíčený, se nyní jeho hyperaktivita ještě zvětšila, byl více impulzivní, agresivní vůči ostatním, dokonce párkrát vůči sobě, mlátil pěstmi do zdi. Pěstounka na období vzpomíná jako na opravdu náročnou dobu, která ji stála velké úsilí. Adam nechtěl komunikovat ani telefonicky se svými biologickými rodiči, vždy když se snažili o tento způsob kontaktu, hlasitě řval a byl rudý vzteky. Když pak ale rodiče viděl osobně, bylo znát, že se uvolňuje a je skutečně rád, že se s nimi může setkat. Na pěstounce přímo visel, vyžadoval její kontakt, neustále jí chtěl projevovat náklonnost a vyžadoval to i od ní. Ve škole byl těžko zvladatelný, učivo spíše nezvládal, vyrušoval výuku, nechtěl se zapojovat do aktivit třídy. Když už se zapojil, dělal často něco jiného, než měl. Rodina spolupracovala s PPP i SPC, psychologem. Pěstouni zvažovali i návrat do původního bydliště. Toto období trvalo přes půl roku.

V současné době Adam navštěvuje sedmou třídu Základní školy praktické v Liberci, je mu 13 let. V třídě je stále středem pozornosti, rád na sebe upozorňuje. Učivo zvládá s lehčími obtížemi, má potíže s udržením pozornosti, lehce se unaví. Delší dobu mu trvá, než si zapamatuje nové poznatky, musí si je hodně krát opakovat a i tak se stává, že je rychle zapomene. Na náhradní matku je stále velmi upnutý, z mé návštěvy v rodině byla jeho láska a obdiv k pěstounce velmi znát. Po dobu mé návštěvy ji často přišel jen tak pohladit po ruce.

Pěstounka sdělila, že se již ale Adam naučil náklonnost k ní korigovat do únosné meze. S náhradním otcem má dle jeho slov vztah zvláštní. Adam si z něj příliš nedělá, je vidět, že ho má rád, ale bere ho spíše jako pána, který žije s jeho náhradní matkou, nemají mezi sebou vztah jako otec x syn. Adam pěstouna příliš neposlouchá a nerespektuje. Pěstounku Adam obdivuje a je rád, když se jí může zavděčit. Rád jí pomáhá s úklidem, už ne tolik, co dříve, ale stále pomáhá. Se sourozenci se jeho vztah urovnal, nešikanuje je, jsou společně schopni trávit volný čas. Ve škole si našel kamarády, se kterými se cítí dobře. Ve vrstevnické skupině vystupuje jako leader, rád organizuje aktivity a vede ostatní. Cizí lidé Adamovi nevadí, chová se v jejich přítomnosti jako mezi lidmi, které zná delší dobu. V oblasti motoriky je Adam stále spíše neobratný, větší potíže má s jemnou motorikou, jemné manuální práce mu činí obtíže. Adam dochází na sportovní kroužek, který organizuje škola.

Komunikuje velmi dobře, má ale znatelně omezenější slovní zásobu, pro jeho potřeby ale nejspíše dostačující. Adam nevyužívá složitějších souvětí, upřednostňuje jednoduchá a konkrétní sdělení, abstrakci příliš nevyužívá. Někdy se náhradní matce zdá, že Adam ne zcela správně chápe obsah jejího sdělení, ale může se jednat o projevy zhoršené funkce paměti (Matka Adamovi například zadá nějakou domácí práci, on udělá jinou, podobnou). S nástupem hormonálních změn s ohledem na věk Adama se začíná projevovat pubertálně, jeho emoční projevování a chování je nevyrovnané. V emocionální rovině se u Adama nyní objevuje nestabilita s převažujícím impulzivním jednáním. Pokud se mu něco nelíbí, dá to jasně najevo (může se jednat o projev puberty). Je buď velice nadšený, poskakuje, běhá po bytě ze strany na strany a hlasitě se směje. V opačném případě křičí, je evidentní, že je naštvaný, vztek si vybíjí mlácením do polštáře. Neumí být klidný, stále potřebuje do něčeho vrtat a šťourat, být v pohybu.

Tab. 7 – Porovnání projevů - Adam

PŘEDADAPTAČNÍ OBDOBÍ	ADAPTAČNÍ OBDOBÍ	SOUČASNOST (cca 7 let po příchodu do rodiny)
- velké problémy s adaptací na nové prostředí – pomočování, potíže se spánkem	- velké problémy s adaptací na nové prostředí – pomočování, potíže se spánkem	- přetrvávají potíže s adaptací
- hyperaktivita, neklid - potíže s udržení pozornosti	- diagnostikováno ADHD, hyperaktivita, neklid, nepozornost	- hyperaktivita, středem pozornosti - potíže s pozorností, lehce se unaví - potíže s pamětí
- neobratnost	- Potíže s obratností, potíže s koordinací pohybů - opožděná jemná i hrubá motorika	- stále neobratný - potíže v oblasti jemné motoriky
- řeč rozvinuta velmi dobře	- řeč v normě, ale bez abstraktních pojmů, řečové stereotypy	- menší slovní zásoba, využívání jednoduchých a jasných vět
- vyžadování stereotypního režimu	- zklidnění u stereotypních činností	- stereotyp mu prospívá
- impulzivita, vztek, agrese	- častý pláč, nezralý, impulzivní	- projevy puberty - částečně schopný kontrolovat své emoce - nevyrovnaný, nestabilní, změny nálad, spíše impulzivní
- zájem o vrstevníky - s opatrností i zájem o cizí lidi - emoční upnutí na babičku, poté na	- rychlá obliba náhradní matky - nedůvěřivost vůči náhradnímu otci - Šikana sourozenců	- upnutí se na pěstounku, nevhodné projevy náklonnosti - zvláštní vztah s náhradním otcem,

vychovatelku	- Negativní prožívání „ztráty“ blízké osoby (vychovatelka)	nerespekt - počátky porozumění se sourozenci - ve vrstevnické skupině leader
- vyhledávání fyzického kontaktu	- fyzický kontakt od pěstounky zatím ne	- vyžadování fyzického kontaktu ze strany pěstounky - sám fyzický kontakt iniciuje

6.3 Kazuistika č. 3 – David, 8 let

Diagnóza

Aspergerův syndrom

Rodinná anamnéza

David se narodil v roce 2010 jako první dítě do rodiny, kde figurovala pouze matka, které bylo v době jeho narození 18 let. Jednalo se o neplánované těhotenství. Matka se zmiňovala o adopci, ke které nakonec nedošlo. Následně v 11 měsících matka Davida předala do služeb Dětského domova a centra v Kladně. Současná rodina si Adama vzala do pěstounské péče v necelých dvou letech. Pěstounská rodina se skládá z náhradní matky (39 let), náhradního otce (39 let) a jejich jednoho biologického syna Pavla (15 let).

Osobní anamnéza

David se narodil akutní sekci pro nefunkčnost placenty ve 38. týdnu těhotenství, měřil 48cm a vážil 3300 g. David prodělal novorozeneckou žloutenku. Při příchodu do ústavního zařízení v Kladně David samostatně chodil a na svůj věk hezky mluvil, byl klidný, vadil mu velký hluk, bál se vysavače. Do pěstounské péče si současní náhradní rodiče Davida brali s domněnkou, že je zdravý, jen introvertní. Diagnóza byla stanovena, když Davidovi bylo 6 let.

Před příchodem do pěstounské rodiny (předaptační období)

David necelý první rok života strávil se svou matkou, poté jeden rok v ústavní výchově. David byl tichý, klidný, motoricky v normě, možná i mírně napřed oproti dětem stejného

věku. Nechtěl vůbec lézt. Někdy usedavě plakal a nedal se utišit. Báł se hlučných míst, nechtěl chodit mezi lidí, nevyhledával kolektiv dětí, oproti ostatním si s nimi nechtěl hrát, byl rád sám. Byl schopný si hrát dlouhou dobu sám, s jednou hračkou, a prohlížet si knížky. V dětském domově si mysleli, že veškerý projev Davida je následek jeho opuštění matkou. Matka Davida nenavštívila ani jednou po dobu pobytu v dětském domově, poslala mu pouze balíček s plyšovou ovečkou.

Po příchodu do pěstounské rodiny (adaptační období)

Do pěstounské rodiny se David dostal v únoru 2012. Náhradní rodiče Davida navštěvovali v dětském domově, nejevil o ně dle slov náhradní matky větší zájem, spíše se zdálo, že je mu jejich přítomnost ne zcela příjemná. Až po několikáté návštěvě pěstounka uvedla, že ji David začal ukazovat auta a vyjmenovávat jejich značky. Náhradní rodiče si domů brali trochu zatrpklé dítě vlivem negativní životní skutečnosti, bojácné, ale zdravé. O možném zdravotním znevýhodnění vůbec nepadlo slovo, nikoho to nenapadlo.

Po přestěhování do domova pěstounské rodiny v Liberci si David z počátku těžko zvykal na změnu prostředí, často plakal, i ze spaní. Přes den neměl potřebu komunikovat, nikoho nevyhledával, rád seděl sám v koutě u knížek a aut, které mu rodina poskytla a které si s sebou přivezl. Biologického syna náhradních rodičů přehlížel. Když už mluvil, tak o sobě zásadně v třetí osobě, mluvil jednoduše a velmi krátce. Nechtěl chodit na návštěvy, ani je nerad přijímal ve svém novém domově, vždy se schovával. Když už někam šli, David se choval nestandardně. Rád skládal kostičky do řad, rád rozebíral hračky.

David vůbec nechtěl malovat, kreslení ho vůbec nezajímalo a nebavilo. Motoricky se David vyvíjel v normě, byl pouze trochu neobratný, příliš se mu nedařilo na odrážedle; bez obtíží se sebeobsluhou či hygienou. Fyzický kontakt nevyhledával, ale při snaze o jeho navázání se nezdálo, že by mu byl nepříjemný.

Při konzultacích Davidova chování s doprovázející organizací či dětským lékařem se nikdo nedobral možné diagnózy, mluvilo se stále vlivu předchozích životních zkušeností.

Období po adaptaci na rodinu až do současnosti (postadaptační období)

Náhradní rodiče Adama si nevybavují, jak dlouho mohlo trvat, než se David s rodinou sžil. Oba spíše uvádějí, že se naučili žít s ním. Pěstoun k tomu uvedl, že po čase byl David schopný si i svým způsobem hrát s ním nebo s jejich synem Pavlem, ale muselo se jednat

o činnost, která prioritně přišla z jeho strany – nejčastěji se činnost týkala kostek, aut nebo knih.

David byl stále stejně nekomunikativní s nezájmem o lidi nebo ostatní děti. Náhradní matka se s Davidem snažila navštěvovat mateřská centra, dětské herny, ale Davida to vůbec nezajímalo a choval se netypicky. Náhradní matka tak byla terčem různých nařčení, a protože se nezdálo, že Davida návštěvy těší, přestali do nich chodit. Hlučná místa neměl vůbec rád, nejevil zájem ani o pohádky v televizi.

David začal chodit do běžné mateřské školky, kde byl rozdíl mezi jednotlivými dětmi velmi markantní. Hrál si sám, nezapojoval se kolektivních her, dětem se vyhýbal. Nerač dělal, co se mu řeklo – například v případě jídla či organizovaných vycházek. David nechtěl do školky chodit, ráno plakal, visel na pěstounce, aby mohl zůstat doma. Náhradní matka si myslela, že Davidovi nevyhovuje přísnější režim a Davida přehlásila do školky, která se vyznačovala volnějším přístupem s důrazem na individualitu dítěte. Z počátku David reagoval na změnu křikem a pláčem, chtěl zůstat s pěstunkou doma. Po cca měsíci si zde David ale zvykl, neměl žádné potíže, paní učitelky ho do ničeho nenutily. David si mohl sám hrát, paní učitelky ho chválily, že vůbec nezlobí. V mateřské školce si pouze všimli faktu, že David vůbec nechce malovat, tuto činnost odmítá razantněji než ostatní. Takto fungovali další rok.

Situace se ale neměnila a David si stále s ostatními nechtěl hrát a choval se zvláštně. Prvotně si povšimla, že David rozpoznává písmenka a začíná číst. David byl také schopný téměř ze 100 % zopakovat to, co mu pěstounka předčítala. Začali ho zajímat dinosauři, doma si klidně několik hodin v kuse prohlížel encyklopedii dinosaurů a pak pěstounce říkal, jak který dinosaurus vypadá, později i jak se jmenují. Byl schopný si pamatovat velmi detailní informace. Z kostek stavěl vysoké a náročné stavby.

