

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

PODSTATA A VÝZNAM KLINICKÉ PASTORAČNÍ PÉČE V PERINATOLOGICKÝCH CENTRECH (SE ZAMĚŘENÍM NA RODINU) A MOŽNOSTI NÁSLEDNÉ PASTORAČNÍ PÉČE

Vedoucí práce: doc. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Mgr. Hana Hrachovcová, DiS.

Studijní obor: Teologie

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: 2.

2018

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

31. března 2018

Hana Hrachovcová

S vděčností, úctou a poděkováním doc. Michalu Opatrnému, Dr. theol., vedoucímu mé diplomové práce. Moc děkuji za mimořádně krásný, laskavý a lidský přístup při vedení práce, děkuji za ochotu, čas a trpělivost. Stejně tak děkuji za vysoce profesionální a odbornou pomoc, za metodické vedení práce, cenné rady a podnětné připomínky.

OBSAH

ÚVOD	6
1. RODINA, TĚHOTENSTVÍ A DÍTĚ	10
1.1 PARTNERSKÝ VZTAH, RODIČOVSTVÍ.....	10
1.2 DÍTĚ	12
1.3 RODINA Z POHLEDU SPOLEČNOSTI.....	12
1.4 RODINA Z POHLEDU KATOLICKÉ CÍRKVE	14
1.5 RODINA A TĚHOTENSTVÍ.....	16
1.6 VLIV RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ NA RODINU	18
1.7 RODINA A DÍTĚ PŘEDČASNĚ NAROZENÉ, NAROZENÍ DÍTĚTE S POSTIŽENÍM	18
2. PERINATOLOGIE A PERINATOLOGICKÁ CENTRA	21
2.1 NÁSTIN VÝVOJE PÉČE O MATKU A DÍTĚ, SOUČASNÝ STAV PERINATOLOGICKÉ PÉČE V ČR	21
2.2 MATEŘSKÁ A PERINATÁLNÍ ÚMRTNOST	24
2.3 VÝZNAM PRENATÁLNÍ PÉČE, TĚHOTENSTVÍ FYZIOLOGICKÉ, RIZIKOVÉ A PATOLOGICKÉ.....	24
2.4 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA, MOŽNOSTI FETÁLNÍ TERAPIE	25
2.5 ODDĚLENÍ PRO RIZIKOVÁ A PATOLOGICKÁ TĚHOTENSTVÍ, RIZIKOVÉ A PATOLOGICKÉ STAVY	26
2.6 PORODNÍ SÁL PERINATOLOGICKÉHO CENTRA, POROD A PORODNICKÉ OPERACE.....	34
2.7 NEONATOLOGICKÁ JIPR PERINATOLOGICKÉHO CENTRA	36
2.8 ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ	38
2.9 SPECIFICKÉ KONFLIKTNÍ SITUACE V PERINATOLOGII	39
3. POČÁTEK INDIVIDUÁLNÍHO LIDSKÉHO ŽIVOTA.....	41
3.1 POČÁTEK INDIVIDUÁLNÍHO LIDSKÉHO ŽIVOTA – NÁSTIN MEDICINSKÉHO POSTOJE	41
3.2 POČÁTEK INDIVIDUÁLNÍHO LIDSKÉHO ŽIVOTA – NÁSTIN FILOSOFICKÉHO POJETÍ.....	43
3.3 POČÁTEK INDIVIDUÁLNÍHO LIDSKÉHO ŽIVOTA – NÁSTIN POSTOJE KATOLICKÉ CÍRKVE	46
4. PRÁVO NA (ZDRAVÉ) DÍTĚ, ETICKÉ PROBLÉMY REPRODUKCE.....	48
4.1 GENETICKÉ PORADENSTVÍ, INTERRUPTCE Z GENETICKÉ INDIKACE	49
4.2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE, JEJÍ MOŽNOSTI A ÚSKALÍ.....	50
4.3 PLÁNOVANÝ POROD DÍTĚTE MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ.....	52
4.4 OTÁZKA RESUSCITAČNĚ-INTENZIVNÍ PÉČE NA NEONATOLOGICKÉ JIRP	53
5. PODSTATA A VÝZNAM KLINICKÉ PASTORAČNÍ PÉČE V PERINATOLOGICKÝCH CENTRECH	56
5.1 PASTORACE A DOPROVÁZENÍ ČLOVĚKA V METAFOŘE KRUHOVÉHO OBJEZDU.....	56
5.2 KLINICKÁ PASTORAČNÍ PÉČE	57
5.3 POSKYTOVATELÉ KLINICKÉ PASTORAČNÍ PÉČE, OSOBNOST PASTORAČNÍHO PRACOVNÍKA	58
5.4 PŘÍJEMCI KLINICKÉ PASTORAČNÍ PÉČE.....	60
5.5 KLINICKÁ PASTORAČNÍ PÉČE VE VZTAHU K RODINĚ.....	61
5.6 KLINICKÁ PASTORAČNÍ PÉČE VE VZTAHU KE ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKŮM	64
6. MOŽNOSTI NÁSLEDNÉ PASTORAČNÍ PÉČE.....	66
6.1 STRUČNĚ O METODĚ: „VIDĚT, POSODIT, JEDNAT“	66
6.2 PASTORAČNÍ POMOC: MILOVAT, MYSLET, PRACOVAT	68
6.3 MOŽNOSTI NÁSLEDNÉ PASTORAČNÍ PÉČE, NÁBOŽENSKÁ PŘÍSLUŠNOST	70

7. SVOBODA ČLOVĚKA, ODPOVĚDNOST, ASPEKTY ROZHODNUTÍ	73
7.1 SVOBODA ČLOVĚKA.....	73
7.2 TŘI ASPEKTY KAŽDÉHO ROZHODNUTÍ, PODLE THOMASE SCHIRRMACHERA	76
7.3 PÁR SLOV NA ZÁVĚR	78
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	84
SEZNAM ZKRATEK	89
SEZNAM PŘÍLOH	90
PŘÍLOHA 1	91
PŘÍLOHA 2	92
PŘÍLOHA 3	93
ABSTRAKT	97
ABSTRACT.....	98

ÚVOD

„V poupěti je schované tajemství růže.“¹

Rodina je přirozeným středem lidského života a rodičovství je jedním z nejdůležitějších vývojových úkolů zralého, dospělého člověka. Rodina, jakožto klíčový model společnosti, by měla být i středem zájmu pastorační péče. Rodiče jsou prvními lidmi v životě dítěte, kteří mu mohou dát to, co je pro jeho budoucí vývoj tím nejcennějším, svou lásku.²

Myšlenka napsat práci, která by v sobě spojovala aspekt pastorační péče, s péčí v perinatologických centrech, ve mně začala vznikat v době sepisování bakalářské práce, kterou jsem směřovala do oblasti pastorační pomoci při perinatální ztrátě dítěte.

Přestože jsou těhotenství stejně jako porod přirozenou součástí života, jsou spojeny s určitými riziky, jak pro dítě, tak pro matku. A ačkoliv medicína postupuje velmi rychle dopředu, rizika nikdy nebudou nulová. Po narození nezralého, nemocného nebo postiženého dítěte, se rodina ocitá v náročné životní situaci, jež si vyžaduje okamžitou odbornou pomoc. Zmiňovaná pomoc musí být komplexní a jako taková interdisciplinární.³ V rámci této práce bych chtěla poukázat na možnou spolupráci s pastoračními pracovníky, jež je v prostředí českých perinatologických center neobvyklá, spíše výjimečná, ačkoliv se stále více ukazuje, že medicína, profesionální obratnost ani technický pokrok nestačí.

Práce je členěna do sedmi kapitol a má popisný charakter. Je sepisována optikou katolické teologie a jako taková se opírá především o Písmo svaté.

První kapitola poukazuje na důležitost rodiny, na přání budoucích rodičů mít zdravé dítě a na očekávání spojená s prenatalně se vyvíjejícím dítětem. Dítě je zpravidla vnímáno jako zdroj radosti a štěstí, dává nový smysl nebo zesiluje prožitek smyslu života. Rodiče motivovaní láskou se cítí být kompetentní ve vykonávání co možná nejlepší péče o dítě.⁴ Rané dětství je vysoce senzitivní a pro vývoj osobnosti klíčové období. Malé dítě je otevřeno dokořán dojmům, zkušenostem, prožitkům a vjemům.⁵ Rodičovské vzory a modely mají vliv na jeho budoucí chování. Rodinné prostředí je základem jeho socializace.⁶ Péče o dítě nezralé, nemocné nebo postižené je náročná a vyžaduje lásku, trpělivost a vysokou angažovanost rodičů. Rodiče je třeba v jejich rodičovské roli podporovat a usilovat o to, být jim co možná nejlepší oporou, tj. ve

¹ Cit. Prekopová, J., *Aby láska v rodinách proudila*, 2012, s. 144.

² Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 67.

³ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 67.

⁴ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 68.

⁵ Srov. Röhr, H-P., *Narcismus – vnitřní žalář*, 2001, s. 22.

⁶ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 13.

shodě s Ježíšovým horským kázáním: „*Chce-li někdo, abys s ním šel jednu míli, jdi s ním dvě (srov. Mt 5,41)*“ a s výzvou sv. Pavla: „*Jedni druhých břemena nesme (srov. Ga 6,1-5).*“

Druhá kapitola seznamuje s oborem perinatologie a s činností v perinatologických centrech. Reflektuje onu skutečnost, že jen dobrá vůle, ochotná podat pomocnou ruku nestačí, ale je nutné si osvojit základní znalosti z dané problematiky. Je zde nastíněn vývoj péče o matku a dítě, stejně jako význam perinatologické péče.⁷ Jsou zde zmíněny možnosti prenatalní diagnostiky a fetální terapie, stejně jako nejčastěji řešené rizikové a patologické stavy v perinatologii. Důraz je kladen zejména na oddělení pro riziková a patologická těhotenství, porodní sál a neonatologickou JIRP.

Třetí kapitola se zabývá otázkou počátku individuálního lidského života, tj. otázkou: *Od jakého okamžiku je život člověka životem lidským?* V rámci práce zmiňují tři stanoviska, tj. stanovisko medicíny, filosofie a katolické církve. Jedná se o otázku, která bezesporu patří mezi nejzávažnější a nejdiskutovanější otázky současné bioetiky a od níž se odvíjí řada dalších, neméně závažných a v perinatologii často diskutovaných otázek (jak je ostatně patrné i v následující, čtvrté kapitole). Dosáhnout shody mezi jednotlivými odborníky se nedaří. Vedle rozumu zde totiž funguje cosi, co lidské poznání přesahuje.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na etické problémy reprodukce a zamýšlí se nad otázkou, zdali má člověk právo na (zdravé) dítě. Když se nedaří dítě počít nebo těhotenství udržet, sužuje partnery toužící po dítěti veliká bolest. Budoucí rodiče se proto mnohdy uchylují k dosažení vytčeného cíle pomocí metod asistované reprodukce. Prostřednictvím metod asistované reprodukce, se z řady jinak neplodných párů, stávají rodiče, jimž se splnil sen o vlastním dítěti.⁸ Tyto metody mají ovšem i svůj „*stín*“, který v těch nejzávažnějších případech může představovat předčasný porod nebo narození dítěte s postižením. A nejen to, ke zmiňovanému stínu, se připojují další etické souvislosti.⁹

⁷ Začátek perinatálního období je stanoven na 22. dokončený týden těhotenství a končí 7. dokončeným dnem po porodu (toto vymezení vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí a doporučení WHO). Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017. Poukazovat na problematiku perinatálního období, bez přihlídnutí na období, jež mu předcházelo, stejně jako na období, v něž přechází, by bylo velmi ochuzující a prakticky nemožné, proto v rámci této práce volím i jistý přesah k prenatalnímu a postperinatálnímu období.

⁸ Nedobrovolná bezdětnost byla v roce 1977 klasifikována prostřednictvím SZO jako nemoc. „*Cílem asistování při reprodukci u nechtěně bezdětných párů není manipulace s přírodou, ale optimalizace přirozené fertilitní schopnosti páru, který žádá lékaře o pomoc.*“ Srov. + cit. Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F., *Reprodukční medicína, současnost a perspektivy*, 2009, s. 14.

⁹ Příkladem Jiřina Prekopová se zamýšlí nad tím, že za život „*dítěte ze zkumavky*“, zaplatí svým životem mnohé další „*potencionální životy*“, které ve „*výběrovém řízení*“ neobstojí (neprojdou). Srov. Prekopová, J., Šturna, J., *Výchova láskou*, 2012, s. 121.

Pátá kapitola vymezuje podstatu a význam klinické pastorační péče v perinatologických centrech. Slovo pastorační má základ ve slově pastýř. Ježíš je dobrým pastýřem (srov. Jan 10,1-16) a křesťany vybízí k následování.¹⁰ Ježíš řekl: „*Já jsem světlo světa, kdo mě následuje, nebude chodit ve tmě, ale bude mít světlo života (J 8,12)*“ a křesťanům řekl: „*Vy jste světlo světa (Mt 5,14)*.“ Pastorační pracovníci, jako ti, jenž náleží ke Kristu, mají být ve světě nositeli světla Kristova. V rámci této práce mám při užití slova *pastorační pracovník* na mysli především nemocniční kaplany, kteří jsou k pastorační péči nemocných přímo povoláni. Klinická pastorační péče je nadkonfesijní, svou službu nabízí každému, kdo o ni projeví zájem (tj. lidem věřícím, hledajícím, i těm, jenž se pokládají za nevěřící). „*Poskytování klinické pastorační péče se odvíjí z Ježíšova příkazu a poslání církve navštěvovat nemocné (srov. Mt 25,36) a uzdravovat je (srov. Mt 10,8)*.“¹¹ Je to péče, která může být prospěšná nejen rodičům a širší rodině, ale i zdravotníkům a zpětně i samotným pastoračním pracovníkům, jež obohacuje o další cenné zkušenosti.

Šestá kapitola poukazuje na možnosti pastorační péče poté, co je postižené dítě propuštěno z perinatologického centra domů. Tato péče spočívá především v provázení rodiny a v trpělivém naslouchání jejím jednotlivým členům. Každý člověk má své představy o konečném cíli a smyslu života. Směřování k tomuto cíli je pro něj často důležitější než cokoli jiného. Rodič postiženého dítěte může mít zcela jiné priority a jiný názor na smysl svého života než jeho sociální okolí či ošetřující lékař. A právě v této oblasti může pastorační pracovník nabídnout rodičům svou pomoc.¹² V osobě pastoračního pracovníka mohou rodiče nalézt někoho, komu se budou moci bez obav svěřit se vším, co je trápí a ve spolupráci s ním hledat cestu, vedoucí k povzbuzení a naději. Podobně jako se Ježíš připojil ke svým učedníkům na cestě do Emauz (s cílem naslouchat jim, otevřít jim jejich srdce a pomoci jim vyjít z jejich smutku a beznaděje – srov. Lk 24,13-15), tak se může pastorační pracovník připojit k rodině (aby rodičům pomohl uvědomit si, velikost a důležitost jejich rodičovského poslání).¹³

Sedmá kapitola je věnována otázce svobody a odpovědnosti člověka za svá rozhodnutí. Je to otázka, která se nepřímou formou objevuje v každé kapitole a již pokládám za velmi důležitou. Pravá pastorační péče není cestou chlácholení (jež stojí v příkrém protikladu k biblickému svědectví), ale cestou, která vede k pravdě, probouzí lásku

¹⁰ „*Pastorační činnost není spjata jen s úřadem duchovních, kteří v církvi po vzoru Krista hlásají Boží slovo a vykonávají svátostnou službu. Pastoračně může působit každý křesťan – každý může svědectvím svého života hlásat Boží milosrdnou lásku, zjevenou v Ježíši Kristu.*“ Cit. Hrachovcová, H., *Možnosti a přínos pastorační péče při perinatální ztrátě dítěte*, bakalářská práce, 2014, s. 12.

¹¹ Cit. Hrachovcová, H., *Možnosti a přínos pastorační péče při perinatální ztrátě dítěte*, bakalářská práce, 2014, s. 12.

¹² Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 173-174.

¹³ Srov. Hrachovcová, H., *Možnosti a přínos pastorační péče při perinatální ztrátě dítěte*, bakalářská práce, 2014, s. 12.

k pravdě a pomáhá snášet bolest pravdy.¹⁴ Rovněž odpuštění (jež uzdravuje) vyžaduje návrat k pravdě, na rozdíl od schvalování zlého (jež je destrukcí). Př. drogově závislá matka, se stává otrokem své neřesti. Ten, kdo ji skutečně miluje, se neřídí podle její nemocné vůle, neposlouchá její touhu po dalším jedu, ale usiluje o její pravé štěstí. Tj. udělá vše pro to, aby ji vyléčil z nemoci, i když to bude bolet a rovněž navzdory její zaslepenosti. Odpuštění není schvalováním autodestrukce, neprotiřečí pravdě a lásce. Odpouštění je znovunastolení pravdy, obnova bytí a přemožení lži, která se odkrývá za každým hříchem. Odpuštění vyžaduje kříž Syna a naše obrácení.¹⁵

Když učitel Zákona položil Ježíši otázku: „*Co mám dělat, abych měl podíl na věčném životě (srov. Lk 10,25-37)?*“ položil mu otázku, která se dotýká každého z nás. *Co je třeba učinit, aby mé lidské bytí bylo zdařilé? Jak mohu dobře žít?* Člověk může být velmi vlivný a velmi bohatý, a přesto se může minout s pravým životem a učinit sebe i druhé nešťastnými. *Co je tedy důležité?* Benedikt XVI. odpovídá, že je důležité žít svůj život tak, aby mohl obstát před Božím pohledem, počítat s Bohem, důvěřovat mu a usilovat se o lásku k Bohu i k bližním. „*Když existuje Bůh a stal se mým středem, pak mohu v lásce dojít vnitřní svobody (...). Láska znamená teď a tady pomoci tomu, kdo mě potřebuje, se vším, co mám a co mohu (...). Samaritán přichází bez teorií. Jeho srdce mu říká, co je láska.*“¹⁶

Skrze veliké nesnáze naší doby, se stává stále více patrné, že opět musíme najít vnitřní rovnováhu a že potřebujeme nejen vědecké poznání, ale především duchovní růst.¹⁷ Pomoc rodině, jež se ocitá na samém počátku své existence, pokládám za velikou výzvu, veliké poslání a veliký úkol církve dnešní doby.

¹⁴ Srov. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení.* 2010, s. 104-107-108.

¹⁵ Srov. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení.* 2010, s. 104-108.

¹⁶ Srov. + cit. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení.* 2010, s. 121-125.

¹⁷ Srov. Benedikt XVI. *Světlo světa.* 2011, s. 132.

1. RODINA, TĚHOTENSTVÍ A DÍTĚ

Rodina je nejdůležitějším a nezákladnějším životním prostředím pro vývoj člověka. Narozením dítěte se ze společenství stává společnost.¹⁸ Člověk se rodí a přichází na svět skrze konkrétního otce a konkrétní matku. Od splynutí gamet až po dospělost, je v mnoha směrech embryo, plod, novorozenec, dítě a ještě prakticky i adolescent, závislý na svých rodičích.¹⁹ Rodiče jsou těmi, kdo mají primárně právo o své dítě pečovat a starat se o jeho záležitosti (rodičovská zodpovědnost).²⁰ Narození dítěte se dotýká všech členů domácnosti. Zainteresovanost rodiny v průběhu těhotenství a porodu je vnímána jako konstruktivní a naprosto jedinečná pro vytvoření vazby a pro podporu.²¹ Zničí-li se rodina, rozloží se i kulturní prostředí, ve kterém může člověk nacházet sám sebe, autenticky rozvíjet své lidství a růst ve schopnosti milovat až k sebedarování. Společnost, která nechrání rodinu, ale naopak ji ničí, odsuzuje sama sebe k zániku.²²

První kapitola je věnována rodině. Je zde nastíněna problematika partnerského vztahu, stejně jako pohled na rodinu z pozice společnosti a z pozice katolické církve. Je zde zmíněn vliv těhotenství (včetně rizikového) na jednotlivé členy rodiny a dále je zde nastíněna situace, co pro rodinu znamená narození nezralého nebo postiženého dítěte.

1.1 Partnerský vztah, rodičovství

Partnerský vztah je vztah dvou lidí, kteří spolu sdílejí společný fyzický i psychický prostor. Klíčovým motivem partnerského vztahu je vzájemná možnost naplnění tří nezákladnějších potřeb člověka, tj. potřeby být milován, potřeby věřit, že život má smysl a potřeby někam patřit.²³

Za funkční je považován takový vztah, který je schopen vývoje, resp. zrání. Zralost vztahu se odvíjí od narůstající zralosti každého z partnerů. Partnerská zralost v sobě zahrnuje schopnost vlastní sebereflexe, schopnost být spolu v odlišnostech (ústupek od požadavku partnera změnit, převychovat), schopnost rozhodovat se a nést za svá rozhodnutí odpovědnost, schopnost klást do popředí rozhodnutí v zájmu vztahu (před rozhodnutími v zájmu sebe), schopnost dávat, co je možné a brát si, co je nabízené

¹⁸ Srov. Jan Pavel II., *Dopis rodinám*, Gratissimam sane, 2. 2. 1994, čl. 12

¹⁹ Srov. Šimek, J. *Lékařská etika*, 2015, s. 169.

²⁰ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 576.

²¹ Srov. Leifer, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004, s. 9

²² Srov. Melina, L., *Skála a dům. Život společnosti, obecné dobro a rodina*, 2015, s. 23.

²³ Srov. Drápal, D., *Vztahy, sex, rodina. Velký rozvrat a cesta k obnově*. 2009, s. 16.

a schopnost utřít zranění a neoplácet je (minimalizovat obviňování, tj. nečinit druhého odpovědným za vlastní nespokojenost, nemstít se).²⁴

Jsou popisovány tři stádia vývoje partnerského vztahu: konfluencí, diferenciací a integrace. *Konfluenci* (splynutí, fascinaci), charakterizuje vzájemná zamilovanost, jež je z poměrné části založená na pozitivních projekcích o druhém. Oba v páru se cítí vzájemně přitahováni, přičemž dominuje představa o tom, že druhý naplní partnerovy potřeby. Odlišné části jsou potlačovány, „já“ a „ty“ splývají v „my“.²⁵ Následuje *diferenciace*, jež je charakterizována pocitem partnerů, že jsou zcela odlišní (odlišnosti jsou vyzdvihovány, podobnosti naopak utlačovány). Důležité je stádium *integrace*, kdy partneři vnímají, že jsou sice odlišní, ale spatřují i to, v čem jsou si podobní a díky tomu mají k sobě opět znovu blíž. Touha zplodit dítě a založit rodinu se objevuje nejčastěji v prvním stádiu.²⁶ Dítě je cílem jednání budoucích rodičů, jejich snažení, jejich života. Nabízí jim možnost, pokračování sebe sama. Je zdrojem radosti a podnětem k osobnostnímu růstu. Zároveň je i příjemcem, někým, komu mohou dát svou radost, svou energii a svou lásku. Žádoucím předpokladem (nikoli však podmínkou) pro založení rodiny, je manželství.²⁷

Zplození potomka (zejména prvního) přináší velikou proměnu vztahu mezi partnery. Vztah, jenž byl do té doby pouze spojením získaným, se skrze počaté dítě stává vztahem vrozeným. Rodičovství nelze zrušit. Získané vztahy lze ztratit nebo najít nové, ale vrozený vztah lze pouze naplnit (hůře nebo lépe).²⁸ Být rodičem znamená více než vystupovat v roli rodiče. Znamená to mít s ostatními členy rodiny vazby a vztahy. Vztahy mezi rodiči a dětmi se odvíjejí v rovině citové a musí být hierarchizovány, to znamená, že rodič je autoritou, nikoliv však z pozice moci.²⁹

Partneři, jež umí vytvořit domov sobě, jej dokáží vytvořit i svému dítěti (dětem). Děti, jež vyrůstají v milující atmosféře domova, v ovzduší klidu, bezpečí, sdílení a bezprostředních setkání, ji budou s velikou pravděpodobností umět (až dospějí), sami vytvořit druhým (životnímu partnerovi i vlastním dětem). Rodiče, kteří učiní příliš chyb, nevybaví své děti do života dostatečně. Člověk vycházející z takové rodiny

²⁴ Srov. Kollár, P., Přenosilová, M., *Gestalt přístup v párové terapii*, In XII. Národní konference o manželském, partnerském a rodinném poradenství, Sborník příspěvků, Kolařík, M., 2014, s. 150-155.

²⁵ Mario Bergner ve své knize *Obnova lásky* varuje, že: „Zamilovaný člověk může být ve skutečnosti velmi narcistický. Je více zaujat a pohlcen svými city vůči své milované, než svou milovanou samotnou. Zdá se mu, že žije jen pro ni, ale ve skutečnosti nevidí skutečnou ženu, vidí spíše svůj sen o ní.“ In Drápal, D., *Vztahy, sex, rodina. Velký rozvrat a cesta k obnově*. 2009, s. 107.

²⁶ Srov. Kollár, P., Přenosilová, M., *Gestalt přístup v párové terapii*, In XII. Národní konference o manželském, partnerském a rodinném poradenství, Sborník příspěvků, Kolařík, M., 2014, s. 150-155.

²⁷ Srov. Konečná, H., *Na cestě za dítětem, dvě malá křídla*, 2009, s. 190-192.

²⁸ Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 85.

²⁹ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 14.

spokojený nebývá a nezřídka potřebuje péči svého okolí až po zbytek života. Své problémy pak navíc předává dalším generacím.³⁰

1.2 Dítě

Dítě je lidský jedinec mladší 18 let. Doménou dětského věku je hledání jistot a bezpečí u druhých lidí. Rodina (domov) má být pro dítě bezpečným místem.³¹ Postoj společnosti k dítěti zaznamenal velký historický posun. Do zhruba 4. stol. je možné hovořit o období tzv. infanticidy. Dítě nemá téměř žádnou hodnotu, je považováno za věc a jako takové je prodáváno a obětováno při různých obřadech.³²

Jistý zájem o děti, je patrný až zhruba ve 4. stol., a to zejména ze strany církve, jež se formou péče v nalezincích, snaží alespoň trochu pomoci dětem osiřelým a opuštěným. Větší pokrok se objevuje až v období renesance, kdy na dítě začíná být nahlíženo jako na svébytný subjekt a dostavuje se zájem o jeho vývoj a potřeby. Na konci 19. stol. vzniká obor pediatrie. První dětská nemocnice je otevřena v Paříži (1802) a druhá v Petrohradě (1834). Počátky dětského lékařství v ČR jsou spatřovány od roku 1842, kdy jsou v Praze otevřeny dvě dětské kliniky. Zájem o ochranu, podporu a pomoc dětem vrcholí v roce 1989, vydáním Úmluvy o právech dítěte na půdě OSN (v ČR je ratifikována v lednu roku 1991). Mezi tři základní principy této úmluvy patří tzv.: *provision*: zajištění přežití a zdravého vývoje dítěte, *protection*: ochrana dítěte před násilím v jakékoliv podobě a *participation*: účast dítěte na životě společnosti, možnost spolurozhodovat o všem, co se dítěte týká.³³

S vývojem společnosti dochází rovněž ke změnám v nazírání na zdravotní postižení dítěte. Příkladně ještě v roce 1999 byl používán termín „poškozené dítě.“³⁴

1.3 Rodina z pohledu společnosti

Rodinu je možné definovat jako: „V čase i v prostoru socio-kulturně podmíněný variabilní systém intimních vztahových systémů intra/intergeneračních konstelací.“³⁵ Je třeba ji vnímat jako dynamický systém v komplexu dalších sociálních systémů i v rámci

³⁰ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s 14.

³¹ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s 13.

³² Příkladně ve starověké Spartě, bylo dítě považováno za majetek státu, komise rozhodovala, zda může být dítě prospěšné společnosti, především být zdatným vojákem. Pokud komise usoudila, že nikoli, bylo novorozeně vrženo do strže Taigetu. In Drápal, D., *Vztahy, sex, rodina. Velký rozvrat a cesta k obnově*. 2009, s. 214.

³³ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 2015, s. 105.; srov. Sedlářová, P., et. al., *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*, 2008, s.13-14.

³⁴ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 38.

³⁵ Cit. Kolařík, M., Šmahaj, J., *Když se řekne rodina*, 2014, s. 134

celé lidské existence.³⁶ Dnešní rodina se od rodiny ještě v nedávné historii, liší v mnoha faktorech. Zvyšuje se průměrná délka života. Ještě v letech 1869-1880 byla střední délka života 37 let, v roce 2011 dosáhla v České republice 78 let.³⁷ Výrazně poklesla novorozenecká a kojenecká úmrtnost. Současný způsob života v moderní vyspělé společnosti změnil do značné míry postavení žen v rodině i jejich přístup k mateřství. Emancipace umožnila ženám přístup ke vzdělání, profesní uplatnění, a do značné míry i jejich ekonomickou nezávislost. To se samozřejmě promítlo do partnerských vztahů a rodinného života. Vysoká míra zaměstnanosti žen zlepšuje ekonomickou situaci rodin a umožňuje udržovat vysoký životní standard. Propagace a snadná dostupnost antikoncepce v posledních letech omezila výrazně počet nechtěných gravidit. Rozhodnutí páru mít dítě se posunuje do období, kdy je rodina zabezpečena finančně, je vyřešena bytová otázka a žena má již vybudovanou určitou pozici v zaměstnání. Toto vše výrazně posouvá věkovou hranici, kdy žena otěhotní. Dnes se stále častěji setkáváme s primiparami, jejichž věk přesahuje třicítku a ani čtyřicet let není již u primipary raritou. Mluvíme o fenoménu tzv. „odloženého mateřství“. ČR není v tomto ohledu výjimkou. Ženy rovněž častěji rodí své dítě mimo manželství a na základě některé z technik asistované reprodukce. Manželské vztahy jsou křehké a často končí rozvodem.³⁸

Rodina je konstelace přinejmenším dvou důvěrných osob žijících v těsné blízkosti, jež mají emocionální vazby (pozitivní nebo negativní), společnou historii a anticipovanou budoucnost.³⁹ Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob. Funguje jako „sociální děloha,“ ze které se musí mladý člověk ještě jednou narodit, tentokrát do světa dospělých.⁴⁰ Je přirozenou sociální skupinou, základní buňkou společnosti. Je živým, vyvíjejícím se sociálním organismem.⁴¹

Úloha a podstata rodiny je nezastupitelná, je chronologicky první institucí, která zasahuje do života dítěte. Mezi nejdůležitější funkce rodiny patří funkce: *biologicko-reprodukční* (odevzdávání života, zachovávání rodu a generace), *ekonomická*, *socializační* (vytváření společenství, rozvoj vztahů, vzájemná komunikace, důvěra, upřímnost), *emocionální* (prostředí bohaté na lásku, tj. dítě potřebuje být milované, akceptované, cítit bezpečí, mít vzor dospělého, projevovat se beze strachu a bez zábran, mít životní optimismus), *výchovně-vzdělávací* a *religiózní*.⁴²

³⁶ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 13.

³⁷³⁷ Srov. Drápal, D., *Vztahy, sex, rodina. Velký rozvrat a cesta k obnově*. 2009, s. 218

³⁸ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 16.

³⁹ Srov. Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 12.

⁴⁰ Srov. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 173.

⁴¹ Srov. Leifer, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004, s. 53.

⁴² Srov. Tománek, P., *Základy andragogiky a rodinnej výchovy pre sociálnych pracovníkov*, 2013, s. 79, 83-84.

Rodina může být úplná (rodiče a dítě/děti), neúplná, vícegenerační. Každý člen rodiny by měl mít adekvátní sebeúctu, vážít si sám sebe a totéž umožňovat i ostatním členům rodiny. Každý rodič by měl na základě principu generativity v sobě nést aspekty seberozvoje a poskytování péče jako dar nové generaci.⁴³ Úctu a lásku je přitom třeba věnovat i starším členům rodiny. Starší lidé mají často charisma překlenout přehradu mezi generacemi. „*Korunou starců jsou děti jejich dětí*“ (Př. 17,6, srov. FC č. 27). Děti se od svých rodičů učí a mnohdy od nich kopírují jejich jednání, literární ukázkou zmiňovaného je báseň Jana Nerudy „*Dědova mísa*“, kde se syn dívá na otce, který vyřezává mísu (koryto) ze dřeva a ptá se ho nač. Otec odpovídá, že je to pro jeho otce, který jiné nádoby (porcelánové, skleněné) ničí (třeše se mu ruka) a proto mu dělá mísu ze dřeva. Syn prosí otce, aby ho to naučil, aby mu ji také mohl vyrobit, až on bude starý.⁴⁴ Dobře fungující rodina má jasnou komunikaci a pravidla (jež jsou humánní a flexibilní). Je otevřená a pozitivně vyladěná vůči společnosti, ve které žije.⁴⁵

Mezi důležité znaky rodiny patří: *univerzalita* (základní společenská instituce), *konzervatismus* (každá rodina se vyznačuje svými hodnotami, kulturou a tradicemi), *sakralizace* (rodinné svazky jsou pro jednotlivé členy posvátné, klíčová je vzájemná podpora, pomoc a kooperace) a *azylita* (každá rodina si buduje vlastní domácnost, vlastní domácí společenství).⁴⁶

1.4 Rodina z pohledu katolické církve

Rodina je malou *domácí církví* (srov. LG 11) a přednostním místem osobní formace. Je zdrojem základních společenských funkcí, jež je třeba respektovat a rozvíjet.⁴⁷

Podle Božího plánu je rodina založena jako „*důvěrné společenství života a lásky*“. Jejím základním posláním je vytváření osobního společenství, služba životu, účast na vývoji společnosti a účast na životě a poslání církve (srov. FC. čl. 17). „*Budoucnost lidstva jde skrze rodinu.*“⁴⁸ „*Rodina je cestou církve.*“⁴⁹ Rodina je pramenem obecného dobra, jehož hlavním projevem je upevnění mezilidských vztahů a celé společnosti.⁵⁰

Nedílnou součástí osobního dozrávání každého člověka, je povolání k lásce. Přijetí čisté lásky, vycházející od samého Boha, umožňuje člověku stát se nejprve dítětem

⁴³ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 14.

⁴⁴ Srov. Strašíková, B., *V roli rodičů a prarodičů*, 2004, s. 35. Originální znění Dědovy mísy viz příloha č. 1.

⁴⁵ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 12.

⁴⁶ Srov. Tománek, P., *Základy andragogiky a rodinné výchovy pro sociálních pracovníků*, 2013, s. 79.

⁴⁷ Srov. Akvinský, T., *Summa Theologiae*, II-II, q. 10, a. 12.

⁴⁸ Jan Pavel II., post-synodální apoštolská adhortace *Familiaris consortio*, 22. 11. 1981, čl. 86.

⁴⁹ Cit. Jan Pavel II. Encyklika *Redemptor hominis*, 4. 3. 1979, čl. 14.

⁵⁰ Srov. Benedikt XVI., *Caritas in veritate*, čl. 32.

(*přijetí lásky*), následně manželem/manželkou (*sdílení lásky*) a konečně otcem/matkou (*předávání lásky*).⁵¹

Základním předpokladem pro vznik rodiny je manželství. „*Bůh nestvořil člověka osamocené, od počátku, jako muže a ženu je stvořil...* (GS, čl. 12).“⁵² Povolání manželů se rodí z daru, jímž je sama láska Kristova, jež se snoubencům nabízí ve svátosti manželství.⁵³ Spojením muže a ženy vzniká první forma osobního společenství. Instituce manželství tvoří stěžejní spojovací článek mezi antropologií a otázkou dialogu církve se světem. Je možné říci, že rodina je *capax Dei*, tj. schopná (obsáhnout) Boha. Na jedné straně se otevírá vůči společnosti, aby ji proměňovala v civilizaci lásky, a na druhé straně zůstává otevřena i vůči tajemství samého Boha. I Boží Syn se narodil do lidské rodiny, aby mohl v tomto prostředí vyslovit to nejdůležitější slovo svého života i svého poselství: „*Otče!*“⁵⁴

Manželská láska a manželství jako instituce jsou určeny na plození a výchovu dětí a v tom je jejich naplnění. Dítě je živým obrazem manželské lásky, trvalé znamení manželského společenství. Nová lidská osoba je největším darem rodiny. Rodičovská láska je povolána, aby byla dětem viditelným znamením lásky samotného Boha (srov. FC čl. 14).⁵⁵ Péče o dítě, a to již od chvíle početí, je první a podstatnou prověrkou vztahu člověka k člověku (srov. FC čl. 26). Manželství ovšem neztrácí svou hodnotu ani tehdy, když není možné zplození nového života. Neplodnost může být manželům podnětem k alternativním, neméně hodnotným službám lidskému životu, jako je adopce, pomoc jiným rodinám, různé formy výchovné činnosti (srov. FC čl. 14).

Církev nalézá v rodině (zrozené ze svátosti) svou kolébku a místo, kde se spojuje s generacemi lidstva, a tyto spojuje se sebou (srov. FC čl. 15). Rodina je místem, kde se vytvářejí mnohonásobné mezosobní vztahy (manžela a manželky, rodičů a dětí, mezi sourozenci, mezi příbuznými). Prostřednictvím nich je každá lidská osoba uváděna do „*rodiny lidstva*“ a do „*rodiny Boží*“, do církve (srov. FC čl. 15). Jan Pavel II. představuje jako ikonu, jež vyjadřuje Boha přítomného v rodině, svatou rodinu Nazaretskou. Manželství Panny Marie a sv. Josefa se stává vzorem každého křesťanského manželství. A jejich jednota, je povzbuzením pro všechny „*svaté rodiny*“, aby se ve svém životě nebály vydat na svou specifickou pouť ke svatosti.⁵⁶ Benedikt XVI. zmiňuje, že rodina je „*autentickým místem, kde se předávají základní formy, umožňující člověku být zralou lidskou osobou.*“ Rodina je přirozeným prostorem předání a rozvoje víry: „*Rodiče, kteří chtějí své děti doprovázet ve víře, jsou pozorní na*

⁵¹ Srov. Melina, L., *Skála a dům. Život společnosti, obecné dobro a rodina*, 2015, s. 7.

