

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Pěstounská péče u dětí s handicapem

diplomová práce

Jméno autora: Lucie Ježková

Vedoucí práce: PhDr. Blažena Papáčková

Datum odevzdání práce: 23.4.2007

The foster care of handicapped children.

Summary.

Substitute family care is a form of care for abandoned or orphaned children when a child is brought up by foster parents in an environment which is similar to a natural family environment. In the Czech Republic, there are various forms of substitute family care, mainly adoption and foster care.

Arranging foster care means seeking children who are suitable for placement in foster care and finding correspondent foster parents for those children. There are few different groups of children acceptable for foster care. One of those groups includes children with handicap.

Handicap means an obstacle, difficulty, disadvantage or unfavourable situation which ensues from a limited ability or even inability of an individual to assert as well as other people.

The aim of this dissertation is to assess foster care situation abroad and to compare foster care for children with handicap in South Bohemia and Pilsner Regions. Based on the aim, two hypotheses were determined.

The first one: **Variability of different foster care forms in the Czech Republic is not optimal compared to abroad.**

The second one: **Comparison results of data from both surveyed regions will not be fundamentally different.**

Secondary data analysis method was used for the survey. The data was acquired from available professional literature and foster family files from Foster Care Centre of South Bohemia County Council in České Budějovice and Pilsner County Council in Plzeň. Required data were gathered from foster parents' records and fostered children documentation from 2001 to 2005. The established aim was accomplished. The first hypothesis was confirmed. The second hypothesis was not confirmed.

The survey established that some European countries have already introduced further forms of foster care, especially professional foster care. This form of foster care is not available in our country yet but as the interest to become foster parents decreases in the Czech Republic, professional foster care may be the solution of this situation. Furthermore, the survey established that there is hardly any difference among foster parents and fostered children in individual character in both counties. However, there is a distinctive difference in the amount of foster parents who accepted a child to foster care. The same situation arises in the amount of children placed in foster care.

Contribution of this dissertation for the health and social section consists in a creation of statistics during the years 2001-2005 and in an estimate of characteristics of foster parents which can assist in searching for new foster parents.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Pěstounská péče u dětí s handicapem vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Klatovech, 20. dubna 2007

.....

Lucie Ježková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, kteří mi pomáhali při zpracování diplomové práce. Upřímně také děkuji paní PhDr. Blaženě Papáčkové za odborné konzultace, cenné rady a pochopení v průběhu zpracování diplomové práce.

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav problematiky	9
1.1 Náhradní rodinná péče	9
1.1.1 Vymezení náhradní rodinné péče	9
1.1.2 Historie náhradní rodinné péče	9
1.1.3 Základní příčiny náhradní rodinné péče.....	12
1.1.4 Formy náhradní rodinné péče.....	14
1.2 Osvojení.....	15
1.3 Pěstounská péče.....	16
1.3.1 Vymezení pěstounské péče.....	16
1.3.2 Dělení pěstounské péče.....	17
1.3.3 Poručenství a opatrovnictví.....	18
1.3.4. Pěstounská péče na přechodnou dobu.....	18
1.3.5 Hostitelská péče.....	20
1.3.6 Zprostředkování pěstounské péče.....	21
1.3.7 Žadatelé a jejich příprava.....	21
1.3.8 Hledání vhodných pěstounů.....	23
1.3.9 Děti vhodné pro pěstounskou péči	24
1.3.10 Dávky pěstounské péče	24
1.4 Nové trendy pěstounské péče.....	26
1.4.1 Vymezení profesionální pěstounské péče.....	26
1.4.2 Návrh modelu profesionální pěstounské péče u nás.....	27
1.4.3 Formy profesionální pěstounské péče.....	28
1.4.4 Tři pilíře moderní pěstounské péče.....	30
1.4.5 Děti vhodné pro profesionální pěstounskou péči.....	33
1.5 Ústavní péče a dítě.....	34
1.5.1 Základní problémy ústavní péče.....	34
1.5.2 Psychická deprivace.....	34
1.6 Handicap.....	38

1.6.1	Vymezení handicapu	38
1.6.2	Dělení handicapu.....	39
1.6.3	Druhy handicapu	39
1.6.4	Stupně handicapu	40
1.7	Význam pěstounské péče pro děti s handicapem.....	41
1.7.1	Kazuistika.....	43
1.7.2	Práva dítěte.....	44
1.8	Nedostatky současného systému NRP	44
2.	Cíle práce a hypotézy	48
2.1	Cíle	48
2.2	Hypotézy	48
3.	Metodika	49
3.1	Metodický postup.....	49
3.2	Charakteristika souborů	49
3.2.1	Soubor zkoumaných států.....	49
3.2.2	Soubor pěstounů	49
3.2.3	Soubor dětí v pěstounské péči	50
4.	Výsledky.....	52
4.1	Výsledky situace v zahraničí	52
4.2	Výsledky porovnání krajů.....	56
5.	Diskuse	81
6.	Závěr	90
7.	Seznam použitých zdrojů	92
8.	Klíčová slova.....	97
9.	Přílohy.....	98
	Seznam příloh	
9.1	Příloha 1: Výše příspěvku na úhradu potřeb dítěte	
9.2	Příloha 2: Návrh studia „pěstoun-terapeut“	
9.3	Příloha 3: Vítejte v Holandsku	

Úvod

Dítě je zázrak – odněkud přichází a někam odchází.

Mé ochranné ruky potřebuje a ničeho víc.

Já pouze musím navždy vědět o zázraku světa. (Dr. A. Mehringer)

Často se člověk zaobírá různými úvahami – o sobě samém, o svém životě, o současném světě, ve kterém žije. Někdy se tyto myšlenky mohou ubírat také směrem k dětem. Na tomto světě jich žijí spousty. Jsou a vždy zde byly děti šťastné, děti žijící v rodinách, ale také děti opuštěné svými rodiči a děti týrané, zanedbávané či zneužívané. Současně s nimi existují nenaplněná manželství bez dětí nebo páry přející si velkou rodinu. Jde o páry toužící po dětech, o lidi, kteří mají veliká srdce a svojí lásku chtějí rozdávat dál. Právě v takových situacích mají příležitost své touhy uskutečnit formou náhradní rodinné péče.

Při výběru tématu diplomové práce autorka nemusela váhat. Problematika pedagogická a psychologická ji zajímala již během studia na gymnáziu. Následné studium vyšší pedagogické školy ještě umožnilo objevit problematiku speciálně pedagogickou, která ji velmi oslovila. Při svých studijních praxích přicházela do styku s dětmi s různými handicapem. Práce s nimi ji zajímala a naplňovala. Proto se také v této práci rozhodla věnovat pozornost dětem s handicapem i dětem bez handicapu a dále pěstounům, kteří takové děti přijímají do svých rodin. Cítí to od nich jako dvojí pomoc. Za prvé pomáhají opuštěnému dítěti, kterému není umožněno vyrůstat ve vlastní rodině nebo o které se jeho biologičtí rodiče nemohou, nechtějí či neumějí starat. Za druhé pomáhají na trochu obtížnější cestě životem jedinci, který si nese nějaký handicap.

Zraněné děti také často zraňují ostatní, zvláště toho, kdo se jim snaží přiblížit. Jsou vlastně jako ježci: jsou heboučké a jemné uvnitř, ale tvrdé a pichlavé navenek, a to nejvíc, když se cítí ohrožené (1).

První část této diplomové práce se snaží přiblížit vymezení pojmu náhradní rodinná péče - její historický průřez a rozdělení do různých forem. Nejvíce se zaměřuje na pěstounskou péči. Je zde uvedené dělení a formy pěstounské péče, které se v současné době realizují v našich podmínkách. Pozornost je také věnována žadatelům o

pěstounskou péčí a cestě, která vede k přijetí dítěte do pěstounské rodiny. Další kapitoly pojednávají o nových trendech pěstounské péče, o potřebách dítěte, o problémech ústavní péče a o nedostacích současného systému náhradní rodinné péče. Následně pojednává o handicapu a významu pěstounské péče pro děti s handicapem.

Ve druhé části se diplomová práce zabývá výzkumem pěstounské péče v zahraničí a snaží se zmapovat realizaci nových forem pěstounské péče. Dále se zaměřuje na porovnání pěstounské péče u dětí bez handicapu a s handicapem ve dvou krajích České republiky – v Jihočeském a Plzeňském kraji. Tuto zdravotně sociální problematiku se snaží přiblížit co nejlépe a nejaktuálněji.

1. Současný stav problematiky

1.1 Náhradní rodinná péče

1.1.1 Vymezení náhradní rodinné péče

Náhradní rodinná péče (NRP) je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. U nás je to zejména osvojení a pěstounská péče (15).

Náhradní rodinnou péči z právního hlediska vymezuje:

- Listina práv a svobod
- Úmluva o právech dítěte
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č.117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

1.1.2 Historie náhradní rodinné péče

V různých historických publikacích nacházíme zmínky o péči o osiřelé děti. Příkladně historie Říma popisuje ústavní péči o tyto děti. V případě přijímání sirotek do rodiny byl však často především sledován zájem osvojitelů (zachování rodu) a nikoliv dítěte. V roce 335 byl založen útulek pro opuštěné děti v Konstantinopolu, v roce 787 byl zřízen první nalezinec v Miláně, další vznikaly především v Itálii a ve Francii (Montpellier 1070, Florencie 1317, Benátky 1338, Paříž, Freiburg 1362, Ulm 1368, Toledo 1480). Při větších kláštřích nebo u velkých kostelů byly zřizovány schránky pro odložené děti. V roce 1198 Inocenc III. Založil první oficiální schránku tohoto typu v Římě (37).

V Praze vznikl nalezinec (založili ho v Čechách žijící Vlaši) v roce 1575 při špitále Pro deo et pauperei, který fungoval téměř 200 let. Ve středověku probíhaly v našich zemích adopce pouze u šlechty a to opět většinou z důvodu zachování rodového majetku a privilegií. Běžná lidská laskavost, která vedla k péči o cizí dítě,

nebo běžná lidská zůstnost, která vedla k využívání sirotka však pravděpodobně existovala vždy a všude (37).

K přijímání opuštěných dětí do nových (náhradních) rodin docházelo již odedávna. Byla to praxe běžně užívaná mnoha kulturami. Slovo „adopce“ znamenalo původně „vyvoliti“, tedy děti byly svými novými rodiči vyvoleny. Dnes je tomu jinak, rodiče jsou vybíráni pro opuštěné dítě (5).

V období osvícenství se nalezince začaly hromadně zřizovat, v roce 1789 za vlády císaře Josefa II. byl zřízen známý pražský nalezinec (v ulici Ke Karlovu – současný soubor dětských klinik), tehdy přijímali až 3000 dětí ročně, ale byla vysoká (přibližně 70%) úmrtnost. Po obou světových válkách v Evropě velmi vzrostl počet sirotčinců a ústavů různého typu pro osiřelé děti. Také velmi vzrostl zájem o kvalitu života dětí v nich (37).

Individuální pěstounská péče byla zrušena v socialistickém Československu v roce 1950 – a děti se vracely buď do svých původních rodin, nebo byly adoptovány rodinami pěstounskými, nebo přecházely do dětských domovů. Ty byly v letech padesátých rychle budovány a dostávaly (proti dřívějšímu „rodinnému“) pedagogicky odborný, „racionální“ ráz (věková diferenciacce, jednotné vybavení, jednotná výchovná ideologie atd.) (24).

Zrušení pěstounské péče bylo z hlediska marxistické ideologie celkem logické. Jestliže se předpokládalo, že rodina svou sobeckou láskou k dětem předává individuální sobectví z generace na generaci, neměla by mít místo tam, kde se proti sobectví bojuje a kde se má vytvořit nový, nesobecký a kolektivními vlastnostmi vybavený „socialistický“ člověk. Přednost má tedy kolektivní výchova – a nemá smysl vytvářet „náhradní“ rodiny pro opuštěné děti, když rodina jakožto společenská instituce během dvou tří generací údajně doslouží (22).

V dalších letech existovaly oficiálně jen dvě možnosti péče o děti bez vlastního rodinného zázemí – adopce nebo péče ústavní. V roce 1961 na pediatrickém sjezdu v Bratislavě PhDr. Josef Langmeier poprvé přednáší o psychické deprivaci. V roce 1963 vychází Langmeierova a Matějčkova knížka o Psychické deprivaci v dětství a je uveden film Děti bez lásky režiséra Kurta Goldberga (inspirovaný paní primářkou MUDr. Marií

Damborskou). V témže roce je datován i nový Zákon o rodině - v život je uváděn ovšem až v následujících letech. A navíc, tehdejší docent MUDr. A. Mores inzeruje v časopise Vlasta tři děti z kojeneckého ústavu se smyslovým (event. sociálním) handicapem, které „hledají rodinu“ – a dostává se mu nečekané odezvy veřejnosti (24).

MUDr. A. Morse byl tehdy ředitel Kojeneckého ústavu v Olomouci a pomocí inzerátu hledá rodiče pro tři děti. Jedním byl docela nevidomý chlapec, druhý chlapec jen s jedním očkem a navíc ne příliš vábného zjevu, a jedna malá cikánečka. Fotografie byly připojeny. Na tehdejší dobu to byl čin mimořádné statečnosti. Vznikly ovšem i velké pochybnosti, zda-li takovéto „nabízení dětí“ v našich tehdejších poměrech má vůbec naději. Budiž řečeno, že to byla doba, kdy skepse a beznaděje vládla obecně. Stalo se však něco nečekaného. Během krátké doby dostal docent Mores asi 150 žádostí o tyto tři děti. Z toho 40 rodin žádalo o slepého chlapce. A bylo ještě několik dalších rodin, které nepsaly, ale vzaly prádélko a pro dítě si prostě přijely. Příznačné bylo, že všechny tyto rodiny předpokládaly, že jsou jediné, kdo se o dítě hlásí, a že si je tedy také hned odvezou. Překvapeny byly, když slyšely, že zájemců je více a že věc není tak jednoduchá (22).

Žádosti zahrnovaly celou tehdejší republiku od Aše až po Košice – byli tu lidé bohatí i chudí – pokud šlo o vzdělání a společenské postavení, rozpětí sahalo od dělníků ze státních statků až po univerzitní profesory. Čili, docela jiný průřez společností, než by se dal očekávat podle běžných socioekonomických kritérií. Tyto dvě okolnosti, tj. netušený zájem a podivuhodné spektrum uchazečů, jasně ukázaly, že náhradní rodinná péče formou pěstounství u nás je nejen možná, ale i nadějná. Ostatně docent Mores sám ji od té doby (neméně statečně – a ovšem ilegálně či pololegálně) v okruhu své působnosti uskutečňoval (22).

V roce 1965 vychází v Pedagogice Návrh nového systému péče o děti vychovávané mimo vlastní rodinu, jehož autory jsou J. Koch, J. Langmeier, Z. Matějček. Na prvním místě se tu objevuje požadavek sanace vlastní rodiny dítěte. V roce 1969 je z iniciativy MUDr. Jiřího Synovského založena naše první SOS dětská vesnička, jež znamená průlom do dosavadního dvoupólového pojetí náhradní péče. Současně se v ústavní péči začínají objevovat zařízení „rodinného typu“ (správněji

„bytového“). Vznikají další „velké pěstounské rodiny“ z iniciativy dětských lékařů (např. primářka MUDr. Poláčková) (24).

V roce 1973 vychází Zákon o pěstounské péči, který umožňuje pěstounskou péči individuální i v tzv. zvláštních zařízeních. Pěstounská péče je tedy po 23 letech obnovena. Současně prof. Jarmila Koluchová ve svých pracích upozorňuje na reparabilitu psychické deprivace dítěte v adopci a v pěstounské péči (24).

S pádem komunistického režimu se od začátku let devadesátých otvírá prostor novým iniciativám i novým formám péče o dítě, mezi jinými i pod vlivem Mezinárodní úmluvy o právech dítěte. Znatelně se mění skladba dětí přicházejících do kojeneckých ústavů, vzniká Fond ohrožených dětí, vznikají „soukromé“ dětské domovy, Centra náhradní rodinné péče, Sdružení pěstounských rodin aj. (24).

1.1.3 Základní příčiny náhradní rodinné péče

Jako základní příčiny NRP můžeme vidět poruchy rodičovství nebo také poruchy funkce rodiny. Mohli bychom je rozdělit následovně.

Poruchy rodičovství:

Rodiče se o dítě nemohou starat – důvody spočívají v nepříznivých přírodních podmínkách a situacích (přírodní katastrofy, devastace prostředí), v poruchách fungování celé společnosti (válka, bída, hladomor) a při narušení celého rodinného systému (nemoc, úmrtí, invalidita, nepříznivý zdravotní stav dítěte, který mu zabraňuje žít doma).

Rodiče se neumějí či nedovedou starat o dítě – jde o situace, kdy rodiče nejsou schopni zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby z důvodu vlastní nezralosti, neschopnosti vyrovnat se se zvláštními situacemi jako je mimomanželské narození dítěte, handicapované dítě, dítě přijaté do náhradní rodiny a situace, kdy nejsou schopni přijmout základní společenské normy (děti dětí). Částečně sem lze zařadit i situace dětí rozvádějících se či rozvedených rodičů, kteří nevědí, jak si počínat v těchto konfliktních podmínkách, dále pak situace, kdy rodiče dětem ubližují a používají je jako nástroj pro svou nenávist a odpor vůči druhému

rodiči. Patří sem i situace, kdy se rodič nemůže o své dítě starat, neboť druhým rodičem, který má dítě ve své péči, je mu v tom zabraňováno.

Rodiče se nechtějí o dítě starat – Příčiny spočívají v poruchách osobnosti rodičů (disharmonická osobnost, psychopatie, maladaptace), kteří si náležitě neplní rodičovské povinnosti. Zájem rodičů není dobrý, někdy je až hostilní. Rodiče neposkytují dětem potřebnou péči, v některých případech je i opouštějí. Péči o dítě lze hodnotit jako nedostatečnou, žádnou nebo škodlivou a lze ji označit jako zanedbávání dítěte jak v oblasti somatické tak psychické.

Rodiče dítě týrají a zneužívají – rodiče mají k dětem nepřátelský až hostilní vztah, vědomě jim ubližují, týrají je a zneužívají. Děti jsou ohroženy na fyzickém i duševním zdraví. Takové zacházení může vést až ke smrti dítěte.

Rodiče se o dítě nadměrně starají – dítěti se dostává větší pozornosti než je třeba. Nadměrná péče a zájem o ně vede k rozmazlování, nepřipravenosti na samostatný život, nerespektování druhých apod. (37).

Nejčastější typy poruch rodičovství:

- dítě je ihned po narození odvrženo, v extrémních případech likvidováno
- rodiče si po porodu dítě ponechají, ale nedochází k jeho plnému přijetí
- velmi mladí rodiče
- rodiče ve vyšším věku
- dítě je od narození vychováváno pouze jedním rodičem
- somatické poruchy
- psychické poruchy (13).

Poruchy funkce rodiny jsou situace, kdy rodina v různé míře neplní základní požadavky a úkoly dané společenskou normou a vyjádřené v očekávání na přiměřené začlenění jejích členů do společnosti. V obecném pojetí lze poruchy rodiny vyjádřit jako selhání některého člena rodiny, jež se projevuje v nedostatečném naplňování některých nebo všech základních rodinných funkcí (13).

Problémová rodina – vyskytují se v ní závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí. V populaci se vyskytuje okolo 12-13 % problémových rodin.

Dysfunkční rodina – je chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, které bezprostředně ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již rodina není schopna zvládnout sama, a proto je nutno učinit řadu opatření zvenčí, známých pod pojmem sanace rodiny. Takové rodiny tvoří asi 2 %.

Afunkční rodina – poruchy jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí nebo dokonce je ohrožuje v samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná. Jediným řešením, které dítěti může prospět, je vzít ho z této rodiny a umístit do rodiny náhradní, popř. není-li to možné, tak jinam. V populaci se vyskytuje asi 0,5 % takových rodin (13).

Je vhodné nezaměňovat poruchy rodičovství s poruchami funkce rodiny. Je však skutečností, že se tyto dva problémy často prolínají (37).

1.1.4 Formy náhradní rodinné péče

I. OSVOJENÍ

- „zrušitelné“ (osvojení 1.stupně)
- „nezrušitelné“ (osvojení 2.stupně)
- mezinárodní

II. PĚSTOUNSKÁ PÉČE

- individuální – příbuzní - prarodiče
 - jiní
 - cizí osoby („klasická“ PP jako dlouhodobé řešení)
- skupinová – zařízení pro výkon PP (pěstounské páry)
 - SOS dětské vesničky (matka- pěstounka) (26).

1.2 Osvojení

Osvojení (adopce) je právně zakotveno v § 63 - § 73 zákona o rodině a osvojení zrušitelné v § 74- § 77 zákona o rodině.

Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě. Mají k němu stejná práva i povinnosti, jako by byli jeho rodiči. Mezi osvojitelem a dítětem vzniká vztah jako mezi biologickými rodiči a vlastními dětmi. Vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou osvojením zanikají (26).

Obecně platí:

- o osvojení rozhoduje soud
- osvojením vzniká mezi dítětem a příbuznými osvojitelů příbuzenský vztah
- dítě získá osvojením příjmení nových rodičů
- osvojit lze pouze nezletilé dítě
- mezi osvojencem a osvojitelem musí být přiměřený věkový rozdíl

Osvojení můžeme rozdělit na:

- **zrušitelné** (pak osvojitelé nejsou zapsáni do matriky jako rodiče)

Lze jej zrušit soudem na návrh osvojence nebo osvojitele.

- **nezrušitelné** (pak jsou osvojitelé zapsáni v matrice jako rodiče dítěte)

Toto osvojení nelze zrušit.

Je stanovena minimální věková hranice osvojovaného dítěte, a to na 1 rok.

- **mezinárodní** (pokud se nepodaří najít pro dítě náhradní rodinu v jeho vlastní zemi)

Umožňuje osvojení dětí do ciziny a z ciziny.

Je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, kterou vypracovala a přijala Haagská konference mezinárodního práva soukromého 29.5.1993.

Lze osvojit dítě:

- se souhlasem zákonného zástupce
- po vyslovení tzv. kvalifikovaného nezájmu (lhůta 6 měsíců)
- „právně volné“

Osvojit dítě může manželská dvojice, manžel nebo manželka rodiče dítěte i osamělá osoba. Při dnešním nedostatku dětí právně volných a fakticky k adopci vhodných mají osaměle žijící osoby, tj. neprovdané ženy a svobodní muži, jen malou naději, že by mohli dítě do osvojení získat. Největší naději na získání dítěte mají tedy manželské dvojice **(26)**.

1.3 Pěstounská péče

1.3.1 Vymezení pěstounské péče

Je upravena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně–právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (ustanovení o zprostředkování pěstounské péče, o zařízení pro výkon pěstounské péče), v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů (dávky pěstounské péče), a v právních předpisech o sociálním zabezpečení (nemocenské a důchodové pojištění pěstounů) **(26)**.

Je to státem garantovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte a přiměřenou odměnu těm, kteří se dítěte ujali. Dítě může být svěřeno do péče fyzické osobě nebo do společné pěstounské péče manželů. Jediným rozhodujícím činitelem z hlediska právního je tu zájem dítěte. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech. K výkonu mimořádných záležitostí žádá souhlas zákonného zástupce **(26)**.

Pěstounská péče:

- vzniká rozhodnutím soudu
- lze ji zrušit
- není vyloučen styk původních rodičů s dítětem
- zaniká dosažením zletilosti dítěte
- jedná se o svazek podstatně volnější než je osvojení
- pěstoun musí poskytovat záruku řádné výchovy dítěte
- pěstoun není zákonným zástupcem dítěte
- pěstoun nemá k dítěti vyživovací povinnost

1.3.2 Dělení pěstounské péče

Pěstounskou péči můžeme rozdělit na:

- **individuální**, která probíhá v běžném rodinném prostředí (tj. pěstounským párem nebo pěstounskou, kteří mají vlastní děti nebo je již vychovali).
- **skupinovou**, která probíhá v zařízení pro výkon pěstounské péče (jedná se o tzv. velké pěstounské rodiny, kdy je v péči kromě vlastních biologických dětí ještě několik dalších dětí, většinou velké sourozenecké skupiny) nebo v SOS dětských vesničkách, kde se pečuje o skupinu dětí v nějakém pevně stanoveném seskupení s danými pravidly (**37**).

