

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

PROFESIONÁLNA RODINA AKO PREVENCIA PSYCHICKEJ
DEPRIVÁCIE U DETÍ V ÚSTAVNÝCH ZARIADENIACH
DIPLOMOVÁ PRÁCA

NATÁLIA BLAHOVÁ rod. KÁNIKOVÁ

2009

**PROFESIONÁLNA RODINA AKO PREVENCIA PSYCHICKEJ
DEPRIVÁCIE U DETÍ V ÚSTAVNÝCH ZARIADENIACH**
DIPLOMOVÁ PRÁCA

NATÁLIA BLAHOVÁ rod. KÁNIKOVÁ

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

Názov študijného programu: Sociálna práca
Vedúci diplomovej práce: Doc. PhDr. Eva Mydlíková PhD.

Bratislava 2009

Abstrakt

Blahová, Natália: Profesionálna rodina ako prevencia sociálnej deprivácie u detí v ústavných zariadeniach, Diplomová práca, Univerzita Komenského. Pedagogická fakulta, katedra sociálnej práce. vedúci diplomovej práce: PhDr. Eva Mydlíková, PhD. stupeň odbornej kvalifikácie: magister – Bratislava: UK PdF, 2009, 85 strán

Témou diplomovej práce je inštitút profesionálneho rodičovstva a jeho najdôležitejšia preventívna úloha – predchádzanie sociálnej deprivácii u detí umiestnených v ústavných zariadeniach. Práca je rozdelená do piatich kapitol. Prvá kapitola sa venuje sociálnej deprivácii a jej úzkou spojitosťou s výchovou v zariadeniach ústavnej starostlivosti. Druhá kapitola je zameraná na profesionálne rodiny, ich definovanie, vznik, súčasné problémy a špecifiká. Obsahom tretej kapitoly je priama súvislosť medzi profesionálnou rodinou a prevenciou sociálnej deprivácie, jej mechanizmami a výsledkami pôsobenia. Štvrtá kapitola je empirickou časťou práce a obsahuje prípadové štúdie detí umiestnených v profesionálnych rodinách, mapuje progres, ktorý ich vplyvom nastal vo všetkých vývinových ukazovateľoch.

Kľúčové slová: Profesionálna rodina, psychická deprivácia, právo, starostlivosť, ústavná výchova

Abstract

Blahová, Natália: Professional parenting and preventing psychical deprivation in children housed in institutions [diploma thesis] Comenius University in Bratislava. Faculty of Social works , Department of Paediatrics. Thesis supervisor: Doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD, UK Pdf, 2007, 85 pages

The subject of the thesis is the institution of professional parenting and its most important preventive work - preventing social deprivation in children housed in institutions. The work is divided into five chapters. The first chapter is concerned with social deprivation and its low correlation with upbringing in social welfare institutions. The second chapter focuses on professional families, their definition, current problems and specifics. The content of the third chapter is the direct link between the professional family and the prevention of social deprivation, its mechanisms and the resulting outcomes. The fourth chapter is the empirical part of the work and contains case studies of children housed in professional families, mapping the progress of influence on all key indicators of development.

Key words: Professional parenting, psychical deprivation, right, care, institutional care

PREDHOVOR

Deklarácia práv dieťaťa bola prijatá Organizáciou spojených národov v roku 1959. Slovensko pristúpilo k tejto dohode v roku 1990.

Z deklarácie práv dieťaťa:

„ Právo na zdravý duševný a telesný vývoj.

Dieťaťu sa má dostať zvláštnej ochrany a treba mu zákonmi a inými prostriedkami zabezpečiť, aby sa v slobodných a dôstojných podmienkach zdravým a normálnym spôsobom vyvíjalo telesne, duševne, mravne, duchovne a sociálne. Pri prijímaní zákonov hlavným hľadiskom majú byť najvlastnejšie záujmy dieťaťa.

Právo na zvláštnu opateru pri telesnom, duševnom alebo sociálnom postihnutí.

Telesne, duševne alebo sociálne postihnutému dieťaťu treba poskytnúť zvláštnu opateru, výchovu a starostlivosť, akú vyžaduje jeho stav.

Právo na lásku, porozumenie, starostlivosť.

Plný a harmonický rozvoj osobnosti dieťaťa vyžaduje lásku a porozumenie. Všade, kde je to možné, má vyrastať obklopené starostlivosťou a zodpovednosťou svojich rodičov a vždy v ovzduší lásky a mravnej a hmotnej istoty; s výnimkou mimoriadnych okolností sa dieťa v útlom veku nemá odlúčiť od matky. Má byť povinnosťou spoločnosti a úradov venovať osobitnú starostlivosť deťom, ktoré nemajú rodinu, a tým, ktorým sa nedostáva primeraných prostriedkov na výživu. Je žiaduce, aby štát poskytoval finančnú a inú pomoc na výživu mnohohodným rodinám.

Právo na prednostnú ochranu a pomoc

Dieťa má byť za každých okolností medzi prvými, ktorým sa poskytne ochrana a pomoc.“

Tieto slová, ich hĺbka a poznanie reality v súčasnosti boli motiváciou k vypracovaniu našej diplomovej práce. Témou je psychická deprivácia u detí v ústavných zariadeniach a jej predchádzanie formou umiestňovania detí do profesionálnych rodín. Jedine individuálna forma starostlivosti vyhovuje zdravému vývoju dieťaťa a je akceptovateľná aj pre medzinárodné dohovory tak, ako je vyššie citované. Budeme skúmať mechanizmy, akými pôsobí profesionálna rodina v rámci prevencie psychickej deprivácie a zamyslíme sa nad možnosťou aplikácie týchto metód v ústavných zariadeniach.

Rada by som sa na tomto mieste poďakovala profesionálnym rodičom, pracovníkom detských domovov a sociálnym pracovníkom za ochotu a spoluprácu pri získavaní údajov pre empirickú časť našej práce. Ďakujem tiež Doc. PhDr. Eve Mydlíkovej PhD. za vedenie, odborné konzultácie, pomoc a pripomienky.

O B S A H

Abstrakt.....	3
Predhovor.....	5
Zoznam obrázkov, grafov a tabuliek.....	9
Zoznam skratiek.....	10
ÚVOD.....	11
1 PSYCHICKÁ DEPRIVÁCIA.....	12
1.1 Príčiny psychickej deprivácie.....	12
1.2 Prejavy psychickej deprivácie.....	14
1.3 Následky psychickej deprivácie.....	16
2 PROFESIONÁLNA RODINA.....	18
2.1 Vznik inštitútu profesionálneho rodičovstva na Slovensku.....	18
2.2 Tendencie rozvoja profesionálnych rodín.....	19
3 PROFESIONÁLNA RODINA AKO PREVENCIA PSYCHICKEJ DEPRIVÁCIE.....	22
3.1 Profesionálna rodina a jej úloha pri naplňaní základných potrieb dieťaťa	22
3.1.1 Podnety a kognitívny poriadok.....	23
3.1.2 Potreba emočnej väzby.....	24
EMPIRICKÁ ČASŤ.....	27
4 CIELE EMPIRICKÉHO VÝSKUMU.....	27
4.1 Výskumný problém.....	27
4.2 Výskumné otázky.....	28
4.3 Výskumná vzorka.....	29
4.4 Metódy výskumu.....	29
4.5 Metódy spracovania údajov.....	30
5 PRÍPADOVÉ ŠTÚDIE.....	32
5.1 Prípadová štúdia č. 1: Súrodenecká dvojica Jana a Peter Kotlárovi.....	32
5.2 Prípadová štúdia č. 2: Bezmenný Novák.....	39
5.3 Prípadová štúdia č.3: Štefan Salay.....	44
6 VÝSLEDKY VÝSKUMU A INTERPRETÁCIA ÚDAJOV.....	48
6.1 Výsledky výskumu a interpretácia údajov pre prípadovú štúdiu č.1.....	48

6.1.1 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.1 pre prípadovú štúdiu č.1.....	48
6.1.2. Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.2 pre prípadovú štúdiu č.1.....	55
6.1.3 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.3 pre prípadovú štúdiu č.1.....	58
6.2 Výsledky výskumu a interpretácia údajov pre prípadovú štúdiu č.2.....	60
6.2.1 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.1 pre prípadovú štúdiu č.2.....	61
6.2.2 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.2 pre prípadovú štúdiu č.2.....	65
6.2.3 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.3 pre prípadovú štúdiu č.2.....	68
6.3 Výsledok výskumu a interpretácia údajov pre prípadovú štúdiu č.3.....	70
6.3.1 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.1 pre prípadovú štúdiu č.3.....	70
6.3.2 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.2 pre prípadovú štúdiu č.3.....	75
6.3.3 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.3 pre prípadovú štúdiu č.3.....	77
7 ZÁVER.....	80
BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY.....	82
PRÍLOHY.....	85

ZOZNAM OBRÁZKOV, GRAFOV A TABULIEK:

Obrázok č.1:Profesionálni rodičia na komunite.....	18
Obrázok.č.2: Profesionálni rodičia na komunite.....	19
Obrázok.č.3: Profesionálni rodičia na komunite.....	20
Obrázok č.4: Profesionálni rodičia na komunitnom stretnutí.....	21
Obrázok č.5: Profesionálni rodičia na komunitnom stretnutí.....	22
Obrázok č.6: Na komunite profesionálnych rodín.....	23
Obrázok č. 7: Cyklus pripútania.....	24
Obrázok č.8: Na komunite profesionálnych rodín.....	25

ZOZNAM SKRATIEK

DeD – detský domov

PNR – profesionálna náhradná rodina

FAS – fetálny alkoholový syndróm

NRS – náhradná rodinná starostlivosť

ÚVOD

Zákonné úpravy používajú pojem profesionálna rodina už niekoľko rokov.

Vďaka vedeckým prácam renomovaných psychológov a psychiatrov je termín psychická deprivácia v povedomí už niekoľko desaťročí.

História a potreby spoločnosti priniesli, že slovné spojenie „detský domov“, či „sirotinec“ už po stáročia evokujú v nás tie isté predstavy.

Napriek všetkým poznatkom, pokroku, zvyšovaniu životnej úrovne obyvateľstva sa systém starostlivosti o deti v detských domovoch mení iba pomalými krokmi. Deti naďalej vyrastajú v neosobnom prostredí, bez poznania blízkych vzťahov, náklonnosti, lásky, bez duchovných hodnôt.

Situácia je ešte smutnejšia tým, že poznáme recept na to, ako to napraviť. Ak poznáme recept, máme možnosti na uskutočňovanie zmien, no chýba vôľa, je to trestuhodné zahrávanie sa s ich osudmi a životmi.

Cieľom našej diplomovej práce je dokázať, že inštitút profesionálnej rodiny je cestou k tomu, aby deti nechcené, odložené a opustené, mali štart do života podobný svojim rovesníkom vyrastajúcim v láskyplnom rodinnom prostredí.

Budeme sa venovať príčinám a dôsledkom psychickej deprivácie a profesionálnemu rodičovstvu ako prostriedku na jej predchádzanie.

V empirickej časti uvedieme prípadové štúdie detí zverených do ústavnej starostlivosti, porovnáme ich stav a prognózy pred a po sociálnej intervencii, za čas ktorý strávili v profesionálnej rodine a zamyslíme sa nad možnosťou aplikovania použitých metód v rámci kolektívnej výchovy.

1 PSYCHICKÁ DEPRIVÁCIA

Štúdie týkajúce sa psychickej deprivácie detí boli odborníkmi predstavené a publikované už v štyridsiatych rokoch minulého storočia. A. Freudová, J. Spitze, J. Bowlby (In: Langmeier, J. - Krejčířová, D., 2007) už vtedy poukazovali na to, že deti, ktoré sa vyvíjajú v prostredí chudobnom na podnety a obzvlášť citové, vykazujú určité špecifické odchýlky v intelektovom a charakterovom vývoji. Ich vedecké štúdie a práce ich nasledovníkov presvedčivo ukazujú, že ide o závažné poškodenie duševného vývoja detí.

Psychická deprivácia je zafinovaná ako „nedostatočné uspokojovanie základných psychických potrieb po určitú, dosť dlhú dobu.“ (Langmeier, J.-Matějček, Z., 1963, In: Langmeier, J.–Krejčířová, D.,2007, str. 288)

1.1 Príčiny psychickej deprivácie u detí v ústavnej starostlivosti

Sirotám a opusteným deťom mala spoločnosť v novovekých dejinách tendenciu poskytnúť starostlivosť, ktorou by aspoň čiastočne nahradila základné potreby a podmienky. Dobročinnosť jednotlivcov a svetských či cirkevných inštitúcií bola zacielená v tomto ohľade na prosté prežitie dieťaťa, ktoré sa ocitlo bez pomoci. Napriek tomu, bola dojčenská úmrtnosť v týchto ústavoch alarmujúca. Napr. v rokoch 1857-1863 uvádzal primár pražského sirotinca úmrtnosť dojčiat do jedného roku 80 až 100%.

Pokrokom v oblasti medicíny a hygieny sa podarilo významne znížiť detskú úmrtnosť, no odkrytý bol ďalší závažný problém. V ústavných zariadeniach je mnoho detí, ktoré strárajú hrubými formami psychickej deprivácie.

Príčiny sú jednoznačné. Napriek uspokojovaniu základných telesných potrieb, dieťa stráda nedostatkom individuálnej starostlivosti, pozornosti, nedostatkom podnetov a najmä nemožnosťou nadviazať trvalý citový vzťah k materskej osobe. Jeho psychické potreby sú dlhodobo nenaplnené.

„Z iného hľadiska by sme mohli hovoriť o sekundárnom zanedbávaní, kedy systém

starostlivosti určený k ochrane jedinca v konečnom dôsledku druhotne poškodzuje jeho psychický vývoj.“ (Langmeier, J.- Krejčířová, D., 2007, str. 289)

Významnými vedeckými dielami prispeli u nás k tejto problematike profesor Langmeier a Matějček, ktorých vedecké práce boli zamerané priamo na súvis medzi pobytom dieťaťa v detskom domove a psychickou depriváciou.

Základné psychické potreby dieťaťa pomenovali takto (In: Matějček, Z., 2005, str. 198):

1. Potreba určitého množstva, premenlivosti a kvality vonkajších podnetov. Ich uspokojovanie umožňuje naladiť organizmus na určitú žiadúcu úroveň aktivity.
2. Potreba určitej stálosti, poriadku a zmyslu v podnetoch, t.j. „zmysluplného sveta“. Uspokojenie tejto potreby umožňuje, aby sa z podnetov, ktoré by inak boli chaotické a nespracovateľné, stali skúsenosti, poznatky a pracovné stratégie. Ide tu teda o základné podmienky pre akékoľvek učenie.
3. Potreba prvotných emocionálnych a sociálnych vzťahov, t.j. k osobe matky a k osobám ďalších primárnych vychovávateľov. Ich náležité uspokojovanie prináša deťom pocit životnej istoty a je podmienkou pre žiadúcu vnútornú integráciu jeho osobnosti.
4. Potreba spoločenského uplatnenia a spoločenskej hodnoty, z ktorej uspokojenia vychádza zdravé udomenie vlastného „ja“ alebo vlastnej identity. To je potom ďalej podmienkou pre osvojenie si užitočných spoločenských rolí a hodnotných cieľov životného snaženia.
5. Potreba „otvorenej budúcnosti“. Jej uspokojenie dáva ľudskému životu časové rozpätie a podnecuje a udržuje jeho životnú aktivitu. Nádej prekonáva stagnáciu.“

Vzhľadom na charakter ústavnej starostlivosti sa tieto základné potreby dieťaťa dajú naplňať iba obmedzenou mierou alebo vôbec.

V detskom domove je dieťa umiestnené v skupine šiestich až ôsmich rovesníkov.

O naplňanie jeho potrieb sa stará niekoľko vychovávateľov, ktorí sa v pravidelných intervaloch striedajú. Režim dňa je pevne stanovený.

Počas pracovnej smeny sa vychovávateľ v predpísanom čase venuje hlavne základným životným potrebám všetkých detí a keďže je i táto činnosť časovo náročná, na podnetovú a kognitívnu stimuláciu nie je dostatok priestoru. Oveľa závažnejším deficitom je však chýbajúca emočná väzba.

Najkritickejším obdobím života je z tohto pohľadu obdobie medzi prvým a tretím rokom dieťaťa, keď je bezbranné a závislé na iných.

Deficit lásky sa v tomto období spája aj s pocitom existenciálneho ohrozenia (nemajú ma radi – prestanú sa o mňa starať – umriem). Láska teda saturuje potreby bezpečia a istoty (majú ma radi – naplnia moje potreby).

Ak je dieťa v tomto útlom veku ochudobnené o pocit istoty a bezpečia, nedokáže naplno rozvinúť ani iné svoje danosti, pretože väčšinu času sa zaoberá neistotou prichádzajúcich situácií, s ktorými sa musí vysporiadať samo.

Za príčinu psychickej deprivácie detí v ústavných zariadeniach môžeme teda považovať nedostatok pozornosti a nemožnosť nadviazať dôverný emočný vzťah s jednou či viacerými osobami. Táto potreba závislosti na milovanej osobe zabezpečuje dieťaťu základný pocit istoty a lásky. Jeho absencia sa prejavuje v mnohých vývinových ukazovateľoch.

1.2 Prejavy psychickej deprivácie

Priekopnícke štúdie v oblasti psychickej deprivácie uvádzali, že deti, ktoré trpeli ochudobnením o významné podnety a obzvlášť citové sú všetky postihnuté a ich postihnutie má jednotný ráz.

Dnes sa však ukazuje, že aj za rovnakých deprivačných podmienok sa deti vyvíjajú individuálne.

Napriek tomu sa dajú zachytiť určité typy správania sa detí postihnutých psychickou depriváciou. Typológiu následkov psychickej deprivácie spracoval prof. Matějček (Matějček, Z. 1997, str. 72-75) ako pomôcku pre indikáciu k adopcii:

1. Typ relatívne dobre prispôsobený
2. Typ hypoaktívny, útlmový, regresívny
3. Typ sociálnej hyperaktivity
4. Typ sociálnej provokácie

5. Typ náhradného uspokojenia citových potrieb

1. Typ relatívne dobre prispôsobený

Ide o deti, ktoré sa vyrovnávajú s ústavným prostredím pomerne dobre a závažné odchýlky od normy u nich nevieme zachytiť. Predpokladá sa, že deti si vytvorili mechanizmus zvládania situácií tak, že sa prispôbilibi plytkým a nediferencovaným vzťahom v prostredí detského domova a tieto špecifické citové vzťahy akceptujú .

2. Typ hypoaktívny, útlmový, regresívny

Pre deti je charakteristické vývojové oneskorenie v mentálnej a sociálnej oblasti, sprevádzané celkovou nízkou aktivitou. Pôsobia pokojne a vyrovnane, pri jednoduchých činnostiach sa spokojne usmievajú.

Tieto deti nie sú schopné citovej odozvy.

3. Typ sociálnej hyperaktivity

Túžba po vzťahu s „materskou osobou“ a nenaplnenie tejto základnej psychickej potreby v rannom detstve spôsobila, že dieťa sa už nesnaží nadviazať jeden hlboký vzťah, no orientuje sa na kvantitu vzťahov. Tieto kontakty intenzívne vyhľadáva, no sú nediferencované, povrchné a dieťa nezaujmu hlbšie. Inteligencia týchto detí môže byť priemerná ale i nadpriemerná, napriek tomu sa v škole zle učia, nevedia sa zaujať hrou. Väčšina ich energie je zameraná na nadväzovanie sociálnych vzťahov.

4. Typ sociálnej provokácie

Nenaplnenie potreby citového vzťahu spôsobila, že dieťa zotráva v napätí a násilím sa domáha pozornosti okolia, v zmysle príslovia – keď nemôžem dostať pohladenie, tak aspoň pohlavok! Dieťa provokuje, je agresívne, zlostné a vychovávateľmi považované za nezvládnuteľné.

5. Typ náhradného uspokojenia citových potrieb

Nenaplnenie potreby blízkych vzťahov uspokojujú náhradnou formou na nižšej úrovni. Často je to prejedanie, masturbácia, predčasná sexuálna aktivita, narcistické tendencie a sadistické prejavy voči slabším deťom a zvieratám.

Výskum Langmeiera a Matějčka zameraný na jednotlivé vývojové zložky u detí v detských domovoch ukázal, že: „...oneskorenie motorického vývoja nie je ešte závažné, ale oneskorenie intelektuálnych schopností je už povážlivé a oneskorenie v sociálnom správaní a vo vývoji reči klesá na úroveň, ktorú by bolo inak nutné hodnotiť ako hranicu debility.“ (Langmeier, J.- Matějček, Z., 1974, s.99)

1.3. Následky psychickej deprivácie

Psychická deprivácia detí, ktoré celý svoj život strávili v ústavných zariadeniach spôsobuje neraz ich sociálne zlyhanie v neskoršom živote.

Formou katamnestickeho výskumu sa profesori Langmeier a Matějček vrátili k sledovaným deťom v čase, keď mali približne 40 rokov. Tieto osoby mali byť testované dotazníkom a individuálnym rozhovorom. Okolnosti, za ktorých spolupráca prebiehala sa stali signifikantnými. (vid. prílohy - tab.č. 1.) Zistilo sa, že „v bežných ukazovateľoch sociálnej adaptácie sa výskumná skupina odchyľuje nepriaznivým smerom.“ (Matějček, Z., 1997, str.72)

Najdôležitejšie kritériá boli sociálna adaptácia a schopnosť sociálnej komunikácie. 3,3% sledovaných osôb boli v dospelosti úplne závislými chovancami ústavov sociálnej starostlivosti. Ich posudky z ústavov neboli priaznivé s prognózami na zhoršenie stavu. Sťažnosti sa týkali hlavne sebeckta, neschopnosti spolupracovať, náladovosti, nestálosti, vzdorovitosti a samotárstva.

10% respondentov odmietlo spoluprácu. Napriek tomu sa zberom materiálu zhromaždilo dostatok informácií, ktoré poukazovali na spoločné sociálnopatologické rysy tejto skupiny. Tieto osoby boli spoločensky izolované, v partnerstve a manželstve zlyhávali, striedajú zamestnanie a bydlisko a majú často konflikt so zákonom.

13% respondentov spolupracovalo čiastočne. V tejto skupine bolo zjavné časté striedanie zamestnania a bydliska, boli rozvedení alebo slobodní, často trestaní za krádeže, príživníctvo a výtržnosti, dvom ženám boli odňaté deti z dôvodu zanedbávania.

64% osôb s výskumným tímom pomerne dobre spolupracovalo. Dosiahli určitého

stupňa vzdelania, i keď v porovnaní s bežnou populáciou podpriemerného. Väčšina vyjadrila spokojnosť so svojím zamestnaním, polovica aj so svojou ekonomickou situáciou. Trestaná bola až jedna tretina z týchto respondentov.

2/3 z tejto skupiny žili vo vzťahu manželskom alebo partnerskom. Táto skupina sa s depriváčnými činiteľmi vysporiadala najlepšie. Z celkového počtu sledovaných osôb dosiahlo prijateľného spoločenského uplatnenia iba 46%.

Podskupina slobodných a rozvedených vykazovala nepriaznivé charakteristiky poukazujúce na zlyhávanie v medziľudských vzťahoch. Nemajú partnerov, priateľov, nie sú schopní označiť človeka, ktorého majú najradšej, nie sú schopní citovej odozvy, nevedia svoje nedostatky spôsobené depriváciou kompenzovať.

V tomto ohľade je dokázaná aj mužsko-ženská diferenciácia, kde psychosociálna adaptácia a zvládanie následkov psychickej deprivácie je u žien na významne vyššej úrovni.

Záverom tejto kapitoly môžeme zhrnúť, že psychická deprivácia v detstve nie je len súborom symptómov prejavujúcich sa u dieťaťa v neprirodzenom prostredí. Je to hlboký zásah do jeho osobnostnej integrity, s ktorou sa po celý život musí vyrovnávať. Zásadným spôsobom predurčuje jeho ďalší rozvoj a jeho smerovanie, ovplyvňuje jeho možnosti a schopnosti viesť plnohodnotný a spokojný život.

2 PROFESIONÁLNA RODINA

V predchádzajúcej kapitole sme uviedli, do akej miery je pre malé dieťa škodlivé až nebezpečné, zotrvať v neosobnom prostredí, bez psychickej istoty, ktorú vytvára pripúťanie sa k materskej osobe.

Tieto deti sa z rôznych dôvodov stali klientmi detských domovov. To však neznamená, že sa v ich situácii psychickej deprivácii a jej následkom nedá účinne predchádzať.

Je tu profesionálna rodina.

2.1 Vznik inštitútu profesionálneho rodičovstva na Slovensku

Nositeľmi myšlienky o zriaďovaní profesionálnych rodín boli neziskové organizácie pôsobiace v tejto oblasti. V období výziev zo strany OSN na transformáciu detských domovov na Slovensku prišlo k spojeniu politickej a spoločenskej objednávky a tým i k niekoľkým zásadným krokom smerom k reštrukturalizovaniu detských domovov.

V roku 1993 bol po prvý krát vymedzený pojem „profesionálna rodina“ v zákone č. 279/1993 Z.Z. o školských zariadeniach. Táto svetovo unikátna forma starostlivosti o deti zverené do ústavnej starostlivosti v sebe spájala možnosť individuálnej výchovy dieťaťa v rodinnom prostredí a dostupnosť odborníkov, pomoc a supervíziu zo strany pracovníkov detského domova. Bola zameraná na deti, ktoré boli v procese prijatia do osvojenia alebo pestúnstva rôznymi spôsobmi znevýhodnené (zdravotným postihom, etnickým príslušenstvom, veľkosťou súrodeneckej skupiny) a predpokladalo sa, že v profesionálnej rodine zotrávajú pomerne dlhý čas.

