

Dítě se zdravotním postižením v pěstounské péči

Martina Říhová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina ŘÍHOVÁ**
Osobní číslo: **H09153**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Dítě se zdravotním postižením v pěstounské péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti náhradní rodinné péče v České republice.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ARCHER, Caroline. Dítě v náhradní rodině: nejčastější problémy při výchově mladších dětí v náhradní rodině. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-578-4.

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

KONEČNÁ, Hana. Na cestě za dítětem: dvě malá křídla. Praha: Akademia, 2003. ISBN 80-200-1055-6.

MATOUŠEK, Oldřich et al. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Milan Smola**

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7. 4. 2012

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce vzhledem k šíři problematiky pěstounské péče i fenoménu zdravotního postižení poskytuje základní informace z této oblasti. Zabývá se zdravotním postižením, klasifikací, příčinami vzniku zdravotního postižení, charakterizuje pěstounskou péči a proces zprostředkování. Pozornost je zaměřena na psychickou deprivaci, včetně následků deprivace poškození. Dále se zabývá biologickým a psychologickým rodičovstvím, motivací k přijetí dítěte, adaptačním procesem dítěte v náhradní rodině a kategorizací psychických potřeb. Praktická část práce je zaměřena na zmapování životních situací rodin, které přijaly do individuální pěstounské péče dítě se zdravotním postižením.

Klíčová slova: náhradní rodinná péče, pěstounská péče, deprivace, motivace, adaptace.

ABSTRACT

In consideration of the broadness of the foster care issue and the health disability phenomenon, this bachelor thesis provides basic information from this field. The work deals with health disability, classification, causes of the health disability, it describes foster care and the intermediation process. Attention is focused on psychical deprivation, including the results of deprivation damage. The work also deals with biological and psychological parenthood, motivation to accept a child, adaptation process of a child in a new family and categorisation of psychological needs. The practical part of the thesis focuses on mapping the life situation of families who accepted a child with health disability into foster care.

Keywords: substitute family care, foster care, deprivation, motivation, adaptation.

Chtěla bych poděkovat Mgr. Milanu Smolovi za čas, odborné vedení, pomoc a cenné rady a připomínky, které mi poskytl při zpracování bakalářské práce.

S velkou pokorou vyjadřuji svůj obdiv pěstounským rodinám, které se na výzkumu spolupodílely. Současně jim touto cestou děkuji za jejich vstřícnost, ochotu a především otevřenost.

Děkuji také své rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytli nejen v období psaní bakalářské práce, ale i po celou dobu mého studia.

Motto:

„Postižené děti mohou někdy vyrovnat svůj handicap dovednostmi v jiných oblastech, mohou mít výrazně zesílené vnímání jedním nebo více ostatními smysly či nevinnost, která jim dovoluje otevírat srdce druhých lidí. Tak je příroda obdarovává něčím navíc, aby jim pomohla přežít v našem světě“ (Archerová, 2001, s. 102).

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	13
1.1 DÍTĚ	13
1.2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	13
1.3 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE.....	13
1.4 PĚSTOUNSKÁ PÉČE	14
1.5 DEPRIVACE.....	15
1.6 MOTIVACE.....	15
2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	16
2.1 DEFINICE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	16
2.1.1 Klasifikace zdravotního postižení	17
2.1.2 Příčiny vzniku zdravotního postižení	17
2.1.3 Determinanty ovlivňující život lidí s postižením	18
2.2 PĚSTOUNSKÁ PÉČE JAKO JEDNA Z FOREM NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE	19
2.2.1 Poruchy rodičovské role	19
2.2.2 Pěstounská péče.....	20
2.2.3 Zprostředkování pěstounské péče	22
2.2.4 Indikace náhradní péče	23
2.3 PSYCHICKÁ DEPRIVACE	26
2.3.1 Pojem psychické deprivace	27
2.3.2 Typologie projevů psychické deprivace	27
2.3.3 Typy osobnosti deprivovaného dítěte.....	28
2.3.4 Následky psychické deprivace.....	29
3 DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ.....	32
3.1 REAKCE RODIČŮ NA NAROZENÍ DÍTĚTE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	32
3.1.1 Proces akceptace	33
3.1.2 Nepřijetí dítěte vlastní rodinou jako důvod pro ústavní péči	33
3.2 DÍTĚ S POSTIŽENÍM SOUČÁSTÍ NOVÉ RODINY	34
3.2.1 Rodičovství biologické a psychologické	34
3.2.2 Motivace k přijetí	36
3.2.3 Adaptace dítěte v nové rodině	37
3.3 POTŘEBY	38
3.3.1 Kategorizace psychických potřeb	38
3.4 VÝCHOVA A VZÁJEMNÉ VZTAHY	42
3.4.1 Výchova dítěte s postižením	42
3.4.2 Význam vzájemných vztahů	43
3.4.3 Původní rodina dítěte	44
3.4.4 Kontakty s původní rodinou	44

II	PRAKTICKÁ ČÁST	46
4	VÝZKUMNÁ ČÁST	47
4.1	CÍL VÝZKUMU	47
4.2	METODY VÝZKUMU A SBĚRU DAT	48
4.3	VÝZKUMNÝ VZOREK	49
4.4	VLASTNÍ VÝZKUM	53
4.5	ANALÝZA ROZHOVORŮ	54
4.6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	68
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	80
	SEZNAM TABULEK	81
	SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá náhradní rodinou, která přijala dítě se zdravotním postižením do pěstounské péče. Problematiku tohoto tématu jsem zvolila z důvodu osobního i profesního. V rámci své pracovní praxe přicházím do kontaktu s pěstouny i samotnými dětmi svěřenými do pěstounské péče. Pracuji v sociální oblasti, která zabezpečuje výplatu dávek pěstounské péče ze systému státní sociální podpory.

Domnívám se, že mnohým z nás, stejně jako mně, přišla někdy na mysl myšlenka na přijetí dítěte do pěstounské péče, adopce či krátkodobé poskytnutí „střechy nad hlavou“ dítěti, kterému nemůže jeho vlastní rodina dočasně péči z nejrůznějších důvodů zajistit. Najít sílu k realizaci tohoto nápadu není snadné, neboť se jedná o rozhodnutí zásadní a příliš vážné, a v podstatě nad možností pomoci dítěti převládají naše obavy a pochybnosti. Přiznám se, že rozhodnutí přijmout roli „náhradního rodiče“ považuji bez nadsázky za obdivuhodné a mimořádné. Lidé, kteří najdou odvahu a dokážou vědomě přijmout dítě se zdravotním postižením, ať už tělesným, mentálním či jiným, o které se jeho biologická rodina nemohla nebo nechtěla starat, mohu říct – pro mne jsou to lidé vzácní.

Ani pro ně nebylo jejich rozhodování snadné. Zvítězilo jediné: nebyl jim lhostejný osud dítěte, které na počátku svého života zažilo trauma z nepřijetí vlastní rodinou. Bez pomoci a otevřené náruče pěstounů by tyto děti neměly šanci vyrůst ve stabilním a harmonickém rodinném prostředí. Pěstouni „jdou do toho“ s plným nasazením, což vyžaduje mnoho úsilí a energie. O přijaté dítě intenzivně a trpělivě pečují, obětují své pohodlí, dávají jistotu a především – rozdávají lásku.

Teoretická část bakalářské práce vzhledem k šíři problematiky pěstounské péče i fenoménu zdravotního postižení poskytuje základní informace z této oblasti.

První kapitola obsahuje vymezení základních pojmů, následující kapitola se zabývá zdravotním postižením, klasifikací, příčinami vzniku zdravotního postižení i determinanty, které působí na život lidí s postižením. Charakterizuje též pěstounskou péči, zprostředkování pěstounské péče i indikační faktory a činitele, které ovlivňují umístění dítěte v jednotlivých institucích náhradní rodinné péče.

Ve druhé kapitole je dále pozornost zaměřena na psychickou deprivaci – vymezuje typologii projevů, hlavní typy osobnosti deprivovaného dítěte, včetně následků deprivacího poškození v určitém vývojovém období dítěte.

Třetí kapitola popisuje prožitky a reakce rodičů v zátěžové situaci, kterou představuje narození dítěte se zdravotním postižením. Navazuje část zabývající se biologickým a psychologickým rodičovstvím, motivací k přijetí dítěte, adaptačním procesem dítěte v náhradní rodině, členěním a kategorizací psychických potřeb a důležitostí vzájemných rodinných vztahů.

Praktická část bakalářské práce popisuje výzkum, výběr výzkumného vzorku, metody výzkumu i sběru dat. Na základě analýzy rozhovorů s pěstouny byla hledána odpověď na dílčí výzkumné cíle, které jsou v této části práce podrobněji specifikovány.

Příběh:

„Kolik z nás pěstounů vědělo před přijetím prvního dítěte, do čeho jdeme a co nás to bude stát? Kdo z nás měl představy, které odpovídaly realitě? ...

Kdo z nás do toho jde s plným vědomím toho, co to může obnášet a při zvážení všech pro a proti? Kdo z nás nebyl překvapen problémy, které nastaly? A kolik z nás bylo ovlivněno těmi „pohádkovými“ příběhy o pěstounství, které se čas od času objeví v tisku?

Leckterá žena jistě setře slzu dojetí nad tím, že nějaká rodina přijala šest různě postižených dětí a krásně jim to klope a řekne si: „Proč my si vlastně také nevezmeme nějaké dítě do pěstounské péče?“ Jistě si to řekne s dobrým úmyslem pomoci... Ale bude pak opravdu připravena na to, co může nastat? Copak se asi stane, když nějaká paní pod dojmem toho oslavného článku požádá o dítě do pěstounské péče?

Co udělá, až zjistí, že to není bezproblémový a dojemně vděčný andělíček ... Je několik možností ... Bud' to se bude zmítat v pocitech viny a tajit svůj problém před okolím, dokud někde něco „nebouchne“. Nebo si řekne, že dítě je nějaké „kazové“, když se nechová tak, jak čekala a vrátí ho. Nebo se k tomu počátečnímu šoku z rozporu mezi představou a realitou postaví čelem – začne pátrat, zjišťovat ... Pak se jí nejspíš hodně uleví, když zjistí, že není první, kdo něco takového zažívá a začne pracovat na řešení skutečných problémů. V tom nejlepším případě pak přijme své skutečné, nikoli zidealizované, dítě i s jeho minulostí a jeho problémy a nebude po něm chtít nemožné.“

Příspěvek pěstounky v diskusním fóru (zkráceno)

([online]. [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <http://www.pestounskapece.cz/kniha2.php>)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pro komplexní pochopení problematiky dítěte se zdravotním postižením v pěstounské péči je důležité objasnění následujících základních pojmů.

1.1 Dítě

Pojem dítě, přestože o dítěti má každý zcela konkrétní představu, je obtížné jednoznačně definovat. Bártová (In Bubleová, Vránová, Frantíková, 2011, s. 8) považuje dítě „*za specifickou bytost, která pro svoji bezmocnost a zranitelnost, pro fyzickou a sociální nepřipravenost na život vyžaduje péči a ochranu*“.

Pro účely sociálně-právní ochrany se dítětem rozumí každá bytost mladší 18 let, pokud zletilosti není dosaženo dříve.

1.2 Zdravotní postižení

Vágnerová (2008) definuje zdravotní postižení jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému, v důsledku kterého dochází k narušení, omezení či chybění některé ze standardních funkcí. Z hlediska psychologického se jakékoliv postižení neprojeví pouze poruchou funkcí orgánového systému, ale současně ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého a vytváří specifickou sociální situaci.

1.3 Náhradní rodinná péče

Za náhradní rodinnou péči je považována forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno jinými než biologickými rodiči v prostředí, které se podobá životu v přirozené rodině. Účelem náhradní rodinné péče je poskytnutí přechodné či dlouhodobé péče „náhradními rodiči“, přičemž kontakt s původní rodinou by měl být zachován, pokud možno v maximální míře (Matějček, 1999).

Typy náhradní rodinné péče znázorňuje následující schéma:



Obr. 1. Typy náhradní rodinné péče (Zdroj: vlastní zpracování)

Náhradní rodinnou péči upravuje zejména:

- zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí,
- zákon č. 94/1963 Sb., o rodině,
- zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

1.4 Pěstounská péče

„Pěstounská péče je státem garantovaná forma náhradní rodinné výchovy, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali“ (Matějček, 2002, s. 16).

Pěstounská péče je upravena zejména v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů (konkrétně v ustanovení § 45a – 45d) a v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Podmínky nároku na dávky pěstounské péče vymezuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

1.5 Deprivace

Deprivace je dle Vágnerové (2008, s. 53) „stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu“.

Objevuje se především u dětí z podnětově chudého prostředí, projevuje se zejména citovou nevyspělostí, nerovnoměrným vývojem a poruchami chování (Matějček, 2002).

1.6 Motivace

Šamánková (2011) definuje motivaci jako hybnou sílu našeho jednání a konání. Je to určitý psychický proces, který aktivuje naše chování a dává mu účel a směr. Můžeme říct, že je to vnitřní hnací síla, která vede k uspokojení nenaplněných potřeb, k dosažení osobních cílů. Je to vůle něčeho dosáhnout. Podle síly a intenzity motivace se jedinci dostává energie i odvahy k naplnění cílů. Na základě motivace vznikají motivy, tj. osobní příčiny určitého chování. Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby – stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, touha po něčem.

2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

2.1 Definice zdravotního postižení

V České republice existuje několik desítek klasifikačních přístupů a vymezení jednotné výstižné definice pojmu „zdravotní postižení“ je vzhledem k různorodosti, nekompatibilitě a nesouměřitelnosti systémů považováno za velmi obtížné či nemožné (Michalík, 2011).

Existence rozsáhlé řady klasifikačních kritérií je předmětem kritiky, neboť jiné legislativní vymezení je v rezortu školství, jiné v oblasti zdravotnictví a sociálních věcí. Diskuse o přijetí speciální právní normy, která by uceleně postavení občanů se zdravotním postižením upravovala, se vede několik let (Michalík, 2011).

V současné době je kladen důraz na užívání správné terminologie související se zdravotním postižením. Prosazovány jsou výrazy, které dávají větší prostor pro vnímání osobnosti člověka, dochází v české legislativě k nahrazování dříve užívaného označení „zdravotně postižený člověk“ termínem „člověk se zdravotním postižením“, dříve běžně užívaný pojem „tělesně postižené dítě“ je nahrazován termínem „dítě s tělesným postižením“. Používání správných pojmů a termínů však není jen teoretickým tématem. Užívání nesprávného označení může tuto skupinu lidí stigmatizovat či přispívat k nerovnosti, přesto je i v médiích často nevhodně užívána (Michalík, 2011).

Michalík (2011, s. 186) uvádí, že za zdravotní postižení je považován *„dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň zmírnit“*. Jde o stav, který výrazně redukuje reálné možnosti a životní šance člověka a negativně ovlivňuje kvalitu života postiženého (Michalík, 2011).

Světovou zdravotnickou organizací je pojem zdravotní postižení definován jako *„částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“* (Novosad, 2006, s. 16).

2.1.1 Klasifikace zdravotního postižení

Nejběžnějším způsobem vnitřní diferenciacce zdravotně postižených je model podle převládajícího zdravotního postižení.

Nejčastěji se setkáváme s postižením:

- **tělesným,**
- **mentálním,** včetně postižení duševního a poruchy autistického spektra,
- **zrakovým,**
- **sluchovým,**
- **řečovým** – narušením komunikační schopnosti.

Dále je nutné přiřadit

- **kombinovaná postižení** – kombinace jednotlivých postižení (např. hluchoslepota),
- **nemocné civilizačními chorobami** (Michalík, 2011).

V systému podpory osobám se zdravotním postižením je rozlišováno zdravotní postižení z hlediska projevů, důsledků, závažnosti a hloubky zdravotního postižení. Odlišná klasifikační kritéria se používají například u posuzování zdravotního stavu pro účely státní sociální podpory, institutu závislosti na péči, v oblasti sociálních služeb nebo zaměstnanosti (Michalík, 2011).

2.1.2 Příčiny vzniku zdravotního postižení

Příčiny vzniku smyslových, komunikačních či pohybových postižení mohou být různé, podílí se na nich poruchy genetických dispozic i působící vlivy vnějšího prostředí. Z hlediska důsledků pro další život jedince – jeho celkového rozvoje, i z hlediska subjektivně prožívané zátěže, rozlišujeme kategorii vrozených a později získaných postižení (Vágnerová, 2008).

Vrozené postižení (příp. v raném věku získané) – přestože vrozené postižení ovlivňuje ve větší míře vývoj dítěte a nemůže tedy získat určité zkušenosti, není tak subjektivně

traumatizující, jedinec si uvědomuje své omezené možnosti a je na svůj handicap adaptován.

Později získané postižení – představuje pro jedince větší psychické trauma, neboť má možnost srovnání, uvědomuje si ztrátu a aktuální stav považuje za horší či nepříjemný. Za určitou výhodu lze považovat zachování dříve získaných zkušeností, které jedinec s vrozeným postižením nemá (např. představa prostoru u jedinců později osleplých, zachovaná slovní zásoba u později ohluchlých, apod.) (Vágnerová, 2008).

2.1.3 Determinanty ovlivňující život lidí s postižením

Život lidí s postižením a jejich úspěšné začleňování do vzdělávacího procesu, pracovního procesu a života společnosti podstatným způsobem ovlivňují určité faktory. Některé je možné v omezené míře ovlivnit či změnit, některé jsou však konstantní a lze je pouze kompenzovat, příp. postupně vyloučit jejich negativní působení (Novosad, 2006).

Determinanty, ovlivňující život lidí s postižením, můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. Nutno však poznamenat, že se vzájemně prolínají a jejich následky se kombinují (Novosad, 2006).

Mezi **subjektivní determinanty**, které lze v omezené míře ovlivnit, řadíme níže uvedené činitele:

- **zdravotní stav a omezení** – chronické nebo trvalé zdravotní postižení, které zásadním způsobem ovlivňuje lokomoci, mobilitu, vnímání, komunikativnost, emocionalitu a chování jedince,
- **osobnostní rysy jedince** dané vrozenými dispozicemi a ovlivněné působením rodiny, školy, komunity,
- **vlastní sebehodnocení** ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění,
- **schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci** danou charakterem, volní a motivační složkou jedince,
- **vnější vlivy**, na nichž je osoba závislá – rodina, komunita (Novosad, 2006).

Mezi **objektivní determinanty**, které na osobě s postižením závisejí méně, řadíme:

- **společenské vědomí** – postoje k postižené populaci a sociálnímu stigmatu,
- **stav životního prostředí**, např. toxicita prostředí, komunikační, architektonické bariéry,
- **sociální politiku** – vztah státu ke znevýhodněným lidem,
- **vzdělávací politiku** – úroveň výchovy, vzdělání, profesní příprava osob se zdravotním postižením,
- **politiku zaměstnanosti** – vytváření pracovních míst pro osoby s handicapem, **sociální služby** – adresné a adekvátní uspokojování potřeb lidí s postižením (Novosad, 2006).

2.2 Pěstounská péče jako jedna z forem náhradní rodinné péče

2.2.1 Poruchy rodičovské role

Do náhradní rodinné péče jsou nejčastěji umísťovány sociálně osiřelé děti. Tímto termínem jsou označovány děti, které sice mají žijící matku i otce, příp. jednoho z rodičů, avšak tito se nemohou, nechtějí nebo neumějí o děti starat (Matějček, 2002).

Ze skupiny dětí, které jsou nuceny vyrůstat mimo vlastní rodinu, tvoří tzv. „sociální sirotci“ 95 – 98% dětí a přibližně 2 – 5% tvoří skuteční, úplní sirotci (Dunovský, 1999).

Dle Dunovského (1999) existuje mnoho vlivů, které působí na schopnost přijetí a zvládnutí rodičovské role. Rodinné poruchy ve vztahu k dítěti, včetně hlavních příčin, specifikuje následovně:

- **rodiče se o dítě nemohou starat** – důvodem jsou nepříznivé přírodní podmínky (přírodní katastrofy), poruchy fungování společnosti (válka, bída), narušení celého rodinného systému (nemoc, invalidita, nepříznivý zdravotní stav dítěte, který mu brání žít se svou rodinou).
- **rodiče se neumějí či nedovedou starat** – situace, kdy rodiče z důvodu vlastní nezralosti nejsou schopni zabezpečit přiměřený vývoj dítěte a jeho základní potřeby nebo nejsou schopni se vyrovnat se zvláštní situací (narození dítěte s handicapem, dítě přijaté do náhradní rodiny),

- *rodiče se nechtějí o dítě starat* – příčiny spočívají v poruchách osobnosti rodičů – disharmonická osobnost rodiče, péče o dítě není dostatečná, dítě zanedbávají v oblasti somatické i psychické (Dunovský, 1999).