Náhradní matka tak v Davidových 4 letech a třech měsících vyhledala na doporučení pediatra dětského psychologa, který se prvně zmínil o tom, že se David projevuje autistickými rysy. Pěstounka sdělila, že to pro ni byl velký šok, se kterým se zpočátku těžko vyrovnávala. Začala si o autismu zjišťovat odborné informace a uznala, že projevy PAS na Davida sedí. Pěstoun naopak říkal, že v tomto období se snažil manželku podpořit, sám situaci zvládal lépe než ona. Psycholog doporučil nacvičovat sociální interakci, cvičit různé sociální situace, Davida systematicky připravovat na kontakt s lidmi. Do této doby si náhradní rodiče mysleli, že Davidovy projevy jsou následkem nepříznivého začátku života, nepříznivého prostředí,

až nyní si připustili, že se jednalo o znaky autismu. Nejsou zpětně schopni rozlišit, co byl projev čeho.

Po čase bylo na Davidovi znát, že se jeho sociální komunikace zlepšuje. Byl již schopný v mateřské školce navazovat kontakty s vybranými dětmi, někdy byl ochotný se zapojit do kolektivních aktivit. Stále ale neměl rád hlučné prostředí. Davida hodně bavilo počítání, čtení, vyplňování pracovních sešitů. Rád si vypisoval různá čísla, byl schopný za odpoledne popsat číslicemi půl sešitu. Hodně ho bavilo rozebírat věci na nejmenší součástky, montovat, šroubovat. Stále měl zálibu v dinosaurech a autech, v obou případech dokonale znal naprosté detaily. Jeho novou zálibou se stalo právě rozebírání různých věcí, rád s pěstounem trávil čas v garáži a na zahradě. Pavel taky rád trávil čas s otcem v garáži. Velmi se tak prohloubil vzájemný vztah mezi Davidem a otcem, ale i Davidem a Pavlem.

Když bylo Davidovi 6 let, byl mu na základě psychologického vyšetření diagnostikován Aspergerův syndrom a byl doporučen odklad školní docházky o jeden rok. David dál navštěvoval mateřskou školu, která na doporučení SPC, kam byl David odeslán jako klient, zařazovala pro Davida různé formy podpory. Základem byl chápavý přístup k dítěti, důraz byl kladen na to, že pedagogové jsou pro Davida vzorem, jak se v situacích chovat. Bylo doporučeno pomáhat Davidovi s integrací do kolektivu. David k sobě také získal asistenta pedagoga.

V rodině po zpracování diagnózy, kdy si náhradní rodiče prošli klasickými fázemi vyrovnávání se s touto zprávou, nastalo poměrně souznění. V současné době je z rodiny znát, že jsou se situací smířeni a berou vše, jak je. Pěstounka uvedla, že pro ní zjištění bylo těžké, nebyla připravena na možnost, že se bude jednat o takto zásadní postižení. Pěstouni se aktivně zajímají o problematiku PAS a samotného Aspergerova syndromu. Využívají pomoci doprovázející organizace Amina o.p.s., velmi rádi se setkávají s pěstouny, kteří mají podobné zkušenosti a sdílí tak své radosti a starosti.

V současné době David navštěvuje druhou třídu Základní školy speciální v Liberci. Je hodný a nekonfliktní, stále se spíše do kolektivních činností nezapojuje. Našel si ve škole dva kamarády, se kterými se setkává i mimo školní prostředí. Neznámé lidi přehlíží. S náhradními rodiči a bratrem má v rámci možností hezký vztah. Pěstouni zjistili, že je potřeba důsledně dodržovat nastavená pravidla. Fyzický kontakt David vyhledává v případě, že potřebuje na něco upozornit, nechodí se klasicky pomazlit. David stále nemá příliš v lásce změny prostředí.

Nemá rád rušná a hlučná místa, pěstouni ho z takovýchto aktivit předem omlouvají. Stále se zajímá o auta, dinosaury vyměnil za brouky. Nově začal hrát společenské hry, má rád Dostihy a sázky. Hry ale hraje pouze sám se sebou. V případě, že se do něčeho zabere, je velice těžké ho od aktivity odtrhnout. Oční kontakt navazuje, ale méně než je běžné, je vidět, že mu činí obtíže. Znalosti má vyšší než zdravé dítě stejného věku, má rád matematiku. Adama deprimuje, když se mu ve škole nedaří, pak se i rozpláče. Moc často se to ale nestává. Učí se rád a bez obtíží, je zvědavý, často klade otázky. Dokáže si zapamatovat velké množství dat a událostí (např. si pamatuje, kdo má kdy svátek), které těžko využívá v běžném životě. David se chová klidně, rád si dlouze čte nebo se věnuje něčemu, co ho zajímá. Je svědomitý, pečlivě se snaží do školy připravovat. Doma je velmi pořádný, vše má své jasně dané místo, vždy ví, kam si co odložil. Jasně se projevují potíže se sociální interakcí, ač ji v rodině nacvičují. Některým sdělením nerozumí, nechápe například anekdoty. Vždy je lepší, když o situaci, která nastane, ví dopředu, je schopný se na ní v rámci možností připravit a přizpůsobit se jí. Co se týče komunikace, příliš ji nevyhledává. Neverbální komunikace neodpovídá normě, nerozumí ji.

V případě Adama se ukázalo jako problematické rozpoznat, co je projevem jeho zdravotního znevýhodnění a co projevem toho, že vyrůstá v náhradní rodině. Náhradní rodina zjistila diagnózu před pár lety a sami si dříve mysleli, že veškeré nestandardní projevy v Davidově chování jsou následkem ústavního prostředí a nepodnětného prostředí biologické rodiny, kde David žil.

Tab. 8 - Porovnání projevů - David

PŘEDADAPTAČNÍ OBDOBÍ	ADAPTAČNÍ OBDOBÍ	SOUČASNOST (cca 6 let po příchodu do rodiny)
- tichý, klidný	- spíše klidný	- klidný, nekonfliktní, svědomitý, pečlivý, pořádný
/	- Těžká adaptace na nové prostředí	- v případě předchozí přípravy na změnu ji zvládá poměrně dobře
- motorika v normě	- motorika v normě - nemaloval - lehce neobratný - bez obtíží se sebeobsluhou či hygienou	- lehce neobratný - nevyhledává fyzické aktivity
- občasný usedavý pláč	- častý pláč, i ze spaní	- pláč pouze v případě neúspěchu či nelibosti
- strach z hlučných míst a věcí	- strach z hlučných míst a věcí	- strach z hlučných míst a věcí
- vyhledávání samoty - nelibost v kolektivu, mezi lidmi	- vyhledávání samoty - nelibost v kolektivu	- vyhledávání samoty - sociální interakce v rozvoji - 2 kamarádi, občasné zapojení do kolektivních činností
- hra o samotě s jednou hračkou - Záliba v knížkách	- hra o samotě - záliba v knížkách, autech, dinosaurech - Rozebírání hraček	- hra o samotě - záliba v knížkách, autech, broucích - rozebírání věcí, pomáhá pěstounovi v garáži
- nekomunikativnost	- bez potřeby komunikace - jednoduché a krátké věty	- nízká frekvence očního kontaktu - někdy potíže s porozuměním

	- o sobě mluvil ve 3. osobě	- komunikaci nevyhledává - nerozumí neverbální komunikaci - nutné dodržovat stanovená pravidla
-	- vztah s pěstounkou v rozvoji - fyzický kontakt nenavazoval	- kladný vztah s celou pěstounskou rodinou - fyzický kontakt v případě potřeby na sebe upozornit, nemazlí se
- výborná paměť	- výborná paměť	- nadprůměrná paměť a intelekt

6.4 Výsledky dotazníkového šetření

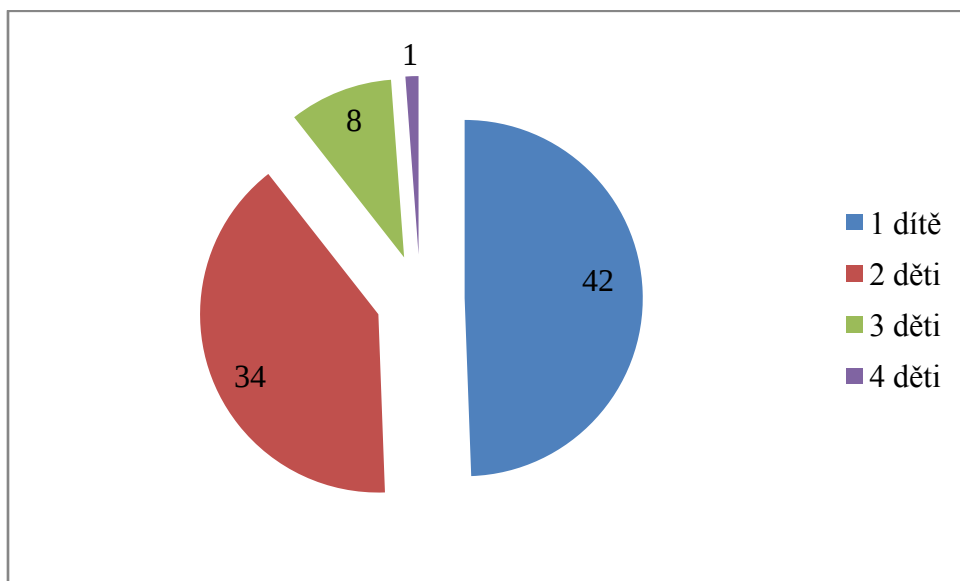
Výsledky dotazníkového šetření jsou vyobrazeny převážně ve výsečových grafech, pokud to otázka dovoluje. Využit je i graf sloupcový pro přehlednost dané otázky. V ostatních případech jsou popsány slovní odpovědi a z nich vyvozeny závěry.

6.4.1 Reflexe pěstounů k zajištění pěstounské péče

Funkčnost pěstounské péče může do určité míry ovlivňovat počet dětí umístěných do pěstounské péče nebo žijících v pěstounské rodině, proto bylo výzkumným šetření zjišťováno, kolik dětí má pěstounská rodina v péči a jakého jsou pohlaví a věku. Také zda pěstouni vychovávají souběžně i své vlastní biologické děti, příp. jaký je jejich věk a pohlaví.

Otázka č. 3

Kolik dětí máte v pěstounské péči a jakého jsou pohlaví?



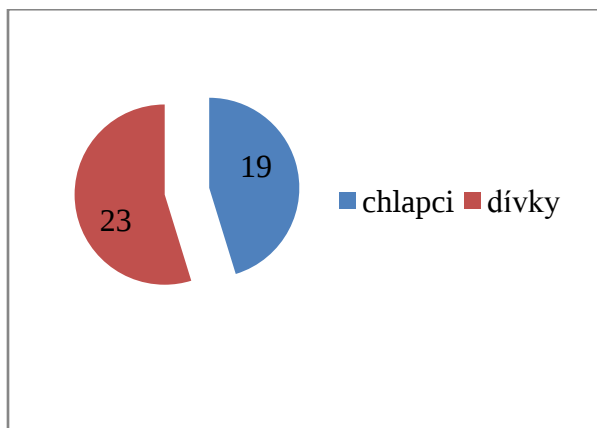
Graf č. 1 – Množství dětí umístěných v pěstounské péči

Celkem v dotazníku pěstouni vypsali, že mají v péči umístěno 138 dětí. Polovina dětí je v pěstounské péči umístěna samostatně, 40 % pěstounů dalo náhradní rodinu dvěma dětem, 9 % třem dětem a jeden pěstoun uvedl, že má ve své pěstounské péči 4 děti.

Pohlaví u dětí v pěstounské péči

Následující grafy znázorňují zastoupení jednotlivých pohlaví v pěstounské péči v návaznosti na množství dětí umístěných do náhradní rodiny.

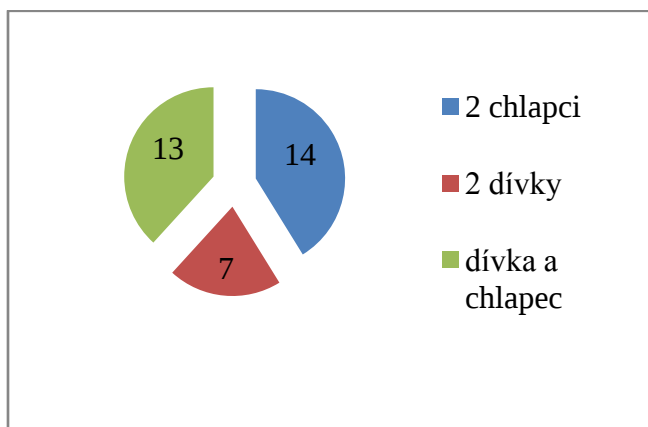
A/ Rodina s jedním dítětem v pěstounské péči



Graf č. 2 – Pohlaví dětí v pěstounské rodině s jedním dítětem

V rodině pěstounů s jedním umístěným dítětem převládají nepatrně dívky oproti chlapcům.

