

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Anežka Moravcová

Nechtěné těhotenství a následná péče o nechtěné dítě

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2014

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Nechtěné těhotenství a následná péče o nechtěné dítě

Název práce v AJ:

Unwanted pregnancy and after-care of an unwanted child

Datum zadání práce: 2014-01-23

Datum odevzdání práce: 2014-05-06

Vysoká škola, ústav, fakulta: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Moravcová Anežka

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá tematikou o nechtěném těhotenství, nechtěných dětech a následnou péčí o ně. Stanovené cíle předkládají poznatky co je to nechtěné těhotenství, jaká může být jeho prevence, kdy k němu může docházet a v neposlední řadě jaké jsou jeho následky pro dítě i matku. Dále se zabývá formami péče o nechtěné děti, jako je ústavní péče, náhradní rodinná péče, co se děje s dětmi umístěnými do babyboxu a jaké je psychické prožívání těchto dětí.

Abstrakt v AJ:

Bachelor thesis gives an overview of topics of unwilling pregnancy, unwilling children and consequent care of them. Determined aims present knowledge about unwilling pregnancy, the way how the prevention can be carried out, under what circumstances it can occur and at last but not at least its consequences for a child and for a mother. Thereafter, forms of carrying about unwilling children, e.g. institutional care, substitutive family care, what happens with children placed into the baby-box and how those children manage to psychologically survive, follows.

Klíčová slova v ČJ: Mateřství, nechtěné těhotenství, nechtěné dítě, psychické zdraví v těhotenství, antikoncepce, adopce, pěstounská péče, babyboxy, náhradní rodinná péče.

Klíčová slova v AJ: Motherhood, Unwanted pregnancies, unwanted child, mental health in pregnancy, birth control, adoption, foster care, babybox, substitute family care

Rozsah: 40 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 6. května 2014

podpis

Děkuji Mgr. Radce Kozákové za odborné vedení a poskytnutí cenných připomínek při psaní bakalářské práce. Děkuji Daniele Moravcové a Jakubu Valentovi za stylistickou úpravu práce. V neposlední řadě patří také díky celé mé rodině a kamarádům za podporu po dobu studia.

OBSAH

ÚVOD:	7
1 Nechtěné těhotenství	9
1.1 Náhled na nechtěné dítě v historii	9
1.2 Příčiny rizikového chování matek	10
2 Důsledky nechtěného těhotenství.....	12
2.1 Možnosti řešení nechtěného těhotenství.....	12
2.2 Babyboxy.....	14
3 Možnosti následné péče o nechtěné dítě	17
3.1 Ústavní výchova	17
3.2 Náhradní rodinná péče.....	18
3.2.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče	19
3.2.2 Pěstounská péče	19
3.2.3 Osvojení	24
3.2.4 Poručenství.....	26
4 Prevence nechtěného těhotenství	29
4.1 Role porodní asistentky	29
4.2 Nejčastější typy antikoncepčních metod	30
ZÁVĚR:	34
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE:	36
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	40

ÚVOD:

Člověk je tvor společenský, který měl již od pradávna potřebu množit se, a zachovávat tak lidské pokolení. Mateřství se stává v životě ženy klíčovým momentem, který velmi ovlivňuje její identitu, myšlení, chování, psychické prožívání a mnoho dalších věcí (Dušová, 2010, s. 121). Na novou roli matky, která se pro většinu stává tou nejkrásnější, se žena připravuje po dobu devíti měsíců. Ač chceme nebo ne, narození potomka je určitým zásahem do našeho života, proto je těhotenství obdobím plným očekávání, radosti, štěstí, bouřlivých emocí, ale zároveň i pocitů nejistoty, strachu z budoucí péče o dítě a přizpůsobení se.

Ne vždy je ale těhotenství plánované a chtěné. Ti, kteří s dětmi počítají až do budoucna, mohou být náhlou situací zaskočeni, takže nejprve nepocítují žádnou radost ani nadšení. Ovšem později se se skutečností smíří a o dítě pečují s láskou jako ostatní. K neutrálnímu přijetí těhotenství dochází, pokud se matka se situací úplně nevyrovná a nejprve uvažuje o umělém ukončení těhotenství. V nejhorším případě matky přijímají těhotenství jako nutné zlo, čímž je následně negativně ovlivněna péče o dítě. (Matějček, 2004, s. 16). Snažila jsem se najít a předložit poznatky spolu s odpovědí na otázku Proč nebo z jakých důvodů taková těhotenství vznikají? Jaké jsou jejich následky pro matku i pro plod, jestliže je psychické prožívání dítěte ovlivněno již v prenatalním období? Jaký je osud nechtěných dětí? Některé matky svoji svízelnou situaci nezvládnou a odloží dítě do babyboxu nebo se ho zbaví jiným způsobem, přestože možností následné péče se nabízí poměrně mnoho. Avšak myslím si, že biologická a milující rodina je pro dítě vždy tou nejlepší. Palčivým problémem je malá informovanost matek o poskytnutí pomoci a možnostech efektivního řešení situace.

Porodní asistentka zde má důležitou roli v oblasti edukace. Podává informace dospívající mládeži v rámci reprodukčního zdraví o úskalích, která přinášejí nezodpovědný, rizikový sexuální život. (Festová, 2007, s. 3)

Nic se však nemění na tom, že každé dítě má právo na život a šťastné dětství. Každé dítě by mělo přijít na svět z čisté lásky a měla by mu být poskytnuta náležitá péče!

CÍLE:

Cíl 1. Předložit poznatky o vzniku nechtěného těhotenství

Cíl 2. Předložit poznatky o důsledcích nechtěného těhotenství.

Cíl 3. Předložit poznatky o možnostech řešení nechtěného těhotenství.

Cíl 4. Předložit poznatky o prevenci vzniku nechtěného těhotenství.

VSTUPNÍ LITERATURA

CAIRNS, Kate. 2013. Bezpečná vazba mezi náhradními rodiči a dítětem. Praha:

PORTÁL, 2013. ISBN 978 -80-262-0370-4.

GABRIEL, Zbyněk, NOVÁK, Tomáš. 2008. Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči. Praha: Grada Publishing,a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1788-3.

LANGMAIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. Vývojová psychologie. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

MATĚJČEK, Zdeněk. 2010. Co děti nejvíce potřebují. Praha: PORTÁL, 2010. ISBN 978-80-7367-504-2.

RATISLAVOVÁ, Kateřina 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha: Atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4

V období prosince 2012 až dubna 2014 byla provedena rešerše z literárních pramenů. Pro vyhledávání v níže uvedených databázích a zdrojích byla použita tato klíčová slova: *Mateřství, nechtěné těhotenství, nechtěné dítě, psychické zdraví v těhotenství, antikoncepce, adopce, pěstounská péče, babyboxy, náhradní rodinná péče*. Rešerše byly vyhledány za pomoci databází Bibliographia medica Čechoslovaca, ProQuest a Medvik. Jako vyhledávače byly použity google.cz, google scholar a solen.cz. Články byly též vyhledávány ve Vědecké knihovně v Olomouci.

Pro sepsání bakalářské práce bylo vyhledáno 62 článků, z toho 57 článků v českém jazyce a 5 článků v cizím jazyce. Vhodných pro použití bylo vybráno 50.

1 Nechtěné těhotenství

Říká se, že těhotenství je jedno z nejkrásnějších období ženy. Co ale nastane, když je těhotenství nechtěné a neplánované? Hrachovec ve svém článku píše, že dle Světové zdravotnické organizace neplánovaná těhotenství tvoří až 38 % všech těhotenství za jeden rok a zhruba 6 – 10 z těchto těhotenství skončí umělým přerušením (Hrachovec et al. 2005, s. 221).

1.1 Náhled na nechtěné dítě v historii

Šulová a Fait ve své studii uvádí, že děti už od pradávna patřily do společnosti. Umožňovaly tak její stálost a postupný vývin. Ovšem pohled na dítě se v různých stoletích měnil. Období, kdy dítě bylo bráno jen jako obyčejný předmět s nulovou hodnotou, a moc rodičů byla neomezená, spadá do období starověku až počátků čtvrtého století našeho letopočtu. Především sirotci a opuštěné děti se tak stávaly obětí pohanských vražd. Ve 4. století křesťanství zakázalo zabíjení dětí, aby se rodiče vraždou nedopouštěli hříchů (Šulová, Fait, 2009, s. 228 - 232).

Jak píše Gabriel a Novák tak usmrcení potomka se trestalo již v období Chamurappiho zákoníku a to tak, že viník musel mrtvé dítě tři dny a tři noci nosit v náručí, přičemž byl hlídán strážcem. O tom, zdali se ve starém Říme dítě stane členem rodiny rozhodoval otec potomka. Porodní bába narozené dítě položila k jeho nohám, a pokud otec dítě zvedl a dal ho matce do rukou, bylo to dobré znamení. Ovšem jestliže otec žádným způsobem na dítě nereagoval a odvrátil od něho tvář, bylo děťátko odsouzeno k smrti. Ve starověké Spartě čekal dítě podobný osud. Pokud nebyl dle rady starších novorozenec dostatečně zdrav, musel být svržen do propasti. V Thébách také o dítěti rozhodoval otec. Jestliže dítě nechtěl, musel to nahlásit úřadu, který následně nabízel zájemcům dítě na levné odkoupení. Zabíjení dětí ale bylo zakázáno. Křesťanský císař Dioklecián zakázal děti prodávat a snažil se jim zajistit dostatečnou výchovu (Gabriel, Novák, 2008, s. 10 – 13).

