

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Lenka Káčerová

Dítě s tělesným postižením v pěstounské péči

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala zcela samostatně s použitím uvedených pramenů uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci dne 14. 4. 2013

Podpis autora práce

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Káčerová
Katedra:	Katedra speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Dítě s tělesným postižením v pěstounské péči
Název v angličtině:	The child with disabilities in foster care
Anotace práce:	Tato práce se zabývá pěstounskými rodinami s dítětem s tělesným postižením a základními psychickými potřebami dítěte a také pěstounů či pěstounek. Tato práce je také zaměřena na motivaci pěstounů k přijetí dítěte do péče a její vliv na další vývoj dítěte.
Klíčová slova:	Dítě s tělesným postižením, pěstounská péče, rodina, poruchy rodiny, motivace, psychická deprivace, základní psychické potřeby
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on foster families with child with disabilities and basic psychical needs the child and also basic psychical needs foster-fathers or foster-mothers. This thesis is focused also on their motivation for acceptance of child and its influence for development of the child.
Klíčová slova v angličtině:	The child with disabilities, foster care, family, psychic deprivation, basic psychical needs

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1. Interview s panem P. Příloha č. 2. Interview s paní L. Příloha č. 3. Interview s paní H. Příloha č. 4. Interview s paní M.
Rozsah práce:	63 stran
Jazyk práce:	čeština

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za její ochotu a za cenné rady, které mi poskytla v průběhu zpracování zvoleného tématu.

Rovněž chci poděkovat všem pěstounům, kteří se podíleli na realizaci výzkumné části práce a věnovali mi svůj čas.

Dále chci poděkovat svému manželovi a všem, kteří mě podporovali.

Obsah

Úvod	8
1. Dítě s tělesným postižením.....	10
1.1 Pojem tělesné postižení	10
1.2 Význam motoriky a vliv tělesného postižení na dítě od kojeneckého věku po nástup do školy.....	12
2. Náhradní rodinná péče.....	15
2.1 Pěstounská péče, rozdělení.....	15
2.3. Motivace pěstounů k přijetí dítěte do péče	17
3. Psychologický význam rodiny pro pěstouny	18
3.1. Význam rodiny pro pěstouny pečující o dítě s postižením	18
3.2. Základní psychické potřeby a postoje pěstounů i jejich změny v závislosti na postižení dítěte	19
4. Psychologický význam rodiny pro dítě.	22
4.1 Význam života v pěstounské rodině pro dítě s postižením.	22
4.2 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti.	24
5. Psychická deprivace a možnost její nápravy v pěstounské péči.....	27
5.1 Základní psychické potřeby dítěte.	27
5.2 Vymezení pojmu psychická deprivace.	30
5.3 Projevy psychické deprivace v jednotlivých etapách vývoje a její důsledky.....	32
5.4 Napravitelnost psychické deprivace v pěstounské péči	36
6. Výzkumná část s pěstounskými rodinami.	40
6.1 Výzkumné cíle a předpoklady.	40
6.2 Metody výběru výzkumného vzorku a charakteristika respondentů.....	41
6.3 Metodologie výzkumu.	43
6.3.1 Metody sběru dat.	43
6.3.2 Metody analýzy dat.....	45
6.4 Analýza a interpretace výsledků zkoumání.....	45

6.4.1 Analýza dílčích cílů	45
6.5 Shrnutí praktické části práce.	56
Závěr	59
Bibliografický seznam	60
Seznam příloh.....	63

Úvod

Rodiče touží po dětech a děti touží po rodičích. Nicméně ne všechny děti jsou pro rodiče žádoucí ve stejné míře a ne všichni rodiče jsou pro konkrétní dítě vhodní. Jednoduché, ale zároveň velmi komplikované. Tuto složitou situaci se snaží rozřešit náhradní rodinná péče a najít vhodnou rodinu pro vhodné dítě.

Motivace k tématu této bakalářské práce vznikla po zhlédnutí několika dokumentárních filmů o pěstunech, kteří přijali dítě s postižením. Jejich postoje a motivace mě velmi zaujaly, protože rozhodnutí přijmout dítě s postižením, které bylo odmítnuto vlastními rodiči, je obdivuhodné, altruistické a zároveň velmi závažné rozhodnutí.

Má motivace dále vzrůstala v průběhu vykonávání studentské praxe např. v dětském domově, kojeneckém ústavu, domově pro osoby se zdravotním postižením apod., kde jsem se setkávala s dětmi, které se narodily s různými zdravotními znevýhodněními, vrozenými vývojovými vadami a jinými postiženími, pro které byly opuštěny svými rodiči ať už z důvodu nedostatku finančních prostředků a celkové náročnosti péče nebo proto, že postižení dítěte bylo pro rodiče neúnosné a nebyli schopni tento fakt přijmout a vyrovnávat se s ním. Teoretická část práce byla zaměřena na význam pěstounské péče jako náhradní rodiny včetně jejího léčebného působení na psychickou deprivaci způsobenou pobytem v ústavní péči nebo disfunkčním rodinným prostředím, odkud bylo dítě odebráno. Zvláště u dítěte s tělesným postižením, které je již svým motorickým omezením ohroženo nedostatkem nejen sociální stimulace, ale i dostupností podnětů všeobecně, existuje mnohem vyšší riziko psychické deprivace.

První kapitola se zabývá vymezením tělesného postižení a významem, který s sebou nese motorika ve vývojových obdobích od kojeneckého věku po nástup do školy. Pozornost je věnována riziku deprivace, které je u dětí s postižením vyšší než u dětí intaktních, nebezpečí celkového opoždění vývoje v různých oblastech, ale také aktivitě dítěte při pohybových hrách a v dětském kolektivu, protože tímto se dítě přirozeně začleňuje mezi své vrstevníky nebo je jimi naopak odsouváno.

Druhá kapitola se zabývá pěstounskou péčí v souvislosti postižením dítěte. Dále se dotýká i estetických změn ve vzhledu dítěte, které s sebou znevýhodnění může přinášet a jejich vliv na to, nakolik je dítě pro pěstouny žádoucí. V neposlední řadě i základní motivací

pěstounů k přijetí dítěte do pěstounské péče, protože právě motivace je hybnou silou, která vede budoucí pěstouny k tomuto zásadnímu rozhodnutí.

Třetí kapitola je zaměřena na význam rodiny pro pěstouny pečující o dítě s postižením. V této kapitole je rodina pojmána nejen jako místem uspokojení základních psychických potřeb pěstounů, ale popisuje i změny, které mohou nastávat v postojích a psychických potřebách rodičů či pěstounů, jestliže pečují o dítě s postižením.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na rodinu a její význam pro dítě. Čím je rodina pro dítě tolik důležitá, jaké funkce plní pro jedince s postižením a jak se podílí na jeho rozvoji. Kapitola ale také popisuje varianty poruch rodiny a jejich dopad na dítě.

Pátá kapitola se zabývá základními psychickými potřebami dětí včetně důsledků jejich neuspokojování. Mezi tyto důsledky patří psychická deprivace. Kapitola popisuje její projevy v jednotlivých etapách vývoje dítěte a její vlivy na dětskou psychiku. V souvislosti s náhradní rodinnou péčí se zabývá i pěstounskou péčí jako účinným nástrojem k nápravě psychické derivace.

Šestá kapitola se zabývá výzkumnou částí, tedy metodami a výzkumnými prostředky, kterých bylo v praktické části použito. Ukazuje také závěry, které vyplynuly z výzkumných předpokladů a příslušných cílů, které byly stanoveny.

1 Dítě s tělesným postižením

1.1 Pojem tělesné postižení

Pojmy tělesné a zdravotní postižení bývají často zaměňovány. Bývají udávány jako synonyma nebo souhrnný pojem. Základním symptomem tělesného postižení je však porušení motoriky. (Fišer, Škoda, 2008)

Školský zákon č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, zařazuje tělesné postižení vedle mentálního, zrakového, sluchového, vad řeči, souběžného postižení více vadami, autismu a vývojových poruch učení nebo chování, mezi formy zdravotního postižení.

Také zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, zahrnuje tělesné postižení spolu s mentálním, duševním, smyslovým, nebo kombinovaným postižením pod zdravotní postižení.

Většina lidí si pod pojmem tělesné postižení představí nejčastěji někoho na vozíku, nicméně tělesné postižení souvisí s větším množstvím projevů např. sem zařazujeme dlouhodobá zdravotní oslabení, která nemusí být navenek zřejmá, ale přesto mohou působit výrazné znevýhodnění. (Slowík, 2007) Veřejnost tedy vnímá jedince s tělesným postižením obvykle jako člověka, u něhož je postižení zjevnou a nepřehlédnutelnou skutečností. (Fišer, Škoda, 2008)

„Za tělesná postižení jsou považovány vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností.“ (Renotierová, Ludíková et al., 2006, s. 212) „Tělesná postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným způsobem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“ (tamtéž)

Důvodem tělesných postižení jsou podle Renotierové a Ludíkové (2006) změny na pohybovém aparátu, jejichž příčinou může být dědičnost, nemoc či úraz, ale přestože příčiny vrozených tělesných vad sice mohou být různé, nejčastější bývá právě dědičnost. Naproti tomu získaná postižení vznikají následkem úrazu či onemocnění.

„Protože důsledkem pohybového postižení bývá i estetický handicap, představuje tato skupina vad pro svého nositele i psychosociální zátěž.“ (Opatřilová et al., 2006, s. 149)

V případě dítěte ovšem zejména pro jeho rodiče či pěstouny, kteří se tak z důvodu případného viditelného postižení musí potýkat s ne vždy přívětivými reakcemi svého okolí.

Podle Fišera a Škody (2008) tělesné postižení obsahuje dva základní aspekty, a to nedostatečnost pohybových kompetencí a změny v zevnějšku dotyčného jedince.

Matějček upozorňuje na to, že vnější vzhled by však neměl být důvodem pro přijetí či nepřijetí dítěte do jakékoliv z forem z náhradní péče. Zároveň však uznává, že tomu tak není. Především se to týká určitých nápadnosti jako např. malformace v obličeji či vzrůst dítěte, které sice nemusí mít přímý vliv na inteligenci, přesto samotná existence této nápadnosti, která se nežádoucím způsobem vymyká běžným konvencím, je nebezpečná, protože klade vyšší nároky na pěstouny či vychovatele a hrozí zde také větší nebezpečí pocitu méněcennosti u dítěte. Proto je vzhled dítěte v náhradní rodinné péči velmi relativní záležitostí, protože se případné problémy týkají zejména následného postoje okolí k samotnému dítěti i k rodině, která je přijímá do péče. (Matějček et al, 1999)

Renotérová a Ludíková (2006) dále poukazují na důležitost lokalizaci případného motorického postižení, protože v některých případech může být právě ona lokalizace rozhodující. Může zasahovat celé tělo nebo jen hlavu, trup či končetiny. V případě, že zasahuje dolní končetiny, znamená to přítomnost následných obtíží v lokomoční oblasti, jestliže postižení zasahuje horní končetiny, pak jsou omezeny manipulační schopnosti dítěte.

Slovík (2007) klasifikuje tělesná postižení podle typu, doby vzniku a etiologie. Podle typu rozlišuje postižení hybnosti, dále dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení. V případě zaměření se na dobu vzniku rozlišuje, zda se jedná o vrozené či získané postižení, protože vrozená postižení se týká různých vrozených vývojových vad, rozštěpů, nevyvinutí končetin či jejich částí, naproti tomu u získaných postižení dochází k jejich vzniku již v průběhu života. Jedná se např. např. o deformace páteře, úrazy a následné zlomeniny či amputace, ale také o následky onemocnění jako myopatie či revmatismus. Etiologii postižení dělí dále na tělesné odchylky a oslabení.

Pipeková (1998) charakterizuje nejčastější tělesná postižení, s nimiž se můžeme setkat v dětském věku jako dětská mozková obrna a její formy a kombinace s mentální retardací, epilepsií, smyslovým postižením a narušenou komunikační schopností.

1.2 Význam motoriky a vliv tělesného postižení na dítě od kojeneckého období po nástup do školy

Motoriku lze definovat jako pohybovou schopnost organismu, která se skládá z pohybů spontánních, reflexivních, volních a expresivních. (Hartl, Hartlová, 2004)

Tento souhrn nám však neřekne nic o skutečném významu a vlivu motoriky na život dítěte v různých obdobích jeho vývoje. Motorika může významně ovlivnit nejen pohybovou složku, ale také psychickou a emoční složku dítěte.

Podle Matějčka (2001) jsou děti se smyslovým nebo pohybovým postižením v období do tří let věku velmi citlivé vůči deprivaci. Citové postoje rodičů či pěstounů bývají méně vyrovnané a často i méně intenzivní než k intaktním dětem.

Janovcová (2010) upozorňuje na to, že např. děti s dětskou mozkovou obrnou se nepohybují po okolí, vůbec nebo málo manipulují s věcmi či hračkami, čímž vnímají méně věcí kolem sebe, které jsou jim obvykle jen předkládány nebo vnucovány. Čím více se dítě pohybuje a manipuluje, pak s ním obvykle dospělý tím častěji hovoří. Proto se např. u dítěte s DMO naskytá i méně důvodů ke komunikaci.

Celková pohybová schopnost organismu hraje ve vývoji a životě dítěte nezastupitelnou roli. Možné poruchy v motorickém vývoji způsobené tělesným postižením mají zásadní vliv na další vývoj dítěte, protože významně souvisí s jeho rozvojem řeči, myšlením, apod. (Rádlová et al., 2004)

„Přitom normální vývoj motoriky na straně dítěte je důležitým předpokladem k dostatečnému přívodu smyslových podnětů a tím i k rozvoji poznávacích schopností.“ (Matějček, 2001, s. 113)

Období **kojeneckého věku** je charakteristické rozvojem senzomotorické inteligence. Pohybový vývoj dítěte velmi úzce souvisí s vývojem poznávacích procesů.

Jestliže je rozvoj jemné a hrubé motoriky a senzomotorické koordinace z důvodu tělesného postižení narušen, začíná se dítě ve vývoji celkově opožďovat. Omezení hybnosti se může projevit i v řečové oblasti, což má negativní dopad na socializační složku dítěte. (Opatřilová et al., 2008)

S rozvojem pohybových schopností souvisí i vývoj poznávacích procesů a socializace,

kdy pohybový vývoj těsně souvisí s vývojem poznávacích procesů. (Vágnerová, 2001)

Matějček (2001) uvádí, že do 8. měsíců je dítě převážně odkázáno na podněty, které mu zajistí dospělý, jakmile se však začne více pohybovat a chodit, je aktivnější a podněty si vyhledává samo. Pokud tedy dochází k většímu rozvoji pohybu, přibývají nové zkušenosti, nové aktivity a dítě se více snaží do zdokonalování svých motorických dovedností.

Jedním z hlavních úkolů vývoje v kojeneckém období je jeho počáteční osamostatňování. U dítěte s tělesným postižením je však omezena jeho schopnost samostatného pohybu, a proto není schopno tento vývojový úkol vyplnit. Z toho vyplývá jeho dále přetrvávající závislost na pečovateli, a to jak v běžné každodenní péči i ve stimulaci. Možnosti získávat vlastní zkušenosti a učit se, jsou tak značně sniženy. V období batolat dochází u intaktních dětí k projevům negativismu. U dětí s motorickým postižením se tyto projevy objevují až později a navíc jsou tyto děti z důvodu svého postižení ve svém okolí často přijímány jako mentálně znevýhodněné. (Opatřilová et al., 2008)

S vývojem motoriky podle Matějčka (2001) souvisí i vývoj hry. **Ve třetím roce** se dítě s pomocí hry již zapojuje do kolektivu. Dítě, které je pohybově zdatnější má proto jednodušší cestu do dětské společnosti, naopak dítě s tělesným postižením může mít neuspokojenou potřebu pohybu a touhy po společnosti ostatních dětí. Objektivně má tedy motorika v tomto období významnou úlohu, subjektivně její hodnotu dítě zatím ještě nepocituje. S rostoucím sociálním vývojem a rozšiřováním společenského okruhu u dítěte postupně hodnota pohybu poroste.

Matějček (2001) rozlišuje ve vývoji dítěte s pohybovým postižením dva druhy nebezpečí:

- V prvním případě se nebezpečí týká rozvoje rozumových schopností, protože přívod podnětů je celkově omezenější. Dítě tak nemá dost možností získávat nové zkušenosti a poznatky ani dost příležitostí, aby si vytvořilo vlastní postupy a strategie v různých oblastech života.
- Ve druhém případě je zde riziko nevhodného způsobu vývoje dětského charakteru. Existuje nebezpečí, že se dítě při nedostatečné stimulaci příliš soustředí na sebe, nebo bude příliš citově závislé na rodičích či pěstunech.

V předškolním věku vývoj motoriky u intaktních dětí postupuje. „První a nejvýznamnější etapa pohybového vývoje je ve třech letech již ukončena, takže v předškolním věku dochází spíše jen ke zjemňování a rozvíjení nabytých dovedností. Dítě se pohybuje nyní

nejen s jistotou, ale i s určitou dávkou elegance.“ (Matějček, 2001, s. 115)

V předškolním věku podle Opatřilové (2008) dochází ke stabilizaci stacionárních pohybových postižení a zároveň roste důležitost verbální stimulace. Opoždění je však obvykle pozorovatelné v sociální oblasti. Důvodem je málo příležitostí k rozvoji a získávání zkušenosti v sociální interakci, a proto pro je možné dítě zařadit do předškolního zařízení.