Zákony prijaté v nasledujúcich rokoch v diktii Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny presnejšie špecifikovali podmienky vzniku profesionálnych rodín pri detských domovoch a upravovali ich funkciu a vymedzenie. Bol to zákon č. 222/1996



Obr.č.1:Profesionálni rodičia na komunite

Z.z. o organizácii miestnej štátnej správy, zákon č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci a zákon č. 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.

Pri tvorbe posledného spomínaného zákona sa uvažovalo o predefinovaní účelu profesionálnej rodiny na tzv. pohotovostnú profesionálnu rodinu, ktorej hlavnou úlohou by bolo, aby dieťa, ktoré je zverené krátko po narodení do ústavnej starostlivosti malo zabezpečenú individuálnu starostlivosť a pozornosť do doby, než sa dostane do adoptívnej či pestúnskej rodiny.

§52 ods.2 povýšil profesionálnu rodinu nad iné formy starostlivosti o deti v ústavných zariadeniach:

„(2) Vykonávanie ústavnej starostlivosti, predbežného opatrenia a výchovného opatrenia v profesionálnej rodine má prednosť pred ich vykonávaním v samostatných skupinách a v špecializovaných samostatných skupinách.“ (Zbierka zákonov č.

305/2005, §52 ods.2, strana 3247)



Obr.č2: Profesionálni rodičia na komunite

V zmysle tohto zákona by mali byť deti prednostne umiestňované do profesionálnych rodín. Zákon tiež zaviazal zriaďovateľov, aby v trende zavádzania profesionálnych rodín pokračovali a to tak, že od 1.1.2007 bude každé dieťa do jedného roku veku s výnimkou ťažkých zdravotných stavov umiestnené výlučne do profesionálnej rodiny. Do 1.1.2008 toto zákonné nariadenie malo platiť aj pre každé dieťa do troch rokov.

2.2 Tendencie rozvoja profesionálnych rodín

V januári 2009 vstúpil do platnosti zákon č. 27/2009 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, ktorý vymedzuje profesionálnu rodinu nasledovne:

„§ 52

(1) V detskom domove sa vykonáva ústavná starostlivosť, predbežné opatrenie a výchovné opatrenie

a) v domácom prostredí zamestnanca detského domova (ďalej len „profesionálna rodina“), ktorý poskytuje starostlivosť určenému počtu detí v rodinnom dome



Obr. č.3: Profesionálni rodičia na stretnutí

alebo v byte poskytnutom detským domovom alebo v rodinnom dome alebo v byte, ktorého je zamestnanec vlastníkom, spoluvlastníkom, nájomcom alebo spoločným nájomcom; „
Ďalšími formami ústavnej starostlivosti sú diagnostické skupiny, ktoré vykonávajú odbornú diagnostiku, samostatné skupiny alebo špecializované samostatné skupiny, kde starostlivosť o deti zabezpečujú vychovávateľa a ďalší

zamestnanci detského domova.

Profesionálny rodič je teda zamestnancom detského domova. Tento pracovno-právny vzťah je ošetrený pracovnou zmluvou a za vykonávanie starostlivosti dostáva riadny plat. Detský domov tiež hradí výdavky spojené s potrebami dieťaťa alebo mladého dospelého, ktorý je v starostlivosti profesionálnej rodiny.

Profesionálnym rodičom sa môže stať jednotlivec alebo manželia, ktorý spĺňajú kvalifikačné predpoklady ukončeného stredoškolského alebo vysokoškolského vzdelania a absolvujú prípravu na profesionálne vykonávanie náhradnej starostlivosti. (vid. 27/2009 Z.z. §53, ods. 9 a 10)

Počet detí v profesionálnej rodine je najviac tri, ak je zamestnancom jednotlivec a najviac šesť, ak sú zamestnaní ako profesionálni rodičia obaja manželia.

Detský domov je zo zákona povinný utvárať podmienky v detskom domove tak, aby každé dieťa do troch rokov veku, ktoré sa prijíma do detského domova, bolo najneskôr po diagnostike zaradené do profesionálnej rodiny. Nevhodnosť umiestnenia dieťaťa v profesionálnej rodine je nutné doložiť posudkom.

Dovoľujeme si konštatovať, že právny rámec poskytuje dostatočný priestor na to, aby sa profesionálne rodičovstvo progresívne rozvíjalo. Bohužiaľ tým, že štát ukladá povinnosti, no podmienky na ich plnenie sú sťažené, profesionálne rodiny pokrývajú iba malú časť výchovy detí v detských domovoch.

Preto začiatkom roku 2008 bolo v detských domovoch ešte stále 235 detí mladších ako jeden rok a v profesionálnych rodinách len 49 z nich.

Najčastejšou príčinou na strane detského domova je odmietnutie profesionálneho rodiča z organizačných dôvodov, akými sú nedostatok mzdových prostriedkov alebo

nemožnosť vytvoriť nové pracovné miesto. Detské domovy tiež argumentujú nevhodnou vzdialenosťou potenciálnej profesionálnej rodiny od miesta detského domova.

Riadiaci pracovníci detských domovov dôvodia svoju neochotu umiestňovať deti do profesionálnych rodín aj tým, že mnoho detí v ich starostlivosti, sú deti s rôznymi formami postihnutia, preto je podľa nich vhodné, aby zostali v skupinách alebo špecializovaných skupinách detských domovov, kde majú zabezpečenú odbornú starostlivosť.

Ak je profesionálny rodič opakovane konfrontovaný s takýmito argumentmi, veľmi ľahko prepadne dezilúzii o potrebnosti tohto povolania. 29% so súčasných profesionálnych rodičov už bolo takýmto spôsobom odmietnutých. (Filadelfiová, J., 2008)

Koľko je však tých, čo sa napokon vzdali a túto prácu nevykonávajú sa empiricky nedá zistiť.

Z celkového počtu 89 detských domovov je na Slovensku napriek legislatívnemu zámeru ešte stále 46 detských domovov, ktoré nemajú ani jedno dieťa umiestnené v profesionálnej rodine.



Obr.č4: Profesionálni rodičia na komunitnom stretnutí

3 PROFESIONÁLNA RODINA AKO PREVENCIA PSYCHICKEJ DEPRIVÁCIE

O opodstatnenosti existencie profesionálnych rodín v súčasnosti niet pochýb. Hovoria o nej i náhradní rodičia, ktorí v tomto prostredí svoje budúce dieťa navštevujú, dostávajú od profesionálnych rodičov komplexné informácie o dieťati a jeho špecifikách. Za najdôležitejšie však považujú to, že dieťa do ich rodiny prichádza v dobrej psychickej a fyzickej kondícii, čo vedia posúdiť najmä tí náhradní rodičia, ktorí prijali viac detí z rôznych prostredí a mali možnosť porovnať ich vývojový status a celkovú schopnosť adaptácie a pripútania sa.



Obr.č.5: Profesionálni rodičia na komunitnom stretnutí

3.1 Profesionálna rodina a jej úloha pri napĺňaní základných potrieb dieťaťa

V prvej kapitole sme spomínali základné psychické potreby dieťaťa, ktoré je nutné zo strany jeho okolia napĺňať v záujme predchádzania psychickej deprivácie. Základné psychické potreby sú definované ako potreba podnetovej premenlivosti, potreba kognitívneho poriadku, potreba emočnej väzby, potreba autonómie a potreba otvorenej budúcnosti a akceptovania minulosti. (Langmeier, Matějček, 1974) Inštitút profesionálneho rodičovstva vznikol z dôvodu kvalitnejšieho napĺňania týchto

potrieb dieťaťa. Umožňuje individuálny osobný prístup k dieťaťu, ktoré sa vyvíja v preňho prirodzenom rodinnom prostredí.

3.1.1 Podnety a kognitívny poriadok

Dostatok podnetov je pre normálny vývoj dieťaťa veľmi dôležitý. Stimuluje jeho mozog, rozvíja jeho kognitívne funkcie, na ktoré nadväzuje jeho dozrievanie. Mozog je jediný orgán v tele človeka, ktorý nie je schopný sa vyvíjať izolovane, tak ako ostatné ľudské orgány. Zanedbávanie jeho pravidelnej stimulácie vedie k fyziologickým zmenám, ktoré sú merateľné nielen v psychologických ale i v medicínskych kategóriách. Mozog zanedbávaného dieťaťa je významne menší, ľahší a sú na ňom badať malformácie niektorých oblastí. Ak takéto chorobné zmeny prekročia isté medze, proces je nevratný. Čoraz viac sa propaguje čo najprirodzenejšie, ba priam inštinktívne správanie sa k dieťaťu, reagujúce bezprostredne na jeho potreby v rannom veku. Zastávame názor, že samotná koexistencia v zdravom rodinnom prostredí poskytuje dieťaťu dostatok podnetov na to, aby mohlo napredovať.



Obr.č.6: Na komunite profesionálnych rodín

Profesionálna rodina je v tomto ohľade špecifická. Od bežnej biologickej rodiny sa líši tým, že je pod „dozorom“ zodpovedných pracovníkov detského domova. To na jednej strane môže spôsobovať tlak na strane profesionálnych rodičov, no na druhej strane im ako prevenciu pred zlyhaním ponúka detský domov služby svojich odborníkov. To je nezanedbateľná výhoda pre dieťa aj pre jeho dočasných rodičov, najmä ak berieme do úvahy fakt, že dieťa má pri vstupe do rodiny za sebou istú históriu, ktorá mohla na ňom zanechať nepriaznivé stopy (napr. nadmerné užívanie alkoholu a omamných látok počas tehotenstva matky, týranie, zanedbávanie). Tieto fakty majú vplyv na kognitívnu stránku osobnosti dieťaťa. Práca profesionálneho rodiča je teda na tomto poli komplikovanejšia, preto je nutné, aby priamo spolupracoval s odborníkmi a okrem inštinktívneho a vedomého sprostredkovania podnetov sa riadil aj odbornými radami lekárov a psychológov.

3.1.2 Potreba emočnej väzby

V prvých troch rokoch života vývoj mozgu človeka expanduje, v treťom roku má už 90% dospeljej hmotnosti a sú v ňom uložené všetky podstatné mechanizmy, ktorými bude počas života narábať pri zvládaní emócií, sociálnych interakcií, budú mať vplyv na kognitívnu stránku jeho osobnosti (Roháček, M., 2006).

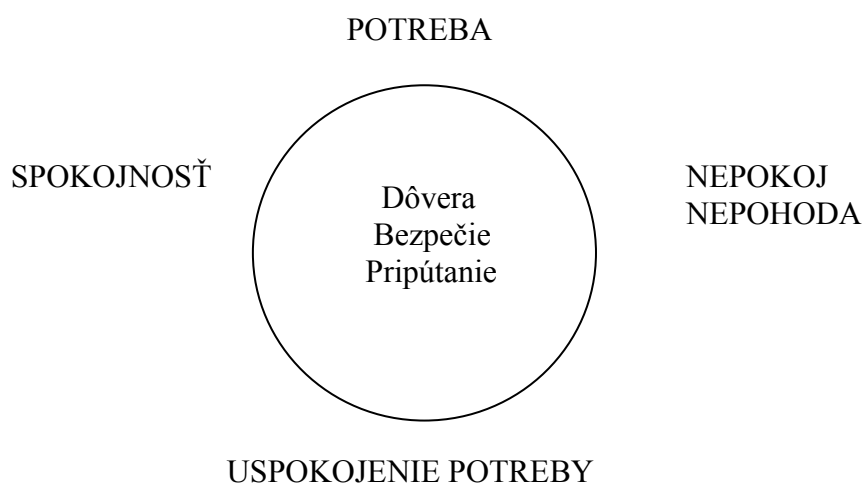
Bezpečné prostredie je pre zdravý vývoj jedinca nutné už od novorodeneckého obdobia. Pocit bezpečia sprostredkujúvajú dieťaťu situácie, keď jeho signáli vysielané smerom do prostredia, nachádzajú adresáta, ktorý jeho potreby naplní.

Kritickým obdobím je vek medzi 6.-9. mesiacom, keď sa dieťa selektívne pripúta k „materskej osobe“, nachádza u nej útočisko pre prežívaní strachu, neistoty, nachádza u nej spätnú väzbu a naplnenie svojich fyziologických a emocionálnych potrieb.

„Pripútanie možno charakterizovať ako väzbu, puto alebo pretrvávajúci vzťah medzi dieťaťom a osobou, ktorá sa o neho stará (Ainsworth, In: Roháček, M., 2006).

Bowlby (In: Roháček, M. 2006) opisuje, že dieťa je k niekomu pripútané, keď má silnú dispozíciu vyhľadávať blízkosť a kontakt špecifickej osoby a keď tak robí v určitých situáciách, predovšetkým keď je vystrašené, unavené alebo choré. V poslednom čase sa zdôrazňuje, že vzťah pripútanosti je medzi jednotlivcom a iným jednotlivcom, ktorý je silnejší a múdrejší (t. j. rodičom) a nie medzi dvoma rovnocennými jednotlivcami.“ (Roháček, M., 2006, str. 18)

Obr. č.8: CYKLUS PRIPÚTANIA/ CITOVEJ VÄZBY



Zdroj: Andersen, S. In: Roháček M., 2006, str. 20

Poruchy spojené s attachmentom, čiže pripútaním sú začlenené i v medzinárodnej klasifikácii chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie.

Poruchy pripútania majú tri základné možnosti riešenia (Roháček, M., 2006, str.23):

1. „Zachovanie kontextu s minulosťou – spracovanie minulosti (kniha života), objavenie obľúbených vecí, činností.
2. Kontakt/vzťah s ľuďmi – telesný, očný kontakt, budovanie dôvery, počúvanie, pozornosť. Dôležitým rozhraním a cestou je pokožka.
3. Bezpečie – vítané prostredie, prijatie iným človekom, plná pozornosť od materskej osoby, hranice (dočasne zúžené možnosti pre rozhodovanie), budovanie tradícií, rituálov, budovanie identity.“

Jedinou cestou pre deti zverené do ústavnej starostlivosti, ako sa vyhnúť ohrozeniu psychickej deprivácie a poruchám pripútania je, ich prirodzený vývoj v zdravom rodinnom prostredí.

Dovoľujeme si tvrdiť, že ani s najlepšou vôľou a pracovným nasadením zamestnancov detských domovov nie je možné saturovať tieto jeho základné potreby do takej miery, ako si to dieťa vo svojom rannom veku vyžaduje.

Nakoľko je nerealistické, aby bolo každé jedno dieťa umiestnené do náhradnej rodiny, profesionálna rodina zostáva reálnou alternatívou k tomu, aby sa strádaniu detí v kritickom období ich života predchádzalo.

Napriek tomu, že je láska nemeateľnou veličinou, jedine jej prostredníctvom je možné dokonale naplniť potrebu pripútania dieťaťa.



Obr.č.8: Na komunite profesionálnych rodín

Ak vznikne a buduje sa vzťah medzi profesionálnym rodičom a dieťaťom, jeho blahodarný vplyv je preukázateľný a nepotrebuje žiadnu odbornú asistenciu. Má prirodzený priebeh, ktorí obohacuje oboch zúčastnených.

Mnohé akademické i mediálne diskusie riešili hĺbku vzťahu medzi profesionálnym rodičom a zvereným dieťaťom. Jedni v zmysle vyzdvihovania, iní

v zmysle zatratenia.

Tí, ktorí namietajú proti hlbokaj citovej väzbe, argumentujú názorom, že profesionálny rodič, ako už z názvu jeho profesie vyplýva, je profesionál a teda akákoľvek hlboká väzba by dieťaťu mohla viac ublížiť, než pomôcť, pretože jedného dňa príde k tomu, že dieťa bude odchádzať do inej náhradnej rodiny a bude ranené tým, že bolo doposiaľ pevne pripútané k inému človeku.

Tí, ktorí argumentujú nutnosťou pripútania, hovoria o tom, že jediný skutočný vzťah je taký, ktorý v sebe zahŕňa nefalšované city a náklonnosť. Tým, že by sa do takéhoto vzťahu vnášali neprirodzené prvky akéhosi dištancovania sa od lásky, spôsobovali by dieťaťu podobnú traumy, ako jeho pobyt v detskom domove a v tom prípade by existencia profesionálnych rodín stratila opodstatnenie.

Prikláňame sa k druhej názorovej skupine. Autentický vzťah medzi profesionálnym rodičom a dieťaťom vytvára práve to bezpečné prostredie, ktoré je pre dieťa v rannom veku potrebné. Jeho bezpodmienečné prijatie je najlepšou platformou na jeho ďalší zdravý psychický vývoj.

Argumentácia týkajúca sa smútenia sa nám zdá zo samej jej podstaty chybná. Ak by totiž dieťa odchádzalo z neosobného prostredia, smútiť by nevedelo. I jeho smútenie môžeme teda považovať za významný posun vo vývoji oproti rovesníkom odchádzajúcim z prostredia skupiny v detskom domove. Je to znakom toho, že jeho emocionalita je v poriadku a že na takéto podnety reaguje „správne“.

Inštitút profesionálneho rodičovstva otvára príliš mnoho organizačných a technických otázok. Tým, že táto forma starostlivosti sa zavádza pomerne krátku dobu, naráža na mnohé drobné neúspechy, s ktorými je nutné sa racionálne vysporiadať a hľadať riešenia, ktoré sú skryté v spolupráci odborníkov na všetkých úrovniach.

Na základnú otázku týkajúcu sa prospešnosti takto organizovanej formy starostlivosti o dieťa zverené do ústavnej starostlivosti odpovedali pre potreby výskumu J.

Filadelfiovej (Filadelfiová, J. 2008) všetci kladne. Dopytovaní boli riaditelia a zamestnanci detských domovov, pracovníci SPO, členovia mimovládnych organizácií i profesionálni rodičia.

Doterajšie skúsenosti presvedčili mnohých o tom, že inštitút profesionálnej rodiny je prostriedkom k individuálnej starostlivosti o dieťa v jeho najprirodzenejšom prostredí – v rodine.

Individuálna starostlivosť, podnetné prostredie a citová väzba pôsobia v záujme dieťaťa ako prevencia psychickej deprivácie.

EMPIRICKÁ ČASŤ

V empirickej časti našej práce sa budeme zaoberať kvalitatívnym výskumom konkrétnych prípadov profesionálnych rodín, so zameraním na deti, ktoré im boli zverené. Keďže nevhodnosť ústavného prostredia pre vytváranie potrebných citových väzieb je spoľahlivo vedecky podložená rovnako, ako dôležitosť a pozitívny vplyv individuálneho prístupu k dieťaťu, budeme skúmať mechanizmy a spôsoby intervencie v záujme dieťaťa a ich pôsobenie v čase. Zaujímať nás budú metódy prístupu k dieťaťu a tiež výsledky pôsobenia interakcie na prevenciu, príp. korekciu vplyvov psychickej deprivácie a tiež možnosti aplikovania týchto metód v prostredí detského domova.

4 CIELE EMPIRICKÉHO VÝSKUMU

Cieľom nášho kvalitatívneho výskumu je zistiť, konkrétny vplyv profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie u detí zverených do ústavnej starostlivosti a metódy, akými je dosahovaný.

Ďalším cieľom je zhodnotiť, či sú dané možnosti prístupné k aplikovaniu v prostredí detského domova tak, aby bol výsledok intervencie totožný, alebo podobný výsledkom a progresu dieťaťa z profesionálnej rodiny.

4.1 Výskumný problém

V teoretickej časti sme si zadefinovali psychickú depriváciu a inštitút profesionálnej rodiny a tiež vplyv profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu symptómov psychickej deprivácie.

Zameriame sa na konkrétny vplyv pobytu dieťaťa v profesionálnej rodine a na jej vplyv na celkový osobnostný vývoj a prípadnú korekciu, či prevenciu vplyvu psychickej deprivácie. Zaujímajú nás hlavne metódy, akými pôsobila rodina v rámci intervencie na dieťaťa.

Predmetom nášho záujmu je tiež to, či sú tieto postupy aplikovateľné v ústavných zariadeniach, a či je možné ich z tejto formy starostlivosti prevziať za účelom

humanizácie ústavných zariadení a prevencie psychickej deprivácie u detí, ktoré nie je možné z rôznych dôvodov umiestniť do profesionálnej rodiny.

4.2 Výskumné otázky

Aby sme výskumný problém obsiahli, položili sme si tri základné výskumné otázky, na zodpovedanie ktorých zameriame svoju pozornosť pri analýze a interpretácii údajov.

1. Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?
2. Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?
3. Sú metódy a prostriedky použité v PNR aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Pre výskumné otázky sme zvolili nasledovné identifikačné znaky:

Otázka č. 1.:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie

- a) príznaky psychickej deprivácie
- b) prognózy pred intervenciou, týkajúce sa vývoja dieťaťa
- c) progres dieťaťa v priebehu času
- d) výsledok intervencie

Otázka č.2.:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?

- a) spôsoby intervencie
- b) použité metódy práce s dieťaťom
- c) zameranosť profesionálnych rodičov na cieľ
- d) význam vzťahu rodič-dieťa

Otázka č.3.:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

- a) personálne možnosti detského domova
- b) časové možnosti detského domova
- c) možnosť nadviazania vzťahu
- d) porovnanie možností detského domova a profesionálnej rodiny

4.3 Výskumná vzorka

Nakoľko sme sa zaoberali vzťahovým rámcom v profesionálnej rodine a jej vplyvom na dieťa, spomedzi niekoľkých profesionálnych rodín sme vybrali tri, ktoré nám boli schopné a ochotné sprostredkovať informácie.

Jedným s kritérií výberu vhodných profesionálnych rodín bola otvorenosť a dôvera počas rozhovorov, nezanedbateľné bolo tiež, či mali profesionálni rodičia dostatok informácií o dieťati a tiež dĺžka času, ktorý dieťa v rodine strávilo.

Našou výskumnou vzorkou sú teda profesionálni rodičia, ich partneri, ktorí taktiež zasahujú do výchovy dieťaťa, pracovníci detských domovov a pracovníci akreditovaných subjektov.

Pre potreby nášho výskumu sme vybrali rodinu s dieťaťom, ktoré trpelo mnohými symptómami psychickej deprivácie, aby sme mohli skúmať vplyv profesionálnej rodiny na korekciu, jej terapeutický zámer, metódy a účinky.

Druhú rodinu s dieťaťom s fetálnym alkoholovým syndrómom a mnohými problémami vyplývajúcimi z jeho zdravotného stavu sme do našej vzorky vybrali preto, aby sme potvrdili či vyvrátili súčasné hypotézy riadiacich pracovníkov detských domovov o tom, že deti, trpiace podobným postihnutím je nevhodné umiestňovať do profesionálnych rodín, nakoľko potrebujú odborných pracovníkov a skúsených vychovávateľov, aby sa dostalo dieťaťu náležitej starostlivosti.

Tretiu rodinu s dieťaťom sme vybrali ako najčastejší príklad okolností, za ktorých je dieťa umiestňované do profesionálnej rodiny.

4.4 Metódy výskumu

Pre potreby zodpovedania výskumných otázok sme zvolili nasledovné metódy:

- riadený rozhovor
- pozorovanie
- neštruktúrované interview
- analýza dokumentov

Metódu riadeného rozhovoru sme použili pri prvom stretnutí, alebo zo začiatku stretnutia s profesionálnym rodičom, ktorý bol účastníkom výskumu. Predmetom zistenia boli základné údaje o rodine a o dieťati.

V druhej fáze sme postupovali metódou neštruktúrovaného rozhovoru, v ktorom sme sa dopytovali na vzájomné vzťahy medzi rodičmi a zvereným dieťaťom, na problémy zdravotné, výchovné, emocionálne, na celkový vplyv pobytu dieťaťa v rodine, na použité metódy zo strany profesionálnych rodičov, na ich pozorovania a pocity.

Metóda pozorovania nebola zvolená plánovite, ale prišlo k nej v dôsledku situácií, keď boli počas rozhovorov s profesionálnymi rodičmi prítomné aj deti, čo sme spočiatku pre náš výskum nepožadovali, no napokon sa stali cenným zdrojom informácií o tom, aké sú vzájomné vzťahy medzi profesionálnym rodičom a dieťaťom. Pozornosť sme zamerali na ich vzájomnú komunikáciu, na aktuálne napĺňanie potrieb dieťaťa a na neverbálnu komunikáciu.

Metóda analýzy dokumentov nám sprostredkovala údaje o dieťati, jeho rodinnej anamnéze, zdravotnej a sociálnej diagnóze a doplnila faktickými údajmi informácie získané metódou rozhovorov.

K dispozícii sme mali sociálne správy detského domova, výchovno-vzdelávacie plány, fotodokumentáciu, videodokumentáciu, písomné záznamy profesionálnych rodičov, denník dieťaťa, knihu života, korešpondenciu s úradmi a korešpondenciu profesionálnych rodín s náhradnými rodičmi dieťaťa.

4.5 Metódy spracovania údajov

Získané kvalitatívne údaje budeme vyhodnocovať porovnávaním pred a po určitej dobe pôsobenia intervencie a sumarizovaním metód a prostriedkov použitých v profesionálnej rodine na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie. Ďalej budeme teoreticky uvažovať nad možnosťou aplikovania týchto metód v rámci výchovného

pôsobenia v detských domovoch.