Další možností pro nechtěné byly takzvané nalezince. V roce 787 v Miláně byl založen první takový nalezinec. Myšlenkou bylo zřízení speciálních mramorových mís v kostelích, kam mohly matky odkládat své nechtěné děti a zbožní lidé se jich pak ujímali. Ale i tak se úmrtnost dětí pohybovala okolo 70 %. Dále byl

dle Gabriela a Nováka na počátku 16. století v Praze založen institut „Vlašský špitál“, který se staral o opuštěné a osiřelé děti. Výchovu sirotek v ústavní péči zastávala Marie Terezie a tak v roce 1762 spolu s Josefem II. založili státní institut. Tyto sirotčince byly velice finančně náročné, a proto musela na jejich vedení přispívat i pražská města. V roce 1789 byla otevřena další porodnice a nalezinec u svatého Apolináře. Postupný rozvoj nalezinců vede ke snaze najít levnější a humánnější řešení situace a tak se objevují první myšlenky venkovské pěstounské péče (Gabriel, Novák, 2008, s. 10 -13).

Šulová a Fait dále uvádí, že od počátku 18. století se rodiče o děti začínají více zajímat a jejich potřeby se tak stávají přednějšími. Dítě získává vyšší hodnotu, jeho potřeby a vývoj začínají být zkoumány od 19. století až do poloviny století jednadvacátého. Dále uvádí, že v 60. až 90. letech byl prováděn výzkum, který prokázal, že děti nechtěné na rozdíl od dětí chtěných trpí častěji na různá psychosomatická a nervová onemocnění. Ve škole neprospívají dobře, ačkoliv jsou na stejné úrovni inteligence a mívají problém se sociálním zařazením do společnosti. Snahou odborníků je, aby ženy byly informované o možnosti volby, antikoncepci a rodily se tak děti, které budou chtěné a očekávané (Šulová, Fait, 2009, s. 228 - 232).

Z výzkumů tak vyplynula tři pravidla:

1. *„Žena má mít právo sama a bez nátlaku se rozhodnout, zda ve svém životě chce mít dítě, či nikoliv.“*
2. *„Žena má mít právo, aby měla dítě s partnerem, který je pro ni dostatečnou zárukou, nejen manželských, ale především dobrých otcovských postojů a udržení rodiny.“*
3. *„Žena má mít právo určit si dobu svého těhotenství, kterou z hlediska svého, ale především z hlediska prosperity svého budoucího dítěte, považuje za nejvhodnější.“* (Šulová, 2005, s. 247)

1.2 Příčiny rizikového chování matek

V dnešní době přibývá stále více mladistvých matek, které se jimi stanou pouze na základě uspokojení sexuálního pudu a chťiče. Dítě, které počnou, aniž by

ho chtěly, berou jako hračku a neuvědomují si, že mateřství je velmi zodpovědný a vznešený úkol, na který je potřeba se dobře připravit. Vzájemný vztah mezi matkou a dítětem vzniká už při početí a je důležitý pro komplexní vývoj bytosti, na kterém se velmi podílí fyzické i duševní zdraví matky, rodinná situace a manželský vztah (Rheinwaldová, 2005, s. 16 - 20).

Další skupinou můžou být ženy, které se ocitnou v těžké ekonomické a sociální situaci. Jsou to opuštěné a svobodné matky, kterým schází konkrétní pomoc nebo emočně sociální podpora. Tyto ženy trpí nedostatečným uspokojováním základních potřeb odpočinku, sdílení a lásky. Mívají depresivní stavy a k dítěti se stává odmítavě (Ratislavová, 2008, s. 30).

Nestabilita v rodině, předčasné dospívání a riziková síť sociálních vztahů jsou dalšími faktory, které vedou spolu se zneužíváním návykových látek k nechtěnému těhotenství. Kouření, alkohol, drogy a riziková sexualita negativně ovlivňují reprodukční zdraví. Dále Nešpor a Sheansová uvádí, že děti matek, které v těhotenství pijí alkohol, můžou po porodu trpět fetálním alkoholovým syndromem. Mají nízkou porodní hmotnost, obličejové vady, poruchy centrálního nervového systému, vrozené vývojové vady. Děti, které se narodí těmto matkám, trpí častěji poruchou chování, impulzivitou, nepozorností a hyperaktivitou (Nešpor K., Sheansová A., 2010, s. 672 - 673).

2 Důsledky nechtěného těhotenství

Dle Petrové je dítě ovlivňováno již v prenatálním období, a pokud ho matka odmítá, vzniká psychické trauma, které trvá i v budoucnosti. Dítě potřebuje cítit jistotu v lidských vztazích, důvěru, a pokud se mu nedostává láskyplné péče, nejsou uspokojovány jeho psychické potřeby, může dojít až k rozvoji psychické deprivace. (Petrová, 2010, s. 21) Jak také uvádí Zezulová, deprivaci prožívají děti, které dlouhou dobu vyrůstaly v ústavní péči. Deprivačními projevy si vynahrazují pocit jistoty a bezpečí u mámy v náruči. Mezi tyto projevy patří emoční nestabilita, která může vyústit v agresivní chování vůči okolí, věcem a sebepoškozování. Dále pak bušení hlavou do zdi či polštáře, pohazování hlavou, houkání a cucání prstíků (Zezulová, 2012, s. 43).

Dle Russo et al., mají nechtěné děti větší sklon ke kriminálnímu chování, mají menší sebevědomí a často je malá pravděpodobnost, že v budoucnosti povedou spokojený rodinný život. Kvalitní prenatální péče může zabránit zdravotním problémům, ale psychologické a sociální problémy budou přetrvávat. Dětem hrozí nedostatek vzdělání a nízká životní úroveň (Russo et al., [cit 2014-03-10]). Wolfelová uvádí, že nechtěné děti cítí, že je rodiče nechtěli a stali se pro ně „břemenem“, které ohrožuje jejich profesní kariéru a osobní svobodu. Mezi nechtěné děti patří sociálně osiřelé děti, děti sexuálně zneužívané a týrané a pak také děti závislých rodičů na alkoholu, drogách (Wolfelová, 2006, s. 18).

2.1 Možnosti řešení nechtěného těhotenství

Diskrétní porod

Žena má možnost přivést svého potomka na svět v porodnici, která je vzdálená od její trvalého místa bydliště, přičemž anonymita porodu je založena pouze na mlčenlivosti zdravotnického personálu. Dítě je sice zapsáno v matrice v místě narození, ale jsou zde uvedeny i pravé osobní údaje matky. Dokumentace spojená s porodem a péčí o novorozence jinak zůstává stejná jako u normálního porodu. Dítě, které matka ponechá na novorozeneckém oddělení je následně předáno

do náhradní péče. Aš, Brno, Kyjov, Plzeň, Liberec, Most, Kolín, Valašské Meziříčí, Svitavy a Šumperk. Toto jsou města, ve kterých porodnice poskytují služby diskrétního porodu (Kümmel, Janků, 2007, s. 175).

Anonymní porod

Konečná, Klůfa et al, uvádí, že pokud žena dítě nechce a těhotenství tají, může porodit ve zdravotnickém zařízení anonymně bez udání osobních údajů. Jelikož ale nebudou tyto údaje uvedeny v rodném listě, rodička nemá k dítěti žádný právní vztah a její identita nesmí být do budoucna odhalena, ovšem pokud se žena sama nepřihlásí k mateřství. Obvykle po uplynutí šesti týdnů od porodu je dítě právně volné k osvojení. Touto záležitostí se zabývá příslušný orgán sociálně - právní ochrany dětí (Konečná, Klůfa et al., 2012, s. 546-547).

Utajovaný porod

Dle Novotné a Hovorky je v situaci kdy matka dítě anonymně odloží do babyboxu nebo porodí tzv. v utajení značný rozdíl. V případě utajeného porodu osobní údaje matky podléhají zvláštní ochraně, ale i přesto je matku možné identifikovat pro účely soudu a orgánu sociálně – právní ochrany dětí (dále jen OSPOD), při rozhodování o další výchově a péči o dítě. Od roku 2004 utajovaný porod upravuje zákon č.422/2004 Sb., avšak tato úprava není dokonalá a má i mnoho nedostatků. Žádost o porod v utajení může podat pouze žena starší 18 let, která má trvalý pobyt v České republice, a je svobodná nebo od rozvodu uplynulo minimálně 300 dní (Novotná, Hovorka, 2009, s. 5 - 6).

Jak uvádí Řežábek, tato žádost musí být podepsána rodičkou a svědky, kterými jsou v tomto případě lékař a porodní asistentka. Pro matku se připraví speciální dokumentace, do které se zapíše sociální, rodinná a gynekologická anamnéza, stejně jako u běžného porodu, ale rodičce jsou přiděleny jiné iniciály. Po skončení hospitalizace se k dokumentaci přiloží písemná žádost rodičky o utajení, iniciály rodičky, datum narození dítěte a vše se zapečetí. Následné otevření toho dokumentu je možné pouze na základě rozhodnutí soudu (Řežábek, 2005, s. 26 - 27).

