

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Dagmar Volfová

**SPECIFIKA NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE U OSOB
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Olomouc 2019

Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.

Prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Specifika náhradní rodinné péče u osob s mentálním postižením vypracovala samostatně a citovala jsem všechny použité zdroje.“

V Olomouci dne

.....
Dagmar Volfová

Poděkování:

„Chtěla bych poděkovat svojí vedoucí diplomové práce paní Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS., Ph.D. za vedení mé diplomové práce a za její cenné rady.

Také děkuji všem rodičům, kteří mají děti v náhradní rodinné péči a byli ochotní se zúčastnit mého výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE	10
1.1 Historický vývoj náhradní rodinné péče	10
1.1.1 Vývoj náhradní rodinné péče od starého Říma až po 1. světovou válku	10
1.1.2 Období mezi dvěma světovými válkami	12
1.1.3 Období po 2. světové válce až po současnost	13
1.2 Legislativní vymezení náhradní rodinné péče.....	14
1.3 Proces náhradní rodinné péče	14
1.3.1 Stanovení formy náhradní rodinné péče	15
1.3.2 Zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče.....	15
1.3.3 Spisová dokumentace žadatelů a její obsah	16
1.3.4 Posouzení o vhodnosti žadatele	16
1.3.5 Příprava žadatele k přijetí dítěte do péče	17
1.3.6 Očekávání dítěte.....	17
1.3.7 Převzetí dítěte do péče – vznik nové rodiny.....	18
1.4 Jednotlivé formy náhradní rodinné péče.....	18
1.4.1 Pěstounská péče	18
1.4.2 Osvojení	20
1.4.3 Hostitelská péče	20

1.4.4	Mezinárodní osvojení.....	20
1.4.5	Opatrovnictví a poručenství.....	21
1.4.6	Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby	21
1.4.7	Ústavní výchova.....	22
1.5	Dítě v náhradní rodinné péči s mentálním nebo kombinovaným postižením	23
1.6	Dítě romského původu v náhradní rodinné péči	23
2	OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
2.1	Historie osob s mentálním postižením.....	25
2.2	Příčiny vzniku mentálního postižení.....	26
2.3	Pojem mentální retardace.....	27
2.3.1	Klasifikace mentální retardace	27
2.3.2	Symptomy mentální retardace	28
2.3.3	Diagnostika mentální retardace.....	30
2.4	Poruchy autistického spektra	30
2.4.1	Aspergerův syndrom.....	30
2.4.2	Dětský a atypický autismus.....	31
2.5	ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder	32
2.5.1	Projevy dětí s ADHD a ADD.....	33
2.5.2	Příčiny vzniku	33
2.6	Downův syndrom.....	33
2.7	Práva osob s mentálním postižením.....	34
2.8	Možnosti vzdělávání osob s mentálním postižením.....	35

2.8.1	Inkluzivní vzdělávání dětí s mentálním postižením	35
2.9	Výchova dítěte s mentálním postižením	36
3	METODOLOGIE VÝZKUMU	38
3.1	Kvalitativní výzkum.....	38
3.3	Průběh výzkumu	39
3.3.1	Místo pro sběr dat a mapování terénu	40
3.5	Limity a kritéria výzkumu.....	40
3.6	Etické aspekty výzkumu	41
3.7	Celková charakteristika výzkumného vzorku	42
3.8	Sběr dat	42
3.9	Cíl výzkumu a dílčí cíle	43
3.9.1	Dílčí cíle.....	43
4	KAZUISTIKA - Vojta	44
4.1	Anamnéza	44
4.2	Výsledky šetření.....	45
4.3	Shrnutí šetření:	47
5	KAZUISTIKA - Milan	48
5.2	Anamnéza	48
5.3	Výsledky šetření.....	52
5.4	Shrnutí šetření:	53
6	DISKUZE	55
7	ZÁVĚR	61

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	68
SEZNAM ZKRATEK	69
ANOTACE	79

ÚVOD

V prvních kapitolách své diplomové práce se budu snažit co nejlépe popsat a zmapovat funkci náhradní rodinné péče dle odborné literatury a její legislativní vymezení. Také zde budu konkretizovat různé typy mentálního postižení a jejich specifika.

Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma, které je mi velmi blízké, protože jsem se s pěstounskou péčí, tedy s náhradní rodinnou péčí, setkala osobně. Za tuto zkušenost, kterou mi moji rodiče dali, jsem jim velmi vděčná. Naučila mě dívat se na věci z jiné perspektivy. Domnívám se, že v dnešní společnosti a době, ve které žijeme, může být někdy velice těžké uvědomit si, že každé dítě bez ohledu na věk, národnost či pohlaví potřebuje od rodiče lásku a péči. Ty jsou nenahraditelné nejen pro správný fyzický a psychický vývoj dítěte, ale i pro jeho začlenění do společnosti a kolektivu, v němž má prospívat a vyrůstat. Tento předpoklad a celková výchova dítěte jsou klíčovými aspekty pro jeho budoucí chování. Vedou k utváření si vlastní role ve společnosti a budování si vlastního charakteru.

Cílem výzkumu je zjistit, jaké vstupní informace rodiče dostali při převzetí dítěte do náhradní rodinné péče, jaká byla jejich připravenost na přijetí dítěte s mentálním postižením do náhradní rodinné péče a co pro ně bylo důležité.

Hlavním kritériem pro vypracování této diplomové práce bylo získání respondentů, kteří již prošli celým procesem náhradní rodinné péče. V šetření se budu snažit zachytit, kolik informací rodiče dostali při převzetí dítěte do péče, zda jim byla diagnóza sdělena a bylo jim doporučeno, jak dále s dítětem pracovat. Dále také co pro rodiče bylo důležité, jak na vše reagovalo okolí, jakým způsobem získávali informace o zdravotním stavu. Dále se zaměřím na vzdělávání těchto dětí, tedy jakou školu navštěvovaly a jak se začlenily do kolektivu. Praktickou část své práce věnuji výzkumu, jenž bude zaměřen na konkrétní dítě v náhradní rodinné péči. Součástí práce bude také rozhovor s rodiči, kteří náhradní rodinnou péčí prošli, tedy přijali dítě do rodiny. Tato práce bude také obsahovat kapitolu zaměřenou na kazuistiku, nebo také anamnézu, daného osvojeného dítěte. V závěru práce se budu zabývat celkovým zhodnocením získaných informací a poznatků o náhradní rodinné péči u osob s mentálním postižením. V této části práce jsem zvolila

kvalitativní přístup a jako metodu pro sběr dat jsem použila rozhovor. Tuto metodu jsem zvolila, neboť se mi jevila jako jedna z nejlepších pro zkoumání prožívání určitých životních situací rodičů, kteří si osvojili dítě s mentálním postižením. Součástí práce pak budou i mé osobní zkušenosti s náhradní rodinnou péčí. Mým cílem v této části mé práce není komparace, ale analýza a vyhodnocení co nejvíce informací a různých názorů či náhledů na danou problematiku a jejich následné vyhodnocení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE

Náhradní rodinná péče slouží jako záštita a útočiště, nebo také pomoc pro děti, které z jistých důvodů o rodiče, jednoho či oba, přišly. V této kapitole se zaměříme na její historii a tradici, na legislativní ukotvení a v neposlední řadě také na to, jakým způsobem v dnešní době probíhá celkový proces osvojení dítěte.

1.1 Historický vývoj náhradní rodinné péče

„Přijetí cizího dítěte za vlastní, upravené dnešním právním řádem, má svou dlouhou historii. Tato tradice vychází z tendence zabudované do biopsychické výbavy, s níž lidský rod vstupuje na vývojovou scénu. Jedná se v podstatě o schopnost chránit nejen své vlastní dítě, ale jakékoli cizí dítě, přijmout ho za vlastní a pečovat o ně. Tato schopnost je dle výzkumů dána nejen ženám, ale také mužům.“ (Smutková, 2007, str. 49)

1.1.1 Vývoj náhradní rodinné péče od starého Říma až po 1. světovou válku

Historie a vývoj náhradní rodinné péče s veškerým zájmem o přijetí dítěte do péče velmi úzce souvisí s historií lidstva, vše se tedy odvíjelo od tehdejšího nastavení společnosti. V některých případech byly děti přijímány do rodiny za účelem získání majetku či levné pracovní síly. Zpočátku mělo dítě velmi malou hodnotu, protože nemělo pro společnost tak veliký přínos jako dospělý jedinec, který mohl vykonávat daleko více potřebné práce. Prioritou byl tedy především zájem žadatele o dítě. Práva dítěte se dostala do popředí až v období feudalismu, nicméně hodnota malého dítěte byla stále velmi nízká. (Nožírová, 2012) První doložené záznamy týkající se pěstounské péče nebo jejího určitého předobrazu nalézáme v Římě a starověkém Řecku. (Hovorka, 2006) Osvojení nabývalo právní formu již ve starém Římě, dle tohoto práva platilo „adoptio naturam imitatur“ – to znamená, že adoptce napodobuje přírodu, nebo také můžeme říci, že vztah mezi osvojeným dítětem a rodičem je podobný vztahu mezi vlastním dítětem a rodičem. Osvojování dítěte do péče má své počátky v odkládání tzv. přespočetných dětí, které byly

odkládány na místa, na kterých měly šanci přežít a poté se plně začlenit do nové rodiny.

Avšak za počátek pěstounské péče můžeme jednoznačně označit placené kojné, následně taktéž chůvy, opatrovnice či pěstounky. (Matějček, 1999) Rozvoj kojných byl však velmi výrazně kritizován. Za jednu z nejzásadnějších kritik v této problematice bychom měli považovat Informatorium školy mateřské, jehož autorem je Jan Ámos Komenský. Tato kritika předjímala názor, že s mateřským mlékem dítě od kojné přejímá i její vlastnosti, v tomto případě se jednalo hlavně o vlastnosti, které nebyly dostatečně ušlechtilé. Vývoj péče o dítě v osvojení nebo pěstounské péči byl výrazně ovlivněn vysokou dětskou mortalitou a zřizováním nalezinců. (Nožírová, 2012) Počátkem 16. století byl v Praze ve Valašském špitálu zřízen nalezinec, který sloužil jako útočiště pro odložené a osiřelé děti. (Hovorka, 2006) Postupem času a s rozvojem kapitalismu se začaly objevovat názory, které směřovaly proti hromadné ústavní výchově. Na veliký význam individuální péče o dítě v rodině nebo na její odpovídající náhrady poukázal J. J. Rousseau, který zastával názor, že nahrazení rodiny opuštěným dětem je povinností společnosti. Právě v tomto období zaznamenáváme velmi výrazný posun v přístupu společnosti k opuštěným dětem. Důraz už není kladen pouze na přežití dítěte, ale i na jeho výchovu, která je poté ku prospěchu celé společnosti.

Neopomenutelným právním dokumentem, který je datován ke dni 3. 12. 1868, se stal zemský zákon chudinský pro Čechy. V působnosti domovských obcí k péči o osiřelé děti sloužila veřejná péče poskytována v rámci chudinské péče. Domovské právo sloužilo k zaopatření v případě chudoby státnímu občanu, který měl oprávnění zdržovat se trvale v obci, mohl ho však nabýt pouze státní občan v jedné obci. (Tůma, 1925)

Tato péče byla legislativně ukotvena v Českém zemském zákoně v § 13. Při Zemském školním řádu byla poté vytvořena v roce 1908 Česká zemská komise pro péči o mládež. Tato instituce sloužila především k řešení krizových situací, které vznikaly v důsledku osiření dětí a jejich následného přežívání v podmínkách ohrožující jejich život. Takto nepříznivé situace vznikaly z důvodu náhlého úmrtí rodiče nebo v případě dětí ze sociálně slabších rodin.

Stejně jako osvojení má i pěstounská péče svou historii a dlouholetou tradici, o které se diskutovalo a psalo již v 19. století. Ve směru a otázkách, které se zaměřovaly na opuštěné děti, se velmi angažoval Vojtěch Franc. (Matějček, 1999)

V 19. století se u nás začalo rozvíjet umísťování osiřelých dětí z nalezinců do náhradních rodin, kterým byla za péči o svěřené dítě poskytována finanční odměna. Tato právní úprava institutu se nacházela v §186 Všeobecného zákoníku z roku 1811. (Rouček, 2014) V tomto období Vojtěch Franc prosazoval řádnou a pečlivou výchovu opuštěných dětí, která měla být prevencí před sociálně patologickými jevy. Vojtěch Franc také poukázal na možnou finanční motivaci pěstounek, které si do péče vzaly právě osiřelé děti. Většina těchto pěstounek se v té době starala již o několik svých dětí, a tak neměla moc financí. Pěstounská péče měla v té době finanční ohodnocení 3–6 zlatých. V celkovém rozpočtu celé rodiny tato částka však v žádném ohledu nepřispěla ke zvýšení životního standardu. Toto finanční ohodnocení, které bylo vypláceno v měsíčním intervalu, klesalo se stoupajícím věkem dítěte v pěstounské péči. Pěstounská péče byla v té době kontrolována lékařem z nalezince, který chodil zpravidla jednou za dva měsíce. Pěstounská péče byla omezena věkem dítěte, trvala pouze do šestého roku dítěte, jestliže dítě dosáhlo daného věku, muselo být vráceno do nalezince, popřípadě zůstat v pěstounské péči na náklady pěstounů. (Matějček; Švarcová, 2000) Po vrácení dítěte do nalezince bylo předáno zpět ke své matce, pokud tak však nešlo učinit, bylo přemístěno do tzv. Karlínské filiálky. Karlínskou filiálkou míníme klášter šedých sester v Karlíně, později pak tedy do Zemské třídící stanice pro mládež. (Trnková, 2018)

1.1.2 Období mezi dvěma světovými válkami

Po 1. světové není hlavní pouze zájem osvojitelů, ale také se klade důraz na zájem osvojeného dítěte. V novém Československu se pak stává ochrana dítěte nepsaným celonárodním programem. Ve 30. letech spravovala Zemská úřední péče 24 okresních sirotčinců. Stát spravoval 60 dětských domovů, které sloužily především pro ohrožené nebo opuštěné děti k ozdravnému pobytu. Tyto domovy měly omezenou kapacitu, čímž zajišťovaly rodinnou atmosféru. V tomto období, tedy v období po 1. světové válce, také vzniklo mnoho dalších nezávislých orgánů. Pro mnoho států se otázka osiřelých dětí, které přišly o rodiče ve válce, stala velmi

závažnou z morálního i finančního hlediska. Vzhledem k situaci docházelo ve veřejné správě k rozvoji dobrovolné sociální péče, která měla tvořit kompaktní síť pro pomoc osiřelým dětem. Vzhledem k potřebné specializaci se zvedl počet pracovníků v sociálních službách. I přes tento nárůst zůstávají v oblasti personálního zajištění především pedagogové a lékaři, kteří poskytovali ve většině případů bezplatnou péči. V tomto období měla velký význam také organizační střediska, která zastávala funkci pomocného orgánu zákonné péče o mládež. Za první jednotnou právní úpravu institutu osvojení jednoznačně považujeme zákon č. 56/1928 Sb., o osvojení. Tento zákon sloužil především k tomu, aby pro osvojitele byl nalezen co nejvhodnější dědic, nebylo pro něj tedy prioritou vytvořit co nejvhodnější rodinné prostředí pro dítě. Osvojení dítěte bylo, dle výše uvedeného zákona, tedy chápáno spíše jako jistý již předem dohodnutý vztah. (Nožírová, 2012)

1.1.3 Období po 2. světové válce až po současnost

V tomto období, díky zákonu č.265/1949 Sb., o právu rodin, se dostává do popředí pospolitá péče. Jedním z důležitých aspektů osvojení se stal zánik práv biologických rodičů vůči osvojenému dítěti, to znamená, že osvojení bylo nově vázáno na usnesení soudu. Tyto události byly pro historii v oblasti osvojení klíčovým okamžikem, neboť z uvedených změn vychází i náš současný zákon o rodině. (Nožírová, 2012) Před rokem 1989 spadala sociální práce v oblasti práce s rodinou pod správu obvodních a okresních úřadů, konkrétně do oddělení péče o dítě a rodinu. Školení sociálních pracovníků bylo založeno především na metodách, které vedly k autoritativnímu a direktivnímu vztahu mezi pracovníkem a klientem. (Bechyňová & Konvičková, 2008)

Krebs uvádí, že „Porevoluční uvolnění společenských rozměrů mělo významný dopad do reprodukčního chování společnosti. Nové možnosti seberealizace oslabily do té doby poměrně intenzivní chování reprodukční proces mladých ročníků. Vznikla tak paradoxní situace, kdy poklesla plodnost a s ní spojené charakteristiky, ačkoliv od věků vysoké plodnosti postupně dostávaly velmi početné ročníky ze 70. let.“ (Krebs, 2007, str. 367)

Po roce 1989 se český stát začal rychle přizpůsobovat západoevropským státům a jejich uspořádání hospodářského systému. Veškeré tyto změny zásadně ovlivnily, a můžeme konstatovat, že stále ovlivňují rodinné chování populace.

Porevoluční tendence se také objevují v jistých změnách iniciativ, které souvisí s přenosem odpovědnosti v oblasti sociální práce ze státu na neziskové organizace, popřípadě soukromé či církevní organizace. (Květenská, 2007)

Zásadním oborem pro celkový vývoj péče o děti v náhradních rodinách v České republice je medicína, která disponuje velmi dobrými výsledky ve snížení kojenecké úmrtnosti. Celkové společenské a národnostní postoje vůči rodině a rodinným hodnotám jsou neustále formovány, neboť veškerý důraz je kladen především na zájmy dítěte. (Nožírová, 2012) V současné době se setkáváme s velkým zvýšením životní úrovně, což vede k tomu, že přibývá čím dál více dětí, které jsou právně volné pro adopci. Na základě toho se objevují nové formy náhradní rodinné péče a vznikají tak nové vládní i nevládní instituce. (Matoušek, 2007) Nyní mají děti, které jsou dočasně nebo již trvale odebrány ze svého rodinného prostředí, právo na pomoc a ochranu, která je jim poskytována státem a to jednou z forem náhradní rodinné péče. (Novotná & Berdová, 2007)

1.2 Legislativní vymezení náhradní rodinné péče

Základní legislativa pro náhradní rodinnou péči je ukotvena v těchto předpisech:

- zák. č. 99/1963Sb., o rodině (od 1. ledna 2014 byl tento zákon zrušen a je nahrazen zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník),
- zák. č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochrany dítěte, ve znění pozdějších předpisů,
- zák. č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád,
- Listina základních práv a svobod,
- mezinárodní úmluvy.