V jednotlivých prípadových štúdiách budeme metódou analýzy skúmať nakoľko mali použité metódy vplyv na prevenciu alebo korekciu psychickej deprivácie u dieťaťa.

Syntézou získaných údajov z jednotlivých prípadových štúdií zodpovieme výskumné otázky.

K problematike sme zaujali komplexný prístup zameraný na porozumenie vzťahu medzi profesionálnym rodičom a zvereným dieťaťom, na porozumenie súvislostí medzi jednotlivými metódami intervencie a následnými reakciami. Všetky získané informácie sme zakomponovali do kazuistík a sú teda východiskom pre interpretáciu údajov

5 PRÍPADOVÉ ŠTÚDIE

V tejto kapitole budeme pracovať s informáciami z troch reálne existujúcich profesionálnych rodín. Predmetom nášho skúmania sú deti v ústavnej starostlivosti, ktoré sú alebo boli umiestnené v týchto profesionálnych rodinách.

Všetky identifikačné údaje účastníkov výskumu boli v záujme zachovania súkromia pozmenené.

5.1 Prípadová štúdia č. 1: Súrodenecká dvojica Jana a Peter Kotlárovi

Rodinná anamnéza:

Súrodenci Jana a Peter Kotlárovi

Jana sa narodila ako prvé dieťa z druhej gravidity 18 ročnej slobodnej matke Ingrid Kotlárovej, ktorá žila v spoločnej domácnosti so svojim otcom a bratom. Rodina bola sociálne odkázaná a po smrti matky, nevenoval nikto pozornosť chodu domácnosti a jej členovia mali svoje nezávislé aktivity.

Gravidita Ingrid nebola sledovaná v gynekologickej ambulancii. Pôrod sa spustil spontánne. Privolaná záchranná služba riadila pôrod v domácom prostredí. Pôrod prebehol bez problémov, dieťa bolo zdravé, Apgar. skóre 10. Po hospitalizácii sa matka s dieťaťom vrátili domov avšak na ďalšie dohodnuté termíny v poradni u detského lekára nereflektovala. Lekár po opakovaných výzvach kontaktoval odbor sociálnoprávnej ochrany na UPSVaR a šetrením bolo zistené, že dieťa bolo dlhodobo zanedbávané, podvyživené a žilo v nevyhovujúcich podmienkach. Rozhodnutím súdu bolo dieťa zverené do ústavnej starostlivosti.

Po krátkom čase požiadala sestra matky o zverenie dieťaťa do svojej starostlivosti.

Dieťa od svojho jedného roku veku žilo v jej rodine a vyrastalo so svojimi tromi bratancami. Krátko po dovŕšení tretieho roku bola Jana zverená opäť do ústavnej starostlivosti, nakoľko bola jej teta gravidná a ich finančná situácia a bytové podmienky podľa jej informácií neboli vhodné na výchovu piatich detí.

Podľa zdravotnej a sociálnej správy z detského domova Jana prospievala dobre a jej vývoj bol v norme.

V tom čase už bol už zverený do ústavnej starostlivosti Janin brat Peter. Peter Kotlár sa narodil ako druhé dieťa z tretej gravidity. Gravidita matky nebola sledovaná v gynekologickej ambulancii. Otca Petra a Jany matka neuviedla. Dieťa bolo zdravo narodené. Matka bez prepúšťacej správy opustila pôrodnicu a dieťa zanechala na novorodeneckom oddelení. Dieťa vyrastalo v detskom domove.

Sociálna pracovníčka, ktorá zistila, že Peter a Jana sú súrodenci, iniciovala, aby bol Peter premiestnený do toho istého detského domova, kde žije jeho sestra.

Vo veku 2 a 4 rokov sa deti stretávajú v detskom domove.

Rodinní príslušníci o deti neprejavovali žiadny záujem.

Osobná anamnéza:

Jana

Jana sa podľa informácií vychovávateľov DeD prejavovala ako veľmi komunikatívne dieťa so záujmom o okolitý svet. Po príchode do DeD sa často pýtala na svoju tetu, na ktorú bola citovo naviazaná. Pretrhnutie týchto kontaktov jej spočiatku robilo veľké ťažkosti. Často v noci neutešiteľne plakala a vo dne bývala apatická. Tieto prejavy však po krátkom čase odzneli.

V kolektíve detí mala dobré vzťahy, prejavovala sa skôr dominantne a mala veselú povahu. Mala rada kolektívne hry, kreslenie a filmové rozprávky. Fixovala sa na vekovo príbuznú kamarátku, s ktorou trávila všetok svoj čas. Priateľstvo dievčat bolo podporované aj zo strany personálu DeD.

Podľa správy psychológa DeD Jana stresové obdobie odlúčenia od rodiny prekonala bez vážnejších následkov a na prostredie DeD si rýchlo privykla.

Reč bola plne vyvinutá, čistá, jemná a hrubá motorika v rámci noriem.

Na matku sa nikdy nepýtala a frekvencia dopytov na tetu klesala.

Zdravotný vývin po telesnej a psychickej stránke bol uspokojivý a dieťa napredovalo v súlade s vývinovými tabuľkami. Počas pobytu v DeD prekonala okrem bežných detských ochorení zápal priedušiek, kedy bola na 7 dní hospitalizovaná.

Peter

Správa o dieťati z DeD, v ktorom Peter strávil prvé dva roky svojho života neobsahovala žiadne informácie týkajúce sa výraznejšieho zaostávania alebo deprivácie.

Chlapec bol diagnostikovaný znovu po premiestnení do DeD, kde žila jeho sestra. Psychológ DeD diagnostikoval zaostávanie vo všetkých vývinových ukazovateľoch. Dieťa malo neurotické a sebapoškodzujúce sklony, opakovane niekoľko minút nepretržite bilo hlavou do steny, prejavovalo hyperaktivitu, sústavne bolo v pohybe, doposiaľ bolo plienkované, nepýtalo sa na malú ani na veľkú potrebu, v skupine pôsobil rušivo, problémy mu robilo stolovanie a všetky samoobslužné procesy. V rámci skupiny si k nikomu nevytvoril pevnejšie putá, vychovávateľov nerešpektoval, a pri ich naliehaniach na upustenie od nenáležitého správania dostával záchvaty hnevu.

Peter bol nekontaktný, s nikým nekomunikoval, nebol schopný interakcie s inými deťmi, pri hre ich napádal.

Bol sledovaný v neurologickej ambulancie pre zaostávanie jemnej i hrubej motoriky. Psychológ vyjadril predpoklad, že ide o výrazné mentálne zaostávanie až mentálny postih a vyslovil podozrenie na autizmus.

Pri pokusoch vychovávateľov o kontaktovanie s jeho sestrou neprejavil žiadny záujem o zblíženie.

Diagnóza:

Jana

Jana je zdravé dieťa, napredujúce v súlade so všetkými vývinovými tabuľkami. Prospieva po mentálnej, fyzickej a psychickej stránke. Socializácia v kolektíve prebieha uspokojivo. Vie nadväzovať pevné vzťahy. Po zdravotnej stránke je v poriadku.

Peter

Peter zaostáva vo všetkých vývinových ukazovateľoch. Vyjadrenie psychológa DeD je podozrenie na mentálne postihnutie a autizmus.

Je sledovaný v neurologickej ambulancii pre zaostávanie jemnej a hrubej motoriky. Má deštruktívne a sebapoškodzujúce sklony.

Nevie nadväzovať sociálne vzťahy, nevytvára si vzťahy k iným deťom ani dospelým. Uzatvára sa do svojho sveta a svoje potreby nevie komunikovať s okolím. Pre nepochopenie svojich potrieb zo strany okolia dostáva často záchvaty hnevu.

Plánovanie intervencie:

Na stretnutí pri kauzistickom seminári pracovníkov DeD , na ktorom sa zúčastnilo vedenie, psychológ, vychovávateľia a zdravotný personál, sa prejednával prípad súrodencov Jany a Petra.

Po sumarizovaní všetkých údajov od jednotlivých zamestnancov, dospeli k názoru, že v prípade Petra treba progresívne intervenovať v záujme zdravého vývoja dieťaťa. Zúčastnení predpokladali, že príčinou jeho zaostávania je sociálna a psychická deprivácia, spôsobená nevyhovujúcim prostredím.

Podľa vyjadrenia psychológa, potrebuje Peter intenzívnu individuálnu starostlivosť, ktorej sa mu v detskom domove nemôže dostať.

Vedenie DeD zobralo tento fakt na vedomie a za najlepšiu formu intervencie v záujme zdravého vývoja dieťaťa zvolilo jeho umiestnenie zo skupiny do profesionálnej rodiny a začali podnikáť v tomto smere potrebné kroky.

Keďže boli súrodenci umiestnení spoločne v jednej skupine, plánovalo sa s tým, že budú taktiež spolu umiestnení aj v profesionálnej rodine. Na tento účel začali vyhľadávať v spolupráci s oddelením sociálnoprávnej ochrany a kurately na UPSVaR vhodnú rodinu, ktorá by bola ochotná a schopná prijať do PNR dve deti, z ktorých jedno si vyžaduje špeciálnu starostlivosť.

Priebeh intervencie:

Po niekoľko týždňovom hľadaní bola pre súrodencov nájdená vhodná rodina.

Manželia Jankovičovi bývali v neďalekej dedine vo svojom rodinnom dome. Mali dve deti, 6-ročného chlapca a 8-ročné dievča. Pedagogické vzdelanie matky bolo dobrým predpokladom na zvládnutie problematickej povahy Petra a veková štruktúra súrodencov bola tiež nastavená vhodne na to, aby sa matka mohla venovať všetkým deťom podľa ich potrieb.

Kontaktovanie v priestoroch detského domova bolo uspokojujúce. Profesionálni rodičia boli oboznámení so zdravotným a psychickým stavom oboch súrodencov.

Po treťom kontakte boli deti presťahované k profesionálnym rodičom.

Po štrnástich dňoch profesionálni rodičia žiadali radu psychológa DeD, keďže opakované záchvaty hnevu a neustála pozornosť, ktorú si Peter vyžadoval, nabúraval rodinné stereotypy a mala negatívny dopad na biologické deti profesionálnych rodičov.

Psychológ navštívil domácnosť a snažil sa radami pomôcť profesionálnym rodičom zvládnuť napätú situáciu.

Po týždni ďalšieho súžitia sa profesionálni rodičia vzdali všetkej snahy o nápravu situácie. Dôvodili tým, že správanie Petra malo negatívny dopad na všetkých členov rodiny a rodičia nevedeli nájsť dostatok času na to, aby sa mu venovali takou mierou, akú potreboval. Sťažovali sa hlavne na časté záchvaty hnevu, stavy apatie, sebapoškodzovanie, ktoré nevedeli žiadnym spôsobom zastaviť alebo obmedziť. Chlapec vyžadoval plnú pozornosť matky počas celého dňa a tá sa cítila natoľko psychicky vyčerpaná, že za žiadnych okolností nemala záujem pokračovať vo svojej práci profesionálneho rodiča.

Na správanie Jany sa rodičia nestážovali a hodnotili jej adaptáciu na nové prostredie veľmi pozitívne. No ich záujem ponechať si iba jedno dieťa z tejto súrodeneckej skupiny sa v DeD nestretlo s pochopením, keďže bola intervencia zameraná hlavne na Petra.

Preto profesionálni rodičia priviezli obe deti po troch týždňoch späť do DeD.

DeD v spolupráci s UPSVaR začali opätovne hľadať vhodnú rodinu, do ktorej by mohli byť deti umiestnené.

V prostredí DeD sa patologické správanie Petra ešte viac prehľbovalo. Vychovávatelia referovali o jeho patologických prejavoch psychológovi a vedeniu DeD denne.

Po intenzívnom hľadaní vhodnej profesionálnej rodiny bola na naliehanie vedenia DeD ochotná prijať deti skúsená profesionálna rodina. Napriek značnej vzdialenosti od DeD, boli deti umiestnené v rodine manželov Lanárových, ktorí boli profesionálnymi rodičmi už 5 rokov. Mali dospelé biologické deti a všetok svoj čas mohli venovať prijatým deťom.

Ihneď po ich zvolení boli deti prevezené do miesta ich bydliska, v rodinnom dome.

Napriek vzdialenosti a sťaženému osobnému kontaktu s pracovníkmi DeD, boli vedenie a psychológ za to, aby sa deti dostali do rodiny a mali individuálnu starostlivosť, ktorú si hlavne Peter vyžadoval.

Prvé týždne pobytu detí v rodine, konzultovali stav detí profesionálni rodičia hlavne telefonicky a to konkrétne so psychológom DeD.

Psychický stav Petra bol podľa vyjadrenia profesionálnych rodičov veľmi zlý. Jeho stavy apatie a agresie voči sebe a iným vyžadovali od profesionálnej rodiny nadmieru pozornosti a citlivého prístupu, neustálu komunikáciu, korigovanie správania a permanentný dohľad.

Profesionálna matka uvádza, že Peter sa prejavoval hyperaktívne a deštruktívne, neustále bol v pohybe, behal bez ustania po dome, nevedel sa zaujať jednou vecou a čo bolo pre profesionálnych rodičov obzvlášť šokujúce – nerozumel hovorenej reči. Na otázky neodpovedal, nevedel komunikovať. V tom čase mal už takmer tri roky. S odstupom piatich mesiacov, kedy bol stav v rodine monitorovaný psychológom DeD sa zistilo, že psychický stav Petra sa zlepšil. Profesionálni rodičia referovali o tom, že vzťah Jany a Petra sa prehĺbuje a vzájomný kontakt začínajú vyhľadávať. Postupne si získavajú jeho dôveru aj profesionálni rodičia, no minulé traumatické situácie tento vzťah komplikujú, preto vyžadujú pomalé a citlivé vzájomné zblížovanie.

Neurológ a psychológ po vyšetrení upustili od diagnózy mentálneho postihu a diagnostikovali dieťa už iba ako mierne zaostávajúce. Určité autistické črty osobnosti však naďalej pretrvávali.

Profesionálni rodičia informovali pracovníkov DeD o tom, že Petrov stav sa stabilizoval a jeho psychika bola odolnejšia.

Naučil sa veľa nových slov, vedel vyjadriť svoje potreby a pocity a jeho deštruktívne záchvaty ustupovali.

Za veľký úspech tiež považovali to, že Peter počas dňa už nepotreboval plienky a na potrebu sa vedel vypýtať.

Za ďalší pokrok v jeho vývoji považovali to, že Peter sa vedel sústredene venovať hre. Veľmi pozitívne hodnotili vzťah medzi súrodencami. Jana, ktorá bola komunikatívna, si získala priazeň svojho brata.

Vzťahy si súrodenci vytvorili navzájom, ale aj vzhľadom k profesionálnym rodičom. Profesionálna rodina po tomto krátkom čase našla svoj optimálny režim, ktorému sa deti prispôbili.

Progres vo vývoji oboch súrodencov napreduje veľmi rýchlo a pri každej konzultácii hlásia profesionálni rodičia ďalšie pokroky detí.

Epikríza:

Intervenciu v zmysle umiestnenia detí do profesionálnej rodiny hodnotia všetci zúčastnení veľmi pozitívne.

Jana a Peter si vybudovali zdravý súrodenecký vzťah. Vo svojom vývine napredujú a neočakávajú sa žiadne negatívne zmeny.

Intervencia bola vykonaná v záujme Petra, ktorý zaostával vo všetkých vývinových ukazovateľoch. V profesionálnej rodine sa jeho psychický a fyzický vývoj stabilizoval a začal približovať k normám.

Dieťa bolo v psychickej pohode a jeho agresívne a sebadeštruktívne ataky boli ojedinelé.

V dôsledku nápravy stavu bol znovu diagnostikovaný neurológom a psychológom, čoho výsledkom bolo, že dieťa trpelo veľmi silnou sociálnou a psychickou depriváciou, spôsobenou ústavným prostredím. Táto bola korigovaná individuálnym prístupom v profesionálnej rodine.

Peter bude naďalej sledovaný v psychologickej ambulancii, nakoľko nie je doposiaľ zrejmé, do akej miery sú autistické črty jeho osobnosti spôsobené psychickou a sociálnou depriváciou.

Pre uspokojivý zdravotný a psychický stav sú deti osvojiteľné a zaradené do zoznamu detí vhodných na adopciu.

Katamnéza:

Predpokladá sa, že deti budú schopné nadviazať pevný vzťah so svojimi potenciálnymi osvojiteľmi a ich mentálny, psychický a fyzický vývoj bude napredovať v rámci noriem. Predpokladá sa, že napriek uspokojivému vývoju bude nutné zo strany rodičov spolupracovať so psychológom, nakoľko boli deti vystavené do pomerne vysokého veku mnohým traumatickým okolnostiam, čo sa môže neskôr prejaviť v ich osobnostnom vývine.

Zdroj informácií: rozhovor s profesionálnym rodičom, rozhovor s profesionálnym rodičom z prvej rodiny, rozhovor s riaditeľom detského domova, sociálna správa o dieťati, rozhovor so sociálnou pracovníčkou akreditovaného subjektu, fotodokumentácia

5.2 Prípadová štúdia č. 2: Bezmenný Novák

Rodinná anamnéza:

Chlapec sa narodil z dvanástej gravidity 33 ročnej matky Anny Novákovej. Svojich desať živonarodených detí matka krátko po pôrode opustila a boli následne zverené do ústavnej starostlivosti. Podľa sociálnej správy boli štyri z jej detí osvojené. Matka neprejavovala o ne žiaden záujem.

Žila v nevyhovujúcich bytových podmienkach. Jej slabá sociálna situácia bola spôsobená do značnej miery nadmerným požívaním alkoholu a s ním spojenou závažnou a neliečenou závislosťou.

Matkou udávaný otec Alojz bol v čase pôrodu vo výkone trestu.

Chlapec sa narodil v 43. týždni tehotenstva. Tehotenstvo nebolo sledované v gynekologicko-pôrodníckej ambulancii. Zelená plodová voda pri pôrode svedčila o prekonanej alebo prebiehajúcej infekcii.

Chlapec vážil 2900g a meral 50 cm. Lekár konštatoval, že na svoj gestačný vek je dieťa podvyživené, z čoho sa dá usudzovať na nevhodnú životosprávu rodičky.

Apgar skóre 10.

Krátko po pôrode bolo dieťaťu namerané 0,76 promile alkoholu v krvi, z čoho vyplýva, že matka bola pod vplyvom alkoholu i v čase pôrodu. Dalo sa predpokladať, že požívanie alkoholických nápojov neobmedzovala ani v období tehotenstva.

Vyšetrením krvi boli tiež zistené špecifické protilátky hepatitídy A a vírus HCV spôsobujúceho hepatitídu typu C.

V rámci popôrodnej starostlivosti bola tiež dieťaťu diagnostikovaná kvasinková dermatitída, stafylokoková infekcia, bol pozorovaný tremor, dráždivosť, plač a špecifický krik charakteristický pre deti s fetálnym alkoholovým syndrómom.

Matka ani otec počas hospitalizácie dieťa nenašli ani inak oň neprejavili záujem.

Po hospitalizácii, ktorá trvala 21 dní bolo dieťa zverené do ústavnej starostlivosti.

V detskom domove strávilo jeden deň a bolo umiestnené do profesionálnej rodiny.

Profesionálnym rodičom bola pani Martina, vzdelaním a pôvodným zamestnaním liečebná pedagogička, ktorá pred prijatím chlapca do svojej rodiny mala

v profesionálnej starostlivosti už dve deti, ktoré boli v tom čase úspešne umiestnené v náhradných rodinách.

Súčasťou profesionálnej rodiny bol manžel Marián a ich dve biologické deti vo veku tri a štyri roky.

Rodina žila samostatne vo vlastnom dome, sociálne dobre situovaná. Vzťahy v rodine boli charakteristické súdržnosťou a hlbokým láskyplným vzťahom všetkých jej členov.

Osobná anamnéza:

Chlapec po príchode do rodiny vyžadoval zvýšenú starostlivosť.

Bol krčovitý, triasol sa, úľakové reakcie boli veľmi časté a spojené s bežnými podnetmi, po ktorých nasledoval neutíšiteľný plač. Tieto reakcie spúšťal napríklad pri prebaľovaní zvuk odopínania suchého zipsu na plienke, zvuk tečúcej vody a pod.

Častý plač popisuje profesionálna matka ako neobvyklý krik až vreskot, sprevádzaný krčmi v celom tele.

Chlapec bol neustále napätý, celé telo mal stuhnuté, päste zovreté, zjavná bola tiež fotofóbia, v pokoji i v spánku mal hlučné dýchanie až chrčanie.

Profesionálna matka odhadovala, že sťažené dýchanie je dôsledkom celkového napätého telesného i psychického stavu dieťaťa.

Fobické a úzkostné stavy trvali prvé dni takmer nepretržite.

Diagnóza:

Pre podozrenie na fetálny alkoholový syndróm bolo dieťa pravidelne sledované v kardiologickej ambulancie, keďže alkohol v priebehu prenatálneho vývoja mal na srdce dieťaťa záťažový vplyv.

Profesionálna matka s chlapcom tiež pravidelne navštevovali neurologickú ambulanciu z dôvodu sledovania celkového vývoja. Pre vylúčenie fyziologických príčin tremoru, hypertonie a dráždivosti bolo vykonané ultrazvukové vyšetrenie mozgu.

Profesionálna matka riešila s pediatričkou aj sťažené dýchanie dieťaťa. Pediatrička vyslovila podozrenie na stridor, ktorý sa ale odborným vyšetrením nepotvrdil.

Pediatrička predpokladala, že tremor a jeho prípadné zhoršenia môže spôsobovať okrem iného i chlapcova hypoglykémia, ktorú navrhla riešiť v čase záchvatu podaním zvýšenej dávky cukru v čaji alebo prevarenej vode.

Plánovanie intervencie:

Profesionálna matka v spolupráci s psychológom detského domova, pediatričkou a odbornými lekármi zostavovala plán aktívnej intervencie, ktorej cieľom bolo stabilizovať dieťa po zdravotnej, psychickej a telesnej stránke.

Jednotlivé kroky prispôbovala aktuálnym potrebám a danej situácii. Plánovanie bolo krátkodobé a zamerané na konkrétne riešenie problému.

O plánovaní, realizácii a výsledkoch si viedla podrobné záznamy, ktoré slúžili profesionálnej matke a spolupracujúcim odborníkom na porovnanie a zhodnotenie vplyvu intervencie v čase.

Intervencia bola zameraná na rozvoj všetkých oblastí vývoja dieťaťa.

Priebeh intervencie:

Medzi prvými krokmi sa profesionálna matka snažila uľahčiť dieťaťu chvíle krčovitého plaču, ktoré nazývala príznačne „vreskoty“, pretože pripravovali dieťa o mnoho síl. Chlapec sa nechal utíšiť až po chvíli v náručí matky, no ak sa ho snažila položiť po čase späť do postieľky, záchvat začal znovu s obvyklou intenzitou.

Telesný kontakt bola jediná alternatíva, ako dieťa upokojiť. Riešenie našla profesionálna mama v tzv. „klokanke“, kde chlapec trávil väčšinu dňa, čím sa jeho záchvaty minimalizovali.

Profesionálna matka si tiež povšimla, že toto je jediná poloha dieťaťa, kedy sa u neho neprejavuje sťažené dýchanie a chrčanie, ktoré pozorovala vždy keď ležal v postieľke alebo v kočiaku.

Usúdila, že tento príznak by mohol mať psychosomatický charakter.

Po mesiaci pobytu dieťaťa v profesionálnej rodine začalo záchvatov významne ubúdať. Napriek tomu bol chlapec stále dráždivý, napätý, svalstvo mal stuhnuté a ruky zovreté v päst.

Tento stav riešila profesionálna matka masážami dlaní a celého tela, na čo dieťa reagovalo pozitívne.

Veľkým problémom bolo dieťa prezliecť, kúpať a prebaliť. Nahota jeho vlastného tela mu spôsobovala zrejme neistotu a vyvolávala záchvaty plaču. Profesionálna mama postupovala aj v týchto situáciách veľmi empaticky a snažila sa nájsť schodnú cestu. Chlapca kúpala jemne ovinutého plienkou, aby mal pocit, že má na sebe odev, s čím sa uspokojil.

Pri prebaľovaní vznikali okrem úzkosti týkajúcej sa nahoty aj úľakové reakcie spojené s otváraním suchých zipsov na plienkach, po čom nasledovali záchvaty plaču.

Profesionálna mama si povšimla, že chlapec veľmi dobre reaguje na rytmizovanie.

Toto poznanie aplikovala i na nevyhnutné procedúry, ktoré chlapcovi spôsobovali napätie. Takže pri prebaľovaní sa viac sústredil na rytmus a melódiu reči, čím bola jeho pozornosť odvedená od činnosti a napätia s ňou spojeným.

Profesionálna matka spájala tiež všetky činnosti s verbalizovaním, čím podporovala chlapcov mentálny aj psychický vývin, chlapec sa uisťoval vo vzťahu a nastúpil proces pripútania k blízkej osobe.

Do šiestich mesiacov veku volila pre dieťa pokojový režim. Väčšinu bdelej i spánkovej časti dňa chlapec trávil v spomínanej klokanke.

V tomto období začala významne ustupovať hypertonia a dieťa začalo napredovať.

V desiatom mesiaci bol pri všetkých odborných diagnostikách vývoj dieťaťa v norme.

