

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Náhradní rodinná péče pro děti se zdravotním
znevýhodněním**

Bakalářská práce

Autor:	Kamila Jeremiášová
Studijní program:	B0923P240001 – Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce v preventivních službách
Forma studia:	Prezenční
Vedoucí práce:	Mgr. Smutková Lucie, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Kamila Jeremiášová

Studium: F21BP0297

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Název bakalářské práce: **Náhradní rodinná péče pro děti se zdravotním znevýhodněním**

Název bakalářské práce AJ: Substitute family care for children with health disability

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zaměřovat na náhradní rodinnou péči pro děti se zdravotním znevýhodněním. Jejím cílem bude zjistit, jaký vliv má zdravotní znevýhodnění dítěte v procesu náhradní rodinné péče z pohledu sociálních pracovníků a náhradních rodin. Teoretická část se bude zabývat náhradní rodinnou péčí s následným bližším zaměřením na problematiku znevýhodněných dětí. Tato část bude dále obsahovat sociální služby, které se v této oblasti využívají. Výzkumné šetření bude realizováno pomocí kvalitativní strategie s využitím rozhovorů s pracovníky sociálních služeb a členy náhradních rodin.

MATĚJČEK, Z. a kol. 1999. Náhradní rodinná péče. Praha: Portál. VÁGNEROVÁ, M. 2011. Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. KOVAŘÍK, J. 2004. Náhradní rodinná péče v praxi. Praha: Portál. HENDL, J. 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Leona Stašová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma *Náhradní rodinná péče pro děti se zdravotním znevýhodněním*, vypracovala samostatně s čerpáním z uvedených pramenů a literatury.

V Hradci Králové dne

.....

Jeremiášová Kamila

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především Mgr. Smutkové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za její kontrolu a pomoc. Velké poděkování patří také informantům – rodinám, které mi dovolily nahlédnout do jejich soukromí a napsat o jejich pohledu na tuto problematiku, ale také pracovníkům, kteří se této oblasti věnují a já se tak mohla dobře orientovat v tomto tématu.

Anotace

JEREMIÁŠOVÁ, K. 2024. *Náhradní rodinná péče pro děti se zdravotním znevýhodněním*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradce Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Smutková Lucie, Ph. D.

Bakalářská práce se zaměřuje na náhradní rodinnou péči pro děti se zdravotním znevýhodněním. Jejím cílem bude zjistit, jak pohlíží pracovníci a náhradní rodiny na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do náhradní rodinné péče. Teoretická část se zabývá náhradní rodinnou péčí s následným bližším zaměřením na problematiku zdravotně-znevýhodněných dětí. Tato část bude dále obsahovat sociální služby, které se v této oblasti využívají. Výzkumné šetření bude realizováno pomocí kvalitativní strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky služeb a členy náhradních rodin.

Klíčová slova: náhradní rodinná péče, zdravotní znevýhodnění, sociální služby

Annotation

JEREMIÁŠOVÁ, K. 2024. *Substitute family care for children with health disability*. Hradec Králové. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, The Institute of Social Work. Mgr. Mgr. Smutková Lucie, Ph. D.

The bachelor thesis focuses on substitute family care for children with health disability. Its aim will be to find out how workers and foster families view the acceptance of a child with a health disability into foster family care. The theoretical part deals with substitute family care followed by a closer look at the issue of children with health disability. This part will also include social services that are used in this area. The research study will be conducted using a qualitative strategy using semi-structured with service workers and members of substitute family care.

Key words: substitute family care, health disability, social services

Obsah

Úvod	10
I. CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ.....	13
II. TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Náhradní rodinná péče	15
1.1 Definice náhradní rodinné péče	15
1.2 Formy náhradní rodinné péče	16
1.3 Zprostředkování náhradní rodinné péče	19
1.4 Attachment v kontextu náhradní rodinné péče	20
2 Dítě se zdravotním znevýhodněním.....	21
2.1 Definice zdravotního znevýhodnění.....	21
2.2 Druhy zdravotního znevýhodnění	22
2.3 Podpora a pomoc dětem se zdravotním znevýhodněním	24
3 Dítě se zdravotním znevýhodněním v náhradní rodinné péči.....	26
3.1 Příprava náhradních rodin na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním ...	26
3.2 Potřeby náhradních rodin se zdravotně znevýhodněným dítětem	27
3.3 Adaptace dítěte se zdravotním znevýhodněním v rodinném prostředí.....	27
3.4 Formy pomoci pro náhradní rodiny s dětmi se zdravotním znevýhodněním .	28
Shrnutí teoretické části.....	29
III. EMPIRICKÁ ČÁST	31
4 Metodické ukotvení výzkumného šetření.....	31
4.1 Hlavní výzkumný cíl a dílčí výzkumné cíle	31
4.2 Transformační tabulka	32
4.2.1 Pracovníci služeb	32
4.2.2 Náhradní rodiny	34

4.3	Výzkumná strategie	36
4.4	Charakteristika informantů	37
4.5	Realizace výzkumného šetření	40
4.6	Reflexe rizik výzkumného šetření a etické aspekty.....	41
5	Analýza a interpretace získaných informací	42
5.1	Dílčí výzkumný cíl č. 1	42
5.2	Dílčí výzkumný cíl č. 2	44
5.3	Dílčí výzkumný cíl č. 3	46
5.4	Shrnutí výsledků a vyhodnocení hlavního výzkumného cíle	48
	Závěr, diskuse a doporučení	50
	Použitá literatura a prameny.....	53
	Seznam tabulek.....	55
	Seznam příloh	55

Seznam použitých zkratk s výkladem

DVC	Dílčí výzkumný cíl
HVC	Hlavní výzkumný cíl
I	Informant
NRP	Náhradní rodinná péče
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PP	Pěstounská péče
SP	Sociální práce
TO	Tazatelská otázka

Úvod

„Rodina je kdokoli, kdo tě miluje bezpodmínečně.“

Ralph Smart, psycholog a spisovatel

Rodina pro každého z nás něco znamená, ať už v tradičním významu, či moderním, ať už v pozitivním, či negativním slova smyslu. Pro většinu je velmi podstatná a nezastupitelná, obzvlášť pro děti v raném věku. Některé děti ale bohužel takové štěstí nemají – narodí se do rodiny, kde se o ně rodiče nechtějí, nemohou nebo nedokážou postarat, a může to být z jakéhokoli důvodu. Jedním z důvodů, proč děti nevyrostají se svými biologickými rodinami mohou být právě jejich zdravotní omezení, o kterých rodiče vědět mohli, nebo se projevila až po nějaké době po porodu. Tyto potíže jsou pak spojené především s psychickou ale i fyzickou a ekonomickou zátěží. Děti se tak dostávají do ústavních zařízení, anebo jsou přijaty náhradní rodinou. V náhradní rodinné péči dítě dostává další šanci na život v novém rodinném prostředí a nemusí tak vyrůstat ve zdravotních či sociálních zařízeních, jako jsou například zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, například dětské domovy, dětská centra a jiné.

Pracovníci, kteří se v oblasti náhradní rodinné péče a obecně v práci s rodinou pohybují, se shodují, že rodiče, kteří se pro výchovu těchto znevýhodněných dětí rozhodnou, mají velkou odvahu. Obzvlášť rodiny, které se rozhodnou přijmout do rodiny dítě se znevýhodněním do své péče, jsou velkými hrdiny, jelikož se mohli rozhodnout pro dítě bez zdravotních či jiných omezení.

Téma náhradní rodinné péče je stále aktuální. Děti, se stále dostávají do dětských domovů nebo ústavních zařízení. Problematice je potřeba se více věnovat a minimalizovat umístění dětí do těchto zařízení. Dítě s jakýmkoli znevýhodněním má právo žít v rodině jako každé jiné “zdravé“ dítě. Hlavním cílem bakalářské práce proto bude *zjistit, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do náhradní rodinné péče*. K hlavnímu cíli budou formulovány dílčí cíle, které se zaměřují na tyto tři oblasti: motivaci náhradních rodin pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním; zprostředkování péče a adaptaci dítěte se zdravotním znevýhodněním v rodinném prostředí; pomoc a podporu náhradním rodinám ze strany sociálních a dalších pracovníků z oblasti náhradní rodinné péče. Pro naplnění těchto cílů bude využito kvalitativní strategie formou polostrukturovaných rozhovorů.

Teoretická část bude rozdělena do tří hlavních kapitol: náhradní rodinná péče, dítě se zdravotním znevýhodněním a dítě se zdravotním znevýhodněním v náhradní rodinné péči. Poznatky z prvních dvou zmíněných kapitol se budou v poslední kapitole propojovat. V první části teorie bude zmíněna hlavní definice náhradní rodinné péče a její formy. Dále budou uvedeny nejčastější důvody pro rozhodnutí být náhradními rodiči. Jelikož se jedná o proces, bude věnována jedna část také jeho zprostředkování a jeho dalším fázím. V tomto procesu je mimo jiné důležitý tzv. attachment, o co se jedná a jakou má souvislost v kontextu náhradní rodinné péče bude později vysvětleno. Druhá kapitola teoretické části bude zaměřena na stěžejní podkapitoly, nejdříve bude definován pojem zdravotní znevýhodnění, dále budou vymezeny jeho druhy. Po vymezení druhů se bude následující část zaměřovat na formy pomoci a podpory, a to především ve spojitosti se sociální prací a státem. Teoretická část bude zakončena propojením náhradní rodinné péče a zdravotně znevýhodněného dítěte. Budou vymezeny rozdíly v procesu zprostředkování, potřebách a očekáváních rodičů a dítěte. Dále také dojde k porovnání adaptace na rodinné prostředí a okolí, pokud se do procesu dostane dítě se zdravotním znevýhodněním oproti dítěti bez omezení. Kapitola bude zakončena možnostmi pomoci a podpory pro náhradní rodiny s dítětem se zdravotním postižením.

Teoretická část bude využita pro praktickou část, kde se uplatní poznatky z oblasti motivace náhradních rodin pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním, zprostředkování procesu náhradní rodinné péče, adaptace rodiny, okolí a dítěte, která je spojena s jejich potřebami a očekáváním, dále pak možnosti podpory a pomoci pro náhradní rodiny a dítěti.

V empirické části bude vymezena metodika a samotné výzkumné šetření. Bude popsán hlavní výzkumný cíl s jeho dílčími výzkumnými cíli, pro přehlednost bude vytvořena transformační tabulka. Pro výzkumnou část bude využita kvalitativní metoda pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tato strategie byla vybrána, jelikož se jedná o citlivé téma a je možno do rozhovorů vstupovat a řídit je podle situace, mimo jiné je možnost doptávání, jak z pohledu informantů, tak i tazatele. Jako informanti budou vybráni náhradní rodiče, kteří do své péče přijali dítě se zdravotním znevýhodněním a dále pak pracovníci, kteří s těmito rodinami spolupracují. Jejich poznatky budou pak analyzovány v samotné závěrečné části práce.

Přínos této práce může být spatřen v lepším porozumění procesu přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do náhradní rodinné péče. To může přispět ke zlepšení systému podpory rodin, jež mají v plánu přijmout do náhradní rodinné péče dítě se zdravotním znevýhodněním, anebo ho již v péči mají. Dále by práce mohla identifikovat některé hlavní výzvy a potřeby, se kterými se aktéři této problematiky setkávají. To by mohlo přinést pomocným organizacím možnost lépe přizpůsobit své služby a nabízenou podporu. V neposlední řadě může tato práce přispět ke zvýšení povědomí o problematice přijetí dítěte se zdravotním postižením širší veřejností, což by mohlo vést k většímu porozumění pro rodiny, kterých se tato situace týká.

I. CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do náhradní rodinné péče.

K získání výsledků byla vybrána kvalitativní metoda s využitím polostrukturovaných rozhovorů s náhradními rodinami, které mají v péči dítě se zdravotním znevýhodněním a s pracovníky, které mají zkušenosti v oblasti NRP a s dětmi se zdravotním znevýhodněním. Důvodem pro rozhodnutí výběru této metody je především citlivost tématu a možnost korigování tématu vlastním směrem, tedy možnost dotazování ze strany tazatele, či informantů. Praktická část bude vycházet z teoretické části.

Hlavní výzkumný cíl je transformován do následujících tří dílčích výzkumných cílů:

Dílčí výzkumný cíl č. 1 – Zjistit, jakou mají náhradní rodiny motivaci pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním pohledem pracovníků a náhradních rodin.

První výzkumný dílčí cíl je zaměřen na motivace a potřeby, které náhradní rodiny pocítují při přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do péče. Při zkoumání tohoto cíle mohou být nalezeny možnosti pro motivaci i jiných rodin, které se například bojí si znevýhodněné dítě vzít do péče.

Dílčí výzkumný cíl č. 2 – Zjistit, jak probíhá přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do rodinného prostředí pohledem pracovníků a náhradních rodin.

Dalším dílčím cílem je identifikovat a popsat proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním a jeho adaptace v rodinném prostředí. V tomto bádání může být zjištěno, zda rodiny nebo pracovníci pocítují nedostatky, které by se daly v budoucnu odstranit.

Dílčí výzkumný cíl č. 3 – Zjistit, jaké jsou možnosti pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám a jejich využití pohledem pracovníků a náhradních rodin.