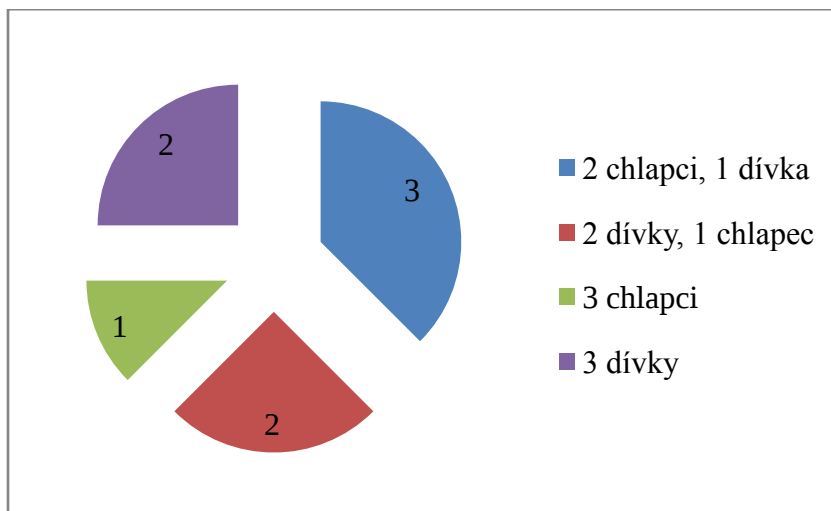
B/ Rodina se dvěma dětmi v pěstounské péči



Graf č. 3 – Pohlaví dětí v pěstounské rodině se dvěma dětmi

V pěstounských rodinách se dvěma umístěnými dětmi se nachází nejvíce 2 chlapci, o jednu méně jsou umístěny dvě dívky, 7x se objevila odpověď dívka a chlapec – 15 dívek a 11 chlapců.

C/ Rodina se třemi dětmi v pěstounské péči



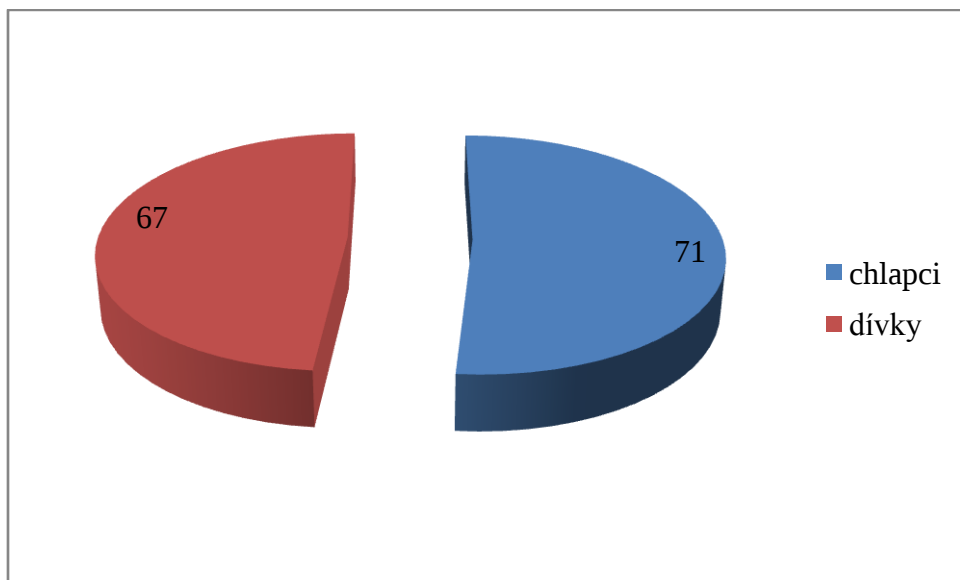
Graf č. 4 – Pohlaví dětí v pěstounské rodině se třemi dětmi

Jako nejčastější se na základě dotazníku ukázalo, že mají pěstouni ve svých rodinách při počtu tří umístěných dětí 2 chlapce a jednu dívku (3x), dva respondenti uvedli, že mají v pěstounské péči 2 dívky a 1 chlapce a 3 dívky. Jeden pěstoun odpověděl, že do své rodiny přijal 3 chlapce.

D/ Rodina se čtyřmi dětmi v pěstounské péči

Pěstoun se čtyřmi dětmi v pěstounské péči zodpověděl dotazník pouze jeden, umístěny jsou dvě dívky a dva chlapci.

Celkové rozložení pohlaví dětí umístěných v pěstounských rodinách



Graf č. 5 – Celkové rozložení pohlaví dětí umístěných v pěstounských rodinách

Ze 138 dětí, které jsou umístěny v pěstounských rodinách pěstounů, kteří zodpovídali dotazník, převažují chlapci s množstvím 71 (51 %), dívek je 67 (49 %).

Otázka č. 4

Jaký je věk dítěte/děti, které máte v pěstounské péči?

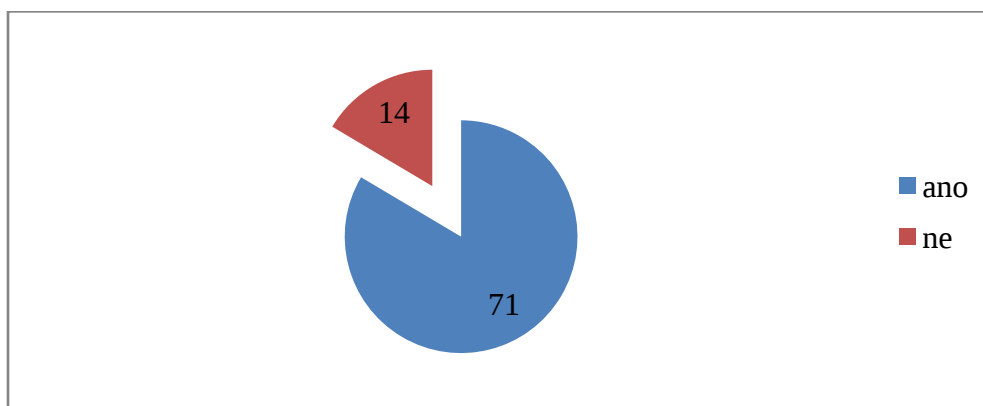


Graf č. 6 – Počet dětí dle aktuálního věku v pěstounské péči respondentů

Z grafu je zřejmé, že nejvíce mají v pěstounské péči respondenti aktuálně děti ve věku 7 let, následují děti ve věku 5 let, 4 roky, 6 let a pak 12 let. Ostatní věkové kategorie jsou zastoupeny méně často.

Otázka č. 5

Máte i vlastní biologické děti, které vyrůstají spolu s dětmi, které máte v pěstounské péči?



Graf č. 7 – Přítomnost biologických dětí pěstounů vyrůstajících současně s dětmi v pěstounské péči

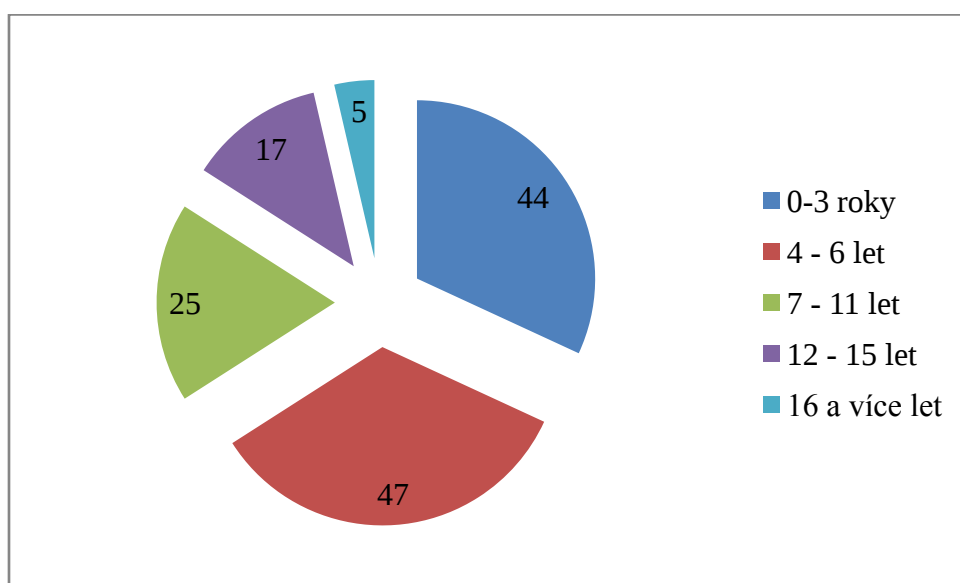
Většina (84 %) pěstounů uvedla, že v rodině souběžně vyrůstají jak jejich biologické děti, tak děti v rámci pěstounské péče.

Psychický vývoj dětí v pěstounské péči je ovlivněn věkem, v kterém se dítě do pěstounské péče dostalo. Další významnou složkou, která ovlivňuje psychický vývoj dítěte v pěstounské péči, je, odkud bylo dítě do pěstounské rodiny přijato. V případě, že se jednalo o umístění z ústavního prostředí, kde se u dětí často rozvinuje psychická a citová deprivace, také hraje zásadní roli, jak dlouhou dobu zde dítě strávilo.

Otázka č. 6

V kolika letech se k Vám dítě/děti dostalo/y do pěstounské péče? Pokud máte více dětí, označte více možností.

V této otázce jsem se musela pro úplnost informací zpětně respondentů doptávat (s ohledem na množství dětí umístěných do pěstounské péče), v jakém věku jednotlivé děti přijali, protože některé rodiny přijaly více dětí v podobném věku, tudíž odpovědi následně výsledky zkreslovaly. Nakonec jsem danou informaci získala o všech 138 dětech.

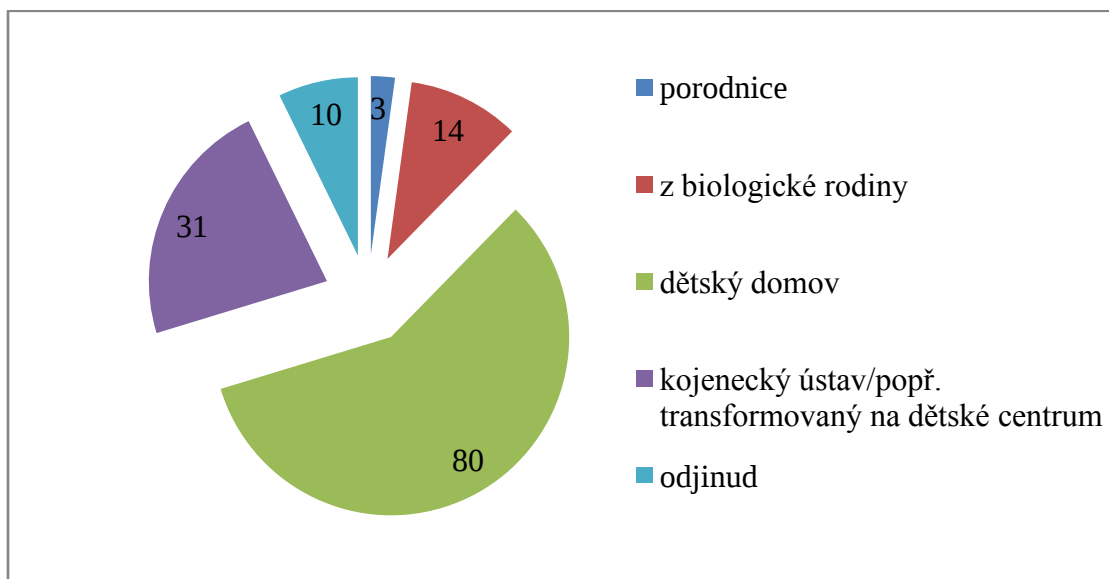


Graf č. 8 – Věk dítěte při příchodu do pěstounské rodiny

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 34 % dětí se do pěstounské rodiny dostalo ve věku mezi 4 až 6 lety, 32 % do 3 let věku, 25 respondentů (18 %) mezi 7 až 11 lety. Starší děti již pak byly umístěny do rodin méně často a dle zjištěných informací převážně společně s mladším sourozencem.