Celkový systém náhradní rodinné péče, do něhož zařazujeme také péči pěstounskou, má ze zákona danou přednost před péčí ústavní. (Smolíková, 2014)

1.3 Proces náhradní rodinné péče

Pro celkové pochopení náhradní rodinné péče je nyní důležité charakterizovat proces přijetí dítěte do rodiny. Nejedná se pouze o právní situaci dítěte, ale především o jeho potřeby. Velmi důležitou součástí procesu přijetí dítěte do rodiny je povinná příprava budoucích rodičů neboli také žadatelů o náhradní rodinnou péči.

Zde je nutné zmínit, že tuto přípravu zajišťuje každý kraj dle svých vlastních pravidel, proto se může stát, že v každém kraji bude mít příprava odlišnou úroveň. Kromě přípravy žadatelů o náhradní rodinnou péči je pro rodinu velmi důležitý i kontakt s jinými rodinami, které poskytují náhradní rodinnou péči. (Zezulová, 2012)

1.3.1 Stanovení formy náhradní rodinné péče

Podstatným charakteristickým rysem náhradní rodinné péče je fakt, zda je dítě svěřeno do péče na základě rozhodnutí soudu či nikoliv, nebo také zda je dítě svěřeno do péče jiné osobě než alespoň jednomu ze svých rodičů. (Trnková, 2018) Obecně pro náhradní rodinnou péči platí pravidla, na jejichž základě je pro konkrétní dítě vybírána ta nejvhodnější forma náhradní rodinné péče. Jedná se o kritéria biologická, mezi které řadíme pohlaví dítěte, jeho etnický původ, zdravotní stav, inteligence, vzhled a v neposlední řadě genetickou výbavu. Dalšími z těchto kritérií jsou pak věk dítěte, jeho psychický vývoj a možnost rozvoje deprivace syndromu, sociální kritéria, do nichž řadíme, zda o dítě má či nemá zájem jeho biologická rodina, zda dítě biologickou rodinu stále má a zda existují sourozenci dítěte. Důležitý je samozřejmě také fakt, jestli je nejvhodnější zvolená forma náhradní rodinné péče pro dítě dostupná, tzn. nalezení nejvhodnějších žadatelů o náhradní rodinnou péči atd. (R.C., P.J., J., & Hiripi E., 2008) Z výše uvedeného vyplývá, že je velmi důležité přistupovat ke každému dítěti individuálně. S jistým nadhledem bychom mohli konstatovat, že nejvhodnější forma osvojení je pro děti do šesti let. U starších dětí se může objevit snížená schopnost přizpůsobit se novému prostředí a rodině, protože dítě si zpravidla pamatuje velmi dobře své předešlé opatrovníky, proto se pro něj jako nejvhodnější forma náhradní rodinné péče jeví pěstounská péče. Naopak u dětí mladších je nejméně vhodná ústavní výchova. (Trnková, 2018)

1.3.2 Zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče

Osvojení nebo pěstounská péče jsou zprostředkovány na základě žádosti fyzické osoby, která projeví zájem o osvojení dítěte nebo jeho přijetí do pěstounské péče. Tato žádost je podána v místě trvalého pobytu žadatele na obecním úřadě s rozšířenou působností. Tento úřad povede o žadateli spisovou dokumentaci. Podáním takové žádosti je žadatel dle správního řízení zařazen do evidence jako

vhodný, pro to stát se osvojitelem či pěstounem. Po dokončení veškeré spisové dokumentace předá její kopii obecní úřad úřadu krajskému, který je dalším kompetentním orgánem pro pokračování v tomto řízení. Pokud jde o osvojení nebo pěstounskou péči v mezistátním měřítku, stává se kompetentním orgánem pro vyřešení této žádosti krajský úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí. Existují však případy, kdy není nutné osvojení zprostředkovat. Jsou to případy, kdy rodiče dali předem souhlas rodičům osvojitelům, dále také pokud podal návrh na osvojení pozůstalý rodič nebo příbuzný či osoba dítěti blízká. V těchto případech fyzická osoba nepodává žádost o zařazení do evidence uchazečů o osvojení či pěstounskou péči. (Trnková, 2018)

1.3.3 Spisová dokumentace žadatelů a její obsah

Prvním z orgánů, který přichází do kontaktu s dětmi, jimž je nutné zprostředkovat náhradní rodinnou péči, je obecní úřad s rozšířenou působností. Jedním z jeho hlavních úkolů je vést spisovou dokumentaci žadatele, ale samozřejmě i dítěte. Tuto spisovou dokumentaci úřad uloží na základě situace dítěte, situace rodiny dítěte a na základě individuálního plánu pro jeho ochranu. Obsahem spisové dokumentace dítěte jsou kromě osobních údajů také informace o sociálním prostředí, ze kterého dítě a jeho rodina pochází, o jeho zdravotním stavu, stupni i prognóze týkající se jeho vývoje. Další součástí spisové dokumentace je vyhodnocení osvojitelnosti dítěte. Spisová dokumentace musí obsahovat všechny důležité a potřebné informace k posouzení vhodnosti či nevhodnosti žadatele pro výchovu konkrétního dítěte, neméně tak i pro výchovu dítěte v obecnějším pojetí. (Trnková, 2018)

1.3.4 Posouzení o vhodnosti žadatele

Do odborného posouzení žadatele patří jednoznačně jeho osobní charakteristika, psychický a fyzický stav, rodinné zázemí, výchovné schopnosti a důvod podání žádost, proč a za jakým účelem se chce stát náhradním rodičem dítěte. Posouzení ve všech oblastech patří do kompetencí krajského úřadu, který disponuje přítomností psychologa. V případě, že žadatelem není pouze jedna fyzická osoba, ale jde o manželský pár, psycholog uskutečňuje rozhovor s každým žadatelem samostatně. Důležitá je i úplná právní bezúhonnost, tedy že nikdy v životě žadatele

ani jeho manžela či manželky nedošlo k trestnému činu. Výpis z rejstříku trestů nesmí být starší než 3 měsíce. (Trnková, 2018)

1.3.5 Příprava žadatele k přijetí dítěte do péče

Další důležitým aspektem pro posouzení žadatele k přijetí dítěte do rodiny je příprava, kterou žadatel musí projít před zařazením do evidence žadatelů. Tuto přípravu zajišťuje krajský úřad ve spolupráci s organizací k tomu určenou. Časová dotace pro tuto přípravu je stanovena na nejméně 48 hodin u tzv. prvožadatelů. U žadatelů, kteří chtějí být zařazeni do evidence osob a mají zájem o vykonávání péče na dobu přechodnou, nejméně 78 hodin. Příprava je zaměřena na poznání rodinného systému žadatele, sociální styky a jeho vlastní poznání sebe sama. Seznámení se s naplňováním práv a všech potřeb dítěte, s tím úzce souvisí i spolupráce s odbornou veřejností a odbornou pomocí. Poskytuje se také poradenství a poučení o komunikaci s dítětem v náhradní rodinné péči se zaměřením na co nejvhodnější přístupy pro rozvíjení schopností a dovedností dítěte. (Trnková, 2018)

1.3.6 Očekávání dítěte

Po přípravě přichází jedno z nejdelších období procesu přijetí dítěte do péče, období, kdy žadatel čeká na nabídku dítěte, o které má zájem. Tato doba není nikde legislativně ukotvena, z toho důvodu není čekací lhůta pro všechny žadatele stejně dlouhá. Stále zůstává v tomto období pravidlem, že největší prioritou jsou potřeby dítěte. V praxi to znamená, že kompetentní pracovníci hledají pro dítě vhodné rodiče, nikoliv však naopak. Vzhledem k okolnostem a faktu, že žadatelů pro konkrétní dítě je celá řada, záleží potom tedy především na datu podání žádosti. Dle data podání žádosti a vhodnosti žadatelů je dítě svěřeno do péče. Jde hlavně o případy, kdy dítěti není více než 1 rok, je zdravo a není romského původu. Mohli bychom říci, že z výše uvedeného vyplývá, že čím více požadavků žadatel má, tím více se prodlužuje doba přidělení dítěte do péče. Musíme také konstatovat, že tato doba čekání na svěření dítěte je ovlivněna i řadou faktorů jako například regionem, ve kterém žadatelé mají trvalé bydliště. (Gabriel & Novák, 2008)

1.3.7 Převzetí dítěte do péče – vznik nové rodiny

V této fázi je žadatel kontaktován krajským úřadem a vyzván na základě jeho požadavků k pohovoru. Při něm dostane žadatel veškeré dostupné informace a údaje o dítěti, tím rozumíme zdravotní stav dítěte a informace o jeho sociálně-právní minulosti. Na základě pohovoru je žadatel vyzván k vyjádření svých současných možností a názorů. Pokud žadatel o dítě vyjádří zájem, bude mu poskytnuto osobní setkání a návštěva konkrétního dítěte v kojeneckém ústavu nebo dětském domově. Při této návštěvě má žadatel možnost mluvit s pracovníky, psychology a lékaři, kteří se o dítě starají. Pokud žadatel projeví vážný zájem o dítě a je vytvořena důvěra mezi žadatelem a dítětem, může být dítě svěřeno do péče nové rodiny. Konkrétní den převzetí dítěte je předem sjednán s ředitelem zařízení, ve spolupráci s krajským úřadem, ve kterém bylo dítě umístěno. Velmi důležitým aspektem pro rozhodnutí předání dítěte do péče je připravenost rodiny na dítě. Legislativně je dána doba 3 měsíců, která slouží k adaptaci dítěte na rodinu, jedná se o tzv. předadopční nebo předpěstounskou péči. Po uplynutí výše uvedené doby 3 měsíců je další náležitostí soudní jednání, po němž je dítě svěřeno do péče žadateli a vzniká tak nová rodina. (Matějček, Koluchová, Kovařík, & Benešová, 2002)

1.4 Jednotlivé formy náhradní rodinné péče

V této části kapitoly je klíčové, abychom vymezili a charakterizovali základní pojmy, vzhledem k faktu, že většina lidí v dnešní společnosti ve většině případů nerozlišuje správně konkrétní formy náhradní rodinné péče.

1.4.1 Pěstounská péče

Pěstounská péče je forma náhradní rodinné péče, kterou v České republice zaručuje a financuje stát. Je určena zejména pro děti, které nejsou právně volné. Veškeré rozhodování o umístění dítěte do pěstounské péče náleží soudu. Po rozhodnutí soudem je dítě svěřeno do pěstounské péče, ale pouze v případě, že to vyžaduje zájem dítěte a je zde evidentní, že dítě má záruku řádné výchovy a péče. (Matoušek, 2003)

Pěstounská péče je jednou z forem náhradní rodinné péče, kdy rodič nemá vůči dítěti vyživovací povinnost a zároveň ho může zastoupit pouze v určitých případech.

Důležitým aspektem je, že stát pěstounskou péči financuje, ale nikoliv v celém jejím rozsahu, rodič na dítě musí v určitém smyslu doplácet. Děti, které jsou většinou nejvhodnějšími pro pěstounskou péči, jsou děti výchovně nezvladatelné, citově deprivované a mohou trpět i zdravotními obtížemi apod. (Nožírová, 2012)

Z toho jednoznačně vyplývá, že přestože pěstounská péče zajišťuje hmotné zabezpečení dítěti i rodičům společné domácnosti, jednoznačně není vůbec snadnou cestou. V praxi to funguje tak, že tito rodiče – pěstouni zajišťují péči pro dítě, o které rodiče nejeví zájem nebo se o něj z nějakých důvodů nechtějí starat. (Nožírová, 2012)

Je velmi důležité zmínit, že v pěstounské péči jako v jedné z forem náhradní rodinné péče nevzniká příbuzenský vztah. To znamená, že je dítěti ponecháno příjmení po jeho biologických rodičích popřípadě jednom z rodičů. Pěstoun má možnost zažádat si později o změnu příjmení dítěte na matrice. Dalším důležitým faktorem pěstounské péče je vztah mezi rodičem biologickým a dítětem. Ten může být omezen jen částečně, tudíž se dítě může se svým biologickým rodičem nadále setkávat.

Pro praxi jsou obvyklé dva typy pěstounské péče:

- Pěstounská péče individuální – je typická tím, že je uskutečňována v běžném rodinném prostředí, tedy v prostředí, ve kterém žijí děti v náhradní rodinné péči ve společné domácnosti s dětmi pěstounů a pěstouny,
- Skupinová pěstounská péče – je typická tím, že probíhá v zařízeních pro výkon pěstounské péče, jedná se o velké pěstounské rodiny, které mají v péči další děti v pěstounské péči nebo i svoje vlastní, většinou mají 4-6 dětí nebo i více. (Matějček, Koluchová, Kovařík, & Benešová, 2002)

Další z autorů uvádí:

- Pěstounská péče na dobu přechodnou – slouží především k umístění dítěte do náhradní rodinné péče v zákonem stanovených případech na kratší dobu. Po uplynutí této doby může dát rodič souhlas k osvojení nebo jde pouze o dobu, kdy biologický rodič nemůže z vážných důvodů dítě vychovávat sám. V takových případech je dítě umístěno do pěstounské péče na přechodnou dobu. (Trnková, 2018)

1.4.2 Osvojení

Osvojení neboli také adopce se týká především dětí, které byly rodiči odloženy hned po narození, a rodiče tak toto svoje rozhodnutí stvrdili po době uplynutí šesti týdnů neboli po uplynutí tzv. ochranné lhůty, nebo také splněním doby tzv. kvalifikovaného nezájmu. Z výše uvedeného jasně vyplývá, že dítě, které je přijato rodiči do osvojení, se stává právně dítětem nových rodičů v plném rozsahu, neboť se jedná o dítě, které je právně volné. (Zezulová, 2012)

Hlavním cílem a posláním osvojení je poskytnout nezletilému dítěti takové rodinné zázemí, které bude plně přispívat k jeho osobnostnímu rozvoji, výchově a poskytne dítěti potřebnou péči a lásku. Právní předpisy pro osvojení jsou ukotveny v §63 - §73 zákona 94/1963 Sb., o rodině, ve zněních pozdějších předpisů (dále jen zákon o rodině) a osvojení nezrušitelné v §74 - §77 zákona o rodině. Osvojení je takový vztah mezi dítětem a rodičem, na jehož základě vznikají stejné povinnosti a práva jakoby byli osvojitelé biologickými rodiči; veškerá práva biologických rodičů po osvojení dítěte vůči tomuto dítěti zaniknou. (Matějček, Koluchová, Kovařík, & Benešová, 2002)

1.4.3 Hostitelská péče

Hostitelská péče je určena pro děti, které mají soudně nařízenou ústavní péči, ale je jim soudně povolen se souhlasem Orgánu sociálně – právní ochrany dítěte, pobyt u rodičů či dalších rodinných příslušníků či jiných fyzických osob. Tento pobyt však nemůže přesáhnout dobu 30 kalendářních dnů, avšak pouze v případě, že se jedná o první návštěvu. Při následujících návštěvách může být tato doba ředitelem ústavu prodloužena. Výjimkou jsou děti, kterým byla zákonem uložena ochranná výchova. U těchto dětí může být prodloužena doba pobytu pouze o nejvýše 30 dnů. Obligatorním předpokladem pro vyhovění žádosti o návštěvy hostitelské rodiny je písemný souhlas obecního úřadu. Pokud obecní úřad žádosti vyhoví, na základě toho ředitel tedy nemusí vydávat písemné rozhodnutí. (Trnková, 2018)

1.4.4 Mezinárodní osvojení

Zůstává samozřejmostí, že každý stát nebo také každá země má jiné uspořádání v náhradní rodinné péči o děti. Systém každého státu je spojen s jeho právní

kulturou, kulturou sociálních služeb, sociálním vývojem státu, demografickým vývojem společnosti aj. Z výše uvedeného můžeme konstatovat fakt, že se do popředí dostává náhradní rodinná péče a naopak, díky tomu ubývá institucí, které poskytují péči o opuštěné děti. Nejvíce se do popředí celého tohoto systému péče o děti dostává v cizích zemích pěstounská péče. Důležitá je i prevence a intervence v rizikových a biologických rodinách. (Novák, 2013)

1.4.5 Opatrovnictví a poručenství

Úvodem k této podkapitole musím konstatovat fakt, že ani opatrovnictví, ani poručenství nepatří zcela do forem náhradní rodinné péče, jelikož jejich hlavní cílem je spravovat všechny nebo pouze některé záležitosti. Můžeme ale říci, že poručenství se v jistém případě do forem náhradní rodinné péče řadí, ale pouze v případě, že se stane poručníkem dítěte fyzická osoba, která je odpovědná za jeho péči a sama o něj pečuje. Jedním z důvodů jmenování poručníka je fakt, že dítě nemá rodiče, který by mohl v celém rozsahu uskutečňovat rodičovskou odpovědnost. Jde hlavně o děti, jimž například rodiče zemřeli, které zatím nenabýly zletilosti ani svéprávnosti, může jít i o nalezené děti, u nichž není možné určit totožnost. Ve výše uvedených případech je nutné jmenovat dítěti poručníka. Pokud budeme mluvit o výběru poručníka, musíme brát v potaz, že jím bude ten, kdo byl rodiči označen či v jistém smyslu předem vybrán, například v závěti. Může se však stát, že vzhledem k okolnostem rodiče nevyjádří své přání ohledně konkrétního opatrovníka pro jejich dítě, v takových případech určuje opatrovníka soud a vybírá ho mezi nejbližšími. V případě, že by soud žádnou osobu neshledal kompetentní pro funkci opatrovníka, jmenuje soud poručníkem Orgán sociálně-právní ochrany dítěte. V zákoně je i stanoveno, že funkci poručníka mohou vykonávat dvě osob současně, tedy spoluporučníci. V takových případech se jedná zpravidla o manželský pár. (Trnková, 2018)

1.4.6 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby

Tato forma náhradní rodinné péče je další z forem náhradní rodinné péče, kdy o dítě nemůže osobně pečovat poručník. Nejvíce se k této formě náhradní rodinné péče připodobňuje pěstounská péče, neboť nedochází ke změnám v postavení biologické rodiny vůči dítěti. Tato forma nenahrazuje pěstounskou péči, předpěstounskou péči ani péči předadopční. Tato forma náhradní rodinné péče

má ze zákona vždy přednost před péčí ústavní. Práva a povinnosti pečující osoby vymezuje soud. Nadále však trvá vyživovací povinnosti rodičů k dítěti. Pokud nelze stanovit vyživovací povinnost rodičů k dítěti, není možné dítě do této formy náhradní rodinné péče umístit. V takových případech soud stanoví příbuzenskou pěstounskou péči, kterou bude vykonávat osoba dítěti příbuzná či blízká, které budou vypláceny dávky pěstounské péče. Pokud se jedná o prarodiče, tedy osobu ze zákona povinnou plnit vyživovací povinnost, budou pěstounské dávky vypláceny pouze v soudem uznaných situacích. (Trnková, 2018)

1.4.7 Ústavní výchova

Ústavní výchova, nebo chceme-li také ústavní péče, je určena především pro děti, u nichž rodina naprosto selhala a došlo k zanedbání péče o dítě. Je důležité, aby bylo pro dítě zajištěno jiné prostředí, ve kterém mu bude poskytnuta řádná výchova a péče. Zde je vhodné volit dočasně kolektivní formy výchovy. Obvykle tato výchova dětí spadá do resortu Ministerstva zdravotnictví, a dále pak do Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, a do jisté míry také samozřejmě nesmíme opomenout Ministerstvo práce a sociálních věcí, které poskytuje péči v takovýchto případech pro děti zdravotně či tělesně znevýhodněné. Dítě v těchto resortech tedy není svěřeno do péče konkrétní fyzické osobě, ale pouze do neosobní instituce, která dítěti poskytuje náhradní péči, kterou rodina není schopna dítěti momentálně zajistit. (Matějček, 1999)

Nyní přesněji vymezím, která zařízení a péči nabízí konkrétní resort pro ústavní péči. Pokud budeme mluvit o resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy musíme jednoznačně uvést, že pro ústavní výchovu, nalezneme v MŠMT tato zařízení:

- diagnostické ústavy,
- dětské domovy,
- výchovné ústavy,
- dětské domovy se školou.

