



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Možnosti umístění dítěte se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče

Vypracovala: Pavla Píchová
Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá možnostmi umístění dítěte se zdravotním postižením z ústavní péče do náhradní rodinné. Cílovou skupinou byly zvoleny osoby vychovávající dítě se zdravotním postižením v systému náhradní rodinné péče a úřednice z oboru sociálně- právní ochrany dětí.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje rodinu z pohledu primárního (základního) socializačního činitele, a dále se věnuje zákonnému pohledu rodičovství, tzv. rodičovské zodpovědnosti. Protože se práce zabývá náhradní rodinnou péčí, kdy rodiče často tuto rodičovskou zodpovědnost neplní nebo zneužívají, jedna podkapitola se věnuje omezení této zodpovědnosti. Druhá kapitola už podrobně zkoumá systém náhradní rodinné péče. V jednotlivých podkapitolách vymezuje formy náhradní rodinné péče jako svěřením do péče jiné osoby, osvojení (adopce), pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, poručenství, opatrovnictví, hostitelská péče a SOS dětské vesničky. Všechny informace jsou zpracovány podle nového občanského zákoníku (č. 89/2012 Sb.), který je v účinnosti od 1. 1. 2014 a nahrazuje zákon o rodině. Informace jsou také čerpány ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který stejně jako občanský zákoník prošel novelizací. V každé podkapitole je uvedeno, za jakých podmínek jsou jednotlivé formy náhradní rodinné péče možné, zda má osoba pečující nárok na dávky, popřípadě v jaké výši. Také jsou zde nastíněna práva a povinnosti pečující osoby. Musím však podotknout, že některé původní informace ze zákona o rodině nový občanský zákoník neřeší a nejsou zde vůbec zmíněny. Ve třetí kapitole se věnuji vymezení zdravotního postižení, jeho typy a specifiky. Poslední kapitola je věnována dítěti se zdravotním postižením v náhradní rodině. Je zde poukazováno na význam informovanosti, která je u dětí se zdravotním postižením velmi důležitá. Podkapitola věnovaná příchodu dítěte poukazuje na důležitost připravenosti rodiny a problémy, které se mohou vyskytnout během prvních měsíců péče o dítě se zdravotním postižením.

Praktická část bakalářské práce je zpracována metodou kvalitativního výzkumu. Výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které jsou vedeny se

čtyřmi pěstouny. Tři, kteří mají v péči dítě se zdravotním postižením, a jeden, který má v péči děti bez postižení. Rozhovor je veden také s úřednicí zabývající se náhradní rodinnou péčí na městském úřadě obce s rozšířenou působností. Pěstouni dětí se zdravotním postižením zodpovídali otázky ze čtyř oblastí a to: Motivace přijetí dítěte se zdravotním postižením, Obtíže péče a realizace pěstounské péče u dítěte se specifickými potřebami, Informace a zdroje pomoci a Význam péče a šance dítěte na péči v systému NRP. Jejich odpovědi jsou doplněny o názory a domněnky osoby, která pečuje o děti bez zdravotního postižení. Hlavním cílem bylo zjistit možnosti umístění dítěte se zdravotním postižením v náhradní rodinné péči a zároveň ochotu/motivaci zájemců o náhradní rodinnou péči přijmout dítě se zdravotním postižením. Dílčími cíli bylo zjistit, které děti s postižením mají největší šanci dostat se do náhradní rodinné péče. Pěstouni odpovídali na otázky péče o dítě, její význam, informovanost a postoj ke stanoveným diagnózám dětí. Protože tyto diagnózy jsou často nesprávné či neúplné, dostávají se děti s postižením do péče náhradní rodiny, ačkoli při správném stanovení diagnózy by byly jejich šance na přijetí podstatně menší.

Tato práce přináší sondu do problematiky dětí se zdravotním postižením v náhradní rodinné péči, která je v České republice velmi málo zmapována.

Klíčová slova:

Náhradní rodinná péče

Dítě se zdravotním postižením

Pěstounská péče

Péče o dítě

Abstract

My bachelor thesis deals with possibilities to place a child with a health handicap from an institutional care to an alternative family care. I have chosen people bringing up a handicapped child in a system of a family care and a social worker from children social-legislative protection department as a goal group.

A theoretical part of the thesis is divided into four chapters. The first chapter defines a family being a primary (basic) socializing factor, and then it devotes to a legal view on parentage i.e. parental responsibility. As the thesis concerns a foster care, when parents do not often fulfil or even misuse this parentage responsibility, a subhead deals with a restriction of it. The second chapter examines in details a system of foster caring. In single subheads it specifies forms of a foster care such as a custodial care, adoption, foster care, temporary foster care, guardianship, custodial care, host care and SOS children's villages. Every information is processed according to the new Civil Code (No 89/2012 Coll), which has been in operation since January 1, 2014 and it has replaced the Family Code. I have also taken information from the Act No 359/1999 Coll of children social-legislative protection, which has also been amended. In each subhead it is written what the conditions of a single foster care are and whether the caring person could claim social security benefits or what the amount of them is, as well as rights and duties of a caring person. I must point out that the new Civil Code does not solve or even mention some original information from the Family Code. I devote the third chapter to a dedication of health disabilities, the types and specifics. The last chapter deals with a handicapped child in a foster family. An awareness about handicapped children is highlighted there. A subhead dealing with an arrival of a child to a family shows the importance of readiness of a family and problems which could occur during the first months of a foster care.

In a practical part of my thesis I used a method of a qualitative research. This research proceeded in a form of semi-structured interviews, which are led with four foster-parents. Three of them care about handicapped children and one who looks after

children without with any disabilities. A social worker dealing with a foster care in an office at municipality with extended powers was also interviewed. Foster parents with handicapped children answered questions from four areas: Motivation to accept a handicapped child, Difficulties and realisation of a foster care with children with specific needs, Information and sources of help, Importance of a care and its chance. Their replies are enriched of opinions of a person, who cares about non-handicapped children. The main goal was to find opportunities of handicapped children to find a foster family for them and that is willingness/motivation of foster family volunteers to accept a child with a handicap. A partial goal was to reveal, which handicapped children have the best chance to find a foster family. Questions about child care, importance and last but not least information where diagnostics is placed, which is often incorrect or incomplete and thanks to that handicapped children are sent to foster families, were discussed as well.

This thesis brings an overall view on problems of handicapped children in a system of a foster care, which is not widely mapped in the Czech Republic.

Key words:

Foster care

A handicapped child

Foster care

Child care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....

Pavla Píchová

Poděkování

Děkuji PhDr. Vlastimile Urbanové za odborné vedení mé bakalářské práce za čas, který mi věnovala a poskytnutí rad a připomínek. Moc bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří svojí ochotou a vřelým přístupem přispěli k sepsání této práce. Mé poslední poděkování patří všem mým blízkým, kteří mě v mé práci podpořili.

Obsah

Úvod.....	12
1 Rodina jako základní socializační činitel.....	14
1.1 Historický vývoj rodiny	15
1.2 Rodičovská odpovědnost	15
1.3 Omezení rodičovské odpovědnosti.	16
2 Náhradní rodinná péče	17
2.1 Svěření do péče jiné osoby než rodiče	18
2.2 Osvojení	18
2.3 Pěstounská péče	19
2.3.1 Předpěstounská péče	21
2.3.2 Pěstounská péče na přechodnou dobu	21
2.3.3 Práva a povinnosti pěstouna	22
2.3.4 Okruh dávek pěstounské péče.....	23
2.4 SOS dětské vesničky	26
2.5 Hostitelská péče	26
2.6 Poručenství.....	27
2.7 Opatrovnictví.....	28
3 Zdravotní postižení	29
3.1 Sluchové postižení	29
3.2 Zrakové postižení	32
3.3 Tělesné postižení.....	36
3.4 Mentální postižení.....	38
4 Dítě se zdravotním postižením v náhradní rodině.	40
4.1 Informovanost	40
4.2 Příchod dítěte	41
4.3 Psychohygienu.....	43
5 Praktická část	44

5.1	Cíl práce a výzkumné otázky	44
5.2	Metodika	44
5.3	Účastníci výzkumu	45
6	Výsledky	47
6.1	Zpracování výsledků	47
6.1.1	Motivace přijetí dítěte se zdravotním postižením.....	47
6.1.2	Obtíže péče a realizace pěstounské péče u dítěte se specifickými potřebami	51
6.1.3	Informace a zdroje pomoci	55
6.1.4	Význam péče a šance dítěte na péči v systému NRP.....	58
6.2	Analýza výsledků	63
7	Diskuze	65
	Závěr	69
	Seznam informačních zdrojů	71
	Přílohy.....	78

Seznam použitých zkratk

ZP – zdravotní postižení

NRP – náhradní rodinná péče

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PP- pěstounská péče

PPPD- pěstounská péče na přechodnou dobu

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

Úvod

Když se řekne slovo rodina, mnoho z nás si vybaví prostředí plné lásky, pochopení, sdílených radostí či starostí, mnoho hezkých a zábavných zážitků, které jsme prožívali se svými sourozenci a hlavně milujícími rodiči. Bohužel ne každé dítě takové štěstí má. V ČR vyrůstá mnoho dětí v ústavní výchově a ty, to krásné prostředí rodiny znají jen velmi málo nebo vůbec. I přes to, že návrat do původní rodiny je často nereálný, mají stejné právo zažít, jaké je to vyrůstat v milující rodině. Šanci na to jim dává systém náhradní rodinné péče, jehož předpokladem jsou lidé, kteří mají obrovská otevřená srdce. Často jde o lidi, kteří už mají své vlastní děti odrostlé. Nyní by mohli sledovat, jak jim děti dospívají, vstupují do nové etapy svého života a zakládají své vlastní rodiny. Místo těšení se na vnoučata však otevírají svá srdce i náruč dětem, které v životě neměly takové štěstí, přijímají je často za vlastní a berou na sebe zodpovědnost v podobě jejich výchovy.

V systému ústavní výchovy vyrůstá také několik stovek dětí se zdravotním postižením. Pro ně je často šance v systému náhradní rodinné péče malá. Náhradní rodina se hledá velmi obtížně. Děti tak často zůstávají několik let ze svého života v domovech pro osoby se zdravotním postižením, kde individuální přístup pro každé z nich zůstává zatím snem.

Problematika dětí se zdravotním postižením v NRP je velmi málo zmapována a zabývá se jí jen velmi málo odborníků. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké možnosti děti se zdravotním postižením mají v systému náhradní rodinné péče a tedy ochotu zájemců o NRP přijmout dítě se zdravotním postižením. Praktická část byla zaměřena na čtyři pěstouny. Rozhovor byl veden také s úřednicí zabývající se náhradní rodinnou péčí na městském úřadě obce s rozšířenou působností. V práci byl využit kvalitativní výzkum. Informace byly zjištěny metodou polostrukturovaných rozhovorů.

Asi před čtyřmi roky, jsem se mohla podívat do dětského domova a poznala děti, které zde vyrůstají. Od té doby mě téma náhradní rodinné péče začalo zajímat. Byla jsem tedy velmi ráda, když jsem mohla svůj zájem propojit s oborem svého studia, a to v práci s názvem *Možnosti umístění dítěte se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče*.

Na začátku si ještě dovolím použít citát, který ukazuje krásný pohled na život.

„ŠEDIVÁ JE KAŽDÁ TEORIE, ALE ZELENÝ JE KAŽDÝ STROM ŽIVOTA“

Johann Wolfgang Goethe

1 Rodina jako základní socializační činitel

Rodina je základ státu. V jaké rodině vyrůstáme, co se v ní naučíme, a vše, co nás formuje, si s sebou neseme do dalšího života a předáváme svým potomkům. Prostředí naší původní rodiny, ve které jsme vyrůstali, zásadně ovlivní náš pohled na svět, na partnerské vztahy, ovlivní přístup k řešení problémů a stanoví normy chování, které budeme po celý život považovat za běžné.

Každá rodina je jiná, jiné jsou hodnoty, které považuje za důležité. V některé rodině jsou významnější vztahy a emoce, v další vzdělání, v jiné rodině odpovědnost a spolehlivost, někde zase finanční stránka jako známka blahobytu.¹

V sociologických slovnících definují autoři rodinu takto: „*Surčitou licenci je možné považovat rodinu za institucionalizovaný sociální útvar nejméně 3 osob, z něhož část členů je vzájemně spojena pokrevním nebo adoptivním, sociálním vtahem rodič – dítě, druhá část vztahem matka – otec, třetí část, která se ne vždy nutně musí objevovat vztahem pokrevním nebo adoptivním, sourozeneckým, všichni vztahem příbuzenským v sociálním sankcionovaném více či méně trvalém sociálním vztahu.*“²

Jandourek rodinu definuje takto: „*Rodina je forma dlouhodobého sociálního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti. Patří k nim společné bydlení, příslušnost ke společné příbuzenské linii, společná produkce a konzumování statků atd. Funkcemi rodiny jsou reprodukce lidského rodu a výchova potomstva. Mnohé funkce od počátku novověku rodiny postupně předává státním a dalším institucím, což vede k určité krizi rodiny, patrné například na vysoké míře rozvodovosti. I nadále však rodina zůstává důležitým prostředím socializace, intimity a sociální podpory*“³

Jandourek ve své definici rodiny nezmiňuje vznik rodiny adoptivním spojením a více se zaměřuje na její funkce. Oba autoři se ale shodují, že rodina je dlouhodobé sociální soužití více osob (minimálně tři, ve vztahu rodiče a děti), i když oba připouští,

¹ KOVÁŘOVÁ, Daniela. Rodina a výživné: vyživovací povinnost rodičů, dětí a dalších příbuzných, str. 151.

² GEIST, Bohumil. Sociologický slovník, str. 344.

³ JANDOUREK, Jan. Sociologický slovník, str. 206.

že trvání některých rodin může být krátkodobé (především díky vysoké rozvodovosti). Daniela Kovářová na rodinu nahlíží především z pohledu místa, kde se učíme a získáváme hodnoty pro další život, které si pak přenášíme. Definovat rodinu je velmi těžké především proto, jak říká Kovářová, že je každá jiná, jinak zaměřená.

Marie Vágnerová konstatuje že: „*Rodina může člověku pomoci, ale taky ho může úplně zlikvidovat. Nejhorší je, že si nikdo nemůže vybrat, kam se narodí*“⁴

1.1 Historický vývoj rodiny

Rodina je už odpradáвна považována za základní kámen společnosti. Na tom se shodne asi většina lidí. Podoba rodiny, její struktura, organizace, funkce a úloha jednotlivých členů rodiny prošla během let velkým vývojem. Podle Jána Gabury „...v prvních etapách vývoje představovala rodinu rodová společenství. Pojem rod je základem slova rodina.“ Postupem času se rodové společenství měnilo v širší pokrevní rodinu a později v rodinu založenou na monogamním svazku. I když stále v širším kruhu než ji známe dnes. Ještě v první polovině minulého století bylo obvyklé rodinné soužití tří nebo čtyř generací, ale postupem času se začala rodina selektovat. Dnes už za rodinu považujeme rodiče a jejich děti, málokde najdeme rodinné soužití více než dvou generací.⁵

1.2 Rodičovská odpovědnost

Rodičům po narození jejich dítěte ze zákona vzniká tzv. rodičovská odpovědnost. Tuto odpovědnost mají oba rodiče. Jedná se o souhrn práv a povinností při péči o nezletilé dítě, zahrnující povinnost pečovat o jeho zdraví, tělesný, citový, rozumový a

⁴ VÁGNEROVÁ Marie., Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 589

⁵ GABURA, Ján. Teória rodiny a proces práce s rodinou.

mravní vývoj, zastupovat nezletilé dítěte, při správě jeho jmění, a také práva a povinnosti ohledně výchovy a vzdělávání.

Rodiče jsou povinni důsledně chránit zájmy dítěte, řídit jeho jednání a vykonávat nad ním dohled odpovídající stupni jeho vývoje. Mají právo užít přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena důstojnost dítěte a jakkoli ohroženo jeho zdraví, nebo tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj.⁶

1.3 Omezení rodičovské odpovědnosti.

Opatření, kterými se omezuje rodičovská odpovědnost, může učinit jen soud. Soud má právo pozastavit výkon rodičovské odpovědnosti, omezit nebo ze závažných důvodů zbavit rodiče této odpovědnosti. Pokud neplní rodič řádně povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti a vyžaduje-li to zájem dítěte, soud jeho rodičovskou odpovědnost omezí. Přitom vždy konkrétně vymezí rozsah práv a povinností, na které se omezení vztahuje.

Zneužívá-li rodič svou rodičovskou odpovědnost nebo její výkon, či ji závažným způsobem zanedbává, soud jej rodičovské odpovědnosti zbaví.⁷

Vyživovací povinnost rodiče vůči dítěti rozhodnutím soudu nezaniká a trvá i v případě svěření dítěte do systému náhradní rodinné péče.