Otázka č. 7

Odkud k Vám bylo/y dítě /děti umístěno/y? – můžete označit více variant

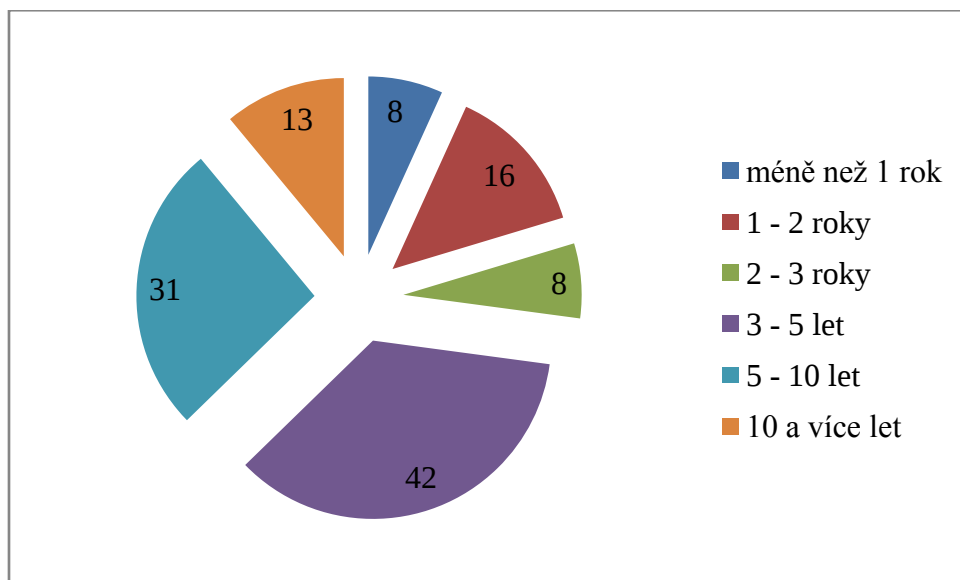


Graf č. 9 – Umístění dítěte před příchodem do současné pěstounské rodiny

Velká část (81 %) dětí přichází do pěstounské péče z ústavního prostředí dětského domova (58 %) či kojeneckého ústavu/popř. transformovaného na dětské centrum (23 %), ačkoliv se od ústavní výchovy jako první volby pomalu odstupuje. Z porodnice dítě do pěstounské péče přijali pouze tři respondenti, z biologické rodiny pak 14 odpovídajících. U možnosti jiné se objevili odpovědi – Fond ohrožených dětí (FOD) Klokánek (6) či pěstouni na přechodnou dobu (4).

Otázka č. 8

Pokud bylo dítě/děti, které máte nyní v pěstounské péči, předtím umístěno/y v některém z ústavních zařízení, jak dlouhou dobu zde strávilo/y? (Pokud dítě, které máte v pěstounské péči, neprošlo ústavním zařízením, otázku, prosím, vynechejte)



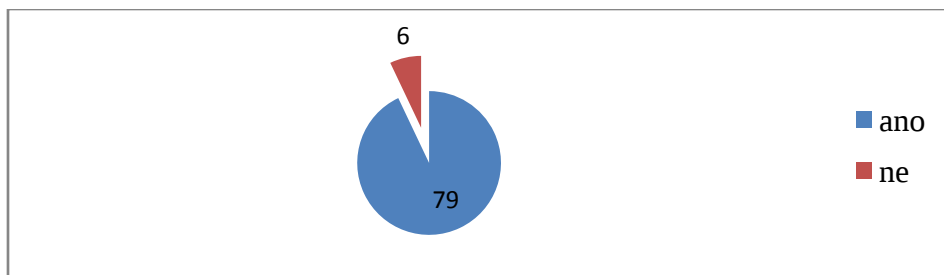
Graf č. 10 – Doba strávená dítětem v ústavním zařízení před příchodem do pěstounské péče

Z grafu je patrné, že nejčastěji děti, které jsou v rámci dotazníkového šetření zkoumány, trávily v ústavní výchově 3 až 5 let (36 %) a 5 až 10 let (26 %). 13 % dotazovaných uvedlo, že dítě trávilo v ústavním prostředí 1 až 2 roky, 11 % 10 a více let (jednalo se většinou o sourozence mladších dětí, které byly taktéž v ústavním zařízení), 7 % dětí trávilo v ústavním zařízení 2 až 3 roky. Méně než 1 rok v ústavní výchově trávilo taktéž 7 % dětí dotazovaných pěstounů.

Další otázky dotazníkové šetření byly směřovány k projevům odlišností u dětí v pěstounské péči oproti dětem, které vyrůstají v biologických rodinách. Pěstouni měli označit a případně dále vypsát, zda a jaká specifika u dětí v pěstounské péči pozorují. V případě, že pěstouni zvláštnosti pozorují, předpokládala jsem, že budou využívat odborných služeb k řešení daných problémů. Tento předpoklad byl ověřován další otázkou dotazníkového šetření.

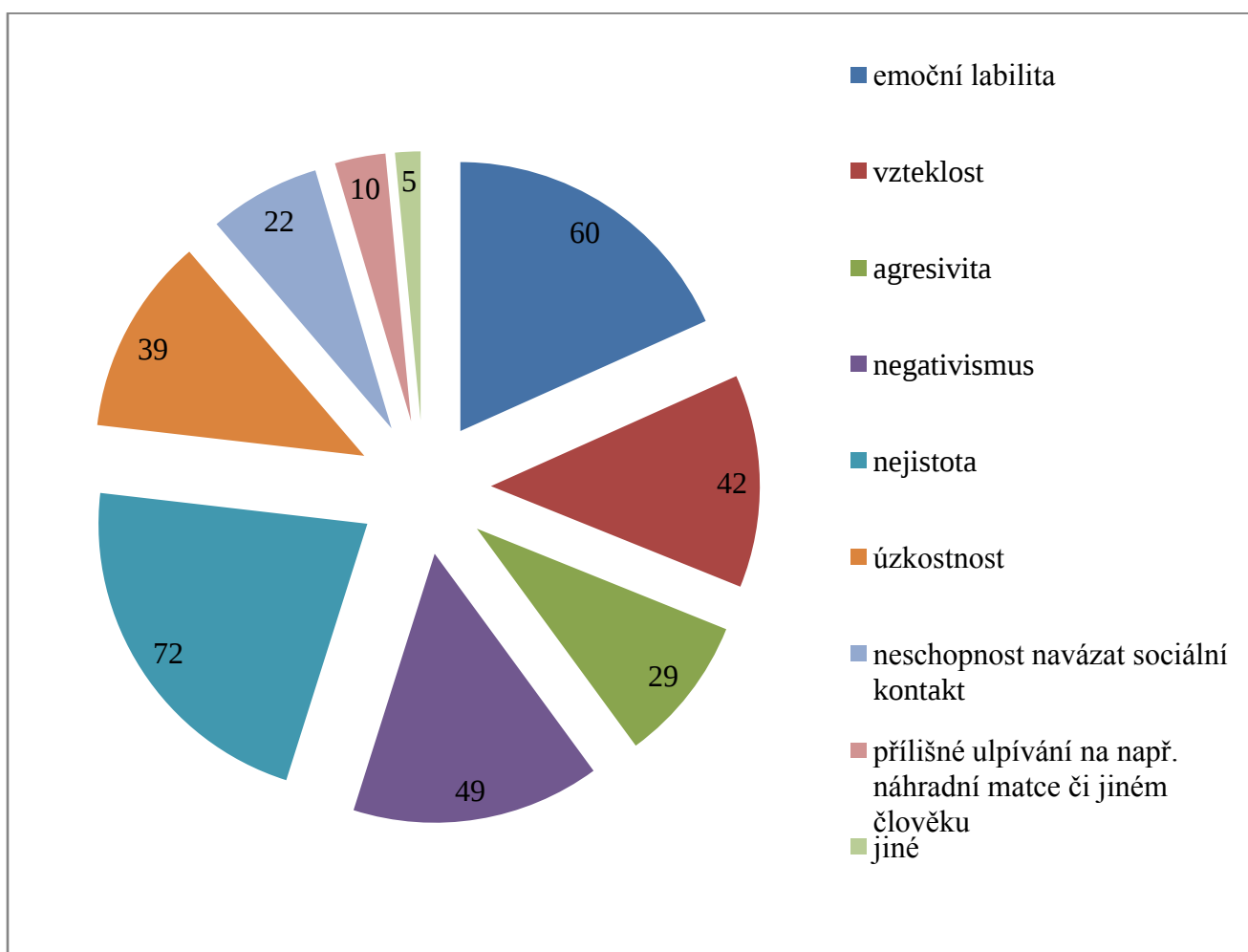
Otázka č. 9

Pozorujete na dítě/dětech, které máte v pěstounské péči, nějaké odlišnosti oproti dětem, které vyrůstají ve svých biologických rodinách?



Graf č. 11 – Přítomnost specifík u přijatých dětí do pěstounské rodiny

Velká většina respondentů uvedla, že nějaká specifika u dětí pozorují, konkrétně 93 %. Pouze 7 % odpovídajících specifika nepozoruje.

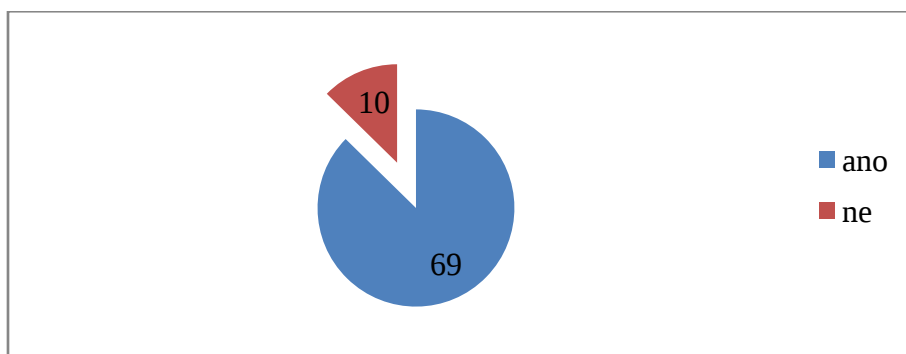


Graf č. 12 – Konkrétní projevy odlišností dětí umístěných v pěstounské péči

Respondenti měli v této dotazníkové otázce možnost uvést více odpovědí. Nejčastěji volenou odpovědí byla nejistota (22 %) a emoční labilita (18 %). V závěsu se pak drží možnosti negativismus (15 %), vzteklost (13 %) a úzkostnost (12 %). 29x se v dotazníku setkáváme s odpovědí, že se děti projevují agresivně (9 %), neschopnost navázat sociální kontakt se objevuje v 7 %, přílišné ulpívání na matce označilo 10 respondentů (3 %). Možnosti jiné využilo 5 odpovídajících. Uváděli, že se děti projevují ještě navíc pasivitou až apatií, ulpíváním na minulosti, upozorňováním na sebe nežádoucími způsoby.

Otázka č. 10

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a za a) – prosím uveďte, zda využíváte služeb, které mohou daná specifika pomoci dítěti řešit?



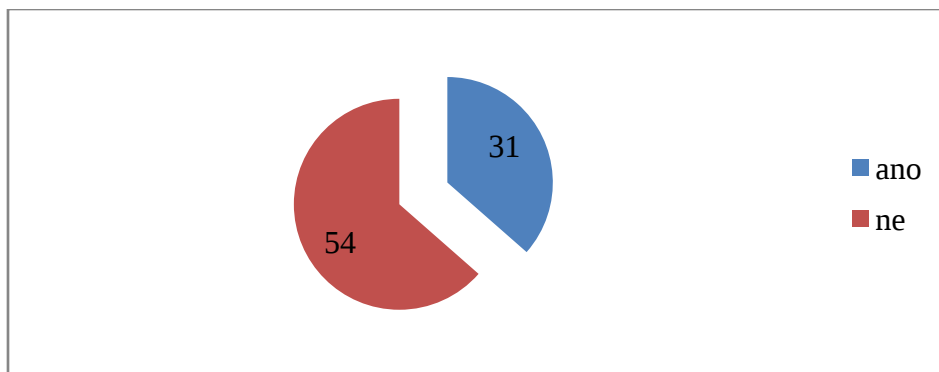
Graf č. 13 – Využívání odborných služeb k řešení projevujících se specifík u dětí v pěstounské péči

Ze 79 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že se děti v jejich náhradní rodině projevují určitými odlišnostmi, jich 69 využívá odborných služeb k řešení projevujících se specifík, celkem 87 %. Mezi využívanými službami se objevily tyto odpovědi: nejčastěji doprovázející organizace a využívání služeb psychologů, dále setkávání s pěstouny a dětmi s obdobnými problémy, využívání pobytových služeb pro pěstouny a děti.