Objevuje se hodnota uplatnění sebe sama mezi vrstevníky. Touha, aby dítě bylo od jiných uznáváno a přijímáno. Začíná se zároveň vyvíjet subjektivní hodnota motorických schopností, přičemž objektivní hodnota je stále na vysoké úrovni. V předškolním období je dítě stále velmi citlivé k deprivaci. Proto i u dětí, u nichž došlo k pohybovému postižení až nyní, stále hrozí opoždění vývoje. Dítě s tělesným omezením je také mnohem více frustrováno, a proto se už v předškolním věku začíná objevovat pocit méněcennosti. Dítě se může snažit tuto frustraci kompenzovat více či méně vhodnými způsoby, což znamená, že si své znevýhodnění již uvědomuje. (Matějček, 2001)

„Dosažení určité úrovně motoriky je rovněž důležitým předpokladem školní úspěšnosti, protože celá řada školních činností je na motorické obratnosti závislá (např. psaní, tělesná výchova, výtvarná výchova atd.).“ (Rádlová et al., 2004, s. 48)

Vstupem dítěte do školy dochází k velkému rozšíření jeho společenského okruhu a vstupuje do pracovního kolektivu, kde má nové povinnosti a nároky, se kterými se musí vyrovnat. Uvolňování zátěží na rodině, které začalo už v předškolním věku, pokračuje. I sama rodina dítěte se přizpůsobuje nárokům a povinnostem, které má dítě ke škole. Po celý školní věk převládají pohybové hry, které čím dál více nabývají formy soutěživých her, zvláště u chlapců. Ty děti, které druhým pohybově nestačí, jsou v podstatě vylučovány z dětského kolektivu. Pocit méněcennosti se nyní může projevit v plné síle a přinášet s sebou nevhodné kompenzace např. předvádění či snaha upoutat pozornost za každou cenu, apod. (Matějček, 2001)

2 Náhradní rodinná péče

2.1 Pěstounská péče

V každém historickém údobí vývoje lidské společnosti se můžeme setkat s tím, že ne všechny děti jsou vychovávány svými biologickými rodiči; vždy existují děti, které vyrůstají mimo svou biologickou rodinu. (Frinta, Melicharová, 2008, s. 26)

Podle Bubleové (in Matějček et al., 2002) je dále důležité upozornit na skutečnost, že v dětských domovech nejsou pouze tisíce dětských chudáků, kteří by jen a jen čekali na dobrodiní, které jim někdo prokáže. Nejde o to, aby se těmto dětem prokazovalo nějaké pomyslné dobrodiní, protože by to bylo málo. Jde o nové rodinné vztahy. Takové vztahy mají být hluboké a zejména trvalé. Právě trvalost je nejdůležitější. Prvním krokem nemůže být přidělení dítěte dobrým lidem. Dobrá vůle a velké srdce jsou sice důležité podmínky pro přijetí cizího dítěte, ale je třeba také mnoha dalších vlastností, které jsou velmi důležité. To nedokáže nikdo sám objektivně posoudit, a proto je zapotřebí spolupráce s odborníky, kteří se tímto zabývají.

Pěstounská péče je upravena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. Pěstounská péče je státem garantovaná a kontrolovaná forma náhradní rodinné péče. Tato forma zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěti i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. Podle tohoto zákona za každé dítě odpovídá jeho zákonný zástupce, obvykle jsou to rodiče. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě nebo do společné péče manželů. Osoba pěstouna musí poskytovat záruku řádné výchovy dítěte. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech. Pokud jde o výkon týkající se mimořádných záležitostí, potom musí být vyžádán souhlas zákonného zástupce. Pěstounská péče vzniká rozhodnutím soudu. V případě závažného důvodu může soud rozhodnout i o zrušení pěstounské péče. Jestliže je dítě svěřováno do pěstounské péče ve věku, kdy dokáže posoudit její obsah, má být zajištěno také jeho vyjádření.

„V první řadě je ke svěřením dítěte do pěstounské péče třeba souhlasu biologických rodičů, ale existují i výjimky. Souhlasu rodičů se svěřením do péče budoucích pěstounů (do tzv. předpěstounské péče) není potřeba, je-li dítě v ústavní výchově nebo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc z rozhodnutí soudu. U dětí, které nemají soudem nařízenou ústavní výchovu, je souhlas rodičů se svěřením do předpěstounské péče třeba, a to i když je

dítě v péči rodičů, i když je v péči ústavu na žádost rodičů.“ (Bubleová et al., 2011, s. 8)

Bubleová (tamtéž) dále rozlišuje formy pěstounské péče na individuální a skupinovou. Zde se bude autorka zabývat individuální pěstounskou péčí, která probíhá v běžném rodinném prostředí, tedy s pěstounkou a pěstounem. Ti většinou již mají vlastní děti, nebo je již vychovali. Tu lze dále rozdělit na osoby, které jsou s dítětem v příbuzenském vztahu, kam řadí prarodiče nebo jiné příbuzné, nebo zcela cizí osoby, což je klasická pěstounská péče, kterou se autorka bude v této práci zabývat.

Pěstoun, který pečuje o svěřené dítě, pobírá dávky státní sociální podpory, které lze chápat jako formu poděkování státu za to, že náklady spojené s péčí o dítě hradí pěstoun a ne stát. V naprosté většině pěstounských rodin dítě dostává kvalitnější přijetí než v ústavním zařízení bez ohledu na vysoký standard služeb, které toto zařízení poskytuje. Nožířová (2012)

Přestože adopce není tématem této práce, je zde uveden rozdíl mezi osvojením a pěstounskou péčí. Mnoho lidí tyto pojmy zaměňuje. Zásadní rozdíl je v tom, že pěstounská péče je forma náhradní rodinné péče u takových dětí, které nejsou právně volné a žijí v obvykle v ústavním zařízení. „V praxi to znamená, že rodiče se o ně z nějakého důvodu nemohou či nechtějí starat, ale přesto o něj projevují tzv. „zájem“. (Nožířová, 2012, s. 16)

Dále jde o děti vyžadující trvalou individuální péči. „Jedná se většinou o děti s různými zdravotními či psychomotorickými obtížemi, děti starší, skupiny sourozenců nebo děti jiného etnika (u nás zejména děti romské).“ Bubleová (in Matějček et al., 2002, s. 19) Patří sem i děti, kterým brání v osvojení nesouhlas rodičů. Přijetí postiženého dítěte vyžaduje od pěstounů obecnou znalost problematiky jeho postižení, musí být informováni o jeho zdravotním stavu a možnostech vývoje, ale jsou nutné i reálné představy o jeho potřebách a vývojových změnách. (tamtéž)

I Nožířová (2012) připomíná, že většina dětí, které přicházejí do pěstounské péče, prožily psychickou deprivaci, jsou obtížně výchovně zvladatelné, mají za sebou traumata, mohou mít zdravotní znevýhodnění.

Každá forma náhradní rodinné péče se tzv. normální rodině jinak blíží a jinak se od ní vzdaluje. Každá nás také svým způsobem poučuje o tom, co je to výchova rodinná a co nerodinná. Teprve srovnáním specifických rysů těchto jednotlivých forem náhradní péče můžeme dospět o něco dále v poznání psychologie výchovy v rodině. (Matějček, 1986)

2.3 Motivace pěstounů k přijetí dítěte do péče

V souvislosti s pěstounskou péčí je na místě zmínit některé nejčastější důvody, které vedou k rozhodnutí o přijetí dítěte do pěstounské péče. Popisují nejčastější důvody k žádostem k přijetí dítěte do pěstounské péče. (Bubleová et. al., 2011)

Mít dítě. Pokud miminko nepřichází, rodiče se mohou rozhodnout pro adopci. Nicméně na zdravé miminko, které je právně volné, se čeká velmi dlouho. A tak volba padne právě na pěstounskou péči, která má nahradit osvojení. „Děti do pěstounské péče je více – zájemců méně. To je situace, kdy je však třeba si uvědomit, že nejčastějším důvodem, proč je dítě nabízeno do pěstounské péče, je to že dítě není právně volné. To znamená, že v jeho životě stále figuruje původní rodina.“ (Bubleová et. al., 2011, s. 10)

Získat sourozence pro své dítě. Dětská společnost pro vlastní dítě a zároveň pomoci tam, kde selhala vlastní rodina. Je zde však kladen důraz na to, aby přijaté dítě bylo věkem nejmladší a bylo tak dodrženo věkové pořadí. Bubleová (et al., 2002)

Dobrý skutek. Na počátku rozhodování mohou rodiče narazit na novinový článek či televizní vysílání o opuštěných dětech. Dětská tvář upoutala a okouzila na první pohled. Prvotní nadšení však může vyprchat, a proto je doporučeno si o tom promluvit s odborníky a jinými pěstouny. Jde o celoživotní rozhodnutí, které dokáže velmi obohatit, ale také stojí velmi mnoho úsilí. Bubleová (tamtéž)

Prázdné hnízdo. Děti již odrostly, začínají žít svůj vlastní život a rodiče nechtějí mít prázdné hnízdo. Mohou pěstounskou péčí zúročit své rodičovské schopnosti. Zde je důležité, že děti přicházející do pěstounské péče s sebou vedou i svou minulost. Mohou přijít problémy, které tito rodiče nikdy nemuseli řešit a postaví je tak do nové životní situace, pro kterou nebude mít okolí pochopení. Bubleová (tamtéž)

Inspirace příběhem. Inspirovat může rodiče příběh jejich přátel, kteří mají v péči obtížně zvladatelné romské chlapce, kteří neposedí, nepostojí, ale dávají své pěstounce pusu na dobrou noc a lásku, kterou tito rodiče chtějí zažít také. Bubleová (tamtéž)

Pomoc pro dítě. „Dítě, které nemůže vyrůstat ve vlastní rodině, pomoc potřebuje. Ale pomoci složitému, zraněnému dítěti, které má za sebou spoustu negativních zkušeností a na základě těchto zkušeností se také chová, není jednoduché.“ (Bubleová et. al., 2011, s. 11)

3 Psychologický význam rodiny pro pěstouny

3.1 Význam rodiny pro pěstouny pečující o dítě s postižením

U vzniku rodiny stojí manželská dvojice. Později se obvykle rozrůstá a z manželů se stávají i rodiče. Hartl (2004) popisuje rodinu jako společenskou skupinu spojenou manželstvím, pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí. Tento výčet není vyčerpávající, ale poskytuje základní charakteristiku rodiny. Lze ho doplnit ještě psychologickými charakteristikami, protože ty mají na její stavbě nemalý podíl.

Matějček (1994) upozorňuje, že rodina vznikla nejen z přirozeného pohlavního pudu, jenž vede k plození a rozmnožování, protože k tomu ostatně ani není potřeba rodiny, ale především plyne z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat a celkově připravovat na život.

Jak se ovšem ukazuje, samotné zplození dítěte nestačí a je zapotřebí se o něj postarat, vychovat ho, věnovat mu svůj čas a lásku. K tomu nestačí být biologickým rodičem, ale je zapotřebí vložit mnohem více. Kromě biologické, reprodukční složky je třeba, aby byla přítomná i složka citová. Vágnerová (2004) udává, že jsou to právě rodinné vztahy, které charakterizují citové vazby mezi jednotlivými členy, intimita a také vzájemná soudržnost.

V souvislosti s citovými vazbami k rodině si vytváříme chápání pojmu domov. Kde je naše rodina, kde se cítíme doma, tam máme své místo, je to znamení bezpečí a jistoty. „Řekneme-li slovo domov, hned se vynoří celá spousta vzpomínek, myšlenek, pocitů, zpravidla pěkných, milých, hřejivých.“ Dále pokračuje: „... Domov pro nás znamená místo, kde jsou „naši“. Povšimněme si, jak je to jednoduché a výstižné slovo! Místo, kde jsou naši lidé, ti kdo k nám patří a k nimž patříme my.“ (Matějček, 1994, s. 9) Pojmy domov a rodina jsou spolu propojeny a nelze je od sebe zcela jasně oddělit.

Již Aristoteles ve své definici popisuje člověka jako společenskou bytost: Člověk je „zoon politicon“. Potřebuje patřit do skupiny, cítit se tam jako doma a mít tam svoje místo. To je jednou ze základních potřeb člověka. (Kern et al., 1999)

Pěstouni v takovém případě již mají svůj domov, rodinu, mohou mít nebo obvykle již mají své vlastní děti. Rodiny, které nemohou mít dítě, si jej ve většině případů osvojí, tedy adoptují. Jak píše Sobotková v článku Náhradní rodinná péče a její alternativy (2008), je

typickou motivací pěstounů „my pro dítě“. To znamená, že „my“ touží dát něco dítěti, tato touha je primární a motivace v podobě „dítě pro nás“ je v tomto případě až druhotná.

Přijaté dítě, i pokud jde o dítě s postižením, tedy nějakým způsobem naplňuje život a psychické potřeby dotyčných pěstounů. Matějček (1986) upozorňuje na to, že jsou pěstounské rodiny, které přijímají děti s různými skrytými i zjevnými postiženími. Zabývá se také nepřímo řečenou otázkou, proč. „Potřeby matek a potřeby dětí se tu zvláštním způsobem sešly. A přitom by všichni tito lidé rozhodně odmítli představu, že to dělají z dobročinnosti, z útrpnosti nebo že se chtějí prostě obětovat.“ (Matějček, 1986, s. 14) Znamená to, že mít děti, starat se o ně a žít s nimi, přináší také něco radostného, co dospělí lidé vnitřně potřebují. Něco, čím lidsky rostou a vyžívají, co je naplňuje hlubokým životním uspokojením. (Matějček, 1986)

3.2 Základní psychické potřeby a postoje pěstounů i jejich změny v závislosti na postižení dítěte

Rodina je tedy domovem, místem i skupinou, která vyplňuje základní psychické potřeby. Jejich uspokojování u dospělého člověka probíhá podle Matějčka (1986) především soužitím s dětmi. Níže popisuje, kterých potřeb se to týká a jak dítě svou existencí přispívá k jejich naplňování.

Nicméně Vágnerová (2001) ovšem upozorňuje i na to, že v závislosti na postižení dítěte dochází ke změně rodičovských postojů a základních psychických potřeb rodičů a pěstounů, a proto jsou zde tyto změny také uvedeny.

- Dítě je nevyčerpatelným zdrojem podnětů. Přináší plno vzruchu do života a nikdy není nouze o zábavu ani o starosti či úzkosti. Tímto zajišťuje uspokojení **potřeby stimulace**. (Matějček, 1986)

Dítě s postižením se však nechová tak, aby stimulovalo rodičovskou aktivitu, protože jeho projevy bývají omezené a mají malou intenzitu. Jsou jiné než u zdravého dítěte. Děti s postižením mohou být apatické, s vývojovým opožděním, nejsou tolik pohyblivé jako

intaktní děti a neusmívají se či nemluví. V závislosti na tom mohou mít pečující osoby pocit, že na ně dítě nereaguje. Nebo naopak mohou být jiné děti plačtivé, dráždivé, s poruchami spánku, poutat pozornost svým zevnějškem apod. Mohou tím vyvolávat v rodičích, pěstunech či v okolí ambivalentní postoje. (Vágnerová et al., 2001)

- Druhou potřebou je **potřeba učení a získávání zkušeností**. Nestačí pouze podněty hromadit, ale musíme v nich utvořit určitý řád, smysl, který umožňuje tyto podněty zpracovat a pochopit. Teprve když z nich vytvoříme svůj systém, stáváme se zkušenějšími a moudřejšími. (Matějček, 1986)

Projevy dítěte často neodpovídají běžným zákonitostem, a tak mohou v rodičích vyvolávat pocit nejistoty a neschopnosti dítěti porozumět. Může se jim zdát, že jejich úsilí nemá smysl, protože se dítě nevyvíjí tak, jak by si představovali a očekávali. (Vágnerová et al., 2001)

- Na třetím místě uvádí **potřebu bezpečí a jistoty**. Tato potřeba je naplňována především vztahy. „Nejbezpečněji se cítíme, máme-li kolem sebe někoho, kdo nás má rád, kdo k nám patří, na koho se můžeme spoléhat. Takovými dárci citové jistoty jsou především rodiče svým dětem. Ale i dospělí lidé potřebují pocit citového zázemí a svůj přístav jistoty.“ (Matějček, 1986, s. 15)

Dítě s postižením nebývá pro rodiče vždy citově uspokojující. Je mnohem obtížnější je plně akceptovat, a proto dochází k extrémům v rodičovských postojích. Na jedné straně mohou být takové děti od svých rodičů zavrhovány a opouštěny, na druhé straně se může vytvořit neadekvátní citová vazba, která se projevuje hyperprotektivním výchovným postojem. Zmíněné extrémní reakce jsou však v tomto smyslu obranné a je třeba je takto chápat. (Vágnerová et al., 2001)

- Na dalším místě, v pořadí již čtvrtém, je tu **potřeba společenského uznání, hodnoty a uplatnění**. Tato potřeba souvisí s vědomím vlastní ceny a také podmiňuje naše sebevědomí. „Kdybychom nebyli nikým na světě přijímáni a uznáváni, byl by náš život smutnou, osamělou poutí.“ (Matějček 1986, s. 16)

Součástí je také potřeba pozitivní identity. Výsledkem uspokojení této potřeby je pozitivní přijetí sebe sama, což se pokládá za jednu ze základních podmínek pro pozitivní přijímání druhých lidí a pro uspokojivé společenské zařazení daného jedince. V tomto smyslu je přijetí dítěte do pěstounské péče v okolí pocíťováno jako prospěšné, ale zároveň nezvyklé a mimořádné. Následkem toho je i společensky velmi sledováno a je vystaveno mnohdy až vtíravému zájmu. Nejspolehlivější obranu mohou pěstouni nalézt jen sami v sobě a v přijetí své pravé identity náhradních rodičů, nikoli v setrívání v budované představě vlastních rodičů. (Matějček et al., 1999)

- Poslední je **potřeba otevřené budoucnosti**. Zavřená budoucnost plodí v člověku zoufalství. Proto i dospělý chce mít důkaz o pokračování takové tvořivé práce, která daleko přesahuje náš osobní život. (Matějček, 1986) Perspektiva dítěte s postižením a tím i celé rodiny je však nejasná. Rodiče sice vědí, že dítě nebude nikdy jako ostatní intaktní děti, ale často si neumějí představit, jak se bude dál vyvíjet, jaký by mohl být jeho další osud a existenční možnosti. (Vágnerová et al., 2001)

Každé dítě je jiné, stejně tak všichni rodiče a pěstouni jsou jiní, a proto nemůžeme říci, že se u všech pěstounů tyto rodičovské postoje prudce mění a znevýhodňují dítě stejně, jako v případech, kdy by se o dítě s postižením starali z povinnosti nebo oběti. Lze jen opět zopakovat onu citaci uvedenou výše: „Potřeby matek a potřeby dětí se tu zvláštním způsobem sešly. A přitom by všichni tito lidé rozhodně odmítli představu, že to dělají z dobročinnosti, z útrpnosti nebo že se chtějí prostě obětovat.“ (Matějček, 1986, s. 14)

4. Psychologický význam rodiny pro dítě

4.1 Význam života v rodině pro dítě s postižením

„Na otázku, co je to „rodina“, nám jinak odpoví právník, jinak sociolog, jinak demograf nebo národohospodář. Ale co nám k tomu řekne dítě samo, či co by nám řeklo, kdyby to dovedlo vyjádřit naší dospělou řečí?“ (Matějček, 1994, s. 15)

Z pohledu dítěte ztrácí význam dimenze rodičovství, které jsou rozhodující z hlediska dospělých a z hlediska společnosti. Je to dimenze biologická, v níž je rodičem ten, kdo dítě počal a porodil. Další dimenzí je dimenze právní, kdy je rodičem ten, komu byla určena rodičovská práva a povinnosti, tedy ten, kdo je vybaven rodičovskou odpovědností. Pro dítě je naopak rozhodující dimenze psychosociální. Rodičem je pro dítě ten, kdo se k němu jako matka či otec chová. (Dunovský et al., 1999)

Rodinu tedy z psychologického hlediska charakterizuje zřejmě něco hlubšího a podstatnějšího, co navenek sice není tak zjevné, ale je nepochybně neméně významné. (Matějček 1986).