Posledním dílčím cílem je popsat a zanalyzovat možnosti služeb pracovníků a jejich využití. Tento cíl by mohl sloužit ke zlepšení nabídky služeb pomoci a podpory, či ke zviditelnění možností a jejich rozšíření.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část bude zaměřena na podstatné teoretické poznatky, které budou vycházet v empirické části. V teoretické části budou vysvětleny základní pojmy, které v této práci budou využity. První kapitola bude zaměřená na náhradní rodinnou péči, na její formy a proces zprostředkování. V této kapitole bude vložena důležitost tzv. attachmentu. Druhá kapitola se bude zabývat dítětem se zdravotním znevýhodněním. Budou zde vymezeny možné druhy zdravotního znevýhodnění, a jaké jsou možnosti pomoci a podpory těmto dětem. Třetí kapitola bude propojovat tyto dvě oblasti. Kapitola se bude věnovat potřebám a motivaci náhradních rodin, jejich přípravu na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním, dále adaptování dítěte v nové rodině a formám pomoci pro tyto náhradní rodiny. Teoretická část bude pak shrnuta v poslední části.

Empirická část bude obsahovat metodiku a samotné realizované výzkumné šetření. Ve výzkumném šetření bude zjišťováno, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do náhradní rodinné péče. Pro výzkum je zvolena kvalitativní metoda s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky a náhradními rodinami. Metoda a technika zvoleného šetření bude vysvětlena v jedné kapitole této části.

Výsledky výzkumného šetření by mohly přispět ke zjištění motivace a potřebám náhradních rodin, které mají dítě s postižením. Dále vnímání procesu zprostředkování a adaptace dítěte v novém rodinném prostředí. V neposlední řadě zjištění využití služeb, které jsou nabízeny náhradním rodinám.

Tato práce by mohla přispět k lepšímu porozumění procesu přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do náhradní rodinné péče. To by mohlo vést ke zlepšení podpory a motivaci rodin, které uvažují o přijetí takového dítěte nebo ho již mají v péči. Nalezení hlavních potřeb rodin by mohla pomoci organizacím lépe přizpůsobit své služby. Práci by také mohla přispět k zvýšení povědomí o této problematice veřejnosti a vést k většímu porozumění pro rodiny v této situaci.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Náhradní rodinná péče

V první kapitole teoretické části se bude nacházet zaměření na náhradní rodinnou péči (dále NRP). NRP je důležitým systémem poskytování péče a podpory dětem, které nemohou z různých důvodů žít se svými biologickými rodiči. Klíčovou součástí úspěchu této péče je podpora a spolupráce mezi rodinou, pracovníky sociálních služeb a dalšími odborníky, aby se zajistila co nejlepší péče a podpora pro děti v obtížných situacích.

Nejdříve dojde k definování termínu NRP, jelikož se jedná o základní pojem, který bude v bakalářské práci využíván, kde budou vymezeny nejčastější důvody pro rozhodnutí stát se náhradními rodiči. NRP se rozděluje do několika forem, které budou představeny v jedné z následujících kapitol. Pokud se jednotlivec nebo pár rozhodnou o přijetí dítěte do péče, nastane proces zprostředkování NRP. V další kapitole budou představeny jeho jednotlivé fáze. Velmi důležitým aspektem je také tzv. attachment v kontextu náhradní rodinné péče, který bude představen později.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak pohlíží pracovníci a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP. V této části je proto důležité, vysvětlit si, co je NRP a jaké jsou její formy, do kterých se děti přijímají a jak se NRP zprostředkovává.

1.1 Definice náhradní rodinné péče

Pokud se řekne náhradní rodinná péče mluví se o, jak již napovídá název, rodině, která se chce postarat o dítě, jelikož se o něj nemůže nebo nedokáže postarat jeho biologická rodina. Jedná se tedy o substituci vlastní rodiny. Významnou autorkou je v této oblasti Nožířová (2012), která upozorňuje na to, že samotné definici není věnovaná taková pozornost. NRP je multidisciplinární oblast, souvisí například se sociální prací a bezpečností i s psychologií. V psychologickém slovníku však definici tohoto pojmu nenalezneme.

Samotné definici se pak věnuje například Matějček (1999:31), který NRP definuje jako „*formu péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině.*“

Nejčastější důvody pro umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nebo pro návrh hledání náhradní rodiny, uvádí Vocílka (1999:12) nezvládnutou výchovu; zanedbávání, zneužívání a týrání dětí; trestnou činnost rodičů; alkoholismus rodičů; nízkou sociální úroveň rodiny; prostituci matky a osíření.

Jako nejčastější motivace pro rozhodnutí být náhradními rodiči je neplodnost a náhrada za zemřelé dítě. Nemít možnost mít vlastní dítě převažuje. (Matějček, 1999)

Co se týče oblasti sociální práce (dále SP), tak Slovník SP NRP nedefinuje. Co ale definuje, a může se zdát jako stejné vymezení, je náhradní výchovná péče, kterou se rozumí „*forma náhrady rodiny u dětí bez vlastního funkčního rodinné zázemí, tj. kojenecké ústavy, dětské domovy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, ústavy soc. péče, pečovatelské rodiny, osvojitelské rodiny, svěřeni dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodičů a poručenství. Náhradní výchovná péče má tedy zásadně dvě formy – ústavní a rodinnou.*“ (Matoušek, 2003:115-116)

Na srovnání NRP s náhradní výchovnou péčí reaguje Škoviera (2007, in Nožířová, 2012), který upozorňuje, že se nejedná o stejný význam. Péči považuje za dlouhodobou, jelikož je dítě vychovávané už od narození a jeho výchova trvá do dospělosti. Dalším rozdílem je podle autora i to, že výchova obsahuje péči, ale výchovu lze provádět i bez péče.

1.2 Formy náhradní rodinné péče

Formy NRP upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Tento zákon definuje osvojení, pěstounskou péči, pěstounskou péči na přechodnou dobu, poručenskou péči a svěřeni do péče jiné osoby. Nejčastější formou NRP se uvádí pěstounská péče a osvojení. U těchto forem je rozhodnutí o přijetí dítěte do péče na základě soudního rozhodnutí.

Pěstounskou péči charakterizují následující znaky: pěstouni mohou zasahovat a rozhodovat v běžných věcech, u vážnějších se žádá souhlas biologických rodičů, případně rozhodne soud; v rodném listě zůstávají biologičtí rodiče; pěstouni dostávají finanční odměnu; pěstoun není zákonným zástupcem dítěte a nemá vyživovací povinnost. (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 958 – 970)

Pěstounskou péči definuje Matějček (1999:34) jako „*zvláštní formu státem řízené a kontrolovatelné NRP, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali.*“

Jelikož pěstouni dostávají finanční příspěvek od státu, setkáváme se s domněnkou, že lidé chtějí dítě do své péče právě kvůli této skutečnosti – vidiny příjmu zdarma. Nožířová (2012) se této možnosti neobává. Výši odměny srovnává s platem, který mohou dostat zaměstnanci, kteří o pracovních dnech pracují osm hodin denně. Stojí si tedy za tím, že peníze nejsou hlavní motivací, ale to, že chtějí dopřát lepší život dítěti, které by muselo například vyrůstat v ústavních zařízeních.

Kovařík (1996, in Matějček, 1999) PP dále rozděluje na individuální a skupinovou. Individuální PP se rozumí přijetí dítěte někým z příbuzných a jedná se o jedno až dvě děti; naopak do skupinové řadí tety z dětských SOS vesniček, které mají na starost více dětí.

PP na přechodnou dobu je upravena zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, § 27a), a zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, § 958 odst. 3.

Nožířová (2012) udává konkrétní situace, které mohou nastat v praxi. Jedná se například o akutní situace, kdy matka samoživitelka musí podstoupit operaci, po které bude muset být hospitalizována a o dítě by se neměl kdo postarat, nastává možnost PP na přechodnou dobu. Další formou je raná PP na přechodnou dobu, kdy si dítě berou do péče pěstouni hned po porodu, většinou na dobu dvou měsíců, během kterých se hledají pro miminko vhodní adepti na osvojení.

Další velmi rozšířenou formou NRP je **osvojení**. Mimo tohoto pojmu se v praxi častěji můžeme setkat se slovem adopce. Nožířová (2012) se s touto skutečností moc neztotožňuje, jelikož je adopce spojovaná například s adopcí dítěte na dálku, či adopcí zvířete ze ZOO. Ve své knize využívá spíše osvojení, které definuje jako „*právní navození takového vztahu mezi osvojencem a osvojitelem, jaký je mezi biologickým rodičem a dítětem, osvojitel má rodičovskou zodpovědnost, vyživovací povinnost a další právní závazky, ale i nároky.*“ (Nožířová, 2012:13)

Osvojení dále charakterizuje občanský zákoník těmito znaky: vztah mezi osvojitelem a osvojencem je stejný jako mezi biologickými rodiči a jejich dítětem; osvojitelé mají rodičovskou odpovědnost. (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 793–804)

V odborné literatuře se můžeme setkat v kontextu zprostředkování osvojení s termínem adopční trojúhelník, který popisuje tři hlavní strany toho procesu. Adopce je charakteristická i se ztrátou, která se týká všech zúčastněných – tedy biologických rodičů, adoptivních rodičů a adoptovaného dítěte. Vlastní rodiče ztrácí dítě, osvojitelé nemají možnost mít své pokrevní dítě a dítě ztrácí své biologické rodiče. Důležité je, aby všichni účastníci adopčního procesu respektovali potřeby a pocity druhých a usilovali o otevřenou komunikaci. (Matějček, 1999).

Kovařík (1996, in Matějček, 1999) rozeznává adopci zrušitelnou a nezrušitelnou. Rozdíl mezi nimi je, že u zrušitelné zůstávají zapsáni v rodném listu biologičtí rodiče, lze zrušit a ve většině případech se jedná o dítě do jednoho roku. Častější formou je nezrušitelná adopce, u které jsou osvojitelé zapsáni v rodném listu a nelze zrušit.

Svěření dítěte do osobní péče jiné osoby definuje občanský zákoník v § 953 (1) následovně: „*Nemůže-li o dítě osobně pečovat žádný z rodičů ani poručník, může soud svěřit dítě do osobní péče jiného člověka. Rozhodnutí o svěřením dítěte do péče musí být v souladu se zájmy dítěte.*“ Klíčovými prvky dle zákona zahrnují dočasný charakter, rozhodnutí na základě soudu, nejlepší zájem dítěte a ochrana práv biologických rodičů. (Zákon č. 89/2012 Sb.)

Poručenská péče neboli také poručnictví, upravuje občanský zákoník, který tuto formu definuje v § 928 (1) „*Není-li tu žádný z rodičů, který má a vůči svému dítěti vykonává rodičovskou odpovědnost v plném rozsahu, soud jmenuje dítěti poručníka.*“ Dalšími klíčovými znaky dle občanského zákoníku jsou to, že musí být na základě soudního rozhodnutí jedinec nezpůsobilý, a může mít jak dočasný, tak i trvalý charakter.

1.3 Zprostředkování náhradní rodinné péče

Náhradní rodinná péče není pouze o umístění dítěte do náhradních rodin, jedná se o dlouhý proces, který můžeme rozdělit do několika fází. Samotným fázím se věnuje například Nožířová (2012), podle které proces začíná samotnými úvahami o přijetí dítě do péče, následné podání žádosti, řízení o zprostředkování NRP v rámci krajského úřadu, zařazení do evidence žadatelů, zprostředkování a vytipovávání vhodných žadatelů a následná přijetí dítěte do péče.

Každý, kdo již je, anebo teprve bude náhradním rodičem, si musel své rozhodnutí pečlivě rozmyslet. Nejčastější motivací a důvodem pro zájem o “cizí“ dítě je nemít možnost mít své vlastní dítě. Po důležitém rozhodování nastává moment podání žádosti, samotná žádost obsahuje doklad o státním občanství, opis z evidence Rejstříku trestů, zprávu o zdravotním stavu, o ekonomických a sociálních poměrech, písemné vyjádření k případnému osvojení dítěte z ciziny, souhlas se zjišťováním dalších údajů a ověřování údajů z žádosti orgánu sociálně-právní ochrany dítěte a písemný souhlas s účastí na přípravě fyzických osob k přijetí dítěte do NRP. Tyto doložené dokumenty podléhají důkladné kontrole krajským úřadem. Pokud jsou doklady kladně vyřízeny, jsou partneři nebo jedinci zařazení, nebo vyřazení z evidence. Mimo doložené žádosti a odborného posouzení musí žadatelé podstoupit tzv. přípravný kurz. Pokud je vše zmíněné splněno, hledá se pro náhradní rodiny “vhodné“ dítě. Samotná délka procesu je velmi individuální. (Nožířová, 2012)

Další možností pro přijetí dítěte do péče je tzv. **nezprostředkovaná pěstounská péče**, která se liší tím, že zde proces neprobíhá prostřednictvím krajského úřadu a bývá bez odborného posuzování. V zákoně se uvádí, že „*zprostředkování pěstounské péče se neprovádí, podala-li návrh na svěřeni dítěte do pěstounské péče fyzická osoba dítěti příbuzná nebo fyzická osoba blízká dítěti nebo jeho rodině.*“ (Zákon č. 359/1999 Sb., §20, odst. 3, pís.b).