Typickým jevem v oblasti pěstounské péče je, že děti se zdravotním znevýhodněním nebývají do pěstounské péče umisťovány tak často, jako děti zdravé. V rámci dotazníkového šetření byl proto zjišťován pohled pěstounů na pěstounskou péči o dítě se zdravotním znevýhodněním, konkrétně zda by osobně byli ochotni vzít si do pěstounské péče dítě se zdravotním znevýhodněním a případně jaké konkrétní znevýhodnění by akceptovali.

Otázka č. 11

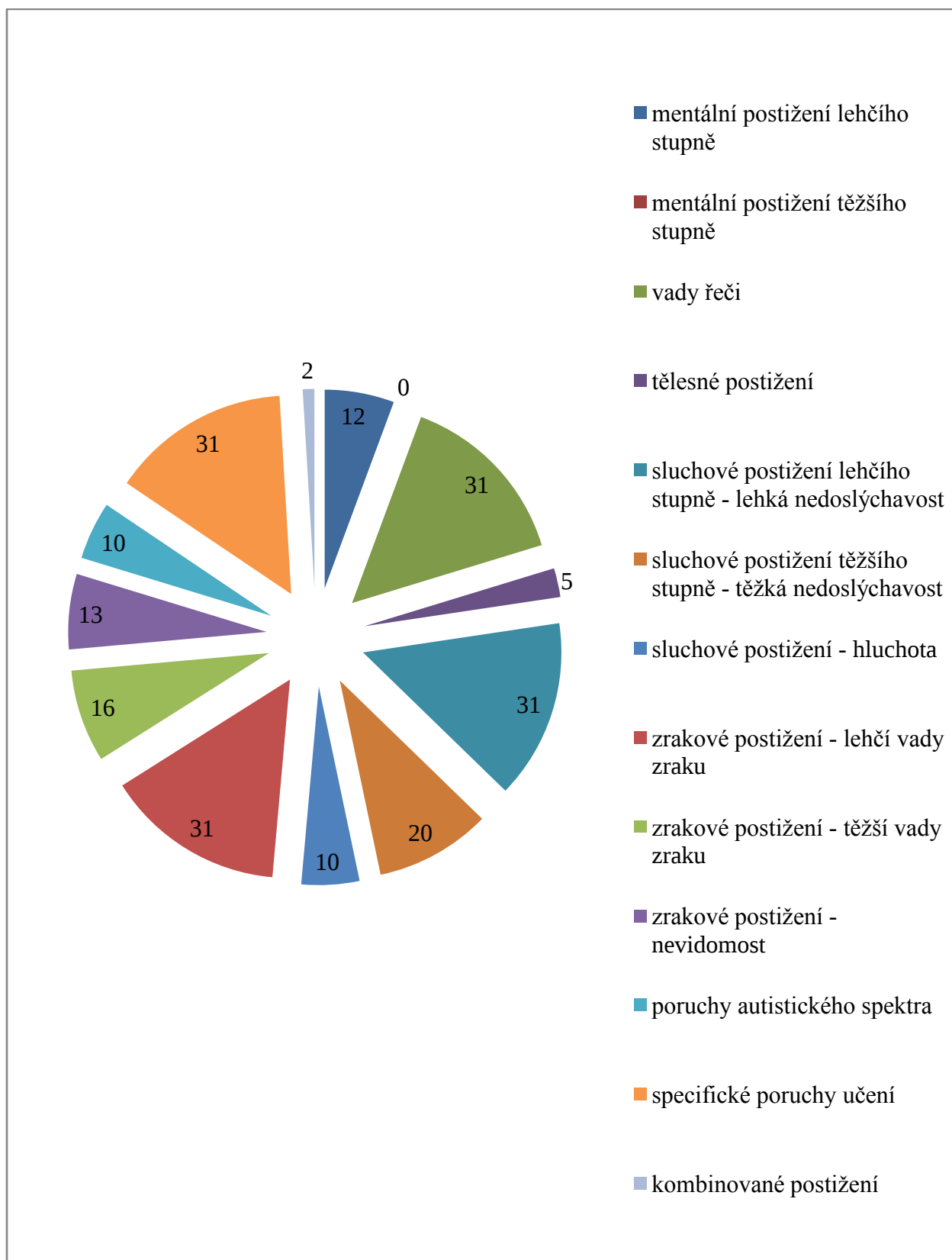
Uvažoval/a jste nad možností, že byste do pěstounské péče přijal/a dítě s určitým zdravotním znevýhodněním, které by vyžadovalo větší péči?



Graf č. 14 – Ochota přijmout dítě se zdravotním znevýhodněním do pěstounské péče

36 % odpovídajících označilo, že nad možností přijmout dítě se zdravotním znevýhodněním uvažovalo. Ostatních 54 respondentů uvedlo, že nad tímto neuvažovali (64 %) – nejčastějšími uváděnými důvody byl strach z nezvládnutí péče o postižené dítě či že chtějí zdravé dítě.

Akceptované zdravotní znevýhodnění při úvahách o přijetí dítěte do pěstounské péče



Graf č. 15 - Akceptované zdravotní znevýhodnění při úvahách o přijetí dítěte do pěstounské péče

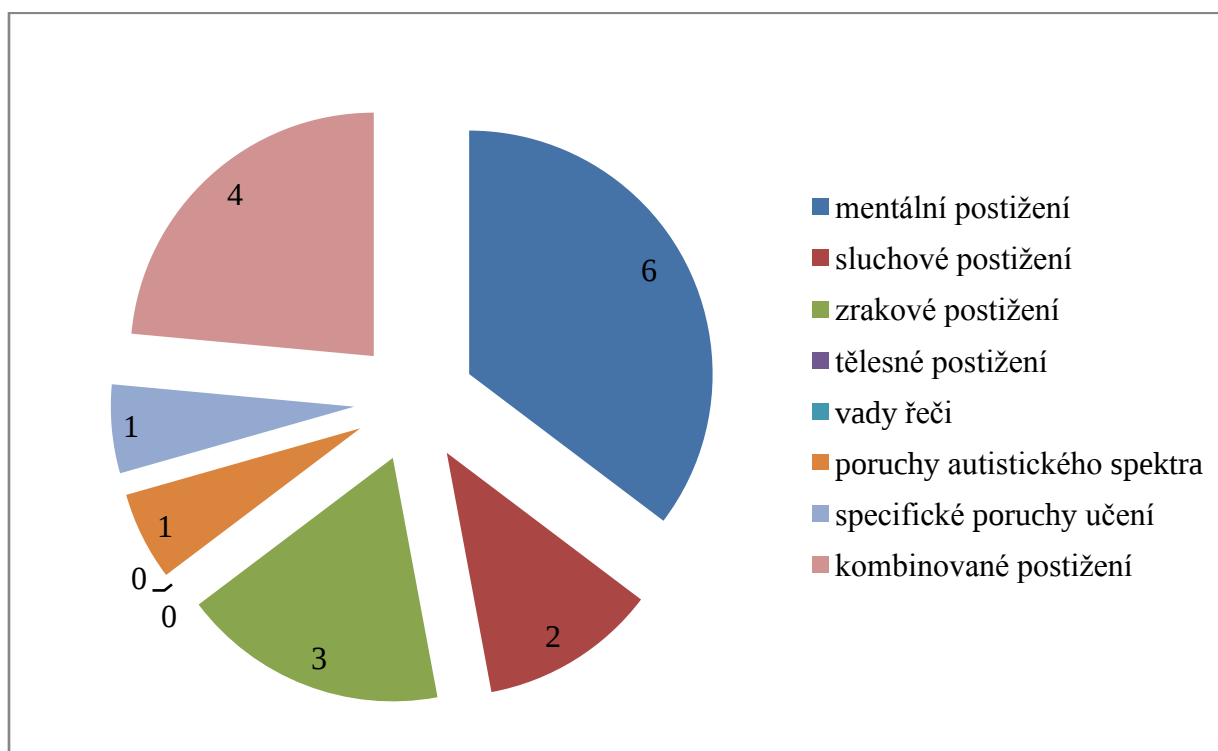
Z grafu vyplývá, že nejčastěji by pěstouni akceptovali přijetí dítěte s vadami řeči (31 %), specifickými poruchami učení (15 %), lehkým sluchovým postižením (15 %) a lehkým zrakovým postižením (15 %). Naopak respondenti uvedli, že mentální postižení těžšího stupně je pro ně neakceptovatelné, možnost neoznačil nikdo. Kombinované postižení uvedli 2 respondenti (1 %) a tělesné postižení 5 respondentů (2 %).

Ostatní odpovědi:

- mentální postižení lehčího stupně – 12 respondentů, 6 %;
- sluchové postižení těžšího stupně – 20 respondentů, 9 %;
- sluchové postižení – hluchota – 10 respondentů, 5 %;
- zrakové postižení – těžší vady zraku – 16 respondentů, 7 %;
- zrakové postižení – nevidomost – 13 respondentů, 6 %
- poruchy autistického spektra – 10 respondentů, 5 %.

Další otázky z dotazníkového šetření byly určeny pouze pro pěstouny, kteří mají v pěstounské péči dítě se zdravotním postižením/znevýhodněním. Celkem na druhou část dotazníku odpovídalo 17 respondentů. Bylo zjišťováno, jaké zdravotní znevýhodnění má dítě, které pěstouni přijali do své rodiny a co pěstouny vedlo k přijetí takového dítěte do rodiny.

Jaké zdravotní znevýhodnění má dítě umístěné ve vaší pěstounské péči?



Graf č. 16 – Typ zdravotního znevýhodnění u dětí v pěstounské rodině respondentů

Nejvíce respondentů má v pěstounské péči dítě s mentálním postižením (6 pěstounů, 35%), poté se nejvíce objevila odpověď kombinované postižení (4 respondenti, 23 %). Tři respondenti uvedli, že v rámci pěstounské péče vychovávají dítě se zrakovým postižením a dva se sluchovým postižením. Jeden člověk uvedl, že dítě má diagnostikovanou specifickou poruchu učení a jeden uvedl poruchy autistického spektra. Zajímavé bylo, že v předchozí otázce tento člověk neuvedl, že by poruchu autistického spektra akceptoval u dítěte, které by si bral do pěstounské péče.

Kombinovaná postižení byla v dotazníkovém šetření zastoupena tato:

- mentální postižení se sluchovým postižením;
- mentální postižení se zrakovým postižením;
- sluchové postižení s vadami řeči;
- vady řeči a specifické poruchy učení.

Otázka č. 13

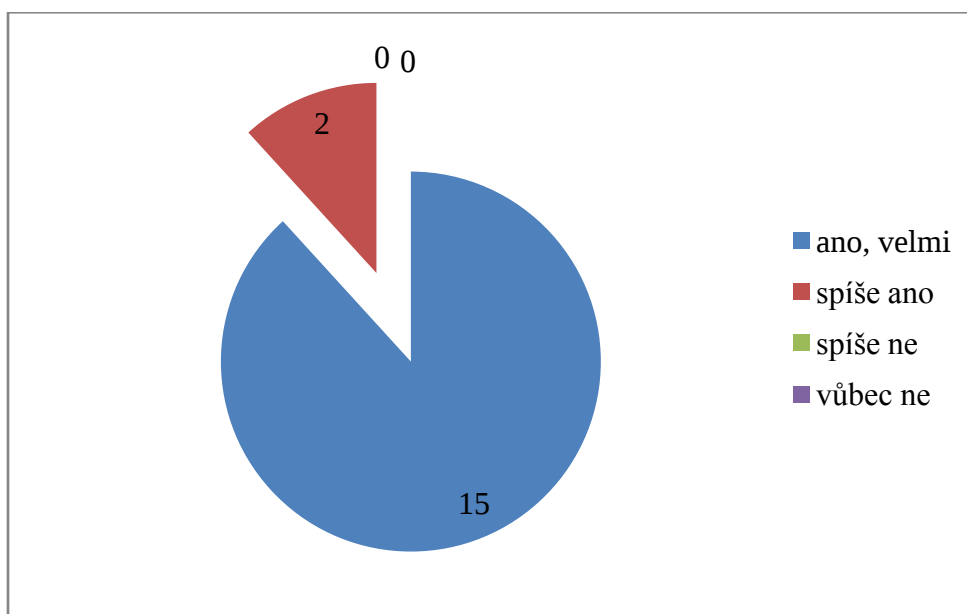
Co Vás vedlo k tomu, že jste si do pěstounské péče vzal/a dítě s handicapem?

Nejčastěji se mezi odpověďmi nacházely různé obměny potřeby někomu pomoci a starat se o děti se zdravotním postižením. Objevila se i potřeba osobního naplnění vlastního života.

Další otázky byly směřovány na zjišťování projevů odlišností ve vývoji dítěte se zdravotním znevýhodněním v pěstounské péči oproti dětem se zdravotním postižením v biologické rodině.