Je zde pěstounskou péčí pověřena sama matka-pěstounka, ta mívá většinou ku pomoci další osobu, které se říká „teta“ a která matce pomáhá při vedení domácnosti a výchově dětí. Matka-pěstounka se svěřenými dětmi bydlí v samostatném domečku. Skupina 10-12 takových domečků představuje Vesničku. Rodinu v jednom domečku tvoří tedy matka-pěstounka a zpravidla 6 a více dětí různého pohlaví a věku. Často jsou to sourozenci pocházející z jedné vlastní rodiny, která z nějakého důvodu ve svých funkcích selhala (**26**).

1.3.3 Poručenství a opatrovnictví

Poručenství do značné míry může plnit funkci náhradní rodinné výchovy. Soud ustanoví dítěti poručníka většinou z řad osob blízkých rodině dítěte v případě, že jeho rodiče zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti nebo nemají-li způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Poručník je přímo odpovědný příslušnému soudu, podléhá jeho doзору a v určitých případech může být i odvolán. Na vztahy poručníka a dítěte se kromě vyživovací povinnosti přiměřeným způsobem vztahuje úprava práv a povinností mezi rodiči a dětmi. Poručník nezletilého vychovává, zastupuje a spravuje jeho majetek místo rodičů (**41**).

Poručník je zákonným zástupcem dítěte, podává zprávy soudu o dítěti v ročních intervalech. Pokud vykonává péči o dítě osobně, má nárok on i dítě na hmotné zabezpečení.

Opatrovnictví – je další užívaný pojem v náhradní rodinné péči. O ustanovení opatrovníka rozhoduje soud usnesením, v němž vymezí rozsah jeho práv a povinností vůči dítěti, a to vždy s ohledem na důvod, pro který byl dítěti opatrovník ustanoven (např. při řízení o osvojení). Opatrovník vykonává pouze některá rodičovská práva stanovená soudním rozhodnutím – není však zákonným zástupcem dítěte. Opatrovník ve srovnání s poručníkem nahrazuje rodiče pouze v omezeném rozsahu, dílčím způsobem vykonává některá práva a povinnosti rodičů (**26**).

1.3.4 Pěstounská péče na přechodnou dobu

Dne 1. června 2006 vešla v účinnost novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Nová právní úprava mimo jiné prohlubuje ochranu dětí, které jsou na základě žádosti rodičů opakovaně umisťovány do kojeneckých ústavů, dětských domovů a dalších zařízení, a dětí ohrožovaných násilím mezi rodiči nebo jinými fyzickými osobami. Novela také posiluje práci s biologickou rodinou a umožňuje tak dítěti zachování rodinného prostředí. Zákon zakotvuje možnost svěřit dítě na přechodnou dobu do pěstounské péče, a to zejména v případech, kdy dítěti v rodině nejsou zajištěny potřebné podmínky. Mělo by jít o dobu, než rodiče vyřeší své problémy a dítě se tak bude moci relativně brzy vrátit zpět do rodiny (**2**).

Tato forma pěstounské péče byla platná již dříve, ale v České republice nebyla téměř vůbec využívána z různých historických důvodů (29). Po novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí je možné podmínky této péče nalézt v § 27, dříve zákonná úprava této péče neexistovala.

Přechodná pěstounská péče znamená, že:

- Děti, které náhle nemohou zůstat v rodině, jsou svěřovány do přechodných pěstounských rodin.
- Tyto rodiny se pro takovou pěstounskou péči rozhodly, jsou na ni připraveny a provázeny odborným pracovníkem.
- Rodina průběžně spolupracuje s oddělením sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Je provázena, pravidelně supervidována a školená.
- Mezi pěstouny na přechodnou dobu a orgánem OSPOD (kompetentním úředníkem) existuje smlouva (dohoda) o typu a délce péče o dítě.
- Situace dětí se řeší, a v okamžiku, kdy se jejich situace vyjasní, náhradní rodina jim ve spolupráci se OSPOD a odborníkem pomůže vrátit se domů nebo přejít do trvalé (adoptivní) rodiny (29).

Pěstouni na přechodnou dobu jsou normální dospělí, zralí lidé s dobrými předpoklady a schopnostmi pro péči o děti, výchovu a rodičovství. Mají dostatečné materiální a sociální zázemí, aby se mohli o děti bezpečně starat u sebe doma. Jsou dobře informováni a vzděláni pro poskytování pěstounské péče na přechodnou dobu. Vědomě se rozhodli poskytovat právě přechodnou pěstounskou péči, tedy pěstounskou péči na kratší dobu. Rozumějí tomu, proč je pro děti potřebná, a umějí ji správně poskytovat. Chápu důležitost udržování kontaktu mezi dětmi a jejich biologickou rodinou, podporují pozitivní vztahy a setkávání. Jsou prověřeni jako bezpeční náhradní rodiče a přiměřeně vzděláni v oblasti péče o děti v obtížné rodinné situaci. Jsou připraveni odbornou organizací, umějí spolupracovat s odborníky. Měli by mít k dispozici odborného pracovníka, který jim pomáhá zvládat obtížné situace a pomáhá podle potřeby i dítěti. Mezi pěstouny, odbornou organizací a úřadem (OSPOD) je stanovena smlouva o přechodné pěstounské péči. Pěstouni pozitivně a aktivně ve

spolupráci s OSPOD a odborným pracovníkem pomáhají dítěti s návratem do původní rodiny nebo adoptivní rodiny. Kvalitní přechodná pěstounská rodiny se postupně může starat o další a další svěřené děti. Nejedná se však o velké pěstounské rodiny. Přechodná pěstounská péče je poskytována individuálně podle potřeb dítěte (29).

1.3.5 Hostitelská péče

„Hostitelská péče“ (nebo taky se užívá název zástupná péče) je zvláštní forma pěstounské péče, kdy děti z dětských domovů jezdí na návštěvy (víkendy, prázdniny) do rodin. Tyto návštěvy umožňují dětem, které z nějakého důvodu nejsou nahlášené do náhradní rodinné péče (ve většině případů jsou to děti staršího věku, které nejsou právně volné a udržují kontakt se svými biologickými rodiči), aby navázaly nové přátelské vztahy a podívaly se do fungujících rodin (17).

Tato forma péče vyžaduje také prověření žadatelů. Musí se tedy podat žádost o svěřeni dítěte na sociální odbor – oddělení péče o rodinu a děti příslušného městského či obecního úřadu. K této žádosti se po domluvě se sociální pracovníci doloží další potřebné náležitosti, absolvuje se psychologické vyšetření. Na základě kladného rozhodnutí příslušného pracoviště žadatelé mohou po domluvě se sociální pracovníci a vedením dětského domova nabídnout svůj domov některému z opuštěných dětí (26).

Hostitelská péče je vhodná pouze pro některé děti, a to především děti školního věku, které dokážou pochopit, že se bude jednat pouze o dočasné pobyty. Toto si musí rovněž uvědomit rodiny, které nabízejí tuto formu pomoci (17).

Přímo pojem hostitelská péče není zákonem upraven, ale jeho podmínky je možné najít v zákoně č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a to § 30 pobyt dítěte mimo ústav. Děti jsou do rodiny pouštěny ředitelem dětského domova na základě souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností příslušného trvalého bydliště dítěte (ten také může provést sociální šetření, kam má být dítě propuštěno či požadovat před vydáním souhlasu další podklady). Pokud je místo trvalého pobytu dítěte odlišné od místa trvalého pobytu rodiny či fyzické osoby, kam má jít dítě na návštěvu, může obecní úřad vyslat písemný souhlas až po

vyjádření obecního úřadu obce s rozšířenou působností příslušného podle trvalého bydliště rodiny či fyzické osoby (17).

1.3.6 Zprostředkování pěstounské péče

Zprostředkováním pěstounské péče se rozumí vyhledávání dětí vhodných ke svěření do pěstounské péče a nalezení vhodných pěstounů pro tyto děti. Upravuje jej zákon č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. V České republice zprostředkování zajišťují krajské úřady a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností vyhledává děti vhodné do pěstounské péče a osoby vhodné stát se pěstouny a vede o dětech i žadatelích spisovou dokumentaci. Zjistí-li krajský úřad nebo ministerstvo, že v evidenci žadatelů je žadatel vhodný stát se pěstounem dítěte vedeného v evidenci dětí, oznámí neprodleně písemně tuto skutečnost a na základě oznámení krajského úřadu nebo ministerstva má žadatel právo seznámit se s dítětem (30).

1.3.7 Žadatelé a jejich příprava

Žadatelé o pěstounskou péči (pěstouni) podávají žádost na úřadě obce s rozšířenou působností nebo na obvodním úřadě podle místa trvalého bydliště. Sociální pracovníci je pak kompletována spisová dokumentace žadatele, která musí obsahovat nezbytné doklady.

Obsah spisové dokumentace:

- žádost o pěstounskou péči
- doklad o státním občanství nebo o povolení k dlouhodobému nebo trvalému pobytu na území České republiky
- zprávu o zdravotním stavu
- údaje o ekonomických poměrech (od zaměstnavatele)
- zprávu o sociálních poměrech
- posudek z místa bydliště

- opis rejstříku trestů
- písemný souhlas ke zjišťování osobních údajů
- dotazník pro žadatele o svěřeni dítěte do péče
- fotografie žadatelů
- kopie rodných listů a oddacího listu
- stanovisko úřadu k žádosti o zprostředkování pěstounské péče

Pro žadatele je velmi důležité psychologické posouzení, které s přihlédnutím k již zkompletovanému spisu provede psycholog krajského úřadu nebo Ministerstva práce a sociálních věcí **(33)**.

Posuzuje se při něm chování žadatele při vyšetření, charakteristika jeho osobnosti, zdravotní a psychický stav. Dále také průběh manželství, vzájemné vztahy v rodině, předpoklady vychovávat dítě, motivace žádosti. Důležité jsou i materiální a sociální podmínky žadatelů, jejich představy o dítěti a nároky na něj. Po komplexním zhodnocení psycholog doporučí či nedoporučí rodiče jako vhodné pro pěstounskou péči. Nakonec jsou žadatelé zařazeni do registru žadatelů o pěstounskou péči **(33)**.

Náhradní rodiče mají ze zákona uloženou povinnost účastnit se přípravy k přijetí dítěte do rodiny. Ta spočívá v přípravném kurzu, který zahrnuje potřebné informace o výchově dětí, o úskalích pěstounské péče, o specifických potřebách dětí a o rizicích a problémech jednotlivých vývojových období.

Kurzy probíhají formou přednášek, skupinových diskusí či výcvikových seminářů. Příprava je považována za potřebnou a účelnou pro každého žadatele s výjimkou odůvodněných případů žadatelů. Ti například v souvislosti s převzetím dítěte kurz již absolvovali **(26)**.

Podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí by měl přípravu absolvovat každý, kdo chce přijmout dítě do náhradní rodinné péče. Realizace příprav je jednou z aktivit, které na základě pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí vykonávají tzv. pověřené osoby – zpravidla neziskové organizace. Patří mezi ně i občanské sdružení TRIALOG, které se touto problematikou dlouhodobě zabývá. Tým odborníků je autorem ucelené koncepce příprav **(34)**.

Základní otázkou, na kterou je nutné dát odpověď, je význam příprav v procesu zprostředkování náhradní rodinné péče. Na prvním místě je pochopitelně zájem dítěte, které bude do rodiny svěřeno. Pro něj je nepochybně velmi důležité, aby přišlo do rodiny, která rozumí jeho potřebám, ví, s jakými problémy se při jeho výchově může setkat, jak se může projevit vliv biologické rodiny a pobyt v ústavu. Čím informovanější bude jeho nová rodina, tím je menší pravděpodobnost, že se bude muset (v tom nejhorším případě) někdy vrátit zpátky do ústavu (34).

Budoucí pěstouni i osvojitelé musí být připraveni na přijetí biologicky cizího dítěte tak, aby byli co nejméně překvapeni a zaskočení komplikacemi, se kterými se mohou setkat. Stejně důležité je poznat a přijmout odlišnosti mezi biologickým a náhradním rodičovstvím (34).

Podle novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí, která vešla v účinnost dne 1.června 2006, se rozhodnutí doporučit či nedoporučit rodiče jako vhodné pro pěstounskou péči vydává až po absolvování kurzu přípravy k přijetí dítěte do rodiny.

1.3.8 Hledání vhodných pěstounů

V každém kraji zasedá pravidelně poradní sbor – tým odborníků tvořený sociálními pracovníky, psychology, dětskými lékaři, řediteli kojeneckých ústavů, dětských domovů a dalších ústavních zařízení. Posuzují jednotlivé případy osiřelých dětí vhodných pro náhradní rodinnou péči a jejich případné předání do rodin. Na základě komplexního zhodnocení žádostí budoucích rodičů doporučují konkrétním dětem vhodné rodiny (26).

Existuje ještě druhá cesta hledání vhodných pěstounů, kterou se ubírají žadatelé sami. Někdy se s dítětem náhodně seznámí např. při návštěvě nemocnice nebo prostřednictvím médií a osloví je osud dítěte natolik, že se rozhodnou toto dítě přijmout. Další možností je aktivní hledání dítěte žadateli, kterým se může zdát doba vyhledávání prostřednictvím úřadů příliš dlouhá. Využívají tak spolupráce s dětskými domovy, aktivity Fondu ohrožených dětí nebo jiných neziskových organizací. Prostřednictvím časopisů, které se věnují tématice náhradní rodinná péče, mají žadatelé možnost se seznámit s dítětem, základními informacemi o něm a jeho životě.

V obou případech hledání vhodné rodiny pro osiřelé dítě stojí vždy na prvním místě zájem dítěte.

1.3.9 Děti vhodné pro pěstounskou péči

Jedná se hlavně o sociálně opuštěné děti, které vyžadují nejen trvalou individuální péči, ale i dlouhodobou výchovu v náhradní rodině (26).

Můžeme do této skupiny tedy zahrnout:

- **starší děti** (vzhledem ke svému věku nejsou již vyhledávané pro osvojení, jsou to hlavně děti ve věku 7-8 let a starší)
- **děti jiného etnika** (v našich poměrech se to týká především rómských dětí)
- **skupiny sourozenců**
- **děti s různými zdravotními nebo psychomotorickými obtížemi** (myšleno děti s handicapem)

Patří sem i skupina dětí, u kterých brání osvojení překážky právní, především nesouhlas rodičů. Mluvíme pak o nich jako o dětech, které nejsou „právně volné“. V těchto případech probíhá obvykle řízení o svěření dítěte do pěstounské péče za účasti rodičů (26).

U většiny těchto dětí také nesmíme zapomenout na to, že si s sebou nesou vážnější genetickou zátěž od svých biologických rodičů.

1.3.10 Dávky pěstounské péče

Príspevek na úhradu potřeb dítěte:

- Nárok má nezaopatřené dítě svěřené do pěstounské péče nejdéle do 26 let, pokud žije ve společné domácnosti s osobou, která byla do dosažení zletilosti jeho pěstounem.
- Výše příspěvku na úhradu potřeb nezaopatřeného dítěte činí 2,30násobek životního minima dítěte. V případě zdravotního postižení dítěte se koeficient, kterým se násobí životní minimum dítěte, zvyšuje úměrně stupni postižení a činí: 2,35 u dlouhodobě nemocného dítěte,
2,90 u dlouhodobě zdravotně postiženého dítěte,

3,10 u dlouhodobě těžce zdravotně postiženého dítěte (**Příloha 1**).

- Výše příspěvku pro zaopatřené nezletilé dítě se stanoví jako součin částky životního minima dítěte a koeficientu 1,40 (**12**).

Odměna pěstouna:

- Nárok má pěstoun, kterému bylo svěřeno dítě do pěstounské péče.
- Výše odměny pěstouna je stanovena jako součin životního minima jednotlivce a koeficientu 1,00 za každé dítě svěřené do pěstounské péče. K 1. lednu 2007 činí odměna pěstouna za jedno dítě 3 126 Kč měsíčně (**12**).

Odměna pěstouna ve zvláštních případech:

- Nárok má pěstoun, který se stará alespoň o tři děti v pěstounské péči nebo je-li pěstounovi svěřeno alespoň jedno dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující mimořádnou péči, není-li pěstoun výdělečně činný.
- Výše odměny pěstouna ve zvláštních případech činí za kalendářní měsíc součin částky životního minima jednotlivce a koeficientu 5,50. Za každé další dítě v pěstounské péči se odměna pěstouna zvyšuje o 0,5 životního minima jednotlivce za každé svěřené dítě a o 0,75 životního minima jednotlivce, jde-li o další dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující mimořádnou péči (**12**).

Příspěvek při převzetí dítěte:

- Nárok na tuto jednorázovou dávku má pěstoun, který převzal dítě do pěstounské péče.
- Výše příspěvku při převzetí dítěte činí 4,45násobek životního minima dítěte (**12**).

Příspěvek na nákup motorového vozidla:

- Nárok má pěstoun, který se v pěstounské péči stará minimálně o čtyři děti. Další podmínkou je, že toto vozidlo pěstoun nepoužívá k výdělečné činnosti.

- Výše dávky závisí na ceně motorového vozidla a může činit až 70 % ceny, maximálně však 100 000 Kč. Tento příspěvek může být poskytnut též na opravu vozidla (12).

1.4 Nové trendy pěstounské péče

V posledních letech bohužel ubývá žadatelů o náhradní rodinnou péči především pro skupinu opuštěných a sociálně znevýhodněných dětí. Proto se hledají možnosti nového řešení této situace a zavádějí se nové, alternativní formy náhradní rodinné péče. Domníváme se, že novou naději pomoci opuštěným dětem skýtá terapeutická či profesionální pěstounská péče, která je ve vyspělých zemích úspěšně již několik let využívána a je použitelná i v našich podmínkách (7).

1.4.1 Vymezení profesionální pěstounské péče

Profesionální pěstounská péče (dále jen PPP) je státem řízená, kontrolovaná a placená forma náhradní rodinné péče zajišťující život v rodinném prostředí všem dětem, které z různých důvodů nemohou žít v rodině vlastní nebo adoptivní. Od klasická pěstounské péče se liší v aspektech, zejména svými formami, délkou trvání a tím, že její poskytování odpovídá potřebám dítěte i potřebám původní rodiny. Má podobu krátkodobé PPP, pravidelných víkendových a prázdninových pobytů, podpory původních rodičů v péči o děti nebo dlouhodobé pěstounské péče (31).

Hlavním smyslem profesionální pěstounské péče je přijímání dětí vyžadujících zvláštní péči na krátkodobé až dlouhodobé pobyty, určité azylově-terapeutické období, po které bude stanovena psychosociální a zdravotní diagnóza prognóza dítěte. V optimálním případě, při souběžné, citlivé a účelné práci, bude moci být dítě navráceno do původní rodiny, jinak pro ně bude vyhledána rodina náhradní, která má možnost s dítětem se postupně seznámit a přijmout je do své péče (7).

V zahraničí hojně používaný termín „profesionální pěstounská péče“ podle našich zkušeností často vzbuzuje rozpaky právě adjektivem „profesionální“. Ze samotného názvu není totiž zřejmé, čím se tento typ pěstounství liší od tradičního pojetí. Často vzbuzuje dojem, že pěstouni se starají o děti jen kvůli penězům, mechanicky a

bez citu, nepřijmou je jako za vlastní a berou péči „jen jako práci“. Tyto pocity jsou pochopitelné a termín profesionální je třeba vysvětlit v širším kontextu (40).

Profesionální pěstounská péče v současné době funguje s dobrými výsledky v různých podobách v mnoha zemích Evropy (Rakousko, Belgie, Dánsko, Irsko, Švýcarsko, Norsko, Velká Británie a jiné) i dalších zemích jako jsou USA nebo Japonsko či Austrálie, funguje také na Slovensku (31).

1.4.2 Návrh modelu profesionální pěstounské péče u nás

Východiska vytváření modelů „profesionální, sociálně pedagogické či terapeutické“ péče jsou následující :

- je stále mnoho dětí, které se akutně ocitají v nepříznivé životní (rodinné) situaci (rozvod rodičů, akutní onemocnění člena rodiny) a vyžadují okamžitou pomoc po dobu, než se budou moci do své rodiny vrátit.
- je stále mnoho opuštěných dětí, vyžadujících zvláštní péči (děti s vrozenými vývojovými vadami, děti se zvláštními vývojovými riziky, děti duševně či tělesně postižené, děti s problematickými rodiči – nemocnými, tělesně postiženými, drogově závislými, alkoholiky, trestanými aj.).
- je málo žadatelů o náhradní rodinnou péče pro děti, které vyžadují zvláštní péči. Péče o tyto děti je často natolik náročná, že vyžaduje odbornou přípravu, výcvik a dlouhodobou supervizi (10).

Za tímto účelem by měla vzniknout profese „pěstoun-terapeut“, jejíž využitelnost by nebyla omezena jen na oblast náhradní rodinné péče, ale byla by uplatitelná i v dalších oblastech sociální péče.

Profesionální pěstouni by měli být speciálně proškoleni, seznámeni a připraveni v odborných kurzech s psychologií, pedagogikou, zdravotními a sociálně-právními okruhy problematiky těchto dětí, měli by projít speciálně zaměřeným sociálně-psychologickým výcvikem. V ideálním případě by byli již vystudovaní odborníci v některém z těchto oborů (10) (**Příloha 2**).

Právní předpoklady PPP:

- legislativní rámec – zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, zákon č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, zákon č.117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a právní předpisy o sociálním zabezpečení.
- kompetentní instituce – zachovat hlavní roli státu při zajišťování PPP – výběr, posuzování a zprostředkování, kontrolu a vyhodnocování. Nestátní organizace se podílejí v rozmezí svého pověření a mohou zajišťovat delegované služby.
- umístění dětí do PPP – o něm stejně jako o umístění dětí do pěstounské péče rozhoduje soud. Výhodou PPP v porovnání s ostatními typy NRP je – umístění dítěte na základě souhlasu biologických rodičů, prvotní účast a spolupráce s biologickou rodinou, zachování možnosti návratu dítěte do biologické rodiny (10).

1.4.3 Formy profesionální pěstounské péče

Moderní pěstounská péče je institut, který slouží dětem a mladým lidem, kteří se nacházejí ve velmi různorodých životních situacích a mají rozličné potřeby. Pěstouni se mohou specializovat na jeden určitý typ PP, jiní se mohou rozhodnout, že budou přijímat rozmanité spektrum dětí s velmi rozdílnými potřebami. Pro specifické formy PP jsou pěstouni dále vzděláváni a školeni (40).

Krátkodobá pěstounská péče, včetně PP v krizi (neboli přechodná PP)

Je to péče poskytovaná dětem, v jejichž rodinách nastaly problémy (např. rodič vážně onemocněl, bylo zjištěno týrání dítěte). Situace dítěte vyžaduje rychlé řešení, které spočívá především v poskytnutí bezpečného místa, kde může dítě zůstat, zatímco sociální pracovník nadále pracuje s původní rodinou dítěte. Po celou dobu, kdy je dítě umístěno v krátkodobé PP, pomáhají pěstouni a sociální pracovník dítěti porozumět všemu, co se děje. Tato péče je časově vymezena od jednoho přenocování dítěte v pěstounské rodině až po dobu umístění dítěte na tři měsíce. V průběhu krátkodobé PP

by měla být stanovena jasná komplexní sociální diagnóza a prognóza dítěte a započat nápravný, terapeutický a rehabilitační program.

Dlouhodobá pěstounská péče

Tato péče je využívána v případech, kdy je zřejmé, že není možné, aby se dítě vrátilo domů a žilo opět ve své původní rodině. Jde o případy, kdy rodina není schopná změnit svůj život takovým způsobem, aby dostatečně ochránila své dítě před možným zanedbáním apod. Nebo se jedná o takové situace, kdy se zhorší duševní nebo fyzická nemoc rodiče natolik, že se už nadále nemohou o své dítě zodpovědně starat. Dlouhodobá pěstounská péče umožňuje dítěti, aby vyrůstalo v bezpečném a podnětném rodinném prostředí, které mu zároveň umožní, aby zůstalo v kontaktu a v úzkých vztazích se svou původní rodinou. Trvá několik měsíců až několik let. Smyslem tohoto typu je diagnostika a terapie, náprava, rehabilitace a prevence.

Pěstounská péče specializovaná na mladé lidi

Péče o mladé lidi starší dvanácti let může být velmi náročná, protože právě v tomto věku děti a mladí lidé hledají sami sebe a často při tom zkouší, kam až mohou zajít a čeho mohou dosáhnout. Období puberty a dospívání může být obzvláště obtížné pro děti, které mají traumatické zážitky z dřívějšího dětství. Pěstouni, specializující se na práci s mladými lidmi v pubertě a dospívání, jsou dostatečně připraveni a odborně podporováni, aby zvládli situace, které jsou obtížné pro ně samotné i pro děti. Pomoc mladým lidem při přípravě na vlastní dospělý život přináší ale také radost. Pěstoun může být u toho a vidět, jak si mladý člověk buduje důvěru a jistotu v sebe samého a plánuje vlastní budoucnost.