I přesto, že není matka zapsaná v knize narození a v matrice nadále zůstává matkou dítěte po stránce jak fyzické tak právní. Nabývá tak rodičovské odpovědnosti a ostatních práv. Pouze soud může v důsledku pravomocného rozhodnutí matku zbavit její odpovědnosti, a tak zanikají veškeré právní vztahy mezi ní a dítětem. Jestliže ale rodičovské odpovědnosti není zbavena, účastní se všech jednání při řešení ohledně další výchovy dítěte a umístění do náhradní rodinné péče (Hovorka, Novotná, 2009, s. 5 – 6).

Interrupce

Ve většině případů nechtěných těhotenství žena svůj jiný stav tají a přeje si zachování diskrétnosti. Interrupce se proto stává nejběžnější formou řešení problému. Tento zákrok, lze ale provést pouze do 12. týdne gravidity. Ty, které odmítají podstoupit umělé přerušování těhotenství nebo zjistí, že jsou těhotné až ve vyšším týdnu, se náhle ocitají v náročné psychické a sociální situaci (Kümmel, Janků, 2007, s. 174). Jak ale uvádí Lábusová, podstoupit interrupci není pro ženu vždy lehkým rozhodnutím, ale často je to lékaři jediné navrhané řešení. Je vhodné, aby porodní asistentka se ženou probrala její tíživou situací a nabídla jí alternativní možnosti řešení a psychickou oporu (Lábusová, online [cit 2014-04-20]).

2.2 Babyboxy

Historie

První zmínky o odkládání novorozenců se vyskytují již v 6. století. Matky své děti odkládaly do otočných zařízení, které byly připevněné ve zdech nalezinců, nemocnic a klášterů. Jakmile matka dítě uložila do onoho zařízení, zazvonila, aby přivolala personál, který se o dítě postaral (Kümmel, Janků, 2007, s. 174). Hovorka a Novotná píše, že roku 1198 byla v Itálii zřízena první schránka pro odložení a záchranu opuštěných dětí. Již od pradávna je tak snahou pomoci zoufalým matkám, které se nachází v náročné životní situaci, a zároveň je také snahou dát šanci nechtěným dětem právo na život a možnost, aby se do budoucnosti mohly dostat do

náhradní péče. Dalším cílem je zabránit vraždám, které páchají matky po porodu na svých novorozencech (Hovorka, Novotná, 2009, s. 1 – 2).

Česká republika

V ČR byl první takový babybox zřízen panem Ludvíkem Hessem, a to v roce 2005 v GynCentru v Praze. Jeho motivací pro založení byla touha pomoci nešťastným matkám, které by mohly v nouzi anonymně dítě odložit, aniž by za to byly potrestané, a dítěti by se tak dostalo náležité sociální i odborné pomoci. Jak Hess sám říká, do budoucna by chtěl nainstalovat celkem 70 babyboxů (<http://www.hess.cz/> [cit. 2014-04-09]). Do současné doby již vzniklo v České republice 61 takových schránek a díky nim se podařilo zachránit život 106 dětem (<http://www.babybox.cz/> [cit. 2014-04-10]).

Babyboxy ano či ne?

Ovšem dle Hovorky a Novotné je otázka babyboxů stále diskutabilní. Je mnoho odpůrců, kteří argumentují proti zřizování babyboxů z různých důvodů. Uvádí, že dítě má právo znát svoji totožnost a rodiče. Není známa sociální a rodinná anamnéza dítěte ani matky. Zřizování takových schránek povede ke snížení odpovědnosti za rizikové sexuální chování a vraždám novorozenců přesto nezabrání. Matoucí je také informace, že ne všechny děti jsou následně vhodné k osvojení. Rodiče můžou nechtěné dítě svěřit do náhradní rodinné péče (Hovorka, Novotná, 2009, s. 2).

Slaný a Schneiberg vidí největší úskalí babyboxů v anonymitě. Matka, která chce dítě odložit, bude rodit někde v ústraní bez medicínské odborné pomoci a může tak velmi ohrozit budoucí život novorozence. Matka musí racionálně uvažovat, dítě zabalit, a odvést což je pro některé v záchvatu paniky a strachu nezvladatelný úkol. Nadále tedy přetrvává spousta otázek, zdali jsou babyboxy tím správným řešením (Slaný, Schneiberg, 2011, s. 616 - 618).

Péče o dítě

Jelikož bylo zapotřebí nějakým způsobem reagovat na vznikající babyboxy, Ministerstvo práce a sociálních věcí vypracovalo metodické doporučení, jak mají v případě odložení dítěte orgány sociálně právní ochrany dětí postupovat (www.mpsv.cz online [cit 2014 – 03 – 30]).

1. *Totožnost dítěte je známa*

Jestliže je přiložen rodný list, dítě je identifikované nebo matka už předem informovala nemocnici či příslušný orgán sociálně – právní ochrany dětí, bude záležitost řešit obecní úřad s rozšířenou působností dle trvalého bydliště dítěte. Sociální pracovníci se snaží kontaktovat rodiče s nabídkou pomoci a řešení jejich problému, které je vedly k odložení dítěte. Pokud nelze dítěti zajistit dostatečnou péči v jeho vlastní rodině, rodiče nesouhlasí s osvojením, ani neprojevují o dítě zájem, po dobu časově vymezenou zákonem, OSPOD postupuje tak, aby mohlo být dítě co nejdříve umístěno do vhodné náhradní rodinné péče (Hovorka, Novotná, 2009, s. 3).

2. *Totožnost dítěte není známa*

V případě neznámé totožnosti dítěte místní příslušnost náleží obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností dle místa, kde se nalézá babybox. Neidentifikované dítě se stává právně volným, a není tak zapotřebí čekat od rodičů na souhlas nebo nesouhlas s osvojením a projev nezájmu. Dítě je nejprve umístěno do předadopční péče, a hledá se vhodná forma náhradní rodinné péče (dále NRP). Žadatelé o svěřeni dítěte do péče, by měly být srozuměni o jaké specifické dítě se jedná, a dále je OSPOD také musí upozornit na riziko možného pozastavení osvojení v případě, že by se před pravomocným rozhodnutím soudu přihlásili, nebo byli dohledáni biologičtí rodiče a projevili o dítě zájem. Jestliže jsou rodiče nalezeni až po tom co soud vydá rozhodnutí o osvojení, nemají už vůči dítěti rodičovskou odpovědnost ani žádná práva a osvojitelé jsou nadále považováni za rodiče dítěte (Novotná, 2010, s. 1- 4).

3 Možnosti následné péče o nechtěné dítě

„Deklarace práv dítěte a Úmluva o právech dítěte popisují rodinu jako základní jednotku společnosti a přirozeného blaha. Dítě potřebuje pro svou tělesnou a duševní nezralost zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením a po něm. Orgán sociálně - právní ochrany dohlíží na dodržování práv dítěte a v případě potřeby podniká kroky pro příznivý vývoj dítěte. Zákony také respektují jeden ze základních principů fungování rodiny, kterým je právo a povinnost rodičů společně vychovávat a pečovat o děti. Pokud je toho třeba, požadovat pomoc. Jakékoliv zasahování do soukromí a rodinného života je možné teprve tehdy, jestliže rodiče nebo osoby odpovědné za výchovu dětí, požádají o pomoc či v případě, že se o děti nemohou nebo nechtějí starat.“ (<http://www.mpsv.cz/cs/14304> online [cit 2014 - 04 - 28]).

3.1 Ústavní výchova

Ústavní výchova je soudem nařízený druh péče pokud je ohrožena výchova dítěte a rodiče ji nemohou adekvátně zabezpečit. Mezi zařízení ústavní péče patří kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku, diagnostické a výchovné ústavy, dětské domovy a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Naopak Klokánky a dětská centra spadají do zařízení okamžité pomoci, jestliže se dítě dostane do krizové situace. Umisťování dětí do náhradní rodinné péče by mělo být prioritou před ústavní výchovou (<http://www.nahradnirodina.cz/> [cit. 2014-04-08]).

Jak ale uvádí Formánek, pro správný vývoj dítěte je nejlepším prostředím jeho biologická rodina, protože děti žijící v ústavní péči nejsou většinou schopné samostatného života, jelikož je to nikdo nenaučil. Nemají zkušenosti s navazováním citových vazeb, mají nižší vzdělání, traumatické zkušenosti je provádí celý život. Samostatný život nezvládá až 90 % těchto dětí a dostávají se tak do dalších institucí, kterými jsou nápravná zařízení, léčebny pro závislé a domy na půl cesty. Ne vždy se ale rodiče o dítě chtějí, můžou a dokážou starat. Proto je snahou najít pro dítě péči, která se nejvíce podobá péči v rodinném prostředí, čímž je pěstounská péče (Formánek, 2004, s. 15).

Brandejsová a Pazralová píší, že přesto stále mnoho dětí vyrůstá v ústavní péči a dochází tak k sociálnímu osíření. Většinou jsou to děti z rodin jiných etnik, ve kterých se vyskytuje mnoho sociálních a patologických jevů, a proto je snahou takové rodině dlouhodobě a systematicky pomáhat od narození dítěte do tří let věku. Dříve než je dítě umístěno do ústavu je důležité posoudit rodinu, zmapovat její rizikové faktory a zároveň přítomnost sociálních opor spolu s koordinací dalších odborných služeb, které by mohli rodině pomoci (Brandejsová, Pazralová, 2004, s. 32 – 33). „V roce 2012 bylo v České republice 33 kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, jejichž kapacita byla 1 700 míst a bylo v nich ke konci roku umístěno 1 397 dětí.“ (<http://www.uzis.cz/> [cit. 2014-04-08]).