⁶ Česká Republika. Občanský zákoník: zákon o rodině. 89/2012

⁷ Česká Republika. Občanský zákoník: zákon o rodině. 89/2012

2 Náhradní rodinná péče

V České republice vyrůstá zhruba 1% dětí mimo vlastní rodinu.⁸ Opravdovými sirotky je jen minimální procento těchto dětí. Většina z nich jsou tzv. sociální sirotci. Jde o děti, o které se rodiče často nechtějí nebo nezvládají postarat. Často tyto děti pocházejí z rodin alkoholiků, gamblerů, trestaných osob, nebo z rodin, kde je nízká sociální úroveň. Děti jsou následkem toho často zanedbávané a týrané.⁹ V systému NRP a ústavní výchově pak často nacházíme sourozence, kteří si prošli stejným osudem.

Formy náhradní rodinné péče:

- Svěření do péče jiné osoby než rodiče
- Osvojení (Adopce)
- Pěstounská péče
- Pěstounská péče na přechodnou dobu
- Poručenství s péčí
- Poručenství bez péče
- Opatrovník
- Hostitelská péče

Někteří autoři, např. Matějček, zahrnují do systému náhradní rodinné péče i péči ústavní, kam spadají zdravotnická zařízení, dětské domovy a ústavy sociální péče. Zároveň ale také dodává, že se jedná o péči v neosobních institucích, v níž vychovatelé mají jen částečnou odpovědnost „...*příčemž dálkovým opatrovníkem bývá příslušná sociální pracovnice*“¹⁰ Tento neosobní přístup pak často v dětech zanechá následky na celý život, a to i v případě, že se dítě po nějakém čase podaří umístit do systému náhradní rodinné péče.

⁸ GABRIEL Zbyněk a Tomáš NOVÁK. Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči, str. 28

⁹ VOCILKA, Miroslav Dětské domovy v České republice I. – teoretická východiska, str. 35

¹⁰ MATĚJČEK, Zdeněk. Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny. str. 39

2.1 Svěření do péče jiné osoby než rodiče

Pokud o dítě nemůže osobně pečovat ani jeden z rodičů, může soud svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osoby. Tato osoba se svěřením musí souhlasit (v případě svěření do péče manželům, musí souhlasit se svěřením oba) a zaručí se dítěti poskytovat řádnou výchovu. Vhodnou osobou je většinou příbuzný dítěte nebo osoba, ke které má dítě vytvořený vřelý citový vztah.

Soud při rozhodování o svěření dítěte do péče jiné osoby než rodiče také stanoví a vymezí rozsah všech práv a povinností vůči dítěti. Po dobu svěření dítěte do péče jiné osoby než rodiče, je rodič povinen platit výživné pečující osobě. Bez možnosti uložení vyživovací povinnosti není tato forma náhradní rodinné péče možná.¹¹

2.2 Osvojení

Při osvojení přijímají osvojitelé/osvojitel (dítě může být svěřeno i do péče jedné osoby) dítě za vlastní, za účelem vzniku nové rodiny pro toto dítě. Často se jedná o osoby, které mají problém s naplněním rodičovské identity, protože nemohou mít své vlastní potomky. I přes tento fakt chtějí být rodiči a činí tak prostřednictvím osvojení.¹² Osvojením vzniká mezi rodiči (osvojiteli) a dítětem (osvojencem) vztah příbuzenský. Tento příbuzenský vztah vzniká i k ostatním členům rodiny osvojitelů. Veškerá vzájemná práva a povinnosti biologických rodičů dítěte osvojením zanikají.

Osvojitelé získávají veškerou rodičovskou odpovědnost, včetně vyživovací povinnosti a odpovědnosti při výchově. Osvojitelé jsou také ze zákona zapsáni do matriky. Podle nového Občanského zákoníku, který je v platnosti od 1. 1. 2014 osvojenec nemusí přijmout příjmení osvojitele, ale bude ho dle rozhodnutí soudu připojovat ke stávajícímu. O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele. Mezi

¹¹STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová,

Rodinné právo: v novém občanském zákoníku. Ministerstvo spravedlnosti

¹² VÁGNEROVÁ, Marie. Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči.

osvojitelem a osvojencem musí být věkový rozdíl minimálně šestnácti let. Před rozhodnutím soudu musí být dítě po dobu nejméně šesti měsíců (změna oproti Zákonu o rodině, kde doba pobytu byla stanovena na tři měsíce) v péči budoucího osvojitele, a to na jeho náklady.

Podle Občanského zákoníku je k osvojení potřeba souhlas dítěte. Tento souhlas dává opatrovník, pokud dítě dosáhlo dvanácti let, dává souhlas samo. K osvojení musejí dát souhlas biologičtí rodiče dítěte (musejí být starší šestnácti let) nebo musí být soudem rozhodnuto o zjevném nezájmu o dítě. Dle nového Občanského zákoníku lze osvojit i dítě zletilé, pokud to není v rozporu s dobrými mravy. Toto osvojení podrobně upravuje § 846 Občanského zákoníku. Osvojení se stává nezrušitelným po uplynutí tří let od rozhodnutí o osvojení.¹³ Na osvojení je nově pohlíženo jako na formu rodičovství.¹⁴

2.3 Pěstounská péče

Pěstounská péče jako další z forem náhradní rodinné péče o děti je často využívána v případech, kdy biologičtí rodiče dítěte nedali souhlas s osvojením. Nemůže-li o dítě osobně pečovat žádný z rodičů ani poručník, může soud svěřit dítě do osobní péče třetí osoby - osoby pěstouna.¹⁵ Pěstounská péče je státem podporovaná forma náhradní rodinné péče, kdy stát prostřednictvím dávek zajišťuje hmotné zabezpečení dítěte. Pěstounům poskytuje přiměřenou odměnu s ohledem na náročnost péče o dítě. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče jak fyzické osobě, tak do společné péče manželům. Pěstounská péče má ze zákona přednost před péčí v ústavním zařízení s ohledem na zájem dítěte. Pokud je dítě dostatečně rozumově vyspělé, bere se v úvahu

¹³ Česká republika. Občanský zákoník: zákon o rodině. 89/2012, STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová,

Rodinné právo: v novém občanském zákoníku. Ministerstvo spravedlnosti

¹⁴ Rodinné právo: v novém občanském zákoníku. Ministerstvo spravedlnosti

¹⁵ MATĚJČEK in SOUKUPOVÁ, Hana. Prožívat několik životů: deset let v osudech pěstounských rodin.

také vyjádření samotného dítěte. Na toto upozorňoval Matějček už v letech 1999, kdy říkal: „*Je-li dítě svěřeno do pěstounské péče ve věku, kdy je schopno posoudit její obsah, má být zajištěno také jeho vyjádření.*“¹⁶ U dětí svěřených do pěstounské péče se předpokládá, že znají své biologické rodiče a budou se s nimi stýkat. Pěstoun je nově ze zákona povinen tento vztah s rodiči či členy původní rodiny podporovat, pokud soud nerozhodne jinak.¹⁷

Pěstounská péče vzniká pouze rozhodnutím soudu a pouze soud může rozhodnout o jejím zrušení. Může tak být učiněno pouze ze závažných důvodů, nebo pokud o zrušení požádá pěstoun. O zániku pěstounské péče hovoří Občanský zákoník takto: „*Pěstounská péče zaniká nejpozději, nabude-li dítě plné svéprávnosti, jinak jeho zletilostí.*“¹⁸

Pěstoun může dítě zastupovat pouze v běžných věcech. Při mimořádných situacích a záležitostech (např. vycestování) musím požádat o souhlas zákonného zástupce nebo soud, pokud je pěstoun přesvědčen, že zákonný zástupce nejedná v nejlepším zájmu dítěte.

Umístěním dítěte do pěstounské péče neztrácí rodiče povinnosti a práva vyplývající z rodičovské odpovědnosti. Výjimkou jsou práva a povinnosti soudem uložené pěstounovi, pokud soud ze závažných důvodů nerozhodne jinak. I když je dítě svěřené do pěstounské péče, rodičům přetrvává vyživovací povinnost k dítěti. Výši výživného stanovuje soud s ohledem na možnosti a majetkové poměry rodičů dítěte.

Soud může svěřit dítě do pěstounské péče i na přechodnou dobu, tzv. krátkodobé pěstounství, na které je nově kladen velký důraz. Toto pěstounství by mělo sloužit na dobu, kdy se rodiče nebo jiní příbuzní nemohou o dítě sami postarat (například doba pobytu rodiče v léčebně, vězení). Tento typ péče by měl pomoci snižovat počet dětí v ústavních zařízeních.

¹⁶ MATĚJČEK, Zdeněk. Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny, str. 35

¹⁷ MATĚJČEK, Zdeněk. Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny.

STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr.

Věduna Bubleová,

Rodinné právo: v novém občanském zákoníku. Ministerstvo spravedlnosti

¹⁸NESNÍDAL, Jiří. Občanský zákoník I.: zákon č. 89/2012 s komentářem str. 182

2.3.1 Předpěstounská péče

Předpěstounská péče je využívána na období, než soud rozhodne o svěřeni dítěte. Toto rozhodnutí vydává orgán sociálně-právní ochrany dětí. Pokud je dítě v ústavní výchově z rozhodnutí soudu, není třeba k předpěstounské péči svolení rodičů. V případě svěřeni mají budoucí pěstouni nárok na dávky, jako v případě pěstounské péče. Budoucí pěstouni musejí do tří měsíců od svěřeni dítěte do předpěstounské péče podat návrh na svěřeni dítěte do pěstounské péče, jinak rozhodnutí o předpěstounské péči přestává být platné.¹⁹

2.3.2 Pěstounská péče na přechodnou dobu

Jedná se o relativně nový typ NRP, který by měl být využíván hlavně u dětí kojeneckého a batolecího věku, kdy hlavním cílem je zajištění bezpečného, láskyplného a podnětného rodinného prostředí mimo ústavní výchovu tak, aby nedocházelo k psychickému a citovému strádání.²⁰

Do pěstounské péče na přechodnou dobu může být dítě svěřeno pouze pěstounům, kteří jsou zařazeni do evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu. Soud o PPPD rozhoduje na návrh orgánu sociálně-právní ochrany dětí a to na dobu:

- kdy nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat (ze zdravotních důvodů, výkonu trestu odnětí svobody,...)

¹⁹ Česká republika. Občanský zákoník: zákon o rodině. 89/2012, Předpěstounská péče, In: Hledáme rodiče, [online]. [cit. 2015-02-30]. Dostupné z: <http://www.hledamerodice.cz/predpestounska-pece-s-24.html>

²⁰ Pěstounská péče na přechodnou dobu, In: Hledáme rodiče, [online]. [cit. 2015-02-30]. Dostupné z: <http://www.hledamerodice.cz/pestounska-pece-na-prechodnou-dobu-pppd-s-20.html>

- po jejímž uplynutí může rodič dát souhlas s osvojením (souhlas s osvojením lze dát nejdříve šest týdnů po porodu, jde tedy o odložené novorozence, u kterých se čeká na souhlas rodičů s osvojením)
- než soud vydá rozhodnutí o tom, že není třeba souhlasu rodičů podle § 821 Občanského zákoníku.²¹

Tito pěstouni procházejí stejným procesem jako pěstouni dlouhodobé pěstounské péče. Jejich příprava je rozšířena o téma přechodnosti této péče a nároky s tím spojené.²²

V případě svěřeni dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu je soud povinen jednou za tři měsíce přezkoumat, zda trvají důvody pro svěřeni dítěte. Orgán sociálně-právní ochrany dětí, vypracovává posudky, které slouží jako podklad pro soud. Odpadnou-li důvody pro svěřeni, pěstounská péče na přechodnou dobu je soudem zrušena. Pěstounská péče na přechodnou dobu může trvat nejdéle jeden rok.

2.3.3 Práva a povinnosti pěstouna

Pěstoun je povinen a oprávněn o dítě osobně pečovat. Pěstoun při výchově dítěte vykonává přiměřeně povinnosti a práva rodičů. Je povinen a oprávněn rozhodovat jen o běžných záležitostech dítěte. V těchto záležitostech dítě zastupovat a spravovat jeho jmění. Má povinnost informovat rodiče dítěte o zásadních změnách. S novými skutečnostmi může soud ustanovit doplňující práva a povinnosti pěstounů.

Pěstoun má povinnost udržovat, rozvíjet a prohlubovat sounáležitost dítěte s jeho rodiči, dalšími příbuznými a osobami dítěti blízkými. Má povinnost umožnit styk rodičů s dítětem, pokud soud nestanoví jinak.

Pěstoun má právo na odměnu pěstouna.

²¹ STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová, str. 11,12

²² STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová

Dítě v pěstounově rodině pomáhá podle svých možností a schopností. Pokud má vlastní příjem, přispívá na provoz domácnosti.

2.3.4 Okruh dávek pěstounské péče

Dávkami pěstounské péče jsou

- a) příspěvek na úhradu potřeb dítěte
- b) odměna pěstouna
- c) příspěvek při převzetí dítěte
- d) příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla
- e) příspěvek při ukončení pěstounské péče²³

Výše příspěvku na úhradu potřeb dítěte činí za kalendářní měsíc

- 4500 Kč pro dítě ve věku do 6 let
- 5550 Kč pro dítě ve věku od 6 do 12 let
- 6350 Kč pro dítě ve věku od 12 do 18 let
- 6600 Kč pro dítě ve věku od 18 do 26 let²⁴

Jde-li o dítě, které je podle zákona o sociálních službách osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby, činí příspěvek na úhradu potřeb dítěte:

²³ Česká republika. Zákon o sociálně právní ochraně dětí 147/2012

²⁴ Česká republika. Zákon o sociálně právní ochraně dětí 147/2012

Věk dítěte	Dítě ve stupni závislosti I (lehká závislost)Kč	Dítě ve stupni závislosti II (středně těžká závislost)Kč	Dítě ve stupni závislosti III (těžká závislost)Kč	Dítě ve stupni závislosti IV (úplná závislost)Kč
Do 6 let	4650	5550	5900	6400
6 - 12 let	5650	6800	7250	7850
12 – 18 let	6450	7800	8300	8700
18 – 26 let	6750	8100	8600	9000

25

Výše odměny pro osoby pečující

- 8 000 Kč je- li pečováno o jedno dítě
- 12 000 Kč je- li pečováno o dvě děti
- 20 000 Kč je-li pečováno alespoň o tři děti, nebo je-li pečováno alespoň o jedno dítě, které je osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, III nebo IV. Za každé další dítě svěřené do péče se v těchto případech odměna pěstouna zvyšuje o 4 000 Kč²⁶

Výše odměny pro osoby v evidenci (pěstouni na přechodnou dobu) je:

- 20 000 Kč od okamžiku zařazení do evidence osob, které mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu, a to i v případě, že aktuálně nepečuje o žádné dítě.

²⁵ Česká republika. Zákon o sociálně- právní ochraně dětí 147/2012

²⁶ Sociální reforma, dávky pěstounské péče 2013, Ministerstvo práce a sociálních věcí

- 24 000 Kč, pečuje-li osoba v evidenci o dítě, které je osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, III nebo IV.

V případě manželů pěstounů je odměna pěstouna vyplácena pouze jednomu z nich.²⁷

Příspěvek při převzetí dítěte

Tento příspěvek se vyplácí osobě pečující, která dítě převzala, a to jednorázově.

- do 6 let – 8 000 Kč
- od 6 let do 12 let – 9 000 Kč
- od 12 let do 18 let – 10 000 Kč²⁸

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla

Nárok na tento příspěvek má pěstoun pečující nejméně o 3 děti. Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí 70% pořizovací ceny motorového vozidla, nebo prokázaných výdajů na opravy, nejvýše však 100 000 Kč. Za 10 kalendářních let nesmí součet těchto příspěvků přesáhnout 200 000 Kč.²⁹

Příspěvek při ukončení pěstounské péče

Jednorázová částka 25 000 Kč náleží každé pečující osobě, která pečuje o dítě ke dni jeho zletilosti v okamžiku, kdy zaniká nárok této osoby na příspěvek na úhradu potřeb dítěte.³⁰

²⁷ Česká republika. Zákon o sociálně- právní ochraně dětí 147/2012

²⁸ Sociální reforma, dávky pěstounské péče 2013, Ministerstvo práce a sociálních věcí

²⁹ Česká republika. Zákon o sociálně- právní ochrany dětí 147/2012

³⁰ Sociální reforma, dávky pěstounské péče 2013, Ministerstvo práce a sociálních věcí

2.4 SOS dětské vesničky

SOS dětské vesničky, jsou další formou pěstounské péče. U nás v České republice máme tři SOS vesničky. Vesnička se skládá z několika domů, kde žijí pěstouni/pěstounky a jejich „děti“.

Pěstouni do těchto vesniček jsou vybíráni pedagogy, psychology a také pěstounkami/maminkami, které už ve vesničkách pracují.

Výhodou těchto vesniček je hlavně stálost maminek/tet, které o děti pečují. Ač by se na první pohled mohlo zdát, že jde jen o trochu upravenou formu ústavní výchovy, tety jsou s dětmi stále (nemění se dle pracovní doby), což má na děti pozitivní vliv. Často tak hlavně malé děti přijímají tetu za maminku.