2.2.2 Pěstounská péče

V praxi se uplatňují dva typy pěstounské péče – *individuální pěstounská péče*, která je realizována v rodinném prostředí pěstounů, kteří většinou mají své vlastní děti, příp. jsou již dospělé a dále *skupinová pěstounská péče*, která probíhá v tzv. zařízeních pro výkon pěstounské péče, což jsou velké pěstounské rodiny nebo SOS dětské vesničky, kdy péči zabezpečuje matka-pěstounka (Matějček, 2002).

Pro pěstounskou péči jsou navrhovány především děti opuštěné vlastní rodinou a není předpoklad či naděje, že by se poměry v blízké budoucnosti upravily a děti se mohly do rodiny vrátit zpět. Jedná se především o děti trpící zdravotními a psychomotorickými obtížemi, děti starší, sourozenecké skupiny, děti jiného etnika a nelze opomenout ani děti, které nemohou být osvojeny z právního hlediska, nejčastěji z důvodu nesouhlasu biologických rodičů s osvojením. Jde o děti vyžadující trvalou, individuální péči a výchovu v náhradní rodině (Matějček, 2002).

Cílem pěstounské péče je poskytnutí náhradního rodinného prostředí dětem, které

- nemohou dlouhodobě vyrůstat v rodinném prostředí tvořené jejich vlastními biologickými rodiči,
- ústavní péče by mohla ohrozit a narušit jejich vývoj,
- nemohou být osvojeny z nejrůznějších důvodů (právních, zdravotních, sociálních, psychologických) (Matějček, 1999).

Pěstounská péče vzniká rozhodnutím soudu a pouze soud může ze závažných důvodů rozhodnout o zrušení pěstounské péče. Pěstounskou péči soud musí vždy zrušit v případě, že o to požádá pěstoun. Pěstounem se může stát příbuzný dítěte, příp. osoba dítěti blízká, anebo osoba dítěti neznámá. U neznámých osob probíhá tzv. proces zprostředkování. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě nebo do společné pěstounské péče manželů. Pokud je dítě s ohledem na věk a rozumovou vyspělost schopno vyjádřit svůj názor, je nutné před svěřením do pěstounské péče vzít jeho názor na zřetel. Zákonný-

mi zástupci dítěte zůstávají rodiče. Pěstoun je povinen o dítě osobně pečovat a přiměřeně vykonávat práva a povinnosti rodičů vůči dětem. Má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech, k výkonu mimořádných záležitostí (např. vyřízení cestovního dokladu) je nutné požádat o souhlas zákonného zástupce, případně ve věci rozhodne soud (Bubleová, Benešová, 2001).

Nejčastěji do pěstounských rodin přichází děti přímo z porodnic, dětských nemocnic, kojeneckých ústavů, dětských domovů, ze zařízení pro osoby se zdravotním postižením i ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, azylových domů, diagnostických ústavů, a to zpravidla na základě souhlasu biologických rodičů, popřípadě zákonných zástupců dítěte. Lze však dítě svěřit do náhradní rodiny i bez souhlasu – pokud rodiče byli soudem zbaveni rodičovské zodpovědnosti nebo na základě tzv. kvalifikovaného nezájmu rodičů, tj. po dobu šesti měsíců soustavně neprojevovali opravdový zájem o dítě (Matějček, 2002; Bubleová, Frantíková, Vránová, 2011).

Případy, kdy dítě z původní rodiny přechází přímo do rodiny náhradní, bývají spíše výjimkou. Pro dítě je vhodnější variantou, pokud po určitou dobu pobývá v prostředí citově neutrálním (např. dětském domově, nemocnici či jiné instituci) a teprve následně dochází přirozeným a nenuceným způsobem ke kontaktu s novou rodinou a navázání vzájemných citových vztahů (Matějček, 2002).

Pěstounská péče ve svém principu nepřipouští, aby se náhradní rodiče stylizovali do postavení vlastních rodičů, dítě své rodiče má a zásadně není kontakt s biologickou rodinou vyloučen. Určitým specifikem pěstounské péče je její dočasnost. S tímto faktem není lehké se vyrovnat, zvláště u úspěšné dlouhodobé pěstounské péče, kdy se dítě stane členem rodiny – její pevnou součástí. Přestože právní vztah i finanční podpora v podobě sociálních dávek končí ve většině případů zletilostí, závisí pouze na pěstounech, zda budou i nadále dítěti poskytovat emocionální a praktickou podporu (Matoušek, Pazlarová, 2010).

Od 1. června 2006 byla právní úprava pěstounské péče doplněna o novou speciální úpravu, a to ***pěstounskou péčí na přechodnou dobu***. Cílem je krátkodobá péče o dítě, které nemůže vlastní rodič ze závažných důvodů vychovávat, např. zdravotních, výkonu trestu odnětí svobody a dalších. Pěstounem se může stát osoba, která je před svěřením dítěte zařazena do evidence osob k výkonu pěstounské péče na přechodnou dobu (Bubleová, Vránová, Frantíková, 2011).

Pro představu čtenářů, kolik dětí se zdravotním postižením je každoročně umístěno v pěstounské péči, včetně údajů o pěstounských dávkách státní sociální podpory vyplácené jednotlivými Úřady práce ČR, byly na oddělení statistických metod a rozborů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR vyžádány statistické údaje, které jsou součástí příloh PII a PIII. (Podání byla evidována MPSV pod č.j. 2011/30788 a č.j. 2012/11306.)

2.2.3 Zprostředkování pěstounské péče

Evidenci dětí, pro které je třeba zprostředkovat pěstounskou péči, vedou krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“). Přesná pravidla zprostředkování pěstounské péče stanoví zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí vymezuje situace, kdy se zprostředkování pěstounské péče neprovádí. Jedná se o případy, kdy návrh na svěření dítěte do pěstounské péče podala fyzická osoba k dítěti příbuzná nebo blízká dítěti či jeho rodině.

V případech tzv. „příbuzenské péče“ uplatňuje fyzická osoba návrh na svěření dítěte do pěstounské péče přímo u soudu.

Procesem zprostředkování se nazývá postup, kdy se dítěti vyhledává neznámá osoba, která by dítě přijala do náhradní rodinné péče. Pro srovnání je vhodné uvést zákonnou formulaci procesu zprostředkování. Podstatou procesu zprostředkování je „vyhledávání dětí vhodných pro pěstounskou péči a nalezení vhodných pěstounů“. Uvedená zákonná formulace je dlouhodobě předmětem kritiky, neboť obecně svěření do náhradní rodinné péče musí být v zájmu dítěte a ***vždy se hledá náhradní rodina pro dítě, nikoliv dítě pro rodinu.***

Podmínkou zprostředkování pěstounské péče je podání žádosti fyzické osoby, která má zájem přijmout dítě do pěstounské péče. Žádost o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování pěstounské péče se uplatňuje u obecního úřadu obce s rozšířenou působností dle trvalého pobytu žadatele.

Obecní úřad s rozšířenou působností shromáždí potřebné doklady pro zprostředkování a založí spisovou dokumentaci o žadateli, která obsahuje identifikační údaje o žadateli, doklad o státním občanství (příp. povolení k trvalému pobytu nebo hlášení k pobytu na území České republiky), opis z evidence Rejstříku trestů, zprávu o zdravotním stavu předloženou žadatelem, údaje o ekonomických a sociálních poměrech, písemný souhlas s účastí na přípravě fyzických osob k přijetí dítěte do rodiny, stanovisko obecního úřadu s rozšířenou působností k žádosti o zprostředkování pěstounské péče a další náležitosti.

Po shromáždění všech potřebných dokladů postupuje obecní úřad s rozšířenou působností spisovou dokumentaci krajskému úřadu, který vede evidenci dětí a žadatelů, posuzuje vhodnost žadatelů a rozhoduje na základě odborného posouzení o zařazení žadatele o svěřením dítěte do pěstounské péče. Odborné posouzení zahrnuje např. posouzení žadatele, zhodnocení přípravy k přijetí dítěte do rodiny, vyjádření dětí žadatele k přijetí dítěte svěřovaného do pěstounské péče do rodiny (pokud jsou vyjádření schopny s ohledem na věk a rozumovou vyspělost), zjištění bezúhonnosti žadatele a jiných osob tvořící s žadatelem společnou domácnost. V rámci odborného posouzení je hodnocen zdravotní stav žadatele z hlediska psychického, tělesného a smyslového. Současně je u žadatelů prováděno posouzení psychologické, kdy je posuzována charakteristika osobnosti, psychický stav, předpoklad vychovávat dítě, motivace, která vedla k žádosti o svěřením dítěte do pěstounské péče, stabilita manželského či partnerského vztahu a další rozhodné skutečnosti.

Žádost lze v průběhu řízení podle aktuální situace písemně zrušit nebo přerušit. Rozhodnutí o zařazením nebo nezařazením do evidence žadatelů o náhradní rodinnou péči vydává příslušný krajský úřad nebo Magistrát hlavního města Prahy. Proti zamítnutím žádosti lze uplatnit odvolání u správního orgánu, který napadené rozhodnutí vydal. Odvolacím orgánem je MPSV ČR.

Evidenci žadatelů o zprostředkování náhradní rodinné péče vedou krajské úřady. V případě, že nedojde k umístění dětí na krajském úřadě, jsou děti zařazovány do celostátní evidence, která je v kompetenci MPSV ČR. Pokud se ani ministerstvu nepodaří zprostředkovat pěstounskou péči, je možné se souhlasem žadatele požádat o zprostředkování Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně ve vztahu k cizině. I po postoupením údajů Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně se MPSV nadále snaží o zprostředkování pěstounské péče v České republice (Bubleová, Vránová, Frantíková, 2011).

2.2.4 Indikace náhradní péče

Při rozhodování v oblasti náhradní rodinné péče je pro konkrétní dítě hledána co nejvhodnější forma náhradní rodinné péče a současně nejvhodnější náhradní rodiče (pěstouni nebo osvojitelé).

Podstatou náhradního rodičovství je, aby pěstouni byli schopni a ochotni dítě bezpodmínečně akceptovat, tj. přijmout dítě bez ohledu na jeho výkony, což je z hlediska dítěte nejdůležitější. Bezpodmínečná akceptace představuje ideální stav, ke kterému se lze více

či méně přiblížit. V praxi se však jeví podstatně vhodnější rozlišovat mezi realistickými a nerealistickými očekáváními pěstounů a při výběru vhodného rodiče pro určité dítě vycházet z potřeb dítěte i potřeb, představ a požadavků potenciálních rodičů (Matoušek, 2003).

Pod pojmem „indikace“ si lze obecně představit stanovení určité formy náhradní péče vhodné pro **konkrétní** dítě. Indikační úvaha představuje poměrně složitý proces, který klade vysoké nároky na vzdělání a připravenost odpovědných pracovníků. Jedním ze základních kritérií odborného posouzení je právní hledisko, tzv. zda je dítě „právně volné“, které je prakticky rozhodující. Činitelů a faktorů ovlivňující umístění dítěte v jednotlivých typech náhradní péče je však velké množství. Mezi základní se řadí faktory biologické a vývojové a také sociální a situační činitele (Matějček, 1999).

Lze je definovat následovně:

Biologické faktory – jsou víceméně konstantní hodnotou, kterou si dítě přináší do života už svou existencí a bude jeho součástí i v rodině náhradní. Jedná se o faktory nezávislé na věku, vývoji, výchově i sociálních činitelích, např. pohlaví dítěte, genetické dispozice, etnický původ.

Vývojové faktory představují dynamický prvek v indikační analýze, řadíme zde např. tělesné vyspívání dítěte, zrání nervového systému a psychický vývoj.

Sociální činitele jsou vyjádřením vztahu dítěte ke společenskému prostředí, jakým způsobem dítě sociální prostředí ovlivňuje, např. zda se jedná o dítě bez sourozenců, podíl na výchově dítěte prarodičem apod.

Situační činitele tvoří v převážné části vnější podmínky života dítěte, např. zda rodina žije ve městě nebo na venkově, vzdálenost lékařských zařízení apod. (Matějček, 1999).

Výše uvedené indikační faktory a činitele je třeba posuzovat komplexně, neboť se vzájemně ovlivňují. Vyznačují se charakteristickou hodnotou, mají určitou závažnost a konkrétní význam při rozhodování o dalším osudu dítěte (Matějček, 1999).

Jedním z **biologických faktorů** je heredita, která je základní konstantou. A právě k hereditě se vztahuje nejvíce obav náhradních rodičů, neboť tak, jak jsou geneticky pod-

míněny znaky tělesné, jsou geneticky podmíněny i znaky psychické. V případě zvýšeného rizika hereditárně podmíněného onemocnění dítěte, zvláště psychického, je doporučována individuální pěstounské péče (Matějček, 1999).

U dítěte s těžkým zdravotním postižením, totéž však platí u dětí s různými poruchami či lehčím postižením, je třeba k **sociálním a situačním činitelům** přihlížet zvlášť důsledně, neboť zdravotní stav dítěte bude zpravidla vyžadovat nejen rehabilitační cvičení, nejruznější lékařské vyšetření, operační zákroky, ale i přizpůsobení jednotlivých členů rodiny potřebám dítěte. Ze strany odborníků je nutné pečlivě zvážit, zda jsou pěstouni schopni dítě s postižením vůbec přijmout a pečovat o něj, což můžeme označit za sociální činitele. Dalším z určujících hledisek jsou činitele situační, kdy je sledována dopravní obsluha, dostupnost lékařské pomoci a služeb, léčebné a rehabilitační péče, speciálních škol, v případě dětí trpících dýchacími potížemi spojenými s astmatem či alergií i podmínky ekologické, ale i vzdálenost bydliště pěstounské rodiny od bydliště rodiny původní (Matějček, 1999).

Míru indikace určité formy náhradní péče můžeme vyjádřit níže uvedenou pětibodovou stupnicí:

1. **Specifická indikace** znamená, že z pohledu určitého činitele je zvažována určitá forma náhradní péče zvažována přednostně. Pokud se však jeví jako nevhodná, teprve poté se přistupuje k řešení jinou formou. Pro děti s možným vyšším rizikem závažného genetického poškození a pro děti se somatickým postižením, zejména těžkým, je „specifickou indikací“ pěstounská péče individuální i skupinová za předpokladu plné informovanosti pěstounů, tj. podrobného seznámení se všemi riziky, ohroženími a postiženími dítěte. Ústavní péče by měla být nouzovým řešením. „Specifikou indikací“ může být pěstounská péče např. u kojence z větší sourozenecké skupiny, který bude společně se svými sourozenci umístěn ve velké pěstounské rodině nebo SOS dětské vesničce.

2. **Indikace** – navrhovaná forma náhradní péče není specifická, vždy je však nutné brát ji v úvahu, plánované řešení je nejen přijatelné, ale i žádoucí.

3. **Přijatelné řešení** – určitá forma náhradní péče, která není sice přímo indikována, ale při určité příhodné souhře okolností může dobře fungovat, nelze ji předem odmítnout.

4. **Nouzové řešení** – jak plyne z názvu, jedná se o nouzové opatření, které je možno zvolit v případech, pokud není dostupná jiná vhodnější forma náhradní péče. „Opatření z nouze“

lze přiblížit na příkladu dětí s vážnějším tělesným postižením, které jsou až do školního věku umístěny v ústavních zařízeních. Totéž platí u dětí v ústavu s následky psychické deprivace, pokud není přímo kontraindikováno.

5. **Kontraindikace** vyjadřuje, že daný typ náhradní péče nepřichází v úvahu – je nepřijatelný. Kontraindikací je např. pro kojence zařízení klasické kolektivní péče (Matějček, 1999; Matoušek, 2003).

V praxi nastávají případy, kdy se děti svěřují do rodin, které nemají podmínky pro naplňování jejich potřeb a děti nejsou v tomto náhradním rodinném prostředí bezvýhradně přijaty. Dochází k tomu, že pěstouni vrací děti zpět do ústavů, a to krátce po převzetí nebo před dovršením dospělosti, nejčastěji v období puberty. Důvodem jsou tzv. výchovné problémy. Odborníci jsou přesvědčeni, že právě mnohé "výchovné problémy" jsou způsobeny nesprávným zvolením rodinného prostředí. Někteří odborníci jsou přesvědčeni, že i ne zcela dobrá rodina je lepší než ústav (tzv. zprostředkování za každou cenu). Pro dítě je pak vybírána rodina, přestože riziko selhání je velké. Dítě je pak zbytečně vystavováno opakovanému a zásadnímu zklamání, dochází ke zpřetrhání navázaných vazeb a zůstávají v nich jen pocity vlastního selhání. Takovým situacím, které způsobují v dalším životě dítěte nenapravitelné škody, je třeba se vyvarovat (Bořová, 2008).

2.3 Psychická deprivace

Kapitolu věnovanou psychické deprivaci lze považovat za zvlášť důležitou, neboť deprivacím traumatem jsou v menší či větší míře poznamenány všechny děti přicházející do pěstounské péče a záleží na schopnostech náhradních rodičů, jak dokážou závažný psychický stav vzniklý strádáním zmírnit, v některých případech dokonce „vyléčit“.

Matějček (1999) k přítomnosti psychické deprivace u dětí z kojeneckých ústavů a dětských domovů uvádí, že deprivace různého stupně i různých forem je téměř pravidlem, měli bychom následky deprivace očekávat – být na ně připraveni. Děti, které nevhodné prostředí nepoznamenalo, jsou spíše výjimkou.

2.3.1 Pojem psychické deprivace

Deprivační zkušenost bývá řazena mezi závažné zátěžové vlivy a může nepříznivým způsobem působit na aktuální psychický stav jedince, narušovat jeho psychický vývoj, vést k nerovnoměrnému rozvoji složek osobnosti nebo ke vzniku specifických psychických odchylek. Závažnost narušení vývoje závisí na období, kdy k deprivaci dochází (Vágnerová, 2008).

Podle Matějčka (In Vítková, 2004) jsou děti s pohybovým postižením, mentální retardací, se smyslovými vadami, děti somaticky nemocné, vyčerpané a apatické rizikovou skupinou.

2.3.2 Typologie projevů psychické deprivace

Podle oblasti strádání lze vymezit následující formy deprivace:

Deprivace v oblasti biologických potřeb – nedostatek jídla, spánku. Jedná se o přímé ohrožení tělesného a duševního zdraví a při dlouhodobém strádání může vést k závažnému poškození, v extrémních případech dokonce i k úmrtí.

Podnětová deprivace – se týká oblasti stimulace, jedinec trpí nedostatkem optimálního množství a variability různých podnětů. Příčinou může být nejen zanedbávající, dysfunkční rodina, ale i smyslové, pohybové a mentální postižení, které brání získání a zpracování podnětů v adekvátním rozsahu.

Kognitivní deprivace – je způsobena výchovným a výukovým zanedbáváním dítěte, které se z důvodu nedostatku příležitosti k učení může jevit jako mentálně postižené. Kognitivní deprivace úzce souvisí s podnětovou formou deprivace.

Citová deprivace – vzniká v důsledku dlouhodobé absence stabilního, spolehlivého citového vztahu s matkou, příp. pečující osobou. Strádání dítěte v citové oblasti může podstatným způsobem ovlivnit celkový vývoj dítěte, zejména v citové a sociální oblasti, což se následně projeví na jeho vztahu k sobě samému i k ostatním lidem.

Sociální deprivace – je důsledkem omezení interpersonálních vztahů, přičemž rizikovou skupinou jsou opět osoby s postižením či dlouhodobě nemocní. Ke vzniku mohou přispět i příbuzní, kteří se snaží o eliminaci vztahů, příp. izolaci jedince (Vágnerová, 2008).

Z uvedených forem deprivace dle Matouška, Pazlarové (2010) má nejzávažnější následky citová deprivace, která je spojena s primární pečující osobou v raném dětství. Z tohoto důvodu citovou deprivaci, její vznik, projevy i vliv na osobnost jedince více přiblížíme.

Citová deprivace je způsobena, jak již bylo výše uvedeno, nedostatkem specifických emočních podnětů. Přestože dítě k rodiči vysílá signály, rodič na ně neodpovídá nebo odpovídá nepřiměřeně. Vznikají situace, kdy matka o dítě nemá zájem, má k němu ambivalentní, dokonce až nepřátelský postoj (Vágnerová, 1999; Sobotková, Dittrichová, 2003).

Spolehlivý citový vztah je základem pro rozvoj dětské osobnosti a má vliv na níže uvedené schopnosti:

- uchovat si vnitřní jistotu a vyrovnanost,
- udržovat si kladný vztah ke světu i sobě samému,
- navazovat trvalejší vztahy s lidmi (Vágnerová, 1999).