Chlapec v tomto období liezol štvornožky, kráčal s pomocou za obe ruky, mal dobre rozvinutú jemnú motoriku, verbalita sa vyvíjala v norme, džavotal, správne používal prvé slová (mama, tata). Úplne ustúpilo tiež hlučné dýchanie. Novým problémom bol nástup nočných desov, ktoré sa prejavovali následne po preťažení dieťaťa. Tieto boli riešené zavínavacími technikami.

Profesionálna matka naďalej postupovala osvedčenými metódami. Nosnú časť tvoril fyzický kontakt s dieťaťom vo forme pestovania, masáží, vzájomných dotykov a tiež osvedčená verbalizácia, riekanky a rómske piesne, na ktoré reagoval chlapec veľmi pozitívne.

Profesionálna matka dieťa charakterizovala ako vnímavé, žiadostivé podnetov, komunikatívne, veselé a aktívne.

Budúci osvojiteľia začali dieťa v profesionálnej rodine navštevovať vo veku jeho 10tich mesiacov. Rodiny si vytvorili dobré vzájomné vzťahy, navzájom sa informovali a konzultovali.

V záujme čo najľahšieho prechodu dieťaťa z jednej rodiny do druhej spolupracovali napríklad tak, že profesionálna matka dôkladne popísala náhradnej matke spánkové rituály, repertoár obľúbených riekaniek, obľúbenú hudbu a činnosti. Náhradná matka si všetko dôsledne značila a keď bol chlapec zverený do ich starostlivosti, tieto rituály dodržiavala a naďalej v priebehu adaptačnej fázy konzultovala s profesionálnou matkou.

Akútne smútenie prebiehalo približne 4 dni. Po dvoch mesiacoch mal chlapec pevne

vybudované väzby vo svojej súčasnej náhradnej rodine, kde prejavuje hlbokú náklonnosť k svojim rodičom.

Epikríza:

Interakcia v záujme dieťa dopadla veľmi uspokojivo, pretože prognózy jeho ďalšieho vývoja boli v ústavnom prostredí neisté. Nakoľko bola vyvinutá veľká snaha zo strany profesionálnej rodiny a spolupracujúcich odborníkov, podarilo sa tieto prognózy zvrátiť a chlapec sa úspešne aklimatizoval v náhradnej rodine a napreduje vo vývoji v rámci noriem aj napriek diagnostikovanému FAS.

Katamnéza:

Predpokladáme, že dieťa bude naďalej dobre prosperovať a nakoľko sa emocionálne ukotvil v náhradnej rodine, môže s jej pomocou naďalej budovať sebaistotu a dôveru v iných ľuďoch.

Zdroj údajov: rozhovor s profesionálnym rodičom, pozorovanie, fotodokumentácia, videodokumentácia, výchovno-vzdelávací plán, kniha života, písomné záznamy profesionálneho rodiča, korešpondencia medzi profesionálnymi a náhradnými rodičmi, rozhovor s riaditeľkou detského domova

5.3 Prípadová štúdia č. 3: Štefan Salay

Rodinná anamnéza:

Štefan sa narodil ako tretie dieťa dvadsaťjeden ročnej matke Anne Salayovej. Matka žila do tej doby so svojim druhom Zoltánom Jánosom, s ktorým spoločne vychovávali svoje dve deti (2 a 3 roky). Krátko pred pôrodom sa však ich vzťah rozpadol a Zoltán sa odsťahoval s deťmi ku svojej matke, kde sa o ne doposiaľ riadne stará.

Tretie tehotenstvo Anny nebolo sledované v gynekologicko-pôrodníckej ambulancii. Pôrod prebehol v domácom prostredí. O jeho priebehu nie sú bližšie informácie.

Matka s dieťaťom navštívila pôrodnické oddelenie o dvanásť hodín neskôr. Dieťa bolo zdravo narodené a matka neudávala žiadne komplikácie. Diagnostikovaná bola srdcová chyba, ktorej následkom je nedostatočné okysličovanie krvi.

Matka sa odmietla dať vyšetriť a z ordinácie ušla.

Anna uviedla v rodnom liste ako otca dieťaťa Igora Meszárosa, ktorý svoje otcovstvo poprel. Bývalý druh a otec jej dvoch detí neprevzal starostlivosť o dieťa a s ich matkou prerušil kontakty. O dieťa neprejavil nik z príbuzných záujem a rozhodnutím súdu bolo umiestnené v detskom domove.

Matka žije túlavým spôsobom života a na výzvy sociálnych pracovníkov nereaguje.

Osobná anamnéza:

Dieťa bolo po krátkej hospitalizácii umiestnené do detského domova. Zo správy o dieťati, ktorá bola vypracovaná v piatom mesiaci jeho života vyplýva, že dieťa bolo plačlivé, malo problémy s prijímaním potravy. Jeho progres vo vývine bol spomalený a značne podnormatívny. Neobracalo sa spontánne, nepokúšalo sa sedieť, na komunikáciu nereagovalo, nenačahovalo sa za predmetmi a malo nepokojný spánok s častým prebúdzaním. Prognóza pracovníkov detského domova nebola priaznivá, s podozrením na mentálne postihnutie.

Diagnóza:

Zaostávanie v motorickej oblasti bolo diagnostikované v neurologickej ambulancii ako podozrenie na svalovú dystrofiu. Doporučené bolo cvičenie Vojtovou metódou a po nepriaznivej alebo nulovej odozve plánovaná dôkladná diagnostika invazívneho charakteru.

Gastroenterológ nepotvrdil žiadnu fyziologickú príčinu častého dávenia dieťaťa. Psychológ detského domova predpokladal nižšiu mentálnu úroveň dieťaťa, ktoré prejavovalo apatiu pri sociálnych kontaktoch. Vyslovil podozrenie na mentálne postihnutie, prípadne niektorú z foriem mozgovej dysfunkcie. Presnejšie diagnostikovanie bolo plánované vo vyššom veku dieťaťa.

Plánovanie intervencie:

Keďže v tom čase ešte nebolo súdne rozhodnuté o osvojiteľnosti dieťaťa, odporučil psychológ a sociálny pracovník detského domova, aby bol Štefan do tej doby umiestnený v profesionálnej rodine. Vedenie detského domova zareagovalo na odporúčenie a rozhodlo, že v záujme dieťaťa budú intervenovať touto formou. O mesiac bola k dispozícii profesionálna rodina, z ktorej prostredia práve odišlo prvé dieťa do náhradnej rodinnej starostlivosti.

Priebeh intervencie:

Dieťa bolo vo svojich šiestich mesiacoch umiestnené do profesionálnej rodiny. Profesionálnymi rodičmi boli pani Eva na plný úväzok a pán Ján na polovičný úväzok. Súčasťou rodiny bola biologická dcéra rodičov vo veku desať rokov. V rodine bolo umiestnené ešte jedno dieťa v profesionálnej starostlivosti. Profesionálni rodičia uvádzajú, že dieťa bolo po príchode do rodiny apatické, no na bežné podnety reagovalo úľakom, bolo svetloplaché. Pozorovali, že dieťa udržuje pomerne pevný očný kontakt a tiež dokáže sústredene pozorovať predmety. Pohybová aktivita bola minimálna. Profesionálna matka uvádza, že dieťa v bdelom stave vydržalo veľmi dlho ležať bez pohnutia, preto sa snažili ho nechávať v postelke alebo v kočíku v bdelom stave čo najkratšie. Po konzultácii s neurológom odložili cvičenie Vojtovou metódou a dieťaťu sprostredkovali čo najčastejšie telesný kontakt. Bolo často pestované a polohované. Profesionálni rodičia neuvádzajú žiadne problémy s prijímaním potravy, pričom sa držali odporúčenia, jedálničku a stravovacích návykov, ktorý dostali od detského domova. Dieťa nedráždila na dávenie žiadna potravina a váhovo taktiež prospievalo v norme. Žiadne problémy nezaznamenali ani pri zavádzaní nových potravín. V profesionálnej rodine spalo od prvých dní pokojne. Profesionálna matka tvrdí, že sa snažili maximálne prispôsobiť prirodzenému dennému rytmu dieťaťa a reagovali na ním vysielané signály o únave. Štefan zaspával pred ôsmou hodinou večer a bez

prebudenia prespal celú noc. Denný spánok si vyčerpal pri pravidelných popoludňajších vychádzkach a zobúdza sa pokojný.

Profesionálna matka tiež nepozorovala u dieťaťa avizovanú plačlivosť. Priam naopak – Štefan bol podľa jej slov až priveľmi tichý a hlasovo sa prejavoval zriedkavo.

Približne po mesiaci pobytu v profesionálnej rodine sa dieťa začalo spontánne prevracať z bruška na chrbátik a s oporou sedelo. Profesionálni rodičia ho stimulovali masážami, polohovaním a pravidelným cvičením tak, že ťahali dieťa za ruky z ľahu do sedu, čím mu spevnelo držanie hlavičky a svaly chrbtice a tiež ťahaním v ľahu za ruku a nohu tak, aby sa obrátilo z chrbta na bruško a naopak. Tieto dva jednoduché cviky spôsobili podľa profesionálnych rodičov veľmi účinne a naštartovali ďalší rozvoj pohybového aparátu.

Dieťa začalo opatrne nadväzovať sociálne kontakty s úzkou skupinou najbližších ľudí, ktorú tvoril Ján, Eva, ich dcéra a starí rodičia. Na neznámych ľuďoch Štefan reagoval plačom a domáhal sa kontaktu s profesionálnou matkou.

V miestnosti nechcel zostať sám a mal potrebu aspoň vizuálne kontrolovať prítomnosť profesionálnych rodičov a ich dcéry.

Úľakové reakcie po dvoch mesiacoch úplne vymizli, no profesionálni rodičia sledovali stále určitú bojzlivosť dieťaťa, hlavne pri neznámych podnetoch. Na neznáme podnety a neznámych ľudí reagoval strachom a plačom.

Dieťa sa naučilo v siedmych mesiacoch bez pomoci sedieť a v ôsmych s oporou postaviť. Primerane veku sa hralo s rôznymi hračkami, pritom kooperovalo s dcérou manželov. Rozumelo jednoduchým pokynom. Malo dobre rozvinutú jemnú motoriku, v jedenástich mesiacoch samo jedlo lyžičkou.

Krátko pred prvým rokom začali navštevovať rodinu potenciálni osvojitelia. Dieťa v tom čase už komunikovalo jednoslovnými a dvojslovnými vetami, vedelo vyjadriť svoje potreby, vedelo sa hrať, pohybovalo sa ležením a popri nábytku v stojí.

Výsledky vyšetrení špecialistov neuvádzajú žiadne odklony od normy. Dieťa do prvého roku užívalo nootropiká na podporu mozgovej činnosti.

Profesionálni rodičia tvrdia, že nepoužívali žiadne špeciálne metódy na stimuláciu vývoja dieťaťa, jednali vo väčšine situácií intuitívne a na základe svojich rodičovských skúseností, nakoľko ich pracovníci detského domova a odborníci neinštruovali ohľadom žiadnych špeciálnych metód a prístupov k dieťaťu. Snažili sa

v najvyššej možnej miere rešpektovať jeho potreby a vytvárať medzi nimi a dieťaťom láskyplný vzťah.

Epikríza:

Intervencia v zmysle umiestnenia dieťaťa do profesionálnej rodiny bola účinná a saturovaním jeho potrieb boli diagnostikované oneskorenia v krátkom čase dobehnuté. Dieťa je vývojovo v pásme normy.

Štefan bol sledovaný z dôvodov prevencie v neurologickej, kardiologickej a gastroenterologickej ambulancii, no pre dlhotrvajúce zlepšenie a úpravu stavu boli tieto pravidelné kontroly zrušené.

Dieťa je umiestnené v náhradnej rodine, ktorá sa kontaktuje naďalej s profesionálnou rodinou a tiež potvrdzujú nastúpený progres vo vývine.

Katamnéza:

Predpokladáme, že intervencia napomohla k tomu, aby potenciálne zaostávajúce dieťa bolo úspešne umiestnené v náhradnej rodine, v ktorej bude naďalej pri vhodných podmienkach prosperovať, bez známk zaostávania.

Zdroj údajov: rozhovor s profesionálnym rodičom, rozhovor s náhradným rodičom, sociálna správa o dieťati, úradné dokumenty, fotodokumentácia, videodokumentácia, zdravotná dokumentácia

6 VÝSLEDKY VÝSKUMU A INTERPRETÁCIA ÚDAJOV

V tejto kapitole poskytneme interpretáciu získaných údajov pre každú prípadovú štúdiu zvlášť. Pri každej sa budeme snažiť pomocou zvolených identifikačných znakov zodpovedať na nami položené výskumné otázky.

V závere kapitoly tieto odpovede zosumarizujeme a porovnáme.

6.1 Výsledky výskumu a interpretácia údajov pre prípadovú štúdiu č. 1

V tejto prípadovej štúdiu zameriame pozornosť iba na jedného zo súrodencov a to na Petra, keďže intervencia bola namierená práve na korekciu zjavných príznakov psychickej deprivácie, ktoré sa u neho prejavovali. U jeho sestry Jany sa nižšie spomínané symptómy neobjavovali. Predpokladáme, že príčinou ich rozdielneho kognitívneho, emocionálneho a sociálneho vývoja boli rozdielne podmienky a okolnosti v kritických a senzitivných obdobiach dôležitých pre pripútanie a celkový rozvoj osobnosti.

Jana vyrastala istý čas v rodine, kde zažila pocit náklonnosti a individuálnu starostlivosť, takže aj po odlúčení a následnom smútení sa dokázala pomerne rýchlo adaptovať na nové situácie. Jej vývoj bol po všetkých stránkach v norme, bez odchýlok či zvláštností.

Peter vyrastal od narodenia až do veku dvoch rokov v detskom domove, kde jeho stavu zrejme neprípisovali vážnosť, keďže žiaden údaj nebol zanesený do správy o dieťati a sociálni ani zdravotnícki pracovníci detského domova, do ktorého bol prijatý neskôr, neboli zo strany personálu informovaní o špecifikách tohto dieťaťa.

6.1.1 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.1 pre prípadovú štúdiu č.1

Výskumná otázka č.1:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?

- a) Príznyky psychickej deprivácie u dieťaťa:

- *Zaostávanie v oblasti neuropsychického vývoja:*

Keďže chlapec mal v čase začiatku intervencie takmer 30 mesiacov, budeme jeho schopnosti porovnávať s vývojovými ukazovateľmi v tabuľkách prislúchajúcim 30 mesačnému batolaťu.

I. Pohybové schopnosti:

- 30 mesačné dieťa dobre behá, vie chodiť po špičkách, stojí na jednej nohe a na okamžik udrží rovnováhu, pri chôdzi po schodoch strieda nohy, kopne do lopty, skáče znožmo.

Peter bol vnímaný pracovníkmi detského domova aj profesionálnou rodinou, ako veľmi pohyblivý, neustále pobežujúci, aktívny a preto predpokladáme, že uvedené kritériá by splnil, v prípade, že by bol schopný pochopiť pokyn a bol by ochotný spolupracovať.

II. Zručnosť a manipulácia s predmetmi

- 30 mesačné dieťa vie postaviť vežu z 9-10 kociek, stavia vlak s komínom, vie vhodíť guľôčku do fľaše a vytriasť ju spontánne, stránky knihy obracia jednotlivo, napodobní kresbu vertikálnej a horizontálnej čiary, pokúša sa nakresliť krížik

Nakoľko bol Peter v starostlivosti neurológa pre zaostávanie v oblasti jemnej motoriky, predpokladáme, že toto zaostávanie bolo výrazné, keďže vyžadovalo odbornú starostlivosť. Peter tiež nevedel udržať svoju pozornosť pri hre, s dospelými opatrovníkmi a s inými deťmi nespupracoval, takže si tieto schopnosti nemohol spontánne trénovať.

III. Reč

- 30 mesačné dieťa má v aktívnej slovnej zásobe približne 500 slov, nepoužíva detský žargón, spája 8-9 slovné vety, používa správne osobné zámená, minulý čas a množné číslo, uvádza činnosť videnú na obrázku (na otázku Čo robí...?), rozumie predložkám (daj kocku na, pod, za...stôl), chápe pojmy hore - dolu, veľký - malý, nahlas – ticho, opakuje dve po sebe idúce čísla, udáva svoje celé meno, určí použitie niektorých predmetov (ceruzka, kľúče, lyžica).

Pracovníci detského domova i profesionálni rodičia udávajú hlboké zaostávanie v oblasti reči. Vyššie spomínané vývojové ukazovatele sú na diametrálne odlišnej úrovni, než sú Petrove schopnosti pred intervenciou. Profesionálna matka uviedla, že dieťa aktívne používalo približne päť slov, čo je slovná zásoba zodpovedajúca ročnému dieťaťu. Ďalej vyjadrila počudovanie nad zistením, že Peter nerozumie hovorenej reči, čo zistila tak, že nevedel reagovať alebo nereagoval vôbec na bežné

pokyny a pozorovala jeho rozpaky prameniace z nepochopenia pri ich vzájomnej komunikácii.

IV. Sociálny vývoj

- 30 mesačné dieťa hovorí o sebe prevažne zámenom, rozpráva zážitky dva až tri dni staré, počas hry napodobuje domáce práce, oblieka alebo kŕmi bábiku, tlačí vozík alebo kočík a dobre riadi, pomáha upratovať, potravu konzumuje samo lyžičkou, nalieva z čajníka alebo prelieva z pohára do pohára, pri obliekaní si natiahne nohavice, rukávy a obuje topánky, v udržovaní telesnej čistoty oznamuje potrebu, ale zatiaľ nie spoľahlivo.

Z výpovedí zamestnancov detského domova a profesionálnych rodičov sme sa dozvedeli, že dieťa s okolím nekomunikovalo, nevedelo sa zaujať hrou, nevedelo sa hrať na niečo a spontánne nenadväzovalo žiadne kontakty, neprejavovalo záujem o dospelých ani deti, takže ani hry smerujúce k napodobovaniu správania dospelých nemalo chuť, potrebu a ani schopnosti vykonávať, nespolupracovalo pri žiadnej činnosti, kládlo odpor a dostával záchvaty hnevu, v udržovaní telesnej čistoty nepozorovali žiadnu snahu o pokrok.

- Vzťahy a socializácia

Ak budeme predpokladať, že dieťa sa správalo rovnako v predchádzajúcom detskom domove, v novom detskom domove, v prvej profesionálnej rodine i v druhej profesionálnej rodine, musíme konštatovať, že za takmer tri roky svojho života si nevytvorilo k žiadnej osobe zmysluplný vzťah. Nemalo teda bezpečné emocionálne ukotvenie, z tohto stavu potom pramenili ďalšie typické symptómy psychickej deprivácie, ktoré boli prejavom jeho dlhodobého strádania. Dieťa malo časté záchvaty hnevu, ktoré sa striedali s apatiou, bezcieľne sa pohybovalo alebo pobehovalo, správalo sa agresívne k iným deťom, nespolupracovalo s dospelými, nemalo žiaden záujem o komunikáciu a nadväzovanie vzťahov, malo deštruktívne a sebapoškodzujúce sklony, neurotické prejavy, uzatváralo sa do svojho sveta, z emócií najčastejšie prejavovalo hnev.

Jeho stav bol skomplikovaný autistickými sklonmi a tiež tým, že v pomerne krátkom čase niekoľkokrát zmenil prostredie i vychovávateľov a ako sme sa dozvedeli od riaditeľa detského domova, na tieto zmeny sa ťažko adaptoval. Problémom bola tiež neskorá intervencia, ktorá už nemala preventívny ale korektívny charakter.

b) Prognózy pred intervenciou týkajúce sa vývoja dieťaťa:

- mentálne postihnutie

Psychológ, ktorý dieťa krátko po zmene detského domova vyšetroval, diagnostikoval mentálne postihnutie dieťaťa. Oblasť zaostávania uvádzajú tiež profesionálni rodičia. Dieťa nevládalo základné samoobslužné činnosti, nevedelo sa hrať, zaostávalo po stránke jemnej motoriky, nekomunikovalo, nenadväzovalo vzťahy, nerozumelo reči. Prognóza pri zotrúvajúcom stave bez intervencie bola, že dieťa sa z pásma mentálneho postihnutia spontánne nedostane, pokiaľ mu nebude venovaný individuálny prístup zameraný na riešenie týchto problémov.

- poruchy správania a socializácie

Chlapec mal časté neurotické prejavy, prejavy vzdoru a agresie smerom k deťom aj dospelým, veľmi výrazná bola hyperaktivita, následné upadanie do apatie, zrejme čiastočne spôsobené vyčerpaním a v neposlednom rade nezaujmom o okolie, o komunikáciu, o hru.

Prognózou za nezmenených podmienok bolo, že tieto poruchy samovoľne neustúpia, môžu zotrvať alebo sa i prehlbovať.

- autizmus

Psychológ, ktorý dieťa vyšetroval, vyslovil podozrenie na autizmus. Predpokladáme, že predmetom jeho vyšetrenia bol záujem chlapca o okolie, o interakciu s inými ľuďmi a záujem o hru.

Prognózou bolo, že za nezmeneného stavu týkajúceho sa prístupu k dieťaťu a jeho bezprostredného okolia, nie je možné očakávať zlepšenie.

c) Progres dieťaťa v priebehu pobytu v PNR (obdobie 5 mesiacov)

- v oblasti neuropsychického vývoja

I. Pohybové schopnosti:

Keďže chlapec v tejto oblasti nevykazoval známky zaostávania, a tiež žiadne výnimočné zmeny neuvádzajú profesionálni rodičia ani pracovníci detského domova, predpokladáme, že sa jeho pohybové schopnosti rozvíjali v medziach noriem

II. Zručnosť a manipulácia s predmetmi

Z výpovedí profesionálnych rodičov sa dozvedáme, že dieťa nadobudlo záujem o hru a vedelo sa jej sústredene venovať, bohužiaľ pri dopytovaní

sme na formu hry nekládli dôraz a nezískali sme dostatok informácií, preto môžeme iba predpokladať, že samotným záujmom o hru sa jeho zručnosť a manipulácia s predmetmi vyvíjala oveľa progresívnejšie, ako v minulom období, keď o sústredenú hru nejavil záujem. Samotný záujem teda môžeme považovať za formu nastúpeného progresu.

III. Reč

Profesionálni rodičia uvádzajú, že Peter sa naučil sa veľa nových slov, vedel vyjadriť svoje potreby a pocity. Počet slov nevedeli odhadnúť, napriek tomu si dovoľujeme považovať za významný posun vo vývoji reči to, že chlapec vedel komunikovať svoje potreby. V minulom období pocit jeho frustrácie zvyšovalo to, že nebol okolím pochopený, nakoľko používal veľmi obmedzený počet slov. So vzájomného nepochopenia sa s okolím mohol prameniť aj jeho nezáujem nadväzovať vzťahy a venovať sa spoločnej hre. Nastúpeným progresom reči sa podľa našej mienky korigoval aj pocit frustrácie, pocity hnevu, nepochopenia a agresívne a sebadeštruktívne ataky. Profesionálni rodičia tiež uvádzajú, že vo vývoji reči napreduje, čiže tento vývoj nemôžeme považovať za jednorazový skok, ale nastúpený vývoj. Predpokladáme, že pri citlivom zaobchádzaní a minimalizovaní stresorov bude chlapec vo vývoji napredovať a svojimi schopnosťami by sa mal v dohľadnom čase vyrovnáť rovesníkom.

IV. Sociálny vývoj

S nastúpením budovania hlbších vzťahov, následným rozvojom reči sa rozvíja aj socializácia dieťaťa. Dieťa sa dokáže sústredene venovať hre, dokáže komunikovať s dospelými osobami a čo je zložitejšie i s deťmi. Vytvára si vzťah k sestre a kooperuje pri hre.

Zdokonaľuje sa v základných hygienických návykoch a profesionálni rodičia uvádzajú, že počas celého dňa vie bezpečne udržať čistotu, preto úplne upustili od používania plienok.

- **Vzťahy a sociálizácia**

Chlapec si v priebehu úspešnej intervencie vytváral vzťah s profesionálnymi rodičmi aj so svojou biologickou sestrou. Je dôležité vyzdvihnúť, že po istom čase tieto kontakty dieťa samo vyhľadávalo, na rozdiel od doby pred intervenciou, keď o ne neprejavovalo žiaden záujem. Predpokladáme, že k tomu významnou mierou prosperoval aj rozvoj reči.

Výskyt agresívnych prejavov sa zmiernil, psychický stav sa postupne menil smerom k psychickej pohode, emocionálne výkyvy a náhle zmeny správania sa vyskytovali sporadicky.

Profesionálni rodičia uvádzajú, že sa museli približovať k dieťaťu veľmi pomaly a citlivo, aby si postupne získavali jeho dôveru.

Psychológ po rediagnostike konštatoval zlepšenie, týkajúce sa vysloveného podozrenia na autizmus, avšak niektoré autistické črty správania pretrvávajú, čo závažným spôsobom sťažuje celý proces nadväzovania blízkych osobných vzťahov. Ale keďže je zjavné, že možnosti ďalšieho progresu sa chlapcovi aj po tejto stránke otvárajú, môžeme predpokladať, že za obzvlášť citlivého prístupu a spolupráce s odborníkmi, by mohol v trende napredovania pokračovať aj v budúcnosti.