Nezprostředkovanými pěstouny jsou především blízcí rodinní příbuzní, kteří do své péče přijmou dítě z rodiny. Nejčastěji se jedná o prarodiče, tety a strýce. (Nožířová, 2016)

1.4 Attachment v kontextu náhradní rodinné péče

Do češtiny bychom mohli attachment přeložit jako pouto, přesněji citové pouto. Citová vazba je tou nejdůležitější vazbou pro dítě. Bowlby (2010:9) ve své knize uvádí, že *„pro duševní zdraví je nezbytné, aby kojeneček a později malé dítě prožívalo vřelý, intimní a nepřerušovaný vztah s matkou (nebo s její trvalou náhradou), v němž oba nacházejí uspokojení a radost.“*

U dítěte je velmi důležité, aby mělo s někým citové pouto, které zahrnuje lásku, pocit přijetí a bezpečí. Tyto pocity se pak stávají jeho vzorem budování vztahů v budoucnosti. (Bowlby, 2010)

Právě u dětí, které se dostávají do NRP je velká pravděpodobnost nedostatku citové vazby s biologickými rodiči. Dle Vrtbovské mohl jedinec prožívat pocit strachu, samoty a trápení. U dítěte se pak mohou projevat poruchy attachmentu jako například to, že se dítě vyhýbá očnímu kontaktu, lže, může mít poruchy učení a objevuje se u něho destruktivní chování. (Vrtbovská, 2010)

2 Dítě se zdravotním znevýhodněním

Tato kapitola se bude věnovat oblasti zdravotního znevýhodnění. Tento pojem byl vybrán, jelikož se zohledňuje v souvislosti i s dalšími problémy v jiných oblastech, například v sociálních, ekonomických a jiných. Mimo definování tohoto pojmu bude představeno, jak se dá zdravotní znevýhodnění dále rozdělovat. Druhy zdravotního znevýhodnění budou zmíněny k navázání v praktické části. V poslední podkapitole budou vytyčeny nejdůležitější formy pomoci a podpory.

Hlavní cíl obsahuje termín zdravotního znevýhodnění a je potřeba, vysvětlit, jak bude využit v kontextu bakalářské práce. Budou zde vymezeny druhy, se kterými se v náhradní rodinné péči mohou náhradní rodiny setkat a bude také shrnuto, jaké jsou možnosti pomoci a podpory ze strany pracovníků služeb.

2.1 Definice zdravotního znevýhodnění

Jakési omezení se objevilo a dále vyvíjelo od počátku věků. Postupem času měnilo svou podobu a do tohoto termínu se začaly přidávat další skutečnosti. V odborné literatuře a praxi se v současnosti pro tento pojem využívá spousta synonym, jedná se zejména o postižení, handicap nebo invalidita. Všechna tato pojmenování se zaměřují na fakt, že má někdo omezení v některých činnostech. Každý termín má svá pro a proti. Největším rozdílem mezi postižením a znevýhodněním může být to, že znevýhodnění je širším pojmem a dá se říct, že obsahuje samotné postižení, které může být spojeno mimo zdravotní, se sociální, ekonomickou anebo kulturní oblastí. Samotné znevýhodnění tedy nemusí být pouze zdravotní. (Koláčková a Kodymová 2005)

Tomeš (2011:151) označení zdravotně postižený „*nepovažuje za přiměřené, protože naznačuje stav jako konečný, postižení jako ztrátu a osobu takto označenou jako vyřazenou ze společnosti, člověka bez perspektivy. Proto se začíná preferovat označení osoba se zdravotním znevýhodněním, protože znevýhodnění se dá odstranit, zmírnit nebo kompenzovat a člověk má perspektivu.*“

Matějček (2001:7) zdravotním postižením chápe „*nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyústující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti.*“

2.2 Druhy zdravotního znevýhodnění

Druhy zdravotního postižení obsahuje definice zdravotního postižení v Úmluvě Organizací spojených národů o právech osob se zdravotním postižením „*osobami se zdravotním postižením rozumí „osoby mající dlouhodobé tělesné, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které ve spojení s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“ (Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., čl. 1)

Fischer a Škoda (2014) dělí jednotlivá postižení dle jeho druhu, stupně a doby vzniku. Autoři je v kontextu s dětmi rozdělují na: poruchy tělesné vrozené (např. dětská mozková obrna) a získané (následky poranění míchy a další); poruchy komunikace (poruchy řeči); poruchy mentální (Downův syndrom); poruchy chování (závislostní chování). Postižení se bohužel může objevit v různých stupních a kombinacích. Často se tak objevuje například kombinovaně postižení sluchové s postižením zrakovým apod.

Samotnou definici kombinovaného postižení nalezneme v defektologickém slovníku, kde Sovák (1984:181) tvrdí, že „*o kombinované vady jde tehdy, když je jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami.*“

Vágnerová (2012) se ve svém díle více věnuje zdravotnímu znevýhodnění fyzickému (pohybovému), mentálnímu, zrakovému a sluchovému.

Květoňová-Švecová (2000) dělí **zrakové vady** do pěti skupin podle oblasti poškození, jedná se o ztrátu zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy, obtíže se zpracování zrakových informací a poruchy barvocitu.

Pokud děti trpí zrakovým omezením mohou prožít traumatizující zkušenost, jelikož obtížně navazují kontakt pomocí zraku. „*Tím je narušena tvorba pout mezi rodiči a dítětem a již v tomto období bývá nutná pomoc raně poradenského odborníka.*“ (Květoňová-Švecová 2000:37)

Pokud je jedinec **sluchově omezený**, má další omezení především v oblasti komunikace a příjmu informací. Jedinci chybí sluchová orientace v prostoru, který není v jeho zorném poli – co nevidí, o tom neví. (Vágnerová, 2008)

I sluchové znevýhodnění můžeme dělit na různé typy. Z hlediska stupně sluchového postižení lze rozlišovat hluchotu, zbytky sluchu a těžkou nedoslýchavost. (Krauhulcová, 1996; Hrubý, 1996; in Vágnerová, 2008)

Renotiérová a Ludvíková (2002:204) definují **tělesná postižení** jako „*přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadí mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností.*“

Michalík (2011) ve své knize *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, rozděluje tělesné postižení do tří základních skupin, jimiž jsou obrny, deformace a amputace. Obrny dále rozděluje na centrální a periferní.

Nejčastěji se tělesné postižení dělí na vrozené a získané. S vrozenými se již narodíme, patří sem například rozštěpové vady, poruchy velikosti a tvaru lebky, či poruchy růstu a jiné. Do získaných řadíme ta postižení, která vznikla v důsledku zranění a nemocí, například úrazová onemocnění mozku a míchy, nebo amputace. (Bendová, 2007)

Mentální znevýhodnění je spojené s narušenou či omezenou řečí. Matulay (1994) uvádí objevení až u 85 % dětí, že mají problém s komunikačními dovednostmi.

Světová zdravotnická organizace definuje mentální postižení jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Postižení se může vyskytnout bez, anebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (WHO, MKN-10)

Od roku 1992 je v platnosti nová revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovává Světová zdravotnická organizace. Podle ní se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií dle inteligenčního kvocientu: lehká mentální retardace (69 – 50); středně těžká mentální retardace (49 – 35); těžká mentální retardace (34 – 20); hluboká mentální retardace (19 a níže); jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. (Švarcová, 2000)

2.3 Podpora a pomoc dětem se zdravotním znevýhodněním

V dnešní době již existuje řada možností pomoci a podpory rodinám, které mají v péči dítě s postižením. Významnou úlohu tvoří zejména sociální služby a odborníci, na které se mohou rodiny obrátit. Co se týče sociálních služeb jedná se zejména o služby rané péče, osobní asistence, anebo denní stacionáře.

Pracovníci **osobní asistence** dojíždí nebo dochází do přirozeného sociálního prostředí pomoci osobám, které se potýkají se sníženou soběstačností z důvodu stáří, dlouhodobého onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba nabízí základní činnosti jako je například pomoc při osobní hygieně, zajištění chodu domácnosti, či zajištění stravy. (Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 39)

Denní stacionáře nabízí své služby osobám, které se o sebe nemohou postarat z důvodu vysokého věku nebo zdravotního znevýhodnění a osobám, které trpí chronickým duševním onemocněním, a jsou závislé na pomoci od jiné osoby. Pracovníci zde pomáhají při osobní hygieně, při zvládnání každodenních úkonů nebo nabízí sociálně terapeutické činnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 46)

Raná péče je sociální službou poskytovanou terénně, případně ambulantně. Tato služba se poskytuje rodinám pečující o dítě, které splňuje následující podmínky: věk do 7 let, má zdravotní postižení nebo je jeho vývoj ohrožen v kontextu zdravotního stavu. Pro tyto klienty nabízí poradenství, aktivizační činnosti či sociálně terapeutické činnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 54)

Mimo sociálních služeb mohou rodiny využívat poradny zaměřené přímo na konkrétní postižení, jako jsou např. logopedické poradny, či DYS-centra a další psychoterapeutické poradny. Mimo služeb mohou rodiny čerpat z finanční pomoci od státu a neziskových organizací či využívat kompenzační pomůcky.

Finanční pomoc můžeme považovat jako jednu z těch důležitějších, jelikož péče o dítě se zdravotním postižením je nejen náročná fyzicky a psychicky, ale i finančně. Tato podpora může být poskytnuta od rodiny, ale hlavně od státu a nestátních organizací. Jedinci a pečující, kteří splňují podmínky dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře mají nárok na následující sociální dávky: dávky státní sociální podpory (přídavek na dítě, sociální příplatek a rodičovský příspěvek); dávky sociální péče obsahuje vyhláška č. 182/1991 Sb. (například jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, na úpravu bytu; opakující se příspěvky na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže). Další možností jsou průkazy pro zvlášť těžké postižení, které se dělí dle typu postižení na tři stupně, podle toho, kam se jedinec řadí, náleží mu příslušná finanční částka. Poslední zmíněnou sociální dávkou, která je upravena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je příspěvek na péči, který *„se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“* (zákon č. 108, 2006, Sb. § 7, odst. 1)

Jako kompenzační pomůcky, které mají zčásti vynahradit postiženému jeho omezení, považuje Vágnerová (2008) například invalidní vozíky, naslouchadla a kochleární implantát, brýle, speciální lupy ad. Autorka dále klade důraz na využívání speciálních center, které se zaměřují na konkrétní typ postižení.

3 Dítě se zdravotním znevýhodněním v náhradní rodinné péči

V poslední kapitole teoretické části budou propojeny dvě předchozí kapitoly. Kapitola se bude věnovat především procesu přijímání dítěte se zdravotním znevýhodněním do péče. Nejprve se započne přípravou náhradních rodin na přijetí zdravotně znevýhodněného dítěte – tzn. jak se liší jejich příprava, jejich představy a motivace, a co by měli vědět, než dítě s postižením do péče přijmou. Po přijetí nastává fáze adaptace dítěte do nové rodiny a adaptování rodiny na dítě. I při této fázi dochází k novým očekáváním a potřebám, začínají nové spolupráce s dalšími službami, na které se rodiny mohou obracet. Těmto službám bude věnována poslední část.

K hlavnímu cíli je tato kapitola nejvíce směřována. Je zde přiblížena příprava rodin na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním, jejich potřeby, adaptace dítěte v nové rodině, a na koho se rodiny mohou obracet s prosbou o pomoc.

3.1 Příprava náhradních rodin na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním

Náhradních rodin, které by chtěly osvojit či adoptovat dítě s jakýmkoliv postižením není nikde na světě dostatek, a v ČR to není jiné. Za nejčastější formu NRP, kde se rodiny zajímají o dítě s postižením se považuje pěstounská péče. Náhradní rodiny se mohou svobodně rozhodnout, že do své péče přijmou dítě s nějakým zdravotním znevýhodněním. Jejich samotná příprava je pak mnohem náročnější a důslednější, jelikož se chystají vzít dítě, které má své specifické potřeby. *„Je důležité, aby před započítím procesu adopce zvážila rodina své postoje, svou současnou situaci, rodinný život a způsob, jakým se přizpůsobují okolnímu společenskému prostředí.“* (Schoolerová, 2002:12).

Než dostanou dítě do péče, musí si projít samotný proces jako ostatní rodiny, které si přejí dítě bez omezení a k tomu podstupují ještě větší přípravu. Jedná se tak zejména o získání informací, vzdělávání se o konkrétním znevýhodnění a přípravný kurz, který je potřebný ze strany zákona. Pro náhradní rodiny je klíčové, aby měly dostatek informací o zdravotním postižení dítěte i rizicích, které jsou s ním spojené. Od pracovníků pak potřebují především maximální míru otevřenosti a informovanosti. Důležitou možností kromě pomoci a podpory od pracovníků z této oblasti je i spojení s ostatními rodinami, které mají s tímto procesem zkušenosti. (Pazlarová, 2016)

3.2 Potřeby náhradních rodin se zdravotně znevýhodněným dítětem

Náhradní rodiny, pečující o děti se zdravotním znevýhodněním, mohou mít specifické potřeby, které vyžadují zvláštní pozornost a podporu. Krejčová, Strnadová, Vágnerová (2009) se ve své publikaci soustředí na potřeby informovanosti, péče o dítě, pomoci od okolí, finančních prostředků a jakékoliv opory.