⁵² Benedikt XVI., *Promluva v rámci vánočního přání v Římské kurii*, 21. prosince 2012.

⁵³ Srov. Melina, L., *Skála a dům. Život společnosti, obecné dobro a rodina*, 2015, s. 76.

⁵⁴ Srov. Melina, L., *Skála a dům. Život společnosti, obecné dobro a rodina*, 2015, s. 75.

⁵⁵ Srov. Jan Pavel II., *Familiaris consortio, o úkolech křesťanské rodiny v současném světě*, Apoštolská adhortace Jana Pavla II. z 22. listopadu 1981.

⁵⁶ Srov. Jan Pavel II., *Dopis rodinám, Gratissimam sane*, 2. 2. 1994, čl. 23

jejich změny, protože vědí, že duchovní zkušenost se nevnucuje, nýbrž se jim svobodně nabízí (AL čl. 288).“

Za velikou nesnáz dnešní doby, považuje církev vysoký počet partnerských dvojic, které se rozhodly spolu žít bez uzavření manželství.⁵⁷

Ve vztahu k rodině předkládá papež František jeden evangelijní obraz, tj. dům, jež je zakotvený na skále a dokáže tak odolat i prudkému uragánu. „*Rodiny zakotvené na skále se opírají o Krista, kdežto ty, které jsou založené na písku, riskují, že se jejich dům zřítí, protože se k plánům moudrého architekta obrátily zády.*“ V Matoušově evangeliu (Mt 7,24-29) jsou zmiňovány dva různé typy půdy, tj. skála a písek. Stavět na skále znamená opřít se o slova Ježíše Krista, poslouchat tato slova, ale neuvádět je ve skutek, znamená stavět na písku. Podobenství se nachází v závěru Horské řeči, kde Ježíš zároveň i říká, že: „*Každý, kdo se rozvede se svou ženou – mimo případ neprávoplatného svazku, uvádí ji do cizoložství, a kdo se ožení s rozvedenou, dopouští se cizoložství (Mt 5,32).*“ Rodině, jež si zbudovala svůj dům na písku a dostala se tak do kontrastu k Ježíšovým slovům, je třeba pomoci, aby kameny svého obydlí z písku vydolovala a přenesla je na pevnou skálu. V Lukášově evangeliu (Lk 6,47-49) není mluveno o typu půdy, ale o různé hloubce základů. Problém nastane při příliš mělkém zakotvení domu, jehož základy nedosáhnou až na skalní masiv. Od takové rodiny není nutné vyžadovat, aby se přestěhovala, ale je třeba pracovat na prohloubení jejich základů. Tato dvě podobenství popisují odlišné rodinné situace a ukazují cestu k jejich řešení. Rodiny, jež žijí v situaci, která je v kontrastu k Ježíšovým slovům (rozvedení, nesezdání) je třeba upozornit na to, že budují svůj život na písku. Jejich jediným východiskem je opustit tento terén a vydat se správnou cestou. Rodinu, jež zapustila své kořeny na skále (Kristu), je třeba motivovat, aby sestupovala čím dál hlouběji.⁵⁸

1.5 Rodina a těhotenství

Těhotenství a porod, základní části reprodukčního procesu, přesouvají celý rodinný systém do fáze, kdy se musí znovu uspořádat rodinné role a vztahy, aby se vytvořilo místo pro budoucí dítě. Partneri se mohou cítit těhotenstvím zaskočení. Mnozí rodiče nejsou na život s malým dítětem a jeho potřebami připraveni (zejména pak, jedná-li se o dítě nedonošené nebo nemocné). Někteří si naopak rodičovskou roli příliš romantizují.⁵⁹

⁵⁷ Srov. Granados, J., Kampowski, S., Pérez-Soba, J., J., *Nová pastorační péče o rodiny. Průvodce podle Amoris laetitia*, 2017, s. 40.

⁵⁸ Srov. + Cit. Granados, J., Kampowski, S., Pérez-Soba, J., J., *Nová pastorační péče o rodiny. Průvodce podle Amoris laetitia*, 2017, s. 90, 91.

⁵⁹ Srov. Bašková, M., *Metodika psychofyzické přípravy na porod*, 2015, s. 11

Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy. Jedná se o období výrazných změn nejen fyzických, ale i psychických. Tyto změny se dotýkají všech žen, a to i těch, u nichž byla gravidita plánovaná či přímo vytoužená. Intenzita změn přitom závisí na osobnostních kvalitách těhotné a na vlivech jejího okolí. Budoucí matka se nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát. Dochází u ní k vývoji mateřské identity, která je jedinečná pro každé dítě. Musí se adaptovat na novou životní roli, modifikovat staré modely chování a od některých zcela upustit. Tato přechodná fáze může vést k emoční labilitě, časté jsou pocity úzkosti, zmatku, ztracenosti, až nostalgie pro starý způsob života. Každá těhotná žena musí nejprve dítě přijmout jako část sebe samé, aby pak mohla akceptovat novorozence jako samostatnou bytost. V rámci prenatalní psychologie byly popsány adaptační mechanismy, jimiž se budoucí matka snaží vyrovnat s těhotenstvím. Dostavuje se *imitace* (napodobování chování osob, které jsou v dané roli nebo už v ní byly, např. oblékání si typických těhotenských šatů), *hraní role* (snaha vyzkoušet svou novou roli, např. vyhledávání situace, kde se může starat o malé dítě), *fantazie* (roztvíjí se v myšlenkách, má podobu přání, snů, obav a představ o budoucím mateřství), *introjekce* (žena přijímá a přebírá cizí názory od osob, které už jsou v roli matky), *projekce* (představuje si samu sebe v dané situaci). Na podkladě těchto adaptačních mechanismů, žena buď svou novou roli přijme (akceptace) anebo ji naopak zamítne.⁶⁰ Těhotenství může být zdrojem úzkosti, stejně jako počátkem nebo zhoršením úzkostných poruch. Jsou popisovány tři základní faktory strachu a úzkosti u těhotných: 1) úzkost vztahující se k těhotenství, 2) úzkost týkající se očekávané péče o dítě, 3) úzkost jako psychopatologický symptom.⁶¹

Během těhotenství provází psychické změny nejen budoucí matku, ale i její okolí, především jejího partnera a ostatní členy rodiny. Někteří otcové chtějí být v roli *aktivních účastníků*, jiní se drží spíše zpátky. I pro otce je typická rozpolcenost a sebezpytování, zda jsou na rodičovství vůbec připraveni. U nastávajících rodičů se navíc mnohdy manifestují latentní a nevyřešené konflikty z minulosti, které s těhotenstvím jako takovým nesouvisí, ale mohou jím být aktualizovány.⁶² Reakce prarodičů se rovněž různí, zejména při očekávání prvního vnoučete. Někteří jsou z těhotenství svých dospělých dětí přímo nadšení, jiní se naopak představě, že z nich budou prarodiče, brání, protože si nechtějí připustit, že už jsou *tak starí*. Různí se i jejich představy o tom, jak moc mají být na narození a na životě vnoučat zaangażovaní. Někteří si přejí být u všeho, co se jejich vnoučete týká, jiní se naopak snaží zachovat si jistý odstup a konečně užívat života bez dětí.⁶³

⁶⁰ Srov. Bašková, M., *Metodika psychofyzické přípravy na porod*, 2015, s. 11

⁶¹ Srov. Ratislavová, K, *Aplikovaná psychologie v porodnictví*, 2008, s. 41.

⁶² Srov. Bašková, M., *Metodika psychofyzické přípravy na porod*, 2015, s. 11

⁶³ Srov. Leifer, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004, s. 79

1.6 Vliv rizikového těhotenství na rodinu

Narození potomka je nejen budoucími rodiči, ale i sociálním okolím nastávajících rodičů obvykle vnímáno jako velmi pozitivní záležitost (chystají se výbavičky, sdílejí se ultrazvukové záznamy, referuje se o tom, jak děti rostou, kopou...).⁶⁴

Těhotenství (vítané) doprovázené komplikacemi je zatíženo mnohými stresory, které se u fyziologického těhotenství nevyskytují. Již tak labilní psychika těhotné ženy, je ještě více zatížena a budoucí matka prožívá intenzivní úzkost a strach o osud těhotenství (anticipační úzkost = strach z toho, co bude, strach ze strachu). Citová tenze se může projevit verbálně, i neverbálně (gesty, mimikou). Nejnáročnější jsou situace, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod. Takové těhotenství má obvykle velký, traumatizující dopad na celou rodinu. *Narušení obvyklých rolí*: žena, jež prožívá náročné těhotenství, často setrvává na lůžku (doma nebo v nemocnici) a to někdy i několik týdnů. Její obvyklé role v rodině proto musejí být zastoupeny někým jiným. Zvláště těžké může být postarat se o ostatní děti, tj. zejména pokud byla žena hlavní pečující osobou. *Finanční problémy*: žena nemůže docházet do zaměstnání a současně rostou náklady na zdravotnickou péči. *Opožděné vytváření vztahu k dítěti*: ženy s rizikovým těhotenstvím mnohdy upustí od plánování budoucnosti dítěte a citově se plodu vzdálí, aby se ubránili bolesti z případné ztráty.⁶⁵

Všechny zásahy do těhotenství, která těhotná vnímá jako neobvyklé a nestandardní, znamenají nejistotu a pochybnost, zdali je s jejím těhotenstvím vše v pořádku. Je velice citlivá na nejasné informace.⁶⁶

1.7 Rodina a dítě předčasně narozené, narození dítěte s postižením

Narození dítěte s postižením ovlivňuje život celé rodiny a vyžaduje si velmi dobré sociální a komunikační dovednosti lékaře. Rodičům je třeba vždy sdělit přesnou diagnózu, a to co nejdříve, aby se s ní naučili žít hned od začátku.⁶⁷ Rovněž předčasný porod a péče o extrémně nezralého novorozence je pro rodinu vždy zvýšenou zátěží. Patologický novorozenec je po porodu ihned přemístěn na neonatologickou JIP/JIRP, čímž dochází k přerušení vazby mezi ním a matkou. Matka takového dítěte pak zpravidla prožívá jednak strach o dítě, o které nemůže pečovat a nemůže jej chránit před bolestí a ohrožením a často pociťuje i své selhání, coby těhotné, která nedokázala porodit dítě donošené nebo zdravé. Provázejí ji pocity bezmoci, nejistoty a deprese. Dochází-li k odloučení od dítěte na delší dobu, mohou se u matky dostavit pocity

⁶⁴ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 572.

⁶⁵ Srov. Leifer, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004, s. 128-129

⁶⁶ Srov. Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 35.

⁶⁷ Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 75.

nereálnosti dítěte (tj. jakoby ve skutečnosti neexistovalo, nebo je nevnímá jako vlastní).⁶⁸ Možnou prevencí je tzv. „family-cantered care“, což je termín, který v sobě zahrnuje péči o předčasně narozené a nemocné novorozence a jejich rodiče. Při takové péči jsou rodiče od samého počátku podporováni, aby byli nedílnou součástí péče o své dítě. V tomto smyslu jsou vzděláváni a seznamováni s chováním a reakcemi dítěte (učí se rozeznávat jeho různé signály a adekvátně na ně reagovat). Snahou všech odborníků je posílit rodičovskou roli rodičů, důraz je kladen na to, že to jsou právě oni – rodiče, kdo jsou pro život dítěte ti nejdůležitější, a že především na nich záleží, jak se bude dítě cítit a psychosomaticky se vyvíjet.⁶⁹

Péče o dítě s postižením s sebou přináší mimořádnou zátěž, postihuje celý rodinný systém a prověřuje adaptační možnosti a schopnosti rodiny. Všichni členové rodiny se s novými okolnostmi musí nějakým způsobem vyrovnat. Rodina musí reorganizovat svůj dosavadní hodnotový systém i celý svůj životní styl.⁷⁰ „Mít postižené dítě znamená nalézt nové hodnoty, které pomáhají rodině vyrovnávat se s tímto faktorem, a přinášejí tak rodině pozitivní zisk.“⁷¹

Rodina prožívá krizi⁷² ze ztráty (a to ztráty okamžité), jelikož došlo ke zhroucení předchozích představ o narození zdravého dítěte a ztráty anticipační (jež se dotýká celé budoucnosti života s dítětem). Rodiče se pak sami sebe často ptají: *Je to vůbec naše dítě? Jak s takovým dítětem budeme žít, jak o něj budeme pečovat? Zvládneme jeho výchovu? Jak se ono samo s vadou vyrovná? Zaplavují je pocity viny a selhání v rodičovské roli. Dochází u nich ke krizi osobní identity, ztráty sebedůvěry a sebejistoty.*⁷³ Přidávají se obavy z opuštění a samoty (především matky mají strach, jak situaci přijme jejich partner).⁷⁴ Zejména v prvních dnech společného života, bývá mnoho rodičů zaplaveno vysokým stupněm úzkosti, jež se může kontaktem s dítětem

⁶⁸ Srov. Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 74-75.

⁶⁹ Srov. Takács, L, *Psychologie v perinatální péči*, s. 122-123.

⁷⁰ Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 75.

⁷¹ Cit. Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 68.

⁷² Krizi ve vztahu k rodině výstižně charakterizuje Mrkvička: „Krizi můžeme prožívat jako prolomení zaběhnutého, stabilizovaného životního pořádku, jako ohrožení vlastní jistoty. Dojde k přervání souvislostí, cítíme se ohroženi a vydáni v šanc nejistotě nových a neznámých věcí. Hrozí nebezpečí ztroskotání. Úzkostné pocity jsou zesilovány vědomím nevyhnutelnosti. Čím více ustupuje emocionalita, tím větší prostor získáváme pro návrat k racionalitě. Roste schopnost rozumového ocenění krizové situace. Člověk se učí vidět řešení krize jako posloupnost dílčích úkolů a soustředit se na řešení těch nejbezprostřednějších. Znamená to přijmout rytmus každodennosti a zbavit se pocitu vytržení mimo čas. Životní krize vyvolaná neštěstím je odlišná od krizí tranzitorních. Především nastupuje neočekávaně, chybí jí alarmující fáze. Z hloubky zoufalství skoro vždy zaznívají výčitky. A každá výčitka je vlastně obvinění a každé obvinění je skrytý útok. V zoufalství bývá přimísena agrese. Někdy se v sebevýčitkách obrátí agrese proti vlastní osobě.“ In Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 18-19.

⁷³ Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 75.

⁷⁴ Srov., Šlo to... Půjde to! Povzbuzení a rady pro rodiče pečující o dítě s postižením, kteří se chystají na návrat na trh práce, 2015, s. 5-6.

zvyšovat. Je-li dítě navíc ve velmi závažném stavu, s extrémně špatnou prognózou, může se u rodičů rozvinout tzv. emoční zřeknutí se dítěte, tj. anticipační pohřební smutek. Jeho riziko spočívá zejména v potenciálním odmítnutí dítěte, pokud by přežilo.⁷⁵ Jakmile dítě začne odrůstat novorozeneckému a kojeneckému věku, začnou se stále více zvyrazňovat rozdíly mezi ním a jeho vrstevníky. Rodiče si tak stále více budou uvědomovat postižení svého dítěte, trvalost budoucí péče a neměnnost zdravotního stavu dítěte. Vzrůstá obava, že se díky postižení svého dítěte nebudou už nikdy moci vrátit ke svému původnímu povolání. S tímto pak souvisí pokles sociálního statusu rodiny. Objevuje se strach z nedostatku peněz a z chudoby. A zároveň prožitek strachu, že už nikdy nebudou moci trávit společně čas jako partneři, jet na společnou dovolenou, už si nikdy neodpočinou, dítě nikdo nepohlídá, nikdo o něj nebude stát, nečeká je už žádná budoucnost. Je i jejich dítě čeká už jen smutný život. Zároveň při tom všem se po celou dobu od narození o své postižené dítě bojí, obávají se zhoršení jeho zdravotního stavu, bojí se, že dítě zemře.⁷⁶

Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě není zdravé, ale trpí nějakým postižením, se v průběhu času mění a procházejí typickými fázemi. První fází je *šok*, následuje fáze *sebelítosti a deprese*, pro niž je typické sebeobviňování a usilovné vzpomínání, zda matka neudělala v průběhu těhotenství něco špatně, něco, co by mohlo vést k poškození dítěte. Tato fáze zpravidla přechází ve fázi *obviňování druhých*, především lékařů, sester a systému zdravotní péče jako celku (perinatologický personál je suverénně nejčastějším terčem trestných oznámení).⁷⁷ Zpravidla bývá obviňován i partner. Matka pátrá i po tom, zda se v jeho rodině nevyskytují podobné vady. Následuje fáze *hledání pomoci* pro postižené dítě. Rodiče se snaží najít toho „*pravého a nejlepšího*“ odborníka, který postižení dítěte pomůže vyřešit. Teprve po delší době nastává fáze jakéhosi *smíření*, které jen někdy přejde ve smíření faktické, nikoliv jen povrchní.⁷⁸

Rodina se vzhledem k postižení dítěte může cítit sociálně stigmatizovaná (tj. být rodičem postiženého dítěte znamená lišit se) a může se izolovat od okolí. Rodiče, sourozenci ale i samo postižené dítě jsou konfrontováni se specifickými emocemi, jako je stud, vina, smutek a obrany proti nim. Podpora okolí je často nedostatečná. To vše ve výsledku představuje chronický stres.⁷⁹

Zjištění, že je dítě postižené, je zkušenost, která rodiče poznamená na celý život. Ovlivňuje jejich přítomnost i budoucnost. Rodiče se musí vzdát svých přání a představ, svého snu o životě se svým zdravým dítětem.

⁷⁵ Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 75.

⁷⁶ Srov., Šlo to... *Půjde to! Povzbuzení a rady pro rodiče pečující o dítě s postižením, kteří se chystají na návrat na trh práce*, 2015, s. 5-6.

⁷⁷ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 572.

⁷⁸ Srov. Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 68.

⁷⁹ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 68.

2. PERINATOLOGIE A PERINATOLOGICKÁ CENTRA

Tato kapitola přináší stručný pohled do oblasti perinatologie a péče v perinatologických centrech. Nastiňuje vývoj oboru a zmiňuje vybrané rizikové a patologické stavy, jež mohou těhotenství zkomplikovat. V centru perinatální pozornosti stojí žena (těhotná, rodička, matka) a její dítě (plod, novorozenec). Perinatologie se dotýká nejen jednotlivce, ale celých rodin. Závažnost perinatologické problematiky spočívá ve skutečnosti, že řešení složitých otázek v každodenní praxi, může mít nejen zdravotní a morální důsledky pro těhotnou ženu, ale také sociální a ekonomické důsledky pro její rodinu a celou společnost. Perinatologie orientovaná na rodinu uznává rodinu jako jedinečný systém.

Jelikož není možné obsáhnout veškerou činnost perinatologických center, zaměřují se především na oddělení pro riziková a patologická těhotenství, přičemž zde nastiňují vybrané patologické stavy, které mohou ohrozit na zdraví či na životě jak matku, tak i vyvíjející se plod. Následně ve stručnosti poukazují na návaznou péči o matku a dítě na porodním sále, neonatologické JIRP a okrajově i na oddělení šestinedělí. Spolupráci zdravotníků s pastoračními pracovníky na úseku perinatologických center považují za důležitou. Spatřují v ní možnost pro zlepšení kvality péče o těhotné ženy (matky) a jejich rodiny a zároveň i možnost duchovní podpory pro zdravotníky (sdílí s nimi jejich úspěchy a prohry, podílí se na diskuzích ohledně mnohých etických dilemat). Pastorační podpora by mohla být v budoucnu integrální součástí komplexní péče, která je rodině v perinatologických centrech nabídnuta.

Aby se mohli pastorační pracovníci stát plnohodnotnými členy interdisciplinárních týmů perinatologických center, považují za prospěšné, nastínění problematiky perinatálního období.

2.1 Nástin vývoje péče o matku a dítě, současný stav perinatologické péče v ČR

Perinatologie (*peri* /okolo/, *natus* /narozený/) je interdisciplinární odvětví, v němž se propojují zejména obory porodnictví a neonatologie, s cílem zajistit kontinuitu péče o těhotnou ženu, plod, novorozence a perinatálně ohroženého kojence, v systému diferencované, třístupňové regionální péče.⁸⁰ Náplní je to obor optimistický, stojící na úplném počátku života člověka. Má však celou řadu úskalí a řeší některé akutní stavy, které patří mezi nejrizikovější v celé medicíně. Podíváme-li se do historie ČR, můžeme vidět, že málokterý obor medicíny prošel za posledních několik let tak překotným

⁸⁰ Koncepce oboru perinatologie, srov. <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>

vývojem, jako právě obor perinatologie.⁸¹ Péče o matku a dítě se vyvíjela od svépomoci, přes pomoc blízkých příbuzných, k péči nedostatečně proškolených porodních bab. V péči o těhotnou ženu převládaly pověry a zařikávání.⁸² Těhotenství a porod znamenaly zdroj velkého nebezpečí jak pro budoucí matku, tak pro vyvíjející se plod a novorozence.⁸³

Jak uvádí Zdeněk Štembera, ještě v roce 1945 probíhalo téměř 80% porodů v domácnostech, za pouhé asistence porodní asistentky nebo i bez ní. Zcela výjimečně přivolaný lékař k velmi komplikovanému porodu (v 1%), nebyl navíc specialistou v daném oboru, ale téměř výhradně lékařem praktickým. Rovněž rozmístění porodních asistentek v terénu bylo nerovnoměrné a nedostatečné. V ústavech (převážně na chirurgických odděleních), probíhalo pouze 22% porodů. V celé ČR bylo jen 16 samostatných porodnických oddělení, z toho 8 v Praze. Prenatální poradny začaly vznikat až koncem 30. let 20. století (první vznikla v roce 1938 při Baťově nemocnici ve Zlíně) a navštěvoval je jen malý zlomek těhotných žen. Mateřská i kojenecká úmrtnost byla vysoká a ČSR se svými výsledky řadila mezi země málo vyspělé.⁸⁴

U zrodu perinatologie v ČR stála myšlenka spolupráce porodníků s pediatri, jak ji vyslovil porodník profesor Jiří Trapl (roku 1945) a podpořil pediater profesor Josef Švejcár. Dne 13. 1. 1948 došlo k založení III. gynekologicko-porodnické kliniky (vedené prof. Traplem) a Dětské kliniky (vedené prof. Švejcárem) v budově bývalého Pražského sanatoria v Praze-Podolí. A tak poprvé na území ČR začali v jedné budově spolupracovat porodníci s pediatri. V rámci politických změn, k nimž došlo v únoru 1948 po komunistickém puči, začalo i do oblasti perinatologie v ČR pronikat úsloví „*Sovětský svaz – náš vzor*“.⁸⁵ Styk se západními zeměmi byl značně omezován (včetně

⁸¹ Následující text přináší stručné pojednání o vývoji perinatologie v ČR, a to zejména části prenatálně-porodnické. Části neonatologické jsem se věnovala ve své bakalářské práci, a proto se jí zde už více nevěnuji.

⁸² Pověry provázející perinatální období jsou dochovány zejména z 19. století. Novorozenec a šestinedělka byli ohroženi zlými silami, zejména klekánicí. Žena v šestinedělí mohla rozpoutat katastrofické děje, jako bylo krupobití, vichřice a bouře. Srov. Koudelková, V., *Ošetřovatelská péče o ženy v šestinedělí*, 2013, s. 16-17.

⁸³ Zwinger, A., et. al., *Porodnictví*, 2004, s. IX. Významný pokrok nastal v roce 1840, kdy Ignaz Semmelweis navrhl, aby se jako prevence infekce („horečky omladnic“) zavedlo pečlivé mytí rukou.

⁸⁴ V roce 1945 činila mateřská úmrtnost 450 rodiček na 100 000 porodů živě rozených, ale ve skutečnosti (v důsledku nedůsledné evidence) byla ještě vyšší. Totéž platí i o kojenecké úmrtnosti, jejíž hodnota byla 125%. Srov. + cit. Štembera, Z., *Rodička včera, dnes a zítra*, 2016, s. 15-16.

⁸⁵ Srov. + cit. Štembera, Z., *Rodička včera, dnes a zítra*, 2016, s.19-20, 24-25. Koncem roku 1950 bylo do SSSR (na studijní tříměsíční cestu) vysláno 24 vybraných odborníků (členů KSČ). Za porodníky vybráni doc. M. Vojta a prof. J. Lukáš. V dopisech, které doc. Vojta psal do ústavu (na začátku cesty uváděl): „*Na porodní a operační sál se chodí v botách a krev zde teče potokem.*“ Z letiště (tj. ihned po návratu) byli všichni účastníci odvezeni na zámek v Dobříši na týdenní „*soustředění*“. Tady museli odevzdat všechny své osobní poznámky z cesty a dostalo se jim příslušného poučení, jak získané poznatky správně chápat z hlediska ideologie marxismu-leninismu a v tomto smyslu tyto dále interpretovat. V důsledku tohoto poučení změnil doc. M. Vojta své dřívější výše uvedené stanovisko a napsal: „*I ve vědě panovala železná*

zákazu dovozu vybrané zahraniční literatury). Významný byl rok 1949, kdy začala evidence perinatálně zemřelých plodů a novorozenců. V roce 1950 musela ČSR přerušit své členství ve SZO, opětovné členství ji Moskva povolila až v roce 1958. Studium genetiky bylo prohlášeno za „západní pavědu“ a jako takové bylo zakázáno. K opětovnému povolení studia genetiky došlo až v souvislosti s rozšiřováním studií o vrozených vývojových vadách (v roce 1960). O rok později, v roce 1961 byla zavedena celostátní evidence vrozených vývojových vad. Od roku 1982 byla zahájena evidence novorozenců z patologických a rizikových těhotenství, novorozenců nízké porodní hmotnosti a novorozenců s výskytem závažných vrozených vad. V roce 1984 vznikla Sekce perinatální medicíny. Po demokratické „sametové“ revoluci v listopadu 1989, došlo k opětovnému navázání styku se západními zeměmi a ke vzájemné spolupráci. V roce 1991 byly zavedeny formuláře: „Zpráva o rodičce“ a „Zpráva o novorozenci“ a téhož roku vznikla Česká neonatologická společnost. V letech 2008-2009 se ČR svými výsledky zařadila mezi několik málo zemí s nejlepší možnou péčí o matku a dítě na světě. Plod se v děloze stává skutečným „pacientem na lůžku.“ Rozvoj byl zaznamenán zejména v prenatalní diagnostice a terapii plodu, ve farmakologii a v řešení komplikací v průběhu těhotenství.⁸⁶

V současné době je v ČR uplatňován diferencovaný, třístupňový systém perinatologické péče. Lůžková zařízení I. typu zajišťují bazální péči, tj. slouží k vedení fyziologických porodů, nekonzentrují patologie. Lůžková zařízení II. typu, tj. oddělení intermediární péče, jsou určeny i k hospitalizaci lehčích patologií, s možností vést porody od 33. gestačního týdne gestace. Lůžková zařízení III. typu, tj. perinatologická centra, jsou pracoviště mezioborová, propojující odborně a organizačně vysoce specializovanou péči porodnickou a neonatologickou. Disponují přístrojovým vybavením a vyškoleným personálem, který je schopen řešit i ty nejzávažnější stavy v porodnictví a neonatologii. V ČR jsou perinatologická centra zřizovány MZ ČR a v současné době jich u nás funguje celkem 12.⁸⁷ Cílem diferenciací je optimální péče v perinatologii tak, aby byla zajištěna vysoká kvalita populace. Nejde však jen o vývoj čistě medicínský, ale i o vývoj společenský, kdy dochází k dynamickým změnám ve vnímání a postojích poskytovatelů perinatologické péče i laické veřejnosti k těhotenství, porodu a k šestinedělí. Příkladně právě probíhající genetické studie otevírají zcela nové perspektivy, jež se mohou promítnout do bezprostřední reprodukce lidstva.⁸⁸

opona, pomocí které se vládnoucí třída první republiky pokoušela zastírat lidu budování socialismu v SSSR. Neviděli jsme čertovo kopýtko kosmopolitismu. Především si musíme vyčistit stůl ode všeho nepokrokového, reakčního, co jsme zdědili po předcích.“

⁸⁶ Srov. Štembera, Z., *Rodička včera, dnes a zítra*, 2016, s. 67-115.

⁸⁷ Srov. <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>. Seznam CVSP v ČR – viz příloha č. 2.

⁸⁸ Koncepce perinatologie, srov. <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>

2.2 Mateřská a perinatální úmrtnost

Mezi základní, statistické ukazatele perinatální medicíny patří mateřská a perinatální úmrtnost. Úmrtí těhotné ženy (rodičky, nedělky), anebo jejího dítěte (plodu, novorozence) je vždy tragická událost, zasahující celou rodinu.

Mateřská úmrtnost (dle definice SZO) je definována jako celkový počet úmrtí žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím (do 42. dne po porodu) na 100 000 živě narozených dětí. Zahrnuje úmrtí přímo související s těhotenstvím (např. smrt následkem embolie plodovou vodou), úmrtí na onemocnění matky, kdy byl průběh choroby těhotenstvím ovlivněn (např. smrt následkem dekompenzované srdeční vady) a úmrtí náhodná (např. smrt těhotné následkem dopravní nehody). Mateřská úmrtnost podléhá povinnému hlášení, každá žena, která zemře v souvislosti s těhotenstvím, porodem, anebo šestinedělím musí podstoupit pitvu. Každý případ je analyzován z hlediska příčin a kvality poskytované péče.⁸⁹

Perinatální úmrtnost je definována jako úmrtí plodu v těhotenství, za porodu a do 7 dnů po porodu, na 1000 narozených dětí. Příčiny perinatální úmrtnosti jsou různé (vrozené vývojové vady neslučitelné se životem, poruchy fetoplacentární jednotky, pupečnickové komplikace, intraovulární infekce, závažné stavy matky, intrapartální asfyxie, nezralost...)⁹⁰

2.3 Význam prenatalní péče, těhotenství fyziologické, rizikové a patologické

Těhotenství ženy trvá v průměru 280 dní (tj. 40 týdnů, tj. 10 lunárních měsíců). Začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Těhotenství je sice fyziologický děj, nicméně v jeho průběhu může dojít k rozvoji mnoha patologických stavů, které mohou ohrozit na zdraví či na životě jak matku, tak i vyvíjející se plod (případně plody). Prenatální péče v ČR má vyhledávací (screeningový) charakter, je zaměřena na monitoring průběhu těhotenství, sledování vývoje plodu, včasnou identifikaci rizik a zachycení rozvoje patologických stavů v graviditě. Pravidelné prenatalní kontroly a vyšetření mají za cíl odlišit ženy s fyziologickým, rizikovým a patologickým průběhem těhotenství a zajistit jim optimální perinatální péči.⁹¹

Za fyziologické (nekomplikované) je považováno takové těhotenství, u něhož nejsou detekovány žádné rizikové faktory a výsledky všech klinických i laboratorních

⁸⁹ Srov. Kobilková, J., et. al, *Základy gynekologie a porodnictví*, 2006, s. 241-242; srov. <http://asistentky.porodnice.cz/materska-mortalita-v-ceske-republice>

⁹⁰ Srov. Kobilková, J., et. al, *Základy gynekologie a porodnictví*, 2006, s. 241-242

⁹¹ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 56, 86.

vyšetření jsou normální. Při fyziologickém průběhu těhotenství je ženě doporučeno celkem 10-12 prenatalních prohlídek.⁹²

Rizikové (ohrožené) těhotenství je stavem, jenž je charakterizovaný výskytem rizikových faktorů, pro které vzniká medicinská pochybnost o příznivém průběhu těhotenství a porození zdravého dítěte. Výsledky provedených vyšetření jsou přitom normální, avšak vyžadují opakování. Rizikových faktorů je mnoho, významnou roli hraje dědičná zátěž, věk matky, její zdravotní stav, předchozí průběh těhotenství, užívání návykových látek, aj. Za nárůstem počtu rizikově těhotných stojí paradoxně i pokroky v medicíně. Dnes totiž mohou otěhotnět i ženy, které v nedávné minulosti kvůli svému základnímu onemocnění tuto možnost neměly anebo jim těhotenství nebylo doporučováno (ženy po transplantaci orgánů, po operacích srdce, po onkologické léčbě, atp.). Za riziková těhotenství se označují i vícečetná těhotenství, těhotenství po léčené neplodnosti a po umělém oplodnění. Tato těhotenství vyžadují zvýšenou ambulantní preventivní péči se specifickým zaměřením na různé druhy rizika a někdy i tzv. preventivní hospitalizaci. U mnohých, tzv. rizikově těhotných žen nakonec vše dopadne dobře a porod proběhne zcela fyziologicky.⁹³

Za patologické, je považováno takové těhotenství, při kterém byl zjištěn chorobný stav, který může vyústit v ohrožení nebo poškození těhotné ženy, plodu (plodů) nebo obou současně. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických nebo laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. U ženy se může jednat o chorobný stav, který existoval již před otěhotněním (např. kardiopulmonální onemocnění), anebo o stav, který se vyskytl až v průběhu těhotenství (např. gestační diabetes, preeklampsie). U plodu (plodů) to mohou být např. patologické polohy, hypotrofie, vrozené vady, projevy Rh-inkompatibility, aj. Ženám se závažnou těhotenskou patologií je stanoven speciální režim. Některé z nich čeká mnohdy zdoluhavý a velmi náročný pobyt na lůžku.⁹⁴

2.4 Prenatální diagnostika, možnosti fetální terapie

Prenatální diagnostika představuje soubor metod a postupů, jež jsou zaměřeny na zachycení vrozených vad u plodu. V každém těhotenství existuje reálné riziko asi 3-5%, že plod bude mít nějakou vrozenou vadu (tj. od vad drobných, spíše estetických, až po vady velmi závažné, někdy neslučitelné se životem). Toto riziko platí i pro rodičovské

⁹² Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 56. Prenatální péče je poskytována do 28. týdne gravidity včetně v intervalu 4-6 týdnů, 29. - 36. týden gravidity včetně v intervalu 3-4 týdnů, od 37. týdne do termínu porodu jedenkrát týdně. In. Slezáková, L., et. al., *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*, 2010, s. 139.

⁹³ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 56.

⁹⁴ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 56.

páry zcela zdravé, bez hereditární, genetické zátěže.⁹⁵ V rámci prenatalní diagnostiky jsou rozlišovány neinvazivní vyšetřovací metody a invazivní výkony (cílená diagnostika). Neinvazivní metody nejsou spojeny s rizikem ztráty těhotenství (potrat, předčasný porod) a jsou uplatňovány jako metody prvotní (dominují z nich vyšetření ultrazvukem a biochemické testy). Mezi nejčastější invazivní výkony patří aminocentéza, odběr choriových klků a kordocentéza. Tyto výkony jsou vždy spojeny s rizikem ztráty těhotenství a jejich indikace proto musí být vždy opodstatněná (suspektní ultrazvukový nález, pozitivní biochemický screening, předcházející porod dítěte s chromosomální aberací ...). Do genetických testů nelze nikoho nutit, žena musí být vždy informována o jejich cílech, metodách, rizicích abortu, procentech falešně pozitivních i falešně negativních nálezů a před výkonem musí vždy podepsat informovaný souhlas.⁹⁶

Velikou výzvou současnosti jsou možnosti fetální terapie. Cílem fetální terapie je vyléčit nebo zastavit proces nemoci nebo poškození plodu in utero. Mezi metody fetální terapie patří: medikamentózní intrauterinní terapie (aplikace kortikoidů pro indukci zralosti plicní tkáně, léčba supraventrikulární fetální tachykardie), intraumbilikální transfuze plodu (anémie plodu, Rh-inkompatibilita), amniotinfuze (oligohydramnion, anhydramnion), amniotdrenáž (polyhydramnion), punkce orgánů plodu (cysty, hydrothorax, ascites, hygroma coli), zavedení shuntu (vesikoamniální, thorakoamniální, ventrikuloamniální), léčba brániční hernie (terapie hypoplasie plic pomocí nafouknutého balonku v thoraxu), laserová koagulace placentárních spojek (fetofetální transfuze u jednovaječných dvojčat), balonkové aortovavuloplastiky (stenóza aorty plodu), otevřené operace na plodu (diafragmatická hernie, sakrální teratom, intraamniální aplikace léků. Jedná se o výkony, které mohou zlepšit prognózu přežití dítěte a snížit riziko trvalých následků. Zároveň však mohou navodit ztrátu těhotenství (potrat nebo předčasný porod).⁹⁷

2.5 Oddělení pro riziková a patologická těhotenství, rizikové a patologické stavy

Oddělení pro riziková a patologická těhotenství zajišťují péči těhotným ženám, jejichž těhotenství je ohroženo závažným rizikovým stavem nebo kde již došlo k rozvoji některého z onemocnění, které by mohlo ohrozit na zdraví či na životě matku nebo vyvíjející se plod (případně plody).⁹⁸ Samotná hospitalizace s sebou přináší mnohá

⁹⁵ Srov. Calda, P., et. al., *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi.*, 2007

⁹⁶ Komplikace se vyskytují v 0,5-1%. In. Slezáková, L., *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*, 2010, s. 142. Srov. Mészárosová, A, *Vrozené vývojové vady – nejčastější otázky a odpovědi*, dostupné online: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/vrozene-vyvojove-vady/vrozene.shtml>.