Podle Slowíka (2007) má funkční rodinné prostředí na člověka s postižením mimořádný význam a nikdy není zcela nahraditelné, zejména z hlediska rozvoje osobnosti, kvality života a zajištění, uspokojení vztahových a emocionálních citových potřeb a v neposlední řadě i vytváření vlastní identity.

Vágnerová (2001) uvádí, že rodina je i u dětí s postižením základním činitelem socializace. Charakteristické rysy jednotlivých postižení však proces socializace ovlivňují. Popisuje níže základní principy, které se dítě v rodině učí v rámci svého socializačního vývoje.

- Rodina předává dítěti určitou soustavu hodnot a cílů, které z hodnot vycházejí. Hodnoty a cíle se podle Vágnerové (tamtéž) projevují ve verbálních sděleních i v konkrétním chování. Pokud dítě není schopné pochopit význam těchto hodnot a jejich zpětnou vazbu na chování lidí, těžko si bude takový systém osvojovat.
- V rodině se dítě setkává s různými projevy chování a variantami sociální interakce. Ty se projevují verbálním i neverbálním způsobem. Intaktní dítě může různé činnosti

a způsoby interakce neustále pozorovat, napodobovat a uchovávat je v paměti. Pro mnohé děti s postižením je nápodoba jako forma sociálního učení zcela nedostupná nebo omezeně dostupná např. pro nepohyblivé děti, upoutané na lůžko nebo na vozík. (Vágnerová et al., 2001)

- Jednotliví členové rodiny mají své sociální role, kterým se dítě snaží rozumět. Dítě samo získává různé role např. roli dítěte, chlapce nebo dívky apod. Dítě s postižením navíc získává roli odlišného dítěte. Tato role vůči němu vymezuje postoje o očekávání rodiny i široké veřejnosti. Na dítě působí negativně i pohybové a řečové omezení, protože tyto schopnosti jsou potřebné při realizaci projevů různých rolí. Jakékoli postižení však vede k omezení sociálního kontaktu a tím i zkušeností s různými sociálními rolemi. Děti tak poznávají méně variant chování. (Vágnerová et al., 2001)

- Rodina má ve vztahu k chování, ale i prožívání dítěte regulační funkci. Proces osvojování i realizaci každé role je rodinou kontrolován a také modifikován. Dítě se učí, že chování má určitá pravidla, normy, které je třeba dodržovat. Všímá si, jak se lidé skutečně chovají a poměrně brzy dokáže i zobecnit, jaké chování je žádoucí. Pokud se lidé v jeho okolí chovají tak, že z jejich projevů nelze žádná obecnější pravidla odvodit, může být dítě znevýhodněno. (Vágnerová et al., 2001)

- V rámci socializačního vývoje se dítě naučí zaujímat různé vztahy k lidem v jeho okolí, nedílnou součástí je i rozvoj sebepojetí, vztahů k sobě samému, které mimo jiné vznikají i jako odraz sociální interakce. Dítě s postižením je obvykle více izolováno. Sociální zkušenosti takových dětí jsou jiného druhu a jsou i omezenější. Pro sociální vývoj dítěte s postižením jsou však nejvýznamnější členové rodiny. (Vágnerová et al., 2001)

Pravdou ovšem je, že přestože je funkce rodiny pro dítě s postižením tak významná, je třeba rozlišovat. Psychická deprivace doprovází nejen děti z ústavní péče, ale psychicky deprivované přicházejí děti již z disfunkčního rodinného prostředí. Dítě všechny tyto situace prožívá a musí se s nimi nějakým způsobem vyrovnat.

Jestliže jakákoliv situace vyvolává kladné pocity nebo emoce, zapamatuje si ji dítě jako celkově dobrou, kladnou a bude ji v budoucnu rádo opakovat a zažívat znovu. Dokonce ji bude vědomě či nevědomě vyhledávat. Pokud je však situace doprovázena negativním citovým prožitkem, nebo ho způsobuje, získá negativní zabarvení či dokonce bude mít podobu bolestného traumatického prožitku. Paměť si tuto zkušenost uloží jako nepříjemnou, vzbuzující strach, smutek či rozrušení. Pokud to bude možné, pokusí se jí příště vědomě nebo méně

vědomě vyhnout. Tímto procesem se vytváří náklonnost, pozitivní citový vztah, blízkost, a naopak odpor, strach, negativní city a vztahy. Pokud se následně dítě dostane do pěstounské rodiny, čeká pěstouny nelehký úkol. (Vrtbovská, 2010)

V takovém případě stojí pěstouni před obtížnou situací. Na jejich úspěšnosti v následujících letech závisí vývoj i budoucí prognóza dítěte. „Primárním předpokladem úspěšnosti náhradní rodinné péče je umění a dovednost náhradních rodičů vcítit se do situace dítěte. Jen tak lze porozumět jeho potřebám a jen tak lze nalézt cestu ke zmírnění následků toho, co dítě dosud zažilo.“ (Bubleová et al., 2011, s. 67)

4. 2 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti

Poruchou rodiny rozumí Dunovský (1999) takovou situaci, kdy rodina neplní základní požadavky a úkoly, které jsou dané společenskou normou a v rámci těchto požadavků se očekává i přiměřené začlenění jejích členů, především dětí, do společnosti. Rodinné poruchy jsou ve vztahu k dítěti významné právě závažností úlohy, kterou rodina zaujímá ve vývoji dítěte a péči o něj. Příčin poruch je velké množství a jsou vázány na jednu, na několik nebo na všechny základní funkce. Nejvýznamnější z nich je porucha socializačně výchovné funkce.

Podle Dunovského (tamtéž) lze v obecném pojetí vyjádřit poruchu rodiny jako selhání některého člena nebo členů rodiny, jež se projevují v nedostatečném plnění některých nebo všech základních rodinných funkcí.

Dítě se narodí do určité rodiny a také do životní situace, kterou si nemohlo samo zvolit. Zvláště, pokud je malé, nemůže ovlivnit případnou psychopatologii svých rodičů a jejich podivné chování. (Dunovský et al., 1995)

Jedná se také o rodiny, které na dítě plně působí, zajímají je a dítě je v nich plně integrováno, přesto však je výsledek spíše negativní, a to proto, že hodnoty a normy, které rodina předává, jsou s obecně přijímanými hodnotami v rozporu. Dítě potom, právě proto, že je plně ztotožněno s rodiči, naráží na problémy v kontaktu se širším sociálním prostředím. (Vágnerová et al., 2001)

Přebírá tak nesprávné životní hodnoty, postoje vůči sobě samému i ostatním lidem, zkreslené pohledy na svět a takové vzorce chování, které je mohou připravit v dalším životě

k vlastnímu selhávání v zátěžových životních situacích. (Dunovský et al., 1995)

Dunovský (1999) kvalifikoval hlavní příčiny, které se týkají toho, proč je o dítě postaráno nedostatečně nebo vůbec. Tyto příčiny dělí na objektivní, které jsou závislé na vůli rodičů, pak na subjektivní, které jsou naopak nezávislé na vůli rodičů a nakonec smíšené.

Prvním případem je, kdy se **rodiče o dítě nemohou starat**. Důvody, proč se rodiče o dítě nemohou starat, spočívají někdy v nepříznivých podmínkách a situacích, ale hlavně v narušení celého rodinného systému např. nemocí, úmrtím apod. Poslední důvody pak přecházejí na samotný život rodičů a jejich možnosti se o děti starat. Významný zde může být i nepříznivý zdravotní stav dítěte, který mu zabraňuje žít doma. Ve všech těchto případech bývají nedostatky péče o dítě provázeny zájmem rodičů o něj, někdy i velmi značným.

Další formou je situace, kdy se **rodiče neumějí nebo nedovedou o dítě starat**. Jestliže se rodiče neumějí či nedovedou o dítě starat, lze důvody hledat především v rodinném systému a pak i v samotných jedincích. „V podstatě jde o situace, kdy rodiče nejsou s to zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby, a to buď proto, že jsou značně nezralí, anebo proto, že nejsou schopni se vyrovnat se zvláštními situacemi, jako je mimomanželské narození dítěte, handicapované dítě, dítě přijaté do náhradní rodiny atd. Konečně pak je sem možno zařadit situace, kdy rodiče nejsou schopni přijmout základní společenské normy (děti dětí).“ (Dunovský et al., 1999, s. 104) Je třeba ještě uvést situaci, kdy se jeden z rodičů nemůže starat o dítě, protože druhý rodič, který má dítě ve své péči, mu bezdůvodně brání ve styku s dítětem.

Nejsou ojedinělé ani případy, kdy se **rodiče se nechtějí starat o dítě**. Příčina může spočívat v poruše osobnosti rodičů, ale také nemusí. Rodiče se o dítě nezajímají, někdy jde dokonce o hostilní postoje. Neposkytují dětem potřebnou péči a v některých případech je dokonce opouštějí. V hierarchii svého systému dávají přednost jiným hodnotám než dětem. Výsledkem je pak nedostatečná, žádná nebo škodlivá péče o dítě, kterou lze označit jako zanedbávání dítěte jak v oblasti fyzické, tak psychické.

Předposlední situací je **týrání a zneužívání dítěte rodiči**. Mají k dětem hostilní,

nepřátelský vztah, který se projevuje násilím a různými škodlivými praktikami včetně sexuálního zneužívání. Takové zacházení může vést i ke smrti dítěte. Syndrom CAN, kam tato forma poruch patří, se vyskytuje i mimo rodinu a může přicházet ze širšího společenského prostředí.

Poslední formou a zároveň protipólem je **nadměrná péče o dítě**. V současné době se někdy dítěti dostává větší pozornosti než je třeba, což vede k rozmazlování, nepřipravenosti na samostatný život, nerespektování druhých apod. (Dunovský et al., 1999)

Dítě, které přichází do pěstounské péče, může a nemusí mít zkušenosti z takových typů rodin, které zde autorka uvádí. Nicméně pro úplnost zde byly popsány, protože ne vždy má dítě z biologické rodiny ty nejlepší zážitky a ne vždy o nich chce mluvit.

5 Psychická deprivace a možnost její nápravy

5.1 Základní psychické potřeby dítěte

Vágnerová (2004) uvádí, že příslušnost ke skupině uspokojuje různé potřeby. Obvykle jsou to tytéž, které mohou uspokojovat také vztahy mezi jednotlivci. Síla a přitažlivost jakékoli sociální skupiny je tím větší, čím více může tyto potřeby uspokojit.

Přínos pro poznání psychického vývoje dětí a psychické deprivace vychází zejména ze studií Josefa Langmeiera a Zdeňka Matějčka (2011). Neuspokojování základních psychických potřeb dítěte podle těchto autorů způsobuje psychickou deprivaci, čímž je negativně ohrožen vývoj dítěte.

Ze studií dětí vyrůstajících v ústavních zařízeních, odvodili tito autoři (Langmeier, Matějček, 2011) několik základních psychických potřeb, které musí být v dostatečné míře a ve vhodný čas uspokojeny, aby se dětská osobnost mohla zdravě vyvíjet. Nyní si uvedeme těchto pět základních psychických potřeb:

- **Potřeba vnější stimulace** by měla být vyplňována tak, aby nedocházelo k psychické deprivaci nebo naopak přemíře podnětů. „Nedostatek podnětů uspokojujících určitou základní psychickou potřebu nazýváme psychickým strádáním (deprivací). Přemíra podnětů vede naopak k psychickému přesycování.“ (Šimíčková-Čížková et al., 2010, s. 56) V prvních měsících života je pro zdravý duševní vývoj dítěte důležitý právě dostatek podnětů z jeho okolí, které budou odpovídat zralosti jeho nervového systému. Jestliže nemá dostatek podnětů, je zde nebezpečí, že centrální nervový systém nebude pracovat naplno, nebude se cvičit a rozvíjet. Ovšem i v případě, že se situace zlepší a dítě přejde do prostředí podnětově bohatšího, existuje nebezpečí, že nedokáže zpracovávat přívod podnětů a nebude schopno se vyrovnat s běžnými nároky. (Matějček, 2001) Jako příklad rané stimulace uvádí: „Že si s dítětem povídáme, když ono nám ještě dávno neodpovídá, mazlíme se s ním, děláme mu legraci a zábavu, hrajeme si s ním a dovádíme, to je báječná, jedinečná vývojová stimulace.“ (Matějček, 1994, s. 25)

Postižení u dítěte ovlivňuje všechny vývojové úrovně, a proto by stimulace měla vhodným způsobem zahrnovat všechny potřebné oblasti. „Poškození motorického výkonu má

nepříznivý vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj člověka, zejména v dětském věku. Po stránce fyzické svaly atrofují a slábnou neboť nejsou funkčně zatěžovány pohybem. Po stránce smyslové a rozumové je omezen rozsah poznání, neboť dítě s poruchou hybnosti nemůže si samo v plné míře ověřovat poznatky získané zrakem a sluchem. Rozsah a kvalita poznání a myšlení jsou omezeny i tím, že se při nedostatku motorických a kinestetických podnětů málo aktivizuje psychická činnost.“ (Renotierová, Ludíková, 2006, s. 212)

- **Potřeba vnější struktury neboli potřeba učení** navazuje na potřebu stimulace. Podle Matějčka (2001) můžeme od časného kojeneckého věku pozorovat, že se dítě již v pravém slova smyslu učí. Za běžných podmínek totiž reaguje na určité podněty určitým způsobem. Jestliže dospělí reagují souhlasně na žádoucí podněty dítěte, a tak je v něm upevňují, dítě bude chtít opakovat všechno příjemné, co zažilo. Pokud tu však není nikdo, kdo by např. na úsměv dítěte reagoval také úsměvem a jestliže jeho projevy nenacházejí žádnou odezvu, obtížně se naučí rozlišovat mezi tím, co je a není žádoucí. Nemá možnost zařadit si své zkušenosti do smysluplných celků, což může způsobit jeho opoždění ve vývoji. Nejen, že oproti ostatním dětem toho méně umí, ale je také ohrožena i jeho schopnost učit se.

Jestliže má mít tedy kontakt dítěte s vnějším prostředím význam, musí mít toto prostředí uspořádané tak, aby dítěti mohlo pomoci najít smysl. (Šimíčková-Čížková et al., 2010) Dále dodává, že tato potřeba je zřejmá na všech stupních vývoje dítěte a její naplnění pomáhá dítěti orientovat se v prostředí.