Péče o zdravotně znevýhodněné dítě dle autorek vynakládá spoustu sil, rodiny by tedy na tuto skutečnost měly být připraveny. Náhradní rodiny proto podstupují kurz, který byl zmíněn výše, kde je předpřipraví na možná rizika. Před přijetím dostanou důležité informace o zdravotním stavu dítěte, spojené s možnou léčbou a postupy, co dělat a nedělat. Pro rodiny je důležité i setkávání s ostatními rodinami, kde mají dítě s postižením a vědí, že na to nejsou sami. Tato setkání pak pořádají některé organizace. (Krejčová, Strnadová, Vágnerová, 2009)

Brown a Rodgerová (2009, in Pazlarová, 2016) upozorňují na sedm oblastí, které náhradní rodiny považují za problematické, jedná se o kontakt s odborníky, finanční zabezpečení, školu, chování dítěte, péči o sebe, zvládnání více rolí a lékařskou péči.

Faktory na přijetí faktu, že přijaté dítě není zdravé závisí mimo zmíněného na jejich zkušenostech, věku, osobnosti, zdravotním a psychickém stavu i kvalitě vztahu. (Vágnerová, 2008)

3.3 Adaptace dítěte se zdravotním znevýhodněním v rodinném prostředí

Po přijetí dítěte do rodiny nastávají velké změny pro dítě, rodiče ale i blízké okolí. A nastává tak fáze adaptace. Sobotková (2001: 31) na ni nahlíží jako na přizpůsobivost, tedy „*schopnost přizpůsobovat se měnícím se nárokům života.*“

Kromě adaptace do rodinného prostředí se rodiny musejí vyrovnat i možnými nežádoucími reakcemi z okolí, jedná se tak o odmítnutí a nepochopení přijetí dítěte se znevýhodněním. Dalším krokem může být zapojení dítěte do školky či školy. To jsou další místa, kde může dojít k těmto reakcím. Vyskytuje se otázka, zda není potřeba zajištění osobního asistenta do školského zařízení, kam by dítě docházelo. S péčí pak souvisí i zajištění zdravotnické a rehabilitační služby, příp. sociální služby. S těmito kroky by měl zejména pomáhat jejich přidělený doprovázející pracovník. (Pazlarová, 2016)

Pro rodinu je důležitá podpora blízké rodiny a okolí, pokud reaguje pozitivně je snazší adaptace jak pro rodinu, tak pro dítě. Mimo prostředí je důležitá podpora od státu a organizací, především finance a pomůcky, které mohou vést ke zkvalitnění jejich života. Dalším klíčovým momentem je započítání kontaktu s rodinami, které mají podobné zkušenosti. (Vágnerová, 2008)

3.4 Formy pomoci pro náhradní rodiny s dětmi se zdravotním znevýhodněním

Náhradní rodiny mají možnosti pomoci a podpory stejné jako ostatní rodiny s biologickými dětmi. Mohou tedy využívat služby, které již byly zmíněny v kapitole 2.3. Podpora a pomoc dětem se zdravotním znevýhodněním. Mimo služeb mají právo na finanční pomoc, pokud splňují podmínky dané zákonem.

Další využívanou sociální službou v této oblasti je doprovázení, které zahrnuje například zprostředkovávání psychologické, terapeutické nebo jiné odborné pomoci, pomoc při vzdělávání a získávání nových informací, sledování naplňování dohody o výkonu pěstounské péče, pomoc dítěti s kontaktováním vlastní rodiny apod. (Pazlarová, 2016)

Náhradní rodiny spolupracují se službami OSPOD. Pracovníci OSPOD doprovázejí rodiny již od samého začátku procesu NRP. Jejich náplní práce je například zpracovávání dokumentů od žadatelů Krajskému úřadu, pomoc rodinám v soudním řízení, poskytování poradenství a udržování dlouhodobého kontaktu s rodinami. (Nožířová, 2012)

Shrnutí teoretické části

Teoretická část sloužila k nahlédnutí do problematiky náhradní rodinné péče pro děti se zdravotním znevýhodněním. Jsou zde důležité teoretické poznatky, které budou využity v části praktické.

Náhradní rodina je rodina, která se rozhodne přijmout do péče dítě, jehož biologická rodina není schopna nebo ochotna poskytnout dítěti potřebnou péči. Nejčastějšími důvody pro rozhodnutí se stát náhradní rodinou z teoretického hlediska mohou být například neplodnost či pomoc rodině, která se o dítě nemůže postarat (PP na přechodnou dobu, nezprostředkovaní pěstouni). NRP má čtyři základní formy: pěstounská péče, osvojení, svěření dítěte do péče jiné fyzické osobě než rodiče a poručenství. Zprostředkování NRP nemusí být jednoduchou záležitostí, jedná se dlouhý proces, který zahrnuje úvahy o přijetí dítěte do péče, podání žádosti, odborné posouzení žadatelů, zařazení do evidence žadatelů, a nakonec přijetí dítěte do péče. Existují ale výjimky, kde proces trvá kratší dobu, nebo se jedná o tzv. nezprostředkovanou péči, kdy si dítě do péče vezmou nejčastěji příbuzní. Důležitým aspektem NRP je vytvoření citové vazby mezi novou rodinou a dítětem, případně zachování kontaktu s biologickou rodinou.

Druhá kapitola se zaměřuje na zdravotní znevýhodnění, které je v bakalářské práci chápáno nejen jako zdravotní postižení, ale je spojeno s omezením i v ostatních oblastech (sociální, ekonomické a kulturní). Jako nejčastější druhy zdravotního postižení se uvádí fyzické, mentální, zrakové a sluchové. Osobám se zdravotním znevýhodněním pomáhají nejen odborníci na zdraví, ale i sociální služby. Doporučovanými sociálními službami, na které se jedinci s postižením mohou obracet, jsou především raná péče, denní stacionář, či osobní asistence. Jako další druh pomoci může být považována finanční pomoc, kdy mají jedinci, pokud splní podmínky, nárok na některé sociální dávky či kompenzační pomůcky, které mohou snížit omezení, kterými jedinec trpí.

Ve třetí kapitole se dvě předchozí témata spojila v jeden celek. Jsou zde věnovány kapitoly pro přípravu náhradních rodin, proces adaptace dítěte a možnostem pomoci a podpory, které rodiny využívají. Pokud se nachází dítě se zdravotním znevýhodněním v náhradní rodinné péči, může se jeho proces přijetí ztížit (náhradní rodiny, zdravotní stav dítěte, okolí atd.). Proto je potřeba zaměřit se na důkladnou přípravu náhradních rodin na přijetí. Rodiny musí zvážit své postoje, současnou situaci a schopnost se přizpůsobit

potřebám dítěte. Mimo jiné musí sami posoudit, jestli jsou opravdu připraveni na to, přijmou dítě s postižením, ať už se jedná o psychickou stránku, či finanční. Pokud se rozhodnou dítě přijmout, nastává fáze příprav. Příprava zahrnuje získávání informací, vzdělávání a absolvování přípravného kurzu. Rodiče pak mimo jiné potřebují vědět o možnostech podpory a pomoci od rodiny a okolí, od pracovníků a státu. Členové náhradních rodin sami vyžadují být důkladně informováni o zdravotním stavu dítěte, jaké mají možnosti případné léčby anebo o možných postupech, dále také potřebují mít podporu od své blízké rodiny a mít možnost se na někoho obrátit s prosbou o pomoc. Rodina by měla také počítat s možnými nežádoucími reakcemi na dítě se zdravotním znevýhodněním – ve škole, školce, rodiny i od sousedů. Náhradní rodina by měla vědět o možnosti spolupráce se sociálními službami, které mohou v těchto situacích pomoci. Jedná se především o pomoc a podporu od služeb rané péče, osobní asistence, denní stacionáře, OSPOD nebo doprovázející organizace.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodické ukotvení výzkumného šetření

Empirická část bakalářské práce se bude věnovat metodice výzkumného šetření, kde také bude odůvodněna zvolená metoda a zkoumaný cíl. Nejdříve bude představen hlavní cíl a výzkumné dílčí cíle, budou představeni informanti a výzkumná strategie. V jedné kapitole budou popsána možná rizika šetření. Dále bude představen průběh výzkumného šetření, které bylo realizováno pro tuto bakalářskou práci. A v závěru budou analyzovány získané údaje z rozhovorů. Praktická část vychází z teoretické části.

V této části bude popisováno realizované výzkumné šetření, které bylo zaměřené na pohled pracovníků a náhradních rodin na přijetí dítěte, které je zdravotně znevýhodněno, do NRP. Pro výzkum byla vybrána kvalitativní metoda s polostrukturovanými rozhovory. Pro výzkumné šetření byla vybrána tato metoda a technika, jelikož se jedná o citlivé téma a je zde možnost zasahovat do rozhovoru, pokud by nastalo nepochopení otázky, může se informant doptat, či se tazatel může doptávat, pokud by potřeboval. Výběr informantů jako náhradních rodin byl náhodný, rodiny samy odpověděly na přidaný příspěvek v jedné skupině pěstounů na sociální síti, a rozhodly se poskytnout rozhovor. Soubor pracovníků byl vybrán podle spolupráce s NRP a následně byli kontaktováni pomocí e-mailové komunikace s prosbou o poskytnutí rozhovoru.

4.1 Hlavní výzkumný cíl a dílčí výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem (dále HVC) je *zjistit, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP.*

Procesu přijetí se v bakalářské práci rozumí motivace a potřeby náhradních rodin. Dále je zde zahrnuta adaptace dítěte se zdravotním znevýhodněním v novém rodinném prostředí a přijetí dítěte blízkou rodinou. Poslední oblastí, která je spojená s procesem přijetí je podpora a pomoc od pracovníků služeb ze sociální i zdravotnické strany. Zdravotnímu znevýhodnění je blíže věnována kapitola 2. Zdravotní znevýhodnění, kde je popsáno, jak je tento pojem v bakalářské práci myšlen. Proces NRP je přiblížen v kapitole 1.3. Zprostředkování NRP a blíže zaměřená na rodiny s dítětem s postižením je 3.1. Příprava náhradních rodin na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním.

K naplnění hlavního cíle jsou odvozeny následující tři dílčí výzkumné cíle (dále DVC):

DVC1: Zjistit, jakou má náhradní rodina motivaci pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním pohledem pracovníků a náhradních rodin.

DVC2: Zjistit, jak probíhá přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do rodinného prostředí pohledem pracovníků a náhradních rodin.

DVC3: Zjistit, jaké jsou možnosti pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám a jejich využití pohledem pracovníků a náhradních rodin.

Otázky pracovníkům a náhradním rodinám se trochu liší svou formulací, proto budou pro lepší přehlednost vytvořeny dvě transformační tabulky – jedna bude pro pracovníky služeb a druhá pro náhradní rodiny.

4.2 Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl byl rozdělen na následující dílčí cíle, ze kterých byly vytvořeny tazatelské otázky. Pro přehlednější uspořádání byly všechny tyto otázky rozříděny pod dílčí cíle do následující tabulky. První tabulka se věnuje tazatelským otázkám kladeným pracovníkům sociálních služeb a ve druhé tabulce se nachází otázky pro náhradní rodiny.

4.2.1 Pracovníci služeb

Transformační tabulka č. 1 je určena pro pracovníky služeb. Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu jsou formulovány stejně i pro členy náhradních rodin. K dílčím cílům jsou vytvořeny tazatelské otázky, které jsou zobrazeny v pravé části tabulky.

Tabulka 1: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek – pracovníci služeb

Hlavní výzkumný cíl (HVC): HVC: zjistit, jak pohlíží pracovníci a náhradní rodič/e na proces přijetí dítěte se zdravotním. znevýhodněním do NRP.	
Dílčí výzkumné cíle (DVC)	Tazatelské otázky (TO)
DVC1: Zjistit, jakou mají náhradní rodiny motivaci pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním pohledem pracovníků.	TO1: Jaký je nejčastější důvod pro přijetí dítěte se zdrav. znevýhodněním do NRP?

	TO2: Je pro náhradní rodiče znevýhodnění dítěte překážkou? Jak situaci řešíte?
	TO3: Jak náhradní rodiny reagují na návrh přijetí dítěte se zdrav. znevýhodněním, pokud si o to sami nezažádaly?
	TO4: Jaké jsou potřeby náhradních rodin před přijetím dítěte se zdravotním znevýhodněním?
DVC2: Zjistit, jak probíhá přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do rodinného prostředí pohledem pracovníků.	TO5: Jak se rodiny musí připravit na přijetí dítěte? A z jakého důvodu?
	TO6: Co potřebují rodiny vědět před přijetím dítěte, které je zdravotně-znevýhodněné? Co musí podstoupit?
	TO7: Jaký důraz kladete na pocity dítěte se zdrav. znevýhodněním v procesu NRP?
DVC 3: Zjistit, jaké jsou možnosti pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám a jejich využití pohledem pracovníků.	TO8: Jaké služby jsou nabízeny ze strany sociálních pracovníků pro rodiny, které se chystají přijmout zdrav. znevýhodněné dítě do NRP? Využívají je?
	TO9: S jakými otázkami, či prosbami se na pracovníky rodiny nejčastěji obrací?