⁹⁷ Srov. Koliba, P., et. al., *Propedeutika v gynekologii a porodnictví pro porodní asistentky*, 2004, s. 76

⁹⁸ Leifer, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, 2004, s. 84-85

úskalí. Dotýká se individuality každé těhotné, její schopnosti přizpůsobit se nemocničnímu prostředí, ostatním pacientkám i ošetřujícímu personálu. V následujícím textu nastiňuji vybrané patologie, při nichž je hospitalizace těhotné zpravidla nezbytná.

2.5.1 Choroby matky

Trpí-li těhotná žena nějakou chorobou, vždy je třeba zvážit, jaký vliv na ni bude těhotenství mít, jak může její choroba ovlivnit průběh těhotenství a do jaké míry může poškodit vyvíjející se plod. Uplatňují se choroby ledvin a močových cest, choroby trávicího traktu, jater a pankreatu, choroby kardiovaskulární, hematologické, endokrinní, respirační, gynekologické, neurologické, autoimunní, maligní onemocnění, infekce a závislosti na návykových látkách. Onemocnění matky podstatně zvyšuje riziko perinatální morbidity a mortality u plodu. Těhotenství je vždy klasifikováno jako patologické a perinatální péče je založena na kooperaci řady specialistů (porodníci, neonatologové, genetici, kardiologové, nefrologové, anesteziologové...).

Kardiopatie (srdeční vady) jsou dnes diagnostikovány u 1 až 2% těhotných. Uplatňují se srdeční vady získané (postrevmatická mitrální stenóza, postrevmatická aortální stenóza), srdeční vady vrozené, tj. často po úspěšných operacích (defekt síňového septa, defekt komorového septa, koarktace aorty, valvulární stenóza plicnice, bikuspidální aortální chlopeč, Fallotova tetralogie, Eisenmengerův syndrom, Marfanův syndrom, aj.), primární plicní hypertenze, arteriální hypertenze, poruchy srdečního rytmu, kardiomyopatie, ischemická choroba srdeční, infekční endokarditida. Prognózu srdeční vady v těhotenství stanoví kardiolog s porodníkem. Srdeční postižení je klasifikováno do čtyř tříd (podle Newyorské kardiologické společnosti /NYHA/). NYHA I.: bez známek dekompenzace, ani při větší fyzické zátěži, netrpí anginózními bolestmi. NYHA II.: v klidu bez obtíží, při vyšší tělesné námaze již symptomy jako výrazná únavnost, palpitace, dyspnoe nebo anginózní bolesti, NYHA III.: postižení srdce je významné, již při běžné fyzické zátěži symptomy srdeční insuficience. NYHA IV.: postižení srdce je těžké, projevy dekompenzace i v klidu. Ženám, jež spadají do III. a IV. třídy, není z porodnického hlediska, těhotenství doporučeno a v případě, že otěhotní, je jim doporučena interrupce ze zdravotní (vitální) indikace. Ženy, u nichž není těhotenství kontraindikováno (I. a II. třída), jsou před porodem preventivně hospitalizovány. Dle charakteru srdeční vady je rozhodnuto o způsobu vedení porodu, zpravidla forcepsem, vakuumextrakcí nebo císařským řezem (k vyloučení fyzické námahy rodičky). Lékařský dohled je nezbytný i po celé šestinedělí (riziko embolie).⁹⁹

⁹⁹ Macků, F., Čech, E., *Porodnictví*, 2002, s. 46; Macků, F., Macků, J., *Průvodce těhotenstvím a porodem*, 1998, s. 200-201; Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 279-287; Kobilková, J., et. al., *Základy gynekologie a porodnictví*, 2006, s. 328.

Diabetes mellitus je skupina metabolických poruch, jež se projevují hyperglykémiami (vlivem nedostatečné sekrece inzulínu pankreatem), anebo zvýšením inzulínové rezistence, případně kombinací obou. Jmenované poruchy vedou ke změnám v metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin. Diabetes se u těhotných žen vždy zhoršuje a může se také poprvé v těhotenství objevit jako gestační diabetes. Diabetes představuje v těhotenství závažnou komplikaci pro matku i pro plod. U matky může vést ve svém konečném důsledku ke strukturálním a k funkčním poruchám cílových orgánů. Poškození se týká zejména malých cév (v oku, ledvinách a v nervovém systému) a velkých cév (v mozku, srdci a dolních končetinách). Vývoj plodu diabetické matky je ohrožen poměrně vysokým výskytem diabetických embryopatií, vedoucích k potratu nebo ke vzniku vrozených vývojových vad, zejména srdečních. Závažnou komplikací je rozvoj diabetické fetopatie, jež se projevuje makrosomií plodu, při funkční nezralosti jeho orgánů. Žena, ani při kompenzované formě diabetu by neměla přenášet, těhotenství se zpravidla ukončuje indukcí porodu (nejdéle ve 38. až 39. týdnu těhotenství), ve složitějších případech císařským řezem. Nezbytná je spolupráce porodníků s diabetologem a neonatologem. Novorozenec je ohrožen zejména hypoglykemií.¹⁰⁰

Infekční choroby probíhají v těhotenství často obtížněji a s více komplikacemi. Obranná aktivita mateřského organismu není nikterak zvýšena, a proto hlavní ochrannou bariérou pro plod je placenta. Placentou však mohou pronikat nejen bakteriální toxiny, ale i některé menší bakterie a viry. Některé infekce, jako jsou např. virózy a zoonózy, mají zvláštní afinitu k plodovému vejci, které hrubě poškozují, zatímco v mateřském organismu probíhá nákaza lehce nebo skrytě. Infekce na začátku těhotenství mohou vést k odumření a resorpci embrya, později se postižení může projevit potratem, vznikem malformací, intrauterinním odumřením plodu nebo předčasným porodem. Po narození se může infekce manifestovat jako celková sepe a mít za následek smrt novorozence.¹⁰¹ **Cytomegalovirus** je jedním z nejčastějších původců perinatálních infekcí. Nákaza u těhotné probíhá zpravidla asymptomaticky. Kongenitální infekce vyvolává syndrom, jenž zahrnuje: nízkou porodní váhu, mikrocefalii, intrakraniální kalcifikace, chorioretinitidu, psychomotorickou retardaci, hepatosplenomegálii, senzorickeuronální poruchy, ikterus, hemolytickou anémii, trombocytopenickou purpuru.¹⁰² **Rubeola (zarděnky)** je jedna z nejnebezpečnějších virových nákaz, která může velmi závažně poškodit vyvíjející se embryo/plod. Klasickým projevem kongenitální infekce je Greggova trias (vrozené vývojové vady srdce, vady oka a hluchota). Riziko kongenitálního poškození je nejvyšší při nákaze v prvním trimestru těhotenství (do 16. týdne gestace se ženám s prokázanou infekcí

¹⁰⁰ Macků, F., *Porodnictví*, 1996, s. 174-175; Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 290-295; Kobilková, J., *Základy gynekologie a porodnictví*, 2005, s. 283-285.

¹⁰¹ Kobilková, J., et. al., *Základy gynekologie a porodnictví*, 2005, 304-305.

¹⁰² Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2006, s. 320.

doporučuje interrupce). Při onemocnění matky ke konci druhého a ve třetím trimestru jsou anatomické defekty vzácné, přesto mohou mít děti poruchy sluchu, poruchy učení a mít různý stupeň psychomotorické retardace. Prevencí je očkování, v ČR je od roku 1982 celoplošné (očkují se všechny děti ve věku 15 měsíců, přeočkování je v 21-25 měsících).¹⁰³ **Toxoplazmóza** je nejčastější zoonózou u nás. Vyvolává ji parazit *Toxoplasma gondii*. Nákaza se může přenášet orálně-alimentární cestou cyst při konzumaci nedostatečně tepelně upraveného masa, dále oocystami, které kontaminují potravu nebo pitnou vodu, nebo cestou ruka-ústa z půdy, která je kontaminovaná výkaly koček. Nákaza prostupuje placentou. Těžký průběh kongenitální infekce se může manifestovat klasickou tetádou příznaků /Sabinova tetáda/, tj. hydrocefalus nebo mikrocefalie, chorioretinitida, intrakraniální kalcifikace a křeče.¹⁰⁴

2.5.2 Gestózy

Gestózy jsou nemoci vázané na těhotenství (tj. na přítomnost plodového vejce). Po ukončení těhotenství (nejpozději v průběhu šestinedělí) odezní. Vyskytují se na začátku těhotenství (rané gestózy), ale i v posledních týdnech těhotenství (pozdní gestózy).¹⁰⁵

Hyperemesis gravidarum maligna, tj. zhoubné těhotenské zvracení související s drážděním vegetativního nervového systému, zejména nervus vagus. V klinickém obrazu těhotné dominuje rychlý úbytek na hmotnosti, dehydratace a rozvrat iontů. Častá je hypotenze a tachykardie. Žena je vyčerpaná, stěžuje si na bolest v průběhu hltanu a jícnu, ve zvracích může být přítomná krev. Nutná je hospitalizace, v terapii jsou doporučovány antiemetika a parenterální výživa. Při neztížitelném nadměrném zvracení, kdy u ženy vzniká riziko hepatorenálního selhání, nezbyvá jiné řešení než těhotenství ukončit.¹⁰⁶

Preeklampsie je těhotenská komplikace, která má tři typické příznaky: hypertenzi, proteinurii a otoky. Původ onemocnění spočívá v porušené činnosti jater, ledvin a nadledvin. Časté jsou poruchy vegetativního nervstva (bolesti hlavy, nevolnost, nauzea, poruchy vidění). Nutná je hospitalizace. Terapie spočívá v úpravě hypertenze, náhradě ztrát bílkovin (dieta) a minimalizaci otoků (diuretika). Je-li stav ženy vážný a konzervativní léčba neúspěšná, je nutné těhotenství ukončit.¹⁰⁷

Eklampsie je jeden z nejakutnějších a nejzávažnějších porodnických stavů, který může vzniknout z postupného zhoršování příznaků preeklampsie, může však vypuknout i náhle, tj. bez předchozích prodromů. Typické jsou záchvaty tonicko-klonických křečí,

¹⁰³ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2006, s. 320.

¹⁰⁴ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2006, s. 319-320.

¹⁰⁵ Slezáková, L., et. al., *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*, 2010, s. 150.

¹⁰⁶ Čech, E., et. al, 2010, s. 254

¹⁰⁷ Čech, E., et. al, 2010, s. 255-261

které mohou vyústit v těžký komplikovaný stav. Může se vytvořit stav trvalých křečí (status eclampticus). Žena je při eklamptických záchvatech ohrožena srdeční zástavou, udušením po aspiraci zvratků, krvácením do mozku, poškozením jater a ledvin. Plod může v děloze odumřít. Těžké formy preeklampsie a eklampsie mohou vyústit v trvalé poškození jater a ledvin. Porodnická léčba spočívá v okamžitém ukončení těhotenství.¹⁰⁸

HELLP syndrom je další velmi vážnou komplikací, která může navázat na těžkou formu preeklampsie. Stav většinou začíná bolestmi v nadbřišku a pravém podbřišku, přidává se zvracení. Klinický obraz může dále pokračovat poruchami jaterní činnosti, hemolýzou, krvácením do zažívacího a močového traktu a dalšími krvácivými projevy. Tento závažný stav může vyústit v obtížně zvládnutelné krvácení či v eklamptický záchvat. Léčba spočívá v doplnění krevních ztrát, úpravě krevní srážlivosti, protikřečové prevenci a ukončení těhotenství.¹⁰⁹

2.5.3 Nepravidelnosti plodového vejce

Mezi nepravidelnosti plodového vejce jsou řazeny: poruchy vývoje plodu v začátku gravidity (vedoucí k jeho zániku), poruchy vývoje plodu v období embryonálním a fetálním (vedoucí ke vzniku vrozené vývojové vady), abnormální vývoj plodu z důvodu jeho onemocnění (Rh-izoimunizace, ABO-inkompatibilita, non imunní hydrops), abnormální růst plodu (intrauterinní růstová retardace, makrosomie plodu), vícečetné těhotenství.¹¹⁰

Vrozené vady, tj. existují tři základní typy vrozených vad, tj. vady strukturální, vady chromosomální a genetické syndromy. Strukturální vrozené vady jsou vadami orgánů a systémů plodu (vady vnitřních orgánů /srdce, ledviny, mozek, plíce/, rozštěpy /obličej, páteře, míchy, břišní stěny/, malformace či chybění končetin, aj./). Chromosomální vady (aberrace) jsou mutace na chromosomální úrovni. Nejčastějším typem je Downův syndrom (trisomie 21. chromozomu), dále Edwardsův syndrom (trisomie 18. chromozomu), Patauův syndrom (trisomie 13. chromozomu) a vady počtu pohlavních chromozomů (Turnerův syndrom a Klinefelterův syndrom). Genetické syndromy jsou genetické vady, způsobené poruchou složení malých částí jednotlivých chromosomů. Jedná se o změny na úrovni jednotlivých genů, což jsou malé části DNA, nesoucí genetickou informaci jedince. Mezi genetické syndromy patří např. Sticklerův

¹⁰⁸ Čech, E., et. al, 2010, s. 261-262

¹⁰⁹ Čech, E., et. al, 2010, s. 262-263

¹¹⁰ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*. 2010, s. 205.

syndrom, Pierre-Robinsův syndrom, Beckwith-Wiedemannův syndrom, aj.¹¹¹ Pokud lékař odhalí u plodu vrozenou vadu, je povinen tuto skutečnost rodičům co nejdříve oznámit, vadu popsat a seznámit rodiče s tím, jaké jsou v dané situaci možnosti. Některé vady dokáže současná medicína řešit operačním zákrokem (např. rozštěpové vady, některé srdeční vady...), u některých zůstává i nadále bezmocná (př. se životem neslučitelná anencefalie nebo oboustranná agenese ledvin).¹¹²

Rh-izoimunizace je stav, na němž se podílí komplex genů umístěných na páru chromozomů (tři jsou dominantní /C, D, E/ a tři recesivní /c, d, e/. Přes 90% izoimunizací v Rh systému, působí antigen D. Vzácněji se vyskytuje izoimunizace v systému AB0. Jestliže Rh-negativní matka a Rh-positivní otec čekají Rh-positivní dítě, vyvolávají krvinky plodu, pronikající v těhotenství placentou do mateřského oběhu, v prvním těhotenství senzibilizaci matky (krátkodobá tvorba IgM protilátek, neprochází placentou), v dalších pak tvorbu IgG protilátek (placentou procházejí). Protilátky pokryjí erythrocyty plodu a způsobí jejich hemolýzu (tj. zničí je). Plod mírnou hemolýzu nahradí zvýšením krvetvorby (tj. erytropoézou). Těžší stupeň hemolýzy vede k anémii plodu a jeho prosáknutí (hydropsu), k selhání srdeční činnosti a intrauterinní smrti plodu. Senzibilizace s každým dnem těhotenství stoupá a poškození plodu se zvětšuje. V těžkých případech je nezbytná intrauterinní transfuze plodu (někdy opakovaná), u novorozence pak výměnná transfuze. Prevence Rh-izoimunizace spočívá v podání anti-D gamaglobulinu Rh-negativní ženě po potratu, mimoděložním těhotenství a po porodu.¹¹³

Intrauterinní růstová retardace (IUGR) je stav, kdy plod není schopen dosáhnout své geneticky podmíněné velikosti. V rozvinutých zemích činí incidence IUGR u zdravých matek 4-7%, u rizikových matek (hypertenze, preeklampsie) dosahuje 25% i více. Nejčastější příčinou vzniku IUGR je uteroplacentární insuficience. IUGR je riziková pro zvýšenou pravděpodobnost předčasného porodu a úmrtí plodu. Mortalita se zvyšuje se snižujícím se gestačním stářím plodu. Typické pro plody/novorozence s IUGR jsou minimální zásoby podkožního tuku a abdominálního tuku a redukce svalové tkáně. *Proporciální (symetrický) typ IUGR* je charakterizován sníženými růstovými parametry následkem intrauterinní hypoplazie všech orgánů plodu, nejčastěji se jedná o intrauterinně proběhlou infekci nebo o genetickou příčinu, projeví se časně, obvykle již v první polovině těhotenství. *Disproporciální (asymetrický) typ IUGR* je

¹¹¹ Srov. Mészárosová, A, *Vrozené vývojové vady – nejčastější otázky a odpovědi*, dostupné online: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/vrozene-vyvojove-vady/vrozene.shtml>

¹¹² Srov. Mészárosová, A, *Vrozené vývojové vady – nejčastější otázky a odpovědi*, dostupné online: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/vrozene-vyvojove-vady/vrozene.shtml>. Kritické fáze prenatálního vývoje viz příloha č. 2.

¹¹³ Kobilková, J., et. al., *Základy gynekologie a porodnictví*, 2005, 310-312.

způsoben faktory, které ovlivňují cévní řečiště matky a fetoplacentární jednotku, dále malnutricí matky a dalšími faktory, jež způsobují hypotrofizaci buněk, projeví se nejčastěji až ve druhé polovině těhotenství.¹¹⁴

Vícečetné těhotenství je stav, kdy se v děloze vyvíjí a při porodu se narodí více jak jeden plod. Jednovaječná dvojčata (monozygotní, identická) vznikají oplozením jednoho vejce jednou spermií. Oplozená buňka (embryo) se rozdělí na dvě části, z nichž se vyvinou dva samostatní jedinci. V případě pozdějšího rozdělení embrya vznikají dvojčata srostlá (tzv. podvojně zrůdy). Dvouvaječná dvojčata (dizygotní), vznikají ze dvou samostatných vajíček, z nichž každé je oplozeno jinou spermií. Ačkoliv je vícečetné těhotenství v podstatě stavem fyziologickým, je ohroženo mnohými riziky, a proto je vždy považováno za těhotenství rizikové. Mezi závažná rizika patří: ztráta těhotenství, intrauterinní zánik jednoho plodu, předčasný porod, vyšší pravděpodobnost vrozených vad, gestózy, krvácení placentárního původu, syndrom twin-to-twin transfúze, aj. Čím je počet plodů vyšší, tím více stoupá pravděpodobnost všech těhotenských i porodnických komplikací.¹¹⁵

2.5.4 Porucha trvání těhotenství

Do této kategorie poruch patří těhotenství, které končí předčasně (potrat, předčasný porod, ektopická gravidita) nebo naopak opožděně (přenášení).

Potrat znamená ukončení těhotenství (vypuzení embrya/plodu) v době před porodem, při němž embryo/plod zaniká.¹¹⁶ Rozlišujeme potraty spontánní (samovolné) a potraty umělé (tj. vyvolané umělým zásahem). *Rané spontánní potraty* (tj. potraty do 12 týdne gravidity) jsou velmi časté a jejich etiologie je pestrá (defektní plodové vejce, přestup infekce z matky na plodové vejce, hormonální příčiny, celková onemocnění matky, akutní horečnatá onemocnění matky, imunologické faktory, psychická traumata, zevní vlivy /kouření, alkoholismus, toxikomanie, ionizační záření/, aj.). V etiologii *pozdních spontánních potratů* (tj. potratů po 12. týdnu gravidity) se uplatňují inkompetence hrdla děložního, vrozené vývojové vady dělohy, infekce plodového vejce, celková onemocnění matky, aj. Raný potrat se ohlásí bolestmi (z děložních stahů) a krvácením (z míst, kde se plodové vejce odlučuje od deciduy). Pozdní potrat se projevuje bolestmi v podbříšku a odtokem plodové vody. Ve fázi hrozícího potratu se může proces ještě zastavit. Nezbytná je hospitalizace, přísný klid na lůžku a medikace. Počínající potrat se podaří zastavit jen zcela výjimečně. *Umělé ukončení těhotenství* je možné provést na žádost ženy (do 12. týdne gravidity), ze zdravotní /často genetické/

¹¹⁴ Srov. Janota, J., Straňák, Z., *Neonatologie*. 2013, s. 207-217

¹¹⁵ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*. 2010, s. 225-230.

¹¹⁶ Statistická ročenka ÚZIS. *Potraty 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2013. ISSN: 1210-8642. s. 8. Dostupné i online: <http://www.uzis.cz/system/files/potraty2012.pdf>.

indikace (do 24. týdne gravidity) a z vitální indikace těhotné (kdykoliv). Indukovaný potrat není pro ženu bez rizika, často je komplikovaný krvácením, infekcí, trhlinami na děložním hrdle a emoční zátěží.¹¹⁷

Předčasný porod je definován jako porod před dokončeným 37. týdnem gravidity. Ve vyspělých zemích je hlavní příčinou časně i pozdní morbidity a mortality novorozenců. V ČR se incidence předčasného porodu pohybuje kolem 7-8%. Plody předčasně narozené jsou nezralé, s nízkou porodní hmotností a s nedokonalé vyvinutými adaptačními mechanismy. Jejich životaschopnost je tím nižší, čím dříve se narodily (za hranici viability je přitom považován 24. týden gravidity). V etiopatogenezi předčasného porodu se nejčastěji uplatňují: infekce, nadměrná dilatace dělohy, cervikální inkompetence, uteroplacentární ischemie, porucha imunologické tolerance, alergie a endokrinní poruchy. Předčasný porod (stejně jako porod v termínu) jsou důsledkem aktivace stejných mechanismů (aktivace děložní činnosti, dilatace děložního hrdla, aktivace deciduální tkáně a plodových obalů), ale zásadní rozdíl je ve skutečnosti, že v případě porodu v termínu jsou mechanismy aktivovány fyziologicky, zatímco u předčasného porodu patologicky. Mezi nejčastější projevy syndromu předčasného porodu patří: předčasný nástup děložní aktivity, předčasný a předtermínový odtok plodové vody, „špinění“ a nespecifické bolesti zad. Změněn může být i charakter pohybů plodu. V případě pozitivní diagnostiky hrozícího předčasného porodu, je volen buď postup proaktivní (těhotenství je indikováno k ukončení) nebo je volen postup, jehož snahou je těhotenství i nadále udržet (hospitalizace, přísný klid na lůžku, medikace). Při závažném krvácení, pokročilém vaginálním nálezu, hrozící hypoxii plodu, známkách těžké infekce a závažných komplikacích u těhotné ženy (dekompenzovaný diabetes mellitus, těžká preeklampsie, aj.) je těhotenství nutno ukončit.¹¹⁸

Přenášení je definováno jako trvání těhotenství více než 42 týdnů od 1. dne poslední menstruace. Déle než 14 dnů po vypočítaném termínu porodu se rodí cca 3-6% novorozenců. Fyziologické přenášení je stav vzniklý na podkladě opožděné biologické připravenosti matčina těla k porodu, placenta funguje dobře, plod netrpí hypoxií ani malnutricí, naopak má větší porodní hmotnost (riziko kefalopelvickeho nepoměru, dystokie ramének, protrahovaného porodu). U tzv. pravého přenášení je stav závažnější, plod je ohrožen nedostatkem kyslíku a živin (při insuficienci placenty), kompresí pupečníku (při oligohydramnionu), rizikem aspirace (při přítomnosti smolky v plodové vodě). Každá těhotná, která přenáší o 10 a více dnů, musí být hospitalizovaná. Léčba spočívá ve „vyprovokování“, tj. indukci porodu.¹¹⁹

¹¹⁷ Macků, F., Macků, J., *Průvodce těhotenstvím a porodem*, 1998, s. 155-159

¹¹⁸ Srov. Janota, J., Straňák, Z, *Neonatologie*, 2013, s. 348-354

¹¹⁹ Srov. Slezáková, L., et. al., *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2010, s. 158-159.

2.5.5 Patologie placenty

Správná činnost placenty je důležitá ve všech stádiích gravidity. Poruchy funkce placenty jsou zdrojem závažných patologií s různým klinickým obrazem.¹²⁰

Vcestná placenta (placenta praevia) je stav, kdy placenta roste v nejnižší části dělohy a částečně nebo zcela překrývá vnitřní branku (znemožňuje tak vaginální porod). V klinickém obrazu dominuje krvácení různé intenzity (obvykle bez bolesti), typické je i patologické uložení plodu v děloze (př. příčná poloha). Mezi velmi nebezpečné komplikace patří rozvoj diseminované intravaskulární koagulopatie a embolie plodovou vodou. Při známkách odlučování placenty, při ohrožení plodu a v případech, kdy placenta překrývá více než 20 až 30% porodnické branky, je jednoznačně indikován císařský řez.¹²¹

Předčasné odlučování placenty (abruptio placentae praecox), je patologický stav, kdy dochází k předčasnému odloučení normálně inzerující placenty před porodem plodu. Odloučení placenty je spojeno s krvácením z porušených uteroplacentárních cév. Odloučí-li se více než 2/3 placenty, je vysoká pravděpodobnost odumření plodu. Na životě je ohrožena i matka, velmi nebezpečný je rozvoj hemoragického šoku a diseminované intravaskulární koagulopatie. Při známkách ohrožení matky nebo plodu je jediným řešením okamžité ukončení těhotenství císařským řezem.¹²²

2.6 Porodní sál perinatologického centra, porod a porodnické operace

Porodní sál, jako jednotka intenzivní a resuscitační porodnické péče, je určen k řešení i těch nejtěžších porodnických komplikací. Péče porodnická je zaměřena zejména na centralizaci předčasných porodů, od začátku 24. týdne (23+1) do 32. týdne gestace (nejlépe formou *transportu in utero*) a dále se soustředí na stavy s možným vitálním ohrožením ženy nebo plodu (závažné kardiopatie, diabetes, těžká preeklampsie, případy intrauterinní růstové retardace plodu, vrozené vývojové vady...¹²³).

Porodem (partus) je nazýváno každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec, o minimální hmotnosti 500 gramů, nebo i novorozenec o nižší hmotnosti, přežije-li alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je rovněž stanovena minimální hmotnost 500 gramů (je-li hmotnost mrtvěrozeného plodu nižší než 500 gramů, nejedná se o porod, ale o potrat).¹²⁴ Porod, toto poměrně krátké, několik hodin trvající období, může mít zcela zásadní vliv na další bytí či nebytí dítěte a na kvalitu

¹²⁰ Srov. Zwinger, A, et. al., *Porodnictví*. 2004. S. 197-199.

¹²¹ Srov. Zwinger, A, et. al., *Porodnictví*. 2004. S. 197-199.

¹²² Srov. Zwinger, A, et. al., *Porodnictví*. 2004. S. 199-201.

¹²³ Srov. <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>

¹²⁴ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 121.

jeho dalšího života. Obecně se riziko vzniku poškození novorozence v prepartálním období nazývá distres plodu.¹²⁵ Porod může být spontánní, anebo může být veden operativně.

U **spontánního porodu** rozlišujeme čtyři doby porodní. První doba porodní (otevírací) začíná nástupem pravidelné děložní činnosti, odtokem plodové vody a končí zánikem porodnické branky. Mezi vážné komplikace, které se v této fázi porodu mohou vyskytnout, patří: hypoxie plodu, pupečnickové komplikace (př. zauzlení pupečnicku), abrupce placenty, hypertenze rodičky, křečové stavy, embolie, aj. V těchto situacích je nezbytné neprodleně ukončit porod akutním císařským řezem. Druhá doba porodní (vypuzovací) začíná okamžikem zániku porodnické branky (kdy plod v jejím průběhu prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami) a končí porodem plodu. I v této době může být plod ohrožen hypoxií. Když je plod vstouplý již hluboko v pánvi, není možné provést císařský řez, k urychlení porodu je volen porod klešťový nebo porod pomocí vakuumextraktoru. Třetí doba porodní následuje po porodu dítěte a končí porodem placenty a plodových obalů. Není-li placenta po porodu celá, musí být vybavena operativně (tzv. lysis manualis placentae). Čtvrtá doba porodní, zahrnuje období dvě hodiny po porodu placenty. Vážnou komplikací může být silné poporodní krvácení, způsobené větším porodním poraněním, anebo nedostatečným stažením dělohy po porodu.¹²⁶

Porodnická operativa má ve srovnání s chirurgickými výkony jiných operačních oborů řadu specifík. Předně se jedná o operační výkony, které nejsou prováděny na jednom pacientovi, ale jeden výkon řeší situaci dvou i více pacientů, tj. matky, plodu, event. plodů, jak je tomu u vícečetného těhotenství. Různá rychlost porodního děje s dynamickými změnami podmínek mění často indikace k porodnickým výkonům. Řada porodnických operací se vykonává z akutní indikace při ohrožení zdraví a života matky, plodu nebo obou. Tyto mnohdy stresující situace se v nemalé míře podílí na výskytu operačních komplikací.¹²⁷

Forceps (klešťový porod) je instrumentální vybavení hlavičky plodu z porodních cest matky, přičemž hlavička plodu musí být vstouplá minimálně v šíři pánevní. Indikace může být ze strany matky i ze strany plodu, často se překrývají, doplňují a sdružují. Častými důvody jsou: nepostupující porod ve II. době porodní, vyčerpaná rodička a akutní intrapartální hypoxie ve II. době porodní.¹²⁸

Vakuumextraktor, je přístroj, jež se používá k extrakci plodu z porodních cest trakcí za pelotu uchycenou na hlavičce plodu pomocí podtlaku (vytvořeného vakua).

¹²⁵ Od početí do věku 40 let, je člověk nejvíce ohrožen na životě v době porodu. Srov. Roztočil, A., *Akutní intrapartální hypoxie plodu*, in *Moderní porodnictví*, 2008, s. 263.

¹²⁶ Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 121-141

¹²⁷ Srov. Roztočil, A, et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 321.

¹²⁸ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 332-333.

Indikace jsou obdobné, ale ne totožné jako u klešťového porodu. Příkladně se nesmí použít u plodů, jejichž hmotnost je menší než 2500g (riziko vzniku subdurálního hematomu, poškozením nezralých cév hlavičky plodu podtlakem).¹²⁹

Sectio caesarea (císařský řez) je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy skrz cestu břišní. Zmínku o plodu, jež vystupuje z matčina těla, nikoli cestami přirozenými, ale přímo z dutiny břišní, nacházíme již v mytologii. Řecký bůh lékařství Asklépios byl vyňat Apollonem z těla své matky Koronis zabitě Artemidou. U živé těhotné ženy byl císařský řez poprvé proveden v roce 1500, zvěrokleštíčem Jakubem Nuferem (na mrtvé ženě jej prováděli již staří Římané). Další řez byl proveden pravděpodobně až v roce 1610 chirurgem Jeremiášem Trautmannem za asistence Christoha Seethe. Po otevření dělohy bylo vybaveno bez komplikací dítě i placenta, krvácení bylo malé a tišilo se odvarem z koření. Děloha sešita nebyla, bylo provedeno jen několik stehů na kůži. Díky tomu se operační rána za krátkou dobu rozevřela a děloha se pokryla hustým hnisavým povlakem. Poté, co bylo nedělce dovoleno vstát z lůžka, po několika krocích omdlela a do půl hodiny zemřela (patrně následkem plicní embolie), dítě přežilo.¹³⁰ Aby mohlo být přistoupeno k císařskému řezu, nesmí být naléhající část plodu vstoupila v porodních cestách. Indikace může být ze strany matky, plodu, nebo mohou být i kombinované.¹³¹ Indikací může být i dlouhotrvající, nepostupující porod (již profesor Trapl varoval: „*At' slunce dvakrát nezapadne nad rodičkou*“ /tzn., ať porod nepřekročí 48 hodin/).¹³²

2.7 Neonatologická JIPR perinatologického centra

Neonatologická JIRP je zaměřena na diagnostiku a léčbu všech patologických stavů u novorozenců, a to nejen novorozenců přímo porozených v perinatologickém centru, ale i novorozenců dovezených do perinatologického centra z jiných zdravotnických zařízení nebo z terénu. Péče je zacílena na extrémně nezralé a těžce nemocné novorozence (tj. novorozence ohrožené perinatální infekcí, perinatální asfyxií, intrauterinní růstovou retardací, novorozence na dlouhodobé plicní ventilaci, s vrozenými vývojovými vadami...)¹³³

¹²⁹ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 332-333.

¹³⁰ Srov. Slezáková, L., et. al., *Úvod do gynekologie a porodnictví*, 2010, s. 9; srov. Koudelková, V., *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*, 2013, s. 11. Legendární římský král Numa Pompilius (715 – 672 př. Kr.) vydal *Rex regia*, v němž uvedl: „*Negat lex regia mulierem quae pregans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur: qui contra facerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur ...Zakazuje královský zákon ženu, která zemře těhotná, pohřbít, aniž byl předem vyříznut její plod...*“ Předpokládalo se totiž, že by plod mohl smrt matky přežít. In Zeman, Z., Doležal, A., *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*, 2000, s. 12-13.

¹³¹ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 332-333.

¹³² Srov. Štembera, Z., *Rodička včera, dnes a zítra*, 2016, s. 20

¹³³ Srov. <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>

Těžištěm zájmu a práce na neonatologických jednotkách intenzivní a resuscitační péče, již není jen záchrana života novorozenců, ale zejména optimalizace jejich stavu a zabezpečení dobrých podmínek pro jejich další vývoj. Snahou je tzv. „*developmental care*“, tj. péče zajišťující nedonošenému či nemocnému novorozenci maximální komfort. Tomuto modelu odpovídá pět základních měřitelných kategorií, tj. ochrana spánku, hodnocení a management bolesti a stresu, denní aktivity zaměřené na vývoj (př. klokánkování), léčebné prostředí a péče zaměřená na rodinu.¹³⁴ Mezi nejdůležitější potřeby rodičů, jejichž dítě je umístěno na neonatologické JIRP patří: přesné informace a zapojení do péče o dítě, možnost pozorovat a ochraňovat dítě, kontakt s dítětem, respektující přístup ošetřujícího personálu, individualizovaná péče a dobrý vztah s ošetřujícím personálem. K tomu, aby mohly být tyto rodičovské potřeby naplněny, jsou nezbytné další čtyři podmínky: emoční podpora, posilování rodičovských kompetencí, vstřícné prostředí s podporujícím přístupem celého oddělení a možnost získat nové praktické dovednosti v péči o dítě pod odborným vedením.¹³⁵

2.7.1 Novorozenec asfyktický

Perinatální asfyxie je velmi závažný stav, jenž vzniká v důsledku kombinace hypoxie a ischemie, což má za následek hypoxemii, hyperkapnii a metabolickou acidózu.¹³⁶

Etiologie perinatální asfyxie je pestrá, Evžen Čech uvádí šest skupin nejčastějších příčin: A) přerušení průtoku krve pupečnickem (komprese pupečnicku, výhřez pupečnicku, pravý uzel na pupečnicku), B) porušení výměny plynů na úrovni placenty (předčasné odloučení placenty, placenta praevia, placentární insuficience např. u přenášení), C) špatná perfuze na mateřské straně placenty (hypotenze nebo hypertenze matky, abnormální děložní kontrakce), D) zhoršená oxygenace matky (závažné kardiopulmonální onemocnění, těžká anémie), E) onemocnění plodu (srdeční selhání u některých srdečních vad a arytmií, těžká anémie např. u Rh-izoimunizace), F) všechny stavy u novorozence, které vedou po porodu k nedostatečné inflaci a perfuzi plic (aspirace mekonia, perzistující plicní hypertenze, adnatní pneumonie či sepse, těžká nezralost spojená s respiratory distress syndromem, apnoe, plicní hypoplazie při agenezi ledvin nebo brániční kýle).¹³⁷

Léčba zahrnuje včasné ukončení těhotenství, resuscitaci novorozence, zajištění ventilace a perfuze, kompletní monitorování vitálních funkcí, léčbu křečí, kontrolu edému mozku. Po asfyktickém inzultu může dojít u novorozence k úplnému uzdravení,

¹³⁴ Srov. Takács., et.al., *Psychologie v perinatální péči*. 2015, s. 117

¹³⁵ Srov. Takács., et.al., *Psychologie v perinatální péči*. 2015, s. 123.

¹³⁶ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 166-171.

¹³⁷ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 166-171.

ale i k jeho těžkému poškození s trvalými následky, 15-20% z asfyktických novorozenců zemře.¹³⁸

2.7.2 Novorozenec extrémně nezralý

Extrémně nezralý novorozenec je definován gestačním stářím 26+0 týden a méně, anebo porodní hmotností pod 1000 gramů. Základní zabezpečení extrémně nezralých novorozenců spočívá v koncentraci předčasných porodů do perinatologických center, řádné resuscitaci ihned po narození, uložení do inkubátoru, zajištění ventilace (kyslík, CPAP nebo řízená ventilace, surfaktant), zajištění cévních vstupů, léčba oběhových poruch (volumexpanze, katecholaminy), podání parenterální výživy, monitorování vitálních funkcí a vnitřního prostředí a řešení přidružených komplikací.¹³⁹ Mezi nejzávažnější a nejčastější komplikace extrémně nezralých novorozenců patří: *respirační problémy* (syndrom dechové tísně /RDS/, bronchopulmonální dysplazie /BPD/, vrozená pneumonie, apnoické pauzy, hypoplazie plic, krvácení do plic), *kardiovaskulární problémy* (otevřená tepenná dučej /PDA/, hypotenze, hypertenze, bradykardie), *hematologické problémy* (anémie, hyperbilirubinémie, krvácení do jater a nadledvin, časná a pozdní hemoragická nemoc /nedostatek vitamínu K/), *gastrointestinální problémy* (nekrotizující enterokolitida, poruchy trávení), *metabolické a endokrinní problémy* (hypoglykémie, hyperglykémie, hypokalcémie, hypotermie, snížení T4), *centrální nervový systém* (periintraventrikulární krvácení, periventrikulární leukomalacie, retinopatie, hluchota), *renální problémy* (hyponatrémie, hypernatrémie, hyperkalémie, renální tubulární acidóza, glykosurie, edémy), *infekce*.¹⁴⁰

Čím jsou novorozenci nezralejší, tím hůře je předpověditelné, zda přežijí, a pokud přežijí, zda nebudou mít trvalé, těžké následky.