Otázka č. 14

Lišily si Vaše představy o tom, jaké bude soužití s dítětem s postižením a jak náročná bude péče o něj, od reality?

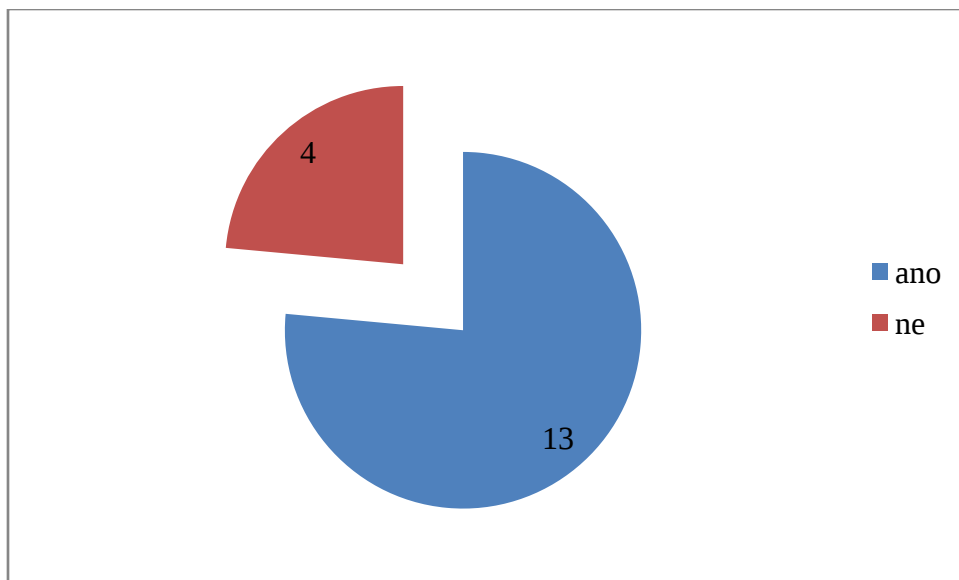


Graf č. 17 – Představy vs. realita soužití s dítětem se zdravotním postižením

Z odpovědí vyplývá, že všichni respondenti si představovali soužití s dítětem s postižením jinak, než jaké pak reálně soužití je. 12 % pěstounů uvedlo, že se jejich představa od reality lišila velmi, 2 respondenti (12 %) uvedli, že jejich představy se spíše lišily. Nikdo neuvedl, že by realita byla stejná jako očekávání.

Otázka č. 15

Pocitujete určitá specifika v tom, že vaše dítě, které má zdravotní handicap, je navíc ještě v náhradní rodině?



Graf č. 18 – Dítě s postižením v pěstounské péči a jeho specifika očima pěstounů

Pouze čtyři respondenti uvedli, že specifika nepozorují. Většina pěstounů (76 %) vnímá určitá specifika u dětí se zdravotním postižením, které navíc prochází náhradní rodinnou péčí. Uváděli následující specifika –

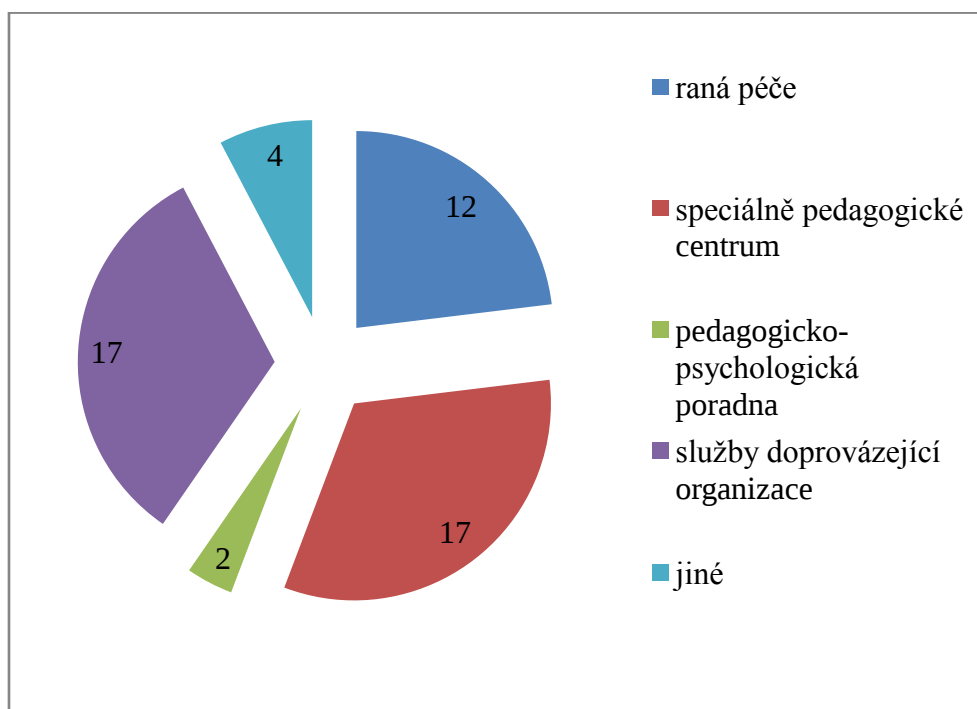
- neschopnost navázat typický vztah matka x dítě;
- přehnaná úzkostnost a strach se ztráty rodiny, nečekané reakce na běžné situace (pěstoun uvedl případ, kdy dítě reagovalo neadekvátně na panenku, aniž by věděl proč);
- při příchodu do pěstounské rodiny horší projevy postižení než jsou nyní po určité době v rodině;
- netypické projevy k danému postižení, které vnímají jako vliv předchozího nepodnětného prostředí;
- fantazírování, časté lhaní netypické pro věk dítěte;
- agresivita vůči okolí, která postupně vymizela;
- noční děsy, neutišitelný pláč.

Když se do rodiny narodí dítě se zdravotním postižením, rodiče následně využívají různých odborných služeb ke konzultaci potřeb dítěte. Pro potvrzení stanovených hypotéz a naplnění

dílčích cílů diplomové práce bylo dále zjišťováno, zda a případně jakých služeb i pěstouni dětí se zdravotním postižením využívají či v minulosti využívali. Také byly otázky zaměřeny na potřeby pěstounů – zda jim připadají současně poskytované služby dostatečné a zda by ještě určitou službu či pomoc potřebovali.

Otázka č. 16

Jakých služeb jste s ohledem na věk a postižení dítěte využívali či v současné době využíváte?



Graf č. 19 – Služby využívané pěstouny zdravotně znevýhodněných dětí

Pěstouni dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, konkrétně zdravotním znevýhodněním, využívají hlavně služeb doprovázejících organizací a služeb speciálně pedagogického centra (všech 17 respondentů). Dvanáct respondentů označilo, že využívají/využívali služeb rané péče. Dva respondenti uvedli, že využívají služeb pedagogicko-psychologické poradny. U odpovědi jiné uvedli respondenti, že navštěvují a využívají tak i dalších služeb neziskových organizací specializovaných pro daná postižení dětí.

Jaké služby či jakou pomoc byste ještě uvítal/a s ohledem na postižení dítěte, které máte v pěstounské péči?

Odpovídající uváděli velmi podobné odpovědi, ze kterých vyplývá, že jim chybí častější dostupnost a možnost osobní asistence, volnočasové aktivity pro děti, odlehčovací služby v případě potřeby a služby, ve kterých se dají navázat přátelství mezi dětmi. Odborné služby zaměřené na konkrétní postižení či související s pěstounskou péčí, které by pěstounům chyběly, se v odpovědích neobjevily.

6.5 Možnosti speciálně-pedagogické podpory pěstounských rodin

V rámci realizovaných výzkumných šetření se prokázalo, že náhradní rodiče sami vyhledávají a využívají speciálně-pedagogické sítě služeb. Byly zmiňovány služby speciálně-pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden, služeb středisek rané péče, služeb speciálního školství, dále také služby sociální – služby zajišťující doprovázení pěstounských rodin, služby zaměřené na konkrétní potřeby lidí se zdravotním postižením. V rámci těchto zjištění uvádím následující doporučení pro pěstouny dětí, u kterých se dříve zmíněné speciální (nejen vzdělávací) potřeby vyskytnou:

1) Využívání služeb speciálně-pedagogických center

V rámci toho, jaké služby poskytují speciálně-pedagogická centra, je jejich využívání pěstouny dětí se speciálními vzdělávacími potřebami žádoucí. SPC poskytují poradenské služby zejména v oblasti edukace žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem. Jedno centrum poskytuje poradenské služby v rozsahu odpovídajícímu jednomu nebo více druhů znevýhodnění. SPC zjišťují připravenost žáků, specifikovaných viz výše, na povinnou školní docházku, zjišťují speciální vzdělávací potřeby těchto žáků, zpracovávají odborné podklady pro nastavení podpůrných opatření, vypracovávají zprávy z vyšetření žáků a doporučení k jejich vzdělávání. SPC taktéž vykonávají speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytují poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji výše zmíněných žáků, pomáhají mimo jiné také ve zjišťování individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a podílí se na začleňování do společnosti. Další činností SPC je poskytování různých druhů podpory i zákonným zástupcům žáků. (§ 6 vyhlášky

č. 197/2016 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních) Z výše uvedeného vyplývá, že SPC může náhradním rodičům dětí se speciálními vzdělávacími potřebami poskytnout komplexní péči a pomoc zahrnující zajištění diagnózy, práci s ní, možnosti dalšího rozvoje dítěte a v neposlední řadě i podporu pro náhradní rodiče. SPC úzce spolupracují s rodiči dítěte i se školou, kam dítě dochází, spolupráci koordinují.

2) Využívání služeb pedagogicko-psychologických poraden

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) se taktéž zabývají dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami. Poradny poskytují služby pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogického poradenství, stejně tak pedagogicko-psychologickou a speciálně pedagogickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Mezi činnosti PPP patří zjišťování pedagogicko-psychologické připravenosti žáků na školní docházku a vydávání a zpracovávání následných doporučení s návrhy podpůrných opatření, zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáků, provádění psychologických a speciálně pedagogických vyšetření žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. PPP taktéž poskytují žákům přímou speciálně pedagogickou a psychologickou intervenci, poskytuje poradenské služby žákům se zvýšením rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji. Zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům, kteří tyto žáky vzdělávají, poskytuje PPP poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků. PPP se zaměřuje i na poradenské služby pro žáky z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami. (§ 5 vyhlášky č. 197/2016 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních) PPP jsou opět zřizovány jako školská poradenská zařízení na základě zákona č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Opět se jeví jako žádoucí služeb PPP využívat, PPP může pomoci náhradním rodičům s problémy, které se u dítěte vyskytnou. Odborníci v PPP jsou schopni nastítnit možnosti řešení a dalšího vývoje dítěte v oblasti školních dovedností. Pro náhradní rodiče i jim svěřené děti může PPP poskytovat oporu a náhled na práci, kterou společně vykonávají.

3) Využívání služeb středisek výchovné péče

Střediska výchovné péče (SVP) jsou zařazena mezi školská zařízení preventivně výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a jsou zřizována na základě zákona č. 333/2012 Sb. O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. § 16 tohoto

zákona říká, že SVP poskytuje služby dětem s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a také osobám odpovědným za výchovu. SVP poskytují například služby terapeutické za účelem urychlení integrace rodiny, služby diagnostické, vzdělávací, služby speciálně pedagogické a psychologické, které směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování a směřující k integraci osobnosti klientů SVP. Na SVP se lze obrátit i v případě potřeby výchovných a sociálních služeb vztahujících se k osobnosti klienta SVP k jeho rodinné situaci. Střediska spolupracují s PPP i SPC. S ohledem na výše zmíněné lze pěstounům doporučit využívání ambulantních služeb SVP, kde mohou využít služeb poradenství a podpory, rodinné terapie či individuální sezení, možnosti psychologického vyšetření dítěte a jeho následnou diagnostiku. SVP může v rámci svých ambulantních služeb náhradním rodičům poskytnout účast na např. tematických rodičovských skupinách či skupinových programech. Na SVP je možné se obrátit, když pěstouni mají problémy v rodinných vztazích nebo jejich děti v pěstounské péči mají různé školní problémy, pocítují neúspěch ve škole, nerozumí si s vrstevníky. Taktéž je vhodné SVP požádat o pomoc, když má dítě osobnostní či psychické problémy, poruchy chování nebo v akutních krizových stavech – tyto oblasti jsou v rámci pěstounské péče velmi časté, proto se jeví jako žádoucí služby SVP pěstounům doporučit.