Zdroj: vlastní tvorba

Otázky k DVC 1: Tyto otázky se zaměřují na motivaci a potřeby náhradních rodin k přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do své péče pohledem pracovníků.

Otázky k DVC 2: Série otázek zjišťuje, jak se náhradní rodiny připravují na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním, jaké byly jejich potřeby a jak byly naplněny. Dále se zaměřují na průběh adaptace dítěte v rodinném prostředí.

Otázky k DVC 3: Soubor otázek se zabývá možnostmi pomoci a podpory, které pracovníci nabízejí a jejich využití. Zároveň se zjišťuje, jaké jsou časté dotazy a s čím se na pracovníky náhradní rodiny obrací.

4.2.2 Náhradní rodiny

Transformační tabulka č. 2 je určena pro členy náhradních rodin. Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu jsou formulovány stejně i pro pracovníky služeb. K dílčím cílům jsou vytvořeny tazatelské otázky, které jsou zobrazeny v pravé části tabulky.

Tabulka 2: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek – náhradní rodiny

Hlavní výzkumný cíl (HVC):	
HVC: zjistit, jak pohlíží pracovníci a náhradní rodič/e na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP.	
Dílčí výzkumné cíle (DVC)	Tazatelské otázky (TO)
DVC1: Zjistit, jakou mají náhradní rodiny motivaci pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním pohledem náhradních rodin.	TO10: Věděli jste, že přijímáte dítě se zdravotním znevýhodněním? Pokud ano, co Vás vedlo k jeho přijetí do péče? Pokud ne, z jakého důvodu, jste se ho rozhodli přijmout?
	TO11: Jaké byly Vaše potřeby před přijetím dítěte se zdravotním znevýhodněním do Vaší péče?
	TO12: Jak se Vaše potřeby měnily před přijetím a v průběhu péče?

DVC2: Zjistit, jak probíhá přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do rodinného prostředí pohledem náhradních rodin.	TO13: Co pro Vás bylo důležité před přijetím dítěte se zdravotním znevýhodněním? A z jakého důvodu? Byly Vaše dotazy a potřeby naplněny?
	TO14: Setkali jste se s nějakým problémem v průběhu procesu přijetí? Jak jste ho řešili?
	TO15: Jak Vaše blízká rodina vnímala fakt, že chcete přijmout znevýhodněné dítě do NRP? A jak reagovala na prvotní setkání s ním?
DVC 3: Zjistit, jaké jsou možnosti pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám a jejich využití pohledem náhradních rodin.	TO16: Jak myslíte, že Vaše rodina vnímá dítě teď? Co se změnilo?
	TO17: Využíváte služby pomoci či podpory? Pokud ano, jakou zkušenost máte se službami, které jsou poskytovány ze strany sociálních pracovníků? Pokud ne, z jakého důvodu je nevyužíváte?
	TO18: S čím se na pracovníky nejčastěji obracíte?
	TO19: Co by Vám pomohlo, pokud byste si mohli říct o jakoukoliv formu pomoci?

Zdroj: vlastní tvorba

Otázky k DVC 1: Tyto otázky se zaměřují na motivaci a potřeby náhradních rodin k přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do své péče.

Otázky k DVC 2: Série otázek zjišťuje, jak se náhradní rodiny připravují na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním, jaké byly jejich potřeby a jak byly naplněny. Dále se zaměřují na průběh adaptace dítěte v rodinném prostředí, a zda se postupem času něco změnilo.

Otázky k DVC 3: Soubor otázek se zabývají, jak náhradní rodiny využívají pomoci a podpory ze strany pracovníků a služeb. Zároveň se zjišťuje, jaké jsou časté dotazy a s čím se na pracovníky náhradní rodiny obrací.

4.3 Výzkumná strategie

Výzkumné šetření je *„zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“*, jehož cílem je pomocí *„celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“* (Švaříček, Šedřová, 2007:17)

Ke zkoumání v sociálních vědách můžeme využít tři typy výzkumu: kvantitativní, kvalitativní a smíšený. Pro kvalitativní výzkum se využívají například rozhovory, pro kvantitativní dotazníky, u smíšeného lze využít oba zmíněné způsoby šetření.

Pro výzkumné šetření byl vybrán kvalitativní výzkum, pomocí kterého mělo dojít ke zjištění HVC, tedy zjištění, jak pracovníci a rodiny pohlíží na proces NRP, kde se nachází dítě se zdravotním znevýhodněním. K získání dat byly využity polostrukturované rozhovory. Metoda byla využita pro možnost dotazování informantů a tazatele, případné zasažení do rozhovoru, pokud by se informanti necítili komfortně. Hendl (2005:161) doporučuje použít kvalitativní strategii, pokud *„nás zajímá, co si lidé myslí, jak se cítí, čemu věří atd...“*

Kvalitativní výzkum je typický výběrem tématu a tazatelských otázek výzkumníka. Šetření pak může postupně doplňovat dalšími otázkami dle uvážení a situace průběhu. Kvalitativní výzkumné šetření je náročnější na vyhodnocení, jelikož se jedná o sbírání dat – texty a názory, které se pak musí zanalyzovat.

Podle Hendla (2005:50) je „kvalitativní výzkum proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Kvalitativní výzkum nabízí detailní popis a hlubší porozumění zkoumanému jevu, jedinci nebo skupině lidí. Dále také umožňuje formulovat nové teorie. Nicméně, má i svá omezení, např. provádění analýzy a sběr dat může vyžadovat značné množství času, nebo mohou být výsledky ovlivněny osobními názory a předsudky výzkumníka. Další nevýhodou je, že šetření by mohlo dopadnout jinak, pokud by se provádělo s jinými informanty nebo v jiné oblasti. (Hendl, 2005)

Polostrukturovaný rozhovor spadá do kategorie částečně řízených rozhovorů, kde jsou předem stanovená témata a k nim příslušné otázky. Výzkumník má volnost v určení pořadí otázek a může je upravovat nebo doplňovat podle potřeby. Tento typ rozhovoru je flexibilnější než rozhovor striktně strukturovaný, ale zároveň má jasnou organizační linii, což ho odlišuje od neformálního nebo narativního rozhovoru. (Hendl, 2005)

4.4 Charakteristika informantů

Výzkumný soubor deseti informantů tvoří pracovníci služeb a náhradní rodiny a poskytli potřebné informace k naplnění odpovědí k dílčím cílům, ze kterých plyne cíl hlavní. Kapitola bude rozdělena na dvě, v jedné budou představeny čtyři pracovníci a ve druhé šest náhradních rodin.

Všichni informanti si nepřáli, aby bylo jakkoliv zmíněno jejich jméno či jméno organizace, kde pracují ani jejich sídlo pracoviště či bydliště. Jejich přání bude respektováno a budou níže zmíněny pouze potřebné informace, s jejichž zveřejněním souhlasili. Od jedné náhradní maminky byl získán souhlas s přepisem rozhovoru, který bude přiložen jako příloha. U pracovníků bude představena pozice a jeho náplň práce, u náhradních rodin bude zmíněno, jaké zdravotní znevýhodnění má dítě, které mají v péči a také definice tohoto znevýhodnění, dále pak bude obecně představena jejich rodinná situace.

Informace o službách a definice zdravotního postižení byly řečeny přímo od pracovníků a členů náhradních rodin, proto zde není odkazováno na zdroje, ze kterých by se informace mohly čerpat.

Prvním informantem (dále I1) je sociální pracovnice, která pracuje ve vedení NRP na orgánu sociálně-právní ochraně dětí (dále OSPOD). Jedná se o pracovníci, která se v této oblasti pohybuje již 10 let, a tak má spoustu zkušeností v této problematice. Za svou kariéru se setkala pouze s pěstounskou péčí, kde bylo dítě se zdravotním znevýhodněním. Má na starost následující činnosti: zprostředkování NRP se žadateli, spolupráci se soudem, pravidelný dlouhodobý kontakt s pracovníky ústavních zařízení a s náhradními rodinami a s dětmi; poskytování poradenství, terapie a jiné odborné, výkon funkce opatrovníka a poručníka dítěte atd.

Druhým informantem (dále I2) je sociální pracovnice doprovázející rodiny z neziskové organizace. Jako doprovázející pracovnice působí krátce a nemá tolik zkušeností s NRP, kde by se nacházelo dítě se zdravotním znevýhodněním. Osobně se setkala se dvěma rodinami, v rozhovoru tedy spíše hovořila o zkušenostech od druhých kolegyně. Její práce zahrnuje například poradenství, zajišťování vzdělávání či asistovaný kontakt s biologickou rodinou.

Třetím informantem (dále I3) je sociální pracovnice z institucionální výchovy dětí a mládeže. Pracovnice zde působí 5 let a má mnoho zkušeností s dětmi se zdravotním postižením. Poskytuje poradenství, přípravu dětí na odchod z tohoto zařízení, či sleduje vývoj daného dítěte.

Čtvrtým informantem (dále I4) je odborná poradkyně z rané péče. Tato pracovnice se specializuje na děti s autismem. Jako poradkyně pracuje 3 roky. Obecně poskytuje poradenství v navázání spolupráce s dalšími odborníky či s kompenzačními pomůckami.

Pátým informantem (dále I5) je rodina, která má v péči holčičku, které je nyní 9 let. Rodiče byli dříve pěstouny na přechodnou dobu, nyní se stali dlouhodobými pěstouny, díky této holčičce. Dítě má diagnostikováno syndrom Drátové. Syndrom Drátové je velmi vzácné onemocnění. Jedná se o jednu formu epilepsie. Holčička tedy trpí záchvaty, které jsou spojeny s mentální retardací a dalšími znevýhodněními.

Náhradní rodiče ji přijali do péče od pěstounky na přechodnou dobu, která se o ni nedokázala postarat. Její diagnózu zjistili až po jejím prvním záchvatu, kdy ji odvezli do nemocnice a byli nuceni ji nechat v umělém spánku. Holčičku nakonec probudili a nyní žije v náhradní rodině, kde bude osmým rokem. V poslední době má zavedenou hadičku, přes kterou ji rodina krmí, má 20 kg a její chování odpovídá věku miminka. V rodině jsou další sourozenci, kteří jsou biologickými dětmi rodičů, ale jsou již dospělí, a tak se s nimi moc nestýká. Rodiče už jsou starší a začínají pomalu řešit situaci, kdy budou muset najít jinou rodinu, která by se o holčičku dokázala postarat.

Šestým informantem (dále I6) je rodina, která přijala chlapečka, který trpí ADHD. ADHD rodina popsala jako poruchu, která může způsobovat nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. Tondu mají v péči 9 měsíců. Tato rodina je dlouhodobými pěstouny již po druhé, první dítě je již dospělé a bydlí samostatně.

Sedmým informantem (dále I7) je rodina, ve které přijala matka do péče svého vlastního bratra, jelikož jejich matka nebyla schopná se o dítě postarat. Jedná se tedy o nezprostředkovanou pěstounku. Chlapeček trpí FAS, neboli fetálním alkoholovým syndromem. Jedná se o vrozené poškození dítěte způsobené konzumací alkoholu matkou v průběhu těhotenství. Ve své péči ho má 3 roky.

Osmým informantem (dále I8) je maminka, která má biologického syna trpícího autismem. Do své péče přijala sedmiletého chlapečka, který má FAS. Dítě má v péči tři roky. Maminka je samoživitelka a je dlouhodobou pěstounkou.

Devátým informantem (dále I9) je rodina, která si do péče vzala chlapečky dva. Jedná se o bratry. Matka si je vzala do péče, i když má již svou biologickou dceru, která je o dva roky starší. Pracovala v dětském domově, kde ji kluci přirostli k srdci, a tak se rozhodla, že je přijme do své péče. Klukům je 10 a 13 let a oba trpí lehkou formou autismu, starší Tomáš má Wolframův syndrom, tedy spojení diabetes mellitus a diabetes insipidu (cukrovka a žíznivka). Tato rodina se řadí mezi nezprostředkované pěstouny.

Desátým informantem (dále I10) je rodina, která má v péči holčičku, které je 14 let. Dítě trpí těžkým ADHD a FAS. V pěstounské rodině je 12 let.

4.5 Realizace výzkumného šetření

Prvním bodem na seznamu, který byl potřeba splnit, bylo nalezení informantů. Jelikož bylo rozhodnuto pro specifickou skupinu, nebylo jednoduché vhodné kandidáty najít. Nejdříve se kontaktovali pracovníci služeb, kteří by mohli poskytnout kontakt na náhradní rodiny, bohužel se tato možnost nepodařila, jelikož pracovníci nemohli poskytnout kontakt bez souhlasu rodin. Dalším pokusem bylo napsat do skupiny na jedné ze sociálních sítích, zda by byl někdo z náhradních rodin ochotný poskytnout rozhovor. Po několika hodinách bylo získáno šest rodin pro výzkumné šetření. Pracovníci byli kontaktováni pomocí e-mailové komunikace. Bylo napsáno několika pracovníkům, někteří bohužel neměli zkušenosti s náhradními rodinami, které by pečovaly o dítě se zdravotním znevýhodněním anebo neměli zájem spolupracovat. Nakonec se však podařilo domluvit rozhovory alespoň se čtyřmi pracovníci služeb. Dva rozhovory byly uskutečněny na osobním střetnutí, v ostatních případech bylo zvoleno online prostředí, jelikož se jednalo o informanty z východních Čech a bylo tak obtížnější domluvit se na termínu a místě střetnutí. Rozhovory trvaly různě dlouho, někteří jedinci byli hovornější, někteří odpovídali stručně. Obecně lze shrnout, že každý rozhovor trval necelých 60 minut. Rozhovor byl ve většině případech nahráván na telefonní zařízení a následně přepsán.