- Dále je zde **potřeba specifického sociálního objektu**. „Tato potřeba dítěte je dobře známa, i když je různě popisována a nazývána, (potřeba závislosti, připoutání, lásky).“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 282) Také dále zdůrazňují, že pokud se má tato tendence rozvinout a uplatnit, musí dítě najít takový lidský objekt, který by se stal předmětem tohoto vztahu: „...objekt nejen dostatečně stabilní a dosti dlouho přítomný, objekt s afektivně vřelým vztahem, ale také s jedinečnou a bezvýhradnou inkluzí dítěte do společného životního prostoru.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 282)

Obvykle se přibližně v 7. měsíci začíná vytvářet specifický citový vztah dítěte k mateřské osobě. Začíná dávat někomu výrazně přednost před ostatními lidmi a výrazně

protestuje, jestliže je od této osoby odloučeno. (Matějček, 2001)

Podle Eriksona je prvním vývojovým úkolem, resp. vývojovým tématem důvěra (podle pozdější formulace naděje: i tam, kde se ztratí všechna důvěra, může mít člověk ještě naději, že vše bude jinak). V nejranějším stadiu si dítě osvojuje - obrazně, ale i doslova v mateřském náručí – základní důvěru (basic trust). Důvěřující naděje je celoživotním základem citových vztahů k těm, na jejichž péči je člověk odkázán. Z tohoto zdroje se čerpá síla k překonání všech nezdarů a zklamání, všech rozvracejících pochybností o vlastní hodnotě. (Říčan et al., 2006)

Jestliže tato těsná vazba s blízkou osobou chybí, pak dítě nezíská základní důvěru, ale základní nedůvěru, tj. chladný a distancovaný postoj ke světu, který se může vyvinout až v naprostý citový chlad. Ten přetrvává po celý další život. Jestliže je takový člověk konfrontován se situacemi a objekty, které mu způsobují radost a měly by ho povzbuzovat k aktivitě, pak reaguje většinou uzavřením a pasivitou. Svět se mu zdá být kvůli této základní nedůvěřivosti (dané chybějící vazbou k matce) chladný, prázdný a jednotvárný tam, kde by mohl být plný barev, vřelý a naplněný. (Kern et al., 1999)

- Jako další potřeba je uvedena **potřeba životní jistoty**. Tato potřeba podle Matějčka (1999) zbavuje úzkosti, dodává pocit bezpečí, na němž může dítě stavět, aby se nebálo a snažilo se poznávat svět. Tuto potřebu naplňují především mezilidské citové vztahy. Stejně i Vágnerová (2004) uvádí, že potřeba citové jistoty a bezpečí je uspokojována dobrými a stabilními vztahy s lidmi, které představují její zdroj. „Bez této jistoty ho ovládá úzkost, která svazuje nebo provokuje k tomu, aby ji člověk překonával nějakým společensky nežádoucím způsobem. Nejčastěji se projevuje agresivním chováním vůči slabším. A my se pak divíme „odkud se to v tom dítěti bere!“ (Matějček, 1994, s. 26)

Když dítě přijde do nové rodiny, je třeba, aby se k ní pevně citově připoutalo. Pokud se mu od všech jejích členů dostává vřelého přijetí a pochopení, pak je to velmi dobrý začátek. Dítě potřebuje bezpečné prostředí a pevné hranice, jen tak může nabýt pocitu vnitřní jistoty a pocitu, že se má na koho spolehnout, že okolní svět má svůj pevný řád. (Bubleová, et. al., 2011)

- Následuje **potřeba vlastní společenské hodnoty**. „Dítě je hrdo na své samostatné výkony, třebaže není zprvu schopno ocenit úroveň dosaženého výkonu. Přejímá za své cíle, které od něho druzí očekávají, anebo je odmítá přijmout, klade si cíle vlastní nebo mezi různými cíli volí. Dosahováním cílů, které si vytyčilo či které přejalo za své, „naplňuje“ nyní dítě své nově objevené „já“, a to mu přináší uspokojení a motivuje další aktivitu. V této souvislosti dostávají jednotlivé věci a děje tedy ještě jedenkrát nový smysl a učení nabývá osobního významu.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 283)

„Děti s tělesným postižením mohou již od raného věku pocítovat jisté obtíže při hrách, jídle, oblékání, později také ve škole při vyučování a při pracovních činnostech. Tyto děti mohou být v různé míře odkázány na pomoc svého okolí.“ (Renotierová, Ludíková, 2006, s. 212)

Tady se může stát, že identita dítěte bude narušená, protože postupně si děti začínají uvědomovat svou odlišnost od ostatních dětí a jejich osobnost je velmi zranitelná. „Nelehkým úkolem náhradních rodičů je také podpora a budování identity u oslabeného sebevědomí dítěte. Zvláštní pozornost pak vyžaduje také přijetí dítěte jiného etnika nebo dítěte se zdravotním handicapem, které vyžaduje speciální přístup.“ (Bubleová, et al. 2011, s. 67)

- Nakonec uvádí **potřebu otevřené budoucnosti**. „Uspokojení této potřeby nám umožňuje žít v čase, od minulosti do budoucnosti, na něco se těšit, k něčemu směřovat, o něco se snažit. Typické v dětských domovech například je, že se nemají na co těšit a o co se snažit.“ (Matějček, 1994, s. 26) Postižení může u dítěte tento přístup velmi umocňovat.

5. 2 Vymezení pojmu psychická deprivace

Následujícím způsobem lze popsat obecný obraz dítěte, které se ocitá v nové náhradní rodině. Toto dítě si s sebou přináší svou minulost, své životní zkušenosti a zážitky. Je to dítě, jehož základní psychické potřeby nebyly uspokojované dostatečnou měrou. Nemělo také možnost si vytvořit tolik potřebné pevné citové pouto k jedné osobě. Neví, co je to rodina, domov. Je to dítě, které většinou vystřídalo různá výchovná prostředí, nepoznalo pocit bezpečí a jistoty.

Tyto negativní zkušenosti vedly k tomu, že se postupně odnaučilo dávat najevo svoje pocity a přestalo se o své potřeby hlásit normálním způsobem. Komunikace s okolním světem se tak pro ně stala problematickou. Nerozumí své minulosti a netuší, kam směřuje. Svět okolo sebe ani nechápe. Doposud žilo většinou v prostředí citově i podnětově chudém, a proto je jeho psychomotorický vývoj nerovnoměrný a poznatelně zaostává za vývojem svých vrstevníků vychovávaných v běžných fungujících rodinách. Právě u těchto dětí mluvíme o psychické deprivaci, poruše vzniku citové vazby a oslabené identitě. (Bubleová, et al., 2011)

Jestliže nedochází k jejich dlouhodobému uspokojování základních psychických potřeb, je zde riziko psychické deprivace a je ohrožen zdravý vývoj dítěte. Langmeier a Matějček (2011, s. 26) své pojetí vyjadřují touto definicí: „Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“.

Autoři upozorňují, že definice mluví jen o psychických potřebách, nikoliv hmotných (biologických) potřebách, které mohou, ale nemusí být zároveň přiměřeně uspokojeny. U psychické deprivace nejde o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojení základních psychických potřeb. Jen vyjimečně se v deprivaci může uplatnit pouze jediný činitel, ale prakticky vždy dochází u dítěte k neuspokojení několika důležitých potřeb, které jsou u různých dětí a v různých vývojových obdobích v různém vzájemném vztahu. (Langmeier, Matějček, 2011)

Dále uvádí, že tato definice psychické deprivace je dosti široká, aby dovolovala postřehnout společný podklad psychických poruch vznikajících za různých deprivčních okolností (v ústavě, v rodině, u zdravého dítěte i dítěte s postižením apod.) a projevující se různými příznaky. Abychom však mohli uspokojit nějakou potřebu, musíme o ní vědět. Přítomnost nějaké potřeby se projeví nejprve určitou pohotovostí organismu. Případně se při její „aktivaci“ projeví celkovým neklidem nebo napětím, což je jakousi pružinou k jednání, které má zajistit uspokojení. Najde-li se cíl, který slibuje uspokojení potřeby sám o sobě nebo slouží jako prostředek k dosažení konečného cíle, zaměřuje se napětí právě k tomuto cíli. Jednání jedince ztrácí svou rozptýlenost a usměřuje se. Dosáhne-li organismus konečného cíle, je potřeba nasycena a dojde opět k rovnováze. Jestliže je však uspokojení potřeb trvale nedostačující, rovnováha se ustavuje na nižší hladině. (Langmeier, Matějček, 2011)

Také děti s postižením jsou v řadě případů ohroženy deprivací, jako sekundárním důsledkem postižení. Senzorickou deprivací jsou ohroženy i děti s tělesným postižením. Ať už pro neschopnost získávat nové podněty z okolí, v případě celkové nepohyblivosti, či nemožnost manipulace s předměty, při postižení horních končetin. Z toho vyplývá často i kognitivní deprivace. Významové struktury, které si děti poznáváním světa konstruují, jsou neúplné a řada pocitů chybí. K deprivaci může docházet také proto, že dítě není schopno přijímat nebo vyvolávat určité stimuly ze strany dospělých, nereaguje přiměřeně na jejich působení. Např. dítě se sníženým svalovým tonusem se později usmívá a reaguje celkově pomaleji. Dospělí tak ztrácejí zájem o kontakt s ním a je riziko, že neuspokojí přiměřeně potřeby dítěte, protože odezva na jejich stimulaci je chabá. (Vágnerova et al., 2001)

Děti, které přicházejí do pěstounské péče, žily obvykle nějakou dobu v ústavní výchově. Podle Pokorné a Biskupa (2008) by ústavní výchova měla být, hlavně u dětí do 6 let věku v délce maximálně 1 rok. Únosný je pobyt pro dítě 6 měsíců. Pak nezadržitelně nastává deprivace dítěte. Není správné dítě přeložit z jedné rodiny do druhé, aniž by se o dítěti něco vědělo. Je potřebné vědět, o jaké dítě se jedná a jaká rodina by pro něj byla vyhovující, zároveň zjistit veškerá zdravotní vyšetření (zanedbávané děti jsou často neočkované, nemají zažitě hygienické návyky, nemají zajištěný správný stravovací režim atd.)

5.3 Projevy psychické deprivace v jednotlivých etapách vývoje a její důsledky

Negativní působení nedostatku podnětů závisí také na tom, v kterém období dítěti specifické podněty chybí. U člověka neexistují tak úzce časově ohraničená období pro působení přesně vymezených podnětů, jako je tomu u zvířat. Nemá stejná „kritická období“, ve kterých probíhá vlivem specifického podnětu velmi rychlé vytvoření určité schopnosti či dovednosti. Přesto je velmi pravděpodobné, že přece jen existují určité časové úseky, kdy pro normální vývoj potřebuje dítě určitý specifický typ podnětů. Dítě je pak na působení tohoto typu podnětů nebo jeho nedostatek zvýšeně citlivé, vyhledává je nebo je přímo vyvolává. Řada funkcí osobnosti, které jsou zasaženy v některé fázi vývoje působením deprivace, se vyvíjí v dalším ob-

dobí odlišně. Tím mohou být ovlivněny další funkce, kterých se původně deprivace netýkala. (Vágnerová et al., 2001)

„To, co prožilo dítě v minulosti, se projevuje také v přítomnosti a bude ovlivňovat i jeho budoucnost. Víme, že každé dítě je originál a na stejně těžkou životní situaci může reagovat odlišným způsobem. Přesto je obecně známo, co lze předem očekávat.“ (Bubleová et al., 2011, s. 13)

Projevy psychické deprivace jsou velmi mnohotvárné. Zmiňuje ty, s nimiž přicházejí děti do pěstounských rodin nebo do adopce. (Matějček et al., 2002)

- U dětí do tří let, se deprivace projevuje opožděním celého psychomotorického vývoje. Nápadná je povrchnost a nediferencovanost citů a sociálních vztahů, dále neúčastná nebo rozmrzelá nálada a také nedětsky vážný výraz. Ukazatelem deprivace je i řeč. Děti, které přicházejí do pěstounské péče, mívají vývoj řeči v různé míře opožděný. (Matějček et al., 2002)

- V předškolním věku přetrvává u těchto dětí povrchnost citových vztahů. Výrazná je potřeba někomu patřit, a proto se děti upínají na sestry nebo vychovatelky. (Matějček et al., 2002)

- Ve školním věku se téměř u všech dětí deprivace projevuje horším prospěchem, což neodpovídá jejich skutečným intelektovým schopnostem. Tato skutečnost se nedá vysvětlit jen zanedbaností v nefunkčních rodinách. I děti z dětských domovů, které jsou i v mimoškolní době v péči pedagogicky vzdělaných vychovatelů, projevují tento rys, stejně jako menší motivaci k učení. U školních dětí se také často projevuje deprivace nápadnostmi a výkyvy v chování, zvláště v sociálním styku. „Po traumatizujících zážitcích v rodině a po zpretrhání všech vztahů v důsledku změn prostředí se mohou objevit neurotické potíže, prohlubuje se citová otupělost a nedůvěra k lidem, někdy také agresivita.“ (Matějček et al., 2002, str. 86)

- V pubertálním a adolescentním věku se projevují důsledky prožité deprivace situace ve vztahu ke kolektivu, v sociálním začleňování, např. nespokojenost se sociální pozicí, neadekvátní sebehodnocení apod. Dále např. posunutá hierarchie hodnot, nežádoucí rysy

charakteru, zvýšené nebezpečí vzniku závislosti na alkoholu, drogách, atd. (Matějček et al., 2002)

- Důsledky prožité deprivace mohou přetrvávat i do dospělosti. I v případě, že se jedinci, kteří prožili psychickou deprivaci, dostanou do lepšího prostředí, mohou mít problémy v partnerských vztazích nebo bývají jako rodiče nejistí ve výchově svých dětí. Zůstanou-li v prostředí sociálně problematičtím, pak se jejich obtíže způsobené deprivací ještě zvýrazňují.

„Psychická deprivace je tedy vážné narušení psychického vývoje, může se projevit v celé struktuře osobnosti, v chování, v sociálním začlenění, v celé životní orientaci.“ (Matějček et al., 2002, str. 86)

Následky psychické deprivace můžeme posuzovat jen vzhledem k hodnotám platným v dané době, v dané společnosti, na daném stupni vývoje. V tomto smyslu se tedy důsledky psychické deprivace projeví tím, že jedinec v důsledku dlouhodobého neuspokojení potřeb nebude schopen přizpůsobit se situacím, které jsou v dané společnosti běžné a žádoucí. (Langmeier, Matějček, 2011)

Říčan (2011) uvádí některé důsledky časně psychické deprivace:

V první řadě jde o narušení kognitivního a motorického vývoje dítěte. Pravidlem bývá tedy nedostatečný nebo zastavený vývoj různého stupně v závislosti na závažnosti deprivací zkušenosti. U velmi těžkých forem deprivace dochází současně i k poruchám somatického vývoje a někdy až k úmrtí dítěte. V našich současných podmínkách je u dětí vyrůstajících v zařízeních do tří let pravidlem celkové lehké opoždění vývoje s nejvýraznějším postižením řeči a sociálního chování. To se ovšem v případě včasného umístění dítěte do kvalitní rodiny obvykle rychle upraví.

Dále se týká narušení vývoje osobnosti. Narušena bývá především schopnost navazovat hlubší sociální vztahy. V extrémních případech může v dospělosti dojít k asociální poruše osobnosti.

Říčan (tamtéž) také upozorňuje na nejčastější projevy chování a sociálních vztahů u emočně deprivovaných dětí:

- Sociální hyperaktivita – tyto děti velmi snadno a rychle navazují kontakt s dospělými, velmi aktivně se dožadují jejich pozornosti. Nepocítují strach z cizích lidí a chybí jim sociální inhibice. Vztahy, které navazují, však zůstávají povrchní a rozptýlené, u starších dětí jsou obvykle nápadné i velmi špatné vztahy k vrstevníkům, často se přidružují i poruchy chování. Tento typ disharmonického vývoje je zařazen i do současné mezinárodní klasifikace nemocí jako „desinhibovaná příchyllost v dětství“ (F94.2).

- Sociální provokace – část deprivovaných dětí se již od batolecího věku domáhá pozornosti dospělých svou záměrnou provokací. Časté jsou projevy agrese vůči druhým dětem i dospělým, destruktivní chování apod. Ale bývají současně i zvýšeně úzkostné a velmi nezralé.

- Útlumový typ se projevuje zejména v kontaktu se sociálním prostředím. Ale i v ostatních projevech jsou tyto děti pasivní až apatické. Typický je nedostatek jakékoliv iniciativy. Časté bývá zejména (ale nejen u této skupiny deprivovaných dětí) náhradní uspokojování citových a sociálních potřeb, nejčastěji se nadměrně zaměřují na uspokojení biologických potřeb (jídlo, masturbace apod.)

Říčan (2011) nakonec konstatuje, že neexistuje jednotný klinický obraz citově a sociálně deprivovaného dítěte.

„Psychická deprivace, jak jí rozumíme, je už osobitým, individuálním opracováním podnětového ochuzení, k němuž dospělo dítě v deprivacní situaci – je psychickým stavem. Navenek se tento psychický stav projevuje chováním, jež má některé charakteristické známky, takže dovoluje v kontextu dosavadního vývoje dětské osobnosti deprivaci rozpoznat.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 27)

„Chování specificky změněné působení deprivace vyvolává rovněž změněné reakce okolí, čímž se působení deprivace prohlubuje a utvrzuje i v období, kdy už deprivacní vlivy nemusí působit přímo.“ (Vágnerova et al., s. 97)

5. 4 Napravitelnost psychické deprivace v pěstounské péči

Dlouho přetrvával názor o tom, že náprava psychické deprivace není možná. Vyplýval do značné míry z okolnosti, že děti, které přišly z nevhodného prostředí rodiny, zůstávaly trvale v ústavní výchově, která sice mohla přinést zlepšení ve znalostech a návycích dítěte, ale nerozvíjela dostatečně citovou složku a nepřipravila dítě na sociální zařazení a uplatnění. (Matějček et al., 2002)

Podle Langmeiera a Matějčka (2011) by nápravná snaha měla zasahovat zejména následující čtyři úrovně nebo alespoň ty z nich, které jsou nejzávažněji zasaženy. Mezi tyto úrovně patří reaktivace, redidaxe, reedukace a resocializace.

- Pod pojmem reaktivace je myšleno zajištění podmínek pro rozvoj motoriky a normální vývoj smyslových orgánů, tedy rehabilitace apod. V první řadě je ovšem důležité vytrhnout dítě z takové situace a zajistit mu přiměřený přívod podnětů z prostředí.
- Některé deprivací následky lze odstranit tzv. přeucením. Dítěti se dostává takových podnětů, které zpevňují žádoucí chování. V podstatě jde o vytvoření nových účelnějších návyků, namísto původních nevhodných, které představovaly „příznaky psychické deprivace“.
- Výrazný vliv má úprava vztahů dítěte k jeho sociálnímu i předmětnému okolí. „Je třeba nově formovat povahové vlastnosti dítěte a přetvářet jeho charakter.“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 311) Najít a přijatelným způsobem mu dodat potřebné činitele, kterými jsou pevné vztahy důvěry, sympatie, jistoty, lásky k těm, kdo se jím výchovně zabývají.