3.2 Náhradní rodinná péče

Kovalčíková definuje náhradní rodinnou péči jako formu péče o dítě, která není zajišťována biologickými rodiči, ale někým jiným a to v rodinném prostředí. Práva a povinnosti biologických rodičů upravuje zákon dle určitého typu NRP. Kovalčíková dále také ale popisuje určitá rizika této péče. Jelikož jsou do náhradní rodinné péče svěřovány většinou děti se závažnou rodinou anamnézou, slabými sociálními poměry, sourozenecké skupiny, děti jiného etnika a děti věkově starší jsou na jejich výchovu kladeny vyšší nároky. Často tak může dojít k pochybení či selhání a následnému ukončení pobytu v NRP a děti se musí vrátit zpět do ústavu (Kovalčíková, 2010, s. 11 - 14).

Náhradní rodinnou péči upravuje zákon č. 94/1963 Sb., o rodině. Nový občanský zákoník 86/2012 Sb., který vešel v platnost v lednu roku 2014, zahrnuje i rodinné právo. Ministerstvo práce a sociálních věcí dle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině dělí formy náhradní rodinné péče takto: svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče, pěstounská péče, osvojení, poručenství (www.mpsv.cz online [cit 2014 – 03 – 27]).

3.2.1 Svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče

„ Jednou z možností, které zákon o rodině upravuje v § 45, je svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče, o kterém může soud rozhodnout, vyžaduje-li to zájem dítěte a fyzická osoba poskytuje záruku jeho řádné výchovy a se svěřením dítěte souhlasí. Při výběru vhodné osoby dá soud přednost zpravidla příbuznému. “ (www.mpsv.cz online [cit 2014 – 03 – 27]).

Podmínky pro svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby jsou následující – toto svěření musí být v zájmu dítěte, pověřená osoba musí souhlasit se svěřením dítěte do své péče a poskytnout mu záruku dobré výchovy. Pečující osoba se o dítě stará, vychovává jej, ale vyživující povinnost zůstává na rodičích. Soud při rozhodování vždy vymezí osobám, kterým dítě do péče svěruje, rozsah jejich práv a povinností vůči dítěti (www.mpsv.cz [cit 2014-03-27]).

3.2.2 Pěstounská péče

Už ve starověku se o sirotky a opuštěné děti staraly kojné, které byly placené. Jejich péče pokračovala i ve středověku, kdy se k péči o děti přidávají nalezince. Za počátek pěstounské péče je považováno 19. století, kdy se poprvé objevuje umístování dětí z nalezinců do náhradních rodin a to za finanční odměnu (Novotná, 2010, s. 10). Dle Bubleové et al., je pěstounská péče „ garantovanou formou náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte a přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali.“ Dítě je svěřováno do péče fyzické osoby nebo manželům, kteří se společně podílí na výchově. Pokud je dítě rozumově vyspělé a k dané situaci se vyjádří, je nutno brát jeho názor v potaz (Bubleová, Vávrová et al., 2011, s. 50 - 52).

Lidé, kteří se chtějí stát pěstouny, už většinou mají svoje vlastní děti, ale přesto mají touhu mít dětí více. Chtějí pomoci dětem, které neměly v životě tolik štěstí, nebo se tímto způsobem chtějí odvděčit za své štěstí (Matějček, Koulouchová et al., 2002, s. 54). Zezulová pěstounství považuje za formu smlouvy mezi rodinou, která bude dítě vychovávat a mezi státem, který nad ním převzal výchovný dohled. Dále rozděluje pěstounskou péči na individuální, která probíhá v rodinách a na péči

skupinovou, která probíhá v SOS vesničkách a zařízeních podobného typu (Zezulová, 2012, s. 16).

O vzniku a zániku pěstounské péče rozhoduje pouze soud. Automaticky končí zletilostí dítěte, anebo pokud pěstoun požádá soud o zrušení na základě udání důležitých důvodů (<http://www.mpsv.cz/cs/14501> online [cit 2014 - 03 -27]).

Zezulová píše, že do pěstounské péče se dostávají především děti, které mají určitý handicap – nejsou úplně zdravé, patří do jiného etnika, děti starší a často také sourozenci, o které se rodiče sice zajímají, ale nemají dobré podmínky a zázemí pro jejich výchovu (Zezulová, 2012, s. 16 - 17). Do náhradní rodinné péče se také dostávají děti, které mají moc mladé nebo naopak staré rodiče, které se o ně nechtějí starat ať už z důvodu ekonomického, nebo sociálního. Když jsou rodiče alkoholici, drogově závislí a dítě je v rodině zanedbáváno, týráno, zneužíváno nebo páchá trestnou činnost (Kukla, 2004, s. 231).

Práva a povinnosti pěstounů

Ministerstvo práce a sociálních věcí dle § 47a odstavce 2 zákona o sociálně-právní ochraně dětí definuje práva a povinnosti při výkonu pěstounské péče takto:

- 1) „právo na poskytnutí trvalé nebo dočasné pomoci při zajištění osobní péče o svěřené dítě
- 2) právo na poskytnutí pomoci se zajištěním celodenní péče o svěřené dítě nebo děti, která je přiměřená věku dítěte, v rozsahu alespoň 14 kalendářních dnů v kalendářním roce, jestliže svěřené dítě dosáhlo alespoň věku 2 let
- 3) právo na zprostředkování psychologické, terapeutické nebo jiné odborné pomoci alespoň jednou za 6 měsíců
- 4) povinnost umožnit sledování naplňování dohody o výkonu péče
- 5) povinnost udržovat, rozvíjet a prohlubovat sounáležitost dítěte s osobami dítěti blízkými, zejména s rodiči a umožnit styk rodičů s dítětem v pěstounské péči, pokud soud rozhodnutím nestanoví jinak“ (www.mpsv.cz online [cit 2014-27-03]).

Pěstoun má omezenou pravomoc a to proto, že zastupuje dítě pouze především v každodenních, méně závažných záležitostech. Naopak ve věcech, které

jsou pro dítě jakýmsi mezníkem a jsou pro něj zásadním rozhodnutím, potřebuje pěstoun svolení zákonného zástupce, kterým je nejčastěji biologický rodič dítěte. Jedná se například o rozhodnutí při výběru povolání, studia, dále o svolení provedení lékařských zákroků a vyšetření, která jsou plánovaná a vydávání dokladů pro cestování. Aby dítě mohlo užívat příjmení pěstounů, musí k tomu dát zákonný zástupce souhlas. Přejímání příjmení se děje jen v určitých případech. (Gabriel, Novák, 2008, s. 47) Dle Macháčkové má pěstoun vůči dítěti práva a povinnosti pouze v oblasti výchovy. Vyživovací povinnost zůstává biologickým rodičům dítěte, kteří jsou jeho zákonnými zástupci, do doby než je soud zbaví rodičovské zodpovědnosti (Macháčková, <http://publib.upol.cz/> [cit 2014-04-04]).

Potřeby dítěte a jeho psychické prožívání

Dle psychologů a pediatriů dítě pro svůj správný vývoj potřebuje mít uspokojené základní psychické a fyzické potřeby, mezi které patří potřeba poznávání, proměnlivost podnětů, navazování sociálních a citových vztahů, potřeba vedení a rodičovské autority. Dále pak vyžaduje kontakt s vrstevníky, starší generací, vzor správného a slušného chování, řešení problémů a vedení spokojeného rodinného života, potřeba soběstačnosti a společenského uplatnění. Nejdůležitější z potřeb je potřeba identity. Dítě musí vědět, kdo je, z jaké rodiny pochází a jaké je jeho místo v této společnosti. Nezbytná je sounáležitost prožitků s rodinou, mít domov a svoje teritorium (Konečná, Klůfa et al., 2012, s. 548 – 549).

Petrová popisuje, že děti jsou uzavřené, mají strach z další bolesti a proto je důležité neustále dítě ujišťovat o lásce k němu. Vnitřní prázdnotu zahánějí tím, že hromadí věci nebo hltají jídlo. Mají pocit, že si lásku musí tímto způsobem vynutit. Dítě potřebuje fyzický kontakt, především objímání a polibky, a emoční podporu. Na opuštění a žal ze života dítě může reagovat vztekem, který přechází v agresi. Dochází tak k uvolňování pocitů, které celou dobu dítě tzv. „dusilo“ v sobě. Dále Petrová uvádí, že děti mohou krást a lhát, aniž by vlastně věděli proč. Možná proto, aby se vyhnuli zahanbení a trestu (Petrová, 2010, s. 22).

Pro náhradní rodiče je přebudování charakteru dítěte těžkým úkolem. Vhodná je spolupráce s terapeutem. A v neposlední řadě děti, které nedokáží vytvářet vazby,

potřebují cítit náklonnost, třeba i cizích lidí, a přilnout k důležitým osobám, kterými jsou rodiče. Pokud se pouto mezi pěstounem a dítětem podaří navázat, deprivacní projevy vymizí nebo alespoň zeslábnou (Petrová, 2010, s. 22).