Deprivační zkušenost nepříznivým způsobem ovlivňuje nejen vývoj osobnosti dítěte, ale projevuje se i v jeho prožívání a chování. Vlivem obranných mechanismů se dítě intenzivně snaží nalézt náhradní objekt, který by potřebu citového vztahu saturoval. Známé jsou případy citového lpění sourozenců vyrůstající v prostředí bez emočních prožitků. Tyto děti upoutávají pozornost libovolného člověka, mnohdy bez selekce, což může vyvolávat spíše opačnou reakci než citové přijetí. Citově strádající děti hledají uspokojení náhradním způsobem, jsou však známy i projevy určité rezignace, kdy dítě přestane mít o jakýkoliv bližší vztah zájem. V případě přijetí citově deprivovaného dítěte do pěstounské péče by reakce dítěte na náhlé, vřelé a srdečné chování byly odmítavé. Jelikož s obdobnými projevy, chováním, nemá zkušenost, bálo by se jich a byly by mu nepříjemné (Vágnerová, 1999).

2.3.3 Typy osobnosti deprivovaného dítěte

Langmeier a Matějček rozlišují pět hlavních typů osobnosti deprivovaného dítěte, přičemž zohledňují celkovou úroveň aktivity, vzrušivost i celkový ráz sociálního chování dítěte (In Matoušek, 2003).

Diagnostický rozbor každého jednotlivého případu chování dítěte, u kterého možno zaznamenat známky psychické deprivace, umožňuje **citlivěji určit nejvhodnější typ náhradní rodinné péče** (Matějček 1999).

Typy osobnosti deprivovaného dítěte jsou následující:

- **Typ relativně dobře přizpůsobený** – bez zvláštních nápadností, citlivější a zranitelná místa se projeví při větším zatížení.
- **Typ sociálně hypoaktivní**, útlumový nebo také regresivní či apatický – aktivita dítěte je celkově snížena, dítě nemá snahu navazovat sociální vztahy, uzavírá se do materiálního světa.
- **Typ sociálně hyperaktivní** – opak předchozího typu, vyznačuje se přepjatou sociální aktivitou, krátkodobým přimknutím se bez rozlišení ke každému, kvalita citových vztahů je u tohoto typu osobnosti nahrazena povrchní kvantitou.
- **Typ sociálně provokativní** – označuje děti, které bývají agresivní, solidaritu s ostatními neznají, jejich snahou je za každou cenu upoutat pozornost ze strany dospělých – šaškují a předvádí se. Pokud jsou mimo kolektiv dětí a mají vychovatele pouze pro sebe, chovají se zcela jiným způsobem.
- **Typ náhradního uspokojení citových potřeb** – dítě hledá náhradní, vytoužené uspokojení, může se projevovat shromažďováním hraček a věcí, přejídáním, zasahovat může i do oblasti sexuální (tělesná stimulace, hraní s genitáliemi) (Matějček, 1999).

Jak bylo zmíněno výše, rozlišení typu osobnosti deprivovaného dítěte umožňuje určení nevhodnějšího typu náhradní rodinné péče.

Dle Matějčka (In Matoušek, 2003) jsou pro *hypoaktivní typ* indikovány všechny typy pěstounské péče, je však nutno upřesnit, že specifickou indikací je u tohoto typu individuální pěstounská péče. Pro *typ hyperaktivní* je vhodnou indikací skupinová pěstounská péče. Individuální pěstounská péče je specificky indikována u *typu sociální provokace*, který by v případě umístění do skupinové pěstounské péče mohl strádat a současně by byl i zdrojem konfliktů a problémů. Naopak u *typu náhradního uspokojení* se jako nevhodnější jeví individuální pěstounská péče.

2.3.4 Následky psychické deprivace

S následky psychické deprivace, jak již bylo výše uvedeno, se potýká téměř každý pěstoun, který do své rodiny přijme dítě z dysfunkční rodiny nebo z ústavního zařízení. Deprivační postižení se může projevit v celé struktuře osobnosti dítěte, v jeho jednání, v citovém

prožívání, následně i v mezilidských vztazích, v sociálním začleňování a celé životní orientaci.

Při zkoumání příčin a projevů deprivace v šedesátých a sedmdesátých letech byly zjišťovány závažné nedostatky v diagnostice deprivovaných dětí umístěných v ústavním zařízení. Z důvodu podcenění deprivativní situace byly děti neoprávněně navrhovány do ústavů sociální péče pro mentálně postižené, právě v domnění, že jsou intelektově postižené. Podobné omyly se sice vyskytnou i v současné době, ale je to zcela výjimečné.

Následky psychické deprivace mohou být dle Langmeiera a Matějčka (In Matoušek, 2003) jak krátkodobé, tak i dlouhodobé. Je třeba zdůraznit, že deprivace různých úrovní potřeb a v různých vývojových stádiích působí odlišným způsobem. Nestejně zasahuje i zranitelný terén (mentální postižení, smyslové vady či poruchy nervové soustavy) a promítá se odlišně do různých oblastí rozvoje jedince.

Deprivativní poškození osobnosti dítěte možno charakterizovat následovně:

U dětí do tří let se objevuje opožděnost psychomotorického vývoje, nápadná je především povrchnost citů, nevlídnost a rozladěnost, vážný výraz neodpovídající dítěti. Pozorovat lze i opoždění ve vývoji jemné motoriky (jemné pohyby ruky, koordinace ruky a oka), hrubé motoriky (celkové ovládnutí těla – posazování, změna pozic, chůze). Typickým ukazatelem je výrazné vývojové opoždění řeči. Vyskytuje se u dětí dyslalie (porucha artikulace), opoždění obsahu a skladby řeči (neznají zdrobněliny ani mazlivá slůvka), chybí jim bezprostřednost a dětská zvědavost (nekladou typicky dětské otázky). Řečový projev je celkově chudý, omezuje se pouze na obranu. U hluboce deprivovaných dětí není řeč rozvinuta až do pěti let.

U dětí nastupujících povinnou školní docházku se vyskytuje školní nezralost, emoční nevyspělost, nedostatečné rozvinutí pracovních, sociálních a hygienických návyků. Tato nezralost v psychické i sociální oblasti je důvodem pro odklad povinné školní docházky. Téměř všechny deprivované děti mají snížený školní prospěch a motivaci k učení menší. U výrazně deprivovaných dětí bývá někdy zcela nesprávně navrhována pomocná a praktická škola, přestože intelekt dítěte je v normě. Častým projevem deprivace u školních dětí jsou výkyvy v chování, v důsledku traumatizujících zážitků se u nich objevují neurotické potíže, typická je nedůvěra k lidem, emoční otupělost, opakem mohou být nepřiměřené reakce v podobě afektivních výbuchů, někdy se může objevit i agresivní chování.

Děti v pubertálním a adolescentním věku mají problémy se začleňováním do kolektivu i v oblasti sebehodnocení, mají celkově posunutou hierarchii hodnot. I přesto, že se z deprivovaného prostředí vymaní, důsledky deprivace jsou mnohdy natolik závažné, že přetrvávají i v dospělosti. Problémy přetrvávají v oblasti sociální adaptace, nedovedou se samostatně rozhodovat či přijmout odpovědnost za své chování. Objevují se problémy v partnerských vztazích a vzhledem k tomu, že nemají pozitivní zkušenosti z vlastního dětství, nejsou si jisti ani v rodičovské roli. Je zde vysoké riziko přenosu nepříznivé životní zkušenosti z dětství (Matějček, 2002; Matoušek, 2003).

Koluchová (In Matějček, 2002) uvádí, že přestože v minulosti převažovaly názory, že negativní následky deprivace jsou trvalé a neměnné, longitudinální výzkumy ukázaly, že psychická deprivace napravitelná je, dokonce ve větší míře, než se předpokládalo.

Dle Koluchové (In Matějček, 2002) je rozhodujícím a nezastupitelným faktorem při nápravě psychické deprivace kvalitní náhradní rodina. Záleží na osobnosti pěstounů a na vztazích v pěstounské rodině, zda dokážou dítě přijmout takové jaké je, a jak uvádí někteří autoři, i s „obsahem“ batůžku, který si s sebou do nové rodiny přináší. Dalšími faktory, které již samotní pěstouni ovlivnit nemohou, jsou genetické dispozice, hloubka a rozsah deprivace postižení, věk dítěte při příchodu do nové rodiny, kvalita a počet prostředí, ve kterých dítě před přijetím do pěstounské rodiny vyrůstalo.

Matoušek (2003) upozorňuje, že při nápravě psychické deprivace je třeba se zaměřit na nejvíce postižené úrovně a poskytnout dítěti takové potřeby, kterých se mu nedostávalo, a to s ohledem na vývojové a individuální zvláštnosti dítěte. V řadě případů je třeba vyhledat pomoc z řad odborníků – lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, terapeutů a dalších.

3 DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ

Péče o dítě s postižením představuje pro rodiče velkou psychickou i fyzickou zátěž. Je důležité, aby rodina byla dostatečně stabilní a schopná zátěžovou situaci zvládnout.

„Vždycky se rodily děti zdravé, silné, duševně i tělesně zdatné, které byly a jsou pýchou a štěstím rodičů, a odjakživa přicházely na svět děti fyzicky nebo duševně postižené, které byly pro rodiče od okamžiku narození zdrojem bolesti, zklamání a starostí. Takový je už běh života a přírody ...“ (Marková, 1987, s. 13).

3.1 Reakce rodičů na narození dítěte se zdravotním postižením

Narození dítěte se zdravotním postižením je pro matku velmi bolestné, zraňující, prožívá zklamání, propadá beznaději, zoufalství, výjimkou není ani psychické zhroucení. Postižené dítě vyvolá v každé rodině depresi, stavy sklíčenosti. Pláč, výčitky a probdělé noci na daném stavu nic nezmění (Marková, 1987).

Narození dítěte se závažnou vadou nebo poruchou je dle Vágnerové (In Slowík, 2007) událost natolik obtížná, že je srovnávána s úmrtím člena rodiny, neboť i v tomto případě rodina prochází krizí a musí řešit zásadní otázky, měnit své představy a rozhodnutí.

Marková (1987) uvádí, že rodiče v této chvíli potřebují především velkou podporu od nejbližších členů rodiny, ať už psychickou či morální. Velmi záleží na citovém vztahu jednotlivých členů rodiny, na jejich pochopení a porozumění, na rodinné atmosféře i prostředí. Dá se říct, že největší odpovědnost spočívá na otci, na jeho postoji a pomoci, na zmobilizování vlastních sil při poskytnutí opory psychicky zlomené matce. Mnoho záleží i na prarodičích, kteří svou duševní rovnováhou mohou vnést do rodiny klid a optimismus, i přesto, že je to stojí velké úsilí a vlastní sebezapření.

V důsledku přizpůsobení se potřebám a možnostem postiženého dítěte dochází ke změně životního stylu rodiny, mění se vlivem obranných reakcí chování nejen k nejbližším členům, ale i ve vztahu k širší společnosti, což se projevuje odlišným způsobem chování než v minulosti nebo dokonce snahou o izolaci. Reakce rodičů jsou ovlivněny i postojem společnosti, ve které žijí, je důležité, jak se dovedou s negativními projevy okolí vyrovnat (Vágnerová, 2008).

3.1.1 Proces akceptace

Vágnerová (In Slowík, 2007) uvádí, že chování a prožívání rodičů dítěte s postižením se v průběhu času mění – prochází typickými třemi fázemi. První je nazývána „*fáze šoku a popření*“, následuje „*fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem*“ a poslední je „*fáze smíření a realismu*“. V případech, kdy díky rovnováze rodiny a stabilitě jednotlivých členů dokázali rodiče překonat výše uvedené fáze a zátěžovou situaci úspěšně zvládli, soudržnost rodiny je natolik posílena, že riziko rozpadu takové rodiny je ve srovnání s ostatními rodinami v běžné populaci sníženo.

Způsob, jakým se rodiče s narozením postiženého dítěte vyrovnávají, závisí na druhu a příčině postižení, záleží však i na dalších faktorech – na zkušenostech rodičů, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí v rodině, osobních vlastnostech, věku a zdravotním stavu rodičů samotných (Vágnerová, 2008).

Strategie zvládnání této složité situace může mít dvojí charakter. Aktivní způsob zvládnání se projevuje tendencí „*bojovat s nepříjatelnou situací*“, kdy se rodiče snaží o nápravu zdravotního stavu dítěte a zvýšenou aktivitou může docházet ke snížení psychického napětí (např. dochází k odreagování při rehabilitačním cvičení). Protikladem činného způsobu jsou únikové varianty zvládnání zátěže, charakteristické určitou formou „*útěku ze situace*“, kterou rodiče nezvládají nebo se s ní nedokážou vyrovnat. Řešením je umístění dítěte do péče instituce nebo odchod člena z rodiny (Vágnerová, 2008).

3.1.2 Nepřijetí dítěte vlastní rodinou jako důvod pro ústavní péči

Rodiče jsou však každodenní péčí o dítě s postižením často přetíženi, vzniká napětí, úzkost, vyčerpání. Pod vlivem nedorozumění, neshod a narůstajících problémů nastávají situace, kdy se vztahy – mnohdy velmi křehké – rozpadají a rodina zátěž neunes. Výjimkou nejsou ani rodiče, kteří se s narozením dítěte se zdravotním postižením nesmíří, vnímají to jako neštěstí či životní tragédii. Postižené dítě považují za zdroj neřešitelných problémů a z důvodu obav, že by tak těžkou zátěž nezvládli, postižené dítě do rodiny vůbec nepřijmou. Neuvědomují si však, že právě tyto děti tolik potřebují rodinnou lásku a žádný kojenecký ústav, příp. později dětský domov nemohou při sebevětším úsilí rodinnou péči nahradit (Marková, 1987).

Dítě nepřijaté biologickou rodinou si přenáší následky své traumatizace i do dalšího prostředí. V případě pobytu v ústavním zařízení je dítě dále deprivováno prostředím ústavu a následný přechod do nové rodiny představuje pro dítě opět další období vysokých nároků (Matoušek, Pazlarová, 2010).

3.2 Dítě s postižením součástí nové rodiny

Na straně druhé jsou však rodiny, které s nesmírnou péčí a obětavou láskou pečují o postižené dítě a i z malých úspěchů, zlepšení a pokroků zažívají pocit radosti (Marková, 1987).

3.2.1 Rodičovství biologické a psychologické

„Člověk je na této planetě zajisté nejúspěšnějším životním druhem. Příroda ho stvořila nedokonalým, ale několikrát ho pojistila. Když selže vlastní rodičovství, nenechá lidské potomstvo na holičkách, nýbrž pojistí je rodičovstvím novým, stejně biopsychickým jako to vlastní, stejně přírodním a přirozeným, stejně pravým – ba pravějším, neboť pomáhajícím a vpravdě záchranným“ (Matějček, 2002, s. 103).

Matějček (2002) rozlišuje rodičovství *biologické* a *psychologické*. Existují vedle sebe, avšak vzájemně nejsou podmíněny. Jsou případy rodičovství pouze biologického bez psychologického, kdy vlastní rodiče k vlastnímu dítěti nemají citovou vazbu a opouštějí ho a naopak rodičovství psychologické bez biologického, kdy cizí lidé přijímají cizí dítě, když vlastní rodičovství selže.

K rodičovskému vztahu Matějček uvádí, že *„podstatou specifického vztahu dítěte k rodičovským osobám není, že je někdo krmí a udržuje při životě, ale že mu poskytuje oporu a jistotu v poznávání neznámého...“* (Matějček, 2002, s. 98).

Matějček (1999) k tématu rodičovství uvádí, že dítě za rodiče přijímá toho, kdo mu poskytuje oporu a uspokojuje potřebu pocitu bezpečí a jistoty, nikoliv ty osoby, které své rodičovství prokazují úředním dokladem.

Matoušek, Pazlarová (2010) uvádějí, že pěstouni mají srovnatelnou způsobilost k rodičovství jako biologičtí rodiče – projevují dětem vřelou náklonnost, jsou tolerantní, citliví, vnímaví vůči potřebám dítěte, dokážou se vcítit do jejich pocitů a prožitků, poskytují dětem bezpečí a stanoví přiměřené hranice.

Biologičtí rodiče jsou vůči vlastním dětem díky genetické spřízněnosti přirozeně pozitivně nastaveni, tolerují chování a omlouvají situace, které by stěžii tolerovali jiným dětem. Motivace k péči je u nich, na rozdíl od pěstounů, dána biologicky. **Pěstouni péči o dítě přijímají z vlastního, vědomého rozhodnutí** (Matoušek, Pazlarová, 2010).

Ve studiu rozdílů mezi biologickým a náhradním rodičovstvím dochází Matějček (In Matoušek, Pazlarová, 2010) k závěru, že rozhodující pro zdravý vývoj dítěte je *rodičovství psychologické*, které spočívá ve vnitřním přijetí dítěte.

Kritéria pro úspěšnost pěstounské rodiny formuluje Koluchová (In Matějček, 2002) následovně:

1. *Hloubka a stálost citových vztahů mezi pěstouny a dítětem* – pěstouni a přijaté děti se vzájemně obdarovávají, snahou je přiblížit pěstounský svazek v co největší míře vztahům dětí a rodičů v dobré rodině.
2. *Tolerance k poruchám a problémům ve vývoji dítěte* – je zvlášť důležitá u dětí se zdravotním postižením, dětí poznamenaných deprivací nebo u dětí opožděných a zanedbaných. Některá postižení, která jsou organicky podmíněna, jsou do značné míry, příp. i zcela, trvalá. Je třeba, aby pěstouni zvážili, zda jsou péče o takové dítě schopni.
3. *Společná životní perspektiva s pěstounskou rodinou* – kritérium nabývá na významu v době dospívání, pěstouni se snaží řešit budoucnost dítěte. Za pomoci státních i nestátních organizací mu pomáhají získat např. bydlení, najít vhodné zaměstnání. Určujícím prvkem společné budoucnosti jsou vztahy „vzájemného přijetí“.

Základem rodinného soužití je vzájemné obdarování radostí. Síla rodiny spočívá v rodinných vztazích, že máme jeden druhého rádi (Matějček, 1994).

Přijetí dítěte s postižením je náročným úkolem, který od pěstounů vyžaduje trpělivost a odhodlání. Vzhledem k problémům, kterým budou muset čelit, je třeba, aby byli seznámeni s problematikou postižení, získali informace o možnostech vývoje, vývojových odchylkách i poučení o individuálních potřebách dítěte. Měli by mít k dispozici informace nejen o zdravotním stavu, ale i psychickém stavu dítěte, sociálním původu i sociálně-

právní situaci. Tyto informace by pěstouni měli obdržet od odborníků pro náhradní rodinnou péči, sociálních pracovníků, psychologů, lékařů či ředitelů zařízení, ve kterých byly děti v přímém zaopatření (Matějček, 1994; Matějček, 2002).

Gabriel, Novák (2008) uvádí, že žadatelů ochotných přijmout dítě se zdravotním handicapem, s vývojovými specifiky, zdravotními obtížemi nebo defekty či dítě odlišných etnik je stálý nedostatek.

Zajímavé je, že zdravotní problémy nejsou rizikovým faktorem. Pokud se podaří najít rodinu pro dítě se zdravotním postižením, bývá umístění dítěte v rodině poměrně stabilní (Matoušek, Pazlarová, 2010).

3.2.2 Motivace k přijetí

Šamánková (2011, s. 17) uvádí: *„Ke spokojenému životu je potřeba pocitu životního optima, tzn. dosažení maximálního možného individuálního životního uspokojení. Pocit životního optima je naprosto a bezvýhradně individuální.“*

Pěstouni, kteří do péče přijímají dítě s postižením, musí mít hlubokou altruistickou motivaci a vytvořit si ke svěřenému dítěti rodičovský vztah, protože jen tak jsou schopni unést celou tíži péče a výchovy (Koluchová, 2003).

Důvody k přijetí dítěte by dle Matějčka (1999) měly vycházet z jasné, osobní motivace, dalo by se to nazvat vnitřním přesvědčením. Méně častou motivací k pěstounské péči by mělo být psychické strádání bezdětných manželů nebo těch, kteří své jediné dítě ztratili a další mít nemohou. V praxi nastávají případy, kdy přijaté dítě „naruší“ jejich vzájemný vztah, kdy žili „jeden pro druhého“, což manželství může ohrozit, příp. vést k rozpadu. Ve většině případů však pěstouni své dítě nebo děti mají a další přijímají v touze naplnit intenzivněji mateřskou a otcovskou roli a snaze pomoci opuštěnému dítěti. Motivací může být i snaha projevit „vděčnost“ za osudové štěstí.

K přijetí dítěte s postižením bývají žadatelé o pěstounskou péči obvykle motivováni zvýšenou potřebou pomáhat. **Velmi pečlivě je třeba zkoumat a posuzovat motivaci k přijetí dítěte s těžkým zdravotním postižením.** Přestože se „touha pro někoho obětovat“ může jevit jako velmi žádoucí, je třeba si uvědomit, že může vést k přepjatosti ve vztahu k dítěti, což bývá spíše přítěží než pomocí. Výjimkou nejsou případy, kdy se dítě stává nástrojem

uspokojení zvláštní potřeby náhradního rodiče a podstatnou složkou motivace je touha odčinit osobní vinu, které se rodič dopustil (Matějček, 1999).