Při různých kroužcích, které se zde organizují, se zde setkávají děti z vesniček i z okolí. Tato setkání je navzájem obohacují. Ač má každá rodina svoji maminku, přesto s nimi pracují i pedagogové a psychologové, kteří se podílejí na jejich rozvoji. Vesničky dávají dětem pocit bezpečí. Mohou si tak prožít dětství, o které by jinak přišly. I po ukončení péče jsou děti podporovány motivačním programem a získávají naději na snadnější vstup do samostatného života.³¹

2.5 Hostitelská péče

Hostitelská péče je další formou pobytu dítěte mimo ústavní zařízení. Tato forma není institutem náhradní rodinné péče. Jde o formu pobytu, kdy dítě za písemného souhlasu úřadu obce s rozšířenou působností a ředitele ústavu může strávit dočasný pobyt (obvykle víkendový, případně prázdninový) mimo ústavní zařízení, a to i u jiných fyzických osob než u rodičů. Při této formě se nepředpokládá možnost trvalého umístění v „hostitelské“ rodině, ale není zde budoucí umístění v rodině ani vyloučeno. Doba

³¹ TOMAN, K. SOS vesničky vracejí dětem naději. MF DNES: Jihovýchodní Morava. 13. 12. 2007, s. 3.

pobytu je omezena na 30 kalendářních dnů při prvním pobytu u těchto osob. Úřad obce s rozšířenou působností zkoumá prostředí, ve kterém dítě bude pobyt trávit a dále také odborný posudek osob, které o hostitelskou péči žádají. V některých případech je potřebný souhlas zákonných zástupců dítěte.

Tato forma se využívá především u dětí starších, které jsou v ústavní péči dlouhodobě.³²

2.6 Poručenství

Poručenství je stanoveno soudem v případě, že rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni nebo jim byla pozastavena rodičovská odpovědnost, nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Poručník má za úkol nezletilé dítě vychovávat (v případě poručenství s péčí), zastupovat a spravovat jeho majetek místo jeho rodičů. Poručník se tedy stává zákonným zástupcem dítěte.

Poručenství má dvě základní formy:

- Poručenství s péčí
- Poručenství bez péče

Pokud má poručník dítě ve své péči, vzniká mu nárok na dávky pěstounské péče a peněžitou pomoc v mateřství. Poručenstvím však nevzniká vztah, jaký je mezi rodiči a dítětem, ani vyživovací povinnost vůči dítěti.

Poručník je pod pravidelným dohledem soudu a odpovídá za řádné plnění své funkce. Také je povinen soudu podávat zprávy o správě majetku dítěte a osobních záležitostech. Jakékoliv rozhodnutí poručníka týkající se dítěte vyžaduje schválení soudem.³³ Poručníkem dítěte se také může stát orgán sociálně-právní ochrany dětí a to po dobu než soud stanoví poručníka jiného. Poručníka dítěte mohou navrhnout také

³² STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová

³³ STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová

rodiče dítěte a soud ho ustanoví, pokud to není v rozporu se zájmy dítěte nebo nebude poručenství odmítnuto.³⁴

2.7 Opatrovnictví

Opatrovnictví zákon nepovažuje za institut NRP. Opatrovník vždy zastupuje zájmy dítěte. Je jmenován soudem pro případ střetu zájmů dítěte a zákonných zástupců. Soud stanovuje opatrovníkovi jeho práva, povinnosti, dobu, po kterou bude funkci vykonávat a také uvádí účel, pro který je opatrovník jmenován. Opatrovníkem může být jmenovaná osoba, která má dítě v pěstounské péči, nebo orgán sociálně-právní ochrany dětí.³⁵ Příklad, kdy dojde k ustanovení opatrovníka, je rozvod rodičů, kdy dochází k jejich střetu, a opatrovník tedy zastupuje zájmy dítěte.

³⁴ Česká republika. Občanský zákoník: Zákon o rodině. 89/2012

³⁵ STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová

Česká republika. Občanský zákoník: Zákon o rodině. 89/2012

3 Zdravotní postižení

Pavel a Helena Hartlovi definují zdravotní postižení jako: „...*dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však zmírnit nepříznivý dopad soustavou promyšlených opatření.*“³⁶

Slowík zdravotní postižení vymezuje jako: „*Omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je považován pro člověka za normální*“³⁷

Pojem zdravotní postižení definuje také Zákon o sociálních službách: „*Zdravotní postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.*“³⁸

Zdravotní postižení lze rozdělit jako postižení zrakové, sluchové, tělesné a mentální postižení.

3.1 Sluchové postižení

Sluchové postižení můžeme dělit z mnoha hledisek, nejčastější jsou:

- dle lokalizace vzniku postižení
- dle časového hlediska vzniku postižení

U postižení z hlediska lokalizace vzniku postižení rozlišujeme dvě základní skupiny sluchových vad³⁹

- Periferní nedoslýchavost či hluchota
- Centrální nedoslýchavost či hluchota

³⁶ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník.

³⁷ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost., s. 27.

³⁸ Česká republika, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3

³⁹ ŠLAPÁK, FLORIÁNOVÁ, 1999, s 26, srov. LEJSKA, 2003, st 24, in HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

Periferní nedoslýchavost či hluchota

Periferní nedoslýchavost či hluchotu dále dělíme na:

- Převodní – v tomto případě se jedná o vadu mezi vnějším prostředím a sluchovými buňkami, které jsou v pořádku. Problém se nachází v nějaké překážce, která brání přenosu zvuku. Příčinou může být zvětšená nosní mandle či ušní maz (mazová zátka).
- Percepční – Lavička, Šlapák rozdělují percepční vady na:
 - o kochleární – porucha přeměny zvuku v elektrický signál ve vnitřním uchu (hlemýždi)
 - o retrokochleární – porucha vedení zvukového signálu hlavovým nervem a sluchovou dráhou v mozkovém kmeni.⁴⁰
- Smíšená – kombinace poruch převodních a percepčních⁴¹

Centrální nedoslýchavost či hluchota

Horáková uvádí, že se jedná o abnormální zpracování zvukového signálu v mozku. Následně dle kvality slyšeného zvuku jsou vymezeny jednotlivé stupně sluchových poruch. Poruchy jsou posuzovány podle ztráty sluchu v decibelech.⁴²

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovuje základní klasifikaci sluchových vad následovně:

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Zvuky běžného života odpovídající dB	Název kategorie ztráty sluchu
0 – 25 dB	Dech člověka, šustění listí Šeptaná řeč	Normální sluch

⁴⁰ LAVIČKA, ŠLAPÁK In HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

⁴¹ HERDOVÁ, 2004, in HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

⁴² HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

26 – 40 dB	Mluvená řeč (od 30 dB), tikot hodinek	Lehké poškození sluchu
41 - 60 dB	Zvýšený hlas (řeč), pláč miminka (od 50 dB)	Střední poškození sluchu
61 – 80 dB	Pláč miminka (do 70 dB), hra na klavír	Těžké poškození sluchu
81 dB a více	Sekačka na trávu, kamion, klakson (140 dB)	Velmi těžké poškození sluchu až hluchota

43

Postižení sluchu podle doby vzniku rozlišujeme na dvě základní skupiny a to:

- Vrozené vady sluchu
- Získané vady sluchu

Vrozené vady sluchu

- Geneticky podmíněné sluchové vady – příčinou této vady je dědičnost.
- Kongenitálně získané sluchové postižení – z hlediska času jde o prenatalně vzniklou vadu (onemocnění matky v těhotenství) a perinatálně vzniklé vady (v důsledku protahovaného porodu, nízké porodní hmotnosti)⁴⁴

Získané sluchové vady

- Získané před fixací řeči (prelingválně, tj. přibližně do 6 roku života) – jde většinou o infekční choroby dítěte – virového charakteru, jako je zánět mozkových blan, meningoencefalitida, příušnice. Časté jsou také úrazy hlavy a traumata.
- Získané po fixaci řeči (postlingválně, tj. kdykoliv po období ukončeného vývoje řeči) – časté příčiny jsou poranění v oblasti hlavy a vnitřního ucha, působení

⁴³ WHO [online]. [cit. 2014-12-06]. Dostupné z: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/
HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

⁴⁴ LEJSKA 2003, in HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

dlouhodobé hlukové zátěže (od 85dB), kdy dochází k poškození sluchových buněk.⁴⁵

Dělení na prelingvální a postlingvální ztrátu sluchu je velmi důležité pro rodiče, a to i náhradní. Čas, kdy dojde ke vzniku sluchového poškození, má velký vliv na další vývoj dítěte, především v oblasti komunikace a tím pádem i následné zařazení do společnosti.

3.2 Zrakové postižení

Osoba, která má v běžném životě problémy se získáváním informací pomocí zraku, i za použití brýlí či chirurgické korekce, je považována za osobu se zrakovým postižením.⁴⁶

Diagnostika vrozeného zrakového postižení u dětí bývá ve většině případů odhalena celkem brzy, hlavně u závažnějších vad, kde si rodiče či lékař všimnou neobvyklého chování, zejména při motorickém vývoji.

Zrakové postižení, stejně jako sluchové postižení, můžeme dělit z mnoha hledisek. Renotiérová a Ludvíková uvádějí, že nejčastěji je využíváno členění dle vizu – zrakové ostrosti, a do jisté míry stav zorného pole. Dodávají také, že by neměla být zohledňována pouze tato kritéria, ale mělo by se přihlížet k celé řadě faktorů. Proto také uvádějí, že žádná klasifikace nedokáže dostatečně charakterizovat zrakové postižení a většinou se různé klasifikační přístupy kombinují a doplňují.⁴⁷

Jako základní kritérium můžeme použít dělení vad na vrozené a získané. Toto dělení je důležité především při výchově a dalším rozvoji dítěte. U vrozených vad jde především o vady geneticky podmíněné, případně způsobené infekčním onemocněním

⁴⁵ LEJSKA, in HORÁKOVÁ, Radka. Sluchové postižení: úvod do surdopedie.

⁴⁶ VITÁSKOVÁ, LUDVÍKOVÁ in SLOWÍK Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

⁴⁷ RENOTIÉROVÁ, LUDVÍKOVÁ, in SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

matky v době těhotenství. U získaných vad bývají nejčastější vady refrakční (paprsky procházející do oka nedopadají na sítnici), zákaly, záněty, nádory, následky úrazů.⁴⁸

Jako další kritérium slouží dělení podle etiologie.

- Vady orgánové – vady na sítnici nebo čočce
- Vady funkční – poruchy binokulárního vidění, např. tupozrakost, strabismus⁴⁹

Nejobsáhlejším dělením je dělení dle postižených zrakových funkcí:

- Vada snížené zrakové ostrosti
- Omezení zorného pole
- Porucha barvocitu
- Porucha akomodace (refrakční vady)
- Porucha zrakové adaptace
- Poruchy okoohybné aktivity
- Poruchy hloubkového (3D) vidění⁵⁰

Poruchy stupně zrakového postižení dělíme podle vizu (hodnota zrakové ostrosti vyjadřuje schopnost vidět. „Např. 6/60. Postižené oko vidí na cca 6 metrů to, co oko nepostižené vidí na 60 metrů“)⁵¹ na:

- Osoby nevidomé – jde o kategorii osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení, které mají narušené zrakové vnímání na stupni slepoty. Osoby nevidomé dělíme ještě na osoby s:

⁴⁸ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost., Refrakční vady. In: *WikiSkripta* [online]. [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Refrak%C4%8Dn%C3%AD_vady

⁴⁹ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

⁵⁰ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

⁵¹ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

- Praktickou nevidomostí - kde je pokles zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60, popřípadě binokulární zorné pole je menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace.
 - Skutečnou nevidomostí - zde jde o pokles zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit nebo binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace.
 - Plnou slepotou – jde od zachování světlocitu a chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu.⁵²
- Osoby se zbytky zraku – jedná se o kategorii osob, které se pohybují na hranici mezi slabozrakostí a nevidomostí. V této kategorii také často dochází k progresu nebo naopak zlepšení stavu.⁵³
 - Osoby slabozraké – „*Slabozrakost je inverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6/60 včetně, a těžkou 6/60 do 3/60 včetně*“⁵⁴ Dnes ještě přidáváme stupeň střední. Dále je v mnoha případech narušené zorné pole.⁵⁵
 - Osoby s poruchami binokulárního vidění (vidění oběma očima) – „*Při poruchách binokulárního vidění dochází k situaci, kdy na sítnicích dvou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění*“⁵⁶
- Do těchto poruch patří strabismus a amblyopie.
- Strabismus neboli šilhání je porucha rovnovážného postavení očí.
 - Amblyopie je vada snížené zrakové ostrosti, obvykle jednoho oka. Je také nazývána tupozrakost.⁵⁷

⁵² RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*.

⁵³ RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*.

⁵⁴ KRAUS, in RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika* str. 199

⁵⁵ RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*.

⁵⁶ RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*, str. 201

⁵⁷ RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*.

Dělení dle světové organizace WHO:

Druh zdravotního postižení

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

58

⁵⁸ Klasifikace zrakového postižení podle WHO. Sjedenocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR: SONS [online]. [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

3.3 Tělesné postižení

Novosad popisuje lokomoční postižení jako dysfunkci motorické koordinace v souvislosti s poškozením, vývojovou vadou nebo poruchou nosného a hybného aparátu, dále s amputací či deformací části motorického systému.⁵⁹

Vítková udává, že tělesné postižení je „...*takové postižení, jehož průvodním znakem je prvotní nebo druhotné omezení hybnosti, tudíž sem lze zařadit nejen jedince s přímým postižením pohybového aparátu nebo centrální a periferní nervové soustavy, ale i jedince, jejichž pohyb je omezený v důsledku jejich nemoci nebo zdravotního oslabení nepřímým.*“⁶⁰

Dle mezinárodní terminologie (WHO), označujeme termínem zdravotní postižení „...*dlouhodobé nebo trvalé omezení možností jedince vykonávat běžné činnosti každodenního života. To se vztahuje i na dlouhodobá onemocnění*“⁶¹

Jako základní dělení je tedy možné použít dělení podle typu:

- Postižení hybnosti
- Dlouhodobá onemocnění
- Zdravotní oslabení

Jako u všech postižení dělíme i tělesné postižení na vrozené a získané. Vrozené vady vznikají během prvních týdnů těhotenství. Jedná se o vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, vrozené vady končetin, nedovyvinutí končetin nebo jiný jejich částí, růstové odchylky, centrální a periferní obrny a DMO.

Dětská mozková obrna (DMO, Cerebral Palsy - CP)

„*Nejčastěji je definována jako porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v raném dětství (nejčastěji je vznik limitován 1 rokem).*“⁶²

⁵⁹ NOVOSAD, Libor., Tělesné postižení jako fenomén i životní realita., s. 87

⁶⁰ VÍTKOVÁ, Marie., Somatopedické aspekty. s. 13

⁶¹ WHO, in SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost, str. 99

Toto postižení je často doprovázeno mentálním postižením, často také epilepsií, smyslovým postižením nebo poruchami řeči.⁶³

Základní rozdělení forem DMO je na spastické (křečovitě), nespastické a smíšené. U spastické formy dochází ke křečovitému stahování a ochabování svalů. Spastická forma se dále dělí na:

- Diparetickou formu, u této formy dochází k postižení dolních končetin.
- Hemiparetickou formu, u této formy dochází k postižení obou končetin na pravé nebo levé polovině těla.
- Kvadruparetickou formu, dochází k postižení všech čtyř končetin.

Nespastická forma se dále dělí na:

- Atetoidní formu (dyskinetickou), která se projevuje krouživými, mimo-volnými pohyby končetin
- Ataktickou formu, která se vyznačuje poruchou rovnováhy a špatnou pohybovou koordinací.

U získaných pohybových postižení jde především o následky úrazu nebo nemoci. Patří sem tedy deformity páteře, zlomeniny, amputace, poškození periferních nervů, poškození mozku a míchy, revmatismus, myopatie (progresivní svalová dystrofie), Pethesova nemoc, dále také u nás už se nevyskytující dětská infekční obrna.⁶⁴

Jako poslední dělení můžeme využít dělení podle etiologie:

- Tělesné odchylky a oslabení – vady páteře, luxace kloubů
- Tělesné vývojové vady – vady lebky, končetin, rozštěpy
- Úrazy – poranění páteře, amputace končetin

⁶² SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

⁶³ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika.

⁶⁴ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.; RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika.

- Následky nemocí – encefalitidy, žloutenky, TBC, lymfské borreliózy, nádorová onemocnění
- Dětská mozková obrna
- Dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení – alergie, astma, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie

3.4 Mentální postižení

Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů (MKN- 10) definuje mentální retardaci jako stav, související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení. Projevuje se během vývoje, a utváří celkovou úroveň inteligence – tedy schopnost poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních dovedností.⁶⁵

Renotiérová a Ludvíková uvádějí že, složitost definování mentálního postižení se odráží i ve složitosti klasifikačních systémů. Proto WHO už v roce 1968 vymezila jednotlivé stupně pomocí IQ⁶⁶ Slowík však upozorňuje, že tato klasifikace je pouze orientační.⁶⁷

**Stupeň mentální
retardace**

**Odpovídá
věku:**

F70 Lehká mentální retardace, IQ 69–50	9 – 12 let	Tyto osoby mají problémy v učení. Jsou schopny pracovat a v dospělosti navazovat a udržet si sociální vztahy.
---	------------	---

⁶⁵ WHO, 2006, in SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

⁶⁶ RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika.