Pěstounská péče specializovaná na děti s různými obtížemi

Často ji potřebují děti s nejrůznějšími druhy postižení a jejich kombinacemi. Pěstouni se mohou specializovat na práci s dětmi s fyzickým nebo smyslovým postižením nebo s poruchami učení. Některé děti mohou mít trvalé následky způsobené tím, že jejich matka v průběhu těhotenství užívala drogy nebo alkohol. Jiné děti mohou trpět

nevyléčitelnými nemocemi nebo mohou být HIV pozitivní. PP o takové děti pak ve většině případů vyžaduje velmi úzkou spolupráci se specialisty v různých oborech medicíny a dalších odborných oblastech.

Respitní (úlevová) pěstounská péče

Všechny profesionální pěstounské rodiny mají možnosti využít tzv. podpůrné PP. Tato péče znamená, že existují vyškolení pěstouni, kteří jsou přiřazeni k určitým rodinám, kterým pomáhají, když si pěstouni potřebují „oddychnout“. Službu podpůrných pěstounů může rodina využít v rozsahu celkem 7 dnů v roce. Tento způsob péče dává možnost pěstounům, aby si odpočinuli a pro děti je zdrojem zase jiných zážitků a navázání dalších vztahů. Podpůrní pěstouni pracují s jednou nebo i více rodinami. Záleží, kolik času chtějí pěstounství věnovat. Podpůrná pěstounská péče může zahrnovat pravidelné služby v rodinách dlouhodobé PP.

Pěstounská péče specializovaná na práci se sourozeneckými skupinami

Pro děti je nesmírně důležité, aby mohly zůstat pohromadě se svými sourozenci. Někdy je sourozenecká skupina dětí, které potřebují pěstounskou péči, velká, a proto existují pěstouni, kteří se specializují právě na péči o sourozenecké skupiny. Zároveň všichni pěstouni musí být připraveni na přijetí sourozenců.

Pěstounská péče specializovaná na práci s nezletilými matkami

Některé nezletilé matky potřebují pěstouny, kteří jim pomůžou s péčí o miminko a podpoří je v tomto náročném životním období. Od pěstounů, kteří s těmito maminkami pracují, se očekává, že je budou učit a povzbuzovat a zároveň budou plně respektovat jejich mateřskou roli a zodpovědnost a nebudou ji za ně přebírat (10,40).

1.4.4 Tři pilíře moderní pěstounské péče

Oblast práv a potřeb dítěte v pěstounské péči

- Dítěti a jeho biologické rodině je poskytována péče s ohledem a respektem ke všem zvláštnostem a na základě rovného přístupu k rase, náboženskému

přesvědčení, kulturnímu zázemí a zvyklostem, zdravotním a sociálním okolnostem.

- Vyhodnocení situace a potřeb dítěte a rodiny předchází umístění dítěte.
- Je vypracován Individuální plán péče, je důsledně realizován a je pravidelně revidován, na základě revizí je v případě potřeby okamžitě měněn.
- Pro každé dítě je pečlivě a citlivě vybrán vhodný pěstoun či rodina, která je schopna naplnit potřeby daného dítěte.
- PPP poskytuje bezpečné, zdravé a potřeby naplňující prostředí pro dítě či mladého člověka.
- Každému dítěti či mladému člověku je zaručen kontakt s původní rodinou a dalšími blízkými a významnými lidmi dítěte (pokud není soudem určeno jinak či pokud to není v příkrém rozporu s přáním dítěte), tento kontakt a vztah je podporován a rozvíjen za pomoci (profesionálních) pěstounů.
- PP věnuje zvláštní a citlivou pozornost zdravotnímu stavu dítěte, prognóze vývoje a zabezpečení lékařské péče a dalších služeb (podle Individuálního plánu péče).
- PP věnuje stejnou pozornost vzdělání dítěte a přitom respektuje jeho přání.
- PP se intenzivně zabývá podporou mladého člověka při přechodu do dospělosti a zapojení do společnosti **(40)**.

Oblast popisu práce, odborné kompetence a spolupráce s profesionálními pěstouny

- Profesionální pěstouni (dále PP) jsou spíše pečovateli než „rodiči“. Pečují o dítě podle jeho potřeb a po potřebnou dobu. Naplňují Individuální plán péče.
- Zvláštní pozornost je třeba věnovat dlouhodobé péči do dospělosti dítěte, kde návrat není možný a vztahy s původní rodinou neexistují nebo jsou pro dítě ohrožující. Vytvoření stabilního citového prostředí při pravdivém sdílení informací a budování identity dítěte patří k úkolům (profesionálních) pěstounů. Pokud je to možné, měl by tento typ pěstounské péče přejít v osvojení.
- Kompetence uchazečů o PP je pečlivě vyhodnocena a posouzena, každý pěstoun musí být oficiálně schválen.

- Každý PP je odborně připraven a vyškolen, odborně podporován, má nárok na supervizi a informace, 24hodinový odborný poradenský servis a individuální vzdělávací program.
- Práce PP je pravidelně revidována a hodnocena, jeho zkušenosti jsou využity pro výcvik dalších PP, vytváření standardů a procedur vyhodnocování.
- PP jsou za svoji práci odměňováni, zároveň pobírají příspěvek na zajištění materiálních a vzdělávacích potřeb dítěte. Výše odměny se odvíjí od získané kvalifikace, kompetence a typu poskytované pěstounské péče (40).

Oblast odpovědnosti státní správy, respektive příslušného odpovědného úřadu

V evropských zemích je odpovědnost za praxi pěstounské péče na příslušných místních úřadech. V Česku by tato odpovědnost měla být na krajských úřadech, popř. na úřadech měst a obcí s rozšířenou působností. Institut pěstounské péče by měl být realizován takto:

- Stát definuje standardy pěstounské péče a je odpovědný za to, že úřady a nestátní organizace tyto standardy naplňují v rámci své praxe.
- Za realizaci PPP je odpovědný stát, respektive příslušné úřady. V Česku to jsou oddělení sociálně-právní ochrany dětí na místní a krajské úrovni.
- Každý příslušný úřad má zavedenu efektivní politiku, která zabezpečuje kvalitní praxi pěstounské péče, včetně metod práce.
- Každý příslušný úřad je odpovědný za řízení, supervizi a rozvoj pěstounské péče. Výkon může předat pověřené organizaci pro náhradní rodinnou péči.
- Každý příslušný úřad je odpovědný za kvalifikaci a za výcvik svých pracovníků (rodinných sociálních pracovníků) tak, aby mohli realizovat PP na nejvyšší kvalitativní úrovni.
- Každý příslušný úřad je odpovědný za vytvoření všech nástrojů pro efektivní vyhledávání a kvalitní přípravu pěstounů a jejich podporu.
- Každý příslušný úřad je odpovědný za realizaci finanční podpory pěstounů.
- Každý příslušný úřad je odpovědný za realizaci pěstounské péče, ale je možné, aby si na vykonání jednotlivých součástí této služby vyhledal a najal odborné

pracoviště či jednotlivce (odborná vyhodnocení případů, facilitace případové konference, vyhledávání pěstounů apod.).

- Každý příslušný úřad je odpovědný za to, že děti a mladí lidé žijící v pěstounské péči i pěstouni mají možnost se vyjádřit k jakémukoliv aspektu průběhu služby PP, včetně realizace bezpečných procedur stížností.
- Každý příslušný úřad je odpovědný za revizi průběhu pěstounské péče z hlediska dítěte v péči a z hlediska způsobilosti pěstounů (40).

1.4.5 Děti vhodné pro profesionální pěstounskou péči

Profesionální pěstounská péče je určena širokému okruhu dětí, jmenovitě to jsou např.:

- děti, které mají vlastní biologickou rodinu či alespoň jednoho z rodičů, ale ten se o dítě nemůže z vážných (zdravotních, sociálních či jiných) důvodů po určitou dobu plnohodnotně starat – rodina se ocitá v dočasné krizi.
- dětem mladých nezralých matek, které zatím nejsou schopny plnit zodpovědně svou rodičovskou roli. PPP se může týkat i těchto matek samotných, a to společně s jejich dětmi.
- dětem drogově závislých matek, které potřebují určitý čas na doléčení. I zde by mělo být možné umístit – v indikovaném případě – dítě společně s matkou do péče PPP rodiny.
- dětem žijícím v rodině dlouhodobě nefunkční – např. dochází-li k domácímu násilí, zneužívání, fyzickému či psychickému strádání (týrání) některého člena rodiny.
- dětem, jejichž rodina je dlouhodobě vážně ohrožena pobytem jednoho či obou rodičů ve výkonu trestu.
- dětem, které náhle onemocní závažnou nemocí a jejich rodina či jeden z členů – obvykle matka – nezvládá dočasně tuto zátěž.
- dětem, které onemocní závažnou chorobou a rodina trvale nezvládá tuto zátěž, avšak nesouhlasí s umístěním dítěte do ústavního zařízení.
- dětem, které jsou vrácené z neúspěšné formy NRP.
- a dalším dětem, které se ocitnou v jakékoliv další nepříznivé situaci (10).

1.5 Ústavní péče a dítě

1.5.1 Základní problémy ústavní péče

V ústavní péči není dítě svěřeno jednomu konkrétnímu vychovateli a osobě, které dítě vychovávají, mají jen částečnou a nejasně vnímanou odpovědnost za jeho vývoj a výchovu. Problém často spočívá především v častém střídání pečovatелů vůči dítěti (37).

Vychovatelé v dětských domovech mají cestu k porozumění dítěte zřejmě nejobtížnější. Nemají k dítěti žádný genetický vztah, a pokud jde o vztah citový, je patrně jen velmi povrchní. Jsou profesionálními vykonavateli výchovné péče (25).

Dalším problémem je obtížnost vytvoření trvalého citového vztahu dítěte k pečující osobě, protože dochází k častému střídání nejen pečovatелů, ale i ústavů. Dalším problémem pro vývoj dítěte v kolektivní ústavní péči je relativní chudost podnětů oproti běžnému životu v rodině (37).

Jasně se prokazuje, že těmto dětem chybí příkladně:

- pocit kontinuity životního běhu
- pocit trvalosti mezilidských vztahů
- pocit pevné osobní identity
- modelové chování běžné v rodinné struktuře (37).

Vážným problémem je ukončení trvání ústavní péče ve věku 18 let dítěte, což velmi často neznamená jeho skutečnou dospělost ve smyslu osobní zralosti. Právě období po odchodu z ústavní péče je dobou velkých rizik ve smyslu sociálně patologického chování ústavních dětí. Existuje několik aktivit v ČR, které se snaží toto problémové období systémově řešit, ale dosud je to stále v rovině projektů a experimentů (např. projekt Dům na půli cesty) (37).

1.5.2 Psychická deprivace

Je to stav, který vzniká, jestliže člověk nemá uspokojovány základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu (21).

Psychické potřeby bychom mohli vymezovat tak, že by jich bylo velmi mnoho, někdy se naopak zužují na mateřskou lásku, což je však zjednodušení celé hierarchie psychických potřeb (26).

Pro zdravý vývoj dítěte je důležité uspokojování základních duševních potřeb. Jsou jimi:

1. potřeba náležitého přísunu podnětů zvenčí

Aby se centrální nervový systém dítěte mohl naladit na patřičný výkon, musí být svým způsobem „bombardován“ podněty z okolí. Ty mu zprostředkují jeho smysly a ono je od prvních dnů života uzpůsobeno k tomu, aby je přijímalo a zpracovávalo. Potřebuje kolem sebe nejen různé hračky, pěkné prostředí, ale i lidi, kteří se s ním mazlí, usmívají se na ně. Nedostatek nebo jednostrannost podnětů vývoj narušují a zpomalují.

2. potřeba „smysluplného“ světa

Aby se z podnětů staly poznatky a zkušenosti, musí být v podnětech nějaký řád a smysl. To je základ veškerého učení. Dítě se aktivně „zmocňuje“ světa a úspěchy je podněcují k dalším aktivitám. Změny prostředí věcného a hlavně sociálního, např. při přechodu z jednoho ústavního prostředí do druhého, dítě traumatizují, protože ztrácí vše, co už chápalo. Jeho vývoj se může přechodně i vrátit na nižší úroveň – je to tzv. přechodný regres.

3. potřeba životní jistoty

Ta se nejvydatněji naplňuje v citových vztazích k lidem, kteří jsou kolem a kteří k nám patří. Je to především potřeba trvalého kladného vztahu k mateřské osobě (nemusí to být biologická matka), dále k dalším členům rodiny. Bez této jistoty dítě ovládá úzkost, která svazuje nebo provokuje k tomu, aby ji člověk překonával nějakým společensky nežádoucím způsobem. Nejčastěji se projevuje agresivním chováním vůči slabším.

4. potřeba vlastní společenské hodnoty

Je to potřeba být uznáván a oceňován, či prostě přijímán. Dítě si v interakci s okolím postupně uvědomuje své „já“, vytváří si své sebevědomí, sebepojetí, svou identitu, což se dotváří ve věku dospívání.

5. potřeba „otevřené budoucnosti“

Můžeme jí také říkat potřeba životní perspektivy, společné otevřené budoucnosti. Umožňuje nám žít v čase, od minulosti do budoucnosti, na něco se těšit, k něčemu směřovat, o něco se snažit. Tuto společnou budoucnost má dítě právě v rodině. Nemůže ji mít v ústavní výchově, kde negativně prožívá nejistotu, zda a kdy se vrátí do původní rodiny. Typické pro děti v dětských domovech je, že nemají na co se těšit a o co se snažit. Typické pro děti, které z dětských domovů přišly třeba do SOS dětské vesničky, bylo, že pojem budoucnosti teprve pracně, ale s nadšením objevovaly. Vše prožívaly jako novinku, kterou teprve musely zabudovat do systému svých zkušeností **(26,23)**.

Všechny tyto potřeby nemohou být dítěti uspokojovány ani v sebelépe vedeném dětském domově nebo v rodinách, v nichž rodiče své děti zanedbávají, ubližují jim, ponižují je nebo dokonce týrají **(26)**.

Při neuspokojování potřeb dochází zcela zpravidla k psychické deprivaci dětí. Jejich projevy pak mohou být velmi četné a mnohotvárné. Zmíníme se alespoň o těch, s nimiž přicházejí děti do pěstounských rodin a do adopce. U dětí útlého věku (tedy do tří let) se psychická deprivace může projevit:

- opožděným psychomotorickým vývojem
- povrchností a nediferencovaností citů a sociálních vztahů
- chudším duševním obzorem
- nezúčastněnou nebo rozmrzelou náladou
- nedětinsky vážným výrazem **(26)**.

Citlivým ukazatelem deprivace je řeč. Děti přicházející do pěstounské péče mívají vývoj řeči v různé míře opožděný. Řečový projev je chudý, chybí mu typická dětská radost a zvědavost (26).

V předškolním věku přetrvává u deprivovaných dětí povrchnost citových vztahů. Ve školním věku mají téměř všechny deprivované děti horší prospěch, než odpovídá jejich skutečným intelektovým schopnostem. U školních dětí se také často projevuje deprivace nápadnostmi a výkyvy v chování – neurotické potíže, citová otupělost a nedůvěra k lidem, agresivita. V pubertálním a adolescentním věku se projeví prožité deprivace situace ve vztahu ke kolektivu, sociálním začleňování, bývá posunuta hierarchie hodnot, objevují se nežádoucí rysy chování, zvýšené nebezpečí vzniku závislosti na alkoholu, drogách. Důsledky prožité deprivace mohou přetrvávat i do dospělosti. Mohou se objevit problémy v partnerských vztazích, nejistota v rodičovské výchově svých dětí (26).

Psychická deprivace je tedy vážné narušení psychického vývoje, může se projevit v celé struktuře osobnosti, v chování, v sociálním začlenění, v celé životní orientaci. Je ale důležité, že je do určité míry a za určitých podmínek napravitelná. Dlouhá doba sledování potvrzuje možnost i trvalost této nápravy a umožňuje také zjišťovat faktory, které se na nápravě podílejí. Byly sledovány především tyto: genetické dispozice, hloubka a rozsah deprivace, kvalita a počet prostředí, v kterých dítě žilo před přijetím do pěstounské rodiny, věk dítěte při přijetí, osobnost pěstounů a vztahy v pěstounské rodině (26).

Z výzkumů se potvrdil předpoklad, že nejvýznamnější, rozhodující a nezastupitelný faktor pro nápravu psychické deprivace je kvalita náhradní rodiny. Tím se současně potvrdil předpoklad, že je možné vytvoření dobrých rodičovských vztahů i vůči dítěti svěřenému, bez základu biologického rodičovství (26).

Navzdory všem společensko-historickým proměnám zůstává rodina pro dítě i nadále prostředím, které jako jediné dokáže v dostatečné míře uspokojit jeho základní potřeby biologické, psychické i sociální. Pouze v prostředí, kde jsou vytvořeny pevné citové vazby, kde je dítě bezvýhradně přijímáno, může dítě zažívat pocity jistoty a

bezpečí. Z tohoto základu potom vyrůstá vědomí jeho vlastní hodnoty, budoucí sebevědomí a sebedůvěra a důvěra k ostatním lidem (16).

Rodinné prostředí je nenahraditelné z toho důvodu, že jsou všichni jeho členové soustředěni na akce, pokroky a projevy toho svého „nejmenšího“. Rodina navíc poskytuje jedinci obraz sebe sama. Nastavuje mu jakési zrcadlo hodnocením jeho konkrétních činů nebo nápadů. Poskytuje mu permanentní zpětnou vazbu složenou často z nestejných postojů jednotlivých členů rodiny. Právě z těchto poselství od nejbližších je vytvářen základ pro formování vlastní identity, pro tvorbu sebeobrany, pro postoj k sobě samému (38).

1.6 Handicap

1.6.1 Vymezení handicapu

Handicap znamená překážku, nesnáz, znevýhodnění či nepříznivou situaci, která vyplývá z omezené schopnosti nebo dokonce nezpůsobilosti jedince uplatnit se stejně dobře, jak se to daří jiným lidem (27).

Jiný zdroj zase uvádí, že handicap je znevýhodnění jedince v důsledku jeho postižení (tělesného, mentálního, smyslového) nebo příslušnosti k určité skupině (např. etnické minoritě). Zasahuje jak vzdělávací dráhu postiženého jedince, tak jeho sociální vztahy. Míra handicapu závisí nejen na samotném postižení, ale i na podmínkách, které společnost k jeho vyrovnání poskytuje (32).

WHO definuje handicap jako důsledek omezení schopnosti či neschopnosti vzniklé na základě původně porušené struktury či funkce organismu.

Pojem „postižení“ může být chápán v různém významu, čemuž stále ještě napomáhá poměrně značná terminologická nejednotnost, a to nejen u nás, ale také v zahraničí. Týká se tak jednak druhů postižení, ale také samotného pojmu „postižení“. Handicapem pak rozumíme spíše znevýhodnění než postižení. Projevuje se to zejména snížením, resp. omezením možností (výkonu) daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zastal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Takto je tedy handicapovaný člověk

znevýhodněn (poškozen) právě při plnění sociálních rolí. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti (18).

Každý handicap má přímý dopad na jednotlivce, jeho rodinu i okolí.

Na každý handicap je pohlíženo jako na proces, to znamená, že podléhá změnám. Tyto změny se mohou týkat zmírňování i zhoršování stavu nebo komplikování situace jedince.

V současné době se již jedinci neoznačují jako invalidní, zmrzačení či postižení. Tyto výrazy se jeví jako hanlivé, nevhodné a přesně nevystihují situaci jedince. Proto se od jejich používání ustoupilo a je používáno označení jedinec s postižením, s handicapem. V odborné literatuře se setkáváme s obojím označením (vzhledem k době vydání), a tak se tomu může stát i při citacích v této práci.

1.6.2 Dělení handicapu

Handicap rozdělujeme na dvě základní skupiny:

- orgánový handicap (základní postižení nacházíme ve změně části těla nebo orgánové tkáně). K tomuto postižení došlo vlivem anomálního vývoje nebo následkem úrazu, nemoci. A to v průběhu života jedince.
- funkční handicap (porucha orgánové funkce nebo porucha v celkových funkcích organismu). Orgán nebo orgánový systém ale není tkáňově poškozen. Hlavní příčinou těchto handicapů bývají nejčastěji poruchy v sociálních vztazích jedince a také jeho emocionálních vazeb.

1.6.3 Druhy handicapu

9 skupin handicapů:

1. vady tělesné

- a. v oblasti pohybového aparátu – např. amputace a deformace končetin, obrny
- b. v oblasti chronických chorob – např. diabetes mellitus, srdeční choroby, TBC

2. vady zrakové

například - barvoslepost, šeroslepost, tupozrakost, šilhavost, slepota

3. vady sluchové

například - nedoslýchavost, hluchota, ohluchlost

4. vady řeči a sluchu

např. opožděný vývoj řeči, vady výslovnosti, neurotické poruchy řeči

5. mentální vady

mentální retardace – lehká, středně těžká, těžká a hluboká forma

6. poruchy chování

disociální – zlozvyky, neposlušnost, neukázněnost, negativismus, lhavost

asociální – záškoláctví, útěky, toulky, sebepoškozování

antisociální – delikvence, krádeže, loupeže, organizovaný zločin, sexuální úchytky, toxikomanie

7. poruchy psychické

např. neurózy, reaktivní stavy, psychózy

8. vady kombinované

kombinace různých vad

9. skupina – pouze dílčí odchylky, které se při správném výchovném vedení nemusí projevit vadou. Jsou to LMD a specifické poruchy učení, specifické poruchy chování, leváctví (27).

1.6.4 Stupně handicapu

U jednotlivých vad je možno stanovit různou hloubku postižení. Lze počítat se třemi stupni, které přecházejí plynule z jednoho do druhého. Při hodnocení možností každého jedince je významný druh postižení a na druhém místě je jeho stupeň (27).

Rozlišujeme:

- I. lehký stupeň – nehrozí bezprostřední nebezpečí narušení vztahů ke společnosti, péče se zaměřuje na prevenci defektivitu a vytvoření optimálních životních podmínek.

- II. středně těžký stupeň – hrozí poruchy společenských vztahů, je potřeba zajistit žádoucí rodinné podmínky nebo začlenit jedince do zařízení, které mu poskytne speciální péči.
- III. těžký stupeň – poruchy postihují jedince ztrátou sociálních vztahů, je nezbytná péče s trvalým ošetřováním.

1.7 Význam pěstounské péče pro děti s handicapem

Kojenecké ústavy přijímají mnohé děti se zdravotním postižením – ty, které se nevracejí do vlastních rodin, přicházejí pak do pěstounské péče nebo do ústavů sociální péče. Některé velké pěstounské rodiny se dokonce svým způsobem „specializují“ právě na péči o zdravotně (myšleno i mentálně) postižené děti. Je velice žádoucí, aby se tato forma pomoci dětem bez vlastní rodiny jen dále rozšířila! Je pravděpodobné, že i některé děti, které jsou dnes v ústavech sociální péče, by byly „přijatelné“ v pěstounských rodinách, kdyby se pro to vytvořily i „přijatelné“ podmínky (24).

Děti s postižením, zvláště s těžkým postižením, jsou umisťovány do ústavů většinou bez perspektivy návratu do vlastní rodiny. Dítě je do ústavu umístěno hned z porodnice anebo v menšině případů přichází do zařízení z rodiny, která nezvládá náročnou péči (28).

Kromě ztrát a zranění z minulosti si takové dítě s sebou také nese určité postižení. Toto postižení bývá natolik provázáno se vztahovými a vývojovými problémy, že je často obtížné odtrhnout jedno od druhého (1).

Obecně je známa zkušenost, že pro opuštěné děti je pěstounská péče vskutku nejlepším řešením. Dnes se tato forma rodinné péče více otvírá dětem, kterým se tak dříve nedostávala. To znamená dětem s postižením, ať už s tělesným, zdravotním, či duševním (23).

I děti s různým postižením potřebují být šťastné a prožít radostné dětství. To jim mohou dát pěstouni, kteří jejich výchovu prožívají jako náplň života a zaměří se na rozvíjení těch schopností dítěte, které jsou neporušené. 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 (26).

Dosud netradiční formou péče o mentálně postižené je pěstounská péče. U nás tato forma péče o děti nebo dospělé zatím není vžitá, ale z literatury se dovídáme, že v mnoha zemích je běžné, že rodina ke svým vlastním dětem přijme do pěstounské péče i dítě s mentálním postižením, o něž se jeho vlastní rodiče nemohou starat. Někteří lidé se v rámci pěstounské péče starají o děti nebo i dospělé s mentálním postižením za úplatu, jiní pouze za úhradu nutných nákladů. V některých zemích se považuje péče o postižené lidi za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž člověka nebo celé rodiny (39).