V oblasti socializácie a nadväzovania vzťahov nemôžeme konštatovať približovanie sa k normám, ale v tejto fáze je zmena stavu smerom k pozitívnym zmenám významná.

d) Výsledok intervencie:

- s ohľadom na korekciu symptómov psychickej deprivácie

Niektoré symptómy psychickej deprivácie pretrvávajú, no ich intenzita oslabuje. V súčasnosti sa nedá odhadnúť, nakoľko je nastúpený progres v tejto oblasti istý. S ohľadom na prekrývajúce sa a podobné prejavy psychickej deprivácie a prejavy mentálneho postihnutia a tiež psychického ochorenia je v tomto veku dieťaťa, pôvod týchto prejavov ťažko identifikovateľný. Preto je na mieste naďalej úzko spolupracovať s odborníkmi a všetky zmeny v živote dieťaťa vykonávať s náležitým ohľadom na jeho predchádzajúci stav.

Výsledok intervencie môžeme teda posudzovať iba z krátkodobého hľadiska a z tohto pohľadu je uspokojivý.

- z pohľadu posudkov odborných lekárov a psychológov

Z pohľadu odborných lekárov a psychológa prebehla intervencia vzhľadom na priebežné výsledky uspokojivo. Dieťa začalo rozvíjať svoj mentálny a emocionálny potenciál a v nastúpenom vývoji pomerne rýchlo napreduje. Opäť ale treba vziať do úvahy, že dieťa očakáva ďalšia možná zmena prostredia

a rodinného zázemia, ktorá zrejme u dieťaťa spôsobí dočasný regres, ktorého miera sa nedá odhadnúť.

- z pohľadu profesionálnych rodičov

Výsledok intervencie je z pohľadu profesionálnych rodičov uspokojivý. Dieťa sa postupne adaptuje na nové prostredie, vyzdvihujú hlavne jeho snahu kooperovať a vytvárať si hlbšie vzťahy, rozvoj reči a základných samoobslužných činností. Jeho pokrok je pre nich zjavný a popisujú mnohé pozitívne zmeny, ktoré sú dôsledkom intervencie.

- z pohľadu pracovníkov detského domova

Pracovníci detského domova si uvedomujú, že intervencia v záujme dieťaťa prišla pomerne neskoro, teda psychickej deprivácii sa už preventívnou formou zabrániť nedalo. Napriek tomu prejavili uspokojenie nad tým, že i keď na druhý pokus, dieťaťu sa podarilo adaptovať sa na podmienky profesionálnej rodiny, ktorá vytvorila vhodné prostredie na korekciu psychickej deprivácie u dieťaťa.

Odpoveď na výskumnú otázku č.1:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?

Pobyt dieťaťa v profesionálnej rodine aj napriek častým zmenám a predchádzajúcej nestabilite prostredia, pozitívne na dieťa vplýval po emocionálnej, kognitívnej aj sociálnej stránke. Tento progres potvrdzuje profesionálna rodina, pracovníci detského domova, ale i odborní lekári.

V tomto prípade Peter trpel mnohými symptómami psychickej deprivácie, vyplývajúcimi z dlhodobého pobytu v ústavnom zariadení, intervencia bola teda zameraná na korekciu vplyvov psychickej deprivácie. Za pomerne krátky čas sa prejavy symptómov minimalizovali a dieťa nastúpilo cestu progresu, v ktorej úspešne pokračuje.

Odpoveďou na našu výskumnú otázku je, že profesionálna rodina mala zásadný vplyv na korekciu psychickej deprivácie a bez jej intervencie nepredpokladáme, že by dieťa mohlo smerovať k zdravému vývoju. Predpokladáme, že by sa prehlbovali patologické prejavy, ktoré by mohli vyústiť do závažného psychického ochorenia a mentálneho postihu. Tieto zmeny by mohli byť vo vyššom veku dieťaťa nezvratné.

6.1.2 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.2 pre prípadovú štúdiu č.1

Výskumná otázka č.2:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?

a) Spôsob intervencie

- Intervencia v záujme dieťaťa prišla pomerne neskoro
Symptómy psychickej deprivácie boli diagnostikované až vo veku dvoch rokov dieťaťa, keď bolo premiestnené do iného detského domova, kvôli súrodeneckým väzbám. V tomto období už chlapec trpel hlbokým strádaním, ktoré sa manifestovalo spoločensky neakceptovateľnými spôsobmi. Podľa Matějčkovho a Langmeierovho členenia by sme ho mohli zaradiť ako typ sociálnej provokácie, ktorý sa prejavuje zväčša agresivitou a zlostnými výbuchmi, je nezvládateľný, nerešpektuje normy.
Napriek tomu sa pracovníci DeD v záujme dieťaťa pokúsili o intervenciu zameranú na nápravu celkového stavu dieťaťa.
- Prvý pokus o intervenciu nebol úspešný
Umiestnenie do prvej profesionálnej rodiny nedopadlo uspokojivo, chlapec i profesionálni rodičia vo vzájomnej interakcii opakovane nedosahovali pozitívnych výsledkov, čo bolo pre obe strany frustrujúce, nepodarilo sa im zosúladiť osobnostne a emocionálne a ani z hľadiska bežného fungovania rodiny. Táto neúspešná interakcia mala taktiež na dieťa nepriaznivý dopad, keďže po nej nasledoval návrat do prostredia DeD a neskôr ďalšia zmena prostredia – vstup do profesionálnej rodiny.
- Pri druhom pokuse bolo sa podarilo dieťaťu vytvoriť stabilné zázemie v prostredí profesionálnej rodiny
Druhá profesionálna rodina, ako sa ukázalo, bola pre intervenciu v záujme dieťaťa vhodnejšia. I keď profesionálni rodičia uvádzali mnohé výchovné a adaptačné problémy, dieťa sa v profesionálnej rodine stabilizovalo a jeho vývoj začal napredovať žiadaným smerom.

b) Použité metódy práce s dieťaťom

- Citlivý prístup

Profesionálni rodičia uvádzajú, že sa nesnažili robiť zmeny a vyžadovať splnenie pokynov nátlakovo. Používali citlivý prístup, aby sa, pokiaľ bolo možné, vyhli vzdoru, záchvatom hnevu a agresii. Za dôležitejšie, ako vykonanie určitej činnosti, považovali budovanie vzájomných vzťahov, preto pristupovali k dieťaťu so zreteľom na jeho emocionálnu nestabilitu. Táto metóda protektívneho prístupu sa im osvedčila a na jej základe budovali vzťah. Keď bol vzťah pevnejší, nastúpila u chlapca prirodzená chuť rodičom vyhovieť.

- Stále pozorovanie jeho správania

Chlapec si vyžadoval zo strany profesionálnych rodičov neustálu pozornosť. Profesionálni rodičia ho takmer nepretržite pozorovali v záujme jeho bezpečnosti, keďže jeho správanie bolo nevypočítateľné a tiež preto, že jeho činnosti vyžadovali mnohé výchovné zásahy. Profesionálni rodičia sa hlavne zo začiatku intervencie snažili byť dieťaťu neustále nablízku, aby mohli sýtiť jeho emocionálne a sociálne potreby.

- Verbálna stimulácia

Keď profesionálni rodičia zistili, že dieťa pozná iba zopár slov a nerozumie hovorenej reči, venovali zvýšenú pozornosť tejto oblasti a snažili sa ho stimulovať častou komunikáciou, pomenovávaním základných predmetov, komentovaním rôznych javov.

- Budovanie pevných citových väzieb

Neustála prítomnosť profesionálnych rodičov, častá vzájomná komunikácia, citlivý a protektívny prístup k dieťaťu dal priestor k vytváraniu hlbšieho vzájomného vzťahu medzi dieťaťom a profesionálnymi rodičmi. Chlapec bol tiež podporovaný vo vzťahu k svojej sestre a profesionálni rodičia ho za úspešnú kooperáciu často chválili.

- Spolupráca so psychológom, pracovníkmi DeD a odbornými lekármi

Profesionálni rodičia pre zvládanie mnohých náročných situácií neváhali kontaktovať odborníkov a žiadať o radu. Odborné rady sa snažili citlivo

aplikovať pri vzájomnej interakcii s dieťaťom a jeho stav priebežne konzultovali.

c) Zameranosť profesionálnych rodičov na cieľ

Profesionálni rodičia boli oboznámení s účelom intervencie. V záujme naplnenia týchto cieľov konzultovali jednotlivé výchovné kroky, postupy a metódy s odborníkmi, s ktorých pomocou si stanovovali čiastkové ciele na korekciu vplyvov psychickej deprivácie.

Cieľom interakcie bolo, korigovať symptómy psychickej deprivácie dieťaťa natoľko, aby mu jeho stav nebol diskriminačným faktorom pri indikácii k adopcii alebo pestúnskej starostlivosti. Nakoľko práve toto dieťa potrebuje bezpečné a stále zázemie a to čo v najkratšom čase, jeho stav bolo nutné skorigovať. Do prípadnej náhradnej rodinnej starostlivosti pôjdu pravdepodobne deti spoločne, čiže diskriminačným činiteľom je tu ešte súrodenecká skupina a aj vek detí. Teda pre umiestnenie Petra do trvalej náhradnej rodinnej starostlivosti bola zmena nevyhnutná.

Najdôležitejším cieľom ale zostáva napĺňanie základných potrieb dieťaťa, aby sa mohlo zdravo vyvíjať a napredovať.

d) Význam pevných sociálnych väzieb

Nedostatok individuálneho prístupu, citové strádanie a neosobné prostredie malo u chlapca za následok stratu dôvery, uzavretie sa do svojho sveta, nekomunikovanie, nerešpektovanie pravidiel, agresiu. Napriek tomu si vybudovalo vzťah dôvery a náklonnosti k profesionálnym rodičom a ku svojej sestre. Kritické obdobie pre pripútanie dieťa strávil v neosobnom prostredí, a jeho strádanie bolo v tejto oblasti hlboké, preto sa domnievame, že i napriek intervencii, bude mať chlapec vo vzťahovej oblasti oproti rovesníkom značný handicap, ak ho prijme nová náhradná rodina. Preto by mali náhradní rodičia rozhodne pokračovať v spolupráci s odborníkmi na tom, aby sa dieťa bezpečne pripútalo k novým náhradným rodičom. Predmetom ďalšej intervencie by malo byť čo najrýchlejšie umiestnenie dieťaťa do náhradnej rodiny.

Význam pevných sociálnych väzieb je u dieťaťa zjavný z toho, ako reagovalo na citlivý prístup profesionálnych rodičov, začínal si k nim utvárať vzťah dôvery a následne začal kooperovať a tým i napredovať vo všetkých

vývinových ukazovateľoch. Na základe utvrdenia sa vo vzťahu, získalo dieťa sebadôveru a záujem o okolité dianie. Predpokladáme, že bez toho, aby existoval vzájomný vzťah medzi rodičom a dieťaťom, nebolo by možné dosiahnuť takého pokroku, ako v tomto prípade.

Odpoveď na výskumnú otázku č.2:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci intervencie v záujme dieťaťa?

Profesionálni rodičia v rámci intervencie intenzívne spolupracovali s odborníkmi na korekcii vplyvov psychickej deprivácie. Napriek časovej náročnosti bolo dieťa takmer nepretržite pozorované, jeho správanie bolo korigované a súbežne sa budoval vzťah dôvery a istoty medzi profesionálnymi rodičmi a deťmi a tiež medzi deťmi navzájom. Socializácia dieťaťa bola spojená s podporou verbality, ktorá tvorila bariéru medzi dieťaťom a jeho okolím a spôsobovala dieťaťu frustrácie z neporozumenia. Dostatočne intenzívny vzájomný kontakt, individuálny prístup, stabilné prostredie, pocit spolupatričnosti, časté odmeňovanie, nastupujúce citové väzby a pocit prijatia, pomohli chlapcovi zbaviť sa mnohých symptómov psychickej deprivácie.

6.1.3 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.3 pre prípadovú štúdiu č.1

Výskumná otázka č.3:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Na túto výskumnú otázku si dovoľíme odpovedať teoretickou úvahovou, ktorej základom bude poznanie princípov fungovania detských domovov.

Medzi jedným z najdôležitejších postupov vedúcich ku korekcii stavu dieťaťa, uvádzali profesionálni rodičia citlivý a protektívny prístup. Snažili sa dieťaťu vyhovieť čo v najväčšej miere, aby tak vybudovali vzťah dôvery, na ktorom mohli založiť ďalšie výchovné metódy.

Tento prístup je podľa nás na podmienky ústavnej výchovy neaplikovateľný.

Výchovnú skupinu tvorí zväčša 6-10 detí.

Z časového hľadiska by vychovávateľ/ka nebola schopná počas dňa aplikovať pri každom dieťati protektívny prístup. Nakoľko je to pomerne veľká skupina, vyžadovala by takomto štýle výchovy významne posilniť personálne zabezpečenie. Deti v skupinách bývajú zväčša rovnakej vekovej štruktúry a preto rozličné spôsoby prístupu k deťom v rovnakom veku a s podobnými požiadavkami, by pôsobilo na iné deti nepriaznivo, vzbudzovalo by žiarlivosť a teda diferencovanie v takejto homogénnej skupine nie je zrejme naklonené individuálnemu prístupu.

Ako ďalšiu metódu použitú na odstránenie symptómov psychickej deprivácie profesionálni rodičia uvádzajú pozorovanie.

Pozorovanie a neustály dozor nad deťmi v skupine je zo strany vychovávateľov nutný, no jeho zameranie je zrejme rozptýlené, keďže pri takejto veľkej skupine nie je možné výhradne sa venovať jednému dieťaťu. Preto sú výsledky pozorovania na kvalitatívne inej úrovni.

Verbálna stimulácia je spomínaná, ako ďalší prostriedok nápravy psychickej deprivácie.

V ústavnom prostredí sa zaostávanie detí v tejto oblasti prejavuje významne. Pre rozvoj reči je pre dieťa dôležitý očný kontakt, blízkosť, vzájomná interakcia a porozumenie. Na navodenie pocitu blízkosti a k dokonalému porozumeniu medzi vychovávateľom a dieťaťom nie je v prostredí ústavnej výchovy časová a ani emocionálna kapacita. Ak by mal totiž vychovávateľ pristupovať ku každému dieťaťu individuálne, znamenalo by to pre neho veľkú emocionálnu investíciu a teda i rýchle vyčerpanie, prípadne vyhorenie.

Zameranie sa na budovanie pevných citových väzieb medzi profesionálnym rodičom a dieťaťom malo na dieťa pozitívny vplyv po všetkých stránkach a bolo najdôležitejším stimulom k nástupu progresu.

Budovanie citových väzieb alebo pripútanie je v ústavnom prostredí prakticky neuskutočniteľné. Ako sme sa dozvedeli v teoretickej časti práce, vzniká v najútlejšom veku s pocitom napĺňania individuálnych potrieb dieťaťa.

V detských domovoch má každý deň svoj pevne stanovený režim, ktorý je nutné dodržiavať. Na sledovanie potrieb dieťaťa zostáva primárne priestoru na to, aby dieťa

cítilo istotu a náklonnosť. Jeho akútne primárne potreby nie sú napĺňané v čase, kedy to vyžaduje, no môžu byť napĺňané potreby iné, ktoré ešte alebo už nemá, z čoho pramení jeho neistota a neporozumenie.

Nemožnosť pripútania je tiež spojená s tým, že denne sa v starostlivosti o dieťa vystrieda niekoľko vychovávateľov striedajúcich sa v zmenách, takže dieťa nemá možnosť pripútať sa k materskej osobe.

Spoluprácu s odborníkmi uvádzali profesionálni rodičia ako významnú pomôcku pri ich intervencii smerom k nápravným opatreniam.

Pravidelný kontakt s odbornými lekármi a psychológmi dokáže dieťaťu zabezpečiť rovnakou mierou aj detský domov, takže konzultovať o stave dieťaťa je možné v rovnakej alebo predpokladáme, že i v zvýšenej miere. No keďže dieťa nie je možné natoľko pozorovať pri rôznych činnostiach a individuálne sa mu venovať, znižuje sa tým možnosť postrehnúť zmeny správania, pokrok či regres dieťaťa, a tiež odhadnúť príčiny, ktoré tento jav spôsobili. Preto predpokladáme, že referencie zo strany profesionálnych rodičov smerom k odborníkom sú presnejšie a poskytujú viac informácií.

Odpoveď na otázku č.3:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Metódy na korigovanie psychickej deprivácie použité v profesionálnej rodine nie sú v súčasnosti aplikovateľné na podmienky ústavnej výchovy s výnimkou spolupráce s odborníkmi.

Takýto prístup by si vyžadoval významné personálne posilnenie a stálosť opatrovateľských osôb, pre pocit istoty dieťaťa, ktorý vyžaduje pripútať.

6.2 Výsledky výskumu a interpretácia údajov pre prípadovú štúdiu č. 2

Predmetom skúmania bol spôsob prevencie psychickej deprivácie v profesionálnej rodine, v ktorej starostlivosti bolo dieťa od novorodeneckého veku. Túto prípadovú štúdiu sme vybrali preto, že sa často stretáme s argumentáciou, že ak dieťa trpí

nejakou formou ochorenia alebo oslabenia, je preň vhodnejšie zotrvať v detskom domove pre lepšiu a častejšiu prístupnosť odborníkom.

Prípadová štúdia sa týkala dieťaťa, ktoré trpelo fetálnym alkoholovým syndrómom.

6.2.1 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.1 pre prípadovú štúdiu č.2

Výskumná otázka č.1:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?

a) Príznaky psychickej deprivácie u dieťaťa

Nakoľko bolo dieťa umiestnené do profesionálnej rodiny krátko po narodení, nemohlo trpieť žiadnymi formami psychickej deprivácie.

Jeho problémy boli spojené výlučne s prenatálnym vývojom, bývalou závislosťou od alkoholu a nevhodnou životosprávou biologickej matky. Napriek tomu by sme radi uviedli na tomto mieste popis jeho zdravotného, mentálneho a emocionálneho stavu na začiatku intervencie.

U dieťaťa sa prejavovali symptómy fetálneho alkoholového syndrómu. Dieťa sa nenarodilo v očakávanom termíne, ale približne o mesiac neskôr, bolo však menšie a malo nižšiu pôrodnú hmotnosť. Napriek detoxikácii počas hospitalizácie sa u dieťaťa v rodine stále objavovali prejavy abstinenčného syndrómu, ako boli napr. poruchy dýchania, svalového tonusu, tras končatín a kŕče, celková dráždivosť, extrémna citlivosť. Ako príznak FAS boli prítomné tvárové malformácie: skrátenie viečok - zmenšenie očných štrbín, široká nosová báza, úzka horná pera a malformácie srdca.

b) Prognózy pred intervenciou týkajúce sa vývoja dieťaťa:

Nakoľko bol diagnostikovaný FAS prognózy vývoja v prostredí ústavného zariadenia boli v súlade s touto diagnózou. Predpokladané boli mierne poruchy až ťažké fyzické, mentálne a intelektové poškodenie, poruchy správania, poruchy zmyslového vnímania a problémy s pripútaním.

Keďže si boli riadiaci pracovníci detského domova vedomí ohrozenia vývoja takto postihnutého dieťaťa v ústavnom prostredí, ihneď indikovali intervenciu v jeho

záujme, aby sa predišlo zhoršovaniu celkového psychického i fyzického stavu dieťaťa a aby sa k jeho súčasným problémom nepripojila tiež psychická deprivácia, pretože kombinácia týchto javov by mohla mať pri dlhšom trvaní nezvratné účinky.

c) Progres dieťaťa v priebehu času (9 mesiacov pobytu v PNR)

Intervencia bola zameraná na celkovú stabilizáciu telesného, mentálneho a emocionálneho stavu dieťaťa. Profesionálni rodičia znali prognózy tohto stavu postupovali tak, aby odstraňovali a zmierňovali symptómy FAS a pôsobili preventívne proti vzniku psychickej deprivácie.

Pred prechodom dieťaťa do náhradnej rodiny dieťa nevykazovalo žiadne odchýlky od noriem. Nakoľko malo dieťa v tom období približne 10 mesiacov, porovnáme jeho neuropsychický vývoj s normami pre dieťa vo veku 10 mesiacov.

I. Pohybové schopnosti

- *10 mesačné dieťa sa posadí bez pomoci, sedí ľubovoľne dlho, obchádza okolo nábytku, chodí vedené za jednu ruku, lezie*

Profesionálna rodina uvádza, že dieťa sa s ohľadom na normy vývoja pohybových schopností vyvíjalo uspokojivo, vedelo si sadieť, chodilo vedené za ruky, vedelo liezť. Z tohto hľadiska jeho vývoj plne zodpovedal normám pre daný vek. Ako v záverečnej fáze interakcie, tak aj priebežne počas interakcie si nepovšimli žiaden odklon od normovaného vývoja.

II. Zručnosť a manipulácia s predmetmi

- *Uchopí guľôčku kliešťovým úchopom, vloží kocku do nádoby ale nepustí, alebo neobratne uvoľní úchop*

Keďže sme v našom výskume odkázaní hlavne na informácie od profesionálnych rodičov, nevieme porovnať mieru zvládania vyššie spomínaných činností, keďže však vieme, že dieťa sa často a rado hrávalo s manipulačnými hračkami, ako je napr. motorický stolček, drevené kocky, skladačky a knižky, môžeme predpokladať, že v rámci výstupného testovania by zvládol aj porovnanie s danými ukazovateľmi v rámci noriem.

III. Reč

- *Vo veku 10 mesiacov má dieťa v aktívnej slovnej zásobe dve slová s významom, splní jednoduché verbálne pokyny*

Podľa výpovede profesionálnych rodičov dieťa aktívne používalo slová „mama“ a „tata“, často džavotalo, na komunikáciu s matkou reagovalo s porozumením.

Z toho vyplýva po stránke rozvoja reči sa dieťa vyvíjalo v súlade s normami pre tento vek.

IV. Sociálne prejavy

- *Vo veku 10 mesiacov dieťa samo je rožok alebo keksík, pije z hrnčeka s malou pomocou, spolupracuje pri obliekaní (zdvíha ruky, nohy)*

Mali sme možnosť nahliadnuť do fotografických materiálov, ktorými profesionálna rodina dokumentovala vývoj dieťaťa (fotografie dieťaťa pri stolovaní), a na základe našich zistení môžeme konštatovať, že dieťa sa vyvíjalo aj z pohľadu týchto kritérií v norme.

V. Vzťahy a pripútanie

- *Medzi 4 až 10 mesiacov veku dieťa začína bezpečne odlišovať svoju matku od druhých ľudí, môžu sa prejavovať začiatky strachu z cudzích ľudí, príznačné pre tento vek je zameranie sa na exploráciu okolia, svojho tela a tela matky, na konci obdobia prejavy separačnej úzkosti, po 10 mesiaci sa začína aktívne vzdávať od matky*

Profesionálna matka uvádza, že dieťa bolo zdravo pripútané, no v rámci prípravy na zmenu rodinného prostredia, často trénovali v krátkych intervaloch vzájomné odlúčenie. Separčná úzkosť sa z týchto dôvodov neprejavovala. Dieťa vedelo matku rozoznať, pomenovať, hľadalo v nej oporu hlavne pri pocitoch strachu alebo napätia.

Pripútanie k profesionálnej matke bolo zjavné i po prechode do náhradnej rodiny, kde náhradní rodičia pozorovali na dieťati akútne smútenie, ktoré však vďaka odolnej emocionálnej výbave odoznelo po štyroch dňoch.

d) Výsledok intervencie:

- s ohľadom na prevenciu psychickej deprivácie
U dieťaťa neboli pozorované žiadne symptómy psychickej deprivácie. Za zmienku stojí krátkodobý stav depresie, spojený s prechodom dieťaťa do náhradnej rodiny. Nakoľko bol tento stav krátkodobý a k vyrovnaní sa s novou situáciou, prostredím a opatrovateľskými osobami prišlo pomerne rýchlo, nemôžeme situáciu označiť v tomto prípade za depriváčny činiteľ. Intervencia bola vzhľadom na prevenciu psychickej deprivácie úspešná.
- z pohľadu posudkov odborných lekárov a psychológov

Dieťa neprejavovalo žiadne odchýlky od noriem, po zdravotnej, emocionálnej, sociálnej a kognitívnej stránke dobre prospievalo a nevyžadovalo napriek prognózam súvisiacim s FAS žiadne odborné zásahy.

Pri dieťati s FAS je však dôležité, zostať v kontakte s odborníkmi, pretože prejavy jeho postihnutia sa môžu manifestovať neskôr a to hlavne v období školského veku, ako špecifické poruchy učenia, pozornosti alebo problémy so správaním.

Vzhľadom na zvrátenie prognóz odborných lekárov bola táto intervencia veľmi úspešná.

- z pohľadu pracovníkov detského domova

Pracovníci detského domova považujú interakciu za veľmi úspešnú, nakoľko v konečnom dôsledku jej pozitívne výsledky viedli k tomu, že dieťa bolo umiestnené do náhradnej rodinnej starostlivosti.

- Z pohľadu profesionálnych rodičov

Profesionálni rodičia hodnotia interakciu ako veľmi úspešnú a dieťa, ktoré bolo v ich starostlivosti popisovali ako šikovné, rozumné, primerane citlivé, veselé a družné. Ich hodnotenie má význam i z toho hľadiska, že táto profesionálna rodina má vo svojej práci dostatočne dlhú prax a profesionálna matka je minulým povoláním liečebná pedagogička, takže výsledky intervencie konfrontovala aj so svojim odborným pohľadom.

Odpoveď na výskumnú otázku č.1:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?