⁶⁷ SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost.

F 71 Středně těžká MR IQ 49–35	6 – 9 let	Tyto osoby se opožďují ve vývoji. V dospělosti jsou schopny určitého stupně samostatnosti a soběstačnosti. Dokážou komunikovat a vzdělávat se (přiměřeně jejich schopnostem). S podporou mohou pracovat.
F 72 Těžká MR, IQ 34–20	3 - 6 let	Tyto osoby potřebují soustavnou pomoc. Nejsou schopny pracovat a navazovat sociální kontakty.
F 73 Hluboká MR, IQ 20 a níže	Věk pod 3 roky	Jedinec má závažné problémy v komunikaci, mobilitě, sebeobsluze, soběstačnosti.
F 78 Jiná MR		Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné. Využívá se u neslyšících, nevidomých, nemluvících,...
F 79 Nespecifikovaná MR		Tato kategorie je používána v případě, že mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, pro zařazení osoby do některého z výše uvedených kategorií.

68

⁶⁸ Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, 1992, s. 197

4 Dítě se zdravotním postižením v náhradní rodině.

Pokud náhradní rodiče učinili první krok a rozhodli se, že se budou starat o dítě se zdravotním postižením, měli by si uvědomit, že před sebou mají velký kus práce.

Jak je uvedeno v publikaci pro budoucí náhradní rodiče: *„Konečné rozhodnutí ponechme každému z vás, vašemu srdci, mysli, touze, schopnosti pomáhat. Vy budete ti, kteří budou denně s dítětem, kteří s ním budou prožívat dobré i zlé. Vy s ním spojíte život.“*⁶⁹

Budoucí rodiče by si měli položit otázku, zda jsou připraveni starat se o dítě, které nebude rovno svým vrstevníkům, bude potřebovat mnohem více pomoci, tolerance a bude od okolí srovnáváno s ostatními dětmi.

Právě z okolí a vlastních ideálů, může náhradní rodič být v budoucnu nejvíce zoufalý, úzkostný a může podléhat pocitu nedůvěry ve vlastní schopnosti postarat se a vychovat takové dítě. Jak uvádí Vágnerová a jistě to potvrdí i mnoho náhradních rodičů, jsou to právě přehnané ideály, nerealistické očekávání a velká naivita, že vše se podaří, dítě se zlepší, jen když se budou více snažit. Proto, aby nedocházelo ke zklamání a ztrátě víry ve vlastní schopnosti, je dobré se před přijetím dítěte setkat s odborníky, kteří jistě zodpovědí mnoho důležitých otázek.⁷⁰ *„Kromě rozhovoru s odborníky jim může pomoci i setkání se zkušenými pěstouny a osvojiteli, kteří sami prošli podobným procesem. Takoví lidé je budou umět podpořit a v lecčem jim poradí“*⁷¹

4.1 Informovanost

Význam získávání informací se nedá popřít a patří mezi nejdůležitější složky pro přijetí dítěte do péče. Ať už jde o informace z minulosti dítěte, o jeho kořenech, biologických rodičích, jeho zdravotních problémech, jeho dosavadním vývoji a

⁶⁹ STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí, 5 vydání, PhDr. Věduna Bubleová str. 17

⁷⁰ VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči.

⁷¹ VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči., str. 8

výchově. Jednoduše řečeno, čím více informací o dítěti víme, tím pro nás bude jednodušší s ním komunikovat a pochopit ho. U dětí, které trpí zdravotním postižením, je význam informovanosti ještě důležitější. Podle Vágnerové *„Základní diagnóza může být daná, ale rodičům chybí podrobnosti. Mají pocit, že jim nikdo nevysvětlil, jaké problémy dítě má, čím jsou komplikovány (např. výchovnou zanedbaností), jak se mohou projevat a jak by je s ohledem na jeho stav měli vychovávat.“*⁷²

V některých případech dochází k diagnostice zdravotního postižení v pozdějším věku dítěte (například sluchové postižení), tedy v době, kdy už dítě může být v náhradní rodinné péči. Zde impuls o tom, že něco není v pořádku, často vychází právě od rodičů. Rodiče poznají, že dítě se nevyvíjí zcela správně, ale nikdo neví proč. Začnou tedy navštěvovat odborníky a postupně s množstvím vyšetření získávat první příčiny/důvody. Tyto poznatky mohou u rodičů vyvolat pocit, že došlo k zanedbání. Proto je velmi důležité komunikovat s odborníky, kteří jim mohou situaci a všechny příčiny objasnit.⁷³

4.2 Příchod dítěte

Na příchod dítěte se asi nelze nikdy dokonale připravit a čekat že vše bude probíhat bez problémů a jakýchkoliv zaškobrtnutí. Jistě to bude čas plný zvratů, hledání, objevů a velké tolerance vůči nově příchozímu členu rodiny.

*„ Úspěšné přijetí dítěte a jeho další harmonický vývoj bude velmi záležet na tom, jak budete připraveni na novou situaci. V jakém prostředí bude dítě vyrůstat, jaká bude atmosféra ve vaší rodině, jak se budete cítit především vy a v jaké budete kondici. Proto neváhejte a dělejte vše, co je vám milé, ať získáte dostatek energie a duševní pohody, kterou pak snadno předáte svému dítěti.“*⁷⁴

⁷² VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči, str. 8

⁷³ VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči.

⁷⁴ STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová, str. 22

S příchodem dítěte do rodiny přichází i mnoho změn. V případě, že se jedná o dítě s postižením, je potřeba chod domácnosti přizpůsobit jemu. Samozřejmě záleží na závažnosti a typu postižení dítěte. Je důležité si uvědomit, že dítě nebude schopno v plném rozsahu dělat všechno jako jeho vrstevníci. Ještě před příchodem dítěte je dobré přizpůsobit prostředí. Někdy se jedná o drobnosti, ale může jít až o stavební úpravy, například u dětí na vozíku. Vždy je důležité zjistit specifika postižení dítěte. Pro příklad: dětem se zrakovým postižením může pomoci k orientaci barevnost (střídající se výrazné barvy na schodech, dveřích).

Pokud je dítě už v náhradní rodině, je důležité nechat mu čas na vstřebání změny. Rodiče by si měli všimnout, jak si dítě hraje, co dělá, jak reaguje na různé situace, jak přijímá ostatní lidi a vnímá ostatní členy rodiny. Je dobré stanovit dítěti pravidla přiměřené jeho mentálnímu chápání. Rodiče by také měli brát v potaz, že některé věci, které jsou v rodině běžné, dítě nezná, a nikdy je nezažilo.⁷⁵

„Proces sbližování, zvykání si, přijetí a zvládnutí této zkušenosti je náročný a dlouhodobý. Především jste to vy a vaše rodina, která dítě ovlivňuje a vychovává, i když je zřejmé, že není zanedbatelná ani genetická výbava dítěte, jeho schopnosti, možnosti a zkušenosti z předchozího období.“⁷⁶

První zážitky s novým dítětem nemusí být vždy úplně příjemné, třeba z důvodu strachu dítěte ale je důležité, aby se náhradní rodiče nenechali odradit. Rodiče si musí uvědomit, že každé dítě nemusí na změnu reagovat pozitivně. Je potřebné, aby se rodiče s dítětem navzájem poznali, naučili se komunikovat, naučili se vzájemně si porozumět a třeba i slevit ze svých nároků na dítě. Jde o těžký úkol, navíc komplikovaný zdravotním postižením, ale zvládnutelný. Tedy, jak cituje Vágnerová jednu z pěstounek *„U těch dětí v náhradce si můžete dávat jen takové cíle, které se dají splnit. Hlavní věc je, aby prožily hezké dětství“⁷⁷*

Pokud se jedná o dítě s postižením, to jak obtížná zkouška to je, poznáme až následně a jistě nás to ovlivní na zbytek života, tedy jak říká Říčan a Krejčířová *„Každé*

⁷⁵ VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči.

⁷⁶ STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí. PhDr. Věduna Bubleová, str. 25

⁷⁷ VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči. str. 11

onemocnění je také cenná, nesdělitelná životní zkušenost nejen pro dětského pacienta samotného, ale i pro jeho rodinu, přátele a širší sociální prostředí. Je to zkouška hloubky lidskosti nás všech. Pomáháme-li překonávat utrpení svých bližních, pochopíme možná snáze smysl lidského bytí a sounáležitosti.“⁷⁸

4.3 Psychohygienu

Náhradní rodiče prakticky veškerý svůj čas a veškerou svoji energii investují do dětí. Mnoho jich však dodává, že důležité je myslet i na sebe, protože rozpoložení maminky se odráží na dětech a přetížená a vyčerpaná maminka nemůže dobře působit na děti, ať už se jedná o vlastní nebo svěřené.

Jak uvádí Vágnerová, je dobré, aby psycholog pracoval nejen s dítětem, ale také s rodiči. U rodičů, kteří vychovávají dítě s postižením to platí dvojnásob. Během péče o dítě se musí vyrovnávat s různými problémy a překážkami, které silně působí na psychiku rodičů.⁷⁹

Náhradní rodiče nejčastěji zmiňují pomoc v podobě víry v Boha, ke které následně své děti vedou. Dalším velmi důležitým prvkem je pouto manželské, kdy rodiče v sobě navzájem nacházejí oporu, vzájemnou lásku a pochopení, které mohou svým příkladem předávat dále dětem. Je rovněž důležité, aby každý měl pro sebe vymezený čas, ve kterém může dělat to, co ho baví, ať už se jedná o sport, či jiné koníčky.

⁷⁸ ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana a kolektiv. Dětská klinická psychologie. s. 66

⁷⁹ VÁGNEROVÁ. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči.

5 Praktická část

5.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaké možnosti mají děti se zdravotním postižením v systému náhradní rodinné péče, tedy ochotu (motivaci) zájemců o pěstounskou péči vychovávat dítě s různými stupni zdravotního postižení.

Dílčím cílem práce bylo zjistit, které děti s postižením mají největší šanci dostat se do systému náhradní rodinné péče, tedy vliv typu postižení.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaká byla motivace a co ovlivnilo vaše rozhodnutí přijmout dítě se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče?

Další výzkumné otázky:

- 1. Jaké byly/jsou vaše limity ohledně typu či stupně postižení pro přijetí dítěte?*
- 2. Které problémy během celého procesu zprostředkování a následně péče byly/jsou pro vás nejtěžší?*

5.2 Metodika

V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum. Výzkum probíhal formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které přijali dítě se zdravotním postižením do náhradní rodinné péče.

Gavora uvádí, že pokud jde o kvalitativní výzkum, jedná se o slovní, výstižný podrobný popis tématu. Výzkumník se sblíží se zkoumanými osobami a tím výzkumník pronikne lépe do problematiky daného tématu. Jedná se většinou o terénní práci, o hloubkové poznání a jemnou analýzu konkrétního prostředí. Výzkumník sbírá všechny údaje o tématu a následně dochází ke zkoumání. Znakem tohoto typu výzkumu je

intenzivnost. Výzkumník provádí podrobné zápisky (poznámky, příp. zvukový záznam) během rozhovoru.⁸⁰

Hendl dodává, že výzkumník může otázky různě transformovat nebo doplňovat během výzkumné části. Jedná se o plastický typ výzkumu, kde hraje roli pružnost. Výzkum přirovnává ke hře na detektiva, který má za úkol hledat, zkoumat a proniknout hlouběji k danému tématu. Analýza dat a jejich sběr probíhá současně. Výzkumník se snaží získat co největší dávku dat. Provede jejich analýzu a po té se rozhodne, která data jsou důležitá, co je podstatou rozhovorů.⁸¹

5.3 Účastníci výzkumu

Pro výběr respondentů byla zvolena metoda účelového výběru a následně metoda nabalování (metoda sněhové koule). Ta spočívá ve volbě respondentu na základě doporučení již zkoumaného jedince.⁸²

V první fázi výzkumu byla oslovena jedna účastnice, rodinná známá. Ta byla kontaktována telefonicky. Na doporučení této osoby byli osloveni dva potenciální účastníci, bohužel jsem od nich nezískala kladnou odpověď. Kontakt na druhou osobu byl získán přes internetovou skupinu pěstounů. Touto osobou mi byl poskytnut kontakt na třetího a čtvrtého účastníka výzkumu.

Výzkumným vzorkem se stali čtyři respondenti, tři pěstouni, pečující o dítě se zdravotním postižením jako hlavní respondenti a jedna osoba vedlejší - pěstounka pečující o zdravé děti.

Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka, která obsahuje věk, pohlaví a počet dětí. Pro zachování anonymity respondentů bylo každému přiděleno číslo.

⁸⁰ GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu, str. 31

⁸¹ HENDL, J. Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace, str. 50

⁸² HENDL, J. Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace, str. 154

Číslo	Pozice	Postižení dítěte	Pohlaví	Věk
Respondent č. 1	Pěstoun vychovávající v současnosti 1 dítě se ZP (půl roku dvě), celkem vychovala 15 dětí v pěstounské péči a 5 vlastních	První dítě s lehkým mentálním postižením, druhé s Aspergerovým syndromem	Žena	62
Respondent č. 2	Pěstoun vychovávající 1 dítě se ZP a 2 vlastní	Dítě se sluchovým postižením	Žena	35
Respondent č. 3	Pěstoun vychovávající 2 dítě se ZP	Jedno dítě se sluchovým postižením a mentálním postižením, druhé se zrakovým postižením	Muž	42
Respondent č. 4	Pěstounka vychovávající 2 zdravé děti	Žádné postižení	Žena	38

Rozhovory se uskutečnily v období února až dubna 2015 a trvaly 30-60 minut. Dva rozhovory proběhly ve Středočeském kraji, jeden v Jihočeském kraji a jeden rozhovor v kraji Vysočina. Rozhovory probíhaly po dohodě s respondenty v místě zaměstnání, u respondenta doma či v kavárně. Většina rozhovorů byla zaznamenána jako zvukové nahrávky.

6 Výsledky

V této části bakalářské práce byla provedena komparace jednotlivých odpovědí respondentů mezi sebou. Odpovědi respondentů na otázky byly často rozsáhlé a různě se dotýkaly i jiných témat, proto zde byly uvedeny pouze části odpovědí. Otázky byly rozděleny do čtyř oblastí a to:

1. Motivace přijetí dítěte se zdravotním postižením
2. Obtíže péče a realizace pěstounské péče u dítěte se specifickými potřebami
3. Informace a zdroje pomoci
4. Význam péče a šance dítěte na péči v systému NRP

6.1 Zpracování výsledků

6.1.1 Motivace přijetí dítěte se zdravotním postižením

Proč jste se rozhodli vzít si do péče dítě se ZP?

Respondentka č. 1 v sobě ochotu vychovávat děti vnímala **už od dětství**, neměla záměr vychovávat dítě se zdravotním postižením, ale **řešila situaci, která nastala**. *„Nikdy jsem vlastně dítě se zdravotním postižením vychovávat nechtěla. To v člověku postupně dozrává skoro celý život. Moje maminka chvíli pracovala v dětském domově a my děti jsme tam byly s ní. Tak jsme se s těmi dětmi hodně sžily a to v člověku nějak zůstane. ...Myslím, že v roce 78 se zase znovu obnovovala pěstounská péče a já si o tom přečetla v novinách... Rozhodli jsme se, vzít do PP dva chlapce. Na ty jsme čekali 1,5 roku. Mezitím se nám narodil náš pátý syn. Asi po třech letech jsme chtěli dalšího malého chlapce k našemu nejmladšímu. Nabídli nám tedy chlapečka z děčáku. Řekli, že je opožděný, ale že to asi dělá ten děčák. Měl tehdy zdravotní potíže - celiakii, která byla léčena bezlepkovou dietou. V děčáku už jim pomalu přestával jíst a byl takový slabounký, hubeňoučký. Bylo mu 3,5 roku a měl 8 kilo, takže opravdu malé dítě. Ptali se*

nás hlavně, jestli bychom zvládli tu dietu. My jsme moc nevěděli, do čeho jdeme. ...Nakonec mu udělali výstupní hodnocení a řekli, ať to zkusíme bez té diety, že je možné, že na něj jen nemají sestry trpělivost a on ji opravdu potřeboval. Zpomalení se tedy nakonec nezlepšilo. Vyklubala se z toho lehká mentální retardace, ale protože tohle jsme zjistili asi až po roce jeho pobytu u nás, už tu zůstal.“

Respondentka č. 2 přemýšlela o dítěti, které by přijala do náhradní rodinné péče už dlouho. To že přijala dítě se ZP, vyplynulo ze **situace, která nastala**: *„My jsme o tom uvažovali vždycky, že si vezmeme nějaké dítě a protože já jsem se učila „znakovku“ jen tak z legrace, z potřeby umět něco jiného, nového. Později jsem toho nechala. Časem se k nám dostala zpráva, že se hledá někdo pro O. To nás zaujalo. Říkali jsme si, možná že by to bylo něco, co k nám patří. Prostě to vyplynulo ze situace a z toho, že my jsme měli možnost mu pomoci“*

Respondent č. 3 pocítoval **potřebu naplnit rodičovství**, které by jinak nemohl uskutečnit. *„U nás to bylo trochu složitější. Prvním impulzem bylo asi naplnění rodičovství, které tím, že jsme homosexuální pár, naplnit nemůžeme. Pak asi to **společné rozhodnutí**.“*

Respondentka č. 4 **nepečuje o dítě se zdravotním postižením**. *„Já jsem šla do pěstounské péče s **úmyslem pomoci** nějakému dítěti a zpočátku jsem upřednostnila zdravé dítě i školního věku, ale uvedla jsem i dítě s menším zdravotním postižením, které bych zvládla jako samoživitelka. Netvrdím, že bych se o dítě s menším stupněm zdravotního postižení nechtěla starat, ale dopadlo to takto. Možná že s ohledem na to, že šlo o první dítě, které jsme měla v péči, to tak bylo lepší.“*

Jak jste se o tomto dítěti dozvěděli, oslovili vás z OSPOD?