Za základní organizační systém je považována funkce výchovná a funkce rodinná. Funkce výchovná je uskutečňována především v diagnostických ústavech, zatímco funkce rodinná v domovech dětských.

Do oblasti MPSV spadají zařízení, která poskytují služby péče o nezaopatřené děti v pobytových zařízeních, které jsou mentálně či zdravotně postižené. S tím souvisí poskytování ubytování, hygieny a stravy, dále také samozřejmě poskytování výchovy a péče. (Trnková, 2018)

1.5 Dítě v náhradní rodinné péči s mentálním nebo kombinovaným postižením

Pro úvod do této podkapitoly si musíme definovat zdraví dle WHO jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Z toho vyplývá, že ani jedno z dětí, které se dostane do jedné z forem náhradní rodinné péče, nemůžeme označit za zdravé. Takové děti se narodily jako nechtěné, utrpěly v životě traumata jako například ztrátu rodiny nebo se narodily matkám s rizikovým chováním. Nebyly zajištěny podmínky a prostředí pro vznik specifického citového přilnutí, tudíž nebyly naplněny jejich základní potřeby. Pokud bychom mluvili o náhradní rodinné péči dítěte s mentálním nebo kombinovaným postižením, musíme do jisté míry konstatovat fakt, že je zde možnost se na takové dítě lépe připravit a hlavně je tu možnost svobodné volby, zda dítě přijmout nebo ne, na rozdíl od narození vlastního dítěte s postižením. Jiná pozice však pro rodiče nastane, pokud se u dítěte postižení objeví až po přijetí do péče, což je možnost reálná. Dalo by se konstatovat, že rodič v náhradní rodinné péči se může setkat s jakýmkoliv typem postižení až po přijetí dítěte do péče. Podstatně frekventovanější jsou u dětí v náhradní rodinné péči pervazivní vývojové poruchy, které se projevují obvykle jako poruchy autistického spektra. (Zezulová, 2012)

1.6 Dítě romského původu v náhradní rodinné péči

Jistým typickým znakem při volbě rodičů dítěte do péče je právě etnická odlišnost. Hlavním důvodem rodičů jsou většinou právě předsudky, které následně výběr omezují. Rodiče většinou chtějí dítě, které se neliší etnikem ani národností. Pokud bychom báдали hlouběji v historii a ve výzkumných pracích, možná bychom zjistili, že děti romského původu se v mnoha věcech opravdu liší, diskutabilní otázkou pro nás však zůstává také to, jak moc je to generalizované „my“ tolerantní. Samozřejmě nemůžeme kategorizovat všechny děti romského původu a snažit se je zařadit do skupin, které vše jednoznačně vypoví o jejich charakteru a míře schopnosti začlenit se do společnosti, do které se většina z nich narodila, ale možná jim naopak není až tak blízká. Jak také víme z mnoha výzkumů, Romové jako etnikum mají

odlišnou genetickou výbavu, která je možná jedním z hlavních důvodů jejich nápadností ve společenské chování a vnímání. Stále však musíme mít na paměti, že každé dítě potřebuje stále stejnou péči a má stejné potřeby vzdělání, výchovy a lásky, bez ohledu na etnikum či národnost. Tento fakt velmi úzce souvisí i s naším přístupem k těmto dětem, z toho všeho je zřejmé, že romské dítě není nijak ničím předurčeno.

2 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V této kapitole se zaměříme na osobu s mentálním postižením, její charakteristiku, výchovu a možnosti vzdělávání v dnešním vzdělávacím systému. S tím úzce souvisí legislativa, kterou jistě nesmíme opomenout. Důležitou součástí této kapitoly bude i diagnóza, prevence a prognóza u jednotlivých stupňů mentální retardace.

Dalo by se říci, že u vzniku mentálního postižení se jedná o souhru více faktorů, tudíž nemá jednotnou příčinu. (Černá, 2008)

Smékal chápe osobnost jako „*individualizovaný systém (integrace) psychických procesů, stavů a vlastností, které jednak vznikají socializací (působením výchovy a prostředí), jednak přetvářením vrozených vnitřních podmínek organismu a determinují a řídí předmětné činnosti jedince i jeho sociální styky.*“ (Smékal, 2002, str. 27)

Dále budou v této kapitole popsány formy mentálního postižení včetně jejich stručné symptomatologie a charakteristiky.

2.1 Historie osob s mentálním postižením

V historii, konkrétně ve středověku, nebyl osobám s mentálním postižením zabezpečován žádný ze speciálních přístupů, které dnes známe. Jediná péče o tyto osoby spočívala v zabezpečení jejich základním potřeb a celkového přežití. Jediná zařízení, která těmto osobám poskytovala péči, byly azylové domy a kláštery. I přes své postižení byli tito jedinci nuceni vypomáhat za odměnu jídla a ubytování. V 5. století se dostaly do popředí kláštery, ve kterých vznikaly nemocnice, v nichž našly osoby s mentálním postižením pomoc a určitou jistotu. (Vančová, 2005) Jedním z dalších zlomových historických období bylo osvícenství, ve kterém začaly vznikat nemocnice, které se stávaly polosoudními orgány. Tyto nemocnice měly sloužit jako vězení. Osoby s duševními poruchami do nich byly umisťovány, popřípadě byly umisťovány do věznic. V 18. století byly vytvářeny nové ústavy, kam byly osoby s mentálním postižením zařazovány. Velmi důležitou osobností v posunu směrem k lidskosti a humanizaci v péči o osoby s mentálním postižením se stal Philips Pinel, který se zasloužil o lepší přístup k mentálně postiženým a poskytl na ně společnosti nový náhled. (Pipeková, 2006) V 19. století vznikala zařízení, která byla

specializovaná, takovými zařízeními byly například polepšovny, starobince a nemocnice. Velmi důležitou osobností tohoto století byl Karel Slavoj Amerling který vybudoval ústav právě pro osoby slabomyslné. Tento ústav nesl název Emestinum a byl založený v roce 1871. (Valenta & Müller, 2009) V roce 1923, tedy v předválečném období, se stále rozvíjela a na základě tohoto rozvoje byla zavedena do učitelských ústavů nauka, která byla zaměřena na výchovu slabomyslných. Zlomovým rokem pro rozvoj pomocných škol se stal rok 1928, neboť byly vydány „Učební osnovy a výchovné směrnice škol úchylných dětí“. Důležitým rokem je i rok 1929, ve kterém vyšel zákon o pomocných školách. Jeho podstatou bylo uzákonit povinnou školní docházku pro děti do tohoto typu škol. Dalo by se říci, že po vydání tohoto zákona v roce 1936 měla Československá republika 365 pomocných tříd. (Pipeková, 2001) Po druhé světové válce se začaly vytvářet základy pro legislativní ukotvení školství pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami. Velmi důležitými osobami pro toto období se stali František Kábele a Miloš Sovák. Byl to hlavně pan Kábele, který přispěl k rozvoji speciální pedagogiky a ovlivnil její další směřování. (Michalík, 1999)

2.2 Příčiny vzniku mentálního postižení

Z výše uvedeného textu plyne, že mentální postižení nemá nikdy pouze jednu příčinu vzniku. Tyto příčiny vzájemně spolupůsobí, a vzniká tak mentální postižení. Tyto příčiny můžeme rozdělit do dvou základních skupin:

- Příčiny endogenní – nebo také vnitřní příčiny. Vnitřní příčiny jsou uloženy již od počátku v pohlavních buňkách obou rodičů. Tyto příčiny lze také nazvat jako genetické.
- Příčiny exogenní – nebo také vnější příčiny. Jsou to takové faktory, které na jedince působí již od početí, v průběhu celého těhotenství včetně porodu i v raném dětství dítěte. U těchto příčin se také může jednat o poškození mozku během života. Tyto příčiny můžeme dále členit na prenatální (vliv působící na dítě během těhotenství a do narození), perinatální (působící během porodu a po porodu) a postnatální (působící po narození jedince). (Švarcová, 2000)

2.3 Pojem mentální retardace

K definici toho pojmu můžeme přistupovat z mnoha úhlů pohledu. Pokud zde zmíníme biologické hledisko, jde především o syndrom, který je či byl způsoben chorobným procesem probíhajícím v mozku, tudíž se jedná o nezvratné a velmi těžké funkční nebo organické poškození. Pokud bychom mluvili o psychologickém pohledu, je mentální postižení dáno snížením rozumových intelektových schopností, tudíž je měřitelné IQ testy. (Slowík, 2007)

Švarcová uvádí, že *„Za mentálně retardované se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje v rozumových schopnostech, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“* (Švarcová, 2000, str. 24)

Tento termín začali využívat ve 30. letech v Severní Americe. V Evropě byl tento termín do slovníku zařazen až v roce 1959 v Miláně po konferenci Světové zdravotnické organizace, a nahradil tak termíny, které označovaly osoby s nižší inteligencí. Byly to pojmy jako například duševní opoždění, slabomyslnost, aj. (Müller, 2001)

2.3.1 Klasifikace mentální retardace

V roce 1992 byla přijata nová platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Podle této klasifikace je mentální retardace rozdělena do šesti kategorií. (Švarcová, 2000) V České republice byla oficiálně přijata v platnost v roce 1993, po rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví. Mentální retardace je označena písmenem F, neboť se řadí do oboru psychiatrie. (Vágnerová, 2008)

Termín mentální retardace se odvozuje z latinského slova mens, 2. pád mentis nebo také opožďovat se či zaostávat. Tento termín byl poprvé zaveden nejspíše ve 30. letech 20. století. Pojem zavedla Americká společnost pro mentální deficienci. Pojem postupně nahradil dřívější označení. (Vítková, 2004)

- Lehká mentální retardace F70 – dříve označována jako debilita, IQ 50-69.
- Střední mentální retardace F71 – dříve označována jako imbecilita, IQ 35-49.

- Těžká mentální retardace F72 – dříve označována jako idiomibecilita, IQ 20-34.
- Hluboká mentální retardace F72 – dříve označována jako idioci, IQ do 19.
- Jiná mentální retardace F73
- Nespecifikovaná mentální retardace F79 – v případech, kdy je obtížné stanovit přesnou diagnózu mentálního postižení. (Valenta & Müller, 2013)

Jedním z hlavních znaků mentální retardace je snížená schopnost jedince začlenit se do společnosti v běžných podmínkách a to v důsledku snížení rozumových schopností. (Škoda & Fisher, 2008)

2.3.2 Symptomy mentální retardace

V této podkapitole si uvedeme některé z mnoha projevů nebo také symptomů specifických pro mentální retardaci.

Lehká mentální retardace F70

Jedna z charakteristik pro takto sníženou úroveň rozumových schopností je, že osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny používat řeč věcně a účelně v běžném denním životě, i přestože si mluvu osvojují opožděně. (Švarcová, 2000)

Lidé s touto formou mentální retardace jsou schopni přemýšlet na stejné úrovni jako dítě středního školního věku v dospělosti. Tito lidé nejsou schopni abstraktního vnímání a myšlení, ale jsou schopni přijmout a používat určitá pravidla logiky. Veškeré přemýšlení je především konkrétní. Pokud bychom mluvili o verbálním, tedy mluveném projevu, museli bychom konstatovat, že je jednodušší a objevují se v něm i chyby v oblasti sémantiky a syntaxu. Pokud jsou respektovány jejich potřeby k individuálnímu vzdělávání a jejich možnosti, jsou tito jedinci schopni učit se novým věcem. V dospělosti jsou pracovně uplatnitelní, jsou schopni práce pod dohledem. (Vágnerová, 2008)

Střední mentální retardace F71

U této formy mentální retardace je velmi opožděno chápání a užívání verbálního projevu. U osob zařazených do této kategorie mentální retardace se IQ pohybuje v rozmezí 35-49. Tato forma je specifická tím, že se u jedince objevuje omezení v oblasti sebeobsluhy a celkové zručnosti. Tyto osoby pak dokáží žít plně

samostatný život v dospělosti pouze v určitých případech. Jsou schopni vykonávat jednodušší manuální činnosti pouze pod kvalifikovaným dohledem. (Švarcová, 2000)

Těžká mentální retardace F72

Osoby s těžkou mentální retardací jsou oproti předchozím stupňům mentální retardace znevýhodněny v oblasti motorických funkcí nebo dalšími jinými přidruženými poruchami či vadami. Děti či osoby s tímto stupněm jsou do velké míry omezeny ve vzdělávání i ve výchově, avšak včasná diagnóza, výchovná a vzdělávací péče může výrazně napomoci rozvoji jemné i hrubé motoriky, komunikačních dovedností a rozumových schopností. Správná výchova může také přispět ke zlepšení celkové kvality jejich života. (Švarcová, 2000)

Hluboká mentální retardace F73

Tato forma mentální retardace je specifická problémy v porozumění úkonům a jejich provedení. Převážná většina osob s tímto stupněm mentální retardace je imobilní. Také se u nich objevuje inkontinence a pouze určitý způsob neverbální komunikace. Tito jedinci nemají téměř žádnou schopnost postarat se o své základní potřeby. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou schopny se s dohledem zapojit velmi omezeným způsobem do praktických úkolů a péče o sebe. Velmi často se vyskytuje u těchto imobilních pacientů i atypický autismus. (Švarcová, 2000)

Tito jedinci většinou nejsou schopni naučit se ani základy mluvené řeči, problematické je také porozumění. Jsou schopni vnímat zvuky a určité hmatové podněty. Projevují se především globálně – jsou schopni upozornit na libost, celkovou spokojenost, určitou nepohodu pak dávají najevo pláčem či napětím. (Krejčířová, 2002)

Jiná mentální retardace F78

Označení za pomoci této kategorie mentální retardace se zpravidla používá právě tehdy, když nelze určit výši inteligence za pomoci běžných metod. Využívá se například u osob neslyšících, u osob, které nejsou schopny používat mluvenou řeč, apod. (Švarcová, 2000)

Nespecifikovaná mentální retardace F79

V případech, kdy pacienta nelze konkrétně přiřadit k výše uvedeným formám mentální retardace, se užívá označení nespecifikovaná mentální retardace. (Švarcová, 2000)

2.3.3 Diagnostika mentální retardace

Přesné stanovení diagnózy a IQ může být značně nesnadné, a to vzhledem k faktu, že hodnota IQ může být proměnlivá. Hodnota IQ se tak může od předchozího vyšetření lišit. Musíme zmínit, že důležitým faktorem je časová prodleva mezi vyšetřeními, záleží také na stylu pokládání otázek a na kvalitě daného testu. Jistým předpokladem pro stanovení dobré diagnózy je použití různých souborů testů pro diagnostiku. Je velmi důležité, aby se testy prováděly opakovaně, a nedocházelo tak k „nálepkování“ a k útlumu v rozvoji dítěte. Při vyšetření je zásadní, aby byly dobře zhodnoceny veškeré vlivy působící na hodnocené dítě či osobu. Těmito okolnostmi jsou:

- podrobná anamnéza,
- podmínky pro život dítěte v prostředí,
- emoční činitelé,
- deprivacní činitelé. (Švarcová, 2000)

2.4 Poruchy autistického spektra

2.4.1 Aspergerův syndrom

O pojem Aspergerův syndrom se zasloužila Loma Wingová. Pro podskupinu osob s autismem, s průměrnou inteligencí či nadprůměrnou inteligencí a Aspergerovým syndromem se používal v 80. letech 20. století termín vysoce funkční autismus. (Attwood, 2005) Osoby s tímto syndromem mají potíže v duševním vývoji v oblastech jako komunikace, představivost nebo také v oblasti sociálních vztahů. Specifické je pro ně také to, že jejich schopnosti nejsou rozvrženy rovnoměrně. (Vosmik & Bělohlávková, 2010) Plno osob s touto poruchou autistického spektra se stává závislými na jednom z rodičů. Pokud toto dítě žije v rodině, vzniká mezi ním a jedním z rodičů velmi blízký a silný vztah. (Preißmann, 2010)