V tomto prípade boli skúmané preventívne opatrenia, ktoré mali zamedziť vzniku symptómov psychickej deprivácie. Vplyv profesionálnej rodiny v súčinnosti s odborníkmi bol taký, že nielen zabránil vzniku psychickej deprivácie u dieťaťa, ale pobyt v stabilnom a láskyplnom prostredí pôsobil aj terapeuticky v prospech minimalizovania vplyvov diagnostikovaného fetálneho alkoholového syndrómu.

Dieťa pri odchode do náhradnej rodiny spĺňalo všetky kritériá noriem.

Odpoveď na našu výskumnú otázku teda je, že pobyt dieťaťa v profesionálnej rodine pôsobil významne na prevenciu psychickej deprivácie.

6.2.2 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.2 pre prípadovú štúdiu č.2

Výskumná otázka č.2:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?

a) Spôsob intervencie

- Intervencia bola indikovaná včasne a dieťa bolo ihneď po hospitalizácii umiestnené do profesionálnej rodiny.
- Nezanedbateľnú úlohu zohral aj výber vhodnej profesionálnej rodiny, keďže profesionálnou matkou bola v tomto prípade liečebná pedagogička s praxou, ktorá mala možnosť svoje praktické i teoretické poznatky aplikovať v záujme prevencie psychickej deprivácie, ale aj terapie pri symptómoch FAS.

b) Použité metódy práce s dieťaťom

- Pokojový režim
Profesionálna matka sa snažila spočiatku minimalizovať všetky rušivé vplyvy, na ktoré by mohlo dieťa reagovať úľakom, nové prostredia a situácie mu sprostredkovávala pomaly a postupne, snažila sa identifikovať, na ktoré činitele je dieťa citlivé a hľadala spôsoby, ako túto činnosť či situáciu zvládnuť bez traumatických zážitkov.
- Telesný kontakt
Od počiatku vzájomnej interakcie kládla profesionálna matka dôraz na telesný kontakt, ktorý dieťaťu pôsobil uvoľnenie a saturoval mu pocit istoty i pri častých pocitoch diskomfortu. Nakoľko v týchto chvíľach bolo potrebné saturovať jeho potrebu istoty a blízkosti, vyžadoval telesný kontakt takmer permanentne. Väčšinu času v prvých šiestich mesiacoch strávil v náručí profesionálnej matky. V záujme celkového telesného uvoľnenia, odstránenia tremoru a upokojenia aplikovala profesionálna matka detské masáže. Použila ich aj so zameraním na odstránenie pretrvávajúceho reflexu zatŕatých pästí.

- **Stimulácia rozvoja reči**
 Profesionálna matka aplikovala pri dieťaťu nepríjemných procedúrach verbalizáciu – riekanky, pesničky, prihováranie sa, čo malo na dieťa z hľadiska jeho upokojenia pozitívny vplyv. V neskoršom období spájala s verbalizovaním všetky jej i spoločné činnosti. Povšimla si, že dieťa veľmi dobre reaguje tiež na dynamickú rómsku hudbu. Dôsledkom rečovej stimulácie bol rozvoj jeho inteligenčného potenciálu, porozumenie, rozvoj reči a v neposlednom rade pripútanie.
- **Spolupráca s odborníkmi**
 Profesionálna matka bola v pravidelnom kontakte s odbornými lekármi, psychológom detského domova, sociálnym pracovníkom detského domova a pravidelne sa zúčastňovala komunitných stretnutí profesionálnych rodín v priestoroch detského domova, kde si rodičia mohli vzájomne vymieňať informácie a poskytovať rady. Na týchto stretnutiach boli prítomní aj pracovníci DeD, ktorí boli pripravený podávať odborné rady a pomoc.
- **Stimulácia kognitívnej stránky dieťaťa v podnetovo bohatom prostredí**
 Profesionálna matka zabezpečila, aby malo dieťa dostatok podnetov. Keďže sama dieťa popisuje v neskoršom období, ako žiaduce podnetov, dieťaťu sprostredkovávala dostatok stimulov – edukatívne hračky, hudbu, knihy, spoločnosť, prechádzky, spoznávanie nových ľudí.
- **Dôsledné záznamy**
 Profesionálna matka dôsledne dokumentovala použité metódy vzájomnej interakcie a následné reakcie dieťaťa. Takto sledovala jeho progres v priebehu času i odozvy na podnety. Spracovala pomerne obsažnú dokumentáciu (písomnú, fotografickú, audiovizuálnu), ktorá sa stala dôležitým materiálom pri výchove dieťaťa ale i pre východzie informácie pre budúcich náhradných rodičov.

c) **Zameranosť profesionálnych rodičov na cieľ**

Profesionálna matka bola oboznámená s účelom intervencie. Jej prvotným cieľom bolo predchádzať vzniku psychickej deprivácie u dieťaťa a taktiež

spolupracovať s odborníkmi na terapeutickom pôsobení zacielenom na minimalizovanie vplyvov diagnostikovaného FAS.

Profesionálna matka si v začiatku intervencie stanovovala krátkodobé ciele, spojené s akútnymi potrebami a stavom dieťaťa.

Keď sa stav dieťaťa stabilizoval, stanovovala si v spolupráci s odborníkmi ciele dlhodobejšieho charakteru. Tieto si dôsledne zaznamenávala, rovnako ako výsledky vzájomnej interakcie.

d) Význam pevných sociálnych väzieb

Od počiatku vzájomnej interakcie chápala profesionálna matka význam telesného kontaktu a verbálnej stimulácie dieťaťa. Snažila sa mu vyhovieť po stránke saturovania jeho potreby blízkosti. Nakoľko bolo dieťa vo fyzickej a psychickej nepohode, vyžadovalo tento kontakt neustále a keďže si profesionálna matka uvedomovala, že stimulácia v podobe telesného kontaktu je i pre zdravého novorodenca dôležitá, ešte väčší význam má pre dieťa postihnuté. Z týchto dôvodov bolo dieťa veľkú časť dňa, či už v bdelom alebo spiacom stave v náručí profesionálnej matky.

Tým sa vytvorilo medzi dieťaťom a matkou pevné puto. Profesionálna matka uvádza, že až do šiestich mesiacov potreboval nadmerné sytenie tejto potreby a až keď pocity diskomfortu úplne odozneli a dieťa nadobudlo istotu v ich vzájomnom vzťahu, odvážilo sa kontaktovať s novými okolnosťami, ľuďmi a predmetmi i bez telesného kontaktu s matkou. Pevná citová väzba bola teda základom k tomu, aby dieťa nadobudlo istotu, stala sa základom k jeho ďalšiemu napredovaniu vo vývoji.

Odpoveď na výskumnú otázku č.2:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?

Profesionálna matka v tomto prípade zvolila v prvej fáze interakcie pokojový režim, ktorý bol zameraný na odstránenie alebo minimalizovanie problémov súvisiacich s diagnostikovaným FAS a tiež na upevnenie vzájomného vzťahu. Telesný kontakt bol pre tieto účely najvhodnejším prostriedkom, preto ho aplikovala s čo najvyššou frekvenciou. Stimulovala rozvoj reči častou verbalizáciou a spájaním činností s riekankami a spevom, sprostredkovala mu dostatok podnetov, ktoré pôsobili na

rozvoj kognitívnej stránky jeho osobnosti. Taktiež si o týchto činnostiach viedla dôkladné záznamy na základe ktorých intervenciu priebežne vyhodnocovala. Bola v pravidelnom kontakte s odbornými lekármi, psychológom, pracovníkmi detského domova a s inými profesionálnymi rodičmi, s ktorými konzultovala svoje postupy a problémy.

6.2.3 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.3 pre prípadovú štúdiu č.2

Výskumná otázka č.3:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Na túto otázku budeme odpovedať formou úvahy, na základe poznatkov o možnostiach detských domovov.

Pokojový režim, ktorý aplikovala profesionálna matka, nie je možné aplikovať v prostredí detského domova.

Tento režim bol spojený s pozvoľným, pomalým zoznamovaním dieťaťa s novými podnetmi, minimalizovaním rušivých vplyvov, s poznaním miery citlivosti na konkrétne podnety.

V podmienkach detského domova chýbajú vychovávateľom časové možnosti na to, aby dokonale spoznali dieťa a riešili jeho akútne stavy, keďže nie je v ich silách zmapovať, čo ich vyvolalo.

Pokojový režim jedného dieťaťa by tiež obmedzoval iné deti tým, že by sa na jeho potreby bral špeciálny ohľad a diferenciacia v rámci skupiny, ako sme spomínali pri prípade č.1, nie je možná a predpísané činnosti je potrebné splniť v časovom intervale, ktorý predpisuje režim dňa.

Telesný kontakt, v takej miere, ako bol opísaný v tejto prípadovej štúdiu nie je možné aplikovať v prostredí detského domova. Keďže dieťa vyžadovalo nadmieru telesného kontaktu, profesionálna matka spomínala, že i pre ňu bol tento prístup vyčerpávajúci.

Preto si dovoľujeme konštatovať, že pre vychovávateľa je v podmienkach DeD nerealizovateľný.

Verbalizácia ako ďalší z prostriedkov prevencie psychickej deprivácie je v tejto miere pre podmienky detského domova nerealizovateľný. Profesionálna matka spájala všetky pre dieťa nepríjemné činnosti s riekankami, básničkami a spevom. Takýto prístup by v prostredí detského domova vyžadoval u dieťaťa diferencovať jednotlivé činnosti na príjemné a nepríjemné a následne tým nepríjemným venovať časové dotácie na úkor iných detí. Verbalizácia činností v neskoršom veku bola spájaná so vzájomným pochopením a kooperáciou. Táto taktiež nie je v plnej miere možná, keďže absentuje blízky osobný vzťah medzi vychovávateľom a dieťaťom.

V detskom domove je tiež nutné viesť záznamy o stave dieťaťa a vypracovávať preň výchovno-vzdelávací plán. No dôkladné záznamy taktiež predpokladajú cieľavedomé pozorovanie dieťaťa, poznanie jeho špecifik, sledovanie vplyvov prostredia a interakcií.

Predpokladáme, že tieto správy majú oveľa všeobecnejší charakter a nie sú diferencované na drobné čiastkové ciele tak, ako to bolo u skúmanej PNR. Tiež nemajú k dispozícii rovnako obsažnú sumu informácií ktorá by tvorila východiská pre ďalšie plánovanie.

Preto si dovoľujeme konštatovať, že táto metóda je pre výchovné zariadenie aplikovateľná, no z jej charakteru vyplýva, že nie natoľko účinná ako v prostredí profesionálnej rodiny.

Možnosti podnetovej stimulácie, ktorú aplikovala PNR, sú v prostredí detského domova obmedzené, čo vyplýva zo stáleho nemenného prostredia a nemenného režimu dňa. Na sprostredkovanie vhodných podnetov je tiež potrebné poznať osobnosť dieťaťa, poznať jeho preferencie a v neposlednom rade budovať vzájomný vzťah, na ktorého základe prijíma dieťa nové podnety s dôverou. Opäť musíme zmieniť nedostatok v personálnom zabezpečení a v časovej tiesni, v ktorej sa činnosti v DeD vykonávajú. Tieto možnosti sú v podmienkach detského domova v takej miere ako v PNR neaplikovateľné.

Kontakt s odborníkmi, ako sme už uvádzali pri analýze dát pre prípadovú štúdiu č.1, je v detskom domove prístupný a je naň kladený rovnaký dôraz. Rozdielnosť je však v prístupnosti vstupných údajov, s ktorými odborní lekári a psychológovia pracujú, nakoľko vychovávateľ nedisponuje takým množstvom času, aby dieťa pozoroval a dôkladne referoval o problémoch alebo zmenách stavu.

Odpoveď na výskumnú otázku č.3:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Prostriedky a metódy použité na prevenciu psychickej deprivácie a korekciu zdravotného a psychického stavu dieťaťa je možné v prostredí ústavného zariadenia realizovať v obmedzenej miere alebo vôbec.

Intervencia v záujme dieťaťa, formou jeho umiestnenia do profesionálnej rodiny zohrala podľa nášho názoru zásadnú úlohu v jeho ďalšom vývoji a keďže bola realizovaná krátko po narodení dieťaťa usudzujeme, že svojich obmedzených možností si boli vedomí aj pracovníci detského domova, ktorí intervenciu indikovali.

6.3 Výsledky výskumu a interpretácia údajov pre prípadovú štúdiu č. 3

Predmetom výskumu v tejto prípadovej štúdií bola intervencia v záujme dieťaťa, ktoré bolo vo veku šesť mesiacov umiestnené do profesionálnej rodiny za účelom korekcie a prevencie následkov psychickej deprivácie. Intervencia trvala do jedného roku veku dieťaťa.

6.3.1 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.1 pre prípadovú štúdiu č.3

Výskumná otázka č.1:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?

a) Príznaky psychickej deprivácie u dieťaťa

- *Zaostávanie v oblasti neuropsychického vývoja:*

Dieťa v čase zverenia do starostlivosti profesionálnej rodiny malo 6 mesiacov, preto jeho vývoj budeme porovnávať s ukazovateľmi pre toto vekové obdobie.

*I. Správanie sa dieťaťa v polohe na chrbte, na brušku, posadzovanie, sed, stoj:
Začína zdvíhať hlavu a ramená nad podložku, naťahuje nohy a dvíha ich nad podložku, chytá ich rukami, strká do úst, hlava bez poklesu, aktívne sa napriamuje (žabia pozícia), v stoji držané pod ramenami poskakuje, z polohy na bruchu sa dostane do polohy na štyroch.*

Dieťa vo veku šesť mesiacov ležalo na chrbte, z tejto polohy nedvíhalo hlavu, v polohe na chrbte v ťahu za ruky do sedu mu hlava klesala vzad, z podložky nedvíhalo nohy, neobracalo sa s chrbta na bruško ani naopak a väčšinu bdelého času strávil v nehybnosti.

II. Uchopovanie predmetov:

Prekladá z ruky do ruky, aktívne trasie hrkálkou, palec sa nezúčastňuje úchopu, hrabne po guľôčke celou rukou, dotkne sa jej, no úchop sa väčšinou nezdari, búcha hračkou o podložku

Dieťa nebolo schopné predmety uchopovať a aktívne s nimi manipulovať.

III. Reč

*Dieťa v 6. mesiaci veku používa jednotlivé otvorené slabiky (ba, da)
a napodobovanie nerečových zvukov (kašel a pod.)*

Dieťa sa v prostredí detského domova prejavovalo výlučne plačom, v prostredí profesionálnej rodiny sa spočiatku vôbec neprejavovalo hlasovo. Tento rozdiel by sme mohli zdôvodniť tak, že dieťa motivovalo k plaču naplnenie jeho potrieb. V profesionálnej rodine boli zrejme napíňané s predstihom akútnej potreby, preto dieťa nemalo dôvod prejavovať sa plačom, teda sa neprejavovalo žiadnym spôsobom.

IV. Sociálne prejavy

6-mesačné dieťa sa smeje, „rozpráva“ a capká po zrkadle, odlišuje cudzie osoby, prijíma čiastočne tuhú stravu

Záznam o dieťati uvádza, že nebol pozorovaný vedomý sociálny úsmev. Aj na základe tohto faktu bolo diagnostikované u dieťaťa podozrenie na mentálne postihnutie. Úsmev nepozorovali spočiatku ani profesionálni rodičia, čo mohlo byť spôsobené náhlou zmenou prostredia dieťaťa a s tým spojeným regresom.

- Vzťahy a socializácia

U dieťaťa nebol pozorovaný sociálny úsmev, nereagovalo na komunikáciu, prejavovalo sa apaticky, nejavilo záujem o dianie vo svojom bezprostrednom okolí. Nediferencovalo blízkych ľudí a väčšinu bdelej časti dňa trávilo v nečinnosti.

b) Prognózy pred intervenciou týkajúce sa vývoja dieťaťa:

Psychológ DeD vyslovil predpoklad na mentálne postihnutie dieťaťa, ďalej diagnostikoval zaostávanie vo všetkých vývinových ukazovateľoch.

Odborní lekári predpokladali, že dieťa trpí svalovou dystrofiou a neskoršie invazívne vyšetrenie malo túto nepriaznivú diagnózu potvrdiť alebo vyvrátiť. Dieťa tiež trpelo komplikáciami s príjmom potravy, kde sa lekárom nepodarilo identifikovať ich pôvod.

Celkový vývoj dieťaťa v prostredí detského domova sa dal odhadnúť ako nepriaznivý a mohol spôsobiť prehlbujúce sa zaostávanie po kognitívnej, emocionálnej a sociálnej stránke.

c) Progres dieťaťa v priebehu pobytu v PNR (obdobie 4 mesiacov)

- v oblasti neuropsychického vývoja

I. Pohybové schopnosti

V 12tich mesiacoch pred odchodom do náhradnej rodiny sa vedelo dieťa pohybovať ležením, vedené za ruku alebo popri nábytku v stoji, vedelo bez opory niekoľko sekúnd stáť. Z výpovede náhradných rodičov sme sa dozvedeli, že dieťa urobilo prvé samostatné kroky pred dovŕšením 13teho mesiaca.

II. Uchopovanie predmetov

Profesionálni rodičia počas rozhovoru uviedli, že dieťa sa primerane veku hralo s hračkami, uchopovalo predmety, jedlo lyžičkou, vedelo sa napiť z fľaše i z detského pohára.

III. Reč

Podľa informácií od profesionálnych rodičov a náhradných rodičov dieťa malo v aktívnej slovnej zásobe viac ako desať slov, ktoré vedelo spájať do jednoduchých viet (napr. mama dá), počas hry džavotalo, rozumelo hovorenej reči, na otázky primerane reagovalo a vedelo vyplniť jednoduché príkazy (daj pápá!, polož hrnček!).

IV. Sociálne prejavy

Dieťa vedelo vyjadriť svoje priania, spolupracovalo s rodičmi pri jedení, obliekaní a iných bežných činnostiach. Prejavovalo sa adekvátne situácii.

- V oblasti vzťahov a socializácie

Dieťa bolo zdravo pripútané k profesionálnym rodičom, preferovalo a vyhľadávalo ich prítomnosť, ktorá mu spôsobovala radosť. Pripútanie sa demonštrovalo i separačnou úzkosťou, ktorá sa prejavovala vo zvýšenej miere, ale v obvyklom vývojovom období. Na odlúčenie od vzťahových osôb dieťa reagovalo hnevom a plačom. Diferencovalo rozdiel medzi blízkymi a cudzími osobami. Na stretnutia s cudzími reagovalo strachom a nedôverou. Vedelo vyjadriť svoje potreby a emócie a rado komunikovalo.

d) Výsledok intervencie:

- s ohľadom na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie

U dieťaťa sa prejavovalo mnoho symptómov psychickej deprivácie a zaostávalo po mentálnej, emocionálnej a sociálnej stránke. Celkové zaostávanie bolo v takej miere, že odborníci mylne diagnostikovali mentálny postih a svalovú dystrofiu. V profesionálnej rodine sa celkové zaostávanie rýchlo korigovalo a pred interakciou s náhradnými rodičmi sa dieťa už vyvíjalo v pásme noriem. Zaostávanie bolo teda spôsobené nevhodným výchovným prostredím. Vhodné prostredie pôsobilo na dieťa v zmysle odstránenia symptómov psychickej deprivácie a pôsobilo preventívne na jej prehlbovanie. V tomto zmysle bola intervencia úspešná

- z pohľadu posudkov odborných lekárov a psychológov

Odborníci upustili od podozrení na závažné diagnózy, ktoré vyslovili pred intervenciou. Dieťa bolo vo všetkých vývinových ukazovateľoch v škále normy a očakávalo sa pokračovanie v nastúpenom prograse.

Intervencia bola z tohto pohľadu úspešná.

- z pohľadu pracovníkov detského domova

Pracovníci detského domova indikovali intervenciu v záujme korekcie a prevencie psychickej deprivácie u dieťaťa, ktoré malo mnoho závažných symptómov. Z toto hľadiska bola intervencia úspešná, nakoľko o dieťa, ktoré bolo zdravé, prejavili záujem potenciálni náhradní rodičia.

- z pohľadu profesionálnych rodičov

Profesionálni rodičia považujú intervenciu za úspešnú a vyjadrili prekvapenie nad pomerne rýchlym nástupom progresu u dieťaťa. Približne o dva mesiace pobytu v PNR dieťa dobehlo omeškanie vo vývine a budovalo si pevné vzťahy. Z rozprávania profesionálnych rodičov je zrejmé, že napriek vysloveným podozreniam na závažné diagnózy, dieťa v mnohých ukazovateľoch predbehlo normy pre daný vek.

Odpoveď na výskumnú otázku č.1:

Výskumná otázka č.1:

Aký je vplyv prostredia profesionálnej rodiny na prevenciu a korekciu psychickej deprivácie?

Vo vyššie spomínanej intervencii bola pozornosť zameraná na korekciu a aj prevenciu sociálnej deprivácie. V rámci korekcie môžeme považovať vplyv profesionálnej rodiny na ďalší vývoj dieťaťa a zásadný, pretože jeho výsledkom bola úplná náprava stavu dieťaťa a jeho diagnostikované zaostávanie nebolo po skončení intervencie zjavné.

Z hľadiska prevencie psychickej deprivácie môžeme vplyv profesionálnej rodiny hodnotiť ako žiadúci, nakoľko predpokladáme, že dieťa bolo na vplyv neosobného prostredia nadmerne senzitivné, z čoho pramenilo aj diagnostikované zaostávanie. Preto bolo umiestnenie dieťaťa do rodiny – profesionálnej a neskôr náhradnej, jedinou možnou formou predchádzania psychickej deprivácie.

6.3.2 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.2 pre prípadovú štúdiu č.3

Otázka č.2:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?

a) spôsob intervencie

Intervencia v záujme dieťaťa prebehla v kritickom období, keď vzniká pevná citová väzba a pripútanie sa k materskej osobe. V toto období je dieťa senzitivne na prijímanie pozornosti a náklonnosti, preto by bolo vhodné, umiestniť dieťa do rodiny už v skoršom období, čím by boli zmiernené následky pôsobenia sociálne nepodnetného prostredia, čo by mohlo zabrániť prejavom tak výraznej separačnej úzkosti, ako prejavovalo dieťa v tomto prípade.

b) použité metódy práce s dieťaťom

- Dotyková stimulácia, polohovanie, cvičenie, masáže

Profesionálni rodičia v rozhovore uvádzajú, že aby naštartovali správny pohybový vývoj dieťaťa, nechávali ho v bdelom stave v postieľke či v kočíku iba minimálne, pretože nepozorovali jeho iniciatívu a záujem o okolité dianie.

Dieťa často polohovali a pestovali, čím mu sprostredkovali rôzne pohľady na svoje okolie a tiež prispievali k spevneniu pohybového ústrojenstva a v neposlednom rade stimulovali tým jeho záujem o dianie v jeho bezprostrednej blízkosti.

Jednoduché cvičenia a masáže boli aplikované so zameraním na rozvoj pohybového ústrojenstva, spevnenie svalstva, tiež dávali dieťaťu návod na zmenu polohy a jej iniciovanie.

Časté dotyky pôsobili pozitívne na utváranie vzájomného vzťahu, podporovali pripútanie dieťaťa k materskej osobe a sýtili jeho psychické potreby.

- Rešpektovanie potrieb dieťaťa

Profesionálni rodičia uvádzajú, že sa snažili plne rešpektovať potreby dieťaťa, ak išlo o základné potreby (potreba spánku, hlad) ale i o psychické potreby. Prispôbili

denný režim jeho potrebám a hľadali optimálny systém na zvládanie situácií tak, aby potreby dieťa boli naplnené v čase, kedy ich vyžaduje. Pozorovali jeho spánkové a stravovacie návyky a po vytvorení optimálneho denného režimu sa problémy diagnostikované v detskom domove viac neprejavovali. Predpokladáme, že spomínaná plačlivosť počas spánkovej časti dňa bola spôsobená pravdepodobne nenaplnením niektorých z jeho základných potrieb, ktorých sa v tomto čase dožadoval. Tiež problémy so stravovaním by sa dali pripísať psychosomatickým prejavom, keďže žiadna fyziologická príčina nebola diagnostikovaná.

c) zameranosť profesionálnych rodičov na cieľ

Profesionálni rodičia uvádzajú, že neboli inštruovaní zo strany detského domova o zámere intervencie, neboli im doporučené metódy a prostriedky použiteľné na odstránenie symptómov psychickej deprivácie, a so zamestnancami detského domova konzultovali minimálne.

Napriek tomu správne pochopili zámer umiestnenia dieťa do rodiny a, ako sami spomínajú, výchovné situácie riešili intuitívne a na základe nadobudnutých rodičovských zručností.

Čiastkové a celkové ciele intervencie si stanovovali s pomocou odborných lekárov, ktorých pravidelne navštevovali.

d) význam pevných sociálnych väzieb

Ako vyššie spomíname, profesionálni rodičia aj v tomto smere postupovali intuitívne a sprostredkúvali dieťa dostatok vzájomného kontaktu, nenechávali dieťa v nečinnosti a snažili sa budovať vzájomné vzťahy. Častý telesný kontakt pôsobil na dieťa stimulujúco po emocionálnej ale i telesnej stránke. Motivoval dieťa k činnosti a k zvýšenému záujmu o okolie.

Dieťa sa k profesionálnym rodičom pripútalo, ich prítomnosť vyžadovalo a na základe získanej istoty vo vzťahoch nastúpil progres, ktorého výsledkom bol celkový pozitívny vplyv na kognitívnu, emocionálnu a sociálnu stránku jeho osobnosti.