Problematická může být motivace k přijetí většího počtu dětí. U některých žen touha mít děti, stát se užitečnou a „zachraňovat“ opuštěné děti je natolik silná, že téměř nezná hranice. Pokud je v rodině více dětí ve stejné věkové hranici nebo více dětí s postižením či vyžadující zvláštní péči, může být přínos rodinné výchovy oslaben. Z psychologických vyšetření vyplynulo, že do rozsahu „rodičovské lásky“ je možno převzít nejvíce deset dětí. Pokud jde o děti vyžadující zvláštní péči, počet je podstatně nižší (Matějček, 1999).

3.2.3 Adaptace dítěte v nové rodině

Pěstounská rodina je nesmírně složitým dynamickým celkem, který má svá specifika a problémy. Struktura každé rodiny je neopakovatelná, tak jako osobnost každého dítěte (Matějček, 2002).

Adaptace dítěte v nové rodině záleží na osobnostech pěstounů, na rodinné atmosféře, na dítěti samotném, zvláště na jeho věku i dřívějších zkušenostech (Radvanová, 1979).

Matějček (1999) uvádí, že na vzájemný vztah náhradních rodičů a dětí, dlouhodobě umístěných v ústavním zařízení, ztěžuje nejen genetická výbava, nevhodná výchova ve vlastní rodině, ale navíc i následky pobytu v deprivacním prostředí. Dítě je „velkou neznámou“. Před novými rodiči stojí úkol naučit se dítěti rozumět, dokázat se mu přizpůsobit, upravit životní režim i styl tak, aby vyhovoval členům rodiny i nově přijatému dítěti.

Konečná (2003) k adaptační fázi dítěte, které prožilo zklamání a opuštění dospělými, poskytuje náhradním rodičům poučení, pokud jim dítě hned „nepadlo do náruče“: *„...nezoufejte si, neztracujte ho ani sebe, ale dejte mu čas. Jste pro něj cizí lidé, a i když k němu přicházíte se srdcem na dlani, nemusí si tím být jisto“* (Konečná, 2003, s. 98).

Z psychologického hlediska je naprosto ideálním řešením přijetí dítěte do náhradní rodiny před koncem druhého měsíce života, tedy ještě dříve, než se u dítěte objeví první úsměvy. U dětí ve věku nad šest let se začínají snižovat adaptační schopnosti a vyšší nároky jsou kladeny i na adaptační schopnosti náhradních rodičů. Děti staršího školního věku představují vývojový limit a nelze již očekávat úplné spontánní přizpůsobení nové rodině. Rozdíl v adaptaci novému prostředí je pod věkovou hranicí dvanácti let a nad touto věkovou

hranicí skutečně zřetelný. Indikace pěstounské péče je v uvedeném případě pouze „přijatelným řešením“ (Matějček, 1999).

3.3 Potřeby

Co děti nejvíce potřebují? Je spousta potřeb, které nás napadají, nejčastější odpověď zní – „potřebují lásku“. Co to však láska k dítěti je? Není to jen vzájemné předávání citů, ale je třeba, aby se rodič naučil rozumět základním psychickým potřebám dítěte, a to v jednotlivých fázích jeho vývoje, aby porozuměl, což je podstatné, každému dítěti zvlášť s ohledem na jeho individualitu (Matějček, 2003).

Mají tedy osoby s postižením zvláštní, jedinečné potřeby?

V rámci aktivit ve prospěch lidí se zdravotním postižením se můžeme setkat s terminologií *specifické* či *speciální potřeby*, která se snaží zdůraznit zvláštnost postiženého jedince. Přestože užívané pojmy vzbuzují dojem, že osoby s postižením mají mimořádné potřeby, není tomu tak. Základní lidské potřeby jsou součástí každé osobnosti a tedy i jedinci s postižením mají shodné potřeby jako každý jiný člověk. Rozdíl je pouze ve způsobu uspokojování těchto potřeb. Jedinci s postižením nemohou vzhledem k funkčnímu a orgánovému postižení realizovat lidské potřeby obvyklým způsobem a potřebují v určité míře poskytnout pomoc či kompenzaci, aby mohly být jejich přirozené potřeby uspokojovány. (Novosad, 2006).

Matějček (1994) uvádí, že uspokojování základních osobních potřeb není jen jednostranným procesem od rodičů k dítěti, ale probíhá i ve směru opačném, od dětí k rodičům, kdy děti svou existencí uspokojují psychické potřeby svých dospělých vychovatelů. Oboustranné uspokojování psychických potřeb, kdy členové rodiny zažívají pocity jistoty, uvolnění, radosti a ostatní pozitivní prožitky, nazývá *rodinnou vzájemností*.

3.3.1 Kategorizace psychických potřeb

Členěním lidských potřeb se zabývala řada autorů. Matoušek (2003) člení lidské potřeby na *biologické*, tj. základní potřeby, jako je čistý vzduch, voda, správná strava, přístřeší a dále *psychické potřeby*, resp. *psychosociální*, do kterých řadíme potřeby vývojové a duchovní.

V následujícím textu je uvedeno členění psychických potřeb podle Matouška (2003), který při kategorizaci psychických potřeb vychází z koncepce Pražské školy vývojové psychologie a psychické deprivace.

Základní psychické potřeby člení následovně:

1. **Potřeba stimulace** – pro vnímání dítěte a jeho aktivitu je třeba optimálního přísunu podnětů. Úroveň stimulace je nejpodstatnější v prvních týdnech života dítěte, kdy potřebuje přiměřené množství podnětů. Důležitý však není jen čas, ale i kvalita a proměnlivost podnětů. Uspokojování potřeby stimulace podstatným způsobem ovlivňuje zrání příslušných funkcí a orgánů, zejména centrální nervové soustavy. Zpočátku dítě vnímá globálně, jakoby celým tělem a při vnímání zapojuje především smysly proximální – hmat, čich a chuť. Velký význam má pro malé dítě taktilní stimulace – hlazení, mazlení a příjemné dotyky. Děti s postižením jsou v oblasti podnětové vystaveny většímu riziku, neboť rodiče nevědí, jakým způsobem by je měli rozvíjet. Běžná stimulace k adekvátnímu rozvoji není dostačující a je třeba dítě rozvíjet v rámci speciálních programů (Matoušek, 2003; Vágnerová, 2008).

2. **Potřeba "smysluplného světa"** – představuje potřebu určitého řádu v chaosu podnětů, aby se dítě naučilo podněty, které přijímá, rozlišovat, nacházelo jejich význam, smysl rozdílného uspořádání a vzájemného vztahu. Dítě se učí od prvních týdnů života. Pokud jsou mu podněty v určitém pořadí pravidelně předkládány, jeho svět zůstává tzv. stálý, nemění se „jeho“ lidé a ani jejich chování, probíhá proces učení přirozeně. Dítě usiluje o osvojení určité dovednosti neustálým zkoušením a procvičováním, později se tato potřeba projevuje také "procvičováním", v tomto případě však rodičů, a to zvědavými otázkami "proč". Je však důležité, aby úroveň složitosti učení byla přiměřená věku i individuálním zvláštěnostem dítěte. Není vhodné se složitým učením začít příliš brzy, neboť nároky dítě není schopno zvládnout a může tak docházet k opačné reakci, kdy se průběh učení spíše prodlouží. Pokud se s učením naopak začne příliš pozdě, má to za následek retardaci a opoždování vývoje dítěte (Matoušek, 2003; Dunovský, 1999).

3. **Potřeba jistoty, bezpečí** – spočívá v potřebě citového vztahu a pouta (attachment) k mateřské osobě – matce nebo osobě, která ji zastupuje. "*Tento vztah ovšem musí být*

vzájemný, hluboký, láskyplný a trvalý, neboť jedině tak poskytuje dítěti pocit životní jistoty a bezpečí" (Matoušek, 2003, s. 211).

Matějček (2002, s. 98) uvádí, že „*dávat dítěti pocit jistoty, opory a důvěry v lidský svět bez lásky nejde*“.

Z psychologických výzkumů vyplynulo, že specifický vztah k matce, který se podílí na utváření vztahů důvěry k druhým lidem, se objevuje již v sedmém měsíci života dítěte.

Potřeba jistoty a bezpečí umožňuje dítěti lásku přijímat, později i vracet. Tuto potřebu hlubokého a trvalého vztahu ke specifickému sociálnímu objektu představuje zpočátku citové pouto většinou k matce, později do vztahu vstupuje otec, rodina, skupina vrstevníků, v dospělosti životní partner a vlastní dítě (Dunovský, 1999; Matoušek, 2003).

Dle Vágnerové (2008) zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí mají děti s postižením, jelikož jsou jejich možnosti omezeny a orientace v prostředí ztížena (u dětí smyslově či pohybově postižených) anebo podněty nedovedou přiměřeně zpracovat (u dětí mentálně postižených).

Bez jistoty dítě zažívá úzkost, která ho buď svazuje anebo provokuje, nejčastějším projevem k překonání tísně a obav je agresivní chování vůči slabším. A koneckonců do vzájemných citových vztahů jsou vkládány naděje, že děti, i když z rodiny odejdou a založí nové rodiny, své rodiče ani ve stáří neopustí (Matějček, 1994).

4. **Potřeba identity** – pojem „identita“ je vysvětlován jako „být sám sebou“, jedná se o potřebu autonomie vlastní osobnosti, vědomí vlastní hodnoty, společenského uplatnění a vlastního místa ve společnosti. Objevuje se ve druhém a třetím roce, dítě si představu o sobě vytváří podle toho, jak je přijímáno nejbližšími lidmi, jak hodnotí jeho projevy. Každý má potřebu být uznáván, oceňován, přijímán a právě ten, kdo má zdravé sebevědomí a jistotu sám v sobě, může být druhým lidem oporou. Zralá identita předpokládá vědomé přijetí vlastních osobních možností a omezení – nadání i vad (Matoušek, 2003; Dunovský, 1999; Matějček, 1994).

5. **Potřeba životní perspektivy** – uspokojení potřeby „otevřené budoucnosti“ dává lidskému životu časové rozpětí mezi minulostí, současností a budoucností. Malé dítě zpočátku žije přítomností, později se prožívání času rozšiřuje směrem do minulosti i budoucnosti. Dospělý člověk chce realizovat své plány, mít svou vlastní rodinu, děti, které jsou smyslem života (Dunovský, 1999; Matoušek, 2003).

Uspokojení potřeby „otevřené budoucnosti“ dává lidskému životu v psychologickém smyslu časové rozpětí mezi „*otevřeností a uzavřeností osudu, nadějí a beznadějí, mezi životním rozletem a zoufalstvím*“ (Matějček, 2003, s. 38).

Potřebu životní perspektivy si lze představit na dětech, které z ústavního zařízení přešly do náhradní rodinné péče, dá se říct, že přešly z deprivativního prostředí do prostředí antideprivativního, a v novém prostředí byly jejich psychické potřeby uspokojovány lépe (Matějček, 2003).

V průběhu života jsou potřeby dotvářeny a v určitém životním období mohou být uspokojovány více či méně. Je třeba, aby se pečovatelé zaměřili na ty potřeby dítěte, které z důvodu špatného zacházení nebyly naplňovány. Dítě, které bylo ze strany matky vystavené nezájmu, lhostejnosti, potřebuje získat pocit vřelého a pečujícího prostředí, kde mu bude projevována maximální podpora ze strany pečující osoby. Jen láskyplnou péčí mohou být předchozí zážitky překryty novou pozitivní zkušeností, jedná se však o dlouhodobý proces (Matoušek, 2003; Matoušek, Pazlarová, 2010).

Pokud však základní životní potřeby nejsou uspokojovány v dostatečné míře a dost dlouhou dobu, dochází k frustraci, podnětové, citové i výkonové deprivaci a může být negativním způsobem ovlivňována integrita jedince, a narušen harmonický vývoj osobnosti (Novosad, 2006).

Dunovský (1999, s. 49) k popisovanému tématu uvádí určitou zákonitost: „*míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte*“, a současně platí: „*čím je dítě mladší, tím bývá závažnost tohoto postižení těžší*“.

Autor s jistou literární nadsázkou považuje za prvotní potřebu dítěte „**dobře se narodit**“ ... narození zdravého, chtěného a vítaného dítěte s optimální genetickou výbavou i všemi předpoklady správného vývoje (Dunovský, 1999).

3.4 Výchova a vzájemné vztahy

Vítková (2004) uvádí, že v současné době se rodina, více než dříve, zakládá na emocionálních vztazích, které jsou základním a určujícím prvkem výchovy dítěte.

3.4.1 Výchova dítěte s postižením

Dle Markové (1987) při výchově dítěte s postižením i ve vzájemných vztazích hrají velkou úlohu dva city. Láska a soucit. Jelikož jsou oba dva city v úzkém spojení, nedokážou ani rodiče vysvětlit, zda v jejich vztahu k postiženému dítěti převládá soucit nebo opravdová a hluboká láska. Soucit, přestože je pokládán za samozřejmý, nesmí převládnout nad zdravou a soudnou láskou, musí být usměrňován rozumem a mít určité hranice. Nadměrný soucit i nekritická láska by mohly dítěti spíše ublížit než prospět. Přílišná snaha rodičů uchránit dítě jakékoliv námahy či neustálé omlouvání nedostatků a chyb by dítěti neprospělo. Rodiče, kteří nenajdou sílu nutit dítě do činností, které mu zpočátku mohou činit potíže, nenaučí dítě ani tomu, co by zvládnout bez pomoci druhého mohlo jednou samo.

S intenzívní péčí a výchovou postiženého dítěte je třeba začít od prvních dnů po narození, od počátku jeho života. Je důležité, aby ani den nebyl promarněn. Naštěstí jsou překonány teorie, že v prvních dnech života je pro dítě dostačující sterilní láhev, vyvařené a vyžehlené pleny, vyvětraná místnost a ticho při spaní. Dítě potřebuje vnímat tělesnou blízkost při chování v náručí, slyšet něžné, laskavé a mírné hlasy „jeho lidí“ a přesto, že se může zdát, že nic nevnímá, pronikají tyto vjemy do jeho vědomí. Přiměřená stimulace u dětí s postižením je v porovnání s dětmi zdravými dvojnásobně důležitá. U postiženého dítěte, ve srovnání se zdravým dítětem, je podstatně složitější rozpoznat, jaké vlivy na něho působí, čím je možné dítě povzbudit nebo motivovat, případně zjistit, co brzdí či zpomaluje jeho duševní i tělesný vývoj. Jen pozorováním a sledováním jeho reakcí můžeme nalézt správný stimul důležitý pro další vývoj. To, co je zdravé dítě schopno naučit se téměř samo, příp. jen za přispění okolí, to je třeba postižené dítě naučit. A jelikož potřebuje podstatně více času, je ze strany rodičů nezbytnou podmínkou výchovy velká trpělivost, mírnost a laskavost (Marková, 1987). *„Silný cit a chladný rozum, zdánlivě nesourodá kombinace, jsou v tomto případě nezbytné. Cit pomůže překonávat hodiny i dny deprese a beznaděje nad pomalými výsledky, rozum ukazuje cestu, jak dál“* (Marková, 1987, s. 40).

Vývoj každého jedince je individuálně specifický, má své jedinečné rysy, které u postižených dětí nelze přehlížet. Pokud chceme postiženému dítěti skutečně pomoci, je třeba nevnímat jen jeho snížené schopnosti či omezené možnosti, ale je nutno brát v úvahu stránku jeho osobnosti. Každé dítě je jedinečnou, neopakovatelnou bytostí s individuálními vlastnostmi, které jsou pro něho charakteristické. Dítě, ať již zdravé nebo postižené, se chová „svým“ způsobem. Styl chování je dán vrozenými vlastnostmi, ale současně i tím, jak jsou tyto vlastnosti dotvářeny vlivem zkušeností dítěte (Vágnerová, 2008; Marková, 1987).

Dítě je závislé na pomoci lidí, kteří o něho pečují, starají se. A právě na jejich reakcích záleží, zda umí postižené dítě povzbuzovat nebo naopak, i nevědomky, srážet. Jedná se o důležitý faktor, který do značné míry ovlivňuje, jestli dítě v plné míře využije své možnosti, byť omezené, ke zkoušení a učení se novým věcem anebo se bude snažit před obtížemi uniknout. Nezbytným předpokladem správné výchovy je vytvoření takové atmosféry, která dává postiženému dítěti pocit bezpečí, jistoty, že na něm jeho nejbližším záleží. Dalším, nesmírně důležitým činitelem, je vyjádřená pochvala, při níž dítě prožívá radost i dobrý pocit z vlastního úspěchu, což je pro něj motivující k získávání dalších dovedností (Marková, 1987).

Výchova dítěte s postižením je náročná a dlouhodobá. Nastávají momenty a situace, kdy lze jen těžko z odborné literatury vyčíst informace, poučení či univerzální rady. Nakonec rodiče přijímají své vlastní, „náhradní“ řešení, které odpovídá konkrétnímu dítěti nejlépe. K tomu je však třeba samotné dítě co nejvíce poznat, pochopit co nejhluběji jeho stav a porozumět jeho potřebám (Marková, 1987).

3.4.2 Význam vzájemných vztahů

Bylo prokázáno, že různými nedorozuměními či spory dítě trpí. Pokud jde o děti těžce zdravotně postižené, vnímají nepohodu ve svém okolí intenzivněji, citlivěji a hlouběji (Marková, 1987). „*Klidné rodinné prostředí, prozářené láskou, úctou a vzájemným porozuměním a pochopením jednoho k druhému*“ je nezbytným předpokladem zdárného vývoje dítěte (Marková, 1987, s. 40).

Novosad (2006) uvádí, že pro dítě s postižením má pobyt v harmonickém rodinném prostředí psychoterapeutické a motivační účinky.

3.4.3 Původní rodina dítěte

Do pěstounské péče jsou většinou přijímány děti, které si na svou původní rodinu pamatují a pochopitelně platí, že čím mladší děti jsou umístěny do nové rodiny, tím je kratší jejich minulost a naopak děti starší mají více různých vzpomínek a zážitků, o to více mohou mít nežádoucích návyků a důvěru k lidem vlivem prožitého utrpení, ubližování a ponižování narušenou. Obdobně to platí u dětí přijatých z dětských domovů. Některé s rodinným životem zkušenost nemají vůbec, případně jen útržkovitě, a navíc s negativním zabarvením. Přestože o svých prožitcích malé dítě vyprávět nedokáže, neznamená to, že si nic nepamatuje (Matějček, 2002).

Dle Archeové (2001) by náhradní rodiče dítěti měli ve vhodnou dobu a přiměřeně jeho věku přiznat, že v určitém životním úseku prožívalo smutek a zklamání. U dětí, které životní start neměly jednoduchý, jsou informace o prožitém životě zvláště důležité, neboť jen tak se ve svém životě dokážou vyznat a mohou se léčit jejich rány z prožitého traumatu.

3.4.4 Kontakty s původní rodinou

Za nejvážnější úskalí pěstounské péče jsou považovány kontakty s biologickou rodinou dítěte, která neplnila základní funkce rodiny, v níž dítěti nescházela „jen“ láskyplná péče, ale nebyly uspokojovány ani základní psychické potřeby, a dokonce v ní docházelo k zanedbávání, týrání či zneužívání dítěte.

Názory na kontakty biologické a náhradní rodiny se různí. Jaký je názor samotných pěstounů, kteří nevhodné a stresující zásahy zažili?

„Kontakt dítěte s biologickými rodiči v takovém případě považují v rozporu se zájmem dítěte, je to něco, co může znovu podlomit těžce vydobytou a tudíž velmi křehkou psychickou stabilitu“ (Pavlíková, 2009, s. 91).

Druhým úhlem pohledu dle Formánka (In Sobotková, 2010) je, že děti mají v sobě vztah k biologické rodině, sourozencům, prarodičům a dalším příbuzným zakódovaný a je třeba vztah uchovávat a rozvíjet pro identitu dítěte, jeho zdravý sociální a emocionální vývoj.

Mnozí žadatelé o pěstounskou péči jsou si vědomi, že vlastní rodiče často výchovu přijatého dítěte komplikují a narušují, a proto ve svých požadavcích na dítě žádají, aby rodiče dítěte byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti. Nelze říct, že by se jednalo o netolerantní

rodiny nebo s vysokými nároky na dítě, naopak se jedná o rodiny ochotné přijmout dítě jiného etnika, dítě se zdravotním postižením nebo sourozence (Matějček, 2002).

Prekopová (2009, s. 162) uvádí, že *„je třeba počítat s bolestnou problematikou vztahů a nutností jejího zpracování“*, a i přesto by náhradní rodiče měli mít biologické rodiče „v srdci“, respektovat jejich těžký osud, být jim vděční za dítě a za všechno, co mu dali.