2.8 Oddělení šestinedělí

Období šestinedělí začíná porodem placenty a končí 6 týdnů po porodu. Žena je nazývána nedělkou. První dny šestinedělí tráví většinou v nemocničním zařízení. Délku hospitalizace obvykle určuje její zdravotní stav, a mnohdy i zdravotní stav novorozence. V průběhu šestinedělí dochází v organismu ženy ke dvěma skupinám změn. Jde o změny involuční, jimiž se tělo nedělký dostává funkčně i anatomicky na předporodní úroveň a o změny progresivní, kdy se naopak rozvíjejí funkce orgánů, které byly v klidovém stavu. Zejména se jedná o nástup a průběh laktace. Důležité je však upozornit na skutečnost, že ani involuční změny nikdy nenavrátní organismus ženy do

¹³⁸ Srov. Čech, E., et. al., *Porodnictví*, 2010, s. 166-171.

¹³⁹ Srov. Janota, J., Straňák, Z., *Neonatologie*, 2013, s. 90-102

¹⁴⁰ Srov. Zwinger, A., et. al. *Porodnictví*, 2004, s. 492-493.

před-těhotenského stavu, a to ať po funkční, tak i po anatomické stránce. Podobně je to rovněž s estetikou těla ženy. Kojení podporuje sociální interakci a rozvoj psychiky novorozence.¹⁴¹

2.8.1 Poporodní psychický stav nedělky

Poporodní psychický stav nedělky je možno klasifikovat do tří stupňů, jež mohou v sebe přecházet. Mnohdy je obtížné ženu do té které skupiny zařadit. První a nejčtenější skupinou jsou ženy, které nikterak nevybočují. Svoji novou roli matky dobře zvládají, orientují se v interpersonálních vztazích a vnitřně prožívají pocit štěstí a spokojenosti. Druhým stupněm je tzv. **poporodní blues**. Jak uvádí Aleš Roztočil, někteří autoři jsou toho názoru, že postihuje až 70% všech rodiček. Projevuje se přechodným stavem psychické lability, plačtivostí, anxiozitou, podrážděností, poruchami komunikace s okolím, poruchami spánku, sebedůvěry, depersonalizace a nepokoje. Dochází ke změnám postoje k novorozenci ve smyslu negativních pocitů. Příznaky obvykle ustupují kolem 10. dne po porodu. Důležitý je chápající postoj okolí a profesionální přístup pečujících. Medikamentózní terapie není indikována. Třetím stupněm je tzv. **poporodní deprese**. Aleš Roztočil uvádí, že se vyskytuje u cca 10% neďelek. Může se rozvinout v kterémkoliv období po ukončení těhotenství, tj. od potratu (spontánního nebo umělého), přes mimoděložní těhotenství, předčasný porod, až k porodu termínovému. Příznaky se pohybují od lehké formy až po nebezpečné suicidální tendence. Největší frekvence výskytu je mezi 4. až 6. poporodním týdnem. Vyvolávající příčinou je porucha v hypotalamo-hypofyzo-adrenální ose s poruchou sekrece kortikotropin-releasing hormonu. Léčba spočívá v psychiatrické medikaci a v psychoterapii. Dále se můžeme setkat s termínem **poporodní /laktační/ psychóza**. Tento závažný stav se vyskytuje, jak uvádí Aleš Roztočil, cca u 0,1% populace neďelek. Pravděpodobně jde o druh schizofrenie, který se manifestuje v šestinedělí jako následek poruchy sekrece neurotransmiterů. Mnohdy jde o pacientky s psychiatricky zatíženou osobní nebo rodinnou anamnézou. Příznaky psychózy se obvykle dostavují mezi 2. až 3. poporodním dnem. V symptomatologii převládá anxiozita s maniodepresivními atakami a s halucinacemi. Pacientka v tomto stavu musí být hospitalizována a léčena na specializovaném psychiatrickém pracovišti.¹⁴²

2.9 Specifické konfliktní situace v perinatologii

V medicíně obecně je vycházeno ze dvou základních etických principů, *principu prospěšnosti* a *principu respektování autonomie pacienta* (informovaný souhlas).

¹⁴¹ Srov. Roztočil, A., et.al., *Moderní porodnictví*. 2008, s. 127, 129, 130

¹⁴² Srov. Roztočil, A., et.al., *Moderní porodnictví*. 2008, s. 129-130.

Prospěšnost zásahu ovšem nelze oprostít od jedinečnosti každého člověka, od jeho plánů, očekávání a ideových názorů. Tým výkon má pro různé jedince různou „prospěšnost“ anebo „škodu“ (např. pro svědky Jehovovy je škoda způsobená podáním transfuze ženě po náročném porodu daleko větší, než prospěšnost záchranu jejího života). V perinatologii je navíc celá situace zkomplikována tím, že do obvyklé dyády (tj. lékař – pacient), vstupuje třetí účastník (plod, novorozenec). Tímto se oblast možných „konfliktu zájmů“ ještě více rozšiřuje.¹⁴³

Ačkoliv jsou přání rodičů a zdravotníků totožné (zdravá žena, zdravé dítě), je jejich situace odlišná. Na úseku perinatologického centra zastávají rozdílné sociální role a jejich vzájemný vztah má pro každého z nich jiný význam a jinou hodnotu. Zdravotník, jakožto profesionál, chce v první řadě dobře odvést svou práci, a i když se snaží nastávající matce porozumět a vžít se do jejích pocitů, nebývá na jejím osudu emočně angažován. Jakkoli se postavení ženy v systému perinatologické péče pozvolna posiluje, asymetrie ve vztahu žena-zdravotník, je ve své podstatě nezrušitelná. Zdravotník je v perinatologickém centru na své „domácí“ půdě a je to on, kdo poskytuje pomoc a kdo nese odpovědnost za rozhodnutí v případě akutní krize. Považuje za samozřejmost, že může vstupovat do intimního prostoru ženy. Pozice zdravotníka je v hierarchické a přísně strukturované instituci perinatologického centra pevně ukotvená a pojí se s ní (zejména v případě lékařů) vysoký sociální status. Žena naproti tomu vstupuje přijetím do perinatologického centra na „cizí“ půdu a ocitá se ve vztahu závislosti co do většiny svých potřeb. To v ní může navozovat pocit odkázanosti, dokonce až bezmoci. V jejím těle se odehrává proces, který nemá pod kontrolou a k pocitům odkázanosti se může připojit i úzkost a strach. Hormonální změny zvyšují senzitivitu vůči novému prostředí, a žena pociťuje silnou potřebu emoční podpory. Zároveň se stává velmi zranitelnou vůči naladění a postojům zdravotnického personálu. Na rozdíl od zdravotníků, pro které je porodní situace každodenní zkušeností, je pro ženu její porod událostí výjimečnou, emočně nabitou a v mnoha případech i zcela novou a neznámou.¹⁴⁴

¹⁴³ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 381-382.

¹⁴⁴ Srov. Takács, L., et.al. *Komunikace v perinatální péči*, in *Psychologie v perinatální péči*, 2015, s. 17

3. POČÁTEK INDIVIDUÁLNÍHO LIDSKÉHO ŽIVOTA

Rozmach reprodukční medicíny je provázen řadou bioetických diskuzí, přičemž řada z nich se odvíjí od otázky počátku individuálního lidského života. Od jakého okamžiku je život člověka životem lidským? Jaký je status embrya? Je někým nebo jen něčím? Je lidskou bytostí a tedy do určité chvíle jen shlukem buněk, anebo je lidskou osobou, již mají být přiznána všechna lidská práva? Je embryo někdo nebo něco?¹⁴⁵

Názory na status lidského embrya jsou rozdílné, přičemž s určitostí lze tvrdit jen to, že lidské embryo je budoucím dítětem.¹⁴⁶ Cílem této kapitoly je poukázat na danou problematiku z hlediska medicínského, filosofického a z hlediska přístupu katolické teologie.

3.1 Počátek individuálního lidského života – nástin medicínského postoje

Z medicínského hlediska začíná nový lidský život v okamžiku, kdy se spojí genetická výbava vajíčka a spermie do jádra, které je schopno se dělit. Takto nově vzniklý jedinec (zygota) je vybaven jedinečným a neopakovatelným souborem genů (genomem), pod jehož vlivem se vyvíjí.¹⁴⁷ Rychlým, mitotickým dělením zygoty, vzniká kulovitý útvar, tvořený blastomerami, nazývajícím se morula. Morula vstupuje do dělohy a jako blastocysta se začíná implantovat a nidovat do děložní sliznice (6. – 11. den po fertilizaci). Druhý týden těhotenství je vymežován jako preembryonální. Embryo je v tomto vývojovém stádiu ploché a nazývá se bilaminární zárodeční terčík. Následuje období embryonální, tj. období organogeneze (3. a 12. týden), na jehož konci embryo přechází v plod. Fetální období je charakteristické vývojem orgánových systémů a zlepšením jejich funkce. Ve 38. týdnu je plod zralý a za normálních okolností připravený na podmínky mimoděložního prostředí.¹⁴⁸

V medicínské praxi je všeobecně uznávaným termínem, termín „*nenarozený pacient*“. Toto zakládá předpoklad, že z praktického hlediska nikdo nepochybuje o lidském charakteru nenarozeného dítěte.¹⁴⁹ Již římský lékař Paolo Zacchia publikoval

¹⁴⁵ Srov. + cit. Šipr, K, Mičo, M., Krumpolc, E. *Aktuální bioetické texty, deklaráce o eutanazii*, 2005, s. 14-15.

¹⁴⁶ Srov. Haškovcová, H., *Lékařská etika*, 2015, s. 115-116

¹⁴⁷ Genom lze právem považovat za organizační centrum, jež splňuje Aristotelův požadavek organizovanosti těla, pro uznání přítomnosti rozumové duše. Srov. Šipr., K., *Začátek individuálního lidského života a lidská důstojnost*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, 2012, s. 18 a 21.

¹⁴⁸ Srov. + cit. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 572-573.

¹⁴⁹ Srov. Šipr., K., *Začátek individuálního lidského života a lidská důstojnost*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, 2012, s. 20.

v roce 1621 knihu *Questiones medico-legales*, v níž tvrdí, že duše musí být „vstřípena v prvním okamžiku početí“¹⁵⁰.

Medicinský postoj k prenatalně se vyvíjejícímu lidskému jedinci, vychází z povinnosti všech zdravotnických pracovníků postupovat *lege artis*. Již nenarozené dítě je vnímáno jako svébytný příjemce zdravotní péče, přičemž okamžik narození zde není určující. Lidský plod (neosobní jedinec, uvnitř osobního jedince) je vyšetřován a léčen. Z právního hlediska je situace ovšem poněkud komplikovanější. Zdravotničtí pracovníci jsou povinni jednat v souladu s obecně závaznými právními předpisy a zákony dané země. Pro oblast medicíny jsou z nadnárodního hlediska důležité zejména dvě úmluvy, které byly do českého právního řádu převzaty, tj. *Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny* (publikovaná pod č. 96/2001 Sb. m.s.) a *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod* (č. 209/1992 Sb.), ve znění dodatkových protokolů. Z hlediska čistě vnitrostátních, obecně závazných právních předpisů je nejdůležitějším dokumentem *Listina základních práv a svobod* (č. 2/1993 Sb.), předně pak její článek 6 odst. 1, kde se jasně píše, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Ale, jak uvádí Lukáš Prudil: „*Problematickou zůstává ona skutečnost, že není nijak definován lidský život, kdy počíná a koneckonců ani kdy končí. Z uvedeného ustanovení Listiny nelze dovozovat, že by lidský zárodek byl postaven na roveň žijícímu člověku.*“ Mezi důležité zákony pak patří *zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*, ve znění pozdějších předpisů, *zákon č. 95/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických pracovnících*, ve znění pozdějších předpisů a *zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře*, ve znění pozdějších předpisů. Vedle právního rámce, existují i doporučení, která sice nejsou právně závazná, ale přesto je třeba, na ně nahlížet ve světle vyvíjejících se, odborných poznatků. Jedná se o doporučené postupy České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a na nadnárodní úrovni pak doporučení Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO).¹⁵¹

Z uvedeného plyne, že lidský život je vnímán jako evolutivní proces, jehož vývoji odpovídá intenzita ochrany, vrcholící okamžikem narození.¹⁵² Za okamžik narození je

¹⁵⁰ Srov. + cit. Šipr, K, Mičo, M., Krumpolc, E. *Aktuální bioetické texty, deklaráce o eutanazii*, 2005, s. 20.

¹⁵¹ Srov. + cit. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 572-573.

¹⁵² Morální status lidského embrya byl zásadním způsobem zpochybněn, když ve většině zemí došlo k legalizaci potratu na žádost žen do 12. týdne těhotenství. Slovy morálky to pak znamená, že autonomie těhotných žen přesahuje zájmy embrya, a že embryu musí být přiznán menší morální status než ženě. Tímto způsobem vypadlo lidské embryo z lidské komunity. Srov. Ostró, A., Pilka, L., Lešník, F. *Reprodukční medicína, současnost a perspektivy*, 2009, s. 23. Násilné ukončení těhotenství v Českém právním řádu do roku 1950, bylo považováno za závažný (nepovolený) trestný čin. Jak píše Jan Kohoutek: „*Od 1. 9. 1852 platil na našem území trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích č. 117/1852 Ř.z. Ten, stejně jako kodifikace trestního práva před ním z let 1803 a 1787, považoval potrat, nazývaný vyhnání plodu, za zločin.*“¹⁵² Zákon nestanovoval žádnou hranici, která by určovala, kdy je plod

považován moment, kdy se plod uvolní z těla matky vypuzením, v rámci druhé doby porodní nebo vynětím při porodu císařským řezem. Prenatálně se vyvíjející jedinec, je do okamžiku porodu součástí matčina těla. Přičemž zájmy těhotné ženy se mohou se zájmy plodu lišit, nastalá situace je hodnocena jako materno-fetální konflikt.¹⁵³ Při život ohrožujících stavech stále platí to, co platilo již v římském právu, tj. že přednost má život existující, před životem potenciálním, tj. musí-li se rozhodnout, zda má být zachráněn život a zdraví těhotné (rodičky) nebo plodu, má jednoznačně přednost těhotná žena (rodička). Ačkoliv je život nenarozeného dítěte ústavně chráněnou hodnotou, právní osobností se stává až okamžikem narození a teprve od tohoto okamžiku disponuje všemi právy, jež právní řád člověku přiznává. Nadto získává ještě specifická práva, náležející pouze dětem, jež jsou formulována zejména v Úmluvě o právech dítěte (č. 104/1991 Sb.), na zákonné úrovni pak v občanském zákoníku.¹⁵⁴ Status samostatné lidské bytosti nepřiznává nenarozenému dítěti ani trestní právo. Plod je považován za součást těla matky a jeho usmrcení v jejím těle, je dle výkladu Nejvyššího soudu ČR považován za těžkou újmu na zdraví matky.¹⁵⁵

3.2 Počátek individuálního lidského života – nástin filosofického pojetí

Současná filosofie nahlíží na danou problematiku dvěma základními směry, jimiž jsou ontologický personalismus a empirický funkcionalismus.¹⁵⁶

Ontologický personalismus soudí, že lidský život začíná okamžikem početí. Na otázku, zdali je lidské embryo již od počátku osobou, odpovídá ontologický

možné usmrtit a kdy už ne, vyvíjející se jedinec tak byl chráněn po celou dobu těhotenství stejně. Ať byl usmrcován („vyháněn“) kdykoliv, vždy bylo výsledkem mrtvé („ze života vyhnané“) dítě, tedy člověk. Srov. Kohoutek, J., *Právní úprava násilného ukončení těhotenství v Českém právním řádu*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením*. Sborník příspěvků, 2012, s. 160.

¹⁵³ Munzarová M, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální problematika některých lékařských oborů*, 2000.

¹⁵⁴ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 576

¹⁵⁵ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn 11 Tdo 879/2007: „Dle koncepce přijaté trestním zákonem není tudíž lidský plod považován za samostatnou lidskou bytost, nýbrž za „součást“ matky, a jeho usmrcení je tedy těžkou újmu na zdraví matky.“. Shodně také rozhodnutí publikované ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek pod. č. Rt 43/2006: „Jednání pachatele bezprostředně směřující k úmyslnému usmrcení těhotné ženy (a tím i jejího nenarozeného dítěte) nelze právně posoudit jako pokus trestného činu vraždy... spáchaný proti dvěma osobám..., neboť lidský plod nelze pokládat za lidského jedince, který používá přímé ochrany ustanovením o trestném činu vraždy. Při útoku zaměřeném prvotně na život těhotné ženy je ochrana lidskému plodu poskytována zprostředkovaně, a to zvýšenou trestností trestného činu vraždy danou znakovým spáchaním činu „na těhotné ženě“... Srov. + cit. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 576

¹⁵⁶ Srov. Křenek, J., *Lékařská etika*, 2008, s. 85.

personalismus kladně.¹⁵⁷ Život člověka je kontinuální (od zygoty až po smrt) a nelze stanovit hranici mezi *ještě ne* a *už ano*. Rozdíl mezi lidskou bytostí a osobou neexistuje. Osoba je definována jako bytost s lidským jaderným genomem (příslušnost k druhu *Homo sapiens sapiens*). Respekt, ochranu a přiznání práv si zaslouží už i zygota. Aby byl u embrya zdůrazněn status osoby, je o něm často mluveno jako o prenatalním dítěti. Nové argumenty pro uznání, že je lidská zygota samostatným lidským jedincem, podpořili mimo jiné i úspěchy fertilizace in-vitro. Lidské embryo, uchovávané při životě mimo tělo matky, je bytost autoreglativní (samo řídí svůj vývoj), autonomní (má svou vlastní genetickou výbavu) a autogenerativní (oddělí-li se z embrya jedna buňka, může z ní vzniknout jeho dvojče).¹⁵⁸ K ontologickému personalismu, tj. k názoru, že život začíná okamžikem spojení zárodečných buněk, se hlásí i katolická církev.¹⁵⁹

Empirický funkcionalismus naproti tomu zastává názor, že rozdíl mezi lidskou bytostí a osobou existuje. Embryo je od početí lidskou bytostí (*human being*), ale ne lidskou osobou (*human person*). Embryo je lidská bytost, ze které se osoba možná vyvine. Tak jako princ Charles ještě není anglickým králem, ale k této situaci se blíží, není ještě embryo osobou, i když se k tomuto stavu přibližuje. Do okruhu lidských osob může lidská bytost vstoupit, ale může jej i opustit.¹⁶⁰ Funkcionální chápání osoby, teoreticky vychází z filosofie Johna Locka, jenž definuje osobu v termínech určitých aktuálních schopností. Základní myšlenka tohoto pojetí spočívá v tom, že určitá bytost x (organismus) je osobou pouze tehdy, pokud splňuje několik funkcionálních vymezení, tzn.: 1) schopnost vědomí sebe sama S_1 , 2) schopnost orientace v prostoru a čase S_2 , 3) schopnost mít přání S_3 a 4) schopnost mít plány ohledně budoucnosti S_4 . Na základě tohoto pak platí, že x je osobou O za předpokladu, že jsou splněny podmínky $S_1 \dots S_4$. Z výše uvedeného jasně vyplývá, že řada lidských bytostí tyto definiční kritéria nesplňuje a pokud o nich nelze hovořit jako o osobách, není povinností jim přiznat ani práva, která osobám náleží, včetně práva na život.¹⁶¹

V užším pojetí empirického funkcionalismu je možné stanovit čtyři hypotézy: 1) Osobou je každý, kdo má *kognitivní kapacitu*, tj. každý, kdo má vědomí sebe sama, kdo je schopen, se svobodně rozhodovat, kdo má schopnost jazykové komunikace. Zygota, embryo a fétus osobami nejsou. Nejsou jimi však ani novorozenci, stejně jako lidé těžce senilní a mentálně postižení. 2) Osobou je každý, kdo je schopen *morálního*

¹⁵⁷ S přihlédnutím k Boëthiově definici člověka jako individuální podstaty s rozumovou přirozeností */individua substantia rationalis naturae/*. Srov. Lajkep, T., *Status lidského embrya z hlediska filosofické antropologie, Scripta bioethica*, 2003, roč. 3, č. 4, s. 4-11.

¹⁵⁸ Srov. Šipr., K., *Začátek individuálního lidského života a lidská důstojnost*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, 2012, s. 16 – 17.

¹⁵⁹ Srov. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 166-167.

¹⁶⁰ Srov. Vácha, M., Kónigová, R., Mauer, M., *Základy moderní lékařské etiky*, 2012, s. 45-54, 193, 197.

¹⁶¹ Srov. + cit. Černý, D., *Kdo je lidské embryo? Vědecko-filosofická perspektiva*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, 2012, s. 38-39.

rozvažování, tj. každý, kdo je schopen rozlišovat a konat dobro. Zygota, embryo a fétus osobami nejsou. Nejsou jimi však ani novorozenci, stejně jako lidé těžce senilní a mentálně postižení. 3) Osobou je každý, kdo je schopen *cítění libosti a nelibosti*, tj. každý, kdo má kapacitu pro vnímání radosti a bolesti (vychází z etiky hédonismu). Embryo, fétus, novorozenec, lidé těžce senilní a mentálně postižení již osobami jsou, ale např. pacienti v perzistentním vegetativním stavu osobami nejsou). 4) Osobou je každý, kdo je *součástí sociální matrix* (vstupuje do vztahů). Např. konstatují-li rodiče, že jsou jejich zmrazená embrya biologickým materiálem, pak skutečně biologickým materiálem jsou. Pokud naopak řeknou, že zmrazená embrya jsou jejich milované děti, pak jsou tato embrya osobami.¹⁶² Z uvedeného vyplývá, že i mezi empirickými funkcionalisty panuje jistá neshoda v definičním vymezení osoby a empirický funkcionalismus je rozštěpen do rozmanitých forem.¹⁶³

Gradualismus zastává názor, že vývoj lidského jedince je graduální, lineárně rovnoměrný. Embryo má podstatnou, i když ne absolutní hodnotu a v průběhu intrauterinního vývoje, se jeho práva zvětšují. Embryo/fétus má nárok na odstupňovanou ochranu. S trochou nadsázky lze konstatovat, že čím více buněk embryo tvoří, tím je morálně hodnotnější. Zygota nemá žádná práva (0%) a jakožto jediná buňka má nulovou důstojnost (0%). Oproti tomu novorozenec je již plnohodnotnou osobou, má stoprocentní práva (100%) a stoprocentní důstojnost (100%). Gradualismus však nikdy nedefinoval, co by byla *částečná důstojnost* některého z prostředních stádií, ve škále mezi zygota – novorozenec. Stejně jako nikdy nevysvětlil, proč by se vývoj dignity měl zastavit po narození a proč by status osoby neměl různě stoupat a klesat i v průběhu celého lidského života.¹⁶⁴

Jednu z nejradiálnějších myšlenek empirického funkcionalismu prezentuje australský utilitarista Peter Singer, jenž předkládá následující definici osoby: „*Osoba je bytost s vědomím vlastní existence a se schopností mít přání a plány ohledně budoucnosti.*“¹⁶⁵ Roční dítě proto není o nic víc osobou než pes nebo prase. V Singerově pojetí osoby má důležitou roli kvalita života, a proto je pro něj eticky ospravedlnitelné aktivní usmrcení těžce nemocného novorozence, ale i dítěte s genetickou poruchou (jako je Downův syndrom), když rodiče s tímto souhlasí a netrvají na tom, aby jejich dítě žilo.¹⁶⁶ Singer je přesvědčen, že hodnota lidského

¹⁶² Srov. Vácha, M, Kónigová, R., Mauer, M., *Základy moderní lékařské etiky*, 2012, s. 45-54, 193, 197.

¹⁶³ Srov. + cit. Černý, D., *Kdo je lidské embryo? Vědecko-filosofická perspektiva*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, 2012, s. 38-39.

¹⁶⁴ Srov. Vácha, M, Kónigová, R., Mauer, M., *Základy moderní lékařské etiky*, 2012, s. 45-54, 193-194.

¹⁶⁵ Srov. + cit. Černý, D., *Kdo je lidské embryo? Vědecko-filosofická perspektiva*, in *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, 2012, s. 38-39.

¹⁶⁶ Srov. Lidská důstojnost. Výběr studijních textů (pracovní, nekorigovaný text). Dostupné online: www.tf.jcu.cz/getfile/63965f0544ab35e1. „*Pokud smrt invalidního dítěte povede k narození jiného dítěte s lepší vyhlídkou na šťastnější život, pak je celkové množství štěstí větším, pokud by bylo invalidní dítě*

života je různá a tuto svou tezi představuje v knize *Rethinking Life and Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*. Singer zde uvádí, že není důležité, že člověk je člověk, ale je důležité, že člověk myslí a vnímá sám sebe jako určité já. Díky těmto aktuálním (a ne potenciálním) schopnostem je člověk osobou. Pokud lidská bytost nemůže vnímat minimálně bolest a slast, není součástí morální komunity.¹⁶⁷

3.3 Počátek individuálního lidského života – nástin postoje katolické církve

Stanovisko katolické církve je jednoznačné. Vyjadřuje jej nápis na katedrále v Chartres: *Magnacum reventia creavit Deus hominem* = Bůh stvořil člověka s velikou úctou. S touto úctou je vždy třeba přistupovat k daru života.¹⁶⁸ „Každá lidská bytost je předmětem nekonečné Pánovy něhy a v jejím životě přebývá sám Pán (*Evangelium gaudii EG 274*).“ Embryo je nové, jedinečné jsoouco (entita), odlišné od otcovského i mateřského organismu. Osoba je definována jako jednota těla a duše a je považováno za špatné redukovat člověka buď jen na duši, nebo jen na tělo. Lidský život je darem Stvořitele a člověku není dovoleno tento dar odmítnout (ani jako jedinci, ani za počatý plod).¹⁶⁹

Již Tertullian (nejvýznamnější latinsky píšící křesťanský spisovatel přelomu 2. a 3. století), považoval početí za rozhodující okamžik pro stanovení počátku lidského života. Ve svých apologetických spisech zapsal: „*Est homo et qui est futurus*“ (je to lidská bytost a ten, kdo má být člověkem).¹⁷⁰

V Instrukci Kongregace pro nauku víry *Dignitas personae*, je uvedeno: „*Důstojnost osoby náleží každé lidské bytosti od početí do přirozené smrti (DP 1)*.“ „*Tělo lidské bytosti je již od prvních stadií své existence neredukovatelné na pouhý souhrn svých buněk. Embryonální tělo se rozvíjí postupně a podle přesně definovaného „programu“ a s vlastním cílem, který se ukáže narozením každého dítěte (DP 4)*.“ Podobně *Donum vitae*, když cituje stanovisko Deklarace o umělém potratu (*Declaratio de abortu procurato*), prohlašuje: „*Od okamžiku, kdy je vajíčko oplozeno, začíná nový život, který není ani životem matky nebo životem otce, ale životem nové lidské bytosti s jejím*

zabito. Ztráta šťastného života pro první dítě je převážena ziskem šťastnějšího života druhého dítěte. Proto, pokud by zabití hemofilického dítěte nemělo žádný nepříznivý dopad na okolí, je správné toto dítě zabít“ Cit. Singer P., *Sanctity of life or quality of life. Pediatrics*. 1983, č. 72, s. 128-129.

¹⁶⁷ Srov. Černý, D., *Infanticida (Zdravotnické právo a bioetika)*. Dostupné online: <http://zdravotnickepravo.info/infanticida/>.

¹⁶⁸ Srov. + cit., *Donum vitae*, úvodní slovo, 1987, str. 2

¹⁶⁹ Srov. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 166-167.

¹⁷⁰ Srov. + cit. Tertullianus, *Apologeticus IX*, PL I, p. 31 (Early Church Fathers, Vol. 10, ed. Roy Deferrari, Fathers of the Church Inc., New Yourk, 1950, p. 32), in Šipr, K, Mičo, M., Krumpolc, E. *Aktuální bioetické texty, deklaráce o eutanazii*, 2005, s. 19.

*vlastním růstem. Tato bytost by se nikdy nestala lidskou, kdyby už lidskou nebyla.*¹⁷¹ Jan Pavel II. v Encyklice *Evangelium vitae* píše: „*Ačkoliv přítomnost rozumné duše nemůže být potvrzena žádným experimentálním důkazem, vlastní výsledky vědeckého bádání o lidském embryu poskytují cenné poznatky, z nichž lze rozumově rozeznat, že je již přítomna lidská osoba, a to od první známky života: proč by tedy živoucí lidská bytost neměla být také lidskou osobou?*“ A dále zde připomíná slova písma: *Bůh totiž stvořil člověka k nedotknutelnosti a učinil ho obrazem vlastní nepomíjivosti (Mdr 2,23).*¹⁷²

¹⁷¹ Srov. + Cit. *Donum vitae*, No I., 1, *Evangelium vitae*, No. 60, in Šipr, K, Mičo, M., Krumpolc, E. *Aktuální bioetické texty, deklaráce o eutanazii*, 2005, s. 19.

¹⁷² Srov. Graubner Jan, *Předmluva EV*, 2006, s. 3

4. PRÁVO NA (ZDRAVÉ) DÍTĚ, ETICKÉ PROBLÉMY REPRODUKCE

V předcházející kapitole byla nastíněna problematika počátku individuálního lidského života. Jedná se o problematiku, od níž se odvíjí řada dalších, mimořádně složitých otázek. Jednou z nich je otázka, zdali má člověk (partneři) právo na dítě. Přání mít dítě se svým životním partnerem je silné a někdy zůstává nenaplněné. Moderní medicína se snaží pomoci bezdětným párům prostřednictvím metod asistované reprodukce. Zároveň se přitom objevily zřetelné eugenické tendence, které zmiňují nejen právo na dítě, ale uvádějí právo na zdravé dítě. Diskuze jsou vedeny nad významem genetického poradenství v rámci prenatalní diagnostiky, interrupcemi z genetické indikace, možnostmi asistované reprodukce a s tím související manipulace se zárodečnými buňkami a embryi. Jak uvádí Eduard Kočárek: „*Není pochyb, že molekulárně genetickými objevy otevřelo lidstvo Pandořinu skříňku, v jejímž nitru se skrývají naděje slibující výrazný pokrok i obavy z možného zneužití.*“¹⁷³ Člověk má svobodu a tvůrčí schopnost přemýšlet, vynalézat a experimentovat, má ale i svědomí a rozum, kterými zvažuje pozitivní a negativní důsledky svého jednání. Musí zvažovat mezi *můžu* a *smím*. „*Věda bez svědomí může vést jen ke zkáze člověka (Donum Vitae B).*“

Každý dospělý (svéprávný) člověk má právo svobodné volby, ale zároveň je i nositelem odpovědnosti za svá rozhodnutí. V perinatologii tomu není jinak. Zdravotníci i rodina mají společný cíl, tj. zdravá rodička a porod zdravého dítěte. V případě, že je tento cíl naplněn, nikdo zpravidla již dále neuvažuje nad tím, co těhotenství předcházelo a jakým způsobem bylo dítě počato. Vše se ale změní ve chvíli, kdy se narodí dítě extrémně nezralé nebo dítě s postižením. Jiří Šimek v rámci úvah nad lidskou reprodukcí píše: „*Každá stavba, každé lidské úsilí vychází z nějakého základu. Když je základ špatně postavený, stavba, dílo, musí mít vady. Proto není jedno, jakým způsobem a v jaké atmosféře je dítě počato.*“¹⁷⁴

Výrazný pokrok v oblasti medicíny přinesl řadu etických dilemat, při jejichž řešení stále neexistuje jednotná odpověď. Mravní konsenzus v mnoha oblastech nemohl vzniknout, jednak vzhledem ke krátké době, jež uplynula od objevení nových možností, ale i vzhledem k vážným kontroverzím v debatě o jejich přípustnosti.¹⁷⁵

V rámci této kapitoly se snažím poukázat, že perinatologické období nelze odtrhnout od období, jež mu předcházelo (období před početím a prenatalní vývoj) a zároveň alespoň krátce nastínit problematiku vybraných etických dilemat, řešených v perinatálním a jemu předcházejícím období.

¹⁷³ Cit. Kočárek, E., *Genetika*, 2004, s. 196.

¹⁷⁴ Cit. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 173-174.

¹⁷⁵ Srov. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 97, 166-173.

Etická dilemata vznikají z nutnosti volby člověka mezi dvěma či více alternativami, přičemž není jasné, které řešení je to „správné.“ Podílet se na rozhodnutích v eticky dilematických situacích není jednoduché a nese s sebou jistá rizika, jako jsou pocity viny, selhání, nekompetentnosti, anebo dokonce nemorálnosti.¹⁷⁶ Velký díl odpovědnosti přitom mají všichni aktéři, tj. odborný personál a především samotní rodiče. Nezřídka se poté stává, že rodina, jež se nachází v situaci rizikového nebo patologického těhotenství nebo se již potýká se situací narození nezralého nebo postiženého dítěte, trpí často pocity viny, že si za danou situaci mohou sami, což ještě více prohlubuje stav tíživé situace, v níž se rodina nachází.

Ve výběru nastiňuji ta etická dilemata, jež považuji za nejvíce diskutovaná v podmínkách české perinatologie. Pastorační péči a pomoc v dané situaci považuji za velkou výzvu dnešní doby.¹⁷⁷

4.1 Genetické poradenství, interrupce z genetické indikace

Genetické poradenství může rodičům dopomoci k narození zdravého dítěte, na druhé straně (v případě zjištění určité abnormality), může přispět nebo být i jistým nátlakem k volbě interrupce.¹⁷⁸ Interrupce je definována jako umělé ukončení těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu (lidský zárodek, již uhnízdění v děloze, je zahuben a zlikvidován). Interrupce z genetické indikace je v ČR povolena do 24. gestačního týdne. Jejím účelem je zábrana porodu dítěte s vrozenou vadou. Jedná se o eufemistické označení antenatální selekce. Jak uvádí Jiří Šimek, léčba genetické vady dnes ještě není možná, pokud se zjistí vada u plodu, jediná možnost „léčby“ je jeho zabití.¹⁷⁹ Vlastní rozhodnutí o výkonu náleží ženě. Diskuze jsou vedeny zejména nad vadami, které jsou slučitelné s postnatálním životem. Příkladně průkaz Downova syndromu u dítěte, bývá pro některé ženy jasným důvodem k interrupci, pro jiné nikoliv. Nesnadná situace může nastat i v případě diagnózy, která předpokládá interrupci, ale rodiče ji odmítnou. Rodině (zejména matkám), které trvají na zachování těhotenství i přes informace, že jde o vadu neslučitelnou se životem (např. anencefalus, oboustranná ageneze ledvin) je nutné

¹⁷⁶ Srov. Wiczmányová, D., Tkáčová, L., *Etické dilema a aspekty ochrany života v ošetrovatelství*, akt. 2. 11. 2013, dostupné [online]: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/eticke-dilema-a-aspekty-ochrany-zivota-v-osestrovatelstvi-468393>

¹⁷⁷ V pastorační konstituci *Gaudium et spes* (1965), dala církve jasně najevo, že již nechce nadále vytvářet „svůj svět“, oddělený od okolního světa a chráněný před jeho temnotami, ale vstoupit s ním do skutečného dialogu. Srov. Dřímál, L., „Co soudí církev o člověku?“ (GS 11). *Pokus o shrnutí základních prvků nauky církve o člověku*. In Opatrný, A., et. al., *Pastorační péče o psychicky nemocné*, s. 14.

¹⁷⁸ Munzarová M, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální problematika některých lékařských oborů*, 2000.

¹⁷⁹ Srov. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 182.

věnovat zvýšenou pozornost. Pohled na defektního novorozence může být pro rodinu šokující.¹⁸⁰

Diskutabilní jsou i dědičné choroby, které zhoršují kvalitu a zkracují délku života jedince. Modelovou situací je geneticky podmíněná Huntigtonova choroba, která po cca 15. letém průběhu, končí kolem 55. roku života smrtí nemocného. Léčba ani prevence této choroby neexistuje. Dítě postiženého má 50% riziko, že také onemocní. K čemu je taková informace? Je sice dobré vědět, že jsem nositelem patologického genu, když zvažuji, zda budu mít děti. Ale dokáže každý žít další řadu let s jistotou, že v 55 letech po několikaletém utrpení zemře? Klasik české literatury Karel Jaromír Erben, v tom měl jasno: „*Však lépe v mylné naději sníti, před sebou čirou temnotou, nežli budoucnost odhaliti, strašlivou poznati jistotu.*“¹⁸¹

Postoj katolické církve k interrupcím z genetické indikace je odmítavý. Život je více než kvalita, původcem života je Bůh, člověku nenáleží něco posuzovat nebo napravovat: „*...Prenatální diagnostika těžce odporuje mravnímu zákonu, počítá-li v závislosti na nálezu, s možností vyvolat potrat; diagnóza se nikdy nesmí rovnat rozsudku smrti (KKC 2275).*“

4.2 Asistovaná reprodukce, její možnosti a úskalí

Asistovaná reprodukce (umělé oplodnění) je lékařská pomoc partnerskému páru, který má problém s otěhotněním. Zahrnuje lékařské postupy a metody, při nichž dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi (včetně jejich uchovávání), a to za účelem „obejití“ neplodnosti ženy nebo muže. Mezi nejběžnější metody asistované reprodukce patří: *intrauterinní inseminace* (IUI, tj. zavedení speciálně upravených spermií pomocí nástroje až do dělohy) a *in vitro fertilizace/embryo transfer* (IVF/ET, tj. oplodnění mimo tělo a následný přenos oplodněného vajíčka do dělohy). Dalšími metodami jsou *gamete intrafallopian tube transfer* (GIFT, tj. přenos gamet /vajíček a spermií/ do vejcovodu) a *zygote intrafallopian transfer* (ZIFT, tj. přenos již oplodněného vajíčka do vejcovodu).¹⁸²

Prvním „*dítětem ze zkumavky*“ je Luisa Brownová, angličanka, narozená v roce 1978. V ČR se první dítě metodou asistované reprodukce narodilo v Brně, v roce 1982.¹⁸³

V současné době je možné (v rámci asistované reprodukce) vzít z každého embrya jednu buňku (to mu neublíží) a podrobit ji DNA analýze. Takto je možné zjistit, na které choroby bude dítě náchylné a je možné vyloučit i většinu vrozených vad. Rovněž je

¹⁸⁰ Srov. Zeman, Z., Doležal, A., *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*, 2000, s. 110-111

¹⁸¹ Srov. + cit. Šimek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 182.