Adaptace dětí a rodičů po přijetí do pěstounské péče

Adaptace je velmi náročná situace pro dítě, které přichází do nové rodiny i pro rodinu samotnou. Zezulová proces adaptace dělí u dětí i pěstounů na tři fáze:

Poznávání – období, kdy by se měla dodržet určitá doba, kdy si dítě bude moci zvykat na nové prostředí, pachy, důvěrně poznávat tváře své „nové rodiny a její zvyky, a bude zachován klid ohledně návštěv. Děti jsou v tomto období velmi nejisté a snaží se komukoliv zalíbit (Zezulová, 2012, s. 40).

Uvolnění - fáze, která je velmi náročná. Dítě časem pochopí, že se nachází v novém domově a chce si ho otestovat. Zkoumá, jaké jsou nastaveny hranice, kde má svoje teritorium, kam v rodině patří. Děti, které mají zkušenost s trvalým opuštěním, chtějí mít novou situaci co nejrychleji za sebou a tak „kopou kolem sebe“ a zkouší, co rodina vydrží, protože nevědí, jak mají reagovat na jiné chování než špatné zacházení, na které byly zvyklé. Naopak přehnané upoutání na matku ze strachu z opuštění je pro novou maminku také vysilující. *Fáze přijetí* - dochází k vyjasnění, vytváření citových vztahů a specifických vazeb mezi členy rodiny. Dítě je přijaté takové, jaké je. Ví, co může od rodiny čekat a také rodinu přijímá (Zezulová, 2012, s. 40).

Fáze adaptace rodičů

Nadšení - nastává po oznámení, že pro rodiče bylo vybráno dítě, na které tak dlouho čekali. Tato fáze je plná emocí, pláče, nadšení, radosti a taky naivních představ a může trvat různě dlouho. *Rozčarování* - rodiče prožívají přijetí dítěte hůře, pokud na to nejsou dostatečně připraveni. Reagují na chování dítěte, které také prochází adaptací, dostávají se do nových situací a může to být velice vysilující. Pěstouni mají v této fázi často pocit, že jsou špatnými rodiči a danou situaci

nezvládnou. *Smíření* - po určité době se situace ustálí. Rodiče pochopí, že oni ani dítě nejsou dokonalí a začínají se tak poznávat bez nereálných iluzí a očekávání. Vytváří se vztah bezpodmínečného přijetí (Zezulová, 2012, s. 41).

Pěstounská péče na přechodnou dobu

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí se jedná se o formu péče, která je časově krátkodobá, individuální a vykonávají ji profesionální pěstouni ve svých domácnostech nebo v zařízeních speciálně tomu určených. Tato péče je poskytovaná nezletilým dětem, o které se nemůže biologická rodina ze závažných důvodů náhle postarat (hospitalizace rodičů), tyto děti nejsou zároveň vhodné pro osvojení, ani pro umístění do dlouhodobé pěstounské péče, a předpokládá se, že po vyřešení situace se bude dítě moci vrátit ke svým rodičům. Dítě v této péči může vyrůstat nejdéle jeden rok (www.mpsv.cz online [cit. 2014-04-04]).

Jak uvádí Bubleová et al., do přechodné pěstounské péče se mohou dostat odložené novorozenci, kdy se musí po porodu čekat šest týdnů, než bude dítě právně volné. Dále pak děti, o které dva měsíce po narození rodiče neprojeví zájem, nebo po dobu šesti měsíců také neprojeví opravdový zájem. Dítě v ústavní péči nenavštěvují, neplní vyživovací povinnosti a nesnaží se, aby mohli dítě získat do své péče (Bubleová et al., 2011, s. 51 – 52).

OSPOD pěstounskou rodinu průběžně provází, kontroluje a školí. Každé tři měsíce musí soud situaci přezkoumat, zdali je nutné, aby dítě stále zůstávalo v přechodné péči. Pokud je její účel splněn nebo pěstouni požádají o zrušení, soud tak učiní (www.mpsv.cz online [cit 2014 – 04 -04]). Walton poukazuje na hlavní výhody této péče. Děti mohou vyrůstat v rodině, lidské komunitě místo v ústavní péči a naučí se tak v této společnosti fungovat. Navážou kontakty s lidmi ve svém okolí, naučí se budovat dlouhodobé citové vztahy a mají lepší předpoklady pro budoucí založení vlastní rodiny (Walton, 2004, s. 16).

Pěstouni prochází speciálním školením stejně jako žadatelé u dlouhodobé péče. Spolupracují s biologickými rodiči, podporují kladné vztahy a snaží se vytvářet nejlepší podmínky pro to, aby se dítě mohlo co nejdříve vrátit zpět do rodiny. Někdy

ovšem tento návrat není možný a pro dítě se musí hledat nová náhradní rodina. Tato péče je kvůli svému krátkému trvání více náročná a psychicky zatěžující. Náhradní rodiče by měli zvládat péči i o čerstvě narozené dítě. Pokud je pěstounská rodina kvalitní, má dobré předpoklady pro výchovu, vhodné sociální a finanční zabezpečení, může se starat postupem času o další děti (Novotná, 2010, s. 7).

Hostitelská péče

Pařízková definuje hostitelskou péči jako krátkodobý pobyt dítěte mimo dětský domov u rodičů nebo u jiné dospělé osoby. Je to forma NRP, která není pevně zakotvena v legislativě, ale upravuje ji zákon 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí § 30. Hostitelská rodina přijímá do své péče dítě opakovaně a na různě dlouhý čas. Ústavní zařízení může tento pobyt dítěti umožnit pouze na základě předchozího souhlasu obce s rozšířenou působností, přičemž maximální délka jednoho pobytu může být 14 dní (Pařízková, 2011, s. 19).

3.2.3 Osvojení

Osvojení neboli adopce je nejvyšším stupněm náhradní rodinné péče. Žadatelé přijímají dítě za vlastní (Bubleová et al., 2013, s. 6). Pokud se biologická matka rozhodne, že chce dát své dítě k adopci, může před porodem nebo odchodem domů takové přání vyslovit a podat písemné prohlášení, s omezenou právní platností, čímž se zjednoduší a lehce urychlí proces osvojování (Kümmel, Janků, 2007, s. 175). Hlavním cílem adopce je nahradit dítěti rodinné, stabilní a láskyplné prostředí a dále pak naplnit smysl života osvojitelů, jelikož o osvojení mají nejčastěji zájem neplodné páry (Matějček, Kolouchová et al., 2002, s. 13 – 14).

Jak popisuje Vyskočil, mezi osvojitelem a dítětem se vytváří poměr jako mezi dětmi a rodiči a vzniká tak nový vztah z hlediska rodinného i právního. Mezi příbuznými osvojitele a osvojeným dítětem se také vytváří nový příbuzenský vztah. Biologická rodina ztrácí vůči dítěti veškerá práva a povinnosti. Zákonným zástupcem dítěte se tedy stává osvojitel. Do matriky se mohou osvojitelé zapsat jako rodiče dítěte, pouze pokud tak rozhodne soud (Vyskočil, 2014, s. 12).

a) Osvojitel

Osvojitelem se může pouze stát fyzická osoba (nejčastěji manželé), která je svéprávná a dosáhne plnoletosti. Svým životem, vlastnostmi a pohnutkami k osvojení zaručuje, že bude pro dítě tím nejlepším rodičem. Minimální věkový rozdíl mezi osvojitelem a dítětem musí být šestnáct let (Vyskočil, 2014, s. 12). Naopak Hovorka uvádí, že dle Revidované úmluvy o osvojení se můžou osvojiteli stát i dvě osoby stejného pohlaví, které jsou registrovanými partnery nebo žijí v manželském svazku (Hovorka, 2010, s. 7 - 9).

b) Osvojenec

Pokud je dítě starší dvanácti let, má právo na vyjádření souhlasu či nesouhlasu s umístěním do adopční péče. Jestliže je dítě mladší, souhlas k osvojení dává opatrovník, ale snahou soudu je získat vyjádření osvojence a přihlížet k němu. Jak dále Vyskočil píše, že do osvojení se často dostávají ty děti, které se narodí v rámci anonymních či utajených porodů. Dříve než soud rozhodne, o osvojení musí dítě po dobu šesti měsíců pobývat u budoucího osvojitele, a to na jeho vlastní náklady. Tato „předadopční“ péče (péče na přechodnou dobu) by měla být dostatečně dlouhá, aby splnila přesvědčivá očekávání, že došlo k vytvoření pevného vztahu mezi dítětem a osvojitelem, který je smyslem osvojení (Vyskočil, 2014, s. 12).

c) Zprostředkování péče

Žádosti o svěřením dítě do osvojení, též jako u pěstounské péče, vyřizuje sociální pracovníce na městském úřadě nebo obecním úřadě s rozšířenou působností. Po shromáždění podkladů následuje další řízení na krajském úřadě. Ročně je evidováno zhruba 2 200 žadatelů, ale z toho jen 550 dětí je osvojeno (Novotná, 2005, s. 6 - 7).

d) Zrušení osvojení

Nová úprava občanského zákoníku nerozlišuje osvojení na zrušitelné a nezrušitelné. Osvojení může zrušit pouze soud a to na základě důležitých okolností a žádosti osvojitele či osvojence. Zrušení lze provést nejdříve za tři roky od rozhodnutí o svěřením dítěte do osvojení a nesmí to být v rozporu se zákonem. Zrušením dochází k obnovení vztahů, práv a povinností mezi dítětem a původní biologickou rodinou (Vyskočil, 2014, s. 12).