Odpoveď na otázku č.2:

Otázka č.2:

Aké metódy a prostriedky používajú profesionálni rodičia v rámci prevencie a korekcie psychickej deprivácie dieťaťa?

Profesionálni rodičia na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie dieťaťa používali ako hlavný stimulant dotyk vo forme častého pestovania, masáží, pravidelného cvičenia, vo zvýšenej miere rešpektovali všetky pozorovateľné telesné i psychické potreby dieťaťa.

Podľa ich vyjadrení postupovali väčšinou na základe intuície, alebo vychádzali zo svojich rodičovských zručností nadobudnutých pri svojom biologickom dieťati i pri deťoch zverených do starostlivosti ich PNR.

6.3.3 Interpretácia údajov a odpoveď na výskumnú otázku č.3 pre prípadovú štúdiu č.3

Otázka č.3.:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Tretiu otázku súvisiacu s prípadovou štúdiou č.3 zodpovieme teoretickou úvahou o možnostiach aplikácie použitých metód a prostriedkov na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie v podmienkach detských domovov.

Profesionálni rodičia použili na stimulovanie ďalšieho rozvoja dieťaťa metódy súvisiace s dotykom – masáže, častý telesný kontakt, cvičenie.

Praktizovanie terapeutických masáží považujeme v rámci možností detského domova za aplikovateľné, nakoľko sa im podľa našich vedomostí venujú odborníci a to priamo v zariadeniach alebo deti navštevujú špecializované oddelenia, kde na deťoch liečebnú masáž vykonávajú odborníci. V tomto prípade však konštatujeme, že i napriek predpísanej Vojtovej metóde, pre diagnostikované zaostávanie v pohybovej oblasti, pracovníci detského domova ani iní odborníci túto metódu neaplikovali. Nepodarilo sa nám zistiť dôvody ignorovania predpísanej terapie.

Po dohode s odborným lekárom túto odložili na neskoršie obdobie i profesionálni rodičia, aby mohli sledovať vplyv premiestnenia dieťaťa do rodiny na korekciu jeho zaostávania. Keďže dieťa rýchlo napreďovalo, odborníci nepovažovali neskôr za potrebné aplikovať túto terapiu a upustili i od úmyslu invazívnej diagnostiky, ktorá mala potvrdiť podozrenie na svalovú dystrofiu.

Profesionálni rodičia v rámci interakcie s dieťaťom kládli dôraz na rešpektovanie jeho potrieb. Dieťa si samo zvolilo vhodný spánkový režim a čas kŕmenia, čím sa stratili spomínané poruchy spánku a príjmu potravy. Dieťaťu sa snažili vyhovieť v maximálnej miere aj napĺňaním jeho psychických potrieb a to hlavne v zmysle dožadovania sa prítomnosti blízkych osôb. Počas celého dňa zotrvali s dieťaťom v telesnom alebo vizuálnom kontakte, čo pôsobilo na dieťa upokojujúco.

Predpokladáme, že túto metódu prevencie psychickej deprivácie nie je možné aplikovať v kolektívnom zariadení, kde nie je reálna možnosť vytvoriť zdravé pripúťanie medzi materskou osobou a dieťaťom, pristupovať k nemu individuálne s ohľadom na jeho aktuálne potreby, meniť predpísaný režim dňa a v plnej miere sýtiť jeho potrebu blízkosti. Detský domov nemá v tomto zmysle dostatok personálu a časových možností. Prekážkou budovania vzťahu je i striedanie sa opatrovateľských osôb. Intuitívny prístup k dieťaťu tiež predpokladá dôsledné pozorovanie a poznanie dieťaťa, jeho reakcií a potrieb, na čo zamestnancom detského domova taktiež chýba patričný priestor.

Odpoveď na otázku č.3:

Otázka č.3.:

Sú metódy a prostriedky použité v PNR na korekciu a prevenciu psychickej deprivácie aplikovateľné v podmienkach ústavnej starostlivosti?

Korekcia a prevencia psychickej deprivácie formami a prostriedkami spomínanými v prípadovej štúdii č.3 nie je aplikovateľná na podmienky detského domova. Tieto postupy by vyžadovali zvýšenie personálneho zabezpečenia, nemennosť opatrovateľských osôb a časové dotácie, ktoré by boli venované pozorovaniu dieťaťa a vzájomnej interakcii.

Výnimkou z týchto postupov je iba spomínané terapeutické cvičenie, ktoré by sa podľa nášho názoru nielen malo ale je nutnosťou ho v rámci úpravy zdravotného

stavu dieťaťa aplikovať. Dôvod k jeho ignorovaniu sme šetrením nezistili, preto predpokladáme, že nebolo aplikované zrejme z nedostatku časových možností.

ZÁVER

V našej práci sme sa zaoberali profesionálnou rodinou a jej vplyvom na predchádzanie a korekciu symptómov psychickej deprivácie. Teoretické východiská našej práce tvorilo prevažne dielo profesora Langmeiera a Matějčka, ktorí sa psychickou depriváciou dlhodobo zaoberali. Ich výskumy boli situované práve v prostredí detských domovov, preto boli ich zistenia pre nás veľmi cenné.

I keď sa od čias ich prvých výskumov kladie vyšší dôraz na vzdelanie pracovníkov detských domovov, i keď sa systém ústavnej starostlivosti u nás už niekoľkokrát reštrukturalizoval, zostáva forma tejto starostlivosti vzhľadom na vznik príčin psychickej deprivácie nezmenená.

Legislatíva pamätá na to, že pre zdravý vývoj dieťaťa je nutné, aby vyrastalo v stabilnom prostredí s možnosťami pevných vzťahových väzieb, preto nariaďuje umiestňovanie detí do troch rokov veku do profesionálnych rodín..

Napriek tomu bolo začiatkom minulého roku umiestnených v detských domovoch 577 detí do troch rokov.

Úlohou našej diplomovej práce bolo dokázať význam a potrebu profesionálnych rodín a ich preventívnu a terapeutickú funkciu. Na jednotlivých príkladoch sme poukázali na mieru starostlivosti, ktorou je nutné venovať sa dieťaťu, aby sa symptómy psychickej deprivácie minimalizovali a zabránilo sa prehlbovaniu ďalších patologických zmien vo vývoji dieťaťa. Metódy a prostriedky na dosahovanie takýchto výsledkov nie sú dostupné pracovníkom detských domovov, ktoré okliešťujú časové limity, vyťaženosť, z toho vyplývajúca nevhodná personálna zabezpečenosť pre individuálny štýl výchovy. Citové väzby, ktoré sú pre ďalší osobnostný rozvoj dieťaťa dôležité, je nemožné naplňať, keďže sa v starostlivosti o dieťa strieda niekoľko vychovávateľov.

Rodina je jedinečná formácia, kde vzťahy jednotlivých členov sú založené na vzájomnej dôvere a blízkosti. Preto žiadna iná forma, nech by akokoľvek dôsledne chcela kopírovať jej charakteristické znaky, nebude mať na dieťa vplyv do takej miery, aby naplnila do dôsledkov všetky jeho základné psychické potreby.

V našej práci sa nám ťažko hovorilo o „metódach“ a „prostriedkoch“ použitých v rámci interakcie v PNR. Pretože tzv. metódy a prostriedky pramenili vo väčšine prípadov zo vzájomnej náklonnosti, lásky a blízkych vzťahov. Pohybovali sme sa v nevedeckej kategórii lásky, ktorá bola hlavným stimulom k nastúpeniu progresu.

Preto považujeme profesionálnu rodinu za vhodný spôsob náhradnej starostlivosti o dieťa. Je schopná saturať jeho potreby, predchádzať vzniku psychickej deprivácie a sprostredkovať dieťaťu podmienky zdravého vývinu.

V súčasnosti sa stretáme s pomenovávaním mnohých problémov (napr. príloha č.5), ktoré sprevádzajú iniciovanie nových profesionálnych rodín.

Sme toho názoru, že zdôvodnenia príčin, nie sú dostatočnou odpoveďou na to, prečo je inštitút profesionálneho rodičovstva aj napriek svojej úspešnosti v jednotlivých prípadoch, menšinová forma starostlivosti o deti s nariadenou ústavnou starostlivosťou.

Každý ďalší deň strávený v neosobnom prostredí, bez blízkych vzťahov môže prehĺbovať u dieťaťa psychickú depriváciu. Preto je nutné, aby sa spojili všetci kompetentní v záujme odstránenia súčasných problémov. Aby jednali v najlepšom záujme dieťaťa.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

- ADAMÍK, P. a kol. 2007 Vzťah hyperkynetickej poruchy a porúch spánku v detstve, Psychiatrie pro praxi, 2007; 8 (6) / www.psychiatriepropraxi.cz
- BEDNAŘÍK, J. 2004 Svalová dystrofie, 3 / 2004 Neurologie pro praxi/ www.neurologiepropraxi.cz
- Dohovor o právach dieťaťa (oznámenie č. 104/1991 Zb.), 1991
- FILADELFIOVÁ, J., 2008. Zvyšovanie kvality poskytovania starostlivosti a výchovy deťom v detských domovoch – zameranie na profesionálne rodiny zamestnancov http://www.sspr.gov.sk/texty/File/vyskum/2008/Filadelfiova/Zvysovanie_kvality.pdf
- GELDARD, K., GELDARD, D. d. 2008 Dětská psychoterapie a poradenství, Portál s.r.o Praha 2008 ISBN 978-80-7367-476-2
- KOL. AUTOROV, 2000. Profesionálny rodič, alebo guľatá kocka, Bratislava: Návrat 2000, ISBN 80-967908-1-1
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 23-140 s. ISBN 80-247-1284-9
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. 1963 Psychická deprivace v dětství. Praha: SZN, 1963
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. 1967. Typy chování ústavních dětí. Čas.lék.čes., 106, 1967, 20-21 s. 546-550 s.
- MATĚJČEK, Z. 1994. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, s.r.o, 1994. ISBN 80-7178-853-8
- MATĚJČEK, Z., 2005. Výbor z díla. Praha: Karolinum 2005. 177-280 s. ISBN 80-246-1056-6
- MATĚJČEK, Z., Časopis lékařů českých, 128/1, 1989, str. 10-14 www.clsjep.cz/nts/casop/lekar/lekar.asp - 29k
- MATĚJČEK, Z., Psychiatrie, Roč. 1., č. 2, Typologie následků psychické deprivace, Praha: Tigris 1997, str. 72-75, ISSN 1211 – 7579
- MATĚJČEK, Z., 1996. Co, kdy a jak ve výchově dětí. Praha: Portál, s.r.o., 1996. ISBN 80-7178-494-X
- NEBYŤ SÁM č. 2, roč. 3, 2006, Téma: Profesionálna rodina, ANR 2006, ISSN 1336-6025

NEBYŤ SÁM č. 1, roč. 3, 2006, Téma: Adaptačná fáza, alebo zvykáme si na seba, ANR 2006, ISSN 1336-6025

PACLT, I. 2007 Hyperkinetická porucha a poruchy chování, Garada Publishing, Praha 2007 IBSN 978-80-247-1426-4

PAINE, T. N. 2004-2005. Masáže detí – komunikácia dotykom, Praktický manuál. Bratislava: Návrat, o.z., 2005

PREKOPOVÁ, J. 1993-2007. Malý tyran. Praha: Portál, s.r.o, 1993-2007 ISBN 978-80-7367-271-3

PEŠOVÁ, I. ŠAMALÍK, M. 2006 Poradenská psychologie pro děti a mládež, Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1216-4

ROHÁČEK, M., PRIEHRADNÁ, D., MATEJOVÁ, R., MATEJ, V., 1998. Zvykáme si jeden na druhého alebo Nová náhradná rodina v procese adaptácie. Bratislava: Návrat, o.z., 2006

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., 2008. Dětská klinická psychologie, 4.přepřacované a doplněné vydání : Grada Publishing, Praha 2008, ISBN 80-247-1049-8

ROHÁČEK, M., Teória „Pripútania“ („Attachment“) ako základný predpoklad zdravého vývinu dieťaťa In: AKTUÁLNÍ OTÁZKY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Sborník z V. celostátního semináře NRP, Brno, 2. – 3. ŘÍJNA 2006, str. 16- 25

SLÁDEKOVÁ, E. 2005. Školák v náhradnej rodine. Bratislava: Návrat, o.z., 2005. ISBN 80-969446-2-2

UPSVaR správy
<http://www.upsvar.sk/rsi/rsi.nsf/0/15C85D916FF4DBF5C12573E500544A35?OpenDocument> - Sociálny výbor skúmal profesionálne rodiny

UPSVaR – výklad zákona
<http://www.upsvar.sk/rsi/rsi.nsf/2f5bdc358ef74ba6c1256b15004f8ef8/83709d507b15c499c125711500457f1d?OpenDocument>

- Ústavná starostlivosť (Zákon č. 36/2005 Z. z. zákon o rodine)

VAŠEK, Š. 1991. Špeciálnopedagogická diagnostika. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1991. ISBN 80-08-00396-0

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. Sociální psychologie 2., přepřacované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 89-335 s. ISBN 978-80-247-1428-8

Zbierka zákonov č. 27/2009 – zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, str. 426, čiastka 13, 2008

Zbierka zákonov č. 305/2005- zákon o sociálnoprávnej ochrane a o sociálnej kuratele,
str.3230, str.123, 2005

Zbierka zákonov č. 279/1993 – zákon o školských zariadeniach v znení neskorších
predpisov, 1993

PRÍLOHY

Príloha č 1:

Zdroj:

MATĚJČEK,Z., Psychiatrie, Roč. 1., č. 2, Typologie následků psychické deprivace, Praha: Tigris 1997, str. 72-75, ISSN 1211-75

Tab. č. 1. Výzkumný soubor v roce 1993.

Původně	60 osob	100%
Zemřelé osoby	2	3,3
Osoby nezachycené Ústřední evidencí obyvatelstva	2	3,3
Osoby žijící v ÚSP (zprávy ředitelství ÚSP)	5	8,3
Osoby odmítající spolupráci (k dispozici jsou nálezy z minulé etapy výzkumu a zprávy OPD)	6	10,0
Osoby, které vyplnily první informační dotazník a dále spolupráci odmítají – z toho jedna osoba trvale v zahraničí (zprávy OPD)	8	13,0
Osoby, které se dostavily k rozhovoru nebo vyplnily další dotazník	37	62,0

OPD = Oddělení péče o děti

ÚSP = Ústavy sociální péče

Príloha č.2:

Zdroj: Filadelfiová, J., 2008. Zvyšovanie kvality poskytovania starostlivosti a výchovy deťom v detských domovoch – zameranie na profesionálne rodiny zamestnancov

Tabuľka 1: Vývoj počtu profesionálnych rodín a detí v ich starostlivosti (2000 – apríl 2008, absolútne počty)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Počet profesionálnych rodičov	57	60	71	81	126	116
Počet detí v profesionálnych rodinách	116	119	145	157	181	222
Počet detí /1 prof. rodič	2,03	1,98	2,04	1,94	1,44	1,91

	2006	2007	I. 2008	II. 2008	III.2008	IV.2008
Počet profesionálnych rodičov	162	232	249	260	263	268
Počet detí v profesionálnych rodinách	317	396	415	432	443	451
Počet detí /1 prof. rodič	1,96	1,71	1,67	1,66	1,68	1,68

Zdroj: Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny.

Príloha č.3:

Zdroj: denník SME, 18.7.2008

Koľko máte detí? Toľko, koľko chcem

V rodinnom dome Magátovcov v Pezinku sa stretlo desať profesionálnych rodičov. Osem mám, dvaja otcovia a kopec detí. Ich zamestnávateľom je bratislavský Detský domov Pohoda. Vlastných synov tam mali len domáci, ktorí sú práve "bezdetní", lebo dvojčičky, o ktorých sa starali ako profesionálni rodičia, išli po desiatich mesiacoch na návštevný pobyt do pestúnskej rodiny.

PEZINOK. Mária Magátová má tridsať rokov a dvoch synov, triapol- a päťročného. Pôvodným povoláním je liečebná pedagogička, manžel Igor inžinier ekonómie. Len čo ich synovia odrástli z plienok, zatúžili po ďalších malých drobcoch. Ale bez pôrodu, povedala pani Magátová. O profesionálnom rodičovstve počula už počas štúdií na pedagogickej fakulte. S jeho realitou sa zoznámila až cez internet a hlavne prostredníctvom občianskeho združenia Návrat. Len čo si s manželom urobili potrebné školenie, nasmerovali ich na riaditeľku bratislavského Detského domova Pohoda. Ida Želinská práve v tom čase hľadala profesionálne rodiny a Magátovci jej padli do rany.

Pani Magátovej sa takmer hneď splnil sen, v náručí držala bábätko chlapčeka priamo z pôrodnice. Ešte nemal meno, Magátovci ho pokrstili a vypiplali. Bol podváhový, narodil sa s alkoholovým syndrómom. Po pár mesiacoch bol fit a keďže bol právne voľný, čakal u nich na adopciu. Teraz bude mať dva roky. Po ňom prišli na desať mesiacov dvojčičky. Pani Magátová má dovolenku, relaxuje pred príchodom novonarodeného dievčatka.

Dvaja synovia všetky doterajšie deti brali ako mladších bračekov. Rodičia sa s nimi o deťoch, ktoré vychovávajú, rozprávajú, vedia, že sú u nich len dočasne. Mama Mária hovorí, že chlapci medzi sebou súperia, ale keď príde ďalšie bábätko, sú k nemu starostliví ako otcovia.

A ako vnímali manželia odchod prvého dieťaťa? "Pripravovali nás na to už počas školení. O čo viacej sa rodič stretáva s budúcimi rodičmi, je ten proces potom ľahší pre dieťaťko, ale aj pre nás vychovávateľov," hovorí pani Magátová.

Bezdetní

Dorota Nováková robila najskôr tridsať rokov učiteľku v materskej škole. Posledné dva roky bola vychovávateľkou v detskom domove. S manželom vlastné deti nemali. Na profesionálne rodičovstvo sa dali kolegyné, rozhodla sa to vlni vyskúšať aj sama.

Dieťaťko bezdetnú rodinu oživilo. Profesionálnemu rodičovstvu už prepadol aj manžel pani Doroty, tiež si urobil tréning. Rodina má momentálne v opatere už druhé dieťa, prvé bol trojmesačný novorodenec, ktorý sa už po mesiaci dostal na adopciu. Teraz je u nich už

šesť mesiacov dvojročný Dávidko, ktorého rodičia sú bezdomovci. Vyzerá to tak, že sa pravdepodobne opäť vráti k mame, len čo si tá vyrieši bývanie. Citová väzba medzi chlapčekom a starou mamou je totiž silná.

Slobodná

Jana Biznárová je slobodná, má dvadsaťšesť rokov a od skončenia vysokej školy pedagogickej je profesionálnym rodičom. Chvíľu robila ako vychovávateľka v detskom domove, ale len čo sa jej naskytla príležitosť zobrať si do výchovy trojtýždňového chlapčeka, dala sa na to. Malého mala doma tri a pol mesiaca, potom si ho adoptovali, dodnes sa s rodičmi kamarátia. Tí hovoria, že malý má tri maminy, biologickú, profesionálnu a adoptívnu. Teraz má v starostlivosti už rok Dodka, medzitým mala na pár dní ešte ďalšie dve bábätká.

Že sa popritom nestihne vydať, jej nevaďí, hovorí, že načo, veď jej partner s profesionálnym rodičovstvom súhlasí. "Máme to doma veselé. Nechcem ešte vlastné deti, ale budem v tom pokračovať, aj keď prídu. Ak by sme neľúbili tie deti ako svoje a nedali im všetko, nemalo by to zmysel. Boli by na tom totiž rovnako, ako keby vyrastali v detskom domove. Takto majú svoju rodinu, a ja mám krásny život," hovorí Jana Biznárová.

Deti už odrástli

Manželia Elena a Ivo Juránekovci sú vedeckými pracovníkmi s takmer odrastenými 19- a 17-ročnými deťmi. Tvrdia, že na vlastné deti sú už starí a na vnúčence primladí.

Už dávnejšie rozmyšľali pomôcť nejakému dieťaťu, ktoré nemalo šťastie žiť vo vlastnej rodine. Cez víkendy začali chodiť do Detského domova Pohoda ako dobrovoľníci. Postupne si vybudovali s deťmi z jednej skupiny celkom dobrý vzťah. Brávajú ich na výstavy, do múzeí, na výlety, na kúpalisko. Tu začali spoznávať, ako to funguje v detských domovoch. "Ja si síce prácu vychovávateľov v detských domovoch vážim, ale tvrdím, že systém výchovy je tu zlý. Medzi deťmi a vychovávateľmi nemôžu vzniknúť pevné väzby, lebo sa neustále striedajú. To je imitácia rodiny a nie rodina," hovorí pani Elena. Dieťa tu nemá emočnú ani sociálnu podporu.

Program profesionálnych rodičov ich oslovil a Ivo Juránek sa stal profesionálnym rodičom na pol úväzku. Od mája tohto roku majú doma štvorročnú Kristínku. Cez deň je v materskej škôlke, potom u nich v rodine.

"Som veľmi rada, že sme sa na to dali, obohatilo to našu rodinu. Aj naše dospelé deti získali. Síce najskôr boli zaskočené, lebo sme rozhodli bez nich, aj tak sú stále niekde preč. Ale teraz vidím, že ich Kristínka domov priťahuje, tešia sa na jej večné otázky prečo rovnako ako my. Je to nová iskra v našom živote," hovorí Elena.

Starí rodičia

Tatiana Lipková má tri dospelé deti a je už starou mamou. Dve deti s manželom adoptovali, jedno sa im narodilo. Srdcom sú ale všetky ich.

Tým, že pani Lipková veľmi dlho nemohla mať deti, cítila, že potrebuje niekomu tento dlh vrátiť. "Preto pomáhame ďalším deťom," hovorí pani Tatiana. Rodinná rada pred šiestimi rokmi s jej túžbou súhlasila, profesionálne rodiny ešte len vznikali. Dve rómske sestry u nich pobudli päť rokov, len pred tromi týždňami odišli ako 11- a 10-ročné do medzinárodnej adopcie. "Je nám za nami smutno, ale dvaapolročný Lacko a triapolročná Katka, ktorí ich vystriedali, nám to vynahradia. Mám tri roky do dôchodku, dá to zabráť," hovorí pani Lipková.

Vnučka Lipkovcov, ktorá pôjde v septembri do školy a vyrastala u starých rodičov spolu s rómskymi sestrami, dnes novým deťom v rodine vracia to, čo sa naučila. "Ťahá deti dopredu, Lackovi skladá skladačku, Katku učí lepšie rozprávať. Ale bolo ťažké jej vysvetliť, že odišli a prišli ďalšie deti."

Občas sa pána Lipku niekto aj spýta, koľko má vlastne detí. A on vraj žartovne odpovedá: "Toľko, koľko chcem."

piatok 18. 7. 2008 | Jarmila Horáková
Článok bol uverejnený v tlačenej vydaní SME.

Príloha č.4:

Zdroj: blog SME, 3.12.2007

Pani Ide to ide

Áno, pani riaditeľke detského domova Pohoda Ide Želinskej to skutočne ide. V priebehu dvoch rokov zrušila dve výchovné skupiny a svojich drobcov premiestnila do profesionálnych rodín, kde dostali šancu na normálny a zdravý vývin. V súčasnosti ich detský domov zamestnáva 12 profirodičov.

Citujem z listu:

Je fakt, že mojou túžbou je rozpustiť deti s nariadenou ústavnou starostlivosťou navždy. Do rodín biologických, pestúnskych a adoptívnych. Keď ich nikto nebude chcieť, tak do rodín profesionálnych, keď sa u niektorých ani to nebude dariť, napr. v prípadoch detí páchajúcich trestnú činnosť alebo ťažko zdravotne postihnutých, umiestniť ich do malých špecializovaných skupín, po 8 detí v jednom domčeku. Viem, že sa to dá.

Chcem Vám povedať, že v našom detskom domove Pohoda sme od mája 2006 vytvorili priestor pre 12 profesionálnych rodín. V našom zariadení nenájdete ŽIADNE dieťa do 1 roku. Všetky sú v profesionálnych rodinách. Presne podľa zákona.

Nechceli sme nové pracovné miesta. U nás sa o 60 detí stará stále 37 ľudí. Menili sme pracovné náplne, dávali sme odchodné, školili sme, preskupovali sme tímy. Nemáme údržbára - na čo, keď opravy zabezpečíme externe, ani vodiča - na čo, keď všetci máme šoferáky...

Podarilo sa.

Každá z našich profirodín otočila za rok najmenej jedno bábo. Po roku a pól môžem zodpovedne povedať, že je to lepšia starostlivosť.. Vidíte výsledok na deťoch. Je to adresné a o osobnej zodpovednosti.

Ak budete mať chuť sa pozrieť na vlastné oči na ten rozdiel medzi deťmi, ktoré máme v zariadení a ktoré máme v profirodinách, srdečne Vás pozývam. Máme každomesačné stretnutie, kde sme všetci. V piatok 30. 11. o 10.00.

Ida Želinská

Takémuto pozvaniu sa nedá odolať.

Pestofarebná herňa. Profimaminy pestovali bábätká v náručí, kľáčali pri nich na koberci a stavali z kociek veže, hrabali v objemných taškách, ktoré obsahovali termosky, detské výživy, hrkálky, piškóty a banány.