4) Využívání služeb školních poradenských pracovníků

Mezi školní poradenské pracovníky patří školní speciální pedagog, školní psycholog, výchovný poradce a školní metodik prevence. Každý ředitel základní, střední či vyšší odborné školy zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole školním poradenským pracovištěm. Pracovníci tohoto pracoviště zajišťují mimo jiné i poskytování podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, podpůrná opatření sledují a vyhodnocují jejich účinnost, poskytují odporu vzdělávání a sociálního začleňování žáku z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami, pomáhají předcházet rizikovému chování dětí. Taktéž zajišťují spolupráci a komunikaci mezi školou a zákonnými zástupci dětí. (§ 7 vyhlášky č. 197/2016 Sb., O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních) Z uvedených činností pracovníků školního poradenského pracoviště lze doporučit pěstounům se v případě obtíží na ně obrátit.

5) Využívání služeb osobní asistence/asistence pedagoga

V rámci školního vzdělávání může dítě s ohledem na své zdravotní postižení využívat služeb asistenta pedagoga či osobního asistenta. Za osobního asistenta pokládáme takového člověka,

který poskytuje péči klientovi v jeho přirozeném prostředí, dobrovolně nebo za dohodnutou finanční odměnu hrazenou z příspěvku na péči. V případě osobní asistence se jedná o terénní sociální službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, onemocnění či zdravotního postižení, a tato situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Osobní asistent zajišťuje například pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu. Z hlediska pedagogického zdůrazním pomoc při výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech, taktéž napomáhá zprostředkovat kontakt se společenským prostředím. (§ 39 zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) Oproti tomu asistent pedagoga je pedagogický pracovník, je zaměstnancem školy a působí ve třídě, v níž je začleněn žák nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Asistent pedagoga není k dispozici pouze žákovi, ale celé třídě, napomáhá vyučujícímu pedagogovi. (§ 5 Vyhlášky č. 27/2016 Sb. O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných) Asistent pedagoga či osobní asistent může hrát zásadní roli v tom, jakým způsobem dítě se speciálními vzdělávacími potřebami bude zvládat nároky povinné školní docházky.

6) Využívání služeb rané péče

Služby rané péče spadají pod sociální služby, přesto je považuji za důležité zdůraznit. Jedná se o terénní službu, může být doplněna ambulantní formou služby, je poskytována dítěti, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, a jeho rodičům do 7 let věku dítěte. Služba je zaměřena na podporu jak rodiny, tak i podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. (§ 54 zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách) Z definice rané péče vyplývá její jasná užitečnost v případě, kdy pěstouni do své rodiny přijmou dítě se specifickými potřebami zapříčiněnými zdravotním postižením nebo ohroženým vývoje. Pracovníci středisek rané péče pomohou rodině zorientovat se v problematice daného zdravotního znevýhodnění dítěte, pomohou rodičům z počátku s běžnými otázkami ohledně péče o dítě, s dítětem i sami pracují. V případě převzetí dítěte v raném věku je dle mého názoru služba rané péče pro pěstouny velmi podstatná.

7) Využívání dalších jiných odborných služeb (sociálních, zdravotnických, ...)

Mezi jiné doporučené služby pro pěstouny bych zařadila služby sociální – aktivní využívání všech služeb doprovázejících organizací, využívání služeb zaměřených na cílovou skupinu lidí s postižením, které má dítě přijaté do pěstounské rodiny diagnostikované, dále služby

odlehčovací, aktivnější využívání služeb osobního asistenta i mimo školní prostředí. Ze služeb zdravotnických zmiňují aktivní spolupráci s odborníky na zdravotní znevýhodnění dítěte, četné konzultace a za zásadní považují včasnou diagnostiku, která může proběhnout práce na základě této spolupráce. V případě potřeby je vhodné využívat služeb psychologů, docházet na různé rodinné terapie. Dále doporučuji pěstounským rodinám setkávání s dalšími pěstouny dětí s podobným znevýhodněním, sdílení zkušeností. Taktéž považuji za důležité se v případě potřeby obracet na pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

7 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo popsat specifika dětí vyrůstajících v pěstounské péči a nastínit možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin na základě zjištěných dat a potřeb pěstounských rodin vyplývajících z realizovaného výzkumného šetření. Hlavní cíl byl naplňován prostřednictvím dílčích cílů.

DC1: Identifikovat nejčastější projevy dětí, nejen se zdravotním postižením, s nimiž se mohou pěstouni při výchově dětí setkat.

První dílčí cíl byl dle mého názoru splněn. Dle zjištěných a popsanych informací z odborné literatury je jasně prokázáno, že děti s ohledem na osobnostní rysy, vnímají svůj odlišný osud a na základě negativních životních zkušeností může být jejich emoční vývoj značně poznamenán. Děti často trpí psychickou deprivací, poruchami attachmentu, dalšími emočními problémy či ústavní deprivací. Problematice specifik ve vývoji dětí, a to i těch se zdravotním postižením, se věnuje v českých kruzích přední psycholožka Marie Vágnerová.

DC2: Ověřit, jaká specifika dětí, nejen se zdravotním postižením, sami pěstouni vnímají.

K naplnění druhého dílčího cíle bylo využito případových studií a dotazníkového šetření. V rámci dotazníkového šetření bylo prokázáno, že většina dotazovaných pěstounů shledává u dětí, které si vzali do pěstounské péče, jisté psychické odchylky (celkem 93 % respondentů). V kazuistických studiích se také objevily nestandardní projevy dětí vzhledem k jejich věku či zdravotnímu znevýhodnění.

DC3: Definovat možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin vychovávajících děti se zdravotním postižením.

Většina respondentů dotazníkového šetření a pěstouni dětí, které byly sledovány pro potřeby kazuistických studií, se shodují na tom, že odborné služby využívají a pomoc potřebují. Jednotlivé nejen speciálně pedagogické možnosti podpory pěstounských rodin jsou definovány v kapitole č. 6.5 Možnosti speciálně pedagogické podpory pěstounských rodin. Tento dílčí cíl tak byl naplněn.

Na základě zhodnocení naplnění dílčích cílů diplomové práce byl hlavní cíl diplomové práce naplněn.

Vyhodnocení hypotéz

H1 – Děti, včetně těch se speciálními vzdělávacími potřebami, umístěné v pěstounské péči, se v emoční oblasti projevují odlišně oproti stejně starým dětem vyrůstajícím v biologických rodinách.

Hypotéza byla potvrzena. Z odpovědí v rámci dotazníkového šetření vyšlo najevo, že většina pěstounů specifika pozoruje. Nejčastěji pěstouni uváděli, že u dětí pozorují pocity nejistoty, emoční labilitu, negativismus, vzteklost a úzkostnost. V menší míře pak byly zastoupeny odpovědi jako agresivita, neschopnost navázat sociální kontakt, ulpívání na náhradní matce, pasivita, apatie, ulpívání na minulosti nebo nevhodné upozorňování na svou osobu. Pěstouni dětí zdravotně postižených, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, také sdělili, že u dítěte v emočních projevech odlišnosti vidí. Objevovali se odpovědi jako neschopnost s dítětem navázat klasický vztah mezi matkou a dítětem, nečekané reakce na běžné situace, lhaní a podobně. V rámci kazuistických šetření se děti oproti jiným stejně starým dětem chovali emocionálně nevyrovnaně a reagovali a chovali se jinak na základě prožitých negativních životních zkušeností z minulosti.

H2 – V čím vyšším věku jsou děti umístěny do náhradní rodinné péče, tím více se v emoční oblasti projevují nestandardním způsobem.

Hypotéza nebyla potvrzena. V dotazníkovém šetření byl kladen dotaz na věk dítěte při přijetí do pěstounské rodiny i na případnou délku pobytu dítěte v ústavním zařízení. Vzhledem k jednotlivým odpovědím, kdy náhradní rodiče udávali podobné nestandardní

emoční projevy bez ohledu na věk přijetí dítěte do pěstounské rodiny, délku pobytu v ústavním zařízení či v předchozím nepodnětném prostředí biologické rodiny.

H3 – Pěstounské rodiny, které přijmou dítě se zdravotním znevýhodněním, potřebují a také využívají speciálně pedagogických služeb.

Hypotéza byla potvrzena. V rámci dotazníkové šetření mezi 17 pěstouny, které mají v pěstounské péči dítě se zdravotním znevýhodněním, jsem zjistila, že pěstouni, ač v různé míře, využívají speciálně pedagogických služeb. Využívají hojně i služeb sociálních. Pěstouni uváděli, že využívají nejvíce služeb doprovázející organizace a následně speciálně pedagogických center. V rámci kazuistických studií bylo také potvrzeno, že pěstouni služeb využívají.

Závěr

Diplomová práce z teoretického hlediska sumarizuje dostupné odborné informace o náhradní rodinné péči se zaměřením na péči pěstounskou, děti se speciálními vzdělávacími potřebami s charakteristikami jednotlivých druhů znevýhodnění a specializuje se na psychický vývoj zdravého a zdravotně postiženého dítěte v pěstounské péči. Výzkumné šetření, na jehož základě byly vyhodnocovány cíle práce, bylo realizováno v podobě dotazníkového šetření mezi 85 pěstouny a případovými studii tří dětí se zdravotním postižením, které žijí v pěstounských rodinách. Výzkum napomohl realizovat vytyčené cíle a ze zjištěných výsledků byly potvrzeny či vyvráceny stanovené hypotézy. Při zpracovávání diplomové práce jsem vycházela z odborné literatury, vlastních zkušeností a poznatků pěstounských rodin.

Hlavní cíl diplomové práce byl naplněn na základě stanovených dílčích cílů, podařilo se zodpovědět stanovené hypotézy. V celkovém světle hodnotím výzkum za zdařilý, v průběhu jednotlivých částí výzkumu jsem přišla na určité body, které by mohly být zpracovány důsledněji či hlouběji. V rámci získaných informací od respondentů by se daly stanovit i jiné cíle diplomové práce či jiné hypotézy, které by mohly nabýt hodnoty pro obory zaměřené na život osob se zdravotním znevýhodněním. Pro mě osobně bylo výzkumné šetření obohacující a inspirativní.

Považuji za důležité, aby v rámci komplexnosti služeb náhradní rodinné péče, nejen té pěstounské, docházelo ke spolupráci všech dostupných a potřebných služeb – ať speciálně-pedagogických, pedagogických, zdravotních či sociálních. Ucelená rehabilitace dokáže při správném využití pomoci zajistit dětem v náhradním rodinném prostředí i náhradním rodičům podporu a jistotu, kterou tolik potřebují. Myslím si, že ač jednotlivé služby spolupracují, vždy je co vylepšovat a je vhodné nezůstávat na jednom místě a hledat další možnosti podpory rodin, které si chtějí dítě do pěstounské péče vzít nebo již takové dítě mají. U lidí, kteří se odhodlají pomoci poskytnutím rodiny dítěti se zdravotním postižením, platí naléhavost využívání služeb dle mého názoru dvojnásobně.

Seznam odborných pramenů a literatury

Seznam publikací

BUBLEOVÁ, Věduna. *Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka*. 3., přeprac. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2014. ISBN 978-80-87455-19-7.

DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GROHOVÁ, Jana. *Dítě v náhradní rodině potřebuje i vaši pomoc!: informace a pracovní listy pro pedagogy*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. ISBN 978--80-87455-06-7.

HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu: 1.díl*. 1.vyd. Praha: SEPTIMA, 1997. ISBN 80-7216-006-0.

HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: FRPSP, 1999. ISBN 80-7216-075-3.

KOLUCHOVÁ, Jarmila. *Psychický vývoj dětí v pěstounské péči*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 1992. ISBN 80-85529-01-7.

KOVAŘÍK, Jiří, Věduna BUBLEOVÁ a Kateřina ŠLESINGEROVÁ. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-957-7.

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

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-85282-83-6.

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

MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Třetí, upravené vydání (ve Vyšehradu první). V Praze: Vyšehrad, 2017, 353 s. ISBN 978-80-7429-797-7.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

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

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

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

PTÁČEK, [Radek, Hana KUŽELOVÁ a Libuše ČELEDOVÁ]. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. ISBN 9788074210402.

PTÁČEK, Radek a kol. *Děti na cestě: Vliv náhradních forem péče na vývoj dětí a život dospělých*. Národní institut pro děti a rodinu, 2015. ISBN 987-80-87066-05-8.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 8024405326.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

RŮŽIČKOVÁ, K. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky: Východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-099-3.

RŮŽIČKOVÁ, Kamila a Jitka VÍTOVÁ. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-424-3.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SMOLÍKOVÁ, Veronika. *Tradice pěstounské péče v českých zemích*. Ostrava: Key Publishing, 2014. Monografie (Key Publishing: European Society for History of Law). ISBN 978-80-7418-218-1.