Respondentka č. 1 si podala žádost o svěření dítěte. Do péče dostala chlapce s **nepřesnou diagnózou**. *„Podali jsme si žádost na sociálku. Časem nám přišel dopis, že by pro nás měli chlapečka z děčáku. **O postižení jsme nevěděli** a musím říct, na to že s těma dětma dělají furt různé testy a psychotesty, třeba psychologové, je to zvláštní. Jestli to třeba trochu přibarví, aby se toho dítěte zbavily, to nevím, ale nám nikdo přímo*

tehdy neřekl, že by měl mentální retardaci. Veškeré diagnózy nám byly sděleny až během jeho pobytu u nás.“ Stejnou zkušenost popisuje u své snachy. „...mají kluka, vzali si ho jako ročního z nemocnice. Když byly klukovi asi 3 roky, tak se zjistilo, že se nevyvíjí a že se jedná o mentální retardaci horšího stupně.“

Respondentka č. 2 reagovala na **výzvu magistrátu** „My jsme byli trochu nestandardní žadatelé, respektive my nejsme vůbec žadatelé. My jsme lidi, kteří se přihlásili na **výzvu magistrátu**. O. už hledal dlouhodobě rodinu v celostátním registru a nikdo vhodný se neobjevoval. Vypadalo to, že se nikdo nenajde. My jsme se přihlásili na poslední chvíli, že bychom možná měli zájem. Pak jsme to vlastně vzali rovnou přes hostitelskou péči a soud.

Respondentovi č. 3 bylo dítě **navrženo OSPODem**, u druhé péče bylo žádáno o konkrétní dítě. „První kluk nám byl nabídnut **OSDPODem**, když jsme chtěli ještě druhé dítě, řekli nám, že děti nejsou. To mi přišlo trošku divné, protože se v této sféře pohybují a vím, že v ústavech je dětí hodně. Spojil jsem se tedy s ústavem, zda nemají vhodné dítě a následně jsme **žádali o konkrétní dítě**.“

Respondentka č. 4 pečuje o děti, které jí byly navrženy orgánem sociálně-právní ochrany dětí. „Obě holčičky mi byly nabídnuty z **OSPOD**.

Měla na vaše rozhodnutí vliv širší rodina nebo okolí?

Respondentka č. 1 byla vděčná hlavně za podporu rodiny. To potvrzuje i respondentka č. 2. „Byla jsem ráda, že mě v mém rozhodnutí **podpořil manžel a následně i děti**. S dětmi jsem se o tom hodně bavila, ty byly pro mě nejdůležitější.“

„Mluvila jsem o tom hlavně s **děťmi**, nevěděla jsem, jak budou reagovat. Často mluvily o dalším sourozenci, ale tohle je přece jen něco trochu jiného, než když se vám do rodiny narodí miminko.“

Na vliv širší rodiny a okolí už ani jeden z respondentů neklade takový důraz, ale i přesto se objevují **obavy hlavně z okolí kamarádů**. Respondentka č. 1 uvádí „V **širší rodině jsme měli podporu**, ale bála jsem, se co budou říkat ostatní. Bydlíme na malé vesnici a všechno se tu hned ví. Nakonec jsem si řekla, že jim to vlastně může být jedno.

*Nedělali jsme nic špatného.“ Respondentka č. 2 „Ověřovali jsme si reakce, ale tím jak to bylo narychlo, tak O. všichni přijali se smíšenými pocity. Jakmile ho poznali, tak v podstatě zapadnul do toho našeho kolektivu. Do širší rodiny ani tak nebylo potřeba, ta to bere tak jako „**Co jste si uvařili, to máte.**“, ale kamarádi ho berou normálně jako jedno z našich dětí.“*

Respondent č. 3 stejně jako respondentka č. 1 a 2 považuje za důležité společné rozhodnutí s partnerem. *„Důležité pro nás bylo rozhodnutí, které jsme učinili s **manželem**. To že jsme se na tom shodli. Širší rodině jsme spíše tuto skutečnost oznámili.“*

Respondentka č. 4 jako matka samoživitelka se rozhodla nezávisle na okolí. *„Přijetí holčiček bylo čistě **moje rozhodnutí** a moji rodiče ho plně respektují. Podporují mě.“*

Jak přijaly děti, které už v rodině vyrůstaly dítě se zdravotním postižením?

Respondentka č. 1 i č. 2 se shodují, že přijetí nebyl velký problém. *„**Nebyl vůbec problém**. Oni viděli, že je jiný, ale stačilo s nimi pohovořit. Musí se s nimi hovořit, jestli chtějí mezi sebe vůbec přijmout dítě a když s tím souhlasí, tak jim o tom vyprávět. „Víš, on má takovéto problémy, protože je to tak a tak.“ Když jim to člověk vysvětlí, tak oni to pochopí. Přijmou ho a docela dost mu **začnou i pomáhat**. I když jsou to malé děti, ví, že tenhle „brácha“ má nějaký problém a tak pomůžou. Je velmi hezké, skoro až dojemné, když za něho třeba dořikávají věty, nebo spíše překládají, když mu lidi nerozumí.“*

*„Já myslím, že vcelku dobře, přestože prostřední **dcera** s tím **trochu bojuje**. Ona byla nejmladší a najednou není, to prostřední místo je celkem těžká věc. Druhá věc je, že je **samotná holka** mezi dvěma kluky. Důležité je věnovat čas rovnoměrně všem dětem.“*

Respondent č. 3 stejně jako respondentka č. 1 nepocíťoval **žádný problém**. *„Když jsme pak přijímali M. tak jsme neměli vůbec problém. K. věděl, že má M. problém se sluchem, takže si spolu perfektně sedli. Navzájem si pomáhají. Jeden špatně slyší a druhý špatně vidí, jsou prostě dvojka.“*

Souhrnná tabulka

Proč jste se rozhodli vzít si do péče dítě se ZP?	Faktorů je více. Dlouhodobá úvaha/motivace pomoci, řešení momentální situace, vliv rodiny. U homosexuálního páru naplnění potřeby rodičovství.
Jak jste se o tomto dítěti dozvěděli, oslovili vás z OSPOD?	Dítě bylo navrženo OSPODem s tím, že je zdravé, či neúplně diagnostikované. Pěstouni také reagovali na výzvu magistrátu nebo žádali o konkrétní dítě.
Měla na vaše rozhodnutí vliv širší rodina nebo okolí?	Hlavně manžel a děti. Širší rodina spíše situaci přijímala.
Jak přijaly děti, které už v rodině vyrůstaly dítě se ZP?	Děti přijaly dítě se ZP dobře, snaží se mu pomáhat. Jen jedno z dětí ale nese špatně své nové postavení.

6.1.2 Obtíže péče a realizace pěstounské péče u dítěte se specifickými potřebami

Jaké byly největší problémy, které se vyskytly během péče o toto dítě?

Respondentka č. 1 nepocítovala výrazné problémy v předškolním ani školním věku, ale spíše později, hlavně v **pubertálním věku** „...u nás mu to trvalo asi rok, než se naučil pořádně jíst, **žvýkat** to jídlo. Což mě tedy překvapilo, že ve třech letech neuměl.... Největší problémy jsme s ním ale měli, když přišel do puberty a začala se projevovat **sexualita**. Neměl zábrany, oni mají úplně jiné **sexuální pudy**. Museli jsme chodit k sexuologům, aby ho trochu tlumili, jinak by to asi nešlo.“

Respondentka č. 2, která vychovává dítě se sluchovým postižením, poukazuje na velké prvotní problémy v oblasti komunikace a stejně jako respondentka č. 1 mluví o neschopnosti dítěte žvýkat či kousat jídlo „V době, kdy jsme si ho přebírali tak **téměř nekomunikoval**, jen velmi malinko, na to že to bylo skoro čtyřleté dítě. Samozřejmě to s sebou neslo spoustu různých nedorozumění. On něco chtěl, neuměl si o to říct, nevěděl přesně, co vlastně chce, proč to nedostane. Bylo to velmi náročné, protože ta **komunikace strašně vážla**. Naštěstí se poměrně rychle v komunikační oblasti adaptoval

*a rychle pochopil, že když s námi bude nějakým způsobem komunikovat, možná dostane to, co chce. Protože budeme vědět, co chce. Jakmile jsme ho naučili jazyk, funguje tedy primárně ve znakovém jazyce, tak v tu chvíli se to povolilo a ty problémy nastávaly někde jinde. Ty problémy komunikační byly v prvních chvílích opravdu nejnáročnější. Velkým překvapením třeba bylo, že **neuměl kousat tvrdé věci**. On měl jídlo nakrájené na malé kousky, ty spolykal, nebo to nejedl.“*

Respondent č. 3 byl zasažen mírou **zanedbání dětí**, ke kterému v ústavu došlo. *„Největším problémem bylo asi ústavní zanedbání, se kterým k nám přišly. To, že dítě neumí smrkat, bylo ještě dobré, ale že je skoro ve čtyřech letech na plenách, umí asi 20 slov, to bylo otřesné zjištění. Byli jsme se v tom ústavu několikrát podívat a ty tety jim pouze ukazovaly. M. nebyl ani zvyklý, že na něho někdo mluví, natož aby chápal, co po něm chceme. Prakticky všechno jsme je museli učit.“*

Objevili jste nějaké problémy z minulosti, které by způsobovaly až regresy dítěte?

Respondentka č. 1 stejně jako respondentka č. 2 shledává jako největší problém z minulosti **biologickou rodinu**.

„My jsme tedy u D. měli štěstí, že biologická rodina přijela asi jen dvakrát a víc kluka vidět nechtěli, ale i tak z toho byl D. vždy špatný a chvíli trvalo, než se srovnal. U druhého kluka s postižením to byl problém větší. Rodiče zjistili, že má částečný invalidní důchod a dostává peníze. Dopadlo to tak, že o kluka se prali a teď ho mají asi jen na peníze.“

„Ano, regrese jsou dodnes, občas se pomočí, občas se budí, občas se vracejí afekty, které měl ze začátku třeba dvacetkrát denně. Dnes jsou tři denně, ale jsou opravdu šílené. Velkým problémem je biologická rodina. Jednou stranou chápu, že je pro to dítě dobře znát biologickou rodinu. Na druhou stranu my máme kontakt po měsíci a týden trvá, než se z toho vzpamatuje a to ho týden dopředu na to připravuji. Po návratu je vždy regres nejvíce znatelný...já předávám šestileté dítě a vrací se mi domů jako opička, která nic neumí a hlavně nemusí.“

Naopak respondent č. 3 má s biologickou rodinou dobré zkušenosti. Jako problémem opět zmiňuje **ústavní deprivaci**. „*No hlavně to **zanedbání**, to bylo velmi znatelné u obou, i když musím říct, že u toho prvního to nebylo tak hrozné a hlavně během půl roku se to hodně zlepšilo. U toho druhého přetrvávají spací rituály. To když jsme zažili poprvé, to byl velký šok. To vám totiž nikdo neřekne. Co se týká biologické rodiny, tam je to naštěstí v pořádku. K. ví, že není náš, že se o něj staráme, protože maminka je nemocná (drogově závislá) a M. tomu je to jedno, ten to zatím nechápe. Setkáváme se s prarodiči jednoho z kluků, kteří ještě vychovávají jednoho sourozence, ten je ale zdravý. Druhá rodina o kontakt nemá zájem, tam jsme matku viděli jednou a to u soudu, od té doby se neozvala, i když tvrdila, že o kontakt zájem má.*“

Ústavní a podnětovou deprivaci zmiňují i respondenti č. 1, č. 2. Ti také často vyjadřovali obavy o stav dítě, kdyby zůstalo v ústavní výchově. K tomuto se připojuje i respondent č. 3.

Respondentka č. 1 „*Ústavní deprivace byly patrna u všech našich dětí, které jsme přijali, ale u toho s postižením asi nejvíc. U něj trvala asi také podnětová deprivace, myslím si, že ty sestry, které ho měly na starost, na něj neměly trpělivost ani čas.*“

Respondentka č. 2 „*Ústavní a podnětová deprivace, kterou měl to je běh ne na dva až tři roky adaptace, ale na řadu let. Nejsm si jistá ani tím, jestli ho z toho dokážeme dostat úplně. Já mám teprve teď pocit, že po dvou letech naší péče (dva roky byl v kojeneckém ústavu), začíná být trochu lepší, ale určitě z toho ještě nejsme venku. Začíná komunikovat, přestávají afekty, už se opakují jen v konkrétních případech, a to při změnách a po návštěvách biologické rodiny.*“

Respondent č. 3 „*Myslím si, že kdyby kluci zůstali v ústavu, dnes by na tom byli hodně špatně.*“

Jaký byl kontakt s úřady, veškeré vyřizování? Jak vám pomáhá/pomáhal OSPOD?

Respondentka č. 1 mluví hlavně o **přístupu úřednic**, se kterými se setkávali, a porovnává začátky, kdy přijímali první děti a následně změnu pohledu po několika

letech „Musím říct, že některé **pracovnice nebyly opravdu milé** a občas jsem měla chuť se na všechno vykašlat... myslely, že je to pro nás nějaký obrovský byznys, že dostáváme peníze - odměnu pěstounů (ta bývala asi 350kč za dítě), že z toho máme výdělečný důl a občas se tím ani netajily a říkaly to nahlas. A to mi přišlo takové smutné, vždyť se to dělá pro ty děti... Potom, když už nás znaly delší dobu, už několik let a viděly, že je těm dětem tady dobře, prospívá jim to tady, byla ta setkání určitě příjemnější, než ze začátku. V tomto mi hodně pomohli ostatní pěstouni, se kterými jsem se setkala.“

Respondentka č. 2 poukazuje na náročnost vyřizování všech povinností a komunikaci s OSPODem. „Moc mi **pomohla doprovázející organizace**. Bez té bychom to asi nedali. Kdybychom měli všechno řešit jenom s OSPODem, všechno co oni za nás udělali, tak bych to asi nezvládla a asi bych řekla že O. musíme vrátit, že to nezvládám. **Podpora z OSPODu je různá**, původně jsme měli skvělou ospodku, ale teď to je hrozné. Velmi záleží na lidech.“

Respondent č. 3 naopak je s OSPODem **velmi spokojen**. „Já myslím, že my s OSPODem nemáme žádné problémy. My jsme velmi spokojení. Celý proces **zprostředkování tedy trval dlouho** asi 2,5 roku, ale u nás taky dlouho nevěděli, co s námi. Jsme totiž první homosexuální pár, kterému bylo do pěstounské péče dítě svěřeno. Nakonec bylo rozhodnuto podle odpovědi biologické rodiny, která souhlasila. Byli rádi, že nebudou mít konkurenci v mamince.“

Souhrnná tabulka

Jaké byly největší problémy, které se vyskytly během péče o toto dítě?	Z prvotních problémů: Žvýkání a kousání jídla. Problémy v komunikaci. V pubertě problém u sexuality.
Objevili jste nějaké problémy z minulosti, které by způsobovaly až regresy dítěte?	Setkávání s biologickou rodinou. Ústavní a podnětová deprivace.
Jaký byl kontakt s úřady, veškeré vyřizování? Jak vám pomáhá /pomáhal OSPOD?	Kontakt s úřady a vyřizování je náročné. Někdy se pěstouni setkávají s nepřátelským chováním. Proces zprostředkování trvá i několik let.

6.1.3 Informace a zdroje pomoci

Třetí oblast se zaměřuje na zdroje informací a pomoci. Ukazuje, jak jsou informace poskytovány, či jejich správnost nebo přesnost. Snaží se zodpovědět otázku, co je pro pěstouny největší pomoci a zdrojem informací.

Jak a od koho jste získali informace o dítěti?