¹⁸² Srov. Konečná, H., *Na cestě za dítětem, dvě malá křídla*, 2010, s. 60.

¹⁸³ Srov. Konečná, H., *Na cestě za dítětem, dvě malá křídla*, 2010, s. 60.

možné zjistit, pohlaví budoucího novorozence, což umožňuje tzv. laboratorní sexing.¹⁸⁴ Časem bychom si tak mohli vybrat to „nejlepší“ embryo, tj. dítě podle objednávky (designed baby). Když odborníci vyhlásili program eliminace vrozených vad touto cestou, ozvali se představitelé světových svazů invalidů, z nichž mnozí mají vrozenou vadu, s otázkou: „*Jakým právem je nechceme pustit na svět?*“ Tato závažná námitka souvisí s unikátností dítěte. „*Můžeme ještě hovořit o unikátnosti, když rodiče dítěti vyberou geny? Nebude takové dítě „pouhým nástrojem k naplnění potřeb jiného člověka?*“ Jiří Šímek jako příklad uvádí rodiče, kteří mají možnost si vybrat buď modrookou holčičku anebo černovlasého chlapečka. Když si vyberou holčičku, vůči ní to bude v pořádku, pravděpodobně bude i milována. Ale jakým právem nepustí na svět zmiňovaného chlapečka? Jemu svým rozhodnutím říkají ne. Zároveň se tu objevuje i jistá obava. Prozatím nerozumíme genetickým mechanismům natolik, abychom dovedli předpovědět, co ten či onen zásah způsobí. A co když se s geny, které jsou spojeny s vadami, zároveň zbavíme genů, který chrání lidský rod před zánikem.¹⁸⁵

V rámci asistované reprodukce existuje ještě mnoho dalších dílčích etických dilemat, k velmi diskutabilním patří: mateřství v pozdním věku,¹⁸⁶ přebytečná embrya, kryokonzervace embryí¹⁸⁷, dárcovství genetického materiálu, výzkum kmenových buněk, redukce vícečetného těhotenství a náhradní (surogátní) mateřství. U náhradního mateřství bych se také ráda pozastavila. Náhradní mateřství je v podstatě akt občanské pomoci. Žena, která z různých důvodů nemůže dítě donosit, může požádat jinou ženu, aby je odnosit za ni (např. žena s agenezí dělohy, žena po hysterektomii). Stejně by tak ale mohla učinit i žena, která se chce stát matkou, a přitom si jen nechce kazit své tělo těhotenstvím. Co když se ale stane, že se žena (nosička prenatálně se vyvíjejícího jedince) po proběhlém těhotenství nedokáže dítěte vzdát. Komu to dítě po právu patří?¹⁸⁸ Anebo, co když se narodí dítě postižené a dárkyně embrya dítě odmítne, jelikož ona si přeci objednala dítě zdravé a žena, která dítě porodila, se odmítne o *cizí* dítě starat. Kdo je vlastně matkou dítěte? Jaký vliv bude mít náhradní mateřství na dítě?

¹⁸⁴ Laboratorní sexing = výběr pohlaví dítěte, v ČR je nepřipustný, vyjma případů, kdy je tak možné předejít vážné dědičné nemoci, jež je vázána na pohlaví. Srov. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, čl. 14: „*Použití postupů lékařsky asistované reprodukce nebude dovoleno za účelem volby budoucího pohlaví dítěte, ledaže tak lze předejít vážné dědičné nemoci vázané na pohlaví.*“ Shodně se vyjadřuje i zákon č. 373/2012 Sb., o specifických zdravotních službách.

¹⁸⁵ Srov. + cit. Šímek, J., *Lékařská etika*, s. 2015, s. 170-171.

¹⁸⁶ V současné době je technicky možné učinit matkou i ženu v postmenopauzálním období, tj. ženu, u níž došlo k vyhasnutí přirozených reprodukčních schopností. V Česku jsou metody asistované reprodukce přípustné do 49 let věku ženy. Srov. Zák. č. 373/2012

¹⁸⁷ Marek Orko Vácha, užívá termínu: „*zamražená generace*“. Srov. Vácha, M., *Místo, na němž stojíš, je posvátná země. O kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. 1 vyd. Brno: Cesta, 2008, st. 63.

¹⁸⁸ Srov. Šalamounův soud, 1. Král. 3,16-28. Podle české legislativy je matkou dítěte žena, která dítě porodila. Srov. Šímek, J., *Lékařská etika*, 2015, s. 171.

Bude se v cizí děloze vyvíjet po psychické stránce stejně nebo jinak, než by se vyvíjelo v děloze své „pravé“ matky?¹⁸⁹

Josef Křenek zmiňuje trojí pohled na asistovanou reprodukci: 1) *zavrhující* (děti ze zkumavky jako degradace rodičovství), 2) *žádoucí* (koitální reprodukce je jen sexuální loterií a meiotickou ruletou rodičovských chromosomů), 3) *reprodukce bez technologické asistence je žádoucí, ale vývoj nových metod pro neplodná manželství je oprávněný*.¹⁹⁰

Katolická církev považuje metody asistované reprodukce (při nichž dochází k dosažení lidského početí jiným způsobem, než intimním spojením muže a ženy), za nepřijatelné. V roce 2010 získal Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu v oblasti léčby neplodnosti, britský fyziolog Robert Edwards. Předseda Papežské akademie Ignacio Carrasco de Paula ocenění tohoto vědce ostře odsoudil. Vatikán posléze jeho ústní prohlášení v písemné podobě zmínil a Edwardsovu cenu označil za pochopitelnou. „*Katolická církev nemá nic proti metodám asistované reprodukce, které léčí neplodnost, ale odmítá metody založené na umělém oplodnění, které jsou podle ní nedůstojné člověka.*“¹⁹¹ „*Dítě není něco, co se rodičům dluží, ale je to dar. Největším darem manželství je lidská osoba. Dítě nemůže být považováno za předmět vlastnictví: za něco, k čemu by vedlo uznání domnělého „práva na dítě“ (KKC 2378).*“ Uvedenou problematiku dále podrobněji rozebírají zejména dvě instrukce Kongregace pro nauku víry, *Donum vitae* (Dar života) a *Dignitas personae* (Důstojnost osoby).¹⁹²

4.3 Plánovaný porod dítěte mimo zdravotnické zařízení

Po druhé světové válce se zdála být otázka, zdali vést porody mimo zdravotnické zařízení (nejčastěji v domácnosti) anebo v porodnicích, vyřešena. Přispěly k tomu statistické ukazatele, jež ukázaly, že nejlepší perinatální výsledky vykazují porodnice, které odvádějí dostatečný počet porodů a které jsou vybaveny jak materiálně, tak erudovaným personálem. Myšlenka umožnit ženě родit ve vlastní domácnosti, nevznikla v medicinském, profesionálním prostředí, ale v laických kruzích, zabývajících se humanizačními trendy v porodnictví. Rozpoznat, zda těhotenství skončí fyziologickým porodem, anebo nutností neodkladné porodnické operace, je prakticky nemožné, neboť porod je dynamický proces, který se může zkomplikovat v kterékoliv fázi svého průběhu. Z minuty na minutu tak může dojít k akutním komplikacím, bezprostředně ohrožujícím život matky (např. poporodní krvácení), plodu (např. akutní hypoxie) nebo

¹⁸⁹ Srov. Haškovcová, H., *Lékařská etika*, 2015, s. 121-122. Srov. Šimek, J., *Lékařská etika*. 2015, s. 171.

¹⁹⁰ Srov. Křenek, J., *Lékařská etika*, 2008, s. 88-89.

¹⁹¹ Srov. + cit. https://cs.wikipedia.org/wiki/Asistovan%C3%A1_reprodukce

¹⁹² Srov. Šrajcar, J., *Asistovaná reprodukce a pohled katolické církve*, Studia Theologica, 2010

obou (např. abrupce placenty), jež nelze v domácnostech řešit.¹⁹³ Česká gynekologicko-porodnická společnost, proto označila plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení, za postup *non lege artis*.¹⁹⁴ Ale... až do okamžiku narození, je dítě součástí těla matky a je to pouze ona, kdo rozhoduje o své tělesné integritě, tedy i o svém těhotenství a porodu. Limitem této svobody přitom má být zájem na bezpečném porodu a zdraví dítěte. Ovšem jak v této souvislosti dovozuje Ústavní soud: „*Tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních.*“¹⁹⁵ Na základě uvedeného vyplývá, že rodiče je zaručena svobodná volba, kde a za jakých okolností se její porod uskuteční. Neexistuje právní nástroj, kterým by bylo možné ji donutit k porodu ve zdravotnickém zařízení a rozhodne-li se porodit doma, z jejího rozhodnutí pro ni nemohou vyplývat žádné právní sankce.¹⁹⁶

4.4 Otázka resuscitačně-intenzivní péče na neonatologické JIRP

Na úseku neonatologické JIRP je mnohdy řešena jedna z nejpalčivějších etických otázek vůbec, tj. zda poskytnout novorozenci resuscitačně-intenzivní péči nebo jen péči bazální, tj. paliativní. Zde je v podstatě rozlišováno mezi 3 kategoriemi novorozenců.¹⁹⁷

První skupinu tvoří donošení nebo lehce nezralí novorozenci, s akutní nemocí nebo vrozenou vadou, jež je chirurgicky korigovatelná. Postup u těchto dětí je naprosto jednoznačný, tj. okamžité zahájení intenzivní péče. Tato léčba je indikována ihned, bez ohledu na souhlas zákonného zástupce. Neposkytnutí intenzivní péče by totiž mohlo znamenat ohrožení nejenom zdraví, ale i života dítěte. Většina novorozenců se rychle uzdraví, jen zřídka zemře, nebo přežije s těžšími následky.¹⁹⁸

Druhou skupinu tvoří novorozenci s neodstranitelnými vrozenými vývojovými vadami. Spadá sem široká škála patologických stavů, od chromozomálních aberací, metabolických vad, vývojových vad mozku, až po těžké poruchy sdružené do řady syndromů. Určité symptomy mohou být léčitelné nebo chirurgicky korigovatelné, ale samo onemocnění vyléčitelné není. Tam, kde je smrt neodvratitelná, je intenzivně-resuscitační péče považována za marnou, a tudíž není indikována (př. anencefalie). Zde je smyslná péče paliativní, jejímž hlavním cílem je tišení bolesti, mírnění utrpení a provázení dítěte i jeho rodičů v procesu umírání. Extrémně nesnadné je rozhodování v situacích, kdy by dítě bez intervence zemřelo, a při intervenci pravděpodobně přežije,

¹⁹³ Srov. Roztočil, A., et.al., *Moderní porodnictví*, 2008, s. 153 - 155.

¹⁹⁴ Srov. Měchurová, A., *Odborné stanovisko výboru ČGOPS ČLS JEP a výboru sekce perinatální medicíny ČGOPS ČLS JEP k porodům v domácnosti*. In *Česká gynekologie*, 2013, s. 29.

¹⁹⁵ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 581. Cit. Plenární rozhodnutí ÚS Pl ÚS 26/11 ze dne 28. 2. 2012,

¹⁹⁶ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 581.

¹⁹⁷ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, 2011, s. 157-168.

¹⁹⁸ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, 2011, s. 157-168.

ale s těžkými následky (např. dítě s Downovým syndromem a kritickou srdeční vadou).¹⁹⁹

Třetí skupinu tvoří extrémně nezralí novorozenci. Péče o tyto děti se odvíjí od hranice viability, přičemž je rozlišována viabilita odvozená z biologického limitu přežívání a viabilita ze sociálního souhlasu poskytovat aktivní léčbu.²⁰⁰ Skotský porodník J. W. Ballantyne, v roce 1902 uvedl, že viabilita nezačíná v určitém gestačním věku plodu, ale její začátek je variabilní a snižuje se zaváděním nových terapeutických, dietetických a hygienických možností. Rozdíl mezi nezralým novorozencem a nezralým plodem spatřoval v *nabytí viability*, jíž definoval jako schopnost *nezávislé existence mimo mateřskou dělohu, existence, která není omezena na několik hodin, ale je potenciálně možná po měsíce a léta*. Získání viability přitom není dáno jen počtem měsíců strávených v děloze, ale je ovlivněno i charakterem těchto měsíců, tj. závisí na faktorech ovlivňujících intrauterinní zdraví dítěte. Potenciál pro přežití se liší a liší se i mezi plody stejného gestačního věku nebo hmotnosti. Pevně stanovit práh viability není možné, jelikož není zpravidla možné přesně datovat gestační týden a existuje i variabilita růstu a dozrávání.²⁰¹ Resuscitace extrémně nezralého novorozence, zahájení intenzivní péče na porodním sále a její pokračování na NEO-JIRP může spadat do kategorie volitelné léčby, případně může nastat povinnost neléčit. Jedná se o velmi agresivní léčbu, která je bolestivá a její aplikaci lze ospravedlnit jen převážením prospěchu pacienta nad riziky a poškozením. Výsledek je vždy nejistý, může jím být jen oddálení smrti, anebo přežití dítěte se závažným dlouhodobým postižením, které někdo

¹⁹⁹ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P, et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, 2011, s. 157-168.

²⁰⁰ Také ze stanoviska České neonatologické společnosti vyplývá, že v případě předčasného porodu/potrátu, sehrává klíčovou roli viabilita plodu (tj. jeho životaschopnost). Za novorozence je uznáno dítě, které je porozeno v týdnu gestace 24+0 a dítě starší. Za potrácený plod je považován jedinec, potrácený v gestačním stáří 21+6 a jedinec mladší. Při porodu/potrátu v tzv. „šedé zóně“, tj. jedinec porozený/potrácený mezi 22+0 až 23+6 týdnem gestace, je volen postup individuální.²⁰⁰ Porod dítěte v pásmu šedé zóny je zatížen vysokou úmrtností a v případě přežití i vysokým rizikem psycho-neuro-senzorického postižení.²⁰⁰ *Co z uvedeného vyplývá, jaká je běžná praxe v ČR? Příklad č. 1.:* Na porodním sále je porozeno dítě ve věku 24+0 týdnů gestace nebo starší. Toto dítě má podle České neonatologické společnosti statut novorozence, a proto mu je ihned věnována komplexní neonatologická péče. V případě marné intenzivní péče je mu věnována komplexní paliativní péče. *Příklad č. 2.:* Na porodním sále je porozeno dítě ve věku 23+6 týdnů gestace (tedy dítě o jeden den mladší než v předcházejícím případě). Dítě se nachází v tzv. šedé zóně, kdy o tom, jaká mu bude poskytnuta péče, rozhodují lékaři s přihlédnutím na přání rodičů. Nejeví-li rodiče o takovému dítěti zájem, obvykle je volen postup „*nijak nezasahovat*.“ K dítěti je přistupováno jako k potrácenému plodu, bez nároku na jakoukoliv péči (srov. Singerův postoj). Porodník má v takovém případě povinnost pouze vůči matce. *Příklad č. 3.:* Na porodním sále je potrácen jedinec ve věku 21+6 týdnů gestace a méně. Ačkoliv může být po porodu vitální, hodnocen je vždy jako *potrácený plod* a zpravidla až do své smrti je ponechán bez jakékoliv péče (mnohdy v místnosti pro „*biologický odpad*“). A tak i v podmínkách české perinatologie má paliativní péče svá omezení, plynoucí z gestačního věku jedince.

²⁰¹ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P, et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, 2011, s. 157-168.

považuje za horší než smrt. Avšak nezahájení intenzivní péče v prvních vteřinách po narození vede u novorozence na hranici viability téměř k jisté smrti.²⁰²

Zmiňované tři skupiny bych ještě ráda doplnila o čtvrtou skupinu, a to novorozence po prodělané těžké perinatální asfyxii.²⁰³ V praxi tito novorozenci často leží za velkého utrpení na umělé plicní ventilaci, mnohdy i několik týdnů. Rodiče za nimi dochází na neonatologickou JIRP a sledují, jak jim jejich dítě pomalu odchází a zdravotnickému personálu nezbyvá než jen čekat, až se jejich organismus vyčerpá a dítě zemře.²⁰⁴

Posouzení kvality života novorozenců v neonatální péči je nedílnou součástí medicínské i etické analýzy, která musí předcházet každému rozhodnutí o (ne)zahájení nebo (ne)pokračování v intenzivní péči dítěte. Zvažování kvality nesmí znamenat soud o sociální hodnotě dítěte pro společnost či brát v potaz finanční náklady rodičů, nemocnice nebo státu.²⁰⁵ J. Tyson navrhuje považovat intenzivní péči za povinnou, je-li riziko úmrtí nebo závažného postižení dítěte 50% a méně (bez ohledu na přání rodičů), volitelnou, jeli riziko mezi 51-75%, výzkumnou, při riziku 76-95% (zde je rodičovská autorita svrchovaná) a nerozumnou, je-li riziko větší než 95%.²⁰⁶

Katolická církev zastává ochranu života od početí do přirozené smrti, což ovšem neznamená udržování života za každou cenu. Nepřímo to lze vyvodit z KKC 2278, kde je uvedeno: „*Přerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné....*“

²⁰² V době, kdy je intenzivní péče u extrémně nezralého novorozence zahajována, nikdy není jisté, zda bude úspěšná, či nikoliv. Píše se o morálním stresu neonatologů, kteří pociťují vinu za trvalé následky svého rozhodnutí. Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P, et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, 2011, s. 157-168.

²⁰³ Problematika perinatální asfyxie: viz. kapitola 2.7.1

²⁰⁴ Srov. <http://nedonosenci.blogspot.de/2009/01/etika-v-neonatologii.html>

²⁰⁵ Unikátním rysem neonatologických pacientů je to, že postrádají autonomii ve smyslu svobodné volby, tj. nejsou schopni sami za sebe rozhodovat. Vztahové pole lékař – pacient (novorozenec), se tak rozšiřuje o zákonné zástupce (zpravidla rodiče). Tento trojrozměrný vztah je velmi složitý, neboť v sobě zahrnuje zájmy a práva dětského pacienta, povinnosti rodičů a jejich autoritu a povinnosti lékaře. Společným zájmem odborníků v perinatologii a rodičů by mělo být jednání v nejlepším zájmu dítěte. Srov. Kořenek, J., *Lékařská etika*, 2008, s. 85-102.

²⁰⁶ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P, et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, 2011, s. 157-168.

5. PODSTATA A VÝZNAM KLINICKÉ PASTORAČNÍ PÉČE V PERINATOLOGICKÝCH CENTRECH

Stěžejním úkolem této kapitoly je poukázat na podstatu a význam klinické pastorační péče v perinatologických centrech. Pomoc rodině, jež se nachází na samém počátku své existence nebo v očekávání nového člena rodiny, považují za velikou výzvu dnešní doby. Rodičům (rodině), jež se nacházejí vlivem těhotenství, porodu nebo péče o nemocné dítě, v náročné životní situaci, může být klinická pastorační péče velkým přínosem. Jak píše Jaroslav Hořejší: „Člověk je neobyčejně křehká nádoba, dokonce i v době, kdy mu zdravotně nic nechybí, natož pak když tělesně či duševně strádá.“²⁰⁷

Význam klinické pastorační péče spatřuji v naplnění slov citátu: „Vyléčit někdy, ulevit často, utěšit vždy“²⁰⁸ Plnost může dát jen Bůh: „*Medicus curat, natura sanat, Deus autem salvat*“ (lékař léčí, příroda uzdravuje, ale Bůh dává spásu). Lidé, žijící z evangelia jsou lidmi budoucnosti, jelikož to rozhodující mají teprve před sebou.²⁰⁹

Každý člověk je jiný, různým způsobem reaguje na situace všedního dne, stejně jako na větší psychickou zátěž. Nic neplatí absolutně a i když bude tým odborníků, včetně pastoračních pracovníků, postupovat *lege artis* (lex = zákon, ars = umění, *lege artis* = „podle zákona umění“), ještě to neznamená, že tento postup musí vést k absolutnímu úspěchu.²¹⁰ Úkolem pastorační péče není, jak zmiňuje Aleš Opatrný, vše řešit a vyřešit, ale spíš doprovázet k lidsky důstojnému zvládnutí situace a doprovázet třeba i v té nejdelší a mlhavé perspektivě, do Božího království.²¹¹

5.1 Pastore a doprovázení člověka v metafoře kruhového objezdu

Pastore je ona činnost církve, jež netvoří událost spásy sama od sebe, ale událost spásy je jí svěřena (vidí ji, přivádí k ní) a Bůh jejím prostřednictvím jedná, eventuálně církev jedná sjednocena v Duchu Svatém, s dílem Syna ke slávě Otce.²¹² „*Rozhodujícím kritériem pastore jako dokonalosti vztahů v omezenosti lidské přirozenosti je chudoba, totiž vědomí, že žádný prostředek nemůže nahradit Boží jednání a zároveň, že Bůh nemůže vstoupit do díla v konkrétním člověku, není-li zde člověk osobně se*

²⁰⁷ Cit. Hořejší, J., *Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta*, in Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 35.

²⁰⁸ Výrok z knihy: Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 195.

²⁰⁹ Srov. + cit. Šipr, K, Mičo, M., Krumpolc, E. *Aktuální bioetické texty, deklaráce o eutanazii*, 2005, s. 11-12.

²¹⁰ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., Mach, J., et. al., *Lege artis v medicíně*, 2013, s. 13

²¹¹ Srov. Opatrný, A., *Pastore zvláštních skupin*, 2014, s. 13.

²¹² Srov. Ambros P., *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*. 2016, s. 70.

*projevující láskou.*²¹³ Slovo *pastorální* znamená osobní skutečnost, „v níž křesťan prožívá dokonalost vztahů v omezenosti své lidské stvořenosti jako postupnou cestu k projevené lásce, k dovršení života na věčnosti.“²¹⁴

Jako příráměr k pastorační péči, užívá Pavel Ambrož /s odkazem na papeže Františka/ křižovátku a kruhový objezd. Křižovátka je vždy úskalím, jelikož omyl na křižovátce vede ke ztrátě směru. Předností kruhového objezdu je, že se dva hlavní směry nikdy přímo (nesmlouvavě a nekompromisně) nesetkají, ve smyslu „*bud' – anebo*“. Panuje zde vždy jistá zdvořilost a vlídnot. Každý, kdo se na kruhový objezd dostane, má čas na to, aby se zorientoval. Omyly se člověk učí. V mezičase jsou všichni nuceni uvažovat stejnou logikou, všichni se točí kolem imaginárního středu, který je všem společný a to až do chvíle, než odbočí žádoucím směrem. Až do chvíle, než se rozhodnou odbočit (tj. dojdou poznání, že na tomto výjezdu chtějí pokračovat svým směrem) musí snížit rychlost a točit se stejným směrem. Doprovázení v pastorační péči má být v metafoře také jistým kruhovým objezdem, kde pro hledání vztahu mezi *objektivním* (všeobecně platným) a *subjektivním* (konkrétní situace, v konkrétním čase, vázaná na konkrétní osobu) je vymezen větší prostor a čas zvážít vlastní situaci, nasměrování, vlastní možnosti a vrcholnou míru možného dobra pro tuto chvíli.²¹⁵ Cílem pastorační péče má být přechod z pastoračních křižovatek (kde se odehrávají pastorační intervence) na pastorační kruhové objezdy (jež ukazují, co znamená, že čas je nadřazen prostoru). Kdo takto činí, stává se pastýřem lidských duší, na způsob dobrého Pastýře.²¹⁶ Papež František se k doprovázení lidí a manželských párů vyjadřuje následovně: „*Znamená to přijímat je a doprovázet s trpělivostí a taktem. Tak jednal Ježíš se samařskou ženou (srov. Jan 4,1-26): oslovil její touhu po opravdové lásce, aby ji osvobodil od všeho, co zatemňovalo její život, a aby ji dovedl k plné evangelijní radosti (AL 294).*“²¹⁷

5.2 Klinická pastorační péče

Klinická pastorační péče je v podstatě pastorační péče, aplikovaná v podmínkách zdravotnických zařízení. Zahrnuje v sobě péči o existenciální, duchovní a náboženské potřeby trpících a těch, jež se o ně starají.²¹⁸ Vždy respektuje přání člověka, jeho stupeň

²¹³ Cit. Ambros P., *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*. 2016, s. 73.

²¹⁴ Srov. + Cit. Ambros P., *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*. 2016, s. 72-73.

²¹⁵ Srov. Ambros P., *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*. 2016, s. 56-57.

²¹⁶ Srov. *Amoris laetitia*, čl. 3, in Ambros P., *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*. 2016, s. 62-63.

²¹⁷ Cit. Granados, J., Kampowski, S., Pérez-Soba, J., J., *Nová pastorační péče o rodiny. Průvodce podle Amoris laetitia*, 2017, s. 23.

²¹⁸ Srov. Kimová, J., *Úvod do teologie*, 2000, s. 1-10.

víry i aktuální zdravotní stav. Je aplikována z pozice věřících křesťanů a to v první řadě předpokládá křesťanskou antropologii, která vidí člověka jako bytost, jež je stvořena k obrazu Božímu, vykoupěna Kristem a povolána ke konečné transcendenci pozemských skutečností, tj. k tomu, aby její život vyústil k Bohu. Pastorační péče se nezděříká ničeho, co je autenticky lidské (soucit, empatie, spolehlivé doprovázení), ale ani se neomezuje jen na tyto lidské nástroje, tj. počítá s Boží láskou, odpuštěním, vykoupěním a milostí. Opírá se o přístup z pozice evangelia a chápe prostor života církve jako „*domovský prostor*“ pomáhajícího, do kterého ten, komu se pomáhá, buď také patří, anebo je do něho zván (nikdy však ne nucen).²¹⁹

Klinická pastorační péče se musí co nejvíce připodobňovat dobrému Pastýři: „*Já jsem přišel, aby měly život a aby ho měly v hojnosti (Jan 10,10).*“ Má se usilovat o ztělesnění Ježíšovi lásky k trpícím. Zcela zásadní je zde přítomnost kontakt s člověkem, který potřebuje druhého člověka ke zvládnutí své situace. Nabízen je přátelský zájem, povzbuzení, doprovázení a v případě zájmu i zprostředkování svátostí či četba z Písma.²²⁰ Klinická pastorační péče upozorňuje na potřebu duchovní útěchy u lidí, ocitajících se v náročné životní situaci. Může snížit stresovou situaci rodičů, ale i zdravotníků a najít tak své uplatnění prakticky na všech odděleních perinatologických center. Může být nápomocná v adaptaci, snižovat stres, zlepšovat vztahy, humanitu a smysl pro odpovědnost.²²¹

5.3 Poskytovatelé klinické pastorační péče, osobnost pastoračního pracovníka

Aplikaci klinické pastorační péče na jednotlivá oddělení perinatologických center, považují za vysoce kvalifikovanou službu, k níž by měl být povolán člověk s potřebnou kvalifikací. Podobně jako v medicíně i v klinické pastorační péči musí platit Hippokratova zásada: „*Primum non nocere (především neškodit).*“²²² Mluvím-li tedy v rámci této práce o pastoračních pracovnících, mám na mysli především kvalifikované nemocniční kaplany. „*Nemocniční kaplan je mezinárodní označení osoby, která vykonává klinickou pastorační péči. Nemocničním kaplanem může být kněz, jáhen, řeholník či řeholnice, jiná zasvěcená osoba, laik, muž i žena, s vysokoškolským teologickým vzděláním a následným postgraduálním vzděláním. Nemocniční kaplan působí na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí. Jeho činnost má*

²¹⁹ Srov. Opatrný, A., *Pastorace zvláštních skupin*, 2014, s. 18-19.

²²⁰ Cit. Opatrný, A., *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, 2003, s. 7.

²²¹ Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 154.

²²² Srov. Kebza, V., et. al., *Psycholog ve zdravotnictví*, 2014, s. 96.

*tak charakter poslání a služby církve, kdy doprovází nemocné a jim blízké v obtížných situacích nemoci, umírání a smrti.*²²³

Optimálně vedená klinická pastorační péče má být projevem úcty k důstojnosti a jinakosti každého člověka. Má zrcadlit vztah mezi tím, který trpí, a tím, který má možnost (jisté privilegium), že mu může pomoci. Jedná se o vztah stojící na vzájemné důvěře.²²⁴ Osobnost pastoračního pracovníka by měla být provázena jistými cnotmi a vyváženou a šťastnou kombinací vzdělání, rozvahy a slušnosti. Ctnost lze chápat jako vlohu charakteru nebo způsobilost, jež člověka inspiruje k vykonávání dobra.

Klíčovými cnotmi pastoračních pracovníků jsou: *Láska k potřebným*: láska je nejdůležitější a nejkrásnější projev lidství. Úzkostí všech úzkostí je strach člověka, že nebude milován, tj. jeho strach ze ztráty lásky. Zoufalství je přesvědčení o naprosté ztrátě lásky a hrůza z naprostého osamění.²²⁵ Láska k člověku, jež se ocitá v náročné životní situaci, vyrůstá z odpovědnosti vůči němu, je to soucítění bez sentimentálního soucitu. *Odpovědnost*: je vnímání mravní povinnosti jednat v souladu s hodnotou lidské existence, je to snaha předvídat (na základě rozumového poznání) důsledky lidských poznávacích i technologických aktivit. *Pokora*: je projev úcty k důstojnosti lidského života, ke všemu živému i celému světu. Je pochopením našich lidských rozměrů, které jsou značně individuální. Pokorný člověk, není člověk bojácný, ale vidí sám sebe poctivě a snaží se diferencovat slabé i silné stránky své osobnosti. Problémy a odlišnosti lidských jedinců se snaží vnímat jako inspiraci k růstu poznání a moudrosti. *Trpělivost*: se projevuje jako vytrvalé chápání problémů jemu svěřeného člověka. Pastorační pracovník nemá být trpělivý nebo ochotný jen na chvíli, ale stále. *Obětavost*: v sobě nese odvahu k pomoci druhým a k porozumění pro jejich potřeby. *Vlídlost*: je výsledkem našeho sebeovládání na základě sebedisciplíny a vnitřní síly. *Sociální citění*: je citění, jež respektuje důstojnost těch, kterým je potřeba pomoci. *Nezištnost*: je umění dávat, bez čekání na odměnu (je opakem sobectví). *Velkorysost*: je neodmyslitelným základem obětavosti, nezištnosti a spravedlnosti. Zahrnuje umění odpustit, nemstít se a správně vidět své schopnosti i schopnosti druhých. *Taktnost*: je dokonalé ovládání vlastních slov, gest, citů a vystupování na základě vcítění se do druhého člověka, rychlé analýzy a pochopení situace, ve které se potřebný člověk ocitá. *Ohleduplnost*: je schopnost soustředit se na druhého člověka a zapomínat na své „Já“. Polidšťuje naše vztahy i celou společnost. *Diskrétnost*: zahrnuje umění naslouchat a umění mlčet. *Poctivost*: je zárukou atmosféry jistoty a důvěry mezi pastoračním pracovníkem a potřebným. *Spolehlivost*: zahrnuje seriózní jednání, jež uskutečňuje vzdělaný

²²³ Cit. *Kdo je to nemocniční kaplan?* Rozhlasový pořad o nemocničních kaplanech a o poskytování klinické pastorační péče nejen ve Fakultní nemocnici Olomouc na Radiu Proglas, odvysílaný 17. 1. 2012 a v repríze 23. 1. 2012. Dostupný online: <http://www.ado.cz/kaplan/>

²²⁴ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 173-174.

²²⁵ Srov. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení*. 2010, s. 79.

pastorační pracovník na základě dosaženého vzdělání a jeho stálého doplňování. Spolehlivý pastorační pracovník se ve své pastorační praxi nezalekne ani komplikovaných otázek a problémů, jelikož se opírá o spolehlivé mravní principy, jež mu pomáhají, aby si zachoval čistý charakter. *Ochota*: je kus odvahy, stále znovu začínat a nenechat se omezovat zaběhlými stereotypy přístupu k potřebným. *Optimismus*: musí vyrůstat i přes všechny obavy a prohry pastorační profese, a být tak svědectvím pozitivního vztahu k životu. *Sebeovládání*: spočívá v poznání vlastního temperamentu, povahy a sklonů, vychází z existující reality vlastních předpokladů k reakcím na nejrůznější podněty. *Tvořivost*: pomáhá prožívat pracovní i volný čas jako prostor pro všestranný růst ušlechtilé lidské společnosti. *Otužilost*: je odolnost snášet značnou fyzickou i psychickou zátěž. *Disciplinovanost*: je schopnost plnit zadané úkoly, i když nejsou zajímavé a objevuje se řada jiných rozptylujících možností. *Moudrost*: zdokonaluje intelekt a afektivní a volní dimenzi člověka, čímž zasahuje do praktické sféry mravního jednání.²²⁶ *Horlivost*: se v člověku rozněcuje skrze modlitbu a důvěrný vztah s Bohem. Modlitba je nástroj, prostřednictvím něhož můžeme změnit své postoje. Pomáhá nám vidět Ježíšovu tvář v každém člověku, jehož na cestě potkáme. Podle Písma: „*Buďte vždy připraveni dát odpověď každému, kdo by vás vyslyšel o naději, kterou máte, ale číňte to s tichostí a uctivostí*“ (1 Petr 3,15-16). Bez modlitby nestavíme na Bohu, ale jen na lidské síle. Lidskými silami (tj., sami) nic nedokážeme a nakonec nás bude někdo přitahovat a jiné začneme odbývat.²²⁷

5.4 Příjemci klinické pastorační péče

Klinická pastorační péče je službou nadkonfesijní, je určena všem, kdo o ni projeví zájem, tj. rodičům, příbuzným, zdravotnickému personálu, lidem věřícím i těm, jež se pokládají za nevěřící.²²⁸ *Vždyť kdo by si nepřál najít uprostřed svého trápení člověka, ochotného poskytnout pomoc, naději a podporu?* Krásně to vystihují slova, jež měl Albert Schweitzer umístěn jako nápis u vstupu do své nemocnice: „*Ať přicházíte kdykoli, najdete tu světlo, naději a lidskou laskavost.*“²²⁹ Zároveň je to však služba svým způsobem nová (zejména v perinatologických centrech) a nelze tedy očekávat, že ji potřební sami vyhledají, že přijdou požádat o něco, o čemž mnohdy ani netuší, že

²²⁶ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 169-171.

²²⁷ Srov. Vella, E., *Srdce pastýře*, 2015, s. 31. P. Elias Vella ve své knize uvedl, že s některými lidmi je velmi těžké vycházet a vidět v nich Ježíšovu tvář je velmi těžké. Jako příklad uvedl, ženu, která za ním opakovaně přicházela a svěřovala se, že má velký strach, aby ji Bůh neposlal do pekla. Vzpomíná, že ji na to jednou řekl: „*Můžete si být jistá, že vy do pekla nepůjdete, ale s největší pravděpodobností tam přivedete mě.*“

²²⁸ Srov. Ambros, P., Došková, L., et. al. *Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným.*, 2002.

²²⁹ Srov. + cit. Ptáček, R, Bartůněk, P, et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 33.

existuje. Je důležité učinit první krok (nikdy však nevnucovat, nemanipulovat). Důležitý je vzájemný vztah, proces vytváření důvěry a vzájemného respektu. Živá a neustále se vyvíjející interakce mezi všemi zúčastněnými. Interakce ovlivňovaná a formovaná jak znalostmi, zkušenostmi, obratností a laskavostí pastoračního pracovníka, tak i osobností těch, jimž je pomoc a podpora poskytována (jejich životní situací).²³⁰

Každý člověk se vyrovnává se zátěží tělesně, duševně a duchovně. Pojem spiritualita (duchovnost) ve vztahu k náročné životní situaci je definována různě. V podstatě jde o schopnost odpovědného života zahrnující etiku, odpuštění, pokoru, soucit, smysluplnost, transcendenci, víru a cíl života.²³¹ Jak jasně ukazuje Franklova logoterapie, člověk, který má smysl života, lépe snáší těžké životní situace, včetně utrpení a nemoci.²³²

5.5 Klinická pastorační péče ve vztahu k rodině

Papež František vybízí k pozorné pastorační péči o mladé rodiny, přičemž hovoří o naléhavé pastorační výzvě dnešní doby. Rodinu je třeba začlenit do centra péče a všech aktivit duchovních pastýřů.²³³ Na rodinu je třeba nahlížet jako na subjekt pastoračního působení. Základním kritériem veškeré rodinné pastorace je doprovázení. Slovy papeže Františka: je třeba „*doprovázet všechny rodiny i každou jednotlivě, aby objevovaly tu nejlepší cestu, a tak překonávaly nesnáze, které na své pouti potkávají* (AL čl. 200). Doprovázení se opírá o uznání pravdy lásky, chápané v jejím růstu i zralosti.²³⁴ „*Doprovázený člověk i doprovázející církev stojí před Bohem, který chce zachránit jednoho i druhého.*“²³⁵

Cílem pastorační péče na úrovni perinatologických center by mělo být seznámení se se situací rodiny a pomoc při získávání stability v životě jejich jednotlivých členů (předně rodičů). Je důležité směřovat rodiče a celou rodinu k tomu, aby si uvědomily, že život je darem, a že vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy jsou velmi důležité a vzácné. Žít znamená učit se lásce, učit se až do posledního okamžiku. „*Smrt uzavírá časný čas, láska otevírá trvalou věčnost, čas bez konce.*“²³⁶ Ježíš nepřišel na svět, aby

²³⁰ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 34-35.