Je samozřejmé, že nepřítomnost genetické zátěže, nízký věk dítěte a jen mírná zkušenost s psychickou deprivací, jsou dobré předpoklady pro úpravu k normě i k vytvoření

kvalitního pěstounského svazku. Jsou to však jen předpoklady. Jestliže takové dítě přijde do rodiny, jejíž motivace pro přijetí nebyla dost hluboká, do rodiny, která nebyla důkladně poučena o celé problematice náhradní rodinné péče a k dítěti má odstup s různými výhradami a předsudky, pak se toto dítě nerozvíjí a není šťastné ani ono samo, ani jeho pěstouni. Nevznikají takové vztahy, které jsou velmi blízké vztahům v dobré rodině s vlastními dětmi. Potvrdil se původní předpoklad, že nejvýznamnější, rozhodující a nezastupitelný faktor pro nápravu psychické deprivace je právě kvalita náhradní rodiny. A současně se tak potvrdil i předpoklad, že je možné vytvoření dobrých rodičovských vztahů i vůči dítěti svěřenému, bez základu biologického rodičovství. (Matějček et al., 2002)

Ukázalo se, co dětem scházelo před tím, než přišly do rodin. Na první pohled bylo zřejmé, že dětem schází mnoho poznatků a vědomostí. Školní prospěch měly slabý, což bylo v rozporu s poměrně dobrou inteligencí naměřenou inteligenčním testy. Znamenalo to, že intelligence se někde ztrácí, že není využívána. Učení dětem nejde, když nemají zájem. Zájem není, jestliže se není pro koho učit. Teprve, když se u těchto dětí začal vytvářet citový vztah k jejich novým matkám a k novému životnímu rodinnému prostředí, začal se objevovat i nový zájem o učení. (Matějček, 1994)

Podle Langmeiera a Matějčka (2011) je individuální pěstounská péče je nejvhodnějším a nepostradatelným řešením v případech dětí, které nejsou vhodné pro adopci a jejichž výchova představuje určitá rizika. Proto není ani vhodné, aby byly vychovávány ve větším kolektivu. Jde o děti od kojeneckého věku až do středních školních let, které mají nejistou vývojovou prognózu, ale také o děti s postižením.

Koluchová (2008) popisuje výsledky dvacetiletého výzkumného sledování skupiny stočlenné skupiny dětí žijících v pěstounských rodinách. Sledování umožnilo dospět k určitým závěrům. Mezi činiteli, podmiňujícími míru nápravy, se potvrdila jako činitel nejvýznamnější a nezastupitelný vhodná náhradní rodina. Prokázaná míra možnosti nápravy psychické deprivace, i když vznikla v kojeneckém nebo batolecím věku a přestože byla zaznamenatelná v celé struktuře osobnosti. Do té doby panoval názor o reparabilitě pouze v případě, pokud se to týkalo kognitivní oblasti. O nápravě v citové a sociální oblasti převažovaly pochybnosti. Potvrdilo se vytvoření hlubokých a trvalých rodičovských vztahů vůči přijatému dítěti. Ve výzkum se potvrdila současně možnost spontánního přilnutí

k náhradním rodičům i u dětí předškolního a mladšího školního věku.

Na základě tohoto výzkumu byla navržena a následně výzkumem potvrzena určitá kritéria úspěšnosti pěstounské péče:

Matějček (2002) je hodnotí jako obecné hodnotící zásady.

Prvním kritériem je **hloubka a stálost citových vztahů** mezi pěstouny a dětmi. „Čím více se tyto vztahy blíží vztahům dětí a rodičů v dobré rodině, tím lepší je pěstounský svazek. V některých pěstounských rodinách – a není jich málo – prožívají pěstouni a jejich přijaté děti pocit vzájemného obdarování a sounáležitosti, mají společnou životní perspektivu.“ (Matějček et al., 2002, s. 89)

Podle Matějčka (tamtéž) je velmi důležitá **tolerance k problémům ve vývoji přijatého dítěte**. Do pěstounské péče přicházejí s různými obtížemi, s psychickou deprivací, s vývojovým opožděním nebo s různým zdravotním postižením. O tom všem mají být žadatelé podrobně informováni. Mnohé se v pěstounské rodině upraví, ale některá postižení, organicky podmíněná, jsou do značné míry nebo zcela trvalá. Pěstouni by měli zvažovat, co „unesou“, aniž by se zatrpkle obětovali. I děti s různým postižením potřebují být šťastné a prožít radostné dětství. To jim však mohou dát pěstouni, kteří jejich výchovu prožívají jako náplň života. Potřebuje-li tedy dítě zařazení do specializované třídy nebo např. do školy pro neslyšící a pěstouni to akceptují a vidí v tom cestu ke vzdělání dítěte, svědčí to o velmi dobré pěstounské péči, protože dítě tu našlo svůj domov a je tam šťastné.

Společná životní perspektiva. Toto kritérium vyplývá z obou předchozích. Hluboké vzájemné citové vztahy a přijetí dítěte se všemi problémy jsou předpokladem společné, otevřené budoucnosti. Vztahy mezi dětmi a rodiči, a to i v dobré pěstounské rodině, se samozřejmě mění, vyvíjejí se. Děti dospívají, až dospějí, osamostatní se. Pěstounská péče oficiálně končí zletilostí, ale dobří pěstouni mají přijaté děti jako své a stávají se později rádi „pěstounskými“ babičkami a dědečky. Některé děti z pěstounské péče nejsou úplně sociálně samostatné a rodinu nezaloží. Pěstouni mívají obvykle se staršími dětmi dohodnuto, kdo a jak by o ně pečoval, až oni nebudou moci. Dobrá pěstounská rodina se vždycky snaží řešit budoucnost svých přijatých dětí! Samozřejmě různé formy pomoci státních i nestátních

organizací jsou velmi vítané, zvláště pokud jde o bydlení, zvláště pokud jde o bydlení, získání vhodného zaměstnání atd. Rozhodující jsou však vztahy: pěstouni by měli v přijatých dětech vidět své děti a naopak přijaté děti by se měly cítit jako ve vlastní rodině a v pěstunech vidět své rodiče. (Matějček et al., 2002)

Tři uvedená kritéria jsou vzájemně propojena. Kritérium první a druhé jsou důležitá hlavně v dětství: přijmout dítě, mít je rád i s jeho problémy. Pokud je dítě malé, většina pěstounů o jeho budoucnosti neuvažuje v konkrétních dimenzích. S dospíváním dítěte však nabývá kritérium společné perspektivy na významu. Konečné zhodnocení pěstounské péče však umožňuje teprve dospělý věk přijatého dítěte. Pěstounská rodina má pro přijaté dítě velký význam. Toto obecné zjištění je však třeba upřesnit. Nemusí se to povést vždy a v každé pěstounské rodině, i když pěstouni mají nejlepší snahu pomoci dítěti. A samozřejmě se to ani nemusí podařit tam, kde nebyla pro přijetí dítěte dobrá motivace. Musí to být rodina vhodná právě pro daný typ dítěte. Matějček (tamtéž).

6 Výzkumná část s pěstounskými rodinami

6.1 Výzkumné cíle a předpoklady

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak ovlivňuje motivace pěstounů pro přijetí dítěte s tělesným postižením jeho fungování v rodině a její vliv na obtíže spojené s postižením či projevy psychické deprivace. Od tohoto hlavního cíle byly odvozeny **cíle dílčí**:

1. Zjistit, jaká byla motivace pěstounů k přijetí dítěte s tělesným postižením
2. Zjistit, jaké změny provázely samotnou rodinu po přijetí dítěte s postižením
3. Zjistit, jaké změny bylo u dítěte možné zaznamenat v psychické a fyzické oblasti po jeho příchodu do pěstounské rodiny
4. Zjistit, jaké služby využívala pěstounská rodina
5. Zjistit, jak hodnotí celou situaci nyní – co bylo přínosem a co naopak omezením

Byly vysloveny také výzkumné předpoklady. Podle Průchy (1995) jsou výzkumné předpoklady vědecky založené pravděpodobnostní predikce o možných následcích či závěrech výzkumu. Gavora (2000) dále dodává, že vědecké předpoklady zároveň naznačují, jakým způsobem se budou potvrzovat nebo vyvracet. Stanoví se na začátku výzkumu a určují jeho směr. Měly by vycházet z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy a zjištěními z výzkumu se potvrdit nebo vyvrátit.

Tyto výzkumné předpoklady jsou uvedeny níže:

- Předpokládáme, že nejčastěji uváděnou motivací pěstounů k přijetí dítěte s tělesným postižením, byla touha po zcela konkrétním dítěti.
- Předpokládáme, že nejčastěji uváděné změny v technicko-materiální oblasti se týkaly odstranění bariér v domě či bytě, kde rodina bydlí.
- Předpokládáme, že nejčastěji uváděnou jako zasaženou oblast změny samotné rodiny je přetvoření hodnotové orientace u jejích členů.
- Předpokládáme, že nejčastěji uváděnými důsledky pobytu dítěte v ústavním zařízení jsou negativní změny ve schopnosti navázat oboustranně vyvážený citový vztah s pěstouny.

- Předpokládáme že, nejčastěji jmenovanou pozitivní změnou v psychické oblasti je navázání silnější vazby dítěte k matce – pěstounce.
- Předpokládáme, že nejčastěji jmenovanou pozitivní změnou ve fyzické oblasti je zvýšení pohybové aktivity dítěte.
- Předpokládáme, že rodiny užívaly možností dostupných služeb.

6.2 Metody výběru výzkumného vzorku a charakteristika respondentů

Výzkumný vzorek byl tvořen **čtyřmi** pěstounskými rodinami z různých částí České republiky. Vždy se mnou komunikoval pouze jeden z rodičů, z toho tři pěstounky a jeden pěstoun. Rodiny, které mají v pěstounské péči dítě s tělesným postižením, není mnoho a potýkají se s různými obtížemi např. příprava na operaci dítěte, onemocnění, zhoršení zdravotního stavu apod., které jim v mnoha případech znemožňovaly zúčastnit se tohoto výzkumu. Z toho důvodu není výzkumný soubor rozsáhlý.

Výběr zkumného vzorku vycházel ze dvou metod, které se navzájem prolínaly. První metodou byla metoda výběru souboru samovýběrem. Metoda samovýběru je podle Miovského (2006) založena na aktivním projevení zájmu zapojit se do výzkumu. Nejedná se o pouhý souhlas s účastí na výzkumu, který je však zároveň i estetickou podmínkou, ale jedná se i o situaci, kdy je více potencionálním účastníkům výzkumu nabídnuta možnost se zapojit. Volba, zda se připojí, závisí na jejich rozhodnutí. Způsob realizace může být rozmanitý, např. inzerát v novinách, na internetu, nebo také nabídka skupině osob k účasti na výzkumu a poté záleží na jejich volbě, zda se přihlásí. Oslovujeme skupinu potencionálních účastníků, kteří musejí sami projevít svůj zájem a aktivitu se do výzkumu zapojit, nestačí souhlasit s přímou nabídkou účasti. Nicméně takto výrazná motivace k výzkumu obvykle nebývá.

Proto byla použita i další metoda, a to metoda záměrného výběru. „Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení **relevantních znaků**, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání.“ (Gavora, 2000, s. 79)

V našem případě jsou relevantními znaky pěstounská rodina, dítě s tělesným

postižením v pěstounské péči a pobyt tohoto dítěte v ústavním zařízení před jeho přijetím do rodiny.

Při záměrném výběru má jít o skutečně kvalifikovaný výběr, tedy o vyhledání takových osob, které se vyznačují konkrétním znakem. (Gavora, 2000)

Obvykle jsem tímto způsobem respondenty kontaktovala přímo prostřednictvím jimi zveřejněných údajů na internetových stránkách. Ve většině případů se tito pěstouni dále angažují a zakládají různé webové stránky, občanská sdružení, spolupracují s organizacemi, které se zabývají náhradní rodinou péčí, lidmi s postižením apod.

Celý výběr výzkumného vzorku trval 4 měsíce. V průběhu této doby se měnil počet pěstounských rodin, které se rozhodly výzkumu účastnit, protože některé rodiny musely ze zdravotních důvodů či osobních a nepředvídaných událostí svou účast nakonec odmítnout.

Přiblížíme si zde nyní jednotlivé respondenty a jejich rodiny, které se výzkumu účastnily. Je zde alespoň jemně nastíněn rodinný kontext spolu s věkem pěstounů a dítěte v době jeho přijetí do péče, diagnózy, popř. přítomností dalších dětí v rodině.

Pan P.

Ve svých 30 letech si s manželkou vzal do pěstounské péče chlapce s tělesným postižením ve věku 4 let. Diagnóza zněla syndrom Hanhart. Mimo jiné to znamená, že chlapec nemá vyvinuty některé části těla, nervové dráhy a svaly. Je zde také mírné snížení intelektu. Po půl roce pěstounské péče se však s manželkou rozvedli. Odešla se dvěma dětmi, další tři děti a chlapce s postižením panu P. zanechala. V současnosti je chlapci s postižením 19 let, vzdělává se v běžné škole a čeká jej operace na zvětšení dolní čelisti. Pan P. s jeho nynější manželkou mají jedno biologicky vlastní dítě a jedno starší v adopci.

Paní M.

Paní M. bylo v době přijetí holčičky s tělesným postižením 31 let (manželovi 32 let). Holčička měla 5 a půl roku. Narodila se s těžkým kombinovaným postižením – kromě hydrocefalu také s vrozeným vykloubením kyčli, rozštěpem páteře a mentální retardací. Nyní je to 7 let od doby, kdy byla přijata do pěstounské péče. Paní M. s manželem mají dvě biologicky vlastní děti a v ještě jednoho chlapce ve věku 10 let opět v pěstounské péči.

Paní L.

Paní L. bylo při přijetí holčičky s dětskou mozkovou obrnou (kvadruparéza) 39 let. Holčička byla ve stáří 7 let, nyní je v pěstounské péči celkem 4 roky. Dále mají tři děti biologicky vlastní a jedno v hostitelské péči

Paní H.

Paní H. bylo v době přijetí chlapce s postižením 39 let, nyní je jí 46 let. Chlapci bylo 2,5 roku, nyní je mu sedm let. Diagnóza zněla atrofie zraku, centrální hypotrofický syndrom a mentální retardace. Paní má dohromady 5 dětí, kromě chlapce s tělesným postižením má v pěstounské péči další 4 děti.

6.3 Metodologie výzkumu

6.3.1 Metody sběru dat

V tomto výzkumu bylo jako metoda získávání dat použito prostřednictvím telefonického spojení strukturované interview.

Slovo interview se skládá se ze dvou částí. Inter znamená *mezi* a view znamená *názor* nebo *pohled*. Naznačuje, že se jedná o interpersonální kontakt. Nejčastěji je to kontakt tváří v tvář, ale používá se i telefonické interview. Tato forma výzkumu je založena na interpersonálním kontaktu, a proto je důležité navázat s respondentem přátelský vztah a příjemnou atmosféru, tzv. rapport. Vhodná je v případě, když hledáme bezprostřední, osobní či důvěrné odpovědi. (Gavora, 2000)

Na rozdíl nestrukturovaného interview, kdy je dán pouze obsahový rámec, a polostrukturovaného, kdy je k obsahovému rámci přidáno jen několik základních otázek, strukturované interview znamená, že otázky jsou pevně dány. Někteří autoři název interview zaměňují se slovem rozhovor, nicméně jeho význam je širší, protože ne každý rozhovor je interview. (tamtéž)

Interview se skládalo ze 13 otevřených otázek. Důležité informace byly všem zaslány internetovou cestou. Hned zpočátku byli respondenti ujištěni o možnosti otázky rozvést a vyjádřit se dle vlastního uvážení i k potřebným souvislostem. Ubezpečeni byli také o své anonymitě a v neposlední řadě i o skutečnosti, že autorce záleží především na tom, aby předaly své zkušenosti z této oblasti. Všechna interview proběhla ve dnech a v čase, který vyhovoval respondentům, a to v rozmezí jednoho týdne.

Znění otázek předkládaných při interview je uvedeno zde:

1. Jak vznikla myšlenka o přijetí právě dítěte s tělesným postižením do pěstounské péče?
2. Co pro vás bylo motivací?
3. Chtěli jste do péče konkrétní dítě?
4. Došlo po jeho přijetí ve vaší rodině k nějakým změnám ve smyslu technicko-materiálního zabezpečení? Bezbariérovost, dostupnost, ap.
5. Změnilo přijetí dítěte nějakým způsobem klima v rodině, změnilo to její členy?
6. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče v psychické oblasti?
7. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče ve fyzické oblasti?
8. Pozorovali jste nějaké důsledky, které na dítěti zanechala ústavní péče?
9. Museli jste se po přijetí potýkat s jinými problémy? Pokud ano, s jakými?
10. Cítili jste se při přijetí dítěte připraveni?
11. Využívali jste nebo využíváte nějakých služeb?
12. Cítili jste se postižením dítěte společensky omezeni?
13. Jak nyní zpětně vše hodnotíte?

„Interview je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů.“ (Gavora, 2000, 136)

Je zde také popsán průběh interview a jejich obsah. Souhrnně lze říci, že respondenti vždy komunikovali ze svého domácího prostředí a autorka jim zavolala zpět v čase, který jim vyhovoval a kdy nebyli příliš rušeni. Dále lze dodat, že kromě pana P. proběhly všechny rozhovory v pozdních večerních hodinách, kdy na to měly pěstounky lepší podmínky. Podle vlastních slov jedné z nich „*je přece jen více klidu*“. Odpovědi respondentů v průběhu interview autorka zapisovala na papír a po skončení následně převáděla do příloh, které jsou uvedeny na konci

6.3.2 Metody analýzy dat

Jako metoda analýzy dat byla použita metoda prostého výčtu. Miovský (2006) udává, že metoda prostého výčtu se nachází na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem, protože její pomocí vyjadřujeme vlastnost určitého jevu např. četnost výskytu sledovaného jevu, nebo poměr sledovaného k jinému jevu. Přestože jde o kvantitativní výčet, je velmi důležitý pro interpretaci kvalitativních údajů.

Metodu prostého výčtu autorka použila při analýze a interpretaci výzkumných cílů. Některé z cílů bylo však potřeba rozdělit na několik oblastí, které ve zkoumaném cíli spolupůsobí a spoluutváří ho.

6.4 Analýza a interpretace výsledků zkoumání

6.4.1 Analýza dílčích cílů

I. DÍLČÍ CÍL

Zjistit, jaká byla motivace pěstounů k přijetí dítěte s tělesným postižením

(Tento výzkumný cíl byl sledován zejména otázkami č. 1. a č. 2.)