Respondentka č. 1 mluví hlavně o **sociálních pracovnících**, které moc informací neposkytly a většina byla mlživá či špatná. *„Řekli nám, že je pomalejší ale, že se to jistě v rodině srovná. To byly veškerá informace, které nám byly poskytnuty. Časem jsme se ještě dozvěděli o sourozencích, ale o rodičích či dosavadním životě spíš nic než moc“*

Respondentka č. 2. neměla problém s neochotou poskytovat informace o zdravotní stránce či minulosti dítěte, ale po ostatních **musela sama pátrat**. Odpovědi sester/tet ohledně návyků a zvyků konkrétního dítěte byly však prakticky nulové. *„Informace o dítěti jsme měli od **ODSPODu** a z **dětského centra**. Něco jsem si dohledala sama. Šla jsem potom k soudu a nahlídla do soudního spisu a tak. Na co se člověk výslovně nezeptá, to mu neřeknou. A občas, když se zeptá, nedostane řádnou odpověď. Já jsem třeba chtěla vědět nějaký denní režim, co má, co nemá rád a odpověď byla „To vůbec neřešte, on se přizpůsobí.“ Já jsem ale nechtěla, aby on se musel přizpůsobovat, já jsem se nejprve chtěla přizpůsobit jemu, aby on byl v co největší pohodě a potom postupně to nějak měnit. Na vše jsem si musela přijít sama.“*

Respondent č. 3 *„Prvotně od **OSPODu** a pak jsme byli v kontaktu s **ústavem**, kde děti byly, ale u M. to byla velká bída. Tam dokonce zvažujeme podání žaloby na zanedbání péče. Nejvíce jsme asi vycházeli z **lékařských zpráv**, ale ty nebyly úplné.“*

Respondentka č. 1 dodává důležitost významu informací a kontaktu s odborníky. *„Neustále jsme byli v kontaktu s lékaři a odborníky, bez toho se to nedá. Jezdili jsme k psychologům, psychiatrům, na neurologii. Panu doktoru vdčíme opravdu za hodně.“*

Respondentka č. 2 také mluvila o kontaktu s odborníky „*Důležitým zdrojem pro mě byli také **odborníci**...**Raná péče** mi také hodně pomáhá.*“

Co vám nejvíce pomohlo se sháněním informací a řešením problémů?

Zde se shodují respondenti č. 1, 2, 4. na sdílení svých problémů s problémy jiných pěstounů a využití **zkušeností ostatních pěstounů**.

Respondentka č. 1 „*Co člověku hodně pomůže, jsou **setkání pěstounů**. Kde si můžete sednout do kroužku, povídáte si, pomlouváte si ty děti a člověk slyší zkušenosti těch ostatních a zjistí, že podobné problémy se řeší všude. Můžeme si navzájem poradit. Ptáme se my, ostatní se zase ptají nás. Tohle předávání informací je opravdu velká pomoc a to vám žádná teorie neřekne.*

Respondentka č. 2 „*Hodně mi pomohli **ostatní pěstouni**. Od nich jsem teprve pochopila, že některé věci jsou normální, že se to děje i jinde, že běžná je dlouhotrvající adaptace, že je normální být někdy našťvaná, unavená. Toho je spousta. To jsou všechno věci, které nikdo jiný než ten, kdo už tím prošel, vám nezprostředkuje.*“

Respondentka č. 4 „*My jsme zatím moc problémů neměli, ale byla jsem ráda, když mi pomohl někdo, kdo už to zažil.*“

Respondent č. 3 se snažil spolehnout na sebe. Pomocí mu také bylo sdílení, nikoli však s pěstouny ale rodiči, kteří vychovávají dítě se ZP a doplnění diagnóz. „*Hodně jsme se museli snažit **sami**. Pomohlo nám pár **rodičů (ne pěstounů) co mají děti se ZP**. Postupně pak **lékaři**, ale bohužel dodnes nemáme úplné diagnózy, hlavně u toho mladšího, takže je to těžké.*“

Bylo dítě, které jste přijali do rodiny správně diagnostikované?

Respondentka č. 1 na tuto otázku odpověděla v rámci dřívější otázky. *Jak jste se o tomto dítěti dozvěděli, oslovili vás z OSPOD?* Zde udává, že dítě bylo **nesprávně diagnostikované** jako celiak. Dítěti byla později diagnostikována lehká mentální

retardace. Respondentka vyjádřila nepochopení možnosti nesprávné diagnózy z důvodů práce psychologů a dalších odborníků s dítětem.

Respondentka č. 2 vyjádřila znovu svoji **nespokojenost s informacemi a následně s lékařskou péčí** o děti z kojeneckého ústavu. „Dítě bylo diagnostikováno, převzali jsme si ho se sluchadly. Nikdo nám ale neukázal, jak se nandávají, vyndávají, na to jsme si museli přijít sami. Co mě překvapilo a dostalo, bylo to, že když jsme s ním přišli k foniatrovi a on koukl na **sluchadla**, zjistil, že je O. **nemá seřizená**. Tím pádem neslyšel. Přijde mi, že lékaři prostě neměli potřebu dítěti z kojeňáku ty sluchadla seřizovat.“

S **nedostatečnou lékařskou péčí** a nesprávností či neúplností diagnózy se setkal i respondent č. 3. „Jeden kluk byl **diagnostikován špatně a druhý neúplně**. Přijde mi, že kluci podstoupili jen nejnutnější vyšetření. U K. nám trvalo ještě rok a půl, než prodělal všechna vyšetření tak, aby diagnóza byla úplná. U druhého celou diagnózu teprve zjišťujeme.“

Co vše vám ještě pomáhá ve zvládnutí péče o děti/dítě?

Respondentka č. 1 jako věřící nachází pomoc ve **víře** a následně **manželství**. Zmiňuje také dobrý pocit z dětí, které vychovává. „Pro nás je velmi důležitá víra v Boha. S manželem k ní vedeme i děti, některé dokonce ministrují a z toho mám opravdu radost. To, že na vše nejsem sama a mohu se vždy o problémy podělit s manželem, je hlavně po psychické stránce velká pomoc. Jak se říká, ve dvou se to lépe táhne. Myslím si, že bez podpory manžela bych to nezvládla.“

Respondentka č. 2 se snaží **pečovat o sebe**, i když uznává, že někdy se to daří jen málo. „Za důležitou považuji péči o sebe, a snažím se o ni. Přenechávám některé věci třeba té doprovázející organizaci, občas si udělám čas jen pro sebe, nebo jedu pryč jen s jedním dítětem z rodiny.“

Respondent č. 3 „Určitě je hlavně psychickou podporou, když vidíte **pokrok**, což nás velmi těší u toho prvního. U toho druhého je to horší, ale pořád se snažíme...A určitě **manželství**, člověk má prostě potřebu všechno sdílet.“

Respondentka č. 4 stejně jako respondentka č. 2 se snaží o psychohygienu a nalezení **času jen pro sebe** a své koníčky. „*Asi to zní blbě, ale občas prostě potřebuji chvílku jen pro sebe. Tím že jsem samoživitelka, to mám těžší, ale jednou za čas děti pohlídá babička a já si odpočinu a nečerpám novu energii.*“

Souhrnná tabulka

Jak, od koho jste získali informace o dítěti?	OSPOD, dětské centrum, ústav ve kterém děti vyrůstaly. Informací je však málo a často mlživé či neúplné. Významné jsou i informace od odborníků, lékařů.
Co vám nejvíce pomohlo ohledně shánění informací a řešení problémů?	Setkání a popovídání si s ostatními pěstouny. Jeden respondent zmiňoval rady rodičů vychovávajících dítě se ZP a lékařů.
Bylo dítě, které jste přijali do rodiny správně diagnostikované?	Diagnóza byla často nesprávná či neúplná. Lékařská péče byla dle respondentů nedostatečná. (např. neseřízená sluchadla)
Co vše vám ještě pomáhá ve zvládnutí péče o děti/dítě?	Víra v Boha, manželství, čas strávený podle sebe, děti a jejich úspěchy či činnost.

6.1.4 Význam péče a šance dítěte na péči v systému NRP

Oblast významu péče byla rozdělena do dvou oddílů - význam péče pro dítě se ZP a význam pro ostatní (rodiče, děti, známé). Cílem bylo zjistit, jestli náhradní rodinná péče pro děti se ZP má nějaký přínos po tělesné, mentální či psychické stránce, zda dítě má větší šanci na běžný život. U významu pro ostatní osoby mě zajímalo obohacení života, vliv na děti a známé.

Zpozorovali jste u dítěte po nějaké době v péči změny? K lepšímu?

Respondentka č. 1 už výše uvedla tělesný nárůst po příchodu do péče, nově ještě přidává hlavně **mentální růst**. Respondentky v souvislosti s touto otázkou znovu vyjadřovaly obavy o budoucnost dítěte, kdyby zůstalo v systému ústavní výchovy. „*Nechci si fandit, ale myslím, že kdyby zůstal v tom děčáku nebo spíš by skončil v ústavu, tak z něj dneska bude „blbeček“.* Určitě mu to dalo hodně, jak už jsem říkala. *Myslím, že kdyby se nedostal k nám, je zavřený někde v ústavu a po mentální stránce by na tom byl asi o hodně hůř. Nikdy jsem teda nešla do těch ústavů, nebo jinam a nesrovnávala to. Ale myslím, i podle zkušeností druhých, že by na tom byl mnohem hůř. Dneska je vyučený a snažíme se mu různě shánět práci a celkem se to i daří.*“

Respondentka č. 2 mluví také o velmi **rychlém tělesném nárůstu**, také zmiňuje **rozvoj zájmu o informace** „*Obrovský byl tělesný nárůst, když k nám přišel tak mu byla 98 ještě velká, nohu 25. Dnes má 122 a nohu 29. Takže obrovský nárůst. Po měsíci jsem komplet změnila šatník, to se po prvním půl roce zase zpomalilo, ale první měsíce jsem nestíhala to oblečení nakupovat. Překvapilo nás, jak moc rychle začal všechno dohánět, vstřebávat všechny informace. Člověk mu řekl nějakou informaci a bylo vidět, jak ji okamžitě vstřebává a žije s ní, a potřebuje další a další. Bral si je ode mne, od manžela, dětí, od všech z okolí a tohle trvá dodnes. Velkým plus pro něj jsou starší sourozenci, ti ho hodně táhnou dopředu. On se naučil se jich hodně ptát a oni jsou rádi a naučí ho to, co on chce.*“

Respondent č. 3 mluví o pokrocích obecně „*Jak už jsem říkal, u toho prvního byly pokroky velké a u druhého kluka to je horší. Vypadá to, že tam bude přidružena ještě mentální retardace v pásmu středně těžkého stupně, ale zatím není přesně stanovená diagnóza.*“

Jaký vidíte v přijetí dítěte se ZP přínos pro vás či celou vaši rodinu?

Respondentka č. 1 mluví hlavně o **přínosu pro děti** a také pro stmelení rodiny „*Určitě to bylo přínosné pro děti. Ony samy díky tomuto bratrovi mají větší pochopení*

*pro ostatní. Vlastně mu pomáhají dodnes a to už je dospělý. Samy mu trochu šlapou cestičku. Tolerují ho a vědí, že na něj musí brát ohled. Když má člověk svoje vlastní děti a jedno onemocní, tak se **celá rodina semkne** a udělá všechno, aby mu to ulehčili, jak nejvíc to jde. A takhle jsme se semkli my a vždy se tomu přizpůsobily všechny děti, které přišly. Nikdy jsme neměli problém.“*

Respondentka č. 2 vidí přínos pro rodinu minimálně v tom, že celá **rodina znakuje**, i když dodává, že to není nejjednodušší. *„Soužití je určitě složitější ve všech aspektech. Musíme se mnohem víc přizpůsobovat jemu, ale rodina se přizpůsobila hlavně tomu, že máme tři děti a to nejmladší má sluchový handicap. Celá rodina taky znakuje, a děti jsou ohleduplnější.“*

Respondent č. 3 získal **nový pohled na svět**. *„Tak pro nás je přínos hlavně v tom, že jsme svět začali vnímat trochu jinak, už se nestaráme jen o sebe, ale snažíme se dělat všechno pro ty děti. Tak asi to, že jsme se otevřeli jinému pohledu.“*

Otázkami ohledně šancí dítěte se ZP na NRP jsem se respondentů ptala, které zdravotní postižení by bylo pro ně už za hranicí únosnosti. Otázky byly také směřovány na názory pěstounů ohledně šancí dětí se ZP na NRP a jejich navržení orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Jaký typ či stupeň postižení by byl/je pro vás limitující?

Respondentka č. 1 vychází hlavně ze zkušeností, které už má, vyjadřuje se také ke smyslovým postižením. *„Nevím, jestli je to už zkušeností, ale myslím si, že bych **zvládla středně těžké mentální postižení**. Případně pokud by se jednalo o nějaké **menší postižení zraku či sluchu**, ale to je asi maximum. Co se týče třeba dětí na vozíku, to by tady ani být nemohlo, k tomu nejsme přizpůsobení.“*

Respondentka č. 2 naopak o mentálním postižení mluví jako o nejhorší možnosti a přidává ještě fetálně alkoholový syndrom. *„Zoufale by mně asi **ničila mentální retardace**, to je hrozné. Já mám všechny děti lapající po informacích, vyžadující nové a nové a asi bych se hodně těžko učila zacházet s dítětem, kterého nic nezajímá a je spíše*

pasivní. Mě by hrozně ničilo to, že bych na něj měla vyšší nároky, než by dokázalo zvládnout. To by mi vadilo vůči tomu dítěti. Také to, že ho nejsem schopná nikam dotáhnout. Pak ještě **fetálně alkoholový syndrom** – to je časovaná bomba a vy nevíte, kdy bouchne. To bych asi neskousla, ne kvůli mně, ale kvůli tomu dítěti, to by mě asi hodně ničilo.“

Respondent č. 3 vysvětluje posun své hranice ohledně postižení „*To je zajímavá otázka. My jsme v žádném případě **nechtěli mentální retardaci**. Jenže abychom ted' M. vrátili, to by mám nešlo přes srdce a hlavně bychom mu to ani nemohli udělat. Kdybychom o tom věděli dopředu, asi bychom řekli, že si ho nevezmeme, ale ted' už to nejde.*“

Respondentka č. 4 stejně jako respondentka č. 1 bere v potaz bytové podmínky a profesní zkušenosti „*Asi bych **lépe zvládala postižení mentální**. Jednak si to myslím s ohledem na moji profesi, ale také беру v úvahu bytové podmínky, které by pro dítě s **tělesným postižením** (např. s berličkami, s vozíkem,... bydlíme v 1. patře bez výtahu) byly obtížné.*“

Respondentka č. 1 také podala svůj názor na vyhlídky umístění děti s postižením do rodiny. „*Třeba u těch dětí s mentálním postižením je to často nediodagnostikované. Jako u nás. Takže když se mentální postižení projeví a už je dítě v rodině, často tam už zůstane. Takhle mají asi největší šanci. Pokud je retardace již diagnostikovaná, rapidně tím jejich šance na rodinu klesá. U ostatních postižení asi záleží na okolnostech. Vím třeba o pěstounských rodinách, které měly své dítě postižené a protože už uměly např. znakový jazyk, vzaly si do péče dítě se sluchovým postižením. Jejich dítě tak mělo s kým komunikovat a ony jen využily toho, že už „znakovku“ umí. Takhle mají šanci i třeba děti s tělesným postižením. Znáám rodinu, která si po ztrátě dcery vzala do péče dívku na vozíku, protože už měli doma udělané úpravy pro vozík. Nejhorší je podle mne asi kombinované postižení. Tyto děti mají nejmenší šanci dostat se do rodiny.*“

Myslíte si, že děti se ZP jsou „nabízené“ stejně jako ostatní?

Respondentce č. 1 takové dítě „nabídnuto“ nebylo. „Nám dítě s postižením nabídnuto nebylo, to že se jedná o dítě s mentálním postižením, jsme zjistili později. Často, když nám byly děti nabízeny, nám jenom řekli, že to bude tak na zvláštní školu, ale to nám nevadilo.“

Respondentka č. 2 posoudila situaci z pohledu známých pěstounů. „My jsme nebyli žadatelé o pěstounskou péči, takže z vlastní zkušenosti **nevím**. Pěstouni, které znám, to měli různě, ale často o postižení předem nevěděli. Pokud ano, poznali dítě v ústavu a žádali přesně o něj.“

Respondent č. 3 „To si myslím, že ano, jen se jim obtížně hledají rodiče.“

Respondentce č. 4, dítě se ZP „nabídnuto“ nebylo i přesto, že uvedla, ochotu starat se o dítě s menším zdravotním postižením. „Mám jen dvě holčičky a obě jsou až na pár alergií zdravé. O jiné jsem zatím nežádala. Jak je to tedy s hledáním rodin pro děti se ZP **nevím**.“

Souhrnná tabulka

Zpozorovali jste u dítěte po nějaké době v péči změny? K lepšímu?	Pěstouni pozorovali velký fyzický a psychický růst, zájem o získávání informací a celkové zlepšení.
Jaký vidíte v přijetí dítěte se ZP přínos pro vás či celou vaši rodinu?	Velký přínos spatřují pěstouni pro děti, ty jsou ochotnější a tolerantnější. Dále semknutí rodiny, znakování a nový pohled na svět.
Jaký typ či stupeň postižení by byl/je pro vás limitující?	Zde se odpovědi různí dle osobnostního nastavení a bytových možností. Častěji však zazníval limit v podobě mentální retardace.
Myslíte si, že tyto děti jsou „nabízené“ stejně, jako ostatní?	Z odpovědí respondentů nelze jednoznačně na tuto otázku odpovědět. Třem ze čtyř respondentů však dítě „nabídnuto“ nebylo.