Typickým znakem pro Aspergerův syndrom může být záměrné vyhýbání se kontaktu s ostatními lidmi. Problém může nastat při komunikaci, člověk s Aspergerovým syndromem nemá dostatečnou empatii a působí tedy chladně. Může se stát, že jeho chování bude vypadat, jakoby se nad ostatními povyšoval, jejich názory ho nezajímaly, nebo naopak může působit lhostejně. Velmi specifickým pro tyto osoby jsou denní rituály, které pro ně jsou pro ně životně důležité. Při situacích, ve kterých prožívají psychické vypětí, mohou dělat neobvyklé pohyby. Jejich způsob komunikace může působit velmi zvláštně, mají neobvyklý tón hlasu a objevuje se problém v navázání očního kontaktu a plynulosti mluvy. U těchto osob se také mohou objevit zvláštní zájmy a ulpívání na rituálech. (Vosmik & Bělohávková, 2010)

2.4.2 Dětský a atypický autismus

Dětský autismus je typický tím, že se musí jeho obtíže objevit v každé části. Přesněji to tedy znamená, že problémy prostupují do oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Diagnostika dětského autismu může být prováděna v každém věku dítěte. K dětskému autismu se také mohou přidružit další obtíže a postižení. Lidé s autismem jsou velmi často závislí na pomoci druhých nebo také na pomoci asistenta. Naproti tomu děti s atypickým autismem jsou specifické tím, že určité oblasti jejich vývoje jsou narušeny v menší míře. Avšak vývoj schopností je stále nerovnoměrný, proto se tedy od dětského v oblasti péče a intervence neliší. (Thorová, 2012) Jedním z projevů u těchto dětí jsou obvyklé stereotypní pohyby a zájmy. Do tohoto stereotypního chování než dítě započne určitou činnost, patří např. otáčení kolem své osy. Také může vyžadovat zvláštní a neobvyklé činnosti od dospělých osob či členů rodiny. (Gillberg, 2008)

Jedním z hlavních výše uvedených projevů je problém v oblasti komunikace. Vývoj řeči má velmi odlišný a specifický průběh. Může se stát, že se u batolat vůbec neobjeví žvatlaní, které je pro tento věk typické. Mohou se objevit i případy, kdy se u dítěte řeč netvoří vůbec nebo z určité části a velmi jednoduchým způsobem. Typické pro tyto děti jsou echolálie, dítě je schopno opakovat po ostatních, co slyší, avšak bez porozumění. Dalším specifickým znakem je verbální stereotypie. Dále se také může objevit problém v dodržování a chápání slovosledu nebo mohou některá slova zcela chybět. V některých případech také

chybí používání zájmen. Tyto děti jsou schopny naučit se číst, avšak porozumění čtenému textu velmi zaostává. (Vágnerová, 2008)

V oblasti sociální interakce se objevují klíčové a hlavní projevy u dětí s PAS. Pro tyto děti je typické, že nevyhledávají kontakt s ostatními lidmi, občas to může působit dojmem, jakoby ztratily povědomí o okolním světě. Toto chování úzce souvisí s nepochopením signálů, verbálních i neverbálních, může to vést až k izolaci od ostatních lidí. Děti s PAS málokdy samy navazují kontakt s lidmi, velký problém jim dělá vytváření odpovídajícího vztahu k lidem. Může se stát, že tyto děti nevyhodnotí danou sociální situaci správně. (Vágnerová, 2008) Vždy však musíme brát v úvahu hloubku postižení a míru potřeby pomoci.

Další oblastí, která je u těchto dětí narušena, je oblast představivosti. Většinou se jedná o velmi nedostatečnou představivost, která může vést k jistému ulpívání na činnostech, kterým dávají přednost děti především mladšího školního věku. U těchto dětí se také nevyvíjí schopnost hry, proto dochází k problémům v oblasti učení. S jistotou tedy můžeme tvrdit, že vše stále záleží na hloubce postižení, od něj se odvíjí kvalita hry a její rozvoj. U dětí s PAS se můžeme občas setkat i s pohybovou stereotypií neboli s kývavými pohyby těla, tlučením do předmětů, prohlížením si končetin, zejména konečků prstů apod. (Thorová, 2012)

2.5 ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Tento pojem je překládán jako porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Syndrom ADHD je obvykle porovnáván s pojmem ADD (Attention Deficit Disorder). Tento syndrom ADD je specifický tím, že u něj chybí porucha pozornosti. (Zelinková, 2003)

Na počátku 20. století se lékaři jako odborníci začali zaměřovat na příznaky. Jedním z takových lékařů byl právě G. F. Still, který ošetřoval děti, u nichž bylo evidentní, že se u nich tyto příznaky objevují, přestože rodinné prostředí těchto dětí nejevilo žádné odlišnosti. Jeho názorem tedy bylo, že tyto děti mají odchylky ve fungování mozku a důvodem jejich chování a projevů není rodina ani výchova. (Drtílková & Šerý, 2007)

O ADHD tedy můžeme mluvit jako o vývojové poruše s dlouhodobými přetrvávajícími potížemi, které se při postupném dozrávání centrálního nervového systému mohou zmírňovat. (Zelinková, 2003)

2.5.1 Projevy dětí s ADHD a ADD

Pokud budeme mluvit o projevech dětí s ADD, tedy s poruchou pozornosti, musíme uvést následující projevy. Jedním z těch základním projevů jsou obtíže s udržení pozornosti a s tím související problémy ve škole a kolísání školním výsledku. Dalším z projevů je nesnadné dokončení zadaných úkolů.

Projevy dětí s ADHD jsou typické hlavně hyperaktivitou a impulzivitou, ta se projevuje neustálými pohyby, neschopností vydržet sedět na jednom místě. Impulzivita se pak projevuje tím, že dítě nejprve vytvoří reakci na daný podnět, ale až po tom o této reakci přemýšlí. U těchto dětí je rizikovou reakcí i agresivita. (Zelinková, 2003)

2.5.2 Příčiny vzniku

V roce 1990 učinil doktor Biedermann výzkum, který vedl ke zjištění, že 25% dětí příbuzných s dítětem s ADHD trpí také touto poruchou. Jedním z dalších výsledků výzkumu bylo zjištění, že u jednovaječných dvojčat je velmi pravděpodobné, až z 80% - 90%, že budou obě děti zatíženy poruchou ADHD . (Munden & Arcelus, 2006)

Dalšími příčinami vzniku ADHD a ADD jsou faktory, které nesouvisí s genetikou. Řadíme mezi ně různé vlivy prostředí – rodinného i sociálního, také úrazy hlavy, požívání alkoholu v těhotenství, problémy při porodu, asfyxie, aj.

2.6 Downův syndrom

Downův syndrom je jedna z nejznámějších forem mentální retardace. Výzkumy ukazují, že celkový počet lidí v populaci s tímto syndromem se pohybuje okolo 10%. Tento syndrom je charakteristický typickým vzhledem osob s DS. Vzhledem k značné rozšířenosti DS je u něj poměrně snadná diagnóza. Tento syndrom byl poprvé objeven a popsán v roce 1866 anglickým lékařem, pediatrem Johnem Downem. Avšak chromozomální vznik tohoto syndromu byl dokázán až v roce 1959 francouzským badatelem Lejeunem. Downův syndrom se tedy

projevuje jako trizomie 21. chromozomu, obsahuje jeden chromozom navíc. Děti s tímto syndromem kromě samotného syndromu mohou trpět dalšími přidruženými onemocněními, jako jsou například srdeční vady – až 40% dětí s Downovým syndromem, mohou mít také smyslové vady – přibližně 70% dětí trpí zrakovou vadou, a až 60% dětí pak může trpět vadou sluchovou. Downův syndrom se objevuje v každé populaci přibližně stejně. Vznik DS nebyl nikdy dostatečně objasněn a dokázán. (Švarcová, 2000)

Jednou z popsaných forem vzniku tohoto postižení je mozaicismus. Tato forma Downova syndromu se může ve svých projevech u mozaikové formy jevit jako mírnější, nicméně také jako velmi různorodá, a proto nelze u takových dětí či osob určit prognózu. (Selikowitz, 2005)

Osoba, která je postižena DS, je specifická určitými rysy. Celkem je charakterizováno přes padesát klinických příznaků tohoto syndromu. V této práci nebudeme uvádět všechny z příznaku, ale uvedeme pouze několik z nich. Jedním z typických tělesných znaků je malá postava, šikmo položené oči a menší zploštělá hlava. Pokud budeme popisovat konkrétněji oči, musíme uvést, že na oční duhovce jsou typické černé skvrny, které se objevují jako příznak katarakty. Ústa jsou malá a tyto osoby mají často vyplazený jazyk. Ruce jsou spíše kratší, na chodidlech pak můžeme pozorovat specifickou mezeru mezi palcem a ostatními prsty. Pro osoby s Downovým syndromem je také příznačná větší pohyblivost kloubů, proto se také můžeme setkat s názvem „pavoučí lidé“. (Šmarda, 2013)

2.7 Práva osob s mentálním postižením

V dnešní době je celkový stav osob s mentálním postižením ovlivněn historií osob, které vůči osobám s mentálním postižením zastávají určité předsudky. Předsudky či určité stereotypy se měnily jen velmi pomalu. Dnes můžeme konstatovat, že jde zejména o malou informovanost v oblasti odlišností či určitých specifík, jež jsou pro tuto skupinu osob charakteristické. Můžeme tedy hovořit o prolínající se síti, která se skládá z přežitých názorů a tradic, kvůli nimž vznikají bariéry v oblasti vzdělávání, zaměstnávání a utváření společenských vztahů osob s mentálním postižením. (Valenta & Müller, 2013)

Roku 1959 byla při zasedání OSN přijata Deklarace práv dítěte. Díky rodičům dětí s mentálním postižením pak v 60. letech vznikla Evropská liga společností mentálně handicapovaných. Cílem této společnosti bylo především zastávat práva a zájmy osob či dětí s mentálním postižením a zabezpečit tak maximální péči o tyto osoby v oblasti socializace, vzdělávání, apod. (Švarcová, 2000)

2.8 Možnosti vzdělávání osob s mentálním postižením

Celkový proces začlenění žáků nebo také osob s mentálním znevýhodněním do škol slouží kromě začlenění žáka do určitého typu školy také k jeho začlenění do sociálního prostředí či do společnosti. Jednou z možností vzdělávání žáků je začlenění žáka do skupiny či školy, ve které jsou vzděláváni žáci intaktní; můžeme říci, že se jedná o začlenění žáka do hlavního vzdělávacího proudu. Tento proces začleňování do běžných škol se u nás začal prosazovat v první polovině devadesátých let. Proces začlenění žáku se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol je výzvou především pro učitele základních škol. (Švarcová, 2000)

Vzdělávání je pro člověka s mentálním postižením velikým přínosem, neboť zlepšuje kvalitu jeho života. Podporuje v něm schopnost péče o sebe, zmírňuje závislost na jiných lidech a tím jej obohacuje v oblasti sociální komunikace. Snaží se tak i zlepšit a ulehčit orientaci v prostředí, ve kterém žije, a rozvíjí komplexněji jeho osobnost. Z výše uvedeného můžeme konstatovat, že vzdělávání mentálně postižených osob má velmi pozitivní vliv na jejich socializaci a celkovou kvalitu života. (Černá, 2008)

2.8.1 Inkluzivní vzdělávání dětí s mentálním postižením

Inkluze je jednou z možností vzdělání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Do této skupiny žáku se samozřejmě řadí i žáci s mentálním postižením. Pokud se na to podíváme z pohledu učitele nikoliv dítěte, zjistíme, že pro to, aby dítě mohlo být vzděláváno v hlavním vzdělávacím proudu, potřebuje podpůrná opatření. Tato podpůrná opatření zajišťuje zpravidla škola s pedagogem a výchovným poradcem či školním psychologem. Podpůrná opatření jsou zajišťována na základě rozhodnutí školských poradenských zařízení – speciálně-pedagogických center nebo pedagogicko-psychologických poraden. PPP a SPC stanovují takové podmínky pro vzdělávání, které odpovídají potřebám žáka. Po stanovení podmínek jsou tomuto

žákovi před nástupem do běžné školy uzpůsobeny podmínky pro maximální inkluzi a jeho začlenění mezi intaktní žáky. Třídní učitel na základě zprávy z poradny vytvoří individuální vzdělávací plán, který obsahuje všechny důležité body a podmínky pro žákovu vzdělávání. Jsou tam také vytyčeny cíle a klasifikace daného žáka. Pokud se jedná o žáka s lehkým mentálním postižením, tedy žáka, který spadá do podpůrných opatření 3. stupně, jsou mu na základě toho, jako příloha k IVP, vytvořeny minimální výstupy, ve kterých jsou jasně stanoveny osnovy a výstupy, které vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Dalo by se říci, že toto inkluzivní vzdělávání je v dnešní době považováno za nejvhodnější a uznávanou formu vzdělávání žáků s mentálním postižením. Pokud bychom hovořili o pozitivěch, které tato forma přináší žákům, určitě bychom jich našli mnoho, v neposlední řadě pak jeho začlenění do běžné společnosti, což lze označit za stěžejní aspekt a cíl tohoto vzdělávání. Otázkou může zůstat, zda je vzdělávání těchto žáků dostatečně uzpůsobeno. Důležitým faktorem je počet žáků ve třídě, zda je nějak snížen či omezen, aby se učitel mohl věnovat komplexně celé třídě, a naplňoval tak potřeby všech dětí stejně. Samozřejmě nesmíme opomenout roli asistenta pedagoga nebo také osobního asistenta, který zajišťuje pomoc při vzdělávání či osobní hygieně těchto žáků, a je klíčovou součástí vzdělávání těchto dětí. I děti s mentálním postižením potřebují stejné potřeby pro vzdělávání jako děti intaktní, a proto by jim měly mít stejná práva a možnosti na vzdělávání jako děti intaktní. Jejich znevýhodnění by je nemělo nijak limitovat, tím spíše my, jako společnost, bychom k nim měli přistupovat se stejnou láskou a péčí jako k dětem intaktním.

2.9 Výchova dítěte s mentálním postižením

Tím nepřírozenějším prostředím pro výchovu a péči o dítě či osobu s mentálním postižením je jednoznačně rodina. V žádném jiném prostředí totiž nemůže zažít takový pocit bezpečí, jistoty a emocionální stability.

Pro celkový vývoj dítěte je velmi důležitý postoj rodičů. Rodiče se musí vyrovnávat se všemi změnami a okolnostmi, které v průběhu času přicházejí. Nejideálnější je samozřejmě zaujmout k dítěti pozitivní postoj. Za nejméně vhodné je považováno odmítání dítěte, které může vést k jeho frustraci a k pocitu nedostatečnosti. Pokud se rodiče s faktem, že je jejich dítě postižené, nesmíří, vede to

k umístění dítěte do zařízení sociální péče. Tento proces samozřejmě můžeme chápat z lidského hlediska jako přijatelný vůči rodičům, ale pokud se zaměříme na dítě, nemůžeme toto řešení vůbec považovat za vhodné. (Švarcová, 2000)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato část práce je věnována metodám, které budou použity pro vyhodnocení výzkumu. Dále v této kapitole budou zveřejněny kazuistiky a rozhovory s rodiči.

V praktické části diplomové práce byla použita metoda kvalitativně orientovaného pedagogického výzkumu, konkrétněji rozhovoru. Tato část práce je zaměřena na prožívání výchovy a péče rodičů o děti s mentálním postižením v náhradní rodinné péči. Tento výzkum je zaměřen i na vzdělávání těchto dětí.

3.1 Kvalitativní výzkum

Pokud bychom hovořili o psychologických vědách, jedná se o formu kvalitativního přístupu, která analyzuje a vykládá pro popis nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností zkoumané jevy a používá kvalitativní metody. Dané jevy jsou zkoumány v naší vnější a vnitřní realitě. (Miovský, 2006)

Klíčové termíny pro kvalitativní výzkum:

- Jedinečnost
- Neopakovatelnost
- Kontextuálnost – další z velmi důležitých vlastností kvalitativního výzkumu. Tato vlastnost dokazuje, že je pouze malé množství jevů, které by se daly všeobecně aplikovat.
- Procesuálnost a dynamika – mají hlavní význam při popisu a charakteristice kvalitativního přístupu. Dalo by se konstatovat, že současný jev z jistých důvodů vznikl, rozvíjí se a postupně mizí.
- Historičnost – u tohoto jevu je velmi důležité, brát v potaz jeho souvislost s kontextuálností.
- Reflexivita – jedna z dalších charakteristik kvalitativního výzkumu, která je zároveň velmi citlivým tématem. Vychází to z předpokladu, že daný respondent nebo také výzkumník se přímo či nepřímo podílí na zkoumaných

procesech a jevech. Je zásadní, abychom se nesnažili o vyloučení tohoto vzájemného spolupůsobení. (Miovský, 2006)

Pro výzkum byla zvolena metoda případové studie. Tato metoda je základním a nejrozšířenějším typem výzkumu. Základním stavebním kamenem pro tento typ výzkumu je případ. Ve výzkumné studii případ může zastupovat osobu či skupinu, aj. (Schwandt, 2001)

Pro získávání dat byla použita metoda strukturovaného rozhovoru. Tato metoda rozhovoru, zařazovaná na pomezí mezi dotazník a rozhovor, je charakteristická tím, že má pevně stanovený průběh rozhovoru, který tazatel nemůže měnit. V průběhu rozhovoru je snahou tazatele zajistit především standardizované podmínky. (Arksey & Knight in Miovský, 2006)

Rozhovor tvořilo 16 otevřených, předem pečlivě připravených otázek, které byly pokládány s cílem dozvědět se, jak výchovu dítěte s mentálním postižením prožívali či prožívají manželé – rodiče dětí. (viz. příloha č. 1) Tyto otázky vedly k rozklíčování dílčích cílů.