²³¹ Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 154.

²³² Frankl, V., *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*, 1996.

²³³ Srov. Granados, J., Kampowski, S., Pérez-Soba, J., J., *Nová pastorační péče o rodiny. Průvodce podle Amoris laetitia*, 2017, s. 39.

²³⁴ Srov. + Cit. Granados, J., Kampowski, S., Pérez-Soba, J., J., *Nová pastorační péče o rodiny. Průvodce podle Amoris laetitia*, 2017, s. 19, 23.

²³⁵ Cit. Ambros P., *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*. 2016, s. 62.

²³⁶ Srov. + cit. Dolista, J., *Péče manželského páru o vlastní staré a umírající rodiče*, In Vybíral, J., et. al., *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství rodiny a sexuality*, 2008, s. 67-68.

trpěl, ale přišel na svět jako obraz Otcovy lásky (srov. Jan 3,16). Láska se nesnaží zachránit sebe samu, a proto ten, kdo miluje, trpí (srov. Km 15,30). Toto ale ještě neznamená, že by automaticky platil opak, tj. že člověk, který nemiluje, netrpí (jeho utrpení je ale nihilistické, ničivé, je to utrpení, jež je rozměrem hříchu a zvrácenosti lidské pravdy). Kristus nepřichází na svět, aby nás spasil od bolesti a smrti, ale přichází, aby v bolesti a smrti byl s námi, a tak nás zachránil. Kristus před utrpením neutíká, ale ani ho nijak nevychvaluje, přijímá ho jako skutečnost, která je pro milujícího nevyhnutelná. V Kristu (absolutní lásce) zažívá lidské utrpení skutečnou proměnu, kdo se odevzdal lásce a kdo je láskou, nezůstává ve smrti, ale vrací se do života, protože láska trvá navěky (srov. 1Kor 13,8).²³⁷

Pastorační pracovník by měl být schopný rodině naslouchat a analyzovat problém z jejího pohledu. Měl by být schopný poskytovat jednotlivým členům rodiny informace srozumitelnou formou (informace, jež v daný čas znamenají pro rodinu podporu), být schopný empatie, laskavosti a vlídnosti a zároveň působit jako odborný a erudovaný poradce. Být lidský, tj. být „dostupný“ jako člověk. *„Rodina a její členové by měli mít pocit, že jsou se svou originalitou a jinakostí autenticky a opravdově přijímáni.“*²³⁸

5.5.1 Budování funkčního terapeutického vztahu

Vztah pastorační pracovník – rodič, začíná ve chvíli, kdy se oba poprvé setkají, prakticky ještě dříve, než si cokoliv řeknou. Ještě před vznikem verbálního kontaktu si oba o druhém vytvoří mnoho úsudků. Dominantní roli zde sehrává plno neverbálních podnětů (držení těla, oční kontakt, úroveň zájmu...). Klíčem ke shodě je obecné projevení zájmu o rodiče jako o osobu. Toho lze dosáhnout projevením pozornosti a účasti. Působí-li pastorační pracovník uspěchaně, unaveně, vyčerpaně nebo nepozorně, může tím vyvolat pocit nedůvěry a vážně narušit možný budoucí vztah.²³⁹

Pro navázání vztahu důvěry a další bezproblémovou spolupráci, má tedy zcela zásadní význam komunikace. Obsah i forma komunikace musí být směřovány v kontextu aktuálního zdravotního stavu a zájmu člověka.²⁴⁰ V úvodní fázi kontaktu se doporučuje, aby pastorační pracovník dal rodiči dostatečnou možnost říci vše, co považuje za důležité (ventilovat problém), pokud možno s minimem přerušování ze strany pastoračního pracovníka. Pastorační pracovník se má snažit všimnout si verbálních i neverbálních projevů emocí, zamyslet se, co se v rodiči odehrává a pak nabídnout

²³⁷ Srov. Rupnik, M., I., *Vybrané otázky z antropologie. Člověk a vzkříšení*, 2003, s. 217-218.

²³⁸ Srov. + cit. Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s 67.

²³⁹ Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 62.

²⁴⁰ Srov. Takács, L., et.al. *Komunikace v perinatální péči*, in *Psychologie v perinatální péči*, 2015, s. 17

podporu a pomoc.²⁴¹ Vhodnou komunikací lze u ženy snížit úzkost a stres a přispět k pozitivnějšímu prožívání perinatálního období. Dobrá komunikace je zároveň neefektivnější prevencí případných stížností či žalob. Komunikovat s rodiči, kteří se nacházejí v nelehké situaci, mají svá trápení, bolest, jsou nervózní či nazlobení, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději.²⁴²

Vlastností, která vytváří most mezi lidmi, je vřelost Rodiče v náročné životní situaci velmi těžce prožívají nedostatek empatie a nedostatky ve vyjádření vztahu člověka k člověku. Jak uvádí citát vědce Blaise Pascala: „*Le coeur a ses raisons que la raison ne connait point (srdce má své důvody, o nichž rozum neví naprosto nic)*.“²⁴³ Dalším důležitým předpokladem je schopnost a ochota odpustit. Odpuštění (jehož zdrojem je milosrdenství) však nikdy nepředstavuje shovívavost vůči zlu, pohoršení, bezpráví nebo urážce (srov. *Dives in misericordia* DM, čl. 14).

5.5.2 Uplatnění pastoračních pracovníků v perinatologických centrech, vybrané příklady

Uplatnění pastoračních pracovníků v perinatologických centrech může být velmi pestré, stejně jako je pestrá problematika daného období. Pastorační pracovník se zde může setkat se ženou, jež podstoupila interrupci na podkladě genetické indikace a nyní prožívá velmi bolestivé období. Pro ženu tento stav znamená emoční ztrátu dítěte, fyzické odstranění plodu (prožití potratového děje) a navíc vše zhoršuje skutečnost, že se na tom celém aktivně podílela svým rozhodnutím. Stejně tak se může setkat s těhotnou, která se rozhodla donosit postižený plod, i s vědomím, že bude dítě těžce postižené nebo zemře krátce po porodu. Často se pak stane, že plod odumře intrauterinně a žena ho spontánně potratí nebo porodí. Takováto žena pak potratový děj zpravidla snáší lépe, jelikož žije s vědomím, že respektovala nenarozený život i s jeho nedokonalostí a to v tom nejširším aspektu. Žena po opakovaných potratech si může vyčítat neschopnost donosit dítě, může prožívat strach o partnerský vztah a pociťovat provinění vůči své rodině. Dále se zde může setkat s rodiči předčasně narozených dětí a s rodiči, jejichž děti se potýkají s nějakým postižením.²⁴⁴

Pastorační pracovník může všem pomoci situaci realisticky přijmout. Přičemž rodinu je třeba vždy nasměrovat k její stabilitě a adaptabilitě.²⁴⁵

²⁴¹ Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 63.

²⁴² Srov. Takács, L., et.al. *Komunikace v perinatální péči*, in *Psychologie v perinatální péči*, 2015, s. 17

²⁴³ Srov. + cit. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 175.

²⁴⁴ Srov. Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 33-38.

²⁴⁵ Srov. Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 74-75.

Pastorační pracovník může být i důležitým spojovacím článkem mezi jednotlivými odděleními perinatologického centra, tj. mezi péčí na oddělení pro riziková a patologická těhotenství, porodním sálem a neonatologickou JIRP. Může tak být významným, stabilním článkem pro rodiče, neboť ošetřující personál i prostředí se mění, a rodiče potěší kontakt se známou osobou.²⁴⁶

Rodiče jsou dnes nesrovnatelně informovanější, uvážlivěji si volí lékařskou péči a právem očekávají diskuzi o svých problémech, stejně jako dokonalou diagnostiku a léčbu na úrovni odpovídající současnému stavu vědeckého poznání. Na druhé straně se však lze i dnes setkat se svízelnými situacemi, jako je volba ženy porodit své dítě doma. Následky takového rozhodnutí mohou vyústit v rodinnou tragédii. I v takovém případě může být role pastoračního pracovníka nezastupitelná.²⁴⁷

5.6 Klinická pastorační péče ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům

Klinická pastorační péče může přispět ke zdravé kultuře perinatologických center. Pastorační pracovníci mohou zdravotníkům pomoci nejen zvládat stres, palčivé otázky a nepřiznivě situace (tj. být jim důležitou oporou /salutorem/), ale rovněž jim pomoci pochopit smysl a hodnotu jejich profese. Dále se mohou účastnit rozhodovacích procesů a také být členy etických komisí.²⁴⁸

Profese lékaře je náročná a mnohdy značně stresující. Výrazný vývoj medicíny přispěl k tomu, že se z původních lékařů (prakticky jen povrchně informovaných, intuitivních interpretů symptomů), stali vysoce vzdělaní profesionálové, s dříve netušenými diagnostickými i terapeutickými možnostmi. Pokrok medicíny obdařil lékaře neobvyklou mocí nad životem a nad smrtí, ale zároveň i děsivou klinickou odpovědností. Manipulace s geny, resuscitace a léčba prodlužující život těžce nemocných, některé souvislosti asistované reprodukce,... to vše vzbuzuje velký tlak na psychiku lékaře.²⁴⁹ V porodnictví, se vyskytuje ještě jeden významný problém, zvyšující tlak na lékaře-porodníky. Každá, jakkoliv nemocná žena, jakmile otěhotní, stává se pacientkou porodnickou. Porodníci jsou tak pod neustálým tlakem různých oborů (diabetologů, internistů, chirurgů...). Nezřídka nastávají situace, kdy indikuje lékař jiného oboru, ale odpovědnost za konečné rozhodnutí nese porodník. Dobře patrné je to např. v případě indikace aminocentézy z důvodu genetické indikace. Provede-li

²⁴⁶ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 67.

²⁴⁷ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 34

²⁴⁸ Srov. Maňáková, M., *Charakteristika a poslání klinické pastorační péče a její podoby v České republice a Rakousku*, diplomová práce, vedoucí práce: Umlauf, M., Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, 2013.

²⁴⁹ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 34.

porodník zmiňovanou aminocentézu a dojde-li při tom k potratu (riziko je asi 1%) je obviněn, neprovede-li ji, a je-li přítomna vrozená vada, je obviněn rovněž. Dalším příkladem může být císařský řez provedený z neporodnické indikace (např. ortopedické, oftalmologické), provede-li porodník císařský řez a nastanou-li komplikace, porodník je ten, kdo má často velmi problematickou indikaci obhájit. Spory jsou dokonce i s nejvíce spolupracujícím oborem, tj. s neonatologií, např. mezi často diskutované otázky patří otázka, zda se má ukončit těhotenství u hypotrofického nezralého plodu nebo se má ještě vyčkat. Zda se má u předčasného porodu provést profylaktická episiotomie, nebo nikoliv.²⁵⁰

Pastorační pracovník může zdravotníkům odlehčit i z hlediska času, může naslouchat a odpovídat na otázky, které svým obsahem daleko přesahují medicínské aspekty péče. Výzkum České lékařské komory a Psychiatrické kliniky 1. LF UK (z roku 2013) prokázal, že lékaři kladou *nedostatek času na pacienta* mezi největší stresory své profese. Nedostatek času přitom ovlivňuje soucítění a ochotu pomoci.²⁵¹

²⁵⁰ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 79.

²⁵¹ Srov. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 152.

6. MOŽNOSTI NÁSLEDNÉ PASTORAČNÍ PÉČE

Smyslem této kapitoly je nastínit možnosti pastorační péče v péči o rodiny, jimž se narodilo dítě s postižením. Pomoc takové rodině si vyžaduje nejen duchovní péči, opřenu o dobré teologické znalosti, ale také znalosti/dovednosti z jiných oborů, nebo alespoň dobrou orientaci v tom, jak jiné obory lidem v těžkostech pomáhají. Pastorační péče přitom nemá nahrazovat jiné profese, ale má je doplňovat tak, aby pomoc rodině byla komplexní.²⁵² V pastorační pomoci rodině, jež pečuje o dítě s postižením, spatřuji veliký úkol. Předpokladem úspěšné pomoci, je ochota a připravenost pastoračního pracovníka k této službě – za zcela klíčovou zde přitom považuji jeho odhodlanost k lásce, k myšlení (rozvaze) a k práci. Jak píše ve své knize *Srdce pastýře*, p. Elias Vella, jsme povoláni: vést, ne ovládat, milovat, ne trestat, pást ovce, ne pást se na ovcích, kráčet před stádem, ne jít za ním, svědčit, ne rozkazovat.²⁵³

Rodina, jež je konfrontována s postižením anebo závažným onemocněním dítěte, si zasluhuje zvýšenou pozornost. Každý člověk se vyrovnává se zátěží tělesně, duševně a duchovně. Pojem spiritualita (duchovnost) ve vztahu k náročné životní situaci je definována různě. V podstatě jde o schopnost odpovědného života zahrnující etiku, odpuštění, pokoru soucit, smysluplnost, transcendenci, víru a cíl života.²⁵⁴ Jak jasně ukazuje Franklova logoterapie, člověk, který má smysl života, lépe snáší těžké životní situace včetně nemocí.²⁵⁵

Péče o dítě s postižením může narušit směr rodinného fungování. Klade zvýšené nároky na psychiku jednotlivých členů rodiny a nezřídka aktualizuje jejich duchovní sféru, otázky osobní víry a smyslu života.²⁵⁶ Nesnadným úkolem pro rodiče je, opustit klamnou naději na zlepšení stavu (vymizení postižení jejich dítěte) a nepropadnout se přitom do trvalé, všeobjímající beznaděje.

6.1 Stručně o metodě: „vidět, posoudit, jednat“

Metoda „*Vidět-posoudit-jednat*“, je metodou, jež se usiluje o uschopnění člověka, aby se stal lepším. První krok „*Vidět*“ znamená vytvořit si vlastní pohled na to, co se stalo nebo co se děje. Vyjít potřebnému vstříc, bez zatížení jakýmikoliv předsudky a nespolehat se na cizí postoje, názory a teorie. Druhý krok „*Posoudit*“ znamená porovnávat odborné poznatky s praxí, uplatňovat rozhovor a diskuzi a mít tak možnost

²⁵² Srov. Opatrný, A., *Pastorace zvláštních skupin*, 2014, s. 17.

²⁵³ Srov. + cit. Vella, E., *Srdce pastýře*, 2015, s. 11.

²⁵⁴ Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 154.

²⁵⁵ Frankl, V., *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*, 1996.

²⁵⁶ Srov. Kurucová, R., *Zátěž pečovatele*, 2016, s. 7.

využívat poznatky a zkušenosti ostatních. Třetí krok „*Jednat*“ znamená zacílit své jednání směrem k žádoucí změně.²⁵⁷ Klíčový přínos metody „*vidět-posoudit-jednat*“ je spatřován v tom, že člověka zmocňuje a posiluje, aby dostal své odpovědnosti za druhé a pracoval na svém svědomí a víře.²⁵⁸

Na rodinu je třeba nahlížet jako na dynamický systém v komplexu dalších sociálních systémů v rámci lidské existence.²⁵⁹ V každém člověku se nachází příjemné a méně příjemné stránky, světlé i temné. Světlé stránky jsou obvykle ochotně uznávány a dostává se jim patřičné pozornosti, u těch temných je to právě naopak, lidé se je pokoušejí vůbec nevnímat, potlačují je, popírají a přemáhají. I ten nejlepší rodič má stránky osobnosti, které nejsou ideální a na vývoj dítěte působí škodlivě. Heinz-Peter Röhr používá pro snazší vyjádření toho nepříjemného, příměru k pohádkové bytosti – ježibabě. Ježibaba je zde chápána jako negativní, temná stránka rodiče, která radikálně ovlivňuje osobnost dítěte a nedokáže poskytnout jistou a pevnou oporu. Rodiče je třeba směřovat k tomu, aby v sobě to cosi „*ježibabiho*“ dokázali identifikovat a učili se s tím pracovat. Opravdu bezstarostné dětství je možné prožít jen tehdy, jestliže je dítě svými rodiči bezvýhradně přijímáno takové, jaké je. Nic není pro dítě příznivější než rodič, který dokáže mít sám sebe rád. Je schopen vytvořit atmosféru, ve které se pocity dítěte mohou rozvinout a setkávají se s pozorností a tolerancí. V takovém klimatu se může dítě osamostatňovat a rozvíjet zdravý pocit vlastní hodnoty a zdravou sebeúctu.²⁶⁰

V holistickém přístupu k rodině, medicína sama o sobě nestačí. Důležitá je na rodinu orientovaná péče, která vnímá rodinu jako celek a soustřeďuje se na individuální potřeby všech jejích členů. Přitom vnímá nejen potřeby biologické, ale i psychické, sociální a spirituální. Klíčová je důvěra v kognitivní schopnosti rodičů, jako předpoklad pro jejich jasnou orientaci v životě. Potřebný je nejen rozum, ale i víra. „*Víra a rozum jsou jako dvě křídla, jimiž se lidský duch pozvedá k nazírání pravdy. Touhu poznat pravdu a nakonec poznat Boha samého vložil totiž do lidského srdce Bůh, aby člověk tím, že pozná a bude milovat Boha, mohl dosáhnout také plné pravdy o sobě samém*“

²⁵⁷ Opatrný M., zmiňuje tuto metodu v rámci pastorační péče duchovních u policie. Policisté jsou v rámci své profese mnohdy konfrontováni i s velmi závažnými případy, které musí v rámci své policejní praxe řešit. Pastorační pracovníci jim mohou pomoci (v rámci svých kompetencí) se v určitých oblastech lépe zorientovat. Krok „*vidět*“ = policisté jsou konfrontováni s patologickým chováním. Krok „*posoudit*“ = proč k tomu dochází? Krok „*jednat*“ = co je třeba změnit? Podobný cíl spatřuji i v rámci pastorační péče o rodiny s dítětem s postižením. Srov. Opatrný, M., *Pracovní metody duchovní služby*. In Opatrný, M., et.al., *Východiska a perspektivy duchovní služby u policie*, 2012, s. 105-118.

²⁵⁸ Opatrný, M., zmiňuje, že metoda „*Vidět-posoudit-jednat*“ našla odezvu především v Latinské Americe, kde byla uchopena teologií osvobození. V Evropě se jí pak věnovali např. Hermann Steikamp (který ji popsal a systematizoval ve své koncepci tzv. sociální pastorace), Herbert Haslinger, Norbert Mette a Markus Lehner. Srov. Opatrný, M., *Sociální práce a teologie. Inspirace a podněty sociální práce pro teologii*. 2013, s. 242-245.

²⁵⁹ Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 13.

²⁶⁰ Srov. Röhr, H-P., *Narcismus – vnitřní žalář*, 2001, s. 23-24.

(cit. FeR²⁶¹ úvodní řeč, srov. Ex 33,18; Ž 27, 8-9; 63, 2-3; Jan 14,8; 1 Jan 3,2). „Každý člověk touží hledat a nalézat pravdu, stejně jako člověka, kterému by se mohl svěřit. Každý je schopen poznávat, že skutečnost a pravda překračují to, co je faktické a empirické (srov. FeR 25, 33).“ *Co lidská mysl hledá, a "nezná" (srov. Sk 17,23), může být nalezeno jen skrze Krista: co se v něm zjevuje, je totiž "plnost pravdy" (srov. Jan 1,14-16) každé bytosti, která byla stvořena v něm a pro něho, a tak v něm spočívá (srov. Kol 1,17), (cit. FeR 34).*“

6.2 Pastorační pomoc: milovat, myslet, pracovat

Mezi tři základní věci, jež musí podmiňovat vše, co bude v pastorační péči následovat, patří: odhodlání milovat, odhodlání myslet a odhodlání pracovat. Vždyť i sám Bůh miluje, myslí a pracuje a člověk je stvořen k obrazu Božímu (srov. Gn 1,26-27).²⁶²

Odhodlání milovat: láska předpokládá Boha lásky (je darem). „*Bůh je láska a kdo zůstává v lásce, v Bohu zůstává a Bůh v něm (1J 4,16). Pro zakotvení lásky v Boží přirozenosti hraje klíčovou roli Trojice. K lásce jsou zapotřebí minimálně dva. Je třeba mít protějšek. Bůh, který by nebyl Trojicí, by mohl milovat pouze v případě, že by stvořil nějaký protějšek.*“ Trojiční Bůh má věčný protějšek lásky v sobě (jednotlivé osoby Trojice spolu hovoří, společně plánují, vzájemně si naslouchají, pečují o sebe...). „*Stvoření je postaveno na vztazích, proto jsou veškeré hodnoty určovány vnímáním lásky jako dokonalého vztahu.*“ Důležité je usilovat se o lásku nejen k sobě, ale i k druhým: „*Jak byste chtěli, aby lidé jednali s vámi, tak vy jedněte s nimi (Mt 7,12).*“ Prikázání milovat, není jedním z mnoha, prikázání, ale každé prikázání a každé rozhodnutí získává vlastní význam z lásky a k lásce směřuje. Proto sv. Pavel píše: „*Cílem našeho vyučování je láska z čistého srdce, z dobrého svědomí a z upřímné víry (1Tm 1,5).*“ „*Nikomu nebudte nic dlužni, než abyste se navzájem milovali, neboť ten, kdo miluje druhého, naplnil zákon. Vždyť prikázání, „nezcizoložíš, nezabiješ, nepokradeš, nepožádáš“ a kterákoli jiná jsou shrnuta v tomto slovu: „Milovati budeš bližního svého jako sebe samého.*“ *Láska neudělá bližnímu nic zlého. Je tedy láska naplněním zákona (Ř 13,8-10).*“ Příkladem principu nerozlučnosti lásky k sobě a lásky k druhým může být manželství. Ženich a nevěsta si navzájem slibují, že budou žít zcela jeden pro druhého. „*Každý, kdo vstupuje do manželství, se cele vydává druhému a zároveň je také největším příjemcem.*“ Svatý Pavel píše: „*Kdo miluje svou ženu, miluje sebe (Ef 5,28b).*“²⁶³ Problém lásky k bližnímu se dostavuje příkladně při narcistické poruše osobnosti. Na narcistické lidi se hodí bajka o paní Huse a panu

²⁶¹ FeR = Encyklika Fides et Ratio.

²⁶² Srov. Schirmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s 9.

²⁶³ Srov. + cit. Schirmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s. 10 -17.

Pávovi, kteří stanuli před oddávajícím úředníkem a chtěli uzavřít sňatek. Když úředník vybočí z profesionální povinné neutrality a nerovného páru se udiveně zeptá, je-li tu vše v pořádku, odpoví pan Páv - ano: „*Má žena a já mě šíleně milujeme.*“²⁶⁴

Odhodlání myslet: svatý Pavel vyzývá křesťany: „*Bratři, ve svém myšlení nebudte jako děti. Ve zlém buďte jako nemluvnata, ale v myšlení buďte dospělí (1K 14,20).*“ Kniha Přísloví zmiňuje: „*Srdce spravedlivého rozjímá, co odpovědět, kdežto ústa svévolníků chrlí samou zlobu (Př 15,28)*“ „*Prostoduchý kdečemu důvěřuje, kdežto chytrý promýšlí své kroky (Př 14,15).*“ Pastorační pomoc vždy vyžaduje schopnost vytvořit si čas, uvažovat, radit se s druhými a radu vyslovit až po pečlivém zvážení situace. Stejně tak i k rodinnému životu patří neustálé rozhovory, společné uvažování a vžívání se do situace druhých. Partnerský vztah, z nějž se vytratilo porozumění a ve kterém chybí zájem přemýšlet o partnerovi, nutně umírá. Moudrost nezahrnuje jen rozumovou schopnost, ale i schopnost uplatňovat dobré poznání v praxi a správně s ním nakládat ve vztazích s druhými lidmi. „*Křesťané jsou žáci, kteří se učí po celý svůj život. Jedním z rysů moudrosti je to, že se člověk nepřestává učit. Každý, kdo hodně ví, zároveň ví, jak moc neví. A každý, kdo se hodně naučil, ví, jak moc se ještě naučit musí.*“²⁶⁵ „*Nedomlouvej posměvači, aby tě nezačal nenávidět. Domlouvej moudrému a buď tě milovat. Moudrému dej a bude ještě moudřejší, pouč spravedlivého a přibude mu znalostí. Začátek moudrosti je bázeň před Hospodínem a poznat Svatého je rozumnost (Př. 9,8-10).*“²⁶⁶

Odhodlání pracovat: práce je odrazem stvořitelské aktivity Boha a jako takové je jí připisována veliká důstojnost. Práce je služba, každý člověk má pracovat podle svých nejlepších možností a schopností. Pověření pracovat je určeno zejména těm, kteří mají v rukou moc, přičemž z moci plynoucí odpovědnost a autorita přinášejí další práci. I na partnerském vztahu (aby byl dobrý), je třeba pracovat, „*investovat*“ do něj. „*Pravá láska nikdy nepřijde skrze lenost.*“ Proto: „*Nemilujeme pouhým slovem, ale opravdovým činem (1J 3,18).*“²⁶⁷ Zároveň by se člověk nikdy neměl nechat svou prací pohltit, tj. neměl by se přepracovávat. Práce nesmí být nikdy cílem sama o sobě (práci dává Bůh a má být Bohu podřízena). V tom je rovněž smysl sedmého dne jako dne odpočinku (srov. Ez 46,1) a smysl dělby práce. Člověk může spát pokojně a odpočinout si od práce, jelikož: „*Nedříme a nespí ten, jenž chrání Izraele (Ž 121,4).*“ Názorným příkladem lidské dělby práce je rodina. V konečném důsledku člověk nepracuje sám pro sebe, ale pro Boha: „*Cokoli děláte, dělejte z duše jako Pánu, a ne lidem. Vždyť víte, že od Pána dostanete za odměnu dědictví. Pánu Kristu služte (Ko 3,23-24)!*“ Důstojnost práce nevychází z povahy toho, co se dělá, ale z důvodu proč se to dělá. Konečným

²⁶⁴ Srov. + cit. Röhr, H-P., *Narcismus – vnitřní žalář*, 2001, s. 53.

²⁶⁵ Srov + Cit. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s. 22-28.

²⁶⁶ Srov. + cit. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s. 27-29.

²⁶⁷ Srov. + cit. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s. 33-36.

zaměstnavatelem není ten, kdo platí mzdu, ale Bůh (službou druhým si člověk střeďává poklad v nebi).²⁶⁸

6.3 Možnosti následné pastorační péče, náboženská příslušnost

Možnosti následné pastorační péče se odvíjejí zejména od toho, že do rodiny přichází v dané problematice kvalifikovaný člověk, který rodině nabízí svou přítomnost, příležitost společně se setkat a promluvit si o tom, co je trápí, z čeho mají strach a co nechtějí nést sami. Rodiče potřebují čas a prostor na otázky. Potřebují lidskou blízkost, vědět, že na to, co je trápí, nejsou sami.

Na tomto místě bych ráda uvedla příměr, „parafrázi“ dialogu z Exupéryho knihy, který se týká sice pacientů a lékařů, ale stejně tak, může posloužit jako příklad pro důležitost přítomnosti doprovázejícího pastoračního pracovníka. *„Malý princ: „Dobrý den“ pozdravil malý princ. „Dobrý den“ odpověděl počítač. Byl to počítač, který se měl nemocných vyptávat, co jim chybí. „Proč mi kladeš otázky ty a nikoliv lékař?“ „Je to veliká úspora času“ odpověděl počítač. „Jiné počítače to vypočítaly. Lékaři se tím ušetří týden co týden 153 minut.“ „A co se dělá s těmi stotřiapadesáti minutami?“ „Co, kdo chce...“ „Jestliže by můj lékař měl opravdu nazbyt stotřiapadesát minut, přál bych si, aby alespoň část z nich věnoval mně a hovořil se mnou místo tebe.“²⁶⁹*

Tímto dialogem jsem chtěla zdůraznit důležitost osobního kontaktu, důležitost nebýt na své problémy sám. Každý člověk ocitající se v náročné životní situaci potřebuje chápající lidskou blízkost, rozhovory a posílení toho, co je v jeho životě hluboké, nosné a cenné. Slovy papeže Františka, církev má plnit úlohu jakési polní nemocnice pro lidi různě poraněné a trpící. Pastorační péče: *„Počítá s Boží láskou, odpuštěním, vykoupením a milostí, a to ne jako s alternativami k lidské pomoci, ale jako s prvky, které spolu s obecně lidskou pomocí tvoří úplný celek pomoci člověku.“²⁷⁰*

Mladé rodiny, s nimiž se pastorační pracovník setkává, mohou tvořit členové s již určitou náboženskou minulostí nebo naopak lidé bez zkušenosti se životem v církvi. Náboženská příslušnost může práci pastoračních pracovníků usnadnit, ačkoliv jak již bylo nastíněno, klíčovým požadavkem pro efektivní pastorační péči je bezpodmínečné přijetí rodiny, tj. úcta k vnitřnímu světu každého člena rodiny, ať už je doprovázejícímu blízký nebo vzdálený.²⁷¹ Pastorační péče musí být dostupná všem, nesmí se omezovat jen na ty, kteří se ke křesťanství hlásí. Pastorační péče bývá vyhledávána i těmi, kdo se ke křesťanským církvím nehlásí a přesto právě v nich hledají pomoc. Pastorační pracovník není povolán do rodiny jako zástupce své církve, ale jako někdo, kdo je

²⁶⁸ Srov. + cit. Schirmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s. 36-41.

²⁶⁹ Cit. *Stres zdravotníků 1998*, 1998. s. 10

²⁷⁰ Srov. + Cit. Opatrný, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*, 2017, s. 13-14, 18, 184.

²⁷¹ Srov. Opatrný, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*, 2017, s. 94.

ochoten poskytnout pomoc za plného respektování individuální spirituality a životních zkušeností každého člena rodiny. Stejně jako Ježíš Kristus, který se také, jak dosvědčují mnohé evangelijní příklady, stará o každého, kdo u něho hledá pomoc. Z úcty k danému člověku je zcela zásadní respektovat jeho postoj k náboženství, tak aby mu bylo rozuměno, a nebyl neporozuměním zraňován. Většina lidí dar víry má, slovo ateista je tak dobré rezervovat jen pro ty, kteří se tak sami označují anebo přímo aktivně proti náboženské víře bojují. Důležité je rozlišovat i mezi tím, zdali konkrétní člověk víru v Boha nepřijímá, anebo vlastně s Bohem počítá, ale má negativní vztah k církvím nebo jiným formám náboženských organizací.²⁷²

V podmínkách naší země je nejrozšířenější církev katolická, tj. především římskokatolická, méně často pak řeckokatolická. Pro katolíky obou obřadů jsou klíčové svátosti: křest, biřmování, svátost smíření, eucharistie, pomazání nemocných, manželství a kněžství. Římský katolík stejně jako řecko-katolík smí přijímat svátosti v obou obřadech. Péče o rodiny se ovšem nesmí omezovat pouze na službu svátostnou (ačkoliv je velmi přínosná). Důležité jsou pravidelné návštěvy, rozhovory a doprovázení. Mezi stěžejní povinnosti doprovázejícího pastoračního pracovníka patří: nepředstíraná láska k bližnímu, svědectví Kristu a služba slova vedoucí k víře.²⁷³

Specifickým problémem v katolické církvi mohou být, jak zmiňuje Aleš Opatrný: „... *Poměrně přesné a přísné morální regule, které katolík právem vyznává. Může se totiž stát, že je třeba pomáhat člověku, který se v určitých oblastech v jejich hranicích nepohybuje. Vystává obtížný úkol, jak nepopřít to, co církev učí a zároveň pomáhat tomu, kdo je v nějakém ohledu mimo tyto hranice a není schopen se v nich (zatím nebo dlouhodobě) držet. Rozhodně nemůže být morální nedostatečnost důvodem k odpírání pomoci potřebnému člověku, pokud po ní touží.*“²⁷⁴

Vzorem má být Ježíš Kristus, který zlo nikdy neschvaloval, přesto vždy, když se setkal s potřebným, tak si všímal jeho potřeby a reagoval na ni, aniž by se předem ujistil, že dotyčný člověk je morálně vyhovující. Pastorační pracovník se dále může setkat s protestanty, pravoslavnými, členy církve Československé husitské, církve starokatolické, aj. Vždy je velmi důležitá ekumenická vstřícnost a respekt. Klíčovým prvkem křesťanství je víra v Boží Trojici, tj. v Otce, Ježíše Krista a Ducha svatého.²⁷⁵

Pastorační pracovník může poskytovat svou službu i rodinám mimo-křesťanským. V podmínkách ČR platí tzv. *Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví* (a její dodatek), jež byla podepsána Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR

²⁷² Srov. Opatrný, A., *Pastorace zvláštních skupin*, 2014, s. 20-21.

²⁷³ Srov. Opatrný, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*, 2017, s. 64-67. Srov. DCE 25a

²⁷⁴ Cit. Opatrný, A., *Pastorace zvláštních skupin*, 2014, s. 22.

²⁷⁵ Srov. + cit. Opatrný, A., *Pastorace zvláštních skupin*, 2014, s. 22.

(vztahující se ke zdravotnickým zařízením), která vznikla s cílem pomoci trpícím v těžkých situacích, a to bez ohledu na jejich vyznání.²⁷⁶

²⁷⁶ Srov. Příloha č. 3: Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR a její dodatek.

7. SVOBODA ČLOVĚKA, ODPOVĚDNOST, ASPEKTY ROZHODNUTÍ

Společným pojátkem celé práce je svoboda člověka a jeho odpovědnost. Rodiče, stejně jako zdravotníci jsou odpovědní za svá rozhodnutí, která jsou mnohdy, jak bylo nastíněno v předcházejících kapitolách, zatížena řadou etických dilemat. Svoboda a odpovědnost, jsou důležitými prvky katolického chápání člověka. Tyto dvě charakteristiky člověku zakládají možnost uvažovat o fenoménu viny, trestu, ale i odpuštění. Dané téma pokládám za velmi důležité, jelikož si myslím, že je to otázka, která sužuje mnohé rodiny, ale i zúčastněné zdravotníky.

7.1 Svoboda člověka

Člověk je bytost inteligentní a svobodná, přičemž definovat svobodu není snadné. Filozof Schopenhauer napsal, že je to tajemství, neohraničený pojem, jehož bohatost nelze uzavřít do jediného konceptu. Aurelio Fernández popisuje svobodu jako „*schopnost sebeurčení*“, přičemž rozlišuje tři typy svobody: 1. *svobodu od nutnosti (vnějšího nátlaku)*, tj. možnost jednat nebo nejednat, 2. *svobodu specifikace*, tj. možnost volby mezi několika možnostmi a 3. *svobodu kontradikce*, tj. možnost zvolit si opak. Ve svobodě se setkávají tři podstatné rozměry lidské bytosti, tj. rozum, vůle a citový život. Důraz na lidskou svobodu je součástí mnoha deklarácí práv (na národní i mezinárodní úrovni), ústav demokratických států a četných deontologických kodexů. Tridentický koncil definoval svobodu jako základní status lidské osoby, navzdory zlu, který v ní podnítil prvotní hřích. „*Kdyby někdo řekl, že schopnost člověka svobodně se rozhodnout byla ztracena, a že zmizela po Adamově hříchu, nebo že jde o pouhý název bez obsahu a čistý výmysl zavlečený do církve satanem, budiž proklet (DS, 1555).*“²⁷⁷

7.1.1 Svoboda v učení Písma svatého

Svoboda člověka je nepopíratelný fakt, jenž je zaručen i v učení Písma sv. Je tou nejdůvěrnější zkušeností každého člověka. Bůh předkládá člověku možnost způsobu života, a je na každém, pro který se rozhodne: „*Předložil jsem ti život i smrt, požehnání i kletbu. Zvol si život, abys byl živ ty i tvé potomstvo (Dt 30,19).*“²⁷⁸ Morální knihy Starého zákona učí, že dobro i zlo jsou plodem svobodného jednání člověka. Svobodné jednání ho přitom staví před riziko, že bude nakládat se svobodou nerozumně: „*On sám na počátku stvořil člověka a ponechal mu možnost vlastního rozhodování. Chceš-li, můžeš plnit přikázání a zachovávat věrnost podle libosti. Vodu i oheň položil před tebe,*

²⁷⁷ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 58-60.