6.2 Analýza výsledků

Z odpovědí na otázky prvního okruhu, který byl nazván *Motivace přijetí dítěte se zdravotním postižením*, vyplývá, že ochota náhradních rodičů je podmíněna několika různými faktory. Jedním z těchto faktorů byla **dlouhodobá úvaha/motivace** (třeba už od dětství) přijmout dítě, pomoci některému dítěti. Další faktorem bylo **řešení momentální situace** dítěte. Jako poslední a velmi důležitý faktor se ukázal **vliv rodiny**. Manželé jsou spíše ti pasivní a rozhodnutí pouze podporují. Jako výrazný rodinný faktor se ukázaly (dle výpovědí respondentů) děti, vyrůstající v rodině. S dětmi byla otázka nového člena rodiny projednávána a jejich slovo bylo vždy zahrnuto do konečného rozhodnutí.

V druhém okruhu, který byl nazván *Obtíže péče a realizace pěstounské péče u dítěte se specifickými potřebami*, zde od respondentů nejčastěji zazníval problém v podobě ústavní a podnětové deprivace, která byla velmi znatelná. Jako problém byla zmiňována i biologická rodina dítěte, hlavně návštěvy, které dětem neprospívají. U otázky ohledně kontaktu s úřady respondenti zmiňovali náročnost celého procesu a také často nevlídný přístup pracovníků.

Třetí okruh se zaměřoval na otázky týkající se *Informací a zdrojů pomoci*. Ohledně informací respondenti upozorňovali na nedostatečné množství informací, nutnost informace sám získávat. Ani to však nezaručuje úplnost informací. Respondenti postrádají hlavně informace osobnostního charakteru dětí, jejich oblíbené či neoblíbené věci nebo návyky. Jako zdroje informací a pomoci bylo označeno několik skupin osob. Jako první byla označena skupina odborníků (lékaři, psychologové,...), za skupinu nejvíce podnětnou a důležitou byla označena skupina pěstounů. Pěstouni si navzájem předávají informace, sdělují zkušenosti a nacházejí pochopení a ujištění. Tento okruh se také zajímá o diagnózu dítěte. Pěstouni na toto téma vyjadřují nespokojenost s chybnou, či neúplnou diagnózou postižení, které se u dětí objevily. Jedna respondentka byla šokována zjištěním, že dítě je diagnostikované, ale nemá seřizena sluchadla. Jako další zdroje pomoci respondenti zmiňovali péči o sebe, víru v Boha, manželství či úspěchy dětí.

V poslední oblasti *Význam péče a šance dětí na péči v systému NRP* odpovídali respondenti nejprve na otázky významu pro samotné dítě, kde zmiňovali obrovský tělesný nárůst a velký rozvoj všech schopností, hlavně v oblasti komunikace, znalosti informací a rychlého nárůstu po mentální stránce. Respondenti zde také vyjadřovali obavu o stav dítěte, kdyby zůstalo v ústavní výchově a nebylo umístěno do systému NRP. V přínosu pro rodinu z odpovědí vyplynul přínos hlavně v semknutí celé rodiny. Další přínos shledávali respondenti v nastavení ostatních dětí, které se staly více ochotné a nápomocné. Na otázky ohledně limitů stupně či typu postižení se odpovědi velmi lišily. Dva respondenti se shodli na únosnosti mentálního postižení a s ohledem na své bytové možnosti zavrhli dítě s tělesným postižením. Názory na postižení, které by pěstouni byly ochotni ještě přijmout se velmi různí. Velmi záleží na osobnostním nastavení pěstouna, jeho zájmech a také možnostech (hlavně bytových). Pouze jednomu ze čtyř pěstounů bylo dítě se ZP primárně navrženo OSPODem. V prvním případě šlo původně o dítě zdravé, ve druhém pěstouni reagovali na výzvu magistrátu. U respondenta č. 3 bylo jedno dítě navrženo OSPODem, o druhé dítě bylo žádán přímo. Respondentce č. 4 byly nabídnuty děti zdravé.

7 Diskuze

Cílem empirické části této práce bylo zjistit motivaci (ochotu) pěstounů vychovávat dítě se zdravotním postižením v systému náhradní rodinné péče. Zajímala mě jejich rozhodnutí, podpora rodiny, to jaké museli překonávat problémy, co považují za největší pomoc a podporu a také největší mínusy systému náhradní rodinné péče. Původním cílem mé práce bylo zjistit, ochotu (motivaci) zájemců o adopci a pěstounskou péči, vychovávat dítě s různými stupni zdravotního postižení. Po prozkoumání této problematiky jsme zjistila, že děti se zdravotním postižením v České republice adoptovány za poslední rok nebyly. Adopce těchto dětí jsou velmi ojedinělé. Výsledný cíl tedy zněl, *Jaká je ochota (motivace) zájemců o pěstounskou péči přijmout dítě se zdravotním postižením*. Tyto děti jsou zpravidla umisťovány do domovů pro osoby se zdravotním postižením (k 31. 12. 2013 umístěno 646 dětí) případně, je jim nalezena pěstounská rodina. Po počátečním hledání informací a statistik MPSV bylo zjištěno, že v ČR k 31. 12. 2013 bylo celkem do systému NHR umístěno 16 174 dětí z toho je však pouze 427 dětí se zdravotním postižením.⁸³

Začátek výzkumu byl velmi složitý, podařilo se mi získat kontakt pouze na jednoho respondenta. Dva oslovení nechtěli na výzkumu participovat. Na konec souhlasila s participací čtveřice osob, z nichž tři jsou pěstouni pečující o dítě s postižením a jedna osoba pečující o zdravé děti. Už z malého počtu dětí se ZP umístěných v NRP jsou patrné malé šance dětí s postižením na rodinný život.

Jak pěstouni během rozhovorů potvrzovali, jejich motivace pro přijetí dítěte se ZP není jednoznačná a je podmíněna několika faktory. Jedním z těchto faktorů je snaha pomoci dětem, které jsou umístěné v DD nebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením. To potvrzuje i Zezulová⁸⁴, která také mluví spíše o iniciativnosti ženy při realizaci pěstounské péče. Tato hypotéza byla potvrzena i v mém výzkumu (v homosexuálním páru byl iniciátorem partner, který zastupuje ženskou roli). Za

⁸³ MPSV, statistická ročenka z oblasti práce asociálních věcí 2013

⁸⁴ ZEZULOVÁ, D. Pěstounská péče a adopce, str. 19 a str. 30

významný faktor, stejně jako respondenti Zezulová považuje názor dětí, ale dodává: „...neměla by na nich ležet tíha konečného rozhodnutí a zodpovědnost za ně.“⁸⁵ Dalším faktorem se stává momentální řešení situace, která nastala. To potvrzuje ve svém výzkumu Uhlířová⁸⁶, která také uvádí tento případ u několika svých respondentek. U homosexuálního páru byla motivace ovlivněna touhou po naplnění rodičovství. Tuto touhu popisuje Zezulová u zájemců o osvojení, homosexuální páry v České republice adoptovat děti ze zákona nemohou. Pro ně je pěstounství možným řešením.

Jako nejvýraznější problém dětí, které prošly ústavní výchovou, viděli respondenti ústavní a podnětovou deprivaci a nezáleželo na tom, zda se jedná o dítě se ZP či dítě zcela zdravé. To potvrzuje také mnoho autorů ve svých pracích - Janáková⁸⁷ nebo Soukupová. Ta ve své práci shromáždila vyprávění několika pěstunek.⁸⁸ Regresi dětí závislé na změně, či krizové situaci, popisuje stejně jako respondenti i Janáková. Ta popisuje svůj život pěstounky s dětmi ovlivněný jejich postižením. „...na krizovou situaci zareagují naprostou regresí.“⁸⁹

Odpovědi týkající se setkávání dítěte s biologickou rodinou se velmi špatně posuzují. Každé dítě má právo poznat své biologické rodiče. Z mého výzkumu se prokázalo, že ne vždy je to vhodné a málo kdy tato setkání dětem svědčí. Respondenti na toto téma upozorňovali a jak podotýká Kolouchová a Sobotková ve svém článku „zásahy biologických rodičů znamenaly vždy narušení vznikajících vztahů v pěstounské rodině, celé výchovy a utváření osobnosti dítěte.“⁹⁰ Ve výzkumu jsme ale také zaznamenala pozitivní vliv biologické rodiny.

Celý proces realizace od podání žádosti až po svěření dítěte, do nové rodiny je zdoluhavý. Sama úřednice v obci s rozšířenou působností přiznává zdoluhavost a náročnost procesu zprostředkování, na kterou si respondenti stěžovali. V posledních letech vznikají doprovázející organizace, které by měli pěstounům pomoci s vyřizováním potřebných formalit. Pěstouni musí doložit svůj zdravotní stav,

⁸⁵ ZEZULOVÁ, Dagmar. Pěstounská péče a adopce, str. 28

⁸⁶ UHLÍŘOVÁ, Markéta Dítě se zdravotním postižením v náhradní rodinné péči.

⁸⁷ JANÁKONÁ, L. Sama bych se v nebi bála.

⁸⁸ SOUKUPOVÁ, H. Prožívat několik životů, deset let v osudech pěstounských rodin

⁸⁹ JANÁKONÁ, L. Sama bych se v nebi bála.

⁹⁰ KOLOUCHOVÁ, Jarmila a Irena SOBOTKOVÁ Význam uspokojování psychických potřeb dětí v pěstounské péči. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/01/04.pdf>

fotografie, motivační dopis, vyplnit dotazníky pro pěstouny (v dotaznících pěstouni odpovídají na otázky ohledně manželství, domácnosti, ale třeba i privilegia ohledně dětí, které by chtěli přijmout). Na tento stav ohledně administrativních obtíží upozorňuje také Kotek.⁹¹ Celý proces, než pěstouni projdou všemi školeními a získají „osvědčení“ trvá většinou rok a půl nebo déle.⁹² Teprve po získání tohoto osvědčení jsou OSPODem děti pěstounům „nabídnuty“. S výrazem „nabídnuty“ se neztotožňují, ale v tomto oboru se běžně užívá.

Pěstouni často nebyly spokojeni s přístupem pracovníků OSPODu. To dokládá jedna z výpovědí: „*Hrozně mi vadí, že pracovníce OSPODu nás berou jako otravné lidi. Když vidíte pohled, který vám říká, co zase chcete, mrzí vás to. Vždyť to přece není můj výmysl, já to dělám pro ty děti. Já se jim snažím dát domov, lásku a vychovat je tak, aby se z nich nestali kriminálníci, ale pracující lidé, kteří budou pro společnost užiteční*“ tento fakt také potvrdila jedna pěstounka v dokumentárním filmu *Děti bez lásky i s láskou*, který navazuje na práci Zdeňka Matějčka. „*My když jsme přišly na úřady, tak na nás bylo pohlíženo, že něco chceme. Nikoliv, že my něco nabízíme.*“⁹³ Jak každá mince má dvě strany dokládá výpověď úřednice zabývající se náhradní rodinnou péčí na městském úřadě obce s rozšířenou působností: „*Neříkám, že všechny pracovníce jsou milé, ale pokud jdu k pěstounům a ti na mě pohlíží jako: „Co zase chce?“, je to těžké a můžete se pak snažit o přátelské jednání sebevíc.*“⁹⁴ Vše záleží na přístupu a postoji konkrétních lidí, jak pěstounů, tak pracovníků OSPODu.

Často kritizovaným problémem je podle pěstounů málo informací. Ty nejsou dostatečné. Nedostatečnost informací se objevuje jak u informací osobních (co má, nemá dítě rádo, zvyky,...) tak v diagnózách. Na tyto problémy narazíme v mnoha publikacích, které vypráví příběhy pěstounů například Janáková, nebo i ve výše zmiňovaném dokumentu *Děti bez lásky i s láskou*. Na důležitost informací poukazuje

⁹¹ KOTEK, M. in ZEŽULOVÁ, Dagmar. Pěstounská péče a adopce str. 12

⁹² Příloha č. 1

⁹³ *Děti bez lásky i s láskou*, [filmový dokument]. Režie Ljuba Václavová, dostupné z <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10096383302-deti-bez-lasky-i-s-laskou/?kvalita=nizka>

⁹⁴ Příloha č. 1

Zezulová nebo Vágnerová, která informovanost jako jeden z důležitých bodů zařazuje i do svého desatera pro náhradní rodiče zdravotně postiženého dítěte.⁹⁵

Které děti s postižením mají největší šance na náhradní rodinnou péči asi nelze určit. Zde hlavní roli hraje osobní nastavení pěstouna, jeho zájmy a možnosti. Nejčastěji však pěstouni, se kterými jsem se setkala, zmiňovali jako limit mentální retardaci nebo těsné postižení. Významným faktorem však zůstává už několikrát zmiňovaná správnost či úplnost diagnózy. Pokud se správná diagnóza potvrdí, až když je dítě v rodině, často už zde zůstane, i když pěstouni měli toto postižení jako hranici, kam by se už neodvážily. Hlavní problém však zůstává v tom, najít ty pěstouny, kteří by byli ochotni, se o dítě které potřebuje mnohem více péče a pomoci starat. Tento fakt, že osobní poznání dítěte velmi ovlivní výsledné rozhodnutí, víc než samotná diagnóza potvrzuje i Janáková ve svém příběhu, kde zvažuje přijetí dítěte s Aspergerovým syndromem.⁹⁶

O tom že pro dítě je vždy nejlepší vyrůstat v rodinném prostředí, i když náhradním, jistě není pochyb. Individuální přístup v rodině asi nic jiného nenahradí. Jak potvrzují pěstouni, dětem domácí prostředí a individuální přístup svědčí a dělají velké pokroky. Jak uvádí Janáková: „*Já už vím, proč sebelepší ústav se sebelepší péčí tenhle zážrak zařídit nemůže. Profesionál totiž nesmí svého klienta milovat*“⁹⁷ Vždy platí i malé úspěchy jsou úspěchy.

⁹⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči.

⁹⁶ JANÁKONÁ, Ludmila. Sama bych se v nebi bála.

⁹⁷ JANÁKONÁ, Ludmila. Sama bych se v nebi bála, str. 54

Závěr

Rodina je pro mnoho z nás něco velmi obvyklého, něco, co bereme za samozřejmost. To že nám naši rodiče poskytlí zázemí, v kterém jsme mohli bezpečně vyrůstat, poznávat svět a vrátit se, kdykoliv se nám něco nepovedlo. Některé děti však tuto samozřejmost neznají. Ústavní výchova jim poskytne postel, oblečení, jídlo a pití, ale je tohle dostačující? Vždyť v mnoha publikacích se dočítáme, jak je důležité dávat dětem najevo lásku. Některí lidé si tohle naštěstí uvědomují a snaží se pro tyto děti udělat víc. Neberou na svá bedra lehký úkol, a pokud se jedná o dítě se zdravotním postižením, je tento úkol ještě mnohonásobně těžší.

Práce nese název *Možnosti umístění dítěte se zdravotním postižením*, práci jsem si zvolila s ohledem na svoji zvědavost a možnost propojit ji se studovaným oborem. Toto téma je navíc odborníky velmi málo zmapované a existuje málo publikací zabývajících se dítětem se zdravotním postižením v náhradní rodinné péči.

Teoretická část práce se věnuje rodině, jednotlivým formám náhradní rodinné péče. Tyto formy vymezuje nový Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. (v účinnosti od 1. 1. 2014). Novelizace zákona přinesla do systému NRP mnoho změn. Nově došlo ke změnám v oblasti zprostředkování náhradní péče, výkonu pěstounské péče, pěstounské péče na přechodnou dobu, zvýšení odměn za výkon pěstounské péče, rozlišení příbuzenské pěstounské péče prarodičů, v oblasti hmotného zabezpečení a zrušení zařízení pro výkon pěstounské péče. Práce se věnuje také zdravotnímu postižení, vymezuje jeho typy a specifika. Poslední kapitola z teoretické části je věnována dítěti se zdravotním postižením v náhradní rodinné péči. Tato kapitola se věnuje informovanosti a problémům, které by mohly nové rodiče při přijetí dítěte se zdravotním postižením zajímat.

V práci byly využity převážně internetové zdroje, protože tištěné publikace nejsou často aktualizované. Často byly využívány legislativní dokumenty, zejména Občanský zákoník, Zákon o sociálně právní ochraně dětí a Zákon o sociálních službách.