Na schůzky byly vždy připravené otázky pro rozhovor, které byly upraveny zvlášť pro pracovníky a zvlášť pro náhradní rodiny, které jsou zobrazeny v tabulkách č. 1 a č. 2 v kapitole 4.2 Transformační tabulky. Pro rodiny byly sepsány více laicky, aby jim lépe porozuměly. Každý z nich dostal otázky před schůzkou, aby byl obeznámen, na jaké oblasti se bude rozhovor soustředit a byli tak připraveni. Šetření probíhalo od samotné přípravy, která probíhala v prosinci 2023, po rozhovory, které probíhaly v termínovém rozpětí od ledna 2024 do poloviny března 2024, a analýza získaných informací byla prováděna ve druhé polovině března 2024.

4.6 Reflexe rizik výzkumného šetření a etické aspekty

Jako u každého výzkumného šetření i zde může nastat několik rizik, které by mohly ohrozit výsledky tohoto šetření. Záleží na spoustě faktorech, které by mohly získané informace ovlivnit, jedná se například o délku péče o dítě se zdravotním znevýhodněním, druh znevýhodnění, zkušenostech, které pracovníci i náhradní rodiny mají, zda správně porozumí podané otázce, zda se nebudou bát odpovědět pravdivě apod. Pracovníci i rodiny se nejvíce obávali o zveřejnění jejich identity. U každého z nich je proto zajištěna anonymita. Každý byl také před samotným rozhovorem seznámen s otázkami, tématem a cílem bakalářské práce.

Velikou výhodou byl právě rozhovor, kdy se informanti mohli dále doptávat a tazatel se mohl doptávat jich. Možnost dotazování i přečtení otázek před samotným rozhovorem informanti velmi ocenili.

5 Analýza a interpretace získaných informací

V následujících podkapitolách se budu věnovat analýze a interpretaci získaných informací z výzkumného šetření. Hlavním cílem šetření je zjistit, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP. Údaje jsem zjistila pomocí kvalitativní metody s využitím polostrukturovaných rozhovorů s deseti informanty. Rozhovory byly poskytovány čtyřmi pracovníky služeb (I1 – I4) a šesti členy náhradních rodin (I5 – I10), jejich charakteristika je uvedena v kapitole 4.4. Charakteristika informantů, kde jsou označeni I1 – I10. Tazatelské otázky a výzkumné cíle jsou přehledně zobrazeny v transformačních tabulkách č. 1 a 2, v kapitole 4.2. Transformační tabulky.

Následující shrnutí a interpretace obsahují poznatky z rozhovorů, porovnávání a shodování, a občasné citování od daného informanta. Shrnutí bude spíše rozděleno na odpovědi od pracovníků a od rodin. Pracovníci mají více zkušeností, kdežto tázané rodiny mají jednu případně dvě zkušenosti, a tak pracovníci poskytují více objektivní odpovědi. V příloze je poskytnuta transkripce jednoho rozhovoru s maminkou, která má v péči holčičku s postižením (I5).

5.1 Dílčí výzkumný cíl č. 1

Prvním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jakou mají náhradní rodiny motivaci pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním pohledem pracovníků a náhradních rodin.

V prvním dílčím cíli byla zkoumána motivace a potřeby náhradních rodin k přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním. Zjišťovalo se, jak na tuto problematiku nahlíží pracovníci služeb i členové náhradní rodiny. K dotazování byly využity otázky TO1-TO4 a TO10-TO12 z transformačních tabulek č. 1 a č. 2.

Informanti I1-I4 se shodují, že ve většině případů, náhradní rodiny spíše nemají zájem o děti, které jsou postižené. Pracovnice I1 zdůraznila, že „*nemůžeme mít nikomu za zlé, že dítě s postižením nechtějí, není to vůbec lehká situace.*“ Jelikož se v některých případech jedná o velmi náročnou péči. „*Nový rodiče musí zvážít, jestli péči zvládnou psychicky, fyzicky i finančně.*“ (I3) Co se týče finanční stránky, I1 si myslí, že „*finanční překážku by mohla odstranit vyšší finanční podpora.*“

Pracovnice se dále shodují v názoru, že nejdůležitější je v přípravě na přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním informovat náhradní rodiny. Pracovnice I1 si stojí za tím, že „rodiny musí být natvrdo informováni o tom, co je čeká, co bude péče o postižené dítě obnášet.“ Rodiny se nesmí přemlouvat o tom, že situaci zvládnou, dokud si to sami dobře nepromyslí a situaci kladně nevyhodnotí. Pokud se rozhodnou si dítě vzít, musí jim být poskytnuty informace o pomoci a podpoře, které se nabízejí, aby věděly, na koho se mohou později obrátit. Pracovnice I2 a doplnila, že „je také důležité, pokud je to tedy možné se s dítětem seznámit, sepsat si jeho potřeby a záliby, aby se mohly rodiny dále lépe připravit na přijetí.“ Má zkušenosti, že to může usnadnit celý proces, jelikož rodiny mohou lépe připravit sebe, blízkou rodinu i rodinné prostředí, například připravit dítěti do pokoje hračky, které má rádo. Poznáním také posilní citové pouto, který mezi s sebou budou budovat. Pracovnice I3 a I4 ještě doplňují, že je důležité informování ostatních členů rodiny, především sourozence, že do jejich rodiny přibude nové dítě, které může vyžadovat vyšší pozornost a péči.

Naopak rodiny se v tomto směru moc neshodovaly. Ke stejnému názoru dospěly rodiny I6, I7 a I9, jelikož tyto rodiny děti znaly dříve před samotným plánovaným přijetím a chtěly děti dostat pryč z původního, podle nich nevhodného, zázemí. Informant I7 se pro přijetí bratra do péče rozhodla, jelikož nechtěla přerušit rodinné vazby, a aby bratr skončil v některém ústavním zařízení. Maminka I9 si vzala do péče dva kluky z dětského domova, kde pracovala a nechtěla je tam nechat, protože nikoho jiného neměli a nejevil o ně nikdo jiný zájem. Maminka I6 uvedla, že dítě již znala, jelikož se jednalo o dítě její kamarádky, která se o něj nedokázala postarat, jelikož podlehla alkoholové závislosti. Do této skupiny by se dala zařadit i rodina I5, kde holčičku přijali, jelikož o případu věděli a znali holčičku od jiných přechodných pěstounů, ale původně se měla holčička vrátit zpět k biologické matce, to se nakonec nestalo a místo toho, aby holčička skončila v ústavních zařízení, vzali si ji k sobě.

Maminka I8 přijala chlapečka do péče, jelikož má své biologické dítě s postižením a neměla tak problém přijmout dítě se znevýhodněním a dopřát mu tak nové rodinné prostředí. Pouze ona z informantů uvedla, že měla zájem o přijetí dítěte s postižením.

Rodina I10, když podávala žádost o zprostředkování NRP, neměla vůbec v plánu si dítě s postižením brát do péče. „*Když mě ale oslovili s tím, jestli bych nechtěla poznat holčičku, která má ADHD a FAS, nevím proč, ale kývla jsem na to. A když jsem ji viděla a strávila s ní chvíli čas, nedalo mi to a řekla jsem si, že to zvládneme. Byla jsem ráda, že někomu pomůže a doma nebudeme zase sami.*“ Její biologické děti jsou již dospělé.

Ani jedna z dotazovaných neuvedla, že by nemohla mít děti, tedy důvod, který je často uváděn v odborné literatuře. Dalšími zmiňovanými důvody v teoretické části je pomoci rodinným příbuzným, kteří se nemohou o dítě postarat. Tato situace nastala u rodiny I7.

Když jsem se náhradních rodin ptala na jejich potřeby před přijetím dítěte, odpovídaly povětšinou v souladu s teoretickými poznatky. Potřebovaly být především dobře informovány o tom, jaké má dítě postižení a jaké jsou případné možnosti pomoci, či léčby. U jedné informantky I5 se především změnilo to, že si uvědomila, že na prvním místě musí být ona sama, aby mohlo vše fungovat. U ostatních především mít čas na svou biologickou rodinu a neupřednostňovat dítě s postižením. U všech náhradních rodin se uskutečnilo konečné smíření s tím, že mají v rodině dítě s postižením.

5.2 Dílčí výzkumný cíl č. 2

Druhým dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jak probíhá přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním v novém rodinném prostředí pohledem pracovníků a náhradních rodin.

Ve druhém dílčím cíli byl zkoumán průběh přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním v novém rodinném prostředí. Zjišťovalo se, jak na tuto oblast pohlíží pracovníci i náhradní rodiny. K dotazování byly využity otázky TO5-TO7 a TO13-TO16.

Informanti (I1-I4) se shodují, že každá příprava i proces zprostředkování je velmi individuální. Pracovnice I4 zmiňovala, že je zde potřebné více se zaměřit na dítě, aby se jednalo v jeho nejlepším zájmu. Tato pracovnice mluvila za sebe i za ostatní její kolegyně, že se snaží nalézt rodiny, které dítěti s postižením poskytnout „*bezpečné, milované prostředí, kde ho budou chtít, aby dítě mělo možnost rozvíjet se a žít plnohodnotný život.*“ (I4)

Všechny pracovnice (I1-I4) si stojí za tím, že podstatná je příprava rodin na přijetí dítěte obecně, obzvlášť pak u dětí se zdravotním znevýhodněním. Pokud je dostatečná příprava rodičů i zbylých blízkých rodinných příbuzných, je proces přijetí jednodušší. Je potřeba, aby byly informovány o zdravotním stavu, možnostech pomoci a podpory. Dále I1 nezapomíná na důležitost informování sourozenců, ti to podle ní nesou nejhůř „do rodiny přijde někdo cizí a má najednou více věnované pozornosti, než měl doposud.“ To doplňuje I4 „mimo sourozence je potřeba informovat i blízkou rodinu, protože až dítě do rodiny přijde, mělo by být přijato kladně, a ne aby se cítilo, jako že tam je navíc.“

Pracovnice se dále shodují a upozorňují, že by se mělo jednat v tom nejlepším zájmu dítěte. Mělo by se dát na pocity dítěte. „Dítě by se mělo cítit v novém domově dobře, mít pocit bezpečí a jistoty.“ (I4)

Ohledně informovanosti se dostáváme zpět k teoretické části, kde je právě velmi zdůrazňováno, rodiny musí vědět o postižení, pokud tuto skutečnost pracovníci vědí, dále by měly vědět, že existují různé pomocné organizace a finanční příspěvky. Potvrdila se také důležitost přípravy rodiny na přijetí.

Náhradní rodiny již více hovořily o přípravě přijetí dítěte s postižením a adaptací dítěte v rodinném prostředí. Jejich příprava se dělí na dva možné procesy. Před samotnou schválenou žádostí museli I5, I6 a I10 projít přípravou – kurz přípravy, kontroly OSPOD, rodiče I5 chodili dobrovolně na přednášky o daném postižení apod. „to, že jsme chodili na přednášky o epilepsii, bylo pouze naše rozhodnutí.“ Ostatní (I7, I8 a I9) nepodstupovali žádnou přípravou, jelikož se jednalo o nezprostředkovanou péči.

Co se týče překážek a problémů, které nastaly v jejich procesu zprostředkování NRP tak se jednalo o individuální překážky. Rodiny I8 a I9 neviděly zpětně žádný problém, který by nastal. I10 u přijímání dítěte neměla možnost pomoci od doprovázejících organizací, jelikož doprovodné organizace vznikly později. Informantka I7 měla problém na zvyknutí nového režimu, ale to se později vyřešilo samo bez pomoci pracovníků. U rodiny I6 měli zdlouhavé soudní řízení, jelikož biologická matka byla trestně stíhána, využívali pomoc OSPOD.

Všechny dotazované rodiny se dále shodují, že jejich rodina a blízké okolí fakt, že přijmou dítě s postižením přijali kladně, až na pár výjimek, se kterými se setkala I6 a I7,

kde se s touto skutečností nesmířily matka a tchýně. U I7 je celkově s matkou špatná komunikace, je alkoholička a o děti nejeví žádný zájem.

5.3 Dílčí výzkumný cíl č. 3

Třetím dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám a jejich využití pohledem pracovníků a náhradních rodin.

Ve třetím dílčím cíli probíhalo zjišťování možností pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám s dítětem se zdravotním znevýhodněním a jejich využití. Zjišťovalo se, jak tyto možnosti pracovníci i náhradní rodiny vidí a jaké mají zkušenosti s využíváním služeb. K dotazování byly využity tazatelské otázky TO8, TO9 a TO17-TO19.