Mezinárodní osvojení

Jak uvádí Matějček et al., jestliže se pro dítě nenajde v zemi jeho původu vhodná forma náhradní rodinné péče, řešením může být mezinárodní osvojení. Tento druh péče upravuje „Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení.“ Haagská konference, která úmluvu zpracovala a přijala, určuje jasné postupy osvojování, povinnosti a kompetence úřadů, hájí práva dětí. Biologickým rodičům garantuje anonymitu a vylučuje jakékoliv získávání peněz z adopce. (Matějček, Kolouchová et al., 2002, s. 15).

3.2.4 Poručenství

Důvodů ke jmenování poručenství je hned několik - oba rodiče dítěte jsou nesvéprávní, rodičovská odpovědnost je pozastavena nebo jsou rodiče této odpovědnosti zbaveni, jestliže dojde k úmrtí obou rodičů nebo se jedná o odložené dítě v babyboxu (<http://www.mpsv.cz/> cit. [2014 – 04- 09]).

Bubleová et al., souhlasí a dodávají, že do péče poručníka jsou také často svěřovány děti, které by byly vhodné pro adopci, ale bohužel se pro ně nenašel vhodný osvojitel, přestože zájemců o osvojení je dostatek. Žadatelé ale většinou chtějí do své péče přijmout pouze děti, které jsou malé, a jejich zdravotní stav je dobrý (Bubleová et al., 2011, s. 53 -54).

a) Osoba poručníka

Novotná píše, že se poručníkem nejčastěji stává příbuzný z rodiny či osoba rodině blízká. Soud může jmenovat poručníky dva, obvykle jimi jsou manželé. Osoba, která byla jmenována, může nastávající funkci odmítnout. Novinkou je, že pokud rodič dítěte s navrženou osobou jmenovaného poručníka nesouhlasí, hledá se jiná osoba dítěti blízká. Pokud se nepodaří najít vhodný kandidát, poručníkem dítěte se stává orgán sociálně – právní ochrany dětí (Novotná, 2014, s. 1 - 3).

b) Práva a povinnosti poručníka

Dnem jmenování se poručník ujímá funkce a přebírá všechna práva a povinnosti jako rodič, ale je zbaven vyživovací povinnosti. Poručník je státem hmotně zabezpečen a pobírá příspěvek pěstounské péče. Do vypršení časového limitu, který je devadesát dní od jmenování, musí poručník předložit soudu soupis jmění, které dítě má. Poručník dítě zastupuje, vychovává a spravuje jeho majetek. Jestliže se však jedná o rozhodnutí ve věcech, které jsou pro dítě podstatné, musí si poručník vyžádat svolení soudu. Minimálně jednou za rok, pokud soud neurčí kratší dobu, musí poručník informovat soud o dítěti a jeho vývoji. Dále předkládá přehled účtů, jak je nakládáno se jměním dítěte (Novotná, 2014, s. 1 - 3).

c) Zánik poručenství

Dle Novotné jsou v novém občanském zákoníku důvody k zániku jasně a srozumitelně formulovány.

- a) Jestliže jeden z rodičů poručenice získá rodičovskou odpovědnost nebo bude – li ji schopen vykonávat. Dítě dosáhne zletilosti a nabude svéprávnosti.
- b) Osvojením dítěte. Odvoláním poručníka nebo zproštění jeho funkce na základě rozhodnutí soudu.
- c) Na požádání poručníka, soud učiní pouze na základě vážných důvodů a okolností. Úmrtím poručníka.
- d) Poručník porušuje své povinnosti vůči dítěti.

e) Rozvodem manželů. Soud musí situaci přehodnotit a po případně jednoho z rozvádějících manželů poručenství zprostit (Novotná, 2014, s. 3).

Do dvou měsíců od skončení poručenství musí poručník předložit soudu závěrečnou zprávu a účet ze spravování dětského jmění. Ovšem poručník může být soudem této povinnosti zbaven (<http://www.mpsv.cz/> online [cit 2014-04-09]).

4 Prevence nechtěného těhotenství

Dle Markové dospívající mládež patří mezi nejohroženější skupinu populace a proto je období dospívání jedno z nejnáročnějších období jak pro rodiče, tak i adolescenta. V tomto období vrcholí rizikové sexuální chování jako časté střídání partnerů, předčasný sexuální život a nezodpovědnost. Dále říká, že nepřítomnost obou rodičů nebo nedostatečný čas a péče věnovaná dětem je také jedním z rizikových faktorů pro vznik problémového chování. Přiměřená volnost v rozhodování, trvalý zájem a podpora jsou pro adolescenta velmi důležité (Marková, 2008, s. 191). Sociální vztahy, rodinné zázemí, ekonomické podmínky, prostředí, úroveň vzdělání i životní styl ovlivňují sexuální a reprodukční zdraví. Jak popisuje Tomášíková, nestačí pouze na rizikové faktory chování upozorňovat a provádět edukaci, ale zároveň je nutné i sledovat sociokulturní determinanty, které chování jedince ovlivňují (Tomášíková, 2010, s. 93 - 94).

4.1 Role porodní asistentky

Ve vztahu k ženám, rodině i celé společnosti má porodní asistentka významnou úlohu ve zdravotním poradenství, výchově k plánovanému rodičovství a péči o dítě. Dále porodní asistentka ženám poskytuje odborný dohled, informace a pomoc v období těhotenství. Její práce zahrnuje i předporodní a poporodní péči (Kameníková, 2005, s. 1). Jak píše Festová, zdravotní pojišťovna hradí ženám celkem čtyři návštěvy terénní porodní asistentky. Jednu před porodem a tři v poporodním období, kdy je navazováno na profesionální nemocniční péči. Ovšem úskalí tkví v malé informovanosti matek o možnosti využití této služby a nerovnoměrném rozložení péče, které je směřováno nejčastěji do velkých měst (Festová, 2007, s. 3 - 4). Mezi další kompetence patří provádění preventivních opatření, zjišťování rizikových faktorů u matky i dítě, vedení fyziologického porodu, péče o novorozence a kojence (Kameníková, 2005, s. 1 - 2).

Porodní asistentka věnuje dívkám a ženám specifickou péči v rámci reprodukčního zdraví od narození až po stáří. Podílí se na přípravě a realizaci různých preventivních programů. Především dospívající dívky edukuje o pohlavně

přenosných nemocech, sexuálním zneužívání, přípravě na rodičovství a epidemiologické ochraně. Zajímá se o to jak je matka schopná postarat se o své dítě, a zdali má pro výchovu adekvátní podmínky a předpoklady. Porodní asistentka také komplexně mapuje a hodnotí sociální a zdravotní situaci žen spolu s celou jejich rodinou. (Festová, 2007, s. 4).

Dušová a Moniaková apelují na nutnost rozpoznávání a uspokojování potřeb, které mají ženy v šestinedělí. Důležitá je také podpora jejich psychiky především v případech, kdy se porod stal pro ženu náročnou životní situací a ona se s ní nezvládá vypořádat (Dušová, Moniaková, 2010, s. 121 - 122).

4.2 Nejčastější typy antikoncepčních metod

Geržová uvádí, že používání antikoncepce výrazně snižuje nechtěné otěhotnění u mladistvých. Je důležité, aby adolescenti, kteří sexuálně žijí, znali formy, výhody a také úskalí různých antikoncepčních metod. Dále říká, že každá antikoncepce je pro dívku lepší a méně rizikové řešení než následná interrupce. Výběr antikoncepce závisí na aktuálním zdravotním stavu, věku dívky, četnosti partnerů, pravidelnosti sexuálního styku a charakteru menstruace. Geržová antikoncepci rozděluje do osmi základních skupin: sexuální abstinence, orální, postkoitální a injekční kontraceptiva, dále pak náplasti, nitroděložní tělísko a periodická abstinence (Grežová, 2007, s. 20).

Orální antikoncepce

a) kombinovaná forma (estrogeny a gestageny)

Tato forma antikoncepci je považována za jednu z nejúčinnějších zábran nechtěného otěhotnění. Mechanismus účinku je založen na zástavě ovulace, cervikální hlen se stává hustším, děložní sliznice je ztenčená a je ovlivněna motilita vejcovodů. Kombinovaná orální kontracepce (COC) je preferována dívkami ve věku 16-19 let. Její výhody spočívají ve spolehlivosti účinku, snížen krevní ztráty při menses, vymizení dysmenorey, a je celkově dobře snášena (Grežová, 2007, s. 20 - 21). Koliba uvádí, že kombinovaná kontracepce je v současné době považována za

nejspolehlivější a při dlouhodobém užívání snižuje riziko vzniku rakoviny vaječnicků, dělohy a konečníku (Koliba, 2007, s. 520 – 522). Dle Grežové dále pak COC snižuje riziko výskytu různých onemocnění, jimiž jsou ektopická gravidita, funkční cysty vaječnicků, cysty prsu benigního původu, osteoporóza a mnohé další. Přísná kontraindikace platí pro dívky, které trpí hlubokými záněty žil, vysokým krevním tlakem, migrénami, nebo prodělaly cévní mozkovou příhodu či embolizaci do plic a infarkt myokardu. Nežádoucí účinky jsou vzácné (Grežová, 2007, s. 20 - 21).

b) Minipilulky

Minipilulky obsahují pouze gestageny, proto je tento druh antikoncepce předepisován dívkám, které špatně tolerují estrogeny. Jsou to silné kuřačky, migreničky, léčí se pro juvenilní hypertenzi nebo diabetes mellitus. Pilulky nejsou tolik spolehlivé jako COC, proto je vhodné používat ještě kondom nebo jinou formu bariérové antikoncepce. Důležité je pravidelné užívání což může být pro mladé dívky občas problém (Grežová, 2007, s. 20 - 21). Dle Hruškové je gestagenní antikoncepce formou vhodnou pro kojící matky. Perorální užívání může z počátku vyvolávat krvácení, které není pravidelné. Po dlouhodobějším užívání se upraví (Hrušková, 2009, s. 569).