Praktická část byla vedena na základě kvalitativního výzkumu, kde byly využity polo-strukturované hloubkové rozhovory s pěstouny vychovávajícími děti se zdravotním postižením. Cílem práce bylo zjistit ochotu/motivaci zájemců pečovat o dítě se zdravotním postižením. Na základě výzkumu lze usoudit, že rozhodnutí pěstounů není často jednoduché a je závislé na několika faktorech. Množství pěstounů vychovávající dítě se zdravotním postižením v České republice je velmi malé. Během výzkumu vyplynulo na povrch několik problémů, na které pěstouni upozorňovali. Jedním z těchto problémů byla složitost, zdouhavost a náročnost celého procesu před přijetím dítěte. Řešením tohoto problému by měly být nově vzniklé doprovázející organizace, které by pěstounům měly pomoci. Inspirující by možná pro příslušné instituce mohl být požadavek na více informací o dítěti, které by následně pěstounům pomohly dítě snadněji chápat a lépe s dítětem jednat a zacházet. Nejvíce mi v hlavě utkvěla věta jedné z pěstunek: „*Když přijdeme na úřady, je na nás pohlíženo, že něco chceme, nikoliv tak, že my něco nabízíme.*“ To by mohlo být inspirací ke změně postojů k lidem, kteří jsou ochotni dětem se zdravotním postižením pomáhat.

Práce může sloužit jako sonda do problematiky náhradní rodinné péče po její novelizaci, také by mohla být přínosem pro pěstouny, kteří se rozhodují přijmout dítě se zdravotním postižením.

Seznam informačních zdrojů

GABURA, Ján. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2012, 318 s. ISBN 978-80-89256-95-2.

GABRIEL, Zbyněk a Tomáš NOVÁK. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 144 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1788-3.

GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rouš. české vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-223-2391-8

GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992, s. 344. ISBN 80-85605-28-7.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 23. ISBN 9788026200840.

JANÁKOVÁ, Ludmila. *Sama bych se v nebi bála: příběh dítěte s Aspergerovým syndromem v náhradní rodině*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 109 s. ISBN 978-80-7387-538-1.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s. 206. ISBN 978-80-7367-269-0.

KOVÁŘOVÁ, Daniela. *Rodina a výživné: vyživovací povinnost rodičů, dětí a dalších příbuzných*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011, 151 p. ISBN 978-808-7212-844.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Vyd. 1. Praha: Portal, 1999, 183 p. ISBN 8071783048.

NOVOSAD, L., *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ, Dana a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. 3., doplněné vyd. Praha : Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.

SOUKUPOVÁ, Hana. *Prožívat několik životů: deset let v osudech pěstounských rodin*. Vyd. 1. Drahotěšice: Společnost Otevřená rodina, 2008, 134 s. ISBN 978-80-254-2191-8.

STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Adopce.com: průvodce náhradní rodinnou péčí, 6 vyd. Praha: Spolu dětem o.p.s, 2014, roč. ISBNB neuvedeno.

TOMAN, K. SOS vesničky vracejí dětem naději. MF DNES: Jihovýchodní Morava. 13. 12. 2007, s. 3.

UHLÍŘOVÁ, Markéta. *Dítě se zdravotním postižením v náhradní rodinné péči*. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Michaela Vítecková, Ph.D.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Vyd. 1. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2012, 181 s. ISBN 978-80-87455-14-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál s. r. o., 2012. ISBN 987-80-262-0225-7

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

VÍTKOVÁ, M., *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

VOCILKA, Miroslav. *Dětské domovy v České republice: (charakteristika jednotlivých dětských domovů)*. Praha: Aula, 1999, 268 s. ISBN 80-902-6676-2.

ZEZULOVÁ, Dagmar. *Pěstounská péče a adopce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 197 s. ISBN 978-802-6200-659.

Internetové zdroje

Dávky pěstounské péče 2013 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013 [cit. 2015-04-14]. ISBN 978-80-7421-058-7. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14871/brozura_Pestounske_davky_2013.pdf

Já pěstoun, Příručka pro zájemce o pěstounství, Hledámerodiče.cz, NADAČNÍ FOND J&T, dostupné z <http://www.hledamerodice.cz/download/prirucka-ja-pestoun.pdf>

Klasifikace zrakového postižení podle WHO. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR: SONS [online]. [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

KOLOUCHOVÁ, Jarmila a Irena SOBOTKOVÁ. Význam uspokojování psychických potřeb dětí v pěstounské péči. [online]. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/01/04.pdf>

LAVIČKA, Lukáš a Ivo ŠLAPÁK. Porucha sluchu v dětském věku: poznámky pro pediatra. [online]. [cit. 2015-02-14]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/06/04.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013, Praha, 2014. ISBN 978-80-7421-075-4, dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/MPSV_rocenka2013_061114.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2012, Praha, 2013. ISBN 978-80-7421-065-5, dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/16366/rocenka_2012.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011, Praha, 2012. ISBN 978-80-7421-049-5, dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/13613/rocenka_2011.pdf

Náhradní rodinná péče Závěrečná zpráva pro NADAČNÍ FOND J&T, dostupně z http://www.hledamerodice.cz/download/2015/Pruzkum_Cesi%20a%20pestounska%20pECE_2015_Nadacni%20fond%20JT.pdf

Předpěstounská péče, In: Hledáme rodiče, [online]. [cit. 2015-02-30]. Dostupné z:
<http://www.hledamerodice.cz/predpestounska-pece-s-24.html>

Refrakční vady. In: WikiSkripta [online]. [cit. 2014-12-29]. Dostupné z:
http://www.wikiskripta.eu/index.php/Refrak%C4%8Dn%C3%AD_vady

Rodinné právo: v novém občanském zákoníku. Ministerstvo spravedlnosti, Komise pro aplikaci nové civilní legislativy při Ministerstvu spravedlnosti ČR. Praha, 2013
dostupné z:
http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/user_upload/informacni_brozury/MS_brozura_rodinne_pravo.pdf

WHO [online]. [cit. 2014-12-06]. Dostupné z:
http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

Legislativní dokumenty

Česká republika. Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012

Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách

Česká republika. Zákon č. 359/1999 Sb., O sociálně-právní ochraně dětí

Filmové zdroje

Děti bez lásky i s láskou, [filmový dokument]. Režie Ljuba Václavová, Česká republika, 2006 dostupné z <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10096383302-deti-bez-lasky-i-s-laskou/?kvalita=nizka>

Přílohy

Příloha č. 1

Rozhovor s pracovnící městského úřadu obce s rozšířenou působností

Mohla byste mi popsat vaši práci?

„Já mám na starost všechno ohledně náhradní rodinné péče. Děláme různá šetření v rodinách, se zájemci o náhradní rodinnou péči vyplňují všechny potřebné formuláře a vše pak posílám na kraj. Nejvíce se teď věnujeme příbuzenské pěstounské péči.“

Co vše musí zájemci o pěstounskou péči absolvovat?

„První co pěstouni musí, je podat žádost o svěřeni dítěte. Pak musí doložit svůj zdravotní stav, fotografie, motivační dopis, svůj životopis, ... Musí projít školením, psychotesty, proběhne také naše návštěva v domácnosti. Po získání „osvědčení“ pěstouna už jen čekají na dítě, které jim nabízí krajský úřad.“

Je pro pěstouny vychovávající dítě se ZP nějaká příprava navíc?

„Ne, pěstouni mají stejnou přípravu... V rámci této přípravy jsou připravováni na dítě se ZP. Podle nového zákona se musí pěstouni vzdělávat a mohou si vybrat školení týkající se dětí se zdravotním postižením.“

Jak dlouho celý proces trvá?

„Je to různé, ale asi tak rok až rok a půl, ale klidně i dýl. Je to celkem zdlouhavý a náročný proces. Někdy si to pěstouni během přípravy dokonce rozmyslí.“

Stalo se vám někdy, že právě kvůli potřebě doložit velké množství informací vás pěstouni považovali na otravné?

„Bohužel ano. Víme, že se o nás říká, že pořád jen otravujeme, ale je to naše práce. My musíme mít všechny dokumenty kompletní. Neříkám, že všechny pracovníce jsou milé,

ale pokud jdu k pěstounům a ti na mě pohlíží jako: „Co zase chce?“, je to těžké a můžete se pak snažit o přátelské jednání sebevíc.“

Mohou si pěstouni specifikovat, jaké dítě by chtěli přijmout?

„Ano, v dotaznících pro pěstouny zadávají svá kritéria.“

Je nějaký centrální registr dětí se zdravotním postižením?

„Registr není, ale existují seznamy, které má každý kraj. My k nim ale nemáme přístup. Vše řeší krajský úřad. Dětem se vždy nejprve totiž hledá rodina na základě trvalého bydliště dítěte. Pokud se rodina nenajde, dítě se posouvá do celostátního seznamu a hledá se mu rodina v rámci ČR.“

Jsou děti se zdravotním postižením osvojovány?

„Tím, že nemám přístup k těmto seznamům, nemohu vám na tohle odpovědět.“ (paní N. se spojila s pracovníci na krajském úřadě v Českých Budějovicích. Ta odpověděla takto: „Za poslední rok žádné dítě se ZP adoptováno nebylo. Adopce dětí se ZP jsou velmi ojedinělé, třeba jen jedna za několik let.“)

Příloha č. 2

Statistiky 2011-2013

Počet dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením

k 31. 12. 2011 umístěno 834 dětí

k 31. 12. 2012 umístěno 769 dětí

k 31. 12. 2013 umístěno 646 dětí⁹⁸

Počet dětí v náhradní rodinné péči:

k 31. 11. 2011 celkem 14 976 z toho dětí se zdravotním postižením 510 (umístěných v tomto roce 110)

k 31. 12. 2012 celkem 15 498 z toho dětí se zdravotním postižením 472 (v tomto roce umístěných – 111)

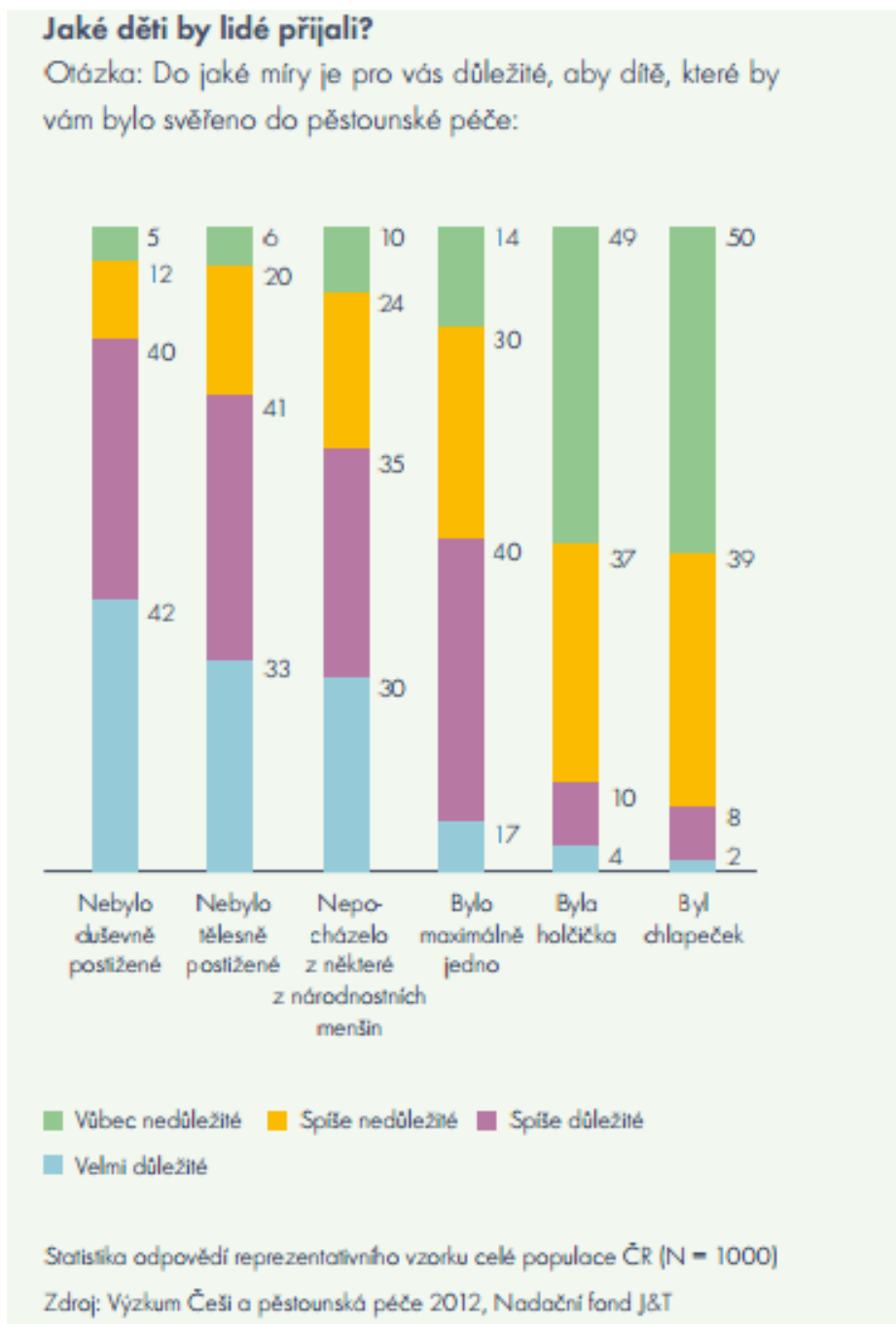
k 31. 12. 2013 celkem 16 174 z toho dětí se zdravotním postižením 427 (v tomto roce umístěných 151)⁹⁹

⁹⁸ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011-2013

⁹⁹ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011-2013

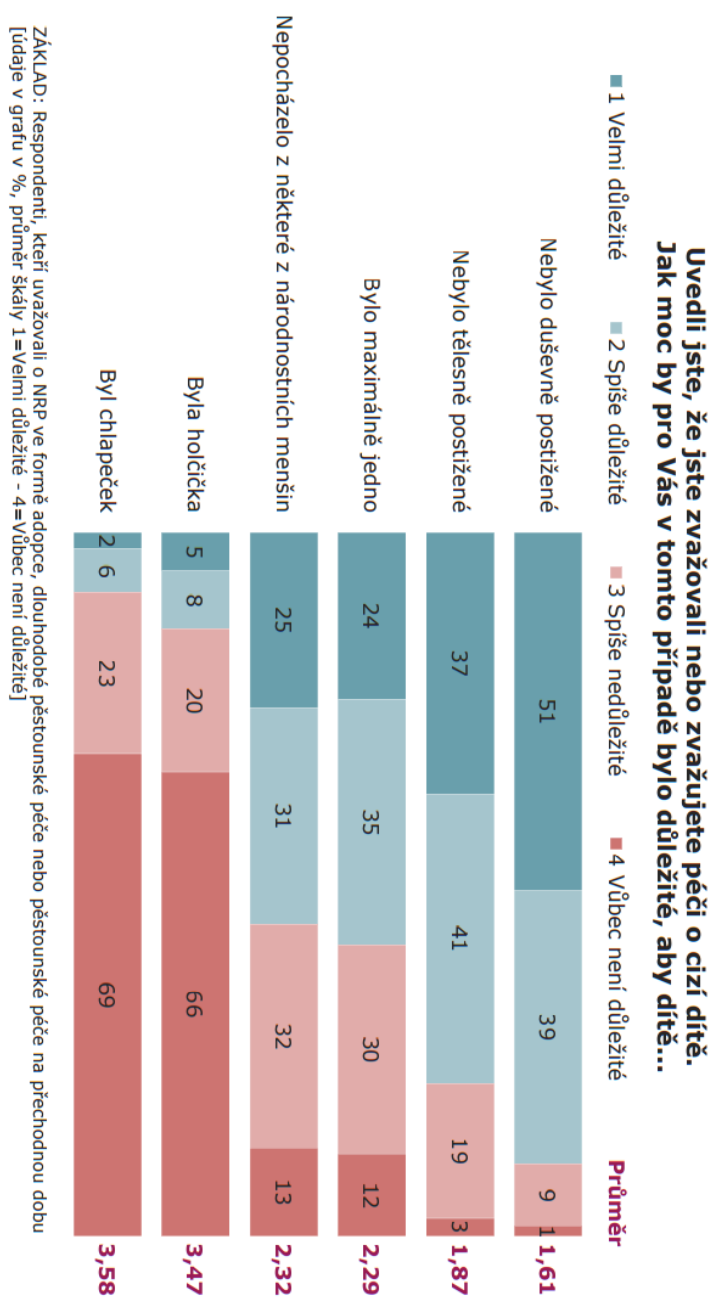
Příloha č. 3

Preference pěstounů - Statistika 2012



100

¹⁰⁰ Já pěstoun, Příručka pro zájemce o pěstounství, Hledámerodiče.cz, NADAČNÍ FOND J&T, dostupné z <http://www.hledamerodice.cz/download/prirucka-ja-pestoun.pdf>



¹⁰¹ Náhradní rodinná péče Závěrečná zpráva pro NADAČNÍ FOND J&T, dostupně z http://www.hledamerodice.cz/download/2015/Pruzkum_Cesi%20a%20pestounska%20pece_2015_Nadacni%20fond%20JT.pdf