²⁷⁸ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 58-59.

vztáhni svou ruku, po čem chceš. Před člověkem je život i smrt a bude mu dáno, co si vybere (Sir 15,14-18)“ . Člověk se sám rozhoduje, zda bude konat dobro, anebo zlo. Bůh nikoho na scestí nescítá: „Neříkej: „On mne zavedl na scestí“ hříšníka přece nepotřebuje. Hospodin má v nenávisti každou ohavnost a nemají ji v lásce ani ti, kdo se ho bojí (Sir. 15,12-13).“ Kniha Sirachovec vyzdvihuje člověka, jenž se mohl dopustit přestupků, ale vyvaroval se jich, kdo mohl konat zle, ale nečinil tak (srov. Sir 31,10). Nový zákon poukazuje na svobodu, jako na dar spásy, jenž byl člověku dán skrze Ježíše Krista: „Tu svobodu nám vydobyl Kristus. Stůjte proto pevně a nedejte si na sebe znovu vložit otrocké jho (Gal 5,1).“ Skutečná svoboda je zaručena člověku, který se rozhodne žít podle Ducha a nenechá se svádět neřestmi těla: „Kde je Duch, tam je svoboda (2 Kor 3,17).“²⁷⁹

7.1.2 Omezenost a popírání svobody

Člověk je bytost ve své podstatě vnitřně omezená a této omezenosti je podrobena i svoboda. Zmiňovaná omezenost je dána mnohými faktory, např. z přirozenosti samotného bytí (člověk není např. schopen žít bez kyslíku), z věku (novorozenec není schopen sám chodit), z pohlaví (muž nemůže být těhotný)... Španělský filosof Zubiri k tomuto píše: „Říci, že člověk je svobodný, neznamená, že prostor jeho svobody je absolutní. Jde spíše o prostor víceméně úzký, co do rozměru a hloubky, který lze sice zvětšit, vždy ale bude omezený.“²⁸⁰

Svoboda je popírána tehdy, je-li bráněno jejímu uplatňování „determinací.“ K tomuto dochází v případě ovlivňování nebo násilí. Ale i ve zmiňované situaci si člověk uchovává svou vnitřní svobodu (tj. příkladně vězeň, jenž je značně omezen v prostoru a volbě, si stále udržuje svou psychologickou svobodu).²⁸¹

7.1.3 Svoboda, odpovědnost, pravda a dobro

Svoboda je základním předpokladem mravnosti. Na základě Bohem darované svobody se člověk stává ručitelem (garantem) svých skutků, což znamená, že za ně nese odpovědnost. Pokud by člověk svobodný nebyl, pak by jeho skutky nebyly ani dobré ani zlé, protože by je nečinil ze svého dobrovolně přijatého rozhodnutí.²⁸²

Lidská odpovědnost nemůže existovat bez pevné vazby na Boha. „Svoboda činí člověka odpovědným za jeho skutky v té míře, v jaké jsou dobrovolné. Pokrok ve ctnosti,

²⁷⁹ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 60.

²⁸⁰ Srov. + cit. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 63

²⁸¹ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 63

²⁸² Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 57.

poznání dobra a askeze posilují vládu vůle nad vlastními skutky (KKC 1734).“ Svatý Augustin učí, že „Jen ten, kdo opravdu miluje, těší se větší svobodě.“²⁸³

Svoboda vyjadřuje vztah k pravdě: „Svoboda je zásadně závislá na pravdě (VS 34).“ Vlastní struktura svobody se zakládá na skutečnosti, že jednající zná povahu skutku, který provádí a je si vědom jeho správnosti nebo špatnosti. Příkladně, očekává-li někdo balíček s práškem na praní, a na místo toho se v něm nachází kokain, nelze tohoto člověka považovat za dealera drog. Pouze ten, kdo zná pravdu, je skutečně svobodný: „Pravda nás osvobodí (Jan 8,32).“ Způsob, jak pomoci druhým, aby byli svobodní, spočívá v tom, umožnit jim, aby vyšli z omylu a poznali pravdu. Nepřítelem svobody je neznalost, podvod, omyl a lež. Pravda je výkladem skutečnosti, jež člověk nevytváří, ale poznává. „Poznávat“ však neznamená soudit, domnívat se, ani myslet si. Vždy je třeba (před vlastním názorem) respektovat objektivní pravdu.²⁸⁴

Svoboda má být využívána pro dobro, jelikož jen tak je respektováno lidské bytí a bytí skutečnosti. Lidská svoboda nesmí poškozovat to, co člověk je, jelikož svoboda mu byla darována právě za tím účelem, aby se zdokonaloval jako osoba: „Činit zlo není svobodě vlastní, ani žádné z jejích částí, je pouze známkou toho, že člověk je svobodný.“ Využije-li člověk svobodu ke skutku zla, dokazuje tím sice, že je svobodný, neuplatňuje však skutečnou svobodu, jelikož ji používá neinteligentním způsobem. Když svoboda činí zlo, je člověk ničen a zotročován. Zlo popírá svobodu a vede do otroctví. Svatý Pavel píše: „Kdo se dopouští hříchu, je otrokem hříchu (Řím 6,17).“²⁸⁵

KKC učí: „Čím více člověk koná dobro, tím více se stává svobodným. Není opravdové svobody, jen ve službě dobra a spravedlnosti. Zvolit neposlušnost a zlo je zneužitím svobody a vede k „otroctví hříchu“ (KKC 1733). Svoboda se nezakládá na fyzické síle, ale v morální povinnosti. Škodí-li tedy určitý skutek lidské přirozenosti, má jej člověk racionálně odmítnout. Toto je ten nejinteligentnější způsob uplatňování svobody.²⁸⁶

Viktor Frankl (psychiatr) píše, že svoboda a odpovědnost mají kráčet spolu: „Nenapadejte mne z toho, že neomezeně bráníme svobodu... Já jsem proti neomezenosti. Svoboda není konečné slovo. Svoboda se obrací ve svévoli, není-li prožívána ve smyslu odpovědnosti, a to je také důvod, proč stále pléduji pro to, aby byl k Soše svobody na východním pobřeží vybudován protějšek, totiž Socha odpovědnosti na pobřeží západním.“²⁸⁷

²⁸³ Srov. Fernandéz, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 71

²⁸⁴ Srov. Fernandéz, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 64-65.

²⁸⁵ Srov. + cit. Fernandéz, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 66-67.

²⁸⁶ Srov. + cit. Fernandéz, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 66-67.

²⁸⁷ Srov. + cit. Fernandéz, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 68.

7.1.4 Svoboda a milost

V KKC je uvedeno: „Svoboda člověka je omezená a vystavená omylu. Člověk totiž selhal. Svobodně zhřešil. Sám se oklamal tím, že odmítl plán Boží lásky, stal se otrokem hříchu. Toto prvotní odcizení způsobilo mnoho dalších. Dějiny lidstva od svých počátků dosvědčují neštěstí a utlačování, která se zrodila v srdci člověka jako důsledek zneužití svobody (KKC, 1739).“²⁸⁸

Člověk, zraněný prvotním hříchem, potřebuje ke skutečnému životu ve svobodě milost Boží. Lidská svoboda pochází od Boha. „Aktivita svobody je přitom přítomností milosti uschopněna směřovat svým sebeuskutečněním k milosti jako cíli. Milost činí svobodu schopnou přijmout ve svém vlastním uskutečnění bytí přijaté od samotného Boha. V milosti se zjevuje Bůh jako věčný pramen stvořené svobody a jako její věčný horizont v podobě lásky.“²⁸⁹

Podstata křesťanského života spočívá ve snaze činit dobro a vyhýbat se zlu, tj. snažit se o to, aby všechny skutky odpovídaly plnění Boží vůle a ve sjednocování života s životem Ježíše Krista.²⁹⁰ Svoboda dosahuje své dokonalosti, když je zaměřena na Boha, který je naší blažeností (KKC, 1731).“

7.2 Tři aspekty každého rozhodnutí, podle Thomase Schirrmachera

Thomas Schirrmacher zmiňuje (z pohledu křesťana) tři aspekty každého rozhodnutí: aspekt normativní, situační a existenciální.²⁹¹

7.2.1 Aspekt normativní

Důležitost normativního aspektu je dána Božími příkázáními, jež jsou neměnné. Normativní etika je etikou principů a hodnot. V Písmu sv. se nacházejí zcela obecné a univerzálně platné příkazy, tj. pozitivně formulované (př. „... budeš milovat svého bližního jako sebe sama... Lv 19,18“) a negativně formulované (př. „... nebudeš svému bližnímu ukládat o život... Lv 19,16“), stejně jako případové studie, jež mohou posloužit v podobné situaci a příkázání, která vyhláší prvořadost určitých povinností (př. „... milosrdenství chci a ne oběť... Mt 12,7“). Křesťan má na základě Písma svatého zvažovat, promýšlet, posuzovat, hledat radu a přijímat zodpovědnost za vlastní rozhodnutí.²⁹² Ve vztahu k rodině se Thomas Schirrmacher zamýšlí nad tím, že Boží

²⁸⁸ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 69.

²⁸⁹ Cit. Müller, L., G., *Dogmatika pro studium i pastoraci*, 2010, s. 223-224.

²⁹⁰ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka*, 2012, s. 75.

²⁹¹ Srov. Schirrmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*. 2016, s. 44.

²⁹² Srov. Schirrmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*. 2016, s. 47-62.

zákon představuje ve své podstatě i jistý typ ústavy pro rodinu a píše, že: „*Rodiče nejsou pro své děti zákonem. Jak rodiče, tak děti jsou podřízeni stejnému zákonu, stejným stvořitelským nařízením, které Bůh vydal.*“²⁹³

7.2.2 Aspekt situační

Důležitost situačního aspektu je dána moudrostí, jež poměřuje situace na základě zkušenosti, konkrétních osob a konkrétních situací. Toto považuji pro svou práci za zcela klíčové. Ačkoliv Písmo sv., sebe samo pokládá za klíčový pramen etiky, zároveň vyzývá, aby člověk bral v úvahu zkušenosti z konkrétních situací, tzn., že ani ty nejlepší hodnoty nemohou být účinné, bez reálné aplikace.²⁹⁴

V reálném životě se nezdá stane, že se do konfliktu dostanou dvě i více přikázání (etický konflikt, střet povinností) a přestoupení těchto příkazů nemůže být hodnoceno vždy stejně. Prakticky vždy je třeba řešit otázku priority, kdy je oprávněné, rozhodnout se ve prospěch vyššího příkazu. Jako příklad je možné uvést rozpor mezi pátým a šestým přikázáním, tj. lež, jenž má za cíl záchranu života. Příklad z Písma: „*Bůh žehná porodním babám, protože neuposlechly faraónův rozkaz zabít všechny hebrejské chlapce a samotného faraóna obelhávaly (srov. Ex 1,15).*“ Názorným příkladem může být i otázka potratu, který křesťanská etika nepřipouští, s výjimkou situace, kdy je ohrožen život matky (vyšší hodnota). Níže postavená hodnota (např. nepříznivá ekonomická situace matky) rozhodující roli hrát nesmí.²⁹⁵

7.2.3 Aspekt existenciální

Důležitost existenciálního aspektu je vyjádřena významem srdce a svědomí. V lidském jednání nejde jen o vnější splnění Božích příkazů, ale každý má usilovat o pozitivní hodnoty z vnitřního přesvědčení a lásky. Jak píše sv. Pavel: „*Cílem tohoto nařízení je láska z čistého srdce, z dobrého svědomí a z upřímné víry (1 Tm 1,5).*“²⁹⁶ Svědomí je podstatou lidské osoby, je to „*...nejtajnější střed a svatyně člověka; v ní je sám s Bohem, jehož hlas mu zaznívá v nitru... (GS, č. 16).*“ Jak praví Origénes, svědomí je „*duší duše*“. Svědomí je úsudek praktického rozumu (srov., KKC 1976), na jehož podkladě člověk posuzuje dobro, anebo zlo určitého skutku.²⁹⁷ „*Konečné vnitřní rozhodnutí, které učiníme před svým svědomím, je to, co z něj činí skutečné rozhodnutí. Cokoliv, o čem se uvažovalo a co bylo možné změnit, je nyní nezměnitelné a nevratné.*

²⁹³ Cit. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování.* 2016, s. 63.

²⁹⁴ Srov. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování.* 2016, s. 85-86.

²⁹⁵ Srov. + Cit. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování.* 2016, s. 87-95.

²⁹⁶ Srov. Schirmmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování.* 2016, s. 113.

²⁹⁷ Srov. Fernández, A., *Fundamentální morálka,* 2012, s. 89-93.

Rozhodnutí se stává součástí mé existence a mé osobní historie, za kterou nesu osobní odpovědnost, ať k dobrému či ke zlému. ²⁹⁸

7.3 Pár slov na závěr

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, důstojnost člověka spočívá v tom, že byl stvořen k obrazu Božímu, aby existoval ve vztahu k Bohu a ve vztahu k bližním. V životě člověka jsou situace, kdy rozhodnutí nesnese odklad, kdy není čas na adekvátní rozvahu. A i kdyby měl člověk dostatečný prostor a čas, není ze své podstaty neomylný. Každý člověk je schopen učinit špatná rozhodnutí a jsou-li tato rozhodnutí zatížena hříchem a vinou, pak je nezbytné je uznat, vyznat a usilovat o odpuštění. *„Dobří rodiče své děti vychovávají pomocí kritiky a trestu, ale také pomocí nesobeckého přijímání a tím, že stojí bezpodmínečně při nich. Člověk, jemuž na jeho dětech skutečně záleží, je bude učit zdravé sebekritice tím, že jim stanoví hranice a povede je ke zdravému sebevědomí tím, že je bude hájit a odpouštět jim.*“ ²⁹⁹

Jak píše Thomas Schirrmacher, pastorační pracovník, který bude říkat těm, o něž pečuje, jen to, co sami budou chtít slyšet, je stejně neúčinné jako ten, jehož jediným cílem bude odhalení hříchu a čekání na jeho vyznání. Pastorační pracovník musí mít odvahu nazývat věci pravým jménem. Může se ocitnout v roli obhájce i v roli žalobce. V roli obhájce, když špatné svědomí sužuje trpící něčím, co není skutečnou vinnou, nebo naopak v roli žalobce, pokud jim nastavuje zrcadlo, aby jim pomohl odhalit závoj sebeklamu. Nikdy však nesmí být soudcem, který vynáší rozsudek. Dokonalý soudce je jen Ježíš Kristus, který, ačkoliv bere vážně obvinění, je zároveň milosrdný a je obhájcem těch, kteří v něho věří. ³⁰⁰

²⁹⁸ Cit. Schirrmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*. 2016, s. 130.

²⁹⁹ Srov. + Cit. Schirrmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*. 2016, s. 95, 122-123.

³⁰⁰ Srov. Schirrmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*. 2016, s. 95, 122-123.

ZÁVĚR

*„Byl jednou jeden malý princ. Bydlil na jedné planetě a ta byla o málo větší než on sám.
A ten malý princ potřeboval přítele.“³⁰¹*

Každá rodina jde svou vlastní cestou, na níž se setkává s ostatními rodinami. Ruce dětí si budou pamatovat všechny doteky, prostřednictvím nichž se seznamovaly se světem a jimiž byly vyprovázeny do světa. V každé rodině se v rámci životního cyklu vyvíjejí specifické způsoby zvládání úkolů a řešení problémů.³⁰² Partnerský vztah neustále hledá rovnováhu mezi úkoly dané vývojem rodiny, mezi dáváním a přijímáním, mezi přibližováním a oddalováním.³⁰³

Historie medicíny nás poučuje o tom, že pokrok se děje převážně prostřednictvím interdisciplinární spolupráce, kde klíčovou roli hraje ochota si navzájem naslouchat a pomáhat. Mým cílem bylo napsat diplomovou práci, která by nastínila problematiku perinatálního období, na niž nelze nahlížet jako na určitý uzavřený úsek života, ale na etapu, již předcházelo období vztahu mezi budoucími rodiči, jejich plánů do budoucnosti, adaptace na těhotenství ... a které narozením dítěte přechází v nové, neméně důležité období.

K realizaci vytčeného cíle jsem směřovala prostřednictvím sedmi kapitol, jejichž smyslem bylo poukázat na onu skutečnost, že i profesionální pastorační pomoc, může najít své opodstatnění a uplatnění v široké oblasti perinatologie a přispět tak ke zkvalitnění péče o nově se formující rodiny.

V první kapitole jsem se zaměřila na rodinu a na její význam pro život člověka. Dobře fungující rodina, zejména v době krize (nemoci) dokazuje, že je nejmocnějším nástrojem k uchování společenského života a nejbohatším pramenem, jenž celé společnosti umožňuje rozvoj v souladu s lidskou důstojností.³⁰⁴ Těhotenství a především pak narození dítěte, s sebou přináší změnu, nutný vývoj rodiny. Partneri, kteří dosud měli v centru pozornosti vztah a toho druhého, obracejí pozornost k dítěti a k jeho požadavkům. Předčasný porod nebo narození dítěte s postižením, je pro rodiče silnou stresovou situací. Těžké (trvalé) postižení dítěte je pro rodiče zkouškou hluboké lidskosti. Pastorační pomoc, by měla být rodině nabídnuta nejen ve fázi akutní krize (v perinatologickém centru), ale měla by směřovat k jejímu dlouhodobějšímu doprovázení.

³⁰¹ Cit. Exupéry, A. S., *Malý princ*, 2014

³⁰² Štěrbová, D., *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, 2013, s. 12

³⁰³ Srov. Knop, J., Zemanová, M., *Partnerský vztah a jeho terapie*, In XII. Národní konference o manželském, partnerském a rodinném poradenství, Sborník příspěvků, Kolařík, M., 2014, s. 103-113.

³⁰⁴ Srov. Knop, J., Zemanová, M., *Partnerský vztah a jeho terapie*, In XII. Národní konference o manželském, partnerském a rodinném poradenství, Sborník příspěvků, Kolařík, M., 2014, s. 103-113.

Ve druhé kapitole jsem se dotkla oboru perinatologie a pokusila jsem se nastínit péči v perinatologických centrech. Perinatologie je obor, s rychlým, dynamickým vývojem. Hledají se opatření zaměřená ve prospěch těhotných žen, rodiček a novorozenců. Nastává sumace poznatků a nastavují se co možná nejbezpečnější postupy, plně racionálně prověřené a zdůvodněné. Do přírodního procesu vystavenému nelítostné selekci, postupně vstupují nové poznatky medicinské, technické a empirické. I přesto se však stále vyskytují, etiologicky velmi pestré, těžké stavy, jež mohou ohrozit na zdraví či na životě jak ženu (těhotnou/rodičku/šestinedělku), tak i její dítě (plod/novorozence). Dlouhodobá hospitalizace žen na oddělení pro riziková a patologická těhotenství, je velmi náročným obdobím. Těhotnou ženu provází řada negativních emocí (strach, úzkost), jež jsou individuálně závislé na jejích osobnostních rysech (fyziologická predispozice, psychická stabilita, frustrační tolerance, vyrovnávací strategie), na komplikaci, která se v těhotenství vyskytla a na doprovodných jevech, jako je stres z čekání na výsledky provedených vyšetření (př. aminocentézy).³⁰⁵ Silnou vlnou emocí je provázen zejména porod nezralého, nemocného nebo postiženého dítěte. Matce (rodičům) se na mysl vtírají existenční otázky, které ji směřují k přehodnocování dosavadních postojů a žebříčku hodnot. Kromě stěžejní, odborné zdravotnické péče, je na místě pomoc, jež zdravotní péči přesahuje.³⁰⁶

Těhotná žena zůstává i přesto, že se v ní vyvíjí potenciální nový člověk, stále jediným člověkem, jenž má plné právo o sobě rozhodovat. Je jasné, že s „rostoucím těhotenstvím“ sociální okolí budoucí matky stále více přihlíží k zájmům nenarozeného dítěte a velmi nelibě nese, pokud tak v jeho očích nekoná ona sama (např. užívá drogy, kouří).³⁰⁷ Dosud života neschopný plod (až do okamžiku porodu) nemá samostatné právní postavení, a proto i o něm rozhoduje těhotná žena.³⁰⁸ Tato skutečnost nepřímou otvírá otázku počátku individuálního lidského života, jíž jsem se věnovala ve třetí kapitole. *Je prenatalně se vyvíjející dítě už od počátku lidskou osobou, anebo je zpočátku jen lidskou bytostí? Od jakého okamžiku je život člověka životem lidským?* Je to otázka interdisciplinární, své stanovisko k ní může zaujmout mnoho oborů (medicína,

³⁰⁵ Srov. Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*, 2008, s. 34.

³⁰⁶ Srov. Štembera, et.al., *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*, 2014. In Takács, L., *Psychologie v perinatální péči*, s. 117.

³⁰⁷ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 575.

³⁰⁸ Srov. Roztočil, A., et. al., *Moderní porodnictví*, 2017, s. 575. *“Spojnicí mezi dosud života neschopným plodem a dítětem, kterým se plod může stát, je autonomie ženy, protože ani technologické pokroky nedokáží zajistit, aby se nenarozený plod stal dítětem. O tom, zda se nenarozený plod stane pacientem, rozhoduje poutě těhotná žena na základě své autonomie. Nenarozený plod proto nemá nárok být pacientem, nezávisle na autonomii těhotné ženy. Těhotná žena má svobodnou volbu podle svých vlastních hodnot a přesvědčení udělit nebo odebrat svému dosud života neschopnému plodu status pacienta.”* Cit. Ptáček, R., Bartůněk, P., et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, 2015, s. 101.

teologie, filosofická antropologie, psychologie, bioetika, právo). A právě toto s sebou nese řadu problémů. Názory jsou různé a mnohdy zcela odlišné.

Od problematiky počátku individuálního lidského života se odvíjí řada dalších, mimořádně složitých otázek. Ve čtvrté kapitole jsem se zaměřila na jednu z nich, tj. na otázku, zdali má člověk právo na (zdravé) dítě a současně jsem poukázala na vybrané etické problémy reprodukce. Experimenty na člověku (i když je jím dosud života neschopné embryo/plod) musí mít své hranice. Tak, aby se na jedné straně zajistila důstojnost, neporušenost a svoboda člověka a na straně druhé pak dostatečný prostor pro pokrok biologie a medicíny, k dobru přítomných i budoucích generací.³⁰⁹

V páté kapitole jsem se zabývala podstatou a významem klinické pastorační péče v perinatologických centrech. Ačkoliv základní pastorační péči může poskytnout v podstatě každý křesťan, zde mám na mysli především profesionální pastorační pomoc, která zahrnuje pomoc kvalifikovaných nemocničních kaplanů. Vycházím přitom z přesvědčení, že ti, kdo doprovázejí mladé rodiny v době krize, potřebují nejen ochotu vnímat, ale i jisté znalosti a zkušenosti, tak aby mohli co nejlépe porozumět jejich situaci a životní cestě. Jedná se o pomoc respektující postoje a názory rodičů. Pomoc, která se snaží podpořit to, co je skutečně cenné a co je náročnou životní situací oslabeno či ohroženo.³¹⁰

V šesté kapitole jsem navázala na pátou kapitolu, s poukazem na onen fakt, že rodinu čeká po příchodu s dítětem domů (zejména jeli těžce postižené) plno nových skutečností, kterým bude muset čelit. Každé dítě, i když je postižené, je svým způsobem jedinečné a nezaměnitelné. A je velmi důležité vytvořit mu již v raném dětství citové zázemí rodiny, kde mu bude poskytnuta maximální možná péče, potřebný individuální přístup a nezbytná láska. K tomu všemu je však zapotřebí, se s postižením dítěte, vyrovnat. A i proto myslím, že je přítomnost pastoračních pracovníků v perinatologických centrech a následně v domácím prostředí opodstatněná a spatřuji v ní možnost obohacení komplexní péče o rodinu od samého začátku.

V poslední, sedmé kapitole, jsem se zabývala otázkou svobody člověka a jeho odpovědností za učiněná rozhodnutí. Každý člověk má dar svobody, ale i odpovědnost za rozhodnutí, která učinil.³¹¹ Ne každé svobodné rozhodnutí, je moudré rozhodnutí.

³⁰⁹ Srov. Brdička, R., Didden, W., *Genetika v klinické praxi IV.*, 2016, s. 156-157. Již Galileo Galilei varoval před tím, že člověk svými experimenty, tzv. *napíná přírodu na skřípec*, a tak z ní dostává tajemství, která mu nechce dobrovolně vydat. Tímto způsobem člověk objevil jistě mnoho důležitého a užitečného, ovšem nikdy nesmí zapomenout na pokorné smýšlení, být bdělí, opatrný a ochotný sklonit se před Pánem. Neboť jak píše Benedikt XVI: „*Izolovanost panovačného vědění je trůnem pýchy, který se v důsledku své nezakotvenosti nevyhnutelně zřítí... Moudrost pýchy se stává bezduchou pošetilostí.*“ Srov. + cit. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení*. 2010, s. 23-24.

³¹⁰ Srov. Opatrný, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*, 2017, s. 38.

³¹¹ Partneři jsou odpovědní za vznik těhotenství po pohlavním styku, těhotná je odpovědná za podstoupení interrupce, matka je odpovědná za rozvoj abstinčního syndromu u novorozence,

A může nastat situace, kdy rozhodnutí nebude správné a dostaví se výčitky svědomí a mnohdy nenaplněná touha po odpuštění.

„Počátek poznání je bázeň před Hospodinem (Př 1,7).“³¹² Člověk nedokáže ovládnout dějiny vlastními silami. To, že je ohrožen, a že ohrožuje sebe i svět je patrné i z některých tzv. vědeckých důkazů. Může být zachráněn pouze tehdy, pokud v jeho srdci porostou morální síly, tj. síly které mohou vzejít pouze ze setkání s Bohem.³¹³

Na konání člověka, jež má být uvážené, poukazuje Ježíš příběhem, jenž zachycuje Lukášovo evangelium: „Jednomu bohatému člověku se na poli hojně urodilo. Uvažoval tedy sám pro sebe: „Co mám dělat? Vždyť už nemám, kam svou úrodu uložit! Tohle udělám, řekl si „strhnu své stodoly, vystavím větší a tam složím všechno své obilí i své zásoby. Pak si mohu říci: „Máš velké zásoby na mnoho let. Klidně si žij, jez, pij, vesele hodu! „Bůh však mu řekl: „Blázne, ještě této noci budeš muset odevzdat svou duši, a čím bude to, co jsi nashromáždil?“ Tak to dopadá s tím, kdo si hromadí poklady, ale není bohatý před Bohem (Lk 12,16-21).“ Benedikt XVI. k tomuto píše, že onen bohatý muž byl jistě inteligentní člověk, který své práci dobře rozuměl. Dokázal si spočítat možnosti trhu, bral v úvahu faktory nejistoty v přírodě, stejně jako v lidském konání, jeho propočty byly dobře uvážené. Byl to ale člověk, který žil jako agnostik, „jako by Boha nebylo.“ Tak nejistým věcem, jako je existence Boha, se nevěnoval. Zajímal se pouze o věci jisté a vypočitatelné. Jeho život se stal pozemským, uchopitelným a jeho touha směřovala k blahobytu, štěstí a úspěchu. Stalo se však něco, s čím nepočítal. Promluvil k němu Bůh a zmínil se o záležitosti, jež ze své kalkulace vyloučil jako nedůležitou, tj. o tom, co se stane s jeho duší, až bude stát před Bohem zcela nahý, tj. bez všeho majetku a úspěchu: „Ještě této noci budeš muset odevzdat svou duši.“ Člověk, jehož všichni považovali za inteligentního a úspěšného, je v očích Boha hlupákem. Při svém počínání totiž zapomněl na to nejpodstatnější, tj. že jeho duše bude stát jednou před Bohem. Benedikt XVI. tu mluví o tom, že mu tento člověk připadá jako přesný obraz našeho obvyklého moderního způsobu jednání. Cílem pastorační pomoci by mělo být zaslechnutí Božího oslovení, vnímání volání naší duše a znovuoživení tajemství Boha v její hloubi.³¹⁴

následkem toho, že užívala alkohol v době těhotenství... lékař je odpovědný za provedená vyšetření, sestra je odpovědná za aplikaci léků...

³¹² „Bát se Boha neznamena mít z něj strach, ale zakoušet v něm Svatého, který je nepřístupný, a přece je blízký, jediného skutečného, který se v milosti obrací svou převelikou mocí na ty, kteří mu náležejí. Proto bát se Boha znamená děsit se všeho, co mu odporuje, avšak současně mu navzdory všem konečným mocnostem neomezeně důvěřovat.“ Cit. *Wahrheit und Ordnung* 3, Universitätspredigten. München, 1955, s. 75, In. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení*. 2010, s. 98.

³¹³ Srov. Benedikt XVI. *Světlo světa*. 2011, s. 174-175.

³¹⁴ Srov. + cit. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení*. 2010, s. 19-21.

Livio Melina ve své knize píše: „*Celý život je cestou, po níž lze dojít k lásce, která nikdy nekončí, to znamená, k něčemu, co dosud nedokážeme přímo vnímat, ale bez čeho je jakákoli zkušenost lásky pomíjivá a v podstatě falešná.*“³¹⁵

Předložená práce si nekladla za cíl postihnout všechny aspekty perinatologického období, ale poukázat na onen fakt, jak je to náročné období a jak velkým přínosem může být pro nově se formující rodinu (stejně jako pro zdravotníky) pomoc pastoračního pracovníka.³¹⁶ Pastorační péče a pastorační pomoc je výjimečná v tom, že se zakládá na moudrosti Toho, jenž je doopravdy moudrý. Ježíš nás vybízí k tomu, abychom stavěli svůj život na pevném základu (tímto základem je samo Ježíšovo slovo).³¹⁷ Člověk je moudrý tehdy, vystoupí-li ze smrtelné izolace seberealizace, která staví na písku svých vlastních schopností, na realizaci soukromého domu svého vlastního individuálního života a pracuje na společném domě s Ježíšem. Ve společenství s Ježíšem se nemožné stává možným (velbloud projde uchem jehly /srov. Mk 10,25/) a jsme-li s ním jedno, budeme schopni společenství s Bohem, a tak i konečné spásy.³¹⁸

³¹⁵ Cit. Melina, L., *Skála a dům. Život společnosti, obecné dobro a rodina*, 2015, s. 27

³¹⁶ V pastorální konstituci *Gaudium et spes* (1965), dala církev jasné najevo, že již nechce nadále vytvářet „svůj svět“, oddělený od okolního světa a chráněný před jeho temnotami, ale vstoupit s ním do skutečného dialogu.³¹⁶ V Janově evangeliu se Ježíš modlí se slovy: „*Neprosím, abys je vzal ze světa, ale abys je zachoval od zlého. Nejsou ze světa, jako ani já nejsem ze světa. Posvět je pravdou, tvoje slovo je pravda. Jako ty jsi mne poslal do světa, tak i já jsem je poslal do světa (J 7,15-18).*“ Ježíš tu poukazuje na klíčový formát křesťanského života, tj. *ve světě, ale ne ze světa*. Jak píše Thomas K. Johnson: „*Naše identita, cíle a principy nesmějí pocházet ze světa (nebo z kultur), ve kterém žijeme; tělem i duší patříme Ježíši Kristu, který nám propůjčuje naši identitu, cíle a principy. Přesto nás však ze světa neodvolává. Ježíš chce, abychom byli ve světě. Nebo ještě důrazněji, posílá nás do světa.*“ Srov. Schirrmacher, T., *Morální odpovědnost. Tři rozměry etického rozhodování*, 2016, s. 5.

³¹⁷ „*Každý tedy, kdo tato má slova slyší a podle nich jedná, podobá se rozváznému muži, který si postavil dům na skále. Spadl déšť a přivalila se povodeň, přihnala se vichřice a obořila se na ten dům, ale nezřítíl se, protože měl základ na skále. Každý však, kdo tato má slova slyší, ale podle nich nejedná, podobá se pošetilému muži, který si postavil dům na písku. Spadl déšť, přivalila se povodeň, přihnala se vichřice a obořila se na ten dům – i zřítíl se a jeho pád byl veliký (Mt 7,24-27).*“

³¹⁸ „V Apokalypse je uvedeno, že drak – velký protivník Vykupitele – se postavil „na mořskou písčinu (Zj 12,18)“ „Navzdory svým velkým slovům, navzdory svým nesmírným a téměř zázračným technickým schopnostem a navzdory své síle a rafinovanosti tento tvor nezná pravou moudrost, nýbrž zosobňuje obraz pošetilého muže, jako je Kristus obrazem moudrého. A proto drak stejně jako dům postavený na písku nakonec padá a jeho pád je velký.“ Srov. + cit. Ratzinger, J., *Věřit, doufat, milovat. Duchovní cvičení*. 2010, s. 67-69, 72.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Bible

Bible. *Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih)*, Český ekumenický překlad, 2008.

Církevní dokumenty, papežské listy

- BENEDIKT XVI., *Caritas in Veritate: Encyklika o integrálním lidském rozvoji v lásce a pravdě* z 29. června 2009.
- Codex iuris canonici, Kodex kanonického práva*, Praha: Zvon, 1. vyd., 812 s. 1994. ISBN 80-7113-082-6.
- Dignitas personae*: Instrukce Kongregace pro nauku víry o některých otázkách bioetiky, ze 12. prosince 2008.
- FRANTIŠEK, *Amoris laetitia: posynodální apoštolská exhortace o lásce v rodině*, Praha: Paulinky, 1. vyd., 230 s., 2016, ISBN 978-80-7450-225-5.
- FRANTIŠEK, *Evangelii gaudium: apoštolská exhortace o hlásání evangelia v současném světě*, Praha: Paulinky, 1. vyd., 183s, 2014, ISBN 978-80-7450-118-0.
- II. Vatikánský koncil, *Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě Gaudium et spes* ze 7. prosince 1965.
- II. Vatikánský koncil, *Věroučná konstituce o církvi Lumen gentium* z 21. listopadu 1964.
- JAN PAVEL II. *Dives in misericordia: Encyklika o Božím milosrdenství* z 30. listopadu 1980, Praha: Zvon, 1996, ISBN 80-7113-186-5.
- JAN PAVEL II., *Donum vitae: O respektování rodičůho se lidského života a o důstojnosti plození. Odpovědi na některé aktuální otázky*, Instrukce Kongregace pro nauku víry 22. února 1987.
- JAN PAVEL II., *Dopis rodinám, Gratissiman sane*, ze 2. února 1994.
- JAN PAVEL II., *Evangelium vitae: Encyklika o životě, který je nedotknutelné dobro*, z 25. března 1995.
- JAN PAVEL II., *Familiaris consortio*, Apoštolská exhortace Jana Pavla II. *O úkolech křesťanské rodiny v současném světě*, z 22. listopadu 1981.
- JAN PAVEL II., *Fides et ratio: Encyklika o vztazích mezi vírou a rozumem*, z 14. září 1998.
- JAN PAVEL II., *Redemptor hominis: Encyklika Vykupitel světa*, ze 4. března 1979.
- JAN PAVEL II., *Veritatis splendor: O základech morálního učení církve* z 6. srpna 1993.

Učebnice vysokých škol, učební texty, přehledy, příručky, studie, komentáře

- AMBROS Pavel, et. al. *Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným*, Velehrad: Refugium Velehrad-Roma, 1. vyd., 53 s. 2002. ISBN 80-86045-93-5.
- BAŠKOVÁ Martina, *Metodika psychofyzické přípravy na porod*, Praha: Grada Publishing, 1. vyd., 112 s., 2015. ISBN 978-80-247-5361.
- ČECH Evžen, et. al., *Porodnictví*, Praha: Grada, 2. vyd., 544 s. 2006. ISBN 80-247-1303-9.
- FERNANDÉZ Aurelio, *Fundamentální morálka*, Pardubice: Axis, s. 165, 2012. ISBN 978-80-903864-6-4.
- Frankl Viktor, Emil, *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*, Brno: Cesta, s. 237, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- GRANADOS José, et. al., *Nová pastorační péče o rodiny. Průvodce podle Amoris laetitia*, Brno: Akademie kanonického práva, s. 130, 2017. ISBN 978-80-906025-5-7.
- KEBZA Vladimír, et. al., *Psycholog ve zdravotnictví*, Praha: Karolinum, 2014, s. 104. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KIMOVÁ Jong-un, *Úvod do teologie*, Praha: Ideál, 1. vyd., 2000, s. 182. ISBN 80-901017-2-0.
- KOBILKOVÁ Jitka, et. al, *Základy gynekologie a porodnictví*, Praha: Galén, 1. vyd., 2006, s. 368. ISBN 80-7262-315-X.
- KOČÁREK Eduard, *Genetika*, Praha: Scientia, 1. vyd., 2004, s. 211. ISBN 80-7183-326-6.
- KOLIBA Peter, et. al., *Propedeutika v gynekologii a porodnictví pro porodní asistentky*, Ostrava: Ostravská univerzita, 1. vyd., 2004, s. 105. ISBN 80-7042-353-6.
- KOUDELKOVÁ Vlasta, *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*, Praha: Triton 2013, 1. vyd., s. 134. ISBN 978-80-7387-624-1.