Pro výzkum byli vybráni respondenti především z Pardubického kraje. Bohužel organizace a nadační fondy, které zajišťují pomoc a poradenství pro tyto rodiny, nemohly poskytnout přesná jména a kontakty na dané rodiče. Tento fakt ovlivnil počet získaných respondentů. Z celkového počtu 5 oslovených nadací a 6 potencionálních rodin se do výzkumu zapojily pouze 2 manželské páry.

3.3 Průběh výzkumu

Tato část práce bude věnována průběhu šetření, metod, stanovení limitů studie a etický aspektů.

V začátcích šetření byli vyhledáváni odpovídající respondenti a odpovídající organizace, které zajišťují péči a pomoc pro rodiny, které měli v náhradní rodinné péči dítě s mentálním postižením. Celkem bylo osloveno 5 organizací a 6 konkrétních manželských párů, se spoluprací však daly souhlas s uskutečněním rozhovoru pouze 2 manželské páry. Pro získávání respondentů byla využita elektronická pošta, ale také telefonický kontakt. Po kladné odpovědi daných manželských párů došlo k jejich kontaktování a vzájemnému seznámení. Během

prvního osobního kontaktu došlo k neoficiálnímu přátelskému rozhovoru, který v této práci nebude publikován. Díky tomuto setkání došlo i k lepšímu proniknutí do dané problematiky.

S respondenty byl následně domluven termín, ve kterém se uskuteční rozhovor. V úvodu rozhovoru jsem se s klienty seznámila a jemně jsem je přirozenou cestou uvedla do záměru rozhovoru. Seznámila jsem je i s faktem, že náš rozhovor bude nahráván a bude použit do mé diplomové práce. Respondenti byli velmi vstřícní, avšak někteří odpovídali stručněji, někteří svoje odpovědi více rozváděli. Po zkušenostech mohu konstatovat, že pro muže bylo odpovídání na jisté dané otázky těžší, což mohlo být vyvoláno i jejich odlišnou povahou z psychologického hlediska. Tento fakt však nebyl nijak limitující pro můj výzkum. Pokud respondent nerozuměl zadání mé otázky nebo se jevilo být pro něj nepříjemné otázku dále rozvádět nebo na ni dále odpovídat, přešli jsme plynule na otázku další.

Veškeré rozhovory byly přepsány do textové podoby a jsou přepsány v přílohách této práce. (viz příloha č.2 a č.3) Rodiče byli samozřejmě seznámeni, k jakým účelům byla nahrávka pořízena.

Pro vyhodnocení výzkumu byla zvolena metoda případové studie, tuto formu jsem pojala ve formě kazuistik dítěte a následných rozhovorů s rodiči.

3.3.1 Místo pro sběr dat a mapování terénu

Pro rozhovor bylo zvoleno nejpřirozenější prostředí pro respondenty. Místo si každý respondent vybíral sám. V obou případech se jednalo o domácí prostředí, ve kterém respondenti odpovídali na otázky, a bylo evidentní, že se v tomto prostředí cítí dobře. Rozhovor byl nahráván diktafon a poté přepsán do textové podoby. (viz. příloha č. 1 a č. 2)

3.5 Limity a kritéria výzkumu

Limity studie jsou charakteristické tím, že se u nich objevují určité aspekty, které ovlivňují nebo také omezují daný výzkum.

Jedním z důležitých klíčových limitů pro tento výzkum byla velká citlivost daného tématu. Z oslovených organizací a respondentů se našly pouze dva manželské páry, které byly ochotny daný rozhovor uskutečnit. V případě oslovených

organizací byl úspěch zcela nulový. Vzhledem k okolnostem zákazu šíření osobních údajů a dat byl výzkum velmi limitován.

Další z limitů mohlo být očekávání respondentů. Přestože byli respondenti v jim známém a důvěrném prostředí, mohli pociťovat určitou nejistotu. Tazatel, který rozhovor uskutečňuje, by měl vytvářet také velmi příjemnou a nenucenou atmosféru.

Co se týče limitů tazatelem vzhledem k respondentovi, mohlo dojít k jasné položené otázce, avšak odpověď na ni nemusela přesně zachycovat a vysvětlovat daný jev, protože položená otázka byla málo rozvinutá.

Kritéria výzkumu:

- manželský pár, který již prošel náhradní rodinnou péčí
- osvojené dítě bylo znevýhodněno mentálním postižením

3.6 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty jsou velmi důležitou součástí každého výzkumu, neboť udržují hranice slušného chování a zachovávají k respondentovi úctu a důvěrnost. Zachovávání úcty a svobody v pokládání otázek je velmi klíčové, respondent by neměl být nijak nucen odpovídat na dané otázky, pokud by mu to nebylo příjemné a jevil by se to jako velmi nevhodné.

Před každým rozhovorem musím být respondentovi dána příležitost, aby se vyjádřil písemně či přímo do nahrávky, zda je ochoten daný výzkum s námi uskutečnit.

Je podstatné, aby došlo k následnému zpřístupnění daných rozhovorů a celkové práce, aby si klient mohl ověřit, že nebylo použito nic, co by danému tazateli neřekl. Na tomto principu je postavena důvěra mezi tazatelem a respondentem.

Rozhovor by měl probíhat přirozeným způsobem respondent. Respondent nesmí být tazatelem nijak nucen odpovídat, pokud mu odpověď nebude příjemná.

3.7 Celková charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkum byli vybráni rodiče, kteří měli v náhradní rodinné péči dítě s mentálním postižením. Tento výběr nebyl omezen věkem ani pohlavím či jiným etnickým odlišením. Oba dva páry splnily jedinou podmínku kritérií výzkumu. Výzkum byl proveden, jak již bylo výše uvedeno, v domácím prostředí, ve kterém se respondenti cítili dobře a přirozeně.

3.8 Sběr dat

V začátcích šetření byli vyhledáváni odpovídající respondenti a odpovídající organizace, které zajišťují péči a pomoc pro rodiny, které mají v náhradní rodinné péči dítě či dítě s mentálním postižením. Z celkem kontaktovaných 5 organizací a 6 konkrétních manželských párů souhlasily pouze 2 manželské páry s rozhovorem. Pro získávání respondentů byla využita elektronická pošta, ale také telefonický kontakt. Po kladné odpovědi daných manželských páru, došlo k jejich kontaktování a seznámení s tazatelem. Byl také domluven termín pro rozhovor, a respondenti byli okrajově seznámeni s obsahem rozhovoru. Respondenti byli seznámeni i s tím, že bude rozhovor nahráván a publikován v diplomové práci.

Tato diplomová práce je zpracována na základě metody strukturovaného rozhovoru, který je zaměřen na průvodní informace při předávání dítěte do péče a smíření či příprav na tuto diagnózu. Jedním z velmi důležitých aspektů těchto rozhovorů byla otevřenost respondentů mluvit o tak citlivém tématu.

Pro tento výzkum byla zvolena metoda totálního výběru. Tato metoda vychází z faktu, že je soubor pro výzkum tvořen všemi prvky daného základního souboru. Jinak také můžeme říci, že výzkumný vzorek je totožný se vzorkem základním. (Hendl, 2005)

Při získávání dat byl použit audiozáznam. Audiozáznam je velmi osvědčenou metodou, neboť zachycuje všechno z respondentovu výpověď. Tazatel si tak nemusí dělat poznámky, protože zvukový záznam je autentický. (Miovský, 2006)

Pro analýzu dat byla zvolena metoda zachycení vzorců. Tato metoda charakteristická, tím že představuje jednoduchý analytický nástroj. Jde o metodu, při

níž v datech hledáme určité opakující se výsledky a ty zaznamenáváme. Dalo by se říci, že jsou hledány obecnější principy a struktury.

Díky této metodě však také dochází k určitému vytřídění dat. Při použití této metody musí výzkumník také pracovat s alternativou, že daná studie nebude platná. (Miovský, 2006)

3.9 Cíl výzkumu a dílčí cíle

Cílem výzkumu je zjistit, jaké vstupní informace rodiče dostali při převzetí dítěte do náhradní rodinné péče, jaká byla jejich připravenost na přijetí dítěte s mentálním postižením do náhradní rodinné péče a co pro ně bylo důležité.

3.9.1 Dílčí cíle

1. Co vedlo rodiče k rozhodnutí, vzít si dítě do náhradní rodinné péče.
2. Jak na toto rozhodnutí reagovala rodina a blízké okolí.
3. Byli rodiče předem informováni o zdravotním stavu dítěte.
4. Jaká byla reakce rodičů na tuto diagnózu.
5. Měli rodiče dostatek času se na výchovu dítěte připravit.
6. Kdy bylo dítě seznámeno se skutečností, že je adoptované či osvojené.
7. V jaké škole bylo vzděláváno.
8. Jak se dítě po ukončení náhradní rodinné péče adaptovalo do společnosti.

Pro toto šetření bylo sestaveno 8 dílčích cílů. Tyto dílčí cíle povedou k odhalení skutečností a faktů, které jsou klíčové pro hlavní výzkum.

4 KAZUISTIKA - Vojta

V této kapitole bych ráda zveřejnila anamnézy dětí, dnes již dospělých či skoro dospělých, s mentálním postižením, které vyrostly v náhradní rodinné péči. Následně v přílohách, jsou zveřejněny rozhovory s rodiči, kteří o tyto děti pečovali v náhradní rodinné péči.

4.1 Anamnéza

Rodina: otec 50let, matka 46let, chlapec nyní 22let

Chlapec, adoptován ve dvou letech. Prakticky bez informací o rodině, dítě romského původu, byl v kojeneckém ústavu od narození. Chlapec neměl ani jméno. Evidentní zaostávání v kognitivním rozvoji, jednoduchá hra a časté používání slova „fa“. Špatné hygienické návyky. Byl velmi vzteklý a špatně spal. U chlapce se od začátku vývoje v rodině projevovala citová deprivace, která se projevovala kýváním v posteli a kousáním si palce. Ke svým rodičům však přilnul a moc rád s nimi trávil čas. Chlapec jevil známky opoždění i v sociálním prostředí svých vrstevníků. Jeho vývoj byl velmi nerovnoměrný, proto navštívil s rodiči neurologické oddělení, kde byla diagnostikována lehká mentální retardace. Lékař vyhodnotil, že je třeba medikace (Oikcamid) pro snížení hyperaktivity a zvýšení soustředěnosti. Byl hyperaktivní, občas agresivní a výbušný jeho výchova byla velmi obtížná a složitá. Chlapec navštěvoval 2 roky mateřskou školku. Před nástupem do školy byl vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně, kde psychologka vyhodnotila nedostatečnost v kognitivním vývoji. Poté dostal dvouletý odklad a nastoupil do tehdejší školy speciální. Po nástupu do školy chlapec splňoval nároky speciální školy, nicméně se objevovaly přetrvávající problémy v chování – chlapec bral věci jiným dětem i učitelům nebo manipuloval bez zábrany s vybavením ve třídě a občas se stalo, že něco zničil, protože s tím neuměl manipulovat. Škola byla vyhovující z důvodu nízkého počtu žáků, vztah k učitelům byl kladný, i přestože nerespektoval někdy jejich autoritu. Potom co se žák naučil číst, rád si prohlížel knihy a četl. Chlapec měl celkově pozitivní vztah ke škole. Rád maloval a rád se učil věci související se společenskými vědami. Matematika dělala chlapci velký problém. Problém mu ani nedělala ruční práce, měl sociální citění ke spolužákům a svému okolí.

Na druhém stupni se však začaly projevovat psychické výkyvy a nebyl ochotný respektovat autority, měl časté problémy se svými spolužáky a byl snadno ovlivnitelný. Začala se projevovat i porucha spánku a výbušnost. Z tohoto důvodu byli rodiče nuceni navštívit dětskou psychiatrii. Psychiatrička stanovila diagnózu afektivní lability a ADHD, chlapec dostal medikaci (Risperdal). Po základní škole chlapec začal navštěvovat speciální odborné učiliště – obor zahradník (3 roky). Učivo zvládal s podprůměrnými výsledky, od poloviny studií chtěl zůstat na internátě, začal kouřit, objevili se u něj výchovné problémy, špatné chování ke spolužákům – šikana. Na konci 2. ročníku byl hodnocen z chování známkou 2. Ve 3. ročníku pak známkou 3 za šikanu a zneužívání svých spolužáků. Ničení cizích i vlastních věcí přetrvává do dnes, i v dospělosti. Závěrečné zkoušky složil a nyní má výuční list. Po vyučení odešel z rodiny do vlastního života, kde střídavě pracoval, ale vzhledem k jeho finanční negramotnosti nebyl schopen zacházet s penězi, což vedlo k dluhům. Není schopen pravidelné pracovní morálky, vzhledem k romskému etniku. Nyní je ve vzdáleném kontaktu s rodinou, nejví zám rodinu kontaktovat.

4.2 Výsledky šetření

V této části bych chtěla zveřejnit výsledky výzkumného šetření vycházející ze stanovených dílčích cílů a cílů výzkumu.

V této části diplomové práce nebudu vycházet pouze z rozhovorů s rodiči, ale vcházet i z anamnézy dítěte.

1. Co vedlo rodiče k rozhodnutí, vzít si dítě do náhradní rodinné péče.

Respondenti na tuto otázku odpověděli zcela adekvátně, nikoliv však dlouze. Jedním z jejich hlavních cílů bylo poskytnout pomoc pro dítě, které nemělo domov a rodinné zázemí. Při rozhodování rodiče uvedli, že chtěli do péče dítě co nejmladší, etnikum pro ně nehrálo roli, avšak podmínkou bylo, že dítě nesmí být postižené.

O daném dítěti již z výše uvedeného vyplývá, že nedostali žádnou dokumentaci, tudíž se nedalo nic předpokládat, ovšem ani vyloučit. Z anamnézy plyne, že chlapci byly 2 roky, když byl přijat do náhradní rodinné péče.

2. Jak na toto rozhodnutí reagovala rodina a blízké okolí.

Respondenti vypověděli, že rodina nereagovala pozitivně z důvodu rasových předsudků. Blízké okolí a přátelé ho přijali dobře. Postupem času se změnil i názor respondentovy matky, kdy došlo k přijetí dítěte a považování ho za své vnouče.

3. Byli rodiče předem informováni o zdravotním stavu dítěte.

Respondenti vypověděli, že o takovém zdravotním stavu či diagnóze nevěděli. Nikdo je neinformoval, protože dle jejich výpovědi ani neexistovala žádná zpráva, která by prokázala, že je dítě mentálně postižené. Dítě žilo v kojeneckém ústavu, kde se podle výpovědi respondentů s dítětem nepracovalo. Postupem času ,po přijetí do pěstounské péče si začali rodiče všimát věcí, které se u ostatních dětí ve výchově a vývoji neobjevovaly. Vojta špatně spal, a objevovaly se odchylky v kognitivním vývoji, poté neurolog stanovil diagnózu.

4. Jaká byla reakce rodičů na tuto diagnózu.

Na tuto otázku odpovídala především respondentka, tedy matka dítě. Konstatovala, že do doby, než tuto diagnózu obdrželi nebo jim byla diagnostikována lehká mentální disfunkce, považovala chlapcovo chování a výkyvy v chování a náladách za vlastní selhání. Myslela si, že je to zapříčiněno výchovou či jiným problémem, který ovšem nebyl viditelný, z její výpovědi bylo jasné, že přemýšlela o tom, zda za tyto problémy nemůže citová deprivace a zda chlapec dostává dost empatie, citových vazeb a lásky, protože v rodině byly ještě 2 vlastní děti, děvčata, která byla starší než chlapec. Proto se jí ulevilo, když neurolog diagnostikoval lehké mentální postižení; uvědomila si, že za chlapcovo chování nemůže výchova, ale diagnóza lehké mentální disfunkce.

5. Měli rodiče dostatek času se na výchovu dítěte připravit.

Z výše uvedeného plyne, že rodiče o této skutečnosti nevěděli, proto ani nedostali možnost se na tuto skutečnost připravit.

6. Kdy bylo dítě seznámeno s tím, že je adoptované či osvojené.

Respondenti vypověděli, že tím, že bylo dítě jiného etnického zařazení, v podstatě to chápalo velmi brzy. Po svojí biologické rodině nikdy nepátralo a rodiče zastávají názor, že nepátrá ani dodnes. Toto dítě bylo hned po narození ponecháno v porodnici, kdy se ho matka zřekla, následně bylo umístěno

do kojeneckého ústavu. Z tohoto kojeneckého ústavu si ho rodiče vzali ve 2 letech do péče.

7. Dítě bylo vzděláváno v běžné základní škole, protože byl adekvátně rozvíjen jeho kognitivní vývoj.

Z anamnézy i z rozhovoru s rodiči vyplývá, že Vojta dostal před nástupem do školy 2 roky odklad, a až po této skutečnosti nastoupil do speciální školy.

8. Jak se dítě po ukončení náhradní rodinné péče adaptovalo do společnosti.

Dle tvrzení rodičů se Vojta začlenil do společnosti a je schopný se sám o sebe postarat, avšak není schopen finanční gramotnosti, což ho limituje v jeho možnostech. Rodiče také vypověděli, že není schopen pracovní morálky, tudíž v jedné práci nevydrží moc dlouho. Výsledkem jsou dluhy a platební neschopnost. Nyní rodinu téměř nekontaktuje.

4.3 Shrnutí šetření:

Z šetření vyplývá, že hlavním důvodem pro rodiče bylo poskytnout dítěti nový domov. Vstupní informovanost rodičů nebyla žádná. Rodiče se o diagnóze chlapce dozvěděli postupem času, kdy se u chlapce objevovalo netypické chování. Rodiče vyhledali odbornou pomoc a chlapci byla diagnostikována lehká mozková disfunkce. Z tohoto faktu vyplývá, že se rodiče na tuto skutečnost nemohli nijak připravit. Pro rodiče bylo velmi důležité a obtížné se s tou diagnózou vyrovnat. V tomto ohledu jim velmi pomohla jejich práce, ve které se neprojevovala bezmoc něco změnit. (viz. příloha č. 2)

5 KAZUISTIKA - Milan

5.2 Anamnéza

Rodina: Pěstoun 55 let, pěstounka 55 let, Milan 30 let – atypický autismus, lehké – středně těžké mentální postižení, bipolární porucha.