Aby autorka mohla postihnout celistvou motivaci k přijetí dítěte, rozlišila dvě období:

- A. Vznik prvotní myšlenky k přijetí dítěte
- B. Hlavní motivace pro konečné přijetí

A. Vznik prvotní myšlenky – výzkumná otázka č. 1.

Jak vznikla myšlenka o přijetí právě dítěte s tělesným postižením do pěstounské péče?

- **Paní M.:** *Bylo to náhodou od kamarádky, která pracovala v dětském centru a říkala nám o holčičce s těžkým handicapem, ale neměli jsme předtím plány, že si vezmeme dítě s postižením*
- **Paní H.:** *V tu dobu jsme měli v pěstounské péči prvního chlapce. Prosil nás a chtěl, abysme si pro něj vzali kamaráda z dětského domova. Proto jsme mu řekli, že až ukončíme úřední věci, podíváme se po bráchovi.*

Navíc jsme pak dostaly nepravdivé a staré zprávy z Fondu ohrožených dětí, odkud jsme si dítě vyhledali. Psali pouze to, že nevidí a až jsme se rozhodli, že si ho vezme-me, dozvěděli jsme se to ostatní.

- **Paní L.:** *Nevadil nám tělesný handicap a dítě jsme si našli sami přes internet, chtěli jsme hlavně sourozence pro naši dceru. Věděli jsme, že pokud chceme dítě, které starší než je naše dcera, a té byly necelé dva roky a mělo by mít nějaký handicap. To proto, aby zůstala zachována hierarchie v rodině, aby nové dítě nepřeskočilo naši dceru*
- **Pan P.:** *Viděli jsme ho v televizi a manželka ho chtěla tak, že nespala, opravdu hrozně ho chtěla. Víte, nikdo jiný ho nechtěl, byl v televizi 4x a mi jsme byli jediní z celé republiky, kdo o něj měl zájem.*

B. Hlavní motivace pro konečné přijetí - otázka č. 2.

Co pro vás bylo motivací?

Paní M.: *Víra a snaha pomoci dítěti. Také příklad rodin, které žijí v okolí a vzali si dítě do pěstounské péče.*

Paní H.: *Byla to zároveň i motivace, bylo to pro brášku. Vybrali jsme si ho z Fondu ohrožených dětí z letáku. Ostatní děti viděly a mají nějaké to potěšení, ale on nemá a je závislý na náruči těch lidí. Bylo nám ho nejvíc líto. Potřebovaly to všechny děti, ale on nejvíc, slepý člověk je naprosto bezbranný.*

Paní L.: *Sourozenec pro naše dítě. Nechtěla jsem, aby naše dcera vyrůstala sama. Na druhou stranu jsem ale už nestála o kojence, no a tak jsme začali přemýšlet o starším dítěti. Vlastní dítě už také nemůžeme mít. Kdo chce adoptovat, čeká dlouho, nedočkali bysme se, proto jsme se rozhodli pro pěstounskou péči, ale i tak trvalo skoro rok od podání žádosti, než jsme prošli testy a školením. Handicap jsme vzali, protože jsme nechtěli narušit hierarchii a začali jsme to konzultovat s odborníky, s psychologkou. Nechtěli jsme ale mentální retardaci.*

Pan P.: *Chtěl jsem vyhovět manželce a šel do toho. Taký mě to zajímalo a nakonec to vyšlo. Motivací pro mě byla manželka, ale jí to vydrželo půl roku. Rozvedli jsme se potom a odešla. Když se manželka přestane starat, otec musí, nemá na výběr.*

SHRNUTÍ DÍLČÍHO CÍLE č. I

Myšlenka, která pěstouny přivedla k přijetí dítěte s postižením, byla:

- **ve 2 případech hledáním sourozence pro vlastní dítě**
- v 1 případě kvůli partnerovi, resp. partnerce, jejíž motivací bylo konkrétní dítě
- v 1 případě nejdříve slyšeli příběh konkrétního dítěte

Hlavní motivací pro tázané pěstouny byla:

- **ve 2 případech jako sourozenec pro vlastní dítě**
- v 1 případě vyhovění partnerovi, resp. partnerce, jejíž motivací bylo konkrétní dítě
- v 1 případě je uváděna touha pomoci konkrétnímu dítěti, víra a příklad pěstounských rodin

Motivy pěstounů se v oblasti „vzniku myšlenky“ a „hlavní motivace“ téměř shodují a dokonce se v obou oblastech velmi prolínají, neboť u pana P. bylo myšlenkou i hlavní motivací vyhovět partnerce, která ovšem velmi toužila po konkrétním dítěti.

Jako dodatek k tomuto dílčímu cíli lze přidat otázku č. 3. ve znění: **Chtěli jste do péče konkrétní dítě?** Z uvedených odpovědí, můžeme vidět, že 4 ze 4 rodin si „vybraly“ konkrétní dítě.

- **Paní M.:** *Ano, dozvěděli jsme se příběh konkrétní holčičky od kamarádky. Nejdřív jsem s tou myšlenkou asi měsíc chodila a pak jsem to řekla i manželovi a nebyl proti tomu.*
- **Paní H.:** *Ano, chtěli.*
- **Paní L.:** *Ano. Našli jsme ji sami přes internet na stránkách Fondu ohrožených dětí a dojeli se na ni podívat. Konzultovali jsme to zase s jiným odborníkem a pak jsme si ji vzali na vánoce 2008 domů.*

- **Pan P.:** *Takže ano, chtěli jsme do péče konkrétní dítě.*

II. DÍLČÍ CÍL

Zjistit, jaké změny provázely samotnou rodinu po přijetí dítěte s postižením

(Tímto cílem se zabývala výzkumná otázka č. 4., č. 5., č. 12. a i otázka č. 10.)

Aby autorka mohla lépe konkretizovat změny v rodině, které proběhly po přijetí dítěte s postižením, rozdělila si tyto změny podle jednotlivých oblastí, v nichž probíhaly a na něž se zaměřovaly i výzkumné otázky. Jedná se o tyto oblasti:

- A. Technicko-materiální oblast
- B. Připravenost - a s tím související - klima rodiny
- C. Rodina a společnost

A. Technicko-materiální oblast – výzkumná otázka č. 4

Došlo po jeho přijetí ve vaší rodině k nějakým změnám ve smyslu technicko-materiálního zabezpečení? Bezbariérovost, dostupnost, ap.

Paní M.: *Když jsem manželovi řekla o tom, že přemýšlím nad tou holčičku, začal hned přemýšlet o bezbariérovosti, úpravě koupelny. Potřebovali jsme větší auto, také nájezd do domu, úpravy obrubníků na sídlišti.*

Paní H.: *Opustili jsme dům rodičů, byly tam prudké schody prahy. A bydlíme teď v novém bezbariérovém domě. Je to služební dům.*

Paní L.: *Ano, a to výrazně. Naše děvčátko nechodí, ale pohybuje se na invalidním vozíčku.*

Pan P.: *Určitě, museli jsme mu to přizpůsobit. Chodil na protézách, takže pořád zakopával o prahy, ty šly vytrhat.*

B. Připravenost a klima rodiny – výzkumná otázka č. 5

Změnilo přijetí dítěte nějakým způsobem klima v rodině, změnilo to její členy?

Paní M.: Určitě ovlivnilo sourozence k větší tolerantnosti a celkově změnilo důležitost hodnot v životě. Ale většina změn je kladných včetně ocenění od okolí.

Paní H.: Hodně, to hodně, změnil určitě i vlastní dítě (s postižením), to otřese i s rodinou.

Paní L.: Ano, přijetím staršího dítěte s hendikepem ovlivnilo náladu v rodině. Po roce a půl se vše ustálilo.

Pan P.: Změnilo se úplně všechno. Vlastně mi to úplně překopalo život. S manželkou jsme se po půl roce rozvedli... Bylo to, když chodil do první třídy, bylo mu osm let – měl totiž dva odklady, tak jsem pak potkal svou nynější manželku.

C. Rodina a společnost – výzkumné otázky č. 10 a č. 12

Rodina – otázka č. 10

Cítili jste se při přijetí dítěte připraveni?

Paní M.: Připraveni jsme byli dobře a můžu říci, že nikdy jsme toho rozhodnutí nelitovali.

Paní H.: Snažila jsem se volat, než jsme ho přijali a ptala jsem se na různé věci a pracovnice mi řekla, že na to jdu nějak vědecky, viděla jsem, že tudy cesta nepovede. Když byl pak dehydrovaný, asi to pro ně byla věda.

Ale přesto, že jsem se snažila, tak člověk nikdy není připravený.

Paní L.: Na to se nedá stoprocentně připravit.

Pan P.: To je dobrá otázka, moc zajímavá. Ani náhodou. A to jsem byl obklopen pěstouny, moje mamka je pěstounka, čtyři kamarádi jsou pěstouni a jejich manželky matky pěstounky. Ale tohle bylo něco úplně jiného. Nebyl jsem na to připravený. Dítě s handicapem - bylo to cizí, nikdo to neměl, ani kamarádi.

Byl jsem se proto podívat do Jedličkova ústavu a zjistil jsem, že se jich vlastně štítím. Začal jsem tam docházet pravidelně. Když pak dítě přišlo, nebyl problém, do ústavu jsem chodil v době, kdy jsme si ho brali. On byl hrozně roztomilý, opravdu. Velice. Já jsem si ale říkal, že z toho vyroste a pak už tak roztomilý nebude, vlastně proto jsem si to chtěl vyzkoušet.

Společnost – otázka č. 12

Cítíte se postižením dítěte nějak společensky omezení?

Paní M.: Spíš technicky kvůli bariérovosti v domě, ale společensky ani ne.

Paní H.: Velice, nikam nemůžeme spolu, ta péče je tak náročná a specifická, že nemůžeme spolu sami nikam, jsme nezastupitelní. Když se začne dusit, lidé neví, co s ním, byla doba, kdy jsem ho odsávala i do jedné v noci. Nemůžeme spolu do kostela jako rodina, jsme věřící. Asi využijeme asistenta, abysme někdy někam mohli.

Paní L.: Když jsme ji měli na vánoce, měla dost času se s ní seznámit i širší rodina. Ale někteří přátelé i širší rodina naše rozhodnutí pomoci dítěti, které je bez rodiny, prostě nepřijali.

Pan P.: Byl rok 1998. Pěstounů bylo málo, kdo si tehdy vzal handicapované dítě, byl buď magor, nebo to dělal pro peníze. Lidi to nechápali. Ta společnost na to nebyla vůbec připravená, nechápala to.

A ještě v pracovním uplatnění. Nemohl jsem pokračovat ve stejné práci. Tenkrát, když jsem řekl, že mám děti, jedno s handicapem a nemám ženu, to bylo, jako když dneska žena řekne, že má malé děti. V práci vás chtějí celého a kdykoliv volného. Tak jsem začal pracovat ve střediscích, v neziskové oblasti. Jezdili jsme na výlety, různé akce u nás na zahradě. Jednou za mnou přišli dva devatenáctiletí kluci, že je mají přeradit do ústavu někam přes půl republiky. Nechtěli, protože tu měli školu, kamarády, záliby. Ubytoval jsem je u nás v domě, tak to pak u nás vypadalo jak „dům na půli cesty“. Tak jsme natočili dva dokumenty. A teď pracuji u občanského sdružení

SHRNUTÍ DÍLČÍHO CÍLE č. II

A. Technicko-materiální oblast

U všech 4 rodin došlo k technicko-materiálním změnám. Vždy jde o úpravy týkající se bydlení a jeho bezbariérovosti (u paní L. to není zcela jednoznačně řečeno, ale souvislost „výrazných změn“ a toho, že dívka se pohybuje na „invalidním vozíčku“ bezbariérovostí domu je jasná).

Mimo bydlení bylo v 1 případě jmenováno auto a v 1 případě úpravy obrubníků na sídlišti.

B. Připravenost - a s tím související - klima rodiny

Při shrnutí 4 ze 4 rodin uvádí změnu klimatu v rodině a její členy.

Z prohlášení se nedá vždy jednoznačně usoudit, zda pozitivně či negativně.

Nicméně ve dvou případech jde jednoznačně o negativní změnu, v 1 z uvedených změn klimatu se vše po nějakém čase vrací do normálu

C. Rodina a společnost

Rodina – **ve 2 ze 4 rodin uvádí, že se nejde dost dobře připravit** na přijetí dítěte s postižením. Dále v 1 případě byla rodina dobře připravena a v 1 případě se respondent cítil zcela nepřípraven.

Společnost – **ve 3 ze 4 rodin uvádí, že se cítí nebo z různých důvodů cítili společensky omezeni.** Ve 2 případech nepochopením společnosti, v 1 nezastupitelností v povinnostech. Pouze v 1 případě se rodina cítila omezeně více bariérově.

III. DÍLČÍ CÍL

Zjistit, jaké změny bylo u dítěte možné zaznamenat v psychické a fyzické oblasti po jeho příchodu do pěstounské rodiny.

(Tímto cílem se zabývaly výzkumné otázky č. 6., č. 7. a č. 8.)

Opět budou pro lepší přehlednost změny rozděleny na:

A. Důsledky ústavní výchovy a změny v psychické oblasti

B. Změny ve fyzické oblasti

A. Důsledky ústavní výchovy a změny v psychické oblasti – výzkumné otázky č. 6. a č. 8.

Důsledky ústavní výchovy - otázka č. 6.

Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče v psychické oblasti?

Paní M.: Prošli jsme několikaměsíčním „testováním“ hranic a provokativním chováním, ale jinak šel vývoj velmi rychle dopředu a spoustu věcí jsme dohnali.

Paní H.: Velké, po půl roku ho přijela navštívit sociální pracovnice z trvalého bydlištěm, která znala jeho rodinu a řekla, že je to úplně jiné dítě. Byly mu tehdy tři... Říka-

la, že dítě rozkvetlo, výraz v obličeji se mu změnil. Když jsme ho přijali, měl apatický výraz, jako by vzdával život. Vydával divné zvuky, neplakal, byly to až nelidské zvuky, slyšela jsem z nich zoufalství, beznaděj, ani se nesmál. Teď navzdory postižení je to šťastné dítě, pohodář a psychoterapeut pro nás – všichni se u něj uklidňujeme. Co on zkusí, všechno vydrží, nepláče, když už, brečí nebo křičí, to už je něco.

Paní L.: *Děvče se snažilo získat maximální pozornost za jakoukoliv cenu. Poprvé jsme si ji půjčili jen na prázdniny na vánoce. Bylo to v době, kdy jsme jako pěstouni ještě úředně schválení nebyli, takže jsme porušili běžný postup, protože úřady hledají náhradním rodinám vhodné děti až ve chvíli, kdy rodiče projdou poměrně náročnými testy, které mají zaručit, že se dítě dostane do dobrých rukou.*

Plakala, když jsme ji vezli zpět do ústavu. Když jsme si ji vezli na vánoce, věděla, že za týden pojede zpátky. Nenašla jsem v tu chvíli ani odvalu se zeptat proč, protože co bych jí odpověděla, kdyby řekla, že je to proto, že nechce zpátky? Strašně zdržovala. Že má hlad, že se jí dělá špatně... Když jsme byli v půlce cesty, začala vzadu potichu plakat a já potichu brečela taky. Vrátili jsme ji a měli čas na přemýšlení.

Pan P.: *Hrozně rychle se na nás navázal. Vlastně jsem nevěděl, jaký byl předtím. Proběhlo to tak, že abysme se s ním seznámili, tak jsme ho vzali na návštěvu. Bylo to v červenci nebo v srpnu. On už pak nechtěl zpátky. Říkal tomu nemocnice, zoufale nechtěl zpět do Jedličkova ústavu. V ústavu se bál, kradli mu jídlo a ostatní ho bili. Říkal nám, že tma bije děti. Ptali jsme se sociální pracovnice, ona říkala, že to budou mentálně postižené děti, které jsou agresivní a večer, když se to hůř uhlídává, bijou ostatní. Prostě to nemohli uhlídat. On má hlavně tělesné postižení, mentálně na tom není nijak špatně, takže tam dost trpěl. Ostatní v tom ústavu na tom byli mentálně hůř, on tam nepatřil.*

Pak přišla sociální pracovnice, aby to prošetřila, viděla, že on už si na nás vytvořil silné vazby a strašně nechtěl zpátky. Než jsme si ho vzali na návštěvu, museli jsme mít souhlas a pak nám ho nechtěli nechat, říkalo se tomu tehdy OPD (S), ale ta nesouhlasila. Proč? Nezdáli jsme se jí jako dobrá rodina.

A když jsem si vzal svou nynější manželku, našel k ní hned vztah. Asi to pro něj bylo lehčí, ona má také tělesné postižení, ale je úžasná, všechno zvládá a má skvělý vztah k dětem. Velice silně se na ni navázal, bylo to až neuvěřitelné. Bývalá manželka už byla dost citově vychladlá.

Změny v psychické oblasti - otázka č. 8.

Pozorovali jste nějaké důsledky, které na dítěti zanechala ústavní péče?

Paní M.: *Potýkáme se s nimi dodnes a velice intenzivně. Nejvíce provokativní chování a upoutávání pozornosti na sebe, povrchní city a vztahy. Měla pocit, že všechno dostane bez snahy. A fyzicky určitě dost zanedbaná rehabilitace.*

Paní H.: *Byl těžce dehydrovaný, apatie, já nechci obviňovat sestry, nemají na to čas, nestíhají, ale asi mu dávaly napít pár lžiček denně. Když ho přivezli, měl 2,5 roku a dávali mu čípky na věk od deseti let.*

Citově, trpěl. Kývavé pohyby, jestli znáte nemoc sirotků, ale nemohl se hýbat, tak byl schopný kývat jen hlavičkou. Trvalo rok a půl než se nám podařilo se toho zbavit. Vymazlili jsme si ho. Psycholožka nám říkala, že to chce čas, tyhle kývavé pohyby

Paní L.: *Citová plochost a celková neempatičnost, ale netrpí deprivacími a nemá léky.*

Pan P.: *Bál se much, hrozně. Hmyzu, vysoké trávy. Když jsem ho postavil do vysoké trávy, viděl to poprvé. Bál se udělat krok. Víte, tam byly posekané trávníčky, něco jako vysoká tráva, to on neznal.*

A důsledky v psychice tam jsou do dneška. V ústavu si nevytvoří k nikomu citovou vazbu, sestry se tam střídají. Má doteď problémy s navazováním vztahů, i s jejich udržením. Nedokáže zhodnotit to, že co od vztahu očekává, musí do něj i vkládat. Je to jiné, řekl bych citově ploché. Sobečtější. Nejde to úplně dohnat. Ale i u jiných, bez handicapu, je jim 30 a 40 a dohánějí to až kolem třicítky i později, někdy vůbec. Ale třeba to, že čisté ponožky se nerodí ve skříni, to se dá naučit.