- LEIFER Gloria, *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, Praha: Grada, 1. vyd., 952 s. 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- MACKŮ František, ČECH Evžen, *Porodnictví*, Praha: Informatorium, 1. vyd., 2002, s. 143. ISBN 80-86073-92-0.
- MACKŮ František, MACKŮ Jaroslava, *Průvodce těhotenstvím a porodem*, Praha: Grada, 1. vyd., 1998, s. 327. ISBN 80-7169-589-0.
- MELINA Livio, *Skála a dům: život společnosti, obecné dobro a rodina*, Brno: Akademie kanonického práva, 1. vyd., 135s. 2015. ISBN 978-80-906025-1-9.
- MÜLLER Gerhard Ludwig, *Dogmatika pro studium i pastorači*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 888 s. 2010. ISBN 978-80-7195-259-6.
- MUNZAROVÁ Marta, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální problematika některých lékařských oborů*, Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 1. vyd., 2000, s. 67. ISBN 80-210-2416-X.
- OPATRŇÝ Aleš, *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 27 s. 1995. ISBN 80-238-0430-8.
- OPATRŇÝ Aleš, *Pastorace zvláštních skupin*, Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2014, s. 196. ISBN 978-80-7465-116-8.
- RATISLAVOVÁ Kateřina, *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*, Praha: Reklamní atelier Area, 1. vyd., 106 s. 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- RÖHR Heinz-Peter., *Narcismus – vnitřní žalář*, Praha: Portál, 3. vyd., 158 s. 2001. ISBN 978-80-262-1080-1.
- ROZTOČIL Aleš., et. al., *Moderní porodnictví*, Praha: Grada Publishing, 621 s. 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- RUPNIK M Marko Ivan, *Vybrané otázky z antropologie. Člověk a vzkříšení*, Velehrad: Refugium Velehrad-Roma, 1. vyd., 2003, s. 236. ISBN 80-86045-99-4.
- SLEZÁKOVÁ Lenka, et. al., *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*, Praha: Grada, 1. vyd., 2010, s. 269. ISBN 978-80-247-3373-9.
- ŠIPR Květoslav, MIČO Milan, KRUMPOLC Eduard, *Aktuální bioetické texty; Deklarace o eutanazii*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 47, 2005. ISBN 80-244-1278-0.
- ŠIPR Květoslav, MIČO Milan, KRUMPOLC Eduard. *Aktuální bioetické texty, deklarace o eutanazii*, Olomouc: Univerzita Palackého, 1. vyd., 2005, s. 47. ISBN 80-244-1278-0.
- VÁCHA Marek Orko, KÖNIGOVÁ Radana, MAUER Miloš, *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, 2012, s. 302. ISBN 978-80-7367-780-0.
- ZEMAN Zdeněk, DOLEŽAL Antonín, *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*, Praha: Galén, 1. vyd., 2000, s. 231. ISBN 80-7262-024-X.
- BENEDIKT XVI, *Světlo světa: papež, církev a znamení doby*, Brno: Barrister & Principal, 1. vyd., 204s. 2011. ISBN 978-80-87474-14-3.
- BENEDIKT XVI., *Promluva v rámci vánočního přání v Římské kurii*, 21. prosince 2012. *Katechismus katolické církve*: Praha: Zvon, 1.vyd., 1995, s. 793, ISBN 80-7113-132-6.
- PREKOPOVÁ Jiřina, ŠTURMA Jaroslav, *Výchova láskou*, Praha: Portál, 1. vyd., 179 s. 2012. ISBN 978-80-262-0077-2.
- RATZINGER Joseph, *Věřit, doufat, milovat: duchovní cvičení*, Praha: Paulínky, 1. vyd., 135s. 2010. ISBN 978-80-86949-84-0.

Rozhovory, přednášky, kázání, citáty, katechismy, úvahy, deníky, příběhy

- VELLA Elias, *Srdce pastýře*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2015, s. 159. ISBN 978-80-7195-744-7.

Monografie, kolektivní monografie, příspěvky ve sbornících, odborné články

- AMBROS Pavel, *Doprovázet, rozlišovat, integrovat. Uvedení do pastorální antropologie*, Olomouc: Nakladatelství Centra Aletti Refugium Velehrad-Roma, 2016, s. 286. ISBN 978-80-7412-255-2.
- BRDIČKA Radim, DIDDEN William, *Genetika v klinické praxi IV.*, Praha: Galén, 1. vyd., 2016, s. 210. ISBN 978-80-749-2277-0
- CALDA Pavel, et. al., *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*, Praha: Aprofema, 2007, s. 268. ISBN 978-80-903706-1-6.

- HÁJEK Zdeněk, *Rizikové a patologické těhotenství*, Praha: Grada, 1. vyd., 2004, s. 443. ISBN 80-247-0418-8.
- HAŠKOVCOVÁ Helena, *Lékařská etika*, Praha: Galén, 2015, s. 225. ISBN 978-80-7492-204-6.
- JANOTA Jan, STRAŇÁK Zbyněk, *Neonatologie*, Praha: Mladá fronta, 2013, s. 575. ISBN 978-80-204-2994-0.
- KOŘENEK Josef, *Lékařská etika*, Praha: Triton, 2. vyd., 2008, s. 234. ISBN 80-7254-538-8.
- KURUCOVÁ Radka, *Zátěž pečovatele*, Praha: Grada Publishing, 1. vyd., 2016, s. 112. ISBN 978-80-247-5707-0.
- MĚCHUROVÁ Alena, *Česká gynekologie: Odborné stanovisko výboru ČGPS ČLS JEP a výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti*. Supplementum, 2013, ISSN: 1210-7832.
- OPATRŇÝ Aleš, BARTUŠKOVÁ Ludmila, DŘÍMAL Ludvík, *Pastorační péče o psychicky nemocné*, Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2016, s. 159. ISBN 978-80-7195-995-3.
- OPATRŇÝ Aleš, *Spirituální péče o nemocné a umírající*, Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 175. ISBN 978-80-7465-269-1.
- OPATRŇÝ Michal, *Sociální práce a teologie: inspirace a podněty sociální práce pro teologii*, Praha: Vyšehrad, 1. vyd., 327 s. 2013. ISBN 978-80-7429-408-2.
- OSTRÓ Alexandr, PILKA Ladislav, LEŠNÍK František, *Reprodukční medicína, současnost a perspektivy*, Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1. vyd., 2009, s. 287. ISBN 978-80-7182-278-3.
- PAŘÍZEK Antonín, et. al., *Kritické stavy v porodnictví*, Praha: Galén, 1. vyd., 2012, s. 285. ISBN 978-80-7262-949-7.
- PTÁČEK Radek, BARTUŇEK Petr, et. al., *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada, 2011, s. 528. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK Radek, BARTUŇEK Petr, MACH Jan, et. al., *Lege artis v medicíně*, Praha: Grada, 2013, s. 231. ISBN 978-80-247-5126-9.
- PTÁČEK Radek, et. al., *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, Praha: Grada Publishing, 1. vyd., 2015, s. 191. ISBN 978-80-247-5788-9.
- SINGER Peter, *Sanctity of life or quality of life. Pediatrics*. 1983, č. 72.
- ŠIMEK Jiří, *Lékařská etika*, Praha: Grada Publishing, 1. vyd., 2015, s. 222. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠTEMBERA Zdeněk, *Rodička včera, dnes a zítra*, Praha: Maxdorf, 2016, s. 222. ISBN 978-80-7345-500-2.
- ŠTĚRBOVÁ Dana, *Rodiny s postiženými dětmi. „Tak trochu jiné“ rodiny?*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1. vyd., 2013, s. 279. ISBN 978-80-244-3459-9.
- TAKÁCS Lea, *Psychologie v perinatální péči*, Praha: Grada, 1. vyd., 2015 s. 208. ISBN 978-80-247-5127-6.
- TOMÁNEK Pavol, *Základy andragogiky a rodinné výchovy pre sociálnych pracovníkov*, Brno: Tribun EU, 1. vyd., 2013, s. 210. ISBN 978-80-263-0301-5.
- ZWINGER Antonín, *Porodnictví*, Praha: Galén: Karolinum, 1. vyd., 532 s. 2004. ISBN 80-246-0822-7.

Sborníky, výkladové, terminologické slovníky

- KOLAŘÍK Marek, et. al., *XII. Národní konference o manželském, partnerském a rodinném poradenství, Sborník příspěvků*, Olomouc: Univerzita Palackého, 1. vyd., s. 186. 2014. ISBN 978-80-244-4148-1.
- OPATRŇÝ Michal, et. al., *Východiska a perspektivy duchovní služby u policie*, České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1. vyd., 187 s. 2012. ISBN 978-80-7394-391-2.
- RAHNER Karl, VORGRIMLER Herbert, *Teologický slovník*, Praha: Vyšehrad, 2. vyd., 491 s. 2009. ISBN 978-80-7021-934-8.
- STODOLA Jiří, KRATOCHVÍL, Miroslav, et. al., *Nejmenší z nás. Konference o právní ochraně osob před narozením. Sborník příspěvků*, V Moravské Ostravě: Bios – Společnost pro bioetiku, s. 235, 2012, ISBN 978-80-260-3195-6.
- Stres zdravotníků 1998*, Praha: Galén, 1. vyd., 1998. s. 148. ISBN 80-85824-74-4.
- VYBÍRAL Jan, et. al., *Pastorální a etické výzvy v oblasti manželství rodiny a sexuality*, Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, s. 155, 2008, ISBN 978-80-7325-176-5.

Vysokoškolské závěrečné práce

- HRACHOVCOVÁ Hana, *Možnosti a přínos pastorační péče při perinatální ztrátě dítěte*, bakalářská práce, vedoucí práce: Opatrný Michal, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2014.

MAŇÁKOVÁ Marie, *Charakteristika a poslání klinické pastorační péče a její podoby v České republice a Rakousku*, diplomová práce, vedoucí práce: Umlauf Michal, Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. 2013.

Populárně-naučné publikace, informační publikace

DRÁPAL Dan, *Vztahy, sex, rodina. Velký rozvrat a cesta k obnově*, Praha: Návrat domů, 1. vyd., 2013, 2009, s. 266. ISBN 978-80-7255-304-4.

KONEČNÁ Hana, *Na cestě za dítětem, dvě malá křídla*, Praha: Galén, 2. vyd., 2010, s. 296. ISBN 978-80-7262-591-8.

PREKOPOVÁ Jiřina, *Aby láska v rodinách proudila*, Praha: Monika Vadasová-Elšíková, 2. vyd., 2012, s. 199. ISBN 978-80-904991-0-2.

PREKOPOVÁ Jiřina, *Jak být dobrým rodičem, krůpěje výchovných moudrostí*, Praha: Grada, 1. vyd., 2001, s. 83. ISBN 80-247-9063-7.

SCHIRRMACHER Thomas, *Morální odpovědnost: tři rozměry etického rozhodování – zákon, moudrost, svědomí*, Praha: Návrat domů, 1. vyd., 2016, s. 131. ISBN 978-80-7255-353-2.

STRAŠÍKOVÁ Blanka, *V roli rodičů a prarodičů*, Praha: Husitská teologická fakulta UK, 2004, s. 58. ISBN 80-246-0848-0.

Šlo to... Půjde to! Povzbuzení a rady pro rodiče pečující o dítě s postižením, kteří se chystají na návrat na trh práce. Praha: Společnost pro ranou péči, 2015, s. 57. ISBN 978-80-906077-0-5.

Zákony, mezinárodní úmluvy

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, 96/2001 Sb. mezinárodních smluv, přijata členskými státy Rady Evropy v roce 1997 (ČR v roce 2001).

Zákon č. 373/2012 Sb., *O specifických zdravotních službách*.

Internetové zdroje

AKVINSKÝ Tomáš, *Summa Theologiae*, dostupné [online] <http://www.cormierop.cz/Summa-teologicka-Icast.html>
Asistovaná reprodukce. Dostupné [online]: https://cs.wikipedia.org/wiki/Asistovan%C3%A1_reprodukce.

Asociace nemocničních kaplanů, *Dohoda církvi*, dostupné [online] <http://www.ekumenickarada.cz/wpimages/other/dohoda1.pdf>, [cit. 1. 2. 2014].

ČERNÝ David, *Infanticida (Zdravotnické právo a bioetika)*. Dostupné [online]: <http://zdravotnickepravo.info/infanticida>, [cit. 19. 8. 2013].

Česká gynekologická a porodnická společnost, České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Koncepce perinatologického programu*, Dostupné [online]: <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>.

JAN PAVEL II., *Dopis rodinám*, Gratissimam sane, čl. 12, dostupné [online] <http://www.rodiny.cz/images/jan-pavel-ii-rodinam.pdf> [cit. 2. 2. 1994].

KANTOR Lumír, *Etika v neonatologii*. Dostupné [online]: <http://nedonosenci.blogspot.de/2009/01/etika-v-neonatologii.html>, [cit. 10. ledna 2009].

KOLAŘÍK Marek, ŠMAHAJ Jan, *Když se řekne rodina*, dostupné [online] http://www.poradnaprahav.eu/dokumenty/AMRP_konference2014.pdf, [cit. 5-7. 5. 2014].

LAJKEP Tomáš, *Status lidského embrya z hlediska filosofické antropologie*, *Scripta bioethica*, 2003, roč. 3, č. 4. Dostupné [online]: <http://bioetika.cz/clanky/2003-4-prace.pdf>.

Mateřská mortalita v České republice. Dostupné [online]: <http://asistentky.porodnice.cz/matrska-mortalita-v-ceske-republice>.

MÉSZÁROSOVÁ Anna, *Vrozené vývojové vady – nejčastější otázky a odpovědi*. Dostupné [online]: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/vrozene-vyvojove-vady/vrozene.shtml>, [cit. 15. 12. 2017].

ŠRAJER Jindřich, *Asistovaná reprodukce a pohled katolické církve*, *Studia Theologica* 12, č. 2, 2010, Dostupné [online]: <https://studiatheologica.eu/pdfs/sth/2010/02/06.pdf>, [cit. 3. 2. 2010].

WICZMÁNDYOVÁ, Darina, TKÁČOVÁ, Lubomíra, *Etické dilema a aspekty ochrany života v ošetrovatelství*, dostupné [online]: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/eticke-dilema-a-aspekty-ochrany-zivota-v-oseetrovatelstvi-468393> [cit. 2. 11. 2013].

Další zdroje

Rozhlasový pořad o nemocničních kaplanech a o poskytování klinické pastorační péče nejen ve Fakultní nemocnici Olomouc, na Radiu Proglas, odvysílaný 17. 1. 2012 a v repríze 23. 1. 2012. Dostupné [online]: <http://www.ado.cz/kaplan/>

Statistická ročenka ÚZIS. *Potraty 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2013. ISSN:1210-8642. Dostupné [online]: <http://www.uzis.cz/system/files/potraty2012.pdf>.

VEBER Tomáš, BAUMAN Petr, *Metodická pomůcka ke zpracování závěrečných prací: závazné pokyny a doporučení pro seminární, bakalářské, diplomové a jiné závěrečné práce na TF JU*, verze 10, České Budějovice, 2010.

SEZNAM ZKRATEK

AL	Amoris laetitia
BPD	Bronchopulmonální dysplazie
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CVSP	Centra vysoce specializované péče v perinatologii
DM	Dives in misericordia
DP	Dignitis personae
DS	Denzinger Schönmetzer (Enchiridion symbolorum et definitionum)
EG	Evangelii gaudium
ET	Embryo transfér
EV	Evangelium vitae
FeR	Fides et Ratio
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetric
GIFT	Gamete-intrafallopian-tube transfer
HELLP	H emolytic anemia, E levated L iver Enzymes, L ow P latelet count
IUGR	Intrauterinní růstová (growth) retardace
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
KKC	Katechismus katolické církve
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NEO-JIRP	Neonatologická jednotka intenzivní a resuscitační péče
NYHA	New Yourk Heart Association (klasifikace srdečního selhání)
OSN	Organizace spojených národů
PDA	Perzistující ductus arteriosus
RDS	Respiratory Distress Syndrome
sv.	svatý, svatá, svaté
SZO	Světová zdravotnická organizace
VS	Veritas splendor
ZIFT	Zygote-intrafallopian transfer

Zkratky biblických knih byly použity dle Českého katolického překladu.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 František Hrubín – Dědova mísa
Příloha 2 Seznam perinatologických center v ČR
Příloha 3 Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví a její dodatek

PŘÍLOHA 1

František Hrubín – Dědova mísa

Knihy veršů 1968

V kamnech praská, dědek každou chvíli
zvadlé ruce sobě zahřívá,
kolo vrčí, syn si s prací pílí,
nádobu si z dřeva vyrývá.

Kolečko si divnou píseň šumí,
vnoučeti se očka kmitají -
"Hele, co náš táta všecko umí,
jak mu tříštky z rukou létají!

Dřevo ukradl jsi v panském lese -
komu děláš z něho koryto?
"Dědovi; - již se mu ruka třese,
nádobí už všechno rozbito."

"Nauč mne to!" - "Vida toho kluka,
nač by tvá to ruka uměla?!"
"Až se tobě třásti bude ruka,
koryto ti synek udělá!"

V kamnech praská, dědek shrben pláče,
zvadlé ruce syn mu zulíbá,
kolo mlčí, vnouče kolem skáče -
"Táto, proč se kolo nehýbá?"



Zdroj:

obrázek dostupný [online] na: <http://slideplayer.cz/slide/11187937/>

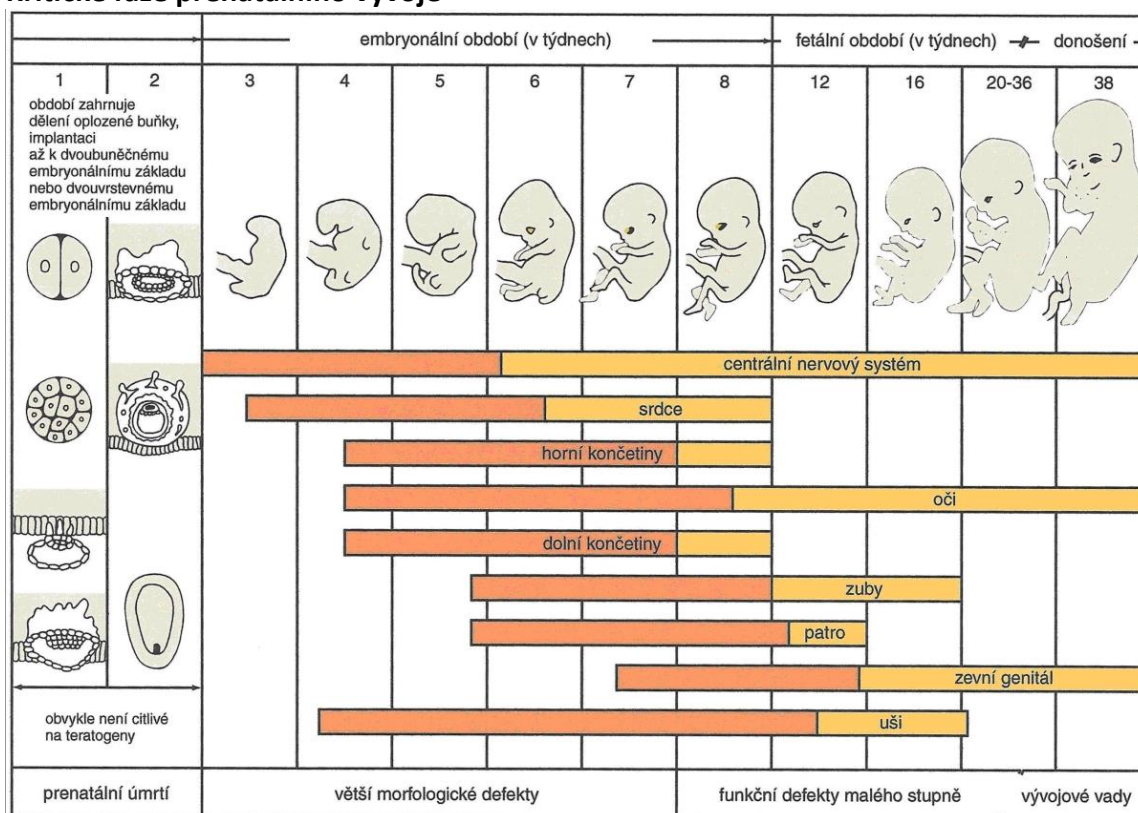
text dostupný [online] na: <http://www.ceskaliteratura.cz/texty/neruda.htm>

PŘÍLOHA 2

Seznam perinatologických center v ČR

Seznam CVSP uveřejněný ve Věstníku MZ č. 2 /2014	Statut CVSP udělen do:
Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5	31. 3. 2019
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08, Praha 2	31. 3. 2019
Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábřeží 157/36, 147 00 Praha 4, Podolí	31. 3. 2019
Fakultní nemocnice Plzeň, se sídlem Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň	31. 3. 2019
Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové	31. 3. 2019
Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc	31. 3. 2019
Fakultní nemocnice Ostrava, 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba	31. 3. 2019
Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno	31. 3. 2019
Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice, 3316/12A, 401 13, Ústí nad Labem	31. 3. 2019
Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Most, o. z., J. E. Purkyně 270/5, 434 64 Most	31. 3. 2019
Nemocnice České Budějovice, a.s., Boženy Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice	31. 3. 2019
Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Havlíčkovo nábřeží 600, 76 001 Zlín	31. 3. 2019

Kritické fáze prenatalního vývoje



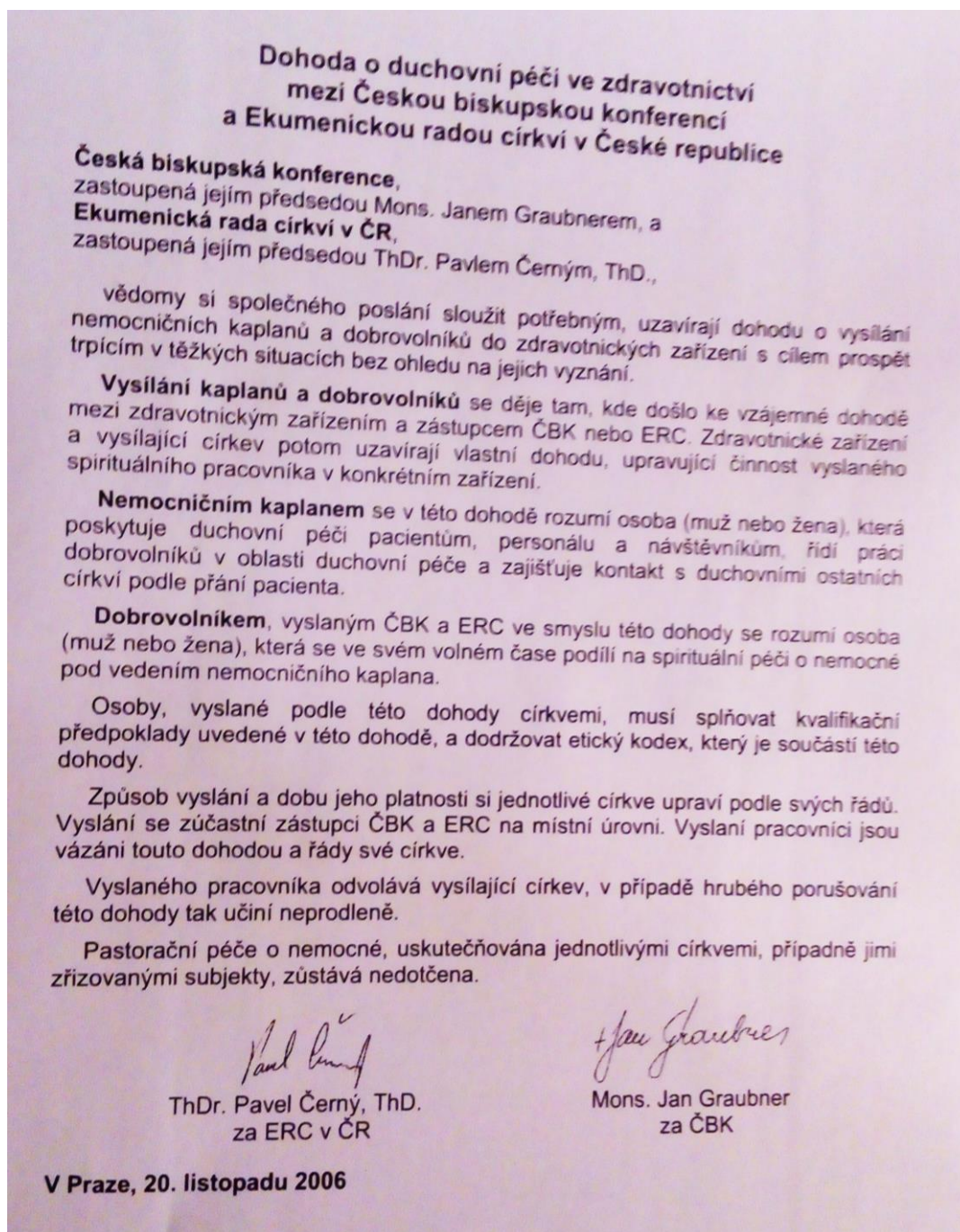
Zdroj:

seznam CVSP dostupný [online] na: https://www.mzcr.cz/verejne/obsah/centra-vysoce-specializovane-pece_3757_3.html

obrázek dostupný [online] na <http://www.medon-solutio.cz/online2011/print.php?textID=22>

PŘÍLOHA 3

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR



Zdroj:

dohoda dostupná [online] na: <http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Dohoda-o-duchovni-p%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mezi-%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>

Dodatek k dohodě mezi ERC a ČBK

Česká biskupská konference,
zastoupená jejím předsedou Mons. Dominikem Dukou,
reprezentující církev římskokatolickou a církev řeckokatolickou
(dále jen „katolická církev“),

a
Ekumenická rada církví v ČR,
zastoupená jejím předsedou Mgr. Joelem Rumlem,
reprezentující své členy dle výčtu uvedeného v Části V. (přičemž dodatek užívá výrazu
„členské církve“), (dále jen „ERC“),

připojují k **Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice** uzavřené dne 20. 11. 2006 (dále jen „Dohoda“) dodatek č. 1 (dále jen „Dodatek“), který upřesňuje a upravuje ujednání obsažená v Dohodě i v jejích přílohách č. 1 a 2. Z důvodu návaznosti na Dohodu užívá Dodatek termínu „duchovní péče“, přičemž považuje za rovnocenný též běžně užívaný termín „pastorační péče“.

Část I.

Zvláštní předpis k vysílání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče

1. Vyslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče se děje tam, kde došlo k vzájemné dohodě mezi zdravotnickým zařízením a církví, působící v místě, kde se příslušné zdravotnické zařízení nachází. Vysílající církev přitom může vůči zdravotnickému zařízení zastupovat více církví, mezi nimiž o tom dojde k dohodě. Pro vyslání nemocničního kaplana uzavírají vysílající církev a zdravotnické zařízení písemnou smlouvu, upravující činnost vyslaného kaplana v konkrétním zdravotnickém zařízení.
2. Podle Dohody se pod názvem nemocniční kaplan rozumí osoba, která poskytuje duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí jako člen multidisciplinárního zdravotnického týmu.
3. Vyslání nemocničního kaplana se děje předáním jmenovacího dekretu.
4. Za katolickou církev vysílá nemocničního kaplana diecézní biskup či exarcha (resp. osoba dočasně řídící diecézi či exarchát v době uprázdnění biskupského stolce či zabránění výkonu úřadu biskupa), nebo jimi pověřená osoba.
5. Za členské církve ERC vysílá nemocničního kaplana příslušná autorita jednotlivé církve určená jejími vnitřními předpisy, přičemž se vždy jedná buď o představitele její vyšší správní jednotky, nebo o představitele celé církve v ČR (nikoli tedy o představitele na lokální úrovni). Informace o příslušné vysílající autoritě členských církví ERC je přílohou č. 4 Dohody.
6. Vyslání nemocničních kaplanů probíhá zpravidla při společné ekumenické bohoslužbě, na kterou jsou pozváni zástupci církve římskokatolické, církve řeckokatolické a členských církví ERC působících v daném místě.
7. Podle Dohody se pod názvem dobrovolník v oblasti duchovní péče rozumí osoba, která se ve svém volném čase pod vedením nemocničního kaplana podílí na duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví.
8. Vyslání dobrovolníků v oblasti duchovní péče probíhá obdobně podle ustanovení odst. 2 až 5 s tím rozdílem, že se při této příležitosti zpravidla nekoná ekumenická bohoslužba.
9. Vyslání nemocničních kaplanů, skončení a změny jejich vyslání členské církve oznamují bez zbytečného prodlení příslušným koordinujícím složkám ČBK a ERC[1]. Vyslání nemocničních kaplanů a dobrovolníků v oblasti duchovní péče, skončení a změny jejich vyslání je žádoucí ze strany vysílající autority sdělit také zástupcům církve římskokatolické, církve řeckokatolické a členských církví ERC, působících v daném místě.

Část II.

Kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana

1. Pověření vlastní církví.
2. Ukončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni.
3. Minimálně tři roky působení v obecné pastorační péči.
4. Specializovaný kurz nemocničního kaplanství nebo odpovídající vzdělání zahrnující:
 - a) znalosti obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC (včetně přesného názvosloví);
 - b) základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR;
 - c) znalosti bioetiky, zejména lékařské a zdravotnické etiky;
 - d) znalosti organizace zdravotnictví a nemocnice;

- e) znalosti právního minima v oblastech sociální péče a zdravotnictví;
- f) kurs komunikace, zejména v obtížných situacích;
- g) minimálně jednoměsíční praxi, nejlépe však tříměsíční.

Část III.

Kvalifikační předpoklady dobrovolníka

1. Pověření vlastní církví a ověření způsobilosti nemocničním kaplanem.
2. Teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví) a znalost obecných zásad a základů organizace pastorační péče v katolické církvi a v jednotlivých členských církvích ERC.
3. Základní znalosti o církvích a náboženských společnostech registrovaných v ČR, světových náboženstvích, nových náboženských hnutích a sektách působících v ČR.
4. Základní znalost organizace zdravotnictví a nemocnice.
5. Schopnost komunikace, zejména v obtížných situacích.
6. Základní znalosti z bioetiky, lékařské a zdravotnické etiky.

Část IV.

Přechodná ustanovení

1. Smluvní strany se zavazují do dvou let od data účinnosti tohoto dodatku Dohody všechna dosud udělená pověření ke službě nemocničního kaplana a dobrovolníka uvést do souladu s Dohodou a tímto Dodatkem.
2. Splnění všech kvalifikačních předpokladů stanovených výše v částech II. a III. bude vyžadováno v plném rozsahu po 7 (sedmi) letech od data účinnosti tohoto dodatku Dohody. Tato doba má sloužit především pro vybudování vzdělávacího systému umožňujícího splnit požadavky kladené Dohodou ve znění tohoto dodatku.
3. Na přechodnou dobu uvedenou v odst. 2 je možné uvnitř členských církví ČBK a ERC (zvláště v katolické církvi) rozlišit nemocniční kaplany na nemocniční kaplany v užším slova smyslu a na pastorační asistenty; práce pastoračních asistentů a dobrovolníků je řízena nemocničním kaplanem v užším slova smyslu. Zařazení kategorie „pastorační asistent“ sleduje umožnit oficiální vyslání těch, kteří s několikaletou dobrou praxí poskytují pastorační péči ve zdravotnických, resp. sociálních zařízeních, ale nemají dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni. Toto rozlišování je interní církevní záležitostí, vůči zdravotnickým zařízením se nadále užívá zavedené rozlišení „nemocniční kaplan“ a „dobrovolník v oblasti duchovní péče“.
4. Na přechodnou dobu uvedenou v odst. 2 platí následné kvalifikační předpoklady:

A. pro nemocničního kaplana v užším slova smyslu (NK):

- a) dokončené vysokoškolské vzdělání v oblasti teologie na magisterském stupni;
- b) kurs v oblasti pastorační péče nemocných (viz odst. 6);
- c) praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky);
- d) pověření vlastní církví.

B. pro pastoračního asistenta (PA):

- a) alespoň úplné středoškolské vzdělání;
- b) kurs v oblasti pastorační péče nemocných (viz odst. 6);
- c) praxe předchozí i praxe v průběhu přípravy (doporučeno 2 roky);
- d) pověření vlastní církví.

C. pro dobrovolníka v oblasti pastorační péče (D):

- a) pověření vlastní církví;
- b) teologické minimum (je v kompetenci jednotlivých církví – např. v katolické církvi toto minimum zahrnuje komentovaný výklad Kréda a Desatera a základní znalosti svátostí a zásad duchovního života);
- c) základní znalosti pastorační péče nemocných;
- d) praxe v průběhu přípravy.

1. Splnění výše uvedených kvalifikačních předpokladů pro vyslání nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti pastorační péče se ověřuje pohovorem (zkouškou) před komisí, jmenovanou příslušnou autoritou katolické církve (zpravidla biskupský vikář pro pastorační péči nemocných) či členské církve ERC. Do komise je vždy přizván zástupce druhé smluvní strany, který v ní má postavení pozorovatele. V kompetenci této autority pak je doporučit, nebo nedoporučit vysílající autoritě katolické církve nebo členské církve ERC, aby vyslala nemocničního kaplana a pastoračního asistenta v oblasti duchovní péče do konkrétního zdravotnického zařízení. Způsobilost dobrovolníka ověřuje nemocniční kaplan.
2. Vysílající církev pak zajistí v brzké době následné vzdělání NK a PA v těchto oblastech:

- a) pastorační péče a spiritualita nemocných;
- b) speciální kapitoly z religionistiky: náboženství, nová náboženská hnutí a sekty;
- c) kontakty a spolupráce s představiteli jiných křesťanských církví na území, kde se zdravotnické zařízení nachází;

- d) základní orientace v medicínských oborech;
- e) základní znalosti z lékařské a zdravotnické etiky;
- f) duchovní formace (účast na formačně vzdělávacích setkáních).

Část V. Závěrečná ustanovení

1. Členskými církvemi ERC jsou nemocniční kaplani vysíláni způsobem odpovídajícím tradicím a vnitřním předpisům jednotlivých církví. Pravidla pro vysílání jsou uvedena v příloze k tomuto Dodatku. Jakékoli změny jsou členské církve ERC povinny neprodleně sdělit příslušným koordinujícím složkám ČBK a ERC i ostatním členským církvím ERC.
2. Ustanovení této dohody se analogicky uplatní také pro sociální a obdobná zařízení.
3. Výjimku z kvalifikačních požadavků pro jednotlivé nemocniční kaplany může po skončení přechodného období udělit ze závažných důvodů a po vzájemné dohodě pověřená autorita jedné ze smluvních stran, tj. ČBK a ERC (udělení výjimky se týká zpravidla lékařů, psychologů a obdobných profesí).
4. Vzhledem k právní povaze ČBK a ERC se ustanovení Dohody (včetně jejích příloh a dodatků) vztahují na katolickou církev a členské církve ERC uvedené výčtem v odst. 5. Tyto církve se zavazují k tomu, že při výběru kandidátů nemocničního kaplanství budou (vedle svých interních požadavků) dbát na osobnostní kvality uchazeče, zvláště ekumenickou otevřenost (vyznačující se především vstřícnou spoluprací s duchovními jiných církví) a schopnost komunikace.
5. Seznam členských církví ERC, na které se vztahuje Dohoda včetně příloh a dodatků:
 - Apoštolská církev;
 - Bratrská jednota baptistů;
 - Církev bratrská;
 - Církev československá husitská;
 - Českobratrská církev evangelická;
 - Evangelická církev augsburského vyznání v České republice;
 - Evangelická církev metodistická;
 - Jednota bratrská;
 - Pravoslavná církev v českých zemích
 - Starokatolická církev v ČR;
 - Slezská církev augsburského vyznání;
 1. Práva z této Dohody a jejího Dodatku se vztahují také na Církev adventistů sedmého dne, pozorovatele ERC, která se dne 29. 06. 2011 zavázala dodržovat Dohodu a její Dodatek.
 2. Tímto dodatkem se ruší dosavadní přílohy č. 1 a č. 2 Dohody a přidává se příloha č. 4 uvedená v čl. I. odst. 5 tohoto Dodatku.
 3. Dodatek nabývá platnosti a účinnosti dnem 1. 1. 2012.

Mgr. Dominik Duška
Mgr. Joel Ruml
za ČBK za ERC v ČR

V Praze, dne 1.1.2012

Zdroj:

dodatek dostupný [online] na: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/rubrika/16-Dohoda-mezi-ERC-a-CBK/index.htm>

ABSTRAKT

HRACHOVCOVÁ, H. *Podstata a význam klinické pastorační péče v perinatologických centrech (se zaměřením na rodinu) a možnosti následné pastorační péče*. České Budějovice, 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce M. Opatrný.

Klíčová slova: rodina, rodiče, dítě, perinatologie, perinatologická centra, reprodukce, těhotenství, porod, klinická pastorační péče, pastorační pracovník, etika, lidský život, svoboda člověka, odpovědnost, Písmo svaté, Ježíš Kristus.

Práce se zabývá podstatou a významem klinické pastorační péče v perinatologických centrech (se zaměřením na rodinu) a možnostmi následné pastorační péče. Danou problematiku otevírá stručná charakteristika rodiny a pojednání o těhotenství a dítěti. Následuje seznámení s oborem perinatologie a nastínění péče v perinatologických centrech (s přednostním pohledem na oddělení pro riziková a patologická těhotenství, porodní sál, neonatologickou JIRP a oddělení šestinedělí), zmíněny jsou vybrané rizikové a patologické stavy v perinatologii, stejně jako specifické konfliktní situace v perinatologii. Následuje nastínění problematiky počátku individuálního lidského života, jež přechází v další velmi diskutabilní otázku, dotýkající se práva člověka na (zdravé) dítě a pohled na etické problémy reprodukce. Dále již práce směřuje k vymezení podstaty a významu klinické pastorační péče v perinatologických centrech a do oblasti možností následné pastorační péče. Téma uzavírá kapitola dotýkající se svobody člověka a jeho odpovědnosti za učiněná rozhodnutí.

ABSTRACT

HRACHOVCOVÁ, H. *The essence and importance of clinical pastoral care in perinatal centers (focusing on the family) and the possibility of following pastoral care.* České Budějovice, 2018. Thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Ethics studies, psychology and charity works Supervisor M. Opatrný.

Keywords: family, parents, child, perinatology, perinatal centers, reproduction, pregnancy, childbirth, clinical pastoral care, pastoral worker, ethics, human life, human freedom, responsibility, Holy Scripture, Jesus Christ.

The thesis deals with the essence and importance of clinical pastoral care in perinatal centers (focusing on the family) and the possibilities of subsequent pastoral care. This problematic opens up brief descriptions of the family and the treatise on the pregnancy and the child. The following is an introduction by field of perinatology and outline of care in the perinatal centers (with a preferential view of the risk department and pathological pregnancy, the obstetrical hall, neonatological JIRP and the puerperology department). The selected are risk and pathological conditions in the perinatology are mentioned , as well as the specific conflicting situations in perinatology . The following outline is problematic at the beginning of an individual human life, which goes into another very controversial question, touching the human right to a (healthy) child and a look at ethical reproduction problems. Furthermore, the work is already focused on the definition of the essence and importance of clinical pastoral care in the perinatal centers and in the area of possibilities of subsequent pastoral care. The chapter on human freedom and its responsibility for decisions is closed by the topic.