- Som skutočne rada, že som mohla medzi vás prísť. Ste v skutku unikátni. Ako inak to nazvať. Z celkového počtu 21 profirodín vzniknutých v tomto roku na celom Slovensku, sedím v jednej miestnosti s dvanástimi z nich. Viem si predstaviť, že vaše spoločné začiatky s pani riaditeľkou boli priekopnícke. V súčasnosti sa väčšina detských domovov odvoláva na to, že systém nefunguje z nedostatku profirodičov, ktorí by mali o túto prácu záujem. Preto sa vás chcem spýtať, ako ste sa k svojmu terajšiemu povolaniu dostali?

Pani M.: - Ja som predtým robila tu u nás vo výchove, takže z toho to nejak samo vyplynulo pri tých zmenách.

Riaditeľka: - My máme výhodu, že sme dva roky pracovali ako tím. Najprv sme začínali ako polepšovňa, lebo sem boli posielané všetky deti, ktoré iné domovy nechceli. V podstate sme mali 7 ťažko zdravotne postihnutých detí, deti s poruchami správania, maloletých bez sprievodu... Potom sme začali čítať zákon a začali sme si pýtať malé deti. Prvé dve prišli nečakane a na to nám išla robiť pokladníčka profesionálnu matku a zistili sme, že to ide. Pýtali sme si ich a oni nám ich začali dávať. Len to prechodné obdobie bolo ťažké, lebo boli jednotlivé skupiny veľmi záťažové. Bolo to treba zmenežovať a postupne sme sa začali intenzívne venovať takejto osobnej starostlivosti.

Pani M.: - Lebo sme videli, že tým najmenším deťom nestíhame dávať to, čo by skutočne potrebovali.

Pani K.: - Ja musím povedať, že my sme mali opačný problém. My sme hľadali s manželom detský domov, kde by sme sa mohli obidvaja zamestnať ako profirodičia, tak som obvolala všetky detské domovy v okolí, no nikde nebolo voľné miesto. Potom nám jedného dňa zavolala pani riaditeľka, že má pre nás miesta a mne sa to zdalo ako zázrak. Už som strácala nádej, že by sme to mohli niekedy robiť.

Riaditeľka: - Ano, my sme vtedy rušili miesta. Zrušili sme dve skupiny, z každej skupiny štyri miesta vychovávateľa, miesto údržbára, kuriča. No neprijímali sa noví vychovávateľa, prijímali sa profesionálni rodičia.

Pani B.: - Mne sa to stalo tak, že keď sa tu diali tie premeny, nevediac o tom, že sa tu dejú, som veľmi pátrala po internete. Pretože sme sa na škole učili, že nejaké profirodičovstvo existuje, no ja som nikdy o tom nikde nepočula v praxi a stále sa mi zdalo, že je to len nejaká chyméra vymyslená do kníh, tak som sa začala o to zaujímať. O rok mi mala končiť materská, tak sme začali vážne pátrať, či vôbec existujú nejakí profesionálni rodičia. Obrátili sme sa na Návrat, lebo na svojich stránkach mali zmienku o profesionálnych rodinách, no tam nás od toho mierne odrádzali, že je to u nás ešte len v plienkach, vraj tu nie je ešte nič vybudované, no majú tu jednu priekopníčku riaditeľku, ktorá je pokroková a tu sa práve vtedy otvárali prvé rodiny. Ja som to veľmi chcela robiť odjakživa, pretože som predtým pracovala v dojčenskom ústave a keď som to vtedy videla, ako tým deťom tam nie je dobre a naozaj im nemôžem dať to, čo by som chcela, mala som chuť si ich schovať pod bundu a odviezť domov. A mala som to šťastie, že som prišla do situácie, ktorá tu práve vznikla.

Riaditeľka: - Vy ste boli jedným z našich prvých profesionálnych rodičov. Úplne prvá bola Rut Erdélyiová, s ktorou sme vhupli do dosť náročného prípadu. Rut si zobrala k sebe matku s dieťaťom.

- Takže to, že ste sa tu dnes ocitli, je dielom náhody. Žiadny nábor, kampaň, jedine zoznámenie sa s pani riaditeľkou?

Pani Z.: - Ja osobne som nehľadala nič konkrétne, ale skončila som školu, hľadala som robotu a dostala som telefónne číslo na pani riaditeľku, tam som bola vtedy

takmer v momente prijatá do výchovy a práve tu mali dve malé bábätká, tak mi bolo ponúknuté, či by som si jedno nezobrala. V priebehu krátkej doby sa vybavil všetky potrebné veci a malý bol u mňa doma. Ten je už momentálne v adopcii. A je to vlastne presne to, čo som chcela robiť, keď som išla na vysokú školu. Takže som si takto vlastne vybrala to, čo som vždy chcela.

Pani B.: - Ja si tiež vlastne plním svoj detský sen.

Väčšina odporcov profesionálneho rodičovstva argumentuje tým, že sa to nedá zvládnuť. Ide hlavne o odlúčenie detí od profesionálnych rodičov. Majú pocit, že sa tým deťom ubližuje. Ak dieťa zotrvá v profesionálnej rodine a potom ide do náhradnej starostlivosti, nie je to preň dobré. Ide z rodiny, ktorú malo rado, do úplne inej, cudzej rodiny.

Pani B.: - Ja už mám za sebou chlapca, ktorého sme dali už do rodiny, ale aj v tom je naša profesionalita, že počas celej doby, čo bol skoro rok u nás, sme ho pripravovali na to, že pôjde do inej rodiny. To sa skutočne nesmie brať ako konečná stanica. Nemal nikdy kontakt s biologickou rodinou, no napriek tomu som sa snažila mu vždy rozprávať o biologických rodičoch dobré, lebo som nevedela, či sa náhodou neobjavia aj oni. My sme ho milovali. To bolo dieťa, ktoré nám okamžite prirástlo k srdcu, lebo malo úžasnú charizmu, ale od začiatku sme vedeli a spracovávali, že toto dieťa pôjde preč. Pripravovali sme ho. A v praxi to vyzeralo takto. Nesnažili sme sa dieťa pripútať len na seba, ale dala som ho aj varovať, aj cudziemu človeku na ruky, aj som ho nechala pol dňa s inými, aby si zvykal, že nielen my sme tie jeho osoby, ale sú tu ja iní ľudia, ktorí ho môžu mať radi. Od narodenia sme ho pripravovali na to, že pôjde do inej rodiny a v inej rodine, ano mal to zvykanie možno ťažšie, ale vedel tie city prežiť, vedel ich použiť, a podľa mňa je to to zdravé, lebo, keby išiel odtiaľto, z domova, tak by bol možno apatický, alebo agresívny. Od nás išiel zdravo plačlivý. Pár dní si poplakal... Teraz mi mamička volá - my sme v pravidelnom kontakte - že sa veľmi milujú, bozkávajú... Už sa našli, už sú svoji. To dieťa je úplne psychicky, emocionálne, citovo zdravé. Keby išiel z ústavu, bol by buď agresívny, útočný alebo apatický, ale keďže je Rómček, asi by bol skôr agresívny typík. Takže naozaj o toto by som sa vedela do krvi pohádať.

Pani M.: - Je to naozaj tak. Ja budem teraz hovoriť o väčších deckách. Nehovoriac o tom, že sú postihnuté, ale naozaj je to tak krásne vidieť, že ako dlho tej našej trvalo, než prijme takú prirodzenú vec, ako je šmajchlovanie. Aby sa nechala pohladkať, aby sa mi dala poumývať... to čo normálne robí človek so svojím deckom... Pre ňu je to neuveriteľné, že niekto s ňou komunikuje takýmto spôsobom. Teraz je to vďačné decko. Ona bola až surová ku mne a teraz ráno čaká ten hladkací rituál na ktorí sa teší. Ale to sú veci, ktoré si nemá šancu decko mimo rodiny precítiť. Bežné veci, rozprávanie sa o intímnostiach... Je to úžasné. A viem, že v takomto širokom kolektíve sa to nedá.

Pani Z.: - Keď ste hovorili, že tým deťom sa takýmto spôsobom ubližuje, ja sa pýtam, čo ublíži dieťaťu viac: Ak je v prostredí, v ktorom sa oňho v podstate nemá kto v tomto smere starať, alebo žije v rodine, kde ho ľudia majú radi, a potom ide do biologickej alebo adoptívnej rodiny, no napriek tomu s profirodinou môže zostať v kontakte. To je práve normálne.

Pani B.: - Myslím, že tým to dieťa práve dostane takú sýtu emocionálnu výchovu, akoby bolo naše, tak sa naučí zvládať takéto veci oveľa ľahšie. Aj keď je to ťažké, keď odchádzal. Ved' samozrejme aj mne bolo ťažko, aj ja som si to musela sama v sebe zvládnuť, ale zvládla som to preto, že mám taktiež svoj emocionálny základ od svojich rodičov. A podľa mňa je to benefit pre to dieťa, nie strata.

Pani M.: - Je to naozaj o tom, že osvetu treba. Je nevyhnutá, pretože ľudia tomu nerozumejú. Dokonca sú aj také názory, že ako môžem za peniaze vychovávať dieťa? Ako zvláštne rozmýšľajú takí ľudia?! Ved' nech si zoberú a vychovávajú dieťa pre peniaze, starajú sa oňho nepretržite dvadsaťštyri hodín denne, zmenia celý spôsob svojho života a asi by potom rozmýšľali, či je to o peniazoch. Ved' beriete všade tie deti, tak ako svoje. Sú stále s vami a to nie je o peniazoch. Ja viem, že z niečoho žiť treba, ale to sa skutočne nedá robiť iba pre peniaze.

Pani Z.: - Nikto z nás to nerobí pre peniaze, ani preto, aby za ním niekto chodil a hovoril - ó, vy ste úžasní ľudia - ale robíme to preto, lebo tým deťom to naozaj pomáha. Jednoducho to treba. Keď vidíte, ako sa na vás to dieťa pozrie, usmeje, ako sa k vám privinie, to je tá najväčšia odmena.

Riaditeľka: - A po skúsenostiach, ktoré máme v tejto chvíli vieme, že ak sa pre dieťa nenájde žiadna iná náhradná rodina, tak sme schopní zabezpečiť, aby vyrástli v týchto svojich profirodinách. Len to musí byť fér. Takže ak sa neskôr objavia náhradní rodičia, ktorí čakali roky v poradovníku a chcú toto konkrétne dieťa, tak mu ho musíme dať a bez slova.

Ešte by som sa vás chcela spýtať, či ste spokojní s tým, čo robíte, so svojim súčasným zamestnaním?

Pani B.: - Úplne a absolútne. Vo všetkých úrovniach.

Pani Z.: - Áno, presne tak. No viete aké je to úžasné, keď ráno nemusíte vstávať do roboty? (smiech)

Ešte dlho potom sme zotrvali s pani riaditeľkou v debate o jej detskom domove, o tom, čo všetko bolo treba upraviť, zmenežovať a urobiť pre to, aby deti, ktoré sú tu umiestnené, lebo osud k nim nebol zhovievavý, dostali šancu cítiť láskyplnú náruč. Nebol to zvýšený objem financií, ani príliv nových pracovných síl, žiaden nátlak, žiadne špeciálne ohľady a výhody plynúce od zriaďovateľa. Bolo treba jedine chcieť.

V herni sa na zemi batolili deti. Ich profimamy si vymieňali skúsenosti a ja som im zatiaľ robila diagnostiku. Netrvalo mi to ani pol roka a zistila som, že:

- tieto deti boli plne socializované
- neprejavovali sa u nich žiadne vonkajšie známky hospitalizmu alebo psychickej deprivácie.
- ich vývin bol zodpovedajúci požadovaným normám
- deti reagovali spontánne
- didaktické hračky používali správne
- v posturálnych pohyboch napredovali
- vo verbálnej komunikácii zodpovedali svojmu veku, rozumeli hovorenému slovu, poslúchali jednoduché príkazy

- jemnú motoriku mali rozvinutú vzhľadom na svoj vek adekvátne
A aby som nezabudla na to najdôležitejšie - tieto deti boli evidentne šťastné a spokojné.

Preto vás prosím, milé dámy a páni, prestaňte už hľadať dôvody, prečo to nejde, prestaňte hľadať vinníkov a ukazovať jeden na druhého prstom, prestaňte pátrať po použiteľných protiargumentoch a uznajme konečne všetci spoločne, že každé dieťa potrebuje láskyplnú náruč. Tieto deti sú dôkazom toho, že keď je vôľa, cestu je možné nájsť.

Ešte stále je ale veľa detí, ktoré takéto šťastie nemali. Ich svet tvorí zamrežovaná postieľka, v ich svete nie je láska, nie je objatie. Preto nemajú chuť a silu napredovať, preto sú apatické, smutné, agresívne a nešťastné. Urobme to pre nich. Je čas prejsť od slov k činom. Tie deti nás potrebujú.

Ďakujem za pozvanie pani riaditeľke PhDr. Ide Želinskej, všetkým zamestnancom DeD Pohoda a profesionálnym rodičom, ktorých mi bolo ct'ou spoznať. Dovoľte, aby som touto cestou vyjadrila všetkým spomínaným svoj obdiv a zaželala veľa úspechov v ich spoločnej snahe o dobro detí.

Natália Blahová, pondelok 3. Decembra 2007 – blog SME

Príloha č.5:

Zdroj:

FILADELFIOVÁ, J., 2008. Zvyšovanie kvality poskytovania starostlivosti a výchovy deťom v detských domovoch – zameranie na profesionálne rodiny zamestnancov, str.

94

Tabuľka 36: Sumarizácia názorov na najväčší problém profesionálneho rodičovstva

Vzdialenosť medzi PR a DeD

Nevalorizovaná nízka výška príspevku na dieťa

Nízky plat PR

Neohodnotený 24-hodinový pracovný čas

Chýba vyhláška o odmeňovaní PR

Čerpanie dovoleniek

Slabá informovanosť verejnosti o PR

Slabá osveta

Regionálny nedostatok PR

Nezáujem o vykonávanie PR

Hrozba syndrómu vyhorenia u PR

Neochota DeD k PR a nezáujem o PR

Obavy zamestnancov DeD o stratu zamestnania vedúce k vytváraniu prekážok pre PR

PR sa primárne nezameriavajú na problémové deti

Zaraďovanie do PR riaditeľmi DeD problémových detí

Nedostatočná informovanosť o stave dieťaťa

Nezodpovedné posudzovanie schopností PR vo vzťahu k potrebám dieťaťa (nie každý PR zvládne

akýkoľvek problém detí)

Nevhodné dopady dlhodobého života detí v neistote, zmena rodiny po viacerých rokoch

Nedostatočné uvedomovanie si zodpovednosti pri rozhodovaní o deťoch

Nedostatok individuálneho prístupu k posudzovaniu jednotlivých prípadov

Vzhladom na náročnosť práce PR nedostatočná pozornosť venovaná výberu, príprave a supervízii

profesionálnych rodičov

Problematické zosúladzovanie 2 rozporných požiadaviek – nenadväzovať citové väzby a zároveň

začleniť do rodiny

Nedostatky v príprave robenej akreditovanými subjektami

95

Diskriminujú sa staršie deti (prednosť do 3 rokov)

Predsudky k minoritám

Dlhodobé zotrvávanie rómskych detí v PR (ťažšie sa im hľadá NR)

Problém súrodeneckých vzťahov a rozhodovanie o zaradení do starostlivosti PR

Vedenie detských domovov s PR:

v nízkom finančnom ohodnotení

nie je dostatok financií (...) (...)

v našom prípade vzdialenosť PR od DeD a výška príspevku na dieťa, ktorá je od roku 2001 rovnaká a nepostačujúca.

ak sú ponechaní sami na seba

vzdialenosť PR od nás (...)

u nás momentálne čerpanie dovoleniek

slabá informovanosť verejnosti o PR

nedostatok informácií (...)

nezáujem o vykonávanie profesie PR, nedostatok PR v našom regióne

skvalitniť prípravu na PR (...)

Vedenie detských domovov bez PR:

PR neprijíma DeD ako svojho zamestnávateľa a PR sa prednostne nezameriavajú na deti problémové

- v tom, že PR nie sú primárne zamerané na problémové deti
- myslenie ľudí a okolia k tejto profesii
- nakoľko v našom DeD zatiaľ nemáme PR, tak túto problematiku môžeme objektívne ohodnotiť, prinášame iba zopár našich názorov: z hľadiska pôsobenia na dieťa je problémom rozsah časového obdobia, ktoré trávi v PR - dieťa sa citovo naviaže na PR, takisto oni na neho, v prípade, že sa nezrealizuje NRS (NOS, osvojenie, pestúnska starostlivosť) a dieťa sa umiestňuje do prostredia DeD, môžu u neho nastať problémy v súvislosti s odlúčením od PR; pri umiestňovaní dieťaťa do PR sa nijako zvlášť neskúma prostredie rodiny - môže sa stať, že sa dieťa dostane do nevhodného prostredia (nakoľko napr. nemáme vedomosť o partnerovi profesionálneho rodiča, o rodinných vzťahoch); PR rodičia by mali byť priebežne vzdelávaní, resp. by sa im malo v rámci supervízie poskytovať psychologické poradenstvo, nakoľko u nich hrozí syndróm vyhorenia

Profesionálni rodičia:

- slabé finančné odmeňovanie (...)
- komunikácia s úradmi, oceňovanie PR
- nedostatočné finančné krytie a zbytočná byrokracia
- vo finančných prostriedkoch a v zákonoch
- nie je úprava PR v zákone (...)
- nejasné pravidlá: zdefinovať, kto má aké povinnosti, za akých podmienok, kto má na čo nárok – jasné pravidlá
- systém je chaotický, je potrebné zmeniť celú filozofiu a postavenie PR
- pomalé presúvanie detí do PR, zlé financovanie
- niekedy zdĺhavé riešenie situácie dieťaťa (...)
- je stresujúce, ak dieťa musí napr. počas prázdnin ísť do DeD
- v tom, že PR domovy nechcú: domovy chcú ostať, zamestnanci nechcú prísť o ZAMESTNANIE, deti domov nechcú, len 8 hodín a dost' - preto budú v stave vlastného ohrozenia robiť čokoľvek, čo by PR odstrašilo, deprimovalo, demotivovalo...
- väčšina zamestnancov DeD má k nám odmietavý postoj (berieme im prácu) a riaditelia sa snažia do PR dávať deti, ktorých sa chcú zbaviť: manželka dostala súrodencov, kde chlapec 2 ročný je na pohľad mentálne zaostalý a ročné dievča berie Tanakan a Claritine, navyše sústavne a bez zjavného dôvodu plače a má tak „vytrénované“ hlasivky, že nepomohli ani 70 cm kamenné múry starého domu; vrátila ich a DeD jej navrhol rozviazanie pracovného pomeru – obe deti boli odovzdávané a na sociálke sú vedené ako zdravé; prečo nikto nekontroluje hodnotenia riaditeľov - aspoň v prípade sociálky (na sociálke tie deti nevidia a sú to v podstate len úradníci evidujúci náležitosti); ved' idú aj do zahraničných databáz - robíme reklamu Slovensku, keď mentálne postihnuté deti vydávame za zdravé! /Švagriná dostala uplakané dievča do PR s epileptickými záchvatmi a liekmi na ich tlmenie, u nás mala záchvat takmer každý večer (netypický – svalový kŕč bez záchvevov trvajúci asi dve minúty), v domove tvrdili, že záchvaty nemala (nezistili ich): tiež ju vrátila, dostala iné, ktoré je už zdravé a zrazu je všetko v poriadku - stratilo sa aj napätie v rodine

96

- to že dieťa sa v rodine môže zdržať aj 5-6 rokov a ďalej ho ponúkajú na adopciu: pre dieťa je myslím veľmi nevhodné, aby takto žilo v neistote, a potom presun do inej rodiny - malo by ísť o krátkodobú starostlivosť, mali by úrady dieťa umiestňovať do adopčnej či pestúnskej rodiny do 6 mesiacov od umiestnenia v PR
- dieťa je stále v inštitucionálnej forme starostlivosti, nie je to plnohodnotná rodinná starostlivosť
- najväčší problém je to, že PR nie je formou náhradnej rodinnej starostlivosti, ale formou ústavnej starostlivosti a je súčasťou DeD
- niektoré detské domovy sú preplnené a je nedostatok PR a v niektorých je málo detí a veľa záujemcov o PR
- veľká zodpovednosť - pracuje sa s ľuďmi, nie s vecami, ktoré sa dajú premiestňovať
- treba rozlišovať, posudzovať konkrétne prípady - individuálne
- je obtiažne administratívne dlhodobo napláňovať život v rodine
- pri častom striedaní detí a nedostatočnej psychohygiene môže nastať syndróm vyhorenia
- je to špecifické zamestnanie, ktoré je záťažou pre PR aj pre celú rodinu, väčšia pozornosť by sa mala venovať výberu vhodných ľudí pre túto profesiu, ich príprave, a poskytovať im dobrovoľný servis - hlavne v oblasti supervízie, psychohygieny

- je veľmi ťažké zosúladiť požiadavku nenadväzovať citové väzby a zároveň začleniť bez rozdielov dieťa do svojej rodiny
- v stretávaní s biologickou rodinou - pre negatívny dopad na prácu PR
- práca s biologickými rodičmi
- sľuby biologických rodičov a ich vplyv na city detí
- nespolupráca príbuzných detí s DeD
- malá informovanosť a propagácia

Oddelenia SPOSK na úradoch PSVaR:

- mali by sa presnejšie (vyhláškou) stanoviť podmienky odmeňovania, považujem za diskrimináciu, že v súčasnosti je nutné do PR umiestňovať deti do 3 rokov, aby sa splnili „percentá“ a nie deti staršie, ktoré by to v mnohých prípadoch potrebovali oveľa viac
- nedostatočné financovanie výdavkov na dieťa
- pomerne nízky záujem občanov, financovanie - mzda PR so zhodnotením 24 hod. starostlivosti o deti, možnosť zamestnať sa
- vo vyhľadávacej činnosti a tiež v príprave
- ako hľadať a vybrať PR
- v predstavách žiadateľov, ktoré sú skreslené
- problémom je pestúnska starostlivosť viazaná na PR
- postoje k minorite, slabá ekonomická úroveň rodín
- malá osвета medzi ľuďmi
- v nedostatočnej príprave prostredníctvom akreditovaných subjektov
- Naša skúsenosť hovorí, že žiadna príprava nedokáže dostatočne pripraviť na realitu, ktorá čaká PR po príchode dieťaťa do rodiny, hlavne, ak je detí viac. Podľa nás je na zváženie, či v prípade, keď sa nájde NR pre jedného zo súrodencov v PR, postavíme súrodenecké vzťahy nad možnosť dieťaťa vyrastať v stálej rodine. Nehovoríme o súrodencoch, kde sú vytvorené väzby. V našom kraji sú v PR prevažne rómske deti takže predpoklad nájdenia vhodnej NR je menší. PR v takom prípade trvá oveľa dlhšie, už to nie je „pohotovostná rodina na niekoľko mesiacov“, ale na roky. A s tým ide ruka v ruku vzájomné citové pripútanie.
- pôsobenie vychovávateľa 24 hodín denne a jeho prijatie tejto roly; dilemu - som rodič alebo vychovávateľ - nemajú viacerí dostatočne spracovanú
- problém citovej naviazanosti
- striedanie detí, práca s biologickými rodičmi
- mať sa na koho obrátiť, keď má PR problém (sprievodcovstvo slabé); ako sa nenaviazať na dieťa; narúšanie súkromia PR

MVO:

- vyššia finančná podpora, aby tieto rodiny okrem starostí s deťmi, ktoré sú často naozaj ťažko zvládnuteľné, nemuseli bojovať aj o prežitie kvôli peniazom
 - mnohé PR sú vo finančných problémoch (...)
 - tá porucha toho pripútania (medzi biologickými rodičmi a dieťaťom - jf) a tie dôsledky a ako to odstrániť - lebo toto je podľa mňa také najzávažnejšie, čo sa aj po takom čase ukáže, že to je samostatnou kapitolou je škola a pedagógovia, ktorí sú plní predsudkov a nič o náhradnom rodičovstve a potrebách dieťaťa vyrastajúceho mimo svojej biologickej rodiny nevedia
- 97
- PR je postavená ako krátkodobá rodinná starostlivosť, ale nikto sa nestará o to, že ako krátkodobá bude a nikto neberie ohľady na vzťahy, ktoré vzniknú tým, že tie deti sú tam dlhšie ako normálne: lebo krátkodobá starostlivosť je dajme tomu do pol roka, to ešte viem malému decku vysvetliť, že ja som teta a čakáme kým príde maminka; ale decku, ktoré príde v plienkach a odchádza 2 ročné alebo rozpráva už mama, a teraz prednosť pred touto konkrétnou osobou, keď už je vzťah a keď už si tá žena požiadala o to, že teda dieťa jej bolo dávané s tým, že si ho potom vezme do pestúnstva, a objavili sa žiadatelia o adopciu; a aj keď si požiadala o adopciu, ale povedali, že musí adoptovať podľa poradovníka a dali to decko niekomu inému; toto robí vyslovene zle prof. rodičom aj deťom
 - predlžovanie starostlivosti v PR a dôsledky sa vyčítajú im (pripútanie)
 - často vôbec nejde o krátkodobú starostlivosť (...)

Poznámka: Prehľad odpovedí. Problém uviedlo: 75 % DeD; 95 % PR; 69% ÚPSVaR; a 38 % MVO.