B. Změny ve fyzické oblasti – výzkumná otázka č. 7.

Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče ve fyzické oblasti?

Paní M.: Narodila se s rozštěpem páteře, takže měla vyhřezlou míchu do zad. Už jako malinká musela prodělat operace a pořád to pokračuje, je to rok co rok. Ale když k nám přišla, tak po intenzivní rehabilitaci začala už za 3 měsíce chodit. To původně lékaři vůbec nepředpokládali.

Paní H.: Rehabilitační doktor si toho taky všiml, měla jsem ho den a objednala jsem ho k němu na rehabilitaci. Předepsal mu Vojtu a řekl, že uvidíme, byl taktní. Viděl ho pak za pět měsíců a úplně vykřikl.

Byl dehydrovaný. Zafixoval si střed těla, ale jak rostl a těžknul, tak už to nedělá, ale vrtí se.

Paní L.: Čekali jsme, že péče o ni bude náročná, ale bylo to ještě horší. Musela mít pořád někoho u sebe, i když podle tet z ústavu leccos uměla, zkoušela, kam až jsme pro ni ochotni zajít. V novém prostředí se navíc její zdravotní stav se zhoršil, chvíli trvalo, než se vše urovnalo. Teď je její zdravotní stav stálý. Snaží se, chce se učit, chodit je zvědavá.

Pan P.: Ve fyzické oblasti jsme změny asi nepostřehli. Ale vlastně ano, začal víc chodit. U nás byl venku, měl víc prostoru, byl víc na zahradě, tam byl uvnitř.

SHRNUTÍ DÍLČÍHO CÍLE č. III.

A. Důsledky ústavní výchovy a změny v psychické oblasti

Ústavní výchova –

vše všech 4 ze 4 rodin jsou uváděny negativní důsledky v psychické oblasti, které zanechala ústavní výchova. Uváděna je souhrnně citová plochost, problémy ve vztazích, provokativnost nebo apatie a také přetrvávající důsledky dodnes.

Psychická oblast –

je uvedeno neobvyklé chování v psychické a emocionální oblasti. V 1 případě jde o apatii a dehydrataci. V 1 je naopak provokace a „zkoušení“, v 1 je vynucování si maximální pozornosti za každou cenu a v 1 případě je uvedeno velmi rychlá citová vazba k pěstounům.

B. Změny ve fyzické oblasti

Ve 3 ze 4 rodin jsou uváděny pozitivní změny v aktivaci organismu a pohybu, ve 2 případech začalo dítě více chodit, v 1 se více rozpohybovalo a v 1 došlo ke zhoršení zdravotního stavu.

IV. DÍLČÍ CÍL

Zjistit, jaké služby využívala pěstounská rodina

(Tímto cílem se zabývala výzkumná otázka č. 11.)

Využívali jste nebo využíváte nějakých služeb?

***Paní M.:** Zúčastňujeme se víkendových pobytů pro rodiny, jsou u nás odpočinkové pobyty pro maminky a setkání maminek.*

***Paní H.:** Raná péče, od začátku a služby pro pěstouny a Alternativní komunikaci, v Jedličkově ústavu jsme byli 2x na pobytu a chystáme se po třetí, co se dá.*

***Paní L.:** Ne nevyžívali.*

***Pan P.:** Služeb jsme nevyžívali. V roce 1998 všechno vypadalo jinak, co jsme potřebovali, to jsme si museli najít, jedinou organizací byl Fond ohrožených dětí. Nebyl nikdo kromě ostatních pěstounů. Dneska už je to jiné. Ted' už nic ani nepotřebujeme, co jsme potřebovali, to jsme si udělali nebo vyrobili.*

SHRNUTÍ DÍLČÍHO CÍLE č. IV.

Ve 2 případech rodina služeb využívala, ve 2 případech nikoliv.

V. DÍLČÍ CÍL

Zjistit, jak hodnotí celou situaci nyní – co bylo přínosem a co naopak omezením.

(Tímto cílem se zabývala výzkumná otázka č. 13.)

Jak nyní zpětně vše hodnotíte?

Paní M.: *Určitě kladně, to jednoznačně. Je to náročná a dlouhodobá práce, ale děti prospívají a taky jejich úspěšné zařazení do života nás motivuje do budoucna a je zároveň uspokojením. Snad ve zdraví přežijeme i pubertu (smích).*

Paní H.: *Tak, že bych to udělala znovu, nelituju vůbec. Někdy jsme si s manželem říkali, že kdybysme měli všechny vrátit, jeho si necháme.*

Paní L.: *Přijetí staršího dítěte s těžkým hendikepem je riskantní a je to velice náročné. Je potřeba podpůrných služeb a zvláště ze začátku. Péče o dítě je velice náročná, to jsme poznali, když jsme si zkusili jednorázovou hostitelku, když u nás byla týden na vánocích, měli jsme pak čas si promyslet všechna pro a proti.*

Pan P.: *Otočilo mi to život naruby. Totálně. Dítě s handicapem, manželka s handicapem, tohle nikdo neměl. Změna to byla obrovská.*

SHRNUTÍ DÍLČÍHO CÍLE č. V.

Ve 2 případech respondenti hodnotí vše kladně, svého rozhodnutí nelitují, nicméně v dalších 2 případech uznávají, že jde o velmi náročnou činnost, v 1 případě se ke kladu či záporu nevyjadřuje, konstatuje, že mu to „otočilo život naruby“.

6.5 Shrnutí praktické části práce

Provedený výzkum přinesl následující odpovědi na výzkumné předpoklady:

Předpokládáme, že nejčastěji uváděnou motivací pěstounů k přijetí dítěte s tělesným postižením, byla touha po zcela konkrétním dítěti.

Tento předpoklad se nepotvrdil. Výběr konkrétního dítěte byl uveden sice ve všech 4 případech ze 4, nicméně touha po konkrétním dítěti byla jako hlavní motivace potvrzena pouze 2x, z toho 1x nepřímo skrze respondentovu bývalou manželku.

Předpokládáme, že nejčastěji uváděné změny v technicko-materiální oblasti se týkaly odstranění bariér v domě či bytě, kde rodina bydlí.

U všech 4 rodin došlo k technicko-materiálním změnám. Vždy jde o úpravy týkající se bydlení a jeho bezbariérovosti. Tento předpoklad byl potvrzen.

Předpokládáme, že nejčastěji uváděnou jako zasaženou oblast změny samotné rodiny je přetvoření hodnotové orientace u jejích členů.

Při shrnutí uvádí 4 ze 4 rodin změnu klimatu v rodině a mezi jejími členy. Pouze 2x se potvrdila změna hodnotové orientace rodiny, z toho jedna nepřímo, a to jako nutnost řešení situace u respondenta, kterého s dítětem s tělesným postižením opustila manželka. Tento předpoklad tedy nebyl potvrzen.

Předpokládáme, že nejčastěji uváděnými důsledky pobytu dítěte v ústavním zařízení jsou negativní změny ve schopnosti navázat oboustranně vyvážený citový vztah s pěstouny.

Ve všech 4 ze 4 rodin jsou uváděny negativní důsledky v psychické oblasti, které zanechala ústavní výchova. Uváděna je souhrnně citová plochost, problémy ve vztazích, provokativnost nebo apatie a také přetrvávající důsledky dodnes. Je zde tedy skutečně problematické navázat oboustranně vyvážený citový vztah. Tento předpoklad se potvrdil.

Předpokládáme že, nejčastěji jmenovanou pozitivní změnou v psychické oblasti je navázání silnější vazby dítěte k matce – pěstounce.

Navázání silnější citové vazby k matce pěstounce bylo výslovně uvedeno pouze 1. Předpoklad se tedy nepotvrdil.

Předpokládáme, že nejčastěji jmenovanou pozitivní změnou ve fyzické oblasti je zvýšení pohybové aktivity dítěte.

Ve 3 ze 4 rodin jsou uváděny pozitivní změny v aktivaci organismu a pohybu. Tento předpoklad se potvrdil.

Předpokládáme, že rodiny užívaly možností dostupných služeb.

Ve 2 případech rodina služeb využívala, ve 2 případech nikoliv. Předpoklad se tedy nepotvrdil.

Dále jsme si v praktické části práce za hlavní cíl vytyčili zjistit, jak ovlivňuje motivace pěstounů pro přijetí dítěte s tělesným postižením jeho fungování v rodině a její vliv na obtíže spojené s postižením či projevy psychické deprivace.

S pomocí výzkumných otázek a odpovědí respondentů, jsme dospěli k závěru, že motivace má silný vliv na přijetí dítěte bez ohledu na jeho postižení. Z odpovědí respondentů nadále vyplývá, že samotná motivace, která je přítomná na začátku, není přímo dostačující k tomu, aby dítěti zajistila kvalitní a dlouhodobé rodinné zázemí. Z toho lze usuzovat, že je důležitá zejména její podstata a schopnost ji nadále obnovovat v obtížných životních situacích, které mohou rodinu v budoucnu provázet. Tyto obtížné životní situace se mohou týkat samotného postižení, zhoršení zdravotního stavu, regres, ale také psychické zkušenosti, které si sebou dítě nese z jeho předchozího života. Jsou to zkušenosti, které mohou velmi nepříznivě ovlivňovat nejen jeho prožívání, ale i celé klima rodiny a výrazně snižovat motivaci a citovou frustraci pěstounů. Respondenti označovali změnu, která je přijetím dítěte potkala, jako skutečné výraznou a rozhodující pro další fungování rodiny

Dítě, které přišlo do pěstounské péče, mělo ve všech případech odpovědí pěstounů problémy s navázáním zdravého citového vztahu bez různých negativních niancí, které by citový vztah více či méně výrazně ovlivňovaly. Jde však o niance, které mají dlouhodobý ráz a nejsou otázkou pouhé nálady či momentálního vnitřního rozpoložení dítěte a z toho důvodu si vyžadují dlouhodobé řešení a trpělivé postoje pěstounů.

Tento souhrnný pohled na danou problematiku spolu s nastudováním literatury podává odpovídající skutečnosti o fungování pěstounské péče o děti s tělesným postižením. Náročnost a trpělivost a vytrvalost pěstounů, úspěšnost či neúspěšnost pěstounské péče je otázkou mnoha let a pravděpodobně budeme moci u některých z nich vyjádřit její výsledek až v dospělosti dotyčných dětí.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo seznámení se s pěstounskou péčí v rodinách, které přijaly dítě s tělesným postižením, obtížemi, které je rodina nucena překonávat ve vztahu k postižení dítěte a nedostatečnému uspokojování základních psychických potřeb samotných dětí, které před přijetím do pěstounské péče pobývaly v ústavním zřízení. Důležitým faktorem byly změny, které rodinu v různých oblastech potkaly v souvislosti s přizpůsobováním se a celkovým vyrovnáváním se s postižením dítěte a následný význam této proměny, který se na rodině odrazil.

V teoretické části jsou témata věnovaná základním pojmům a oblastem nutným k uchopení celé problematiky. Jedná se zejména o kapitoly zahrnující obecný pojem tělesné postižení a pěstounské péče a rodiny jako významného činitele pro pěstouny i psychický rozvoj dítěte a jeho vnitřní svět.

Praktická část práce se zabývá již konkrétními otázkami o životě dítěte s tělesným postižením v pěstounské rodině, pěstouny a jejich názory a zkušenostmi s problematikou péče o dítě s tělesným postižením a celkový kontext nedostatečného uspokojování psychických potřeb v ústavním zařízení na postižení dítěte, jeho postoje a charakter, s nímž přichází do pěstounské rodiny. Praktická část také obsahuje interview se čtyřmi pěstounskými rodinami, které byly ochotny sdělit své zkušenosti, názory a postoje k šetřené problematice. Zhodnocení přináší komplexní pohled na problematiku včetně rozdílností i společných prvků, které šetření přineslo.

Tato bakalářská práce pojedná o souhrnném pohledu na pěstounské rodiny se zkušenostmi s přijetím dítěte s tělesným postižením a jeho pohybovým omezením i citovými charakteristikami týkajícími se nedostatečného uspokojování psychických potřeb dítěte, které přichází do pěstounské rodiny z ústavního zařízení.

Bibliografický seznam

BUBLEOVA, V. Děti potřebují rodiče, rodiče potřebují děti. In MATĚJČEK, Z. et al. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.

BUBLEOVA, V., FRANTÍKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, L. *Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka*. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. ISBN 978-80-87455-03-6.

DUNOVSKÝ, J. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

DUNOVSKÝ, J. et al. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

FÍŠER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRINTA, O., MELICHAROVÁ, D. Náhradní péče o dítě – právní rámec v obecných souvislostech. In: *Sborník 39: náhradní výchova dětí – možnosti a meze: kolokvium I*. Praha: Univerzita Karlova, 2008, s. 107-112. ISBN 978-80-87146-05-7.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšíř. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

JANOVCOVÁ, Z. Alternativní a augmentativní komunikace. 2. vyd. Brno: Masarikova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5186-7.

KERN, H. et al. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7367-121-2.

KOLUCHOVÁ, J. Výsledky využívání psychologie v pěstounské péči. In: *Sborník 39: náhradní výchova dětí – možnosti a meze: kolokvium I*. Praha: Univerzita Karlova, 2008, s. 107-112. ISBN 978-80-87146-05-7.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

- MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN neuvedeno.
- MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní: Rádci pro rodiče a vychovatele*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6.
- MATĚJČEK, Z. et al. *Náhradní rodinná péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
- MATĚJČEK, Z. et al. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- NOŽÍŘOVÁ, J. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Linde, 2012. ISBN 978-80-8613191-7.
- OPATŘILOVÁ, D. et al. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-3977-3.
- PIPEKOVÁ et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PRŮCHA, J. *Pedagogický výzkum: Uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-132-3.
- RÁDLOVÁ, E. et al. *Speciální pedagogická diagnostika*. 1. vyd. Ostrava: MONTANEX, 2004. ISBN 80-7225-114-7.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 4 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, P. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOBOTKOVÁ, I. Poznámky k současné situaci v ústavní výchově dětí. In: *Sborník 39: náhradní výchova dětí – možnosti a meze: kolokvium I*. Praha: Univerzita Karlova, 2008, s. 107-112. ISBN 978-80-87146-05-7.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 3. upravené vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

Legislativní normy:

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

Seznam příloh

Příloha 1 Interview s panem P

Příloha 2 Interview s paní L.

Příloha 3 Rozhovor s paní H.

Příloha 4 Rozhovor s paní M.

Příloha 1 Interview s panem P

Text není upravován, je psán podle autentických záznamů z interview. Nebyla provedena korektura.

1. Jak vznikla myšlenka o přijetí právě dítěte s tělesným postižením do pěstounské péče?

Viděli jsme ho v televizi a manželka ho chtěla tak, že nespala, opravdu hrozně ho chtěla. Víte, nikdo jiný ho nechtěl, byl v televizi 4x a mi jsme byli jediná z celé republiky, kdo o něj měl zájem.

2. Co pro vás bylo motivací?

Chtěl jsem vyhovět manželce a šel do toho. Taký mě to zajímalo a nakonec to vyšlo. Motivací pro mě byla manželka, ale jí to vydrželo půl roku. Rozvedli jsme se potom a odešla. Když se manželka přestane starat, otec musí, nemá na výběr.

3. Chtěli jste do péče konkrétní dítě?

Takže ano, chtěli jsme do péče konkrétní dítě.

4. Došlo po jeho přijetí ve vaší rodině k nějakým změnám v e smyslu technicko-materiálního zabezpečení? Bezbariérovost, dostupnost, ap.

Určitě, museli jsme mu to přizpůsobit. Chodil na protézách, takže pořád zakopával o prahy, ty šly vytrhat.

5. Změnilo přijetí dítěte nějakým způsobem klima v rodině, změnilo to její členy?

Změnilo se úplně všechno. Vlastně mi to úplně překopalo život. S manželkou jsme se po půl roce rozvedli. Bylo to, když chodil do první třídy, bylo mu osm let – měl totiž dva odklady, tak jsem pak potkal svou nynější manželku.

6. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče v psychické oblasti?

Hrozně rychle se na nás navázal. Vlastně jsem nevěděl, jaký byl předtím. Proběhlo to tak, že abysme se s ním seznámili, tak jsme ho vzali na návštěvu. Bylo to v červenci nebo v srpnu. On už pak nechtěl zpátky. Říkal tomu nemocnice, zoufale nechtěl zpět do Jedličkova ústavu. V ústavu se bál, kradli mu jídlo a ostatní ho bili. Říkal nám, že tma bije děti. Ptali jsme se sociální pracovnice, ona říkala, že to budou mentálně postižené děti, které jsou agresivní a večer, když se to hůř uhlídává, bijou ostatní. Prostě to nemohli uhlídat.

On má hlavně tělesné postižení, mentálně na tom není nijak špatně, takže tam dost trpěl. Ostatní v tom ústavu na tom byli mentálně hůř, on tam nepatřil. Pak přišla sociální pracovnice, aby to prošetřila, viděla, že on už si na nás vytvořil silné vazby a strašně nechtěl zpátky. Než jsme si ho vzali na návštěvu, museli jsme mít souhlas a pak nám ho nechtěli nechat, říkalo se tomu tehdy OPD (S), ale ta nesouhlasila. Proč? Nezdáli jsme se jí jako dobrá rodina.