Do pěstounské péče tedy přicházejí děti v různé míře deprivované, opožděné, zanedbané nebo s různým postižením. Mnohé se v pěstounské rodině upraví, má opravdu velkou léčebnou moc (26).

Deprivační postižení dětí s handicapem je dvojí – v oblasti smyslové, protože přívod podnětů je omezen, stejně tak pohyblivost. Obojí způsobuje opoždění psychického vývoje. Ústavní prostředí přináší strádání v oblasti citové a sociální, a to je u dětí s handicapem ještě závažnější (26).

Systematická a včasná výchova, která respektuje zvláštnosti jedince s určitými nesnázemi, je proto nezastupitelná (27).

Jako nezbytná se jeví i socializace, která umožní těmto dětem dosažení maximálního stupně společenského a sociálního začlenění. Je to nezbytné proto, aby mohli prožívat svůj život na optimální úrovni (27).

Vhodnými výchovnými vlivy lze velkou část handicapovaných usměrňovat kladně a zabraňovat utváření negativních prožitků (27).

Vztahy mezi dětmi a rodiči, a to i v dobré pěstounské rodině, se samozřejmě mění, vyvíjejí se. Děti dospívají, až dospějí a 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, ať už

s vlastními či s přijatými, dohodnuto, kdo a jak by o ně pečoval, až oni sami nebudou moci. Dobrá pěstounská rodina se vždy snaží řešit budoucnost svých přijatých dětí (26).

Pěstouni, kteří se rozhodli pro péči o dítě s handicapem, mají před sebou náročný úkol – týká se psychologického přijetí té skutečnosti - přijetí dítěte takového jaké je (Příloha 3).

Pěstounská péče rozhodně přináší celkové zlepšení stavu dítěte. Zaslouží si tedy pozornost a velké uznání. Její význam dokládají i zkušenosti odborníků, kteří mají možnost sledovat vývoj dětí v náhradní rodinné péči.

1.7.1 Kazuistika

Pěstounskou péči je možno hodnotit jako velmi dobrou. Svědčí o tom i příklad dítěte, které bylo téměř ve třech letech na úrovni kojence v rozmezí 6-12 měsíců a mělo perspektivu na umístění do ústavu sociální péče pro tělesně postižené. Intenzivní a láskyplnou péčí se v rodině podařilo vývoj dítěte rozvinout tak, že je po psychické stránce v rámci širší normy. Má předpoklady zvládnutí normální školy, také deprivace poškození odeznělo (26).

Za zmínku stojí určitě uvést také příběh rodiny Hejzlarových a vyprávění paní Rut. Ta se stala přítelkyní Střediska NPR a rádkyní v problematice pěstounské péče. Tato žena se jako pěstounka ujala dvojčat – chlapců, kterým bylo devět let. Byli zanedbáváni nevlastní matkou a našli je ve věku sedmi let, kdy ještě neuměli chodit ani mluvit, jen se plazili a byli těžce nemocní. Z těchto důvodů byli posouzeni jako středně těžce mentálně retardovaní a téměř nevzdělatelní. Díky houževnaté práci pěstounky a mnoha odborníků se jejich stav postupně zlepšoval. Nejdříve navštěvovali zvláštní školu, později i základní. Vyučili se v oboru a nakonec odmaturovali na střední škole. V současné době již každý z nich má svojí rodinu (6). Příběh této rodiny byl již před lety medializován v časopise Náhradní rodinná péče, proto i autorka diplomové práce uvádí konkrétní jména a příjmení. V ostatních případech pochopitelně zachovává anonymitu dětí i jejich pěstounů.

Všechna tato fakta ukazují na velkou potřebnost umístování dětí s handicapem do pěstounské péče.

Děti s postižením mohou někdy vyrovnat svůj handicap dovednostmi v jiných oblastech, mohou mít výrazně zesílené vnímání jedním nebo více ostatními smysly či nevinnost, která jim dovoluje otevírat srdce druhých lidí (1).

1.7.2 Práva dítěte

V Úmluvě o právech dítěte se uvádí, že všechna práva se vztahují bez výjimky na každé dítě. Týká se to pochopitelně základního práva na život a na přežití. Dítě má dále právo na zvláštní ochranu, pokud bylo zbaveno rodinného prostředí. A je to hlavně stát, který je povinen mu zabezpečit náhradní rodinnou péči, popřípadě umístění v příslušném zařízení. Úmluva nezapomíná ani na děti s postižením a klade důraz na jejich právo na zvláštní péči, výchovu a profesní přípravu. Je důležité umožnit dítěti, aby mohlo žít plnohodnotný a důstojný život, aby se v rámci svých možností mohlo aktivně účastnit života ve společnosti.

1.8 Nedostatky současného systému NRP

Za jeden ze zásadních nedostatků systému náhradní rodinné péče se považuje **chybějící koncepce**, která by udávala jasný směr a role jednotlivých subjektů. Absence je znásobena faktem roztroušenosti článků NRP do kompetence několika ministerstev (14).

Stále ještě **je náš systém nejednotný**, v oblasti péče o rodinu a o dítě existuje řada institucí – ministerstev, které mají na starosti dílčí, partikulární problémy péče a výchovy dítěte: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo vnitra. Žádné z nich však není v posledku odpovědné za celkovou, komplexní problematiku péče, výchovy a ochrany dítěte. V důsledku toho není vlastně nikdo ani odpovědný, ani kompetentní, jedná-li se např. o ohrožené a zároveň zdravotně postižené dítě svobodné matky alkoholičky. Snaha vytvořit meziresortní orgány či výbory, do nichž byli přizváni odborníci i z nestátní, neziskové sféry, byla již při svém vzniku

předurčena k nezdaru. Za systémovou chybu proto považujeme především **absenci jedné odpovědné a kompetentní státní instituce**, která by měla na starosti celou problematiku péče, výchovy a ochrany dítěte – samozřejmě ve spojení s péčí a podporou rodiny. Mnohé státy v našem okolí již k podobnému řešení přistoupily (např. Slovensko) (8).

Předně je třeba **vytvořit jednu instituci** (na úrovni ministerského resortu nebo nadresortní nebo meziresortní), která by byla vybavena náležitými kompetencemi, aby mohla iniciovat, řídit, koordinovat a kontrolovat aktivity týkající se péče o děti bez rodinného zázemí. Dosavadní roztržštěnost této péče vytváří nepřehlednou situaci, kdy mnohdy doslova „levice neví, co dělá pravice“. Vodítkem pro nápravu tu mohou být Ministerstva pro rodinu, dobře fungující v mnohých západních zemích (24).

Za předpokladu, že taková instituce bude v dohledné době i u nás uvedena v život, je možno uskutečnit další naléhavě potřebný krok – totiž **zaměřit se na prevenci tzv. sociálního osíření dítěte**. A to ve všech třech kategoriích – celospolečenské, skupinové a individuální. Je dávno ověřeno, že prevence je i ekonomicky daleko výhodnější než všechna možná pozdější léčebná a nápravná opatření (24).

Průměrné náklady na dítě v ústavní péči činí kolem 250 000 Kč ročně (rozmezí se pohybuje od 200 tis. do 300 tis. korun). Včasná pomoc rodině by byla nepochybně levnější – státní náklady na pěstounskou péči činí přibližně 60 000 Kč na dítě ročně. Nejde tedy o hledání nových finančních zdrojů, ale o jejich relokaci – rozváznou, cílenou a vědomou si skutečností, že „koruna na prevenci má hodnotu nejméně stokoruny na nápravu, rehabilitaci a terapii“ (8).

Dalším logickým krokem v nápravě nedostatků systému je **účinná sanace vlastní rodiny dítěte**. Myslí se tím taková sociálně terapeutická pomoc rodině, aby se dítě do ní mohlo vrátit (a dále v ní uspokojivě žít), když už z ní bylo odebráno nebo když toto odebrání bezprostředně hrozí (24). Podpora a sanace ohrožených rodin v praxi takřka neexistuje (vyjma několika nestátních organizací), což je závažný nedostatek v preventivní sociální práci (8).

Je třeba vytvořit nový stupeň péče o děti bez rodinného zázemí, který u nás dosud chybí a který se může nazývat **péčí podpůrnou**. Osvědčil se už v mnohých zemích, kde má někdy už i dost dlouhou tradici. Vystupuje tam však pod jinými názvy a jeho působnost má různý rozsah. Nebylo by dobré přebírat jen cizí vzory bez náležité kritické rozvahy – je třeba při zavádění této nové formy respektovat naše specifické potřeby dané mezi jinými i dosavadním vývojem naší náhradní rodinné péče (24).

Převaha administrativy v oblasti sociální práce na úkor terénní a případové práce vede k tomu, že ohrožené děti a rodiny nejsou zavčas rozpoznány, detekovány a tudíž chybí včasná a účinná pomoc. Sociální terénní služby se doposud nestaly samozřejmou součástí sociálního pole potřebných rodin, ani součástí praktické sociální politiky státu. Dochází proto k tomu, že nejčastější (a značně pozdní) sociální intervencí je odebrání dítěte z rodiny a jeho umístění do začarovaného kruhu „ústavní péče“ (8).

Je víc než zřejmé, že pokroku v péči o děti bez rodinného zázemí nelze dosáhnout, nebude-li podstatně rozšířena a prohloubena **terénní sociální práce**. Má nezastupitelnou úlohu v prevenci sociálního osiření a v pomoci ohrožené rodině, ale i ve sledování sociální situace dítěte v náhradní péči a ve sledování situace jeho původní rodiny. Znamená to ovšem nejen mechanické zvýšení počtu sociálních pracovníků, ale také nové pojetí jejich vzdělání a přípravy na dané náročnější úkoly (24).

Zatímco uchazečů o adopci je velký nadbytek vzhledem k „nabídce“ vhodných a právně volných dětí, uchazečů o pěstounství je nedostatek. Je třeba společenskou prestiž pěstounství patřičně povznést – mediální osvětou veřejnosti, ale i jinými způsoby, které vyllynou ze zaměřeného zkoumání této otázky (24).

Domníváme se, že je nutné **zavést alternativní formy náhradní rodinné péče** (krátkodobá pěstounská péče, profesionální pěstounská péče) (9).

Je zde ještě jedna instituce, s níž by mělo dojít k prohloubení spolupráce – jsou to **soudy**. I když bude zřízeno administrativní ústředí koordinující péči o dítě a rodinu, soudy jakožto nezávislá instituce do něho pojaty nebudou. Stížností na mezery v legislativě ubylo, přetrvávají však stížnosti na dosavadní soudní praxi, a to především na zdlouhavost řízení (méně na malý respekt k zájmu dítěte a na psychologickou nekompetentnost rozsudků). Poznatek, že čas dítěte je něco jiného než čas dospělých, se

dosud nepodařilo soudům vnutit. Nadále zůstává otevřenou otázkou soudcovské specializace na věci rodinné a odborné přípravy soudců na tuto specializaci (24).

Jak se ukázalo, právě soudní jednání jsou nejčastější příčinou prodlužování pobytu dětí v ústavních zařízeních. Na vině je jednak celkový stav našeho soudnictví, ale zároveň přístup soudců. Jelikož není možno se s tímto spokojit, je třeba nástrojů ke změně této situace. V rámci rychlého vyřešení situace dítěte je nutno stanovit lhůty projednání případů, současně přednostní řešení těchto případů a orientaci soudce v problematice. Je třeba, aby soudci znali Úmluvu o právech dítěte a hlavně ji respektovali a aby také znali situaci dětí, o kterých rozhodují a měli osobní zkušenost. Na mysli jsou hlavně návštěvy soudců v dětských zařízeních (14).

Co dosud velice schází naší současné péči o děti bez rodinného zázemí, je **cílevědomá a rozumná mediální podpora**. Ta nepochybně může hrát mimořádně významnou roli – zatím však se jeví velkou většinou jako povrchní, nepoučená, nekompetentní. Právě v otázkách prevence sociální patologie, buď z rodiny vycházející nebo do funkce rodiny se promítající, by mohla televize a s ní i ostatní sdělovací prostředky cíleně a vydatně pomáhat. Je úkolem nynějších resortů zabývajících se dítětem a rodinou prosadit soustavnou osvětu veřejnosti formou pravidelných vzdělávacích pořadů aspoň do veřejnoprávní televize a do rozhlasu. Je příznačné, že veškerá iniciativa a snaha jednotlivců a nevládních organizací v tomto směru dosud nikdy neuspěla (24).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

Cíl 1: Zjištění stavu pěstounské péče v zahraničí.

Cíl 2: Porovnání pěstounské péče u dětí s handicapem v kraji Jihočeském a v kraji Plzeňském.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Variabilita forem pěstounské péče v České republice není optimální ve srovnání se zahraničím.

Hypotéza 2: Výsledky porovnání dat obou zkoumaných krajů se nebudou zásadně lišit.

3. Metodika

3.1 Metodický postup

Pro získání potřebných dat ke stanovení cílů diplomové práce byla použita metoda sekundární analýzy dat. Tato data byla získávána studiem odborné literatury a z evidence pěstounských rodin pracoviště Náhradní rodinné péče Krajského úřadu Jihočeského kraje v Českých Budějovicích a pracoviště Náhradní rodinné péče Krajského úřadu Plzeňského kraje v Plzni. Potřebné údaje byly čerpány ze spisové dokumentace pěstounů (především z psychologických zpráv a dotazníků pro žadatele o NRP) a z dokumentace dětí svěřených do pěstounské péče. Jednalo se o kvantitativní výzkum. K výzkumu byly zvolené dva kraje, které se relativně málo liší počtem obyvatel.

3.2 Charakteristika souborů

3.2.1 Soubor zkoumaných států

Cílovou skupinu šetření tvořily státy, které také realizují pěstounskou péči. Na základě studia odborné literatury se nakonec podařilo získat přehled o situaci v 10 evropských zemích (**Tabulka 1**). Toto mezinárodní srovnání se týkalo klasické formy pěstounské péče, alternativních forem pěstounské péče, profesionální pěstounské péče (dále jen PPP) a legislativní úpravy PPP v zákoně.

3.2.2 Soubor pěstounů

Cílovou skupinu šetření tvořili pěstouni z jihočeského regionu zařazení v evidenci pracoviště Náhradní rodinné péče Krajského úřadu Jihočeského kraje v Českých Budějovicích a pěstouni z plzeňského regionu zařazení v evidenci pracoviště Náhradní rodinné péče Krajského úřadu Plzeňského kraje v Plzni, kteří přijali dítě do pěstounské péče v letech 2001, 2002, 2003, 2004 a 2005 (**Tabulka 5, Tabulka 6**).

Šetření bylo prováděno na souboru 56 pěstounských párů a pěstounek (dále jen pěstouni) z jihočeského regionu a na souboru 28 pěstounských párů a pěstounek z plzeňského regionu (**Tabulka 3, Graf 5, Tabulka 4, Graf 6**). Každý soubor byl

rozdělen na dva podsoubory. Jeden tvořili pěstouni, kteří přijali dítě bez handicapu během již zmiňovaných pěti let. Druhý podsoubor byl tvořen pěstouny, kteří přijali dítě s handicapem ve stejném časovém období.

Původním záměrem výzkumu bylo provést porovnání shodných podsouborů obou krajů mezi sebou. Tento záměr se však vzhledem k velmi malému počtu pěstounů dětí s handicapem v Plzeňském kraji nepodařilo naplnit. Bylo proto přistoupeno ke srovnávání dat souboru všech pěstounů z kraje Jihočeského a souboru všech pěstounů z kraje Plzeňského.

Předmětem zájmu byl počet pěstounů v každém roce. U pěstounů byly sledovány tyto údaje: věk, přítomnost vlastních dětí či osvojených dětí v rodině a přítomnost již přijatých dětí v pěstounské péči, dále pak skutečnost dřívější zkušenosti s handicapem (např. v rodině, v blízkém okolí, na pracovišti), zda jsou věřící a jejich motivace k přijetí dítěte do pěstounské péče. Veškerá data se vztahovala k roku, ve kterém pěstouni přijali dítě do pěstounské péče.

Získaná data byla zpracována a byla provedena jejich analýza. Ta vedla k vytvoření základních charakteristik souboru z každého kraje. Výsledné údaje obou souborů byly mezi sebou porovnávány.

3.2.3 Soubor dětí v pěstounské péči

Další část výzkumu se zaměřovala na děti, které byly přijaty do pěstounské péče v roce 2001, 2002, 2003, 2004 a 2005 (**Tabulka 14, Tabulka 16**). Opět byla využita evidence pracoviště Náhradní rodinné péče Krajského úřadu Jihočeského kraje v Českých Budějovicích a pracoviště Náhradní rodinné péče Krajského úřadu Plzeňského kraje v Plzni.

Cílovou skupinu tvořil soubor 74 dětí z jihočeského regionu a soubor 40 dětí z plzeňského regionu (**Tabulka 15, Graf 19, Tabulka 17, Graf 20**). Každý soubor byl rozdělen na dva podsoubory: první tvořily děti bez handicapu a druhý podsoubor byl složen z dětí s handicapem.

Také v tomto případě se nepodařilo provést původně zvolené srovnání shodných podsouborů obou krajů mezi sebou, a to z již jmenovaného důvodu nízkého počtu dětí

s handicapem umístěných do pěstounské péče v Plzeňském kraji. Byla tedy srovnávána data souboru všech dětí z Jihočeského kraje a souboru všech dětí z Plzeňského kraje

Studiem dokumentace jednotlivých dětí byly získány potřebné údaje: počet dětí přijatých v každém roce, věk a pohlaví dítěte, u dětí s handicapem - druh handicapu.

Po shromáždění a analýze dat došlo ke srovnání dvou souborů v základních charakteristikách. Všechny údaje o dětech se vztahují k roku, ve kterém byly umístěné do pěstounské péče.

4. Výsledky

4.1 Výsledky situace v zahraničí

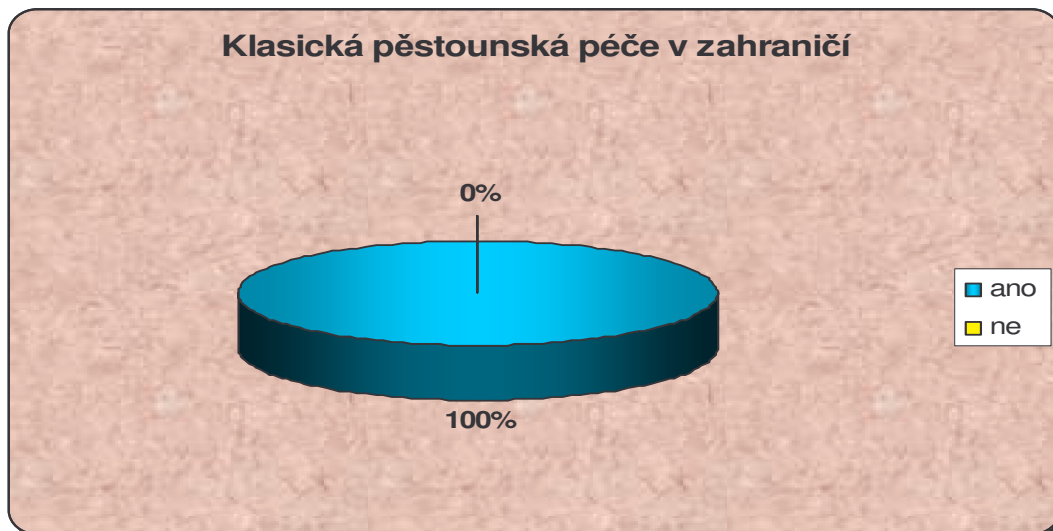
V první řadě se zkoumalo, zda ve sledovaných státech funguje **klasická pěstounská péče**. Tento fakt se potvrdil ve všech 10 (100%) případech. To znamená, že tento typ pěstounské péče funguje v Belgii, Dánsku, Holandsku, Chorvatsku, Irsku, Norsku, Slovinsku, Švédsku, na Slovensku a ve Velké Británii (**Tabulka 1, Graf 1**).

Tabulka 1: Fungování různých forem pěstounské péče v zahraničí

	Belgie	Dánsko	Holandsko	Chorvatsko	Irsko	Norsko	Slovensko	Slovinsko	Švédsko	Velká Británie
Klasická pěstounská péče	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Jiné formy pěstounské péče	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ano
Profesionální pěstounská péče	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano

Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

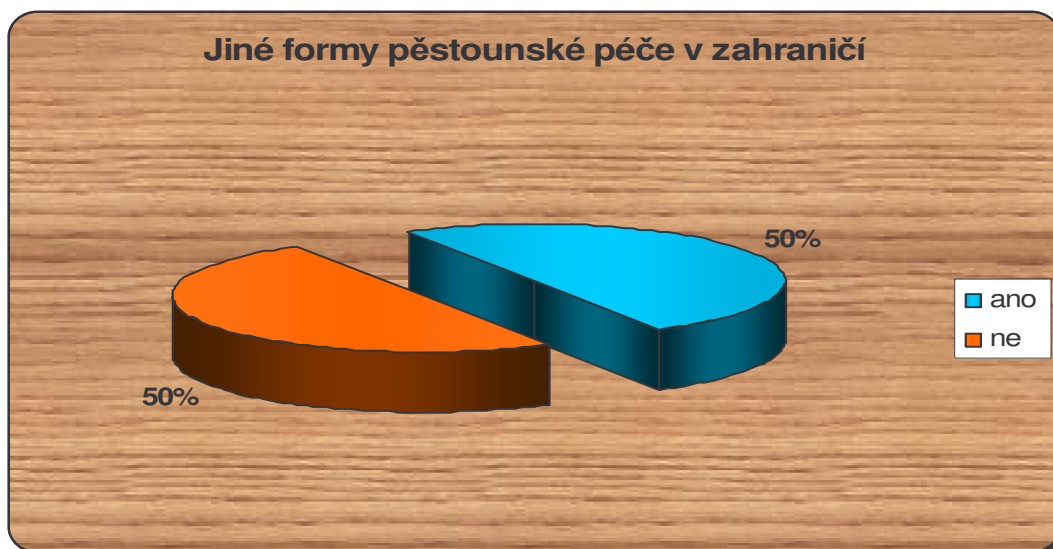
Graf 1: Klasická pěstounská péče v zahraničí (vyjádřeno v %)



Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

Za druhé bylo zjišťováno, zda se v daných státech objevují i **jiné formy pěstounské péče** než je pěstounská péče klasická a profesionální. V 5 (50%) případech tomu tak bylo (Belgie, Chorvatsko, Irsko, Norsko, Velká Británie). Negativní odpověď se týkala také 5 (50%) států – Dánsko, Holandsko, Slovinsko, Švédsko a Slovensko (Tabulka 1, Graf 2).

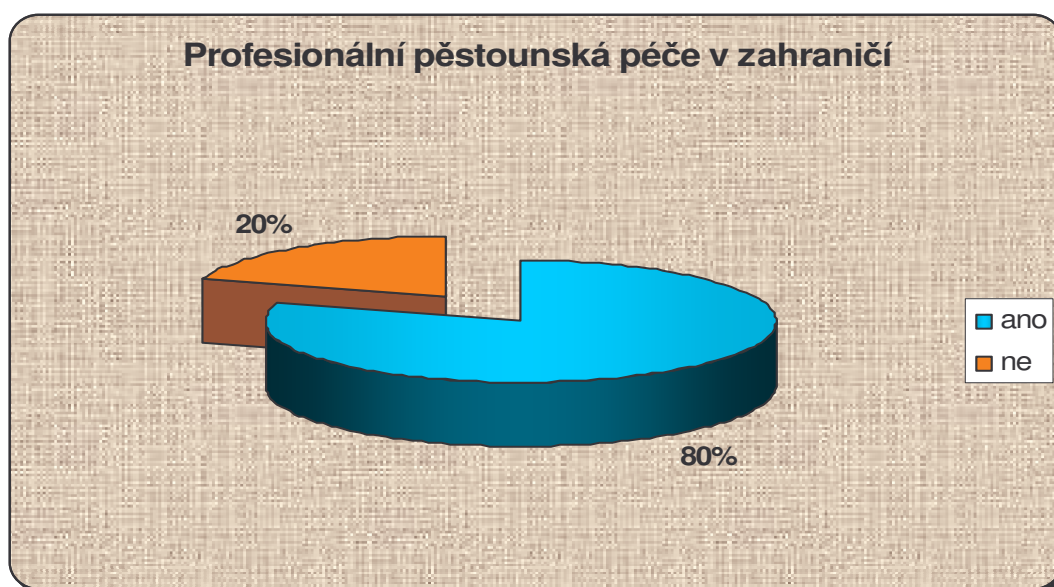
Graf 2: Jiné formy pěstounské péče v zahraničí (vyjádřeno v %)



Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

Třetím sledovaným údajem bylo fungování **profesionální péstounské péče** v daných státech. Z celkového počtu 10 evropských států jich bylo 8 (80%), kde existoval institut profesionální péstounské péče. Jmenovitě se jednalo o Belgii, Dánsko, Holandsko, Chorvatsko, Norsko, Švédsko, Slovensko a Velkou Británii. Ve 2 (20%) případech tato forma neexistovala – Irsko a Slovinsko (**Tabulka 1, Graf 3**).