Je třeba zdůraznit, že v dítěti není možné pěstovat záporný vztah k jeho biologickým rodičům nebo dávat najevo své pohrdání nad způsobem jejich života. Významnou roli hraje věk dítěte, malé dítě není schopno chování rodičů posoudit a negativní informace o rodičích by mu zbytečně připomínaly minulost. Důležité je důvody špatného chování rodičů dítěti přiměřeně jeho věku vysvětlit, neboť jen tak se mohou ve svém životě lépe zorientovat a vyhnout se obdobným problémům (Matějček, 2002).

Výchovu dítěte bezesporu ztěžují vlastní rodiče, kteří v péči opakovaně selhávali a dítěti vážně ubližovali. Archerová (2001, s. 96) k problematice vlastních rodičů uvádí, že *„vždy jde o velmi individuální záležitost a u každého dítěte je třeba ji posuzovat velmi opatrně“*.

Je vhodné připomenout, že jedním ze situačních činitelů, který je brán v úvahu při výběru vhodných náhradních rodičů, je vzdálenost bydliště pěstounské rodiny od bydliště rodiny původní.

Matějček (In Matoušek, 2003) k tomuto tématu uvádí: v případech, že kontakt dítěte s původní rodinou je vyžadován a indikován, vzdálenost mezi bydlištěm nové rodiny a bydlištěm rodiny biologické by měla být co nejmenší. V opačném případě, kdy je kontakt kontraindikován, by měla být vytvořena vzdálenostní „bariéra“.

Nelze nikdy s určitostí říct, jak se budou vzájemné vztahy vyvíjet.

V případech opakujících se nevhodných intervencí biologických rodičů do nové, či nově vznikající, rodiny se mohou náhradní rodiče obrátit na pracovníce krajského úřadu, případně požádat o vyšetření specialistou z oboru psychologie a u soudu podat návrh na zamezení kontaktu biologických rodičů s dítětem (Matějček, 2002).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Praktická část práce je zaměřena na zmapování životních situací rodin, které přijaly do individuální pěstounské péče dítě s určitým zdravotním postižením. Ve všech zkoumaných rodinách je pěstounská péče vykonávána osobami bez příbuzenského vztahu k přijatým dětem.

4.1 Cíl výzkumu

Výzkumným cílem bakalářské práce je poskytnout reálnější pohled na problematiku pěstounské péče, zmapovat a popsat subjektivní prožitky, názory, postoje a zkušenosti pěstounů, kteří mají osobní zkušenost s péčí o dítě s určitým zdravotním postižením.

Hlavní výzkumný cíl:

Zmapovat životní příběhy pěstounských rodin v časovém horizontu od doby přijetí dítěte do pěstounské péče až po současnost a rovněž zjistit, jak pěstouni roli „náhradního“ rodiče zvládají.

S ohledem na šíři zkoumané problematiky bylo zvoleno několik **dílčích cílů**, pomocí nichž chceme vyzkoumat:

1. zda žadatelé v době zprostředkování pěstounské péče připouštěli možnost svěření dítěte se zdravotním postižením,
2. co bylo prvotním impulsem náhradních rodičů k přijetí dítěte do pěstounské péče a jaká byla konkrétní motivace k přijetí,
3. jaká byla reakce partnera či partnerky a postoje rodiny na záměr nebo přijetí dítěte do pěstounské péče,
4. zda je dítě s vlastní rodinou v kontaktu, jestli je vyrovnané s minulostí a dále jaké jsou názory pěstounů na kontakty s biologickou rodinou,
5. zda u dítěte byly zaznamenány deprivanční projevy, zvláštnosti v chování nebo komunikaci, nepříznivý či závažný psychický stav vzniklý strádáním dítěte v minulosti,

6. zda mají pěstouni pocit, že je to nad jejich síly a co je pro ně zdrojem energie k překonání nesnadných chvil,
7. zda pěstouni prožívali období, kdy zvažovali ukončení pěstounské péče.

Na základě vytyčených cílů bakalářské práce byly stanoveny dílčí výzkumné otázky (dále jen „DVO“), které jsou následující:

- DVO 1: Žádala jste o svěřeni dítěte s postižením nebo to vyplynulo ze situace, z osobního setkání?
- DVO 2: Co Vás konkrétně motivovalo k přijetí dítěte? Co bylo prvním podnětem?
- DVO 3: Jaká byla reakce partnera/partnerky, jak reagovali vaši rodiče a lidé ve vašem okolí?
- DVO 4: Je dítě s vlastními rodiči a sourozenci v kontaktu? Je vyrovnané s minulostí? Jaký je váš názor jako pěstounů na kontakty s biologickou rodinou?
- DVO 5: Zaznamenali jste deprivanční projevy, zvláštnosti v chování nebo komunikaci, nepříznivý či závažný psychický stav vzniklý strádáním dítěte v minulosti? Jak se to projevovalo?
- DVO 6: Máte někdy pocit, že je to nad vaše síly? Kde čerpáte energii? Co Vám pomáhá překonat nesnadné chvíle?
- DVO 7: Prožívali jste období, kdy jste zvažovali ukončení pěstounské péče?

4.2 Metody výzkumu a sběru dat

Vzhledem k podstatě zkoumaného problému byla pro dosažení stanovených cílů zvolena metoda *kvalitativního výzkumu*. U kvalitativního výzkumu se jedná o to, aby se výzkumník co nejvíce sblížil se zkoumanými osobami, co nejvíce jim porozuměl, pochopil jejich vlastní hlediska, seznámil se s jejich stanovisky, dokázal se vcítit do konkrétního případu či specifických životních situací. V případě kvalitativního výzkumu je třeba vzít v úvahu

skutečnost, že každý jedinec či skupina je jedinečná a od toho se odvíjí i potřeba vytvoření celkového zkoumaného obrazu (Gavora, 2000).

Kvalitativní metody se dle Strausse a Corbinové (1999) užívají v případech, kdy je třeba odhalit a porozumět tomu, co je podstatou jevů, k získání detailních informací a nových názorů. Může se jednat o výzkumy týkající se života lidí, příběhů, chování i vzájemných vztahů.

Metodami sběru se rozumí získávání informačního materiálu o realitě.

K získání konkrétních dat od respondentů byla aplikována metoda rozhovoru se strukturovanými otevřenými otázkami. Lofland (In Švaříček, Šedřová, 2007) uvádí, že výhodou rozhovoru je *zachycení výpovědí i slov respondentů v jejich přirozené podobě*, což je pokládáno za jeden ze zásadních principů kvalitativního výzkumu.

Metoda rozhovoru umožňuje zachytit určitá fakta a zmapovat danou problematiku, hlouběji proniknout do motivů a postojů chování respondenta a vysvětlit jejich příčiny. Základním předpokladem dobrého rozhovoru je navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry (Gavora, 2000).

Otázky v rozhovoru byly předem formulovány tak, aby poskytly dostatečné množství materiálu ke zkoumané problematice a umožnily intenzivní výzkum. Ke každému tématu, který vychází z dílčích cílů výzkumu, byly vytvořeny výzkumné otázky.

Způsob formulace otázky patří dle Hendla (2005) mezi nejdůležitější prvky, které určují, jak bude respondent odpovídat.

4.3 Výzkumný vzorek

Výběr výzkumného vzorku byl sestaven metodou záměrného účelového výběru, který by splňoval základní výběrová kritéria, tzn. pěstounské rodiny, které přijaly do pěstounské péče alespoň jedno dítě se zdravotním postižením a současně s výzkumnou účastí souhlasily. Typ zdravotního postižení ani závažnost či hloubka postižení nebyla při výběru rozhodujícím činitelem.

Vyhledání osob, které splňují výběrová kritéria a vyznačují se výše uvedeným specifickým znakem, nebylo jednoduché. O zprostředkování kontaktu na uvedené rodiny bylo požádáno

Rodinné centrum Akropolis v Uherském Hradišti a Klub pěstounů v Uherském Brodě. Vzhledem ke vstřícnosti pěstounů i díky jejich osobním vazbám na další pěstounské rodiny, které vyjádřily souhlas s předáním kontaktních adres, se podařilo prostřednictvím e-mailové korespondence navázat kontakt se čtyřmi pěstounkami ze Zlínského kraje. Pěstounky byly seznámeny s předmětem, účelem i způsobem realizace výzkumu a se spoluprací jednoznačně souhlasily.

Výzkumný vzorek tvořily pěstounské rodiny, které do své péče přijaly děti se zdravotním postižením. Základní charakteristiku znázorňuje níže uvedená tabulka.

Tab. 1. Charakteristika respondentů

Číselné označení respondenta	Pěstounka č. 1 (R1)	Pěstounka č. 2 (R2)	Pěstounka č. 3 (R3)	Pěstounka č. 4 (R4)
Pseudonym	ADAMCOVÁ	ELŠÍKOVÁ	KLÍMOVÁ	RATIBORSKÁ
Rodinný stav	svobodná	vdova	vdaná	vdaná
Vzdělání	vysokoškolské	středoškolské s maturitou	vysokoškolské	středoškolské s maturitou
Počet vlastních dětí	0	4	0	2
Počet přijatých dětí	6	3	3	2
Věk dětí v době přijetí	15 měsíců 17 měsíců ne celý rok 3 roky 4 roky 5 let	2,5 roku 5 let 6 let	9 měsíců 16 měsíců 4,5 roku	1 rok 5,5 roku
Počet přijatých dětí se zdravotním postižením	2	3	1	1

(Zdroj: vlastní zpracování)

Pro bližší představu čtenářů jsou v následující části uvedeny základní informace o dětech se zdravotním postižením, přijaté do péče pěstounskými rodinami.

Děti v pěstounské rodině paní Adamcové

- **Eliška** – mentální postižení, dítě týrané vlastními rodiči. Ve dvou letech byla hladová a vyčerpaná odebrána z dysfunkční rodiny i s tříletým bratrem Viktorem, děti byly umístěny v dětském domově. Přestože se to zdá nepochopi-

telné, i zde děti o víkendech, kdy zůstávaly v domově samy s opilou vychovatelkou, zažívaly opakovaně pocity strachu. Paní Adamcová přijala do pěstounské péče oba sourozence současně, přestože v péči měla již čtyři děti a další přijetí neplánovala. V té době měla Eliška 4 roky. Nyní má 25 let, pobírá invalidní důchod.

- **Viktor** – středně těžká mentální retardace, dítě těžce týrané biologickými rodiči. Vysílené dítě přikryté černou dekou bylo z vlastní rodiny odebráno a umístěno do dětského domova, kde opětovně prožívalo pocity strachu, které dobře znalo z vlastního domova. Se svou sestrou se před vychovatelkou schovával pod postýlkou. Do pěstounské péče byl přijat z dětského domova ve věku 5 let, nemluvil, byl považován za hluché dítě. Nakonec se zjistilo, že jeho stav způsobila silná deprivace. Nyní je Viktorovi 26 let, pobírá invalidní důchod. Do pomyslné „normy“ se již nikdy nedostal.

Děti v pěstounské rodině paní Elšíkové

- **Esterka** – postižení tzv. „Robertův syndrom“ – zkrácené předloktí, rozštěp rtu a patra, vybočená kolena i pánevní kost. V době přijetí měla 2,5 roku. Nyní je Esterce 24 let, studuje vyšší odbornou školu. Když manželé Elšíkovi vyřizovali přijetí do pěstounské péče, paní Elšíková zjistila, že je těhotná. Čekala čtvrté dítě. Sociální pracovnice se domnívaly, že řízení o pěstounské péči bude zastaveno. Paní Elšíková to nevzdala, byla pevně rozhodnuta přijmout Esterku do jejich, již tehdy početné, rodiny.
- **Barborka** – dítě týrané vlastními rodiči, současně bylo prokázáno i tělesné poškození následkem sexuálního zneužití. Barborka byla odebrána z dysfunkční rodiny a umístěna do dětského domova. Následně svěřena do pěstounské rodiny, kde opakovaně zažívala týrání, za což byli pěstouni odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody. Manželé Elšíkovi Barborku přijímali z psychiatrické léčebny jako dítě vážně psychicky narušené. V té době jí bylo pět let. Po psychické stránce nastalo zlepšení a v určitém období neužívala ani léky. V současné době se psychický stav dívky opět zhoršil, již několik měsíců je hospitalizována

z důvodu závažného sebepoškozování. V psychiatrické léčebně Barborka prožila i své 22. narozeniny.

- **Stanislav** – mírné psychické postižení, dítě opuštěné vlastními rodiči. Následně byl umístěn se svými třemi sourozenci v dětském domově. Všechny sourozence přijala do péče pěstounská rodina, avšak Stanislav, nejmladší ze čtyř sourozenců, byl z pěstounské rodiny vrácen zpět do ústavního zařízení z důvodu špatné adaptace. Psychickou zátěž jako následek nepřijetí a odmítnutí si odnesl do dalšího života. Ve svých 17 letech je uzavřený, lidem nevěří.

Dítě v pěstounské rodině paní Klímové

- **Patrik** – dětská mozková obrna, přijatý do pěstounské péče ve 4,5 letech z dětského domova. Biologická matka je v současné době ve výkonu trestu odnětí svobody. V době přijetí Patrik téměř nemluvil, slovní zásoba byla minimální, na pokyny nereagoval, protože význam slov neznal. Byl nechodící, bylo nutno používat kočárek. Intenzivním cvičením Vojtovou metodou se stav postupně zlepšil a Patrik se časem dokázal postavit na nohy, k chůzi používal berle. V současné době používá trackingové hole.

Dítě v pěstounské rodině paní Ratiborské

- **Johanka** – dětská mozková obrna, osteoporosa, rozštěp páteře – poškozené nervy do dolní poloviny těla, od kolen dolů nohy necitlivé a nepohyblivé. Na chůzi v místnosti používá francouzské hole, mimo dům a na delší vzdálenosti invalidní vozík. Nosí strojek „Atlanta“, který udržuje kyčle ve správné poloze. Má vývod močového měchýře pro usnadnění cévkování (prováděno sedmkrát denně) i kvůli sebeobsluze. Z důvodu hromadění mozkomíšního moku v mozku má od narození zavedený z mozku do břicha tzv. shunt (katetr), který pomáhá udržet přiměřený tlak v mozku. Má 11 let a každým rokem podstupuje operační zákrok.

4.4 Vlastní výzkum

Při správně vedeném rozhovoru jde o dvoustrannou rovnocennou komunikaci a již v začátku je nutné prolomit případnou psychickou bariéru a navodit příjemnou a otevřenou atmosféru (Hendl, 2005).

Z důvodu navázání bližšího kontaktu s pěstouny proběhlo ve dvou případech setkání s rodinami opakovaně, v dalších dvou případech se však z důvodu větší vzdálenosti bydliště pěstounů uskutečnilo pouze jedno osobní setkání. Původní obavy z přijetí těmito rodinami, navázání kontaktu a ze vzájemné spolupráce zcela vymizely při osobním srdečném přivítání.

Z důvodu zachování intimity a autentičnosti byly rozhovory realizovány v domácnosti respondentů, v některých případech za přítomnosti hrajících si dětí. V jednom případě se části rozhovoru účastnil pěstoun. Přítomnost dalších osob neovlivňovala průběh rozhovoru ani otevřenost při poskytnutí odpovědí.

Před samotnou fází získávání a zaznamenání dat byly pěstounky ujištěny o zachování jejich anonymity a poučeny o možnosti odstoupení od účasti na výzkumu. Jedním z etických zásad výzkumu, realizovaného formou rozhovoru, je i vyjádření souhlasu respondenta se zaznamenáním dat na nahrávací zařízení. Souhlasné vyjádření pěstunek k možnosti nahrávání rozhovoru na diktafon je součástí úvodní části rozhovorů v elektronické i písemné podobě.

Atmosféru ve všech rodinách lze charakterizovat jako mimořádně přátelskou, vstřícnou a nescházely ani bezprostřední reakce hlasitého smíchu. Na druhé straně, v případě jedné pěstounky, důvěrné sdělení starostí, ventilace intenzivních prožitků obav a napětí způsobilo emoční rozrušení se slzami v očích.

Nezbytnou podmínkou pro podrobné vyhodnocení dat bylo převedení mluveného projevu z rozhovoru do písemné podoby, tzv. transkripce dat. Získaná data z jednotlivých rozhovorů s respondenty byla transkripcí převedena do textové podoby, včetně zachování dialektu a vyznačení neslovních projevů – především výše zmiňovaný smích. V některých případech bylo přistoupeno k nepatrným stylistickým úpravám, současně bylo provedeno třídění prvního řádu, tj. redukce, vynechání nepodstatného – slovní vaty, výrazů, které narušují plynulost. Z důvodu ochrany jmen rodinných příslušníků byla při přepisování dat použita technika anonymizace. Veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci účastníků

rozhovoru, byly nahrazeny pseudonymy. Počet dětí, ať už vlastních nebo přijatých, věk dětí v současné době i v době přijetí do pěstounské péče však odpovídají realitě.

4.5 Analýza rozhovorů

Následující část výzkumu obsahuje detailní rozbor získaných autentických výpovědí jednotlivých respondentů. Metodou vytváření trsů, která spočívá v seskupování výroků a informací na základě podobnosti do určitých významově podobných skupin, byly vyhledávány shody a rozpory ve výrocích. Dále byla provedena deskripce získaných dat metodou prostého výčtu, tzn. určení, jak často se vyskytl daný jev nebo v jakém poměru je vůči jinému. Analýza výzkumných otázek je v závěrečné části zakončena shrnutím údajů.

Z důvodu osobnějšího charakteru byli respondenti označeni pseudonymy, které budou při analýze užívány stejně jako výrazy pěstounka či maminka.

Pseudonymy pěstounek:

- Respondent č. 1: paní Adamcová
- Respondent č. 2: paní Elšíková
- Respondent č. 3: paní Klímová
- Respondent č. 4: paní Ratiborská

Odpovědi na DVO 1: Žádala jste o svěřeni dítěte s postižením nebo to vyplynulo ze situace, z osobního setkání?

Paní Adamcová sdělila: „*Ani to, ani to. Dítě mi bylo svěřené podle kritérií do pěstounské péče, většinou to byly děti, které měly nějaký handicap.*“

Paní Elšíková bez dalšího vysvětlování uvedla: „*Ano, žádali, věděli jsme, že žádáme o postižené dítě.*“ Naopak paní Klímová uvedla, že s manželem o dítě s postižením nežádali. „*Vůbec nás to ani nenapadlo, dá se říct, že jsme byli spíš osloveni, ne úplně formální cestou, ale tak to nějak přišlo.*“

V rodině paní Ratiborské se úvahy o přijetí dítěte s postižením lišily v době prvotních úvah, názor byl následně přehodnocen. „*Původně ne, původně jsme si představovali relativně zdravé děti.*“ Rozhodování o přijetí dítěte s postižením bylo příběhem konkrétního dítěte. Maminku oslovil příběh dítěte s postižením, od narození umístěného v dětském domově, kterému je věnována pozornost v následující otázce.

Shrnutí výzkumné otázky č. 1

Výpovědi respondentů se liší. Paní Adamcové bylo dítě s postižením svěřeno do pěstounské péče svěřeno na základě *specifické indikace*. V době zprostředkování pěstounské péče žádala *vědomě* o svěřeni dítěte se zdravotním postižením *pouze jedna pěstounská rodina*, a to rodina paní Elšíkové. Rodina paní Klímové byla oslovena ne zcela formální cestou, myšlenka na přijetí dítěte s postižením pěstounské *manžele ani nenapadla*. Přestože v rodině paní Ratiborské původním *záměrem nebylo přijmout dítě s postižením*, začala rodina tuto variantu zvažovat až následně, a to po seznámení se s životním osudem dítěte umístěného v dětském domově.

Odpovědi na DVO 2: Co Vás konkrétně motivovalo k přijetí dítěte? Co bylo prvním podnětem?