Postkoitální kontracepce

Fanta uvádí, že postkoitální kontracepce zabraňuje nechtěnému otěhotnění do 72 hodin po nechráněném koitu. Spolehlivost metody klesá s prodlužující se dobou od pohlavního styku. Mechanismus účinku je založena na inhibici ovulace a uhníždění oplodněného vajíčka v děložní sliznici (Fanta, 2002, s. 19). Dle Grežové je to pouze pohotovostní forma antikoncepce, která neslouží k dlouhodobému užívání. Má nižší spolehlivost, způsobuje nepravidelné krvácení, a proto se nedoporučuje užívat více jak 2x během cyklu (Grežová, 2007, s. 22). Hrachovec et al., uvádí, že postkoitální tabletu je vhodné užít, pokud selže jiná metoda kontracepce. Postinor je nejznámější a zároveň nejdostupnější preparát na trhu.

Bolesti hlavy, poruchy menstruačního cyklu a nauzea patří mezi časté nežádoucí účinky (Hrachovec et al., 2005, s. 223 - 224).

Bariérové metody

Mezi tyto formy patří cervikální pesar, vaginální houba, ženský a mužský kondom. Grežová uvádí, že mužský kondom je jednou z nejvíce používaných ochran (Grežová, 2007, s. 22). Unzeitig ve svém článku píše, že bariérová kontracepce je jedinou formou ochrany virových, bakteriálních a sexuálně přenosných infekcí (Unzeitig, 2002, s. 14). Gregorová et al., ve své studii uvádí, že při prvním koitu mužský kondom použila až polovina žen. Méně pak už využily přerušovanou soulož nebo hormonální antikoncepci (Gregorová et al., 2010, s. 142). Kuklová považuje za nutné, aby o existenci a správném používání kondomu věděli děti už na základních školách. Pro mladistvé je to poměrně levná a dostupná metoda antikoncepce (Kuklová, 2006, s. 3).

Injekční kontracepce

a) *Depotní medroxyprogesteron*

Aplikace depotního medroxyprogesteron acetátu, což je uměle vytvořený progestin a je znám pod názvem Depro Vera. Hormony se aplikují injekčně do svalu a po dobu tří měsíců vyplavují do krve a udržují tak účinnou hladinu. Tato metoda je velmi spolehlivá, má vysokou účinnost a je vhodná zejména pro klientky, které nemohou užívat estrogeny. Dle Křepelky není tato metoda správnou volbou pro adolescentky a mladé ženy, protože dlouhodobé podávání má vliv na kostní tkáň a snižuje její hustotu (Křepelka, 2010, s. 3). Naopak dle Grežové je tato metoda vhodná pro dívky, které trpí psychózou, berou drogy nebo jsou mentálně retardované a nejsou schopny užívat jiné formy antikoncepce. Výhodu vidí v aplikaci Depro Veri jednou za dvanáct měsíců a nízké ceně (Grežová, 2007, s. 22).

b) Implantát s levonogestrelm

Čepický a Líbalová píší, že tento podkožní implantát, který se zavádí na vnitřní stranu paže, je účinný po dobu tří let a jeho spolehlivost je vysoká. Nevýhodou této metody je časté špinění a nepravidelnost krvácení (Čepický, Líbalová 2008, s. 2).

Náplast'ová metoda

Přípravek Evra je dle Hrachovce jednou z oblíbených forem náplast'ové antikoncepce i z hlediska pohodlné aplikace (Hrachovec et al., 2008, s. 223). Jak popisuje Grežová tato metoda kombinuje účinky gestagenů s estrogény. Náplast se aplikuje celkem tři týdny v měsíci a následuje týdenní pauza. Jednou za týden je nutné náplast vyměnit. Výhodou je pravidelnost menstruačního cyklu (Grežová, 2007, s. 22).

IUD – nitroděložní tělísko

Dle Faita je nitroděložní tělísko nejlepší forma antikoncepce pro svoji spolehlivost a zdravotní bezpečnost. Na světě je 85 – 100 milionů žen, které mají s IUD zkušenost (Fait, 2011, s. 113). Účinek této metody trvá pět let, přičemž se každý den uvolňuje 20 μ g látky. Dochází tak k vymizení ovulace a zvýšení viskozity hlenu (Křepelka, 2010, s. 3). Zavedení nitroděložního tělíška kontraindikované u žen, které ještě nerodily, pro malou dělohu a uzavřené hrdlo. Omezení této metody se doporučuje u mladých dívek z důvodu rizika spontánního vypadnutí tělíška a vzniku zánětlivých procesů v pánvi (Grežová, 2007, s. 22).

Periodická abstinence

Málo spolehlivá metoda, která většinou končí nechtěným těhotenstvím. Pro mladistvé nevhodná (Grežová, 2007, s. 22).

ZÁVĚR:

Hlavním cílem přehledové bakalářské práce bylo získat a předložit poznatky zabývající se nechtěným těhotenstvím. Informovat o tom jaké jsou následky takového těhotenství pro matku i dítě, a jakým způsobem se dá situace řešit. Byly stanoveny čtyři cíle, které byly po nastudování literatury a shrnutí informací splněny.

První cílem bylo předložit poznatky o tom, co je to nechtěné těhotenství.

Jaké jsou rizikové faktory a za jakých okolností může takové těhotenství vzniknout? Nechtěné těhotenství je popisováno jako těhotenství, které bylo neplánované a vzniklo „omylem“. Nezodpovědný a předčasný sexuální život dospívajících, zneužívání návykových látek a sociální problémy v rodině jsou nejčastějšími příčinami vzniku nechtěných těhotenství (Ratislavová 2008, Sheansová, Nešpor 2010). V mnoha takových případech se pak nastávající matka nechce nebo nemůže z jakýchkoliv důvodů o dítě postarat, a poskytnout mu náležitou lásku a péči. Autoři se také shodují v tom, že náhled na dítě se v průběhu historie měnil, a velmi tak ovlivnil osud nechtěných dětí (Šulová, Fait 2009).

Cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o tom, jaké jsou důsledky nechtěného těhotenství a jaké se nabízí možnosti řešení.

Jak autoři popisují, nechtěné děti si přináší do života poměrně velký handicap oproti dětem chtěným. Bývají více úzkostné, stydlivé, jsou častěji nemocné, mívají problémy s učením a navazováním sociálních kontaktů a také mohou mít také sklony ke kriminálnímu chování. (Wolfelová 2006, Peteová 2010). Autoři se shodují, že matka v průběhu těhotenství může změnit postoj a následně o dítě po porodu pečovat. V opačném případě může porodit v utajení a dát dítě k adopci nebo ho odložit do babyboxu. I takovým dětem se může následně dostat nejlepší péče (Hovorka, Novotná 2009, Janků 2007).

Cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo předložit poznatky o možnostech následné péče o nechtěné dítě.

Umístění dítěte do ústavní či náhradní rodinné péče je řešením v případě, že se matka rozhodne dítě donosit a porodit, ale následně se o něj nemůže nebo nechce starat. Náhradní rodinná péče má několik různých forem – poručenství, pěstounská péče, předadopční péče, hostitelská péče, přičemž v České republice je asi nejvíce využívána pěstounská péče a adopce (Gabriel, Novák 2008, Bubleová 2011, Zezulová 2012). Autoři se shodují.

Cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo předložit poznatky o možnostech prevence nechtěného těhotenství.

Autoři se shodují a kladou důraz na edukaci mladistvých o reprodukčním zdraví, kde má hlavní roli porodní asistentka. Adolescenti by měli vědět, co je to přirozené plánování rodičovství a jaké jsou druhy antikoncepce. Dále autoři píší o tom, že kouření, drogy, alkohol, předčasný nebo promiskuitní sexuální život patří mezi rizikové faktory, které sebou nese své následky (Geržová 2007, Marková 2008, Hrušková 2009). Autorky se také shodují na tom, jakou péči má poskytovat porodní asistentka ženě v různém období jejího života. Provádí prenatální péči, poskytuje pomoc ženě při porodu i v období šestinedělí. A také uvádí, že porodní asistentka poskytuje psychickou i sociální pomoc ženám, které se ocitly v náročné životní situaci (Festová 2007, Kameníková 2005, Dušová 2010).