Graf 3: Profesionální péstounská péče v zahraničí (vyjádřeno v %)



Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

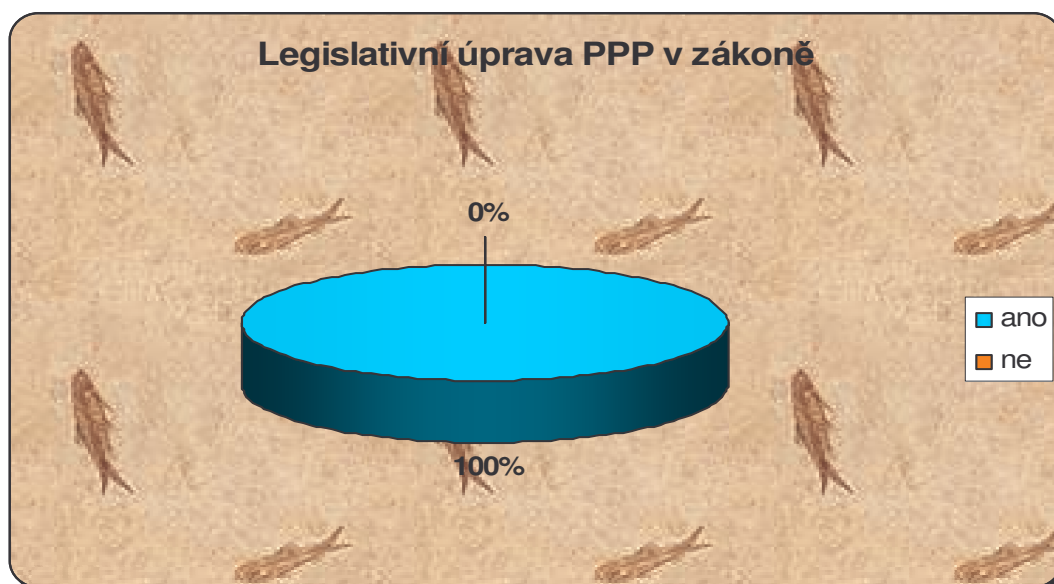
Čtvrtý údaj se zabýval existencí **legislativní úpravy profesionální pěstounské péče v zákoně**. Z celkového počtu osmi států, ve kterých PPP fungovala, bylo 8 (100%) s pozitivní odpovědí. Jednalo se o tyto země: Belgie, Dánsko, Holandsko, Chorvatsko, Norsko, Švédsko, Slovensko a Velká Británie (**Tabulka 2, Graf 4**).

Tabulka 2: Legislativní úprava PPP v zákoně zkoumaných států

	Belgie	Dánsko	Holandsko	Chorvatsko	Norsko	Slovensko	Švédsko	Velká Británie
Leg. úprava PPP v zákoně	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

Graf 4: Legislativní úprava PPP v zákoně (vyjádřeno v %)



Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

4.2 Výsledky porovnání krajů

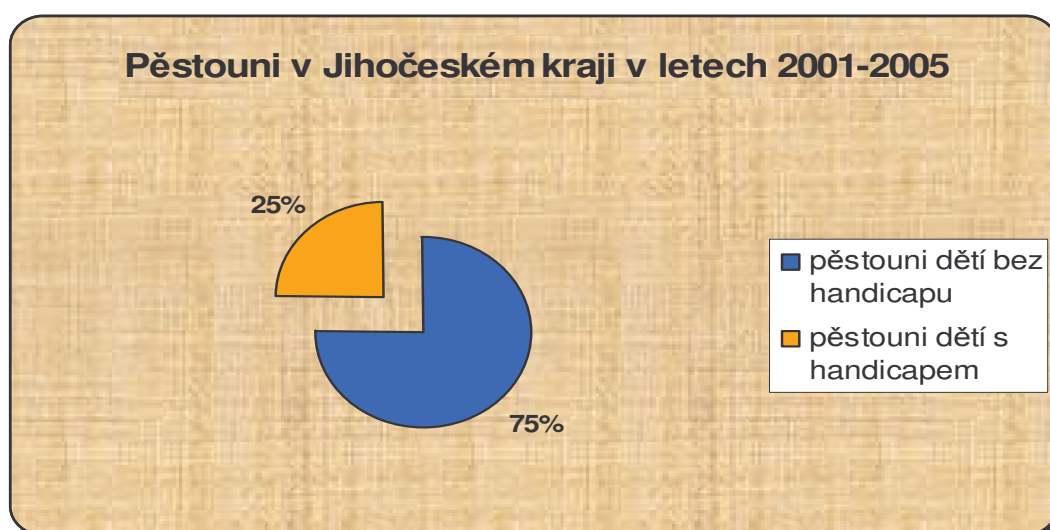
Prvním sledovaným údajem byl **počet pěstounů v letech 2001-2005 v Jihočeském kraji**. Celkem se jednalo o 56 pěstounů, kteří v tomto období přijali dítě do pěstounské péče. Z tohoto počtu bylo 42 (75%) pěstounů, kteří se ujali dítěte bez handicapu. 14 (25%) pěstounů přijalo dítě s handicapem (**Tabulka 3, Graf 5**).

Tabulka 3: Celkový počet pěstounů v Jihočeském kraji v letech 2001-2005

	Pěstouni dětí bez handicapu	%	Pěstouni dětí s handicapem	%	celkem
2001 - 2005	42	75	14	25	56

Zdroj : vlastní výzkum

Graf 5: Pěstouni v Jihočeském kraji v letech 2001-2005 (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

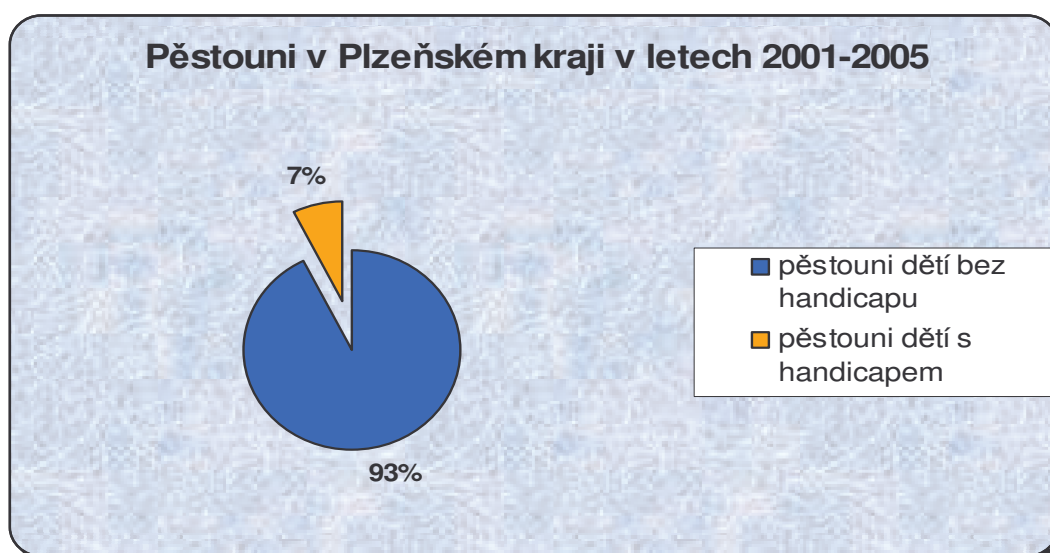
V Plzeňském kraji v letech 2001-2005 přijalo dítě do pěstounské péče celkem 28 pěstounů. Pěstounů dětí bez handicapu bylo 26 (92,9%) a pěstouni dětí s handicapem byli 2 (7,1%) (Tabulka 4, Graf 6).

Tabulka 4: Celkový počet pěstounů v Plzeňském kraji v letech 2001-2005

	Pěstouni dětí bez handicapu	%	Pěstouni dětí s handicapem	%	celkem
2001 - 2005	26	92,9	2	7,1	28

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6: Pěstouni v Plzeňském kraji v letech 2001-2005 (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2001 přijalo dítě do pěstounské péče celkem 20 pěstounů z Jihočeského kraje – z tohoto počtu bylo 16 pěstounů dětí bez handicapu a 4 pěstouni dětí s handicapem. V Plzeňském kraji se v tomto roce jednalo celkem o 10 pěstounů. Dítě bez handicapu přijalo 9 z nich a dítě s handicapem jedni pěstouni (**Tabulka 5, Tabulka 6, Graf 7**).

Tabulka 5: Přehled počtu pěstounů v Jihočeském kraji v letech 2001-2005

rok	Pěstouni dětí bez handicapu	Pěstouni dětí s handicapem	celkem
2001	16	4	20
2002	6	3	9
2003	8	2	10
2004	4	3	7
2005	8	2	10

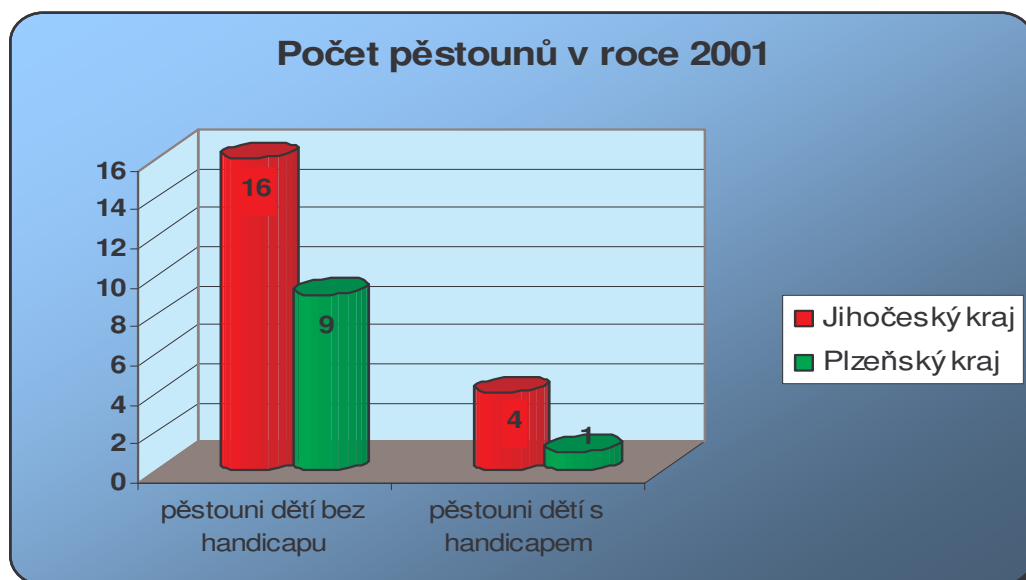
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6: Přehled počtu pěstounů v Plzeňském kraji v letech 2001-2005

rok	Pěstouni dětí bez handicapu	Pěstouni dětí s handicapem	celkem
2001	9	1	10
2002	6	1	7
2003	4	0	4
2004	4	0	4
2005	3	0	3

Zdroj: vlastní výzkum

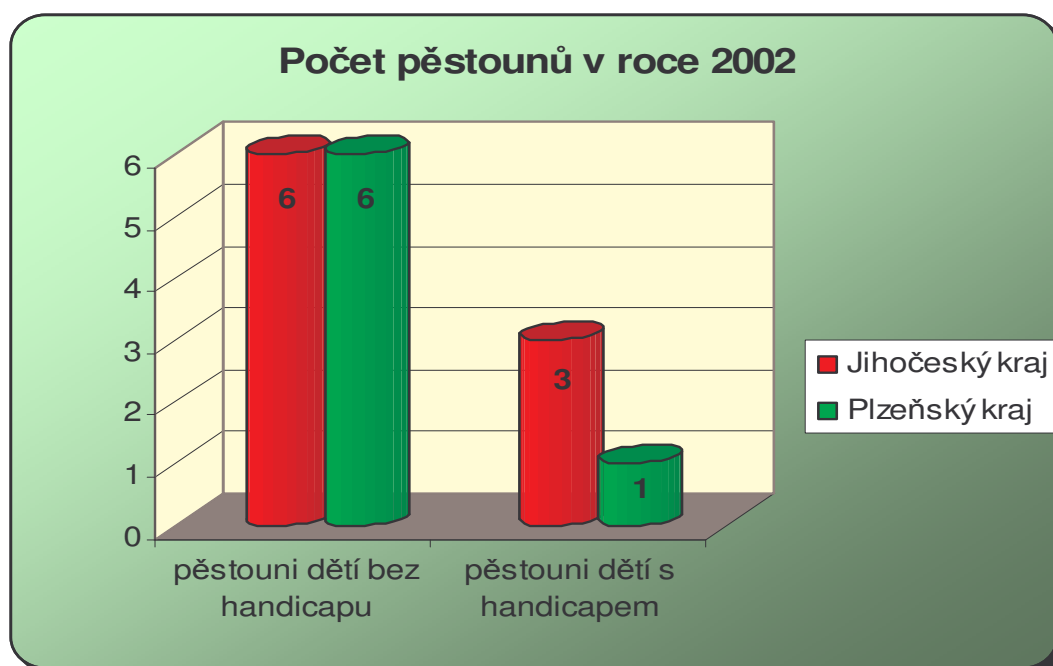
Graf 7: Počet pěstounů v roce 2001



Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2002 v Jihočeském kraji přijalo dítě do pěstounské péče celkem 9 pěstounů, 6 z nich dítě bez handicapu a 3 z nich dítě s handicapem. V Plzeňském kraji bylo celkem 7 pěstounů – z toho 6 přijalo dítě bez handicapu a 1 pěstoun dítě s handicapem (Tabulka 5, Tabulka 6, Graf 8).

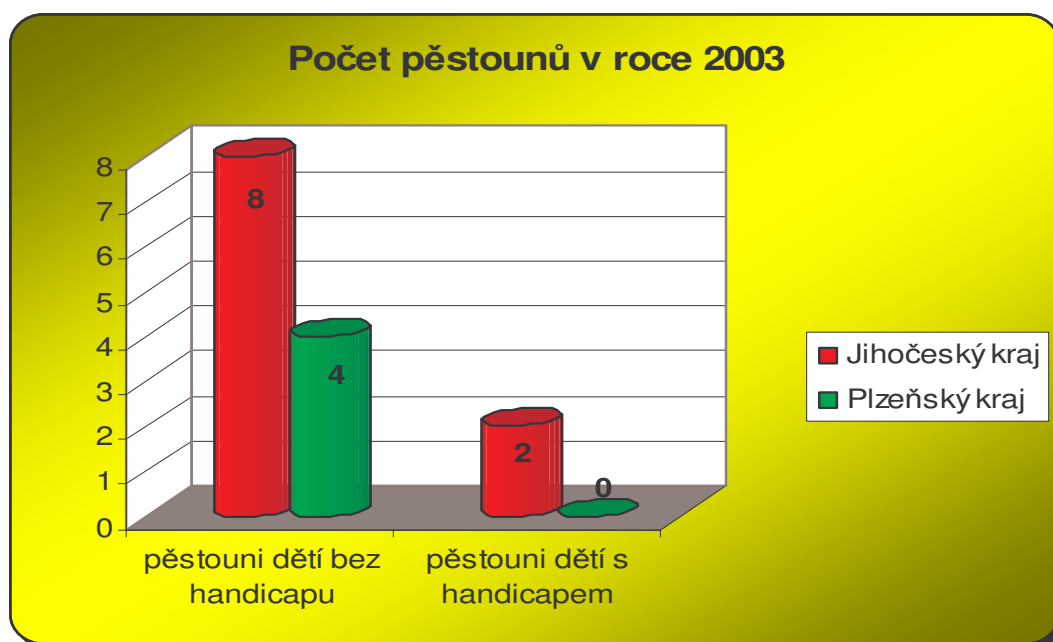
Graf 8: Počet pěstounů v roce 2002



Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2003 přijalo dítě v Jihočeském kraji celkem 10 pěstounů - dítě bez handicapu 8 pěstounů a 2 pěstouni dítě s handicapem. V Plzeňském kraji byl celkový počet pěstounů 4. Všichni 4 přijali dítě bez handicapu, žádný dítě s handicapem (Tabulka 5, Tabulka 6, Graf 9).

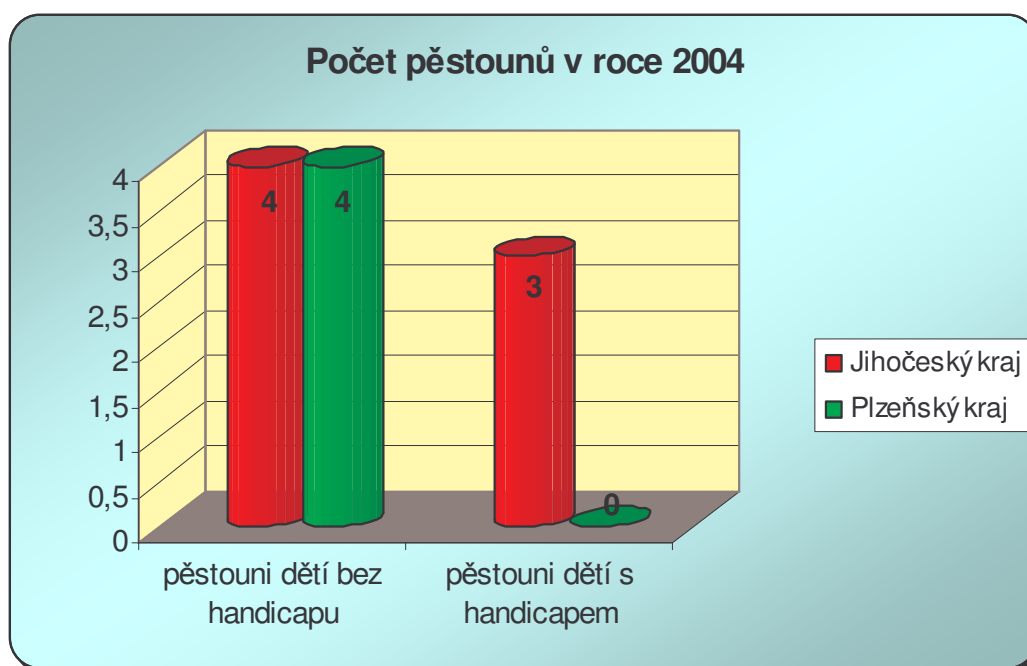
Graf 9: Počet pěstounů v roce 2003



Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2004 bylo v Jihočeském kraji celkem 7 pěstounů, kteří přijali dítě do pěstounské péče : 4 pěstouni dítě bez handicapu a 3 pěstouni dítě s handicapem. V Plzeňském kraji se dítěte ujali celkem 4 pěstouni : vždy se jednalo o dítě bez handicapu, žádný pěstoun nepřijal dítě s handicapem (Tabulka 5, Tabulka 6, Graf 10).

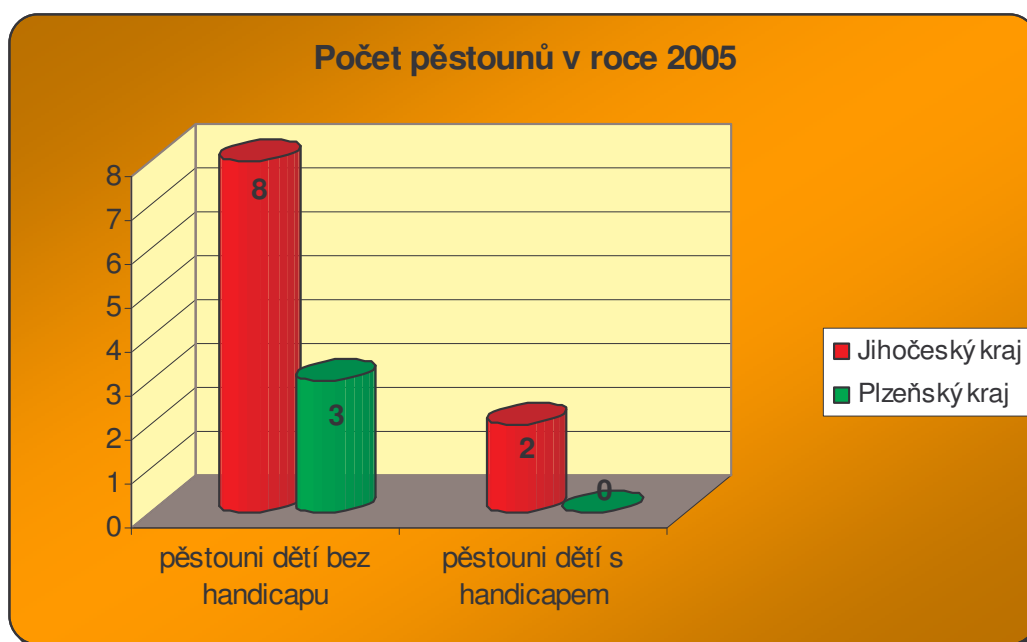
Graf 10: Počet pěstounů v roce 2004



Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2005 byl celkový počet pěstounů v Jihočeském kraji 10 – z nich 8 pěstounů přijalo dítě bez handicapu a 2 pěstouni dítě s handicapem. Celkem 3 pěstouni se ujali dítěte v Plzeňském kraji – všichni tři přijali dítě bez handicapu, žádný dítě s handicapem (Tabulka 5, Tabulka 6, Graf 11).

Graf 11: Počet pěstounů v roce 2005



Zdroj: vlastní výzkum

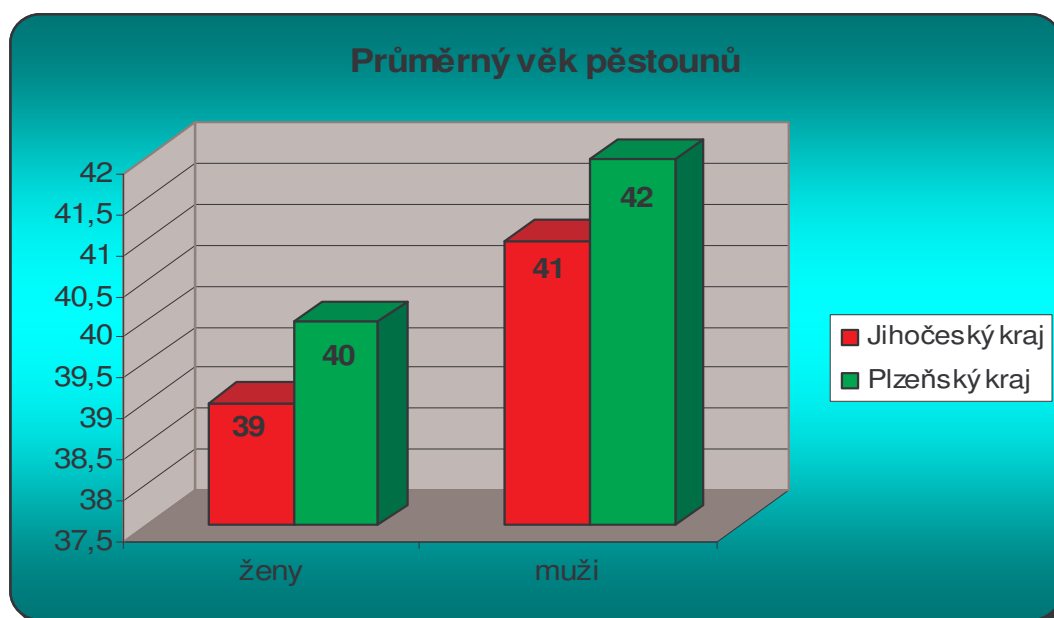
V další části výzkumu byl zjišťován **průměrný věk pěstounů**. V letech 2001-2005 byla v Jihočeském kraji tato věková struktura: ženy 39 let a muži 41 let. V Plzeňském kraji byl průměrný věk žen 40 let a mužů 42 let (**Tabulka 7, Graf 12**).