Paní Adamcová byla ovlivněna osobní zkušeností s dětmi z SOS dětské vesničky ve Chvalčově, kde pracovala jako teta a v pohodové večerní atmosféře zazněla nečekaná reakce dětí, která zřejmě vyvolala prvotní úvahy k přijetí dítěte: „*...ty děti mně řekly, přestože měly svoji vlastní matku, která byla vlastně nemocná a byla v nemocnici, 'teto, buď naší maminkou'. Já mám pocit, že to byl možná první impuls, že jsem o tom začala víc uvažovat.*“

Jednoznačná odpověď zazněla od paní Elšíkové, která vědomě přijímala do péče dítě s postižením: „*Pomoc dítěti s postižením.*“

Dále sděluje prvotní podnět a přibližuje motivaci k přijetí: „*...dověděla jsem se o holčičce v kostele na nástěnce a přemlouvala jsem manžela, že pokud máme tři zdravé, že bychom se mohli postarat o nemocnou holčičku. Jsem věřící a bylo to i z toho hlediska víry.*“

U paní Klímové i jejího manžela je charakteristická shoda: „...oslovil nás jeden plakátek „Hledáme Vás, mámo, táto“ ze Sdružení pěstounských rodin. Nezávisle na sobě jsme si ho přečetli a začali o tom uvažovat...“ „Byli jsme spolu už asi 10 let, děti jsme neměli, tak jsme si říkali, že bychom chtěli pomoci nějakému dítěti. Neměli jsme pocit, že bychom ho chtěli vlastnit.“

Důvody motivace zcela vyčerpávajícím způsobem objasnila paní Ratiborská: „Chtěli jsme pomoci dětem, které nemají vlastní rodinu.“ Impulsem k rozhodnutí přijmout do pěstounské péče dítě s postižením byl příběh konkrétního dítěte v dětském domově, jak již bylo nastíněno v předcházející otázce. Maminka vzpomíná: „...s kamarádkou, která pracuje v dětském domově, jsme narazily na téma tady té postižené holčičky, tak mě ten příběh tak zaujal, že během měsíce jsme o tom začali uvažovat a po dalších dvou měsících společného probírání jsme zašly požádat.“ Přestože prvotní podnět vzešel od pěstounky, názory manželů na přijetí dítěte byly totožné. „...bylo to už v době známosti, oba dva jsme obdivovali ty rodiny v okolí a shodli jsme se na tom.“

Shrnutí výzkumné otázky č. 2

Určitou roli sehrála osobní zkušenost paní Adamcové s péčí a výchovou dětí v zařízení pro výkon pěstounské péče – SOS dětské vesničky ve Chvalčově a především *překvapující, bezprostřední reakce dětí*, do budoucna natolik podnětná, že zřejmě vedla k prvotním úvahám o náhradním rodičovství. Prvotním impulsem k úvahám na přijetí dítěte do pěstounské péče u paní Elšíkové byla výzva na nástěnce v kostele k hledání náhradních rodičů pro nemocné dítě, která pěstounku vnitřně oslovila. Motivací byla snaha „*postarat se o nemocnou holčičku*“. Pěstounka uvádí, že i *aspekt víry* v motivaci sehrál roli. Manžele Klímovy oslovil zprostředkovaně plakátek v rámci osvětové kampaně Sdružení pěstounských rodin zaměřený na oslovení veřejnosti a získání zájemců k náhradnímu rodičovství pro děti z ústavních zařízení. Za neobvyklou je možno považovat absolutní shodu bezdětných manželů, které leták nezávisle na sobě oslovil a následně je motivoval k úvahám *pomoci nějakému dítěti*. Impulsem k přijetí dítěte s tělesným postižením byl v případě jedné pěstounské rodiny příběh konkrétního dítěte, které bylo ze sociálních a zdravotních důvodů umístěno v dětském domově. Reálný příběh o životním osudu dítěte pěstounku natolik upoutal, že se stal podnětem k podání žádosti o zprostředkování pěstounské péče.

V uvedené rodině se jednalo o přijetí již druhého dítěte, motivací byla „pomoc dětem, které nemají vlastní rodinu“.

Odovědi na DVO 3: Jaká byla reakce partnera/partnerky, jak reagovali vaši rodiče a lidé ve vašem okolí?

Z důvodu přehlednosti jsou výpovědi pěstounek seřazeny podle předmětu dílčí výzkumné otázky.

Jaká byla reakce partnera?

U paní Adamcové byla otázka z důvodu absence partnera vynechána.

Reakce manžela paní Elšíkové na přijetí dítěte „z nástěnky“ byla zpočátku odmítavá. Pěstounka uvádí: „...trvalo tři týdny, než jsem ho k tomu přemluvila (smích), než jsem ho ukecala.“ Dokonce rodiče manžela prohlásili: „... že jsem mu hrozila rozvodem, pokud mně neodkývne holčičku do pěstounské péče“ (smích). Přestože konkrétní odpověď týkající se reakcí manžela u dalších dvou dětí zprostředkována není, je zřejmé, že manžela vícekrát pěstounka přemlouvat nemusela. V případě přijetí druhé holčičky „...první se upnula na manžela, přestože já jsem byla teta nebo paní, tak manžel byl při prvním setkání taťka a od té doby to nebylo jinak, ta si zas obtočila kolem palce manžela.“

Paní Klímová zprostředkovala vzájemnou reakci obou manželů po seznámení s plakátkem hledající novou rodinu: „...dokonce mi to řekl první on.“ „Četlas to? Vidělas to? Co na to říkáš?“ „Říkám, zrovna jsem ti to chtěla říct.“ „To byla opravdu reakce vzájemná.“

Paní Ratiborská uvádí: „Manžel je flegmatik, takže když jsem to navrhla jako první, tak byl v podstatě pro... byl tolerantní, souhlasil s tím, těšil se na to.“ V následující části sděluje reakci manžela na přijetí holčičky s postižením. „To mě ještě víc překvapil, to jsem se úplně bála s tím postižením za ním přijít, to jsem myslela, že nebude úplně nadšený, ale kupodivu taky řešil jenom ty technické věci, jakože byt, auto, koupelnu bezbariérovou, ale vůbec nějak mu nevadilo to samotné postižení.“

Jaká byla reakce rodiny na záměr nebo přijetí dítěte do pěstounské péče? Setkali jste se po přijetí s nepochopením ve vašem okolí?

Reakce rodiny paní Adamcové v případě přijetí prvního dítěte: „...*ten prvopočáteční, byl to pro ně šok.*“ „...*oni z toho měli možná větší strach, než já sama. A tím, že jsem přijala první dítě romské, tak to byl pro ně takový hodně silný náraz.*“

Na dotaz, zda se setkala s neporozuměním okolí, uvádí: „*Ano. Bydlela jsem v panelovém domě, obrovském a vzpomínám si, protože jsem se tam jeden měsíc nastěhovala a druhý měsíc už jsem si přivezla tmavého chlapce, tak přede mnou práskli dveřima, to bylo pro mě samotnou velmi smutné...*“

Paní Elšíková otevřeně odpovídá: „*Mí rodiče reagovali velice pozitivně...*“ „*Manželovi rodiče, tam to bylo horší, naštěstí teď už babička, už je sama, nerozlišuje mezi dětmi přijatými a dětmi našimi, teď už je jakoby smířená, ale ten začátek byl takový trošinku negativní a horší.*“ Vzpomínky a upřímné sdělení reality vyvolaly u paní Elšíkové emoční rozrušení, v očích se jí objevily slzy.

S reakcemi okolí měla pěstounka zkušenost pozitivní i negativní. Na jedné straně se setkávala s oceněním a podporou: „...*držím ti palce*“, „...*jsi dobrá, že to děláš*“, na druhé straně vnímala nepochopení od lidí, kteří v pěstounské péči vidí zdroj financí, přestože: „...*v té době třeba byl příspěvek nebo odměna pěstouna sto padesát korun, takže v žádném případě to nebylo pro peníze*“.

Paní Klímová k dotazu na odezvy rodiny uvádí: „*Ty reakce snad byly celkem kladné, rodičů i příbuzných, akorát u toho, když jsme měli přijmout postižené dítě, tak tam byl trošku problém. S tím se museli trošku delší dobu srovnávat, ale potom už si na Patrika zvykli a mají ho rádi a není tam žádný problém.*“

Na dotaz, zda se setkali s nepochopením, sděluje: „*Vůbec né, na toto jsme měli štěstí, žádné nepochopení, ale možná je to aj tím, v jakých kruzích se pohybujeme, že jsou to spíš takoví empatictí lidé. Takže fakt, to jsme se nesetkali vůbec.*“ „*Všichni to přijali velice pěkně.*“

Reakce dvojího druhu zaznamenala i paní Ratiborská. „...*polovina těch nejbližších příbuzných hned souhlasila, byla nadšená, a polovina si musela na to trošku zvykat a paradoxně dědeček, který u toho zdravého roztomilého ročního chlapečka byl hodně proti a těžce se*

s tím smířoval, tak potom při přijetí postižené a velké Johanky byl úplně v pohodě.“
„...zřejmě zjistil mezi příbuznými, známými, že to oceňují a začal být na to hrdý.“

S nepochopením okolí se paní Ratiborská v podstatě nesetkala. *„Pokud ano, nějak mírně...“* „*A pokud ze sousedů nebo ze sídliště si někdo něco myslí, tak nám to nedávají najevo, nesetkala jsem se s nějakou otevřenou reakcí.“*

Shrnutí výzkumné otázky č. 3

U paní Adamcové nebyla z důvodu absence partnera otázka vyhodnocena. Reakce manželů na přijetí dítěte se značně lišily. V rodině paní Elšíkové bylo stanovisko manžela na přijetí dítěte s tělesným postižením zpočátku odmítavé a trvalo určitou dobu „*přemlouvání*“, naopak u přijímání dítěte s postižením duševním vznikla mezi otcem a dítětem okamžitě oboustranná vazba. V případě manželů Klímových byly *reakce vzájemné a obsahově shodné*. Pozitivně reagoval i manžel paní Ratiborské a souhlasně se vyjádřil i v případě přijetí dalšího dítě s postižením, samotné *postižení pro něho nebylo překážkou* k přijetí do rodiny. V případě paní Adamcové při přijetí prvního dítěte *obavy rodičů* pramenily z přijetí dítěte jiného etnika a určitou roli sehrála i neinformovanost o pěstounské péči. Reakce rodičů paní Elšíkové byla *pozitivní*, problém však nastal u manželových rodičů, kteří děti *zpočátku neakceptovali*. Výrok „*naštěstí teď už babička nerozlišuje*“ děti vlastní a přijaté je dostatečně výstižný a i slzy v očích pěstounky svědčí o tom, že přijetí dětí prarodiči nebylo bezproblémové – trvalo více než deset let. Rodina Klímova se setkala s reakcemi *převážně kladnými*, ať už rodičů i příbuzných, *delší dobu se vyrovnávali* s přijetím dítěte s postižením. Rodina Ratiborská se setkávala na jedné straně s nadšením, někteří příbuzní však museli *realitu přijmout*. Názorový posun je zřejmý u prarodiče, jehož postoj byl u přijetí prvního zdravého dítěte zpočátku odmítavý a negativistický, naopak při přijetí dítěte s postižením nic nenamítal a *začal být hrdý*, že rodina do pěstounské péče děti přijala.

Z výpovědí vyplynulo, že reakce okolí jsou různé. Paní Adamcová po letech vzpomíná na nepříjemnou situaci, která vznikla reakcí na *přijetí dítěte romského etnika*. Reakce pramenily z neznalosti stavu a později se sousedské vztahy urovnaly. Jsou případy, kdy se pěstouni setkávají s *přijetím, podporou, obdivem a oceněním*, ne všichni jsou však náhradní rodinné péči nakloněni a tudíž nechybí ani *odezvy negativní*, kdy pěstounskou péči

považují za snadný zdroj peněžních prostředků. Tuto zkušenost měla i další pěstounka. Ve zbývajících dvou rodinách se s nepochopením okolí *nesetkali*, případně *ne osobně*.

Odpovědi na DVO 4: Je dítě s vlastními rodiči a sourozenci v kontaktu? Je vyrovnané s minulostí? Jaký je váš názor jako pěstounů na kontakty s biologickou rodinou?

Výpověď paní Adamcové, která dětem kontakt s biologickými rodiči zprostředkovala: „*Skutečně, my jsme tu biologickou rodinu vyhledali ve třech případech...*“, „*vztah trvá dodneška, ty kontakty máme. Dneska přes ten „fejsbuk“ si píšou a já myslím, že to není na škodu.*“ Ne ve všech rodinách jsou kontaktům náhradní rodiče nakloněni. Zkontaktování s vlastním sourozencem přijatého dítěte, vyrůstajícím v adoptivní rodině, nebylo dítěti z důvodu nepochopení a jednoznačně zamítavé reakce adoptivních rodičů umožněno. „*Vím, že v některých rodinách teda je to tak striktní a nechtěli.*“ Zajímavostí je, že pěstounka zaznamenala odlišnou potřebu kontaktů s biologickou rodinou dle pohlaví dítěte. „*Většinou mám pocit, že děvčata po tom kontaktu víc touží, u chlapců ani ne.*“ O tom, že dětem byly poskytnuty již v raném dětství informace o biologických rodičích, svědčí i úsměvné vzpomínky na výrok dítěte: „*Heč, my máme maminku, ona si nás vybrala, té tvojí ty ses jenom narodil.*“

Na otázku, zda je dítě s minulostí vyrovnané, paní Adamcová odpovídá: „*Nemůže být vyrovnané, pokud ji nezná.*“ „*Je důležité, aby znalo své kořeny.*“, „*...já jsem se jim vždycky snažila, vlastně už od dětství, vyprávět o tom nejdřív formou pohádky, jak se všichni u mě ocitli, že se nenarodili z břicha, ale já jsem říkala ze srdíčka...*“ V rozhovoru pěstounka uvedla velmi působivý emoční příběh dítěte, které bylo přijato do pěstounské péče v pěti letech a nemá ze svého života v biologické rodině ani v dětském domově žádnou fotografii. „*...to byla taková její největší bolest. Když paní učitelka vyzvala děti, aby donesly fotku, když byly malé, tak ona mě prosila, ať jí půjčím kohokoliv jiného, že nechce přiznat tu realitu, která byla, že vlastně neexistuje...*“, „*její život začíná v pěti letech, ona do té doby nežije.*“

Paní Elšíková ke vztahům biologických rodičů uvádí: „*Dvě děti měly styk zakázaný, rodiče s nimi nebyli v kontaktu, třetí – naštěstí rodiče bydlí na druhém konci republiky, takže se vlastně nesetkali, ale tam nebyly ani dopisy, ani pozdravy, ani pohledy, prostě nic. Rodiče na něho nereagovali.*“ Dle názoru pěstounky nejsou vhodné kontakty v případě malého

dítěte. „*Myslím si, že ho to spíš rozhodí.*“ Pěstounka za určitých okolností možnost kontaktů připouští: „*ano, ale to dítě by mělo být už pevně zakotvené v té pěstounské rodině anebo cítit to, že opravdu už mu nemůžou ublížit.*“ Kontakt s rodiči v této rodině zprostředkovaný nebyl, obecně je pěstounka názoru: „*Určitě seznámit, to je jasné, každý člověk chce vědět, odkud pochází, ale myslím si, že ti rodiče víc ubližují, než přinesou pozitivního.*“

A děti paní Elšíkové jsou s minulostí vyrovnané? „*Určitě né... „...ty problémy spíš ještě přesahují, ty dvě děti psychicky postižené, tak vím, že ty jejich problémy, ta jejich minulost, že je na ně až moc, že kdyby nezažily tu minulost, co měly, tak by to byl někdo úplně někdo jiný, že se vlastně na nich ti rodiče podepsali, teda jo, na obou, dokonale. Valentýnka vlastně měla, nevím, jestli štěstí, že byla v kojeňáku, že nezažila to negativní, tak proto je někdo jiný.*“

V rodině paní Klímové je nejstarší dítě v písemném kontaktu s matkou, která je v současné době ve výkonu trestu odnětí svobody. Korespondenci udržuje i paní Klímová, nicméně určité obavy neskrývá. „*Můj názor na kontakt s biologickou rodinou je velice opatrný ...*“, „*...do teď se deset let nezajímala vůbec a myslím si, že to není upřímné, nemůžu si pomoci. Myslím si, že Patrika by to rozhodilo úplně...*“, „*mám obavy, aby se nějak nenavázal, nezačal jí věřit a potom zase nic. Tak to by mu asi ublížilo.*“ Kontakt u dalších dvou dětí, biologických sourozenců, proběhl jedenkrát u soudu, i přes snahy sociální pracovníce se kontakt nepodařilo navázat, rodiče nereagovali.

Paní Klímová dále sděluje: „*...je důležité, aby dítě vědělo od začátku o té své biologické rodině aspoň něco...*“, „*...tohle děti věděly od malička a to bylo dobré...*“, „*...ušetřili jsme si asi spoustu problémů, než aby se to dozvěděly odjinud.*“ K otázce týkající se minulosti dítěte odpovídá: „*...myslím, že s tím nikdy vyrovnané nebude, že to je prostě celoživotní práce.*“

A jaké jsou zkušenosti paní Ratiborské? „*... u Martínka máme otce neuvedeného a maminka je zbavena rodičovských práv, takže jsme se s ní nepotkali nikdy, ani nijak se neozývá...*“, „*Johančini rodiče nejsou manželé, nikdy v životě ji taky neviděli a nenavštěvovali ani v ústavu.*“ To, že nad svou biologickou rodinou však dítě přemýšlí, je patrné z úvah: „*...najednou řekne, kdoví jaký mají domeček, jaké mají auto a jaké má sestra vlasy.*“

Když o dceru neprojeví zájem rodiče, pokusili se pěstouni navázat kontakt alespoň s dospělou biologickou sestrou. V případě potřeby odsouhlasení určitých záležitostí rodiče reagují, komunikace probíhá písemnou formou. Obecně je pěstounka názoru: „*Myslím si, že je důležité, aby to dítě vědělo, že má někde ty svoje biologické rodiče a aspoň na nějaké neutrální půdě jednou za čas ten kontakt umožnit.*“

Co může být pro paní Ratiborskou příjemnější: „*Tak Martin to přijímal samozřejmě v pohodě, je na to docela hrdý, mezi spolužáky o tom dokáže mluvit, popovídal kamarádům, jak se jmenuje jeho maminka a proč si ho nemohla nechat a kde se narodil a hrdě to všude povídá, tomu to nevadí vůbec.*“ Vzhledem k tomu, že skutečnost o biologických rodičích byla dítěti objasněna již v útlém věku, dítě realitu přijalo a na nečekaný dotaz spolužáků bylo schopno předstoupit před celou třídou a situaci ohledně vlastních rodičů vysvětlit, což překvapilo samotnou paní učitelku. Dojemný moment následně sdělila pěstounce.

Shrnutí výzkumné otázky č. 4

Z výsledků sdělení vyplynulo, že kontakty s biologickou rodinou jsou *minimální*. Osobní kontakt byl zprostředkován pouze v rodině paní Adamcové, kontakt probíhá v současné době písemnou formou. Pěstounka se pokusila o navázání kontaktu se sourozencem přijatého dítěte, který byl umístěn do adopce. Nesetkala se však s pochopením adoptivních rodičů, byli v tomto směru nesmlouvaví a ke kontaktu sourozenců *nedali svolení*. Pěstounka je názoru, že je nutné, aby děti znaly své kořeny. S vlastní minulostí dítě nemůže být vyrovnané, pokud ji nezná.

V rodině paní Elšíkové jsou rodiče dvou dětí zbaveni rodičovské zodpovědnosti, po dobu pěstounské péče děti s vlastními rodiči nikdy v kontaktu nebyly. U třetího dítěte bydlí rodiče, slovy pěstounky, „naštěstí“ na druhém konci republiky. Rodiče *neprojeví* nikdy o dítě zájem a ani pěstouni je nevyhledali, ale snažili se *neztráct kontakt* s jeho bratry. Děti se svou složitou minulostí vyrovnané nejsou. Obecně je pěstounka názoru, že biologičtí rodiče spíše dítě „rozhodí“, kontakt připouští u dětí starších, kdy je dítě pevnou součástí nové rodiny.

Syn paní Klímové je v *písemném kontaktu* s matkou, korespondence probíhá i s pěstounkou. Kontakt u staršího ze sourozenců *proběhl při soudním řízení*, mladšího bratra rodiče

neviděli. Od té doby i přes snahu sociální pracovnice se biologické rodiče *nepodařilo zkontaktovat*. Dle názoru paní Klímové nebude s vlastní minulostí dítě nikdy vyrovnané, je to celoživotní práce. Kontakty s rodiči nepovažuje za upřímné, má obavu, aby dítě nezklamali.

S biologickými rodiči nejsou ve styku ani děti paní Ratiborské. V rodném listu syna není otec uveden a matka byla zbavena rodičovské zodpovědnosti. Nikdy se s ní pěstouni *nesetkali*. Biologičtí rodiče dcery s tělesným postižením nejsou manželé, nikdy ji neviděli, *nemají o ni zájem*. Návštěvy neprobíhaly ani v době jejího pobytu v ústavním zařízení, reagují písemně pouze v nutných případech k odsouhlasení určitých záležitostí. Rodiče zaznamenali úvahy dcery o vlastní rodině a pokusili se *navázat kontakt* s její biologickou sestrou. Vyměňují si fotografie a udržují písemný kontakt. Osobní setkání dosud neproběhlo. Obecně je pěstounka názoru, že je důležité, aby dítě mělo informace o biologických rodičích i kontakt s nimi by měl být ve vhodných případech umožněn.

Odpovědi na DVO 5: Zaznamenali jste deprivací projev, nepříznivý či závažný psychický stav vzniklý strádáním dítěte v minulosti? Jak se to projevvalo?