A když jsem si vzal svou nynější manželku, našel k ní hned vztah. Asi to pro něj bylo lehčí, ona má také tělesné postižení, ale je úžasná, všechno zvládá a má skvělý vztah k dětem. Velice silně se na ni navázal, bylo to až neuvěřitelné. Bývalá manželka už byla dost citově vychladlá.

7. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče ve fyzické oblasti?

Ve fyzické oblasti jsme změny nepostřehli. Ale vlastně ano, začal víc chodit. U nás byl venku, měl víc prostoru, byl víc na zahradě, tam byl uvnitř.

8. Pozorovali jste nějaké důsledky, které na dítěti zanechala ústavní péče?

Bál se much, hrozně. Hmyzu, vysoké trávy. Když jsem ho postavil do vysoké trávy, viděl to poprvé. Bál se udělat krok. Víte, tam byly posekané trávničky, něco jako vysoká tráva, to on neznal.

A důsledky v psychice tam jsou do dneška. V ústavu si nevytvoří k nikomu citovou vazbu, sestry se tam střídají. Má doteď problémy s navazováním vztahů, i s jejich udržením. Nedokáže zhodnotit to, že co od vztahu očekává, musí do něj i vkládat. Je to jiné, řekl bych citově ploché. Sobečtější. Nejde to úplně dohnat. Ale i u jiných, bez handicapu, je jim 30 a 40 a dohánějí to až kolem třicítky i později, někdy vůbec. Ale třeba to, že čisté ponožky se nerodí ve skříni, to se dá naučit.

9. Museli jste se po přijetí potýkat s nějakými jinými problémy? Pokud ano, s jakými?

Se sociálkou. Nechtěli nám ho nechat. A ve společnosti, v práci.

10. Cítili jste se při přijetí dítěte připraveni?

To je dobrá otázka, moc zajímavá. Ani náhodou. A to jsem byl obklopen pěstouny, moje mamka je pěstounka, čtyři kamarádi jsou pěstouni a jejich manželky matky pěstounky. Ale tohle bylo něco úplně jiného. Nebyl jsem na to připravený. Dítě s handicapem - bylo to cizí, nikdo to neměl, ani kamarádi.

Byl jsem se proto podívat do Jedličkova ústavu a zjistil jsem, že se jich vlastně štítím. Začal jsem tam docházet pravidelně. Když pak dítě přišlo, nebyl problém, do ústavu jsem chodil v době, kdy jsme si ho brali. On byl hrozně roztomilý, opravdu. Velice. Já jsem si ale říkal, že z toho vyroste a pak už tak roztomilý nebude, vlastně proto jsem si to chtěl vyzkoušet.

11. Využívali jste nebo využíváte nějakých služeb?

Služeb jsme nevyužívali. V roce 1998 všechno vypadalo jinak, co jsme potřebovali, to jsme si museli najít, jedinou organizací byl Fond ohrožených dětí. Nebyl nikdo kromě

ostatních pěstounů. Dneska už je to jiné. Ted' už nic ani nepotřebujeme, co jsme potřebovali, to jsme si udělali nebo vyrobili.

12. Cítili jste se postižením dítěte nějak společensky omezeni?

Byl rok 1998. Pěstounů bylo málo, kdo si tehdy vzal handicapované dítě, byl buď magor, nebo to dělal pro peníze. Lidi to nechápali. Ta společnost na to nebyla vůbec připravená, nechápala to.

A ještě v pracovním uplatnění. Nemohl jsem pokračovat ve stejné práci. Tenkrát, když jsem řekl, že mám děti, jedno s handicapem a nemám ženu, to bylo, jako když dneska žena řekne, že má malé děti. V práci vás chtějí celého a kdykoliv volného. Tak jsem začal pracovat ve střediscích, v neziskové oblasti. Jezdili jsme na výlety, různé akce u nás na zahradě.

Jednou za mnou přišli dva devatenáctiletí kluci, že je mají přeradit do ústavu někam přes půl republiky. Nechtěli, protože tu měli školu, kamarády, záliby. Ubytoval jsem je u nás v domě, tak to pak u nás vypadalo jak „dům na půli cesty“. Taký jsme natočili dva dokumenty. A ted' pracuji u občanského sdružení

13. Jak nyní zpětně vše hodnotíte?

Otočilo mi to život naruby. Totálně. Dítě s handicapem, manželka s handicapem, tohle nikdo neměl. Změna to byla obrovská.

Příloha 2 Interview s paní L.

Text není upravován, je psán podle autentických záznamů z interview. Nebyla provedena korektura.

1. Jak vznikla myšlenka o přijetí právě dítěte s tělesným postižením do pěstounské péče?

Nevadil nám tělesný handicap a dítě jsme si našli sami přes internet, chtěli jsme hlavně sourozence pro naši dceru. Věděli jsme, že pokud chceme dítě, které starší než je naše dcera, a té byly necelé dva roky a mělo by mít nějaký handicap. To proto, aby zůstala zachována hierarchie v rodině, aby nové dítě nepřeskočilo naši dceru.

2. Co pro vás bylo motivací?

Sourozenec pro naše dítě. Nechtěla jsem, aby naše dcera vyrůstala sama. Na druhou stranu jsem ale už nestála o kojence, no a tak jsme začali přemýšlet o starším dítěti. Vlastní dítě už také nemůžeme mít. Kdo chce adoptovat, čeká dlouho, nedočkali bysme se, proto jsme se rozhodli pro pěstounskou péči, ale i tak trvalo skoro rok od podání žádosti, než jsme prošli testy a školením. Handicap jsme vzali, protože jsme nechtěli narušit hierarchii a začali jsme to konzultovat s odborníky, s psycholožkou. Nechtěli jsme ale mentální retardaci.

3. Chtěli jste do péče konkrétní dítě?

Ano. Našli jsme ji sami přes internet na stránkách Fondu ohrožených dětí a dojeli se na ni podívat. Konzultovali jsme to zase s jiným odborníkem a pak jsme si ji vzali na vánoce 2008 domů.

4. Došlo po jeho přijetí ve vaší rodině k nějakým změnám v e smyslu technicko-materiálního zabezpečení? Bezbariérovost, dostupnost, ap.

Ano, a to výrazně. Naše děvčátko nechodí, ale pohybuje se na invalidním vozíčku.

5. Změnilo přijetí dítěte nějakým způsobem klima v rodině, změnilo to její členy?

Ano, přijetím staršího dítěte s hendikepem ovlivnilo náladu v rodině. Po roce a půl se vše ustálilo.

6. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče v psychické oblasti?

Děvče se snažilo získat maximální pozornost za jakoukoliv cenu. Poprvé jsme si ji půjčili jen na prázdniny na vánoce. Bylo to v době, kdy jsme jako pěstouni ještě úředně schválení nebyli, takže jsme porušili běžný postup, protože úřady hledají náhradním rodinám vhodné děti až ve chvíli, kdy rodiče projdou poměrně náročnými testy, které mají zaručit, že se dítě dostane do dobrých rukou. Když jsme ji vezli zpět do ústavu, tak plakala. Když jsme si ji vezli na vánoce, věděla, že za týden pojede zpátky. Nenašla jsem v tu chvíli ani odvahu se zeptat proč, protože co bych jí odpověděla, kdyby řekla, že je to proto, že nechce zpátky? Strašně zdržovala. Že má hlad, že se jí dělá špatně. Když jsme byli v půlce cesty, začala vzadu potichu plakat a já potichu brečela taky. Vrátili jsme ji a měli čas na přemýšlení.

7. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče ve fyzické oblasti?

Čekali jsme, že péče o ni bude náročná, ale bylo to ještě horší. Musela mít pořád někoho u sebe, i když podle tet z ústavu leccos uměla, zkoušela, kam až jsme pro ni ochotni zajít. V novém prostředí se navíc její zdravotní stav se zhoršil, chvíli trvalo, než se vše urovnalo. Teď je její zdravotní stav stálý. Snaží se, chce se učit, chodit je zvědavá.

8. Pozorovali jste nějaké důsledky, které na dítěti zanechala ústavní péče?

Citová plochost a celková neempatičnost, ale netrpí deprivacemi a nemá žádné léky.

9. Museli jste se po přijetí potýkat s nějakými jinými problémy? Pokud ano, s jakými?

Velmi mnoho problémů, hlavně úřední. I péče o ni byla náročná.

10. Cítili jste se při přijetí dítěte připraveni?

Na to se nedá stoprocentně připravit.

11. Využívali jste nebo využíváte nějakých služeb?

Ne nevyužívali.

12. Cítili jste se postižením dítěte nějak společensky omezení?

Když jsme ji měli na vánoce, měla dost času se s ní seznámit i širší rodina. Ale někteří přátelé i širší rodina naše rozhodnutí pomoci dítěti, které je bez rodiny, prostě nepřijali.

13. Jak nyní zpětně vše hodnotíte?

Přijetí staršího dítěte s těžkým hendikepem je riskantní a je to velice náročné. Je potřeba podpůrných služeb a zvlášť ze začátku. Péče o dítě je velice náročná, to jsme poznali, když jsme si zkusili jednorázovou hostitelku, když u nás byla týden na vánocích, měli jsme pak čas si promyslet všechna pro a proti.

Příloha 3 Rozhovor s paní H.

Text není upravován, je psán podle autentických záznamů z interview. Nebyla provedena korektura.

1. Jak vznikla myšlenka o přijetí právě dítěte s tělesným postižením do pěstounské péče?

V tu dobu jsme měli v pěstounské péči prvního chlapce. Prosil nás a chtěl, abysme si pro něj vzali kamaráda z dětského domova. Proto jsme mu řekli, že až ukončíme úřední věci, podíváme se po bráchovi.

Navíc jsme pak dostaly nepravdivé a staré zprávy z Fondu ohrožených dětí, odkud jsme si dítě vyhledali. Psali pouze to, že nevidí a až jsme se rozhodli, že si ho vezme-me, dozvěděli jsme se to ostatní.

2. Co pro vás bylo motivací?

Byla to zároveň i motivace, bylo to pro brášku. Vybrali jsme si ho z Fondu ohrožených dětí z letáku. Ostatní děti viděly a mají nějaké to potěšení, ale on nemá a je závislý na náručí těch lidí. Bylo nám ho nejvíc líto. Potřebovaly to všechny děti, ale on nejvíc, slepý člověk je naprosto bezbranný.

3. Chtěli jste do péče konkrétní dítě?

Ano, chtěli.

4. Došlo po jeho přijetí ve vaší rodině k nějakým změnám ve smyslu technicko-materiálního zabezpečení? Bezbariérovost, dostupnost, ap.

Opustili jsme dům rodičů, byly tam prudké schody, prahy, a bydlíme teď v novém bezbariérovém domě. Je to služební dům.

5. Změnilo přijetí dítěte nějakým způsobem klima v rodině, změnilo to její členy?

Hodně, to hodně, změnil určitě i vlastní dítě (s postižením), to otřese i s rodinou.

6. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče v psychické oblasti?

Velké, po půl roku ho přijela navštívit sociální pracovnice z trvalého bydliště, která znala jeho rodinu a řekla, že je to úplně jiné dítě. Byly mu tehdy tři... Říkala, že dítě rozkvetlo, výraz v obličeji se mu změnil. Když jsme ho přijali, měl apatický výraz, jako by vzdával život. Vydával divné zvuky, neplakal, byly to až nelidské zvuky, slyšela jsem z nich zoufalství, beznaděj, ani se nesmál. Ted' navzdory postižení je to šťastné dítě, pohodář a psychoterapeut pro nás – všichni se u něj uklidňujeme. Co on zkusí, všechno vydrží, nepláče, když už, brečí nebo křičí, to už je něco.

7. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče ve fyzické oblasti?

Rehabilitační doktor si toho taky všiml, měla jsem ho den a objednala jsem ho k němu na rehabilitaci. Předepsal mu Vojtu a řekl, že uvidíme, byl taktní - viděl ho pak za pět měsíců a úplně vykřikl.

Byl dehydrovaný. Zafixoval si střed těla, ale jak rostl a těžknul, tak už to nedělá, ale vrtí se.

8. Pozorovali jste nějaké důsledky, které na dítěti zanechala ústavní péče?

Byl těžce dehydrovaný, apatie, já nechci obviňovat sestry, nemají na to čas, nestíhají, ale asi mu dávaly napít pár lžiček denně. Když ho přivezli, měl 2,5 roku a dávali mu čípky na věk od deseti let.

Citově, trpěl. Kývavé pohyby, jestli znáte nemoc sirotků, ale nemohl se hýbat, tak byl schopný kývat jen hlavičkou. Trvalo rok a půl než se nám podařilo se toho zbavit. Vymazlili jsme si ho. Psycholožka nám říkala, že to chce čas, tyhle kývavé pohyby

9. Museli jste se po přijetí potýkat s nějakými jinými problémy? Pokud ano, s jakými?

Úřední, ministerstvo se zlobilo na úřad sociální péče, že nám to dítě dali dřív než jsme vyřídili kolečko, které musí pěstoun absolvovat. Každých 14 dnů nám posílali prodloužení pobytu, aby u nás mohl být.

10. Cítili jste se při přijetí dítěte připraveni?

Snažila jsem se volat, než jsme ho přijali a ptala jsem se na různé věci a pracovnice mi řekla, že na to jdu nějak vědecky, viděla jsem, že tudy cesta nepovede. Když byl pak dehydrovaný, asi to pro ně byla věda.

Ale přesto, že jsem se snažila, tak člověk nikdy není připravený.

11. Využívali jste nebo využíváte nějakých služeb?

Raná péče, od začátku a služby pro pěstouny a Alternativní komunikaci, v Jedličkově ústavu jsme byli 2x na pobytu a chystáme se po třetí, co se dá.

12. Cítili jste se postižením dítěte nějak společensky omezení?

Velice, nikam nemůžeme spolu, ta péče je tak náročná a specifická, že nemůžeme spolu sami nikam, jsme nezastupitelní. Když se začne dusit, lidé neví, co s ním, byla doba, kdy jsem ho odsávala i do jedné v noci. Nemůžeme spolu do kostela jako rodina, jsme věřící. Asi využijeme asistenta, abysme někdy někam mohli.

13. Jak nyní zpětně vše hodnotíte?

Tak, že bych to udělala znovu, nelituju vůbec. Někdy jsme si s manželem říkali, že kdybysme měli všechny vrátit, jeho si necháme.

Příloha 4 Rozhovor s paní M.

Text není upravován, je psán podle autentických záznamů z interview. Nebyla provedena korektura.

1. Jak vznikla myšlenka o přijetí právě dítěte s tělesným postižením do pěstounské péče?

Bylo to náhodou od kamarádky, která pracovala v dětském centru a říkala nám o holčičce s těžkým handicapem, ale neměli jsme předtím plány, že si vezmeme dítě s postižením

2. Co pro vás bylo motivací?

Víra a snaha pomoci dítěti. Také příklad rodin, které žijí v okolí a vzali si dítě do pěstounské péče.

3. Chtěli jste do péče konkrétní dítě?

Ano, dozvěděli jsme se příběh konkrétní holčičky od kamarádky. Nejdřív jsem s tou myšlenkou asi měsíc chodila a pak jsem to řekla i manželovi a nebyl proti tomu.

4. Došlo po jeho přijetí ve vaší rodině k nějakým změnám v e smyslu technicko-materiálního zabezpečení? Bezbariérovost, dostupnost, ap.

Když jsem manželovi řekla o tom, že přemýšlím nad tou holčičku, začal hned přemýšlet o bezbariérovosti, úpravě koupelny. Potřebovali jsme větší auto, také nájezd do domu, úpravy obrubníků na sídlišti.

5. Změnilo přijetí dítěte nějakým způsobem klima v rodině, změnilo to její členy?

Určitě ovlivnilo sourozence k větší tolerantnosti a celkově změnilo důležitost hodnot v životě. Ale většina změn je kladných včetně ocenění od okolí.

6. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče v psychické oblasti?

Prošli jsme několikaměsíčním „testováním“ hranic a provokativním chováním, ale jinak šel vývoj velmi rychle dopředu a spoustu věcí jsme dohnali.

7. Jaké změny jste pozorovali na dítěti po přijetí do péče ve fyzické oblasti?

Narodila se s rozštěpem páteře, takže měla vyhrzlou míchu do zad. Už jako malinká musela prodělat operace a pořád to pokračuje, je to rok co rok. Ale když k nám přišla, tak po intenzivní rehabilitaci začala už za 3 měsíce chodit. To původně lékaři vůbec nepředpokládali.

8. Pozorovali jste nějaké důsledky, které na dítěti zanechala ústavní péče?

Potýkáme se s nimi dodnes a velice intenzivně. Nejvíce provokativní chování a upoutávání pozornosti na sebe, povrchní city a vztahy. Měla pocit, že všechno dostane bez snahy. A fyzicky určitě dost zanedbaná rehabilitace.

9. Museli jste se po přijetí potýkat s nějakými jinými problémy? Pokud ano, s jakými?

Nejvíce nás vyčerpávaly úřední věci, třeba zdlouhavé soudní jednání a vyřizování dokumentů a finančních dávek. Měli jsme i malé pravomoci a potřebovali jsme souhlasů biologických rodičů. Byla to nutnost.

10. Cítili jste se při přijetí dítěte připraveni?

Připraveni jsme byli dobře a můžu říci, že nikdy jsme svého rozhodnutí nelitovali.

11. Využívali jste nebo využíváte nějakých služeb?

Zúčastňujeme se víkendových pobytů pro rodiny, jsou u nás odpočinkové pobyty pro maminky a setkání maminek.

12. Cítili jste se postižením dítěte nějak společensky omezení?

Spíš technicky kvůli bariérovosti v domě, ale společensky ani ne.

13. Jak nyní zpětně vše hodnotíte?

Určitě kladně, to jednoznačně. Je to náročná a dlouhodobá práce, ale děti prospívají a taky jejich úspěšné zařazení do života nás motivuje do budoucna a je zároveň uspokojením. Snad ve zdraví přežijeme i pubertu (smích).