Z pohledu pěstounů:

Milana jsme přijali do naší rodiny v jeho 6 letech a 9 měsících. O jeho minulosti jsme se dozvěděli neúplné informace, a co se týká psychického stavu, některé informace nám byly zcela zamlčeny. Pravdu jsme se dozvěděli až při jednání soudu, kdy se rozhodovalo o svěřeni Milana do pěstounské péče. Velmi nás to překvapilo, ale již jsme nedokázali říci ne.

Milan byl 8. dítě matky, která měla své děti ráda, ale pro svoje mentální postižení (debilita) nebyla schopna se o své děti postarat. Byl nejmladším dítětem, všichni jeho sourozenci vyrůstali v tehdejší Ústavu sociální péče. O otci nebylo nic známo, i když na rodném listě byl uveden.

Milan byl do věku 3 let a 8 měsíců v kojeneckém ústavu a v tomto období byl předán do Diagnostického ústavu k diagnostice a k doporučení, do kterého dalšího ústavu ho přemístit. Lékařská zpráva z té doby hovoří o tom, že chlapec byl zcela retardovaný, velice opožděný ve svém vývoji, vůbec nemluvil, vydával pouze zvuky, jeho psychický vývoj odpovídal věku rok a půl. Všem odborníkům bylo divné, že takto zanedbané dítě přišlo ze státního zařízení tj. kojeneckého ústavu, zpočátku se to ale jevílo tak, že je u chlapce hluboké mentální postižení. V diagnostickém ústavu v té době pracovala mladá sociální pracovnice, která začala s Milanem hodně pracovat a věnovala se mu i ve svém volném čase, na víkendy, na svátky si ho brala domů, věnovala mu i svoji dovolenou. Milan se začal neskutečně rozvíjet, jevílo se to skoro jako zázrak. Díky pokrokům ve vývoji mohl Milan zůstat v diagnostickém ústavu mnohem déle, než byla tehdejší praxe, stal se miláčkem všech zaměstnanců a začali pro něho hledat vhodnou pěstounskou rodinu. Psychologická zpráva v době Milanova 6. roku života hovoří o tom, že udělal velké pokroky ve vývoji a odpovídá širší normě, ale vzhledem k jeho minulosti doporučují odklad školní docházky. Když bylo Milanovi 5,5 let, dostává se do první pěstounské

rodiny. Z počátku se jevílo vše v naprostém pořádku, v rodině žil skoro rok, u soudu ležel návrh na změnu příjmení Milana na příjmení pěstounů a najednou pěstouni jednoho dne přivezli Milana zpět do diagnostického ústavu, že ho již nechtějí. Nikomu není známo, co se v této rodině událo. Nám jako budoucím pěstounům bylo řečeno, že ho ti první pěstouni neměli rádi, a že mu velice ublížili tím, že ho vrátili. Paní pěstounka uvedla u soudu, že chlapec velice zlobil, že byl nezvladatelný a že ona ho díky své nemoci pohybového aparátu nemohla vůbec zvládnout. Pracovníci diagnostického ústavu tvrdili, že chlapec je hodný až roztomilý a že se toto tvrzení nezakládá na pravdě a vina je na straně pěstounů. Chlapec vrácením zpět do diagnostického ústavu nijak netrpěl, naopak byl velmi spokojený a šťastný. Až mnohem později jsem pochopila proč, Milan se dlouho domníval, že ta sociální pracovnice, která se mu tolik věnovala je jeho maminka, kterou měl moc rád a byl na ni velice silně citově vázán. Když se kolem 15. roku života dozvěděl tuto pravdu, nebyl ji schopen přijmout, velice bouřlivě za svoji pravdu bojoval.

Jeho spokojenost ale tentokrát trvala pouze 3 měsíce, protože déle zde být nemohl a byl přeložen do dětského domova. Zde byl velmi krátce pouze několik měsíců a přešel do naší rodiny. V dětském domově se choval nezvladatelně, byl velice hyperaktivní. Zaráželo nás toto chování, ale byli jsme ubezpečováni, že se nemusíme bát, že toto je důsledkem citové deprivace, že nezvládl psychicky, že ho ta první rodina vrátila, že je to velice hodný a šikovný chlapec. Důležité je abychom ho měli hlavně rádi a že se vše spraví.

Skutečnost byla jiná. Milan byl opravdu nezvladatelné dítě, do naší klidné rodiny přišel uragán. Někdy jsem měla pocit, že místo dítěte jsme si adoptovali opici, všude visel, skákal ze skříně, patrové postele, vrískal, ničil hračky, i své oblíbené, ničil si oblečení – stříhal je, trhal je, házel vajíčka po lidech procházejících kolem našeho domu, a i jeho myšlenkové pochody byly zcela jiné než u jeho zdravých vrstevníků. Obrátila jsem se na odborníky a byla stanovena první diagnóza – ADHD v těžší formě, byla nutná léčba na dětské psychiatrii a neurologii. Milan užíval léky, ale nyní si nejsem schopna vybavit již jejich názvy. Léky opravdu pomáhaly, bez nich by soužití s Milanem nebylo vůbec možné, i přes medikaci to bylo velice těžké. Později k této diagnóze byla stanovena diagnóza atypického autismu a jeho mentální schopnosti byly označeny jako lehká – středně těžká mentální retardace. K jeho intelektu jsem byla upozorněna na jednu zvláštní abnormalitu, že v jeho případě je

velký rozdíl mezi verbální a neverbální inteligencí a to velice výrazný, jedna část vykazuje skoro debilitu, zatímco druhá část je nadprůměrná, v některých testových otázkách vykazovala prvky výrazného nadprůměru. Toto spojení je ovšem v jeho praktickém životě velice nevýhodné, je schopen vymyslet věci, které by člověk s mentálním postižením nedokázal vymyslet, ale vždy se v tom projeví nějaká abnormalita.

Milan nastoupil do první třídy normální základní školy, ale již v prvním pololetí byl přeřazen do školy speciální. Zde se setkal s vynikajícími pedagogy, kteří velmi dobře rozuměli jeho diagnóze a uměli s ním pracovat. Vyzdvihli jeho nadání na výtvarnou výchovu, využívali jeho schopností a nadání i v jiných oblastech, byl velice šikovný ve stavění papírových vystřihovánek, stavbě puzzle a dokázali si poradit s jeho hyperaktivitou. I zde se projevovovala jeho abnormalita, učivo zvláštní školy se učil velice obtížně, ale v 7 letech skládal puzzle 500ks i více bez obrázků a to i mapu České republiky, když neuměl vůbec číst. Byl schopen ukázat na mapě místa, kde byl, kde žili první pěstouni, kde byl diagnostický ústav, kde dětský domov, aniž by mu to kdokoli ukázal, a přitom neuměl číst, měl to asi odpozorované. Byl velice hyperaktivní, nevydržel chvíli sedět na místě, ale když stavěl puzzle, vydržel hodiny v absolutním klidu, soustředěný na vytvoření obrázku.

Po základní škole speciální přešel do odborného učiliště dříve speciálního, byl velice zručný a uměl nádherně malovat a měl výtvarnou představivost, tak se chtěl vyučit truhlářem, obor ale nedokončil, protože ve 2. ročníku začala práce na strojích a on byl stále velmi hyperaktivní a měl nepředvídaté chování a mohl být nebezpečný sám sobě i ostatním studentům. Přešel na obor zahradník, došel do závěrečného ročníku, ale nevyučil se, protože se nebyl schopen naučit učivo k závěrečným zkouškám, pak byl ještě na oboru tesař, ale také nezískal výučný list. Po skončení učiliště mu byl přiznán plný invalidní důchod. Velmi chtěl pracovat, ale nebyla pro něho vhodná práce. Mohl by pracovat pouze s dozorem a vykonávat pomocné práce, ale to ho neuspokojovalo a to vykonávat nechtěl. Tak si na profesi hrál. Ve věku 25 let to bylo velmi absurdní, např. si koupil již nepoužívanou uniformu hradní stráže a vydával se za pracovníka ochranky a takto oblečen chodil hlídat do jednoho obchodního domu a „kontroloval“, zda lidé nekradou, velice se divil, že byl podezřelý skutečné ochrance a ta ho kontrolovala, vůbec nepochopil situaci, byl velice pohoršen, že ochranka kontrolovala jeho, také ochranku.

Docházelo také k vážným problémům ve finanční oblasti, např. si vybral velkou finanční částku z invalidního důchodu a tu rozdál kamarádům, zbytek si prý schoval za lampu, domnívala jsem se, že za lampičku v dětském pokoji, jaké bylo moje překvapení, když za lampu na ulici. Měl svůj počítač, ale chtěl si koupit ještě jeden. Proto odcizil peníze z trezoru, který byl zakódován a kód neznal, a on byl schopen tento trezor otevřít, vzal peníze a koupil si nový počítač a abychom nepoznali, že peníze odcizil podle jeho uvažování, tak v tom novém počítači přestříhal všechny dráty a řekl nám, že ho dostal ve sběrném dvoře.

V dospělosti vymizela hyperaktivita, ale o to více se objevily zvláštnosti v jeho chování. Neustále si přestavuje svůj pokoj, předělává nábytek, postel. Toto ale nezvládá, takže veškerý nábytek zničil, zničil také stěny pokoje. Neustále si neadekvátně objednává zboží, objednal si nový nábytek v hodnotě 80 000,- Kč, aniž by měl peníze, celý kamion akustické pěny údajně na jednu stěnu svého pokoje, 5 herních židlí k počítači, protože se mu líbily. Neustále vybírá zboží a objednává ve velkém množství, nemá vůbec představu o hodnotě peněz, když má chuť na krabičku cigaret, „prodá“ notebook nebo mobil za 100,- Kč, aby uspokojil svoji aktuální potřebu. Je také velice zneužitelný okolím, nemá zábrany a udělá cokoli, co se mu řekne, velmi se stává, že mu nezodpovědní spoluobčané nabídnou alkohol a on nedokáže říci dost a pije tak dlouho, až upadne do bezvědomí a musí ho odvézt RZS. Každého, kdo ho osloví jménem, přijímá za svého přítele a podle toho se k němu, s absolutní důvěrou chová, i když ho vůbec nezná. Před dvěma roky zjistil, kde máme veškeré rodinné dokumenty (rodné listy, pracovní smlouvy, lékařské zprávy, kupní smlouvy), a protože nechtěl, aby se o něm psalo, vše rozstříhal na maličké kousky a vyhodil. Stěží by bylo pochopitelné, kdyby zničil svoji složku, ale on zničil dokumenty celé naší rodiny. Jindy si chtěl opravit svůj notebook, ale nevěděl jak, a tak postupně rozšrouboval notebooky celé rodiny, a když to nedokázal spravit, vše vyházel do popelnice. Milan potřebuje neustálý dohled.

Život s Milanem je velice náročný, i po skončení pěstounské péče žije v domě s námi pěstouny. Až se nebudeme moci o Milana postarat, budeme muset využít některou ze sociálních služeb, např. chráněné bydlení nebo dům s pečovatelskou službou nebo podobné zařízení.

5.3 Výsledky šetření

V této části bych chtěla zveřejnit výsledky mého výzkumného šetření vycházející z dílčích cílů, týkající se druhého případu šetření.

V této části diplomové práce nebudu vycházet pouze z rozhovorů s rodiči, ale vcházet i z anamnézy dítěte.

1. Co vedlo rodiče k rozhodnutí, vzít si dítě do náhradní rodinné péče.

Respondenti vypověděli, že jejich záměrem bylo rozšíření rodiny o dalšího člena, tedy o další miminko či dítě. O toto rozhodnutí se rozhodli podělit i se svými dcerkami, v té době ve věku 10 let a 5 let. Po uvážení zvolili možnost vzít si dítě do náhradní péče a dát mu rodinu, domov, který nemá. Proto přijali do náhradní rodinné péče Milana. Neměli žádné požadavky týkající se etnika, avšak chtěli dítě, které nebude starší než jejich mladší biologická dcera.

2. Jak na toto rozhodnutí reagovala rodina a blízké okolí.

V tomto případě respondenti vypověděli, že jejich okolí přijalo dítě bez předsudků a bylo považováno za vlastní už od počátku přijetí. Velmi kladně dítě přijali i jeho sourozenci, kteří v rodině žili. Jednalo se zase o 2 sourozence – 2 vlastní holčičky.

3. Byli rodiče předem informováni o zdravotním stavu dítěte.

Rodiče Milana vypověděli, že diagnóza jim nebyla sdělena. Tito rodiče dle výpovědi přijali do náhradní rodinné péče celkem 5 dětí a u jednoho z nich jim byla diagnóza úmyslně zatajena. Dále z anamnézy plyne, že po převzetí dítěte do náhradní rodinné péče byly rodičům sděleny pouze poloviční informace, úplné informace se dozvěděli až u soudu, kdy rodiče nebyli schopni dítě odmítnout. Přijali ho tedy do náhradní rodinné péče. U soudu se rodiče dozvěděli o biologické matce dítěte, která měla dětí opravdu více, ale ani o jedno se nebyla schopna postarat vzhledem ke svému mentálnímu postižení. Chlapec již od útlého věku jevil známky velkého zaostávání v kognitivním vývoji.

4. Jaká byla reakce rodičů na tuto diagnózu.

Reakce rodičů vedla ke smíření se s diagnózou, celkovou diagnózu se dozvídali během vývoje dítěte, po návštěvách neurologa, psychologa a dětského psychiatra. Milan i doposud potřebuje neustálý dohled, proto stále pobývá u rodičů, kteří se o něj starají a snaží se, aby se jistým způsobem začlenil do společnosti, i přestože jeho diagnóza je doživotní a péče o něj je velmi náročná.

5. Měli rodiče dostatek času se na výchovu dítěte připravit.

Rodičům Milana byla tato skutečnost sdělena až u soudu, kdy se rodiče stále mohli rozhodnout, zda si dítě osvojí. Ovšem díky těmto okolnostem neměli žádný čas na přípravu. Tato diagnóza byla sdělena velmi pozdě.

6. Kdy bylo dítě seznámeno se skutečností, že je adoptované či osvojené.

Na tuto otázku daní rodiče vypovídali spíše všeobecně, konstatovali fakt, že všechny děti byly přijímány za vlastní, tudíž měly i stejná přímení. Evidentní to bylo také z důvodu jiného etnika.

7. V jaké škole bylo vzděláváno.

Z anamnézy a rozhovorů s rodiči Milana vyplývá, že Milan začal navštěvovat základní školu, ale v pololetí byl přerazen do speciální školy. Z výše uvedeného tedy můžeme nyní předpokládat, že Milan nesplňoval nároky pro absolvování základní školy.

8. Jak se dítě po ukončení náhradní rodinné péče adaptovalo do společnosti.

Rodiče vypověděli, že i po ukončení pěstounské péče Milan potřebuje neustálý dohled. Není schopen samostatného života v dnešní společnosti. Tudíž stále žije v domově se svými pěstouny. Pěstouni vypověděli, že až nebudou schopni se o Milana postarat, budou ho muset předat do speciální péče sociálních služeb.

5.4 Shrnutí šetření:

Z této případové studie vyplývá, že rodiče nedostali úplné informace o zdravotním stavu dítěte. Rodiče uvedli, že některé informace jim byly záměrně zamlčeny. Pravdu o zdravotním stavu dítěte se dozvěděli až při jednání převzetí dítěte do péče u soudu. Z této skutečnosti vyplývá, že stejně jako v předešlém šetření se rodiče neměli možnost na přijetí dítěte připravit. Pro rodiče je důležité, aby se

o Milana byli schopni stále starat, dokud to bude možné, protože Milan potřebuje neustálý dohled.

6 DISKUZE

Z veškerých shromážděných informací vyplývá, že náhradní rodinná péče je pro rodiče, kteří se pro ni rozhodnou veliký krok, který trvá většinou celý život a zásadně jej ovlivní. Jedná se o formu svěřením dítěte do péče, kdy rodič předem neví, co ho čeká. Náhradní rodinná péče je pro celou rodinu velikou změnou, která s sebou nese, kromě radostí, i mnohá úskalí. Tyto děti mohou vyžadovat speciální přístup ve výchově i vzdělávání, proto je nutné, aby jim byla poskytována správná a adekvátní péče a přístup bez ohledu na věk či etnické zařazení.

Pokud bychom hovořili o výchově a vzdělávání osob s mentálním postižením, musíme konstatovat, že se jedná o celoživotní proces. V případě mentálně postižených osob probíhá osvojování nových znalostí a dovedností podstatně pomaleji než u osob intaktních. Je podstatné, aby se nově získané vědomosti stále opakovali a upevňovali. (Švarcová, 2000)

Tento výzkum je sestaven z informací a skutečností, které se odehrály přibližně v 90. letech. Tudíž tento výzkum neprokazuje, zda jsou tyto skutečnosti stále aktuálně řešeným problémem. Nemůžeme tedy říct, že dnešní systém funguje stejně.

Z výzkumu vyplývá, že při osvojení do péče v obou případech došlo k zatajení, či možná spíše neposkytnutí zdravotních informací o dítěti. Rodiče Vojty vypověděli:

„Nevěděli, nikdo nás na takovou věc neupozornil. Chyběla jakákoliv zpráva či dokumentace. V podstatě žádná dokumentace ani neexistovala, co se týče zdravotního a mentálního stavu dítěte.“ (viz příloha č. 2) V jednom z těchto případů byly dokonce tyto informace zveřejněny až u soudu, do té doby byly rodičům zatajovány. Rodiče Milana vypověděli: *„O jeho minulosti jsme se dozvěděli neúplné informace, a co se týká psychického stavu, některé informace nám byly zcela zamlčeny. Pravdu jsme se dozvěděli až při jednání soudu, kdy se rozhodovalo o svěřením Milana do pěstounské péče. Velmi nás to překvapilo, ale již jsme nedokázali říci ne.“* (viz. příloha č.3) Respondenti, kteří tímto prošli, usuzují, že k zatajení informací došlo záměrně. Když mi respondenti tuto informaci sdělili, velmi mě to překvapilo, dokonce by se to dalo považovat za jistý druh manipulace ze strany orgánů, které zajišťují náhradní rodinnou péči. Tento fakt může rodiče

uvažující o náhradní rodinnou péči limitovat strachem, co mohou očekávat, pokud se pro náhradní péči rozhodnou.