Všechny dotazované pracovnice (I1-I4) uvedly a popsaly služby, které nabízí jejich organizace. Tyto výpovědi potvrdily poznatky z teoretické části. Každá z nich nabízí poradenství především specializované na jejich oblasti, ale každá má základní vědomosti z oblasti NRP, administrativy apod. I1, I3 a I4 se spíše zaměřují na pomoc z administrativní stránky – vyřizování sociální dávek, oslovování a navazování spolupráce s dalšími sociální službami a organizacemi. I2 vyzdvihovala především jejich spolupráci s dětmi a rodinami, kterým ukazují, jak se dá pracovat na vývoji dítěte, samozřejmě pokud to zdravotní znevýhodnění dovolí, pomáhají ale také po právní stránce a navazováním dalších spoluprací s jinými službami. Pracovnice (I1-I4) se shodly, že náhradní rodiny využívají jejich služeb, které nabízejí, především pomoc s administrativou. I1 nabízela možnost zvýšení finanční podpory pro rodiny, které mají dítě se zdravotním znevýhodněním v péči z důvodu vyšší finanční zátěži – diety, kontroly u doktorů apod.

Pracovnice (I1-I4) se také shodují, že aktivně nabízejí své služby, ale jejich využití již závisí na rozhodnutí náhradních rodin. Využití služeb pak také závisí na individuální potřebě a situaci každé rodiny. Pokud rodiny mají pocit, že samy situaci zvládají, či mají dostatečnou rodinnou podporu, anebo postižení dítěte není tak veliké, nemají potřebu služby využívat, a tak nabízenou pomoc nevyhledávají.

I1 zmiňovala důležitost vzájemné pomoci, které např. využívají pěstounské rodiny, tvrdí, že „*pěstouni jsou poměrně semknutá komunita a dokážou si pomáhat i navzájem.*“ S tímto tvrzením mám i menší zkušenost z hledání respondentů. Když jsem hledala své informanty a přidala se tak do jedné skupiny, která je určena pro pěstouny. Každý den sem jedinci přidávali příspěvky s otázkami či prosbami, a nebyl příspěvek, který by byl bez odpovědi – rádi si navzájem, kde hledat pomoc, na koho se obrátit nebo prozrazují, jaké mají oni zkušenosti.

Poskytování služeb je tak dle názorů pracovníků (I1-I4) velmi individuální. Ne každá rodina potřebuje pomoc, pokud ano, záleží na mnoho faktorech, podle kterých se pracovníce musí řídit, aby jejich pomoc a podpora byla dostatečně přizpůsobena potřebám rodiny i dítěte.

Co se týče dotazovaných rodinných členů (I5-I10), zde se jejich názory rozdělují, jedna strana tvrdí, že pomoc od pracovníků nepotřebují, nebo jim nebyla poskytnuta, a druhá s tímto názorem nesouhlasí, a spolupráci se službami chválí a plně využívají, nebo využívali. Konkrétně informanti I7 a I10 si vystačí sami, s žádnými sociálními službami aktivně nespolupracují. Rodiny I5 a I8 služby moc nevyužívaly, ale teď s nimi navazují spolupráci. Rodina I5 má v péči holčičku, která vyžaduje celodenní péči, rodiče jsou již staršího věku a bohužel jim pomalu nestačí síla na to, aby se o ni dokázali postarat, a tak přemýšlí o dalších možnostech. V tuto chvíli využívají odlehčovací centrum, které jim zatím stačí. Maminka I8 zas našla diagnostické centrum, do které dítě dochází. Potřebují tedy spíše pomoci s volným čase pro sebe, který je také velmi důležitý.

Druhou skupinu tvoří informanti I6 a I9. Tyto rodiny si práci pracovníků nemohly vynachválit. Využívají nejčastěji ranou péči, OSPOD a jejich doprovázející pracovníce. Nejčastěji se na ně obrací v administrativní a právní oblasti.

5.4 Shrnutí výsledků a vyhodnocení hlavního výzkumného cíle

Hlavním cílem empirické části bylo *zjistit, jak probíhá proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP pohledem pracovníků služeb a členů náhradních rodin*. Z hlavního cíle byly vytvořeny tři dílčí cíle. První se zabýval motivací a potřebami náhradních rodin, druhý byl zaměřen na adaptaci dítěte v nové rodině a třetí se věnoval možnostem a využitím služeb. Pro tyto tři cíle byly zkoumány pohledy pracovníků a náhradních rodin. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Důvodem výběru byla možnost volnosti zasáhnutí do rozhovoru, tedy možnost doptávání informantů i tazatele a zasáhnutí, jelikož se jedná o citlivé téma.

Z rozhovorů plyne velmi důležitý bod a to, že každý proces NRP je velmi individuální. Ve všech situacích, záleží zejména na druhu a stupně postižení dítěte. Dále záleží na zvládnutí situace, které závisí i na psychické a fyzické stránce, finanční i rodinné. Nikoho nelze nutit, aby přijal dítě s postižením, pokud sám ví, že by situaci nezvládl nebo nemá vhodné prostředí, do které by dítě přijal.

K hlavnímu cíli bylo zjištěno, jaké mají zkušenosti náhradní rodiny i pracovníci služeb. Zjistilo se, jaké byly motivace a potřeby rodin a zda byly naplněny. Dále se zabývalo adaptováním dítěte v nové rodině, zda nastaly nějaké překážky, kterým by se dalo případně u jiných rodin předejít a jak aktivně jsou využívány služby pracovníků z oblasti NRP a pracovníků, které se zaměřují na děti se zdravotním znevýhodněním.

Z každého rozhovoru vyplynulo, že každá rodina a jejich situace je velmi individuální.

Z poznatků prvního dílčího cíle vychází, že rozdíl přichází už u přijímání dítěte, kdy se náhradní rodiny mohou rozhodnout, zda dítě s postižením přijmout chtějí anebo ne. Další rozpor nastává u zprostředkování NRP, kdy například právě pěstouni musí projít různou přípravou a kontrolou OSPOD a u nezprostředkovaných pěstounů se tyto kontroly moc neprovádějí. Motivace a potřeby pro přijetí dítěte byly rozmanité, jednalo se především o vysvobození dítěte z nevhodného prostředí anebo o získání pozornosti a srdce členů náhradních rodin. Jejich potřeby byly ve většině případů naplněny.

Mezi jejich nejčastější potřeby patří informovanost o zdravotním postižení, o možné pomoci, či mít čas i na sebe a biologickou rodinu.

Z výsledných odpovědí tazatelských otázek k druhému dílčímu cíli plyne, že i samotná adaptace je velmi individuální. Ve většině případech ale spíše dochází ke kladnému přijetí dítěte do rodiny, kdy dítě berou za vlastní. Málokterá rodina prožívá nepřijetí dítětem okolí, či ve školském zařízení. Žádná rodina tuto zkušenost nepotvrdila.

Ke třetímu dílčímu cíli bylo zjištěno, že rodiny jsou informováni o existenci služeb, na které se mohou obrátit, pokud by potřebovaly. Nejčastěji využívají pomoc v administrativě a případných soudních jednání. Rodiny se dále obrací na služby rané péče, především na jejich pomoc v rozvoji dítěte.

Co se týče oblastí pro zlepšení, byla navržena vyšší možnost finanční podpory pro rodiny, jelikož péče o zdravotně znevýhodněné dítě je finančně náročnější než péče o zdravé dítě. Některým rodinám chybí nedostatečná informovanost pracovníků o méně častých onemocněních. Doporučují větší edukaci pracovníků ohledně zdravotních postižení, jelikož jejich dítě má postižení, o kterých není moc známo a nebyla jim poskytnuta dostatečná pomoc z jejich pohledu a museli se obrátit na odborníky v jiném kraji, či zemi. Dalším prostorem pro zlepšení je podpora možnosti seznámení se s dítětem před rozhodnutím o přijetí do péče.

Závěr, diskuse a doporučení

Tématem bakalářské práce je Náhradní rodinná péče pro děti se zdravotním znevýhodněním. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou, která z ní vychází.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly, z toho poslední je sloučením dvou předchozích kapitol. První kapitola *Náhradní rodinná péče* definuje tento pojem a rozebírá, jaké formy NRP existují. Dále se věnuje zprostředkování tohoto procesu, objasňuje jeho fáze a důležitost tzv. attachmentu, citové vazby. Ve druhé kapitole je definováno *Zdravotního znevýhodnění* a jeho druhy. V této kapitole jsou vyjmenovány sociální služby a další služby, na které se rodiny nebo samotní zdravotně znevýhodnění jedinci mohou obrátit s prosbou o pomoc či podporu. Třetí kapitola je spojením prvního a druhého tématu, zabývá se se problematikou *Dítěte se zdravotním znevýhodněním v NRP*. V této kapitole je věnována část přípravě náhradních rodin na přijetí dítěte se zdravotním postižením do NRP, která souvisí s potřebami náhradních rodin v tomto procesu. Další část se zabývá adaptací dítěte v novém rodinném prostředí. V závěru je věnována kapitola formám pomoci a podpory, které rodiny mohou využívat.

Na teoretickou část navazuje část empirická. V této části je blíže přiblížena metodika výzkumného šetření. Empirická část popisuje zvolenou výzkumnou strategii a postupy, hlavní a dílčí cíle. Dále jsou zde charakterizováni informanti, kteří byli zvoleni pro výzkumné šetření a je popsán jeho průběh a realizace. Následuje podkapitola obsahující sebereflexi a etické aspekty, spolu s riziky výzkumného šetření. V poslední části jsou vyhodnoceny výsledky výzkumu.

Hlavním cílem práce bylo *zjistit, jak pohlíží pracovníci služeb a náhradní rodiny na proces přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do NRP*. K dosažení hlavního cíle byla využita kvalitativní metoda prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s náhradními rodinami, které mají v péči dítě s postižením a pracovníky, které mají s těmito rodinami zkušenost. Pro výzkum bylo zajištěno deset rozhovorů. Čtyři rozhovory byly provedeny s pracovníky služeb, které mají zkušenosti s NRP a s dětmi s postižením. Konkrétně se jedná o pracovníky OSPOD, odbornou poradkyní rané péče, pracovníci z institucionální výchovy dětí a mládeže a doprovázející pracovníci pěstounů. Jako zbylí

informanti byli členové náhradních rodin, které pečují o dítě se zdravotním znevýhodněním. Pro výběr výzkumné strategie bylo rozhodnuto na základě možnosti širšího pohledu informantů i tazatele, kteří mohli do rozhovorů vstupovat a dotazovat se, či doplňovat tazatelské otázky a rozšířit tak téma případně o další poznatky. Dalším důvodem pro zvolení této strategie byla citlivost tématu. Na druhou stranu mohou nastat obavy, zda informanti odpovídali na položené otázky pravdivě, zda se i přes ujištění anonymity, nebáli být upřímní a neodpovídali tak, aby nebyla poškozena jejich organizace, či jejich péče o dítě. Odpovědi dále mohou být ovlivněny zkušenostmi, které informanti mají – každá situace je velmi individuální, jak již plyne z teoretické i praktické části.

Z hlavního výzkumného cíle byly formulovány tři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jakou mají náhradní rodiny motivaci pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním pohledem pracovníků a náhradních rodin. Tento cíl zjišťoval motivaci a potřeby, které náhradní rodiny pocítují při přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do péče. První cíl měl zajistit odpovědi, jak by se daly náhradní rodiny motivovat pro přijetí dítěte se znevýhodněním a jak jsou jejich potřeby naplněny. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak probíhá přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do rodinného prostředí pohledem pracovníků a náhradních rodin. Tento cíl byl zaměřen na popis procesu přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním a adaptace dítěte v rodinném prostředí. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění možných překážek, které mohou nastat a jejich případné řešení, aby se situacím předcházelo. Poslední dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti pomoci a podpory od pracovníků náhradním rodinám a jejich využití pohledem pracovníků a náhradních rodin. Poslední cíl se zabýval popisem a analýzou možností pomoci a podpory od služeb pracovníků a využívání těchto služeb. Třetí cíl zjišťoval, jak se služby a podpora využívají a jak by se dalo případně dále rodinám pomáhat.

Výsledky výzkumného šetření ukazují na naplnění hlavní cíle. Bylo zjištěno, jak některé náhradní rodiny i pracovníci služeb nahlíží na přijímání dětí se zdravotním znevýhodněním do NRP. Byly zjištěny motivace a potřeby rodin, jak probíhala adaptace dítěte v rodině a jak využívají některé služby a případně které. Z výsledků výzkumného šetření tedy vyplývá, že přijetí dítěte nemusí být pro každého jednoduchou záležitostí, rodiny i pracovníci zúčastnění výzkumu toto tvrzení potvrdili. Některé rodiny mají

jednoduchý proces zprostředkování, některé se bohužel setkávají s nepříznivou situací a s překážkami, jako je soudní jednání, zhoršení zdravotního stavu dítěte apod. Pokud rodiny projdou procesem zprostředkování, nastává fáze adaptace dítěte v nové rodině. Žádný informant nemá špatnou zkušenost s přijetím v rodině. Až na pár výjimek, děti byly přijaty v rodině za vlastní. V tomto případě si pracovníce stály za tím, že podstatné je připravenost rodin před samotným přijetím dítěte do rodiny – měly by být dostatečně informovány, společně s jejich nejbližší rodinou. Nejpodstatnější je v tomto procesu, aby bylo myšleno na dítě, jak se bude cítit, na jeho pocity je přihlédnuta největší pozornost.