Tabulka 7: Průměrný věk pěstounů

	ženy	muži
Jihočeský kraj	39	41
Plzeňský kraj	40	42

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12: Průměrný věk pěstounů (vyjádřeno v letech)



Zdroj: vlastní výzkum

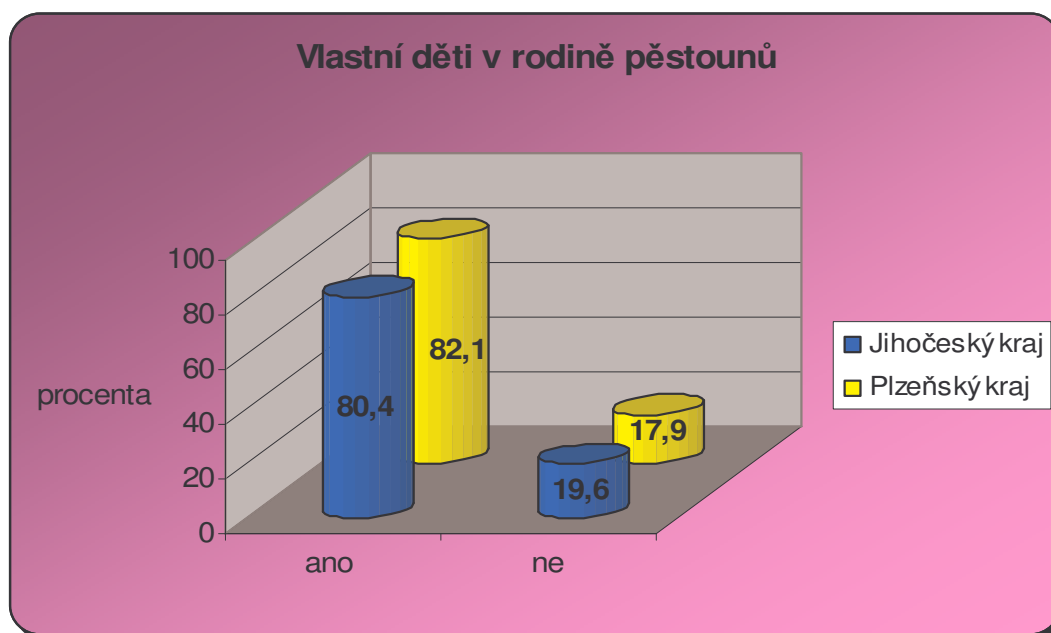
Dále bylo zjišťováno, zda mají pěstouni **vlastní děti**. Jihočeský kraj se vyznačoval tím, že 45 (80,4%) pěstounů mělo vlastní děti a 11 (19,6%) pěstounů nemělo vlastní děti. Ze zkoumaného souboru pěstounů v Plzeňském kraji mělo vlastní děti 23 (82,1%) pěstounů a 5 (17,9%) pěstounů vlastní děti nemělo (**Tabulka 8, Graf 13**).

Tabulka 8: Vlastní děti v rodině pěstounů

	ano	%	ne	%
Jihočeský kraj	45	80,4	11	19,6
Plzeňský kraj	23	82,1	5	17,9

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13: Vlastní děti v rodině pěstounů (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

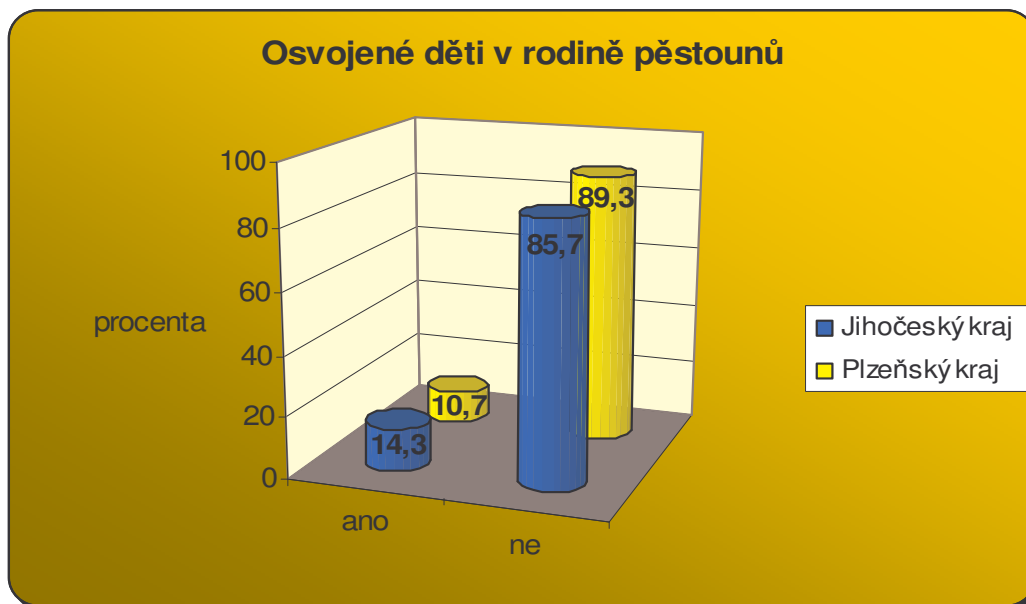
Následující údaj se týkal přítomnosti **osvojených dětí** v rodině pěstounů. V Jihočeském kraji – 8 (14,3%) pěstounů mělo děti osvojené a 48 (85,7%) nemělo děti osvojené. V Plzeňském kraji – měli osvojené děti 3 (10,7%) pěstouni a nemělo děti v osvojení 25 (89,3%) pěstounů (**Tabulka 9, Graf 14**).

Tabulka 9: Osvojené děti v rodině pěstounů

	ano	%	ne	%
Jihočeský kraj	8	14,3	48	85,7
Plzeňský kraj	3	10,7	25	89,3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14: Osvojené děti v rodině pěstounů (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

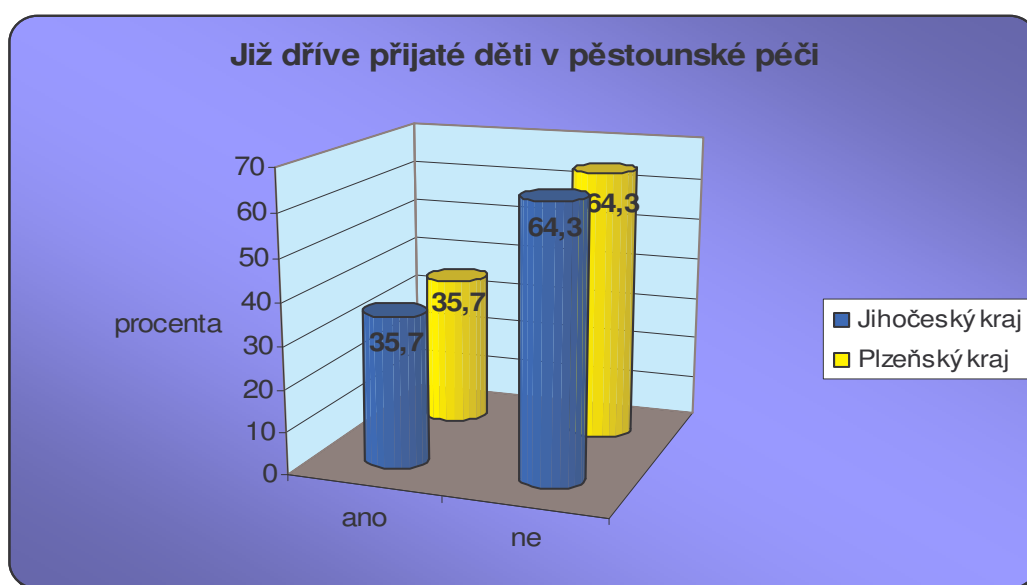
Také bylo zkoumáno, zda jsou přítomny v rodině pěstounů **již dříve přijaté děti v pěstounské péči**. Z Jihočeského kraje 20 (35,7%) pěstounů mělo děti v pěstounské péči a 36 (64,3%) pěstounů ne. Stejná byla situace i v Plzeňském kraji – 10 (35,7%) pěstounů mělo a 18 (64,3%) pěstounů nemělo děti v pěstounské péči (**Tabulka 10, Graf 15**).

Tabulka 10: Již dříve přijaté děti v pěstounské péči v rodině pěstounů

	ano	%	ne	%
Jihočeský kraj	20	35,7	36	64,3
Plzeňský kraj	10	35,7	18	64,3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15: Již dříve přijaté děti v pěstounské péči (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

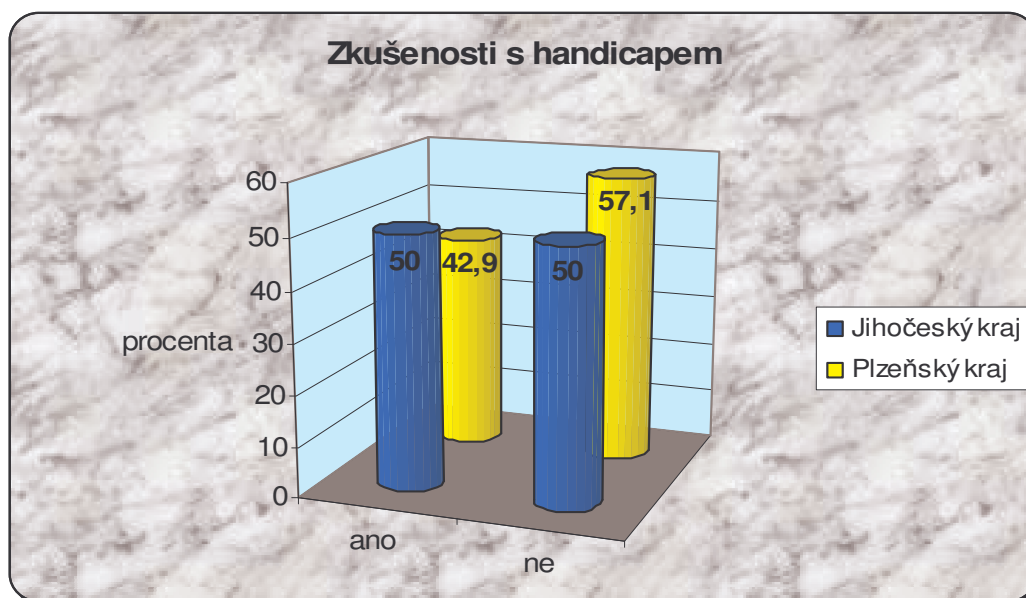
Další část výzkumu se věnovala **zkušenosti pěstounů s handicapem** (zda již nějakou mají ze své rodiny, blízkého okolí nebo z pracoviště). V Jihočeském kraji byl stejný počet pěstounů, kteří ji měli i těch, kteří ji neměli – 28 (50%) pěstounů ano a 28 (50%) pěstounů ne. V Plzeňském kraji mělo 12 (42,9%) pěstounů zkušenost s handicapem a 16 (57,1%) ji nemělo (**Tabulka 11, Graf 16**).

Tabulka 11: Zkušenosti pěstounů s handicapem

	ano	%	ne	%
Jihočeský kraj	28	50	28	50
Plzeňský kraj	12	42,9	16	57,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16: Zkušenosti s handicapem (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

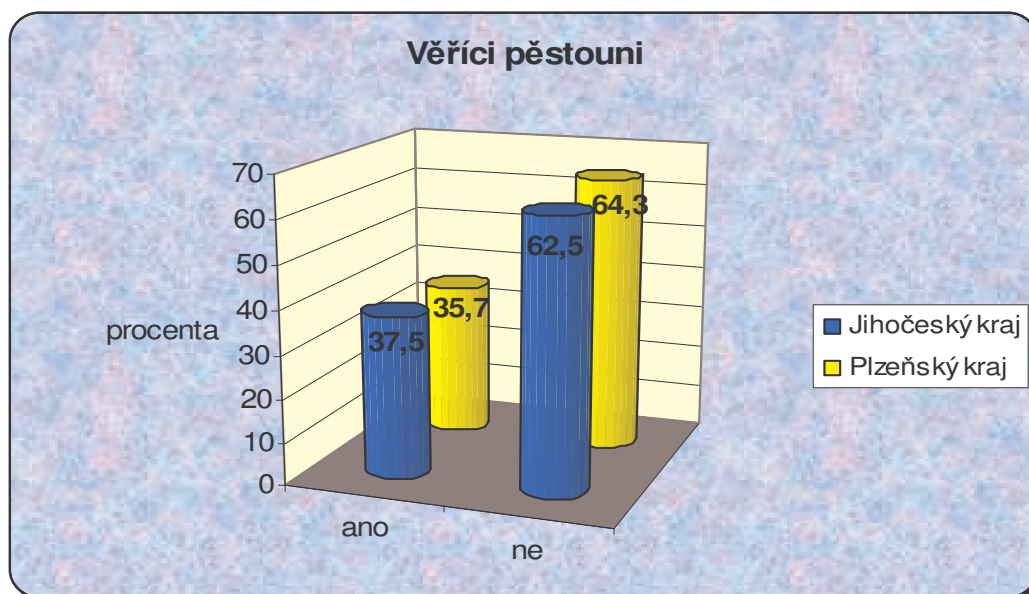
Také se zjišťovalo, zda byli pěstouni lidé **věřící**. V Jihočeském kraji jich z celého souboru bylo 21 (37,5%) věřících a 35 (62,5%) pěstounů, kteří nebyli věřící. Plzeňský kraj vykázal tyto údaje – 10 (35,7%) pěstounů ano, 18 (64,3%) pěstounů ne (**Tabulka 12, Graf 17**).

Tabulka 12: Věřící pěstouni

	ano	%	ne	%
Jihočeský kraj	21	37,5	35	62,5
Plzeňský kraj	10	35,7	18	64,3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17: Věřící pěstouni (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

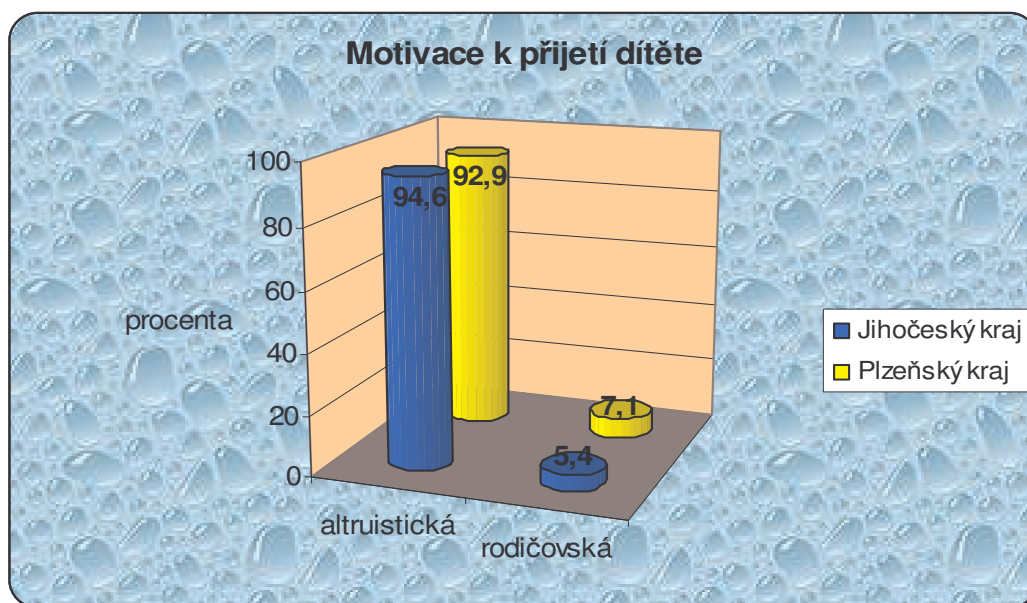
Poslední údajem, který se týkal pěstounů, byla **motivace k přijetí dítěte do pěstounské péče**. Důvody, které vedly pěstouny k tomuto kroku byly rozděleny takto: motivace altruistická a motivace rodičovská. V Jihočeském kraji byly tyto výsledky – 53 (94,6%) pěstounů motivace altruistická a 3 (5,4%) pěstouni motivace rodičovská. V Plzeňském kraji vedla k přijetí dítěte altruistická motivace 26 (92,9%) pěstounů a motivace rodičovská 2 (7,1%) pěstouny (**Tabulka 13, Graf 18**).

Tabulka 13: Motivace k přijetí dítěte do pěstounské péče

	altruistická	%	rodičovská	%
Jihočeský kraj	53	94,6	3	5,4
Plzeňský kraj	26	92,9	2	7,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18: Motivace k přijetí dítěte (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Následovaly údaje, které se týkaly dětí přijatých do pěstounské péče. Nejprve byly zjišťovány **počty dětí v jednotlivých letech**. V Jihočeském kraji bylo umístěno do péče pěstounů: **v roce 2001** – 20 dětí bez handicapu a 4 děti s handicapem, celkem 24 dětí; **v roce 2002** – 12 dětí bez handicapu a 3 děti s handicapem, celkem 15 dětí; **v roce 2003** – 12 dětí bez handicapu a 2 děti s handicapem, celkem 14 dětí; **v roce 2004** – 6 dětí bez handicapu a 3 děti s handicapem, celkem 9 dětí; **v roce 2005** – 10 dětí bez handicapu a 2 děti s handicapem, celkem 12 dětí (**Tabulka 14**).

**Tabulka 14: Počet dětí přijatých do pěstounské péče v Jihočeském kraji
v letech 2001-2005**

rok	Děti bez handicapu	Děti s handicapem	celkem
2001	20	4	24
2002	12	3	15
2003	12	2	14
2004	6	3	9
2005	10	2	12

Zdroj: vlastní výzkum

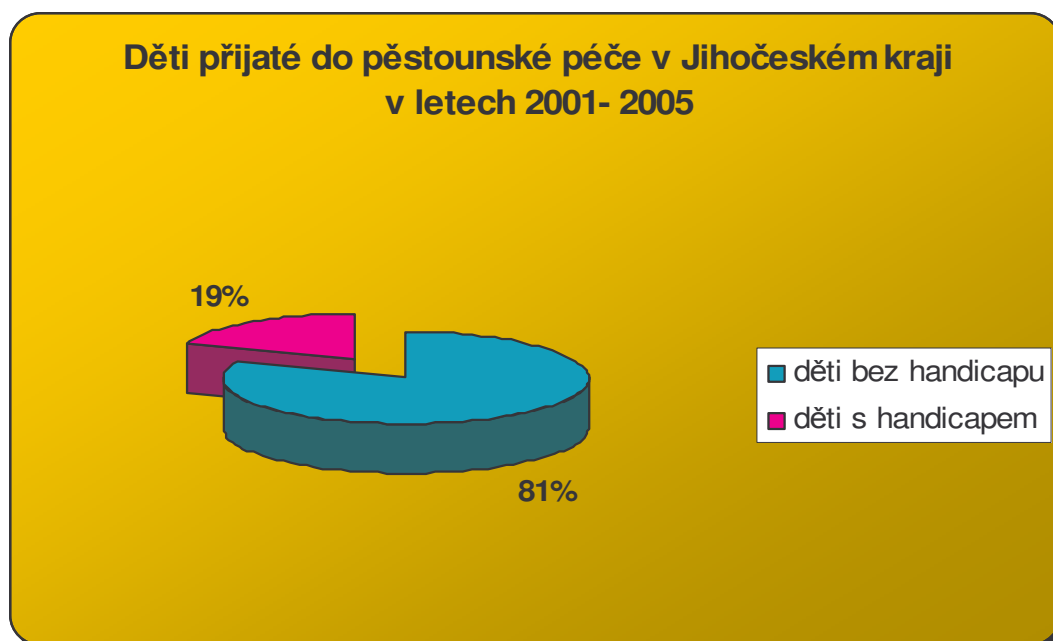
Celkový počet dětí umístěných do pěstounské péče v těchto pěti letech v kraji Jihočeském byl 74. Z tohoto bylo 60 (81%) dětí bez handicapu a 14 (19%) dětí s handicapem (Tabulka 15, Graf 19).

Tabulka 15: Celkový počet dětí přijatých do pěstounské péče v Jihočeském kraji v letech 2001-2005

	Děti bez handicapu	%	Děti s handicapem	%	celkem
2001 - 2005	60	81	14	19	74

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19: Děti přijaté do pěstounské péče v Jihočeském kraji v letech 2001-2005 (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

V **Plzeňském kraji** bylo v roce **2001** umístěno do pěstounské péče celkem 11 dětí – 10 dětí bez handicapu a 1 dítě s handicapem, v roce **2002** celkem 9 dětí – 8 dětí bez handicapu a 1 dítě s handicapem, v roce **2003** celkem 9 dětí – 9 bez handicapu a žádné s handicapem, v roce **2004** celkem 5 dětí – 5 bez handicapu a žádné s handicapem, v roce **2005** celkem 6 dětí – všech 6 bez handicapu a žádné s handicapem (**Tabulka 16**).

**Tabulka 16: Počet dětí přijatých do pěstounské péče v Plzeňském kraji
v letech 2001-2005**

rok	Děti bez handicapu	Děti s handicapem	celkem
2001	10	1	11
2002	8	1	9
2003	9	0	9
2004	5	0	5
2005	6	0	6

Zdroj: vlastní výzkum

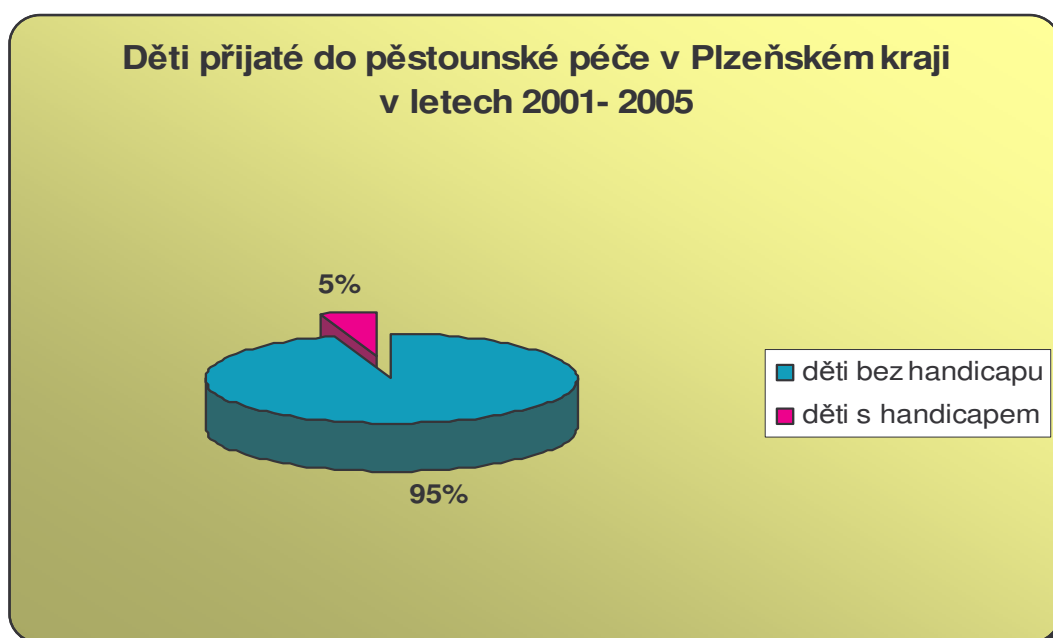
Celkový počet umístěných dětí v Plzeňském kraji tedy byl 40. Z tohoto počtu se jednalo o 38 (95%) dětí bez handicapu a 2 (5%) děti s handicapem (**Tabulka 17, Graf 20**).

Tabulka 17: Celkový počet dětí přijatých do pěstounské péče v Plzeňském kraji v letech 2001-2005

	Děti bez handicapu	%	Děti s handicapem	%	celkem
2001 - 2005	38	95	2	5	40

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20: Děti přijaté do pěstounské péče v Plzeňském kraji v letech 2001-2005 (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

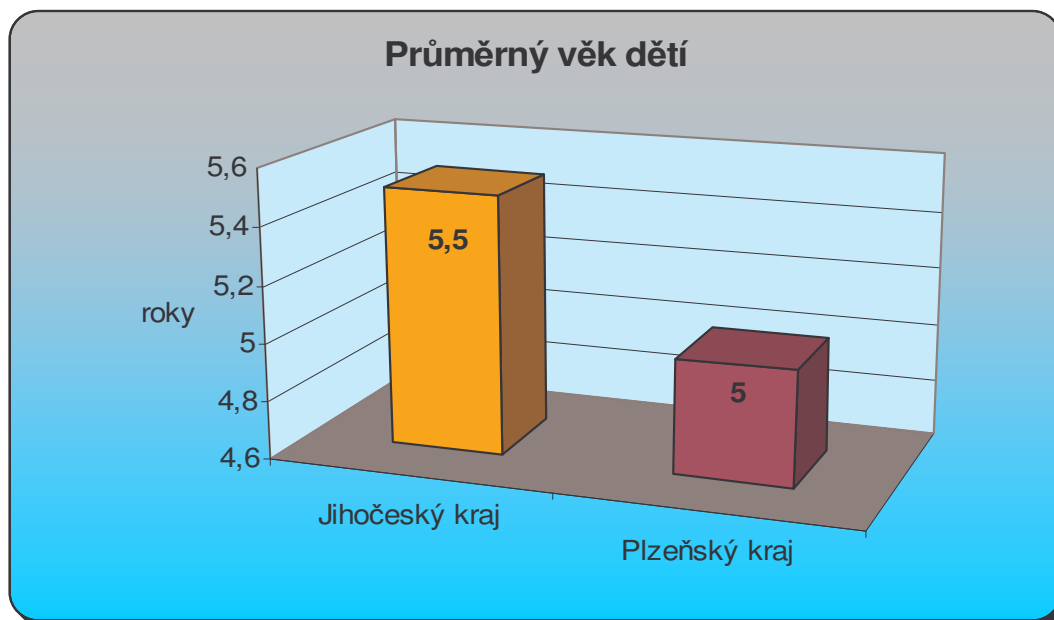
Dalším zkoumaným údajem byl **průměrný věk dětí** přijatých do pěstounské péče za období pěti let v obou zkoumaných krajích. V Jihočeském kraji tento údaj činil 5 let a 6 měsíců, v Plzeňském kraji pak 5 let (**Tabulka 18, Graf 21**).