Cíl byl splněn.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

1. BABYBOX online [cit 2014-04-10].
2. BRANDEJSOVÁ, Veronika., PAZRALOVÁ, Hana., 2004. *Zpráva o průběhu realizace projektu Prevence sociálního osíření*. Náhradní rodinná péče. 2., s. 32 -33. ISSN 1212-3765.
3. BUBLEOVÁ, Věduna., VÁVROVÁ, Alena., FRANTÍKOVÁ, Jana., VANČÁKOVÁ, Martina. 2011. Základní informace o náhradní rodinné péči. Středisko náhradní rodinné péče o. s., Praha. 2011. Vydání první. ISBN 978-80-87455-01-2.
4. BUBLEOVÁ, Věduna., VÁVROVÁ, Alena., VYSKOČIL, Filip., POKORNÁ, Pavla. 2013. Základní informace o osvojení (adopci). Středisko náhradní rodinné péče o. s., Praha 2013. Druhé přepracované vydání. ISBN 978-80-87455-18-0
5. By Nancy Felipe Russo, Ph.D., Arizona State University and Henry P. David, Ph.D., Transnational Family Research Institute
6. ČEPICKÝ, Pavel., LÍBALOVÁ, Zuzana. 2008. *Gestagení antikoncepce*. Moderní babictví. č. 15, s.2. ISSN 1214-5572.
7. DUŠOVÁ, Bohdana., MONIAKOVÁ, Nikola. 2010. *Emoční změny u žen v období šestinedělí*. Ošetřovatelství a porodní asistence. roč.1., č. 4, s. 121 – 123. ISSN 1804-2740.
8. FAIT T., 2011. *GyneFix – nitroděložní tělíčko bez pevného těla a ramének*. Praktická Gynekologie. č.15(2), s. 113-116. ISSN 1211-6645.
9. FANTA, Michael. 2002. *Postkoitální antikoncepce*. Interní medicína pro praxi č.8., s. 19. ISSN 1212-7299.
10. FESTOVÁ, Andrea. 2007. *Komunitní ošetřovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek*. Moderní babictví č.12, s.1-4. ISSN 1214-5572.
11. FORMÁNEK, Ondřej. 2004. *Jak nabídnout více dětem i pěstounům*. Náhradní rodinná péče 2, s. 15 – 17. ISSN 1212-3765.
12. GABRIEL, Zdeněk., NOVÁK, Tomáš. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, s. 10-13. ISBN 987-80-247-1788-

13. GREGOROVÁ, P., WEISS, P., UNZEITIG, V., CIBULA, D. 2010. *Antikoncepční chování českých žen. Výsledky národního výzkumu. Česká gynekologie.*, č. 2, s. 141-148. ISSN 1210-7832.
14. GREŽOVÁ, Hedvika. 2007. *Antikoncepce a adolescentka.* Pediatrie pro praxi. č1. s. 20 -23. ISSN 1213-0494.
15. HESS, Ludvík. *Zakládám babyboxy.* [cit. 2014-04-10].
16. HOVORKA, Daniel., NOVOTNÁ, Věra., 2009. *Úprava výchovy dítěte odloženého do Babyboxu a dítěte narozeného v režimu tzv. utajeného porodu.* Právo a rodina. Č. 5 , s. 1-5. ISSN 1212-866X.
17. HRACHOVEC, Petr., BELEJOVÁ, Marie., KILIÁN, Tomáš., OBORNÁ, Ivana. 2005. *Hormonální kontracepce.* Klinická farmakologie 19., s. 221 - 224. ISSN 1212-7973.
18. HRUŠKOVÁ, Hana. 2009. *Hormonální antikoncepce – novinky, přínosy, rizika, nové preparáty.* Interní medicína. č. 11, s. 569 – 572. ISSN 1212-7299.
19. KAMENÍKOVÁ, M. 2005. *Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou.* Moderní babictví č.7. s. 1-6. ISSN 1214-5572.
20. KOLIBA, Petr. 2007. *Rizika a přínos hormonální antikoncepce.* Interní medicína č.9, s. 520 -522. ISSN 1212-7299.
21. KONEČNÁ, H., KLŮFA, J., DOSKOČIL, O., BUBLEOVÁ, V., 2012. *Anonymní dárcovství gamet a anonymní porody: společné etickopsychosociální a právní aspekty.* Praktický lékař. č. 10., s. 546 – 550. ISSN 0032-6739.
22. KOVALČÍKOVÁ, Monika. 2010. *Děti přijaté do ústavních pobytových zařízení z náhradní rodinné péče.* Právo a rodina. č8. s. 11-15. ISSN 1212-866X
23. KŘEPELKA, Petr. 2010. *Význam hormonální antikoncepce pro plánované rodičovství.* Moderní babictví. č. 19, s. 3. ISSN 1214-5572.
24. KUKLA, Lubomír. 2004. *Mýty a skutečnosti o náhradní rodinné péči v ČR.* Pediatrie pro praxi. 5. s. 231 – 232. ISSN 1213-0494.
25. KUKLOVÁ, I. 2006. *Prevence sexuálně přenosných infekcí.* Moderní babictví. č.11., s.3. ISSN 1214-5572.

26. KÜMMEL, J., JANKŮ, P., 2007. *Legální anonymní odložení novorozence – současné možnosti v ČR*. Praktická gynekologie. č.11(4), s.174 -176. ISSN 1211-6645.
27. LÁBUSOVÁ, EVA. 2006. Interrupce je problém, ale musí mít řešení. [Cit 2014-04-20] Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/interrupce.php>
28. MACHÁČKOVÁ, Lenka. 2000. Formy náhradní péče o dítě podle zákona o rodině. Acta Universitatis Palackianae Olomouensis Facultas Iuridica 2., s. 129 – 136. Dostupné z: http://publib.upol.cz/~obd/fulltext/Iuridica2/Iuridica2_15.pdf
29. MATĚJČEK, Zdeněk. Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte. Praha: Grada 2004. ISBN 978-80-247-0870-6.
30. MATĚJČEK, Zdeněk., KOLOUCHOVÁ, Jarmila., BUBLEOVÁ, Věduna., KOVAŘÍ, Jiří., BENEŠOVÁ, Lucie. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, s. r. o., 2002. ISBN 80-7178-637-3.
31. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Legislativa a systém sociálně – právní ochrany* online [cit 2014 – 04- 28] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14304>
32. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2009. *Jak na pěstounskou péči na přechodnou dobu.*, s.1 - 4. [cit 2014-03-27] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7296/Pestounska_pece_na_prechodnou_dobu.pdf
33. NEŠPOR, K., SCHEANOVÁ, A., 2010. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. Praktický lékař. č. 11. S 672. ISSN 0032-6739.
34. NOVOTNÁ, Věra. 2005. *Osvojení nebo pěstounská péče? (2.)* Právo a rodina č. 9., s. 6 - 7. ISSN 1212-866X.
35. NOVOTNÁ, Věra. 2010. *K problematice pěstounské péče*. Právo a rodina č. 9., s. 6 - 10. ISSN 1212-866X.
36. PAŘÍZKOVÁ, Olga. 2011. Pěstounská péče u dospívajících. Pedagogicko – psychologické poradenství. Č. 60., s. 18- 30. ISSN 1214-7230.
37. PETROVÁ, Věra. 2010. *Co mohou prožívat děti svěřené do náhradní rodinné péče*. Právo a rodina č. 1., s. 21 – 22. ISSN 1212-866X.

38. RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
39. RHEIWALDOVÁ, E. 2005. *Jak vychovat šťastné dítě*. Praha. ISBN: 80-7246-248-2.
40. SLANÝ, Jaroslav., SHNEIBERG, František. 2011. *Babyboxy v České republice – jak dál?* Časopis lékařů českých. s.616-618. ISSN 0008-7335.
41. STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE online [cit 2014 -04 – 08] dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/informace_o_nahradni_rodinne_peci
42. ŠULOVÁ, L., FAIT, T. 2009. *Nechtěné děti*. Česká Gynekologie, č. 3, s. 228–233. ISSN 1210-7832.
43. ŠULOVÁ, L., *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, s. 247.
44. TOMÁŠÍKOVÁ, Martina. 2010. *Sexuálne a reprodukčné zdravie ženy z hľadiska niektorých sociálnych a kultúrnych aspektov*. Ošetrovatelství a porodní asistence. roč. 1, č. 3, s. 93-98. ISSN 1804-2704.
45. UNZEITIG, A. 2002. *Antikoncepce a sexuálně přenosná onemocnění*. Interní medicína. Č.8., s.14. ISSN 1212-7299.
46. ÚZIS *Činnost kojeneckých ústavů a domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2012*. [Cit 2014-04-08] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/kojenecke-ustavy-detske-domovy-dalsi-zarizeni-pro-deti>
47. VYSKOČIL, Filip. 2014. *Právní úprava náhradní rodinné péče v České republice*. Středisko náhradní rodinné péče. Praha. s. 1-28.
48. WALTON, Pat. 2004. *Hlavní výhody profesionální pěstounské péče*. Náhradní rodinná péče. č. 2 . s. 16. ISSN 1212-866X.
49. WOLFELOVÁ, Tamara. 2006. *Děti a my*. č.5, s. 18. ISSN 0323-1879.
50. ZEZULOVÁ, Dagmar. *Pěstounská péče a adopce*. Praha: Portál, s. r. o., 2012, s. 15 -47. ISBN 978-80-262-0065-9.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- NRP – náhradní rodinná péče
- MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
- OSPOD – orgán sociálně právní ochrany dětí
- COC – kombinovaná orální kontracepce
- IUD – nitroděložní tělísko
- ČR – Česká republika