Moje osobní zkušenost s náhradní rodinnou péčí a výše uvedeným problémem se naprosto shodovala s výpovědí respondentů. Když mi bylo 6 let a mojí sestře 8 let, vzali si moji rodiče do péče dvě holčičky – byla to dvojčata. Byla jiného etnika, jednalo se o míšenky. Děvčátka si moji rodiče osvojili, když jim bylo 1,5 roku. Rodiče informace o zdravotním stavu matky a otce dětí nedostali, jejich matka je odložila hned po narození a otec byl uveden jako neznámý. Děvčátka s námi vyrůstala od útlého věku. Na první pohled se od nás ničím nelišila, během 2 – 3 let od osvojení se začala objevovat citová deprivace. Jedna z dívek si trhala řasy a obočí. Obě dvě byly v té době ještě malé. Rodiče tedy vyhledali odbornou pomoc dětského psychologa, ten doporučil terapii. Nástup dívek do školky proběhl naprosto v pořádku, obě dvě tam našly kamarády, školku navštěvovaly rády. Když bylo dívkám 7 let, byl jim doporučen odklad, tomuto doporučení se rodiče nebránili. Dívky nastoupily do první třídy, zpočátku vše probíhalo dobře, avšak postupem času, již například v matematice při sčítání a odčítání do 20 s přechodem přes 10, nebyly schopné matematiku zvládnout. Ty samé problémy se začaly objevovat i v jiných předmětech, absolutně chybělo porozumění čtenému textu a jeho interpretace. I přestože se rodiče velmi snažili, aby dívky dosáhly vzdělání na základní škole, postupem času se to jevilo jako velmi náročné z hlediska času. Dívky navštívily dětského psychologa a pedagogicko-psychologickou poradnu, kde byla dívkám diagnostikována lehká mentální retardace. S touto diagnózou byly doporučeny na vzdělávání se v tehdejší speciální škole. S přestupem na tuto školu se u dívek začaly projevovat výchovné problémy, které souvisely s jejich etnickým zařazením. Puberta byla velmi náročná. Pro rodiče bylo velmi obtížné vše udržovat pod kontrolou. Dnes mají obě dvě dívky vlastní děti, o které přišly, protože nebyly schopné se o ně postarat. I přestože dívky byly vychovávány v prostředí, které jim poskytovalo lásku a péči a výchova byla zprostředkovávána velmi dobře, vyvstává otázka, jak moc je člověk schopen ovlivnit či změnit touto výchovou osvojeného dítěte, a jak velkou roli hraje genetika.

Jak je možné, že rodiče nedostali žádné informace o zdravotním stavu dítěte?

Byla to chyba systému?

Je tento problém stále aktuální i v dnešní době?

Dále lze z výzkumu usoudit, že v jednom případě respondentů, tedy v případě rodičů Vojty, že docházelo k odmítání dítěte z důvodu Vojtovy příslušnosti k jinému etniku. Rodina respondentů měla předsudky vůči romskému etniku, a proto chlapce odmítla přijmout „*Naše okolí, a naše rodina reagovala velmi negativně, naši rodiče dítě vůbec nepřijali, z důvodu rasových předsudků.*“ (viz. příloha č.2) Jediné okolí, které chlapce přijalo, byli přátelé rodičů. Postupem času došlo ke změně, kdy matka otce, Vojtova babička, změnila názor a Vojtu přijala za své vnouče, bez ohledu na etnikum. Avšak názory ostatních členů rodiny zůstaly beze změny. Na druhé straně rodiče Milana vypověděli, že bylo jejich dítě po přijetí do péče přijato okolím a rodinou velmi dobře. „*Nejbližší rodina reagovala pozitivně babička z jedné strany a děda z druhé (ostatní prarodiče již nežili) přijali děti jako naše biologické dcery, nedělali mezi dětmi rozdíly.*“ (viz. příloha č. 3) Byl přijat za vlastní a vše proběhlo naprosto přirozeně.

Další skutečností vycházející z výzkumu je, že osvojené děti byly v obou případech vzdělávány ve speciálních školách. Lépe zde prospívali a byl jim tam poskytnut individuální přístup, který tyto děti potřebovaly. Respondenti, tedy konkrétně rodiče Milana, vypověděli: „*Milan nastoupil do první třídy normální základní školy, ale již v prvním pololetí byl přeřazen do školy speciální. Zde se setkal s vynikajícími pedagogy, kteří velmi dobře rozuměli jeho diagnóze a uměli s ním pracovat. Vyzdvihli jeho nadání na výtvarnou výchovu, využívali jeho schopností a nadání i v jiných oblastech, byl velice šikovný ve stavění papírových vystřihovánek, stavbě puzzle a dokázali si poradit s jeho hyperaktivitou.*“ (viz. příloha č. 3) Obdobně tomu bylo i u rodičů Vojty, avšak Vojta nenastoupil do běžné základní školy: „*Před nástupem do školy byl vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně, kde psychologka vyhodnotila nedostatečnost v kognitivním vývoji. Poté dostal 2 roky odkladu a nastoupil do tehdejší školy speciální.*“ (viz. příloha č2). Stejně jako to bylo u dětí uvedených respondentů i děvčata, která si vzali do péče moji rodiče, byla vzdělávána půl roku v běžné základní škole, avšak vzhledem k jejich nerovnoměrnému vývoji a vzhledem k tomu, že v běžné škole po druhém pololetí 1. třídy již nedostačovala a nezvládala nároky běžné základní školy, byl psychologem doporučen oběma dívkám přesun do základní školy speciální, kde

se lépe zapojila do kolektivu dětí a byl pro ně i více vyhovující styl práce a rozvržení učiva.

V dnešní době by tyto děti byly vzdělávány integrovaně do běžných základních škol, kde by jim byl přidělen asistent a zhotoven individuální vzdělávací plán, tudíž by nemusely přecházet s těmito diagnózami na speciální školu, ale mohly by zůstat v kolektivu, do kterého se již po nástupu do školy zapojily a byly v něm přijaty.

Diagnóza lehkého mentálního postižení je poměrně častou diagnózou u romských dětí. Výzkum také ukázal, že děti v náhradní rodinné péči měly v oblasti vzdělávání i se svou diagnózou zpočátku poměrně dobré výsledky. Avšak v období puberty a po pubertě se jejich výsledky velmi zhoršily.

Proč tyto děti, i přestože měly od útlého věku správné podmínky pro celkový rozvoj osobnosti a kognice, nebyly vzdělávány v běžných základních školách?

Šlo snad pouze o jejich romské geny?

Jak dnes efektivně cílit pomoc pro děti romského původu, které vyrůstají v náhradní rodinné péči na běžných základních školách?

Z obou dvou případů vyplývá, že volba pro náhradní rodinnou péči sebou nese jistá rizika, která jsou potřeba velmi dobře zvážit při rozhodování přijetí dítěte do péče. Náhradní rodinná péče se pro rodiče může stát radostí, ale v mnoha případech může být také velmi náročná a může zásadně ovlivnit celkový rodinný život – pozitivně, ale také negativně. Jeden z respondentů dokonce vypověděl, že „*Výchova dítěte v náhradní rodinné péči je velká psychická zátěž a v rodině nezůstane kámen na kameni.*“

Ačkoliv moji rodiče vychovávali dívky stejně jako uvedení respondenti, tím je myšleno dobré prostředí pro správný vývoj dítě a rozvoj kognitivních schopností a dovedností, jejich predispozice a možná i genetická výbava nebyla výchovou změněna.

Tématem náhradní rodinné péče se zabýval i výzkum, který se uskutečnil v roce 2012. Tento výzkum byl publikován v knize Výzkum praxe náhradní rodinné péče v České republice a zkušenosti aktérů s touto praxí. Šetření bylo obsáhlejšího charakteru, nicméně jeho výsledky v oblasti informovanosti rodičů se shodují

s výsledky šetření v této práci. V oblasti informovanosti rodiče vypověděl, že nedostali dostatek informací o dítěti. Respondenti jsou také přesvědčeni, že na tyto informace o dítěti mají právo. Z výzkumu také vyplynulo, že informace o dětech bylo pro rodiče obtížné sehnat. (Bubleová, 2014) S touto problematikou se setkávají i rodiny v zahraničí, které si myslí, že každý rodič by měl dostat informace o biologických rodičích a dítěti. (Cohen, 2008) Tento výzkum však není zaměřen pouze na osoby s mentálním postižením v náhradní rodinné péči.

Další výzkum v této oblasti náhradní rodinné péče přinesla Prof. Vágnerová v roce 2014. V tomto výzkumu provedla šetření s 22 rodinami s osvojeným dítětem a 30 pěstounskými rodinami. Z výzkumu kromě zjišťované pomoci vyplynula doporučení od náhradních rodičů novým uchazečům o dítě či rodičům, které již mají v náhradní rodinné péči.

Tato doporučení zněla:

- 1) Rodiče by svoje rozhodnutí měli velmi dobře zvážit.
 - 2) Rodiče by se měli snažit získat všechny potřebné informace.
 - 3) Rodiče by měli myslet také na svoji rodinu a neměli by přeceňovat svoje síly.
 - 4) Rodiče by měli počítat s problémy, které mohou nastat.
 - 5) Rodiče by o dítěti neměli mít přehnaná očekávání.
 - 6) Rodiče by se nikdy neměli bát požádat o pomoc, pokud nastanou problémy.
- (Výzkum ukázal potřebnost systémových změn v péči o děti - Čí je dítě?. [online], 2011)

Doporučení, které uvedli rodiče ve výzkumu se shodují s doporučeními, která byla zjištěna po výzkumném šetření v této práci.

Nejaktuálnější výzkum zabývající se otázkou osvojení a adopce, který zajišťovala asociace Dítě a rodina, zveřejnil 9. listopadu 2018 výsledky šetření. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že je vysoká ochota osvojit si dítě do náhradní rodinné péče, ale osvojitele odrazuje složitost systému. Z celkového počtu respondentů odpovědělo na otázku, zda by byli ochotní adoptovat si dítě do náhradní rodinné péče 31% respondentů určitě ano a spíše ano. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že jde v České republice v oblasti osvojení dítěte o složitý proces. Celkový výsledek

výzkumu tedy potvrdil neinformovanost možných uchazečů o dítě. Tento aspekt je tedy pro mnohé z nich odrazující.

Tento výzkum nesouvisí přímo s problematikou řešenou v této práci, ale je zajímavým aspektem vedoucí k otázkám, jak například lépe informovat veřejnost o možnostech náhradní rodinné péče. (Home - Asociace Dítě a Rodina, z.s. [online])

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit vstupní informace, které rodiče dostali při převzetí dítěte do náhradní rodinné péče, jaká byla jejich připravenost na toto dítě a co pro ně bylo důležité. Dále se pak výzkum zabýval prožíváním rodičů výchovy a vzděláváním dětí v náhradní rodinné péči.

Na základě tohoto stanoveného cíle bylo zjištěno, že rodiče v prvním případě šetření žádné vstupní informace o dítěti nedostali. Veškeré informace o zdravotním stavu dítěte, které jsou zveřejněny v této práci o těchto dětech, rodiče dostávali až na odborných pracovištích. Ve druhém z uvedených případů, rodiče uvedli, že informace o dítěti dostali až u soudu.

Z těchto faktů vyplývá, že se nemohli připravit na výchovu dětí s touto diagnózou, neboť jim ani nebyla předem sdělena. Rodiče se tedy náhle museli smířovat se situacemi, které přicházely.

Tito rodiče potřebovali pomoc mnoha odborníků a lékařů, kteří jim pomohli lépe pochopit, jakým způsobem s dítětem dále pracovat.

Nicméně tato skutečnost je spojena se situací v 90. letech a tyto děti jsou již nyní dospělé.

První kapitola je věnována základním pojmům vztahujícím se k náhradní rodinné péči, tedy jak funguje celkový proces osvojení dítěte do péče a jak probíhá. V této kapitole je také uveden i historický vývoj osvojení dětí do náhradní rodinné péče. Další kapitola se zabývá vymezením mentálního postižení a charakteristikou určitých druhů mentálního postižení. Není zde opomenuta ani výchova a vzdělávání dětí s mentálním postižením.

V praktické části práce bylo mým cílem shromáždit co nejvíce informací, které by mi pomohly zjištění vstupní informovanosti rodičů o zdravotním stavu dítěte v náhradní rodinné péči. Jedním z důvodů menšího vzorku respondentů byla stanovená kritéria pro výzkum a velká citlivost tématu. To moji práci do značné míry velmi limitovalo. Nicméně i přes toto omezení se mi podařilo zpracovat práci a dozvědět se nové informace o vstupní informovanosti rodičů, o jejich potřebách a vzdělávání jejich dětí s mentálním postižením v náhradní rodinné péči.

Respondenti byli ochotní a podali mi i plno informací o dětech, díky tomu jsem mohla v praktické části zveřejnit i anamnézu dětí, o kterých byl později veden rozhovor.

Tato práce mě velice obohatila, protože mám osobní zkušenosti, ale nikdy jsem nebyla schopna, ani bych nemohla být, na tuto problematiku pohlížet z jiné perspektivy, a to z perspektivy rodiče. Ukázalo se, že rodiče mající v náhradní rodinné péči dítě s mentálním postižením potřebují více než jenom odbornou pomoc, ale také hodně trpělivosti, lásky a soucitu k těmto dětem. Péče o ně a jejich výchova vyžadují hodně úsilí a práce, kdy je důležitá sounáležitost obou rodičů. Velmi důležitou roli, jak se ukázalo, hraje také rodina a blízké okolí manželského páru, který si tak ochotně vzal dítě do náhradní rodinné péče. Ne vždy může osvojení přinést pozitivní dopad pro rodinné vztahy, avšak ve většině případů, jak se ukázalo, se jedná pouze o předsudky vůči romskému etniku.

Díky této diplomové práci jsem měla možnost poznat rodiče, kteří mi dali nový vhled do těchto životních situací, za což jsem jim velmi vděčná. Náhradní rodinná péče je odvážným krokem, v případě dětí s mentálním postižením pak dvojnásob.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.

BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.7

BUBLEOVÁ, Věduna. *Výzkum praxe náhradní rodinné péče v České republice a zkušenosti aktérů s touto praxí*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2014. ISBN 978-80-87455-25-8.

COHEN. J. (2008): Adoption. In: Rutter, M., Bishop, D. et al. (eds.): *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Blackwell Publ. ISBN 978-1-4051-4549-7.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

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

GABRIEL, Zbyněk a Tomáš NOVÁK. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1788-3.

GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava

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

Home - Asociace Dítě a Rodina, z.s. [online]. Copyright ©Zv [cit. 17.06.2019]. Dostupné z: https://www.ditearodina.cz/images/TZ_181109_Vyzkum-Median-pestounska-pece_-_fin%C3%A1ln%C3%AD_verze.pdf

JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.

HOVORKA, D. Některé aspekty sociálních služeb: pěstounská péče v proměnách času. *Veřejná správa*, 2006, 17(51-52). Příloha, s. I-V-52. ISSN 1213-6581.

KESSLER RC, PECORA PJ, WILLIAMS J, HIRIPPI E, O'Brien K, English D, White J, Zerbe R, Downs AC, Plotnick R, Hwang I, Sampson NA. Effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Jun;65(6):625-33. doi: 10.1001/archpsyc.65.6.625. PubMed PMID: 18519820.

KREBS, Vojtěch a Jaroslava DURDISOVÁ. *Speciální politika*. Praha: Codex Bohemia, 1997-. ISBN 978-80-7478-921-2.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7.

KVĚTENSKÁ, Daniela. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-860-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

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

KOLUCHOVÁ, Jarmila, MATĚJČEK, Zdeněk, ed. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.

MICHALÍK, Jan. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-981-6.

MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-188-3.

MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.

NOVOTNÁ, Věra. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí: komentář*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2007. ISBN 978-80-86131-72-6. ??

NOVÁK, Ondřej. *Náhradní péče o děti v Dánsku, v Anglii a Walesu, na Slovensku a v Polsku*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, [2013]. ISBN 978-80-87455-15-9.

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

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Intervence ve výchově a vzdělávání jako součást socializačního procesu osob se středně těžkou mentální retardací*. 2001.

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

PREIßMANN, Christine. *Život s Aspergerovým syndromem: příběh psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-688-9.

ROUČEK, František. *Komentář k československému obecnému zákoníku občanskému a občanské právo platné na Slovensku a v Podkarpatské Rusi*. Praha: Právnícké knihkupectví a nakladatelství V. Linhart, 1936.

SCHWANDT, T. A. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Přeložil Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2011. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-882-1.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

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.

SMUTKOVÁ, Lucie. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.

SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, 2002. Studium (Barrister & Principal). ISBN 80-85947-80-3.

ŠMARDA, Jan. Downův syndrom - jeho obraz z lékařského hlediska. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy 1990-, 2013, **23**(4), 306-317. ISSN 1211-2720.

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

TŮMA, Antonín. *Právní základy sociální péče o mládež v republice Československé*. Praha: Česká zemská komise pro péči o mládež v Čechách, 1925.