Tabulka 18: Průměrný věk dětí přijatých do pěstounské péče v letech 2001-2005

	Průměrný věk dětí
Jihočeský kraj	5,5
Plzeňský kraj	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21: Průměrný věk dětí (vyjádřeno v letech)



Zdroj: vlastní výzkum

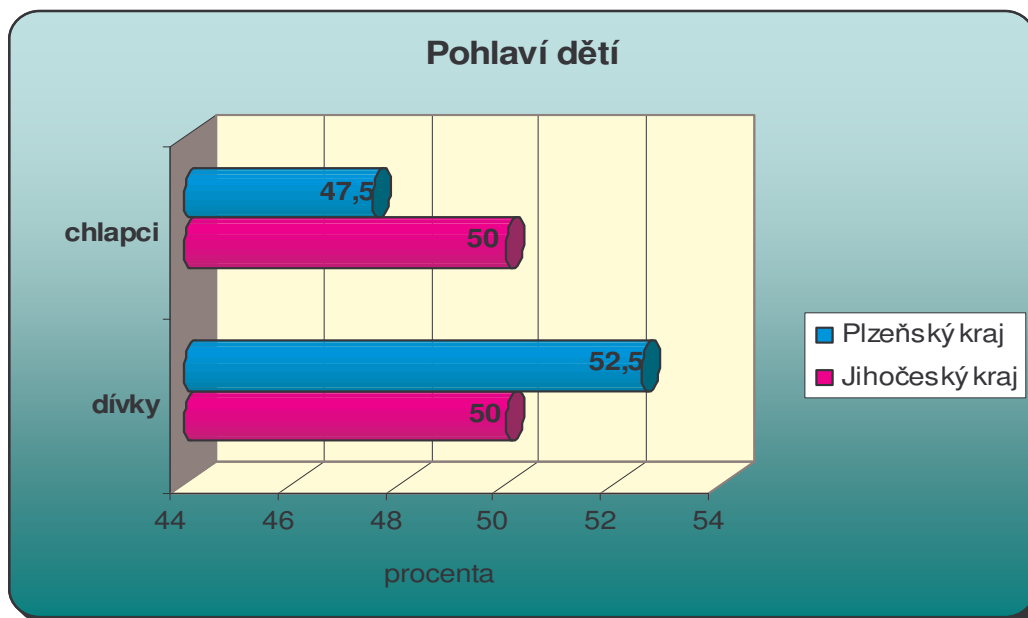
Dalším identifikačním údajem, který byl zjišťován, bylo **pohlaví dětí**. V Jihočeském kraji se podařilo do pěstounské péče umístit 37 (50%) dívek a 37 (50%) chlapců. V Plzeňském kraji tento podíl činil 21 (52,5%) dívek a 19 (47,5%) chlapců (**Tabulka 19, Graf 22**).

Tabulka 19: Pohlaví dětí přijatých do pěstounské péče

	dívky	%	chlapci	%
Jihočeský kraj	37	50	37	50
Plzeňský kraj	21	52,5	19	47,5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22: Pohlaví dětí přijatých do pěstounské péče (vyjádřeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

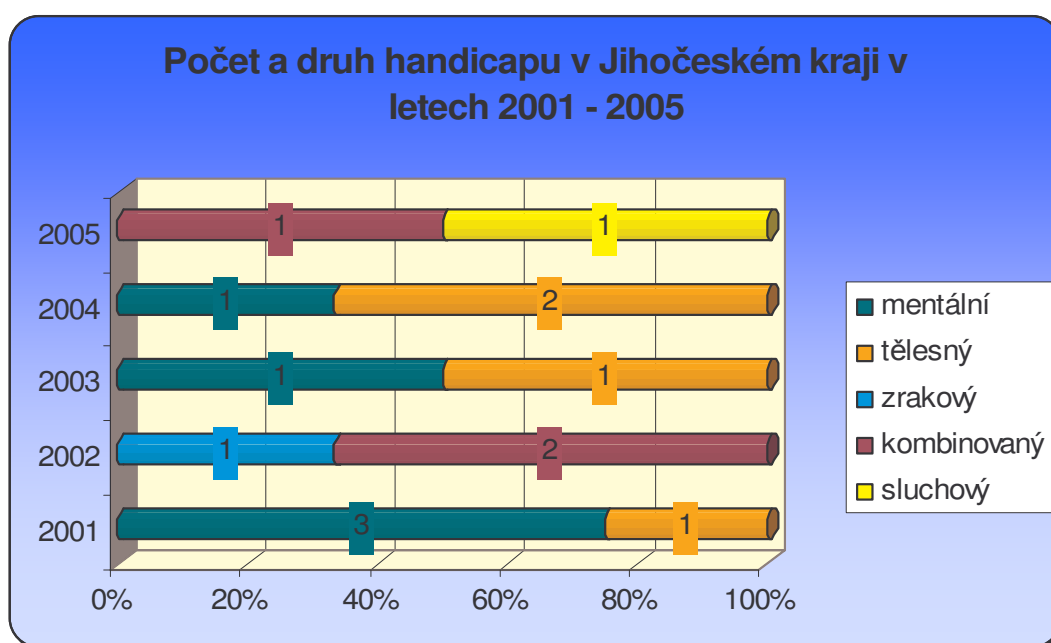
V jednotlivých letech se vyskytovaly různé druhy a různé počty handicapů. V roce 2001 byly přijaty do pěstounské péče v Jihočeském kraji celkem 4 děti s handicapem – 3 měly mentální handicap a 1 mělo handicap tělesný. V Plzeňském kraji se podařilo umístit 1 dítě s mentálním handicapem (Tabulka 20, Graf 23, Graf 24).

Tabulka 20: Počet a druh handicapu v roce 2001

Rok 2001	Mentální handicap	Tělesný handicap	celkem
Jihočeský kraj	3	1	4
Plzeňský kraj	1	-	1

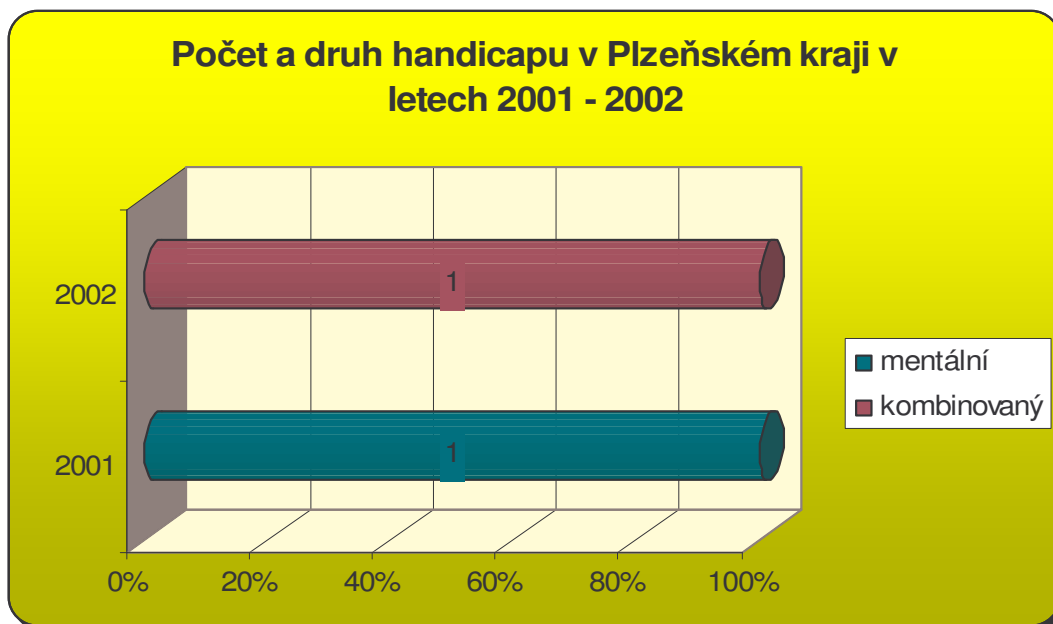
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23: Počet a druh handicapu v Jihočeském kraji v letech 2001-2005



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24: Počet a druh handicapu v Plzeňském kraji v letech 2001-2005



Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2002 bylo v Jihočeském kraji přijato do pěstounské péče 1 dítě se zrakovým handicapem a 2 děti s kombinovaným handicapem, celkem se jednalo o 3 děti. Pouze 1 dítě s kombinovaným handicapem bylo přijato pěstouny v Plzeňském kraji (Tabulka 21, Graf 23, Graf 24).

Tabulka 21: Počet a druh handicapu v roce 2002

Rok 2002	Zrakový handicap	Kombinovaný handicap	celkem
Jihočeský kraj	1	2	3
Plzeňský kraj	-	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

V roce 2003 byl celkový počet dětí s handicapem v Jihočeském kraji 2 – 1 dítě s mentálním a 1 dítě s tělesným handicapem. V Plzeňském kraji nebylo žádné (**Tabulka 22, Graf 23**).

Tabulka 22: Počet a druh handicapu v roce 2003

Rok 2003	Mentální handicap	Tělesný handicap	celkem
Jihočeský kraj	1	1	2

Zdroj :vlastní výzkum

V roce 2004 byl počet dětí s handicapem umístěných do pěstounské péče v Jihočeském kraji 3. Z tohoto bylo 1 dítě s handicapem mentálním a 2 děti s handicapem tělesným. V Plzeňském kraji nebylo žádné (**Tabulka 23, Graf 23**).

Tabulka 23: Počet a druh handicapu v roce 2004

Rok 2004	Mentální handicap	Tělesný handicap	celkem
Jihočeský kraj	1	2	3

Zdroj: vlastní výzkum

V posledním zkoumaném roce 2005 se přijalo do pěstounské péče v Jihočeském kraji 1 dítě s kombinovaným a 1 dítě se sluchovým handicapem, tedy celkem 2 děti s handicapem. V Plzeňském kraji žádné (Tabulka 24, Graf 23).

Tabulka 24: Počet a druh handicapu v roce 2005

Rok 2005	Kombinovaný handicap	Sluchový handicap	celkem
Jihočeský kraj	1	1	2

Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse

Bubleová (5) uvádí, že v České republice žije podobně jako v jiných evropských zemích 1% dětí, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině. Pouze 2% z této skupiny jsou úplní sirotci, většina jich tedy svou vlastní rodinu má, ale ta se o ně z nejrůznějších důvodů nemůže, nechce nebo neumí starat. Oproti jiným opuštěným dětem, žijícím mimo rodinu ve vyspělých evropských zemích, však naše děti nemají stejnou naději k „normálnímu rodinnému životu“. Bohužel proto, že u nás je dosud nejrozšířenější formou péče o opuštěné děti – péče ústavní.

Podle Bubleové a Kovaříka (10) má pěstounská péče dnes zcela nezastupitelné místo v systému náhradní rodinné péče. Vzrůstající počty sociálně osiřelých ohrožených dětí, dětí se zvláštními potřebami a s tím spojené zvyšující se nároky na péči o tyto děti vedly v mnoha vyspělých zemích k další diferenciaci pěstounské péče, především k tzv. profesionální či terapeutické pěstounské péči. Právě tato forma a její různé podtypy v soustavě české náhradní rodinné péče doposud chybí. Po více než dvou desetiletích upozorňování odborníků na tento nedostatek a snah o vytvoření profese pěstouna-terapeuta dochází díky MPSV k tomu, že je problému věnována pozornost a jsou zkoumány různé podoby, formy a typy profesionální péče ve světě s cílem nalézt nejvhodnější aplikační model(y) pro naše domácí podmínky.

I z výsledků výzkumu v rámci této diplomové práce vyplývá, že ve 100% sledovaných evropských zemích funguje klasická pěstounská péče. Dále bylo zjištěno, že 50% z nich nabízí i jiné formy pěstounské péče a 50% z nich nikoliv. Celkem 80% zkoumaných zemí realizuje a využívá profesionální pěstounskou péči ve svém systému náhradní rodinné péče a zároveň všech 100% zmiňovaných států má tento institut legislativně upraven v zákoně. Pouze 20% zemí z tohoto výzkumu profesionální pěstounskou péči nerealizuje.

Bubleová a Kovařík (10) dále uvádí, že kritéria profesionální či terapeutické pěstounské péče se v jednotlivých zemích různí. V anglosaské odborné literatuře se setkáváme se zaměnitelným používáním tří následujících pojmů: „therapeutic foster care“, „specialized foster care“ a „treatment foster care“. V německé jazykové oblasti se

můžeme setkat rovněž s pojmy „socialpedagogische Pflegefamilien für Kinder mit besonderen Bedürfnissen“.

Sobotková (36) zastává názor, že heslo „všechny děti do rodin“ a myšlenka dostupnosti NRP pro všechny děti bez rozdílu, které razí některé z nestátních institucí v rámci propagace nových modelů pěstounské péče, jsou ušlechtilé, ale zatím u nás těžko realizovatelné.

Jiný zdroj (31) konstatuje, že jako výhody této nové formy péče lze považovat zvýšení počtu pěstounů, a tím samozřejmě i počtu dětí, umístěných mimo ústavní zařízení. Nepřehlédnutelným přínosem je i výrazný pokles finančních nákladů na život dětí mimo vlastní rodinu a tím i celkových nákladů státu a samosprávy na zajištění této problematiky. Profesionální pěstounská péče představuje hudbu budoucnosti v péči o děti s nařízenou ústavní nebo uloženou ochranou výchovou. Zatím u nás i nadále přetrvává klasické umístování dětí do ústavních zařízení.

S tímto se ztotožňují i Bubleová a Kovařík (10) jako navrhovatelé vhodného modelu PPP u nás. Cílem zavedení PPP či terapeutické PP je prevence ústavní výchovy, prevence a náprava psychické deprivace a jejích následků, prevence kumulace rizikových faktorů a ohrožení v raných stádiích životní cesty ohrožených dětí, případná sanace biologických rodin a vytváření funkčních rodin náhradních.

Podle našeho názoru, oponuje Koluchová a Sobotková (19), návrh PPP nevychází z důkladné analýzy historie a současné situace v pěstounské péči u nás, ani z dostupných poznatků dlouhodobých výzkumů. Z těchto výzkumů vyplývá, že pěstounská péče byla a je pro většinu dětí kvalitní službou a optimálním řešením jejich osudu. Pokud navrhovatelé PPP argumentují zahraničními zkušenostmi, měli by tyto zkušenosti přebírat objektivně a v celé jejich šíři. Dnes je už totiž známo, že krátkodobá pěstounská péče ukazuje své slabé stránky. Neodpovídá totiž psychickým potřebám dítěte – proto ji musíme zavádět velmi uvážlivě a využívat jen v určitých nutných případech. Pokud by dítě bylo umístěné v krátkodobé pěstounské péči, je nezbytná souběžná sanace jeho biologické rodiny. V současné době není ovšem systém sanace biologických rodin na potřebné úrovni, je teprve v začátcích.

Autoři Bubleová a Kovařík (10) navrhují postupně zavádět krátkodobou profesionální pěstounskou péči, jejíž délka trvání by byla po dobu několika dnů až několika měsíců v případě probíhající krize v rodině nebo při hospitalizaci rodiče; dlouhodobou profesionální pěstounskou péči, jejíž délka trvání by byla několik měsíců až několik let, kdy dítě v péči zůstává, ale stále zůstává zachována vazba na biologickou rodinu.

Dle Koluchové a Sobotkové (19) dlouhodobá profesionální pěstounská péče sice zmenšuje nebezpečí traumatizujících změn prostředí, ale nutně si zde musíme položit otázku: „Proč má dítě několik let žít v instituci, která není rodinou?“ Vždyť jak vyplývá již z názvu, nejde o psychologické rodičovství, ale o odbornou výchovu dětí, byť s různými prvky rodinné výchovy.

Zkušenosti ze Slovenska uvádí Bohovicová (3). Za poslední roky bylo do profesionální pěstounské péče umístěno asi 200 dětí. Zpravidla to byly děti, pro které nebylo v daném čase reálné najít jinou formu péče. Jednalo se o děti starší, převážně sourozenecké skupiny, děti se zdravotním postižením, děti rómské. Uplynulo několik roků. Nikdo skutečně nepracoval na sanaci biologické rodiny těchto dětí, nikdo cíleně nerozvíjel kontakt mezi dětmi a jejich biologickými rodiči a nikdo nehledal jinou formu péče pro tyto děti. Pokud měl mít pobyt dětí v profesionálních rodinách význam, nemůžeme dnes očekávat nic jiného, než že tyto děti mají se svými profesionálními rodiči vybudovaný vztah. Vztah, který trvá i 7-8 let.

Dále se Koluchová a Sobotková (19) přiklání k názoru, že systém stávající pěstounské péče v České republice je vhodné zachovat, ale zdokonalit – například po státní linii zřídit post „rodinného“ psychologa a prohloubit a rozšířit odborné služby. Připouští doplnění stávajícího systému o krátkodobou či speciální pěstounskou péči, ale chápou ji jinak – úžeji – než autoři návrhu PPP. Název „profesionální“ považují za nevhodný, neboť vyvolává představu, že dosavadní pěstounská péče nebyla na dobré odborné úrovni a tudíž je už překonána. Doporučují proto začínat u nás s „profesionální“ pěstounskou péčí velmi uvážlivě, s využitím našich dlouhodobých výzkumů, odborníků i zkušených pěstounů tak, aby respektovali skutečná práva dětí a

aby jejich psychické potřeby byly ve všech formách náhradní rodinné péče opravdu naplňovány.

Autorka této diplomové práce si určila dva cíle. Prvním bylo: **Zjištění stavu pěstounské péče v zahraničí.** S tímto souviselo také stanovení první hypotézy, která zněla: **„Variabilita forem pěstounské péče v České republice není optimální ve srovnání se zahraničím.“** *Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena.*

Druhým cílem této diplomové práce bylo: **Porovnání pěstounské péče u dětí s handicapem v kraji Jihočeském a v kraji Plzeňském.** Původním záměrem výzkumu bylo provést porovnání souborů pouze pěstounů dětí s handicapem. Tento záměr se však vzhledem k příliš malému počtu pěstounů dětí s handicapem v Plzeňském kraji nepodařilo naplnit. Proto autorka práce přistoupila k náhradnímu řešení, při němž vytvořila dva soubory pěstounů (z každého kraje jeden) a porovnávala jejich jednotlivé charakteristiky.

Z výzkumu vyplynulo, že celkový počet pěstounů v Jihočeském kraji, kteří za období let 2001-2005 přijali dítě do pěstounské péče, byl 56. Ve stejném období přijalo dítě do pěstounské péče celkem 28 pěstounů v kraji Plzeňském. Z tohoto počtu pěstounů v kraji Jihočeském přijalo 42 (75%) dítě bez handicapu, v kraji Plzeňském to bylo 26 (92,9%) pěstounů. Dítěte s handicapem se ujalo 14 (25%) jihočeských a 2 (7,1%) plzeňských pěstounů.

Při porovnání počtu pěstounů obou zkoumaných krajů v jednotlivých letech byly následující výsledky. V roce 2001 v Jihočeském kraji 16 a v Plzeňském kraji 9 pěstounů dětí bez handicapu, 4 jihočeští a 1 plzeňští pěstouni dětí s handicapem. V roce 2002 byl počet pěstounů dětí bez handicapu 6 v kraji Jihočeském a 6 v kraji Plzeňském, 3 jihočeští pěstouni dětí s handicapem a 1 plzeňští pěstouni. V roce 2003 skupinu jihočeských pěstounů dětí bez handicapu tvořilo 8 a skupinu plzeňských 4 pěstouni. V kraji Jihočeském pak 2 pěstouni dětí s handicapem a žádní pěstouni v kraji Plzeňském. V roce 2004 byli v Jihočeském kraji 4 pěstouni, kteří přijali dítě bez handicapu a stejný počet (4) i v Plzeňském kraji. 3 jihočeští pěstouni přijali dítě

s handicapem a žádní pěstouni v Plzeňském kraji. V roce 2005 se ujalo dítěte bez handicapu 8 jihočeských pěstounů a 3 plzeňští pěstouni, dítě s handicapem přijali 2 jihočeští pěstouni a žádní plzeňští pěstouni. Počty pěstounů v jednotlivých letech (kromě roku 2001) se v Jihočeském kraji výrazně neměnily, dařilo se vyhledávat pěstouny pro děti bez handicapu i s handicapem. Plzeňský kraj se vyznačoval tím, že počet pěstounů v jednotlivých letech klesal, obzvláště se tento údaj týkal pěstounů dětí s handicapem.

Tak jako Hortová a Bajer (16) i autorka práce je přesvědčena o tom, že největší skupina uchazečů o NRP je tvořena bezdětnými manželskými páry. Motivací pro NRP bývá v těchto případech většinou nenaplněná rodičovská potřeba, touha mít děti, uchovat rod, soužitím s dětmi dát svému životu smysl. Druhou skupinu uchazečů o NRP tvoří manželé i jednotlivci, kteří žádají o svěření dítěte do pěstounské péče. Často to bývají lidé, kteří již vlastní děti mají, ale cítí dostatek energie i citové kapacity vychovat ještě další děti. Jsou často vedeni altruistickými motivy dát šanci potřebnému dítěti.

K tomuto názoru se přiklání také Matějček (26). U pěstounů, kteří většinou své vlastní děti mají, se spíše uplatňuje touha mít dětí více, pomáhat těm, které toho nejvíce potřebují, projevit „vděčnost“ za osobní osudové štěstí.

Pokud se jedná o individuální charakteristiky pěstounů, bylo výzkumem zjištěno, že v obou zkoumaných krajích se tyto údaje o pěstounech téměř shodovaly. Průměrný věk žen v Jihočeském kraji činil 39 let a v Plzeňském kraji 40 let. U mužů v Jihočeském kraji dosahoval 41 let a 42 let u mužů v kraji Plzeňském. Vlastní děti mělo 80,4% jihočeských pěstounů a 82,1% plzeňských pěstounů. U 19,6% pěstounů z Jihočeského kraje vlastní děti v rodině nebyly, stejně tak tomu bylo u 17,9% pěstounů z Plzeňského kraje. 14,3% pěstounů z kraje Jihočeského a 10,7% pěstounů z kraje Plzeňského osvojilo dítě. Žádné osvojené dítě nebylo u 85,7% pěstounů jihočeských a u 89,3% pěstounů plzeňských. Údaje o již dříve přijatých dětech v pěstounské péči se naprosto shodovaly v obou porovnávaných krajích: ano – 35,7%, ne – 64,3%.

Pěstouni bývají ve svých nárocích na dítě mnohem tolerantnější než osvojitelé, tvrdí Hortová a Bajer (16). Přijímají i děti závažněji tělesně i mentálně handicapované. Lépe se vyrovnávají i s nejrozmanitějšími těžkostmi, které péče a výchova vyžaduje.

Průšová (33) uvádí, že v mnoha případech jsou do pěstounské péče svěřovány děti, které by pro své zdravotní, mentální, ale i sociální handicapy nemohly být umístěny v osvojení.

Podle Papcunové (27) jako motivaci přijetí dítěte s handicapem do pěstounské péče uvádějí pěstouni nejčastěji pomoc dítěti v těžké životní situaci.

Autorka sdílí názor s Hortovou a Bajerem (16), že mezi pěstouny lze objevit i specifickou skupinu lidí křesťansky orientovaných, jejichž motivace má svoje zdroje v křesťanské nauce. V této skupině se lze setkat až s nápadnou tolerancí i k nejzávažnějším typům postižení.