Paní Adamcová sděluje: „*U všech dětí.*“, „...*u těch prvních, já nevím, různé cucání palců, kývavé pohyby, přikrývání dekou, třeba i krádeže...*“, „...*toho bylo strašně moc. Čím to dítě je starší, tím je ten deprivací projev, bych řekla, takový zvýšený, větší a těžko se už potom třeba hledá nějaká náprava nebo je to mnohem těžší. A čím je to dítě starší, opravdu, tím je to náročnější i to odstraňování. Čím je to dítě menší, tak se to zvládá mnohem, mnohem jednodušeji a dřív.*“

Názorným příkladem hluboké deprivace jsou sourozenci, které přijala paní Adamcová ve čtyřech a pěti letech. „...*oni ještě nemluvili, takže my jsme tam museli rozvíjet řeč a vůbec jsme nevěděli, jestli naskočí.*“ Po absolvování vyšetření v narkóze bylo potvrzeno, že je hluché. „*Nakonec to byla jenom tak těžká deprivace. Potvrdil to nějaký profesor Šupáček v Praze, že vlastně to je těžká deprivace, všichni si mysleli, že je hluchý.*“

Zkušenost pěstounky v případě složitější adaptace v rodině: „...*opravdu, ta deprivace dělá s těma dětma divy a ony jsou opravdu takové zlé, ale jako člověk tomu rozumí, proč to tak je, ale ne ty malé děti, které ho mají přijmout za sourozence. On jim bere věci, třeba jim je sní, jeho věci mu nestačí, rozbije, roztrhá, žduchne...*“

Výpověď paní Elšíkové, která přijala dítě opuštěné vlastními rodiči a jako jediné, nejmladší ze čtyř sourozenců, vrácené zpět do ústavu z pěstounské rodiny. „... *kdyby to vlastně bylo normální dítě, které nestrádalo, nebylo vrácené, které se už několikrát neupnulo na někoho, kdo ho zklamal, tak by ten chlapec nemohl být tak moc uzavřený a tady ty problémy s ním.*“ Pomyslnou a záměrně vytvořenou emoční bariéru, kterou u syna pěstounka dlouhodobě vnímá, připodobňuje uzavřenosti „jako by byl v pláštěnce“, která ho chrání před city, totéž platí u citových projevů z jeho strany.

Výpověď další maminky: „*Myslím si, že tam patří i částečně to ADHD...*“, „...*ty depriváční syndromy nebo projevy tam byly patrné.*“ „*U Honzika nejmiň, u toho nejmenšího, a největší u Patrika, který přišel v těch čtyřech a půl letech*“, „...*tam byly trošku výchovné problémy ze začátku spojené s citovou deprivací...*“, „...*to cucání palce a kývavé pohyby, to tam měl, trvalo to kolik, pět roků?*“

S depriváčními projevy u dětí má zkušenost i maminka: „...*Tak Martin dodnes, v těch devíti letech, si pořád cucá prsty, to byl takový zlozvyk z toho kojeneckého věku a myslím, že je to ve chvílích nějakého napětí nebo kdy je nějak pod tlakem*“, „...*přestože se tváří jako hyperaktivní dítě navenek hrozně suverénně, tak máme pocit, že vnitřně je dost nejistý. Že tím jenom maskuje tu vnitřní nejistotu, takže určitě takový ten pocit z toho nepříjemného těhotenství a kojeneckého věku určitě vevnitř je...*“

„*A u Johanky, tam jsme zaznamenali, že za těch pět let v tom ústavu si zažila takové zlozvyky, jakože komandovat, organizovat, sekýrovat ostatní...*“, „...*dodnes jí to zůstalo a pořád zkouší prorazit ty mantinely, pořád provokuje.*“

Shrnutí výzkumné otázky č. 5

Z vyjádření pěstounek vyplynulo, že se depriváční znaky projevily u všech dětí. Paní Adamcová se setkala u dětí s větším *množstvím depriváčních projevů*, uvedla například cucání palců, kývavé pohyby, přikrývání dekou, krádeže i určitou agresivitu v chování dětí, dle jejích slov – děti byly „*takové zlé*“. Těžká deprivace se projevila v komunikačních schopnostech syna, kterého přijala do pěstounské péče. V pěti letech ještě *nemluvil*.

U syna paní Elšíkové, který v minulosti zažil opakované zklamání a odmítnutí, ať už se jedná o nepřijetí vlastní rodinou nebo jeho návrat do dětského domova po vrácení z pěstounské rodiny, je charakteristická *uzavřenost* a *emoční bariéra*. Prožité pocity strachu

a obav z opětovné ztráty blízkých osob v něm vyvolávají obranné reakce, kdy citové projevy nepřijímá a ani sám je nedává najevo. Nedokáže poprosit, omluvit se, není lehké ho motivovat k hlubšímu zájmu. Dcera trpí *psychickým postižením*, což bylo způsobeno přístupem, jaký k ní byl v nejtělejších dětství.

Deprivační projevy byly patrné i u dětí paní Klímové. U *nejmladšího dítěte nejméně*, u *nejstaršího* dítěte, kterého přijali ve čtyřech a půl letech, *největší*. Nemluvil, používal pouze pár slov. Projevy deprivace, cucání palce a kývavé pohyby, trvaly přibližně pět let. Ze začátku byly i určité výchovné problémy spojené s *citovou deprivací*, projevovala se u něho hodně i *agresivita*, měl pocit, že si musí „vybojovat“ své vlastní území.

Syn paní Klímové si do pěti let během dne ve chvílích napětí cucal prsty, zlovyk přetrvává i v devíti letech, zvláště ve stresových situacích. Rodiče u dcery zaznamenali zlovyky z ústavu – *komandování, organizování, žalování*.

Odpovědi na DVO 6: Máte někdy pocit, že je to nad vaše síly? Kde čerpáte energii? Co Vám pomáhá překonat nesnadné chvíle?

„No, tak samozřejmě mnohdy je to nad naše síly a já protože jsem věřící, tak vlastně tu svoji slabost a všechno v podstatě předkládám Bohu. To je moje síla a tam já čerpám... v modlitbě a věřím tomu, že když já už nemůžu, že Pán to dotvoří (smích). Takže to jsou moje nesnadné chvíle, já je předkládám a tím pádem je nemám, takže teď vidím, že je to možná i výhoda (smích) ... né, že by vůbec nebyly, ale je to takové poloviční nesení.“ (Paní Adamcová).

„To, že je nad moje síly, to mám každou chvíli (smích), to každý neúspěch nebo tak, tak si člověk říká, propánakrále, ženská, máš toho... a energii čerpám ve víře, nebýt věřící, tak si myslím, že by to takto nemohlo fungovat a tu Boží pomoc člověk cítí, cítíte i třeba, já nevím, když vidíte, že je zle, tak najednou se něco objeví a jde to...“ (Paní Elšíková).

„Někdy ten pocit mám, ne, že teda úplně, že je to nad mé síly, ale ten pocit únavy a vyčerpání tam je...“ *„Kdybych neměla víru, tak do toho asi ani nejdu, nevím, to bylo úplně to nejpodstatnější, ta pomoc druhým, z toho čerpám pořád. Takže víra a setkání s náhradními rodinami. A taky bych řekla, co nás jako ještě nabije, když máme možnost spolu nějak trávit volný čas, když nejsme doma, nejsou ty povinnosti, ale můžeme si vyjet celá rodina. Tak to nás taky dost nabíjí.“* (Paní Klímová).

„Nějaké úplně obrovské vyčerpání nebo nějaké zklamání nebo tak nepociťuji, jsou to běžné každodenní starosti, které vyprší a druhý den je dobře. Jsem věřící, takže určitě nejvíc z víry, hodně od kamarádek, mám kamarádky ve stejné situaci, se stejnými problémy, dopoledne, když jsou děti ve škole, tak se sejdeme, popovídáme, zajdeme si zaplavat, na masáž někam, takže ty chvílky volna ...“ (Paní Ratiborská).

Shrnutí výzkumné otázky č. 6

Autentické výpovědi pěstunek jsou záměrně zachovány v téměř celkovém rozsahu odpovědí. Dvě maminky – paní Adamcová a Elšíková se shodují, že mnohdy je to na jejich síly, prožívají momenty, kdy si říkají, že zvládnutí každodenních povinností samy neunesou. V tom jim bezesporu pomáhá *víra v Boha*, která je zdrojem energie. Určitý rozdíl lze spatřit ve výpovědi paní Klímové a Ratiborské. Pocity únavy a vyčerpání, které se objeví, nejsou však v takové míře, která by se nedala zvládnout. Zdrojem síly k překonání běžných problémů je *křesťanská víra, setkání s náhradními rodinami a volný čas strávený s rodinou i čas na vlastní aktivity*, tolik potřebný k dobytí energie na další dny.

Odpovědi na DVO 7: Prožívali jste období, kdy jste zvažovali ukončení pěstounské péče?

Odpověď paní Adamcové: „*Né, tak já teda né...*“, „*to musí být strašně těžké pro ty děcka, to vracení, to si vůbec nedovedu představit...*“, „*...já jsem si říkala, no jedině, že bych umřela, tak by došlo k ukončení, ale jinak jsem o tom neuvažovala.*“

Pěstounka vzpomíná na dobu, kdy syn, po obdržení zprávy od učitelky ve škole o „vrácení“ jeho spolužačky pěstounskou rodinou, prožíval období intenzivního pocitu strachu z možnosti jeho navrácení do ústavního zařízení. „*... i pro ty mé děti to způsobilo takové znejistění...*“, „*... on tehdy přišel za mnou a říkal, ‘mami, a kdy mě vrátíš?’*“, „*...to bylo pro nás strašně těžké období...*“

O možnosti ukončení pěstounské péče nikdy neuvažovala ani paní Elšíková. „*Né, nikdy, ... né nikdy, já říkám, děti nejsou boty, které se dají vrátit, takže si myslím, že, že pokud se k tomuto člověk zaváže, tak je to na celý život. Jsou to naše děti, nebo moje děti teď už,*

tam se nerozlišuje, jestli je to vlastní nebo pěstounské, to už jsou všechny naše, všichni patří k nám a to místečko u toho stolu by zůstalo prázdné, to nejde...“

Paní Klímová s humorem sobě vlastním sděluje: „*Zatím ne. Zatím jsme takové období neměli, třeba nás ještě čeká (smích). Já myslím, že ne.*“

Jaký je názor k ukončení pěstounské péče paní Ratiborské? Odpověď je jednoznačná: „*Ne, to v žádném případě a doufám, že ani do budoucna, že to nenastane, jsme odhodlaní to zvládnout až do dospělosti a k vnoučatům a na celý život*“, „...*takový pocit životního poslání.*“

Shrnutí výzkumné otázky č. 7

Odpovědi k uvedené výzkumné otázce byly u všech pěstunek shodné – o ukončení pěstounské péče neuvažovala ani jedna z respondentek. Paní Adamcová, přestože dle jejího vyjádření mnohdy byla na pokraji sil, o ukončení *nikdy neuvažovala*. Připouští krajní variantu, možnost ukončení pouze v případě úmrtí. Má osobní zkušenost s nejistotou dítěte pramenící z obav z možného navrácení do ústavního zařízení.

Pro paní Elšíkovou je převzetí dítěte do pěstounské péče *celoživotním závazkem*. Možnost „vrácení“ dětí naprosto vylučuje.

O ukončení pěstounské péče doposud nezvažovali ani další náhradní rodiče. V rodině paní Klímové *zatím období*, že by chtěli pěstounskou péči ukončit, *nenastalo*. Určitý *otazník* je vnímán směrem k budoucnosti, jak se bude vyvíjet vztah biologické matky k dítěti.

Paní Ratiborská v obsahové shodě s paní Adamcovou a Elšíkovou uvádí, že žádném případě ukončení *nezvažovala*, je přesvědčena, že taková situace ani v budoucnu nenastane. Pěstounská péče ji naplňuje, vnímá ji jako životní poslání.

4.6 Interpretace výsledků výzkumu

Následující část obsahuje shrnutí výsledků kvalitativního výzkumu. Ze získaných dat od respondentů metodou rozhovoru vyplynulo několik zajímavých skutečností, které jsou srovnávány s různými teoriemi.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda žadatelé v době zprostředkování pěstounské péče připouštěli možnost svěření dítěte se zdravotním postižením.

V době zprostředkování pěstounské péče **žádala vědomě** o svěření dítěte se zdravotním postižením pouze jedna pěstounská rodina. Ve třech případech však pěstouni o svěření dítěte se zdravotním postižením **nežádali**, o této variantě neuvažovali, původním záměrem bylo přijetí zdravého dítěte. Jedné pěstounce bylo dítě s postižením svěřeno na základě specifické indikace, kdy v mnoha případech jsou do pěstounské péče svěřovány právě děti s nepříznivým zdravotním stavem. Další pěstounské rodiny se o dítěti dozvěděly shodou okolností a rozhodly se dítě do rodiny přijmout. V jednom případě se jednalo o sdělení příběhu konkrétního dítěte v dětském domově, další dvě rodiny byly osloveny letákem určený veřejnosti k získání zájemců o náhradní rodinnou péči.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, co bylo prvotním impulsem náhradních rodičů k přijetí dítěte do pěstounské péče a jaká byla konkrétní motivace k přijetí.

Ve dvou případech, jak již bylo výše uvedeno, se prvotním impulsem stala výzva, určená k oslovení veřejnosti a získání zájemců o náhradní rodičovství, která pěstouny následně motivovala k aktivním úvahám na přijetí dítěte. Ať již samotné formulace odpovědí na otázku motivace zněly mírně odlišně, jednoznačnou motivací k přijetí dítěte, která z výzkumu vyplynula, byla **touha pomoci, potřeba pomáhat**.

Matějček (1999) uvádí, že k přijetí dítěte s postižením bývají žadatelé o pěstounskou péči obvykle motivováni zvýšenou potřebou pomáhat. Možno konstatovat, že výsledek analýzy rozhovorů, týkající se motivace, koresponduje s teorií.

Z výzkumu dále vyplynulo, že altruistické chování pěstounů ve všech zkoumaných rodinách pramení z jejich **křesťanské víry v Boha** a souvisí i s **profesí pěstounek**.

Tři pěstounky jsou zdravotní sestry, z toho jedna pěstounka je dokonce dětskou zdravotní sestrou, a též další pěstounka s vysokoškolským vzděláním pracuje v rezortu zdravotnictví.

I ve výše uvedeném textu lze nalézt shodu s teoretickou částí. Pěstouni, kteří do péče přijímají dítě s postižením, musí mít dle Koluchové (2003) hlubokou altruistickou motivaci a vytvořit si ke svěřenému dítěti rodičovský vztah, protože jen tak jsou schopni unést celou tíži péče a výchovy.

O hluboké motivaci i vytvoření pevného rodičovského vztahu není možno pochybovat. Vazby, které byly s dětmi navázány, svědčí o opravdovém, upřímném a hlubokém rodičovském vztahu.

Určitou shodu lze zaznamenat v reakcích partnerů, rodičů a lidí z blízkého okolí. Dva pěstounské páry se na přijetí dítěte s postižením **vzájemně a jednoznačně shodly**, stanovisko manžela první pěstounky bylo zpočátku k přijetí dítěte s postižením odmítavé a nastala určitá doba „**přemlouvání**“.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jaká byla reakce partnera či partnerky a postoje rodiny na záměr nebo přijetí dítěte do pěstounské péče.

Stanoviska rodiny i okolí byly různorodé. Můžeme konstatovat, že ne všichni prarodiče reagují na rozhodnutí svých dětí přijmout do péče cizí dítě s nadšením. Vedou je k tomu obavy, jak problémové situace zvládnou, často v přijetí dětí vidí **zdroj „zbytečných“ starostí**. Ve většině výpovědí se objevovaly **obavy** a s rozhodnutím pěstounů se rodina vyrovnávala delší dobu. První pěstounka zaznamenala strach rodičů z přijetí dítěte jiného etnika. Pozitivně reagovali rodiče druhé pěstounky, vznikl však problém u manželových rodičů, s rozhodnutím pěstounů se nemohli dlouho smířit. Další pěstounky se setkaly s převážně kladnými reakcemi, delší dobu se nejbližší rodina vyrovnávala s přijetím dítěte s postižením, někteří členové rodiny však museli realitu přijmout.

Z výzkumu bylo možno vypozařovat, že **osobní zkušenost** se svěřením dětí může vést ke změně stanoviska k pěstounské péči. U pěstouna, který měl zpočátku jisté obavy přijmout dítě s tělesným postižením, anebo u prarodiče, jehož reakce byly k přijetí dítěte skutečně odmítavé a negativistické, je **názorový posun** u obou mužů nezpochybnitelný. Pěstounská rodina s „váhajícím“ otcem se postupně rozšířila o další dvě děti, a to

s psychickým postižením. Vztah otce k dětem byl příkladný. Prarodič si uvědomil význam pěstounské péče a začal být na přijetí dětí jejich rodinou hrdý.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, zda je dítě s vlastní rodinou v kontaktu, jestli je vyrovnané s minulostí a dále názory pěstounů na kontakty s biologickou rodinou.

K otázce kontaktů s biologickou rodinou můžeme uvést, že většina rodičů byla zbavena rodičovské zodpovědnosti, zbývající rodiče o osobní kontakt s dětmi, tím méně s pěstouny, **neprojevili zájem**. Ne vždy je kontakt dětí s biologickými rodiči žádoucí. Dle Pavlíkové (2009) může kontakt s vlastními rodiči podlomit těžce vydobytou a křehkou psychickou stabilitu. S obavami tohoto charakteru se potýká jedna pěstounská rodina. Její obavy pramení z toho, aby dítě prostřednictvím korespondence z vězení nenavázalo s biologickou matkou bližší vztah, nezačalo jí věřit a poté **nezažilo zklamání**, což by mu ublížilo.

Z názorů pěstounů vyplynulo, že děti by měly znát svůj původ a vztahy k vlastní rodině by neměly být přetřhány. Z tohoto důvodu byly ve dvou rodinách **navázány kontakty** alespoň se sourozenci dětí. Lze konstatovat, že v tomto směru pěstouni vycítili potřebu kontaktu dětí s vlastními sourozenci a jednají v souladu s názorem Formánka (In Sobotková, 2010), který uvádí, že vztah k biologické rodině je třeba uchovávat a rozvíjet pro identitu dítěte, jeho zdravý sociální a emocionální vývoj.

Z výzkumu vyplynul i další fakt, který souvisí se **sourozeneckými vztahy**. Pěstouni jsou si vědomi, jak důležitou roli v životě dítěte sourozenecké vztahy sehrávají. Ve dvou pěstounských rodinách byly přijaty dokonce až tři sourozenecké dvojice. Dalšího sourozence, který byl v útlém věku adoptován bezdětnými manželi, pěstounská sourozenecká dvojice nepoznala, neboť zkontaktování sourozenců adoptivní rodiče brání ze strachu z prozrazení jejich „tajemství“.

Dílčí cíl č. 5: Dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, zda pěstouni u dítěte zaznamenali deprivacní projevy, zvláštnosti v chování nebo komunikaci, nepříznivý či závažný psychický stav vzniklý strádáním dítěte v minulosti.

Matějček (1999) k přítomnosti psychické deprivace u dětí z kojeneckých ústavů a dětských domovů uvádí, že výskyt deprivace různého stupně i různých forem je téměř pravidlem.

Totéž bylo potvrzeno výzkumem. Syndromy deprivačního poškození se projevily **u všech dětí**, které byly náhradními rodinami přijaty. Ve dvou případech se pěstounky shodly v tom, že stupeň deprivace souvisí s věkem – čím je dítě přijaté do rodiny starší, tím jsou deprivační projevy větší a těžko se nachází možnost nápravy nebo je mnohem náročnější. Dle Matějčka (2002) je dalším projevem deprivace nedůvěra k lidem, emoční otupělost, opakem mohou být nepřiměřené reakce v podobě afektivních výbuchů, někdy se může objevit i agresivní chování. Prakticky přítomnost všech forem deprivace u dětí byla výzkumem potvrzena. Deprivační formy byly různé, přesto nejčastěji uváděným projevem bylo cucání palců, dále kývavé pohyby, přikrývání dekou, ale i hysterické vztekání a určitá agresivita, v jednom případě krádeže.

Typickým ukazatelem deprivačního poškození je dle Matějčka (2002) výrazné opoždění řeči, co do obsahu i skladby řeči. U hluboce deprivovaných dětí není řeč rozvinuta až do pěti let. Výsledky výzkumu v tomto případě zcela korespondují s teorií, včetně věkového rozmezí. Můžeme říct, učebnicový příklad. Pěstounka přijala do péče dítě, které ještě v pěti letech nemluvalo, lékařským vyšetřením bylo zjištěno, že se jedná o dítě sluchově postižené. Nakonec bylo zjištěno, že to bylo následkem tak těžké deprivace. U dítěte další pěstounky byly též zaznamenány problémy v komunikačních schopnostech, ve čtyřech a půl letech měl syn velmi malou slovní zásobu, téměř nemluvil.