TRNKOVÁ, Lucie. *Náhradní péče o dítě*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Právo prakticky. ISBN 978-80-7552-864-3.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

Vančová, Alica. *Základy Pedagogiky mentálně postižených*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia, 2005.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

Výzkum ukázal potřebnost systémových změn v péči o děti - Či je dítě?. [online]. Copyright © 2011 Vhled. o.s. Všechna práva vyhrazena. Jakékoli převzetí obsahu

tohoto webu je možné jen se souhlasem jeho provozovatele. [cit. 17.06.2019].
Dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=archiv-aktuality/ostatni/418-vyzkum-ukazal-potrebnost-.html>

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. 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.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Rozhovor s rodiči - struktura

Příloha č. 2 – Rozhovor s rodiči (anamnéza Vojta)

Příloha č. 3 – Rozhovor s rodiči (anamnéza Milan)

SEZNAM ZKRATEK

PP – pěstounská péče

NRP – náhradní rodinná péče

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dítěte

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

SPC – Speciálně pedagogické centrum

IVP – Individuální vzdělávací plán

DS – Downův syndrom

IQ – Inteligenční kvocient

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ADD – Attention Deficit Disorder

PŘÍLOHA Č.1

Rozhovor s rodiči

Struktura rozhovoru

1. Co Vás vedlo k tomu rozhodnutí, že jste si vzali dítě do náhradní rodinné péče?
2. Měli jste nějakou představu o dítěti, které byste asi chtěli? Jaká byla Vaše představa o dítěti, které jste si chtěli vzít do péče?
A proč?
3. Jakou roli hrála v procesu rozhodování národnost dítěte či jiné etnické zařazení?
4. Jak reagovali vaši nejbližší na vaše rozhodnutí pro náhradní rodinnou péči?
5. Věděli jste již v procesu zařazení do náhradní rodinné péče, že má vaše dítě mentální postižení?
6. Pokud ano. Jaké pro Vás bylo rozhodování vzít si takové dítě do pěstounské péče.
7. Pokud jste to nevěděli - kdy jste se to dozvěděli?
8. Jaká byla vaše reakce na tuto zprávu či zjištění?
9. Jak na takovou zprávu reagovala vaše rodina či vaše děti – jak ho přijali?
10. Jak moc a jakým způsobem byste mohli říct, že to ovlivnilo váš rodinný život?
11. Jak na vaše dítě zareagovalo okolí?
12. V jaké škole bylo vzděláváno?
13. Kdy jste dítěti řekli, že nejste biologickými rodiči?
Jak na to reagovalo?
14. Jak vypadal nástup dítěte do školy?
Jak ho přijali spolužáci?
15. Pokud je vaše dítě starší 18ti let, v čem myslíte, že bylo období prepuberty a puberty nejtěžší a proč?
16. Je něco co byste doporučili rodičům, kteří si chtějí vzít dítě do náhradní rodinné péče nebo si ho již vzali?

PŘÍLOHA Č. 2 – Rozhovor s rodiči

Rozhovor s rodiči - Vojta

1. Co vás vedlo k tomu rozhodnutí, že jste si vzali dítě do náhradní rodinné péče?

„ Jako rodiče máme rádi děti, a našim hlavním cílem bylo poskytnout rodinu někomu, kdo ji neměl. “

2. Měli jste nějakou představu o dítěti, které byste asi chtěli? Jaká byla Vaše představa o dítěti, které jste si chtěli vzít do péče? (věk, pohlaví,..)_A proč?

„ Jedním z našich hlavních požadavků bylo, aby dítě bylo v co nejmladší. Dalším našim důležitým požadavkem bylo dítě bez postižení. Co se týče etnika, žádné požadavky jsme neměli. “

3. Jakou roli hrála v procesu rozhodování národnost dítěte či jiné etnické zařazení?

„Co se týče etnika, žádné požadavky jsme neměli. “

4. Jak reagovali vaši nejbližší na vaše rozhodnutí pro náhradní rodinnou péči?

„ Naše okolí, a naše rodina reagovala velmi negativně, naši rodiče dítě vůbec nepřijali, z důvodu rasových předsudků. Po nějakém určitém odstupu času, manželova matka - její vztah k dítěti změnil a výrazně zlepšil, matka dítě přijala za své vnouče. “

5. Věděli jste již v procesu zařazení do náhradní rodinné péče, že má vaše dítě mentální postižení?

„ Nevěděli, nikdo nás na takovou věc neupozornil. Chyběla jakákoliv zpráva či dokumentace. V podstatě žádná dokumentace ani neexistovala, co se týče zdravotního a mentálního stavu dítěte. Chlapec v kojeneckém ústavu jen přežíval,

nijak se s ním nepracovalo. V tehdejším kojeneckém ústavu bylo velmi málo času na individuální péči o dítě, vychovatelka se starala o více dětí najednou.“

6. Pokud ano, jaké pro Vás bylo rozhodování vzít si takové dítě do pěstounské péče?

7. Pokud jste to nevěděli – kdy jste se to dozvěděli?

„ No tak samozřejmě nerovnoměrnost ve vývoji byla zjevná, byl patrný opožděný vývoj. Z toho důvodu jsme navštívili asi ve 4 letech neurologa- vůbec nemluvil, byl na plenách, špatně spal a usínal. Neurolog nám konstatoval, že má lehkou mozkovou disfunkci.“

8. Jaká byla vaše reakce na takovou zprávu či zjištění?

„ Najednou jsem viděla, že problém není ve mně, že to, že nejsem schopná dítě nic naučit a není schopné nic pochopit, není problém toho, že já to neumím, ale že problém je, že dítě má lehkou mozkovou disfunkci. “

„ Já myslím, že to nebyl nějaký důvod k negativní reakci. Všichni byli rádi, že selepší jeho výchova a budeme s ním umět líp pracovat.“

10. Jak moc a jakým způsobem byste mohli říci, že to ovlivnilo váš rodinný život?

„ Výrazně, celkově to bylo velmi náročné, svým způsobem jsme byli i zklamaní, že jsem nebyla upozorněna na to, že dítě může mít takovou poruchu. Stálo mě to hodně sil a mrzelo mě, že tím trpěli i moje děti, neustále jsem musela řešit problémy mezi sourozenci i k nim se nechoval celkem hezky a zvláště v období puberty, kdy se to vyhrocovalo do třídních a ředitelských důtek za nerespektování autorit pedagogů. Ovlivnilo to život nás i celé rodiny, neuměl se chovat a řešila se spousta věcí kolem něj a na ostatní moje děti nezbylo tolik času. Musela jsem i navštěvovat psychologa, se kterým jsem konzultovala svoje vyčerpání a došla jsem k syndromu vyhoření. Byla jsem citově vyčerpaná. Trvalo nám hodně dlouho, než jsme se s tím vyrovnali. Jediné co nám pomohlo, byla naše práce, ve které jsme viděli, že opravdu děláme věci správně, neprojevovala se tam tolik ta určitá marnost. Vzhledem k rodině, která

nebyla schopná, a nechtěla nám pomoci jsme ani neměli „babičku na hlídání“. Nejvíce nám pomohla a porozuměla rodina, která měla v péči také problémové dítě.“

11. Jak na vaše dítě reagovalo okolí?

„ V okruhu našich přátel byl přijímán dobře, navštěvovali jsme křesťanské církevní společenství, kam i Vojta chodil rád. Měl rád kolektiv dětí- ten měl rád vždycky. Ve škole byly děti také s různými omezeními, takže kamarády měl. Dobrý vztah měl vážně k učitelům, on ty učitele bral, i když je třeba někdy neposlechl. “

12. V jaké škole bylo vzděláváno?

„ Ve specce a pak samozřejmě v odborném učilišti, které na tuto školu navazuje. Ty školy přesně odpovídají jeho možnostem a dovednostem. “

13. Kdy jste dítěti řekli, že nejste biologickými rodiči dítěte a jak na to reagovalo?

„ On to věděl od začátku, protože to bylo romské dítě. Věděl to od počátku kdy to byl schopnej pochopit. Kojeňák si nemapatoval, o něm nikdy nemluvil. To mu asi problém nedělalo. Nikdy se ani nepídil po svojí biologické rodině. Nikdy o tom nemluvil a možná bysme mohli říct, že nemá snahu ji hledat dodnes. Tam nikdy ani žádný vztah nebyl, ta jeho biologická matka ho nechala v té porodnici. “

14. Jak vypadal nástup vašeho dítěte do školy? Jak ho přijali spolužáci?

„To jsem už zmínili, nástup do školy byl bezproblémový. Vojta by společenský optimistické dítě, do školy chodil rád, všechny jeho problémy komentoval slovy, že to bylo omylem a dál ho to netrápilo. Měl i k sobě podobné kamarády na své mentální úrovni. Učitele měl rád. “

15. Pokud je vaše dítě starší 18ti let, v čem si myslíte, že bylo období prepuberty a puberty nejtěžší a proč?

„ Nešlo ani tak o vzpouru jako o to že si dělal, co chtěl, on se nehádal, ale stejně si to pak udělal po svém. Spíše se prohloubilo to, že si dělal, co chce a nerespektoval pokyny, nedokázal se přizpůsobit, ale nebyla to taková typická hádavá vzpoura. Nechal to spláchnout a pak si to udělal po svém, toto se spíše prohloubilo a jinak

nevím. Pak přišlo na řadu kouření a takové to, že se občas přidal k nějaké špatné společnosti. Dokázali i krást, ne že by to byli tvrdí vykrádači, ale v partě a špatné společnosti dokázal i krást, příležitostně a moc si s tím teda hlavu nelámал.“

16. Je něco, co byste doporučili lidem, kteří si chtějí vzít do náhradní rodinné péče dítě s mentálním postižením nebo si ho již vzali?

„ No já nevím, možná snažit se nejdříve získat co nejvíce informací o biologické rodině, nemít obrovská očekávání o slibné budoucnosti. Rozhodně, aby spolupracovali s odborníky, využívali co nejvíce pomoc, která se jim nabízí. My jsme měli podobných dětí více, ale po zkušenostech doporučujeme vzít si do NRP radši jenom 1-2 a soustředit se pouze na ně. A aby si nedělali nadměrná očekávání, jak dobrých výsledků dosáhnou svojí péčí a výchovou, výsledek je vždycky nejistý, budoucnost není nikdy jistá. Že prostě tam má obrovskou váhu i ta genetická výbava s kterou to dítě do té rodiny jde.“

PŘÍLOHA Č. 3 – Rozhovor s rodiči

Rozhovor s rodiči - Milan

1. Co vás vedlo k tomu rozhodnutí, že jste si vzali dítě do pěstounské péče rodiny?

„Vážně jsme s manželem uvažovali o tom mít svoje třetí dítě anebo rozšířit svoji rodinu o přijaté dítě popřípadě děti. Přizvali jsme ke konečnému rozhodnutí i dcery, tehdy ve věku 10 a 5 let a všichni jsme se dohodli, že přijmeme nějaké dítě z dětského domova. Určitě tam byla i touha pomoci.“

2. Měli jste nějakou představu o dítěti, které byste asi chtěli? Jaká byla Vaše představa o dítěti, které jste si chtěli vzít do péče? (věk, pohlaví,..) A proč?

„ Chtěli jsme dítěti pomoci a tak jsme si do podmínek dali, že chceme dítě, o které nikdo nejeví zájem. Někaké podmínky jsme měli: nemělo to být dítě fyzicky nemocné a starší než mladší biologická dcera.“

3. Jakou roli hrála v procesu národnost dítěte či jiné etnické zařazení?

„ Ta nehrála vůbec žádnou.“

4. Jak reagovali vaši nejbližší na vaše rozhodnutí pro náhradní rodinnou péči?

„ Nejbližší rodina reagovala pozitivně babička z jedné strany a děda z druhé (ostatní prarodiče již nežili) přijali děti jako naše biologické dcery, nedělali mezi dětmi rozdíly.“

5. Věděli jste již v procesu zařazení do pěstounské péče, že má vaše dítě mentální postižení?

„ Celkem jsme přijali do náhradní rodinné péče pět dětí a každé z nich má postižení jiné, ale u žádného z nich jsme jejich postižení nevěděli, až těsně před první návštěvou v dětském domově či kojeneckém ústavě. U jednoho dítěte nám byla

diagnóza úmyslně zatajena, protože v dětském domově, chtěli ho umístit právě do naší rodiny, asi jsme se jim líbili.“

6. Pokud ano, jaké pro Vás bylo rozhodování vzít si takové dítě do pěstounské péče?

„ Jak jsem již odpověděla, diagnózu jsme se dozvěděli těsně před první návštěvou dítěte, už jsme viděli dítě na fotce a jeho diagnóza nás nemohla již zastavit.“

7. Pokud jste to nevěděli, kdy jste se to dozvěděli? Jaká byla vaše reakce na takovou zprávu nebo zjištění?

„ Docela obsáhlou informaci jsme se dozvěděli při první návštěvě dítěte od lékařky zařízení (kojenecký ústav) nebo od psychologky (dětský domov) informace o rodičích od sociální pracovnice. Jen v jednom případě nám byla pravda zatajena, bylo to před 23 lety. Tam jsme se diagnózu dozvídali postupně od odborníků, se kterými jsme řešili problémy dítěte.“

„ Reakce byla taková, že to tak je, že se s tím musíme smířit a hledali jsme všechny možné způsoby jak dítěti pomoci.“

8. Jak na takové dítě reagovala vaše rodina či vaše děti – jak ho přijali?

„ Jak jsem již říkala v předchozích otázkách rodina i naše děti přijaly tyto děti dobře a na problémy dětí reagovaly tak, že je spíše litovaly, že to měly před tím, než přišly k nám těžké.“

9. Jak moc a jakým způsobem byste mohl/a říci, že to ovlivnilo váš rodinný život?

„ Náš rodinný život to ovlivnilo, zcela zásadně.“

10. Jak na vaše dítě reagovalo okolí?

„ Okolí reagovalo pozitivně, měli jsme velké štěstí na sousedy, kamarády, učitelé, lékaře jo takže to bylo dobrý.“

11. V jaké škole bylo vzděláváno?

„ Některé děti byly vzdělávány v základní škole a nastoupily na školu střední (učiliště), ale nedokončily ho, jiní chodily do zvláštní školy nyní Základní školy praktické a speciální.“

12. Kdy jste dítěti řekli, že nejste biologickými rodiči dítěte a jak na to reagovalo?

„ U nás, s tímto nebyl problém i když všichni naše děti měly naše příjmení. Chtěly jsme, aby bylo jasné a zřetelné, že jsou naše, že k nám patří. Problém v tom nebyl, protože byly jiného etnika a na první pohled to bylo zřetelné, že jsou jiné. Samozřejmě každé z dětí si prošlo hledáním své identity v pubertě. Některé v klidu u jiného to bylo velice bouřlivé.“

13. Jak vypadal nástup vašeho dítěte do školy? Jak ho přijali spolužáci?

„ Nástup do školy probíhal bez problémů asi i proto, že se znali se spolužáky ze školky. Všechny naše děti začali navštěvovat klasickou základní školu, a když jsme viděli, že by lépe prospívaly jak psychicky tak i vědomostmi na speciální škole přešly tam, i tam byl přestup bez problémů.“

14. Pokud je vaše dítě starší 18ti let, v čem si myslíte, že bylo období prepuberty a puberty nejtěžší a proč?

„ U každého dítěte to bylo velice individuální, u někoho klidnější u někoho velice bouřlivé.

Nazvala bych to hledání kořenů....., proč mě biologická matka opustila..... silné idealizování biologické rodiny..... genetika velice vystupovala na povrch a potlačovala veškerou výchovu do té doby..... veliká naivita ...vše zvládnou Vás nepotřebuji.....“

15. Je něco, co byste doporučili lidem, kteří si chtějí vzít do náhradní rodinné péče dítě s mentálním postižením a nebo si ho již vzali?

„ Jak jsme říkali již předtím, neměli jsme děti jen s mentálním postižením, ale i s psychiatrickými diagnózami, atypickým autismem apod. Takže bych mohla dát všeobecné doporučení:

- *je velice nutné, aby k rozhodnutí vzít si dítě do NRP dospěli oba rodiče (ne že jeden vyhoví druhému, protože ho má rád a podobné motivy)*
- *vychovávat dítě v NRP je velká psychická zátěž a v rodině nezůstane kámen na kameni, je s tím potřeba počítat*
- *rozhodně nečekat vděk, jestli se někdy dostaví, je to milý bonus navíc. S manželem jsme naše děti upřímně milovaly a co nadávek jsme od jedné přijaté dcery dostaly*
- *rozhodně si nebrat dítě kvůli soucitu, že je nám ho líto*
- *připravit se na to, že s dítětem si vlastně tak trochu berete jeho biologickou rodinu*
- *připravit se na to, že mnohdy nebudete přijímáni okolím*
- *připravit se na to, že naopak budete vnímáni jako příslušníci jiného etnika a bude vámi pohrdáno, u romským dětí se to stává velice často*
- *připravit se na bolestné období že když náhodou budete mít doma dítě jiného etnika, které bude hodné a slušné, že bude házeno okolím do jednoho pytle s jeho problémovými soukmenovci a to dítě bude trpět a vy s ním např. při hledání jeho zaměstnání, při hledání partnerů apod. “*

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dagmar Volfová
Katedra:	Speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Dis., Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Specifika náhradní rodinné péče u osob s mentálním postižením
Anotace práce:	Téma diplomové práce je zaměřeno na specifika náhradní rodinné péče u osob s mentálním postižením. V první kapitole jsou vymezeny základní termíny náhradní rodinné péče. Ve druhé kapitole je definováno mentální postižení a jeho druhy. Ve třetí kapitole jsou uvedeny metody, které byly použity pro sběr dat. Čtvrtá kapitola je zaměřena na konkrétní anamnézy dětí s mentálním postižením v náhradní rodinné péči.
Klíčová slova:	Náhradní rodinná péče, mentální postižení, péče o osoby v náhradní rodinné péči
Název práce v angličtině:	Specifics of substitute family care for people with mental disabilities
Anotace práce v angličtině:	Theme of the thesis is focused on the specifics of substitute family care for people with intellectual disabilities. The first chapter defines the basic terms of substitute family care. The second chapter defines mental disability and its types. The third chapter presents the methods used for data collection. The fourth chapter is focused on specific anamnesis of children with mental disabilities in foster care.
Klíčová slova v angličtině:	Substitute family care, mental disabilities, care for people with mental disabilities
Přílohy:	Příloha č.1 – Rozhovor s rodiči Příloha č.2 – Rozhovor s rodiči - Vojta Příloha č.2 – Rozhovor s rodiči - Milan
Rozsah práce:	69 s.
Jazyk práce:	Český jazyk