Obecně se lidé bojí neznámého. Takový bývá i přístup mnoha lidí k jedincům s handicapem. Pokud již totiž známe problematiku handicapu, mění to i náš pohled na jedince s handicapem a přístup k němu. Proto se autorka práce domnívá, že dřívější zkušenost pěstounů s handicapem je také jednou z příčin, proč se takového dítěte ujímají.

I z výsledků výzkumu v rámci této práce vyplývá, že 37,5% pěstounů z kraje Jihočeského a 35,7% pěstounů z kraje Plzeňského bylo věřících. Tento údaj se nepotvrdil u 62,5% jihočeských a u 64,3% plzeňských pěstounů. Zkušenostmi s handicapem se vyznačovalo 50% pěstounů kraje Jihočeského a 42,9% pěstounů z kraje Plzeňského. Žádnou takovou zkušenost nemělo 50% jihočeských a 57,1% plzeňských pěstounů. Také byla zjišťována motivace k přijetí dítěte do pěstounské péče. Altruistická motivace se týkala 94,6% jihočeských a 92,9% plzeňských pěstounů, Rodičovská motivace vedla k přijetí dítěte 5,4% pěstounů z Jihočeského kraje a 7,1% pěstounů z Plzeňského kraje.

Již předešlé citace dokládají, že mezi pěstouny se objevují lidé křesťansky založení. Dle názoru autorky právě tato duchovní dimenze života obohacuje pěstouny velikou láskou a neskutečnou vnitřní silou, s kterými se dokáží starat o děti s handicapem.

Podle tvrzení Sobotkové (35) časté křesťanské zázemí pěstounských rodin se výstižně odráží v tomto výroku: „Nebrali jsme si dítě proto, že by nám něco chybělo, ale proto, že nám přebývá láska.“

Kovařík (20) konstatuje, že většina lidí, kteří si vezmou do náhradní péče postižené dítě, své rodičovské potřeby již nějak realizovali a mají většinou i své vlastní děti. Přesto jsou jejich rodičovské schopnosti natolik rozsáhlé, že mají sílu dát je ještě někomu jinému. Cítí, že mohou být ještě nějak potřební. Velmi často jsou to lidé s pevným životním zakotvením, kteří mají reflektovanou či nereflektovanou víru v to, že život a svět má vlastní hluboký smysl. V mnoha případech jsou to lidé s náboženským vyznáním, kteří vyznávají duchovní dimenzi života.

Matějček (22) uvádí, že vlastní motivací k přijetí „cizího“ dítěte byl u těchto lidí pocit vděčnosti (ne nutně náboženského obsahu) za překonání osobního neštěstí, osobní viny, osobního životního zklamání, přičemž k tomuto „překonání“ (více méně „spáse“) došlo nezištnou pomocí druhých lidí. Jinak řečeno, láska a lidská solidarita vyvolala v těchto lidech vnitřní odezvu, jejímž výsledkem bylo samozřejmé sdílení pocitu obdarování a osvobození s někým, kdo to potřebuje – tedy opuštěným dítětem.

Další část výzkumu byla zaměřena na počty dětí umístěných do pěstounské péče v období let 2001-2005 v obou zkoumaných krajích. V porovnání se data jednotlivých krajů zásadně lišila: v Jihočeském kraji postupně mírně klesal celkový počet dětí a v kraji Plzeňském prudce klesal počet umístěných dětí – zejména pak dětí s handicapem. V roce 2001 bylo v Jihočeském kraji umístěno 20 dětí bez handicapu do pěstounské péče a 10 dětí v Plzeňském kraji, 4 děti s handicapem v kraji Jihočeském a 1 takové dítě v Plzeňském kraji. V roce 2002 byly tyto údaje: Jihočeský kraj – 12 dětí bez handicapu, Plzeňský kraj – 8 dětí bez handicapu; Jihočeský kraj – 3 děti s handicapem, Plzeňský kraj – 1 dítě s handicapem. V roce 2003 se umístilo 12 jihočeských dětí bez handicapu a 9 plzeňských dětí bez handicapu, 2 děti s handicapem v kraji Jihočeském a žádné dítě z handicapem v kraji Plzeňském. V roce 2004 bylo 6 dětí bez handicapu v jihočeském regionu a 5 takových dětí v plzeňském regionu přijato do pěstounské péče, děti s handicapem byly 3 v Jihočeském kraji a žádné v Plzeňském. V roce 2005 se umístilo 10 jihočeských dětí bez handicapu a 6 plzeňských dětí bez handicapu, skupinu dětí s handicapem tvořily 2 děti v Jihočeském kraji a žádné dítě v Plzeňském kraji.

Děti v pěstounské péči si můžeme z hlediska kontaktů s původní rodinou rozdělit do dvou skupin. Snazší situaci mají ty, jejichž rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti. Samozřejmě z téhož důvodu mají snazší situaci i jejich pěstouni, prostě celá rodina. Mnozí žadatelé, kteří vědí o možných komplikacích, proto ve svých požadavcích na dítě požadují právě toto zbavení. Jinak jsou ve svých požadavcích tolerantní – jsou ochotni přijmout dítě tmavší pleti, zdravotně postižené, sourozence, apod.(26).

Zkoumaným datem byl také průměrný věk dětí přijatých do pěstounské péče. V Jihočeském kraji tento údaj činil 5 let a 6 měsíců, v Plzeňském kraji pak 5 let. Dále se výzkum zabýval zjišťováním pohlaví dětí přijatých do pěstounské péče. 37 (50%) dívek bylo umístěno v Jihočeském kraji a 21 (52,5%) dívek v kraji Plzeňském. Podíl chlapců v Jihočeském kraji činil počet 37 (50%), v Plzeňském kraji 19 (47,5%) chlapců. Oba sledované kraje se v těchto datech téměř neodlišovaly.

Poslední údaj, na který byl výzkum zaměřen, se týkal druhu handicapu u dětí umístěných do pěstounské péče ve sledovaném období. V Jihočeském kraji se nejčastěji vyskytoval handicap mentální – 5 dětí (roky 2001, 2003, 2004), 4 děti byly s handicapem tělesným (roky 2001, 2003 a 2004), handicap kombinovaný se objevil u 3 dětí (roky 2002 a 2005) a stejným poměrem byl zastoupen handicap sluchový – 1 dítě (rok 2005) a handicap zrakový – 1 dítě (rok 2002). V Plzeňském kraji se stejným podílem vyskytoval handicap mentální – 1 dítě (rok 2001) a handicap kombinovaný také 1 dítě (rok 2002).

Druhá hypotéza zněla: **„Výsledky porovnání dat obou zkoumaných krajů se nebudou zásadně lišit.“** *Tato hypotéza nebyla potvrzena.* I když v řadě dílčích charakteristik nastala velká shoda dat obou krajů, došlo k výrazným odlišnostem v počtech pěstounů dětí bez handicapu i pěstounů dětí s handicapem. Stejně tak tomu bylo u počtu dětí bez handicapu a dětí s handicapem, které byly umístěné do pěstounské péče.

Cílem diplomové práce bylo *zjištění stavu pěstounské péče v zahraničí a porovnání pěstounské péče u dětí s handicapem v kraji Jihočeském a v kraji Plzeňském*. V souladu s cílem práce byly stanoveny dvě hypotézy: *1. – variabilita forem pěstounské péče v České republice není optimální ve srovnání se zahraničím. 2. – výsledky porovnání dat obou zkoumaných krajů se nebudou zásadně lišit.*

Po vyhodnocení získaných dat a údajů se první hypotéza potvrdila, druhá hypotéza nebyla potvrzena. Cílů se podařilo dosáhnout, neboť byly zmapovány formy pěstounské péče v některých evropských zemích a byla porovnána pěstounská péče dvou demograficky podobných krajů za období let 2001-2005.

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo **zjištění stavu pěstounské péče v zahraničí a porovnání pěstounské péče u dětí s handicapem v kraji Jihočeském a v kraji Plzeňském**. Tyto cíle se podařilo splnit. V souladu s cíli práce byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza byla potvrzena, druhá potvrzena nebyla.

V naší zemi má systém náhradní rodinné péče velkou tradici. V průběhu let procházel také změnami, ale ty nebyly vždy ku prospěchu věci. Můžeme se pochlubit mnoha odborníky, kteří problematiku obohatili nejen u nás ale i v zahraničí. Podle výzkumu této práce se systém pěstounské péče v zahraničí již posouvá dál, a to směrem k profesionální pěstounské péči. Ta se však v našich podmínkách prozatím nerealizuje, ale již se objevil návrh modelu profesionální pěstounské péče v České republice. Existují u nás její odpůrci a zastánci, v některých evropských zemích již má několikaletou tradici. Z odborné literatury lze zjistit, že její realizace má pozitivní i negativní stránky.

Výzkumem bylo zjištěno, že u pěstounů nedochází k nějakým výrazným odlišnostem v charakteristikách. I podle citované literatury tedy obecně platí, že se jedná o lidi, kteří mají dostatek sil a potřebu vychovávat další dítě. Berou na sebe náročný úkol a ten vyžaduje spoustu trpělivosti a odhodlání, protože velmi často musí čelit problémům ze strany dítěte i ze strany jeho biologických rodičů. Jejich odhodlání věnovat se opuštěným dětem je tedy obdivuhodné a zaslouží si jak velkou pozornost tak i ocenění. K výrazným odlišnostem došlo při porovnání dat obou krajů, která se týkala počtů pěstounů a počtů dětí umístěných do pěstounské péče. V řadě dílčích charakteristik pěstounů i dětí obou krajů byla velká shoda.

Velký obdiv a poděkování by jistě také mělo patřit všem těm, kteří se problematikou náhradní rodinné péče zabývají. V našich podmínkách se to týká těch, kteří budoucí pěstouny vyhledávají a zprostředkovávají pěstounskou péči. Jedná se o práci velmi náročnou a zodpovědnou z mnoha hledisek, lidský a chápatelivý přístup těchto lidí může určitě kladným způsobem ovlivnit proces hledání, zprostředkování i dalšího společného života dítěte a pěstounů. Vše pochopitelně ale nekončí umístěním dítěte do

náhradní rodiny, protože v tomto okamžiku začíná nová cesta pro dítě i jeho pěstouny, která je mnohdy posetá mnoha úskalími. Obě zúčastněné strany tak potřebují pomocnou ruku a doprovod v podobě rad a pomoci. Nezbyvá než věřit, že jsou jim vždy dostupné a nápomocné.

Autorka se snažila tuto problematiku přiblížit nejen po stránce statistické, ale také po stránce zdravotně sociální. Existuje jistě mnoho činitelů, kteří tuto problematiku ovlivňují pozitivním způsobem. Mezi ně bychom mohli zařadit legislativní změny náhradní rodinné péče, vliv osvěty v oblasti problémů s handicapem, budování školských sítí a speciálních zařízení pro výchovu a vzdělávání dětí s postižením. Vzhledem k častému výskytu různých druhů handicapů je jistě přínosné se touto problematikou zabývat.

Výsledky diplomové práce pomohou při hledání nových pěstounů, při zjišťování jejich individuálních charakteristik a pro práci s nimi. Mohou sloužit také jako statistický přehled práce pracovišť NRP KÚ v Českých Budějovicích a v Plzni za období let 2001-2005.

Trendem dnešní doby se stala kvanta charitativních sbírek pro děti s postižením nebo pro děti v dětských domovech, apod. Je to jistě záslužné a podaří se tak shromáždit pěknou řádku peněz a ty pak těmto dětem předat. Stále ale větší přínos autorka spatřuje v tom, že se pro osiřelé dítě s handicapem vyhledává vhodná rodina a toto dítě má pak šanci žít v rodinném prostředí plném lásky a pochopení.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARCHEROVÁ, C. *Dítě v náhradní rodině*. Přel. P. Vlčková. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 120 s. Přel. z: *First steps in Parenting the Child Who Hurts. Tiddlers and Toddlers*. ISBN 80-7178-578-4.
2. BERÁNKOVÁ, K. *Novela umožní lépe ochránit děti* [online]. 2006, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=5090>>.
3. BOHOVICOVÁ, M. *Potrebujeme profesionálne rodičovstvo?* In *Nebyť sám*. Bratislava: ANR, 2006, roč.3, č.2, s.10-11. ISSN 1336-6025.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČNS ISO 690 a ČNS ISO 690-2 (01 0197): část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004. URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>.
5. BUBLEOVÁ, V. *Systém náhradní rodinné péče* [online]. 2000, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=546>>.
6. BUBLEOVÁ, V. – BENEŠOVÁ, L. *Ne pérovat, ale pěstovat*. In *Náhradní rodinná péče*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2001, č. 3, s. 10-13. ISSN 1212- 3765.
7. BUBLEOVÁ, V. – KOVAŘÍK, J. *Nové trendy, nové projekty v NRP – co stále chybí?* [online]. 2007, [cit.2007-01-03]. Dostupné z: <<http://www.adopce.com/beta/adopce/grafy.php?stranka6#1>>.

8. BUBLEOVÁ, V. – KOVAŘÍK, J. *Prohlášení ke stavu systému náhradní péče a péče o dítě a rodinu* [online]. 2003, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=3290>>.
9. BUBLEOVÁ, V. – KOVAŘÍK, J. *Současné problémy systému náhradní péče a monitorování situace českých dětí a jejich práv* [online]. 2007, [cit. 2007-01-03]. Dostupné z: <<http://adopce.com/beta/adopce/grafy.php?stranka6#1>>.
10. BUBLEOVÁ, V. – KOVAŘÍK, J. – PAZLAROVÁ, H. et al. *Mezinárodní srovnání přístupů a forem realizace pěstounské péče se zřetelem k využití profesionálních pěstounů při řešení situace ohroženého dítěte a neintegrace rodiny* [online]. 2002, [cit. 2007-01-30]. Dostupné z: <http://www.vupsv.cz/Bubleova_Kovarik_Mezinar_srov_pestoun_pece.pdf>.
11. CANFIELD, J. – HANSEN, M.V. *Slepičí polévka pro duši matky*. Přel. J. Novotná. 1. vyd. Praha: Columbus, 1999. 276 s. Přel. z: Chicken Soup for the Mother's Soul. ISBN 80-7249-038-9.
12. *Dávky státní sociální podpory* [online]. 2007, [cit. 2007-01-05]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/2#dsp>>.
13. DUNOVSKÝ, J. – EGGERS, H. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 256 s. ISBN 08-030-89.
14. FIJALOVÁ, L. *Systém náhradní rodinné péče očima studenta sociálních věd* [online]. 2001, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=1794>>.
15. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

16. HORTOVÁ, M. – BAJER, P. *Cesty k pravému rodičovství*. In Sociální práce. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2003, č. 2, s. 2-9. ISSN 1213-624.
17. *Hostitelská péče* [online]. 2005, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par%5Bid_v%5D=369&par=5Blang=5D=CS.
18. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
19. KOLUCHOVÁ, J. – SOBOTKOVÁ, I. *Význam uspokojování psychických potřeb dětí v pěstounské péči*. In *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2004, č.1, s.13-15. ISSN 1213-0494.
20. KOVAŘÍK, J. *Náhradní rodinná péče u nás* [online]. 2000, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <http://lata.web3.cz/prednasky/prednaska6.php.21.3.2000>.
21. LANGMEIER, J. - MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 3. dopln. vyd. Praha: Avicenum, 1974. 397 s.
22. MATĚJČEK, Z. *Co vedlo k obnovení pěstounské péče u nás*. [online]. 2001, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=1477>.
23. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN 80-85282-83-6.
24. MATĚJČEK, Z. *Příprava koncepce péče o děti bez vlastního rodinného zázemí (výňatky)*. In *Průvodce náhradní rodinnou péčí*. Brno: Sdružení pěstounských rodin, 2005, č.4, s.17-20.

25. MATĚJČEK, Z. – DYTRYCH, Z. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 144 s. ISBN 80-7169-897-0.
26. MATĚJČEK, Z. – KOLUCHOVÁ, J. – BUBLEOVÁ, V. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 152 s. ISBN 80-7178-637-3.
27. MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 199 s. ISBN 80-210-1009-6.
28. PAPCUNOVÁ, M. *Umístování dětí s postižením z ústavních zařízení do pěstounské péče*. In Sborník přednášek z 6. konference o náhradní rodinné péči. 1. vyd. Praha: MPSV, 1999. 224 s. ISBN 80-85529-66-1.
29. *Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD)* [online]. 2006, [cit. 2007-01-05]. Dostupné z: <<http://natama.cz/?sid=19>>.
30. *Pěstounská péče – zprostředkování* [online]. 2001, [cit. 2007-01-03]. Dostupné z: <<http://www.adoptce.unas.cz/zprostredkovani.htm>>.
31. *Profesionální pěstounská péče* [online]. 2006, [cit. 2007-01-05]. Dostupné z: <<http://www.civilia.cz/profesionalnipestounskapece.html>>.
32. PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. – MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
33. PRŮŠOVÁ, L. *Zprostředkování náhradní rodinné péče*. In Náhradní rodinná péče. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2002, č. 3, s. 10-11. ISSN 1212-3765.

34. ROTREKLOVÁ, E. – WESSELÁ, V. – KOTEK, M. *Příprava pěstounů a osvojitelů* [online]. 2007, [cit. 2007-01-03]. Dostupné z: <<http://www.adopce.com/beta/adopce/grafy.php?stranka=6#5>>.
35. SOBOTKOVÁ, I. *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2003. 144 s. ISBN 80-86552-62-4.
36. SOBOTKOVÁ, I. *Proč je u nás tolik dětí v ústavech?* [online]. 2005, [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=4388>>.
37. ŠULOVÁ, L. *Náhradní rodinná péče v ČR a její úskalí* [online]. 2006, [cit. 2007-01-01]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006101202>>.
38. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
39. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-7178-821-X.
40. VRTBOVSKÁ, P. *Moderní pojetí pěstounské péče (profesionální pěstounská péče)* [online]. 2006, [cit. 2007-01-30]. Dostupné z: <<http://natama.cz/?zid=106&sid=5>>.
41. *Zpráva o stávajícím stavu náhradní rodinné péče o děti a mládež*. In Sociální práce. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2003, č. 2, s. 31-35. ISSN 1213-624.

8. Klíčová slova

Náhradní rodinná péče

Pěstounská péče

Profesionální pěstounská péče

Handicap

9. Přílohy

9.1 Příloha 1: Výše příspěvku na úhradu potřeb dítěte

Tabulka 25: Výše příspěvku na úhradu potřeb dítěte měsíčně v Kč k 1.lednu 2007

Nezaopatřené dítě ve věku	Zdravé dítě	Dlouhodobě nemocné	Dlouhodobě zdravotně postižené	Dlouhodobě těžce zdravotně postižené
	koeficient 2,30	koeficient 2,35	koeficient 2,90	koeficient 3,10
do 6 let	3 680	3 760	4 640	4 960
6-15 let	4 508	4 606	5 684	6 076
15-26 let	5 175	5 288	6 525	6 975

Zdroj: MPSV (12)

9. 2 Příloha 2: Návrh studia „pěstoun-terapeut“

Návrh studia „pěstoun-terapeut“

Na tomto místě se omezíme pouze na velmi stručný nástin. Bakalářské studium „pěstoun-terapeut“ by mělo vzniknout především při katedrách sociální práce či katedrách a fakultách podobně zaměřených (zdravotně-sociální, psychologie, speciální pedagogika). Sociální práce by však měla být orientací preferovanou. Studium by mělo být tříleté, orientované zejména na starší a již alespoň zčásti zkušené zájemce (doporučuje preferovat věk nad 25 let). Tomu by měl být přizpůsoben i charakter studia, které bude mít svou část teoretickou, kterou by mohl student zvládnout i v rámci individuálního studijního plánu nebo v rámci dálkového studia. Po obsahové stránce by mezi teoretickými předměty neměl chybět životní a rodinný cyklus, vývojová psychologie a psychopatologie, základy sociální pediatrie, sociální práce a sociálně-právní minimum.

Praxe by měla zahrnovat tříletý sociálně-psychologický výcvik v rozsahu nejméně 250-300 hodin plus následné stáže a supervize. Nezbytnou podmínkou dokončení studia by měla být minimálně 80% účast na výcviku a praxi (DD, KÚ, náhradní rodiny, dětská psychiatrie, azylové domy aj.). V náplni výcviku musí být obsažena komunikační cvičení, nácvik rodičovských dovedností, řešení konfliktů, krizová intervence, metody sebepoznání a relaxace a vymezení profesní role. Závěrečná písemná práce by měla reflektovat do hloubky dílčí problémy NRP a sociální práce; vstup do praxe by měl být provázen supervizemi prvních případů. Pěstoun-terapeut by však neměl být pouze kvalifikací pro oblast NRP. Měl by být univerzální sociální profesí, která by umožňovala uplatnění:

- v oblasti práce se starými lidmi,
- v práci s nemocnými a tělesně, smyslově či mentálně postiženými,
- v práci s uprchlíky,
- v práci s bezdomovci a narkomany,
- v práci s adolescenty,
- v práci s lidmi v krizových situacích - katastrofy, povodně apod.,
- a samozřejmě i v oblasti PP - jak krátkodobé, tak dlouhodobé.

Právě z těchto důvodů by měl studijní obor odpovídat i vzdělávacím standardům v sociální práci, jak je vymezuje kolektiv autorů ve stejnojmenné publikaci. Naprostou nezbytností by proto muselo být zvládnutí dovedností sociálního pracovníka/pracovnice:

- ✓ komunikovat a angažovat se
- ✓ posuzovat a plánovat
- ✓ podporovat a pomáhat k soběstačnosti
- ✓ zasahovat a poskytovat služby
- ✓ pracovat v teamu
- ✓ rozvíjet profesionální kompetence.

Měly by rovněž obsahovat standardní výukové celky pro bakalářské studium a veškeré další znalosti a dovednosti v této souvislosti vymezené. Kromě kateder sociální práce, popř. při nich, by měly působit a pracovat teamy zkušených odborníků, kteří by měli vychovat první generaci trenérů a lektorů pro obor „pěstoun-terapeut“. (Pokud se někomu nelíbí název „pěstoun-terapeut“, necht' se vrátí k etymologii a významu zmíněných slov - pěstovat znamená ošetřovat, chovat, šlechtit; a therapeutikos byl původně ten, kdo byl „ošetřující“ a „úslužný“).

Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče (10)

9.3 Příloha 3: Vítejte v Holandsku

Vítejte v Holandsku

Lidé mě často žádají, abych jim popsala své zkušenosti s výchovou postiženého dítěte, aby to mohli pochopit ti, kteří neměli tu jedinečnou příležitost, a dovedli si představit, jaké to je. Je to takovéhle...

Když čekáte dítě, je to jako plánování báječné dovolené - do Itálie. Koupíte si hromadu průvodců a spřádáte nádherné plány. Koloseum, Michelangelův *David*. Gondoly v Benátkách. Možná se i naučíte užitečné fráze v italštině. Všechno je tak vzrušující.

Po měsících dychtivého očekávání ten den konečně nadejde. Sbalíte si zavazadla a vyrazíte. O několik hodin později letadlo přistává. Přichází letuška a říká: „Vítejte v Holandsku.“

„V Holandsku?!“ divíte se. „Jak to, že v Holandsku?? Já jsem si zaplatila Itálii! Měla jsem být v Itálii. Celý život toužím jet do Itálie!“

Ale v letovém plánu nastala změna. Letadlo přistálo v Holandsku a vy tam teď musíte zůstat.

Důležitá věc je, že jste se nedostali do nějaké hrozné, odporné a špinavé země, prolezlé nemocemi a bídou. Je to jen jiné místo.

Takže si musíte koupit nového průvodce. A musíte se naučit novému jazyku. Také potkáte celou řadu lidí, které byste nikdy nepotkali.

Je to jen *jiné* místo. Život tam plyne pomaleji než v Itálii, není tu tolik vzrušení a tempa. Ale když tam chvíli pobudete a chytnete dech, rozhlédnete se kolem... najednou zjistíte, že v Holandsku jsou větrné mlýny... a tulipány. A že tam mají Rembrandta.

Jenomže všichni vaši známí jezdí jedině a pouze do Itálie... a chvástají se, jak se tam měli báječně. A vy po zbytek svého života budete říkat: „Jo jo, tam jsem taky měla jet. Taky jsem se tak chystala.“

A bolest z toho všeho nikdy, nikdy, nikdy nepomine... protože ztráta toho snu je nesmírně významná ztráta.

Jenže... když strávíte život truchlením nad tím, že jste se nedostali do Itálie, nikdy si nebudete moct svobodně vychutnat to zvláštní, rozkošné... Holandsko.

Emily Perl Kingsleyová

Zdroj: CANFIELD, J. – HANSEN, M.V. *Polévka pro duši matky* (11)