Z výsledků výzkumného šetření v porovnání s teoretickou částí je patrné, že se ve většině případech shodují. Příkladem mohou být potřeby náhradních rodin, které se shodují s teoretickými poznatky. Každá rodina potřebuje být především informována o zdravotním stavu dítěte a být podporována rodinou, případně i službami. Naopak se v této práci liší například důvod pro přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do péče. V praxi vyšlo najevo, že se jedná o touhu vysvobození dítěte z nevhodného prostředí anebo získání si srdce náhradních rodin, v teorii se uvádí neplodnost a úmrtí biologického dítěte. Toto tvrzení, ale nemusí platit ve všech případech, jelikož záleží na výběru rodin i pracovníků.

V praxi by se výsledky daly využít jako reflexe pro pracovníky, že dobře informují o možnostech pomoci a podpory. Služby, které se rodinám nabízejí, jsou využívány. Co se týče zlepšení, možná by stálo za to zvýšit a podpořit možnosti se s dítětem seznámit a vidět na vlastní oči, že postižení dítěte nemusí být nezvladatelné. Samozřejmě záleží, jaké jsou možnosti pro uskutečnění, zdali by tato možnost byla vhodná, pro každé postižení. Nelze nikoho nutit, aby si dítě do péče vzal, pokud ví, že to nezvládne a mimo jiné stále upozorňovat na to, že v dnešní době je spousta služeb a forem podpory, které rodiny mohou využívat, a že nikdy na to nebudou sami.

Pro případné další zkoumání v oblasti NRP, kde pečují o dítě se zdravotním znevýhodněním by se dalo doporučit hlubší zaměření na konkrétní druhy zdravotního postižení. Dále prozkoumat, jak více podpořit přijetí znevýhodněných dětí.

Použitá literatura a prameny

- BENDOVIÁ, P. 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- BOWLBY, J. 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- FISCHER, S. a ŠKODA, J. 2014. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada.
- HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2010. *Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými*. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- KOVAŘÍK, J. 2004. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál.
- KREJČOVÁ, L.; STRNADOVÁ, I.; VÁGNEROVÁ, M. 2009. *Náročné mateřství – být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. 2000. *Oftalmopedie*. Brno: Paido.
- MATĚJČEK, Z. a kol. 1999. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál.
- MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených*. Jihočany: H&H.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATULAY, K. IN LECHTA, V. 1994. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- NOŽÍŘOVÁ, J. 2012. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Linde.
- OPATŘILOVÁ, D. 2006. *Pedagogicko – psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita.

- PAZLAROVÁ, H., 2016. *Pěstounská péče: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- RENOTIÉROVÁ, M. a LUDVÍKOVÁ, L. a kol. 2003. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- SCHOOLEROVÁ, J. E. 2002. *Adopce – vztah založený na slibu: Užitečné rady a prostředky pro adoptivní rodiče a pěstouny*. Praha: Návrat domů.
- SOBOTKOVÁ, I. 2003. *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. Praha: MPSV ČR.
- SOVÁK, M. 1984. *Defektologický slovník*. 2., uprav. vyd. Praha: SPN.
- ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- TOMEŠ, I. 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. 2011. *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče.
- VOCILKA, M. 1999. *Dětské domovy málo spolupracují s pediatry*. Praha: Zdravotnické noviny.

Internetové zdroje

Citát. „*Rodina je kdokoli, kdo tě miluje bezpodmínečně.*“ [online]. Citáty slavných osobností [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/1959727-ralph-smart-rodina-je-kdokoli-kdo-te-miluje-bezpodminecne/>

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. [online]. MPSV. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. [online]. MPSV. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. MPSV. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. [online]. MVZ. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2010-10>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek – pracovníci služeb.....32

Tabulka 2: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek – náhradní rodiny..... 34

Seznam příloh

Příloha 1 – přepis rozhovoru I5

Příloha – přepis rozhovor I5

Rozhovor s rodinou I5. Rozhovor probíhal s maminkou, následující přepis je sepsán doslovnými odpověďmi. Odpovědi jsou upravené tak, aby byla zachována anonymita (tzn. místo jména je zde mluveno o holčičce anebo o dítěti; názvy nemocnic, měst a kraje nejsou zmiňovány)

1. Jaké má dítě zdravotní znevýhodnění? Jak dlouho ho máte v péči? Věděla jste, že přijímáte dítě se zdravotním postižením?

„Byla jsem pěstoun na přechodnou dobu. První jsem měla miminko z porodnice a po třech měsících se holčička vrátila k mamce. Holčička byla moje druhé. Byla rok u přechodné pěstounky, ale ta už to nezvládla, a tak kraj oslovil mě, zda jsem ochotná si vzít dítě s epilepsií. Kývla jsem na to. S manželem jsme byli asi na třech přednáškách o epilepsii a malou jsme si začali předávat. Když jsem ji poznala chodila za ruku a vypadala jako normální roční dítě. Než jsme si jí stihli předat, tak skončila po záchvatu na osm dní v umělém spánku. Poté, co ji vzbudili, nám přes ombudsmana zařídili vyšetření v jedné nemocnici, jelikož matka nedala svolení k vyšetření. Vrtulníkem nás převezli z města na Moravě do středočeské nemocnice. Poté, co vyšly výsledky genetických testů, jí byla stanovena diagnóza syndrom Dravetové a z MRI vyšla mikrocefalie. Malou máme od jejích 14 měsíců a bude jí devět let. Syndrom Dravetové je popisovaný jako degenerativní onemocnění mozku.“

2. Co Vás vedlo k přijetí dítěte se zdravotním znevýhodněním do péče?

„Brala jsem si ji jako pěstoun na přechodnou dobu s tím, že jí v nejhorším o rok oddám ústav. Netušila jsem, jak těžké je rozhodnutí a představa, že dítě do ústavu skutečně vezete. Také jsem netušila, že nám ji kraj nesvěřil na rok, ale jen do té doby, než bude jasné, co jí vlastně je. Poté, co vyšly genetické testy, prohlásili asi dítě za beznadějný případ a po případové konferenci, která byla svolaná asi jen díky nám, jsme ji měli dát do ústavu. Byl jí rok a půl, kraj se všude v novinách chlubil, jak je jedním z prvních krajů, který děti do tří let do ústavu nedává a my měli holčičku zavést do kojeneckého ústavu. Po dohodě s krajem, že holčičce nepřestane hledat dlouhodobé pěstouny, jsme zažádali o dlouhodobou pěstounskou péči. Věděla jsem o ketogenní dietě, která se používá

na léčbu epilepsie a chtěla jsem ji u holčičky zkusit. Byla jsem rozhodnutá, dlouhodobé pěstouny pro dítě hledat i sama (i když se to nesmí).“

3. Co pro Vás bylo důležité (Vaše potřeby) před přijetím dítěte se zdr. znevýhodněním? A z jakého důvodu?

„S holčičkou jsem z prvních 100 společných dnů jsme 70 byly v nemocnici. Po každém záchvatu končila na Áru. Když se nám povedlo vydupat lék, po kterém jsme zvládali záchvaty doma, tak se kraj rozhodl ji dát do ústavu. Brala jsem to tak, že mě nechali vyžrat to nejhorší a pořád jsem byla přesvědčená, že děti minimálně do tří let by měli vyrůstat v rodinném prostředí, protože to se formuje mozek a je to to nejdůležitější období pro jeho vývoj.“

4. Jak se Vaše potřeby měnily před přijetím a v průběhu péče?

„Této otázce úplně nerozumím.“

5. Co pro Vás bylo podstatné před přijetím holčičky, a zda se to po nějaké době změnilo, nebo ne.

„Možná jsem ze začátku měla holčičku na prvním místě a mockrát jsem se dostala do krize, kdy jsem potřebovala pomoci. Když jsem hledala odlehčovací službu, tak mi z kojeneckého ústavu, kde ji původně chtěli všema deseti napsali, že by museli kvůli ní přijmout dvě sestry a nemají na ni volné kapacity. Postupně jsem priority přehodnotila a dala jsem na první místo sebe. Pokud u nás má zůstat co nejdéle je nejdůležitější, abych byla já v pohodě jak fyzicky, tak i psychicky. Dneska máme docela dobře vybrané tři odlehčovací služby, které používáme a já mám čas i na sebe.“

5. Jak probíhala Vaše příprava na přijetí dítěte se zdr. znevýhodněním? Co jste museli splňovat, co jste museli podstoupit apod.

„Oba s manželem jsme absolvovali školení pro přechodné pěstouny, které je delší než pro dlouhodobé pěstouny. Ale nic speciálního pro přijetí dítěte s epilepsií jsme absolvovat nemuseli. Speciální přednášky o epilepsii byla naše soukromá aktivita.“

6. Setkali jste se s nějakým problémem v průběhu procesu přijetí? Pokud ano, jak jste ho řešili?

„Problém během předávání bylo to, že po druhé schůzce u přechodné pěstounky holčička po záchvatu byla uvedena do umělého spánku. Mě jako přechodné pěstounce, která ji teprve přebere doktoři odmítali dát jakékoliv informace. Po probuzení a vyřízení předběžného opatření jsme letěli vrtulníkem do středočeské nemocnice. V nemocnici měli taky problém z předešlé nemocnice na Moravě dostat všechny potřebné informace o zdravotním stavu, já jsem byla úplně nová a taky jsem nic nevěděla. Nikdo nechápal, proč se malá dostala do stavu týdenního mimina. Nezvedla hlavičku, neotočila se. Bylo to dost depresivní. Téměř chodící dítě se proměnilo téměř v novorozeně. Než nás po měsíci propustili, tak se byla schopná v postýlce postavit, ale krůčky za ruku začala dělat až po téměř šesti letech. A nikdy samostatně asi chodit nebude.“

7. Jakou zkušenost máte se službami, které jsou poskytovány ze strany sociálních pracovníků? Jak jste se o této možnosti dozvěděli?

„Jestli myslíte OSPOD, tak ten nám nikdy v ničem moc nepomohl a stará se jen o biologickou matku.“

8. Jak Vaše rodina vnímala fakt, že chcete přijmout znevýhodněné dítě do NRP? A z jakého důvodu si to myslíte?

„Proti přijetí nikdo nebyl. Mám dvě dospělé dcery a skvělého manžela. Ale ten začátek s neustálými pobyty v nemocnici, kdy jsem zhubla deset kilo. ten byl opravdu těžký a všichni se o mě báli. I později, kdy se malá plíživě zhoršovala, postupně úplně přestala žvatlat a teď jen občas zabrouká, už dva roky má zavedený PEG (je krmená hadičkou přes břicho do žaludku), tak smířit se s tímto stavem nebylo jednoduché.“

9. Jak Vaše nejbližší rodina reagovala na prvotní setkání s dítětem? Co by pomohlo pro lepší přijetí?

„Domů jsme se dostaly až po měsíci stráveném v nemocnici. Manžel i dcery za námi jezdili. Tak úplně nevím, co k tomu víc říct.“

10. Jak myslíte, že Vaše rodina vnímá dítě teď? Co se změnilo?

„Asi jsme se se stavem dítěte postupně smířili. Užíváme si času, kdy je v pohodě a není nemocná. Dcery do péče o ní nijak nezapojuju. Starší dceři se mezitím narodili tři děti a já se snažím být i babičkou, což se dá jen s využitím odlehčovacích služeb.

Jen bych ráda doplnila následující:

Holčička má svůj svět a díky nám je to šťastné a spokojené dítě ve svém světě. My jsme díky ní nikdy nepoznali syndrom "prázdného hnízda" a máme ji rádi. Dává nám pocit, že nás někdo potřebuje. A když nás vezme kolem krku a přitulí se, je to asi ta největší odměna. Víme, že jednou ji do ústavu dát budeme muset. Letos nám je s manželem oběma šedesát. Holčičce bude devět, váží 20 kg, je plně na plenách a musí se přebalovat a všude nosit. Nikdy jsem nelitovala, že jsme do toho šli, jen jsem dost dlouho v hlavě řešila, jestli jsem měla právo do toho svou rodinu zatáhnout. Dost dlouho jsem taky měla výčitky, že nejsem babička, jaká bych mohla být. Ale teď už to máme docela dobře zavedené se stacionářem a dvěma odlehčovacími službami. A jsem teď spokojení. Dítěti nedávno schválili Vagový stimulátor a čekáme na termín operace. Je to asi poslední pokus, jak zvládat víc záchvaty, které mívá každý týden. Jezdíme s ní k jednomu z nejlepších doktorů doktorů na Draveta v republice, zkusili jsme ketogenní dietu, má ty nejnovější léky, které jsou dostupné. Nic z toho by v ústavu neměla, a tak trochu si myslíme, že by z ní možná byl ležák. Ani po osmi letech jsem si na ty hnušné záchvaty nezvykla. Vždycky musí okamžitě dostat Buccolam do pusy a pak člověk jen čeká až to skončí, a cítí se naprosto bezmocný.“