S citovou deprivací u dětí měly zkušenost dvě respondentky. V jedné pěstounské rodině se řešily menší výchovné problémy, další pěstounka dlouhodobě u syna vnímá emoční bariéru, i přes společné soužití trvající více než dvanáct let jsou patrné projevy uzavřenosti, před citovými projevy se chrání a ani sám city nedává najevo. Matějček (2002) uvádí, že děti starší mají více různých vzpomínek a zážitků a důvěru k lidem vlivem prožitého utrpení, ubližování a ponižování narušenou. Vágnerová (1999) naopak vysvětluje chování citově deprivovaných dětí tím, že s obdobným chování nemělo zkušenost, objevit se mohou i stavy určité rezignace, kdy dítě přestane mít o bližší vztah zájem a k vřelému a srdečnému chování bude odmítavé.

Dílčím výzkumným cílem č. 6 bylo zjistit, zda mají pěstouni pocit, že je to nad jejich síly a co je pro ně zdrojem energie k překonání nesnadných chvil.

Z výzkumu vyplynulo, že u všech pěstounek je zdrojem síly křesťanská **víra v Boha**. Dvě pěstounky se shodují v tom, že mnohdy je péče nad jejich síly a prožívají momenty, kdy mají pocit, že zvládnutí každodenních povinností samy neunesou. V tom jim pomáhá víra v Boha, kdy přenechání části starostí vede k vnitřnímu zklidnění a harmonizaci – **k psychické pohodě**. Energii čerpají z víry a nebýt Boží pomoci, zvládnutí těžkostí a problémů, které život přináší, by bylo podstatně těžší. Také další dvě pěstounky uvádějí, že pocity únavy a vyčerpání se objeví, nejsou však v takové míře, která by se nedala zvládnout. Pěstounka je velmi výstižně vyjádřila slovy „starosti vyprší a druhý den je dobře“. Zdrojem síly a energie k překonání běžných problémů jsou sociální kontakty, především různá společná setkání s náhradními rodinami. Sdílení starostí s jinými lidmi, kteří se potýkají se stejnými problémy, jsou pramenem rad, inspirací i povzbuzení. K psychické i fyzické pohodě napomáhá volný čas strávený s rodinou, vlastní aktivity a využití volného času k relaxaci.

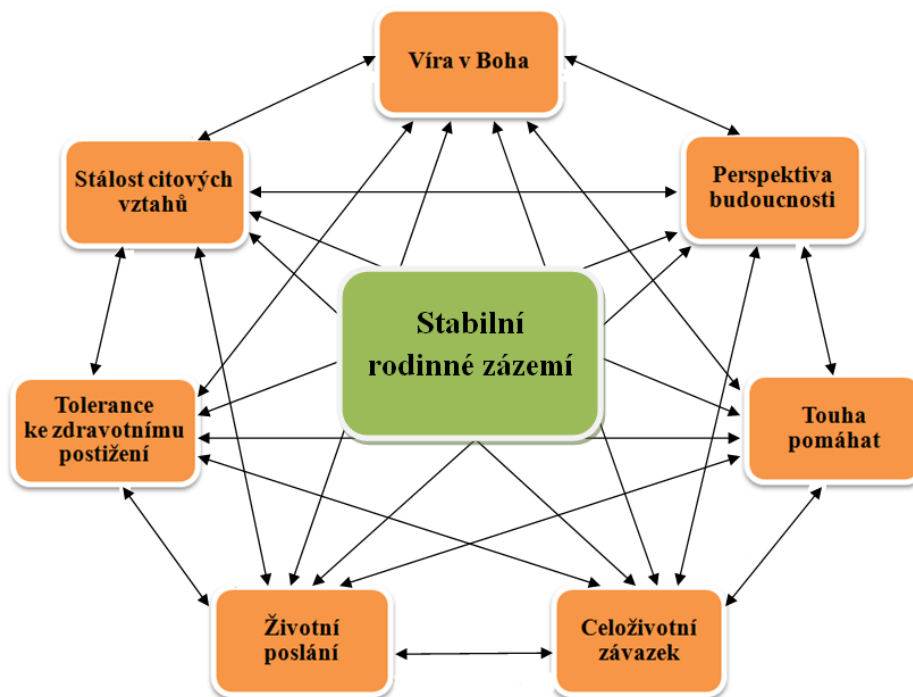
Dílčím výzkumným cílem č. 7 bylo zjistit, zda pěstouni prožívali období, kdy zvažovali ukončení pěstounské péče.

Výsledkem zjištění byla jednoznačná obsahová shoda, o ukončení pěstounské péče neuvažovala ani jedna ze zkoumaných pěstounských rodin. Převzetí dítěte do pěstounské péče považují za **celoživotní závazek**. Krajní variantu s možností ukončení připouští jedna pěstounka, a to pouze v případě úmrtí. Další dvě pěstounky také možnost navrácení dětí zcela vylučují, přijetí dětí do rodiny považují za konstantní, nerozlišují děti vlastní a pěstounské, všechny **jsou pevnou a trvalou součástí rodiny**.

Pěstounská péče je pro ně posláním, celoživotním rozhodnutím. **Jsou odhodláni vše zvládnout do dospělosti... až k vnoučatům**. Ukončení pěstounské péče doposud nezvažovali ani další náhradní rodiče. Určitý otazník je vnímán směrem k budoucnosti. Nelze předpokládat, jak se budou vztahy biologické matky k dítěti vyvíjet po jejím propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

Pěstouni mají mnoho společného v psychologickém i duchovním rozměru. Celým výzkumem se prolíná silně vyvinutý smysl pro pomoc slabším a bezbranným.

Poskytnutí stabilního rodinného zázemí dítěti s postižením je pro pěstounské rodiny posláním a závazkem – závazkem na celý život. Propojenost výsledných principiálních elementů rodin graficky znázorňuje níže uvedené schéma.



Obr. 2. Stabilní rodinné zázemí (Zdroj: vlastní zpracování)

Pro pěstouny, přestože musí mnohdy překonávat starosti a těžkosti v souvislosti s péčí o postižené dítě, dostal život jiný smysl, jinou dimenzi.

Matějček (1994) uvádí, že základem rodinného soužití je vzájemné obdarování radostí. Síla rodiny spočívá v rodinných vztazích, že máme jeden druhého rádi.

Slovy pěstounky: „...tady toto je ocenění, že je ta rodina nádherná, že je to dobře a že se máme všichni rádi.“

Na dotaz k úspěchům, kterých dosáhli, odpovídá: „...jsou to takové malé kamínky, které se vám skládají, a je to pěkné. Já už brečím.“

A jaký je vzkaz pěstounky potenciálním žadatelům o náhradní rodinnou péči?

„... je to těžké, ale ať do toho jdou, stojí to za to.“

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována problematice dítěte se zdravotním postižením v pěstounské péči. Z hlediska zkoumání jde o oblast velmi citlivou.

Narození dítěte s postižením je pro rodiče nesmírně náročnou situací – těžkou životní zkouškou. Výjimkou nejsou ani případy, kdy rodiče dítěte s postižením nedokážou realitu přijmout a svůj život potřebám a možnostem svého dítěte nepřizpůsobí. Každý rodič reaguje jiným způsobem a nelze nikoho soudit za to, jak se s narozením dítěte s postižením vyrovná.

Dovolím si uvést zkušenost z osobního setkání s maminkou očekávající narození dítěte, kterému lékař diagnostikoval mentální poškození a v raném stádiu těhotenství jednoznačně doporučoval umělé přerušování těhotenství. Slova maminky při současném hlazení rostoucího břicha i děťátka zněla: „Neboj, já tě nedám, i když jsi postižený“.

Ne každé dítě má to štěstí vyrůstat ve své vlastní rodině, dejme jim proto šanci žít alespoň v rodině náhradní. Všechny děti mají právo být šťastné, ať už se jedná o děti se zdravotním postižením, děti s vrozenými vývojovými vadami, děti jiné etnické příslušnosti, děti vrácené z náhradní rodinné péče, děti fyzicky či psychicky týrané, děti zneužívané... Jako každé jiné dítě potřebují být citově připoutány ke své rodině, vnímat její blízkost a ochranu. Je proto důležité zvýšit informovanost i povědomí veřejnosti o problematice náhradní rodinné péče.

V rámci získání určitého rozhledu a zorientování se v problematice pěstounské péče jsem se zúčastnila besedy pro zájemce o pěstounskou péči i širokou veřejnost, pořádanou rodinným centrem ve spolupráci s oddělením sociálně-právní ochrany dětí. Záměrem bylo zjistit názory odborníků z oblasti náhradní rodinné péče na plánované změny Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, vedoucí k profesionalizaci pěstounské péče a postupnému rušení kojeneckých ústavů a dětských domovů, a to především ve vztahu k dětem s postižením.

Obecně je pěstounů nedostatek a nastavit systém výběru profesionálních pěstounů bude velmi náročné. Naskýtá se několik otázek: Je vůbec možné zajistit dostatečné množství pěstounů? Jakým způsobem bude probíhat „nábor“ profesionálních pěstounů? Kolik dětí s postižením se podaří umístit v náhradních rodinách? Odpovědi na uvedené otázky nejsou snadno zodpověditelné. Z hlediska dlouholeté praxe v této oblasti jsou názory odborníků na přijetí a péči o děti se zdravotním postižením, stejně tak děti jiné etnické příslušnosti,

značně skeptické. Snad ještě více mě tato slova utvrdila o potřebě vyzdvihnout význam náhradního rodičovství a nutnosti pomoci dětem, jejichž životní start nebyl jednoduchý.

Výzkumná část bakalářské práce přinesla řadu zajímavých a poučných momentů nejen pro potencionální zájemce o náhradní rodičovství a pro žadatele o zprostředkování pěstounské péče, ale i pro rodiče, kteří již roli „náhradního“ rodiče zastávají a potýkají se s různými problémy či prožívají tíživou životní situaci. Práce je dále vhodná pro zájemce o problematiku náhradní rodinné péče ze strany širší veřejnosti a především pro pracovníky různých úřadů a organizací.

Bakalářská práce bude dána k dispozici odboru sociálních věcí, oddělení sociálně-právní ochrany Krajského úřadu Zlínského kraje, který vede evidenci dětí, pro které je třeba zprostředkovat pěstounskou péči. Možnost předání práce byla předem zkonzultována, prospěšnost je pracovníky krajského úřadu pozitivně vnímána ve vztahu k získání zpětné vazby i ojedinělosti tématu. Zájem o práci vyjádřilo oddělení sociálně-právní ochrany dětí Magistrátu města Zlína, které se agendou náhradní rodinné péče zabývá. Bakalářská práce bude sloužit při motivačních pohovorech s žadateli o pěstounskou péči i pro vytvoření reálnější představy o pěstounství a ujasnění představ, jaké dítě by chtěli do péče přijmout... jakému dítěti jsou schopni poskytnout domov.

K zájemcům o práci se přihlásila i spoluzakladatelka občanského sdružení Nová rodina, se kterou jsem v průběhu výzkumu navázala osobní kontakt. Sdružení se zabývá umístěním dětí s postižením do náhradní rodinné péče. Práce by mohla poskytnout potencionálním zájemcům ucelené teoretické informace i subjektivní pocity a názory pěstounů z dlouhodobé pěstounské péče. Zájem o práci vyjádřila i pěstounka, pseudonymem paní Klímová, nejen pro vlastní představu z uskutečněného výzkumu, ale zejména pro pěstounský klub, jehož je aktivní členkou. Třeba jsem touto prací zasela „semínko naděje pro děti s postižením“.

V závěrečné části bych se chtěla podělit se čtenáři o dojemný moment z výzkumu.

V průběhu mé návštěvy v pěstounské rodině, kdy docházelo k seznámení a navázání vztahu s rodinou, přineslo dítě album rodinných fotografií. Mezi fotografiemi byl i list papíru, na kterém byla obkreslena dětská dlaň s prstíky.

Na dotaz, co je to za obrázek, chlapeček odpověděl: *“To mi maminka obkreslila ručičku, abych věděl, jak jsem byl maličký, když si mě přivezli z dětského domova“*.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] ARCHER, Caroline a Zdeněk MATĚJČEK. *Dítě v náhradní rodině*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8578-4.
- [2] BOŤOVÁ, Antonie. *Náhradní rodinná péče a transformace systému péče o ohrožené děti v České republice*. Brno: Triada - poradenské centrum, 2008. ISBN 978-80-254-3353-9.
- [3] BUBLEOVÁ, Věduna a Lucie BENEŠOVÁ. *Hledáme nové rodiče*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2001. ISBN 80-239-1355-7.
- [4] BUBLEOVÁ, Věduna, Jana FRANTÍKOVÁ a Lucie VRÁNOVÁ. *Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. ISBN 978-80-87455-03-6.
- [5] BUBLEOVÁ, Věduna, Lucie VÁVROVÁ a Jana FRANTÍKOVÁ. *Základní informace o náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. ISBN 978-80-87455-01-2.
- [6] DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-716-9254-9.
- [7] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-859-3179-6.
- [8] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
- [9] KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1055-6.
- [10] MARKOVÁ, Zdeňka a Ljuba STŘEDOVÁ. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.
- [11] MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8853-8.
- [12] MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8304-8.

- [13] MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-852-8283-6.
- [14] MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KOLUCHOVÁ. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8637-3.
- [15] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3677-398.
- [17] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3678-593.
- [18] NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7174-3.
- [19] PREKOPOVÁ, Jiřina. *Pevné objetí: cesta k vnitřní svobodě*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3676-148.
- [20] RADVANOVÁ, Senta a Jarmila KOLUCHOVÁ. *Výchova dětí v náhradní rodinné péči*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979.
- [21] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-333.
- [22] SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. *Narodilo se s problémy a co bude dál?*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0398-X.
- [23] STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [24] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4732-237.
- [25] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8214-9.

- [27] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [28] VÍTKOVÁ, Marie. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-866-3323-3.

Internetové zdroje:

- [29] KOLUCHOVÁ, Jarmila. *Psychiatrie pro praxi: Z výsledků dlouhodobých výzkumů pěstounských rodin*. [online]. 2003 [cit. 2012-04-07]. Dostupný z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200303-0002.php>
- [30] PAVLÍKOVÁ, Eva. *Psychologie: Konference s mezinárodní účastí „Dítě v systému náhradní péče“*. [online]. 2009 [cit. 2012-04-07]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/pavlikova-zp.pdf>
- [31] *Pěstouni mají právo na služby: Diskusní fórum*. [online]. [cit. 2012-04-10]. Dostupný z: <http://www.pestounskapece.cz/kniha2.php>
- [32] SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie: Biologické rodiny dětí, které jsou navrhovány do náhradní rodinné péče*. [online]. 2010 [cit. 2012-04-07]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/sobotkova.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR Česká republika

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

DVO Dílčí výzkumná otázka

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Typy náhradní rodinné péče	14
Obr. 2. Stabilní rodinné zázemí.....	73

SEZNAM TABULEK

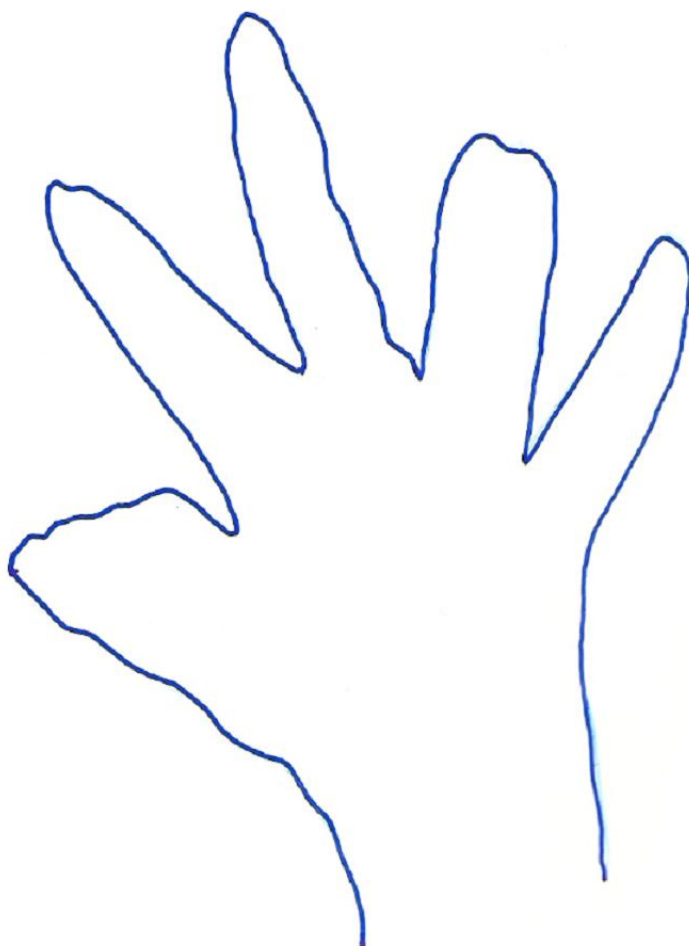
Tab. 1. Základní charakteristika respondentů.....	50
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA PI: Ručička dítěte v době přijetí do pěstounské péče
- PŘÍLOHA PII: Počet dětí v pěstounské péči
- PŘÍLOHA PIII: Statistické údaje o dávkách státní sociální podpory

**PŘÍLOHA PI: RUČIČKA DÍTĚTE V DOBĚ PŘIJETÍ
DO PĚSTOUNSKÉ PÉČE**

To je moje ručička



PŘÍLOHA PII: POČET DĚTÍ V PĚSTOUNSKÉ PĚČI

Počet dětí v pěstounské péči umístěných v letech 2008 – 2009

Rok	2008				2009			
	Počet dětí umístěných v průběhu sledovaného roku		Počet dětí v pěstounské péči k 31. 12. 2008		Počet dětí umístěných v průběhu sledovaného roku		Počet dětí v pěstounské péči k 31. 12. 2009	
	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených
Hlavní město Praha	133	4	498	25	141	6	578	29
Středočeský kraj	155	3	567	23	154	3	692	23
Jihočeský kraj	91	5	380	24	87	3	411	17
Plzeňský kraj	84	2	290	26	84	2	331	24
Karlovarský kraj	97	0	350	2	73	0	373	6
Ústecký kraj	147	2	658	24	146	5	761	20
Liberecký kraj	70	5	334	19	82	3	365	14
Královéhradecký kraj	54	0	253	23	59	1	320	27
Pardubický kraj	67	5	293	19	77	2	329	27
Kraj Vysočina	29	3	224	19	69	4	274	20
Jihomoravský kraj	101	1	606	32	121	4	672	37
Olomoucký kraj	146	3	341	32	146	2	467	12
Zlínský kraj	53	2	292	15	97	4	336	19
Moravskoslezský kraj	176	4	641	12	232	3	813	17
Celkem ČR	1 403	39	5 727	295	1 568	42	6 722	292

Zdroj: MPSV

Počet dětí v pěstounské péči umístěných v letech 2010 – 2011

Rok	2010				2011			
	Počet dětí umístěných v průběhu sledovaného roku		Počet dětí v pěstounské péči k 31. 12. 2010		Počet dětí umístěných v průběhu sledovaného roku		Počet dětí v pěstounské péči k 31. 12. 2011	
	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených	celkem	z toho zdravotně postižených
Hlavní město Praha	106	5	543	26	122	8	620	19
Středočeský kraj	152	4	733	14	179	5	765	21
Jihočeský kraj	73	5	396	19	100	3	434	19
Plzeňský kraj	109	4	362	26	124	4	433	24
Karlovarský kraj	52	1	360	2	77	4	365	5
Ústecký kraj	162	5	817	29	132	2	784	21
Liberecký kraj	61	3	363	18	78	2	383	21
Královéhradecký kraj	89	4	330	31	56	2	335	23
Pardubický kraj	90	4	362	26	89	1	410	23
Kraj Vysočina	77	4	296	20	66	4	319	22
Jihomoravský kraj	117	6	721	42	150	8	810	44
Olomoucký kraj	121	0	498	13	92	3	496	10
Zlínský kraj	80	4	373	18	81	1	442	25
Moravskoslezský kraj	202	2	867	18	161	5	867	13
Celkem ČR	1 491	51	7 021	302	1 507	52	7 463	290

Zdroj: MPSV

PŘÍLOHA PIII: STATISTICKÉ ÚDAJE O DÁVKÁCH STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORY

Průměrný měsíční počet vyplacených dávek pěstounské péče

<i>Dávka pěstounské péče:</i>	Rok			
	2008	2009	2010	2011
Příspěvek na potřeby dítěte	8 532	9 163	9 933	10 432
Odměna pěstouna	8 829	9 723	10 627	10 732
Příspěvek při převzetí dítěte	136	141	133	135
Příspěvek na zakoupení motorového vozidla	5	4	5	5

Zdroj: MPSV

Výdaje na dávky státní sociální podpory

v mil. Kč

<i>Dávka pěstounské péče:</i>	Rok			
	2008	2009	2010	2011
Příspěvek na potřeby dítěte	433,0	472,1	516,0	549,6
Odměna pěstouna	392,7	432,5	471,1	504,4
Příspěvek při převzetí dítěte	14,4	15,0	14,1	14,3
Příspěvek na zakoupení motorového vozidla	4,0	3,4	4,2	4,3

Zdroj: MPSV