SYCHROVÁ, Adriana. *Pedagogické aspekty náhradní rodinné péče*. Vydání I. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, 2015. ISBN 978-80-7395-955-5.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7178-546-0.

ŠKOVIERA, Albín. *Dilemata náhradní výchovy: [teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech]*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.

ŠLAPÁK, Ivo a Pavla FLORIÁNOVÁ. *Kapitoly z otorhinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-67-2.

ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4

ŠMAJDOVÁ BÚŠOVÁ, Katarína a Miloš KUČERA. *Profesionální rodičovství: Etnografická studie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2779-3.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80- 7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-414-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. ISBN 978-80-87455-04-3.

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

VALENTA, M., MÜLLER O. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. Vyd. 4. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015, 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9.

VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80- 967108-7-X.

VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. at al. (1999). *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 289 s. ISBN 80-967180-4-5.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10., zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

ZEZULOVÁ, Dagmar. *Pěstounská péče a adopce*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0065-9.

Internetové zdroje

Amina o.p.s. [online]. Liberec, 2014 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://www.amina-nrp.cz/onas.php>

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/>

Landry SH, Smith KE, Swank PR (2006). *Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. Developmental Psychology*;42:627–642. [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z WWW: https://www.oise.utoronto.ca/atkinson/UserFiles/File/News/Landry_et_al_2006_Responsiveness_social_skills_and_independent_problem_solving1.pdf

Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2016. Praha: MPSV; 2016. [online]. [cit. 2018-02-07]. Dostupné z WWW: <https://www.mpsv.cz/cs/7260>

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2016. Praha: MPSV; 2016. [online]. [cit. 2018-02-07]. Dostupné z WWW: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31493/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2016.pdf

Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016. ISBN 978-80-7421-120-1. [online]. [cit. 2018-02-03]. Dostupné z WWW: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

Velký přehled: Změny v dávkách pěstounské péče od 1. ledna 2018. In: *Dobrá rodina, o.p.s.* [online]. Praha, 18. 9. 2017 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://www.dobrarodina.cz/novinky/492-velky-prehled-zmeny-v-davkach-pestounske-pece-od-1-ledna-2018#co-se-zm%C4%9Bn%C3%AD-pro-dlouhodob%C3%A9-p%C4%Bstouny>

Virtuální knihovna NRP [online]. Praha, 2013 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://www.knihovnanrp.cz/>

WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů 10 revize*. [online]. [cit. 2018-01-27]. Dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

WIIK, Kristen L., Michelle M. LOMAN, Mark J. VAN RYZIN, Jeffrey M. ARMSTRONG, Marilyn J. ESSEX, Seth D. POLLAK a Megan R. GUNNAR. *Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2011, 52(1), 56-63 [cit. 2018-02-24]. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x. ISSN 00219630. [online]. [cit. 2018-01-27]. Dostupné z WWW: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x>

Legislativní zdroje

Vyhláška č. 27/2016 Sb. *O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. [online]. [cit. 2018-03-12]. Dostupné z WWW: http://www.msmt.cz/uploads/Vyhlasaka_c._272016_Sb._o_vzdelavani_zaku_se_specialnimi_v_zdelavacimi_potrebami_a_zaku_nadanych.pdf

Vyhláška č. 197/2016 Sb. *O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. [online]. [cit. 2018-03-12]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-197>

Zákon č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách*. [online]. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <https://www.mpsv.cz/cs/7334>

Zákon č. 89/2012 Sb. *Občanský zákoník*. [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Zákon č. 333/2012 Sb. *O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*. [online]. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-333>

Zákon č. 401/2012 Sb. *O sociálně-právní ochraně dětí*. [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-401>

Zákon č. 82/2015 Sb. *O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon)*. [online]. [cit. 2017-12-30]. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/konsolidovany-text-skolskeho-zakona-a-doprovodny-material>

Zákon č. 200/2017 Sb. *O státní sociální podpoře*. [online]. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-200>

Seznam tabulek a obrázků

Tab. 1 – Specifické projevy osob se sluchovým postižením v závislosti na sluchové ztrátě – s. 30

Tab. 2 – Klasifikace zrakových vad – s. 31

Tab. 3 – Klasifikace zrakového postižení dle WHO – s. 32

Tab. 4 – Klasifikace tělesných postižení a zdravotních oslabení – s. 34

Tab. 5 – Klasifikace poruch učení dle postižených školních dovedností – s. 41

Tab. 6 – Porovnání projevů – Karolína – s. 85

Tab. 7 – Porovnání projevů – Adam – s. 91

Tab. 8 – Porovnání projevů – David – s. 97

Obr. 1 – Schéma náhradní péče – s. 6

Seznam grafů

Graf č. 1 – Množství dětí umístěných v pěstounské péči – s. 99

Graf č. 2 – Pohlaví dětí v pěstounské rodině s jedním dítětem – s. 99

Graf č. 3 – Pohlaví dětí v pěstounské rodině se dvěma dětmi – s. 100

Graf č. 4 – Pohlaví dětí v pěstounské rodině se třemi dětmi – s. 100

Graf č. 5 – Celkové rozložení pohlaví dětí umístěných v pěstounských rodinách – s. 101

Graf č. 6 – Počet dětí dle aktuálního věku v pěstounské péči respondentů – s. 102

Graf č. 7 – Přítomnost biologických dětí pěstounů vyrůstajících současně s dětmi v pěstounské péči – s. 102

Graf č. 8 – Věk dítěte po příchodu do pěstounské rodiny – s. 103

Graf č. 9 – Umístění dítěte před příchodem do současné pěstounské rodiny – s. 104

Graf č. 10 – Doba strávená dítětem v ústavním zařízení před příchodem do pěstounské péče – s. 105

Graf č. 11 – Přítomnost specifík u přijatých dětí do pěstounských rodin – s. 106

Graf č. 12 – Konkrétní projevy odlišností dětí umístěných v pěstounské péči – s. 106

Graf č. 13 – Využívání odborných služeb k řešení projevujících se specifík u dětí v pěstounské péči – s. 107

Graf č. 14 – Ochota přijmout dítě se zdravotním znevýhodněním do pěstounské péče – s. 108

Graf č. 15 – Akceptovaná zdravotní znevýhodnění při úvahách o přijetí dítěte do pěstounské péče – s. 109

- Graf č. 16 – Typ zdravotního znevýhodnění u dětí v pěstounské rodině respondentů – s. 111
Graf č. 17 – Představy vs. realita soužití s dítětem se zdravotním postižením – s. 112
Graf č. 18 – Dítě s postižením v pěstounské péči s jeho specifika očima pěstounů – s. 113
Graf č. 19 – Služby využívané pěstouny zdravotně znevýhodněných dětí – s. 114

Seznam použitých zkratk

- ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity disorder)
CNS – centrální nervová soustava
ČR – Česká republika
DMO – dětská mozková obrna
IQ – inteligenční kvocient
MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NOZ – nový občanský zákoník
NRP – náhradní rodinná péče
OSPOD – orgán sociálně právní ochrany dětí
PAS – poruchy autistického spektra
PP – pěstounská péče
PPM – peněžitá pomoc v mateřství
PPP – pedagogicko-psychologická poradna
PPPD – pěstounská péče na přechodnou dobu
SPC – speciálně-pedagogické centrum
SPU – specifické poruchy učení
SVP – středisko výchovné péče
WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZOSPOD – zákon o sociálně právní ochraně dětí

Přílohy

Příloha A – Dotazník

PĚSTOUNSKÁ PÉČE U DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Baczová a tento dotazník slouží ke sběru dat do mé diplomové práce s názvem „Pěstounská péče u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami“, která se zabývá dětmi, které mají handicap, a navíc se ocitají v prostředí náhradní rodiny. Handicapem ale může být myšleno už jen samotné odloučení od biologické rodiny, proto se práce zabývá i emočním prožíváním a psychikou dětí v pěstounské péči. Dotazník je určen pro dlouhodobé pěstouny a je anonymní.

Předem Vám děkuji za poskytnuté informace. Zuzana Baczová

1) Jaký je Váš věk?

- | | |
|--------------|------------------|
| a) 18-25 let | d) 45 – 55 let |
| b) 25-35 let | e) 55 - 65 let |
| c) 35-45 let | f) 65 a více let |

2) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

3) Kolik dětí máte v pěstounské péči a jakého jsou pohlaví?

.....

4) Jaký je věk dítěte/dětí, které máte v pěstounské péči?

.....

5) Máte i vlastní biologické děti, které vyrůstají spolu s dětmi, které máte v pěstounské péči?

- a) ano
- b) ne

6) V kolika letech se k Vám dítě/děti dostalo/y do pěstounské péče? Pokud máte více dětí, označte více možností.

- | | |
|-------------|------------------|
| a) 0-3 roky | d) 12 - 15 let |
| b) 4-6 let | e) 16 a více let |
| c) 7-11 let | |

7) Odkud k Vám bylo/y dítě /děti umístěno/y? – můžete označit více variant

- a) porodnice
- b) z biologické rodiny
- c) dětský domov
- d) kojenecký ústav/popř. transformovaný na dětské centrum
- e) odjinud, uveďte, prosím, odkud

8) Pokud bylo dítě/děti, které máte nyní v pěstounské péči, předtím umístěno/y v některém z ústavních zařízení, jak dlouhou dobu zde strávilo/y? (Pokud dítě, které máte v pěstounské péči, neprošlo ústavním zařízením, otázku, prosím, vynechejte)

.....

9) Pozorujete na dítěti/dětech, které máte v pěstounské péči, nějaké odlišnosti oproti dětem, které vyrůstají ve svých biologických rodinách?

- a) ano – prosím, označte příslušná specifika, která pozorujete

- i. emoční labilita
 - vzteklost
 - agresivita
 - neschopnost navázat sociální kontakt
 - přílišné ulpívání na např. náhradní matce či jiném člověku
 - jiné, prosím, vypište:
- negativismus
 - nejistota
 - úzkostnost

.....
.....
.....

- b) ne - žádná specifika nepozoruji

10) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a za a) – prosím uveďte, zda využíváte služeb, které mohou daná specifika pomoci dítěti řešit?

- a) ano, využívám. – vypište, prosím, které služby využíváte:

.....

- b) ne, nevyžívám.

11) Uvažoval/a jste nad možností, že byste do pěstounské péče přijal/a dítě s určitým zdravotním znevýhodněním, které by vyžadovalo větší péči?

- a) ano, a to: (vámi akceptované znevýhodnění zakroužkujte)

- mentální postižení
 - o lehčí stupně
 - o těžšího stupně
- vady řeči

- sluchové postižení
 - o lehčího stupně – lehká nedoslýchavost
 - o těžšího stupně – těžká nedoslýchavost
 - o hluchota
- zrakové postižení
 - o lehčí vady zraku
 - o těžší vady zraku
 - o nevidomost
- tělesné postižení
- poruchy autistického spektra (autismus)
- specifické poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie a další)
- kombinované postižení

b) ne, případně, prosím, napište důvod.

.....

.....

.....

Další otázky jsou určeny pouze pěstounům, kteří mají v pěstounské péči dítě se zdravotním postižením/handicapem:

12) Jaké zdravotní znevýhodnění má dítě umístěné ve vaší pěstounské péči?

- | | |
|--|---------------------------------|
| a) mentální postižení | f) vady řeči |
| b) sluchové postižení | g) poruchy autistického spektra |
| c) zrakové postižení | h) specifické poruchy učení |
| d) tělesné postižení | |
| e) kombinované postižení – vypište, prosím, kombinaci: | |

.....

.....

13) Co Vás vedlo k tomu, že jste si do pěstounské péče vzal/a dítě s handicapem?

.....

.....

.....

14) Lišily si Vaše představy o tom, jaké bude soužití s dítětem s postižením a jak náročná bude péče o něj, od reality?

- a) ano, velmi
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

15) Pociťujete určitá specifika v tom, že Vaše dítě, které má zdravotní handicap, je navíc ještě v náhradní rodině?

- a) ano, prosím, vypište jaká:

.....
.....

- b) nevidím v tom rozdíl

16) Jakých služeb jste s ohledem na věk a postižení dítěte využívali či v současné době využíváte?

- a) raná péče
- b) speciálně pedagogické centrum
- c) pedagogicko-psychologická poradna
- d) služby doprovázející organizace
- e) jiné, prosím, vypište

.....

17) Jaké služby či jakou pomoc byste ještě uvítal/a s ohledem na postižení dítěte, které máte v pěstounské péči?

.....
.....

Děkuji Vám za poskytnutí cenných informací a Váš čas.